



วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้
ผ่านการรับรองคุณภาพ TCI กลุ่มที่ 1 (พ.ศ.2563-2567)

ISSN 2985-1750 (Online)

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health



SCNJ

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

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้
The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health
ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2567

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 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2567

ที่ปรึกษา	กองบรรณาธิการ	
ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร ศาสตราจารย์ พญ.วนิษา ชื่นกองแก้ว อาจารย์ ดร.มารีสา สุวรรณราช	ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย รองศาสตราจารย์ ดร.วัน เดชพิชัย รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช ชูโต รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิกันต์ กาละ รองศาสตราจารย์ ดร.กันตพร ยอดไชย รองศาสตราจารย์ ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต รองศาสตราจารย์ ดร.โยธิน แสงวงศ์ รองศาสตราจารย์ ดร.อาจันต์ สงทับ รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ รองศาสตราจารย์ ดร.บุญพัฒน์ ไชยเมล์ รองศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช รองศาสตราจารย์ ดร.ทพญ.อรุณวรรณ หล้าอุบล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันดา ดรงค์ฤทธิชัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อดิยาณ์ ศรีเกษตริน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งกานา จันทรา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปริญญ ชัยกองเกียรติ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พยงค์ เทพอักษร นายแพทย์กู้ศักดิ์ บำรุงเสนา ดร.เผอญ ณ พัทลุง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน คณะศึกษาศาสตร์และศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยหาดใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สถาบันวิจัยประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา (เกษียณอายุ) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา โรงพยาบาลสงขลา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา English Language Editor (ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษ)
บรรณาธิการ		
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา		
ผู้ช่วยบรรณาธิการ		
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปฐมาภา โชติบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา		
กองจัดการ		
นางสาววิริยา ปาลีโกชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา		
กำหนดออก		
ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม		
เจ้าของ		
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา		

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ จำนวน 3 ท่าน ครอบคลุม โดยผู้พิจารณาบทความ (Peer - review) จะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาเช่นกัน (Double blind) ทั้งนี้บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏ ในวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ บุคคลอื่นไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

บทบรรณาธิการวารสาร

สวัสดีปีใหม่ไทย 2567

สมาชิกวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาล

และการสาธารณสุขภาคใต้ทุกท่าน วารสารฯ ได้ดำเนินการมาเป็นปีที่ 11 แล้ว ยังคงได้รับบทความจากหลากหลายสถาบันอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้วารสารมีความน่าเชื่อถือโดยฉบับนี้เป็นที่ 11 ฉบับที่ 2 มีบทความวิจัยจำนวน 15 เรื่อง ทั้งหมดผ่านการพิจารณา กลั่นกรอง และให้คำแนะนำอย่างเข้มข้นจากผู้ทรงคุณวุฒิหลากหลายสถาบันจำนวน 3 คนต่อบทความแต่ถึงกระนั้นทางวารสารก็ยังคงเข้มข้นด้วยคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์ของศูนย์อ้างอิงดัชนีวารสารไทย (TCI) ซึ่งในปี พ.ศ. 2568 ทางวารสารจะต้องรับการประเมินคุณภาพจากศูนย์อ้างอิงดัชนีวารสารไทย (TCI) ในรอบที่ 5 ทั้งนี้เพื่อคุณภาพของวารสารทางวารสารฯ ยังคงทำงานกันอย่างเข้มข้นเพื่อคัดสรรผลงานที่มีคุณภาพเข้าตีพิมพ์ในวารสารทั้งการรับผ่านระบบ Thai jo

ในโอกาสวันสงกรานต์ พ.ศ.2567 ขออำนาจแห่งสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ทุกคนเคารพนับถือ จงดลบันดาลให้ท่านประสบความสำเร็จในการหน้าที่การงาน ชีวิตครอบครัว มีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ตลอดไป

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ)

บรรณาธิการ

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

สารบัญ

บทความวิจัย :

e265234 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับยาเมทฟอร์มิน:

ผลข้างเคียงระยะยาว

The Role of Nurses in Caring Patient with Diabetes Mellitus Receiving Metformin: Long-term Side Effects Prevention

เสน่ห์ ชุนแก้ว, กฤตภณ เทพอินทร์, อลิษา ชุนแก้ว, กาญจนาภา ศุภบุรณ์

e266467 รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการพยาบาล

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

A Research Competency Development Model for Nursing Administrators from Detudom Crown Prince Hospital, Ubon Rathchathani

วัชรพันธ์ วงศ์คำพันธ์, กาญจนา ศรีสวัสดิ์, สังวรณัฏฐ์ จัตุระโทก

e262058 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของบุคลากรทันตสาธารณสุข

ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดยะลา

Factors Associated with Work Accidents among Dental Health Care Personnel in Sub-district Health Promoting Hospitals of Yala Province

ชมพูนุช สุภาพวานิช, นัชวานี หลีหมัด

e267558 การพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการกำกับตนเอง
เพื่อการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

The Development and Effects of an Enhancing Empowerment Program on Self-regulation for Quitting Illegal Drugs among Patients with Amphetamine Addiction during Rehabilitation Phase

บุบผา บุญญามณี, อรรพรรณ หนูแก้ว

e266128 การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตวาย
เรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ตำบลท่าเสา จังหวัดอุตรดิตถ์

The Development of a Health Behavior Modification Model to Delay Progression of Chronic Kidney Disease towards the Final Stage of Chronic Kidney Failure among Stage 3 Patients in Tha-sao Subdistrict, Uttaradit Province

อนัญญา คูอาริยะกุล, สายฝน วรรณขาว, กันตวิษณุ จูเปรมปรี, จินดารัตน์ เนตรจำนงค์,
กุลชญา คูอาริยะกุล, รัก นันต๊ะ

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย :

- e266575 อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเองและการสนับสนุนของครอบครัวที่มีต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

The Influence of Health literacy, Self-care Agency, and Family Support on Hemoglobin A1C Level in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus

ชยธิดา นนท์เมธาววัฒน์, เอกชัย กันธะวงศ์, โรชินี อุปรา

- e266855 การทบทวนอย่างเป็นระบบ: รูปแบบการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเด็กและเยาวชนไทย

A Systematic Review: Prevention against Child and Adolescents Alcohol Consumptions in Thailand

ณัฐชยา ไชยชนะ, สุนีย์ ละกะปิ่น, ศศิวิมล รัตนสิริ, คมสันต์ เหลี่ยมมะ

- e264053 ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบเพื่อเพิ่มการเข้าถึงความรู้และบริการอนามัยเจริญพันธุ์รอบด้าน สำหรับแรงงานข้ามชาติสตรีในจังหวัดสมุทรสาคร

The Outcome of a System Development to Increase Access to Knowledge and Comprehensive Reproductive Health Services for Female Migrant Workers in Samut Sakorn

กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, นันทกาญจน์ สูงสุมาลย์ วุดแฮม, สาคร สารทาลัย

- e267171 สมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในความปกติใหม่ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดเชียงราย

First-Level Nurse Executives Competencies in the New Normal at a Tertiary Hospital, Chiang Rai Province

นิรภัย กันอินทร์, กาญจนา ศรีสวัสดิ์, สายสมร เฉลยกิตติ

- e266668 ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อระดับไขมันในเลือดและดัชนีมวลกายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน อำเภอพนมพิสัย จังหวัดหนองคาย

The Effects of a Health Behavior Modification Program on Blood Lipid Levels and Body Mass Index among Hypertensive Patients with Overweight

in Phonpisai District, Nongkhai Province

รฐิมา อาริรักษ์, นภาพิณ จันทขัมมา, พรเลิศ ชุ่มชัย

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย :

- e268398 การเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมและสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 0-12 ปี ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ถ้ายอนและไม่ถ้ายอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในเขตพื้นที่ภาคเหนือของประเทศไทย

Access of 0-12 years Children to Dental Services and Children's Oral Health Status in Northern Thailand: A Comparison between Tambon Health Promoting Hospitals (THPH) that are Newly Administrated by the Local Administrative Organizations (LGO, and Those that are Not Yet

อนนต์ เพื่องขจร, นกชา สิงห์วีรธรรม, พัลลภ เชี่ยวชัยสกุล, จักรกฤษณ์ วัชรราชภูร์

- e268232 ผลของการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของนักศึกษาพยาบาล

The Effects of a Simulation-Based Learning on Knowledge and Practicing Skills of Nursing Students in Nursing Care of Patients with Ventilators

วรรณิภา กรุงแก้ว, ชุตติมา รักษ์บางแหลม, อรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง, นิสากร จันทวิ, นันทน์ณภัส สารมาศ

- e267793 การพัฒนาและผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเฮโรอีนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาวต่อคุณภาพชีวิต

The Development and Effects of a Clinical Nursing Practice Guideline for Heroine Patients Treated by Methadone Maintenance on Quality of Life

รัตติยา สันเสรี, รัชณีย์ วรรณขาม, ทิพสุคนธ์ มูลจันทน์, อัญญาภรณ์ อุปมัยรัตน์

- e267681 รูปแบบการพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

A Model for Nursing Skills Development of Professional Nurses in Caring for Patients with Radiation Therapy in Head and Neck Cancer at Lopburi Cancer Hospital

โสพิณ แก้ววิลัย, กาญจนา ศรีสวัสดิ์, ดวงกมล วัตราดุลย์

- e268098 ผลของการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงร่วมกับการเรียนรู้ผ่านแผนที่มโนทัศน์และการสะท้อนคิด ต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

The Effects of Using Simulation-Based Learning Combined with Concept Mapping and Reflective Thinking on Critical Thinking Skills of Nursing Students, Princess of Naradhiwas University

นิชริน เจ๊ะมามะ, นริสา จันทบุรี, มุสลิมห์ โต๊ะแปเราะ, นันทา กาเลียง, นัจญวา นิยมเดชา

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับยาเมทฟอร์มิน : ผลข้างเคียงระยะยาว

The Role of Nurses in Caring Patient with Diabetes Mellitus Receiving Metformin: Long-term Side Effects Prevention

เสนห์ ขุนแก้ว^{1*}, กฤตภณ เทพินทร์¹, อลิษา ขุนแก้ว¹, กาญจนภา ศุภบุรณ์¹

Saneh Khunkaew^{1*}, Kritsapon Thepin¹, Alisa Khunkaew¹, Ganjanapa Supaboon¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

¹Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

(Received: August 7, 2023; Revised: : December 23, 2023; Accepted: December 29, 2023)

บทคัดย่อ

ยาเมทฟอร์มินถูกนำมาใช้เพื่อรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เนื่องจากมีความเสี่ยงต่ำต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ มีความปลอดภัยสูง นอกจากนี้ยังช่วยให้การทำงานของอินซูลินทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น เมทฟอร์มินจึงถูกกลายเป็นยาตัวแรกที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการรักษาโรคเบาหวาน อย่างไรก็ตามการใช้ยาเมทฟอร์มินเป็นเวลานานอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงได้ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอประวัติการใช้ยาเมทฟอร์มิน ผลข้างเคียงต่อระบบไต ผลข้างเคียงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน ผลข้างเคียงต่อการเกิดโรคโลหิตจาง ผลข้างเคียงต่อระบบประสาท และบทบาทของพยาบาล เนื่องจากพยาบาลมีบทบาทใกล้ชิดกับผู้ป่วยเบาหวานมากที่สุด จึงจำเป็นต้องมีความรู้และรู้ถึงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยเฉพาะการใช้ยาเมทฟอร์มินในระยะยาวเพื่อช่วยให้การใช้ยาเมทฟอร์มินในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานเป็นไปตามวัตถุประสงค์และมีประสิทธิภาพ บทความนี้อาจเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลทุกคนที่ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล ยาเมทฟอร์มิน ผลข้างเคียงระยะยาว การดูแล โรคเบาหวาน

*ผู้ให้กรติดต่อ (Corresponding email: saneh@unc.ac.th)

Abstract

Metformin has been introduced to treat patients with type 2 diabetes because it has a low risk of hypoglycemia. In addition, it enhances the effectiveness of insulin function. Therefore, metformin had become a first-line drug, widely used in treatment of diabetes. However, long-term use of metformin might cause side effects. The purpose of this article was to present a history of metformin and its side effects, notably on the human kidney system, the human nervous system, as well as in the occurrence of anemia and cancer. The nurse's role in caring diabetes patients under metformin is determinant. It is essential for nurses to have knowledge on their particular role in caring for patients with diabetes who are under Metformin on the long term. This article may benefit to all nurses caring for patients with diabetes.

Keywords: Nurse's Roles, Metformin, Long-term Side Effects, Caring, Diabetes Mellitus

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบัน ที่พบจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นในทุก ๆ ปี มีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก 425 ล้านราย จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกในปีพ.ศ. 2559 พบว่ามีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน 1.6 ล้านคนทั่วโลก นอกจากนี้โรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 7 จาก 10 อันดับของสาเหตุการเสียชีวิตในวัยผู้ใหญ่ (Chu, Hackstadt, Chipman, Griffin, Hung, Greevy, et al., 2020) แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานก็มีความแตกต่างกันตามชนิด และอาการของผู้ป่วยแต่ละราย ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา กระบวนการรักษาเบาหวานมีการพัฒนาเป็นอย่างมาก มีการผลิตยาชนิดใหม่ ๆ เพิ่มขึ้น มีทั้งที่เป็นรูปแบบยาฉีดอินซูลิน (Waisayanand & Suksatit, 2017) และยาเม็ดรับประทาน (Thojumpa, Klankhajhon, Sahattecho, Pairojwoottipong, Junbua, & Ngamsutti, 2021) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ปัจจุบันยาเมทฟอร์มินยังคงเป็นยาตัวแรกที่ใช้ในการรักษาผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เนื่องจากยา มีความปลอดภัยสูงและราคาถูก (Draznin, Aroda, Bakris, Benson, Brown, & Freeman, et al., 2022; Sanchez-Rangel & Inzucchi, 2017) ยาเมทฟอร์มินยังมีข้อดีกว่ายารักษาเบาหวานตัวอื่น ๆ คือ มีความเสี่ยงต่ำต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เนื่องจากยาไม่ได้มีผลกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งอินซูลิน แต่เป็นเพียงตัวที่ช่วยทำให้อินซูลินทำงานได้ดีขึ้น นอกจากนี้ ยาเมทฟอร์มินไม่มีผลทำให้น้ำหนักเพิ่ม (Marshall, 2017) ยาเมทฟอร์มินยังเป็นยาที่ใช้ในการรักษากับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีภาวะดื้ออินซูลิน โดยจะใช้ร่วมกับอินซูลิน และการรักษาด้วยยาชนิดอื่น ๆ โดยยาเมทฟอร์มินนี้จะเข้าไปลดกระบวนการสร้างน้ำตาลจากตับ ลดการดูดซึมกลูโคสภายในลำไส้ และกระตุ้นความไวต่ออินซูลินในร่างกายโดยทำให้มีการนำกลูโคสกลับเข้าไปในเซลล์และนำกลูโคสไปใช้เพิ่มขึ้น ยานี้ออกฤทธิ์โดยการกระตุ้น AMP-activated protein kinase ทำให้การออกฤทธิ์ของอินซูลินดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เซลล์ตับ ทำให้การสร้างกลูโคสจากตับลดลง และระดับน้ำตาลขณะอดอาหารลดลง ยานี้มีประสิทธิภาพในการลดระดับ HbA1c ได้ใกล้เคียงกับยา sulfonylureas แต่ไม่ทำให้เกิดน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยเฉพาะเมื่อใช้เป็นยาเดี่ยว ยานี้ยังช่วยลดความผิดปกติอื่นซึ่งเกี่ยวข้องกับภาวะดื้ออินซูลินด้วย เช่น ช่วยลดระดับไตรกลีเซอไรด์ และ Plasminogen activator Inhibitor-1 ด้วยเหตุนี้จึงเป็นยาที่ทั้งสมาคมเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา ยุโรป และ ไทย แนะนำให้ใช้เป็นยาชนิดแรกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (DMThai, 2017; Sanchez-Rangel & Inzucchi, 2017)

ปัจจุบันการใช้ยาเมทฟอร์มิน ยังมีข้อจำกัดเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยในระบบทางเดินอาหารถึงร้อยละ 50 (Sanchez-Rangel & Inzucchi, 2017) เช่น ท้องเสีย ท้องอืด นอกจากนี้ยาเมทฟอร์มินยังทำให้เกิด Lactic Acidosis (Thammavaranucupt, Phonyangnok, Parapiboon, Wongluechai, Pichitporn, Sumrittivanicha, et al., 2022) ซึ่งอาจพบได้ในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่อง เนื่องจากยานี้มีการขับถ่ายทางไตเพียงอย่างเดียว จึงไม่ควร

ทำให้ผู้ป่วยที่มีระดับ Serum creatinine มากกว่า 1.5 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือ GFR น้อยกว่า 30 มล./นาที่/1.73 ม². หรือในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิด Lactic acidosis เช่น การทำงานของไตบกพร่อง หรือมีภาวะหัวใจล้มเหลว นอกจากนี้ควรหยุดยาลีน้อยกว่า 48 ชั่วโมง ก่อนการตรวจวินิจฉัยโดยใช้ภาพถ่ายรังสีร่วมกับการฉีดสี เนื่องจากสารรังสีนี้อาจทำให้การทำงานของไตแย่ลง (Chu, Hackstadt, Chipman, Griffin, Hung, Greevy Jr, et al., 2020) ยาตัวนี้ยังมีข้อเสียที่อาจจะส่งผลต่อผู้ใช้ในระยะยาว พยาบาลเป็นบุคลากรทางแพทย์หนึ่งที่เป็นผู้ดูแลหลัก ในการประเมิน ค้นหาสาเหตุ ให้คำแนะนำเบื้องต้น และตัดสินใจส่งผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อพิจารณาปรับยา ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานจึงจะต้องมีสมรรถนะเรื่องการใช้ยารักษาโรคเบาหวานเป็นอย่างดี บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอประวัติการใช้ยาเมทฟอร์มิน ผลข้างเคียงต่อระบบไต ผลข้างเคียงต่อการเกิดมะเร็ง ผลข้างเคียงต่อการเกิดโรคโลหิตจาง ผลข้างเคียงต่อระบบประสาท และบทบาทของพยาบาล เพื่อช่วยให้การใช้ยาในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานนั้นเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้และเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ประวัติของการใช้ยาเมทฟอร์มินในการรักษาผู้ที่เป็นเบาหวาน

จุดเริ่มต้นของยาเมทฟอร์มิน เกิดจากการค้นพบสมุนไพรที่ชื่อว่า *Galega officinalis* ในปี 1772 (Hill, 1759) นับตั้งแต่นั้นมาได้มีการศึกษาวิจัยมากขึ้น ในปี 1918 พบสาร Guanidine ในสมุนไพรพื้นเมืองของคนยุโรป ที่มีฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ในสัตว์ทดลอง (Watanabe, 1922) จากนั้น 2 ปีถัดมา ได้พัฒนามาทดลองใช้ในมนุษย์ และใช้มาเรื่อย ๆ เป็นระยะเวลาหลาย 10 ปี หลังจากปี 1930 การใช้ guanidine ไม่ได้ถูกนำมาใช้ต่อเนื่องเนื่องจากพบความเป็นพิษ และมีการใช้อินซูลินอย่างกว้างขวางในขณะนั้น มีแพทย์ชาวฝรั่งเศสได้ตีพิมพ์การใช้ยาเมทฟอร์มินในการรักษาโรคเบาหวานในปี 1957 อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดการใช้ เนื่องจากมียา biguanides (Phenformin and Buformin) ที่รักษาได้ดีกว่า อีกทั้งยังส่งผลให้เกิดภาวะกรดแลคติกในกระแสเลือดได้ ในปี 1958 ยาเมทฟอร์มินถูกนำมาใช้ในการรักษาผู้ที่เป็นโรคเบาหวานในประเทศอังกฤษ และแถบทวีปยุโรป (Beringer, 1958; McKendry, Kuwayti, & Rado 1959; Mehnert & Seitz, 1958; Ungar, Freedman, & Shapiro, 1957) ยาเมทฟอร์มินยังถูกเข้าไปใช้ในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี 1995 (Bailey & Turner, 1996; DeFronzo, Goodman, & Group, 1995) และนำมาใช้ในสหราชอาณาจักรในปี 1998 เป็นต้นมา (UKPDS, 1998)

ในประเทศไทยยาเมทฟอร์มินถูกนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย เนื่องจากยาเมทฟอร์มิน ถูกใช้เป็นยารักษาเบาหวานลำดับแรกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความปลอดภัย สามารถลดอัตราการเสียชีวิตโดยรวมได้ ลดระดับน้ำตาลในเลือดสะสมได้ถึงร้อยละ 0.9-1.2 (Russameethum & Tewthanom, 2017) และยังไม่ก่อให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเมื่อใช้เป็นยาเดี่ยว รวมไปถึงไม่ส่งผลต่อน้ำหนักตัวและยังมีราคาถูกอีกด้วย (Rawdaree, 2017) ดังนั้นสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยจึงมีแนวทางเวชปฏิบัติให้ใช้นานี้จนถึงปัจจุบัน

ผลข้างเคียงของการใช้ยาเมทฟอร์มินในระยะยาวต่อระบบไต

ภาวะการทำงานของไตบกพร่อง (Renal impairment) ถือเป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคเบาหวานที่มีการใช้ยาเมทฟอร์มินในการรักษา เนื่องจากการทำงานของไตบกพร่องจะทำให้เกิดการสะสมมากขึ้น และยานี้มีการขับถ่ายทางไตเพียงอย่างเดียว ซึ่งส่งผลให้เกิดกรดแลคติกในเลือดจากยาเมทฟอร์มินได้ (MALA: metformin associated lactic acidosis) (Dyatlova, Tobarran, Kannan, North & Wills, 2022) หากไม่มีการพิจารณาถึงความจำเป็นก็จะส่งผลให้เกิดผลข้างเคียงของการใช้ยาเมทฟอร์มินในระยะยาวต่อระบบไต การพิจารณาค่าประมาณอัตราการกรองของหน่วยไต (Estimated Glomerular Filtration Rate; eGFR) จึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งการใช้ยาเมทฟอร์มินไม่ควรใช้ในผู้ป่วยที่มีค่า eGFR น้อยกว่า 30 มล./นาที่/1.73ม² เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการเกิดกรดแลคติกในเลือดจากยาเมทฟอร์มิน (MALA) (Nasri, 2022) นอกจากนี้การได้รับยาเมทฟอร์มินมากกว่า 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน มีโอกาสเกิดภาวะกรดแลคติกในเลือดจากยาเมทฟอร์มิน (MALA) มากขึ้นเช่นกัน (Beringer, 1958; Dyatlova, Tobarran, Kannan, North & Wills, 2022) การติดตามการทำงานของไตอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการปรับขนาดยาที่เหมาะสม (Rossing, Caramori, Chan, Heerspink, Hurst, Khunti, et al.,

2022) (ดังตารางที่ 1) จึงเป็นสิ่งสำคัญอีกเช่นกันที่ต้องพิจารณา รวมไปถึงการตรวจวินิจฉัยโดยใช้ภาพถ่ายรังสีร่วมกับการฉีดสีตรวจหัตถุยาน้อยอย่างน้อย 48 ชั่วโมงก่อน เนื่องจากสารรังสีนี้อาจทำให้การทำงานของไตแย่ลง (Chu, Hackstadt, Chipman, Griffin, Hung, Greevy, et al., 2020)

ตาราง 1 แสดงการพิจารณาใช้ยาเมทฟอร์มินร่วมกับระยะการทำงานของไต

CKD Stage	eGFR, mL/min/1.73 m ²	Maximal Total Daily Dose, mg	คำแนะนำ
G1	≥90	2,550	- ควรติดตามอัตราการกรองของไต (eGFR) ทุกปี
G2	60–89	2,550	- ควรติดตามอัตราการกรองของหน่วยไต (eGFR) อย่างน้อยทุก 3-6 เดือน
G3a	45–59	2,000	- ควรเริ่มต้นที่ครึ่งหนึ่งของขนาดยาและไทเทรตขึ้นไปเป็นครึ่งหนึ่งของค่าสูงสุดในปริมาณที่แนะนำ
G3b	30–44	1,000	- ควรติดตามอัตราการกรองของหน่วยไต (eGFR) อย่างน้อยทุก 3 เดือน
G4	15–29	พิจารณาไม่ให้ยา	- พิจารณาส่งฟอกไต
G5	<15	พิจารณาไม่ให้ยา	

หมายเหตุ: CKD, chronic kidney disease; eGFR, estimated glomerular filtration rate.

ภาวะเลือดเป็นกรดจากการคั่งของแลคติกนี้มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเมทฟอร์มิน (Metformin associated lactic acidosis; MALA) กับอัตราการตายสูง คือ การที่มีระดับยาเมทฟอร์มินในเลือดสูงเกินค่าปกติ ทำให้มีการสร้างและสะสมกรดแลคติกมากขึ้น และการขจัดกรดแลคติกออกได้น้อยลง (Noinual, & Tunprayoon, 2021) ดังนั้นการวินิจฉัยภาวะ MALA จำเป็นต้องทำอย่างรวดเร็ว และรักษาแบบประคับประคอง เพื่อแก้ไขภาวะเลือดเป็นกรด และฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งสามารถขจัดกรดออกจากร่างกายและลดระดับยาเมทฟอร์มินได้ การป้องกันการเกิดภาวะนี้ ทำได้โดยการปรับขนาดยาเมทฟอร์มินให้เหมาะสมกับค่าการทำงานของไต (Apichayapong, 2020) ผู้ป่วยที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 4-5 ที่มี eGFR < 30 mL/min/1.73 m³ ควรพิจารณาห้ามให้ยาเมทฟอร์มิน (Absolute Contraindication) (Rossing, Caramori, Chan, Heerspink, Hurst, & Khunti, et al., 2022)

ผลของการใช้ยาเมทฟอร์มินในระยะยาวต่อการเกิดมะเร็ง

การใช้ยาเมทฟอร์มินพบว่ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่ลดลงต่อการเกิดโรคมะเร็ง ในการศึกษาทางคลินิกพบว่า การใช้ยาดังกล่าวสามารถยับยั้งการเกิดเซลล์มะเร็ง (Mehnert & Seitz, 1958) ช่วยลดความเสี่ยงของมะเร็งทางเดินอาหารรวมทั้งมะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งลำไส้ (DeFronzo, Goodman, & Group, 1995) มะเร็งตับอ่อน (Bailey & Turner, 1996; DeFronzo, Goodman, & Group, 1995) มะเร็งเต้านม (UKPDS, 1998) และมะเร็งต่อมลูกหมาก (Russameethum & Tewthanom, 2017) การใช้ยาดังกล่าวเป็นเวลามากกว่า 3 ปี จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งกระเพาะอาหารได้ร้อยละ 43 (Rawdaree, 2017) นอกจากนี้การใช้เมทฟอร์มินยังลดความเสี่ยงการเกิดมะเร็งปอดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 16 ซึ่งยาเมทฟอร์มินจะออกฤทธิ์ต้านการเกิดมะเร็งโดยกระตุ้น adenosine monophosphate-activated protein kinase (AMPK) (Xu, Chen, Jia, Tian, Dai, Li, et al., 2015; Skuli, Alomari, Gaitsch, Bakayoko, Skuli & Tyler, 2022) ซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวกับการสร้างโปรตีน พลังงาน และการทำงานของฮอร์โมนในระดับเซลล์ นอกจากนี้ AMPK ยังมีบทบาทสำคัญช่วยลดการแสดงออกของยีนที่ก่อมะเร็ง (Cancer-promoting Genes) เช่น Mammalian Target of Rapamycin (mTOR) และช่วยกระตุ้นการทำงานของยีนที่ยับยั้งมะเร็ง (Tumor Suppressor Gene) จึงช่วยป้องกันมะเร็งได้ นอกจากนี้ mTOR ถือเป็นกลไกสำคัญในการ

ควบคุมการเจริญเติบโตและการแบ่งเซลล์ (Tseng, 2014) การศึกษาการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) ของ Soranna, Scotti, Zamboni, Bosetti, Grassi, Catapano, et al. (2012) ศึกษาการใช้ยาเมทฟอร์มินเปรียบเทียบกับ Sulfonylurea พบว่าการใช้ยาเมทฟอร์มินมีส่วนช่วยลดความเสี่ยงการเกิดมะเร็ง ยกเว้น มะเร็งลำไส้ มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งเต้านม เป็นต้น

ผลข้างเคียงของการใช้ยาเมทฟอร์มินในระยะยาวต่อการเกิดโรคโลหิตจาง

ในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการใช้ยาเมทฟอร์มินยังไม่พบความชุกกว่ามีผลทำให้เกิดโรคโลหิตจาง แต่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในระยะแรกของโรคโลหิตจางในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (Donnelly, Dennis, Coleman, Sattar, Hattersley, & Holman, et al., 2020) ซึ่งพบการเกิดโรคโลหิตจางในผู้ป่วยเบาหวานที่มีการขาดวิตามินบี 12 เป็นผลมาจากการได้รับยาเมทฟอร์มินในขนาดที่สูงเป็นระยะเวลานาน ทำให้การดูดซึมวิตามินบี 12 ที่ลำไส้เล็กที่ลดลง (Jeetendra & Tushar, 2016) การขาดวิตามินบี 12 ส่งผลให้เกิดปัญหา เช่น การขาดสารอาหาร ความเสียหายของเยื่อกระดูกเพาะอาหาร ภาวะโลหิตจาง (Pernicious anemia) เป็นต้น จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณ พบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะการขาดวิตามินบี 12 เกิดขึ้นสูงในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยยาเมทฟอร์มิน เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาเมทฟอร์มิน ดังนั้นการศึกษานี้จึงแนะนำว่าการรับประทานอาหารที่มีวิตามินบี 12 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานอาจมีส่วนช่วยลดอันตรายจากภาวะดังกล่าวได้ (Kakralapudi, Kondabolu, Tehseen, Khemani, Nousherwani, Saleem, et al., 2022)

ผลข้างเคียงของการใช้ยาเมทฟอร์มินในระยะยาวต่อระบบประสาท

การใช้ยาเมทฟอร์มินในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระยะยาว พบว่า โดยทั่วไปมีผลทำให้การดูดซึมวิตามินบี 12 ผิดปกติและทำให้เกิดอาการปลายประสาทอักเสบ (Peripheral Neuropathy) (Jeetendra & Tushar, 2016) โดยยาจะเข้าไปเปลี่ยนแปลงเมตาบอลิซึมและการหลั่งของกรดน้ำดี การเจริญเติบโตของแบคทีเรียในลำไส้เล็ก และยับยั้งการดูดซึมวิตามินบี 12 ที่ลำไส้เล็กส่วนปลาย ซึ่งการขาดวิตามินบี 12 ส่งผลต่อระบบประสาทให้ทำงานผิดปกติ เช่น อาการชามือ และเท้า เป็นต้น (Bell, 2022) ดังนั้นในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาเมทฟอร์มินเป็นระยะเวลานาน และในปริมาณที่สูงขึ้น ต้องได้รับการตรวจคัดกรองระดับวิตามินบีรวมเป็นประจำ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับยาเฉลี่ยมากกว่า 1 g/day เป็นระยะเวลานาน 4 - 5 ปี จึงควรให้วิตามินบี 12 เสริมในขนาดที่มากกว่า 100 ไมโครกรัมต่อวัน และในผู้ป่วยที่มีการดูดซึมผิดปกติจากการได้รับยาเมทฟอร์มินให้วิตามินบี 12 ขนาด 500 - 2,000 ไมโครกรัมต่อวัน เป็นแนวทางที่ช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพและคุ้มค่า (Jeetendra & Tushar, 2016)

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของการขาดวิตามินบี 12 และอาการปลายประสาทอักเสบของ Ahmed, Muntingh, & Rheeder (2016) ในกลุ่มตัวอย่าง 121 ราย พบว่าการขาดวิตามินบี 12 ไม่สามารถสรุปได้ว่ามีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการปลายประสาทอักเสบในระยะสั้น แต่พบว่าการที่ผู้ป่วยจะมีภาวะปลายประสาทอักเสบ จำเป็นที่จะต้องได้รับยาเมทฟอร์มินเป็นระยะเวลานาน 12 - 15 ปี (Aroda, Edelstein, Goldberg, Knowler, Marcovina, Orchard, et al., 2016)

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่ได้รับยาเมทฟอร์มินกับผลข้างเคียงในระยะยาว

บทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่ได้รับยาเมทฟอร์มินกับผลข้างเคียงในระยะยาว นั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ เข้าใจ และสามารถประเมินผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ อีกทั้งยังสามารถใช้เป็นข้อมูลในการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับทีมแพทย์ เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข ถือเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบ ทีมสหวิชาชีพ ซึ่งจะสามารถลดผลข้างเคียงของการใช้ยาเมทฟอร์มินในระยะยาวของผู้ที่เป็นเบาหวานได้ ดังต่อไปนี้

1. พยาบาลและทีมควรติดตามการทำงานของไตทุก ๆ 1 ปี เป็นอย่างน้อย หรือตรวจติดตามค่า eGFR ทุก 3 - 6 เดือน (ดูตารางที่ 1) เพื่อเป็นการเฝ้าระวังการเกิดภาวะกรดแลคติกในเลือด เมื่อพบค่า eGFR 30-40 มล./นาที่/1.73m²

ควรรายงานแพทย์เจ้าของไข้ให้พิจารณาใช้ยาเมทฟอร์มินได้ไม่เกิน 1,000 มก.ต่อวัน แต่ถ้าพบค่า eGFR น้อยกว่า 30 มล./นาที/1.73m² ควรรายงานแพทย์เจ้าของไข้เพื่อพิจารณาปรับเปลี่ยนแผนการรักษา (Thai-Dm-CPG, 2023) ยิ่งไปกว่านั้นสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ยังแนะนำให้ตรวจติดตามการทำงานของตับ หรือภาวะหัวใจล้มเหลว รวมทั้งควรดยาเมทฟอร์มินก่อนเข้ารับการตรวจรังสีวินิจฉัย (Radiocontrast agent) อย่างน้อย 48 ชั่วโมง เนื่องจากสารทึบแสงนี้อาจทำให้การทำงานของไตบกพร่องได้

2. พยาบาลควรมีการตรวจสอบการใช้ยาเมทฟอร์มินในรายที่มีการใช้ยาเมทฟอร์มินร่วมกับยา Cimetidine, Procainamide, Digoxin, Quinidine และ Vancomycin เนื่องจากยาดังกล่าวอาจแย่งการกันขับออกทางไตกับยาเมทฟอร์มินทำให้ระดับยาในกระแสเลือดเพิ่มสูงขึ้น อาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากยาเมทฟอร์มิน เช่น ภาวะเลือดเป็นกรดจากสารแลกติก (Metformin-associated Lactic Acidosis; MALA) (Rongmuang, Tongdee, & Songsri, 2016)

3. พยาบาลควรเฝ้าติดตามการใช้ยาเมทฟอร์มินร่วมกับการใช้ยารักษาเบาหวานชนิดอื่น เช่น อินซูลินหรือกลุ่มยาที่มีฤทธิ์กระตุ้นการหลั่งอินซูลิน เนื่องจากอาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ (Thai-Dm-CPG, 2023)

4. การเกิดมะเร็งในผู้ที่ใช้ยาเมทฟอร์มินนั้นยังไม่มีหลักฐานทางวิชาการที่ชัดเจน แต่กลับเป็นผลดีต่อการรักษาในรายที่ใช้เมทฟอร์มินร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด ลดความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งเต้านม เป็นต้น (Soranna, Scotti, Zambon, Bosetti, Grassi, Catapano, et al., 2012) อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวยังมีข้อจำกัดอยู่ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มประชากรที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และในทางคลินิกเพิ่มมากขึ้น (Oriana & Samy, 2023).

5. พยาบาลและทีมควรติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยเบาหวานประจำปีเกี่ยวกับ CBC เพื่อประเมินภาวะโลหิตจางจากการขาดวิตามินบี 12 (Kakralapudi, Kondabolu, Tehseen, Khemani, Nousherwani, Saleem, et al., 2022)

6. แนะนำให้ผู้ป่วยเบาหวานหลีกเลี่ยง หรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หากมีการใช้ยาเมทฟอร์มิน เนื่องจาก Ethanol จะเพิ่มฤทธิ์ยาเมทฟอร์มิน ต่อกระบวนการ Lactate metabolism และควรแนะนำให้สังเกตอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้จากการใช้ยาเมทฟอร์มินโดยเฉพาะอาการของ Lactic acidosis เช่น อ่อนเพลีย ปวดกล้ามเนื้อ กัดกราดหายใจ รวมทั้ง Hyperventilation หัวใจเต้นผิดจังหวะ ง่วงซึมมวนท้อง (Abdominal upset) (Rongmuang, Tongdee, & Songsri, 2016)

7. ควรมีการตรวจประเมินการทำงานของระบบประสาทโดยเฉพาะ อาการปลายประสาทอักเสบ (Peripheral neuropathy) (Bell, 2022) เป็นประจำทุกปี ในผู้ป่วยที่ได้รับยาเมทฟอร์มินเฉลี่ยมากกว่า 1 g/day เป็นระยะเวลานาน 4 - 5 ปี เพื่อประเมินและติดตามระบบประสาท และป้องกันการเกิดบาดแผลที่เท้าได้

8. ควรติดตามประเมินอาการปลายประสาทอักเสบ (Peripheral Neuropathy) ในผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาเมทฟอร์มิน 2-3 ครั้ง/วัน เพื่อประเมินการเสื่อมของปลายประสาทที่เท้า (Serra, Kancharla, Khakharia, Allen, Phillips, Rhee, et al., 2020)

สรุป

การใช้ยาเมทฟอร์มินในผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นยาที่ถูกใช้อย่างยาวนานตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน และได้มีการวิจัยอย่างต่อเนื่องถึงคุณสมบัติของยาที่ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแล้วนั้น อย่างไรก็ตาม พยาบาลและทีมควรมีการใช้ยาด้วยความระมัดระวัง พยาบาลผู้ซึ่งเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงจำเป็นต้องเข้าใจถึงผลของการใช้ยาในระยยาม รวมไปถึงการเฝ้าระวังติดตามผลของการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการภาวะแทรกซ้อนหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยอีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

บทความนี้จึงเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลหรือทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยติดตามค่าอัตราการกรองที่ไต (eGFR) ในอยู่ในเกณฑ์เสมอ เมื่อค่า eGFR ต่ำกว่า 30 มล./นาที/1.73m² ควรรายงานแพทย์เจ้าของไข้ ติดตามผลการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นประจำ รวมไปถึงการตรวจค่าความเข้มข้นของเลือดเพื่อประเมินภาวะซีด และการตรวจการรับรู้ความรู้สึก อาการปลายประสาทอักเสบซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากการขาดวิตามินบี 12 จากการใช้ยาเมทฟอร์มินเป็นระยะเวลานาน เป็นต้น พยาบาลควรร่วมกันกำหนดและติดตามผู้ป่วยอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรือติดตามได้บ่อยขึ้นตามอาการและคำแนะนำของแพทย์เจ้าของไข้

References

- Ahmed, M. A., Muntingh, G., & Rheeder, P. (2016). Vitamin B12 deficiency in metformin-treated type-2 diabetes patients, prevalence and association with peripheral neuropathy. *BMC Pharmacology and Toxicology*, 17(1), 1-10.
- Apichayapong, W. (2020). Case study: metformin-associated lactic acidosis. *Thai Journal of Hospital Pharmacy*, 30(1), 26-33.
- Aroda, V. R., Edelstein, S. L., Goldberg, R. B., Knowler, W. C., Marcovina, S. M., Orchard, T. J., et al. (2016). Long-term metformin use and vitamin B12 deficiency in the diabetes prevention program outcomes study. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 101(4), 1754-1761.
- Bailey, C. J., & Turner, R. C. (1996). Metformin. *New England Journal of Medicine*, 334(9), 574-579.
- Bell, D. S. (2022). Metformin induced vitamin B12 deficiency can cause or worsen distal symmetrical, autonomic and cardiac neuropathy in the patient with diabetes. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 24(8), 1423-1428.
- Beringer, A. (1958). Zur behandlung der zuckerkrankheit mit biguaniden. *Wien. Med. Wschr.*, 108, 880-882.
- Cho, N. H., Shaw, J. E., Karuranga, S., Huang, Y., da Rocha Fernandes, J. D., Ohlrogge, A. W., et al. (2018). Idf diabetes atlas: global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 138, 271-281.
- Chu, P. Y., Hackstadt, A. J., Chipman, J., Griffin, M. R., Hung, A. M., Greevy Jr, R. A., et al. (2020). Hospitalization for lactic acidosis among patients with reduced kidney function treated with metformin or sulfonylureas. *Diabetes Care*, 43(7), 1462-1470.
- DeFronzo, R. A., Goodman, A. M., & Group, M. M. S. (1995). Efficacy of metformin in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *New England Journal of Medicine*, 333(9), 541-549.
- DMThai. (2017). *Clinical Practice Guidelines for Diabetes Bangkok: The Endocrine Society of Thailand*. <http://www.dmthai.org/.../cpg/443-guideline-diabetes-care-2017> (in Thai)
- Donnelly, L. A., Dennis, J. M., Coleman, R. L., Sattar, N., Hattersley, A. T., Holman, R. R., et al. (2020). Risk of anemia with metformin use in type 2 diabetes: A mastermind study. *Diabetes care*, 43(10), 2493-2499. doi.org/10.2337/dc20-1104
- Draznin, B., Aroda, V. R., Bakris, G., Benson, G., Brown, F. M., Freeman, R., et al. (2022). 9. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of medical care in diabetes-2022. *Diabetes Care*, 45(Supplement_1), S125-S143.

- Dyatlova, N., Tobarran, N. V., Kannan, L., North, R., & Wills, B. K. (2022). Metformin Associated Lactic Acidosis (MALA). In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Hill, J. (1759). *The Vegetable System: Or, a Series of Experiments, and Observations Tending to Explain the Internal Structure, and the Life of Plants; Their Growth, and Propagation; the Number, Proportion, and Desposition of Their Constituent Parts; with the True Course of Their Juices; the Formation of the Embryo, the Construction of the Seed, and the Encrease from that State to Perfection* (Vol. 1). Printed at the expence of the author, and sold by R. Baldwin.
- Jeetendra, S., & Tushar, B. (2016). Metformin use and vitamin B12 deficiency in patients with type-2 diabetes mellitus. *MVP Journal of Medical Sciences*. 3(1), 67-70.
doi:10.18311/mvpjms/2016/v3i1/731
- Kakrapudi, Y., Kondabolu, S. K., Tehseen, Z., Khemani, V., Nousherwani, M. D., Saleem, F., et al. (2022). effect of metformin on vitamin b12 deficiency in patients with type 2 diabetes mellitus and factors associated with it: A Meta-Analysis. *Cureus*, 14(12), e32277.
doi.org/10.7759/cureus.32277
- Marshall, S. M. (2017). 60 years of metformin use: A glance at the past and a look to the future. *Diabetologia*, 60(9), 1561–1565.
- McKendry, J. B. R., Kuwayti, K., & Rado, P. P. (1959). Clinical experience with DBI (phenformin) in the management of diabetes. *Canadian Medical Association Journal*, 80(10), 773.
- Mehnert, H., & Seitz, W. (1958). Weitere Ergebnisse der diabetesbehandlung mit blutzuckersenkenden biguaniden. *Munch Med Wschr*, 100, 1849–1851.
- Nasri, H. (2022). Metformin and kidney; overview on current concepts. *Journal of Renal Endocrinology*, 8, e21064.
- Noinual, J. & Tunprayoon, S. (2021). Case report: Metformin-associated lactic acidosis. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*. 16(4), 403-409.
- Oriana Hoi Yun Yu & Samy Suissa. (2023). Metformin and cancer: Solutions to a real-world evidence failure. *Diabetes Care*. 46(5), 904–912.
- Rawdaree P. (2017). Clinical Practice Guideline for Diabetes. Diabetes Association of Thailand. (in Thai)
- Rongmuang, D., Tongdee, J. & Songsri, C. (2016). The nursing' role in caring the person with diabetes mellitus receiving glycemic control medication in community. *Nursing Public Health and Education Journal*, 17(3), 3-16. (in Thai)
- Rossing, P., Caramori, M. L., Chan, J. C., Heerspink, H. J., Hurst, C., Khunti, K., et al. (2022). Executive summary of the kdigo 2022 clinical practice guideline for diabetes management in chronic kidney disease: an update based on rapidly emerging new evidence. *Kidney international*, 102(5), 990-999.
- Russameethum, W., & Tewthanom, K. (2017). Risk-benefit of high dose metformin beyond current evidence based pharmacotherapy. *Thai Bulletin of Pharmaceutical Sciences*, 12(1), 55–62.
- Sanchez-Rangel, E., & Inzucchi, S. E. (2017). Metformin: Clinical use in type 2 diabetes. *Diabetologia*, 60, 1586–1593.

- Serra, M. C., Kancherla, V., Khakharia, A., Allen, L. L., Phillips, L. S., Rhee, M. K., et al. (2020). Long-term metformin treatment and risk of peripheral neuropathy in older Veterans. *Diabetes research and clinical practice*, 170, 1-12.
- Skuli, S. J., Alomari, S., Gaitsch, H., Bakayoko, A. I., Skuli, N., & Tyler, B. M. (2022). Metformin and cancer, an ambiguous relationship. *Pharmaceuticals*, 15(5), 1-29.
- Soranna, D., Scotti, L., Zambon, A., Bosetti, C., Grassi, G., Catapano, A., et al. (2012). Cancer risk associated with use of metformin and sulfonylurea in type 2 diabetes: a meta-analysis. *The oncologist*, 17(6), 813-822.
- Thai-Dm-CPG. (2023). *Clinical Practice Guidelines for Diabetes Bangkok: The Endocrine Society of Thailand*. <http://www.thaiendocrine.org/th/wp-content/uploads/2023/08/Thai-DM-CPG-2566.pdf> (in Thai)
- Thojampa, S., Klankhajhon, S., Sahattecho, W., Pairojwoottipong, O., Junbua, J., & Ngamsutti, S. (2021). Roles of nurses on rational drug use with diabetic patients: case study. *Systematic Reviews in Pharmacy*, 12(3), 748-752.
- Thammavaranucupt, K., Phonyangnok, B., Parapiboon, W., Wongluechai, L., Pichitporn, W., Sumrittvanicha, J., et al. (2022). Metformin-associated lactic acidosis and factors associated with 30-day mortality. *Plos one*, 17(8), e0273678.
- Tseng, C.-H. (2014). Metformin significantly reduces incident prostate cancer risk in taiwanese men with type 2 diabetes mellitus. *European Journal of Cancer*, 50(16), 2831-2837.
- UKPDS (1998). Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). *The Lancet*, 352(9131), 854-865.
- Ungar, G., Freedman, L., & Shapiro, S. L. (1957). Pharmacological studies of a new oral hypoglycemic drug. *Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine*, 95(1), 190-192.
- Waisayanand, N., & Suksatit, B. (2017). Self-administration of insulin among persons with type 1. *Diabetes Mellitus*. 18(Supplement), 11-21.
- Watanabe, C. K. (1922). Studies in the metabolic changes induced by the administration of guanidine bases vi. the influence of guanidine acidosis on the fat content of the blood. *The Journal of Biochemistry*, 1(2), 195-200.
- Xu, H., Chen, K., Jia, X., Tian, Y., Dai, Y., Li, D., et al. (2015). Metformin use is associated with better survival of breast cancer patients with diabetes: A meta-analysis. *The Oncologist*, 20(11), 1236-1244.

รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

A Research Competency Development Model for Nursing Administrators from Detudom Crown Prince Hospital, Ubon Rathchathani

วัชรพันธ์ วงศ์คำพันธ์¹, กาญจนา ศรีสวัสดิ์^{2*}, สัງวรรณ จัตุระโท³

Watcharaphan Wongkhamphan¹, Kanjana Srisawad^{2*}, Sungworn Ngudgratoke³

¹นักศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารทางการแพทย์) สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช, ²สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช,
³สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

¹Student of Master of Nursing Science Program (Nursing Administration) Faculty of Nursing,
Sukhothai Thammathirat Open University, ²Faculty of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University,
³Faculty of Education, Sukhothai Thammathirat Open University

(Received: October 7, 2022; Revised: December 4, 2023; Accepted: December 11, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างรูปแบบและศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ดำเนินการเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 สร้างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัย จากข้อมูลที่ได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสำหรับการสนทนากลุ่ม 9 คน และสำหรับใช้รูปแบบ 30 คน เครื่องมือการวิจัยได้แก่ 1) ประเด็นแนวคำถามการสนทนากลุ่ม และ 2) แบบประเมินสมรรถนะการวิจัยด้านความรู้ ทักษะและทัศนคติเกี่ยวกับวิจัย ค่าความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง .67 - 1.00 และได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินสมรรถนะการวิจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการวิจัย มีค่าคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .86 และแบบประเมินสมรรถนะการวิจัยด้านทักษะและทัศนคติเกี่ยวกับการวิจัย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80 และ .81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา และสถิติ Dependent t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการแพทย์ ประกอบด้วย 1) การพัฒนาด้านทัศนคติเกี่ยวกับการวิจัย 2) ด้านความรู้และทักษะเกี่ยวกับความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการวิจัย การกำหนดโจทย์การวิจัย และการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง 3) ด้านความรู้และทักษะเกี่ยวกับการออกแบบการวิจัย 4) ด้านความรู้และทักษะเกี่ยวกับประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย 5) ด้านความรู้และทักษะเกี่ยวกับการเลือกใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล และ 6) ด้านความรู้และทักษะเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์จากหลักฐานเชิงประจักษ์

2. หลังการใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัย พบว่าผู้บริหารทางการแพทย์ มีสมรรถนะการวิจัยสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ดังนั้น องค์การพยาบาลสามารถนำรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยไปขยายและต่อยอดประยุกต์การจัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้บริหารทางการแพทย์มีความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยต่อไป

คำสำคัญ สมรรถนะการวิจัย ผู้บริหารทางการแพทย์ รูปแบบการพัฒนา

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: Kanjana.sri@stou.ac.th)

Abstract

This research and development aimed to 1) create a model for developing research competencies among nursing administrators, and 2) study the results of using the new model at Detudom Crown Prince Hospital in the Province of Ubon Ratchathani. Research was carried out in 2 steps. Step 1 consisted in creating a new research competency development model, based on a review of relevant documents and research and focus group discussions. Step 2 was dedicated to implementation and evaluation of such model. The sample group for focus group discussion consisted of 9 people. The developed model was implemented by 30 first-line nursing administrators. The research tools included: 1) question guidelines for the focus group discussion, and 2) a research competency assessment form on knowledge, skills, and attitudes regarding research. The content validity value was between .67-1.00. The reliability was tested in terms of research knowledge, with a Kuder-Richardson 20 equal to .86. In terms of skills and attitudes regarding research, the Cronbach's alpha coefficient values were at the .80 and 0.81 levels, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics, content analysis and dependent t-test statistics. Research results revealed as follows.

1. The model for developing research competencies of nursing administrators consisted of 6 dimensions: 1) attitudes about research, 2) basic knowledge and skills regarding research, defining the research question and review of related documents, 3) research designing skills, 4) knowledge and skills regarding sample populations, sample selection, and quality checking of research tools, 5) the use of statistics in data analysis skills, and 6) knowledge and research skills regarding the use of evidence based practice.

2. After using the new research competency development model, it was found that the nursing administrators had significantly higher research competency than before using the model ($p < .001$).

Therefore, nursing organizations can apply the model to stimulate and encourage nursing administrators to have better knowledge, skills, and attitudes related to further research.

Keywords: Research Competency, Nursing Administrators, Development Model

บทนำ

การวิจัยเป็นการเสริมสร้างองค์ความรู้ ความเข้าใจ การสั่งสมประสบการณ์ที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ อย่างมีประสิทธิภาพ (Kongnoo, 2020) วิชาชีพการพยาบาลให้ความสำคัญกับการวิจัย มาตั้งแต่ยุคกำเนิดของวิชาชีพ จนถึงปัจจุบัน มีการกำหนดให้มีการเรียนการสอนเกี่ยวกับการวิจัย เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ ความเข้าใจ ในแนวคิดและทักษะเกี่ยวกับการวิจัย (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2018) สภาการพยาบาลได้ กำหนดสมรรถนะด้านวิชาการและการวิจัยเป็นสมรรถนะหนึ่งที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพ และเป็นหนึ่งในภารกิจหลักของแผนยุทธศาสตร์การบริการพยาบาลระดับประเทศ (ฉบับที่ 6) พ.ศ.2565 - 2569 ในการส่งเสริมการพัฒนา วิจัยนวัตกรรมทางการพยาบาล ที่ท้าทายกับปัญหาสุขภาพโลก (Nursing Division, 2021) พยาบาลจะต้องนำมา ประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานบริการพยาบาลให้เหมาะสม ซึ่งสภาการพยาบาลได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการวิจัย ต่อวิชาชีพพยาบาล จึงกำหนดให้สมรรถนะด้านวิชาการและการวิจัยเป็นหนึ่งในสมรรถนะหลักของผู้ประกอบวิชาชีพ การพยาบาล ซึ่งครอบคลุมพยาบาล ผู้ปฏิบัติการ และผู้บริหารทางการพยาบาล มีหน้าที่ทำวิจัย หรือมีส่วนร่วม ในการทำวิจัย รวมทั้งนำผลการวิจัยมาปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล (Thailand Nursing and Midwifery

Council, 2018) ผู้บริหารทางการแพทย์ ซึ่งมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมสมรรถนะการวิจัยให้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติ ในหน่วยงานโดยการส่งเสริมการแก้ปัญหาด้วยงานวิชาการและงานวิจัย สนับสนุน การใช้งานวิจัยทางการแพทย์ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Singchungchai, 2019) ตลอดจนผู้บริหารทางการแพทย์สามารถเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำการวิจัยแก่บุคลากรในหน่วยงาน (Laobanthao, 2017) ผู้บริหารทางการแพทย์จึงจำเป็นต้องมี สมรรถนะการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการแพทย์อยู่ในระดับต่ำ ถึงปานกลาง จึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาสมรรถนะการวิจัย เพื่อให้ผู้บริหารทางการแพทย์มีสมรรถนะการวิจัย ที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Jirakangwan (2013) และการศึกษาของ Arayaphiphat (2015) พบว่าพยาบาล วิชาชีพมีสมรรถนะการวิจัยสูงขึ้น หลังจากการเข้าร่วมการพัฒนา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Huagang (2019) และ Wenhui, Yuan, & Lanfang (2019) ได้เสนอให้จัดอบรมวิจัยหรือการจัดฝึกอบรมพัฒนาสมรรถนะการวิจัย สามารถเพิ่มสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการแพทย์หรือพยาบาลได้ ซึ่งการพัฒนารูปแบบสมรรถนะการวิจัย ของผู้บริหารทางการแพทย์ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดวงจรคุณภาพ (PDCA) ของ Deming (2004) มาใช้ใน ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย ขั้นตอนการวางแผน (Plan) ขั้นตอนการดำเนินการตามแผน (Do) ขั้นตอน การตรวจสอบ (Check) และขั้นตอนการปรับปรุงแก้ไข (Act) อย่างเป็นระบบ ให้ครบวงจรและต่อเนื่อง มาใช้ในการ พัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jirakangwan (2013) ได้ศึกษาผลการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้แนวคิดวงจรคุณภาพ (PDCA) มาใช้ในขั้นตอน การดำเนินการวิจัยในการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าหลังการพัฒนาสมรรถนะความรู้และ ทักษะการวิจัยของพยาบาลวิชาชีพสูงขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Arayaphiphat (2015) ศึกษา การพัฒนาสมรรถนะทักษะการวิจัยและพัฒนาทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์บำบัดรักษาเยาเสพติด ขอนแก่น โดยนำแนวคิดวงจรคุณภาพ (PDCA) มาใช้ในขั้นตอนการดำเนินการวิจัย พบว่าหลังการพัฒนาสมรรถนะ การวิจัยของพยาบาลวิชาชีพสูงขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการนำแนวคิดวงจรคุณภาพ (PDCA) มาใช้ในขั้นตอนการ ดำเนินการวิจัย สามารถช่วยให้มีสมรรถนะการวิจัยที่เพิ่มขึ้นได้ ดังนั้นรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยจึงมี ความจำเป็นต่อผู้บริหารทางการแพทย์

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมเป็นโรงพยาบาลระดับ S (Standard – level Hospital) จำนวน 350 เตียง โดยมีผู้บริหารทางการแพทย์เป็นบุคลากรหรือเป็นกลไกที่สำคัญที่สุดในการที่จะนำนโยบาย การบริหารและการพัฒนาคุณภาพจากผู้บริหารระดับสูงลงสู่ระดับปฏิบัติการ เพื่อให้เกิดประสบความสำเร็จ ในการบริหารงานในหอผู้ป่วย ดังนั้นผู้บริหารทางการแพทย์จึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะที่จำเป็นต่อการบริหารจัดการ ให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ในทุกมิติทำให้ผู้ใช้บริการได้รับการบริการที่มีคุณภาพ (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2018) ซึ่งจากการประเมินระดับสมรรถนะของผู้บริหารทางการแพทย์ ใน 3 ปี ย้อนหลัง ปี 2563 - 2565 พบว่าสมรรถนะข้อที่ 5 ด้านการวิจัยของผู้บริหารทางการแพทย์อยู่ในระดับต่ำ และจากการ ให้สัมภาษณ์ของหัวหน้าพยาบาล รองหัวหน้าพยาบาลด้านวิชาการและการวิจัย และผู้บริหารทางการแพทย์ จำนวน 5 คน ได้ให้ทัศนะภาพรวมของปัญหาสมรรถนะวิจัยของผู้บริหารทางการแพทย์ มาจากสาเหตุผู้บริหาร ทางพยาบาลส่วนใหญ่พร่องความรู้ ทักษะและประสบการณ์ในด้านการวิจัยและการทำวิจัย ขาดโอกาส เวลา บรรยาการมีส่วนร่วมทางวิชาการ ส่งผลให้กลายเป็นจุดด้อยของผู้บริหารทางการแพทย์ที่มีความตั้งใจพัฒนา คุณภาพบริการพยาบาล ท้ายที่สุดก็ปฏิเสธการทำวิจัย และมองการวิจัยเป็นเรื่องยุ่งยากที่จะเข้าใจ (Nurses Service Organization Detudom CrownPrince Hospital, 2022) ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของ ผู้บริหารทางการแพทย์

จากที่กล่าวมาผู้วิจัยมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหาร ทางพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม เพื่อให้ผู้บริหารทางการแพทย์มีสมรรถนะการวิจัยที่ดีขึ้น ในการพัฒนาองค์กรและคุณภาพการบริการพยาบาล ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและ การสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการสร้างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหาร

ทางการพยาบาล และได้นำแนวคิดวงจรคุณภาพ (PDCA) ของ Deming (2004) มาใช้ในขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย ขั้นตอนการวางแผน (Plan) ขั้นตอนการดำเนินการตามแผน (Do) ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check) และ ขั้นตอนการปรับปรุงแก้ไข (Act) ในการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถให้คำปรึกษาและถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านวิชาการและการวิจัยให้แก่พยาบาลปฏิบัติการ เพื่อที่จะสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะการวิจัยที่เพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

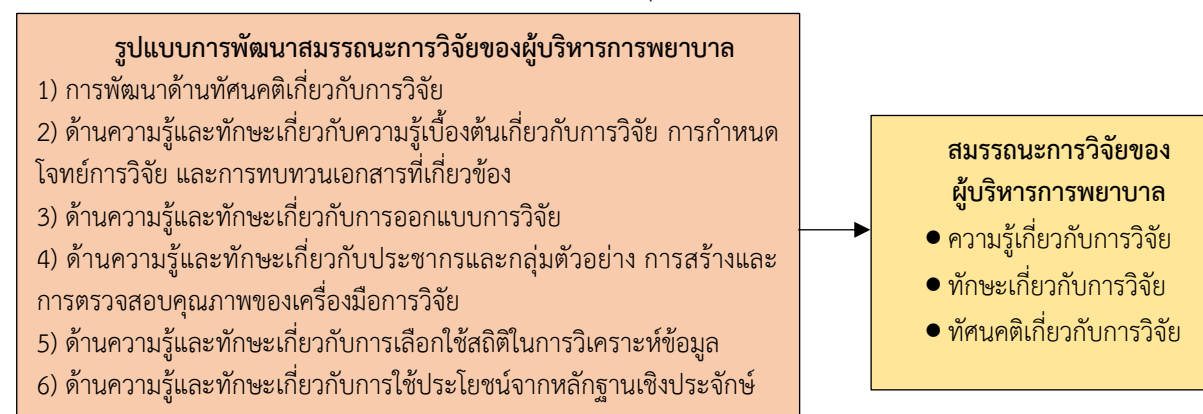
1. เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

สมมติฐานการวิจัย

ผู้บริหารทางการพยาบาลมีสมรรถนะการวิจัยสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการพยาบาล เป็นการพัฒนาให้ผู้บริหารทางการพยาบาล มีสมรรถนะการวิจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการวิจัย ทักษะเกี่ยวกับการวิจัย และทัศนคติเกี่ยวกับการวิจัย การพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการพยาบาลในครั้งนี้ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการทบทวน เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม มาสร้างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการพยาบาล และได้ประยุกต์แนวคิดวงจรคุณภาพ (PDCA) ของ Deming (2004) ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การดำเนินการตามแผน (Do) การตรวจสอบ (Check) และการปรับปรุงแก้ไข (Act) มาใช้ในขั้นตอนการดำเนินการวิจัยในการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการพยาบาลในครั้งนี้ เพื่อให้ผู้บริหารทางการพยาบาล ได้พัฒนาสมรรถนะการวิจัย ในการสร้างสรรค์ผลงานวิจัยและคุณภาพการบริการทางการพยาบาล ดังภาพที่ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอน
ขั้นตอนที่ 1 สร้างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย ผู้บริหารทางการพยาบาล ที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย จำนวน 45 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูง จำนวน 1 คน ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับกลาง จำนวน 2 คน ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น จำนวน 4 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยทางการพยาบาล จำนวน 2 คน เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้น 1 2) มีประสบการณ์การบริหารการพยาบาล 5 ปี 3) พูด อ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ลาศึกษาต่อ 2) ลาคลอด 3) มีปัญหาทางสุขภาพในระหว่างเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ประเด็นแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม สำหรับผู้บริหารทางการพยาบาล และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยทางการพยาบาล มีจำนวน 8 ข้อ ประเด็นการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับ สมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ในปัจจุบันเป็นอย่างไร ควรมีการพัฒนาหรือไม่ แนวทางการพัฒนาควรมีแนวทางอย่างไร เนื้อหาที่จะใช้ในการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยในด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านทัศนคติควรเน้นเนื้อหาใด และควรใช้ระยะเวลาเท่าใดในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำประเด็นแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยทางการพยาบาล 1 คน ผู้บริหารทางการพยาบาลมีประสบการณ์ในการรับผิดชอบงานวิจัย 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนวงจรคุณภาพ (PDCA) ของ Deming (2004) ดังนี้

ขั้นวางแผนดำเนินการ (Plan)

ผู้วิจัยวางแผนดำเนินการ ในการสร้างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม โดยผู้วิจัยทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ สมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม และข้อมูลจากผลการประเมินสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม พบว่าจากการประเมินระดับสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการพยาบาล ใน 3 ปี ย้อนหลัง ปี พ.ศ. 2563-2565 อยู่ในระดับต่ำ และจากการให้สัมภาษณ์ของหัวหน้าพยาบาล รองหัวหน้าพยาบาลด้านวิชาการและการวิจัย และผู้บริหารทางการพยาบาล จำนวน 5 คน ได้ให้ทัศนะภาพรวมของปัญหาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการพยาบาล มาจากสาเหตุผู้บริหารทางการพยาบาล ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ทักษะและประสบการณ์ในด้านการวิจัยและการทำวิจัย ขาดโอกาส เวลา บรรยากาศ การมีส่วนร่วมทางวิชาการ ส่งผลให้กลายเป็นจุดด้อยของผู้บริหารทางการพยาบาลที่มีความตั้งใจพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ท้ายที่สุดก็ปฏิเสธการทำวิจัย และมองการวิจัยเป็นเรื่องยุ่งยากที่จะเข้าใจ และนำข้อมูลที่ได้มาสร้างข้อคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus Group)

ขั้นการดำเนินการตามแผน (Do)

ผู้วิจัยสนทนากลุ่ม (Focus Group) กับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูง ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับกลาง ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยทางการพยาบาล ก่อนยกร่างเป็นรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการพยาบาล

ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check)

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) จากข้อมูลพบว่า สมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ด้านความรู้ ทักษะ และ

ทัศนคติยังอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ จากตัวชี้วัดของโรงพยาบาลเกี่ยวกับงานวิจัยยังอยู่ในระดับต่ำ จึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาสมรรถนะการวิจัย ซึ่งควรมีรูปแบบหรือแนวทางการพัฒนาที่ชัดเจน ควรมีการกำหนดกิจกรรมแต่ละขั้นตอน มีการวางแผนการปฏิบัติ การประเมินและปรับปรุงที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม เช่น การนำแนวคิดวงจรคุณภาพ (PDCA) มาใช้ในการพัฒนาที่ครอบคลุม ทั้งด้านความรู้เกี่ยวกับการวิจัย และทักษะเกี่ยวกับการวิจัย และทัศนคติต่อการทำวิจัยของผู้บริหารทางการพยาบาล และจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาร่างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัย ของผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

ขั้นตอนการปรับปรุงแก้ไข (Act)

ผู้วิจัยนำรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ และปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น โดยการเพิ่มกิจกรรมการประเมินทักษะทางการวิจัยในด้านต่างๆ ให้ผู้บริหารทางการพยาบาล ได้มีกิจกรรมร่วมกันฝึกทักษะ ค้นคว้า และหาคำตอบ ฝึกปฏิบัติการในหัวข้อการวิจัยแต่ละสัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการพยาบาล
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ขั้นตอนนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Designs) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One-Group Pretest Posttest Design) มีขั้นตอนดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย ผู้บริหารทางการพยาบาล ที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จำนวน 40 คน

กลุ่มตัวอย่างสำหรับการใช้รูปแบบฯ คือ ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น จำนวน 30 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power Test Family คือ t Tests Statistical คือ Means: Difference between two dependent means (matched pairs) กำหนดการทดสอบแบบ one-tail ใช้ผลการศึกษาจากงานวิจัยของ Arayaphiphat (2015) วิเคราะห์หาค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) ได้เท่ากับ 0.50 และอำนาจในการทดสอบ (Power) ได้เท่ากับ 0.80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 27 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างทำการทดลองของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้น ระหว่างการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูลอีกร้อยละ 10 จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากรายชื่อผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น แบบไม่แทนที่ (Sampling without replacement)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์เป็นผู้บริหาร และประสบการณ์ทำวิจัย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการพยาบาล ดังนี้

3.1 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และปรับปรุงแบบวัดของ Punnu (2017) และ Wiranan (2012) ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Multiple Choice) มี 4 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน มีจำนวน 22 ข้อ

3.2 แบบสอบถามทักษะเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และปรับปรุงแบบวัดของ Punnue (2017) และ Wiranan (2012) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประเมินค่า (Rating Scales) 5 ระดับจากมากที่สุดให้ 5 คะแนน ถึงน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน จำนวน 12 ข้อ

3.3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และปรับปรุงแบบวัดของ Punnue (2017) และ Wiranan (2012) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประเมินค่า (Rating Scales) 5 ระดับ จากมากที่สุดให้ 5 คะแนน ถึงน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน จำนวน 13 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการพยาบาล ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยทางการพยาบาล 1 คน ผู้บริหารทางการพยาบาลมีประสบการณ์ในการรับผิดชอบงานวิจัย 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบประเมินสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการพยาบาล มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง .67-1.00

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบวัดสมรรถนะด้านความรู้เกี่ยวกับการทำวิจัย และแบบวัดสมรรถนะด้านทัศนคติและทักษะเกี่ยวกับการทำวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้บริหารทางการพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 10 คน พบว่าแบบวัดสมรรถนะด้านทัศนคติและทักษะเกี่ยวกับการทำวิจัย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80 และ .81 ตามลำดับ และแบบวัดสมรรถนะด้านความรู้เกี่ยวกับการทำวิจัยมีค่าคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยทำบันทึกขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลผ่านสาขาวิชาพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และเมื่อได้รับอนุญาต จึงนำไปขอความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม เพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูล และโดยประเมินสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการพยาบาล ด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติเกี่ยวกับการวิจัย (Pretest)

ขั้นทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และการพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการทำวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้เวลา 6 สัปดาห์ ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566 ถึงเดือนสิงหาคม 2566 ในการนำรูปแบบการพัฒนสมรรถนะการวิจัยที่พัฒนาขึ้น ไปใช้ในกลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก การอบรมเชิงปฏิบัติการ 6 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การพัฒนสมรรถนะการวิจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับการวิจัย ประกอบด้วย 1) การบรรยายความรู้ 2) แบ่งกลุ่มมอบหมายใบงานกิจกรรม ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แשרประสบการณ์ภายในกลุ่มเรื่องการวิจัยกับการสร้างคุณค่าต่อวิชาชีพพยาบาล และให้ตัวแทนของแต่ละกลุ่มนำเสนอ 3) ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันสรุปสาระสำคัญที่ได้จากการอบรมเชิงปฏิบัติการ

สัปดาห์ที่ 2 การพัฒนสมรรถนะการวิจัยด้านความรู้และทักษะเกี่ยวกับความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการวิจัย การกำหนดโจทย์การวิจัย และการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1) การบรรยายความรู้ 2) แบ่งกลุ่มมอบหมาย ใบงานกิจกรรมร่วมกันฝึกทักษะ ค้นคว้า และหาคำตอบ 2 กิจกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 ฝึกปฏิบัติวิเคราะห์ปัญหาการวิจัยในหน่วยงานและนำมากำหนดเป็นปัญหาการวิจัย กิจกรรมที่ 2 ฝึกปฏิบัติการเขียนทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง และให้ตัวแทนของแต่ละกลุ่มนำเสนอ 3) ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันสรุปสาระสำคัญที่ได้จากการอบรมเชิงปฏิบัติการ ในครั้งนี้

สัปดาห์ที่ 3 การพัฒนสมรรถนะการวิจัยด้านความรู้และทักษะเกี่ยวกับการออกแบบการวิจัย ประกอบด้วย 1) การบรรยายความรู้ 2) แบ่งกลุ่มมอบหมายใบงานกิจกรรมร่วมกันฝึกทักษะ ค้นคว้า และหาคำตอบ ฝึกปฏิบัติ

การออกแบบการวิจัย และให้ตัวแทนของแต่ละกลุ่มนำเสนอ 3) ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันสรุปสาระสำคัญที่ได้จากการอบรมเชิงปฏิบัติการ ในครั้งนี้

สัปดาห์ที่ 4 การพัฒนาสมรรถนะการวิจัยด้านความรู้และทักษะเกี่ยวกับประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 1) การบรรยายความรู้ 2) แบ่งกลุ่ม มอบหมาย ใ้ทำงานกิจกรรมร่วมกันฝึกทักษะ ค้นคว้า และหาคำตอบ 2 กิจกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 ฝึกปฏิบัติการเลือกกลุ่มตัวอย่าง กิจกรรมที่ 2 ฝึกปฏิบัติ การสร้างและการหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย และให้ตัวแทนของแต่ละกลุ่มนำเสนอ 3) ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันสรุปสาระสำคัญที่ได้จากการอบรมเชิงปฏิบัติการ ในครั้งนี้

สัปดาห์ที่ 5 การพัฒนาสมรรถนะการวิจัยด้านความรู้และทักษะเกี่ยวกับการเลือกใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย 1) การบรรยายความรู้ 2) แบ่งกลุ่ม มอบหมาย ใ้ทำงานกิจกรรมร่วมกันฝึกทักษะ ค้นคว้า และหาคำตอบ ฝึกปฏิบัติการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย และให้ตัวแทนของแต่ละกลุ่มนำเสนอ 3) ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันสรุปสาระสำคัญที่ได้จากการอบรมเชิงปฏิบัติการ ในครั้งนี้

สัปดาห์ที่ 6 การพัฒนาสมรรถนะการวิจัยด้านความรู้และทักษะเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย 1) การบรรยายความรู้ 2) แบ่งกลุ่ม มอบหมาย ใ้ทำงานกิจกรรมร่วมกันฝึกทักษะ ค้นคว้า และหาคำตอบ 2 กิจกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 ฝึกปฏิบัติการสืบค้นและใช้ประโยชน์จากหลักฐานเชิงประจักษ์ กิจกรรมที่ 2 ฝึกปฏิบัติการประเมินงานวิจัยที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน และให้ตัวแทนของแต่ละกลุ่มนำเสนอ 3) ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันสรุปสาระสำคัญที่ได้จากการอบรมเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้

ขั้นหลังการทดลอง

เปรียบเทียบสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลก่อนและหลังเข้าร่วมการใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม โดยประเมินสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาล ด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติเกี่ยวกับการวิจัย (Posttest)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. เปรียบเทียบสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลก่อนและหลังเข้าร่วมการใช้รูปแบบ โดยใช้สถิติ Dependent t-test และข้อมูลมีการกระจายแบบปกติซึ่งทดสอบด้วยสถิติ Shapiro-wilk test ได้ค่า p-value เท่ากับ .08

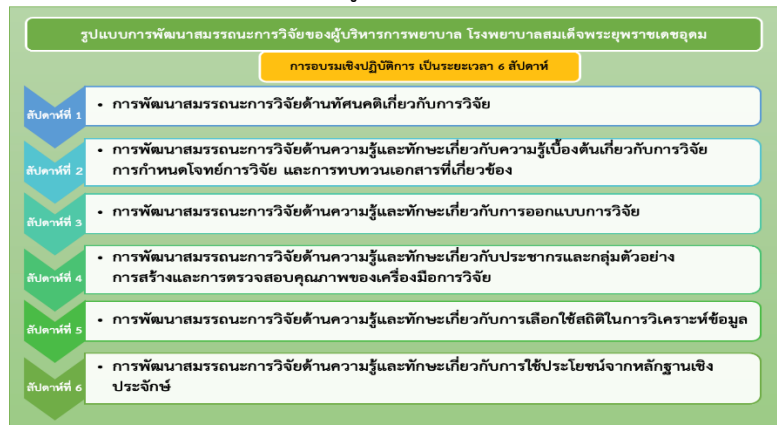
จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัย ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เอกสารเลขที่ SSJ.UB 2566-036 วันที่ 10 พฤษภาคม 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 โดยมีอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 50 ($M = 42.30$, $SD = 4.95$, $Min = 35$, $Max = 53$) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 มีประสบการณ์เป็นผู้บริหารอยู่ระหว่าง 1 - 5 ปี มากที่สุด ร้อยละ 73.33 มีประสบการณ์ในการทำวิจัย คิดเป็นร้อยละ 80 และไม่เคยมีประสบการณ์ในการทำวิจัย คิดเป็นร้อยละ 20 เคยเป็นผู้ร่วมวิจัย คิดเป็นร้อยละ 20 เคยเป็นหัวหน้าโครงการวิจัย คิดเป็นร้อยละ 12.50 และ เคยเป็นทั้งหัวหน้าและผู้ร่วมวิจัย คิดเป็นร้อยละ 16.66

2. รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการพยาบาล



ภาพ 2 กระบวนการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการพยาบาล

3. ผลของการใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการพยาบาล

ตาราง 1 เปรียบเทียบสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการพยาบาล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม โดยใช้สถิติ Dependent t-test (n= 30)

ตัวแปร	M	SD	t	df	p-value (1-tailed)
ความรู้เกี่ยวกับการวิจัย					
ก่อนใช้รูปแบบ	7.9	1.15	-22.94	29	<.001
หลังการทดลอง	17.27	2.25			
ทักษะเกี่ยวกับการวิจัย					
ก่อนใช้รูปแบบ	2.31	0.16	-42.06	29	<.001
หลังการทดลอง	4.10	0.14			
ทัศนคติเกี่ยวกับการวิจัย					
ก่อนใช้รูปแบบ	2.54	0.18	-42.52	29	<.001
หลังการทดลอง	4.30	0.11			

จากตาราง 1 พบว่าหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัย ผู้บริหารทางการพยาบาลมีสมรรถนะการวิจัยสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อภิปรายผล

1. การสร้างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูง ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับกลาง ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยทางการพยาบาล ซึ่งเป็นการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ของผู้ที่มีความรู้ ประสบการณ์ ความชำนาญด้านการวิจัย และด้านการบริหารโดยตรง ทำให้ได้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ มีความถูกต้อง แม่นยำ และมีความหลากหลายของข้อมูล แล้วนำประเด็นความรู้มาเป็นแนวทางในการสร้างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Urwongse (2019) ที่พบว่าการสนทนากลุ่มเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ

เนื่องจากสามารถประหยัดเวลาและงบประมาณในการวิจัย โดยเฉพาะหากดำเนินการได้ครบถ้วน และถูกต้องจะช่วยให้ นักวิจัยสามารถได้ผลการวิจัยที่เป็นตัวแทนซึ่งสะท้อนภาพของปรากฏการณ์ หรือสังคมเป็นผลการวิจัยที่ได้จาก ข้อมูลที่มีคุณภาพ มีความหมาย มีความลึกซึ้ง และเชื่อถือได้ ดังตัวอย่างประเด็นที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ได้แก่ ประเด็นที่ 1 สมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการแพทย์ของผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติยังอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ จากตัวชี้วัดของโรงพยาบาลเกี่ยวกับ งานวิจัยยังอยู่ในระดับต่ำ จึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาสมรรถนะการวิจัย ประเด็นที่ 3 การพัฒนาสมรรถนะการวิจัย ของผู้บริหารทางการแพทย์ ควรมีรูปแบบหรือแนวทางการพัฒนาที่ชัดเจน ควรมีการกำหนดกิจกรรมแต่ละขั้นตอน มีการวางแผนการปฏิบัติ การประเมินและปรับปรุงที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม เช่น การนำแนวคิดวงจรคุณภาพ (PDCA) มา ใช้ในการพัฒนาที่ครอบคลุม ทั้งด้านความรู้เกี่ยวกับการวิจัย และทักษะเกี่ยวกับการวิจัย และทัศนคติต่อการทำวิจัย ของผู้บริหารทางการแพทย์ ประเด็นที่ 4 แนวทางการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการแพทย์ ควรมี การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การให้ความรู้เกี่ยวกับการวิจัย การฝึกทักษะการวิจัย ให้ผู้บริหารได้ฝึกปฏิบัติ ฝึกทำ สร้าง ทัศนคติที่ดีต่อการวิจัย เพื่อให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญของการทำวิจัย ในการพัฒนาสมรรถนะการวิจัย มีการ ประเมินผลก่อนและหลังการอบรม มีรูปแบบแนวทางการอบรมที่ชัดเจนและมีคู่มือ และนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนา กลุ่ม มาประกอบการสร้างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระ ยุพราชเดชอุดม โดยประยุกต์แนวคิดวงจรคุณภาพ (PDCA) ของ Deming (2004) มาใช้ในขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย ขั้นตอนวางแผนดำเนินการ (Plan) ขั้นตอนการดำเนินการตามแผน (Do) ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check) และขั้นตอนการปรับปรุงแก้ไข (Act) ซึ่งสอดคล้องสอดคล้องกับการศึกษาของ Jirakangwan (2013) ได้ศึกษาผลการ พัฒนาสมรรถนะการวิจัยของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้แนวคิดวงจรคุณภาพ (PDCA) มาใช้ในขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ในการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าหลังการพัฒนาสมรรถนะพบว่าความรู้และทักษะการวิจัย ของพยาบาลวิชาชีพสูงขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษา Arayaphiphat (2015) ศึกษาการพัฒนาสมรรถนะทักษะการ วิจัยและพัฒนาทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์บำบัดรักษาเยสพิตดอนแก่น โดยนำแนวคิดวงจรคุณภาพ (PDCA) มาใช้ในขั้นตอนการดำเนินการวิจัย พบว่าหลังการพัฒนาสมรรถนะ พบว่าสมรรถนะการวิจัยของพยาบาล วิชาชีพสูงขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการนำแนวคิดวงจรคุณภาพ (PDCA) มาใช้ในขั้นตอนการดำเนินการวิจัย สามารถช่วย ให้มีสมรรถนะการวิจัยที่เพิ่มขึ้นได้

2. สมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการแพทย์ หลังการใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัย ผู้บริหารทางการแพทย์มีสมรรถนะการวิจัยสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัย อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้สมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการแพทย์ ประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับการทำ วิจัย 2) ด้านทักษะเกี่ยวกับการวิจัย และ 3) ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการวิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้บริหาร ทางการแพทย์มีสมรรถนะการวิจัยอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chase (2015) ศึกษา สมรรถนะพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยในเครือข่ายโรงพยาบาลของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย พบว่าสมรรถนะการวิจัย ของผู้บริหารทางการแพทย์อยู่ในระดับต่ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Laobanthao (2017) ศึกษาสมรรถนะ หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสุรินทร์ พบว่าสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง ผู้บริหารทางการแพทย์จำเป็นต้องพัฒนาพัฒนาสมรรถนะการวิจัย ในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ การวิจัยของผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมในครั้งนี้ พบว่าผู้บริหาร ทางการแพทย์มีสมรรถนะการวิจัยหลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ เนื่องจากผู้วิจัยได้นำแนวคิดวงจรคุณภาพ (PDCA) ของ Deming (2004) มาใช้ในขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย ขั้นตอนการวางแผน (Plan) ขั้นตอนการดำเนินการตามแผน (Do) ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check) และ ขั้นตอนการปรับปรุงแก้ไข (Act) อย่างเป็นระบบให้ครบวงจร และต่อเนื่อง มาใช้ในการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของ ผู้บริหารทางการแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jirakangwan (2013) และ Arayaphiphat (2015) ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดวงจรคุณภาพ (PDCA) มาใช้ในขั้นตอนการดำเนินการวิจัยในการพัฒนาสมรรถนะการวิจัย ของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าหลังการพัฒนาสมรรถนะพบว่ามีสมรรถนะการวิจัยของพยาบาลวิชาชีพสูงขึ้น ดังนั้น

การพัฒนาสมรรถนะการวิจัยจึงมีความจำเป็นต่อผู้บริหารทางการแพทย์เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

สมรรถนะการวิจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการวิจัย ผลการวิจัยพบว่า ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการวิจัย หลังใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการแพทย์สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งอธิบายได้ว่ารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นจากการการอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยมีการบรรยายเนื้อหาในเรื่องของความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องหรือปัญหาที่จะทำการวิจัย การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง รูปแบบการวิจัยกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และการใช้ประโยชน์จากหลักฐานเชิงประจักษ์ หลังจากการบรรยายได้มีการให้กลุ่มตัวอย่างได้ ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ ภายในกลุ่มในหัวข้อเรื่องที่บรรยายในแต่ละครั้ง และให้ตัวแทนของแต่ละกลุ่มออกมานำเสนอ มีการสรุปสาระสำคัญที่ได้จากการอบรมเชิงปฏิบัติการในแต่ละครั้งร่วมกันของผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง จึงทำให้มีความเป็นไปได้ว่ารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการแพทย์ สามารถส่งผลให้เกิดความรู้เกี่ยวกับการวิจัย มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Huangang (2019) ศึกษาสมรรถนะการวิจัยและความต้องการการฝึกอบรมสมรรถนะการวิจัยของพยาบาลคลินิกในเมืองซูโจว ประเทศจีน โดยพบว่าคนที่ผู้เข้าอบรมมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แร่ประสบการณ์และลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ผู้เข้ารับการอบรมมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์เดิม และความรู้ที่ได้รับจากการบรรยายเพื่อสร้างความรู้ใหม่ โดยภายหลังจากการการฝึกอบรมดังกล่าว พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการวิจัยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมรรถนะการวิจัยด้านความทักษะเกี่ยวกับการวิจัยผลการวิจัยพบว่า ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นมีคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะเกี่ยวกับการวิจัย หลังใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการแพทย์สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งอธิบายได้ว่ารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น จากการการอบรมเชิงปฏิบัติการในด้านทักษะเกี่ยวกับการวิจัย ได้มีการให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการฝึกทักษะการวิจัย โดยผู้วิจัยได้มีการมอบหมายใบงานกิจกรรมให้แต่ละกลุ่มได้ฝึกทักษะค้นคว้า และหาคำตอบจากใบงานกิจกรรม ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แร่ประสบการณ์ และให้ตัวแทนของแต่ละกลุ่มออกมานำเสนอ ทำให้ผู้บริหารทางการแพทย์เกิดทักษะการวิจัย มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Xue & Xinjuan (2019) ศึกษาความต้องการและการฝึกอบรมการวิจัยของพยาบาล โดยพบว่าคนที่ผู้เข้าอบรมได้มีการฝึกทักษะฝึกกระบวนการคิดวิเคราะห์ ฝึกการค้นคว้าหาคำตอบ ส่งผลให้ผู้เข้าอบรมมีทักษะการวิจัยที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมรรถนะการวิจัยด้านความทัศนคติเกี่ยวกับการวิจัย เมื่อพิจารณาผลการวิจัย พบว่าผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นมีคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติเกี่ยวกับการวิจัย หลังใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการแพทย์สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งอธิบายได้ว่ารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น จากการการอบรมเชิงปฏิบัติการในด้านทัศนคติเกี่ยวกับการวิจัย ในช่วงแรกของของการอบรมได้มีการบรรยายร่วมกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับกลุ่มตัวอย่างผู้บริหารทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้บริหารทางการแพทย์เห็นความสำคัญของสมรรถนะการวิจัยต่อวิชาชีพพยาบาล ประโยชน์ของการวิจัยที่สามารถนำมาใช้พัฒนาคุณภาพการพยาบาลได้ ไม่คิดว่าการวิจัยเป็นเรื่องที่ยากเป็นสิ่งจำเป็นต่อวิชาชีพพยาบาล มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แร่ประสบการณ์การทำวิจัยการใช้วิจัยมาพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ข้อดีและประโยชน์ของการพัฒนาสมรรถนะการวิจัย สอดคล้องกับการศึกษาของ Kajermo (2014) ศึกษาทัศนคติของพยาบาลที่มีต่อวิจัยและการใช้ผลการวิจัยของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่าการสร้างทัศนคติที่ดีต่อการวิจัยนั้น ต้องเริ่มจากการให้ผู้วิจัยเห็นคุณค่า และประโยชน์ของการวิจัย และได้รับการสนับสนุนทั้งในด้านความรู้ การจัดสรรเวลา และการจัดกิจกรรมที่เอื้อต่อการพัฒนาสมรรถนะการวิจัย

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. องค์กรพยาบาลสามารถนำรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารการพยาบาลไปขยายและต่อยอด โดยการประยุกต์การจัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้บริหารการพยาบาลมีความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย
2. นำรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารการพยาบาล มาเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายและพันธกิจขององค์กรพยาบาล เพื่อให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยได้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการประเมินผลเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะการวิจัย เป็นระยะ ๆ หรือประยุกต์ ใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารการพยาบาลตามความเหมาะสมเพื่อให้มีความเหมาะสมกับผู้บริหารการพยาบาลให้มากที่สุด
3. รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลอื่นได้ แต่ต้องคำนึงถึงความสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลนั้น ๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อติดตามและประเมินความคงทนของการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารการพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมตามรูปแบบนี้
2. ศึกษาแนวคิดอื่น ๆ ในการพัฒนารูปแบบสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารการพยาบาล เช่น การเสริมสร้างพลังอำนาจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การมีส่วนร่วมของผู้บริหาร เพื่อให้ได้รูปแบบที่มีคุณภาพและได้ประโยชน์สูงสุดของการวิจัย
3. พัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะการวิจัยของผู้บริหารการพยาบาลทุกกระบวนการวิจัย ตั้งแต่การเขียนโครงร่างวิจัย ไปจนถึงสิ้นสุดการเผยแพร่รายงานผลการวิจัยเพื่อนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ให้เห็นเป็นรูปธรรม

References

- Arayaphiphat, N. (2015). *Development of Nursing Research and Development Skills Competency of Professional Nurses Khonkaen Drug Treatment Center*. Retrieved April 22, 2023 from <https://www.kkdtc.go.th/center/images/fbfiles/fUes/r4.pdf>. (in Thai)
- Chase, L. K. (2015). *Nurse Managers Competencies*. (Doctoral dissertation), University of Iowa. Retrieved January 10, 2023 from <http://ir.uiowa.edu/etd/2681>.
- Deming, M. (2004). *Plan Do Check Act (PDCA)*. Retrieved April 22, 2023 from <http://www.mycoted.com /creativity/techniques/pdca.php>.
- Huagang, H. (2019). research capacity and research training needs of clinical nurses in Suzhou, China. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 50(9), 423-432.
- Jirakangwan, M. (2013). Effects of the development competency research for registered nurses. *Medical Journal of Sisaket Surin Burirum Hospital* 28(2), 121-129. (in Thai)
- Kajermo, K. (2014). Psychometric evaluation of a questionnaire and primary healthcare nurses' attitudes towards research and use of research findings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(1), 173-185.
- Kongnoo, K. (2020). People's quality of life concerning medical and public health services under the ranger's special force unit 47 Sparoh village, Yaha district, Yala province. *Pathumthani University Academic Journal*, 12(2), 317-332. (in Thai)
- Laobanthao, M. (2017). The development of head nurse's competency scale, Surin Hospital. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 30(3), 130-140. (in Thai)

- Nurses Service Organization Detudom CrownPrince Hospital. (2022). *A Research Competency of Nursing Administrators, Detudom Crownprince Hospital*. Ubonratchathani: Detudom CrownPrince Hospital. (in Thai)
- Nursing Division. (2021). *Nursing Council policy regarding manpower in the nursing team*. Retrieved April 22, 2023 from [https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/003\(1\).pdf](https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/003(1).pdf)
- Punnue, I. (2017). *The research competencies of professional nurses in community hospital*. The degree of master of nursing science in nursing administration. School of Nursing Sukhothai Thammathirat Open University. Nonthaburi. (in Thai)
- Singchungchai, P. (2019). Innovative leadership in nursing management. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 6(1), 260-267. (in Thai)
- Thailand Nursing and Midwifery Council. (2020). *Roles and Duties of Professional Nurses*. Publishing of Suetawan printing. Bangkok. (in Thai)
- Urwongse, W. (2019). Focus group discussion: effective qualitative data collection technique. *STOU Educational Journal*, 12(1), 17-30. (in Thai)
- Wenhui, J., Yuan, Y., Lanfang, Z. (2019). Self-Efficacy and research capacity of clinical nurses in China. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 50(11), 509–516.
- Wiranan, W. (2012). *Factors Influencing Research Competency among Public Health Nurses in Central Region of Thailand*. The degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration. School of Nursing Sukhothai Thammathirat Open University. Nonthaburi. (in Thai)
- Xue, W. A. & Xinjuan, W. (2019). Research-training needs of clinical nurses: A nationwide study among tertiary hospitals in China. *International Journal of Nursing Sciences*. 6(3), 300-308.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของบุคลากรทันตสาธารณสุข
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดยะลา

Factors Associated with Work Accidents among Dental Health Care Personnel
in Sub-district Health Promoting Hospitals of Yala Province

ชมพูนุช สุภาพวานิช^{1*}, นัชวานี หลีหมัด²

Chompunuch Supapvanich^{1*}, Nazwanee Leemud²

¹วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา คณะสาธารณสุขและสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,

²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนสดี อำเภอลำทับ จังหวัดสงขลา

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

²Health Promotion Hospital Bansatid Subdistrict, Singhanakorn District, Songkhla Province

(Received: March 1, 2023; Revised: December 28, 2023; Accepted: January 19, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ เพื่อศึกษาอัตราความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของบุคลากรทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดยะลา เก็บข้อมูลจากบุคลากรทันตสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดยะลา จำนวน 143 คน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยพยากรณ์โดยใช้ สถิติถดถอยพหุคูณ โดยมีการควบคุมตัวแปรกวน ได้แก่ เพศและอายุ ผลการวิจัยพบว่า

1. อัตราความชุกของการเกิดอุบัติเหตุของมีคมและการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง คิดเป็นร้อยละ 38.46 โดยการถูกของมีคมบาด คิดเป็นร้อยละ 71.18 และการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งพบร้อยละ 16.94 การชูดหินปูนพบการเกิดอุบัติเหตุร้อยละ 52.72

2. เมื่อควบคุมตัวแปรเพศและอายุ พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลกับการเกิดอุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ($AOR = 4.35, 95\% CI = 1.88 - 10.06$) และการสวมอุปกรณ์ป้องกันไม่เพียงพอ ($AOR = 6.74, 95\% CI = 1.69 - 26.86$)

จากผลการศึกษาการลดการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานด้านทันตกรรมควรมีการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรทันตสาธารณสุขโดยหน่วยงานควรมีการสนับสนุนให้บุคลากรได้รับการอบรมความรู้โดยเพราะด้านความปลอดภัยในการทำงาน และทักษะด้านการทำงาน รวมถึงการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลที่เพียงพอ เพื่อช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของบุคลากรทันตสาธารณสุข

คำสำคัญ: ความชุก ปัจจัย อุบัติเหตุจากการทำงาน ทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: chompunuch@yala.ac.th)

Abstract

This analytic cross-sectional study aimed to determine the prevalence of work accidents and potential factors associated with work accidents among dental public health personnel working in sub-district health promoting hospitals in Yala province. A total of 143 dental personnel were selected by simple random sampling technique. General data were analyzed by using descriptive statistics. The potential factors associated with work accidents were analyzed by logistic regression with adjusted gender and age. The results showed that:

1. The prevalence of percutaneous injuries in dental public health personnel was at the 38.46% level. Sharp injuries were found in 71.18%, and percutaneous exposure in 16.94%. Filling tooth had been the most reported accident (52.72%).

2. After adjusted gender and age, the significantly associated factors with work accidents included having lower education than bachelor degree ($AOR = 4.35$, $95\% CI = 1.88 - 10.06$) and insufficient use of personal protective barriers ($AOR = 6.74$, $95\% CI = 1.69 - 26.86$).

Therefore, in order to prevent percutaneous injuries in dental health care personnel, the hospitals should provide trainings on work safety, and provide personal protective barriers.

Keyword: Prevalence, Factor, Accidents at Work, Dental Health Care Personnel, Sub-district Health Promoting Hospitals

บทนำ

อุบัติเหตุจากการทำงานเป็นความเสี่ยงหนึ่งที่มีมากขึ้นได้บ่อยในบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการทำงาน โดยเฉพาะโรคติดเชื้อที่มีการติดต่อผ่านทางเลือดและสารคัดหลั่ง อาทิเช่น โรคเอดส์ (AIDS) ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อ Human Immunodeficiency Virus (HIV) โรคตับอักเสบบี (Hepatitis B) จากการติดเชื้อ Hepatitis B virus (HBV) และ โรคตับอักเสบบี จากการติดเชื้อ Hepatitis C Virus (HCV) (Ardekani, Ayatollahi, Ayatollahi, Bahrololoomi, Ayatollahi, Ayatollahi, et al., 2012) นอกจากนั้นแล้วยังพบโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่สามารถแพร่กระจายจากการสัมผัสสารคัดหลั่ง อาทิเช่น ไข้หวัด ไข้หวัดใหญ่ รวมถึงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นต้น (Chanpanich, Singchungchai, & Aree, 2022; Macintyre, Seale, Yang, Zhang, Shi, Almatroudi, et al., 2014)

บุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะบุคลากรทางด้านทันตกรรมซึ่งประกอบด้วย ทันตแพทย์ ผู้ช่วยทันตแพทย์ เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข และบุคลากรที่ปฏิบัติเกี่ยวข้องกับงานทันตกรรม มีความเสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุจากการถูกของมีคมทิ่มตำและการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของผู้ป่วยขณะทำการทางทันตกรรม และมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากผู้ป่วย เนื่องจากลักษณะงานทันตกรรมต้องมีการสัมผัสเลือด น้ำลาย และสารคัดหลั่งในช่องปาก ตลอดจนมีสิ่งฟุ้งกระเด็นที่เกิดได้ง่ายจากการทำงาน เช่น การใช้เครื่องกรอฟันความเร็วสูงและการใช้เครื่องขูดหินน้ำลายอัลตราโซนิก (Ultrasonic Scaler) ทำงานกับของแหลมคมหรือของมีคม ทั้งในด้านการให้การรักษาและการดูแลจัดการเครื่องมือซึ่งส่วนใหญ่มีลักษณะเล็ก แหลมคม ซึ่งก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยเฉพาะอุบัติเหตุถูกของมีคมบาดหรือทิ่มตำ การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งมีผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจและสังคม

จากการศึกษาความชุกของการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำ และการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของบุคลากรทางด้านทันตกรรมพบอยู่ระหว่างร้อยละ 7.40 – 36.00 (Cleveland, Barker, Cuny, & Panlilio, 2007) หัตถการที่ต้องใช้อุปกรณ์เครื่องมือทำฟันเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บขณะทำงาน กิจกรรมที่มักพบการเกิดอุบัติเหตุพบการใช้เข็มฉีดยา (19.00%) การเย็บแผล (13.30%) และการเกลารากฟันด้วยหัวขูดอัลตราโซนิก (12.80%) (Iwamatsu-Kobayashi, Watanabe, Kusama, Endo, Ikeda, Tokuda, et al., 2022) และพบว่าผู้ช่วยทันตแพทย์มีอัตราความชุกของการเกิดอุบัติเหตุระหว่าง 29.80 – 75.00% ซึ่งค่อนข้างสูง (AlDakhil, Yenugadhati, Al-Serhi, & Al-

Zoughool, 2019; Shah, Merchant, & Dosman, 2006) อุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดขึ้นขณะทำการหัตถการ อาทิเช่น การกรอฟัน การขูดหินปูน และการรักษาคอลงรากฟัน เป็นต้น (Kheytui, Janaiem, Natthasetsakul, & Tanan, 2020) การศึกษาในประเทศไทย พบอัตราความชุกของการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่เกิดจากของมีคมที่ปนเปื้อนและไม่ปนเปื้อนสารคัดหลั่งจากร่างกายผู้ป่วย คิดเป็น 0.21 ต่อคน ต่อ 6 เดือน โดยมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บจากของมีคม ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ตำแหน่งการทำงาน ประสบการณ์การทำงาน การทำหัตถการเสี่ยง การปฏิบัติงานที่ไม่ปลอดภัย พฤติกรรมการทำงานกับของมีคม ความรู้ และทัศนคติด้านความปลอดภัย (Suwanakan, 2015) นอกจากนี้ยังพบว่าการขาดความรู้ในด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และการแพร่กระจายของโรค รวมถึง การไม่ปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมการติดเชื้อ การรับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี และการให้บริการผู้ป่วยจำนวนน้อยกว่า 12 คนต่อวัน มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุของมีคมที่คม (AlDakhil, Yenugadhati, Al-Serhi, & Al-Zoughool, 2019)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นสถานบริการระดับต้นที่มีให้บริการด้านทันตกรรมไม่ว่าจะเป็นหัตถการอุดฟันและถอนฟันแก่ประชาชนในท้องถิ่น ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรทันตสาธารณสุขระดับตำบลต้องปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างถูกต้องและเคร่งครัดกับผู้มารับบริการทุกราย จังหวัดยะลา มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวนทั้งสิ้น 79 แห่ง มีผู้ป่วยเข้ารับบริการตรวจ รักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 181,440 ราย (Ministry of Public health, 2019) ซึ่งเป็นจำนวนที่สูง อีกทั้งยังมีโอกาสทำให้บุคลากรทันตสาธารณสุขทุกคนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

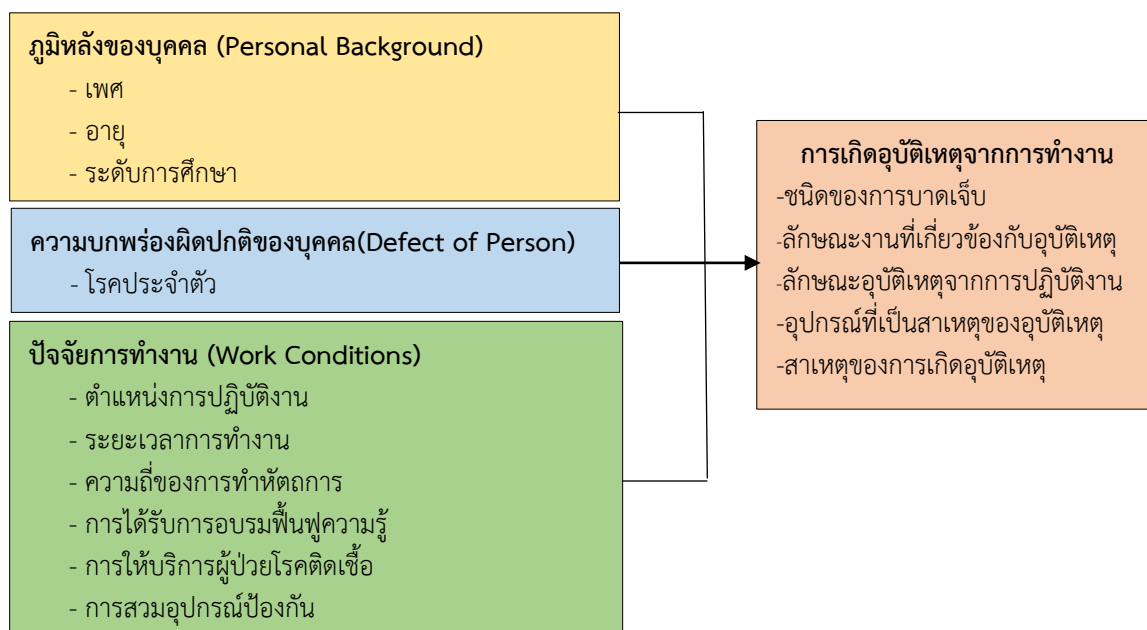
ในพื้นที่จังหวัดยะลา ยังไม่พบรายงานการศึกษาในเรื่องนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุของมีคมที่คม การสัมผัสเลือด และสารคัดหลั่งจากการปฏิบัติงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานทางด้านทันตกรรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดยะลา เพื่อเป็นข้อมูลในการประยุกต์ใช้ส่งเสริมการป้องกันอุบัติเหตุในการทำงานและการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานของสถานบริการ และนำไปสร้างแนวทางการปฏิบัติให้เกิดความปลอดภัยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราความชุกอุบัติเหตุของมีคมที่คม การสัมผัสเลือด และสารคัดหลั่งจากการปฏิบัติงานของบุคลากรทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดยะลา
2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดอุบัติเหตุของมีคมที่คม การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งจากการปฏิบัติงานของบุคลากรทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดยะลา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องนี้ได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีโดมิโน (Domino Theory) ของ Herbert W. Heinrich ซึ่งประกอบไปด้วย 5 องค์ประกอบด้วยกัน ได้แก่ ภูมิหลังของบุคคล (Background) ความบกพร่องผิดปกติของบุคคล (Defects of Person) การกระทำหรือสภาพการณ์ที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe Acts or Unsafe Condition) อุบัติเหตุ (Accident) และ การบาดเจ็บหรือเสียหาย (Injury or damage) (Heinrich, 1941) มาใช้ในการศึกษาการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาพตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรทันตสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่จริงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดยะลา ทั้งหมด 79 แห่ง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) หรือเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และผู้ช่วยทันตแพทย์ ใช้วิธีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือ ก Z-test, Statistical test เลือ ก Logistic regression กำหนดค่า Odd ratio = 1.87 (AlDakhil, Yenugadhati, Al-Seraihi, & Al-Zoughool, 2019) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = .80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 136 คน โดยมีการบวกเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการถอนตัวหรือคัดออกจากการศึกษาอีกจำนวน 10 คน รวมเป็นจำนวนทั้งหมด 146 คน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย มีเกณฑ์คัดเลือกดังนี้ 1) ผู้ปฏิบัติงานทันตกรรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลอย่างน้อย 6 เดือน และมีเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม โดยรวบรวมมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งแบบสอบถามเป็น 3 ส่วนประกอบด้วยส่วนที่ 1 ภูมิหลังและความบกพร่องผิดปกติของบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และโรคประจำตัว จำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 2 ปัจจัยการทำงานประกอบด้วยความถี่ของการทำหัตถการ การได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ การให้บริการผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่แพร่กระจายจากเลือดและสารคัดหลั่ง และ การสวมอุปกรณ์ป้องกัน จำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 3 การเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บจากการทำงาน ประกอบด้วย การเกิดอุบัติเหตุ ชนิดของการบาดเจ็บ ลักษณะงานที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุ ลักษณะอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน อุปกรณ์ที่เป็นสาเหตุของอุบัติเหตุ และ สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ จำนวน 6 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่สร้างขึ้นได้รับการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence, IOC) แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนที่จะนำเนื้อหาเครื่องมือไปทดสอบค่าความตรงอยู่ระหว่าง .67 – 1.00

การรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำหนังสืออนุญาตให้วิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา และติดต่อประสานไปยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และรพ.สต. เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยมีการดำเนินการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเขียนชื่อรพ.สต. ที่มีบุคลากรทันตสาธารณสุขปฏิบัติงานอยู่ในจำแนกตามอำเภอและทำการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จนได้ครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 146 คน และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าและคัดออก หลังจากนั้นดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย และรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้แก่ผู้ช่วยเพื่อให้เกิดความเข้าใจในแนวทางการเดียวกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการส่งแบบสอบถามและหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (consent form) ให้ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการส่งให้กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อลงนามยินยอมเข้าร่วมและตอบแบบสอบถาม ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการรวบรวมแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามที่ส่งไปยังรพ.สต. รวมทั้งหมด 146 ชุด ได้รับกลับคืนมา 143 ชุด คิดเป็นร้อยละ 97.94 แบบสอบถามที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างได้รับตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์และครบถ้วนของข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้ไปลงรหัสและบันทึกลงในคอมพิวเตอร์เพื่อทำการวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลภูมิหลังบุคคล ปัจจัยการทำงาน การได้รับอุบัติเหตุและการบาดเจ็บทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาซึ่งประกอบด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. อัตราความชุกของการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างทันตสาธารณสุข วิเคราะห์โดยใช้สูตร (จำนวนผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุ ÷ จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด) × 100
3. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการได้รับอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของบุคลากรทันตสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดยะลาโดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ละตัวแปร (Bivariate) ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (Simple Logistic Regression Analysis) และพิจารณาตัวแปรที่มีค่า *p-value* ของ Wald's test น้อยกว่า .05 เข้าสมการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple Logistic Regression) และคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า *p-value* น้อยกว่า .05 ออกจากสมการด้วยวิธี Backward Elimination นำเสนอค่า Crude Odd Ratios (OR) Adjusted Odds Ratio (AOR) *P-value* และค่าช่วงเชื่อมั่นที่ 95% Confidence interval (95% CI) ในการแปลผลกรณีค่า OR มีค่ามากกว่า 1 แสดงว่าปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน หากค่า OR เท่ากับ 0 แสดงว่าปัจจัยนั้นไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน และ หากค่า OR น้อยกว่า 1 แสดงว่าปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยเชิงป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานของบุคลากรทันตสาธารณสุข

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เลขที่ 041/2563

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลภูมิหลังของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและการทำงาน

ปัจจัยส่วนบุคคลและการทำงาน	จำนวนคน (n = 143)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	3	2.09
หญิง	140	97.91
อายุ ($M = 31.45$, $SD = 4.49$)		
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	86	60.13
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	57	39.86
โรคประจำตัว		
ไม่มี	141	98.60
มี	2	1.40
ตำแหน่งการปฏิบัติงาน		
นักวิชาการสาธารณสุข(ทันตสาธารณสุข)หรือเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	76	53.15
ผู้ช่วยทันตแพทย์	67	46.85
ระยะเวลาการทำงาน		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	93	65.03
มากกว่า 5 ปี	50	34.97
ความถี่ของการทำหัตถการ		
นานๆครั้ง	68	47.55
ทำเป็นประจำ	75	52.45
การได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้		
ไม่เคย	54	37.76
เคย	89	62.24
การให้บริการผู้ป่วยโรคติดเชื้อ^a		
ไม่เคย	60	41.96
เคย	83	58.04

^a โรคติดเชื้อที่สามารถแพร่กระจายจากการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ได้แก่ ไวรัสตับอักเสบบี และ HIV เป็นต้น

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.15 เป็นนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) หรือเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข มีการปฏิบัติงานน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 65.03 โดยมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการทำงาน ($\pm SD$) อยู่ที่ 4.87 ปี (± 2.31) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.45 มีการทำหัตถการเป็นประจำ และร้อยละ 62.24 เคยได้รับการฟื้นฟูความรู้ อีกทั้งยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.04 เคยดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ จำนวนเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ให้บริการอยู่ที่ประมาณ 9 คนต่อวัน

2. ความชุกของอุบัติเหตุจากของมีคมที่คมตำ การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งจากการปฏิบัติงาน และลักษณะงานที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุ

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของการได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน ลักษณะงานที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุ และการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเอง

ปัจจัย	จำนวนคน (n = 143)	ร้อยละ
อุบัติเหตุจากการทำงาน		
ไม่เคย	88	61.54
เคย	55	38.46
ลักษณะงานที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุ (n = 55)		
ชูดหินปูน	29	52.72
ล้างเครื่องมือ	11	20.00
ถอนฟัน	7	12.72
อุดฟัน	5	9.09
ตรวจฟัน	3	5.45
ลักษณะอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน (จำนวนครั้ง, n = 59)*		
ของมีคมบาด	42	71.18
เลือดและสารคัดหลั่งกระเด็นถูกเยื่อของร่างกาย	10	16.94
เข็มตำ	7	11.86
อุปกรณ์ที่เป็นสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติ (n = 55)		
เครื่องมือทำฟัน	47	85.45
เข็มฉีดยา	8	14.54
สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน (n = 55)		
ไม่ปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัย	48	87.27
ความสว่าง	5	9.09
โดนกระแทก	2	3.63
อุปกรณ์ป้องกัน		
สวมใส่เพียงพอ (เสื้อคลุม ผ้าปิดจมูก ถุงมือ และ face shield)	127	88.81
สวมใส่ไม่เพียงพอ	16	11.19
การรับยาต้านไวรัส HIV (n = 55)		
ไม่ได้รับ	48	87.27
ได้รับ	7	12.73

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตาราง 2 อัตราความชุกของการเกิดอุบัติเหตุจากของมีคม การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งจากการปฏิบัติงาน พบร้อยละ 38.46 โดยลักษณะงานที่พบการเกิดอุบัติเหตุมากที่สุดคือการชูดหินปูน พบร้อยละ 52.72 ในขณะที่ลักษณะของอุบัติเหตุที่พบมากที่สุดคือของมีคมบาด พบร้อยละ 71.18 โดยอุปกรณ์ที่เป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุมากที่สุดคือเครื่องมือทำฟัน พบร้อยละ 85.45 เหตุการณ์ของอุบัติเหตุที่พบมากที่สุดคือการไม่ปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัย พบร้อยละ 87.27 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 88.81 สวมอุปกรณ์ป้องกันครบถ้วนซึ่งประกอบด้วยเสื้อคลุม ผ้าปิดจมูก ถุงมือ และ Face Shield เมื่อทำหัตถการ จากผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุทั้งหมดมีเพียงร้อยละ 12.73 รับยาต้านไวรัส HIV

3. ปัจจัยมีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุจากการถูกของมีคมทิ่มตำ การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งปฏิบัติงาน

ตาราง 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุจากการวิเคราะห์แบบ Univariable Logistic Regression

ปัจจัย	จำนวน	OR (95% CI) ^a	AOR (95% CI) ^b
ระดับการศึกษา			
ปริญญาตรีขึ้นไป	57	1	1
ต่ำกว่าปริญญาตรี	86	3.75 (1.75 – 8.06)	4.65 (2.07 – 10.47)
ระยะเวลาการทำงาน			
มากกว่า 5 ปีขึ้นไป	50	1	1
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	93	3.18 (1.46 – 6.97)	2.92 (1.28 – 6.66)
ตำแหน่งงาน			
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	76	1	1
ผู้ช่วยทันตแพทย์	67	3.06 (1.52 – 6.17)	3.69 (1.74 – 7.83)
ความถี่ของการทำหัตถการ			
เป็นประจำ	75	1	1
นานๆ ครั้ง	68	2.92 (1.45 – 5.87)	3.48 (1.65 – 7.34)
การอบรมฟื้นฟูความรู้			
เคยอบรม	89	1	1
ไม่เคยอบรม	54	2.47 (1.23 – 4.98)	2.15 (1.18 – 4.94)
การใช้อุปกรณ์ป้องกัน			
สวมครบ	127	1	1
สวมไม่ครบ	16	8.77 (2.37 – 32.46)	7.52 (2.00 – 28.25)

^aOR = Unadjusted Odd ratio; ^bAOR = Adjusted Odd ratio ควบคุมตัวแปรเพศและอายุ

ตาราง 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุจากการวิเคราะห์แบบ Multivariable Logistic Regression

ปัจจัย	จำนวน	AOR (95% CI)*	P-value
ระดับการศึกษา			
ปริญญาตรีขึ้นไป	57	1	
ต่ำกว่าปริญญาตรี	86	4.35 (1.88 – 10.06)	.001
อุปกรณ์ป้องกัน			
สวมครบ	127	1	
สวมไม่ครบ	16	6.74 (1.69 – 26.86)	.007

*AOR = Adjusted Odd ratio ควบคุมตัวแปรเพศและอายุ

จากการศึกษาวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบ Univariable logistic regression ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติ โดยกำหนดเพศและอายุเป็นตัวแปรควบคุม (ตารางที่ 3) พบว่าระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานเป็น 4.35 เท่าเมื่อเทียบกับคนที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป (AOR = 4.65, 95% CI = 2.07 – 10.06) ผู้ที่ปฏิบัติงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานเป็น 2.92 เท่าเมื่อเทียบกับคนที่ทำงานมากกว่า 5 ปี ขึ้นไป (AOR = 2.92, 95% CI = 1.28 – 6.66) ผู้ช่วยทันตแพทย์มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานเป็น 3.69 เท่าเมื่อเทียบกับนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข (AOR = 3.69, 95% CI = 1.74 – 7.83) ผู้ที่ทำหัตถการนานๆ ครั้งมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานเป็น 3.48 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ทำหัตถการเป็นประจำ (AOR = 3.48, 95% CI = 1.65 – 7.34) ผู้ที่ไม่เคยอบรมฟื้นฟูความรู้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานเป็น 2.15 เท่า เมื่อเทียบกับผู้เคยได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้ (AOR = 2.15, 95% CI = 1.18

– 4.94) และ ผู้ที่สวมอุปกรณ์ป้องกันไม่ครบมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานเป็น 7.52 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่สวมอุปกรณ์ป้องกันครบ ($AOR = 7.52, 95\% CI = 2.00 - 28.25$)

จากการศึกษาวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบ multivariable logistic regression analysis โดยควบคุมตัวแปรเพศและอายุ (ตาราง 4) พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเป็น 4.35 เท่า ($AOR = 1.88 - 10.06$) และ ผู้ที่สวมอุปกรณ์ป้องกันไม่ครบมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเป็น 6.74 เท่า ($AOR = 6.74, 95\% CI = 1.69 - 26.86$)

อภิปรายผล

จากการศึกษานี้พบบุคลากรทันตสุขภาพมีอัตราความชุกของการเกิดอุบัติเหตุจากของมีคม การสัมผัสเลือด และสารคัดหลั่งจากการปฏิบัติงาน ร้อยละ 38.50 ซึ่งมากกว่าการศึกษาการเกิดอุบัติเหตุสัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง เข็มทิ่มตำหรือของมีคมบาดในนักศึกษาทันตแพทย์ชั้นปีที่ 4-6 คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งพบเพียง ร้อยละ 28.40 (Kheytoi, Janaiem, Natthasetsakul, & Tanan, 2020) ในขณะที่ประเทศญี่ปุ่นพบการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำในบุคลากรทันตสาธารณสุขน้อยกว่าโดยมีรายงานคิดเป็นร้อยละ 17.90 (Matsumoto, Sunakawa, Suda, & Izumi, 2019) รวมถึงการศึกษาในรัฐวอชิงตัน ประเทศสหรัฐอเมริกา พบรายงานการบาดเจ็บจากการถูกของมีคมทิ่มตำของบุคลากรด้านทันตกรรมคิดเป็นร้อยละ 20.00 โดยพบมากที่สุดเป็นกลุ่มผู้ช่วยทันตแพทย์คิดเป็นร้อยละ 75.00 (Shah, Merchant, & Dosman, 2006) ส่วนการศึกษาในประเทศซาอุดีอาระเบีย มีรายงานผู้ช่วยทันตสาธารณสุขเกิดอุบัติเหตุถูกเข็มและของมีคมทิ่มตำคิดเป็นร้อยละ 29.80 (Aldakhil, Yenugadhati, Al-Seraihi, & Al-Zoughool, 2019) ส่วนประเทศมาเลเซียพบรายงานอุบัติการณ์การเกิดของมีคมทิ่มตำในบุคลากรทันตสาธารณสุขร้อยละ 7.50 โดยบุคลากรทันตสาธารณสุขมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำ 2.8 เท่า เมื่อเทียบกับบุคลากรด้านอื่น

ในการศึกษานี้ยังพบว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานน้อยกว่า 5 ปี มีความเสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุจากการถูกของมีคมทิ่มตำและสัมผัสกับสารคัดหลั่งจากผู้ป่วยเป็น 2.92 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ทำงานมานานกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการถูกของมีคมทิ่มตำของบุคลากรทันตสาธารณสุขในประเทศไต้หวันพบอัตราอุบัติการณ์เกิดอุบัติเหตุในบุคลากรใหม่ร้อยละ 21.28 ขณะที่บุคลากรทั่วไปพบร้อยละ 7.50 (Lee, Kok, Cheng, Lin, & Lin, 2014) และ ยังสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นพบบุคลากรจบใหม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยไม่เกิน 2 ปี พบการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำคิดเป็นร้อยละ 58.60 ในขณะที่นักศึกษาหลักสูตรทันตแพทย์พบการเกิดอุบัติเหตุ ร้อยละ 17.20 โดยพบว่าทันตแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาได้รับอุบัติเหตุบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือมากกว่าทันตแพทย์ทั่วไป (Paul, Omar, & Maktabi, 2000) ซึ่งอาจสันนิษฐานได้ว่าบุคลากรใหม่อาจยังมีประสบการณ์ในการทำหัตถการน้อยกว่าผู้ที่ทำงานมานานซึ่งมีความเชี่ยวชาญกว่า รวมถึงหากขาดความระมัดระวังหรือความไม่ถนัดในการใช้อุปกรณ์ก็อาจจะส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุจากการทำงานได้ แต่อย่างไรก็ตามพบการศึกษาในประเทศไต้หวันรายงานการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำในทันตแพทย์จำนวน 434 คน พบว่าทันตแพทย์ที่มีอายุน้อยจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากของมีคมทิ่มตำเป็น 3.18 เท่าเมื่อเทียบกับทันตแพทย์ที่มีอายุน้อย (Cheng, Su, Yen, & Huang, 2012)

ลักษณะของงานที่เป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุในการศึกษานี้พบเกิดจากการใช้เครื่องมือทำฟันถึง ร้อยละ 87.30 รองลงมาคือการใช้เข็มฉีดยา คิดเป็นร้อยละ 14.50 ในขณะที่การศึกษาในต่างประเทศพบอุบัติเหตุของผู้ช่วยทันตแพทย์เกิดจากการล้างเครื่องมือทางทันตกรรมคิดเป็นร้อยละ 24.00 รองลงมาคือการเล่นหลอดยาชาที่ใช้ทางทันตกรรม ร้อยละ 18.70 การสวมปลอกเข็มกลับคืน คิดเป็นร้อยละ 17.70 – 28.00 (Cheng, Su, Yen, & Huang, 2012; Shah, Merchant, & Dosman, 2006) การหยิบเครื่องมือ ร้อยละ 25.00 การทำหัตถการผู้ป่วยร้อยละ 31.00 และการส่งต่อเครื่องมือทางทันตกรรม ร้อยละ 6.00 (Cheng, Su, Yen, & Huang, 2012)

การเกิดอุบัติเหตุในการศึกษานี้พบว่าเกิดขึ้นขณะใช้เครื่องมือในการทำหัตถการคิดเป็นร้อยละ 85.50 ซึ่งไม่แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นร้อยละ 55.30 เกิดขึ้นขณะใช้เครื่องมือทำหัตถการ

และอีกร้อยละ 41.40 เกิดขึ้นขณะทำการล้างเครื่องมือ (Matsumoto, Sunakawa, Suda, & Izumi, 2019) โดยสาเหตุของอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำและสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งจากการทำหัตถการนี้เกิดจากการไม่ปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 87.30 ซึ่งการละเลยการปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยและการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออาจเป็นสาเหตุหนึ่งของการติดเชื้อจากทำงานของบุคลากรทันตสาธารณสุขได้

ชนิดของการเกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่คือการถูกของมีคมบาด พบร้อยละ 71.20 โดยเหตุการณ์ที่พบอุบัติเหตุได้บ่อยที่สุดคือการขูดหินปูนพบถึงร้อยละ 52.70 ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผ่านมาโดยพบว่าอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เกิดในช่วงการทำหัตถการถึงร้อยละ 55.40 โดยการขูดหินปูนพบการเกิดอุบัติเหตุร้อยละ 13.95 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษานี้ การเกิดอุบัติเหตุนี้เป็นไปได้ว่ามีปัจจัยร่วมหลายปัจจัยด้วยกันไม่ว่าจะเป็นความเชี่ยวชาญของผู้ทำหัตถการ ประสบการณ์การทำหัตถการ ความรู้ในส่วนของมาตรการการป้องกันควบคุมการติดเชื้อ รวมถึงการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเอง การได้รับพื้นฟูความรู้เกี่ยวกับงานที่ทำเป็นต้น ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุจากของมีคมและการสัมผัสเลือด และ สารคัดหลั่งจากการทำงานพบว่าระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าปริญญาตรีเช่นเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข หรือ ผู้ช่วยทันตแพทย์ที่ได้รับวุฒิต่ำกว่าระดับปริญญาตรีมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากของมีคมทิ่มตำและการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งจากการปฏิบัติงาน คิดเป็น 4.35 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่จบการศึกษาปริญญาตรี (95% CI, 1.88 – 10.06) ในขณะที่การศึกษาในต่างประเทศพบว่าการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการควบคุมการติดเชื้อและการมีประสบการณ์การทำหัตถการในผู้ป่วยน้อยกว่า 12 รายต่อวัน มีความเสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุคิดเป็น 1.63 เท่าของผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่า (Aldakhil, Yenugadhati, Al-Seraihi, & Al-Zoughool, 2019) รวมถึงการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมป้องกันการติดเชื้อ มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำจากการทำงานคิดเป็น 1.82 เท่าของผู้ที่ปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมป้องกันการติดเชื้อ (95% CI, 1.04 – 3.18) และ การมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อจากสารคัดหลั่งและเลือดไม่เพียงพอ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำจากการทำงานคิดเป็น 1.67 เท่าเมื่อเทียบกับคนที่มีความรู้เพียงพอ (95% CI, 1.04 – 2.67) (Cheng, Su, Yen, & Huang, 2012) นอกจากนั้นแล้วในการศึกษานี้ยังพบว่าผู้ที่สวมใส่อุปกรณ์ไม่ครบมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุคิดเป็น 6.74 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ใส่อุปกรณ์ครบ ($p = 0.007$) ในขณะที่การศึกษาที่ผ่านมาในประเทศซาอุดีอาระเบียไม่พบความสัมพันธ์กัน (Aldakhil, Yenugadhati, Al-Seraihi, & Al-Zoughool, 2019) อย่างไรก็ตามการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเองที่เหมาะสมและเพียงพออาจช่วยส่งผลให้ลดความเสี่ยงต่อการได้รับสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งขณะปฏิบัติงานซึ่งเป็นการลดการติดเชื้อจากเลือดและสารคัดหลั่งของผู้ป่วยโดยเฉพาะโรคไวรัสตับอักเสบบี HIV อีกด้วย ถึงแม้การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันไม่ได้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุก็ตาม (Verbeek, Rajamaki, Ijaz, Sauni, Toomey, Blackwood, et al., 2020)

การนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษานี้ได้มีการนำเสนอผลการศึกษาระดับสถาบันการศึกษาและโรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่ให้บริการด้านทันตกรรม เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการให้ความรู้และวางแผนแนวทางปฏิบัติหรือจัดทำคู่มือป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานให้กับบุคลากรทันตสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานในด้านทันตสาธารณสุขและป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งจากผู้ป่วยส่งผลให้บุคลากรเกิดความปลอดภัยในการทำงานและอาจมีการขยายผลไปยังหน่วยงานอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษารังต่อไปควรมีการศึกษาแบบเชิงคุณภาพเพื่อประเมินในส่วนของผลกระทบที่เกิดจากการเกิดอุบัติเหตุ การปฏิบัติตัว เพื่อเสริมในส่วนของข้อมูลที่มีให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และสามารถนำไปใช้ในการวางแผนลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำและการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งจากการปฏิบัติงานของบุคลากรต่อไป อีกทั้งควรมีการนำผลการวิจัยไปทำเป็นโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานในบุคลากรทันตสาธารณสุขต่อไป

References

- Aldakhil, L., Yenugadhati, N., Al-Seraihi, O., & Al-Zoughool, M. (2019). Prevalence and associated factors for needlestick and sharp injuries (NSIs) among dental assistants in Jeddah, Saudi Arabia. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 24(1), 1-7.
- Ardekani, A., Ayatollahi, J., Ayatollahi, F., Bahrololoomi, R., Ayatollahi, J., Ayatollahi, A., & Owlia, M. (2012). Occupational hazards to dental staff. *Dental Research Journal*, 9(1), 2-7.
- Chanpanich, R., Singchungcha, P., & Aree, P. (2022). Cost analysis of nursing activities in the COVID-19 cohort ward at a tertiary hospital. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 10(3), 1-14.
- Cheng, H. C., Su, C. Y., Yen, A. M. F., & Huang, C. F. (2012). Factors affecting occupational exposure to needlestick and sharps injuries among dentists in Taiwan: A nationwide survey. *PLoS ONE*, 7(4), 1-7.
- Cleveland, J. L., Barker, L. K., Cuny, E. J., & Panlilio, A. L. (2007). Preventing percutaneous injuries among dental health care personnel. *Journal of the American Dental Association*, 138(2), 169 – 178.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175 – 191.
- Heinrich, H. W. (1941). *Industrial Accident Prevention: A Scientific Approach*. (2nd Ed.). New York and London: McGraw-Hill Book Company, Inc.
- Iwamatsu-Kobayashi, Y., Watanabe, J., Kusama, T., Endo H., Ikeda, S., Tokuda, K, et al. (2022). A 19-year study of dental needlestick and sharps injuries in Japan. *International Dental Journal*, 73 (2023), 114 – 120.
- Kheytui, W., Janaiem, W., Natthasetsakul, S & Tanan, A. (2020). Study of factors affecting incidence of patient's blood or fluid contamination, needle stick or injury from sharp instrument in Dental Students at Faculty of Dentistry, Mahidol University. *Mahidol R2R E-Journal*, 7(1), 1–15. (in Thai)
- Lee, J. J., Kok, S. H., Cheng, S. J., Lin, L. D., & Lin, C. P. (2014). Needlestick and sharps injuries among dental healthcare workers at a university hospital. *Journal of the Formosan Medical Association*, 113(4), 227 – 233.
- Macintyre, C. R., Seale, H., Yang, P., Zhang, Y., Shi, W., Almatroudi, A., et al. (2014). Quantifying the risk of respiratory infection in healthcare workers performing high-risk procedures. *Epidemiology and Infection*, 142, 1802 – 1808.
- Matsumoto, H., Sunakawa, M., Suda, H., & Izumi, Y. (2019). Analysis of factors related to needlestick and sharps injuries at a dental specialty university hospital and possible prevention methods. *Journal of Oral Science*, 61(1), 164 – 170.
- Ministry of Public health. (2019). *Number of Patients Who Attended Dental Health Clinic in Yala Province (HDC data) in 2019*. Retrieved October 12, 2020 from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=dental/dental_1.php&cat_id=fc73b811eb6d9206e7e5baf8ad20d7b9&id=cba4cc41872398d244dde8e2604c1fda

- Paul, T., Omar, R., & Maktabi, A. (2000). Self-reported needlestick injuries in dental health care workers at Armed Forces Hospital Riyadh, Saudi Arabia. *Military Medicine*, 165(3), 208 – 210.
- Shah, S. M., Merchant, A. T., & Dosman, J. A. (2006). Percutaneous injuries among dental professionals in Washington State. *BMC public health*, 6, 269. doi.org/10.1186/1471-2458-6-269
- Suwannakarn, T. (2015). *Prevalence and Factor Associated with Sharp Injuries among Hospital Workers in a Private Hospital, Songkhla Province*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Degree of Master of Science in Occupational Medicine, Prince of Songkhla University. Retrieved March 12, 2020 from <https://core.ac.uk/download/pdf/154815143.pdf> (in Thai)
- Verbeek, J. H., Rajamaki, B., Ijaz, S., Sauni, R., Toomey, E., Blackwood, B., et al. (2020). Personal protective equipment for preventing highly infectious diseases due to exposure to contaminated body fluids in healthcare staff. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4(4), CD011621. doi.org/10.1002/14651858.CD011621.pub4

การพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการกำกับตนเอง
เพื่อการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ
The Development and Effects of an Enhancing Empowerment Program on
Self-regulation for Quitting Illegal Drugs
among Patients with Amphetamine Addiction during Rehabilitation Phase

บุบผา บุญญามณี^{1*}, อรวรรณ หนูแก้ว²

Bubpha Boonyamanee^{1*} Orawan Nukaew²

¹โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา, ²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

¹Thanyarak Songkhla Hospital, ²Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

(Received: December 6, 2023; Revised: : January 28, 2024; Accepted: January 29, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาวิธีปฏิบัติประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ดำเนินการ 3 ระยะ คือ 1) พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย วิเคราะห์สถานการณ์โดยการทบทวนวรรณกรรม การสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึกและการทบทวนวรรณกรรม 2) ทดลองใช้โปรแกรมฯ โดยผ่านการตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามระหว่าง .8 – 1.0 และพฤติกรรมการกำกับตนเอง ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา .76 นำโปรแกรมทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ปรับปรุงโปรแกรม และ 3) ทดสอบผลการใช้โปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดทันที 1 เดือน และ 3 เดือน จากกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 59 คน โดยกลุ่มควบคุม (29) คน และกลุ่มทดลอง (30 คน) เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และ 2) แบบประเมินพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อการเลิกยาเสพติด ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .96 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติ Repeated Measure ANOVA และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกิจกรรมกลุ่ม ๆ ละ 60 - 90 นาที จำนวน 10 กิจกรรม สัปดาห์ละ 3 ครั้งเป็นเวลา 4 สัปดาห์ และคู่มือการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วย

2. เมื่อเวลาผ่านไป ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 761.640, p < .001$)

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนสามารถเพิ่มพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อการเลิกยาเสพติดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพได้ ดังนั้นพยาบาลควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้กับผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ พฤติกรรมการกำกับตนเอง ผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีน การเลิกยาเสพติด

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: pha.b2530@gmail.com)

Abstract

The present research and development aimed to develop and test the effects of an empowerment program on self-regulatory behavior for quitting drugs among patients with amphetamine during their rehabilitation period. The research process consisted of three phases: 1) the development of such program included to perform a situation analysis by reviewing medical records, but also focus groups and in-depth interviews, accordingly with the framework of Gibson and some literature review, 2) to try out and to revise the program with 10 participants, by using content validity, 3) to test the effect of program at after finish program, one month, three months, participants comprised 60 persons which divided into control group (29 participants) and experimental group (30 participants). Research instruments consisted of: 1) an enhancing empowerment program, and 2) a self-regulatory behavior assessment for quitting drugs. Content validity of 2 parts was verified by 5 experts. Reliability of the self-regulation behavior for quitting illegal drugs was analyzed using Cronbach's Alpha coefficient, yielding a value of .96. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics and Repeated measure ANOVA, while the qualitative data was an analysis using content analysis. The results showed:

1. The enhancing empowerment program on self-regulation for quitting illegal drugs consisted of group activities, each activity for 60 - 90 minute, 3 times per week, and consecutively 4 weeks, using a *patient empowerment guideline*.

2. Overall, the difference mean score of self-regulation for quitting illegal drugs in patients with amphetamine between experimental and control group, before and after finishing the program, following 1 and 3 months, was a statistically significant different mean score of self-regulation ($F = 761.640, p < .001$).

This enhancing empowerment program among patients with amphetamine addiction could increase self-regulation behaviors for quitting illegal drugs in rehabilitation phase. Therefore, nurses could apply the program to the patients in rehabilitation phase.

Keywords: Empowerment Program, Self-regulation, Patients with Amphetamine Addiction, Quitting Use of Illegal Drugs

บทนำ

ยาเสพติดเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นทั่วโลก จากสถานการณ์ยาเสพติดปี 2564 พบว่า ผู้ใช้ยาเสพติดสูงขึ้นถึงร้อยละ 10 (United Nations Office on Drugs and Crime, 2021) สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากระบบการบำบัดรักษายาเสพติด (บสต.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ของกระทรวงสาธารณสุข มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติด 155,500 ราย จะพบสัดส่วนผู้เสพยาใหม่ ถึงร้อยละ 70.34 ข้อมูลจากระบบการบำบัดรักษา ยาเสพติด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติด 212,646 คน ส่วนใหญ่ พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 89.66 เมื่อพิจารณากลุ่มอายุของผู้เข้าบำบัดทั้งหมด พบมากที่สุดเป็นกลุ่มอายุ 25 - 29 ปี ร้อยละ 18.24 ผู้เข้าบำบัดรักษาส่วนใหญ่เป็นผู้เสพ ร้อยละ 63.61 รองลงมาคือ ผู้ติด ร้อยละ 31.99 ข้อมูลยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดมากที่สุด คือ ยาแอมเฟตามีน ร้อยละ 79.2 (Office of the Narcotics Control Board, 2021) จากสถิติของโรงพยาบาล ัญญารักษ์สงขลา พ.ศ. 2562 - 2564 พบว่า มีผู้ติดสารเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 14,650 คน 17,985 คน และ 13,306 คน ในช่วงมีสถานการณ์การระบาดของของไวรัสโคโรนา มีนโยบายเรื่องการลดการเข้ารักษาใน โรงพยาบาลจึงทำให้จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาลดลง อย่างไรก็ตามผู้ติดสารเสพติดที่ได้รับการรักษาในระบบ โรงพยาบาลแล้ว ยังคงกลับไปใช้สารเสพติด และกลับมารักษาร้อยละ 85 (Thanyarak Songkhla, 2022) สำหรับ

ยาแอมเฟตามีนจะออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท ร่างกายจะมีความต้องการเสฟในปริมาณมากขึ้น ทำให้มีความต้องการเสฟทั้งด้านร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงตลอดเวลา (Phurungruangphon, 2019) หากเสฟเป็นจำนวนมากหรือต่อเนื่อง หรือใช้เวลานานจะส่งผลให้เกิดความผิดปกติของอารมณ์ อารมณ์รุนแรง หงุดหงิดง่าย ทำลายระบบประสาท มีความคิดที่บิดเบือน หรืออาการทางจิตประสาท (Uten, Ratsamesuwiat, & Yasin, 2022) จนผู้ป่วยติดยาแอมเฟตามีน จะเสียทั้งการเงินและภาวะสุขภาพ ร่างกายทรุดโทรม เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ โดยเฉพาะเกิดอาการแทรกซ้อนทางจิต ไม่สามารถทำงานได้ ต้องเป็นภาระของครอบครัว หรืออาจต้องลักขโมยเพื่อหาเงินไปซื้อยามาเสฟ ก่อให้เกิดปัญหาอาชญากรรม และส่งผลกระทบต่อชุมชนและประเทศชาติ (Phuakpong, Bunthumporn, & Somprasert, 2018)

การกลับไปเสฟซ้ำหลังเข้ารับการบำบัดเป็นปัญหาสำคัญที่พบมาก ในผู้เสฟติดแอมเฟตามีน (Nilaban, Sriherun, & Kongthong, 2016) ดังนั้น ในการช่วยเหลือผู้ติดยาเสฟติดไม่ให้อาการกำเริบซ้ำและสามารถเลิกยาเสฟได้ ไม่เพียงแต่การสนับสนุนให้บำบัดรักษาฟื้นฟูทางด้านร่างกายและจิตใจเท่านั้น จำเป็นต้องให้การส่งเสริมให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษาได้เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ผ่านการบำบัดรู้จักใช้เวลาอย่างเหมาะสมและเป็นการตอกย้ำถึงความตั้งใจ และกระตุ้นเตือนให้เลิกยาเสฟได้อย่างเหมาะสม และให้เลิกยาเสฟได้อย่างถาวรจะสามารถช่วยเหลือให้ผู้ผ่านการบำบัดสามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้อย่างมีความสุข โดยการนำการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสร้างเสริมมาใช้ เพราะเป็นกระบวนการที่บุคคลที่มีความสัมพันธ์ร่วมกันมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ข้อมูล ความคิด ความรู้สึกได้เรียนรู้การทำงาน และการใช้ทรัพยากรร่วมกันเป็นกระบวนการที่ใช้ประโยชน์ร่วมกัน (Mutual Beneficial Interaction) และสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Gibson, 1995) เมื่อมีการนำมาปรับหรือประยุกต์ใช้จะช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการกำกับและจัดการกับชีวิตของตนเอง จะทำให้บุคคลรู้คุณค่าและรับรู้ถึงความสามารถของตนเองและผู้อื่นในด้านการแก้ปัญหา การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Gibson, 1995) เพิ่มความรู้สึกการมีคุณค่าแห่งตน ความมีอิสระและการมีความรับผิดชอบ การเสริมสร้างพลังอำนาจยังส่งผลให้บุคคลเป็นพลเมืองดี มีคุณธรรม มีจริยธรรม มีการช่วยเหลือเผื่อแผ่ซึ่งกันและกัน และสามารถตั้งศักยภาพของตนเองไปสู่เป้าหมายและความสำเร็จ ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกลวิธีสำคัญหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและกำกับดูแลพฤติกรรมเสฟยาได้ ดังนั้น หากผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะส่งผลให้แหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยมีความเข้มแข็งขึ้น เช่น มีความสามารถในการตัดสินใจแก้ไขปัญหา สามารถกำกับตนเอง (Self-regulation) มีความนับถือตนเอง (Self - Esteem) (Kim, & Cho, 2001 as cited in Pochnagone, 2020) มีความสามารถในการควบคุมการดำเนินชีวิต (Personal Control) มีความสามารถในตน (Self - Efficacy) มีความเข้มแข็งของพลังานที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพทางกาย มีการปรับเปลี่ยน ความคิดความเชื่อ มีความหวัง (Gibson, 1993) ซึ่งการรับรู้แหล่งพลังอำนาจนี้จะป็นปัจจัยสำคัญ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยยาเสฟติดเกิดพฤติกรรมการดูแลกำกับตนเองที่เหมาะสม

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) เป็นกระบวนการที่เสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ เพื่อบุคคลมีพลังอำนาจในการตัดสินใจ การเลือกใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ และดำเนินกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ควบคุมตนเองโดยมีการใช้พลังอำนาจได้อย่างเต็มศักยภาพเพื่อให้ได้ผลสำเร็จตามเป้าหมาย (Gibson, 1995) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสถานการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรม 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ที่ติดยาและผู้ที่เข้ายา โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson ให้ผู้ป่วยค้นพบปัญหาที่เกิดขึ้น เน้นให้เข้าใจถึงความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ แสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาและตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม ลดพฤติกรรมการดื่มและการใช้ยาได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิผลในการช่วยเพิ่มการควบคุมตนเองในผู้เสฟแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดในชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพได้ (Phuakpong, Bunthumporn, & Somprasert, 2018; Ratthaman, & Dangdomyout, 2017; Kongsut, Chaisri, & Teangtum, 2013)

ข้อมูลทางวิชาการจากการทบทวนข้างต้น แสดงให้เห็นว่า กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมได้ อย่างไรก็ตามมีการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยใช้

แนวคิด Gibson (1995) และการควบคุมตนเอง ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่มีการวัดผลก่อนและหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมเท่านั้น (Phuakpong, Bunthumporn, & Somprasert, 2018; Rattaman, & Dangdomyout, 2017; Kongsut, Chaisri, & Teangtum, 2013) แต่ไม่สามารถที่จะบอกความยั่งยืนหรือความคงทนของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการในการเสริมสร้างพลังอำนาจและวัดผลอย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 3 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ซึ่งใช้ระยะเวลาที่น้อยกว่างานวิจัยที่ผ่านมา จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยได้ตระหนักและเห็นความสำคัญในเรื่องการสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นกระบวนการภายในบุคคล จึงสนใจที่จะศึกษาและพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดพลังอำนาจในการกำกับดูแลตนเอง เพื่อให้พยาบาลยาเสพติดนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยให้สามารถตัดสินใจ ควบคุมพฤติกรรม และมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวเพื่อการแก้ปัญหา ซึ่งคาดว่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนมีพลังใจในการกำกับดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้น เกิดพฤติกรรมการกำกับตนเองที่เหมาะสมได้เช่นกัน สามารถเลิกเสพยาได้อย่างยั่งยืน และสามารถดำรงใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชนและสังคมได้อย่างปกติสุข

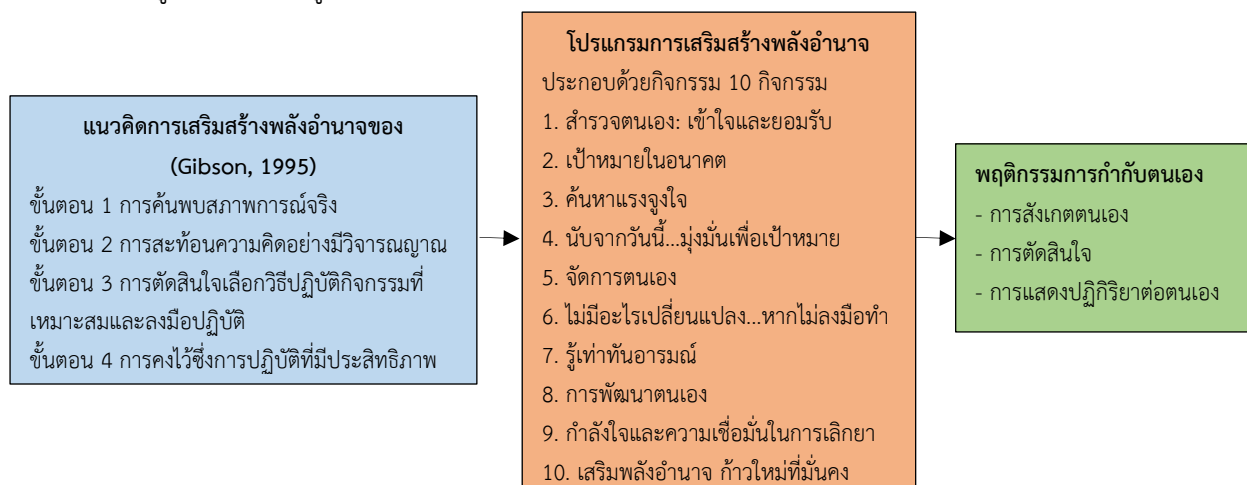
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ
2. เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนี้
 - 2.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการกำกับตนเองของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 1 เดือน และ 3 เดือน
 - 2.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการกำกับตนเองของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพระหว่างกลุ่มที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 1 เดือน และ 3 เดือน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของ Gibson (1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ Gibson อธิบายกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจว่าเป็นกระบวนการส่งเสริมให้บุคคลได้เรียนรู้ ตระหนักและพัฒนาความสามารถของตนเองในการตอบสนองความต้องการ การแก้ไขปัญหา การแสวงหา และการใช้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ เพื่อควบคุมสถานการณ์ในชีวิตของตนเอง จนเกิดความเชื่อมั่นในตนเองและรู้ว่าตนเองมีศักยภาพ สามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) เป็นการรับรู้และทำความเข้าใจในการยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพที่เป็นจริง 2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection) เป็นการทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์ ต่างๆ อย่างรอบคอบเพื่อตัดสินใจและจัดการกับปัญหาการเสพติดได้อย่างเหมาะสม 3) การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking Charge) เป็นการตัดสินใจเลือกวิถีการปฏิบัติที่บุคคลคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) เมื่อบุคคลนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ จะรู้สึกมั่นใจ รู้ถึงศักยภาพความสามารถในการควบคุมตนเองในการเสพติดแอมเฟตามีน ซึ่งหากยังไม่สามารถเลิกเสพยาได้ ก็จะมีการเสพยาภายใต้การควบคุมที่ไม่ให้อันตรายทั้งต่อสุขภาพร่างกายของตนเองและต่อสังคม (Harm Reduction) (Gibson, 1995) สำหรับพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย การสังเกตตนเอง การตัดสินใจ และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Bandura, 1977) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่พัฒนาขึ้นจะส่งผลต่อการเสริมพลังใจในการปรับพฤติกรรม การการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีน (ภาพ 1)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย

1.1 ศึกษาสถานการณ์และความต้องการการพยาบาล (Situation analysis) เพื่อศึกษาสถานการณ์และความต้องการการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ คือ สำรวจสภาพปัญหาและความต้องการ โดยการวิเคราะห์ปัญหา (Problem Analysis) วิเคราะห์ความต้องการ (Need analysis) การวิเคราะห์การปฏิบัติงานในปัจจุบัน (Current practice analysis) โดยการทบทวนสถิติการเข้ารับการรักษา ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำ จำนวน 30 แพ้ม การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วย จำนวน 10 คน (ประเมินระดับ และลักษณะพฤติกรรมกำกับการตนเองเพื่อการเลิกยา ร่วมกับความต้องการของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ) การสนทนากลุ่มพยาบาลยาเสพติดที่ดูแลผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน 5 คน (ประเด็นการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด) และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ และพฤติกรรมกำกับการตนเองของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

1.2 สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นการทบทวนวรรณกรรม เพื่อศึกษาองค์ความรู้ที่มีอยู่โดยการสืบค้นตามกรอบแนวคิด PICO ในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา จากฐานข้อมูลประเทศไทย คือ ThaiJo, ThaiLIS และ Google Scholar โดยใช้คำสืบค้น คือ ผู้ป่วยยาเสพติด โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ การเสริมสร้างพลังอำนาจ การดูแล FAST model พฤติกรรมกำกับการตนเอง จากฐานข้อมูลต่างประเทศ คือ PubMed, The Coherence Library และ CINAHL คำสืบค้น คือ Persons with Amphetamine, Drug Patients with Amphetamine, Empowerment Program, Empowerment, Routine Care (Fast Model), Self-regulation Behaviors ผลจากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของ Joanna Briggs Institute (2008) สรุปผลพบว่า มีจำนวน 22 เรื่องอยู่ในระดับ 2 (Level 2.a) จำนวน 20 เรื่อง เป็นงานวิจัย Quasi-experimental research อยู่ในระดับ 1 จำนวน 2 เรื่อง เป็นงานวิจัย Randomized Controlled Trials) ระดับ Level 1.c เป็นงานวิจัยในประเทศ 17 เรื่อง และงานวิจัยต่างประเทศ 5 เรื่อง

1.3 การจัดทำร่างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต้นแบบ ที่พัฒนาจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

ระยะที่ 2 การทดลองใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมerkการก้ากับตนเองเพื่อการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

การนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน เพื่อดูความเป็นไปได้ของโปรแกรมฯ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้างของโปรแกรมฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา จำนวน 5 ท่าน คือ 1) อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านยาเสพติด 2 ท่าน 2) แพทย์ดูแลผู้ป่วยยาเสพติด 10 ปีขึ้นไป จำนวน 1 ท่าน 3) พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เฉพาะทางกลุ่มโรคผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน 1 ท่าน และ 4) พยาบาลจิตเวชระดับ ปริญญาเอกและดูแลผู้ป่วยยาเสพติด 10 ปีขึ้นไป จำนวน 1 ท่าน นำผลการประเมินไปคำนวณหาค่าความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์ในแต่ละกิจกรรม (Item-Objective Congruence Index: IOC) และการปรับปรุงโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในประเด็น ดังนี้ 1) ปรับเนื้อหาเรื่องการเห็นคุณค่าในตนเอง ปรับชื่อและกระบวนการดำเนินการทั้ง 4 ขั้นตอน อย่างเป็นวงจรและระบบในทุกกิจกรรม มอบหมายการบ้านให้มีการฝึกสำหรับแบบสอบถามพฤติกรรมerkการก้ากับตนเองเพื่อการเลิกยา นำไปตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านดังกล่าวข้างต้น คำนวณหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (CVI) และหาความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Non-Parametric, Wilcoxon Signed- Ranks Test

ระยะที่ 3 การทดสอบผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมerkการก้ากับตนเองเพื่อการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

การทดสอบผลโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมerkการก้ากับตนเอง สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ two-group pretest-posttest design โดยการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมerkการก้ากับตนเองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและติดตามประเมินผล 1 เดือน และ 3 เดือน ณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา โดยผู้วิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามคู่มือการวินิจฉัยโรค (ICD-10) ด้วยกลุ่มรหัส F15-F15.2 เป็นผู้เสพติดแอมเฟตามีน (Amphetamine Use Disorder) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา จำนวน 122 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไป เป็นเพศชายทั้งหมด โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 1) ผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน อายุ 18-59 ปี 2) ผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วมทางจิตเวช 3) ระดับความรุนแรงของการใช้สารเสพติด โดยใช้แบบคัดกรองและการส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษากระทรวงสาธารณสุข: บคก. กสร.: 2 (V2) มีระดับคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 27 คะแนน 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถอ่านออกเขียนได้ สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ สำหรับเกณฑ์การคัดออก คือ 1) ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงขณะเข้าโปรแกรม หรือผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน

ขนาดกลุ่มตัวอย่างการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยโปรแกรม G*power 3.1.9.4 โดยกำหนดค่า Power อยู่ที่ 0.80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 สำหรับการคำนวณค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัย Phuakpong, Bunthumporn, & Somprasert (2018) ที่ศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการควบคุมตนเองของผู้เสพติดแอมเฟตามีน ซึ่งใกล้เคียงกับงานวิจัยนี้ ได้ค่า Effect Size เท่ากับ 1.30 อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้กำหนดอิทธิพลที่อยู่ในระดับสูง (Effect size) 0.80 (Burns & Grove, 2009) ผลการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 คน จำนวน 42 คน และการคำนึงถึงอัตราการออกจากการวิจัย (Attrition) เท่ากับ

ร้อยละ 20 (Polit & Beck, 2012) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 ราย (กลุ่มควบคุม Drop out 1 ราย) โดยสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จากหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยชาย และ Match pair ด้วยคุณสมบัติที่เหมือนหรือใกล้เคียงกันคือ อายุ และระดับความรุนแรงของการใช้สารเสพติด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการกำกับตนเอง เพื่อการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ พัฒนามาจากแนวคิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ดำเนินการ 4 สัปดาห์ ๆ ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 1 กิจกรรม ๆ ละ 60 - 90 นาที ผลการประเมินคำนวณหาค่าความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์ในแต่ละกิจกรรม (Item-Objective Congruence Index: IOC) ผลอยู่ระหว่าง 0.8 - 1.0

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพ สมรส สารเสพติดที่เคยใช้ จำนวนครั้งที่เข้าบำบัดแบบผู้ป่วยใน ประสบการณ์ในการเลิกยา เป็นต้น และ 2) แบบประเมินพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อการเลิกยาที่ผู้วิจัย พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมการกำกับตนเองของยาเสพติดแอมเฟตามีน จำนวน 33 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม ขั้นตอนการสังเกตตนเอง ขั้นตอนการตัดสินใจ และขั้นตอนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ (0-4) ไม่เป็นจริง เป็นจริงน้อย เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงมาก และเป็นจริงมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 0.00 - 4.00 นำไปตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านดังกล่าวข้างต้น คำนวณหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ได้ค่าเท่ากับ .76 และหาความเชื่อมั่น โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วย ยาเสพติดแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ที่มีคุณสมบัติ ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย มีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha เท่ากับ .96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยสร้างและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาดังที่กล่าวมาข้างต้น และดำเนินการพหุวิธีกลุ่มตัวอย่าง

2. เตรียมผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดและ มีประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยยาเสพติดอย่างน้อย 5 ปี ขึ้นไป โดยการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 คน และมีหน้าที่เก็บ รวบรวมแบบประเมินหลังการทดลองแต่ละครั้ง และตรวจสอบความถูกต้องของแบบประเมิน และผู้ช่วยใน การดำเนินการทำกิจกรรมจำนวน 4 คน โดยเป็นผู้ช่วยในการทำกิจกรรมและติดตามการบ้าน

ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บ รวบรวมข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างเห็นยินยอมในการเก็บข้อมูลและเข้าร่วมโปรแกรมฯ แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้ง 2 กลุ่มจะแยกเรือนนอนและสถานที่ในการทำกิจกรรม เพื่อป้องกันการ Contaminate โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการกำกับตนเอง เพื่อการเลิกยาเสพติด คือ

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยให้ทำแบบประเมินพฤติกรรมการกำกับตนเองก่อนทดลอง และหลังทดลอง ดำเนินการทดลองด้วยโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อการเลิกยาเสพติด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง กลุ่มกิจกรรม ประกอบด้วย 10 กิจกรรม 1) สำรวจตนเอง: เข้าใจและยอมรับ 2) เป้าหมายใน อนาคต 3) ค้นหาแรงจูงใจ 4) นับจากวันนี้...มุ่งมั่นเพื่อเป้าหมาย 5) จัดการตนเอง 6) ไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลง.....หากไม่ ลงมือทำ 7) รู้เท่าทันอารมณ์ 8) การพัฒนาตนเอง 9) กำลังใจและความเชื่อมั่นในการเลิกยา และ 10) เสริมพลังอำนาจ

ก้าวใหม่ที่มั่นคง ใช้เวลากิจกรรมละ 60 - 90 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ทุกวันจันทร์ - วันพุธ - วันศุกร์ รวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2566 - ตุลาคม 2566

กลุ่มควบคุม ดำเนินการทดลองโดยผู้วิจัยอธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงขั้นตอนการทดลอง ซึ่งการทดลองครั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติจากทางโรงพยาบาล ได้แก่ การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบ FAST Model และผู้วิจัยให้ทำแบบประเมินพฤติกรรมการกำกับตนเองก่อนทดลองและหลังทดลอง

ขั้นหลังการทดลอง

ผู้ช่วยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อการเลิกยาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และนำคะแนนที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้อง และยืนยันคะแนนที่ได้จากแบบประเมินพฤติกรรมการกำกับตนเองของกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง ให้ทำภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมและติดตามประเมินผล 1 เดือน และ 3 เดือน ณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา และกลุ่มควบคุมเหลือเพียง 29 คน เนื่องจากผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการกำกับตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน โดยใช้สถิติ Repeated Measure ANOVA โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นมีการแจกแจงแบบปกติ ความแปรปรวน (Homogeneity of Variances) ของประชากรในแต่ละกลุ่มของตัวแปรตามมีค่าเท่ากัน คะแนนพฤติกรรมการกำกับตนเองในการวัดซ้ำแต่ละครั้งมีความสัมพันธ์ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ และผลการทดสอบความแปรปรวน Compound Symmetry ของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการกำกับตนเองในการวัดซ้ำแต่ละครั้ง โดยใช้สถิติ Mauchly's Test of Sphericity ได้ค่า Mauchly's W = .818 ค่า Sig = .118 สรุปได้ว่าความแปรปรวนเป็น Compound Symmetry ซึ่งถือว่าไม่เป็นการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ในการอ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลจึงใช้ค่าของ Sphericity Assumed

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิจัยผ่านการรับรองด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติดุสิตราชชนนี ใบรับรองเลขที่ 035/2565 ณ วันที่ 12 ตุลาคม 2565

ผลการวิจัย

1. ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจและพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อการเลิกยา จำนวน 10 คน โดยสรุป คือ 1) ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยใช้สารเสพติดซ้ำ เช่น เกิดจากการขาดทักษะในการปฏิเสธและทักษะการเผชิญปัญหา คือ “...เพื่อนชวนก็ใจอ่อนทุกที เป็นเพื่อนที่สนิทกัน ไม่กล้าปฏิเสธ อยากปฏิเสธเพื่อนที่ชวนให้ได้ แต่ก็ไม่ได้สักที” (กลุ่มตัวอย่างที่ 2) “...ไปรักษามาหลายทีแล้วครับ แต่ไม่ได้ผลสักที พอเห็นเพื่อนก็นึกถึงยาทุกที พอมีเงินก็เหมือนกัน พอนึกถึงก็พยายามหาหาเสพยาอยู่เรื่อย เลยเลิกไม่ได้สักทีครับ” (กลุ่มตัวอย่างที่ 1) 2) ปัญหาที่เกิดจากการใช้สารเสพติด เช่น การว่างงาน การขาดรายได้ การเกิดความเครียด ดังคำกล่าว “...ถ้าผมไม่สบายใจ หรือเครียด เวลาผมกลับไปใช้ สิ่งที่ไม่สบายใจก็จะลืมหมดเลย มันช่วยผมได้จริงๆ” (กลุ่มตัวอย่างที่ 3) 3) แรงจูงใจในการเลิกยาของผู้ป่วย ดังคำกล่าว “...ผมอยากเลิกยาเสพติด แต่ผมไม่สามารถทำได้ในทันที พ่อกับแม่ชอบพูดว่าผมไม่ตั้งใจที่จะเลิกจริง ๆ เค้าไม่เข้าใจ ไม่ใช่เลิกกันง่าย ๆ ทำให้ผมหมดกำลังใจในการเลิกยา” (กลุ่มตัวอย่างที่ 1) 4) ปัญหาและอุปสรรคในการเลิกยา ไม่สามารถควบคุมกำกับตนเองในการเลิกยา “...คิดว่ากลับไปเสพนิดเดียวไม่เป็นไร เราหยุดมาได้ตั้งหลายเดือนแล้ว” (กลุ่มตัวอย่างที่ 4) 5) ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ดังคำกล่าว “...ในสายตาของคนอื่นเขามองเราว่าเป็นคนไม่ดี เป็นคนติดยา เรารู้สึกเหมือนเป็นคนไร้ค่า” (กลุ่มตัวอย่างที่ 5) และ 6) ความต้องการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังคำกล่าว “...ผมมีความรู้สึก

เหมือนอยู่โดดเดี่ยว ขาดพลัง หมดกำลังใจที่จะต่อสู้ในการเลิกยา ผมทราบว่า การเลิกยา สิ่งที่สำคัญคือตัวเรา ถ้าอยากเลิกต้องมีความตั้งใจ ใจต้องเข้มแข็ง แต่ทำไม่ได้สักที” (กลุ่มตัวอย่างที่ 10)

2. ผลจากการสนทนากลุ่มพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 5 คน พบประเด็น คือ ความต้องการของพยาบาลที่จะช่วยส่งเสริมการเลิกยาของผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถควบคุมกำกับตนเองได้และสามารถเลิกยาได้ “... ผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาส่วนใหญ่จะกลับไปเสพซ้ำ... จึงอยากได้แนวทางหรือรูปแบบการบำบัดที่เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติด ” (พยาบาลคนที่ 2) “...อยากให้มีโปรแกรมหรือรูปแบบการบำบัดที่ช่วยเสริมศักยภาพ สมรรถนะ ความสามารถหรือเสริมสร้างพลังอำนาจ ให้กับผู้ป่วยในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเสพซ้ำ ” (พยาบาลคนที่ 3)

จากผลการวิจัยเชิงคุณภาพ นำข้อมูลมาพัฒนาในส่วนของเนื้อหากิจกรรมของแต่ละครั้ง เช่น การเสริมพลังร่วมด้วยกับเพิ่มเติมข้อมูลความรู้ และการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ร่วมด้วยกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการดำเนินการแบบกลุ่ม และลักษณะ รวมทั้งระยะเวลา และ รูปแบบในการออกแบบกิจกรรม โดยสรุป โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยใช้แนวคิดของ Gibson (1995) ร่วมกับ ข้อมูลเชิงคุณภาพและการทบทวนวรรณกรรม มีองค์ประกอบ 1) รูปแบบโปรแกรม เป็นรายกลุ่มโดยกิจกรรมๆ ละ 60 - 90 นาที โดยดำเนินการครั้งละ 1 กิจกรรม สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ และ 2) กิจกรรมของโปรแกรมฯ 10 กิจกรรม ดังตาราง 1

ตาราง 1 ชื่อกิจกรรม วัตถุประสงค์กิจกรรม ลักษณะกิจกรรม และผลลัพธ์ของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์กิจกรรม	ลักษณะกิจกรรม	ผลลัพธ์
กิจกรรมที่ 1 สำรวจตนเอง: เข้าใจและยอมรับ	1. เพื่อให้มีการสะท้อนคิด ทบทวนตนเอง เข้าใจตนเองและยอมรับสภาพการณ์จริงเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด 2. เพื่อให้เห็นคุณค่าของตนเอง และนำไปปฏิบัติและคงไว้เพื่อพัฒนาตนเอง	1. ให้ข้อมูลความรู้ 2. ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้สะท้อนมุมมองและศักยภาพของตนเอง ความคิดเกี่ยวกับการเลิกยา และการนำไปปฏิบัติและคงไว้เพื่อพัฒนาการกำกับตนเอง	มีการทบทวนตนเองและประเมินพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของตนเอง
กิจกรรมที่ 2 เป้าหมายในอนาคต	เพื่อให้มีการสะท้อนคิด ทบทวนตนเอง สำรวจตัวเอง และสิ่งที่ตนอุปสรรคในการบรรลุเป้าหมายชีวิต	1. เขียนเส้นทางชีวิตตั้งแต่เริ่มใช้ยาเสพติดจนถึงปัจจุบัน และวางแผนอนาคต 2. แลกเปลี่ยนประสบการณ์	1. ภาพเส้นทางชีวิตและอุปสรรคในการเลิกยาเสพติด 2. บอกปัญหาอุปสรรคและนำมาวางแผนเป้าหมาย
กิจกรรมที่ 3 ค้นหาแรงจูงใจ	เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจและกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การใช้ยาเสพติด และเรียนรู้การกำกับตนเองเพื่อการเลิกยา ตัดสินใจ ที่จะเลือกวิธีปฏิบัติและคงไว้	1. ทบทวนความรู้สึกที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และให้คะแนนความตั้งใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการเลิกยา (แรงจูงใจ) 2. ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้	มีการบอกแรงจูงใจที่จะพยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การใช้ยาเสพติด
กิจกรรมที่ 4 นับจากวันนี้...มุ่งมั่นเพื่อเป้าหมาย	เพื่อให้สามารถกำหนดเป้าหมายในการดำเนินชีวิตของตนเองและทบทวนวิธีการปฏิบัติตนเอง เลือกวิธีปฏิบัติและคงไว้	1. ให้ข้อมูลเรื่องการแก้ไขปัญห 2. ทำกิจกรรม “วางแผนเพื่อเป้าหมาย” และ “พลังบวก เติมพลังชีวิต” 3. มอบหมายการบ้าน	1. สามารถบอกจุดมุ่งหมายในชีวิต 2. กำหนดเป้าหมายที่ต้องการกระทำด้วยตนเอง
กิจกรรมที่ 5 จัดการตนเอง	เพื่อให้สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ลงมือปฏิบัติ และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่แก้ไขปัญห	1. ให้ข้อมูลเรื่องหลักการปฏิเสธ 2. ทำกิจกรรม “คิดดีๆ มีทางออก”	มีแนวทางและวิธีการแก้ปัญหาที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองเพื่อการเลิกยาเสพติด
กิจกรรมที่ 6 ไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลง.....หากไม่ลงมือทำ	1. เพื่อให้มีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่เหมาะสม 2. เพื่อให้มีพลังอำนาจในการกำกับดูแลตนเองเพื่อการเลิกเสพยาเสพติด	ให้ข้อมูลเรื่องความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม จำลองสถานการณ์ ผีอกทักษะการปฏิเสธ กิจกรรม “อย่าโกรธเรานะ” และ “เปรียบเทียบผลลัพธ์เสีย ของการปฏิเสธ”	สามารถบอกวิธีการกำกับตนเองต่อสิ่งที่ยั่วยวนจากภายนอกได้ไม่ว่าจะอยู่ในสิ่งแวดล้อมใด

ชื่อกิจกรรม	วัตถุประสงค์กิจกรรม	ลักษณะกิจกรรม	ผลลัพธ์
กิจกรรมที่ 7 รู้เท่าทันอารมณ์	1. เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนวิธีควบคุมอารมณ์และเลือกแนวทาง วิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม 2. เพื่อให้มีพลังอำนาจ มีความสามารถ คงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่เลือกใช้	1. ให้ข้อมูลเรื่อง ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม และอภิปรายร่วมกันในประเด็น “พฤติกรรมเสพติด” 2. ทำกิจกรรม “ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม”	สามารถบอกวิธีการจัดการกับความรู้สึกของตนเอง มีการวางแผนการจัดการสัญญาณอันตรายต่าง ๆ
กิจกรรมที่ 8 การพัฒนาตนเอง เวลา: 60 นาที	1. เพื่อให้มีการสะท้อนคิด วิเคราะห์ และแยกแยะตัวกระตุ้น ที่ทำให้เกิดความรู้สึกอยากยา 2. เพื่อให้มีแนวทางและตัดสินใจเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เหมาะสมเพื่อจัดการกับตัวกระตุ้น	1. ทำกิจกรรม “รู้จักตัวกระตุ้น” 2. ให้ข้อมูลเรื่อง ความรู้สึกอยากยา และตัวกระตุ้น ปฏิกิริยาการ ความรู้สึกอยากเสพยา การจัดการกับความอยากยา และการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น และฝึกวิเคราะห์และแยกแยะตัวกระตุ้น 3. ฝึกทักษะการเผชิญกับความ รู้สึกอยากยาและวิธีการจัดการกับความ รู้สึกอยากยา	1. สามารถบอกพฤติกรรมเสี่ยงหรือตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความรู้สึกอยากยาของตนเองได้ 2. สามารถบอกวิธีการจัดการกับความอยากยาเสพติดได้
กิจกรรมที่ 9 กำลังใจและความเชื่อมั่นในการเลิกยา เวลา: 60 นาที	1. เพื่อให้มีการสะท้อนคิด วิเคราะห์ และพิจารณาแนวทางหรือวิธีการที่เหมาะสมกับตนเองในการปฏิบัติและคงไว้เพื่อการเลิกเสพยาเสพติด 2. เพื่อให้สามารถกำกับดูแลตนเองในการเลิกยาได้	1. นำบุคคลต้นแบบที่สามารถเลิกยาเสพติดได้มาเล่าประสบการณ์ วิธีการที่ทำให้สามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้	1. มีการพูดคุยและสอบถามประสบการณ์การเลิกยาเสพติดจากบุคคลต้นแบบ 2. ได้มีการวางแผนแนวทางในการกำกับดูแลตนเองเพื่อการเลิกยาเสพติด
กิจกรรมที่ 10 เสริมพลังอำนาจ ก้าวใหม่ที่มั่นคง	1. เพื่อให้มีการทบทวนวิธีการต่าง ๆ สามารถกำหนด เป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนในการเลิกยา 2. เพื่อให้มีพลังอำนาจ ในการกำกับดูแลตนเองเพื่อการเลิกเสพยาเสพติด และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ	1. ให้ข้อมูลเรื่องเคล็ดลับในการเลิกยา 2. ทำกิจกรรม “แผนการป้องกันการกลับไปเสพยา” 3. ทำกิจกรรม “แบบประเมินหลังทำกิจกรรม” 4. เขียนคำมั่นสัญญา	1. บอกเป้าหมายในการเลิกเสพยาเสพติดได้ 2. มีการประกาศตนเองอย่างแน่วแน่ โดยการเขียนคำมั่นสัญญา

สำหรับการพัฒนาโปรแกรมเบื้องต้นได้ทดลองใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีน เพศชาย จำนวน 10 คน (ร้อยละ 100) อายุเฉลี่ย 33.10 ปี ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานของพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อการเลิกยาในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($z=-2.701, p < .01$) สำหรับการดำเนินโปรแกรมฯ เพิ่มเนื้อหาการมีคุณค่าในตนเองโดยจัดทำเป็นใบงานและมอบหมายการบ้านและปรับระยะเวลาการทำกลุ่มจาก 120 นาที เป็น 90 นาทีในกิจกรรมที่ 1 และ 9

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการกำกับตนเองของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจฯ 1 เดือน และ 3 เดือน ดังตาราง 2 ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการกำกับตนเองของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพที่ได้รับโปรแกรมฯ ก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน ด้วยสถิติ Repeated Measure ANOVA

พฤติกรรมการกำกับตนเอง (กลุ่มทดลอง)								
ก่อน M (SD)	หลัง M (SD)	1 เดือน M (SD)	3 เดือน M (SD)	SS	df	MS	F	p-value
1.92 (0.82)	3.16 (0.14)	3.18 (0.11)	3.16 (0.13)	35.25	3	11.75	615.76	<.001

4. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการกำกับตนเองของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพระหว่างกลุ่มที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 1 เดือน และ 3 เดือน ดังตาราง 3

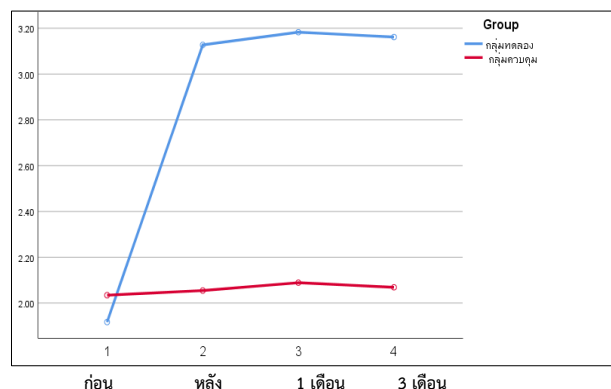
ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการกำกับตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน ด้วยสถิติ Repeated Measure ANOVA (N = 59)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม (group)	36.158	1	36.158	761.640	<.001
ความคลาดเคลื่อน(error)	2.706	57	.047		
ภายในกลุ่ม					
ช่วงเวลา (time)	19.072	3	6.357	171.529	<.001
ระหว่างกลุ่ม*กลุ่ม (group*time)	15.107	3	5.036	135.863	<.001
ความคลาดเคลื่อน (error)	6.338	171	.037		

ตาราง 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการกำกับตนเองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยวิธีการทดสอบเชฟเฟ (Scheffe)

กลุ่มเปรียบเทียบ	ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Mean Difference)			
	ก่อนเข้าร่วม	หลังสิ้นสุด	1 เดือน	3 เดือน
กลุ่มควบคุม -กลุ่มทดลอง	0.12	-1.11***	-1.09***	-1.08***

*** $p < .001$



ภาพ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการกำกับตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการกำกับตนเองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ ก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการกำกับตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 615.76, p < .001$) (ตาราง 2)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการกำกับตนเองของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) ในระยะก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน พบว่าเมื่อเวลาผ่านไปพฤติกรรมการกำกับตนเองระหว่างกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 761.640, p < .001$) (ตาราง 3)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มแต่ละช่วงเวลา พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการกำกับตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมก่อนเริ่มโปรแกรมฯ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม

การกำกับตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 1 เดือน และ 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .001 ผลการทดสอบความแตกต่างของระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่โดยใช้วิธีการทดสอบของเชฟเฟ (Scheffe) ผลการวิเคราะห์พบว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรม และติดตาม 1 เดือน 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการกำกับตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทุกคู่ ($p < .001$) (ตาราง 4) และ ทั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มแต่ละช่วงเวลา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการกำกับตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 1 เดือน และ 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ภาพ 2)

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพต่อพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อการเลิกยาเสพติด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีเนื้อหาของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สอดคล้องกับความต้องการผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีพฤติกรรมการกำกับตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (Pochnagone, 2020) โดยมีกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นระบบ และแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ร่วมด้วยกับหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้รูปแบบโปรแกรมเป็นกิจกรรมกลุ่ม 10 กิจกรรม มีการพัฒนาและปรับปรุงจนได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง .8 - 1.0 แสดงให้เห็นว่าหัวข้อกิจกรรม และเนื้อหาสาระกิจกรรมทั้งหมดที่พัฒนานั้นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในแต่ละข้ออยู่ในระดับดี (Polit & Beck, 2012) สำหรับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนโดยผ่านขั้นตอนของการค้นพบสภาพจริงของตนเอง การสะท้อนความคิด การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ โดยผ่านกิจกรรมสำรวจตนเอง เข้าใจและยอมรับ พร้อมกับการตั้งเป้าหมายในอนาคต ด้วยการเขียนเส้นทางชีวิตตั้งแต่เริ่มใช้ยาเสพติดจนถึงปัจจุบัน และวางแผนในอนาคตร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันภายในกลุ่ม ค้นหาแรงจูงใจในการเปลี่ยน และการคงไว้ซึ่งวิธีปฏิบัติ (Gibson, 1995) โดยเฉพาะเนื้อหากิจกรรมในโปรแกรมฯ การสำรวจตนเอง สำรวจความคาดหวังในการเลิกยาเสพติด มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยได้คิดทบทวนถึงผลกระทบที่เกิดจากการเสพยาเสพติดที่มีทั้งต่อตนเอง ครอบครัว รวมถึงสังคม ได้รับความรู้เรื่องตัวกระตุ้นและให้ค้นหาตัวกระตุ้นและจัดการกับตัวกระตุ้นได้ ผู้ป่วยได้เรียนรู้กระบวนการแก้ปัญหาและฝึกทักษะการปฏิเสธ การวางแผนการป้องกันการกลับไปเสพยา (Pochnagone, 2020) และมีเคล็ดลับในการเลิกยา สอดคล้องกับการศึกษาของ Detdee และ Nukaew (2021) ศึกษาการพัฒนาการโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด มีกระบวนการพัฒนาจากความต้องการของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด ใช้แนวคิดของ Gibson (1995) และผลของ IOC ระหว่าง .6 - 1.0 โปรแกรมที่ได้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา สามารถช่วยเพิ่มการกำกับตนเองให้ผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีน ได้คิดทบทวนถึงผลกระทบที่เกิดจากการเสพยาเสพติดแอมเฟตามีน สามารถค้นหาตัวกระตุ้นและจัดการกับตัวกระตุ้นได้อย่างเหมาะสม เกิดความคิดได้ว่าการเสยยานั้นคือปัญหา การแก้ปัญหาที่ถูกต้องและเหมาะสมอย่างเป็นขั้นตอนจะทำให้หยุดความคิดที่จะเสพยาได้ เพราะคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Gibson, 1995) แล้วนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงชีวิตที่ดีขึ้น การใช้เหตุและผลในการตัดสินใจแก้ปัญหา โดยเลือกวิธีที่เหมาะสมและดีที่สุดจากหลายๆ วิธี แล้วนำไปปฏิบัติ เมื่อปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดความมั่นใจ เกิดศักยภาพ และมองเห็นความสามารถในการกำกับตนเองให้สามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้นานที่สุดจนกระทั่งหยุดใช้ได้ตลอดไป

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ สามารถทำให้พฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ (กลุ่มทดลอง) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ (กลุ่มควบคุม) หลังได้รับโปรแกรมทันที ติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 761.640, p < .001$) อภิปรายได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการกระตุ้นให้ผู้ที่ยาเสพติดแอมเฟตามีนค้นพบและยอมรับสภาพความเป็นจริงที่เป็นอยู่เกี่ยวกับตนเอง สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณในสถานการณ์นั้นตัดสินใจโดยเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมด้วยตนเอง และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกำกับตนเองและช่วยเหลือให้บุคคลควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและชีวิต ทำให้มีพลัง มีความผาสุกและตระหนักในศักยภาพของตน และพบอยู่ในแต่ละขั้นตอนของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างครบถ้วน อันจะเป็นการบำบัดอาการติดยาได้อย่างยั่งยืน โดยที่ผู้ป่วยไม่หันไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดอีก ทำให้กลุ่มตัวอย่างยังคงสามารถกำกับตนเองได้อย่างต่อเนื่องทั้งในระยะ 1 เดือน และ 3 เดือน นอกจากนี้ยังพบงานวิจัยที่กล่าวว่า หลังจากที่ถูกกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแล้ว จะส่งผลให้เกิดการดูแลตนเองมากขึ้น (Detdee & Nukaew, 2021) และพฤติกรรมของตนเองไปในทางที่เหมาะสมมากขึ้น ทำให้เกิดความต้องการเสพยาเสพติดน้อยลง (Phuakpong, Bunthumporn, & Somprasert, 2018) ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมาล้วนเป็นเกราะป้องกันที่สำคัญในการช่วย ควบคุมพฤติกรรมกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำและพฤติกรรมกำกับตนเองเพื่อการเลิกยาได้เป็นอย่างดี โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ พัฒนาจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ประกอบด้วย เนื้อหา กิจกรรม การสำรวจตนเอง สำรวจความคาดหวังในการเลิกเสพยาเสพติด มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยได้คิดทบทวน ให้ค้นหาตัวกระตุ้นและจัดการกับตัวกระตุ้นได้ เรียนรู้กระบวนการแก้ปัญหาและฝึกทักษะการปฏิเสธ การวางแผนการป้องกันการกลับไปเสพยา โดยวิธีวิธีการแลกเปลี่ยนภายในกลุ่ม การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องไปในกิจกรรมทั้ง 10 กิจกรรม เพื่อความต่อเนื่องของการบำบัด พร้อมกับคู่มือของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยได้กลับไปทบทวน และฝึกทักษะ วางแผนการทำการกิจวัตรประจำวันรวมถึงมอบหมายให้ฝึกพฤติกรรมกำกับตนเองเป็นการบ้านทุกวันอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ (Uten, Ratsamesuwiat, & Yasin, 2022) โดยโปรแกรมมีกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยเสริมกลไกด้านอารมณ์ และแรงจูงใจ เพื่อช่วยลดอาการอยากยา สำหรับรูปแบบโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจนั้น การจัดกิจกรรมบำบัดแบบกลุ่ม ซึ่งทำให้สมาชิกภายในกลุ่มมีการสร้างสัมพันธ์ภาพซึ่งกันและกัน ส่งผลให้สมาชิกเกิดความตระหนักในพฤติกรรมของตนเองและของสมาชิก รู้คุณค่าในตนเอง ทำให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น การระบายความรู้สึก การรับรู้ข้อมูล การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ซึ่งจะทำให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ มีการเปลี่ยนแปลงความคิด พฤติกรรม เกิดการพัฒนาตนเองด้านทักษะการแก้ปัญหาสามารถแก้ไขปัญหาด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมได้ การรับรู้ที่สอดคล้องกัน การตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย จึงทำให้เกิดความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ได้ ดังคำกล่าวของกลุ่มตัวอย่าง “...ผมไม่มั่นใจในการใช้ชีวิต มีความต้องการที่จะหยุดใช้สารเสพติด แต่ยังทำไม่สำเร็จ การได้เข้าร่วมโปรแกรมทำให้ผมเกิดความมั่นใจที่จะกลับไปดูแลตัวเองที่บ้าน หลังครบการบำบัด” (กลุ่มตัวอย่างที่ 4) และ “...โชคดียิ่งที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมนี้ ทำให้ผมได้รู้จักที่จะทบทวนตนเอง ได้มองว่าตนเองมีความผิดพลาดอะไรมา ได้เรียนรู้ที่จะพัฒนาตัวเอง” (กลุ่มตัวอย่างที่ 6)

สำหรับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ (กลุ่มควบคุม) พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อการเลิกยาเสพติดของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมฯ ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) แสดงให้เห็นว่าการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้มีการควบคุมปัจจัยร่วมที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการกำกับตนเองของผู้ป่วยโรคจิตสารเสพติด (Polit & Beck, 2012) และค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อการเลิกยาเสพติดของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการกำกับตนเองของกลุ่ม ทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 1 เดือน และ 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .001 อภิปรายได้ว่า การดูแลปกติในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพโดยรูปแบบ FAST model ที่มีหลายรูปแบบผสมผสานกันตั้งแต่รูปแบบการปรับพฤติกรรม ภาพรวมของผู้ติดยาเสพติดทุกชนิด มีรูปแบบที่ชัดเจน เป็นขั้นตอนเน้นหลักการวิชาการและรูปแบบพฤติกรรมบำบัดที่ชัดเจน และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งมีความแตกต่างจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ที่เน้นกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจากภายใน สอดคล้องกับการศึกษาของ Sangsa-nguan, Nukeaw, Chatarat, & Khanhansuk (2023) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์เดิม และประสบการณ์ที่ได้รับจากโปรแกรม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด มีทัศนคติในทางบวก มีพฤติกรรมดูแลมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -2.36, p < .01$) และสอดคล้องกับความต้องการและบริบทของผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีน สอดคล้องกับการศึกษาของ Phuakpong, Bunthumporn & Somprasert (2018) พบว่า ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างอำนาจต่อการควบคุมตนเองของ

ผู้เสพยาเสพติดโดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการควบคุมตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมของผู้เสพยาเสพติด หลังได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.58, p < .001$) แสดงว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการควบคุมตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และการศึกษาของ Puntong & Kimsungnoen (2014) พบว่า พฤติกรรมการไม่เสพยาของผู้ป่วยเสพยาบ้า ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังแห่งตนต่อพฤติกรรมการไม่เสพยาซ้ำในผู้ป่วยเสพยาบ้า ในระยะเวลา 3 เดือนหลังจำหน่าย สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.00, p < .01$)

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการกำกับตนเองเพื่อการเลิกยาเสพติดสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ช่วงเวลาสิ้นสุดโปรแกรมฯ ติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน จึงเป็นข้อมูลสนับสนุนที่สรุปได้ว่า การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะเพิ่มพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อการเลิกยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อการเลิกยาได้ โดยนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อการเลิกยาเสพติด เป็นแนวทางในการพยาบาลสำหรับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่คลินิกยาเสพติดของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งการนำโปรแกรมนี้นำไปเผยแพร่ใช้ในหน่วยงานอื่น ๆ ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และควรมีการจัดอบรมให้แก่บุคคลากร เพื่อให้เป็นผู้ที่มีทักษะ เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อการเลิกยาเสพติดในกลุ่มตัวอย่างอื่น เช่น กลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดเพศหญิง ผู้ป่วยสุราในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ
2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อการเลิกยาเสพติด โดยให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลเข้าร่วมในกิจกรรม
3. ควรมีการศึกษาติดตามประเมินผล ระยะยาว 1 ปี เพื่อศึกษาผลการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อการเลิกยา ว่ามีความก้าวหน้าหรือคงอยู่อย่างไร จะได้นำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

References

- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Retrieved August, 27, 2022, from <http://www.rpi.edu/~verwyc/bandura.html>
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence* (6th). Missouri: Saunders Elsevier.
- Detdee, S. & Nukaew, O. (2021). The development and effects of empowerment program on self-care behaviors among patients with substance-induced psychotic disorder. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 35(1), 91-111. (in Thai)
- Gibson, C.H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advance Nursing*. 21, 1201-1210.
- Gibson, C. H. (1993). *A Study of Empowerment in Mother of Chronically Ill Children*. Unpublished Doctoral Dissertation, Boston college, Boston.

- Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing & Midwifery. (2008). *Reviewers' s Manual*. Retrieved January 25, 2022 from <http://www.joannabriggs.edu.au>
- Kongsut, P., Chaisri, S., & Teangtum, S. (2013). The development empowerment program on management with drinking behavior of alcohol dependence patients. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 27(1), 45-61. (in Thai)
- Nilaban, S., Sriherun, B., & Kongthong, U. (2016). Causal relationship of factors affect relapsing behavior of methamphetamine. *Journal of Graduate Studies Valaya Alongkorn Rajabhat University*, 10(1), 82-84. (in Thai)
- Office of the Narcotics Control Board. (2021). Report Performance Prevent and Suppress Drugs Annual Budget 2021. Bangkok: Office of the Narcotics Control Board. Retrieved January 30, 2022, from <https://www.oncb.go.th/EBookLibrary/annual%20report%202564.pdf>
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. 8th Ed, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Phuakpong, K., Bunthumporn, N., & Somprasert, C. (2018). The effects of an empowerment program on the self-control of amphetamine use disorder patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19, 118-128. (in Thai)
- Phurungruangphon, S. (2019). Narcotics Act, B.E. 2522. Retrieved on January 28, 2021 from <https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho web/document/ 190816156591830384.pdf>.
- Pochngone, S. (2020). The empowerment model for addicted patients and family to prevent relapse. *Journal of Social Science and Buddhist Anthropology*, 5(12), 305-232. (in Thai)
- Puntong, B., & Kimsungnoen, N. (2014). Effectiveness of self-efficacy and family support program on addiction behaviors in patients with amphetamine dependence in the National Institute of drug Abuse Treatment. *Journal of Health Science*, 23(1), 62-68. (in Thai)
- Ratthaman, N., & Dangdomyout, P. (2017). The effect of empowerment with family participation program on alcohol drinking behavior of schizophrenic patient with alcohol use. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 31(3), 99-112. (in Thai)
- Sangsa-nguan, K., Nukeaw, O., Chatarat, P., & Khanhansuk, P. (2023). The development of the empowerment program on caring behaviors among caregivers of children with Learning disability. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 10(2), 1-13. (in Thai)
- Thanyarak Songkhla. (2022). *Medical Record Audit Annual Statistic Report Songkhla*. Songkhla: Thanyarak Songkhla. (in Thai)
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2021). *Drug Market Trends: Cocaine Amphetamine Type Stimulants*. United Nations Publication, Sales No. E.21.XI.8. New York: United Nations; 2021 Retrieved January 25, 2022 from https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21_Booklet_4.pdf
- Uten, K., Ratsamesuwat, J., & Yasin, W. (2022). The development of integrative program on release prevention among persons with amphetamine induce psychotic disorder. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 36(3), 46-70. (in Thai)

การพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไต สู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ตำบลท่าเสา จังหวัดอุตรดิตถ์ The Development of a Health Behavior Modification Model to Delay Progression of Chronic Kidney Disease towards the Final Stage of Chronic Kidney Failure among Stage 3 Patients in Tha-sao Subdistrict, Uttaradit Province

อนัญญา คูอาริยะกุล^{1*}, สายฝน วรรณขาว¹, กันตวิษณุ จูเปรมปรี¹, จินดารัตน์ เนตรจำนงค์²,
กุลชญา คูอาริยะกุล³, รัก นันตะ⁴
Ananya Kooariyaku^{1*}, Saifon Wannakhao¹, Kantawit Juprampree¹,
Jindarat Natechamnong², Kulchaya Kooariyakul³, Rak Nunta⁴

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, ²โรงพยาบาลอุตรดิตถ์,
³โรงพยาบาลบ้านโคก, ⁴โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่อนดินแดง
¹Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
²Uttaradit Hospital, ³Ban Khok Hospital, ⁴Mon Din Daeng Health Promoting Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้เพื่อพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ตำบลท่าเสา จังหวัดอุตรดิตถ์ ดำเนินการ 4 ขั้นตอนดังนี้ 1) ศึกษาสถานการณ์และพฤติกรรมสุขภาพ 2) พัฒนารูปแบบ ตรวจสอบ ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของรูปแบบ 3) ทดลองใช้รูปแบบกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4) ประเมินรูปแบบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามและประเด็นการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบทีอิสระและการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. สถานการณ์และพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและการรับรู้ อยู่ในระดับดี และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตาม ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสม เช่น รับประทานยาแก้ปวด ยาสมุนไพร รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รับประทานยาไม่ครบ ปรับยารับประทานเอง และไม่มารับการตรวจตามนัด

2. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การคัดกรอง 2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3) ติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อัตราการกรองของไต ค่าการทำงานของไต และค่าอัลบูมินในปัสสาวะ

3. ผลการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า หลังการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง และความรอบรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ค่าการทำงานของไต (Creatinine) และค่าอัลบูมินในปัสสาวะ (Urine Microalbumin) ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

4. ผลการประเมินรูปแบบ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถนำความรู้ไปใช้มากขึ้น ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมคือ การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองโดยกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน จากเดิมเดือนละ 1 ครั้ง ควรปรับเป็น 2 เดือนต่อครั้ง

ข้อเสนอแนะหน่วยงานด้านสุขภาพควรนำรูปแบบไปใช้ และอาจปรับจำนวนครั้งของการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

คำสำคัญ: การพัฒนาแบบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การชะลอการเสื่อมของไต ภาวะไตวายเรื้อรัง

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: ananya@unc.ac.th)

Abstract

This research and development aimed to develop a health behavior modification model to slow down kidney deterioration towards the final stage of chronic kidney failure in stage 3 patients with chronic kidney disease. Research was performed in Tha-sao subdistrict of Uttaradit province. It was divided in four steps: 1) to conduct a situation analysis and health behaviors survey, 2) to develop the health behavior modification model, and test its suitability and feasibility, 3) to implement the model and, 4) the model's evaluation. Participants were 29 stage 3 chronic kidney disease patients, selected by purposive sampling method. The research tool were a questionnaire and an interview guideline. The data were analyzed by descriptive statistics, dependent t-test and content analysis. The results were as follows.

1. The situation analysis and health behavior found that the most of the samples had knowledge regarding stage 3 chronic kidney disease at a moderate level. Self-care behaviors and awareness were at good levels and the level of health literacy was insufficient to comply. It was found that the patients had inappropriate self-care behaviors such as taking painkillers, herbal drug, eating salty food, consuming alcoholic beverages, and not taking the medicine as prescribed by the doctor, forgetting to take medication, and missing hospital follow-up appointments.

2. The developed model consisted of a method for: 1) screening patients, 2) implementing changes in their health behaviors, 3) follow-up on the results of changing health behaviors by monitoring their eGFR, creatinine, and urine microalbumin.

3. The results of the trial using the model found that the average knowledge score, self-care behavior and health literacy were statistically significant higher than before the experiment ($p < .05$). However, mean score on perception of chronic kidney disease stage 3, eGFR, Creatinine and Urine microalbumin before and after the experiment were no difference.

4. The results found that the patients' satisfaction was at the highest level. They can apply the knowledge gained to their self-care in order to slow down kidney deterioration. The recommendation was about organizing a self-help group in order to exchange experiences on self-care that should be adjusted from once per month to every two months.

Related health agencies should adopt the model and may adjust the number of time of exchanging experiences that suits the patient group to enable patients to change their health care behaviors.

Keywords: Model Development, Health Behavior Modification, Slow Progression of Chronic Kidney Diseases, Chronic Kidney Failure

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ จากข้อมูลของระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุขในปี 2565 พบว่า 1 ใน 25 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง กลายเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ และมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 จำนวน 420,212 ราย ระยะ 4 จำนวน 420,212 ราย และระยะที่ 5 ที่ต้องล้างไตมากถึง 62,386 ราย (Division of Noncommunicable Disease, 2023) สำหรับสาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่ พบว่ามีสาเหตุจากพฤติกรรมและการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การบริโภคอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การขาดการออกกำลังกาย การรับประทานยาเกินไป โดยเฉพาะยาแก้ปวดกลุ่มไม่ใช้สเตียรอยด์ และการขาดการควบคุมหรือการรักษาโรคที่เป็นสาเหตุของการเกิด

โรคไตเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคนี้ในระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น (Copper & Gosnell, 2023; Yodchai, 2020; Tachaudomdech, 2021) ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ได้แก่ อาการอ่อนแรง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ตาบวมขึ้นโดยเฉพาะในตอนเช้า ปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน เป็นต้น เมื่อโรคเป็นมากขึ้น ผู้ป่วยจะเข้าสู่โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จำเป็นต้องรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต หรือ การผ่าตัดปลูกถ่ายไตเท่านั้น และปัจจุบันค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไตโดยการล้างไตทางช่องท้องหรือ การฟอกเลือดด้วยไตเทียม เฉลี่ยประมาณ 240,000 บาท ต่อคนต่อปี โดยค่าใช้จ่ายนี้ยังไม่รวมถึงค่าใช้จ่ายด้วยยา ค่าใช้จ่าย ทางอื่นอื่นๆ (Apinya, 2016 cited in Kooariyakul, Supsung, Tantalanukul, Phromnoi, Onmoy, & Meesri, 2021) สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นชัดเจนถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว รวมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับประเทศชาติที่รัฐต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายในการรณรงค์คัดกรองประชาชน อายุ 40 ปีขึ้นไป เพื่อให้สามารถค้นพบผู้ป่วยหรือมีความเสี่ยงป่วยได้เร็วขึ้น รักษาเร็วขึ้น ลดการป่วยและเสียชีวิต หากพบความเสี่ยงจะตรวจเลือดและโปรตีนในปัสสาวะ เพื่อประเมินความสามารถในการทำงานของไต และจัดระบบ การรักษาให้เหมาะสมกับระยะของการเจ็บป่วย ซึ่งจะช่วยให้การทำงานของไต หรือชะลอการเสื่อมของไต ขณะเดียวกันยังเป็นการลดจำนวนผู้ป่วยที่จะเข้าสู่โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายอีกด้วย จากการศึกษาทางระบาด วิทยาของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยของพิสิษฐ์ เวชกามาและคณะ (2014 cited in Theeranut, Methakanjanasak, Surit, Ruaisungnoen, Saensom, Srina, et al., 2018) พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรังจาก เบาหวาน 15,032 คน และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอื่น 17,074 คน ผู้ป่วยเบาหวานมีระยะเวลา (median time) ของการเปลี่ยน CKD stage จากระยะ G1-G2, G2-G3a, G3a-G3b, G3b-G4, G4-G5 เป็น 4.4, 6.1, 4.9, 6.3, และ 9 ปี ในขณะที่ผู้ป่วยอื่นมีระยะเวลา (Median Time) ของการเปลี่ยน CKD stage เป็น 9.4, 14.0, 11.0, 13.8, และ >14.3 ปี ตามลำดับ เมื่อมองในภาพรวมจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 (G3a-b) มีระยะเวลา turn stage ไประยะที่ 4 รวมนานถึง 11.2 ปี ในผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน และ 24.8 ปี ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอื่น ดังนั้น การชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 ซึ่งมีไตเสื่อมชัดเจน หน้าที่ไตพร่องลงเป็นเรื้อรังระยะเริ่มแรก (CKD ระยะที่ 3) ไประยะ 4 ซึ่งมีการทำลายไตรุนแรง ไตทำหน้าที่พร่องลงเป็นเรื้อรังในระยะหลัง จึงมีความสำคัญ และความเป็นไปได้ของการชะลอระยะเวลาเพื่อการล้างไตมีโอกาสมากกว่าระยะอื่นๆ

จังหวัดอุดรธานี พบอัตราการป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยปีงบประมาณ 2564 - 2566 พบจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เท่ากับ 8,045 8,145 และ 8,844 คน ตามลำดับ โดยเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 4,463 4,580 และ 5,027 ตามลำดับ (Health Data Center, 2023) สำหรับตำบลท่าเสาซึ่งเป็นพื้นที่ในเขต ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่อนดินแดง พบว่า มีประชาชนที่ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น อย่างต่อเนื่องทุกปีเช่นกัน โดยในปีงบประมาณ 2564 - 2566 พบจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 514 535 และ 610 คน ตามลำดับ และในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เพิ่มขึ้นเช่นกัน คือ 31 45 และ 56 คน ตามลำดับ (Mon Din Daeng Health Promoting Hospital, 2023) จากข้อมูลดังกล่าว ถ้าผู้ป่วยยังไม่มีมีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องเหมาะสม จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายได้มากขึ้น การรักษาพยาบาลจะมีความซับซ้อนมากขึ้น ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยก็จะยิ่งรุนแรงมากขึ้นตามมาเช่นกัน อย่างไรก็ตามการที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมนั้น ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่สำคัญ คือ ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่เกิดจากความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัวมาก่อนที่ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและดูแลสุขภาพตามความเชื่อของตนเอง ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วย แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) กล่าวคือคนที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างไรใด อย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น บุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงหรือก่อให้เกิดผลเสียหายนั่นเอง รวมถึงมีความเชื่อว่าอุปสรรคของการปฏิบัติตัว ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองมีน้อยกว่าเมื่อเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และสิ่งชักนำ ไปสู่การปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรค ส่วนการรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันโรค (Unaphak & Rattanamanee, 2015; Soynahk., Kompayak, & Punthasee, 2018; Luemongkol, 2023) นอกจากนี้การมีความรอบรู้ทางสุขภาพของบุคคลจะทำให้บุคคลมีการพิจารณาและตัดสินใจในการเลือกใช้ข้อมูลและปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง รวมถึงการควบคุมปัจจัยที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ (Vorrapiattayaporn, Malathum, & Phinitkhajorndech, 2021; Tudsri, Ucharattana, Hanprasitkam, Intanin, & Meesarapee, 2023; Liu, Liu, Li, & Chen, 2015) จากที่กล่าวมา ผู้วิจัยเห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องหารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) (Rosenstock, 1974 cited in Powwattana, Kalampakorn, Lagampan, & Rawiworrakul, 2018; Zurick, 2017; Siangphor, 2020; Saranrittichai, 2021) และแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Education Division, Department Of Health Service Support, Ministry of Public Health cited in Kaeodumkoeng, K. (2019) มาเป็นแนวทางเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และมีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่ถูกต้องเหมาะสม การศึกษาครั้งนี้จะมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย รวมถึงบุคลากรด้านสุขภาพในการลดจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่จะต้องเข้ารับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประชาชน

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ตำบลท่าเสา จังหวัดอุตรดิตถ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ตำบลท่าเสา จังหวัดอุตรดิตถ์
3. เพื่อทดลองใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ตำบลท่าเสา จังหวัดอุตรดิตถ์
4. เพื่อประเมินรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ตำบลท่าเสา จังหวัดอุตรดิตถ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต และแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 5 ด้าน คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสาร และการสนับสนุนทางสังคม และด้านการจัดการสุขภาพตนเอง มาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งเป็น 4 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ตำบลท่าเสา
ขั้นตอนนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มีอัตราการกรองของไต (eGFR) อยู่ระหว่าง 30 - 59 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร และรับยาอย่างต่อเนื่องจาก รพ.สต. จำนวน 56 คน สำหรับตอบแบบสอบถามเชิงปริมาณ และจากการตอบแบบสอบถามพบว่า ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามที่มีข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวน 50 คน
2. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มีอัตราการกรองของไต (eGFR) อยู่ระหว่าง 30-59 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร และรับยาอย่างต่อเนื่องจาก รพ.สต. จำนวน 10 คน สำหรับการสนทนากลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยเลือกแบบเจาะจง
3. บุคลากรที่รับผิดชอบงานคลินิกโรคเรื้อรัง รพ.สต.ม่อนดินแดง จำนวน 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 13 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนนตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลผลคือ ความรู้สูง มีคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ความรู้ปานกลางมีคะแนนระหว่างร้อยละ 60 - 79 และความรู้ต่ำมีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60
2. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 20 ข้อ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากปฏิบัติเป็นประจำถึงไม่เคยปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อยที่สุด
3. แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จากเห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.26-4.00 หมายถึง มีการรับรู้ในระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.25 หมายถึง มีการรับรู้ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 1.76 - 2.50 หมายถึง มีการรับรู้ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.75 หมายถึง มีการรับรู้ในระดับน้อย
4. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 47 ข้อ ลักษณะเป็นประมาณค่า 5 ระดับจากมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์ดังนี้ คะแนนน้อยกว่า 141 หมายถึง มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตาม คะแนนระหว่าง 141 - 187.99 หมายถึง มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนได้ถูกต้องบ้าง และคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 188 หมายถึง มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนได้ถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ
5. ประเด็นการสนทนา ได้แก่ 1) ท่านมีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างไรเมื่อเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 2) ปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเองมีอะไรบ้าง และจะแก้ไขอย่างไร 3) ท่านต้องการให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่อนดินแดงดำเนินการในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อย่างไรบ้าง 4) แนวทาง/วิธีการในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีการดูแลตนเองเพื่อไม่ให้ไตเสื่อมมากขึ้น ท่านคิดว่าควรทำอย่างไร และ 5) ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
6. ประเด็นการสัมภาษณ์บุคลากรที่รับผิดชอบงานคลินิกโรคเรื้อรัง ได้แก่ 1) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในพื้นที่รับผิดชอบเป็นอย่างไร 2) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีอะไรบ้าง และมีวิธีการแก้ไขหรือพัฒนาอย่างไร 3) แนวทาง/รูปแบบ/วิธีการในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เพื่อชะลอการเสื่อมของไต ควรเป็นอย่างไร และ 4) ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผ่านผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์โรคไต 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง .67 - 1.00 ส่วนการหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่

มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างใน รพ.สต.ป่าเป้า จำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามความรู้ได้ค่าคุณเดอร์ ริชาร์ดสัน เท่ากับ .73 และแบบสอบถามการรับรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .72, .97 และ .79 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

ประชากร

ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบรูปแบบฯ ประกอบด้วย อายุรแพทย์โรคไต 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์การสอนและปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3 ท่าน ผู้วิจัยเลือกแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อร่างรูปแบบฯ ในด้าน ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของร่างรูปแบบฯ และความเหมาะสมของคู่มือความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อร่างรูปแบบฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ซึ่งผลการตรวจสอบร่างรูปแบบฯ พบว่า รูปแบบมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.75, SD = 0.29$) มีความเป็นประโยชน์อยู่ในระดับมาก ($M = 4.46, SD = 0.14$) ส่วนคู่มือความรู้มีความเหมาะสมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.60, SD = 0.42$)

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

ขั้นตอนนี้ ดำเนินการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pre-post Test)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 พื้นที่ความรับผิดชอบของ รพ.สต. ท่าเสา จำนวน 56 คน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 พื้นที่ความรับผิดชอบของ รพ.สต.ท่าเสา คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน และเพื่อป้องกันการออกจากการวิจัย ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ทั้งนี้ขณะทำการทดลอง กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 1 คน คงเหลือ 29 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าคือ เป็นผู้ป่วยที่รับยาอย่างต่อเนื่องจาก รพ.สต.ม่อนดินแดง มีอายุระหว่าง 40-69 ปี สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างน้อยร้อยละ 80 โดยผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมได้ทุกครั้ง จะต้องมีการศึกษาและปฏิบัติตามกิจกรรมตามรูปแบบที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ป่วยเสียชีวิต/ย้ายที่อยู่อาศัยระหว่างทำการทดลอง ผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยกะทันหันและผู้ป่วยปฏิเสธการเข้าร่วมทดลองระหว่างดำเนินการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ 1) เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ ประกอบด้วย อุปกรณ์ในการเจาะเลือด เพื่อตรวจค่าการทำงานของไต ได้แก่ เข็ม No 22, syringe ขนาด 5 มิลลิลิตร, tube สำหรับใส่เลือด, สำลีแอลกอฮอล์, สายรัดแขน และอุปกรณ์สำหรับเก็บปัสสาวะส่งตรวจเพื่อตรวจหาโปรตีนในปัสสาวะ (Urine microalbumin) ได้แก่ กระบอกเก็บปัสสาวะ 2) รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ซึ่งได้จากขั้นตอนที่ 2 ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง แบบสอบถามการรับรู้ และความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นชุดเดียวกับขั้นตอนที่ 1 ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเจาะเลือดผู้ป่วยเพื่อหาค่าการทำงานของไต และตรวจปัสสาวะเพื่อหาค่า urine microalbumin หลังจากทราบผลการตรวจแล้ว ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อเริ่มทดลองใช้รูปแบบฯ โดยแจ้งผลการตรวจเลือดและตรวจปัสสาวะให้ผู้ป่วยทราบ และให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามความรู้ การรับรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความรอบรู้ด้านสุขภาพ หลังจากนั้นดำเนินการทดลองใช้รูปแบบฯ ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ระหว่างเดือนพฤษภาคม – กรกฎาคม 2566 หลังครบกำหนดผู้วิจัยตรวจเลือดและตรวจปัสสาวะผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามความรู้ การรับรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความรอบรู้ด้านสุขภาพอีกครั้ง หลังการทดลองใช้รูปแบบฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Dependent t-test

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ขั้นตอนนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ซึ่งเป็นกลุ่มที่ทดลองใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 29 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จากมากที่สุดถึงพียงพอใจน้อยที่สุด กำหนดเกณฑ์ คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 มีความพึงพอใจมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50 มีความพึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50 มีความพึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 มีความพึงพอใจน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

2. ประเด็นการสนทนากลุ่ม ได้แก่ ความเหมาะสมและประโยชน์ของรูปแบบฯ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ เลขที่ 003/65 วันที่รับรอง 24 กุมภาพันธ์ 2565 และต่ออายุครั้งที่ 1 วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.00 มีอายุระหว่าง 70 - 79 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 56.00) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 68.00) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 62.00) อาชีพส่วนใหญ่คือ ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 50.00) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 1,001 - 5,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 34.00) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนเท่ากับ 11,006 บาท อยู่กับคนในครอบครัวมากที่สุด (ร้อยละ 90.00) มีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อยู่ระหว่าง 1 - 5 ปี (ร้อยละ 72.00) เฉลี่ยแล้วมีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง 2.92 ปี ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท) ในการรักษามากที่สุด (ร้อยละ 78.00) มีความรู้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.00) มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี ($M = 3.73$, $SD = 0.50$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมากคือ ด้านการรับประทานยาและการตรวจตามนัด ($M = 4.51$, $SD = 0.81$) ส่วนด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการออกกำลังกาย ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.62$, $SD = 1.26$) มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคอยู่ในระดับดี ($M = 3.73$, 3.15 , $SD =$

0.50, 0.39 ตามลำดับ) และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตาม (ร้อยละ 42.00) ผลจากการสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่เหมาะสม เช่น รับประทานยาแก้ปวดยาชุดที่ซื้อจากร้านขายยาหรือร้านขายของชำในหมู่บ้าน รับประทานยาสมุนไพร เช่น ป่าช้าเหงา กัญชาต้ม เป็นต้น รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ดื่มแอลกอฮอล์ รับประทานยาไม่ครบตามแพทย์สั่ง ลืมรับประทานยา บริหารรับประทานเองและไม่รับการตรวจตามนัด

2. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 1) การคัดกรองผู้ป่วย โดยตรวจค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) เพื่อทราบระยะของโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งจะช่วยให้สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้เหมาะสมกับระยะของโรค

2) ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 2.1) การจัดการรายกรณี (Case Management) เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนจะมีบริบทและสภาพปัญหาการปฏิบัติตัวเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน

2.2) การอบรมให้ความรู้ (Knowledge) ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 การดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การรับประทานยาและการตรวจตามนัด และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เกิดความเข้าใจและมีการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และมีการนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการจัดการสุขภาพตนเองโดยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

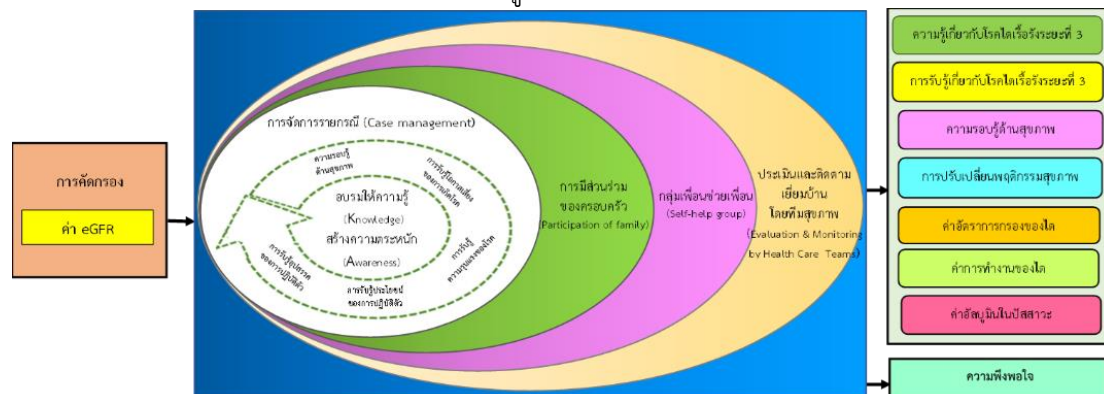
2.3) การสร้างความตระหนัก (Awareness) เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยให้ผู้ป่วยบอกถึงการรับรู้ของตนเองเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต และให้ผู้ป่วยวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง โดยกำหนดเป้าหมายและแผนการดูแลตนเอง ใช้เวลาในการดำเนินการ 30 - 45 นาที ต่อคนต่อครั้ง

2.4) การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Participation of Family) เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง โดยให้ครอบครัวร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วย

2.5) กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self-help Group) มีการจัดประชุมกลุ่มผู้ป่วยด้วยกัน เพื่อให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองซึ่งกันและกัน โดยดำเนินการเดือนละ 1 ครั้ง

2.6) การประเมินและติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพ (Evaluation & Monitoring by Health Care Teams) เป็นการติดตามเพื่อกระตุ้นเตือนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ชักถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและให้กำลังใจผู้ป่วย โดยติดตามเดือนละ 1 ครั้ง ที่บ้านหรือติดตามทางไลน์/โทรศัพท์

3) ติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไต โดยการประเมินความรู้ การรับรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยประเมินพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ติดตามอัตราการกรองของไต ค่าการทำงานของไต และค่าอัลบูมินในปัสสาวะ



ภาพ 1 รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้ของผู้ป่วย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้ของผู้ป่วย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3	8.14	1.43	8.90	1.54	2.107	.044
การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3	3.23	0.28	3.14	0.38	1.128	.269
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	154.17	23.29	185.00	34.14	4.037	.000
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	3.78	0.39	3.93	0.50	3.046	.005
ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR)	50.80	7.30	47.67	11.70	1.71	.098
ค่าการทำงานของไต (Creatinine)	147.67	103.54	144.92	76.41	.332	.742
ค่าอัลบูมินในปัสสาวะ (Urine Microalbumin)	326.04	777.62	253.34	689.91	.162	.872

จากตาราง 1 พบว่า หลังการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และความรอบรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ค่าการทำงานของไต (Creatinine) และค่าอัลบูมินในปัสสาวะ (Urine Microalbumin) ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน (ดังตาราง 1)

4. ผลประเมินรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด ($M=4.66$, $SD=0.53$) และจากการสนทนากลุ่มพบว่า รูปแบบมีความเหมาะสมและมีประโยชน์กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้นเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลตนเองเพื่อชะลอไม่ให้ไตเสื่อมลงได้ และมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมคือ การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองซึ่งกันและกันโดยกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self-help Group) จากเดิมเดือนละ 1 ครั้ง ควรปรับเป็น 2 เดือนต่อครั้ง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการเจ็บป่วยหลายโรค เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งต้องมาตรวจตามนัดอยู่แล้ว ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาลบ่อยครั้งขึ้น

อภิปรายผล

1. สถานการณ์และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.00) รองลงมาคือระดับต่ำ (ร้อยละ 38.00) และส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตาม (ร้อยละ 42.00) อธิบายได้ว่า การเกิดโรคไตเรื้อรังนั้นในระยะแรกผู้ป่วยมักจะไม่มีอาการแสดงทางคลินิก ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคเกิดขึ้น รวมถึงโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ก็เช่นเดียวกันที่ผู้ป่วยตรวจพบได้จากการเจาะเลือดตรวจค่าการทำงานของไตในการตรวจคัดกรองประจำปี จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้เตรียมพร้อมด้านความรู้ ขณะเดียวกันเมื่อผู้ป่วยทราบว่าตนเองเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 แล้ว บุคลากรด้านสุขภาพจะมีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังและการดูแลตนเอง แต่ด้วยผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 56.00 อยู่ในวัยสูงอายุคือ มีอายุระหว่าง 70 – 79 ปี มากที่สุด ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางที่เสื่อมลง ส่งผลทำให้ประสิทธิภาพในการจำลดลงและจำได้ระยะสั้น ๆ (Rittakananon, 2007 cited in Kooariyakul, Supsung, Tantalakul, Phromnoi, Onmoy & Meesri, 2021) รวมทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 62.00 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งอาจส่งผลต่อการรับรู้และเกิดข้อจำกัดในการค้นหาความรู้เพื่อให้ตนเองมีความรู้เพิ่มมากขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 42.00

มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตาม จากข้อมูลดังกล่าวจึงทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Sanglert (2021) และ Promsaeng (2021) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และมีพฤติกรรมในการบริโภคอาหารไม่เหมาะสมจนทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังของ Charoenphan (2023) ที่พบว่า ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวและทักษะการดูแลตนเอง

สำหรับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก คือ ด้านการรับประทานยาและการตรวจตามนัด ส่วนด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการออกกำลังกาย ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองจากบุคลากรด้านสุขภาพเป็นประจำ ซึ่งการดูแลตนเองดังกล่าวจะช่วยป้องกันหรือชะลอการเสื่อมของไตได้ ดังนั้นจึงพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี อย่างไรก็ตามจากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ด้านการออกกำลังกายมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 56.00 อยู่ในวัยสูงอายุคือ มีอายุระหว่าง 70 – 79 ปี มากที่สุด ที่อยู่ในวัยที่มีการเสื่อมของร่างกายทำให้มีอาการปวดขา ปวดเข่า ปวดหลัง เป็นต้น และพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 18.00 ยังทำงานโดยมีอาชีพรับจ้าง จึงทำให้ผู้ป่วยมีเวลาจำกัดในการออกกำลังกาย สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มที่พบว่า ผู้ป่วยไม่ได้ออกกำลังกายเนื่องจากเหนื่อยกับการทำงาน และบางส่วนมีอาการปวดขา ปวดเข่า จึงไม่สนใจในการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Promsaeng (2021) ที่พบว่าผู้ป่วยไม่ออกกำลังกาย เนื่องจากคิดว่าการทำงาน คือ การออกกำลังกาย

การรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 พบว่าอยู่ในระดับดี อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ผู้ป่วยจะมีการดูแลตนเองเพื่อชะลอไม่ให้ไตเสื่อมมากขึ้น โดยมีความเชื่อว่าโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีความรุนแรงและมีโอกาสทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง และเห็นว่าการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีจะมีประโยชน์ต่อตนเอง เมื่อเทียบกับปัญหาหรืออุปสรรคในการปฏิบัติตัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Hamalee, Piphatvanitcha, & Paokanha (2014) ที่พบว่า การส่งเสริมการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง มีพฤติกรรมการชะลอความก้าวหน้าของโรคไตเรื้อรังดีขึ้น

2. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 1) การคัดกรองผู้ป่วย โดยตรวจค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) เพื่อทราบระยะของโรคไตวายเรื้อรังซึ่งเป็นไปตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้โรคไตอยู่ในแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เน้นให้มีการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงประจำปี และชะลอการเสื่อมของไตโดยมีเป้าหมายคือผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR น้อยกว่า 4 mL/min/1.73m² (Juntachat, Meepan, & Jabprapai, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของ Promsaeng (2021) พบว่า ส่วนหนึ่งของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในระยะที่ 3 คือ การตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพ 2) การดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ประกอบด้วย การจัดการรายกรณี การอบรมให้ความรู้ การสร้างความตระหนัก การมีส่วนร่วมของครอบครัว กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และการประเมินและติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพ อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 แต่ละคนจะมีบริบทและสภาพปัญหาที่แตกต่างกัน ดังนั้น การที่จะให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพควรใช้การจัดการผู้ป่วยเป็นรายกรณี และการอบรมให้ความรู้กับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 รวมถึงมีความรู้ในการดูแลตนเองมีความสำคัญ เนื่องจากผลจากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.00) รองลงมาคือระดับต่ำ (ร้อยละ 38.00) และผลจากการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้ป่วยต้องการให้มีเจ้าหน้าที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Lewis et al., (2010 cited in Yodchai, 2020) ที่พบว่าข้อมูลข่าวสารที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ต้องการ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง (96%) วิธีการรักษา (83%) การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ (80%) และการจำกัดอาหารตามคำแนะนำ (76%) ขณะเดียวกันการจัดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยมีทีมสุขภาพเป็นผู้เอื้ออำนวยให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน มีการใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน โดยจัดให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกัน

ได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองซึ่งกันและกัน จะทำให้เข้าใจปัญหาและความต้องการกันมากกว่าบุคคลอื่น ทำให้ผู้ป่วยมีการนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Charoenphan (2023) ที่พบว่า ส่วนหนึ่งของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 คือ การจัดโปรแกรมชะลอไตเสื่อมในคลินิกอย่างต่อเนื่อง โดยมีกิจกรรมกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ในขณะจัดอบรมให้ความรู้และจัดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ควรมีการสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรค ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการดูแลสุขภาพตนเอง สอดคล้องกับ Sanglert (2021) ที่กล่าวว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าสู่ไตวายระยะสุดท้าย คือ การไม่ตระหนักต่อภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ไม่สามารถปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหารตามคำแนะนำได้ และผู้ป่วยไม่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายนั้นสามารถป้องกันได้ด้วยตนเอง ดังนั้นการสร้าง ความตระหนักให้ผู้ป่วยจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้ รวมถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัว มีความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย สอดคล้องกับแนวคิดโครงสร้างและหน้าที่ครอบครัวที่ว่า สมาชิกในครอบครัวมีหน้าที่หลักในการดูแลสุขภาพครอบครัว โดยเป็นผู้ให้การดูแลและช่วยเหลือสนับสนุนเมื่อเกิดการเจ็บป่วย เพราะครอบครัวจะสามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกที่เจ็บป่วยได้ดีกว่าบุคคลอื่น (Krainuwat & Koshakri, 2016 cited in in Kooariyakul, Supsung, Tantalanukul, Phromnoi, Onmoy, & Meesri, 2021) การส่งเสริมให้กำลังใจจากครอบครัวจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ส่งผลให้สามารถชะลอการเสื่อมของไตได้ และการที่จะทราบว่าผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือไม่ ทีมสุขภาพควรมีการประเมินและติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นเตือน ชักถามปัญหาและอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและให้กำลังใจผู้ป่วย โดยการติดตามที่บ้านหรือติดตามทางไลน์/โทรศัพท์ ซึ่งการประเมินและติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้และคำแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพปัญหาและบริบทของผู้ป่วย และสามารถชักถาม ปัญหาที่สงสัยได้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ No-in, Wuttijurepan, Dedkhard, Insrichuen, & Khemwichai ที่พบว่า การติดตามเยี่ยมผู้ป่วย เป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรม การดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัวในการชะลอโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาล ไม่ได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Reangboon, Padee, Pradittapong, Riengisarang, & Konsue (2019) ที่พบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ประกอบด้วย การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับโรคไต การใช้ยา การใช้สมุนไพร การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับฟัง ประสบการณ์จากผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกไต และการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และ พฤติกรรมในการปฏิบัติตนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) ติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการ เสื่อมของไตสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยการติดตามความรู้ การรับรู้ของ ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค ติดตามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยประเมิน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ติดตามค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ค่าการทำงานของไต (Creatinine) และค่าอัลบูมิน ในปัสสาวะ (Urine microalbumin) และประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย เนื่องจากการที่ผู้ป่วยจะเกิดการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองนั้น ผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิด โรค รับรู้ถึงประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองว่าถ้าตนเองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแล้ว จะสามารถป้องกันหรือชะลอการเสื่อมของไตไม่ให้เข้าสู่ระยะสุดท้ายได้ และรับรู้ว่าการปฏิบัติตามความรู้และ คำแนะนำต่างๆ ที่ได้รับ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ขณะเดียวกันการที่ผู้ป่วยมีความ รอบรู้ด้านสุขภาพ จะทำให้เกิดความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และสามารถปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพตนเอง ส่งผลให้ค่าการทำงานของไตดีขึ้น

3. หลังการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และความรอบรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่ารูปแบบที่สร้างขึ้นนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตาม กระบวนการวิจัยและพัฒนา โดยมีการศึกษาสถานการณ์และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ก่อนที่ จะสร้างรูปแบบ ทั้งการให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม การสนทนากลุ่มกับผู้ป่วยและการสัมภาษณ์บุคลากรที่รับผิดชอบ

งานคลินิกโรคเรื้อรัง เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติ และแนวทางที่ต้องการได้รับจากทีมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไต เพื่อให้ได้รูปแบบที่สอดคล้องกับสถานการณ์และความต้องการของผู้ป่วยในพื้นที่จึงทำให้ได้รูปแบบที่ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ และรูปแบบนี้เมื่อผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญพบว่า มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด และมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริงอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยได้รับคู่มือความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ไปศึกษาต่อที่บ้าน ซึ่งสามารถอ่านทำความเข้าใจได้ตามความต้องการ และทีมผู้วิจัยมีการติดตามเยี่ยมให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้ป่วย รวมถึงการจัดให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันเดือนละ 1 ครั้ง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกระตือรือร้นและมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันเกี่ยวกับปัญหาที่พบจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองและช่วยกันหาแนวทางแก้ไข เนื่องจากผู้ป่วยจะมีปัญหาสุขภาพ คือเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 เช่นเดียวกัน จึงทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจกันมากกว่าบุคคลอื่นที่ไม่ใช่โรคเดียวกัน ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น และเกิดการนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 89.66 อาศัยอยู่กับคนในครอบครัว ซึ่งถือเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีส่วนช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้ (Powwattana, Kalampakorn, Lagampan, & Rawiworrakul, 2018; Zurick, 2017; Siangphor, 2020; Saranrittichai, 2021) จึงทำให้หลังการทดลองผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Setboonsrang & Prasomrak, 2016; Juntachat, Meepan, & Jabprapai, 2017; Reaungboon, Padee, Pradittapong, Riengisarang, & Konsue, 2019) ที่พบว่าหลังใช้รูปแบบผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมในการชะลอการเสื่อมของไต/การปฏิบัติตนดีขึ้น แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ก่อนและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยตรวจพบว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพ ให้ทราบถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคและย้ำให้เห็นถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไม่ให้ไตเสื่อมลงมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยรับรู้ข้อมูลดังกล่าว จึงทำให้มีการปฏิบัติตัวที่ดี ดังนั้นจึงทำให้ก่อนและหลังการทดลองผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ไม่แตกต่างกัน สำหรับค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) นั้น อธิบายได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ คือมีอายุระหว่าง 70 – 79 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 58.62) ซึ่งโดยปกติแล้วเมื่ออายุเพิ่มขึ้นการทำงานของอวัยวะต่างๆ จะเสื่อมลง โดยเฉพาะวัยสูงอายุที่ไตจะทำงานลดลงเนื่องจากขนาดและจำนวนหน่วยไตที่ทำงานได้ลดลงร่วมกับปริมาณเลือดมาเลี้ยงไตลดลง (Jirubapa, 2014) ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้ไตเสื่อมได้เร็วขึ้น แม้ว่าจะได้รับความรู้และคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ ทั้งการรับประทานอาหารแบบจำกัด ไม่รับประทานเค็ม ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ก็ตาม ทั้งนี้อาจต้องมีการติดตามผู้ป่วยในระยะยาวขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Sutthisanchanchai & Opaswattana (2021) ที่พบว่าการใช้โปรแกรมชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ด้วยการให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม และเป็นรายบุคคลในรายที่มีปัญหาไม่เป็นไปตามเป้าหมายต่อเนื่อง 2 ปี พบว่าผู้ป่วยในคลินิกโรคไตเรื้อรังมีค่าอัตราการกรองไตก่อนศึกษาและหลังศึกษาไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Weeragul (2022) พบว่าหลังจากผู้ป่วยได้เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 แบบบูรณาการเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม ทำให้การทำงานของไต (eGFR) เพิ่มขึ้นในรอบ 1 ปี แต่ไม่มีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุม การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Reaungboon, Padee, Pradittapong, Riengisarang, & Konsue (2019) Promsaeng (2021) และ Sanglert (2021) ที่พบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบผู้ป่วยมีค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) แตกต่างจากก่อนการทดลอง โดยหลังการทดลองมีค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ดีกว่าก่อนการทดลอง ทั้งนี้อาจเกี่ยวข้องกับอายุของผู้ป่วยที่ศึกษาและกิจกรรมที่จัดให้ผู้ป่วยแตกต่างกัน

4. ความพึงพอใจต่อรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 อยู่ในระดับมากที่สุด อธิบายได้ว่า รูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเกิดจากการศึกษาสถานการณ์และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้เกิดจากสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการให้ทีมสุขภาพมีวิธีการหรือแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบ

อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Theeranut, Methakanjanasak, Surit, Ruaisungnoen, Saensom, Srina, et al., (2018) พบว่า หลังการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อชะลอการล้างไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีสาเหตุมาจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจหลังได้รับการบริการสุขภาพในระดับสูง

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารงานสาธารณสุขในพื้นที่ ควรสนับสนุนให้มีการนำรูปแบบไปใช้ และมีการขยายผลการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ครอบคลุมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ทุกคน และในการนำไปใช้ควรปรับจำนวนครั้งของการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีโรคประจำตัวอื่นๆ ที่ต้องไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ซึ่งอาจกระทบกับระยะเวลาและจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและชีวิตประจำวันของผู้ป่วยได้
2. ความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพมีความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ดังนั้นบุคลากรที่รับผิดชอบงานคลินิกโรคเรื้อรัง ควรมีการประสานความร่วมมือกันกับทีมสหวิชาชีพในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย และควรสนับสนุนให้ครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการควบคุมและกำกับติดตามด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยาเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรค และการพาผู้ป่วยไปตรวจตามนัด เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องมีครอบครัวช่วยเหลือ ซึ่งจะส่งผลดีต่อการชะลอการเสื่อมของไตได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยติดตามผู้ป่วยในระยะยาว เช่น 6 เดือน และ 12 เดือน เพื่อติดตามผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบ โดยเฉพาะการติดตามค่าอัตราการกรองไต (eGFR)
2. ควรมีการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 เพื่อให้ได้รูปแบบที่ช่วยชะลอการเสื่อมของไตที่มีความครอบคลุมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะ เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแต่ละระยะจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ประจำปีงบประมาณ 2565

References

- Charoenphan, K. (2023). Development of care model for patients with stage 4 chronic kidney. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 17(2), 543-558. (in Thai)
- Copper, K. & Gosnell, K. (2023). *Foundations and Adult Health Nursing* (9th ed.). St.Louis : Elsevier.
- Division of non-communicable disease, Department of disease control, Ministry of Public Health. (2023). World Kidney day “*Kidney Health for all Preparing for the Unexpected, Supporting the Vulnerable*” Retrieved June 1, 2022 from <https://datariskcom-dc.moph.go.th/download>.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.G. & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Hamalee, C., Piphatvanitcha, N., Paokanha, R. (2014). Effect of the Perceived Health Belief Promoting Program on Behavior Delaying Progression of Chronic Kidney Disease among the Elderly with Type 2 Diabetes Mellitus at Risk of Chronic Kidney Disease. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 34(2), 67-86. (in Thai)

- Health Data Center. (2023). *Number of Patient with Chronic Kidney Disease Classified by Stage (Coverage) in Uttaradit Province*. Retrieved June 14, 2023 from <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1>
- Jirubapa, M. (2014). The slowly progressive chronic kidney disease from adult to elder persons. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*, 20(2), 5-16. (in Thai)
- Juntachat, A., Meepan, M. & Jabprapai, P. (2017). The development of the self-management program for diabetes mellitus patients with third stage chronic kidney disease. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*, 7(3), 280-291. (in Thai)
- Kaeodumkoeng, K. (2019). *Health literacy : Functional, Interactive, Critical*. Nontaburi: Amarin Printing and Publishing Public Company.
- Kooariyakul, A., Supsung, A., Tantalakul, S., Phromnoi, S., Onmoy, P. & Meesri, C. (2021). The development of a self-care model of hypertensive patients to prevent chronic kidney disease by using community participation in Pasao Subdistrict, Muang Uttaradit. *Journal of Health and Nursing Research*, 37(3), 51-63. (in Thai)
- Liu, YB., Liu, L., Li, YF. & Chen, YL. (2015). Relationship between health literacy, health-related behaviors and health status: A survey of elderly Chinese. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(8), 9714-9725.
- Luemongkol, R. (2023). Factors associated with self-care behaviors among patients with chronic kidney disease at Khonsawan Hospital. *The Office of Disease Prevention and Control 10th Journal*, 8(1), 16 – 26. (in Thai)
- Mon Din Daeng Health Promoting Hospital. (2023). *Annual Report 2021-2023*. Uttaradit: Mon Din Daeng Health Promoting Hospital.
- No-in, K., Wuttijurepan, A., Dedkhard, S., Insrichuen, S. & Khemwichai, S. (2024). Development of a patient-family shared care program on delaying the progression of chronic kidney disease in uncontrolled type 2 diabetic patients. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 11(1), 1-15. (in Thai)
- Powwattana, A., Kalampakorn, S., Lagampan, S. & Raviworrakul, T. (2018). *Health Promotion and Disease Prevention in Community: An Application of Concepts and Theories to Practice*. Bangkok: MN Computer Offset Company Limited.
- Promsaeng, S. (2021). The model of health behavioral promotion for delaying renal degeneration in chronic kidney disease stage 3 patients Phonsawan Hospital Nakhon Phanom Province. *Journal of Environmental and Community Health*, 6(3), 63-71. (in Thai)
- Reaungboon, A., Padee, P., Pradittapong, J., Riengisarang, Y. & Konsue, A. (2019). A model for promotion and rehabilitation of glomerular filtration rate in patients with chronic renal disease. *Journal of Health Science*, 28(Supplement), 122-129. (in Thai)
- Saranrittichai, K. (2021). *Health Literacy: Concepts, Theories and Applications*. Khon Kaen: Khon Kaen Printing Part., Ltd.
- Sanglert, S. (2021). The effect of dietary behavior modification on slowing renal impairment in stage 3 chronic kidney disease patients, Sribunruang Hospital. *Journal of Health and Environmental Education*, 6(4), 28-35. (in Thai)

- Setboonsrang, K. & , Prasomrak, P. (2016). The care model development for end stage renal disease patient who had renal replacement therapy on self-care and quality of life in Loengnoktha Crown Prince Hospital, Yasothon province. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University*, 4(4), 485-503. (in Thai)
- Siangphor, K. (2020). *Theories, Technics, Health Behavioral Development and Public Health Applications*. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House.
- Soynahk, C., Kompayak, J. & Punthasee, P. (2018). A study of health belief model and the risk of type 2 diabetes in working muslim populations. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19(supplement), 267-277. (in Thai)
- Sutthisanchanchai, S. & Opaswattana. (2021). Efficiency of the program for slowing progression of chronic kidneydisease in stage 3 ckd patients of ckd clinic: U-Thong Hospital Suphan Buri. *Region 4-5 Medical Journal*, 40(2), 255-267. (in Thai)
- Tachaudomdech, C. (2021). Nursing Care for Patients with Chronic Kidney Disease. In Soiwong, P. (editor). *Medical Nursing Care*. Chiang Mai: NPT Printing.
- Theeranut, A., Methakanjanasak, N., Surit, P., Ruaisungnoen, W., Saensom, D., Srina, J., Adisaksodsai, D. & Sudjom, N. (2018). Research Reports : Development of Health Service System for Delaying Dialysis in Patients with Chronic Kidney Disease. Nontaburi: Health Systems Research Institute (HSRI).
- Tudsri, P., Ucharattana, P., Hanprasitkam, K. Intanin, J. & Meesarapee, K. (2023). Associations of health literacy to health promoting behaviors in older adults with hypertension. *APHEIT Journal of Nursing and Health*, 5(1), 1-16. (in Thai)
- Unaphak, P. & Rattanamanee, K. (2015). The Correlation Factors of Self-Care Behaviors to Prevent Comlications among Patients with Chronic Kidney Disease at Somdetphraphutthalertla Hospital in Samutsongkhram Province. *The Public Health Journal of Burapha University*, 10(2), 44-54. (in Thai)
- Vorrapittayaporn, C., Malathum, P. & Phinitkhajorndech, N. (2021). Relationships among knowledge, health lliteracy, and health behavior in older persons with chronic kidney disease. *Rama Nurse Journal*, 27(1), 77-91. (in Thai)
- Weeragul, W. (2022). Effectiveness of integrated ckd care program on delaying chronic kidney disease progression. *Journal of Primary Care and Family Medicine*, 5(2), 132-144. (in Thai)
- Yodchai, K. (2020). *Patient with Chronic Kidney Disease: Nursing Care and Symptom Management*. Songkhla: Neo Point (1995) Company Limited. (in Thai)
- Zurick, P. (2017). *Health Promotion: Concepts, Theory & Innovation*. Bangkok: Green Life Printing House Company Limited.

อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนของครอบครัวที่มีต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

The Influence of Health literacy, Self-care Agency, and Family Support on Hemoglobin A1C Level in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus

ชยธิดา นนท์เมธาวัฒน์¹ เอกชัย กันธะวงศ์^{1*} โรชนี อูปรา¹

Chayatida Nonmeatawat¹ Eakachai Kantawong^{1*} Roshinee Oupra¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai¹, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

(Received: October 13, 2023; Revised: January 30, 2024; Accepted: February 4, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนของครอบครัวที่มีต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 383 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ 1) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน 2) แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง และ 3) แบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัว เครื่องมือผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 ราย ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ระหว่าง .67 – 1.00 ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .75, .92 และ .96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($\beta = -0.302, p < .001$) ความสามารถในการดูแลตนเอง ($\beta = -0.139, p < .05$) และการสนับสนุนของครอบครัว ($\beta = -0.108, p < .05$) โดยตัวแปรสามารถร่วมกับอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 17.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Adjusted $R^2 = .175, p < .05$)

ดังนั้น จากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนของครอบครัว มีอิทธิพลต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และควรมีการนำไปปรับใช้เป็นโปรแกรมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม และป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนของครอบครัว โรคเบาหวานชนิดที่ 2

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: Eakachai@bcnc.ac.th)

Abstract

This descriptive cross-sectional research aimed to study the influence of health literacy, self-care agency, and family support on Hemoglobin A1c levels among individuals with type 2 diabetes mellitus. The sample was 383 patients with type 2 diabetes who received treatment at sub-district health promotion hospitals in the Province of Chiang Mai, Thailand. The research instruments comprised of 1) a health literacy questionnaire regarding knowledge about diabetes mellitus, 2) a self-care questionnaire, and 3) a family support questionnaire. Three experts validated all instruments. Thirty individuals with type 2 diabetes filled the questionnaire for the reliability testing. The instrument was tested by Index of item objective congruence, ranging from .67 to 1.00. The Cronbach's alpha coefficient reliability of the questionnaires was .75, .92, and .96, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression statistics.

The results indicated that factors influencing hemoglobin A1C included health literacy ($\beta = -0.302, p < .001$), self-care ($\beta = -0.139, p < .05$), and family support ($\beta = -0.108, p < .05$). The factors could significantly explain 17.50% of variance (*adjusted R*² = .175, $p < .05$).

The findings revealed the substantial influence of health literacy, self-care agency, and family support on the levels of Hemoglobin A1C among patients with type 2 diabetes mellitus. The results of this study emphasize the necessity of integrating these factors into diabetes care programs to facilitate a proper care for each individual and prevent further complications.

Keywords: Health Literacy, Self-care Agency, Family Support, Type II Diabetic Mellitus

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอัตราเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี จากข้อมูลสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation [IDF]) ได้รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2021 มีจำนวน 537 ล้านคน และได้คาดการณ์ว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึง 643 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 และเพิ่มขึ้นเป็น 783 ล้านคนในปี ค.ศ. 2045 (International Diabetes Federation, 2021) ในปี ค.ศ. 2021 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเสียชีวิตถึง 6,700,000 ราย สำหรับในประเทศไทยปี พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียนของกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด 3,200,000 คน และมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 3 แสนคนต่อปี (Department of Disease Control, 2021) สำหรับในจังหวัดเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2561 - 2565 พบอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวาน 555.69, 519.97, 606.30, 671.59 และ 700.13 ต่อแสนประชากร (Chiangmai Provincial Public Health Office, 2023) จากรายงานแสดงให้เห็นว่าโรคเบาหวานเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่ทุกคนควรเล็งเห็นถึงความสำคัญ

เป้าหมายที่สำคัญในการรักษาและดูแลสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงกับปกติ ซึ่งการที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้นมาจากพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม และตัวชี้วัดที่บ่งชี้ถึงความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้คือ น้ำตาลสะสมในเลือด (ฮีโมโกลบินเอวันซี: HbA_{1c}) น้อยกว่าร้อยละ 7 (America Diabetes Association [ADA], 2022) และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ได้แก่ เพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย ระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวาน ระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด การรับประทานยา และการมาพบแพทย์ (Chaengpromma & Khongtong, 2018; Charoensup & Singkham, 2023) นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Alidosti, 2019)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี แบ่งเป็น 3 มิติ ได้แก่

1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Nutbeam, 2000) ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคญนอกเหนือจากปัจจัยทางคลินิกที่มีผลต่อการรักษาผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน (Salimi, Sarchahi, Zolfaghari, Daghyanos, Mozaffari, & Montazeri, et al., 2017) การศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน (Singsalasang, Nguanjairak, & Salawonglak, 2022) ในขณะที่หลายการศึกษาในประเทศไทยระบุว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (Prabsangob, Somrongthong, & Kumar, 2018; Sridawuang & Worawong, 2022) ขณะที่การศึกษาของ Suksatan, Prabsangob, & Choompunuch (2021) พบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง แต่ไม่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จึงสามารถวิเคราะห์ได้ว่า นอกจากความรอบรู้ด้านสุขภาพแล้ว อาจมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน เช่น ความสามารถในการดูแลตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง พลังความสามารถในการดูแลตนเอง และความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน (Orem, 2001) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Khunepong, 2018) การศึกษาของ Sutthitham, Witthayapun, & Kalampakorn (2016) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลลานสกา พบว่าหลังจากกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฯ และมีค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในเลือดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นยังพบว่าปัจจัยภายนอก เช่น การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว มีผลให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (Kumprasit, 2018) สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของโอเร็มที่กล่าวว่า การสนับสนุนของครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจการดูแลตนเอง

ครอบครัวมีบทบาทสำคัญสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน เป็นบุคคลผู้ที่มีการเชื่อมโยงผูกพันกันอย่างใกล้ชิด การสนับสนุนของครอบครัว เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร (House, 1981) ซึ่งการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานและช่วยเสริมสร้างให้ผู้ที่เป้นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อีกทั้งยังเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน (Pamungkas, Chamroonsawasdi, & Vatanasomboon, 2017; Baig, Benitez, Quinn, & Burnet, 2015) และเนื่องจากผู้ที่เป็นโรคเบาหวานจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตไปตามบริบทของสังคมและวัฒนธรรม จึงสามารถบอกความต้องการของตนเองต่อคนในครอบครัวหรือคนที่อาศัยอยู่ร่วมกันได้ (Jaisit, I-Tuporn, & Kraisree, 2020) การศึกษาที่ผ่านมาระบุว่า การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว จะช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นและส่งผลกระทบต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ดังการศึกษาของ Hung, Chamroonsawasdi, Vatanasomboon, & Chottanapund (2020) ที่ได้ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวในการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในประเทศไทย พบว่า หลังจากการใช้โปรแกรมฯ ระดับน้ำตาลในเลือดและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนของครอบครัวที่มีต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อนำผลการศึกษารั้้นไปเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อลดความรุนแรงและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

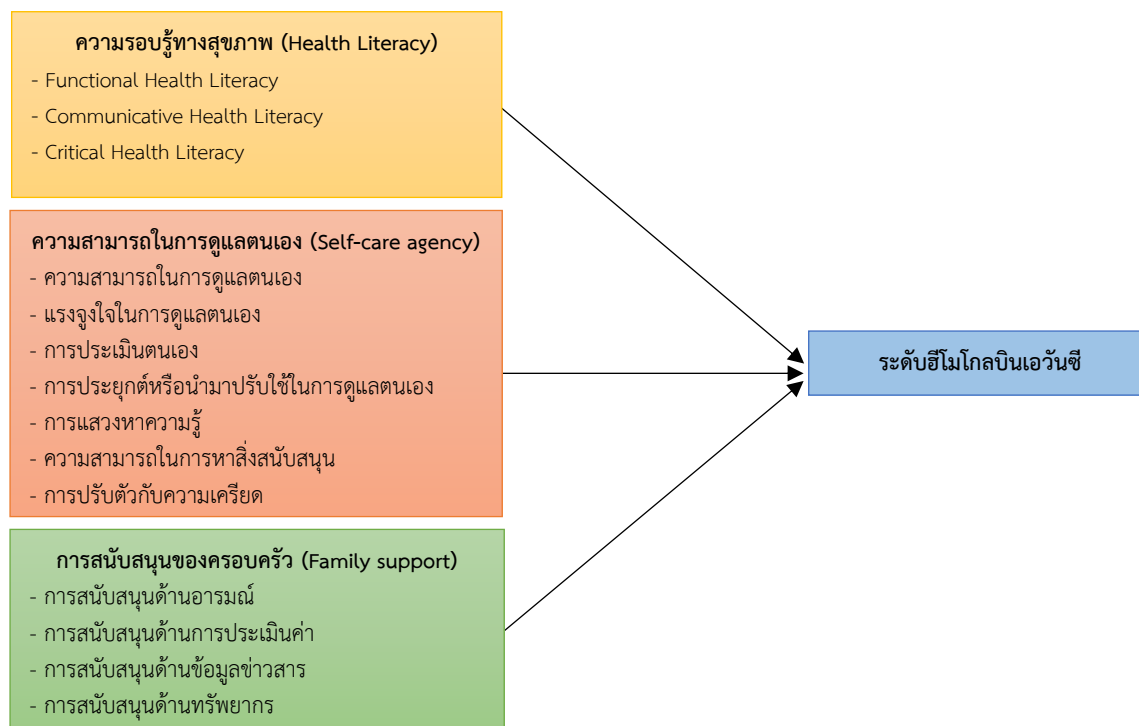
เพื่อศึกษาอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนของครอบครัวที่มีต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

สมมติฐานวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนของครอบครัวมีอิทธิพลต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ประกอบด้วย การเข้าถึง การเข้าใจ การไต่ถาม การตัดสินใจ และการนำไปใช้ ซึ่งตามแนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, 2000) แบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 มิติ ได้แก่ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจรรณญาณ ซึ่งหากผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ดี จะส่งผลต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีที่ลดลง สำหรับความสามารถในการดูแลตนเอง (Self – Care Agency) ตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) โครงสร้างความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง 2) พลังความสามารถในการดูแลตนเอง และ 3) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองในการศึกษานี้ ประกอบด้วย ความสามารถในการดูแลตนเอง แรงจูงใจในการดูแลตนเอง การประเมินตนเอง การประยุกต์หรือนำมาปรับใช้ในการดูแลตนเอง การแสวงหาความรู้ ความสามารถในการหาสิ่งสนับสนุน และการปรับตัวกับความเครียด เมื่อผู้ที่เป็นโรคเบาหวานสามารถดูแลตนเองได้เหมาะสม จะส่งผลให้ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีลดลงได้นอกจากนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนของครอบครัวของเฮาส์ (House, 1981) ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร ซึ่งหากผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวที่ดี จะช่วยให้ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีลดลงได้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Research) เพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดเชียงใหม่ จากสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีจำนวนทั้งหมด 91,978 คน (Chiangmai Provincial Public Health Office, 2022)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดเชียงใหม่ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณของ Krejcie & Morgan (1970) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 383 คน ใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากจากชื่ออำเภอแบบไม่ใส่คืนจำนวน 13 อำเภอ จาก 25 อำเภอ จากนั้นจับสลากชื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งหมด 13 แห่งโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานชนิดรุนแรง 3) ได้รับการตรวจระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c}) ไม่เกิน 6 เดือน 4) สามารถพูด อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย และ 5) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับน้ำตาลในเลือดระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_{1c}) และระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน

2. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้แจ้งแตกฉานสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล พัฒนาขึ้นโดย Tanasugarn & Neelapaichit (2015) โดยผู้วิจัยใช้ข้อคำถามสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ทั้งหมด 139 ข้อ ดังนี้ ความต้องการช่วยเหลือด้านสุขภาพในการอ่านและกรอกข้อมูล การอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข ความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ ผลลัพธ์ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตัว ผลลัพธ์ด้านการปฏิบัติสื่อสาร การโต้ตอบกรณีต่างๆ และผลลัพธ์แสดงระดับการตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคตหรือเงื่อนไขใน มีคะแนนรวมทั้งหมด 234 คะแนน การแปลผลใช้จุดตัดคะแนนที่ร้อยละ 75 ของคะแนนเต็ม ดังนี้

177 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ผู้ที่มีระดับความรู้แจ้งสูง หรือ “รู้แจ้ง”

1 – 176 คะแนน หมายถึง ผู้ที่มีระดับความรู้แจ้งต่ำ หรือ “รู้จัก”

3. แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน (The instrument of Diabetes self - care Agency: IDSCA) ของ Shimizu, Uchiyumi, Asou, Murakado, Kuroda, & Sato, et al. (2011) ซึ่งได้รับการอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือ ร่วมกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อปรับข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรม ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ ความสามารถในการดูแลตนเอง แรงจูงใจในการดูแลตนเอง การประเมินตนเอง การประยุกต์หรือนำมาปรับใช้ในการดูแลตนเอง การแสวงหาความรู้ ความสามารถในการหาสิ่งสนับสนุน และการปรับตัวกับความเครียด ทั้งหมด 39 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามปลายปิด ให้เลือกตอบเป็นแบบมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) มีทั้งข้อคำถามทางบวกและทางลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ไม่เห็นด้วยมากที่สุดเท่ากับ 1 และเห็นด้วยมากที่สุด เท่ากับ 5 การแปลผลคะแนน ใช้เกณฑ์ดังนี้ (Best, 1977)

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ย 1.67 – 3.33 หมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.34 – 5.00 หมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

4. แบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัวเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามแรงสนับสนุนของครอบครัว ของ Madican, Oba, & Supametaporn (2020) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ House (1981) ซึ่งได้รับการอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือ ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านการประเมินค่า และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ทั้งหมดจำนวน 10 ข้อ และเพิ่มข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของการสนับสนุนของครอบครัว รวมเป็นทั้งหมด 12 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามปลายปิด ให้เลือกตอบเป็นแบบมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ คือ 1 หมายถึง ไม่ตรงกับความเป็นจริง และ 5 หมายถึง ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด การแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์ดังนี้ (Best, 1977)

ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง มีการสนับสนุนของครอบครัวระดับดีมาก

ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง มีการสนับสนุนของครอบครัวระดับดี

ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง มีการสนับสนุนของครอบครัวระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง มีการสนับสนุนของครอบครัวระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง มีการสนับสนุนของครอบครัวระดับน้อยมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้แจ้งแตกฉานสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล พัฒนาขึ้นโดย Tanasugarn & Neelapaichit (2015) ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน จึงไม่ได้หาความตรงเชิงเนื้อหา

2. แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และแบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัวเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวาน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวาน 1 ท่าน และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องโรคเบาหวาน 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ระหว่าง .67 – 1.00

การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และแบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัวเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 30 ราย ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยนำแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ มาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคและค่าคงที่ภายในสูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นผลรวมทั้งฉบับเท่ากับ .75 และ .73 ตามลำดับ แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และแบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัวเกี่ยวกับโรคเบาหวาน หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92 และ .96 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือถึงต้นสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการสุ่ม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการดำเนินการ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และขอความร่วมมือสำรวจรายชื่อผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และบันทึกข้อมูลทางสุขภาพ ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือก ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันคลินิกเบาหวาน ระหว่างเดือนกรกฎาคม - กันยายน พ.ศ.2566 และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ด้วยการให้ทำแบบสอบถามระหว่างที่ผู้ป่วยรอรับการตรวจจากแพทย์ ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้วิธีอ่านแบบสอบถามและให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ โดยผู้วิจัยอธิบายเพิ่มเติมในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างเกิดข้อสงสัยในคำถามและวิธีตอบแบบประเมิน จากนั้นรับแบบสอบถามกลับ โดยแจกให้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 383 ชุด และได้กลับคืน 383 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนของครอบครัว ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ วิเคราะห์จำนวนร้อยละ หรือค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนของครอบครัวที่มีต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) ก่อนการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุ ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของสถิติที่ใช้ ดังนี้

2.1 การมีข้อมูลลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linearity) โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

2.2 ทดสอบความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนคงที่ที่มีความเอกภาพ (Homoscedasticity) และข้อมูลไม่มี Outliers โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter Plot พบว่ามีการกระจายของจุดห่างจากเส้นตรงอย่างสมมาตร

2.3 ตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นสูง (Multicollinearity) โดยการพิจารณาจากค่า Tolerance ระหว่าง .703 - .876 และค่า VIF ระหว่าง 1.142 - 1.422

2.4 ไม่เกิดปัญหาความคลาดเคลื่อนมีความสัมพันธ์ (Autocorrelation) โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.935

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ รหัสจริยธรรมการวิจัย คือ BCNCT18/2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.19 อายุเฉลี่ย 63.17 ปี ($SD = 8.74$) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 82.77 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 40.73 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.31 กก./ม.² ($SD = 3.98$) ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 131.77 มก./ดล. ($SD = 39.67$) ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีเฉลี่ย 7.79 ($SD = 1.60$) และระยะเวลาเฉลี่ยในการเป็นโรคเบาหวาน 9.66 ปี ($SD = 6.79$) ดังตารางที่ 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไป (n = 383)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	118	30.81
หญิง	265	69.19
อายุ ($M = 63.17$, $SD = 8.74$, Range 35 - 90)		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	16	4.18
ประถมศึกษา	317	82.77
มัธยมศึกษาตอนต้น	15	3.92
มัธยมศึกษาตอนปลาย	23	6.00
อนุปริญญา/ปวส.	5	1.30
ปริญญาตรี	7	1.83

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	112	29.25
รับจ้าง	156	40.73
เกษตรกร	101	26.37
ข้าราชการ	5	1.30
ธุรกิจส่วนตัว	9	2.35
ดัชนีมวลกาย ($M = 24.31, SD = 3.98, Range = 14.90 - 39.36$)		
ระดับน้ำตาลในเลือด ($M = 131.77, SD = 39.67, Range = 42 - 474$)		
ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ($M = 7.79, SD = 1.60, Range = 5.10 - 15.70$)		
ระยะเวลาในการเป็นเบาหวาน ($M = 9.66, SD = 6.79, Range = 1 - 40$)		

2. อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนของครอบครัวที่มีต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ตาราง 2 ระดับของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ($n = 383$)

ตัวแปร	M	SD	แปลผล
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ			
ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน			
ความต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพ	4.97	2.08	รู้แจ้งต่ำ
การอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์	54.11	15.47	รู้แจ้งสูง
ความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ	3.79	2.11	รู้แจ้งต่ำ
ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข	3.88	1.42	รู้แจ้งต่ำ
ความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตัว	16.61	4.19	รู้แจ้งต่ำ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์			
การปฏิบัติสื่อสารในกรณีถูกถามปัญหาต่างๆ	62.96	9.32	รู้แจ้งต่ำ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ			
การตัดสินใจในการปฏิบัติในอนาคตหรือตามเงื่อนไขในการใช้ชีวิต	23.91	4.62	รู้แจ้งต่ำ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	170.26	24.17	รู้แจ้งต่ำ
ความสามารถในการดูแลตนเอง			
ความสามารถในการดูแลตนเอง	3.83	.42	ระดับสูง
แรงจูงใจในการดูแลตนเอง	3.92	.13	ระดับสูง
การประเมินตนเอง	3.72	.31	ระดับสูง
การประยุกต์หรือนำมาปรับใช้ในการดูแลตนเอง	3.66	.51	ระดับสูง
การแสวงหาความรู้	3.69	.25	ระดับสูง
ความสามารถในการหาสิ่งสนับสนุน	3.76	.23	ระดับสูง
การปรับตัวกับความเครียด	3.35	.62	ระดับสูง
ความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวม	3.69	.56	ระดับสูง
การสนับสนุนของครอบครัว			
การสนับสนุนด้านอารมณ์	3.70	.31	ระดับดี
การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า	3.55	.55	ระดับดี
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	3.55	.43	ระดับดี
การสนับสนุนด้านทรัพยากร	3.67	.51	ระดับดี
การสนับสนุนของครอบครัวโดยรวม	3.59	.67	ระดับดี

จากตาราง 2 ระดับของตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับความรู้แจ้งต่ำ “รู้จัก” ($M = 170.26, SD = 24.17$) ความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 3.69, SD = .56$) และการสนับสนุนของครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 3.59, SD = .67$)

ตาราง 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ($n = 383$)

ตัวแปร	Unstandardized		Standardized	<i>t</i>	<i>p-value</i>
	coefficients		coefficients		
	β	<i>SE</i>	β		
ค่าคงที่	13.669	.652		20.958	
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	-.020	.003	-.302	-6.086	<.001
ความสามารถในการดูแลตนเอง	-.393	.157	-.139	-2.504	.013
การสนับสนุนของครอบครัว	-.257	.127	-.108	-2.024	.044
<i>Adjusted R</i> ² = .175 <i>R</i> ² = .181 <i>R</i> = .426					

จากตาราง 3 พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($\beta = -.302$) ความสามารถในการดูแลตนเอง ($\beta = -.139$) และการสนับสนุนของครอบครัว ($\beta = -.108$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และทั้ง 3 ตัวแปรมีอำนาจทำนายประมาณร้อยละ 17.50 (*Adjusted R*² = .175)

อภิปรายผล

1. ระดับของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซี

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับรู้แจ้งต่ำ หรือ “รู้จัก” และความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบส่วนใหญ่อยู่ในระดับรู้แจ้งต่ำ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา เนื่องจากการศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังการศึกษาของ Ariyasit (2021) ที่ระบุว่าระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพจะเพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษา เพราะทำให้เกิดการเจริญเติบโตทางสติปัญญา การพัฒนาความคิด ทำให้สามารถปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพและทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ได้ดีขึ้น และอายุที่เพิ่มขึ้นมีความแปรผกผันกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีอายุเฉลี่ย 63.17 ปี ($SD = 8.74$) สามารถอธิบายได้ว่าการมีอายุมากขึ้นจะมีการถดถอยของภาวะร่างกาย มีการเรียนรู้และการจดจำลดลง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Sridawruang & Worawong (2022) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า มีเพียงความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการอ่านศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ในระดับสูง ด้านการปฏิบัติสื่อสารในกรณีฉุกเฉิน ปัญหาต่าง ๆ และการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนในด้านอื่น ๆ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ มีทักษะในการฟัง การอ่าน และการเขียนลดลงตามวัยที่เพิ่มขึ้น

กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากระยะเวลาเฉลี่ยในการเป็นโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.66 ปี ($SD = 6.79$) ทำให้ได้รับความรู้และคำแนะนำมาก่อน ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Istek & Karakurt (2016) ที่ระบุว่า ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 1 ปี 1 - 5 ปี หรือ 6 - 10 ปี มีระดับความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมากกว่า 11 ปี และระดับความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการติดตามระดับ

น้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาโรคเบาหวานและเกิดแรงจูงใจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดต่อไป และมีความสัมพันธ์ในด้านการแสวงหาความรู้เพิ่มเติม เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีความตระหนักถึงความสำคัญในการจัดการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Partiprajak, Hanacharunkul, & Piaseu (2014) พบว่า ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มาจากการรักษาเกี่ยวกับโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพและคำแนะนำในการปฏิบัติตัวจากบุคลากรทางการแพทย์ จึงทำให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค จึงส่งผลให้สามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น

การสนับสนุนของครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ ($M = 63.17$, $SD = 8.74$) ซึ่งในบริบทของครอบครัวไทยมีลักษณะเป็นครอบครัวขยายที่มีการอยู่อาศัยร่วมกันอย่างน้อย 2-3 รุ่น จึงทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากบุตรหลานในครอบครัว รวมถึงการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว มีความห่วงใยซึ่งกันและกันทั้งในด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ทั่วไป และมีการช่วยเหลือสนับสนุนในด้านเศรษฐกิจ (Chaowanasilpa, Chandanasotthi, & Channkam, 2014) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวทั้งด้านอารมณ์ การประเมินคุณค่า ข้อมูลข่าวสาร และทรัพยากร สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว มีความรู้สึกมั่นใจและปลอดภัย ส่งผลให้มีแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม สนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับต่ำ จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสม และมีระดับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ (Damanik, Lubis, & Mutiara, 2019; Rosyid, Rachmahdani, & Rahman, 2022) ในขณะที่การศึกษาของ Bennich, Roder, Overgaard, Egerod, Munch, & Knop, et al. (2017) ได้กล่าวว่า ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานซึ่งได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวที่ไม่เพียงพอ เป็นผลมาจากการที่สมาชิกในครอบครัวขาดความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ขาดความตระหนักถึงการจัดการด้านอารมณ์ ขาดความสนใจต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และขาดการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับฮิโมโกลบินเอวันซีในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมีอิทธิพลต่อระดับฮิโมโกลบินเอวันซีในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งอาจเกิดจากผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับรู้งี้ต่ำ มีการปฏิบัติตัวได้ไม่เหมาะสม ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ในขณะที่ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับรู้งี้สูง สามารถแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับฮิโมโกลบินเอวันซีได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sonthon (2020) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี เมื่อเทียบกับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในการเข้าถึงข้อมูล ค้นหาและเลือกรับข้อมูลด้านสุขภาพ มีความสามารถในการเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพที่เข้าถึงได้ มีความสามารถในการประเมิน อธิบายหรือตัดสินใจเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพที่เข้าถึงได้ และมีความสามารถในการสื่อสารและใช้ข้อมูลสุขภาพในการตัดสินใจรักษาสุขภาพของตนเองได้เหมาะสม และการศึกษาของ Phichaikan & Duangsong (2019) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี และนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ (Xu, Leung, & Chau, 2018) ในขณะที่ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเช่นกัน (Salimi, Sarchahi, Zolfaghari, Daghyanus, Mozaffari, & Montazeri, et al., 2017; Marciano, Camerini, & Schulz, 2019) และการศึกษาของ Klarob, Sikaow, & Prasertsong (2021) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ มีระดับความรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมีระดับฮิโมโกลบินเอวันซีลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่

กลุ่มควบคุมมีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอ และมีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างมีอิทธิพลต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ที่เป็โรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีระยะเวลาเฉลี่ยในการเป็นโรคเบาหวาน เท่ากับ 9.66 ปี ($SD = 6.79$) ทำให้เป็นผู้ที่ได้รับความรู้และคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์มาก่อน ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Surucu, Kizilci, & Ergor (2017) ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ที่เป็โรคเบาหวาน พบว่า ผู้ที่เป็โรคเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มสูงขึ้นและมีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Charoennukul, Suriyo, & Treenon (2013) ที่พบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีระดับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในระดับที่สูงขึ้นและมีระดับฮีโมโกลบินเอวันซีลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในขณะการศึกษาของ Umeda, Shimizu, Uchiumi, Murakado, Kuroda, & Masaki, et al. (2020) พบว่า ผู้ที่เป็โรคเบาหวานที่มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับต่ำในด้านการปรับตัวกับความเครียด การกำกับติดตามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความสามารถในการหาสิ่งสนับสนุน และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเบาหวาน จะมีการควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอวันซีได้ไม่ดีเช่นเดียวกัน

การสนับสนุนของครอบครัวมีอิทธิพลต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ที่เป็โรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaengpromma & Khongtong (2018) พบว่า การได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัวมีผลต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ที่เป็โรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการได้รับการสนับสนุนที่ดีจากคนในครอบครัวยังส่งผลต่อด้านจิตใจของผู้ที่เป็โรคเบาหวาน ช่วยให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ส่วนผู้ที่เป็โรคเบาหวานที่ได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวไม่เพียงพอ มีการรับรู้ต่อการได้รับความสุขจากครอบครัวในระดับต่ำ จะส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี (Bunnag, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของ Yusra, Syahrurn, & Yulastri (2019) ที่พบว่า ผู้ที่เป็โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยร่วมกับครอบครัว และสมาชิกในครอบครัวที่มีความรู้และทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับโรคเบาหวาน จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากบทบาทที่สำคัญของครอบครัว คือ ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Osuji, Ojo, Malomo, Sogunle, Egunjobi, & Odebunmi (2018) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวที่ดี จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับต่ำหรือไม่มีผู้ดูแล นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการสนับสนุนในเรื่องการจัดการและการให้คำแนะนำที่ดีจากครอบครัว ส่งผลให้สัมพันธภาพของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวดีขึ้น และทำให้ผู้ป่วยเบาหวานจัดการดูแลตนเองได้ดีขึ้นตามมา (Pamungkas, Chamroonsawasdi, & Vatanasomboon, 2017)

สำหรับผลการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการศึกษา กล่าวคือ ผู้ที่เป็โรคเบาหวานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง และการได้รับการสนับสนุนของครอบครัวที่ดี จะส่งผลต่อการควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอวันซี และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่เป็โรคเบาหวานได้ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้ไม่อาจอ้างอิงไปสู่ประชากรของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งหมดในจังหวัดเชียงใหม่ได้ เนื่องจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ทำการสุ่มครอบคลุมทั้ง 25 อำเภอในจังหวัดเชียงใหม่ ดังนั้นการศึกษาเพิ่มเติมในพื้นที่อื่นสำหรับการวิจัยในอนาคตจะช่วยให้เกิดองค์ความรู้ที่ชัดเจนและงานวิจัยมีความตรงภายนอก (external validity) เพิ่มขึ้น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ การศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มตัวอย่างอื่นที่มีความสามารถในการรับรู้และการรู้คิดที่แตกต่าง โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงาน อาจให้ผลการศึกษาที่แตกต่างออกไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถเป็นแนวทางแก่บุคลากรทางด้านสุขภาพในการส่งเสริมการดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เช่น การจัดโปรแกรมส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ การส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล และการจัดกิจกรรมส่งเสริมสมรรถนะในการดูแลตนเอง เป็นต้น เพื่อให้สามารถให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสมต่อไป
2. สามารถเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยต่อยอดในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การจัดทำรูปแบบโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง หรือการสนับสนุนของครอบครัว เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เหมาะสมกับยุคสมัยและบริบทของสังคมปัจจุบัน
3. สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางในการศึกษา เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนในการพยาบาลผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนของครอบครัวในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยอื่นส่วนบุคคลหรือปัจจัยทางจิตสังคมอื่นที่มีอิทธิพลต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2
3. ควรศึกษาเปรียบเทียบถึงอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนของครอบครัวที่มีต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อื่นที่มีความแตกต่างด้านวิถีชีวิตและบริบทเชิงวัฒนธรรม

References

- American Diabetes Association. (2022). *Standards of Medical Care in Diabetes-2022*. Retrieved April 15, 2023 from <https://www.biogenetech.co.th/wp-content/uploads/2021/12/ADA-Guideline-2022.pdf>
- Alidosti, M. (2019). Investigating health literacy, knowledge, and self-efficacy in patients with type 2 diabetes referring to health centers in Shahrekord. *Journal of Health Literacy*, 3(4), 36 – 45.
- Ariyasit, J. (2021). Health literacy to control blood sugar level in type 2 diabetic patients. *Sawanpracharak Medical Journal*, 18(2), 142 – 155. (in Thai)
- Baig, A. A., Benitez, A., Quinn, M. T., & Burnet, D. L. (2015). Family interventions to improve diabetes outcomes for adults. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1353(1), 89–112.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education* (3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bennich, B. B., Roder, E. M., Overgaard, D., Egerod, I., Munch, L., Knop, K. F., et al. (2017). Supportive and non-supportive in families with a type 2 diabetes patient: an integrative review. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 9(57), 1-9.
- Bunnag, P. (2017). Psychosocial factors relating to poorly controlled diabetic patients at primary medical center, faculty of medicine, Thammasat university (Kukot). *Thammasat Medical Journal*, 17(3), 303 – 314. (in Thai)
- Chaengpromma, K., & Khongtong, P. (2018). Factors related to HbA1c in type 2 diabetic patients at Prayuen hospital in Khon Kaen province. *Srinakharinwirot University (Journal of Science and Technology)*, 10(19), 1 – 12. (in Thai)

- Charoensup, I. & Singkham, N. (2023). The relationships among person factors, stress and depression levels, and glycemic control among uncontrolled diabetic patient. *The Southern College Network Journal of Nursing and public health*, 10(2), 1-11. (in Thai)
- Charoennukul, A., Suriyo, Y., & Treenon, P. (2013). Relationship between the level of self-care ability and HbA1c in in controlled type 2 diabetic patients. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 22(2), 37 – 48. (in Thai)
- Chiangmai Provincial Public Health Office. (2023). *Report on Results of Operations According to the Government Inspection and Supervision Plan for Normal Cases, Health Zone 1: Chiang Mai Province*. Retrieved April 15, 2023 from <http://www.chiangmaihealth.go.th/document/230130167507891726.pdf> (in Thai)
- Chiangmai Provincial Public Health Office. (2022). *Prevalence of Diabetes in Chiangmai Province*. Retrieved April 15, 2023 from https://cmi.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=cefa42b9223ec4d1969c5ce18d762bdd. (in Thai)
- Chaowanasilpa, N., Chandanasotthi, P., & Channkam, W. (2014). Self-management and family characteristics of diabetes glycemic control. *The 6th NPRU National Academic conference 2014*, 2 – 13. (in Thai)
- Department of disease control. (2021). *Department of Disease Control campaigns for World Diabetes Day 2021 to raise awareness of care. Diabetes must be treated thoroughly*. Retrieved April 15, 2023 from <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=21692&deptcode=brc>. (in Thai)
- Damanik, E., Lubis, R., & Mutiara, E. (2019). Relationship between family support and quality of life among type 2 diabetes mellitus patients at hospital Tk.IV 01.07.01 Pematangsiantar North Sumatera. *International Journal of Health and Clinical Sciences*, 6(6), 50 – 61.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. New Jersey: Prentice Hall.
- Hung, N. V., Chamroonsawasdi, K., Vatanasomboon, P., & Chottanapund, S. (2020). Effectiveness of a family support coaching program on diabetes mellitus self-management to improve health outcomes among Thai patients with uncontrolled type 2 diabetes: a quasi-experimental study. *Journal of Public Health and Development*, 18(3), 64–83.
- International Diabetes Federation. (2021). *IDF Diabetes Atlas 2021*. Retrieved April 15, 2023 from <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>
- Istek, N. & Karakurt, P. (2016). Effect of activities of daily living on self-care agency in individuals with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes Mellitus*, 6, 247 – 262.
- Jaisit, J., I-Tuporn, N., & Kraisree, N. (2020). Effect of social supports on hemoglobin A1c in type II diabetes mellitus person: literature review. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University*, 8(2), 283 – 293. (in Thai)
- Kumprasit, S. (2018). The effect of the ability development in families who have type II diabetes member using family nursing process and participatory learning. *Chaiyaphum Medical Journal*, 38(3), 39 – 49. (in Thai)
- Khuneepong, A. (2017). Factors influencing self-care behavior of type 2 diabetic mellitus patients in Phattana Nikhom District, Lop Buri province. *Journal of the Department of Medical Service*, 43(3), 101 – 107. (in Thai)

- Klarob, R., Sikaow, O., & Prasertsong, C. (2021). The effect of health literacy program for uncontrolled type 2 diabetes mellitus patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurse*, 22(3), 274 – 283. (in Thai)
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610.
- Madican, K., Oba, N., & Supametaporn, P. (2020). Factors related to health literacy in patients with uncontrolled type 2 diabetes. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 14(1), 1 – 15. (in Thai)
- Marciano, L., Camerini, A. L., & Schulz, P. J. (2019). The Role of Health Literacy In Diabetes Knowledge, Self-Care, And Glycemic Control: A Meta-analysis. *The Journal of General Internal Medicine*, 34(6), 1007 - 1017.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century, *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Osuji, A. N., Ojo, S. O., Malomo, O. S., Sogunle, T. P., Egunjobi, O. A., & Odebunmi, O. O. (2018). Relationship between glycemic control and perceived family support among people with type 2 diabetes mellitus seen in a rich kinship network in Southwest Nigeria. *Family Medicine and Community Health*, 6(4), 168-177.
- Partiprajak, S., Hanacharunkul, S., & Piaseu, N. (2014). Factors predicting self-care abilities and quality of life in person with type 2 diabetes. *Ramathibodi Nursing Journal*, 20(1), 97 – 111. (in Thai)
- Pamungkas, R. A., Chamroonsawasdi, K., & Vatanasomboon, P. (2017). A systematic review: family support integrated with diabetes self-management among uncontrolled type ii diabetes mellitus patients. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, 7(3), 62.
- Prabsangob, K., Somrongthong, R., & Kumar, R. (2018). Health literacy among Thai elderly population with type-2 diabetes living in rural area of Thailand. *Pakistan Journal of Public Health*, 8(1), 27–31.
- Phichaikan, S. & Duangsong, R. (2019). Association between health literacy and glycohemoglobin among type 2 diabetic patient at Non-Sa-Ad hospital. *KKU journal for public health research*, 12(3), 109 – 118. (in Thai)
- Rosyid, N. F., Rachmahdani, F., & Rahman, F. A. (2022). Family support and associated with glycemic status in patient with type 2 diabetes mellitus. *Open Access Research Journal of Science and Technology*, 4(2), 9 – 15.
- Salimi, M., Sarchahi, S., Zolfaghari, P., Daghyanus, B., Mozaffari, H., Montazeri, M., et al. (2017). Health Literacy among Patients with Diabetes Mellitus Type 2 in Northeast Area of Iran. *International Journal of Health Studies*, 3(1), 14-18.
- Shimizu, Y., Uchiumi, K., Asou, K., Murakado, N., Kuroda, K., Sato, N., et al. (2011). The reliability and validity of Instrument of diabetes self-care agency (IDSCA). *Japan Academy of Diabetes Education and Nursing*, 15, 118 – 127.

- Singsalasang, A., Nguanjairak, R., & Salawonglak, T. (2022). Health literacy and behaviors influencing blood sugar level control among type 2 diabetes patients in primary care units, Thailand: A cross-sectional study, *F1000Research*, 11(332), 1 – 13.
- Sonthon, P. (2020). Association between health literacy and glycemic control of patients with type 2 diabetes mellitus. *Thai Journal of Public Health*, 50(1), 76 - 88. (in Thai)
- Sridawruang, C & Worawong, C. (2022). Associations between health literacy and health behaviors 3E 2S among elderly with type 2 diabetes mellitus. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 16(2), 454 – 468. (in Thai)
- Suksatan, W., Prabsangob, K., & Choompunuch, B. (2021). Association between health literacy, self-care behavior, and blood sugar level among older patients with type 2 diabetes in Rural Thai Communities. *Annals of Geriatric Medicine and Research*, 25(4), 318-323.
- Suttithum, W., Wittayapun, Y., & Kalampakorn, S. (2016). Impact of a specially designed self-care program on self-care behavior and the A1c hemoglobin level in type 2 diabetes patients at Laan Saka hospital. *Thai Journal of Nursing Council*, 31(1), 19 – 31. (in Thai)
- Surucu, H. A., Kizilci, S., & Ergor, G. (2017). The impacts of diabetes education on self care agency, self-care activities and hba1c levels of patients with type 2 diabetes: A randomized controlled study. *International Journal of Caring Sciences*, 10(1), 479-489.
- Tanasugarn, T. & Neelapaichit, C. (2015). *Development of a Instrument Health Literacy for Patients with Diabetes and Hypertension*. Division of Health Education, Department of Health Service Support Ministry of Public Health with Mahidol University. Retrieved April 20, 2023 from <http://www.hed.go.th/news/5522>. (in Thai)
- Yusra, A., Syahrurum & Yulastri. (2019). The effect of family assistance module toward family role and decrease of HbA1c values in type 2 diabetes mellitus on Solok Reginal hospital. *Advances in health Sciences Research*, 20, 294 – 299. doi.10.2991/ahsr.k.200204.062
- Umeda, E., Shimizu, Y., Uchiumi, K., Murakado, N., Kuroda, K., Masaki, H., et al. (2020). Characteristics if diabetes self-care agency in Japan based on statistical cluster analysis. *SAGE Open Nursing*, 6, 1 – 9. doi.org/10.1177/2377960820902970
- Xu, X. Y., Leung, A. Y. M., & Chau, P.H. (2018). Health literacy, self-efficacy, and associated among patients with diabetes. *Health Literacy Research and Practice*, 2(2), e67-e77. doi.org/10.3928/24748307-20180313-01

การทบทวนอย่างเป็นระบบ :
รูปแบบการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเด็กและเยาวชนไทย

A Systematic Review:

Prevention Against Child and Adolescents Alcohol Consumptions in Thailand

ณัฐชยา ไชยชนะ^{1*}, สุนีย์ ละกำปัน², ศศิวิมล รัตนสิริ³, คมสันต์ เหลี่ยมมะ¹
Natchaya Chaichana^{1*}, Sunee Lagampan², Sasivimol Rattanasiri³, Komson Lemma¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี,

²ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล,

³ภาควิชาระบาดวิทยาคลินิกและชีวสถิติ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

¹Faculty of Nursing, Suratthani Rajabhat University,

²Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University,

³Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

(Received: October 30 , 2023; Revised: January 4, 2024; Accepted: February 5, 2024)

บทคัดย่อ

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อสรุปจากงานวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเด็กและเยาวชนไทย โดยสืบค้นงานวิจัยในฐานข้อมูล ได้แก่ ThaiJO, TDC-ThaiLIS, Google scholar, PubMed และ Sci-direct ระหว่างปีพ.ศ.2554 ถึง พ.ศ.2564 ซึ่งดำเนินการตามแนวคิดการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute) และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของงานวิจัยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สรุปรายละเอียดและผลการวิจัยโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการสืบค้นงานวิจัย พบว่า มีงานวิจัยในฐานข้อมูล 97 เรื่อง จากการสืบค้น 5 ฐานข้อมูลและการสืบค้นจากรายการเอกสารอ้างอิง มี 19 เรื่องที่ผ่านเข้าพิจารณา และมี 78 เรื่องไม่เป็นไปตามเกณฑ์

งานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนดทั้งหมด 17 เรื่อง ทุกเรื่องเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองที่ศึกษาในประเทศไทย ซึ่งประเด็นสำคัญสำหรับรูปแบบการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเด็กและเยาวชนไทย พบว่ารูปแบบกิจกรรมส่วนใหญ่จัดแบบรายกลุ่ม การแสดงบทบาทสมมติ การเรียนรู้จากตัวแบบ และใช้สถานการณ์จำลองในการฝึกทักษะชีวิต นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนทางสังคมจากสถาบันครอบครัวและโรงเรียน ได้แก่ ผู้ปกครอง ครู และเพื่อน โดยทำกิจกรรมในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนประถมศึกษาและมัธยมศึกษา

ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเด็กและเยาวชนไทย

คำสำคัญ: การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ เด็ก เยาวชน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: Natchaya.cha@sru.ac.th)

Abstract

This systematic review aimed to study a prevention against child and adolescence alcohol consumptions in Thailand, based on Joanna Briggs Institute's concept. This 10-year period review consisted in collecting data from an electronic database, such as ThaiJO, TDC-ThaiLIS, Google scholar, PubMed and Sci- direct, from 2011 to 2021. Descriptive statistics and content analysis were performed.

The research results showed a total of 97 studies, among which 78 studies were excluded and 19 of them were considered. Finally, 17 studies were meeting the inclusion criteria on prevention styles for child and adolescents alcohol consumptions in Thailand. This findings that the most common prevention style, among students in primary and secondary school, were discussion groups, role-plays, role models and situation-based lifestyle practicing.

This review can be used as guidelines for prevention against child and adolescence alcohol consumptions in Thailand.

Keywords: Alcohol Drinking, Alcohol Drinking Prevention, Child, Teenagers

บทนำ

ปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในเด็กและเยาวชนกำลังก่อตัวขึ้นอย่างชัดเจนในหลายประเทศทั่วโลกจากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบนักดื่มปัจจุบันที่อยู่ในวัยรุ่น (ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา) มีจำนวนสูงถึง 155 ล้านคน ในทวีปยุโรปความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์สูงสุดพบในช่วงอายุ 15 - 19 ปี นอกจากนี้ผลการสำรวจโรงเรียนในหลายประเทศในทวีปอเมริกา ยุโรป และเอเชียตะวันออก พบการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรอายุต่ำกว่า 15 ปี ซึ่งการดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลให้มีภาระของโรคและการบาดเจ็บสูงถึง 132.6 ล้านปีสุขภาวะที่สูญเสีย (5.1% ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมด) และเป็นสาเหตุของการตายทั่วโลกกว่า 3 ล้าน (5.3% ของการตายทั้งหมด) โดยภาระของสาเหตุการตายและการเกิดโรคที่ส่งผลมาจากแอลกอฮอล์ ได้แก่ โรคติดเชื้อ เนื้องอกที่ร้ายแรงหรือมะเร็ง โรคเบาหวาน พิษของแอลกอฮอล์ โรคพิษสุรา กลุ่มอาการผิดปกติของทารกในครรภ์ที่ได้รับแอลกอฮอล์ โรคลมบ้าหมู กลุ่มอาการทางจิตประสาทอื่นๆ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคในระบบทางเดินอาหาร และการบาดเจ็บ (World Health Organization, 2018) จากรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทยข้อมูลในพ.ศ.2557 - 2560 พบประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกในชีวิตในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา มีจำนวนทั้งสิ้น 1,665,377 คน โดยนักดื่มหน้าใหม่อยู่ในช่วงอายุ 15 - 19 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.40 ซึ่งเป็นช่วงอายุที่ยังไม่ถึงเกณฑ์จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามกฎหมายประเทศไทย สำหรับช่วงอายุ 20 - 24 ปี พบนักดื่มหน้าใหม่ร้อยละ 48.07 อายุเฉลี่ยในการเริ่มดื่มครั้งแรกของนักดื่มปัจจุบันและผู้เคยดื่มแต่เลิกแล้ว มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 20.31 ปี โดยอายุที่เริ่มดื่มที่ต่ำที่สุดอยู่ที่ 8 ปี (Assanangkornchai, 2017) จะเห็นได้ว่าแนวโน้มของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่อายุเฉลี่ยของการเริ่มดื่มครั้งแรกลดน้อยลง อีกทั้งจากรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทยประจำปี พ.ศ.2560 พบว่านักดื่มหน้าใหม่ร้อยละ 15.10 เลิกดื่มไปแล้ว อีกร้อยละ 84.90 ยังคงดื่มอยู่ในช่วงปี พ.ศ.2560 และร้อยละ 19.72 กลายเป็นนักดื่มปัจจุบัน (Assanangkornchai, 2017) จากแนวโน้มดังกล่าวแสดงให้เห็นว่านักดื่มหน้าใหม่มีโอกาสพัฒนาการเป็นนักดื่มประจำต่อไปในอนาคต

พฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเด็กและวัยรุ่นไทยก่อให้เกิดผลกระทบหลายด้าน ทั้งด้านบุคคล ครอบครัว และสังคม โดยการเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนอายุ 14 ปี เป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงในการติดแอลกอฮอล์และใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิดมากขึ้นเมื่อเข้าสู่ผู้ใหญ่ มีผลต่อพัฒนาการสมอง การเรียน ปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า การทำร้ายตนเอง เป็นต้น อีกทั้งวัยรุ่นที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีโอกาสสูบบุหรี่ด้วย

7 เท่า และยังส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ เพิ่มขึ้น เช่น การใช้ความรุนแรงทั้งต่อผู้อื่นและครอบครัว การใช้สารเสพติด พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ อุบัติเหตุจราจร ปัญหาอาชญากรรม เป็นต้น (Prayongkul, 2019) เห็นได้ว่าการมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเด็กและวัยรุ่นไทยจะนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมในเชิงลบอื่น และหากพฤติกรรมดังกล่าวไม่ได้รับการยับยั้งจะเป็นการปลูกฝังพฤติกรรมในเชิงลบอื่นด้วย นำไปสู่ผลกระทบในทุกมิติตั้งแต่เด็กจนกระทั่งเติบโตเป็นผู้ใหญ่

จากสถานการณ์ปัญหาการเพิ่มขึ้นของนักดื่มหน้าใหม่ของเด็กและเยาวชน จึงเห็นได้ว่าการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเด็กระดับชั้นประถมศึกษามีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งในปัจจุบันได้มีการดำเนินงานป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ในเด็กและเยาวชนหลายมาตรการ ได้แก่ มาตรการทางกฎหมาย เช่น ห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้กับบุคคลอายุ 20 ปีขึ้นไป กำหนดสถานที่ห้ามจำหน่าย กำหนดวันและเวลาห้ามจำหน่าย ห้ามตั้งสถานประกอบการที่มีการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บริเวณรอบสถานศึกษาต่ำกว่า 500 เมตร เป็นต้น การจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551 เพื่อให้ความรู้เรื่องปัญหาและพิษภัยของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในโรงเรียนประถมศึกษาและมัธยมศึกษา บรรจุในกลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษา และพลศึกษา หัวข้อย่อยในเรื่องปัญหาการใช้สารเสพติด โดยถูกบรรจุไว้ในสาระที่ 5 ความปลอดภัยในชีวิต มาตรฐาน พ.5.1 ป้องกัน และหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพอุบัติเหตุการใช้ยาเสพติด และความรุนแรง ซึ่งนักเรียนจะได้เรียน ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 ในสาระการเรียนรู้แกนกลาง เรื่องโทษของสารเสพติด สารอันตราย ใกล้เคียงและวิธีการป้องกัน ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ในสาระการเรียนรู้แกนกลาง เรื่องผลเสียของการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการป้องกัน ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ในสาระการเรียนรู้แกนกลาง เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้สารเสพติดและผลกระทบของการใช้ยาและสารเสพติดที่มีต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสติปัญญา และการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงสารเสพติด และในชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในสาระการเรียนรู้แกนกลาง เรื่องสาเหตุของการติดสารเสพติดและชักชวนให้ผู้อื่นหลีกเลี่ยงสารเสพติด ส่วนการจัดการเรียนการสอนในระดับมัธยมศึกษาจะได้เรียนในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในสาระการเรียนรู้แกนกลาง เรื่องลักษณะอาการของผู้ติดสารเสพติดและการป้องกันการติดสารเสพติด ความสัมพันธ์ของการใช้สารเสพติดกับการเกิดโรคและอุบัติเหตุ และวิธีการชักชวนผู้อื่นให้ลด ละ เลิกสารเสพติดโดยใช้ทักษะต่างๆ ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ในสาระการเรียนรู้แกนกลาง เรื่องวิธีการ ปัจจัยและแหล่งที่ช่วยเหลือฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติด วิธีการหลีกเลี่ยงและสถานการณ์เสี่ยง และการใช้ทักษะชีวิตในการป้องกันตนเองและหลีกเลี่ยงสถานการณ์คับขันที่อาจนำไปสู่อันตราย ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในสาระการเรียนรู้แกนกลาง เรื่องปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพและแนวทางการป้องกัน และความสัมพันธ์ของการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ต่อสุขภาพและการเกิดอุบัติเหตุ และในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6 ในสาระการเรียนรู้แกนกลาง เรื่องการมีส่วนร่วมในการป้องกันความเสี่ยงต่อการใช้ยา การใช้สารเสพติด และความรุนแรง เพื่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและสังคม และผลกระทบที่เกิดจากการครอบครอง การใช้และการจำหน่ายสารเสพติด (Ministry of Education, 2008) ถึงแม้จะมีการจัดการเรียนการสอนการดื่มแอลกอฮอล์ แต่ไม่ยังไม่เพียงพอในการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ในนักดื่มหน้าใหม่ได้

ด้วยบริบทสังคมและวัฒนธรรมไทยที่มีความแตกต่างและเป็นเอกลักษณ์ การป้องกันการเกิดพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชนไทยให้มีประสิทธิภาพนั้น ควรมีการจัดรูปแบบ วิธีการ และกิจกรรมที่สอดคล้องกับลักษณะปัญหาและเหมาะสมกับเยาวชนไทยอย่างแท้จริง อย่างไรก็ตามจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่ามีโปรแกรมที่ดำเนินการในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเด็กและเยาวชนไทยที่หลากหลาย แต่ยังไม่มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่จะทำให้งานวิจัยรูปแบบควรเป็นอย่างไร เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการป้องกันหรือการจัดการความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้เหมาะสมต่อเยาวชนไทยตามบริบทของสังคมไทยต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้รูปแบบการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเด็กและเยาวชนไทยที่มีอายุไม่เกิน 20 ปี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) สืบค้นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในเด็กและเยาวชนไทย โดยใช้กระบวนการทบทวนอย่างเป็นระบบตามแนวทางของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute) (Aromataris & Munn, 2020) โดยมีการกำหนดคุณสมบัติงานวิจัยที่นำมาศึกษา ซึ่งคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในเด็กและเยาวชนไทย ตามกรอบแนวคิดของ PICO ได้แก่ Participant คือ กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการค้นคว้า Intervention คือ โปรแกรมที่ต้องการศึกษาค้นคว้า Comparison คือ กลุ่มเปรียบเทียบที่ต้องการเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการค้นคว้า Outcome คือ การวัดผลที่ต้องการ ซึ่งใช้กรอบแนวคิดนี้ในการสืบค้นข้อมูล (Aromataris & Munn, 2020)

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบครั้งนี้ คือ รายงานการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในประชากรที่มีอายุไม่เกิน 20 ปี โดยคัดเลือกบทความวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในฐานข้อมูลที่น่าเชื่อถือและสามารถเข้าถึงบทความฉบับเต็มได้ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ และเอกสารรายงานวิจัยเล่มวิทยานิพนธ์ที่ได้เผยแพร่ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของมหาวิทยาลัยในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2554 ถึง พ.ศ.2564 ที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยมีการจัดทำวิจัยในประเทศไทย จากการทบทวนวรรณกรรมมีงานวิจัยทั้งหมด 17 เรื่อง

กลุ่มตัวอย่าง คือ รายงานการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในประชากรที่มีอายุไม่เกิน 20 ปี โดยคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

1. ประชากรที่สนใจ คือ ประชากรที่มีอายุไม่เกิน 20 ปี
2. มีการอธิบายกล่าวถึงกิจกรรมด้านรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ
3. มีการศึกษาโดยใช้กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ไม่ได้รับโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพและได้รับความรู้ตามหลักสูตรปกติ

หลักสูตรปกติ

4. มีการวัดผลลัพธ์ของการศึกษา คือ การประเมินความสามารถในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพจากกลุ่มตัวอย่างเมื่อใช้ตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด ได้งานวิจัยที่เข้าเกณฑ์จำนวน 17 เรื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ประเภท ได้แก่

1. แบบคัดกรองงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion Criteria Form) สร้างขึ้นตามเกณฑ์ในการคัดเลือก ได้แก่ เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ โดยมีตัวแปรต้นคือ มีกิจกรรม โปรแกรม การจัดการเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ส่วนตัวแปรตาม คือ มีผลลัพธ์เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ได้แก่ ความสามารถในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ โดยเป็นงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2554 ถึง พ.ศ. 2564 ที่มีการจัดทำวิจัยในประเทศไทย โดยต้องผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทุกข้อ

2. ประเมินคุณภาพงานวิจัย (Critical Appraisal Form) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพเชิงระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัยที่นำมาทบทวนอย่างเป็นระบบ โดยใช้แบบประเมินงานวิจัยกึ่งทดลอง ซึ่งพัฒนาโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ (Aromataris & Munn, 2020)

3. แบบบันทึกผลการสังเคราะห์ข้อมูล (Data Extraction Form) ซึ่งพัฒนาโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ (Aromataris & Munn, 2020) ใช้ในการลงบันทึกข้อมูลจากงานวิจัยที่คัดเลือกมาทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของงานวิจัย ได้แก่ ผู้ทำวิจัย ปีที่พิมพ์เผยแพร่ วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เนื้อหาสาระของงานวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผลของการวิจัย และข้อเสนอแนะของผู้วิจัย

การควบคุมคุณภาพการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยพัฒนาแบบคัดกรองงานวิจัยขึ้น ซึ่งมีลักษณะเป็นเพียงรายการตามเกณฑ์การคัดเลือกรายงานวิจัยที่กำหนด เพื่อนำเข้ามาทบทวน ส่วนแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยและแบบบันทึกผลการสกัดข้อมูลพัฒนาโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ ซึ่งเป็นแบบประเมินมาตรฐานสากลจึงไม่จำเป็นต้องตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบมีรายละเอียดดังนี้

1. กำหนดหัวข้อสำหรับการทบทวน กล่าวคือ จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ยังไม่มีการสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบโปรแกรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ จึงได้กำหนดหัวข้อการทบทวน คือ การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับรูปแบบโปรแกรม การป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเด็กและเยาวชนไทย เพื่อหาข้อสรุปองค์ความรู้เพื่อนำไปสู่การพัฒนา เป็นโปรแกรมที่เป็นเลิศในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อไป

2. นำเสนอความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา ได้มีการนำเสนอโดยกล่าวถึงความสำคัญ และความจำเป็นของการทบทวน ความรุนแรงของปัญหา ผลกระทบ สิ่งที่ต้องการทบทวน เมื่อทบทวนแล้วทำให้เกิดอะไรขึ้น และผลดีการนำไปใช้

3. กำหนดวัตถุประสงค์สำหรับการทบทวน ครอบคลุม ประชากรที่ศึกษา (Types of Participants) การจัดทำต่อประชากร (Types of Intervention) การวัดผลลัพธ์ที่ได้จากการทดลอง (Types of Outcome) และรูปแบบของงานวิจัย (Types of Studies)

4. กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกรายงานงานวิจัย (Criteria for Considering Studies for This Review) ในการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกรายงานงานวิจัยผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกับผู้เชี่ยวชาญเพื่อกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกรายงานงานวิจัย

5. กำหนดชนิดของงานวิจัย คือ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research)

6. สืบค้นรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องตามเกณฑ์ที่กำหนด มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

6.1 กำหนดคำสำคัญ (Key Words) ในการสืบค้นที่เป็นภาษาไทย ประกอบด้วย

6.1.1 กลุ่มตัวอย่าง (Participants) ได้แก่ นักเรียน, วัยรุ่น, เด็ก, เยาวชน, Students, Childs, Adolescences, Thai Adolescents, Youth, Teenage, Student, Thailand, School, Alcohol Drinking, Alcohol Consumption, Alcohol use, Alcohol abuse

6.1.2 วิธีการทดลอง (Intervention) ได้แก่ การป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, การดื่มแอลกอฮอล์, Alcohol Drinking Prevention, Alcohol Consumption Prevention, Intervention, Prevention Program

6.1.3 ตัวแปรผลลัพธ์ (Outcome) ได้แก่ ความสามารถในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในด้านความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรม, Effect of program

6.1.4 รูปแบบงานวิจัย (Study) ได้แก่ การวิจัยกึ่งทดลอง, Quasi-experimental Study, Quasi-experimental Research

6.2 สืบค้นงานวิจัยโดยใช้คำสืบค้นตามที่กำหนด ด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่

6.2.1 การสืบค้นด้วยคอมพิวเตอร์ (Computerized Searching) โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และบริการสืบค้นออนไลน์ทางอินเทอร์เน็ต ได้แก่ ฐานข้อมูลวารสารอิเล็กทรอนิกส์กลางของประเทศไทย (tci-thaijo.org), ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัยในประเทศไทย (tdc.thailis.ac.th), ฐานข้อมูลทรัพยากรสารสนเทศของสำนักวิทยบริการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, Science Direct, Pubmed และ Google Scholar

6.2.2 การสืบค้นจากรายการเอกสารอ้างอิงจากงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและงานวิจัยต้นฉบับ เพื่อสืบค้นงานวิจัยที่สอดคล้องเพิ่มเติม

7. ประเมินคุณภาพงานวิจัย (Assessment Criteria) นำงานวิจัยที่สืบค้นทั้งหมดแล้วผู้วิจัย ดำเนินการดังนี้

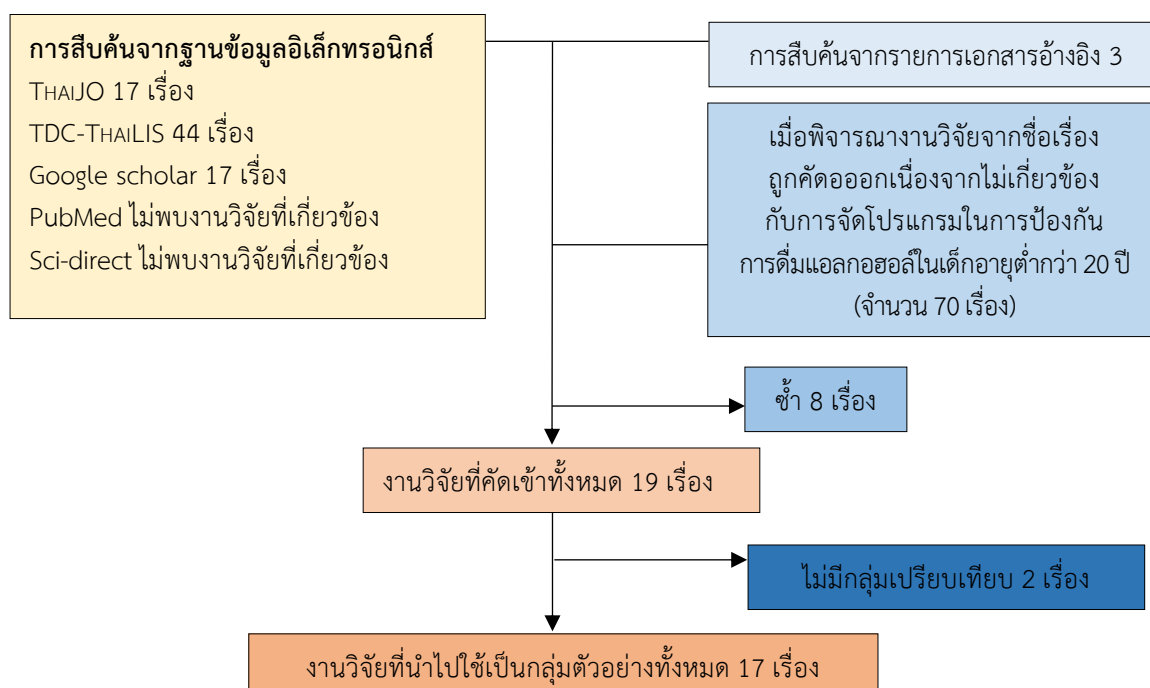
7.1 การคัดกรองงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยอ่านงานวิจัยที่สืบค้นได้ทั้งหมด พิจารณาจาก ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ ทำการคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดกรองงานวิจัยที่กำหนดโดยทำร่วมกันสองคนระหว่างผู้วิจัย ทุกรายงานการวิจัยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดกรองรายงานวิจัยที่กำหนด

7.2 การประเมินคุณภาพงานวิจัย ประเมินตามแบบฟอร์มการประเมินคุณค่างานวิจัยที่พัฒนาโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute Appraisal Form) พิจารณาตามแบบประเมินคุณภาพของงานวิจัยแยกตามประเภทหรือชนิดของงานวิจัย โดยอ่านรายงานวิจัยรอบแรกอย่างละเอียด เพื่อประเมินคุณค่างานวิจัย โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยแยกกันทบทวนเมื่อมีความคิดเห็นไม่ตรงกันให้ทำการปรึกษาเพื่อหามติข้อตกลงร่วมกัน กรณีที่ยังไม่สามารถตกลงกันได้ให้ทำการประเมินอธิบายและสรุปผลร่วมกัน

8. สังเคราะห์ข้อมูล (Data Extraction) โดยใช้แบบสังเคราะห์ข้อมูลวิจัยที่พัฒนาโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Data Extraction Form) ทำร่วมกันโดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยนำงานวิจัยทั้งหมดมาสังเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย บันทึกลงในแบบบันทึกการสังเคราะห์ข้อมูลและนำมาเปรียบเทียบความตรงกัน ทำการบันทึกงานวิจัยที่ศึกษาลงในแบบสังเคราะห์ หากมีการบันทึกที่ไม่ตรงกัน ให้ทำความเข้าใจกันเพื่อหามติ

9. นำเสนอผลการทบทวน (Reporting of findings) มีการนำเสนอทั้งส่วนระเบียบวิธีวิจัย ผลการวิจัย โดยเสนอในรูปแบบตารางเพื่อความชัดเจน (ดังตารางที่ 1) และมีการอภิปรายผล (Interpreting Results) ซึ่งเป็นการเสนอผลการทบทวนวรรณกรรม แปลความหมายข้อคิดเห็นโดยพิจารณาจากข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาศึกษา สามารถนำไปเป็นแนวปฏิบัติได้มากน้อยเพียงใดและเสนอแนะแนวทางการทำวิจัยต่อไป

10. นำเสนอข้อจำกัดของการทบทวน โดยให้ความสำคัญกับความคลาดเคลื่อนจาก Publication Bias ทั้งนี้เนื่องจากการสืบค้นงานวิจัยในครั้งนี้ สืบค้นเฉพาะงานวิจัยที่ตีพิมพ์เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ นอกจากนั้นยังมีการนำเสนอความคลาดเคลื่อนของผลการวิจัยที่นำมาทบทวน จากการรวมเอางานวิจัยหลายงานมาสรุปรวมกัน ความคลาดเคลื่อนจากความแตกต่างของงานวิจัยในแต่ละชั้น กล่าวคือ ประชากรที่แตกต่างกัน ใช้วิธีการจัดกระทำที่แตกต่างกัน การวัดผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน ทำให้การสรุปรวมเป็นองค์ความรู้ไม่สามารถกระทำได้



ภาพ 1 การสืบค้นงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

จากการสืบค้นงานวิจัย พบว่า มีงานวิจัยในฐานข้อมูล Thai Journal Online (ThaiJO) 17 เรื่อง TDC-ThaiLIS 44 เรื่อง Google scholar 17 เรื่อง PubMed และ Sci-direct ไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ส่วนการสืบค้นจากรายการเอกสารอ้างอิงพบ 3 เรื่อง มีชื่อเรื่องซ้ำกัน 8 เรื่อง เมื่อพิจารณางานวิจัยจาก ชื่อเรื่อง มีการคัดออกเนื่องจากไม่เกี่ยวข้องกับการจัดโปรแกรมในการป้องกันการตีมีแอลกอฮอล์ในเด็กอายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 70 เรื่อง ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ 2 เรื่อง ดังนั้นจึงเหลืองานวิจัยทั้งหมด 17 เรื่อง โดยงานวิจัยทั้ง 17 เรื่องผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและการประเมินคุณภาพงานวิจัยโดยผู้วิจัย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการสรุปรายงานการวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบโปรแกรมในการป้องกันการตีมีแอลกอฮอล์ในเด็กและเยาวชนไทยมาสังเคราะห์ต่อ

ผลการวิจัย

คุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบโปรแกรมการป้องกันการตีมีแอลกอฮอล์ในเด็กและเยาวชนไทยพบว่า ขนาดกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 14 - 75 คน โดยมีเพียง 2 เรื่องที่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 14 - 25 คน (Piyaaramwong, Samawathdana, & Wattanaburanon, 2017; Saleengarm, Rawiworrakul, Jirapongsuwan, & Sompopcharoen, 2019) ศึกษาในเด็กและเยาวชนช่วงอายุ 9 - 17 ปี ส่วนใหญ่ศึกษาในเด็กและเยาวชนทั้งหญิงและชาย มีเพียง 3 เรื่องที่การศึกษาเฉพาะเพศหญิง 2 เรื่อง (Piyaaramwong, Samawathdana, & Wattanaburanon, 2017; Sukkum, Powwattana, & Auemaneekul, 2020) และมีการศึกษาเฉพาะเพศชาย 1 เรื่อง (Kamonpommongkol, Homsin, & Srisuriyawet, 2012) โดยกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาอยู่ในช่วงประถมศึกษาปีที่ 5 ถึง มัธยมศึกษาปีที่ 6 มีเพียง 1 เรื่องที่ระดับการศึกษาคือประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 1 (Sukkum, Powwattana, & Auemaneekul, 2020) และมี 1 เรื่องที่จัดกระทำในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา (Permpool, Takviyanun, & Heng-Udomsub, 2011)

ผลการวิเคราะห์การจัดรูปแบบกิจกรรมของงานวิจัยที่ทบทวนวรรณกรรมทั้ง 17 เรื่องเป็นการจัดกิจกรรมการป้องกันการตีมีแอลกอฮอล์เพิ่มเติมจากการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพื้นฐานของสถานศึกษา โดยงานวิจัยทั้งหมดมีลักษณะกิจกรรมการให้ความรู้แก่เด็กและเยาวชนไทยโดยตรงและจัด กระทำที่โรงเรียน ส่วนใหญ่จัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้วิธีการจัดบรรยายร่วมกับใช้วีดิทัศน์และมีกระบวนการกลุ่มโดยผู้วิจัยและบางงานวิจัยมีผู้ช่วยสอนร่วม มีเพียง 1 เรื่องที่ใช้การให้ความรู้ผ่านการศึกษาวิธีทัศน์เป็นสื่อหลัก (Hongthong, & Areesantichai, 2013) และอีก 1 เรื่องที่ใช้การให้ความรู้ผ่านการใช้หนังสือการ์ตูนเป็นสื่อหลัก (Chaisombut, Yana, Nuntarit, & Jamjang, 2018) โดยระยะเวลาในการจัดกระทำอยู่ในช่วง 4 ถึง 12 สัปดาห์ ส่วนใหญ่มีการจัดกิจกรรมสัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 50 ถึง 60 นาที และมี 1 เรื่องที่จัดกิจกรรมสัปดาห์เว้นสัปดาห์ ส่วนการติดตามความยั่งยืนในการปฏิบัติพฤติกรรม มี 5 เรื่อง โดยในระยะติดตามผลส่วนใหญ่วัดผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม ระยะเวลากการติดตามอยู่ในช่วง 1 สัปดาห์ถึง 6 เดือน (Sukkum, Powwattana & Auemaneekul, 2020; Chowchalard, Benjakul, Kengganpanich, & Kengganpanich, 2018; Hongthong, & Areesantichai, 2013; Moonrattana, Jirapate, & Ua-kit, 2014; Saikhamfoo, Powwattana, Lagampan, & Kaewpan, 2014) โดยมีเพียง 2 เรื่องวัดผลการปฏิบัติพฤติกรรมเปรียบเทียบระหว่างหลังทดลองและระยะติดตาม (Sukkum, Powwattana & Auemaneekul, 2020; Chowchalard, Benjakul, Kengganpanich, & Kengganpanich, 2018) และอีก 3 เรื่องวัดผลการปฏิบัติพฤติกรรมเปรียบเทียบระหว่างก่อนทดลองและระยะติดตาม

แนวคิดและทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยในการจัดรูปแบบการป้องกันการตีมีแอลกอฮอล์ในเด็กและเยาวชนไทย พบว่ามีการใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 4 เรื่อง โดยมี 2 เรื่องที่มีการจัดให้มีการสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน (Kamonpommongkol, Homsin, & Srisuriyawet, 2012; Hongthong & Areesantichai, 2013) มี 1 เรื่องที่มีการให้การสนับสนุนทางสังคมจากผู้ปกครอง มี 1 เรื่องที่มีการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มี 1 เรื่องที่มีการให้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนและครอบครัว ส่วนทฤษฎี

การรับรู้ความสามารถของตนเองของเบนดูรา จำนวน 3 เรื่อง ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน จำนวน 3 เรื่อง ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 3 เรื่อง แนวคิดการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของเบนดูรา จำนวน 2 เรื่อง แนวคิดการฝึกทักษะชีวิตของบอวิน จำนวน 2 เรื่อง แบบจำลองการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาทักษะของ Fisher จำนวน 1 เรื่อง แนวคิดแรงจูงใจในการดื่มแอลกอฮอล์ของ Cox and Kinger จำนวน 1 เรื่อง แนวคิดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ จำนวน 1 เรื่อง ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาเชิงสังคม จำนวน 1 เรื่อง แนวคิดเครื่องมือทักษะชีวิต จำนวน 1 เรื่อง และแนวคิด 5A'S จำนวน 2 เรื่อง

รูปแบบกิจกรรมที่จัดให้เด็กและเยาวชนไทยส่วนใหญ่จัดเพิ่มเติมจากการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพื้นฐานของสถานศึกษาและใช้กระบวนการกลุ่มเน้นการฝึกทักษะชีวิตในการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ โดยส่วนใหญ่จัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านการอภิปรายกลุ่ม (16 เรื่อง) มีเพียง 1 เรื่องที่ใช้การเรียนรู้เป็นรายบุคคลผ่านสื่อวีดิทัศน์ (Hongthong, & Areesantichai, 2013) การแสดงบทบาทสมมติ (7 เรื่อง) การเรียนรู้จากตัวแบบ (12 เรื่อง) รวมถึงการใช้สถานการณ์จำลองในการฝึกทักษะชีวิต ซึ่งมีการฝึก 3 ทักษะร่วมกัน ได้แก่ 1) ทักษะการต่อต้านการใช้แอลกอฮอล์ (10 เรื่อง) ได้แก่ ให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของแอลกอฮอล์ (17 เรื่อง), การฝึกมองตนเองด้านบวก และทักษะการปฏิเสธ (11 เรื่อง) 2.) ทักษะการจัดการตนเอง (11 เรื่อง) ได้แก่ การเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง (3 เรื่อง), การตัดสินใจและแก้ไข (3 เรื่อง), การจัดการอารมณ์ (6 เรื่อง) 3.) ทักษะสังคมทั่วไป (4 เรื่อง) ได้แก่ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (2 เรื่อง), การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (2 เรื่อง), การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างหญิงชาย และการยืนยันสิทธิของตนเอง จากงานวิจัยที่ศึกษาพบว่า มี 4 งานวิจัยที่นำทักษะหลักทั้ง 3 ทักษะมาจัดกิจกรรม (Permpool, Takviriyun, & Heng-Udomsub, 2011; Sukkum, Powwattana, & Auemaneekul, 2020; Sanongyard, Sripitak, Maungchang, & Dhanawan, 2012; Mormai, Srichaikul, & Suwanphan, 2014) ส่วนงานวิจัยอื่น ๆ จะนำบางทักษะมาจัดกิจกรรมเท่านั้น (ตาราง 1) และมีการฝึกการรู้เท่าทันสื่อ (1 เรื่อง) นอกจากนี้ยังมีการผสมผสานรูปแบบกิจกรรมอื่นร่วมกับส่วนย่อยในส่วนประกอบหลักในการฝึกทักษะชีวิต ได้แก่ การตั้งเป้าหมายร่วมกัน (4 เรื่อง) และจัดการเรียนรู้ผ่านเกมส์ (2 เรื่อง)

การวัดผลประสิทธิผลของการจัดรูปแบบกิจกรรมในงานวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นการวัดความสามารถในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม โดยมีงานวิจัย 8 เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี 1 เรื่องที่มีผลระดับการเข้าถึงข้อมูลและระดับการรู้เท่าทันสื่อมากกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sudcharee, & Duangsong, 2019) และมี 1 เรื่องมีผลปัจจัยป้องกันด้านบุคคลในการลดการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Permpool, Takviriyun, & Heng-Udomsub, 2011) ในด้านทัศนคติมีงานวิจัย 4 เรื่องที่วัดทัศนคติเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Chaisombut, Yana, Nuntarit, & Jamjang, 2018; Sukkum, Powwattana, & Auemaneekul, 2020; Saleengarn, Rawiworakul, Jirapongsuwan, & Sompopcharoen, 2019; Ponpaisan, Promarak, & Thaewpia, 2014) มีเพียง 1 เรื่องที่มีผลคะแนนทัศนคติสูงกว่าก่อนทดลอง แต่ไม่ต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากใช้สื่อหนังสือการ์ตูนเป็นหลักในการจัดกิจกรรม ซึ่งเนื้อหาสาระเน้นให้ความรู้ ยังขาดการเสริมสร้างทัศนคติ อีกทั้งระยะเวลาเพียง 4 สัปดาห์ไม่สามารถเปลี่ยนทัศนคติได้ (Chaisombut, Yana, Nuntarit, & Jamjang, 2018) มี 2 เรื่องที่มีผลความตั้งใจที่จะไม่ดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Phalasarn, & Duangsong, 2011; Sudcharee, & Duangsong, 2019) มีงานวิจัย 2 เรื่องที่วัดผลลัพธ์ตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบนดูรา ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Piyaaramwong, Samawathdana, & Wattanabura-non, 2017; Saikhamfoo, Powwattana, Lagampan, & Kaewpan, 2014) โดยมีเพียง 1 เรื่องที่กลุ่มทดลองมีผลเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Piyaaramwong, Samawathdana, & Wattanabura-non, 2017) มี 7 เรื่องที่วัดผลความคาดหวังในความสามารถของตนเองหรือการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Fungkajorn, & Rodjarkpai, 2016; Sukkum, Powwattana, & Auemaneekul, 2020; Chowchalard, Benjakul,

Kengganpanich, & Kengganpanich, 2018; Phalasarn, & Duangsong, 2011; Kamonpornmongkol, Homsin, & Srisuriyawet, 2012; Ponpaisan, Promarak, & Thaewpia, 2014; Boonpok, Promarak, & Limtopraserd, 2013) มี 4 เรื่องที่มีผลความคาดหวังในผลลัพธ์เพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Fungkajorn, & Rodjarkpai, 2016; Chowchalard, Benjakul, Kengganpanich, & Kengganpanich, 2018; Kamonpornmongkol, Homsin, & Srisuriyawet, 2012; Boonpok, Promarak, & Limtopraserd, 2013) ส่วนในด้านพฤติกรรม มีงานวิจัย 15 เรื่องที่วัดผลพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยผลพฤติกรรมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (10 เรื่อง) ทักษะการปฏิเสธ (4 เรื่อง) (Kamonpornmongkol, Homsin, & Srisuriyawet, 2012; Sudcharee, & Duangsong, 2019; Boonpok, Promarak, & Limtopraserd, 2013; Mormai, Srichaikul, & Suwanphan, 2014) มี 1 งานวิจัยที่วัดผลความรับผิดชอบต่อสังคมและความภาคภูมิใจในตนเอง การตัดสินใจและแก้ไขปัญหา การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการจัดการกับอารมณ์และความเครียด (Mormai, Srichaikul, & Suwanphan, 2014) โดยมี 2 งานวิจัยที่มีผลพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สัปดาห์ที่ 6 และ 8 ตามลำดับ) (Sukkom, Powwattana, & Auemaneekul, 2020; Chowchalard, Benjakul, Kengganpanich, & Kengganpanich, 2018) นอกจากนี้มีงานวิจัย 1 เรื่องที่ประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Identification Test : AUDIT) ซึ่งสามารถจำกัดการดื่มให้อยู่ในระดับเสี่ยงต่ำได้ และเมื่อวัดปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มเป็นกรัมสามารถลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Hongthong, & Areesantichai, 2013) และมี 1 เรื่องที่มีผลแรงสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mormai, Srichaikul, & Suwanphan, 2014)

ตาราง 1 คุณลักษณะของงานวิจัยและผลลัพธ์ของงานวิจัย

ผู้แต่ง (ปีที่พิมพ์)	กลุ่มตัวอย่าง	แนวคิด	รูปแบบกิจกรรม
Piyaaramwong, Samawatthana, & Wattanaburanon, (2017)	นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 อายุเฉลี่ย 13-14 ปี เพศหญิงทั้งหมด	ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	อภิปรายกลุ่ม การแสดงบทบาทสมมติ สถานการณ์จำลอง ฟิก ทักษะการตัดสินใจและทักษะการปฏิเสธ การแนะนำแนวสุขภาพ และให้คำปรึกษาโดยครูสอนสุขศึกษา และการรณรงค์ภายในโรงเรียน
Permpool, Takviryanun, & Heng-Udomsub, (2011)	นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2-3 อายุ 14-15 ปี	แนวคิดการฝึกทักษะชีวิตของบอทวิน	อภิปรายกลุ่ม การแสดงบทบาทสมมติ การฝึกทักษะ 3 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการต่อต้านการใช้แอลกอฮอล์, ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะสังคมทั่วไป
Fungkajorn, & Rodjarkpai, (2016)	นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ส่วนใหญ่อายุ 16 ปี เพศชายและหญิง	แนวคิดการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของเบนดรา	อภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับโทษและความร้ายแรงของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใช้ตัวแบบจากวีดิทัศน์ ใช้คำพูดจูงใจสถานะด้านร่างกายและอารมณ์ ฟิกทักษะการหลีกเลี่ยงและปฏิเสธ และการจัดการอารมณ์
Chaisombut, Yana, Nuntarit, & Jamjang, (2018)	นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5-6 อายุ 11-12 ปี เพศหญิงทั้งหมด	-	ใช้หนังสือการ์ตูนประเภทนิยายภาพเล่าเรื่อง เป็นสถานการณ์จำลองให้ความรู้เรื่องความหมาย สาเหตุ ผลกระทบ ความเชื่อที่ผิด ทักษะการปฏิเสธ กิจกรรมปลอดแอลกอฮอล์ และสร้างทัศนคติที่ดี และอภิปรายกลุ่มหลังจากการอ่าน
Sukkom, Powwattana, & Auemaneekul, (2020)	นักเรียนประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 1 อายุ 15-16 ปี เพศหญิงทั้งหมด	แบบจำลองการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาทักษะ ของ Fisher	อภิปรายกลุ่มและใช้วีดิทัศน์ให้ความรู้และสร้างทัศนคติการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ ฟิกทักษะผ่านการแสดงบทบาทสมมติ 3 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการต่อต้านแอลกอฮอล์ การจัดการตนเอง ทักษะทางสังคม และสร้างแรงจูงใจจากเพื่อนผ่านสื่อวีดิทัศน์/เกมส์ และจากผู้ปกครองผ่านการประชุมผู้ปกครอง โดยประยุกต์ใช้เทคนิคการให้คำปรึกษา 5A'S

ผู้แต่ง (ปีที่พิมพ์)	กลุ่มตัวอย่าง	แนวคิด	รูปแบบกิจกรรม
Chowchalard, Benjakul, Kengganpanich, & Kengganpanich, (2018)	นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 อายุ 13 ปี	ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา	อภิปรายกลุ่มให้ความรู้การป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ เรียนรู้การประสบความสำเร็จด้วยตัวเอง ฝึกทักษะ การปฏิเสธผ่านสถานการณ์จำลอง ใช้ตัวแบบทั้งที่มีชีวิตและจากวีดิทัศน์ ใช้คำพูดจูงใจจากเพื่อน ครูและทีมวิจัย ใช้สนทนากลุ่มกระตุ้นทางอารมณ์
Saleengarm, Rawiworakul, Jirapongsuwan, & Sompopcharoen, (2019)	นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5-6 อายุ 11-12 ปี	ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน	อภิปรายกลุ่มและใช้วีดิทัศน์สร้างเสริมทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ความคาดหวังของบุคคลสำคัญเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเอง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองได้
Phalasarn, & Duangsang, (2011)	นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ส่วนใหญ่อายุ 16 ปีชายและหญิง	ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนและแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม	อภิปรายกลุ่มและใช้ตัวแบบจากวีดิทัศน์ ใช้คำพูดจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมไม่ดื่มแอลกอฮอล์ และฝึกทักษะการปฏิเสธโดยการแสดงบทบาทสมมติ ร่วมกับให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ปกครอง
Kamonpormmongkol, Homsin, & Srisuriyawet, (2012)	นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 อายุ 11-15 ปี เพศชายทั้งหมด	ทฤษฎีการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน	อภิปรายกลุ่มให้ความรู้ ฝึกทักษะการปฏิเสธโดยใช้สถานการณ์จำลอง ฝึกทักษะการจัดการอารมณ์ ใช้ตัวแบบจากวีดิทัศน์ ใช้คำพูดจูงใจ การกระตุ้นทางอารมณ์ด้วยเกมส์ และให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ครูและทีมวิจัย
Sudcharee, & Duangsang, (2019)	นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5-6 อายุ 10-12 ปี เพศชายและหญิง	แนวคิดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ	อภิปรายกลุ่ม ใช้เกมส์และวีดิทัศน์ ให้ความรู้ในการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ ฝึกทักษะการปฏิเสธ การตัดสินใจและการจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ การคิดอย่างมีวิจารณญาณผ่านการแสดงบทบาทสมมติ รวมทั้งให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ปกครองและครู
Hongthong, & Areesantichai, (2013)	นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5 อายุ 16-18 ปี เพศชายและหญิง	ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาเชิงสังคมและการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา	ใช้ CD เป็นสื่อการเรียนรู้หลัก เรียนรู้รายบุคคลในการเพิ่มความรู้อะไรที่ทักษะทางสังคม ได้แก่ นิสัยการเรียนรู้ การสื่อสารความสัมพันธ์กับเพื่อน ความสามารถในการดูแลตนเอง ทักษะการต้านยา ให้แรงสนับสนุนในการมีทัศนคติการต่อต้านยา และการยืนยันตนเองในการต่อสู้การใช้ยาในทางที่ผิด
Moonrattana, Jirapate, & Ua-kit, (2014)	นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 อายุ 11-14 ปี เพศชายและหญิง	แนวคิดแรงจูงใจในการดื่มแอลกอฮอล์ของ Cox and Kinger	อภิปรายกลุ่มให้ความรู้เรื่องโทษ ผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ การเลือกคบเพื่อนและเป็นเพื่อนที่ดี และการจัดการความเครียด ร่วมกับฝึกทักษะการปฏิเสธ โดยเรียนรู้จากประสบการณ์ที่สำเร็จของเพื่อนจากการแสดงบทบาทสมมติในสถานการณ์จำลอง
Sanongyard, Sripitak, Maungchang, & Dhanawan, (2012)	นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 อายุ 9-12 ปี เพศชายและหญิง	เครื่องมือทักษะชีวิต	พัฒนาทักษะชีวิต ได้แก่ ความตระหนักรู้ในตนเอง, ความรับผิดชอบของตนเอง, การจัดการอารมณ์และความเครียด, การตัดสินใจ, การสื่อสารและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และพฤติกรรมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ โดยสถานการณ์จำลองและเกมส์
Saikhamfoo, Powwattana, Lagampan, & Kaewpan, (2014)	นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1-2 โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา ส่วนใหญ่ อายุ 13 ปี	แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคม	อภิปรายกลุ่ม ใช้ตัวแบบจากวีดิทัศน์ การแสดงบทบาทสมมติ ร่วมกับการวาดภาพสื่อความรู้สึกในการเสริมการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันการดื่มสุรา การรับรู้สมรรถนะของตนเอง โดยใช้กระบวนการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวตามแนวคิด 5A'S
Ponpaisan, Promarak, & Thaewpia, (2014)	นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 อายุ 16-17 ปี เพศชายและหญิง	พฤติกรรมตามแบบแผนกับแรงสนับสนุนทางสังคม	จัดกิจกรรมอภิปรายกลุ่มให้ความรู้โทษและประโยชน์ในการไม่ดื่ม โดยใช้ตัวแบบจากวีดิทัศน์ชักจูงไม่ให้ไปลองดื่ม และตัวแบบที่สามารถเลิกได้ กิจกรรมบทบาทสมมติในการสร้างการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมปฏิบัติตัว รวมถึงให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ปกครอง

ผู้แต่ง (ปีที่พิมพ์)	กลุ่มตัวอย่าง	แนวคิด	รูปแบบกิจกรรม
Boonpok, Promarak, & Limtopraserd, (2013)	นักเรียน มัธยมศึกษาปีที่ 2 อายุ 13-15 ปี เพศชายและหญิง	การสร้างเสริม สมรรถนะแห่งตน ของแบนดูรา	อภิปรายกลุ่มเรื่องโทษและผลกระทบของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การจัดการอารมณ์ ใช้วิธีทัศนัต์ตัวแบบที่มีพฤติกรรมที่ดีและไม่ดีดื่มแอลกอฮอล์ และตัวแบบเยาวชนต้นแบบ และฝึกทักษะการปฏิเสธจากสถานการณ์จำลอง
Mormai, Srichaikul, & Suwanphan, (2014)	นักเรียน มัธยมศึกษาปีที่ 2 อายุ 13-15 ปี เพศชายและหญิง	ทักษะชีวิตรวมกับ การใช้แรงเสริมจาก ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	อภิปรายกลุ่ม ใช้ตัวแบบจากวีดิทัศน์ การแสดงบทบาทสมมติ และฝึกปฏิบัติทักษะชีวิตด้านความภูมิใจในตนเอง ความรับผิดชอบต่อสังคม การตัดสินใจแก้ไขปัญหา การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ การจัดการอารมณ์ และให้แรงสนับสนุนทางสังคม จากครูและผู้วิจัย

อภิปรายผล

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดรูปแบบการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเด็กและเยาวชนไทยจากงานวิจัยที่ศึกษาจำนวน 17 งานวิจัย พบว่าการจัดกิจกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มเติมจากการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพื้นฐานของสถานศึกษา ซึ่งการจัดกิจกรรมที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของเด็กและเยาวชนไทยเป็นการจัดกิจกรรมฝึกทักษะหลัก 3 ทักษะ (Permpool, Takviryanun, & Heng-Udomsub, 2011; Sukkum, Powwattana, & Auemaneekul, 2020; Sanongyard, Sripitak, Maungchang, & Dhanawan, 2012; Mormai, Srichaikul, & Suwanphan, 2014) ได้แก่ ทักษะการต่อต้านการใช้แอลกอฮอล์ ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะสังคมทั่วไป อีกทั้งยังพบว่าแม้เพียงการจัดฝึกทักษะปฏิเสธร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมก็ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเด็กและเยาวชนไทย (Chowchalard, Benjakul, Kengganpanich, & Kengganpanich, 2018; Phalasarn, & Duangsong, 2011) โดยการจัดกิจกรรมส่วนใหญ่มุ่งเน้นการฝึกทักษะชีวิตทั่วไปและด้านจิตสังคมในเด็กและเยาวชน ซึ่งเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบการจัดรูปแบบกิจกรรมในเด็กระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลายและมัธยมศึกษาในงานวิจัยพบว่าในการจัดกิจกรรมในเด็กระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลายมีความหลากหลายในการเพิ่มรูปแบบการใช้สื่อในการจัดกิจกรรมฝึกทักษะ ได้แก่ หนังสือการ์ตูนและเกมส์ ซึ่งไม่พบในการจัดกิจกรรมในเด็กระดับชั้นมัธยมศึกษา โดยตามหลักการแล้วโปรแกรมทักษะชีวิตสามารถนำไปใช้ในเด็กและเยาวชนได้ทุกช่วงวัย ซึ่งช่วงอายุ 6 - 16 ปี เป็นช่วงที่สำคัญที่สุดที่ควรมีการเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะชีวิต โดยควรมีการเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะชีวิตตั้งแต่วัยเยาว์ก่อนที่พฤติกรรมทางลบถูกสร้างขึ้น (World Health Organization, 1997) ส่วนการจัดกิจกรรมในการพัฒนาด้านจิตสังคมนั้น ตามแนวคิดของอีริค อีริคสันเกี่ยวกับการพัฒนาตนด้านจิตสังคมนั้น สำหรับเด็กในระดับประถมศึกษาควรให้เด็กมีโอกาสได้ทำกิจกรรมการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับสติปัญญา ความสามารถ และความถนัดให้ได้ประสบความสำเร็จ ได้มีความรู้และประสบการณ์สำหรับการเรียนรู้ต่อไป และเด็กในระดับมัธยมศึกษาควรให้เด็กมีโอกาสได้เรียนรู้และทำกิจกรรมต่างๆที่ช่วยให้รู้จักตนเองและเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนในฐานะที่เป็นสมาชิกของครอบครัว ชุมชนและสังคมโดยรวม (Thamma, 2003) ซึ่งการจัดกิจกรรมในด้านจิตสังคมมีการจัดกิจกรรมในรูปแบบที่สอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าว จึงกล่าวได้ว่าการจัดกิจกรรมการฝึกทักษะชีวิตและด้านจิตสังคมมีความเหมาะสมสำหรับเด็กและเยาวชนไทย พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเด็กและเยาวชนมีปัจจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมหลายด้าน (Prayongkul, 2019) โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยด้านสังคมรอบตัว ทั้งสถาบันครอบครัวและโรงเรียน ในการสร้างเสริมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงมีการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครู ผู้ปกครองหรือครอบครัว เพื่อนและผู้วิจัยในการจัดกิจกรรม (Sukkum, Powwattana, & Auemaneekul, 2020; Phalasarn, & Duangsong, 2011; Kamonpommongkol, Homsin, & Srisuriyawet, 2012; Sudcharee, & Duangsong, 2019; Saikhamfoo, Powwattana, Lagampan, & Kaewpan, 2014; Ponpaisan, Promarak, & Thaewpia, 2014; Mormai, Srichaikul, & Suwanphan, 2014) ซึ่งเป็นการสร้างสังคมรอบตัวที่สนับสนุนเด็กและเยาวชนในการปฏิบัติพฤติกรรม

การป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และส่งผลให้เกิดแรงจูงใจจากการชักจูงจากสังคมให้ปฏิบัติพฤติกรรมในเชิงป้องกัน

การทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้ ไม่สามารถเข้าถึงงานวิจัยฉบับเต็มได้หรือไม่สามารถเข้าถึงงานวิจัยจากฐานข้อมูลบางฐานได้ และมีการสืบค้นงานวิจัยเฉพาะงานวิจัยที่ตีพิมพ์เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ซึ่งทำให้การทบทวนวรรณกรรมได้ข้อมูลมาไม่ครบถ้วน อาจส่งผลต่อการวิเคราะห์ผลลัพธ์ได้ ในประเด็นการออกแบบการศึกษาในครั้งนี้การทบทวนวรรณกรรมสืบค้นงานวิจัยแบบกึ่งทดลองทั้งหมด ทำให้ไม่มีความคลาดเคลื่อนในคุณภาพของงานวิจัย ในประเด็นของประชากรในงานวิจัยครั้งนี้มีเพียง 1 งานวิจัยที่เป็นประชากรจากโรงเรียนขยายโอกาสซึ่งทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในประเด็นนี้น้อย ส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีน้อยมีเพียงแค่ 2 งานวิจัยจึงไม่ส่งผลต่อการวิเคราะห์ผลลัพธ์

จึงกล่าวได้ว่าผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเด็กและเยาวชนไทยที่ครอบคลุมในการจัดการปัจจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งส่งผลให้ลดนักดื่มหน้าใหม่ในประเทศไทย จึงเป็นการลดผลกระทบทั้งบุคคล ครอบครัวและสังคมที่เกิดจากการมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ อีกทั้งหากมีการจัดกิจกรรมการป้องกันตั้งแต่วัยประถมศึกษาจะมีโอกาสที่ช่วยลดการเริ่มดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกในอายุเฉลี่ยที่ลดลง หรือแม้กระทั่งลดจำนวนนักดื่มปัจจุบันในสังคมไทยได้

การนำผลการวิจัยมาใช้

1. บุคลากรทางสาธารณสุขสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้ไปใช้ในการออกแบบและพัฒนารูปแบบกิจกรรมหรือแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในด้านการวิจัยและการวางแผนจัดโครงการ ในนักเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาที่ครอบคลุมทั้งสถาบันครอบครัวและโรงเรียนได้
2. ครูหรืออาจารย์สามารถนำองค์ความรู้ที่ได้ไปพัฒนาออกแบบรูปแบบกิจกรรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการเรียนการสอนโดยสอดแทรกกิจกรรมเพิ่มเติมต่อจากเนื้อหาในหลักสูตร ในนักเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาที่ครอบคลุมทั้งสถาบันครอบครัวและโรงเรียนได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามความยั่งยืนในการปฏิบัติพฤติกรรม หลังจากการให้การส่งเสริมป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียน เพื่อศึกษารูปแบบโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพต่อความยั่งยืนในการปฏิบัติพฤติกรรม และควรมีการให้กิจกรรมซ้ำอีกครั้งในช่วงเวลาใดหลังการติดตามความยั่งยืนของพฤติกรรม
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนระหว่างกลุ่มที่ให้แรงสนับสนุนจากเพื่อน ครอบครัว และทั้งเพื่อนและครอบครัว เพื่อให้เกิดการให้แรงสนับสนุนที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสำหรับนักเรียน

References

- Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). *JBIManual for Evidence Synthesis*. The Joanna Briggs Institute. Retrieved July 15, 2021 from <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/4687036/Appendix+10.3+JBI+Data+Extraction+Form+for+Review+for+Systematic+Reviews+and+Research+Syntheses>.
- Assanangkornchai, S. (2017). *Provincial Alcohol Report 2017*. Centre for Alcohol Studies. Retrieved July 15, 2021 from <https://cas.or.th/?p=6101>.

- Boonpok, S. , Promarak, T., & Limtopraserd, S. (2013). *The Effectiveness of Perceived self-efficacy Program with idol to Refuse Alcohol Drinking Among Secondary School Students at Patiu Wittaya School Patiu District Yasothorn Province*. Master Thesis of Public Health, Mahasarakham University. (in Thai)
- Chaisombut, D., Yana, B., Nuntarit, S., & Jamjang, J. (2018). The effect of alcohol cartoon on increasing alcohol knowledge and attitude among primary school students. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 28(3), 76-86. (in Thai)
- Chowchalard, P., Benjakul, S., Kengganpanich, M., & Kengganpanich, T. (2018). Effects of an alcohol use prevention program applying self- efficacy theory among 7th grade students in Nakhon Pathom Province. *Ramathibodi Nursing Journal*, 24(2), 210-224. (in Thai)
- Fungkajorn, A. & Rodjarkpai, Y. (2016). Effects of self-efficacy enhancement on perceived self-efficacy, outcome expectancy and alcohol drinking refusal late secondary school students in Bothong district, Chonburi province. *Journal of Public Health Nursing*, 30(3), 41-54. (in Thai)
- Hongthong, D. & Areesantichai, C. (2013). *The Effect of The PALMSS Alcohol Prevention Program on Maintaining of Low-risk Drinking Level Among Low-risk Drinkers in High School*. Doctor Thesis of Public Health Sci, Chulalongkorn University. (in Thai)
- Kamonpornmongkol, J., Homsin, P., & Srisuriyawet, R. (2012). Effects of self-efficacy enhancement on drinking refusal self-efficacy, outcome expectancy and skills among male primary school students. *The Public Health Journal of Burapha University*, 7(2), 84-99. (in Thai)
- Ministry of Education. (2008). *Indicators and Core Learning Content of Health and Physical Education Subjects According to The Basic Education Core Curriculum B.E. 2551*. Bangkok: Bureau of Academic Affairs and Educational Standards.
- Moonrattana, A., Jirapate, V., & Ua-kit, N. (2014). The effect of motivation promoting program on alcohol drinking prevention behaviors among early adolescents. *Kuakarun Journal of Nursing*, 21, 219-233. (in Thai)
- Mormai, S., Srichaikul, B., & Suwanphan, A. (2014). Effect of the life skills program application to prevent alcohol use among junior high school in Weerawatyothin School, Muang District, Surin Province. *Reserch and Development Health System journal*, 7(2), 273-283.
- Permpool, S., Takviianun, N., & Heng-Udomsub., P. (2011). Effect of a school-based life skills training program on resilience factors among students with alcohol use in extended opportunity educational schools of Chonburi Province. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 25(3), 128-142. (in Thai)
- Phalasarn, A. & Duangsong, R. (2011). The effectiveness of health education program by application of theory of planned behavior and social support for prevention alcohol drinking behavior among secondary level 4 Khongchaipattana Sub-District, Khongchai District, Kalasin province. *KKU Research Journal of Humanities and Social Sciences (Graduate Studies)*, 11(1), 83-92. (in Thai)
- Piyaaramwong, P., Samawatdana, R., & Wattanaburanon, A. (2017). Alcohol drinking prevention program management for lower secondary school female students in Bangkok. *Journal of Medicine and Health Science*, 24(1), 55-66. (in Thai)

- Ponpaisan, P., Promarak, T., & Thaewpia, S. (2014). *Effects of Application of Alcohol Abuse Prevention Program on upper Secondary School Students in Klongchai District in Kalasin Province*. Master Thesis of Public Health, Mahasarakham University. (in Thai)
- Prayongkul, P. (2019). The role of nurses in alcohol drinking prevention for adolescents. *TRC Nurs J*, 12(1), 62-70. (in Thai)
- Saikhamfoo, P., Powwattana, A., Lagampan, S., & Kaewpan, W. (2014). Alcohol consumption Prevention with family participation program in early adolescences. *Journal of public health nursing*, 28(2), 23-38. (in Thai)
- Saleengarm, W., Rawiworrakul, T., Jirapongsuwan, A., & Sompopcharoen, M. (2019). Effects of a new drinkers prevention program for primary school students, Surin Province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 20(1), 147-156. (in Thai)
- Sanongyard, J., Sripitak, S., Maungchang, Y., & Dhanawan, W. (2012). The Effectiveness of Life Skill Development Program on Behavior Modification for Alcohol Drinking Prevention among Primary School Student in 6th Grade, Supanburi Province. 1st Mae Fah Luang University International Conference 2012. (in Thai)
- Sudcharee, P. & Duangsong, R. (2019). Effects of alcohol drinking prevention program by application of health literacy with “facebook” among student in primary school. *KKU Journal for Public Health Research*, 12(3), 81-91. (in Thai)
- Sukkum, S., Powwattana, A., & Auemaneekul, N. (2020). Effects of the program with the information motivation behavioral skill model toward the preventive behavior in alcohol drinking among the female vocational students in Bangkok. *Journal of Health and Nursing Research (Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok)*, 36(3), 57-68. (in Thai)
- Thamma, P. (2003). Erik Erikson’s Concept of Self Development. Retrieved Jan 4, 2024 from <https://ejournals.swu.ac.th/index.php/ENEDU/article/view/5861/5498>.
- World Health Organization. (1997). Life Skills Education for Children and Adolescents in Schools: Program on Mental Health. Geneva: WHO. Retrieved Dec 26, 2023 from https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/63552/WHO_MNH_PSF_93.7A_Rev.2?sequence=1.
- World Health Organization. (2018). *Global Status Report on Alcohol and Health 2018*. Geneva: Switzerland.

ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบเพื่อเพิ่มการเข้าถึงความรู้และบริการอนามัยเจริญพันธุ์รอบด้าน สำหรับแรงงานข้ามชาติสตรีในจังหวัดสมุทรสาคร

The Outcome of a System Development to Increase Access to Knowledge and Comprehensive Reproductive Health Services for Female Migrant Workers in Sumut Sakorn

กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง^{1*}, นันทกาญจน์ สูงสุมาลย์ วูดแฮม², สาคร สารทลาลัย²
Kamonthip Tanglakmankhong^{1*}, Nantakarn Sungsumal Woodham², Sakorn Sadlalai²

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

¹Boromarajonani College of Nursing Udonthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Insitute

²The Planned Parenthood Association of Thailand under the Patronage of Her Royal Highness the Princess Mother

(Received: June 5, 2023; Revised: February 6, 2024; Accepted: February 25, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาระบบและประเมินผลสัมฤทธิ์
การพัฒนาระบบเพื่อเพิ่มการเข้าถึงความรู้ และบริการอนามัยเจริญพันธุ์รอบด้าน สำหรับแรงงานข้าม
ชาติสตรี ดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) อธิบายสถานการณ์ความรู้ ทักษะ และการเข้าถึงระบบ
บริการอนามัยเจริญพันธุ์ จากแรงงานข้ามชาติสตรี ในจังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 538 คน เครื่องมือที่
ใช้เป็นแบบสอบถามได้ค่าความสอดคล้องของข้อคำถามระหว่าง .67-1.00 ค่าความเชื่อมั่นฉบับภาษา
เมียนมาเท่ากับ .92 ลาวเท่ากับ .89 และกัมพูชาเท่ากับ .91 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ
เชิงพรรณนา 2) พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการ และ 3) ประเมินผลสัมฤทธิ์ของการพัฒนา ใช้วิธีการวิจัย
แบบกึ่งทดลองชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นแรงงานข้ามชาติสตรี จำนวน
101 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. สถานการณ์ด้านความรู้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้อยู่ในระดับต่ำ ($M = 3.24$, $SD = 1.33$) ส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะเรื่องการเท่าเทียม
กันทางเพศ และสิทธิสตรี ด้านการเข้าถึงบริการ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยรับบริการตรวจสุขภาพทางเพศ
และไม่เคยใช้บริการจากสถานบริการของรัฐบาล (ร้อยละ 60.78) หรือเอกชน (ร้อยละ 63.38)

2. การพัฒนาระบบประกอบด้วย 1) การสร้างกลไกในการเข้าถึงบริการ 2) พัฒนาศักยภาพ
อาสาสมัครสุขภาพชุมชนข้ามชาติ 3) จัดอบรมกลุ่มย่อยให้แก่แรงงานข้ามชาติและครอบครัว 4) พัฒนา
สื่อความรู้ และให้คำปรึกษาใน Hotline สายด่วน 1452 และ 5) จัดกิจกรรมรณรงค์

3. หลังการพัฒนาระบบความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวของแรงงานสตรีข้ามชาติเพิ่มขึ้น
อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001

เพื่อให้แรงงานสตรีข้ามชาติมีความรู้ ตระหนักและสามารถเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์
ที่ถูกต้อง ควรพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการโดยการสื่อสารผ่านเจ้าของภาษา ปรับทัศนคติด้านอนามัย
การเจริญพันธุ์ ลดข้อจำกัดด้านภาษาและวัฒนธรรม รวมทั้งการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข
ข้ามชาติ และจัดการบริการที่เป็นมิตร

คำสำคัญ: การเข้าถึงระบบบริการ บริการอนามัยเจริญพันธุ์รอบด้าน แรงงานข้ามชาติสตรี

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: tang_kamon@hotmail.com)

Abstract

This research and development initiative aimed to study the situation, develop the system, and evaluate the outcomes of new system development to increase access to knowledge and to provide reproductive health services to female migrant workers in Samut Sakorn. This study was conducted in three steps. Step 1 was to describe female migrant workers' knowledge situation, attitudes, and effective access to reproductive health services in Samut Sakhon Province. The sample size was 538 people. The tool used was a questionnaire. The index of item-objective congruence (IOC) was 0.67–1.00. The Cronbach alpha's reliability was .92 for the Myanmar language; .89 for Laos; and .91 for Cambodian. The data were analyzed using descriptive statistics. The second step was to develop a system dedicated to access to health services. Step 3 consisted of evaluating the outcomes of the new system development through a quasi-experimental research design, using the one-group pretest-posttest method. The sample comprised 101 female migrant workers, and data analysis involved descriptive statistics and paired t-test statistics. The results revealed the following.

1. The sample had a low level of knowledge ($M = 3.24$, $SD = 1.33$). Participants exhibited incorrect attitudes towards reproductive health, especially concerning gender equality and women's rights. Regarding service access, a significant portion had never utilized sexual health examination services, neither from government facilities (60.78%) nor the private sector (63.38%).

2. The system development involves: 1) creating a mechanism for accessing services, 2) developing the potential of health volunteers among the migrant community, 3) Organizing small-group training for migrant workers and their families, 4) developing media and knowledge, providing advice through the hotline 1452, and 5) organizing campaign activities.

3. As a result, after the system development project, there was a significant increase in knowledge, attitudes, and access to reproductive health services among female migrant workers at the level of .001.

To enhance service access, a system should be developed for communication through different languages. This approach can mitigate language and cultural barriers, develop positive attitudes toward reproductive health, train migrant health volunteers, and provide friendly services. The overarching goal of this system development is to equip female migrant workers with knowledge, awareness, and the ability to access appropriate reproductive health services.

Keywords: Access to Health Services, Comprehensive Reproductive Health Services, Female Migrant Workers

บทนำ

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ของกระทรวงแรงงาน (Division of Labor Economics, 2021) พบว่าแรงงานข้ามชาติสตรีมีส่วนสำคัญต่อตลาดแรงงานทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เพราะสตรีเข้ามามีบทบาทในทุกภาคส่วนของตลาดแรงงานมากขึ้น และเป็นส่วนขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจ รวมถึงธุรกิจต่างๆ ให้สามารถเดินต่อไปได้ แต่แรงงานข้ามชาติสตรีกลับถูกกล่เลยไม่ให้ความสำคัญ มักมีความไม่แน่นอนที่อาจจะไม่ได้รับค่าแรงหรือการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกับผู้ชาย เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศมาเลเซีย ที่พบว่า หากแรงงานข้ามชาติสตรีตั้งครรภ์จะไม่สามารถทำงานแบบถูกกฎหมายได้ และมีแนวโน้มจะได้ออกจากงาน ซึ่งทำให้แรงงานข้ามชาติสตรีค่อนข้างกังวลไม่อยากตั้งครรภ์ เนื่องจากภาวะเศรษฐกิจที่ฝืดเคืองและความไม่เหมาะสมทางวัฒนธรรม ทำให้ต้องมีการไปยุติการ

ตั้งครุฑที่ผิดกฎหมาย และไม่ปลอดภัย ทั้งที่การยุติการตั้งครุฑเป็นสิ่งที่สามารถทำได้แบบถูกกฎหมายในประเทศมาเลเซีย แต่แรงงานข้ามชาติสตรีที่ตั้งครุฑ ค่อนข้างเข้าถึงบริการได้ล่าช้า ส่งผลให้มีการตั้งครุฑต่อ แต่ผลลัพธ์ของการตั้งครุฑไม่ดีในที่สุด (Loganathan, Chan, de Smalen, & Pocock, 2020) การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ หากเข้ามาทำงานในประเทศไทยอย่างถูกต้องตามกฎหมายมีสิทธิในการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ สิทธิประกันสังคม และได้สิทธิประโยชน์เช่นเดียวกับแรงงานไทย ขึ้นอยู่กับประเภทของแรงงานและการทำประกันสุขภาพของนายจ้าง อย่างไรก็ตาม แม้ว่าแรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่จะมีสุขภาพแข็งแรง แต่ด้วยข้อจำกัดด้านภาษา วัฒนธรรม ความรู้ ทศนคติ พฤติกรรมสุขภาพ และบางกลุ่มเข้ามาโดยผิดกฎหมายทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของภาครัฐเพราะกลัวการถูกดำเนินคดี หรือส่งกลับไปยังประเทศของตน (Thongpan, 2020)

สมุทรสาครเป็นจังหวัดที่มีแรงงานข้ามชาติได้รับอนุญาตให้ทำงานในประเทศไทยมากเป็นอันดับที่สอง รองจากกรุงเทพมหานคร ข้อมูลเมื่อเดือน ตุลาคม 2563 พบว่า สมุทรสาครมีแรงงานข้ามชาติจำนวน 229,853 คน ส่วนใหญ่เป็นเมียนมา ลาว และ กัมพูชา (Labour Department Samut Sakhon Province, 2020) ผลการศึกษาภาวะสุขภาพและโรคที่สำคัญของแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย (Thongpan, 2020) พบว่า สตรีส่วนใหญ่มีปัญหาด้านระบบสืบพันธุ์ ซึ่งเมื่อเกิดปัญหาก็ไม่ไปปรึกษาพยาบาล เพราะมีปัญหาด้านการเงิน สิทธิการรักษา และเข้าเมืองผิดกฎหมาย ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ได้แก่ ความไว้วางใจต่อการรักษา ความสามารถในการจ่ายเงินค่ารักษา การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ปัจจัยด้านที่ตั้งของสถานบริการ และที่สำคัญปัจจัยด้านการสื่อสารระหว่างการเข้ารับบริการ ทั้งนี้อุปสรรคด้านการสื่อสาร เป็นปัญหาของหลายประเทศทั่วโลก ซึ่งมีแนวทางแก้ปัญหาแตกต่างกันไป เช่น มีการแนะนำให้น่าเพื่อน หรือคนในครอบครัวที่พอสื่อสารได้มาเมื่อมาใช้บริการสุขภาพ แต่ก็ยังพบปัญหาการสื่อสารและการแปลความผิดพลาด งานวิจัยในสวิสเซอร์แลนด์และมาเลเซีย แนะนำให้ใช้ล่ามแบบวิชาชีพ (Professional Interpreter) หรือล่ามที่ผ่านการฝึกอบรม (Trained Interpreter) (Jaeger, Pellaud, Laville, & Klausner, 2019; Puthoopparambil, Phelan, & MacFarlane, 2021) สอดคล้องกับผลการวิจัยจากสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศของประเทศไทย ที่ให้ข้อเสนอแนะว่า หนึ่งในกลยุทธ์สำคัญที่สุดในการสร้างความเข้มแข็งให้การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับแรงงานข้ามชาติ คือ การมีระบบกลไกที่สนับสนุนให้เกิดอาสาสมัครที่เป็นแรงงานข้ามชาติ เพื่อลดปัญหาการสื่อสารและช่วยเรื่องการเข้าใจวัฒนธรรมของประเทศนั้น (Kosiyaporn, Julchoo, Phaiyaron, Sinam, Kunpeuk, Pudpong, 2020) การดูแลแรงงานข้ามชาติให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสุขภาพกายและใจที่แข็งแรง และสามารถเข้าถึงประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ จึงเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่แรงงานทุกคนควรจะได้รับ โดยแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติจากการสังเคราะห์องค์ความรู้ เน้นประเด็นการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อบริการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ และเป็นเครื่องมือในการดำเนินงานและปรับปรุงกระบวนการพัฒนาระบบ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงความรู้ และบริการอนามัยเจริญพันธุ์รอบด้าน (Thongpan, 2020)

ทั้งนี้ระบบการบริการที่มีอยู่ในสมุทรสาครยังไม่มีระบบกลไกที่เพิ่มการเข้าถึงความรู้ บริการและสนับสนุนให้เกิดอาสาสมัครที่เป็นแรงงานข้ามชาติ อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อลดปัญหาการสื่อสารและช่วยเรื่องการเข้าใจวัฒนธรรมคณะผู้วิจัย จึงสนใจทำการวิจัยและพัฒนาระบบเพื่อเพิ่มการเข้าถึงความรู้ และบริการอนามัยเจริญพันธุ์รอบด้านสำหรับแรงงานข้ามชาติสตรีในจังหวัดสมุทรสาคร เพื่อเป้าหมายสูงสุด คือ เพิ่มคุณภาพชีวิตของแรงงานข้ามชาติสตรี เปิดโอกาสให้สตรีที่ตั้งครุฑไม่พร้อม สามารถเข้าถึงบริการการยุติการตั้งครุฑที่ปลอดภัย ลดอัตราการตายและพิการของมารดา ตามพันธกิจหลักที่สำคัญของ สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่ออธิบายสถานการณ์ความรู้ ทศนคติ และการเข้าถึงระบบบริการอนามัยเจริญพันธุ์ ของแรงงานข้ามชาติสตรีในจังหวัดสมุทรสาคร
2. เพื่อพัฒนาระบบเพื่อเพิ่มการเข้าถึงความรู้ บริการอนามัยเจริญพันธุ์

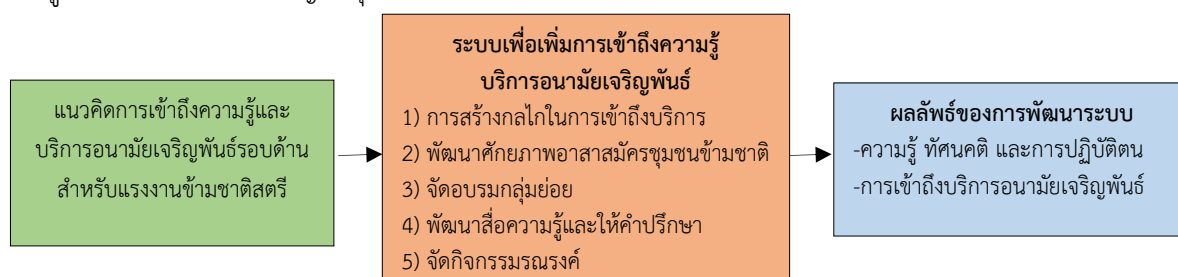
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบ โดยการเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติงาน การเข้าถึงความรู้ บริการอนามัยเจริญพันธุ์ ก่อนและหลังพัฒนาระบบ

สมมติฐานวิจัย

ภายหลังการพัฒนาระบบเพื่อเพิ่มการเข้าถึงความรู้ และบริการอนามัยเจริญพันธุ์รอบด้าน แรงงานข้ามชาติสตรีในจังหวัดสมุทรสาคร มีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ดีขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

ประยุกต์ใช้แนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติจากการสังเคราะห์องค์ความรู้ ของ Thongpan (2020) ที่เน้นประเด็นการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการให้เข้าใจ และการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ เป็นเครื่องมือในการดำเนินงานและปรับปรุงกระบวนการพัฒนาระบบ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงความรู้ และบริการอนามัยเจริญพันธุ์รอบด้าน ดังกรอบแนวคิดในแผนภาพที่ 1 ต่อไปนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา การวิจัยกึ่งทดลอง ร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 อธิบายสถานการณ์ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ด้วยรูปแบบการวิเคราะห์เอกสาร และการวิจัยเชิงพรรณนา ดังนี้

วิธีวิเคราะห์จากเอกสาร

1. ทบทวนเอกสารข้อมูลทุติยภูมิ จาก รายงานสถานการณ์แรงงาน จังหวัดสมุทรสาคร (Labour Department Samut Sakhon Province, 2020) รายงานวิจัยเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับบริการอนามัยเจริญพันธุ์ ระหว่าง แรงงานสตรีไทยและแรงงานข้ามชาติในจังหวัดสมุทรสาคร (Khamthanet, 2020) และ องค์ความรู้ว่าด้วยแรงงานข้ามชาติกับสุขภาพ: ผลจากการสังเคราะห์งานวิจัย ว่าด้วยแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย (Thongpan, 2020)

2. สังเคราะห์ข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาระบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

วิธีเชิงพรรณนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ เป็นกลุ่มแรงงานข้ามชาติสตรี จากประเทศเมียนมา กัมพูชา และลาว ในเขตจังหวัดสมุทรสาคร ประเทศไทย จำนวน 5200 คน

กลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างการประมาณค่าเฉลี่ยกรณีทราบขนาดประชากรโดยกำหนดค่าความแปรปรวนของผลต่างในงานวิจัยที่ผ่านมา (Gao, Xu, Lu, Wu, Wang, Decat, et al., 2015) ได้ขนาดตัวอย่าง 498 คน พิจารณาเพิ่มจำนวนกรณีการออกจากการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง 40 คน ดังนั้นในการศึกษาเพื่ออธิบาย

สถานการณ์ครั้งนี้ ใช้ขนาดตัวอย่าง 538 คน กลุ่มตัวอย่าง เลือก แบบเฉพาะเจาะจง จากเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ เป็นสตรีที่เป็นแรงงานข้ามชาติ อายุ 18-45 ปี อ่านออกเขียนได้ ในภาษาใดภาษาหนึ่ง ได้แก่ เมียนมา กัมพูชา หรือลาว ตามสัญชาติของตนเอง มีประจำเดือน และสภาพร่างกายอยู่ในช่วงที่สามารถตั้งครรภ์ได้ ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และมีส่วนร่วมในกิจกรรมของโครงการ เก็บข้อมูลก่อนเริ่มโครงการพัฒนาระบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์ข้อคำถามบางส่วนมาจากแบบประเมินการรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันสมควร ของ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Education Division, 2014) เป็นการประเมินความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตนด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ของกลุ่มแรงงานสตรีข้ามชาติ จากประเทศเมียนมา กัมพูชา และลาว ในเขตจังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งประกอบไปด้วยประเด็นคำถาม 5 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อคำถาม 11 ข้อ เลือกตอบให้ตรงกับข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ เป็นข้อคำถาม 9 ข้อ มีคำตอบเป็นปรนัย 4 ตัวเลือกให้เลือกตอบ ถูกได้ 1 คะแนน แบ่งกลุ่มระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์มาตรฐานตามแบบประเมินการรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันสมควรของ Health Education Division (2014) ดังนี้ คือ คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าร้อยละ 60 หรือ 5.4 แสดงว่า ระดับความรู้ไม่ถูกต้อง

คะแนนเฉลี่ย ระหว่าง ร้อยละ 60-80 หรือ 5.5-7.2 แสดงว่า ระดับความรู้ถูกต้องบ้าง

คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 หรือค่าคะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 7.2-9.0 แสดงว่า ระดับความรู้ถูกต้องที่สุด

ส่วนที่ 3 ทักษะเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ มีข้อคำถาม 14 ข้อ เป็นข้อคำถามและมีคำตอบ เห็นด้วย 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย 1 คะแนน

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติตนเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ มีข้อคำถาม 15 ข้อ มีคำตอบให้เลือกในการปฏิบัติ โดยมี ตัวเลือก 4 ระดับ คือ ไม่เคยทำ ถึง ปฏิบัติบ่อยมาก ค่าคะแนน จาก 1 ถึง 4

ส่วนที่ 5 การเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรต่อแรงงานข้ามชาติ เป็นแบบสอบถามปลายเปิด ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ คุณสมบัติของสถานบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ต้องการ และสิ่งที่ขัดขวางในการมารับบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ต้องการ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ 1 ท่าน พยาบาล 2 ท่าน โดยผู้วิจัยใช้วิธีหาค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ หรือเนื้อหา ผลการตรวจสอบได้ค่า IOC ทุกข้อคำถาม อยู่ระหว่าง .67 - 1.00

การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Equivalence Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามจากภาษาไทยที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว มาให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาแปลเป็นภาษาเมียนมา กัมพูชา และลาว และแปลกลับจากภาษาเมียนมา กัมพูชา และลาว เป็นภาษาไทย และทำ Dual Panel Translation Methods เพื่อตรวจสอบความตรงของภาษา และวัฒนธรรม ระหว่าง ฉบับภาษาไทยชุดต้นฉบับ กับภาษาเมียนมา เขมร และลาว (Linguistic and Cultural Equivalence) โดยในแต่ละภาษา มีผู้เชี่ยวชาญ ภาษาละ 2 ท่าน รวม 6 ท่าน ขั้นตอนการแปลมีรายละเอียด (Sawasdiapanich & Sujitra Tiansawad, 2011) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 แปลเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับ (Forward Translation) จาก ภาษาไทย (Source Language) เป็นภาษาเป้าหมาย (Target Language) คือภาษาเมียนมา ลาว เขมร

ขั้นตอนที่ 2 ตรวจสอบเครื่องมือวิจัยฉบับแปลโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา

ขั้นตอนที่ 3 แปลย้อนกลับ (Backward Translation) จากภาษาเป้าหมายมาเป็นภาษาไทย โดยผู้แปลย้อนกลับ เป็นผู้ที่สามารถใช้ทั้งสองภาษาได้เป็นอย่างดี (Bilingual Person) แต่ไม่ใช่บุคคลเดียวกันกับผู้แปลในขั้นตอนแรก และไม่เคยเห็น เครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับมาก่อน เพื่อลดอคติในการแปลย้อนกลับ

ขั้นตอนที่ 4 เปรียบเทียบแบบสอบถามต้นฉบับกับชุดแปลที่ย้อนกลับให้มีความหมายตรงกันโดยผู้ประเมินทั้งสองมีความเห็นตรงกัน ถือว่าผ่านและนำมาใช้เป็นเครื่องมือได้ และนำข้อที่แตกต่างได้นำมาทบทวนและหาข้อสรุป

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญไปทดสอบกับ สตรีที่เป็นแรงงานข้ามชาติ เมียนมา ลาว และ กัมพูชา ที่ทำงานอยู่ในจังหวัดสมุทรสาคร สัญชาติละ 30 คน และนำผลการทดสอบมา วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค และ KR-20 ได้ความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับเท่ากับ .87 โดย ฉบับภาษาเมียนมาได้ความเชื่อมั่น .92 ลาว .89 และกัมพูชา .91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยติดต่อประสานงานผ่านผู้ประสานงานโครงการเพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐานของสำหรับใช้เป็นข้อมูลวิจัยเบื้องต้น ซึ่งดำเนินโครงการ โดยจัดประชุมชี้แจงรายละเอียดในการเก็บข้อมูลกับผู้ช่วยวิจัย และผู้ประสานงานโครงการ หากสตรีที่เป็นแรงงานข้ามชาติ มีคุณสมบัติครบตามที่กำหนด สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย จะรับการอธิบายถึงรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับวิจัย การพิทักษ์สิทธิของผู้ถูกวิจัย และกลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจไม่เข้าร่วมการศึกษา เมื่อใดก็ได้การเก็บข้อมูลครั้งแรก กลุ่มตัวอย่าง จะต้องตอบแบบสอบถาม ที่เป็นฉบับที่ตรงตามภาษาที่ กลุ่มตัวอย่างเข้าใจก่อนเริ่มโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาระบบเพื่อเพิ่มการเข้าถึงความรู้ บริการอนามัยเจริญพันธุ์ และระบบการส่งต่อเพื่อยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย

ผู้วิจัยนำข้อมูลจากสถานการณ์ที่ได้จากขั้นตอนที่1 มาวิเคราะห์ข้อมูล โดยสรุปเนื้อหา จัดหมวดหมู่ แล้วจึงนำมาสังเคราะห์ และหาแนวทางแก้ปัญหาาร่วมกัน แล้วจัดทำโครงการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงความรู้ และบริการอนามัยเจริญพันธุ์ และบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ถูกต้องตามกฎหมาย โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเข้าถึง บริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติจากการสังเคราะห์องค์ความรู้ ของ Thongpan (2020) และจากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นพบว่าระบบการบริการที่มีอยู่ในสมุทรสาครยังไม่มีระบบกลไกที่สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาเรื่องการสื่อสาร ระหว่างผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อการให้บริการ ดังนั้นเครื่องมือในการดำเนินงานและปรับปรุงกระบวนการพัฒนาระบบ มีดังนี้

กิจกรรมที่ 1 วางแผน ประเมินสถานการณ์ และหาแนวทางแก้ปัญหาาร่วมกันโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชนและภาคประชาสังคมในจังหวัดสมุทรสาคร เพื่อสร้างกลไกในการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ และท้องไม่พร้อมสำหรับแรงงานข้ามชาติสตรี

กิจกรรมที่ 2 ปฏิบัติตามแผน สังเกตกระบวนการและผลลัพธ์ เริ่มจากการฝึกอบรม อาสาสมัครสุขภาพชุมชนข้ามชาติ แรงงานข้ามชาติเรื่องความรู้และบริการอนามัยเจริญพันธุ์ทั้ง 3 สัญชาติ ในการเผยแพร่ความรู้ และนำส่งแรงงานข้ามชาติสตรีไปรับบริการที่ปลอดภัย จัดอบรมให้ความรู้แก่แรงงานข้ามชาติและครอบครัว พัฒนาสื่อความรู้ Hotline สายด่วน1452 และแบบประเมิน 3 ภาษา และการจัดกิจกรรมรณรงค์ในวันสำคัญ

กิจกรรมที่ 3 สะท้อนกลับกระบวนการ และผลลัพธ์ ผ่านการจัดประชุมติดตาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ แก้ปัญหาาร่วมกัน ทั้งแบบประชุมในพื้นที่กับคณะกรรมการ และผ่านไลน์

กิจกรรมที่ 4 วางแผนปรับปรุงการดำเนินการอย่างเหมาะสม และทดลองซ้ำในกิจกรรมที่ 2 3 4

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ของแรงงานข้ามชาติสตรีในจังหวัดสมุทรสาคร ก่อนและหลังพัฒนาระบบ
ขั้นตอนนี้ใช้รูปแบบวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นกลุ่มแรงงานข้ามชาติสตรี จากประเทศเมียนมา กัมพูชา และลาว ในเขตจังหวัดสมุทรสาคร ประเทศไทย จำนวน 5200 คน

กลุ่มตัวอย่าง มีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย โดยใช้ค่าเฉลี่ยของผลต่างและค่าความแปรปรวนในงานวิจัยที่ผ่านมา (Gao, Xu, Lu, Wu, Wang, Decat, et al., 2015) ได้จำนวนไม่น้อยกว่า 29 คน เนื่องจากมีการเก็บข้อมูล ในระหว่างการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งมีการระบาดใหญ่ ในเขตพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนของแต่ละสัญชาติได้ ผู้วิจัยจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของแรงงานข้ามสตรีในสมุทรสาคร คือ เมียนมา:กัมพูชา: ลาว เท่ากับ 7:2:1 ผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ไม่สามารถทราบสถานการณ์ของการระบาดและสถานะการพักอาศัยในประเทศไทยและการจ้างงานของนายจ้าง โดยจากการประชาสัมพันธ์และสอบถามความสมัครใจมีผู้สนใจเข้าร่วมโครงการได้จำนวน 101 คน ที่สามารถยืนยันการพักอาศัยในประเทศไทย จนจบการศึกษาวิจัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 101 คน เป็นชาวเมียนมา 71 คน กัมพูชา 21 คนและลาว 9 คน โดยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ที่เป็นฉบับที่ตรงตามภาษาที่กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ

การกำหนดเกณฑ์คัดเข้า เป็นสตรีที่เป็นแรงงานข้ามชาติ จากประเทศเมียนมา กัมพูชา และลาว ในเขตจังหวัดสมุทรสาคร ประเทศไทย อายุ 18-45 ปี อ่านออกเขียนได้ ในภาษาใดภาษาหนึ่ง ตามสัญชาติของตนเอง มีประจำเดือน และยังสามารถร่างกายอยู่ในช่วงที่สามารถตั้งครรภ์ ยินดีเข้าร่วมการวิจัย 2 ครั้ง ในช่วงก่อน และหลังดำเนินโครงการ มีส่วนร่วมในกิจกรรม ของโครงการนำร่องระบบการส่งต่อเพื่อการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ และบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยของแรงงานข้ามชาติ ของ สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย และกำหนดเกณฑ์คัดออก กรณีไม่สามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมจนโครงการสิ้นสุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โครงการพัฒนาระบบ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงความรู้ และบริการอนามัยเจริญพันธุ์รอบด้าน ในชุมชน ที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากขั้นตอนที่ 2
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดผลลัพธ์การวิจัย เป็นแบบสอบถามชุดเดียวกัน กับที่ใช้ในขั้นตอนที่ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยติดต่อประสานงานผ่านผู้ประสานงานโครงการเพื่อเก็บข้อมูล กับกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมก่อนเริ่มโครงการ โดยตอบแบบสอบถามเรื่องความรู้ ทักษะคิด การปฏิบัติตน และการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์

ขั้นทดลอง

กลุ่มตัวอย่างได้รับการฝึกอบรม จากอาสาสมัครสุขภาพชุมชนข้ามชาติทั้ง 3 สัญชาติ เรื่อง ความรู้และบริการอนามัยเจริญพันธุ์ ได้รับการเผยแพร่ความรู้ ผ่านสื่อความรู้ทั้ง 3 ภาษา และหากมีข้อสงสัยหรือต้องการปรึกษาสามารถติดต่อผ่าน Hotline สายด่วน1452 ที่มีบริการและแบบประเมิน 3 ภาษา รวมทั้งนำส่งแรงงานข้ามชาติสตรีไปรับบริการที่ปลอดภัย โดยอาสาสมัครสุขภาพชุมชนข้ามชาติ และการจัดกิจกรรมรณรงค์ในวันสำคัญ

ขั้นหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรื่องความรู้ ทักษะคิด การปฏิบัติตน และการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์อีกครั้งหลังเข้าร่วมโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตนด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ระหว่างก่อนและหลังพัฒนาระบบโดยใช้ Pair t-test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Kolmogorov-smirnov test, sig = .053)

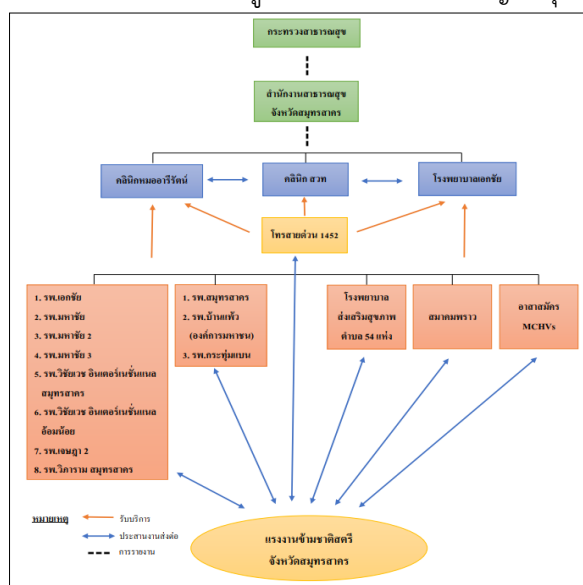
จริยธรรมวิจัย

โครงร่างวิจัยเสนอขอดำเนินต่อผู้ว่าราชการจังหวัดสมุทรสาคร ได้รับหนังสืออนุมัติ เมื่อวันที่ 21 เมษายน 2564 และ เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร โดยได้รับหนังสือ อนุมัติเลขที่ 0032/2193 เมื่อวันที่ 18 มิถุนายน 2564

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 538 คน เป็น แรงงานข้ามชาติสตรีเชื้อชาติเมียนมา (ร้อยละ 81.78) กัมพูชา(ร้อยละ 10.41) และ ลาว (ร้อยละ 7.81) ส่วนใหญ่มี สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 74.54) อายุเฉลี่ย 31.35 ปี นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 96.28) ไม่สามารถอ่านภาษาไทยได้ (ร้อยละ 81.78) มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างพูดภาษาไทยได้ (ร้อยละ 67.10) และ 3 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างฟัง ภาษาไทยได้ (ร้อยละ 75.65) อาศัยอยู่กับสามี (ร้อยละ 66.36) และเคยมีเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 90.33) ด้านการเงิน พบว่า ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ ต่อเดือน ระหว่าง 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 47.96) และมีค่าใช้จ่ายต่อวัน 61-100 บาท (ร้อยละ 42.01) ภาพรวม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ อยู่ในระดับที่ไม่ถูกต้อง ($M=3.24$, $SD=1.33$) ด้านทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งเห็นด้วย ได้แก่ การคุมกำเนิดเป็นหน้าที่และความ รับผิดชอบของผู้หญิงเท่านั้น (ร้อยละ 60.41) การตั้งครรภ์และมีบุตรระหว่างทำงานในประเทศไทย จะทำให้ได้สิทธิในการ พักอาศัยต่อในประเทศไทย (ร้อยละ 55.58) ภรรยาไม่สามารถปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์กับสามี เพราะเป็นหน้าที่ และ กลัวสามีไม่รัก (ร้อยละ 53.16) ปัญหาทางเพศ หรือการคุมกำเนิด เป็นเรื่องที่สามารถพูดคุยอย่างเปิดเผยได้ (ร้อยละ 50.19) ส่วนทัศนคติที่มากกว่าครึ่งหนึ่งไม่เห็นด้วย ได้แก่ การที่นายจ้างหรือผู้มีพระคุณ จะให้เงินหรือรางวัลเพื่อแลก กับการยอมให้เขาได้กอดจูบ ลูบคลำ หรือมีเพศสัมพันธ์ด้วย เป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้ (ร้อยละ 74.16) การตั้งครรภ์โดย ไม่มีการแต่งงานเป็นเรื่องที่ยอมรับได้ (ร้อยละ 63.94) การมีรอยฝังยาคุมที่ต้นแขนเป็นเรื่องน่าอาย (ร้อยละ 54.84) ด้านการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ที่ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยใช้บริการด้านสุขภาพทางเพศจากสถานบริการ สาธารณสุขของรัฐบาล (ร้อยละ 60.78) และไม่เคยใช้จากคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 63.38) ไม่เคยใช้บริการ ด้านสุขภาพทางเพศจากหน่วยงานสาธารณสุขที่พูดคุยภาษาเดียวกันและเข้าใจวัฒนธรรมของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 59.85) ปัจจัยที่ขัดขวางไม่ให้มารับบริการสุขภาพทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ ที่สถานบริการสาธารณสุข สาม อันดับแรก ได้แก่ 1) ตรงกับเวลางาน 2) เจ้าหน้าที่ดูไม่เป็นมิตร 3) คลินิกอยู่ไกล เดินทางไม่สะดวก

2. ระบบกลไก เพื่อเพิ่มการเข้าถึงความรู้และบริการอนามัยเจริญพันธุ์



ภาพ 2 ระบบการส่งต่อแรงงานข้ามชาติเพื่อเพิ่มการเข้าถึงความรู้และบริการอนามัยเจริญพันธุ์

3. เปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตนด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ของแรงงานข้ามชาติสตรีในจังหวัดสมุทรสาคร ก่อนและหลังพัฒนาระบบ

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าคะแนน ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตน ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ก่อนและหลังการพัฒนาระบบ (n=101)

ตัวแปร	ก่อนพัฒนาระบบ		หลังพัฒนาระบบ		t	df	P value (1-tailed)
	M	SD	M	SD			
ความรู้	2.74	1.62	4.67	2.15	6.87	100	<.001
ทักษะ	23.01	3.70	28.62	2.14	14.06	100	<.001
การปฏิบัติตน	35.15	10.35	46.30	8.69	9.04	100	<.001

จากตารางพบว่าหลังการพัฒนาระบบความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวของแรงงานสตรีข้ามชาติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001

อภิปรายผล

1. สถานการณ์ความรู้ ทักษะ และการเข้าถึงระบบบริการอนามัยเจริญพันธุ์ ภาพรวมของกลุ่มแรงงานสตรีทั้ง 3 เชื้อชาติ มีความรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งหมายถึงการมีความรู้ไม่ถูกต้อง ทั้งนี้เนื่องมาจากทักษะด้านภาษา วัฒนธรรม และการสื่อสาร เพราะกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านภาษาไทยได้ สอดคล้องกับผลการสังเคราะห์งานวิจัยว่าด้วยแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย (Thongpan, 2020) ที่พบว่า ประเด็นปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งของแรงงานข้ามชาติ คือ การสื่อสารกับการบริการสุขภาพ โดยหากจะใช้วิธีการสื่อสารผ่านล่าม สิ่งที่ต้องเข้าใจไม่ใช่เพียงแต่สื่อสารภาษาไทยได้เท่านั้น แต่ล่ามต้องมีความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์การอยู่เมืองไทยนานพอที่จะเข้าใจบริบท มารยาท และระบบบริการสาธารณสุขของไทย ด้านทักษะ มีประเด็นที่มากกว่าครึ่งหนึ่งเห็นด้วย ได้แก่ การคุมกำเนิดเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้หญิงเท่านั้น การตั้งครรภ์และมีบุตรระหว่างทำงานในประเทศไทย จะทำให้ได้สิทธิในการพักอาศัยต่อในประเทศไทย ภรรยาไม่สามารถปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์กับสามี เพราะเป็นหน้าที่และกลัวสามีไม่รัก และปัญหาทางเพศหรือการคุมกำเนิด เป็นเรื่องที่สามารถพูดคุยอย่างเปิดเผยได้ ประเด็นดังกล่าวจะเห็นได้ว่า กลุ่มแรงงานข้ามชาติสตรี ยังไม่ทราบถึง สิทธิและความมีอิสระในร่างกายตนเอง (Body Autonomy) ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้หญิงทั่วโลก กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) ระบุว่า เกือบครึ่งหนึ่งของผู้หญิงในประเทศกำลังพัฒนา ไม่ได้สิทธิในการตัดสินใจว่าจะมีเพศสัมพันธ์กับคู่ของตน หรือสิทธิในการคุมกำเนิด ทั้งนี้ ความมีอิสระและความเที่ยงตรงทางร่างกาย (Bodily Autonomy and Integrity) คืออำนาจที่จะตัดสินใจเลือกเกี่ยวกับร่างกายของตนเองมีพื้นฐานมาจากความเสมอภาคทางเพศและสิทธิมนุษยชน และเป็นสิ่งจำเป็นในการให้อำนาจผู้หญิงและเพื่อที่จะบรรลุ เป้าหมายในการพัฒนาอย่างยั่งยืน (United Nations of Population Fund, 2021)

2. ระบบเพื่อเพิ่มการเข้าถึงความรู้ บริการอนามัยเจริญพันธุ์ จากการประเมินสถานการณ์เบื้องต้นของแรงงานข้ามชาติสตรี ทำให้ทราบแนวทางในการพัฒนาระบบจากข้อจำกัดที่สำคัญ ได้แก่ การสื่อสาร เพราะกลุ่มแรงงานข้ามชาติสตรีส่วนใหญ่ไม่สามารถอ่านภาษาไทย แต่พูด และ ฟังภาษาไทยได้ การฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขข้ามชาติให้ช่วยเหลือกันและทำงานแบบบูรณาการร่วมกับนายจ้าง หน่วยงานสาธารณสุข และองค์กรระดับท้องถิ่น เพื่อเข้าใจกัน ลดข้อจำกัดด้านภาษาและวัฒนธรรม โดยเน้นการสอนให้กลุ่มแรงงานสตรี เข้าใจเรื่องสิทธิ การเข้าถึงบริการสุขภาพ สิทธิสตรี และความเท่าเทียมระหว่างเพศ (Gender Equality) ทั้งนี้การได้รับบริการด้านสุขภาพที่ดี สามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายนับเป็นสิทธิด้านสุขภาพ (The Right to health) (United Nations Development Programme, 2015) ที่แรงงานข้ามชาติ ไม่ว่าเชื้อชาติไหน ควรได้รับ ดังนั้นหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ควรร่วมกัน ปรับปรุง พัฒนา สนับสนุน และ ส่งเสริมการบริการด้านสุขภาพแก่แรงงานข้ามชาติทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติรวมถึงควรพัฒนาระบบตามความต้องการที่กลุ่มแรงงานข้ามชาติเสนอ เช่น การมีหมอ

พยาบาลใจดี เป็นมิตร ไม่ตัดสิน ไม่ดูต่ำ และ เก็บความลับ หรือการจัดหน่วยบริการเคลื่อนที่ ไปยังชุมชนที่แรงงานข้ามชาติอาศัยอยู่

3. ผลลัพธ์การเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตน การเข้าถึงความรู้ บริการอนามัยเจริญพันธุ์ ก่อนและหลังพัฒนาระบบ พบว่า ก่อนพัฒนาระบบ กลุ่มแรงงานข้ามชาติสตรี มีความรู้ในระดับต่ำ และมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องในหลายประเด็น ที่อาจส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ (Unwanted Pregnancy) ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมาระบุว่า การตั้งครรภ์ของกลุ่มแรงงานข้ามชาติสตรี เป็นสิ่งที่น่ากังวลกว่าการติดเชื้อจากโรคทางเพศสัมพันธ์ เพราะทางออกที่ดีที่สุดเพียงทางเดียวที่กลุ่มแรงงานข้ามชาติสตรีมักเลือกใช้บริการ คือ การไปทำแท้งแบบผิดกฎหมาย และไม่ปลอดภัย (Loganathan, Chan, de Smalen, & Pocock, 2020) ดังนั้นการมีระบบส่งต่อที่ทำให้เข้าถึงความรู้ และบริการอนามัยเจริญพันธุ์ จะทำให้แรงงานข้ามชาติสตรี มีความรู้ที่ถูกต้อง ดังจะเห็นได้จากค่าคะแนนความรู้ที่เพิ่มขึ้นมาก

ด้านทัศนคติพบว่าการพัฒนาระบบ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่ทราบถึงสิทธิและความมีอิสระในร่างกายตนเอง ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้หญิงทั่วโลก หลังการเข้าร่วมโครงการ พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์เปลี่ยนแปลงไป แรงงานข้ามชาติสตรีเห็นด้วย ว่าการยุติการตั้งครรภ์เป็นสิ่งที่สามารถทำได้ หากมีความจำเป็นหรือไม่พร้อม ปัญหาทางเพศ หรือการคุมกำเนิด เป็นเรื่องที่สามารถพูดคุยอย่างเปิดเผยได้ และการมีรอยฝังยาคุมกำเนิดที่ต้นแขนไม่ได้เป็นเรื่องที่น่าอาย จะเห็นได้ว่า แรงงานข้ามชาติสตรีมีทัศนคติในเชิงบวกเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยในการใช้บริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของสตรีในประเทศลาว พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ใช้บริการเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์คือกระบวนการในการรับรู้ (Cognitive Accessibility) และปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological Accessibility) (Thongmixay, Essink, Greeuw, Vongxay, Sychareun, & Broerse, 2019) ซึ่งในการจัดการอบรมให้ความรู้ในระบบ มีการส่งเสริมกระบวนการในการรับรู้ เช่นการใช้ภาษาที่ผู้เข้ารับการอบรมคุ้นเคย การให้อาสาสมัครสาธารณสุขข้ามชาติ ที่มีทักษะในการเป็นผู้ให้คำปรึกษา มากกว่า การเป็นผู้สอน ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีทัศนคติที่เปลี่ยนไป

ด้านการปฏิบัติตน พบว่าก่อนพัฒนาระบบ แรงงานข้ามชาติสตรีไม่เคยรับบริการตรวจสุขภาพทางเพศ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการจัดบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีอยู่ยังไม่เหมาะกับบริบทการทำงานของแรงงานข้ามชาติสตรี ทำให้อาจเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรค ไม่เพียงแต่โรคทางเพศสัมพันธ์ อย่าง โรคเชอีวี เอ็ดส์ หรือกามโรค ซิฟิลิส แต่อาจเป็นพาหะนำโรคติดต่ออื่นๆเข้ามาด้วย เช่น โรคมาลาเรีย โรควัณโรค โรคโควิด 19 เป็นต้น (Thongpan, 2020) ภายหลังเข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เปลี่ยนไป เช่น ตรวจเต้านมด้วยตนเอง เดือนละ 1 ครั้ง ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก และสังเกตลักษณะอาการผิดปกติบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์เป็นประจำ และเมื่อพบความผิดปกติ จะไปขอรับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างไรก็ตามยังคงมีการปฏิบัติตัวบางประการที่ควรได้รับการพัฒนาเนื่องจากยังมีบางคนที่ซื้อยามารับประทานเองเพื่อรักษาอาการ ผิดปกติที่อวัยวะสืบพันธุ์ เช่น มีตุ่ม หนองไหล ปัสสาวะแสบขัด มีอาการคัน มีตกขาว ดังนั้นในการให้ข้อมูลควรมีการเพิ่มข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การป้องกันและการรักษาที่เหมาะสมซึ่งควรแนะนำให้ไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และไม่ควรรซื้อยารับประทานเอง เนื่องจากการรักษาที่ผิดอาจให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เรื้อรังได้ (Sharma & Lawrence, 2019)

ด้านการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ หลังเข้าร่วมโครงการ พบว่า ปัจจัยขัดขวางที่ทำให้แรงงานข้ามชาติสตรีไม่มารับบริการ ได้แก่ ตรงกับเวลางาน เป็นคลินิกเอกชน/รพ.เอกชน และต้องมาคนเดียว ดังนั้นหากมีการจัดบริการที่เหมาะสม ไม่ตรงกับเวลางาน ค่าบริการที่ไม่แพง ก็จะทำให้แรงงานข้ามชาติสามารถเข้าถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ได้ ดังนั้นหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ควรทำงานร่วมกัน เพื่อปรับปรุง พัฒนา สนับสนุน และส่งเสริมการบริการด้านสุขภาพแก่แรงงานข้ามชาติทั้งในระดับนโยบาย และระดับปฏิบัติ

การนำผลวิจัยไปใช้

การดำเนินกิจกรรมในโครงการสามารถส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มเป้าหมายเปราะบางที่เข้าถึงบริการได้ยาก ในการวิจัยครั้งนี้ ได้นำผลการวิจัยเสนอแนะทางผู้กำหนดนโยบายในพื้นที่ ได้ให้ความสำคัญของสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์คือสิทธิมนุษยชน และดำเนินการในการส่งเสริมสิทธิด้านอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสามารถนำไปขยายผลให้พื้นที่อื่นได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. จัดระบบการส่งเสริมการเข้าถึงความรู้สิทธิและบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับแรงงานข้ามชาติ อาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วน
2. การจัดอบรมแรงงานข้ามชาติที่สามารถพูดภาษาเดียวกับแรงงานข้ามชาติ ทำให้สามารถช่วยในการสื่อสารระหว่างแรงงานข้ามชาติและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนจาก สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี และการดำเนินงานภายใต้โครงการ End to End Referral System for Female Migrant Workers to Access to Comprehensive Safe Abortion Care ซึ่งได้รับการสนับสนุนจาก Grand Challenges Canada

References

- Division of Labor Economics. (2021). *Economic Situation Report: International Labor and International Labor Movement Quarter 2/2021*. Bangkok: Division of Labor Economics. (in Thai)
- Gao, X., Xu, L., Lu, C., Wu, J., Wang, Z., Decat, P., et al. (2015). Effect of improving the knowledge, attitude, and practice of reproductive health among female migrant workers: a worksite-based intervention in Guangzhou, China. *Sexual Health*, 12(1), 13–21. doi.org/10.1071/SH14061
- Health Education Division. (2014). *Health Literacy Scale for Unwanted Pregnancy Prevention of Thai Female Adolescents*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Jaeger, F. N., Pellaud, N., Laville, B., & Klausner, P. (2019). The migration-related language barrier and professional interpreter use in primary health care in Switzerland. *BMC Health Services Research*, 19, 429. doi.10.1186/s12913-019-4164-4
- Khamthanet, R., & Suthutvoravut. (2020). Comparison of knowledge, attitude, and behavior of reproductive health between Thai and immigrant women workers in factories in Samut Sakhon Thailand. *Rama Med J*, 43(1), 25-34. doi.org/10.33165/rmj.2020.43.1.238367
- Kosiyaporn, H., Julchoo, S., Phaiyrom, M., Sinam, P., Kunpeuk, W., Pudpong, N., Suphanchaimat, R. (2020). Strengthening the migrant-friendliness of thai health services through interpretation and cultural mediation: A system analysis. *Global Health Research and Policy*, 5, 53. doi.10.1186/s41256-020-00181-0
- Labour Department Samut Sakhon Province. (2020). *Labor Situation Report in Samut Sakhon Province Quarter 2 Year 2020*. Labour Department Samut Sakhon Province. (in Thai)

- Loganathan, T., Chan, Z. X., de Smalen, A. W., & Pocock, N. S. (2020). Migrant women's access to sexual and reproductive health services in Malaysia: A qualitative study. *International journal of environmental research and public health*, 17(15), 1-18.
doi.org/10.3390/ijerph17155376
- Puthooppambal, S. J., Phelan, M., & MacFarlane, A. (2021). Migrant health and language barriers: Uncovering macro level influences on the implementation of trained interpreters in healthcare settings. *Health Policy*, 125(8), 1085-1091. doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.05.018
- Sawasdiapanich, N., & Sujitra, T. (2011). Instrument translation for cross-cultural research: technique and issue to be considered. *Thai Journal of Nursing Council*, 26(1), 19-28. (in Thai)
- Sharma, P. K., & Lawrence, S. (2019). Complaint and treatment for vaginal discharge attending by gynecology nurses in rajasthan: An analysis. *International Journal of Research in Medical and Basic Sciences*, 5(9), 29-37.
- Thongmixay, S., Essink, D. R., Greeuw, T., Vongxay, V., Sychareun, V., & Broerse, J. E. W. (2019). Perceived barriers in accessing sexual and reproductive health services for youth in Lao People's Democratic Republic. *PLoS One*, 14(10), e0218296.
doi.10.1371/journal.pone.0218296
- Thongpan, S. (2020). Body of knowledge about translational migrant and health: the result of research synthesis of translational migrant labour in Thailand. *Thai Journal of Health Education*, 43(2), 1-17. (in Thai)
- United Nations of Population Fund. (2021). *My Body is My Own*. UNFPA Division for Communications and Strategic Partnerships.
- United Nations Development Programme. (2015). *The Right to Health Right to Health for Low-skilled Labour Migrants in ASEAN Countries*. Bangkok: United Nations Development Programme Bangkok Regional Hub.

สมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์าระดับต้นในความปกติใหม่ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดเชียงราย

First-Level Nurse Executives Competencies in the New Normal at a Tertiary Hospital, Chiang Rai Province

นิรภัย กันอินทร์¹, กาญจนา ศรีสวัสดิ์^{2*}, สายสมร เฉลยภักดี³

Niraphai Kanin¹, Kanjana Srisawad^{2*}, Saisamorn Chalueikitti³

¹นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารทางการแพทย์) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช,

²สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, ³วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

¹Master of Nursing Student (Nursing Administration), Sukhothai Thammathirat Open University,

²Faculty of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, ³The Royal Thai Army Nursing College

(Received: November 16, 2023; Revised: January 19, 2024; Accepted: January 20, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์าระดับต้นในความปกติใหม่ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดเชียงราย และ 2) วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันสมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์าระดับต้นในความปกติใหม่ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารทางการแพทย์าระดับต้น จำนวน 103 คน โดยเลือกตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบวัดสมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์าระดับต้นในความปกติใหม่ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง .67 - 1.00 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.844 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่งโดยใช้ค่าดัชนีสถิติ KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) และ Bartlett's test of sphericity ผลการวิจัยพบว่า

1. สมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์าระดับต้นในความปกติใหม่ ในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด

2. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่งของสมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์าระดับต้นในความปกติใหม่ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) จรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรม และกฎหมาย 2) การบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพ 3) ภาวะผู้นำ 4) นโยบายและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ และ 5) การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ พบว่าความตรงเชิงโครงสร้างองค์ประกอบเชิงยืนยันของอันดับหนึ่งของสมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์าระดับต้นในความปกติใหม่ ด้วยการทดสอบสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่งเป็นไปตามแนวคิดสมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์าระดับต้นในความปกติใหม่กับข้อมูลเชิงประจักษ์ มีค่าสถิติเป็นไปตามเกณฑ์การทดสอบความสอดคล้องกลมกลืน ($\chi^2_{1st\ order} = 1.448, df = 2, p\text{-value} = 0.485$ และ RMSEA = 0.958)

ข้อเสนอแนะในภาวะความปกติใหม่สมรรถนะของผู้บริหารทางการแพทย์าระดับต้นที่ควรพัฒนามสมรรถนะ ทั้ง 5 ด้านให้แก่ผู้บริหารทางการแพทย์าระดับต้นมากที่สุดเพื่อให้มีความสามารถในการบริหารจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้

คำสำคัญ: สมรรถนะ ผู้บริหารทางการแพทย์าระดับต้น ความปกติใหม่

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: kanjana.sri@stou.ac.th)

Abstract

The objectives of this descriptive research were to: 1) study the competencies of first-level nurse executives in the new normal, and 2) assess the level of development of "new normal" competencies among first-level nurse managers at a tertiary hospital in Chiang Rai Province. The sample group consisted of 103 first-level nurse executives. The research instrument consisted of a personal information form and a competencies assessment form for first-level nurse executives. The content validity ranged from .67 to 1.00 and the reliability value was at the 0.844 level. Data were analyzed by descriptive statistics and first-order confirmatory factor analysis, using the KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) statistical index and Bartlett's test of sphericity. The results were as follows.

1. Overall, the "new normal" competencies of the first-level nurse executives were at the highest level.

2. The first-order confirmatory factor analysis of the first-level nurse executives in the new normal consisted in 5 components: 1) professional, ethics, and law, 2) quality management and development, 3) leadership, 4) health policy and environment, and 5) communication and relationship building. The first-order confirmatory was consistent with empirical data. The statistical values met the criteria for the test of harmony ($\chi^2_{1st\ order} = 1.448$, $df = 2$, $p\text{-value} = 0.485$ และ $RMSEA = 0.958$).

In conclusion, those five components for the nurses competencies under "new normal" scheme should be developed among first-level nurse executives.

Keywords: Competency, First-level Nurse Executives, New Normal

บทนำ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (Coronavirus 2019) องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้เป็นโรคระบาดใหญ่ส่งผลกระทบไปทั่วโลก (Pandemic) และในประเทศไทยต้องเผชิญกับวิกฤติการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วในหลายพื้นที่ทั่วประเทศ ส่งผลกระทบทั้งทางด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคมและด้านสาธารณสุข (Department of disease control, Ministry of Public Health, 2022) พบว่ากระบวนการพยาบาลและการดูแลรักษามีการปรับเปลี่ยนไปมีการปรับตัวเข้าสู่การดูแลผู้ป่วยในความปกติใหม่ (New normal) มีการปรับการบริหารพยาบาลให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ทั้งด้านโครงสร้าง ด้านระบบการบริการพยาบาลและด้านการ (Department of Inspection, Ministry of Public Health, 2021) จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลในการบริหารจัดการการดูแลผู้รับบริการ การจัดการทรัพยากร การจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน และเป็นความท้าทายต่อของผู้บริหารทางการพยาบาลในการบริหารจัดการองค์กร ผู้บริหารทางการพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการวางแผน ควบคุม และกำกับ (Hoffmann, Battaglia, Perpetua, Wojtaszek, & Campbell, 2020)

ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นเป็นพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้บริหารปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหน่วยงานหรือพยาบาลตรวจการ มีหน้าที่ในการกำกับดูแลการปฏิบัติงานการพยาบาลที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อกระบวนการพยาบาลแก่ผู้ป่วย ถ่ายทอดนโยบายด้านการพยาบาลสู่ระดับผู้ปฏิบัติงาน จากการสังเคราะห์องค์ประกอบของสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น พบว่าสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) จรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรมและกฎหมาย 2) การบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพ 3) ภาวะผู้นำ 4) นโยบายและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ และ 5) การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ (Massachusetts Nurse of the Future Nursing Core Competencies, 2016) (American Organization for Nurse Leadership [AONL], 2015) ซึ่งสอดคล้องกับสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นของสภาการพยาบาล (Nursing Council, 2018)

ส่วนสมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์บาลระดับต้นในภาวะปกติใหม่ยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนว่ามีความแตกต่างสมรรถนะที่มีการกำหนดไว้อยู่เดิมอย่างไร

ผู้บริหารทางการแพทย์บาลระดับต้นในความปกติใหม่จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์บาลระดับต้นในความปกติใหม่ เพื่อให้การบริหารทางการแพทย์บาลบรรลุเป้าหมาย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์บาลระดับต้นในความปกติใหม่ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดเชียงราย ทั้ง 5 องค์ประกอบ ว่าหลังจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เข้าสู่ภาวะความปกติใหม่สมรรถนะดังกล่าว ยังเป็นสมรรถนะที่จำเป็นหรือมีความสำคัญต่อการบริหารทางการแพทย์บาลระดับต้นหรือไม่ โดยผู้วิจัยนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) เพื่อตรวจสอบว่ามีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่ นำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์บาลระดับต้นในความปกติใหม่ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดเชียงราย ก่อให้เกิดการพัฒนาทรัพยากรทางการแพทย์บาลและการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ สามารถนำองค์กรบรรลุสู่เป้าหมายต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

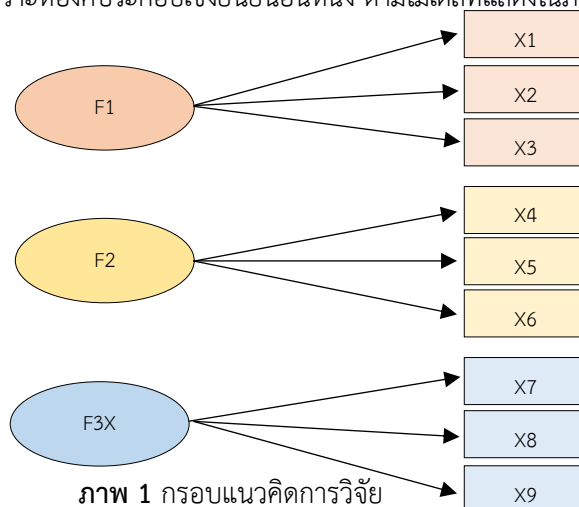
1. เพื่อศึกษาสมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์บาลระดับต้นในความปกติใหม่ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันสมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์บาลระดับต้นในความปกติใหม่ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดเชียงราย

สมมติฐานวิจัย

องค์ประกอบของสมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์บาลระดับต้นในความปกติใหม่ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จังหวัดเชียงราย มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้สังเคราะห์สมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์บาลระดับต้นจากการศึกษาสมรรถนะของผู้บริหารทางการแพทย์บาลระดับต้นและสมรรถนะของผู้บริหารทางการแพทย์บาลระดับต้นที่กำหนดไว้ของสภาการพยาบาลในประเทศต่าง ๆ ซึ่งจากการสังเคราะห์ดังกล่าวสอดคล้องกับสมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์บาลระดับต้น (Nursing Council, 2018) ซึ่งเป็นสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย ที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) จรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรมและกฎหมาย 2) การบริหารจัดการ และการพัฒนาคุณภาพ 3) ภาวะผู้นำ 4) นโยบายและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ 5) การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันหนึ่ง ตามโมเดลที่แสดงในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 1 แห่งในจังหวัดเชียงราย จำนวน 123 คน (ข้อมูล ณ เดือน เมษายน 2564)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไปทั้งหมด 123 คน สำหรับการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์สำหรับการเลือกตัวอย่าง ตาม Hair, Black, Babin, & Anderson (2010) ซึ่งกล่าวว่าการวิเคราะห์หอคอบเชิงยืนยันควรมีขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย 10 - 20 เท่าของจำนวนตัวแปรสังเกตหรือพารามิเตอร์ งานวิจัยนี้มีตัวแปรสังเกตได้จำนวน 5 ตัวแปร ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมและเพียงพอจึงควรมีอย่างน้อย 50 - 100 ตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 103 คน

เกณฑ์เบื้องต้นในการคัดเลือกผู้ร่วมโครงการวิจัย (Inclusion Criteria) ได้แก่ มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 และมีประสบการณ์การบริหารทางการพยาบาลระดับต้นอย่างน้อย 1 ปี ขึ้นไป เกณฑ์การคัดออกผู้ร่วมโครงการวิจัย (Exclusion Criteria) ได้แก่ มีปัญหาสุขภาพในระหว่างการเข้าร่วมโครงการวิจัย และลาศึกษาต่อ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้มาจากการสุ่มอย่างง่ายและเป็นไปตามเกณฑ์คัดเลือกแล้ว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้การวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ ศาสนา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน หอผู้ป่วย/แผนกที่ปฏิบัติงาน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบรายการ (Check list) และเติมคำในช่องว่าง จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบวัดสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งสอดคล้องกับสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น (Nursing Council, 2018) และปรับปรุงแบบวัด Rattanasan & Wisetrit (2008) และ Rewthong (2014) โดยเป็นการวัดการรับรู้ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพและกฎหมาย จำนวน 10 ข้อ 2) ด้านบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพ จำนวน 24 ข้อ 3) ด้านภาวะผู้นำ จำนวน 12 ข้อ 4) ด้านนโยบายและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ และ 5) ด้านการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ จำนวน 14 ข้อ รวมทั้งหมด 66 ข้อ ซึ่งข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 5 หมายถึง สมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นอยู่ในระดับมากที่สุด 4 หมายถึง สมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นอยู่ในระดับมาก 3 หมายถึง สมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นอยู่ในระดับปานกลาง 2 หมายถึง สมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นอยู่ในระดับน้อย และ 1 หมายถึง สมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นอยู่ในระดับน้อยที่สุด เมื่อนำมาหาค่า คะแนนเฉลี่ยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นดังนี้ (Todd, 2011) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นมีสมรรถนะอยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นมีสมรรถนะอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นมีสมรรถนะอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นมีสมรรถนะอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นมีสมรรถนะอยู่ในน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำร่างแบบวัดสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในความปกติใหม่ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาตรวจสอบความตรงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูง จำนวน 3 คน อาจารย์พยาบาล จำนวน 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติขั้นสูง จำนวน 1 คน และผู้วิจัยนำแบบวัดมาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective

Congruence: IOC) โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ .50 ขึ้นไป (Chaichanaviroj, & Wanthum, 2017) ค่า IOC อยู่ระหว่าง .67 - 1.00 ผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้ต่อไป

การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดสมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นใน ความปกติใหม่ ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มผู้บริหารที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลตรวจการณ ในโรงพยาบาลแห่งเดียวกันนี้จำนวน 20 คน แล้วนำข้อมูลที่เก็บรวบรวม ได้ไปหาคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยงตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ .844 และเมื่อพิจารณาแบบวัดสมรรถนะเป็นรายด้านพบว่าด้าน จรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรมและกฎหมายเท่ากับ .733 ด้านการบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพเท่ากับ .954 ด้านภาวะผู้นำ เท่ากับ .870 ด้านนโยบาย และสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพเท่ากับ .742 และด้านการสื่อสารและการสร้าง สัมพันธภาพเท่ากับ .919

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เชิญกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยมาประชุมกลุ่มย่อยโดยมีการชี้แจงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ การดำเนินการ และเครื่องมือวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ตกลงร่วม การวิจัยและลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยได้แจกแบบสอบถามการวิจัยให้กับ กลุ่มประชากรจำนวน 123 คน (จำนวนผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นทั้งหมดในโรงพยาบาล) โดยให้เวลาในการ ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 15 วัน โดยผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมคืนตนเอง พบว่ามีจำนวนแบบสอบถามกลับมาทั้งสิ้น 103 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 83.74 ซึ่งเป็นจำนวนที่เพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งจากการเก็บรวบรวมข้อมูลไม่ พบการสูญหายของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติพรรณนา คือ จำนวนและร้อยละ
2. วิเคราะห์ระดับสมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นโดยใช้สถิติพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับ 1 (First Order Confirmatory Factor Analysis) โดยการ รวมค่าของข้อคำถามทั้ง 66 ข้อเป็น 5 ตัวแปรที่สังเกตได้ หลังจากนั้นทำการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดล โครงสร้างองค์ประกอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Wanichbuncha, 2008) โดยมีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้

- 3.1 ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบโดยความเบ้และความโด่ง โดยพบค่าความเบ้อยู่ระหว่าง -1.384 ถึง -1.060 และค่าความโด่งอยู่ระหว่าง 0.962 ถึง 2.403

- 3.2 ตรวจสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร ตรวจสอบโดยใช้สถิติ KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) และ Bartlett's test of sphericity โดยพิจารณาจากค่า KMO มากกว่า .50 Bartlett's test of sphericity ต้องมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลพบว่าค่า Chi-square = 68.4, df = 68, $p = 0.464$ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 รวมทั้งยังสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ค่าดัชนี Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ที่มีค่าเท่ากับ 0.888 ($p < 0.01$)

- 3.3 การตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลสมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นที่พัฒนาขึ้น กับข้อมูลเชิงประจักษ์ด้วยโปรแกรม AMOS การตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดล (Goodness of Fit Measures) เพื่อศึกษาภาพรวมของโมเดลว่าสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์เพียงใด ผู้วิจัยใช้ค่าสถิติที่จะตรวจสอบ ดังนี้ ค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi-square statistics) มีค่าต่ำมากหรือยิ่งเข้าใกล้ศูนย์มากเท่าไร แสดงว่าข้อมูลมีความสอดคล้อง กับข้อมูลเชิงประจักษ์ ประกอบด้วยดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (Goodness of Fit Index : GFI) ความสอดคล้อง ก่อนปรับโมเดล ใช้ดัชนีวัดความสอดคล้องที่ปรับแล้ว (Adjusted Goodness of Fit Index : AGFI) ซึ่งนำ GFI มาปรับแก้และคำนึงถึงขนาดของตัวแปรและกลุ่มตัวอย่าง ค่าที่ใช้เช่นเดียวกับ GFI และ AGFI ที่ เข้าใกล้ 1.00 แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ค่า RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation)

เป็นค่าที่บ่งบอกถึง ความไม่สอดคล้องของโมเดลที่สร้างขึ้นกับเมทริกซ์ข้อความแปรปรวนร่วมของประชากร ค่าที่ใช้ได้ และถือว่าโมเดลที่สร้างขึ้นสอดคล้องกับโมเดลมีค่าเข้าใกล้ 0

3.4 การปรับโมเดล (Model Adjustment) ผู้วิจัยปรับโมเดลบนพื้นฐานของทฤษฎีและงานวิจัยเป็นหลักโดยมีการดำเนินการ คือ ตรวจสอบผลการประมาณค่าพารามิเตอร์ว่ามีความสมเหตุสมผลหรือไม่ มีค่าใดแปลกเกินความเป็นจริงหรือไม่และพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุคูณกำลังสอง (Squared Multiple Correlation) ให้มีความเหมาะสม รวมทั้งพิจารณาค่าความสอดคล้องรวม (Overall Fit) ของโมเดล กระบวนการปรับโมเดล (model modification) สามารถแยกเป็น 2 แนวทาง ได้แก่ การปรับพารามิเตอร์จากเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมของความคลาดเคลื่อนของตัวแปรสังเกตได้และการปรับพารามิเตอร์จากเมทริกซ์พารามิเตอร์ที่เป็นค่าอิทธิพลในส่วนที่เป็นโมเดลการวัดและ/หรือโมเดลโครงสร้าง

จริยธรรมวิจัย

ผู้โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เอกสารเลขที่ EC CRH 056/64 Ex วันที่ 21 สิงหาคม 2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 103 คน พบว่าทุกคนเป็นเพศหญิงและนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 46 - 50 ปี ร้อยละ 33.98 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 75.73 มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานตำแหน่งผู้บริหารทางการแพทย์ส่วนใหญ่เป็นเวลา 1 - 5 ปี ร้อยละ 36.89 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 73.79 มีรายได้ 50,001 - 65,000 บาท ร้อยละ 70.87 ปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยหนักร้อยละ 17.00

2. ระดับของสมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นในความปกติใหม่

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นในความปกติใหม่ (n= 103 คน)

สมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น	M	SD	การแปลผล
1. จรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรมและกฎหมาย	4.69	0.28	มากที่สุด
2. การบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพ	4.36	0.38	มาก
3. ภาวะผู้นำ	4.44	0.43	มาก
4. นโยบายและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ	4.52	0.40	มากที่สุด
5. การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ	4.58	0.36	มากที่สุด
รวมทุกด้าน	4.52	0.37	มากที่สุด

จากตาราง 1 ในภาพรวมพบว่าสมรรถนะผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นในความปกติใหม่อยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.52$, $SD = 0.37$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านตามตัวแปรสังเกตได้ พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ จรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรมและกฎหมาย ($M = 4.69$, $SD = 0.28$) รองลงมา คือ การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ ($M = 4.58$, $SD = 0.36$) นโยบายและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ ($M = 4.52$, $SD = 0.40$) ภาวะผู้นำ ($M = 4.44$, $SD = 0.43$) และน้อยที่สุด คือ การบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพ ($M = 4.36$, $SD = 0.38$)

3. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่งของสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในความปกติใหม่

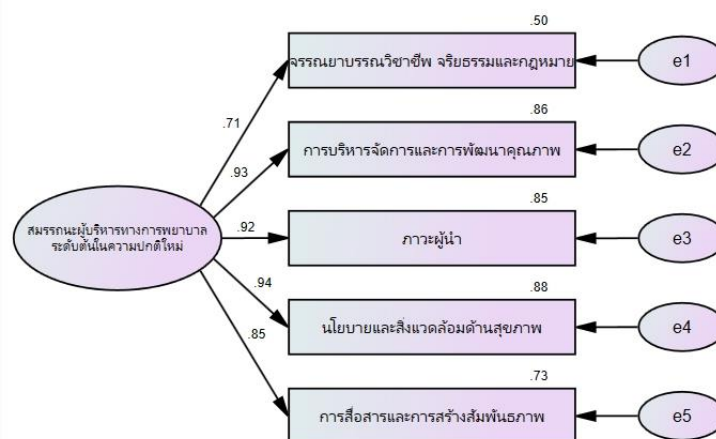
ตาราง 2 สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของตัวแปร

ตัวแปร	จรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรมและกฎหมาย	การบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพ	ภาวะผู้นำ	นโยบายและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ	การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ
จรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรมและกฎหมาย	1				
การบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพ	0.698*	1			
ภาวะผู้นำ	0.649*	0.881*	1		
นโยบายและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ	0.652*	0.858*	0.859*	1	
การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ	0.537*	0.788*	0.819*	0.833*	1

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01

ตาราง 3 ความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ค่าดัชนี	เกณฑ์การพิจารณา	ค่าที่คำนวณได้	ผลการพิจารณา
χ^2 , P value	ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$)	1.448, P value = 0.485	ผ่าน
χ^2/df	น้อยกว่า 3	0.724	ผ่าน
RMSEA	ค่าเข้าใกล้ 0	0.001	ผ่าน
RMR	ค่าเข้าใกล้ 0	0.001	ผ่าน
GFI	ค่าเข้าใกล้ 1	0.994	ผ่าน
AGFI	ค่าเข้าใกล้ 1	0.958	ผ่าน



ภาพ 2 โมเดลสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในความปกติใหม่

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนที่จะวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) ของสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในความปกติใหม่ ดังนี้ 1) การตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูล ทดสอบโดยความเบ้และความโด่ง โดยพบค่าความเบ้อยู่ระหว่าง -1.384 ถึง -1.060 และค่าความโด่งอยู่ระหว่าง 0.962 ถึง 2.403 พบว่าการแจกแจงของข้อมูลมีทั้งการแจกแจงเป็นโค้งปกติและการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้อยู่ระหว่าง 0.537 – 0.881 (ตาราง 2) ซึ่งเป็นไปตาม

ข้อตกลงเบื้องต้น โมเดลสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในความปกติใหม่ มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาได้จากค่าสถิติเป็นไปตามเกณฑ์การทดสอบความสอดคล้องกลมกลืน ($\chi^2_{1^{st} \text{ order}} = 1.448$, $df = 2$, $p\text{-value} = 0.485$ และ $RMSEA = 0.958$) ดังแสดงในตาราง 3 แสดงว่า โมเดลสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในความปกติใหม่ มีความตรงเชิงโครงสร้างในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่งซึ่งโมเดลในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่ 1 แสดงในภาพ 2

อภิปรายผล

สมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในความปกติใหม่เป็นพฤติกรรมที่พยาบาลแสดงออกถึงการความรู้ ความเชี่ยวชาญ ทักษะการบริหารทางการพยาบาลตามบทบาท หน้าที่และทัศนคติ รวมถึงคุณลักษณะอื่น ๆ มาใช้ในการบริหารหน่วยงานเพื่อให้เกิดความสำเร็จตามมาตรฐานหรือสูงกว่า (American Organization for Nurse Leadership, 2021) หากผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นมีสมรรถนะด้านการบริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่ดีจะทำให้เกิดการพยาบาลที่เป็นเลิศมีความปลอดภัย สร้างความพึงพอใจสูงสุดต่อผู้รับบริการ ผู้ปฏิบัติงาน และองค์กรมีการปฏิบัติงานร่วมกันมีการประสานงานกัน ทำให้การบริหารทางการพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีการใช้ทรัพยากร ในการพยาบาลอย่างเหมาะสมและก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยสูงสุด จากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาสมรรถนะของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในภาวะความปกติใหม่ที่ยังไม่มีการศึกษามาก่อน ผลการวิเคราะห์ระดับสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในความปกติใหม่มีความสอดคล้องกับสมรรถนะของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.52$, $SD = 0.37$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Darach & Prajusil (2018) และการศึกษาของ Rewthong (2014) ที่มีการศึกษาสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นตั้งแต่ก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 พบว่าอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าสมรรถนะด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรมและกฎหมายเป็นความรู้ ความเข้าใจ และสามารถประยุกต์ใช้หลักคุณธรรม ทฤษฎี จริยศาสตร์ วัฒนธรรม สิทธิผู้ป่วย พระราชบัญญัติวิชาชีพ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ฯ หลักกฎหมายทั่วไป พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ และพระราชบัญญัติอื่นที่เกี่ยวข้อง ในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติและการบริหารการพยาบาลมี คุณธรรมและจริยธรรมของผู้บริหาร การศึกษาครั้งนี้พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.69$, $SD = 0.28$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Weber, Ward, & Walsh (2015) พบว่าผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นยังคงต้องมีสมรรถนะด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรมและกฎหมาย ซึ่งเป็นพื้นฐานในการประกอบวิชาชีพทั้งในภาวะปกติและยุคภาวะปกติใหม่ สมรรถนะด้านการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพเป็นความสามารถมีความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการจัดการสื่อสารของหน่วยงาน สร้างความสัมพันธ์ที่ดีและยืดหยุ่นระหว่างบุคคล การประสานงานในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานการพยาบาล และการบริหารสารสนเทศที่เกี่ยวกับงานการพยาบาลและองค์กร การศึกษาครั้งนี้พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.58$, $SD = 0.36$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Williams & Li (2019) ที่ศึกษาการพัฒนาหรือเตรียมผู้นำทางการพยาบาลจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าการพัฒนาด้านการสื่อสารเป็นทักษะหรือสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาเพื่อเป็นผู้นำทางการพยาบาลถึงร้อยละ 44.9 แต่การศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่างกันคือ ทักษะด้านการสื่อสารเป็นทักษะที่มีความสำคัญที่สุด ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่ามื่อน้ำหนักเป็นลำดับที่ 4 ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ González García, Pinto-Carral, Sanz Villorejo, & Marqués-Sánchez (2020) ที่พบว่าการสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ ประกอบด้วย การสื่อสาร การตอบสนอง การประเมินข้อมูลและสารสนเทศ ทักษะการฟัง เป็นสมรรถนะที่สำคัญของผู้นำทางการพยาบาล สมรรถนะด้านนโยบายและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพเป็นสมรรถนะในการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย และแนวโน้มของสุขภาพ ปัจจัยกำหนดภาวะสุขภาพ ดำเนินการตามทิศทางและนโยบายเพื่อการจัดการทางการพยาบาล การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงานอย่างปลอดภัยและมีความสุขทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ การศึกษาครั้งนี้พบว่าอยู่ในระดับมาก ($M = 4.52$, $SD = 0.52$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Bender,

L'Ecuyer, & Williams, (2019) ได้กล่าวถึงสมรรถนะของพยาบาลในอนาคตว่าการจัดการสภาพแวดล้อมการดูแล ได้แก่ ระบบหรือองค์กรด้านการดูแลสุขภาพ การปรับปรุงคุณภาพและความปลอดภัยการเงินและเศรษฐศาสตร์ด้านการดูแลสุขภาพ สารสนเทศด้านการดูแลสุขภาพ มีความจำเป็นที่การบริหารจัดการทางพยาบาลในอนาคตต้องพัฒนาการศึกษาของ González García, Pinto-Carral, Sanz Villorejo, & Marqués-Sánchez (2020) ที่ได้ทบทวนสมรรถนะของผู้บริหารทางการพยาบาลพบว่าทักษะด้านการจัดการได้แก่ การจัดการเชิงนโยบาย การจัดการทรัพยากรบุคคล มุมมองด้านกฎหมาย การจัดการองค์กร การจัดการด้านการเงินและการตลาด มีความสำคัญในการพัฒนาทักษะของผู้บริหารทางการพยาบาล สมรรถนะด้านภาวะผู้นำเป็นความสามารถในการมีอิทธิพลต่อกลุ่ม เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายโดยการแสดงออกถึงการมีความคิดรวบยอด คติวิเคราะหและตัดสินใจแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบมีทักษะในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง การเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสามารถในการจูงใจ การเจรจาต่อรองการจัดการความขัดแย้ง สามารถคาดการณ์และจัดการต่อสถานการณ์ที่หลากหลาย มีความคิดสร้างสรรค์ ส่งเสริมและนำทีมในการพัฒนานวัตกรรม ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.44$, $SD = 0.43$) สอดคล้องกับคำแนะนำของ Massachusetts Department of Higher Education Nursing Initiative (2016) ได้กำหนดสมรรถนะของพยาบาลในยุคอนาคตได้กำหนดสมรรถนะด้านความเป็นผู้นำ ว่าพยาบาลแห่งอนาคตจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลภายในสภาพแวดล้อมของพวกเขาในลักษณะที่จะอำนวยความสะดวก การจัดตั้งและการได้มา การบรรลุเป้าหมายร่วมกัน Prachachit (2015) ได้ศึกษาสมรรถนะภาวะผู้นำของพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสกลนครได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาภาวะผู้นำของพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยใน คือการฝึกอบรมด้านภาวะผู้นำด้านการบริหาร จะทำให้สมรรถนะของผู้บริหารทางการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น สมรรถนะด้านการบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพ เป็นการมีความรู้ความเข้าใจ และการบริหารจัดการหน่วยงาน หลักการทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ การบริหารทรัพยากร การบริหารคุณภาพ การบริหารบริการสุขภาพ การจัดการความรู้และนวัตกรรม การบริหารผลลัพธ์ทางการพยาบาล การนิเทศทางการพยาบาล รวมทั้งถ่ายทอดและส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กรให้เกิดองค์กรแห่งการเรียนรู้ การศึกษาครั้งนี้พบว่าอยู่ในระดับมาก ($M = 4.36$, $SD = 0.28$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Weber, Ward, & Walsh (2015) พบว่าผู้จัดการพยาบาลมีความจำเป็นต้องจัดเตรียมทักษะที่เกี่ยวข้องการจัดการทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในระบบการดูแลสุขภาพของประเทศกานา สอดคล้องกับการศึกษาของ González García, Pinto-Carral, Sanz Villorejo, & Marqués-Sánchez (2020) ที่พบว่าสมรรถนะด้านการจัดการคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสมรรถนะที่จำเป็นของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น สมรรถนะด้านการบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพประกอบด้วยความสามารถบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ภายในหน่วยงาน โดยการบูรณาการสู่การปฏิบัติสอดคล้องกับวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กร ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีความจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ที่มากขึ้นกว่าภาวะปกติ ตลอดจนทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นจำเป็นต้องมีทักษะในการบริหารทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยให้มีความเหมาะสมและเพียงพอให้เกิดประโยชน์สูงสุด ดังนั้นสมรรถนะของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นทั้ง 5 ด้าน มีความสอดคล้องกับสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในความปกติใหม่

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่งของสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในความปกติใหม่ พบว่าโมเดลสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในความปกติใหม่มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในความปกติใหม่ เพื่อให้การบริหารจัดการทางพยาบาล มีประสิทธิภาพ สามารถจัดการกับภาวะวิกฤติ และการเปลี่ยนแปลงที่เข้ามาได้อย่างรวดเร็ว ในอนาคตควรมีการพัฒนา สมรรถนะของผู้บริหารทางการพยาบาลในด้านต่าง ๆ เหล่านี้ให้มากขึ้นซึ่งสอดคล้องกับสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นของสภาการพยาบาล (2561) ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบคือ 1) จรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรมและกฎหมาย 2) การบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพ 3) ภาวะผู้นำ 4) นโยบายและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ 5) การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของครอว์ฟอร์ด และคณะ (Crawford, Omerly, & Spicer, 2017) ได้ศึกษาการทบทวนเชิงบูรณาการของบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบลักษณะ ความสามารถและสมรรถนะของศตวรรษที่ 21 ของหัวหน้า

พยาบาล พบว่าสมรรถนะที่สำคัญจำนวน 9 สมรรถนะ ได้แก่ การสื่อสารและสัมพันธภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแล สุขภาพและสิ่งแวดล้อม ทักษะความเป็นผู้นำ เศรษฐศาสตร์สุขภาพและทักษะด้านธุรกิจ การปฏิบัติการพยาบาล ทักษะการคิดพื้นฐาน ทักษะการตัดสินใจ ความเป็นมืออาชีพ และการทำงานเป็นสหวิชาชีพ มีสมรรถนะย่อย ที่เกี่ยวข้องอีก 11 สมรรถนะ ได้แก่ ทักษะการวางแผนการทำงาน การพัฒนาคุณภาพ การจัดการความเสี่ยง การจัดการทรัพยากร ธรรมชาติและจริยธรรม การทำงานร่วมกับชุมชน ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ การศึกษา และวิจัย การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และการวัดผลลัพธ์ ความปลอดภัยของผู้ป่วยและการจัดการความหลากหลาย และสอดคล้องตามสมรรถนะของผู้จัดการพยาบาลขององค์กร American Organization for Nursing Leadership ดังนั้นสมรรถนะของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ จรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรมและกฎหมาย การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ นโยบายและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ ภาวะผู้นำ และการบริหารจัดการและการ พัฒนาคุณภาพ มีความสอดคล้องกับสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในความปกติใหม่

ในการศึกษานี้พบว่าสมรรถนะของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในภาวะก่อนการแพร่ระบาดของ โรคโควิด 19 และหลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 หรือในภาวะความปกติใหม่ไม่ได้มีความแตกต่างกัน ข้อจำกัด ของงานวิจัยของการศึกษานี้เป็นการศึกษาในบริบทของโรงพยาบาลขนาดใหญ่เพียงแห่งเดียว ทำให้ข้อมูลที่นำ มาวิเคราะห์ในการศึกษานี้เป็นเพียงข้อมูลในบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดเชียงรายเพียงแห่งเดียว ในการนำผลการศึกษาไปใช้ควรพิจารณาถึงบริบทของโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน

การนำผลการวิจัยไปใช้

ในภาวะความปกติใหม่สมรรถนะของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่ควรพัฒนา ได้แก่ การบริหารจัดการ และการพัฒนาคุณภาพ ภาวะผู้นำ และนโยบายและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ เป็นสมรรถนะที่ควรมีการพัฒนาให้แก่ ผู้บริหารทางการพยาบาลพยาบาลระดับต้นมากที่สุดเพื่อให้มีความสามารถในการบริหารจัดการกับการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้นได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในครั้งนี้นักวิชาการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารทางการ พยาบาลระดับต้นเกี่ยวกับสมรรถนะของผู้บริหารทางการพยาบาล หากมีโอกาสศึกษาครั้งต่อไปอาจจะต้องมีการใช้ การสัมภาษณ์เพื่อเป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพต่อไป (Mixed Method) เพื่อใช้ประโยชน์ในการพัฒนาสมรรถนะของ บุคลากรต่อไป ควรมีการศึกษายืนยันองค์ประกอบอันดับสอง (Second Order Confirmatory Factor Analysis) เพื่อยืนยันองค์ประกอบย่อยของสมรรถนะหลักต่อไป

References

- American Organization for Nursing Leadership (AONL). (2021). *AONL covid-19 Longitudinal Study August 2021 report: Nurse Leaders' Top Challenges, Emotional Health, and Areas of Needed Support, July 2020 to August 2021*. Retrieved April 16, 2022 from <https://www.aonl.org/system/files/media/file/2021/09/AONL%20COVID19%20Longitudinal%203%20Written%20Report.pdf>
- American Organization for Nursing Leadership (AONL). (2021). *AONL COVID-19 Longitudinal Study Finds Top Challenges for Nurse Leaders*. Retrieved April 16, 2022 from <https://www.aonl.org/news/voice/may-2021/COVID19-Longitudinal-Study>
- American Organization for Nursing Leadership (AONL). (2015). *AONL Nurse Manager Competencies*. Chicago: American Organization for Nursing Leadership.

- Bender, M., L'Ecuyer, K., & Williams, M. (2019). *A clinical nurse leader competency framework: concept mapping competencies across policy documents*. *Journal of Professional Nursing* 35(6), 431-439. doi:10.1016/j.profnurs.2019.05.002.
- Chaichanaviroj, U. & Wanthum, C. (2017). Evaluation of content validity for research instrument. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 11(2), 105-111. (in Thai)
- Crawford, C. L., Omery, A., & Spicer, J. (2017). An Integrative review of 21st-century roles, responsibilities, characteristics, and competencies of chief nurse executives: A blueprint for the next generation. *Nursing Administration Quarterly*, 41(4), 297-309. doi:10.1097/NAQ.0000000000000245.
- Darach, N. & Prajusil, K. (2018). *Competency of junior nurse administrators Bangkok Hospital Medical Center*. *Journal of the Police Nurses*, 10(2), 244-252. (in Thai)
- Department of disease control, Ministry of Public Health. (2022). *Plan and Strategy in COVID – 19 Administrations (Endemic Approach to COVID-19)*. Letter news about Epidemic act B.E. 2558. (in Thai)
- Department of Inspection, Ministry of Public Health. (2021). *Strategic indicators in Service Excellence No. 28 in Advanced and Standard hospital: Key Step Assessment*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- González García, A., Pinto-Caral, A., Sanz Villorejo, J., & Marqués-Sánchez, P. (2020). *Nurse manager core competencies: A proposal in the Spanish Health System*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 3173. doi:10.3390/ijerph17093173.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate Data Analysis: A Global Perspective*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Hoffmann, R. L., Battaglia, A., Perpetua, Z., Wojtaszek, K., & Campbell, G. (2020). The clinical nurse leader and covid-19: Leadership and quality at the point of care. *Journal of Professional Nursing*, 36(4), 178-180. doi.org/10.1016/j.profnurs.2020.06.008
- Massachusetts Department of Higher Education Nursing Initiative. (2016). *Massachusetts Nurse of the Future Nursing Core Competencies* (3rd ed.). Massachusetts, United State of America: McGraw Hill.
- Nursing Council. (2018). *Announcement of the Nursing and Midwifery Council on Nursing Council Policy Regarding Manpower in the Nursing Team*. Nontaburi: Nursing Council. (in Thai)
- Prachachit, J. (2015). *Head nurse competency in IPD of Sakolnakorn hospital*. Retrieved April 16, 2022 from https://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/53921087.pdf. (in Thai)
- Rattanasan, S. & Wisetrit, W. (2008). The development of a competency assessment scale for head nurses. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 1, 38-54. (in Thai)
- Rewthong, R. (2014). *The Competencies of Head Nurses at a Hospital under the Bangkok Metropolitan Administration*. Master Thesis of Nursing Science Program in Nursing Administration, Christian University. (in Thai)
- Todd, R. W. (2011). Analyzing and interpreting rating scale data from questionnaires. *REFlections*, 14, 69-77. doi.org/10.61508/refl.v14i0.114230
- Wanichbuncha, K. (2008). *Advanced Statistical Analysis by SPSS for Windows*. Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)

- Weber, E., Ward, J., Walsh, T. (2015). Nurse leader competencies. *Nursing Management*, 46(12), 47-50. doi: 10.1097/01.NUMA.0000473505.23431.85
- Williams, M. P., & Li, Y. (2019). North Carolina Nurse Leader Project. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 49(5), 256–259. doi: 10.1097/NNA.0000000000000747

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อระดับไขมันในเลือดและดัชนีมวลกาย ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน อำเภอพนพิสัย จังหวัดหนองคาย The Effects of a Health Behavior Modification Program on Blood Lipid Levels and Body Mass Index among Hypertensive Patients with Overweight in Phonpisai District, Nongkhai Province

รฐิมา อารีรักษ์¹, นภาพณ จันทขัมมา^{2*}, พรเลิศ ชุ่มชัย³

Ratima Areeruk¹, Napaphen Jantacumma^{2*}, Pornlert Chumchai³

¹นักศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช,

²สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

³วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระพุทธบาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Master Student, Master of Nursing Science Program, Sukhothai Thammathirat Open University,

²School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University,

³Boromarajonani College of Nursing, Phra-Putthabat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

(Received: October 10, 2023; Revised: March 4, 2024; Accepted: March 15, 2024)

บทคัดย่อ

วิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน อำเภอพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 28 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ แบบวัดการรับรู้ประโยชน์รับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถตนเอง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาได้เท่ากับ .87 วิเคราะห์หาความเที่ยง ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ .82 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์เท่ากับ .72 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคเท่ากับ .77 และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเอง เท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติไคสแควร์ สถิติทดสอบวิลคอกซัน สถิติทดสอบแมน-วิทนีย ยู สถิติทดสอบทีชนิดคู่ และสถิติทดสอบทีชนิดอิสระ ผลการวิจัยพบว่า

1. พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถตนเอง พบว่าในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมที่เพิ่มขึ้นหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สำหรับในกลุ่มเปรียบเทียบมีเพียงการรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถตนเอง เพิ่มขึ้นหลังทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

2. ผลต่างก่อนและหลังการทดลองของค่าไขมันในเลือดกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -3.85$) สำหรับดัชนีมวลกายไม่มีความแตกต่างกัน

ดังนั้นผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าบุคลากรสาธารณสุข ควรมีการนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพฯ ไปใช้ขยายผลในพื้นที่อื่น รวมถึงการพัฒนาโปรแกรมสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยในโรคเรื้อรังอื่น ๆ ด้วย

คำสำคัญ: โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail : napaphen.jan@stou.ac.th)

Abstract

This two groups pretest-posttest design quasi-experimental research aimed to study the effects of a health behavior modification program among hypertensive patients with overweight in Phonpisai District, Nong Khai Province. The 56 participants were assigned to either experimental or control group (28 patients/group). The research tool were a health behavior modification program, and a questionnaire on health behaviors, perceived benefits, perceived barriers, and perceived self-efficacy. The content validity was validated with a CVI value of .87. The reliability of the different parts of questionnaire (health behavior, perceived benefits, perceived barriers, and perceived self-efficacy) were .82, .72, .77, and .81, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square, Wilcoxon signed-rank test, Mann-Whitney U test, paired t-test, as well as independent t-test.

1. After receiving the program, the experimental group had significantly higher scores in health behaviors, perceived benefits, perceived barriers, and perceived self-efficacy than before the experiment ($p < .05$). While the control group had significantly higher scores only in perceived barriers and perceived self-efficacy than before the experiment ($p < .05$).

2. In the experimental group, the difference before and after the experiment in terms of blood lipid level was significantly lower than in the control group ($t = -3.85$, $p < .05$). However, there was no difference in body mass index scores.

The results of this study suggest that public health personnel can implement this program, but should also implement behavior modification programs in other areas of nursing, so to change the behaviors of patients with other chronic diseases.

Keywords: Health Behavior Modification Program, Hypertensive Patients with Overweight

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2018) ได้ระบุว่าในปีพ.ศ. 2561 ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง 38 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 68 ของการเสียชีวิต โดยคาดการณ์ว่าในปีพ.ศ. 2568 ทั่วโลกจะมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 29 หรือประมาณ 1.15 พันล้านคน โดยร้อยละ 35 เป็นชนชาติลาตินอเมริกา ร้อยละ 20 - 30 เป็นประชากรในประเทศจีนและอินเดีย ร้อยละ 14 เป็นชนชาติแอฟริกัน (Bawornthip & Chaimai, 2019) สำหรับประเทศไทย โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด โดยในทุก 1 ชั่วโมง จะมีผู้เสียชีวิต 37 ราย และคาดว่าจะมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นในทุก ๆ ปี เกิดการสูญเสียจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร คิดเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจสูงถึงร้อยละ 40 ของมูลค่าภาครัฐทั้งหมด ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคือ ภาวะไขมันในเลือดสูง โดยพบว่าประชากร 1 พันล้านคน มีภาวะไขมันในเลือดสูงถึง 350 ล้านคน (Worathanarat, 2018)

จากการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชากรไทยครั้งที่ 5 พบว่า ร้อยละ 43.8 ของประชากรไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไปมีระดับไขมันในเลือดสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล. (Ekapalakorn, 2019) ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับไขมันในเลือดสูงกว่าปกติ ทั้งนี้ภาวะไขมันในเลือดสูงมีสาเหตุมาจากการบริโภคอาหารและพฤติกรรม ทำให้เกิดการสะสมไขมันในเส้นเลือดและนำไปสู่โรคหัวใจและหลอดเลือด และความดันโลหิตสูง โดยความดันโลหิตสูงถือเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่มีการระบาดไปทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ว่าโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง บุคคลที่มีระดับความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป (World Health Organization, 2018) ประเทศไทยก็เป็นประเทศหนึ่งที่ประสบกับปัญหาโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้เกิดความตายและความพิการเพิ่มมากขึ้น สาเหตุและความรุนแรงของโรคส่วนใหญ่เกิดจากการมีภาวะความผิดปกติ

ของร่างกายร่วมด้วย โดยเฉพาะภาวะไขมันในเลือดสูง หากมีภาวะไขมันในเลือดสูงอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานมีผลทำให้เกิดความผิดปกติระบบไหลเวียนเลือด และทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดจนทำให้ผู้ป่วยพิการหรือเสียชีวิตได้ (Showsungnoen, 2016)

จากฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขม อำเภอนพพิตสัย จังหวัดหนองคาย พ.ศ. 2560 - 2562 พบว่า มีอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูง 81.72, 91.67 และ 93.06 ต่อประชากรพันคนตามลำดับ มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ร้อยละ 49.22, 51.04 และ 54.29 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงยังมีภาวะไขมันในเลือดสูง โดยใน พ.ศ. 2560 - 2562 พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 37, 96 ราย และ 106 ราย ตามลำดับ (Nong Khai Provincial Public Health Office, 2020) จากการดำเนินงานของที่ผ่านมา มีการจัดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อลดค่าดัชนีมวลกายในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ แต่ไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากยังมีการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะอ้วน และดัชนีมวลกายเกินนั้น เป็นปัจจัยที่ทำนายสู่การเสียชีวิตที่สามารถป้องกันได้ (Nasamdaeng, 2018)

แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์กล่าวว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจและการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วย ปัจจัยด้านลักษณะประชากร และคุณลักษณะของปัจเจกบุคคล ปัจจัยด้านอารมณ์และการคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม และปัจจัยด้านผลลัพธ์ที่เกิดจากพฤติกรรม โดยปัจจัยด้านอารมณ์และการคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมเป็นตัวแปรสำคัญในการจูงใจให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากที่สุด (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011) และเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะการรับรู้ความสามารถของตนเองจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อระดับไขมันในเลือดและดัชนีมวลกายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน อำเภอนพพิตสัย จังหวัดหนองคาย โดยประยุกต์กรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ มาใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการสร้างแรงจูงใจ การเพิ่มความสามารถในตนเองและความตั้งใจของกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดไขมันในเลือดและดัชนีมวลกาย

วัตถุประสงค์วิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อระดับไขมันในเลือดและดัชนีมวลกาย ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน อำเภอนพพิตสัย จังหวัดหนองคาย

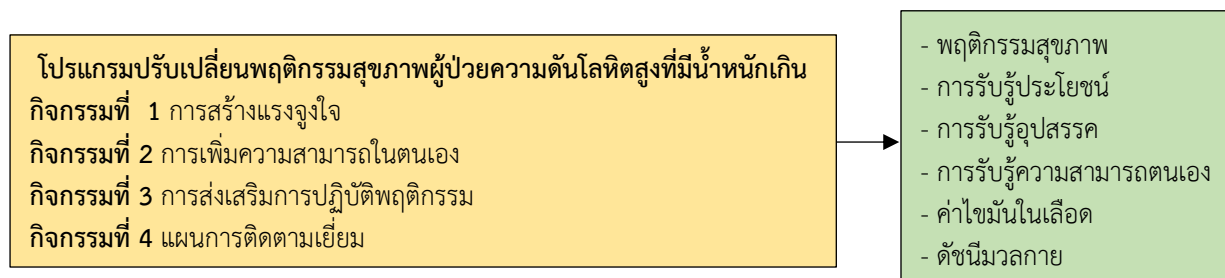
วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบ พฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถตนเอง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน ในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรมฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับไขมันในเลือดและดัชนีมวลกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน ในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อระดับไขมันในเลือดและดัชนีมวลกาย ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินในครั้งนี้ประยุกต์กรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ ของเพนเดอร์ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011) โดยการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการกระทำ ความรู้สึกนึกคิดที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพล

ด้านสถานการณ์ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยตัวแปรตาม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ ค่าไขมันในเลือด และดัชนีมวลกาย ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Study) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pretest-posttest Design) ซึ่งแบ่งกลุ่มการทดลองได้ ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นประชากรที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขม อำเภอนาทม จังหวัดหนองคาย มีอายุระหว่าง 40 - 60 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยมีภาวะอ้วนระดับที่ 1 จำนวน 192 คน (Nong Khai Provincial Public Health Office, 2020)

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยมีภาวะอ้วนระดับที่ 1 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power Analysis) (Cohen, 1988) ใช้ Test Family เลือก t-test, Statistical test เลือก Means: Differences between two independent means (Two Groups) เลือก One tailed กำหนดขนาดอิทธิพล ซึ่งอ้างอิงจากงานวิจัยของ Chotikhuntod, Tuksungnoen, & Koksungnoen (2015) มาคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) ได้เท่ากับ 0.80 เมื่อกำหนดให้ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.90 ระดับความเชื่อมั่นที่ $\alpha = 0.05$ คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 28 คนและกลุ่มเปรียบเทียบ 28 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับสลากแบบไม่คืนเกณฑ์ในการคัดเข้า คือ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 1 ปี และมีภาวะอ้วนระดับที่ 1 ดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 25.0 - 29.9 กิโลกรัม/เมตร² และระดับคอเลสเตอรอลมากกว่า 200 มก./ดล. ยินยอมในการเข้าร่วมตลอดทั้งโครงการ ซึ่งทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบต้องอยู่ในกระบวนการรักษาตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข สำหรับเกณฑ์ในการคัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดการวิจัย หรือมีภาวะเจ็บป่วยระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมฯ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน อำเภอนาทม จังหวัดหนองคาย ประกอบด้วยแผนการจัดกิจกรรมร่วมกัน จำนวน 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมสร้างแรงจูงใจ กิจกรรมเพิ่มความสามารถในตนเอง กิจกรรมส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคและ กิจกรรมทางกายในการลดคอเลสเตอรอล และดัชนีมวลกาย และกิจกรรมการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่บ้าน 2 สัปดาห์ต่อ 1 ครั้ง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพของกองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Division of Health Education, Department of Health Service Support Ministry of Public Health 2022) ซึ่งประกอบด้วย 4 พฤติกรรม คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 6 ข้อ พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน

6 ข้อ พฤติกรรมการจัดการความเครียด จำนวน 6 ข้อ และ พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ประโยชน์ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบวัดการรับรู้อุปสรรค จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 5 แบบวัดการรับรู้ความสามารถตนเองของการปฏิบัติพฤติกรรมการลดคอเลสเตอรอล และดัชนีมวลกาย จำนวน 11 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ได้แก่ ทำเป็นประจำ ทำบ่อยครั้ง ทำบางครั้ง ไม่ทำเลย สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการวัดดัชนีมวลกายใช้เครื่องชั่งน้ำหนักที่ผ่านการสอบเทียบค่าของอุปกรณ์ และตรวจค่าไขมันในเลือดจากโรงพยาบาลโพธิ์พิสัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน โดยนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน ให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 ท่าน อาจารย์ทางด้านประชากรและสังคม จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของกิจกรรม ความชัดเจนของวัตถุประสงค์ กิจกรรม และระยะเวลาของกิจกรรมแล้วนำมาดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 3 คน เพื่อเตรียมผู้วิจัยในการจัดกิจกรรม ความเหมาะสมและทดสอบการทำกิจกรรม ระยะเวลาที่ใช้ นำข้อคิดเห็นและความขัดข้องทั้งหมดมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ แบบวัดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แบบวัดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และแบบวัดการรับรู้ความสามารถตนเองของการปฏิบัติพฤติกรรม มีตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยขอความร่วมมือจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 5 ท่านพิจารณา ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 ท่าน อาจารย์ทางด้านประชากรและสังคม จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 1 ท่าน ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาได้เท่ากับ .87 จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try Out) โดยนำแบบวัดที่ได้รับการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในพื้นที่ตำบลเขม น้าผลที่ได้ไปวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ .82 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์เท่ากับ .72 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคเท่ากับ .77 และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเอง เท่ากับ .81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยขออนุมัติการดำเนินการวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย จากนั้นนำหนังสือขอความอนุเคราะห์ให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูล จากประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ไปยังนายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เพื่อขอความร่วมมือ และชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการทำวิจัย

2. นัดพบกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อทำความรู้จักผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอม

ขั้นการทดลอง การศึกษานี้ใช้ระยะเวลาศึกษาทั้งหมด 8 สัปดาห์ โดยมี กิจกรรมการทดลอง มีดังนี้

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยวิธีให้ตอบแบบสอบถามด้านข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถตนเองของการปฏิบัติพฤติกรรมลดคอเลสเตอรอล และดัชนีมวลกาย และประเมินร่างกายโดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อประเมินค่าดัชนีมวลกาย และเจาะเลือดหาระดับไขมันในเลือด ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 1 “สร้างแรงจูงใจในการลดคอเลสเตอรอลและค่าดัชนีมวลกาย” เพื่อวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของตนเอง วิเคราะห์อุปสรรคในการปฏิบัติตน และค้นหาวิธีจัดการกับอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรม วิเคราะห์ และยกตัวอย่างค้นหาสาเหตุที่ทำให้ตนเองมีไขมันในเลือดสูงและภาวะน้ำหนักเกิน วิเคราะห์พฤติกรรมตนเอง และร่วมอภิปรายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 2 “เพิ่มความสามารถตนเองในการลดไขมันและภาวะน้ำหนักเกิน” เพื่อทบทวนการปฏิบัติตน ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขหรือได้เคยปฏิบัติในการลดไขมันในเลือด และสามารถบอกวิธีปรับสัดส่วนอาหาร และควบคุมอาหารที่หลีกเลี่ยงไขมันสูงเพื่อให้ได้พลังงานที่เหมาะสมในแต่ละวัน โดยผู้วิจัยร่วมกิจกรรมกลุ่ม วิเคราะห์รายการอาหารแต่ละมื้อของเมื่อวานนี้ เลือกอาหารที่ตนชอบเปรียบเทียบกับปริมาณไขมันที่ควรได้รับ ประเมินพลังงานจากอาหารและปริมาณอาหารไขมันที่เหมาะสม เปิดโอกาสให้พูดคุย ชักถามข้อสงสัย ผู้วิจัยสรุป และกระตุ้นให้กำลังใจกลุ่มชมเชย จากนั้นผู้วิจัยแจกสมุดบันทึกพฤติกรรมบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกายในแต่ละวัน ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทุกคนนำกลับไปบันทึกการบริโภคอาหาร และนำกลับมาให้ผู้วิจัยครั้งต่อไป ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 3 “ตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมลดไขมัน” เพื่อระบุแนวทางการเฝ้าระวังการบริโภคไขมันด้วยตนเอง และการมีกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และเพื่อเสริมสร้างความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมลดไขมันในเลือดและดัชนีมวลกายอย่างต่อเนื่อง โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมคัดเลือกผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่มีการควบคุมอาหารที่ถูกต้องและ/หรือมีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง รวมถึงการจัดการความเครียด อย่างละ 1 คน เป็นตัวแบบที่ดีโดยพิจารณาจากการบันทึกในสมุดบันทึก ผู้วิจัยกระตุ้นตัวแบบพูดคุยชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมคนอื่น ให้ข้อมูลและกำลังใจเพิ่มเติมเมื่อตัวแบบเล่าถึงผลการปฏิบัติ ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 3 ถึง สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยเสริมพลัง โดยการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2 สัปดาห์ ต่อ 1 ครั้ง เพื่อเสริมแรงให้กำลังใจกลุ่มทดลองให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ให้คำปรึกษาและเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้แลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลร่วมกัน และร่วมวางแผนแก้ไขการปฏิบัติในรายที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน มอบรางวัลพร้อมเกียรติบัตร กรณีที่ทำได้ถึงเป้าหมาย

กลุ่มเปรียบเทียบ

สัปดาห์ที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยวิธีให้ตอบแบบสอบถามด้านข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถตนเองของการปฏิบัติพฤติกรรมลดคอเลสเตอรอล และดัชนีมวลกาย และประเมินร่างกายโดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อประเมินค่าดัชนีมวลกาย และเจาะเลือดหาระดับไขมันในเลือด ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 2 และ สัปดาห์ที่ 8 ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยกระตุ้นการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การทานยา และการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ดำเนินการให้การรักษามาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข

ขั้นหลังการทดลอง

ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการวิจัย ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยวิธีให้ตอบแบบสอบถามด้านข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถตนเองของการปฏิบัติพฤติกรรมลดคอเลสเตอรอล และดัชนีมวลกาย ค่าระดับคอเลสเตอรอล และค่าดัชนีมวลกาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีการทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติ Independent t-test และ Fisher's Exact Test

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถตนเอง ระดับคอเลสเตอรอล และค่าดัชนีมวลกาย ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนี้

2.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถตนเอง ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังทดลอง โดยใช้สถิติชนิดที่ไม่เป็นอิสระ Wilcoxon Signed Ranks Test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ α 0.05 ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตั้งเบื้องต้นของการใช้สถิติดังกล่าวเพื่อทดสอบการแจกแจงเป็นโค้งปกติของข้อมูล โดยใช้สถิติทดสอบ Shapiro-Wilk พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ ($p < .05$)

2.2 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง ใช้สถิติชนิดที่เป็นอิสระ Mann Whitney u test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ α 0.05 ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตั้งเบื้องต้นของการใช้สถิติดังกล่าวเพื่อทดสอบการแจกแจงเป็นโค้งปกติของข้อมูล โดยใช้สถิติทดสอบ Shapiro-Wilk พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ $p < .05$

2.3 เปรียบเทียบไขมันในเลือด และดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติชนิดที่ไม่เป็นอิสระ Paired t-test และเปรียบเทียบไขมันในเลือด และดัชนีมวลกาย หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติชนิดที่เป็นอิสระ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ α 0.05 ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตั้งเบื้องต้นของการใช้สถิติดังกล่าวเพื่อทดสอบการแจกแจงเป็นโค้งปกติของข้อมูล โดยใช้สถิติทดสอบ Shapiro-Wilk พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ (ระดับคอเลสเตอรอล Sig = 0.23 และดัชนีมวลกาย Sig = 0.15)

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่โครงการ 74/2565 วันที่รับรอง 10 ตุลาคม 2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง(n = 28)		กลุ่มเปรียบเทียบ(n = 28)		χ^2/t	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
หญิง	25	89.29	25	89.29	- ^a	1.000
ชาย	3	10.71	3	10.71		
อายุ (ปี)	M=53.64, SD=4.32		M=55.93, SD=5.29		-1.77 ^b	.083
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	2	7.14	6	21.43	- ^a	.213
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	10.71	7	25.00		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	16	57.14	10	35.71		
อนุปริญญา/ปวส.	3	10.71	3	10.72		
ปริญญาตรี	4	14.29	2	7.14		

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง(n = 28)		กลุ่มเปรียบเทียบ(n = 28)		χ^2/t	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สถานภาพสมรส						
คู่หม้าย	19	67.86	21	75.00	- ^a	.837
หย่า/แยกกันอยู่	5	17.86	4	14.29		
โสด	4	14.29	3	10.71		
อาชีพ						
เกษตรกร	20	71.43	15	53.57	- ^a	.216
รับจ้างทั่วไป	2	7.14	6	21.43		
ค้าขาย	3	10.71	2	7.14		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	10.71	3	10.71		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	0	0.00	2	7.14		

หมายเหตุ : ^a สถิติ Fisher's Exact Test, ^b สถิติ Independent t-test

จากตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 28 คน โดยในกลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิงร้อยละ 89.29 อายุเฉลี่ย 53.64 ($SD = 4.32$) มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 57.14 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 67.86 ประกอบอาชีพเกษตรกร เป็นส่วนมาก ร้อยละ 71.43 สำหรับในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า เป็นเพศหญิงร้อยละ 89.29 อายุเฉลี่ย 55.93 ($SD = 5.29$) มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 35.71 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 75.00 ประกอบอาชีพเกษตรกร เป็นส่วนมาก ร้อยละ 53.57 ทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีความแตกต่างกัน

2. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถตนเอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถตนเอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติชนิดที่ไม่เป็นอิสระ Wilcoxon Signed Ranks Test

พฤติกรรม	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Z	p-value (1-tailed)
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
พฤติกรรมสุขภาพ								
กลุ่มทดลอง	3.06	0.16	ปานกลาง	3.64	0.14	ปานกลาง	-4.62	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.16	0.15	ปานกลาง	3.16	0.18	ปานกลาง	-0.06	.474
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร								
กลุ่มทดลอง	2.95	0.29	น้อย	3.84	0.12	ปานกลาง	-4.65	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.01	0.33	น้อย	2.96	0.29	น้อย	-5.81	.280
พฤติกรรมการออกกำลังกาย								
กลุ่มทดลอง	2.71	0.46	น้อย	3.45	0.33	ปานกลาง	-4.55	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.00	0.33	น้อย	3.02	0.29	น้อย	-3.69	.356
พฤติกรรมการจัดการความเครียด								
กลุ่มทดลอง	3.32	0.34	ปานกลาง	3.65	0.18	ปานกลาง	-4.08	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.40	0.27	ปานกลาง	3.42	0.29	ปานกลาง	-0.42	.334

พฤติกรรม	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Z	p-value (1-tailed)
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน								
กลุ่มทดลอง	3.24	0.36	ปานกลาง	3.61	0.31	ปานกลาง	-3.16	.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.23	0.37	ปานกลาง	3.24	0.42	ปานกลาง	-0.29	.358
การรับรู้ประโยชน์								
กลุ่มทดลอง	3.37	0.28	ปานกลาง	3.62	0.24	ปานกลาง	-4.48	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.38	0.29	ปานกลาง	3.38	0.28	ปานกลาง	-1.34	.090
การรับรู้อุปสรรค								
กลุ่มทดลอง	3.01	0.25	น้อย	3.46	0.23	ปานกลาง	-4.64	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.00	0.27	น้อย	3.10	0.26	ปานกลาง	-3.38	<.001
การรับรู้ความสามารถตนเอง								
กลุ่มทดลอง	2.61	0.33	น้อย	3.30	0.25	ปานกลาง	-4.63	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.52	0.33	น้อย	2.64	0.32	น้อย	-3.71	<.001

จากตาราง 2 กลุ่มทดลองเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถตนเอง พบว่าเพิ่มขึ้นหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สำหรับในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังการทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 สำหรับการรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถตนเอง เพิ่มขึ้นหลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

3. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

ตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง ใช้สถิติชนิดที่เป็นอิสระ Mann Whitney U test

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง			กลุ่มเปรียบเทียบ			Z	p-value (1-tailed)
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
พฤติกรรมสุขภาพ	3.64	0.14	ปานกลาง	3.16	0.18	ปานกลาง	-6.13	<.001
การรับรู้ประโยชน์	3.62	0.24	ปานกลาง	3.38	0.28	ปานกลาง	-3.18	<.001
การรับรู้อุปสรรค	3.46	0.23	ปานกลาง	3.10	0.26	ปานกลาง	-4.51	<.001
การรับรู้ความสามารถตนเอง	3.30	0.25	ปานกลาง	2.64	0.32	น้อย	-5.97	<.001

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถตนเอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. การเปรียบเทียบไขมันในเลือด และดัชนีมวลกาย ระหว่างก่อนและหลังการทดลองกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

ตาราง 4 ผลการเปรียบเทียบไขมันในเลือด และดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติชนิดที่ไม่เป็นอิสระ Paired t-test

รายการ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	P-value (1-tailed)
	M	SD	M	SD		
ไขมันในเลือด						
กลุ่มทดลอง	225.21	15.73	210.50	17.62	7.68	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	242.71	32.28	234.89	28.45	2.92	.003
ดัชนีมวลกาย						
กลุ่มทดลอง	26.24	2.81	26.23	2.82	1.00	.163
กลุ่มเปรียบเทียบ	25.96	2.38	25.87	2.69	0.47	.322

จากตาราง 4 พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีไขมันในเลือดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สำหรับดัชนีมวลกายแตกต่างกัน ในกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าหลังการทดลองไขมันในเลือด และดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกัน

5. ความแตกต่างของไขมันในเลือด และดัชนีมวลกาย ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 5 ผลการเปรียบเทียบไขมันในเลือด และดัชนีมวลกาย หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติชนิดที่เป็นอิสระ Independent t-test

รายการ	กลุ่มทดลอง (n=28)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=28)		t	P-value (1-tailed)
	M	SD	M	SD		
ไขมันในเลือด	210.50	17.62	234.89	28.45	-3.85	<.001
ดัชนีมวลกาย	26.23	2.82	25.87	2.69	0.49	.311

จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มทดลองมีไขมันในเลือด น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = -3.85$) สำหรับดัชนีมวลกายไม่มีความแตกต่างกัน

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถตนเอง ก่อนและหลังทดลอง พบว่าในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมที่เพิ่มขึ้นหลังการทดลอง ทั้งนี้การนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน อำเภอโพธาราม จังหวัดหนองคาย ที่ได้พัฒนาตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ โดยมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Tupanich & Thongsri (2019) พบว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยพัฒนาตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ สามารถสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Lakkanasirorat & Tirapat (2021) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและด้านการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นหลังการทดลอง อีกทั้งกระบวนการตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินดังกล่าว มีกิจกรรมที่เพิ่มความสามารถของตนเอง และมีการจัดกิจกรรมกลุ่ม ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Kummak (2016) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม มีเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อเพิ่มความสามารถของตนเอง ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีไขมันในเลือดต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 สำหรับดัชนีมวลกายไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่าค่าไขมันในเลือดมีความแตกต่างกันทั้งภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งการลดลงของค่าไขมันในเลือดของกลุ่มเปรียบเทียบอาจมีผลมาจากการรักษาตามกระบวนการของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีการให้สุขศึกษาของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเสมอ จึงทำให้มีค่าไขมันในเลือดที่แตกต่างกัน ในส่วนของดัชนีมวลกายที่ไม่มีความแตกต่างกัน อาจเนื่องจากระยะเวลาในการวิจัยเพียง 8 สัปดาห์ ค่าดัชนีมวลกายจึงยังไม่มีมีความแตกต่างเกิดขึ้น โดยมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Pradubpoj & Kaenin (2021) ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการเปลี่ยนแปลงของเส้นรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ภายหลังจากทดลองในสัปดาห์ที่ 12 ค่าเฉลี่ยของเส้นรอบเอวพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) และการศึกษาของ Chanthima & Sritharathikhun (2021) ซึ่งเป็นการศึกษาผลของการประยุกต์ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบผสมผสาน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าไขมันในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.05$) รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของ Klongklew (2022) พบว่าผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารหลังทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สำหรับดัชนีมวลกายไม่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากระยะเวลาในการดำเนินการตามโปรแกรม เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งยังไม่พบความเปลี่ยนแปลงของค่าดัชนีมวลกาย ซึ่งระยะเวลา 8 สัปดาห์ไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลอง

3. กลุ่มทดลองมีไขมันในเลือด น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -3.85$) สำหรับดัชนีมวลกายไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ทุกคนจะได้รับสุขศึกษาและคำแนะนำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอยู่เสมอ จึงทำให้ทั้งสองกลุ่มมีระดับค่าไขมันในเลือดที่มีความเปลี่ยนแปลงในระดับที่ดีขึ้น แต่ทั้งนี้ในกลุ่มทดลองนั้น จะได้รับการเสริมแรง สนับสนุนให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเสริมพลัง โดยการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2 สัปดาห์ต่อ 1 ครั้ง เพื่อเสริมแรงให้กำลังใจกลุ่มทดลองให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้อย่างต่อเนื่อง เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้ร่วมวางแผนแก้ไขการปฏิบัติในรายที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน จึงทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพ ที่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งผลการศึกษามีความสอดคล้องกับ การศึกษาของ Kaewfong, Wannapornsiri, & Naewboo (2018) ศึกษาผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อ ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีระดับคอเลสเตอรอลรวม ไตรกลีเซอไรด์ ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับคอเลสเตอรอลรวม ไตรกลีเซอไรด์ เอชดีแอล (HDL) และแอลดีแอล (LDL) ดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

การนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน อำเภอโพธาราม จังหวัดหนองคาย สามารถนำไปขยายผลเพื่อใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน โดยใช้กิจกรรมหลัก คือ การสร้างแรงจูงใจ การเพิ่มความสามารถในตนเอง การส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคและกิจกรรมทางกายเพื่อลดคอเลสเตอรอลและดัชนีมวลกายของผู้ป่วยรวมทั้งติดตามเยี่ยมผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่บ้านโดยบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีการเสริมแรงให้กำลังใจกลุ่มทดลองให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้อย่างต่อเนื่อง เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้ร่วมวางแผนแก้ไขการปฏิบัติในรายที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อระดับไขมันในเลือด และดัชนีมวลกายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน อำเภอพนาลัย จังหวัดหนองคาย ทั้งนี้ จึงควรขยายกลุ่มเป้าหมายไปยังกลุ่มอื่น ๆ เช่น กลุ่มโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน หรือกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน อื่น ๆ ร่วมด้วย

References

- Bawornthip, P. & Chaimai, A. (2019). Modification of the dietary approaches to stop hypertension of people with prehypertension in community. *Journal of Nursing Science & Health*, 42(4), 132-139. (in Thai)
- Chanthima, P. & Sritharathikhun, S. (2021). Application of integrated health behavior change theory in hyperlipidemia reduction in hypertensive patients, Si Mueang Chum Tambon Health Promoting Hospital, Mae Sai District. *Chiang Rai Medical Journal*, 13(3), 205-219. (in Thai)
- Chotikhuntod, S., Thueksungnoen, S. & Koksungnoen, N. (2015). Effects of enhancing self-efficacy for body weight. BMI and waist circumference of the high-risk group to diabetes and high blood pressure, Pong Daeng Subdistrict Kham Thale So District Nakhon Ratchasima Province. *Journal of Health Research and Development Provincial Public Health Office, Nakhon Ratchasima*, 1(1), 50-57. (in Thai)
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2nd ed)*, Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates. Retrieved December 1, 2020 from <https://www.utstat.toronto.edu/~brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf>.
- Division of Health Education, Department of Health Service Support Ministry of Public Health (2022). *Guidelines for implementing health behavior surveillance*. Retrieved December 1, 2020 from <http://www.hed.go.th/linkHed/430>.
- Ekpalakorn, W. (2019). "Health status." *Survey Report Thai People's Health By Physical Examination, No. 5, 2014*. (pp 133-141) Bangkok: Graphic and Design. (in Thai)
- Kaewfong, I., Wannapornsiri, C. & Naewboo, S. (2018). Effective of motivational interviewing program on knowledge, attitude, behaviors and lipid levels among hypertensive patients. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 10(2), 57-71. (in Thai)
- Klongklew, U. (2022). Effects of health behavior modification program for hypertensive patients Bangklur Subdistrict, Bangpakong District, Chachoengsao Province. *Interdisciplinary Journal for Health*, 4(1), 18-28. (in Thai)
- Kummak, S. (2016). Self-Care behaviors among hypertension patients in Tambon Nanglao Health Promoting Hospital, Amphur Satingpha, Songkhla Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 3(3), 153-169. (in Thai)
- Lakkanasirorat, M. & Tirapat, T., (2021). health behavior modification with family participation among overweight psychiatric patients with diabetes mellitus or hypertension. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*, 4(2), 67-82. (in Thai)
- Nasamdaeng, M. (2018). *A study on relationship between perceived health threat and obesity among the elderly in Wiang Kao District, Khonkaen Province*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Master of Public Health, Burapha University. (in Thai)
- Nong Khai Provincial Public Health Office (2020). *Health Data Center (HDC)*. Retrieved December 5, 2020 from <https://nki.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>. (in Thai)

- Pender N. J., Murdaugh C. L., Parsons M. A. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice*. 6th ed. Boston: Pearson. Retrieved December 1, 2020 from <https://www.goodreads.com/book/show/8627699-health-promotion-in-nursing-practice>.
- Pradubpoj, K. & Kaenin, S., (2021). Results of the health behavior change program 3 self to changes in blood sugar levels high blood pressure and waist circumference of risk groups Diabetes and high blood pressure Phrom Khiri District Nakhon Si Thammarat Province. *Mahachula Nakhondhat Journal*, 8(5), 148-161. (in Thai)
- Showsungnoen, N., (2016). Health promotion to improve health behavior in people who working age which aim to prevent hypertension. *Health Care Division Journal*, 12(1), 9-16. (in Thai)
- Tupanich, W. & Thongsri, P. (2019). Effects of the modifying health promoting behavior program on self-efficacy, health promoting behavior and health status of hypertensive patients in community. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine*, 63(supplemental issue), 93-104. (in Thai)
- World Health Organization. (2018). How to Fulfil National NCD Commitments in 2015 and 2016. The First WHO Global Meeting of National NCD Programme Directors and Managers. Geneva 2016. Retrieved December 1, 2020 from <http://www.who.int/nmh/events/2016/ncd-concept-note-en.pdf>.
- Worathanarat, T. (2018). *Be Aware - adjust Behavior - enhance Health. Prevent non-communicable Diseases NCDs*. Retrieved December 5, 2020 from <https://www.thairath.co.th/content/1374821>. (in Thai)

ผลของการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้และทักษะ
ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของนักศึกษาพยาบาล

The Effects of a Simulation-Based Learning on Knowledge and Practicing Skills
of Nursing Students in Nursing Care of Patients with Ventilators

วรนิภา กรุงแก้ว¹, ชุตินา รักษ์บางแหลม^{1*}, อรุณรัตน์ โยธินวัฒนบำรุง¹, นิสากร จันทวี¹, นันทน์ภัส สารมาศ¹
Waranipa Krungkaew¹, Chutima Rukbanglaem^{1*}, Arunrat Yotinwattanabumrung¹,
Nisakhon Jantawee¹, Nannapath Saramad¹,

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

(Received: January 8, 2024; Revised: March 21, 2024; Accepted: April 4, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 รุ่น 33 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช ในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 จำนวน 62 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงและแบบบรรยาย กลุ่มละ 31 คน ใช้การสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่ เครื่องมือประกอบด้วย เครื่องมือใช้ในการทดลอง คือสถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และเครื่องมือใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน KR-20 เท่ากับ .66 และแบบประเมินทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .84 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Chi-square test, Independent t-test, Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของนักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีคะแนนเฉลี่ยหลังเรียนสูงกว่าการสอนแบบบรรยายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($t=3.51$)

2. ทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของนักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีคะแนนเฉลี่ยหลังเรียนสูงกว่าการสอนแบบบรรยายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($t=13.06$)

ข้อเสนอแนะ ควรพัฒนาการจัดการเรียนการสอนในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติโดยการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับการจัดการเรียนการสอนตามปกติ

คำสำคัญ: สถานการณ์จำลองเสมือนจริง การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ นักศึกษาพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail : c_rukbanglaem@hotmail.com)

Abstract

The aim of this quasi-experimental research was to examine the effects of a simulation-based learning program on knowledge and practical skills of nursing students in the care of patients with ventilators, accordingly with the comprehensive nursing care practicum II subject in our curriculum. Participants were junior undergraduate nursing students from Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat. The number of participants was 62 nursing students, recruited and assigned to either or control group (31 in each group). The experimental instrument was a simulation-based learning (SBL) program for nursing care of patients with ventilators. Data collection instrument was a knowledge and practical skills questionnaire on nursing care on patients with ventilators. The Kuder-Richardson-20 was used, reaching .66., as well as the CVI, yielding .84. Cronbach's alpha was applied to practical skills, with a coefficient of .87. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, independent t-test, and paired t-test. The research results were as follows.

1. After receiving the simulation-based learning (SBL) program, nursing students in the experimental group had a higher mean score of knowledge than in the control group at $p < 0.01$ ($t = 3.51$) level.

2. After receiving the simulation-based learning (SBL) program, nursing students in the experimental group had a higher mean score of practicing skills than in the control group at $p < 0.01$ ($t = 13.06$) level.

This research suggests using simulation-based learning with regular learning leads to better knowledge and nursing practice skills.

Keywords: Simulation-Based Learning, Nursing Care of Patients Using a Ventilator, Nursing Students

บทนำ

ปัจจุบันการสอนในลักษณะเชิงรุก (Active Learning) ที่มีรูปแบบใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงถูกนำมาใช้มากขึ้นในการจัดการเรียนการสอน การใช้สถานการณ์จำลอง (Simulation-based Learning) เป็นวิธีการหนึ่งในหลายๆ วิธีของการสอนในลักษณะเชิงรุกที่มีรูปแบบใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงที่สอนผ่านประสบการณ์ของผู้เรียน ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลบ์ (Kolb's experiential learning theory) เชื่อว่าเป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากกระบวนการความรู้ที่ถูกสร้างขึ้นจากการเปลี่ยนผ่านของประสบการณ์ (Transformation of Experience) อย่างเป็นรูปธรรมโดยให้ผู้เรียนได้สังเกตและลงมือปฏิบัติ และนำสิ่งที่ได้ปฏิบัติมาคิดทบทวน พิจารณาไตร่ตรองร่วมกันทั้งผู้สอนและผู้เรียนผ่านการสะท้อนคิด จนกระทั่งผู้เรียนสามารถสร้างความคิดรวบยอดในเรื่องที่เรียนรู้แล้วนำความคิดหรือประสบการณ์เหล่านั้นไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ ๆ ในอนาคตได้ (Kolb, 1984) การออกแบบการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง (Simulation-based Learning: SBL) ตามแนวคิดของเจฟฟรีย์ (Jeffries, 2005) เป็นหนึ่งกลวิธีในกระบวนการสร้างองค์ความรู้ภายใต้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning Theory) ของโคลบ์ และเป็นนวัตกรรมทางการศึกษาที่สามารถพัฒนาสมรรถนะให้เกิดขึ้นกับผู้เรียนได้ตามความคาดหวังและส่งเสริมให้ผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ตามที่กำหนด (Cowperthwait, 2020) การเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ช่วยให้ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้จากภาคทฤษฎีสู่ภาคปฏิบัติ ผู้เรียนสามารถปฏิบัติซ้ำๆ หลายครั้งจนกว่าผู้เรียนจะมีทักษะตามที่ต้องการ ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้มีโอกาสปฏิบัติทักษะการพยาบาลทางคลินิกที่จำเป็น (Sinthuchai, Ubolwan, & Boonsin, 2017) ให้ผู้เรียนได้มีโอกาสเรียนรู้ภายใต้สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย (Safe environment) (Meeboon, Tumme, & Charoenpon, 2022) และช่วยลด

ระยะเวลาเมื่อต้องปฏิบัติกับผู้ป่วยจริงให้สั้นลงและผู้รับบริการมีความปลอดภัยจากการที่ผู้เรียนที่มีประสบการณ์จากการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงมาก่อน

ความปลอดภัยของผู้รับบริการจึงเป็นประเด็นสำคัญในการจัดการเรียนรู้ องค์การอนามัยโลกได้ขับเคลื่อนหลักสูตรความปลอดภัยของผู้รับบริการให้เกิดขึ้นในสถาบันการศึกษาเพื่อให้นักศึกษาและบุคลากรสาธารณสุขมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่จำเป็น ร่วมกับการปลูกฝังความตระหนักในหลักความปลอดภัยผู้ป่วยเพื่อลดความเสี่ยงก่อนปฏิบัติงานจริงกับผู้รับบริการ (World Health Organization, 2011) เพื่อให้เกิดระบบบริการที่มีคุณค่าและมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดีต่อประชาชน นักศึกษาพยาบาลเมื่อขึ้นฝึกภาคปฏิบัติในโรงพยาบาลก็นับเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ร่วมให้การพยาบาลกับผู้ป่วย แม้ว่านักศึกษาจะผ่านการเรียนรู้ในภาคทฤษฎีมาแล้ว แต่เมื่อต้องปฏิบัติในสถานการณ์จริงก็พบว่ายังขาดความพร้อมทั้งทางด้านความรู้และทักษะในประเด็นความปลอดภัย ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ สาเหตุส่วนใหญ่ของการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์กับผู้รับบริการที่เกิดจากนักศึกษาที่มีทักษะและประสบการณ์ในการปฏิบัติงานไม่เพียงพอ การปฏิบัติไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ตลอดจนการเตรียมความพร้อมมีน้อยทั้งด้านความรู้และการทักษะที่จะนำมาใช้ในการปฏิบัติงาน (Lertlum, Tanasansutee, Panawatthanapisut, & Bumrungsri, 2019) การจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเป็นวิธีการจัดการเรียนการสอนที่เปิดโอกาสและกระตุ้นให้ผู้เรียนได้ประยุกต์ใช้ความรู้ทางทฤษฎีไปดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่เสมือนจริงได้อย่างปลอดภัยและลดความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นขณะปฏิบัติงานอันเนื่องจากผู้เรียนยังไม่มี ความเชี่ยวชาญหรือชำนาญมากพอ

จากการทบทวนวรรณกรรมมีหลายการศึกษาที่รายงานผลทางบวกในการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงทั้งในประเทศและต่างประเทศ ส่วนใหญ่นำการศึกษาในด้านความรู้ ความมั่นใจ ความพึงพอใจ ความวิตกกังวล แต่ในส่วนของการฝึกทักษะการปฏิบัติสถานการณ์จำลองในการดูแลผู้รับบริการที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน ต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อช่วยชีวิตพบการศึกษาน้อย การจัดการศึกษาตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ฉบับปรับปรุง 2560 สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช ในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 เป็นการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะความเจ็บป่วยซับซ้อน วิกฤต และฉุกเฉิน (Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat, 2023) ในภาคทฤษฎียังคงเน้นการสอน แบบบรรยาย ประกอบการใช้สื่อ power point และวีดิทัศน์ มีการมอบหมายงานให้วิเคราะห์กรณีศึกษาและการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ส่วนภาคปฏิบัติมีการเตรียมนักศึกษาฝึกปฏิบัติโดยการปฐมนิเทศ ชี้แจงรายละเอียดของการฝึกปฏิบัติในรายวิชา และฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาลที่จำเป็นบางทักษะในห้องทดลอง เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ การเตรียมชุดใส่ท่อระบายทรวงอก การอ่านคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง เป็นต้น การฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยวิกฤต นักศึกษาต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตของระบบหายใจ หัวใจ สมอง ซึ่งจัดว่าเป็นระบบที่สำคัญที่สุด โดยในส่วนของนักศึกษานั้น ยังถือว่ามีความประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตน้อยมาก เนื่องด้วยการฝึกภาคปฏิบัติที่ผ่านมา นักศึกษาฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยมีสุขภาพในระบที่ไม่ซับซ้อน ต่างจากการฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยวิกฤต ที่ผู้ป่วยมีสุขภาพหลายระบบและซับซ้อน สถานที่ที่เป็นระบบปิด บรรยากาศและสภาพแวดล้อม เต็มไปด้วยเครื่องมือและอุปกรณ์ช่วยชีวิต เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง การปฏิบัติงานเต็มไปด้วยความเร่งรีบ เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยให้ปลอดภัย (Boonmee, Mahamit, & Kawila, 2018) จากผลการประเมินการจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎีในปีการศึกษา 2563-2565 ที่ผ่านมามีผลการสอบวัดการเรียนรู้ภาคทฤษฎีในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 พบว่ามีผู้สอบไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 30, 38, 41 และผลการประเมินภาคปฏิบัติในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 พบว่าการเชื่อมโยงความรู้จากภาคทฤษฎีสู่การปฏิบัติของนักศึกษา ยังไม่ครอบคลุมประเด็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน และจากการสอบวัดความรู้หลังการฝึกปฏิบัติ พบว่านักศึกษาสอบไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 94, 56, 88 ตามลำดับ (Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat, 2022)

การดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นความท้าทายความสามารถของผู้ให้การดูแลที่ต้องทราบการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง สามารถประเมินและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่าง

ทันทั้งที่และพร้อมส่งต่อข้อมูลให้กับทีมแพทย์ผู้รักษา พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่สำคัญ ในดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างปลอดภัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช จึงได้นำวิธีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมาใช้ในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยผู้วิจัยได้รวบรวมความรู้จากการทบทวนวรรณกรรม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคลากรในหอผู้ป่วยวิกฤตมาพัฒนาการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้นักศึกษาได้ฝึกทักษะในการประเมิน การวิเคราะห์ และแก้ไขภาวะผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นตามมาตรฐานการปฏิบัติในการดูแลการใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งช่วยพัฒนานักศึกษาครอบคลุมทักษะทางปัญญา การคิดวิเคราะห์ และการปฏิบัติให้สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจริงได้อย่างปลอดภัยจริงต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

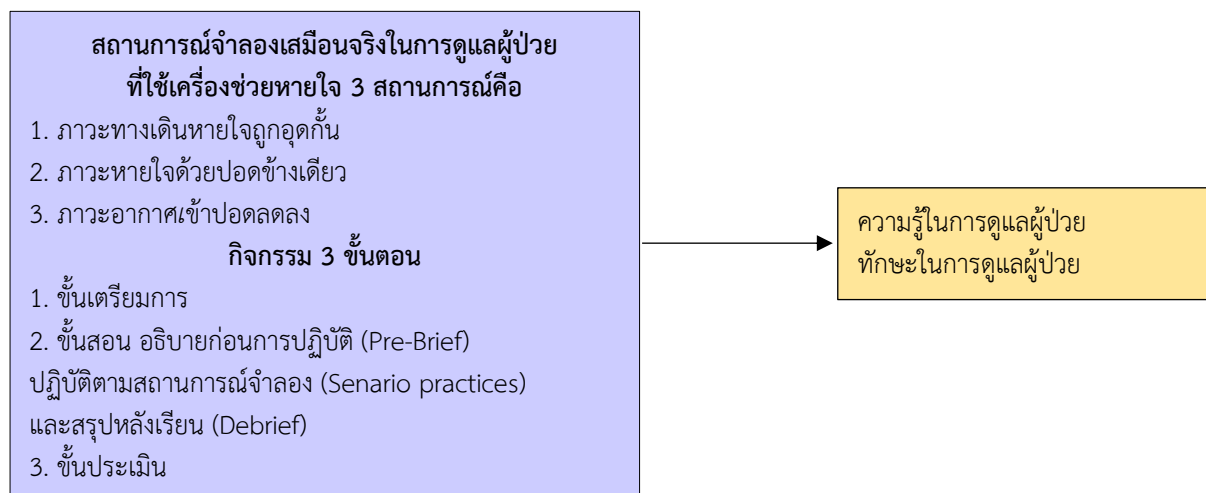
วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนเรียนระหว่างการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงและการสอนแบบบรรยายในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังเรียนระหว่างการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงและการสอนแบบบรรยายในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระหว่างก่อนและหลังเรียนในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช
4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการสอนแบบบรรยายระหว่างก่อนและหลังเรียนในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการจัดการศึกษาด้วยสถานการณ์จำลองทางการพยาบาล (The Nursing Education Simulation Framework) ของเจฟฟรีย์ (Jeffries, 2005) แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลบ (Kolb, 1984) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Sinthuchai, Ubolwan & Boonsin, 2017; Norkaeo, Treenon, Chabuakam, Kanbupar, Teanthong, & Kaewmanee 2018; Chubkhuntod, Thasanoh Elter, Gaewgoontol, Rutchanee Potchana 2020; Tantalanukul, 2021; Somsiri, Thasaneesuwana & Damkliang, 2023) มาประยุกต์ใช้เป็นตัวแปรต้นในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ของหลักสูตรและรายวิชาใน 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นก่อนทดลอง 2) ขั้นทดลอง และ 3) ขั้นหลังทดลอง การดำเนินการในขั้นก่อนการทดลอง คือ 1) เตรียมผู้สอน 2) เตรียมผู้เรียน 3) เตรียมสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวน 3 สถานการณ์ ที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะขาดออกซิเจนในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ คือ (1) ภาวะทางเดินหายใจถูกอุดกั้น (2) ภาวะหายใจด้วยปอดข้างเดียว และ (3) ภาวะอากาศเข้าปอดลดลง และ 4) เตรียมความพร้อมของห้องฝึกปฏิบัติการ การดำเนินการในขั้นทดลอง คือ 1) การทำแบบทดสอบความรู้ก่อนเรียน (Pre-test) และปฏิบัติทักษะ (Pre-test) ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจใน 3 สถานการณ์ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 2) กลุ่มทดลอง ปฏิบัติทักษะสถานการณ์จำลองเสมือนจริงใน

3 ขั้นตอน คือ (1) การอธิบายก่อนการปฏิบัติ (Prebrief) (2) การปฏิบัติตามสถานการณ์จำลอง (Senario Practice) และ (3) การสรุปหลังเรียน (Debrief) และการดำเนินการในขั้นหลังทดลอง คือ 1) ประเมินผลตามวัตถุประสงค์ของสถานการณ์จำลอง



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group Pre-posttest Design) ทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม - กันยายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 33 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช จำนวน 126 คน และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 33 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช ประจำปีการศึกษา 2566 จำนวน 62 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (β) เท่ากับ 0.80 ค่าความคลาดเคลื่อน (α) เท่ากับ 0.05 หาค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) จากงานวิจัยที่ใกล้เคียง เรื่องผลของโปรแกรมสร้างเสริมทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช (Bunma, 2018) ได้ค่าขนาดอิทธิพล 0.73 อ่านผลการวิเคราะห์จากโปรแกรมได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 31 คน รวมสองกลุ่ม 62 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนรายชื่อนักศึกษาโดยวิธีจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Simple Random Sampling) สลับเข้าเป็นกลุ่มควบคุม 31 คน และกลุ่มทดลอง 31 คน มีเกรดเฉลี่ยสะสมในระดับดีขึ้นไป และทั้งสองกลุ่มมีจำนวนของระดับเกรดเฉลี่ยสะสมใกล้เคียงกัน เกณฑ์ในการคัดเลือกตามคุณสมบัติ (Inclusion Criteria) คือ 1) เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนในภาคการศึกษา 2566 2) เป็นนักศึกษาที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 และ 3) ยินดีเข้าร่วมวิจัยโดยลงนามในเอกสารยินยอมด้วยความสมัครใจ เกณฑ์ในการคัดเลือกลกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) คือนักศึกษาที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกหรือยุติการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลใดๆ ให้ผู้วิจัยทราบ การตอบรับหรือปฏิเสธไม่มีผลกระทบต่อผลการประเมินผลด้านการเรียนหรือด้านอื่นๆ ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะรายงานข้อมูลในภาพรวม ไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลเป็นรายบุคคล สำหรับกลุ่มควบคุมผู้วิจัยจะสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โจทย์สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากสถานการณ์จริงที่พบป่วยในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ นำมาสร้างเป็นสถานการณ์จำลองเสมือนจริงตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในรายวิชา ทัศนศึกษาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 จำนวน 3 สถานการณ์ คือ ภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น ภาวะหายใจด้วยปอดข้างเดียว และภาวะอากาศเข้าปอดลดลง

1.2 หุ่นมนุษย์จำลอง (Sim Man Essential) เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator) หุ่นมนุษย์จำลอง หน้ากากช่วยหายใจชนิดมีอัมบู (Ambu Bag with Mask) เครื่องดูดเสมหะ อุปกรณ์ทางการแพทย์อื่นๆ ได้แก่ หูฟัง เครื่องวัดปริมาตรลมในกระเปาะลมคอ (Cuff Pressure) เครื่องวัดปริมาตรอากาศ (Spirometer) เป็นต้น

1.3 แผนการสอนตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในรายวิชาทัศนศึกษาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 เรื่อง การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ใช้เวลาการสอน 1 ชั่วโมง ประกอบด้วย ขั้นนำ (Prebrief) 10 นาที ขั้นปฏิบัติสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Scenario Practice) 20 นาที ซึ่งผู้สอนจะทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) และกระตุ้นผู้เรียนในการแก้ไขปัญหาและการปฏิบัติทักษะการดูแล และขั้นสรุปผลการเรียนรู้หลังการปฏิบัติ (Debrief) 30 นาที ผู้สอนใช้กิจกรรมการสอนด้วยวิธีการสะท้อนคิด และแผนการสอนด้วยการบรรยาย เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ใช้เวลาสอน 1 ชั่วโมง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ส่วน

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับเกรดเฉลี่ยสะสม ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

2.2 แบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเป็นแบบทดสอบปรนัย 4 ตัวเลือก (Multiple Choice Question) จำนวน 43 ข้อ มีข้อที่ถูกต้องเพียงข้อเดียว ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน คิดคะแนนรวม มีคะแนนระหว่าง 0-43 คะแนน

2.3 แบบประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Objective structured clinical examination; OSCE) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ จำนวน 3 สถานการณ์ ประกอบด้วย 1) ภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น จำนวน 20 ข้อ 2) ภาวะหายใจด้วยปอดข้างเดียว จำนวน 20 ข้อ และ 3) ภาวะอากาศเข้าปอดลดลง จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบสังเกตทักษะทางคลินิกตามพฤติกรรม ตรวจสอบรายการ (Check-list) ใน 3 ระดับ มีเกณฑ์การประเมินคือ 2 = ปฏิบัติครบถ้วนและถูกต้อง 1 = ปฏิบัติถูกต้องแต่ไม่ครบถ้วน 0 = ไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง คิดคะแนนรวม มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 120 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โจทย์สถานการณ์จำลองเสมือนจริง จำนวน 3 สถานการณ์ คือ ภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น ภาวะหายใจด้วยปอดข้างเดียว และภาวะอากาศเข้าปอดลดลง แบบประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และแผนการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงและการสอนแบบบรรยาย ตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในรายวิชาทัศนศึกษาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 นำไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสอนการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวน 1 ท่าน และพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ 1 ท่าน มีค่าความตรง CVI (Content Validity Index) เท่ากับ .84 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) เท่ากับ .87

2. แบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของนักศึกษาพยาบาล สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม และตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในรายวิชาทัศนศึกษาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 นำไปตรวจสอบคุณภาพของ

เครื่องมือ วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบมีค่า Kuder-Richardson-20 (KR-20) เท่ากับ .66 ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (Kuder, & Richardson, 1937)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนทดลอง

1. ประชุมอาจารย์ผู้สอนรายวิชารายวิชารายวิชาทักษะการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 จำนวน 5 คน เพื่อวิเคราะห์วิธีการสอนภาคทฤษฎีและผลสัมฤทธิ์ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ในปีการศึกษาที่ผ่านมา

2. ออกแบบโจทย์สถานการณ์จำลองเสมือนจริง แผนการสอนการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงและการสอนแบบบรรยาย แบบประเมินความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในรายวิชาทักษะการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 และนำไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3. เตรียมความพร้อมของห้องฝึกปฏิบัติการ เพื่อเตรียมความพร้อมของสถานที่ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ต้องนำไปใช้ในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง

4. เตรียมผู้สอน เพื่อเตรียมความพร้อมในการสอน ประชุมผู้สอนและให้ผู้สอนฝึกการสอนโดยใช้โจทย์สถานการณ์จำลองเสมือนจริง และการใช้แบบประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ

5. เตรียมผู้เรียน เพื่อเตรียมความพร้อมในการเรียน สุ่มนักศึกษาพยาบาลเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างและจัดเวลาให้กลุ่มตัวอย่างได้ทำความคุ้นเคยกับหุ่นมนุษย์จำลอง อุปกรณ์ทางการแพทย์ และสิ่งแวดล้อมในห้องฝึกปฏิบัติการ

6. ภายหลังได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูลจากคณะกรรมการการวิจัยในคนแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินการวิจัยรวมทั้งกิจกรรมที่จะทำในการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถาม พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรตามความสมัครใจในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย แบ่งกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย แบบจับสลากไม่แทนที่ ออกเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 3 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 3 กลุ่ม ๆ ละ 10 และ 11 คน และแต่ละกลุ่มแบ่งออกเป็นกลุ่มย่อย 2 กลุ่ม ๆ ละ 5 และ 6 คน รวม 12 กลุ่ม และมอบโจทย์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจให้กลุ่มทดลอง แนะนำแหล่งศึกษาค้นคว้าการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ล่วงหน้า 1 สัปดาห์ และแนะนำแหล่งศึกษาค้นคว้าการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจให้กลุ่มควบคุมศึกษาล่วงหน้า 1 สัปดาห์

ขั้นตอนทดลอง

วันที่ 1 ของการทดลอง

1. ให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบทดสอบความรู้ก่อนเรียน (Pre-test) ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจใช้เวลา 45 นาที นำคะแนนไปวิเคราะห์ทางสถิติ

2. ให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมปฏิบัติทักษะ (Pre-test) ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจใน 3 สถานการณ์ ๆ ละ 15 นาที ผู้สอนสังเกตพฤติกรรมทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ลงบันทึกและให้คะแนนเพื่อนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

3. ให้กลุ่มทดลอง สลับกันเข้าปฏิบัติทักษะสถานการณ์จำลองเสมือนจริงและสลับเป็นผู้สังเกตการณ์ โดยทุกคนต้องปฏิบัติทักษะสถานการณ์จำลองเสมือนจริงและเป็นผู้สังเกตการณ์ ใน 3 ขั้นตอน ดังนี้

3.1 ขั้นนำ เป็นการอธิบายก่อนการปฏิบัติ (Pre-brief) คือ

3.1.1 ปฐมนิเทศ ชี้แจงรายละเอียด (Pre-brief) บอกวัตถุประสงค์การเรียนรู้ ผลลัพธ์การเรียนรู้ และให้คำแนะนำแก่ผู้เรียนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในห้องปฏิบัติการ การทำงานของหุ่นเสมือนจริง (Sim Man Essential) ทำงานของเครื่องช่วยหายใจ (Ventilator) แนะนำอุปกรณ์ เปิดโอกาสให้ผู้เรียนสร้างความคุ้นเคยกับอุปกรณ์ต่างๆ เหมือนกับได้ดูแลผู้ป่วยบนหอผู้ป่วยจริงๆ ใช้เวลา 15 นาที

3.1.2 ทบทวนความรู้เรื่องการใช้เครื่องช่วยหายใจ ร่วมวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจใน 3 สถานการณ์ คือ ภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น ภาวะหายใจด้วยปอดข้างเดียว และภาวะอากาศเข้าปอดลดลง

3.2 ขั้นปฏิบัติตามสถานการณ์ (Scenario Practice)

3.2.1 ให้นักเรียนทดลองที่ได้รับมอบหมายแสดงบทบาทการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทั้ง 3 สถานการณ์ตามที่ได้รับมอบหมาย เน้นย้ำให้ผู้เรียนนำความรู้ที่เรียนมาใช้ เริ่มสถานการณ์เมื่อผู้สอนพูดว่า “start simulation” ขณะอยู่ในสถานการณ์ผู้สอนทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) ให้การช่วยเหลือหากพบว่าผู้เรียนปฏิบัติไม่ได้และหากผู้เรียนปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้สอนจะหยุดสถานการณ์ (Time out) และชี้แนะสิ่งที่ถูกต้องให้ผู้เรียน ใช้เวลาในการเรียนรู้สถานการณ์ละ 15 นาที

3.2.2 กลุ่มทดลองที่เหลือจะเป็นผู้สังเกตการปฏิบัติทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทั้ง 3 สถานการณ์ และสลับกันบทบาทเป็นผู้แสดงและผู้สังเกต หมุนเวียนจนครบทั้ง 6 กลุ่ม

3.3 ขั้นสรุปหลังเรียน (Debrief)

เมื่อสิ้นสุดการเรียนรู้ในแต่ละสถานการณ์ ใช้เวลากลุ่มละ 30 นาที โดย

3.3.1 ผู้สอนจะบอกข้อดีและข้อบกพร่องของผู้เรียน โดยไม่ให้ผู้เรียนรู้สึกผิดและใช้การเสริมแรงทางบวกเพื่อให้ผู้เรียนเกิดกำลังใจ

3.3.2 ให้ผู้เรียนบอกความรู้สึกว่า “รู้สึกอย่างไรต่อสถานการณ์” “ได้เรียนรู้อะไรบ้างขณะเล่นสถานการณ์และขณะเป็นผู้สังเกตการณ์” “เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น รู้สึกอย่างไร” “เมื่อผู้ป่วยอาการแย่ลง รู้สึกอย่างไรและจะปรับปรุงตนเองอย่างไร”

4. จัดให้นักเรียนทุกคน ได้รับการสอนแบบบรรยาย เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ แนะนำวิธีการศึกษาเพิ่มเติม จากเอกสาร ตำรา แหล่งค้นคว้าต่างๆ ทั้งในห้องสมุดและในอินเทอร์เน็ตและสื่อวีดิทัศน์

วันที่ 2 ของการทดลอง

5. ให้นักเรียนทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบทดสอบความรู้หลังเรียน (Post-test) ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจใช้เวลา 45 นาที นำคะแนนไปวิเคราะห์ทางสถิติ

6. ให้นักเรียนทดลองและกลุ่มควบคุมปฏิบัติทักษะ (Post-test) ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจใน 3 สถานการณ์ๆ ละ 15 นาที ผู้สอนสังเกตพฤติกรรมทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ลงบันทึกและให้คะแนนเพื่อนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

ขั้นหลังทดลอง

1. ประเมินผลตามวัตถุประสงค์ของสถานการณ์จำลอง ได้แก่ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และปัญหาอุปสรรคในการจัดการเรียนการสอน

2. นำสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 สถานการณ์ ไปใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 33 ที่ไม่ใช่กลุ่มทดลองทุกคน และแนะนำให้ศึกษาเพิ่มเติมทั้งจากเอกสาร ตำรา แหล่งค้นคว้าต่างๆ ทั้งในห้องสมุดและในอินเทอร์เน็ตและสื่อวีดิทัศน์ เพื่อให้มีประสบการณ์การเรียนรู้ที่เท่าเทียมกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความแตกต่างของลักษณะกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคสแควร์

3. วิเคราะห์ความแตกต่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะก่อนและหลังเรียนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจโดยใช้สถิติ Independent t-test

4. วิเคราะห์ความแตกต่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะระหว่างก่อนและหลังเรียนภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจโดยใช้สถิติ Paired t-test

ทั้งนี้ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) พบว่าข้อมูลลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่รอบๆ เส้นตรง และทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test ($p=0.125$, 0.062 $p=0.152$, $p=0.115$)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช เลขที่ F-5 / 2566 ตั้งแต่วันที่ 8 พฤษภาคม 2566 - 7 พฤษภาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ระดับเกรดเฉลี่ยสะสม และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 31)		กลุ่มควบคุม (n = 31)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
หญิง	29	93.50	31	100	0.151
ชาย	2	6.50	0	0	
อายุ (ปี)					
20	16	51.60	14	45.20	0.717
21	12	36.70	15	48.40	
22	3	9.70	2	6.50	
(M=20.60 SD=.639)	(M=20.58 SD=0.67)		(M=20.61 SD=0.62)		
ระดับเกรดเฉลี่ยสะสม					
ดี (2.50-2.99)	13	41.90	12	38.70	0.591
ดีมาก (3.00-3.49)	18	58.10	19	61.30	
(M=3.06, SD= 0.21)	(M=3.09 SD=0.21)		(M=3.02 SD=0.20)		
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ					
ไม่มี	31	100	31	100	-

จากตาราง 1 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 93.50 มีอายุเฉลี่ย 20.58 ปี มีเกรดเฉลี่ยสะสมเท่ากับ 3.09 ($SD=0.21$) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 มีอายุเฉลี่ย 20.61 ปี มีเกรดเฉลี่ยสะสมเท่ากับ 3.02 ($SD=0.20$) และร้อยละ 100 และพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เมื่อทดสอบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mean Difference	95%CI	t	p-value (1-tailed)
	M	SD	M	SD				
ความรู้								
ก่อนทดลอง	30.13	2.92	30.29	2.85	-0.16	-1.63-1.31	-0.22	.413
หลังทดลอง	34.55	2.58	32.13	2.85	2.42	1.04-3.80	3.51	.001

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mean	95%CI	t	p-value (1-tailed)
	M	SD	M	SD	Difference			
ทักษะ								
ก่อนทดลอง	60.03	5.27	58.26	5.28	1.77	-0.91-4.45	1.32	.095
หลังทดลอง	79.35	5.75	60.13	5.84	19.23	16.28-22.17	13.06	<.001

จากตาราง 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจหลังทดลองของกลุ่มทดลอง ($M = 34.55$, $SD = 2.58$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 32.13$, $SD = 2.85$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($t = 3.51$) และค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจหลังทดลองของกลุ่มทดลอง ($M = 79.35$, $SD = 5.75$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 60.13$, $SD = 5.84$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($t = 13.06$)

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean Difference	95%CI	t	p-value (1-tailed)
	(n = 31)		(n = 31)					
	M	SD	M	SD				
ความรู้								
กลุ่มทดลอง	30.13	2.92	34.55	2.58	-4.42	-6.05- (-2.79)	-5.52	<.001*
กลุ่มควบคุม	30.29	2.85	32.13	2.85	-1.84	-2.16-(-1.26)	-7.83	<.001*
ทักษะ								
กลุ่มทดลอง	60.03	5.27	79.35	5.75	-19.32	-19.95-(-18.50)	-54.11	<.001*
กลุ่มควบคุม	58.26	5.28	60.13	5.84	-1.87	-2.98-(-0.76)	-3.45	0.002*

จากตาราง 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจหลังทดลองของกลุ่มทดลอง ($M = 34.55$, $SD = 2.58$) สูงกว่าก่อนทดลอง ($M = 30.13$, $SD = 2.92$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($t = -5.52$) และค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจหลังทดลองของกลุ่มทดลอง ($M = 79.35$, $SD = 5.75$) สูงกว่าก่อนทดลอง ($M = 60.03$, $SD = 5.27$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($t = -54.11$)

4. ผลจากการสรุปผลการเรียนรู้ (Debrief) กลุ่มตัวอย่าง “รู้สึกสนุก ตื่นเต้น และดีใจที่ได้ฝึกการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจริงกับหุ่นที่สามารถทำได้เสมือนคนจริงๆ” “รู้สึกดีที่ได้ลงมือทำด้วยตนเอง หากอยู่ที่หอผู้ป่วยอาจจะไม่ได้ลงมือทำด้วยตัวเองและคงไม่เข้าใจเหมือนกับได้ทำด้วยตนเอง” “รู้สึกดีที่ได้ประเมินผู้ป่วยซ้ำๆ ทำให้รู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้น” “เรียนรู้ว่าจะต้องให้การพยาบาลอะไรก่อน หลัง ซึ่งแตกต่างจากเขียน nursing care plan ซึ่งวางแผนเป็นข้อตามลำดับแต่ไม่รู้ว่าจะไรควรทำก่อน” ได้ปฏิบัติ และได้ดูเพื่อนปฏิบัติซ้ำๆ หลายครั้งทำให้รู้สึกคล่องขึ้น” “ได้ลงมือปฏิบัติ ได้เห็นภาพ และได้ยินเสียงทำให้อยู่ในความทรงจำ “ถ้าพบเจอสถานการณ์แบบนี้ในผู้ป่วยจริงคิดว่าจะช่วยผู้ป่วยได้เร็วขึ้น” “ได้เรียนรู้ถึงข้อผิดพลาด ข้อบกพร่องทั้งของตนเองและเพื่อน” และ “ประสบการณ์ที่เกิดจากความผิดพลาด ปฏิบัติไม่ถูกต้องทำให้จำและจะไม่ให้เกิดกับผู้ป่วยจริง”

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง กับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสอนแบบบรรยายมีคะแนนแตกต่างกัน และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจหลังได้รับการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงก่อนสอนมีคะแนนแตกต่างกัน การสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น กระบวนการจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงผู้สอนออกแบบจากสถานการณ์จริง เน้นความเชื่อมโยงความรู้จากภาคทฤษฎีสู่การปฏิบัติ เริ่มจากการทบทวนความรู้ให้แก่ศึกษาก่อนเรียน (Pre-brief) จากนั้นจึงให้ลงมือฝึกปฏิบัติในสถานการณ์เสมือนจริง ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้นจากประสบการณ์ที่ได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง (Senario practice) และจากการสรุปผลการเรียนรู้ (Debrief) หลังการเรียนรู้ (Jeffied, 2005) การสรุปผลการเรียนรู้เป็นช่วงเวลาสำคัญที่ผู้เรียนและผู้สอนร่วมกันสรุปว่าเกิดอะไรขึ้นในสถานการณ์นั้นๆ เกิดผลลัพธ์ของการเรียนรู้ที่สำคัญ ได้แก่ ความรู้ ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล การคิดวิเคราะห์ ความพึงพอใจ และความมั่นใจในตนเอง (Sinthuchai & Ubolwan, 2017) การนำอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้จริงในหอผู้ป่วยมาใช้ในสถานการณ์จำลองเป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ที่เหมือนสถานการณ์จริงมาก ทำให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในสถานการณ์นั้น (Cowperthwait, 2020) ผู้เรียนพัฒนาตนเองและเรียนรู้ว่าอะไรที่ควรจะทำเมื่อต้องพบกับสถานการณ์ดังกล่าวได้ในอนาคต (Kolb, 1984) ส่วนการสอนแบบบรรยายเป็นการให้ความรู้ให้ห้องเรียนและมอบหมายให้เรียนรู้ด้วยตนเองจากแหล่งค้นคว้า เอกสาร ตำรา ห้องสมุด และอินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษามีความรู้เพิ่มขึ้น การจัดการเรียนรู้ให้เหมาะสมกับผู้เรียน จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ได้แก่ การศึกษาของ Pangasuk, & Kingmala (2021) ศึกษาผลของการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินของนักศึกษาในกลุ่มที่ได้รับการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองสูงกว่ากลุ่มที่สอนแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ Tantanukul, Khiaolueang, Srijaewong, Fongkerd, & Nawsuwan (2020) ศึกษาผลการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองต่อการใช้ยารักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาล พบว่าการใช้ยารักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ Krongthaeo, Partipajak, & Udomkasemsab (2022) ศึกษาผลของโปรแกรมฝึกอบรมการจัดการทางเดินหายใจและการช่วยหายใจสำหรับนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ภายหลังได้รับการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ Jamjang, Atthamatakul, Nilliaum, & Wongyara (2021) ศึกษาผลของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลและความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล พบว่าภายหลังการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลและคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ Jamjang, Yomdit, Pongphetdit, Pitaksin, Changsieng, & Montong (2018) ศึกษาผลการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย พบว่านักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลหลังการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลก่อนการเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ Srijanpal, Thatan, & Fukfon (2021) ศึกษาผลของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองต่อการรับรู้ความสามารถตนเองของนักศึกษาพยาบาลต่อการดูแลผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อ พบว่าหลังการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองนักศึกษาพยาบาลมีคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ Tawalbeh (2020) ศึกษาผลการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองต่อความรู้และความมั่นใจของ

นักศึกษาพยาบาลประเทศจอร์แดนในการเตรียมความพร้อมทักษะวิกฤตทางคลินิก พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ภายหลังได้รับการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Kim & Kim (2015) ศึกษาผลการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองต่อความรู้ การให้เหตุผลทางคลินิกและความมั่นใจของนักศึกษาพยาบาลประเทศเกาหลี พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ภายหลังได้รับการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของนักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงกับนักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการสอนแบบบรรยาย มีคะแนนแตกต่างกัน และค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจหลังได้รับการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงกับก่อนสอนมีคะแนนแตกต่างกัน การสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงทำให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะเพิ่มขึ้น การใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงที่มีความใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงช่วยเพิ่มทักษะให้ผู้เรียนได้แสดงบทบาทของตนเองตามสถานการณ์ที่กำหนด การสรุปสิ่งที่เรียนรู้ด้วยตนเองของผู้เรียน และผู้สอนช่วยสรุปเพิ่มเติม ทำให้ผู้เรียนเข้าใจเรื่องราวที่กำลังเผชิญอยู่และได้รับประสบการณ์จากสถานการณ์เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับนิยามการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองว่าเป็นกระบวนการสอนที่ผู้สอนใช้ในการช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดโดยให้ผู้เรียนเข้าไปเรียนรู้ในสถานการณ์ที่มีการกำหนดบทบาท กติกาในการเล่น สะท้อนถึงความเป็นจริง และการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งต่างๆ ที่อยู่ในสถานการณ์นั้นๆ สามารถนำมาใช้ในการตัดสินใจและแก้ปัญหาต่าง ๆ ในสถานการณ์จริงได้ (Khemmani, 2014) และการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงช่วยให้ผู้เรียนได้มีโอกาสปฏิบัติทักษะการพยาบาลทางคลินิกที่จำเป็นและผู้เรียนได้ฝึกปฏิบัติซ้ำๆ หลายครั้งจนกว่าผู้เรียนจะมีทักษะตามที่ต้องการ (Sinthuchai, Ubolwan, & Boonsin, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ได้แก่ การศึกษาของ Kaenbubpha, Chomngam, & Nuangchalerm (2018) ศึกษาผลของการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองต่อความมั่นใจในความสามารถในการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าหลังการสอนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนเฉลี่ยหลังสอนสูงกว่าก่อนสอน การศึกษาของ Norkaeo, Treenon, Chabuakam, Kanbupar, Teanthong, & Kaewmanee (2018) ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน สำหรับนักศึกษาพยาบาล พบว่าทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักศึกษาพยาบาล เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ Lertlum, Tanasansutee, Panawatthanapisuit, & Bumrungsri (2019) ศึกษาการพัฒนาแบบการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง พบว่าผู้เรียนมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการพยาบาลหลังการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ Meeboon, Tumme, & Charoenpon (2022) ศึกษาการพัฒนาแบบการเตรียมความพร้อมนักศึกษาในรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาลด้วยสถานการณ์จำลองในหอผู้ป่วยเสมือนจริงภายหลังการนำรูปแบบไปทดลองใช้ พบว่านักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนด้านทักษะการปฏิบัติเชิงวิชาชีพสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ Seesanea, Kunoy, Karunchareonphanit, Rupngam (2022) ศึกษาผลการจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ การตัดสินใจทางคลินิกและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันระยะวิกฤติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองมีคะแนนทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในภาพรวมผ่านเกณฑ์ และการศึกษาของ Ebrahimi, Sohrabi, Ashtiyani, Hafize, Esmaeilian, & Jafarnejad (2020) ศึกษาผลการจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลช่วยฟื้นคืนชีพในหน่วยวิกฤตทารกแรกเกิด พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ช่วยเพิ่มความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ทำให้ผู้เรียนรู้สึกปลอดภัยและเกิดความร่วมมือกับผู้สอน ผู้เรียนลดความกังวลเกี่ยวกับอันตรายที่อาจเกิดขึ้นทั้งต่อผู้ป่วยและผู้เรียน ส่วนการสอนภาคทฤษฎีผลการเรียนรู้

ของผู้เรียนจะเน้นในระดับของความจำและความเข้าใจ การเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลเพื่อลงสู่การปฏิบัติกับผู้ป่วยจริงด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง จึงเป็นการประยุกต์ใช้ความรู้ที่ได้จากภาคทฤษฎีนำสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม ที่ผู้สอนสามารถจัดประสบการณ์โดยการเลียนแบบสภาพแวดล้อมจริงในห้องผู้ป่วยช่วยผู้เรียนเกิดความเข้าใจในบริบทที่มีความซับซ้อนมากขึ้น การได้ฝึกทักษะปฏิบัติซ้ำ ๆ และการสรุปการเรียนรู้หลังเรียนสะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จของการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ทำให้ผู้เรียนเกิดการเชื่อมโยงความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติทักษะกับสถานการณ์อื่นๆ ที่เกิดขึ้นจริงในการดูแลผู้ป่วยในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตร โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเป็นกลยุทธ์การสอนที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้นำความรู้จากภาคทฤษฎีนำสู่การประยุกต์ใช้ผ่านสถานการณ์จำลองเสมือนจริง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน วิกฤต ที่ต้องใช้เครื่องมือหรือการใช้อุปกรณ์การแพทย์จริง เช่นเดียวกับที่ใช้ในคลินิก และที่ต้องใช้ระยะเวลาในการศึกษาเรียนรู้ เพื่อให้ผู้เรียนคุ้นชินกับอุปกรณ์และตระหนักถึงความเสี่ยงของสถานการณ์ที่อาจทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้ ในการจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎีจึงควรเตรียมผู้เรียนในห้องปฏิบัติการก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติจริงในห้องผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยพัฒนาทั้งความรู้และทักษะทางคลินิกให้ผู้เรียนได้เร็วขึ้น ลดความเสี่ยงและก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลรักษาเมื่อต้องฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาวิจัยตัวแปรที่เป็นผลลัพธ์อื่นๆ ของการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ ความมั่นใจ ความพึงพอใจ
2. ศึกษาวิจัยเปรียบเทียบความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจระหว่างก่อนและหลังการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงกับสถานการณ์จริงในคลินิก
3. ศึกษาเปรียบเทียบระดับความรู้กับทักษะอื่นๆ ในการจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง เช่น ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ได้แก่ การคิดวิเคราะห์ การคิดอย่างสร้างสรรค์ การประสานความร่วมมือ และการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์

References

- Boonmee, P., Mahamit, S.W., & Kawila, T. (2018). Knowledge, perception, and awareness of risk management and patient safety towards nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Phayao. *Journal of Nursing and Education*, 11(3), 112-124. (in Thai)
- Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat. (2022). Meeting Report Curriculum Management Committee. Nakhon Si Thammarat: Boromarajonani College of Nursing. (in Thai)
- Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat. (2023). Course Syllabus: Adult 2. Nakhon Si Thammarat: Boromarajonani College of Nursing. (in Thai)
- Bunma, W. (2018). Effect of program for promoting emergency patient care skill toward perceived self- efficacy in emergency care among nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai. *Journal of Nursing and Education*, 11(2), 74-86. (in Thai)

- Chubkhuntod, P., Thasanoh Elter, P., Gaewgoontol, N., Rutchanee Potchana, R. (2020). Effects of simulation based learning model on knowledge, self-efficacy and abilities of applying nursing process skills during intrapartum care of nursing students. *Journal of Health Science*. 29(6), 1062-1072. (in Thai)
- Cowperthwait, A. (2020). NLN Jeffries simulation framework for simulated participant methodology. *Clinical Simulation in Nursing*, 42, 12-21. doi.org/10.1016/j.ecns.2019.12.009
- Ebrahimi, H. K., Sohrabi, S., Ashtiyani, F. Z., Hafize, F., Esmailian, S., & Jafarnejad, S. (2020). Effect of simulation-based CPR education on knowledge and performance of neonatal intensive care unit nurses. *Journal of Critical Reviews*, 7(7), 1135-1140.
- Jamjang. S., Atthamatakul, W., Nilliaum. R., & Wongyara. N. (2021). The effects of simulation-based learning on problem solving ability, and self-confidence in nursing care on the patient with health problem of nursing students. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 4(3), 178-192. (in Thai)
- Jamjang, S., Yomdit, V., Pongphetdit, B., Pitaksin, D., Changsieng, P., & Montong, A. (2018). Effects of using simulation-based learning for preparation of nursing practicum on perceptions of self efficacy in performing nursing care in a hospital. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 27(Special Issue), 46-58. (in Thai)
- Jeffries, P. R. (2005). A framework for designing implementing and evaluating simulations used as teaching strategies in nursing. *Nursing Education Perspectives*, 26(2), 96-103.
- Kaenbubpha, N., Chomngam, P., Nuangchalerm, N. (2018). The effects of simulation-based teaching on perceived self-efficacy in cardio pulmonary resuscitation of students in Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani Province. *Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasithiprasong*, 2(3), 63-78. (in Thai)
- Khemmani, T. (2014). Teaching knowledge to the Learning Process Effective 10th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press. (in Thai).
- Kim, J. Y., & Kim, E. J. (2015). Effects of simulation on nursing students' knowledge, clinical reasoning, and self-confidence: A quasi-experimental study. *Korean Journal of Adult Nursing*, 27(5), 604-611. doi.org/10.7475/kjan.2015.27.5.604
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development* (Vol. 1). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. Retrieved January 21, 2024 from <https://www.learningfromexperience.com/images/uploads/process-of-experiential-learning.pdf>.
- Krongthaeo, S., Partiprajak, S., & Udomkasemsab, A. (2022). Effectiveness of the airway management and ventilation training program in undergraduate nursing students. *Rama Nurse Journal*, 22(1), 93-110. (in Thai)
- Kuder, G. F., & Richardson, M. W. (1937). The theory of estimation of test reliability. *Psychometrika*, 2, 151-160.
- Lertlum, L., Tanasansutee, C., Panawatthanapisuit, S., & Bumrungsri, C. (2019). Development of a simulation-based learning model. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 6(Special Issue), 43-58. (in Thai)

- Meeboon, S., Tummee, S., & Charoenpon, S. (2022). Development of nursing students preparation model for principles and techniques in nursing practicum through simulation-based learning ward, Phetchaburi Province. *Journal of Prachomklao College of Nursing*, 5(1), 147-161. (in Thai)
- Norkaeo, D., Treenon, P., Chabuakam, N., Kanbupar, N., Teanthong, S., & Kaewmanee, C. (2018). Nursing students knowledge and skills about basic life support (bls): The effects of simulation-based learning. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(3), 84-95. (in Thai)
- Pangsuk, P., Kingmala, C. (2021). The effect of simulation-based learning on knowledge and self-efficacy of the third year nursing students in caring for emergency patients. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 41(2), 89-100. (in Thai)
- Seesanea, P., Kunoy, C., Karunchareonphanit, S., Rupngam, S. (2022). Effects of simulation-based learning on knowledge, clinical judgment, and nursing skills in caring for critical patients with acute myocardial infarction: a case study. *Journal of Nursing and Health Research (JNHR)*, 23(1), 123-133. (in Thai)
- Sinthuchai, S., Ubolwan, K., & Boonsin, S. (2017). Effects of high-fidelity simulation based learning on knowledge, satisfaction, and self-confidence among the fourth year nursing students in comprehensive nursing care practicum. *Rama Nurse Journal*, 41(2), 113-127. (in Thai)
- Srijanpal, W., Thatan, S., & Fukfon, K. (2021). Effects of simulation-based learning on perceived self-efficacy of nursing students in caring for patients with septic shock. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 22(1), 283-293. (in Thai)
- Somsiri, V., Thasaneesuwan, S., & Damkliang, J., (2023). Effects of a simulation-based learning on knowledge and self-confidence in nursing practice for patients with acute coronary syndrome at emergency department among nursing students. *Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences*, 43(3), 24-38. (in Thai)
- Tantalanukul, S., Khiaolueang, D., Srijaiwong, S., Fongkerd, S., & Nawsuwan, K., (2020). Effect of simulation-based learning toward drug used in primary medical care of nursing students Boromarajonani College of Nursing Uttaradit. *Udon Thani Rajabhat University Journal of Humanities and Social Science*, 9(1), 57-72. (in Thai)
- Tantalanukul, S. (2021). Development of instructional model with simulated situations to enhance performance in primary medical care of nursing students. Boromarajonani College of Nursing, *Uttaradit Journal*, 22(1), 124-136. (in Thai)
- Tawalbeh, L. I. (2020). Effect of simulation modules on jordanian nursing student knowledge and confidence in performing critical care skills: A randomized controlled trial. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 13(10024), 1-6. doi.org/10.1016/j.ijans.2020.100242
- World Health Organization. (2011). WHO Patient Safety Curriculum Guide: Multi-Professional Edition. Geneva: World Health Organization. Retrieved September 13, 2021, from http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9789241501958_eng.pdf.

การเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมและสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 0-12 ปี

ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน

ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในเขตพื้นที่ภาคเหนือของประเทศไทย

Comparison of Access to Dental Services and Oral Health Status among
Children Aged 0-12 years between Tumbon Health Promoting Hospital
with and without Transferred to the Local Administrative Organization
in the Northern Region of Thailand

อนนต์ เฟื่องขจร¹, นภชา สิงห์วีระธรรม^{1*}, พัลลภ เชี่ยวชัยสกุล¹, จักรกฤษณ์ วัชรานุกร¹

Anon Fuengkhajorn¹, Noppcha Singweratham^{1*}, Pallop Siewchaisakul¹, Jukkrit Wungrath¹

¹คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹Faculty of Public Health, Chaing Mai University

(Received: January 15, 2024; Revised: March 19, 2024; Accepted: April 7, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ รูปแบบการจัดบริการ และการให้บริการทางทันตกรรม เพื่อเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมและสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 0-12 ปี ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในเขตพื้นที่ภาคเหนือของประเทศไทย ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ รูปแบบการบริหารจัดการ และการให้บริการทางทันตกรรม คัดเลือก รพ.สต. ที่มีการจัดบริการทางทันตกรรมร่วมกันระหว่างคู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (CUP) ภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 12 แห่ง สัมภาษณ์เชิงลึกในผู้รับผิดชอบงานทันตกรรม โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์เนื้อหา และขั้นตอนที่ 2 เปรียบเทียบการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมและสภาวะสุขภาพช่องปาก โดยใช้ข้อมูลการได้รับบริการทางทันตกรรมและการตรวจสุขภาพช่องปาก จากฐานข้อมูลของระบบกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปีงบประมาณ 2560 - 2565 วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ สถิติ Chi-square Test

1. สถานการณ์ รูปแบบการจัดบริการ และการให้บริการทางทันตกรรมโดยส่วนใหญ่เป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้ง รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน แตกต่างกันในรายละเอียดของการรับรองการทำงานของทันตภิบาล และการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือทางทันตกรรม

2. การเข้าถึงบริการทางทันตกรรม ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-12 ปี การเคลือบหรือทาฟลูออไรด์เฉพาะที่เด็กอายุ 0-5 ปี และการเคลือบหลุมร่องฟันแท้เด็กอายุ 6 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สภาวะสุขภาพช่องปาก ได้แก่ การมีฟันผุในกลุ่มเด็กอายุ 3, 6 และ 12 ปี ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ควรมีแนวทางการรับรองที่มีรายละเอียดการทำงานของทันตภิบาลและการกำกับติดตามตัวชี้วัดที่ชัดเจนเป็นไปในทิศทางเดียวกัน รวมถึงการสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการจัดบริการที่มีความเป็นธรรม ไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่าง รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน

คำสำคัญ: การเข้าถึง บริการทางทันตกรรม สุขภาพช่องปาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: noppcha@cmu.ac.th)

Abstract

This mixed-methods research aimed to document the access to dental services in children who are 0-12 years of age in Northern Thailand. Goal was to compare accessibility and oral health status among children aged 0-12 years between the Tambon Health Promoting Hospitals (THPH) that are newly administrated by the Local Administrative Organizations (LGO, and those that are not yet. Research was divided in 2 steps. The first step was to describe the situation and service model for dental services provided to children aged 0-12 years. A total of 12 THPHs were used for purposive sampling. As an instrument, semi-structural questions were used for conducting in-depth interviews, which were then analyzed with content analysis. The second step was to compare the two variables (accessibility and oral health status) among children aged 0-12 years. The official data on children's access to dental services and their oral health status was analyzed for the period between 2017-2022, and then rated with both descriptive statistics and chi-square test. The results revealed as follows.

1. The situation on management model and dental service were similar between transferred and non-transferred THPHs, but there were different in details of work certification among dental nurses and dental resources support from CUP.

2. The access to dental services in oral examination in children aged 0-12 years, fluoride application in children aged 0-5 years, and dental sealant on permanent teeth in children aged 6 years were statistically different between those two types of the THPH. However, the oral health status such as tooth decay prevalence in children aged 3, 6, and 12 years were not statistically different.

There should be a certification guideline detailing the work of dental nurses and clear monitoring of indicators in the same direction as well as supporting resources to provide services with fairness and no disparity between the transferred and non-transferred THPHs.

Keywords: Access, Dental Services, Oral Health, Local Administrative Organizations

บทนำ

จากแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 ด้านการถ่ายโอนภารกิจกำหนดให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนภารกิจด้านการให้บริการปฐมภูมิที่อยู่กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โดยพบว่า การถ่ายโอนภารกิจดังกล่าวยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายและแผนที่กำหนดไว้ โดยได้มีการดำเนินการถ่ายโอนสถานีนอมนับจนถึง พ.ศ. 2563 รวมทั้งสิ้น 65 แห่งจาก 9,787 แห่งทั่วประเทศ และยังพบว่าจำนวนสถานีนอมนับ และ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนให้แก่ อปท. ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และเทศบาล ก่อนปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนทั้งสิ้น 51 แห่ง ส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ภาคเหนือของประเทศไทย โดยพบมากที่สุดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 12 แห่ง (Office of the Decentralization to the Local Government Organization Committee, 2021)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จัดบริการปฐมภูมิตามแนวทางที่กำหนดในพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ครอบคลุมทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน (Primary

Health System Support Division, 2023) ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทุกการบริการที่จำเป็นและมีคุณภาพได้ในยามที่ต้องการ ไม่ว่าจะเมื่อไรหรือที่ไหนในทุกกลุ่มอายุ โดยเรื่องค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพไม่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ (Cashin, Ankhbayar, Phuonng, Jamsran, Nazad, Phuonng, et al., 2015; Odoch, Senkubuge, & Hongoro, 2021) ในทุกบริการสาธารณสุข (Chu, Kwon, & Cowley, 2019) การดำเนินการถ่ายโอนภารกิจไปยัง อปท. ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริหารจัดการของ รพ.สต. ทั้งในด้านนโยบายและตัวชี้วัด กระบวนการบริหารจัดการ อุปกรณ์ เครื่องมือ ยา และเวชภัณฑ์ต่าง ๆ รวมถึงการจัดบริการสุขภาพต่าง ๆ ทั้งภายในและนอก รพ.สต. ที่ผ่านมามีทั้งการบริหารจัดการที่มีความเหมาะสมสอดคล้องกับการทำงานในพื้นที่ และเกิดปัญหาในการบริหารจัดการงบประมาณ ยาและเวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความไม่เข้าใจในระเบียบจากคู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary care: CUP) ส่งผลให้เกิดความแตกต่างและความเหลื่อมล้ำในการจัดสรรค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขใน รพ.สต. ทั้งที่ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน (Techaatik & Nakham, 2009; Srisasalux, Vichathai, & Kaewwichian, 2009; Sri-ngernyuang, Siriwan, Vongjinda, & Chuenchom, 2012; Kulthanmanusorn, Saengruang, Wanwong, Kosiaporn, Witthayapipopsakul, Srisasalux, et al., 2018) จะเห็นได้ว่ากลไกการบริหารจัดการและการจัดสรรทรัพยากรถือเป็นหนึ่งในหัวใจสำคัญในการเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพให้เกิดความเป็นธรรมและเท่าเทียม เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Chiangchaisakulthai, Wongsin, Tisayathikom, Suppradist, & Samiphuk, 2019)

งานทันตสาธารณสุขถือเป็นหนึ่งในงานบริการทางสุขภาพที่ได้รับผลกระทบจากการถ่ายโอนภารกิจไปยัง อปท. ซึ่งมีทันตภิบาลเป็นผู้รับผิดชอบหลักและจัดให้บริการทางทันตกรรมแก่ประชาชนในพื้นที่ โดยมีขอบเขตงานตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2539 และจะต้องจัดบริการทางทันตกรรมภายใต้การควบคุมของทันตแพทย์ ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537 (The Dental Council of Thailand, 2021) แต่เดิมทันตภิบาลเป็นผู้จัดบริการทางทันตกรรมภายใต้การควบคุมดูแลของทันตแพทย์ และได้รับการสนับสนุนทรัพยากรจากโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ต่อมาเมื่อได้ดำเนินการถ่ายโอนภารกิจไปยัง อปท. ส่งผลให้การรับรองจากทันตแพทย์ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขเกิดการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากการรับรองการปฏิบัติงานของ รพ.สต. นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จึงส่งผลให้ทันตภิบาลไม่สามารถปฏิบัติงานด้านงานทันตสาธารณสุขได้อย่างครอบคลุม จนอาจส่งผลต่อรูปแบบการจัดบริการทางทันตกรรม และผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ (Local Government Promotion Office Uthai Thani Province, 2023) โดยเฉพาะกลุ่มเด็กอายุ 0-12 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่สำคัญในการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก (Department of Health, 2018) โดยกระทรวงสาธารณสุขได้เห็นถึงความสำคัญของการป้องกันโรคฟันผุในกลุ่มเด็ก จึงได้มีการกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญในเด็กอายุ 0-12 ปี ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก การเคลือบหรือทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ การเคลือบหลุมร่องฟันแท้ และการเกิดโรคฟันผุ เพื่อใช้ในการประเมินการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมและสภาวะสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็ก (Health Data Center, 2023)

การศึกษาที่ผ่านมาพบปัญหาและอุปสรรคในการจัดบริการใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อปท. (อบต. และเทศบาล) ในการทำงานตามตัวชี้วัด (Sudhipongpracha, Chotsetakij, Phuripongthanawat, Kittayasophon, Satthatham, & Onphothong, 2021) และการจัดสรรงบประมาณ ยา เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาระหว่าง รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน (Singweratham, Phodah, Techakehakij, Wongyai, Bunpean, & Siechaisakul, 2023) อีกทั้งเป็นการศึกษาภาพรวมของระบบการให้บริการสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษางานทันตสาธารณสุขโดยตรง ทั้งในด้านการเข้าถึงบริการทางทันตกรรม และผลกระทบทางด้านสุขภาพช่องปากจากการถ่ายโอนภารกิจให้กับ อปท. ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาผลกระทบด้านงานทันตสาธารณสุข ทั้งในด้านรูปแบบการบริหารจัดการ การจัดบริการทางทันตกรรม การเข้าถึงบริการทางทันตกรรม และสภาวะสุขภาพช่องปากโดยศึกษาในรูปแบบการเปรียบเทียบระหว่าง รพ.สต. ที่ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และเทศบาล ก่อนปี พ.ศ. 2560 ในเขตพื้นที่ภาคเหนือ

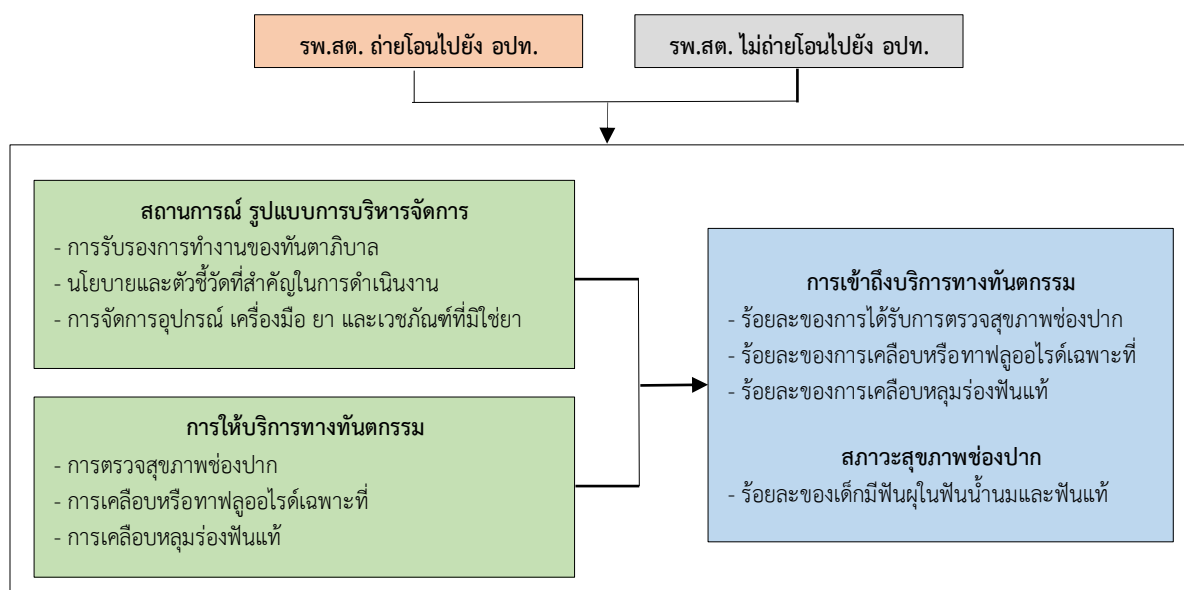
ของประเทศไทย เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์จากการถ่ายโอน รพ.สต. ให้กับ อปท. ในประเทศไทย และสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปใช้วางแผนเตรียมความพร้อมในการถ่ายโอนของ รพ.สต. ที่ยังคงอยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อยกระดับสภาวะสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ รูปแบบการบริหารจัดการ และการให้บริการทางทันตกรรมของ รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไปยัง อปท. ในเขตพื้นที่ภาคเหนือของประเทศไทย
2. เพื่อเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมและสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 0-12 ปี ระหว่าง รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไปยัง อปท. ในเขตพื้นที่ภาคเหนือของประเทศไทย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาสถานการณ์ รูปแบบการบริหารจัดการ รูปแบบการรับรองการทำงานของทันตภิบาล การดำเนินนโยบายและตัวชี้วัด การจัดการอุปกรณ์ เครื่องมือ ยา และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา รวมถึงการจัดบริการทางทันตกรรมทั้งภายในและภายนอก รพ.สต. ระหว่างกลุ่มที่ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไปยัง อปท. ซึ่งส่งผลต่อการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมและสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 0-12 ปี ประกอบด้วย การตรวจสอบสุขภาพช่องปาก การเคลือบหรือทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ การเคลือบหลุมร่องฟัน และการมีฟันผุในช่องปาก ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ รูปแบบการบริหารจัดการ และการให้บริการทางทันตกรรม ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่มีการจัดบริการทางทันตกรรมร่วมกันระหว่าง CUP ในเขตพื้นที่ภาคเหนือของประเทศไทย ในจังหวัดที่มีกลุ่ม รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไปยัง อปท. ได้แก่ อบต. และเทศบาล ก่อนปี พ.ศ. 2560

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ รพ.สต.ที่มีการจัดบริการทางทันตกรรมร่วมกันระหว่าง CUP ในจังหวัดกำแพงเพชร เชียงราย เชียงใหม่ ตาก น่าน และพิษณุโลก ที่มีกลุ่ม รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนไปยัง อปท. ก่อนปี พ.ศ. 2560 คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ทั้งนี้ รพ.สต. ที่คัดเลือกมาศึกษาภายในจังหวัดเดียวกันจะใช้เกณฑ์ขนาดของ รพ.สต. ที่เท่ากัน และมีประชากรในพื้นที่รับผิดชอบใกล้เคียงกัน ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 แสดงกลุ่มตัวอย่าง

จังหวัด	อำเภอ	สถานะ	สถานบริการ	ขนาด	ประชากร (คน)
กำแพงเพชร	ปางศิลาทอง	ถ่ายโอน	รพ.สต. เพชรเจริญ	S	2,632
	คลองลาน	ไม่ถ่ายโอน	รพ.สต. ปากคลองลาน	S	2,482
เชียงราย	แม่จัน	ถ่ายโอน	ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1 เทศบาลตำบลท่าข้าวเปลือก	M	3,816
	แม่จัน	ไม่ถ่ายโอน	รพ.สต. จันจว้าใต้	M	5,410
เชียงใหม่	สันทราย	ถ่ายโอน	ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลตำบลสันนาเม็ง	M	6,753
	สันทราย	ไม่ถ่ายโอน	รพ.สต. บ้านท่อ	M	7,518
ตาก	แม่ระมาด	ถ่ายโอน	รพ.สต. ท่าสายลวด	M	4,545
	แม่ระมาด	ไม่ถ่ายโอน	รพ.สต. แม่กัณฑ์หลวงศิริกัญไชย	M	4,781
น่าน	ภูเพียง	ถ่ายโอน	รพ.สต. ฝ่ายแก้ว	M	3,861
	เมือง	ไม่ถ่ายโอน	รพ.สต. น้ำแก่น	M	3,842
พิษณุโลก	เมือง	ถ่ายโอน	รพ.สต. สมอแข	L	10,146
	เมือง	ไม่ถ่ายโอน	รพ.สต. บึงพระ	L	13,802

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ให้บริการทางทันตกรรมประจำใน รพ.สต. ตำแหน่งเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข หรือนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) รับผิดชอบงานหรือให้บริการทางทันตกรรมในกลุ่มเด็กอายุ 0 -12 ปี ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ระหว่างปีงบประมาณ 2560 - 2565 ไม่เปลี่ยนแปลงสถานที่ปฏิบัติงานตลอดระยะเวลาการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi Structured Interview) ที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และตำราที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมากำหนดกรอบการสร้างเครื่องมือ และประเด็นที่ใช้ในสัมภาษณ์ ได้แก่ การรับรองการทำงานของทันตภิบาลภายใต้การดูแลของทันตแพทย์ การดำเนินนโยบายและตัวชี้วัดการสนับสนุนทรัพยากร อุปกรณ์ เครื่องมือ ยา และเวชภัณฑ์ที่มีใช้จาก CUP และการให้บริการทางทันตกรรม

2. เครื่องบันทึกเสียง

3. สมุดจดบันทึก สำหรับจดข้อมูล

4. แฟ้มข้อมูลของผู้วิจัย สำหรับเก็บข้อมูลที่ได้จากการจำแนก และหมวดหมู่ของข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อปท. จำนวน 1 ท่าน ทันตแพทย์ผู้ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ที่มีการถ่ายโอน 1 ท่าน และทันตภิบาลผู้ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ที่มีการถ่ายโอน 1 ท่าน โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นจึงนำผลมาพิจารณาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) โดยคัดเลือกคำถามที่มีค่าดัชนี IOC ระหว่าง .67 - 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยทีมวิจัยมีการซักซ้อมความเข้าใจถึงประเด็นคำถามให้มีความเข้าใจตรงกัน ผู้วิจัยเริ่มการสัมภาษณ์ โดยแนะนำตัวเองและหน่วยงาน อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตจดบันทึกและบันทึกเสียงการสนทนา ให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้ให้ข้อมูล โดยรับรองว่าข้อมูลที่ได้จะใช้เพื่อการวิจัย ไม่มีการเปิดเผยผู้ให้ข้อมูลและผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ครั้งละ 45 - 60 นาที ขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล ทั้งนี้หลังการสัมภาษณ์ให้ถอดเทปทุกคำพูด รวบรวมข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ จัดหมวดหมู่ และวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากการจัดบันทึกและการถอดเทปมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ประกอบด้วยขั้นตอน การจัดแฟ้ม (Establishing Files) การลงรหัสข้อมูล (Coding the Data) การจัดประเภทของข้อมูล (Identify Unit) การพัฒนาและการสร้างหมวดหมู่ (Developing Categories) การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ (Interpretively Determine Connections) การตรวจสอบความถูกต้อง (Verification) และการสรุปและรายงานการวิจัย (Report) จากนั้นผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา การเขียนรายงานมีความคิดรวบยอดที่สมบูรณ์ กระชับ ชัดเจน และมีการนำเสนอผลการวิจัยเป็นลักษณะพรรณนา (Descriptive Explanation)

ขั้นตอนที่ 2 เปรียบเทียบการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมและสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 0-12 ปี
ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative study) รูปแบบการศึกษาจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง (Retrospective Cohort Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ข้อมูลจากฐานข้อมูลของระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข (ผลงานบริการทันตกรรมจากระบบ 43 แฟ้ม) ที่บันทึกข้อมูลการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมและสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 0-12 ปี ระหว่างปีงบประมาณ 2560 - 2565 ของ รพ.สต. ในขั้นตอนที่ 1 จำนวน 12 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมและสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 0-12 ปี ประกอบด้วย การตรวจช่องปากเด็กอายุ 0-12 ปี การเคลือบหรือทาฟลูออไรด์เฉพาะที่เด็กอายุ 0-5 ปี การเคลือบหลุมร่องฟันแท้เด็กอายุ 6 ปี เด็กอายุ 3 ปีมีฟันผุในฟันน้ำนม เด็กอายุ 6 ปีมีฟันผุในฟันแท้ และเด็กอายุ 12 ปีมีฟันผุในฟันแท้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูล จากฐานข้อมูลของระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข คัดลอกและบันทึกข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมและสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 0-12 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ออกแบบแบบบันทึกข้อมูล
2. ทำหนังสือทางราชการถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและผู้อำนวยการ รพ.สต. และประสานงานติดต่อผู้ที่เกี่ยวข้องในการขอข้อมูลทุติยภูมิ
3. เก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูล
4. ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลแล้ว นำข้อมูลมากำหนดรหัส เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลและประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปดังนี้

1. การวิเคราะห์การเข้าถึงบริการทางทันตกรรมและสภาวะสุขภาพช่องปากระหว่าง รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน ทั้งรายปีงบประมาณและภาพรวมตลอดช่วงปีงบประมาณ 2560 - 2565 แสดงด้วยค่าความถี่ ร้อยละ
2. เปรียบเทียบการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมและสภาวะสุขภาพช่องปากตามภาพรวมตลอดช่วงปีงบประมาณ 2560 - 2565 ด้วยสถิติ Chi-square Test

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ ET039/2023 ลงวันที่ 15 กันยายน 2566

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ รูปแบบการบริหารจัดการ และการให้บริการทางทันตกรรม

ตาราง 2 สถานการณ์ รูปแบบการบริหารจัดการ และการให้บริการทางทันตกรรม ระหว่าง รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน

ประเด็น	รพ.สต. ถ่ายโอน	รพ.สต. ไม่ถ่ายโอน
สถานการณ์ รูปแบบการบริหารจัดการ		
การรับรองการทำงานของ ทภ. ภายใต้การดูแลของ ทพ. ตาม พรบ. วิชาชีพทันตกรรม	ออกเป็นหนังสือทางราชการ หรือ MOU ที่ไม่ทราบรายละเอียด ไม่ทราบรายชื่อ ทันตแพทย์ผู้ดูแล ออกการรับรองเพียงครั้งเดียวไม่มีการเปลี่ยนรายปี	ออกเป็นหนังสือทางราชการ ทพ. ดูแล ทภ./รพ.สต. ทราบรายชื่อทันต-แพทย์ผู้ดูแล ออกการรับรองเพียงครั้งเดียวไม่มีการเปลี่ยนรายปี
การดำเนินนโยบายตามตัวชี้วัด	ดำเนินนโยบาย และตัวชี้วัดตามกระทรวง สาธารณสุข โดยรายงานส่งข้อมูลในระบบ HDC	ดำเนินนโยบาย และตัวชี้วัดตามกระทรวง สาธารณสุข โดยรายงานส่งข้อมูลในระบบ HDC
การสนับสนุนทรัพยากร อุปกรณ์ เครื่องมือ ยา และเวชภัณฑ์ที่มีใช้มาจาก CUP	สนับสนุนยา และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา	สนับสนุนยา เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา และ อุปกรณ์ เครื่องมือทางทันตกรรม
การให้บริการทางทันตกรรม		
การให้บริการทางทันตกรรมภายใน รพ.สต.	การตรวจฟัน อุดฟัน ขูดหินน้ำลาย ถอน ฟันไม่ซับซ้อน ทาหรือเคลือบฟลูออไรด์ เฉพาะที่ เคลือบหลุมร่องฟัน	การตรวจฟัน อุดฟัน ขูดหินน้ำลาย ถอน ฟันไม่ซับซ้อน ทาหรือเคลือบฟลูออไรด์ เฉพาะที่ เคลือบหลุมร่องฟัน
การให้บริการทางทันตกรรมภายนอก รพ.สต.	ตรวจฟัน ทาฟลูออไรด์ ในโรงเรียนและ ศพด. / การออกหน่วย พอ.สว.	ตรวจฟัน ทาฟลูออไรด์ ในโรงเรียนและ ศพด.

หมายเหตุ : HDC = Health Data Center, MOU = Memorandum of Understanding, CUP = คู่มือปฏิบัติการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ
ทพ. = ทันตแพทย์, ทภ. = ทันตภิบาล, รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, ศพด. = ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก, พอ.สว. = หน่วยแพทย์อาสาสมเด็จพระราชชนนี

จากตาราง 2 พบว่า การดำเนินนโยบายและตัวชี้วัด การให้บริการทางทันตกรรมภายในและภายนอก รพ.สต. เป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้ง รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน ส่วนการรับรองการทำงานของทันตภิบาล มีความแตกต่างกันในรายละเอียดการรับรอง และการทราบชื่อทันตแพทย์ผู้ดูแล รวมถึงการสนับสนุนทรัพยากร อุปกรณ์ เครื่องมือ ยา และเวชภัณฑ์ที่มีใช้มาจาก CUP มีความแตกต่างกันในการสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือทางทันตกรรม เช่น คีมถอนฟัน เครื่องฉายแสง เครื่องขูดหินน้ำลาย เป็นต้น

2. การเข้าถึงบริการทางทันตกรรมของเด็กอายุ 0-12 ปี

ตาราง 3 การเข้าถึงบริการทางทันตกรรมของเด็กอายุ 0-12 ปี ระหว่าง รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน ช่วงงบประมาณ 2560 - 2565 (ร้อยละ)

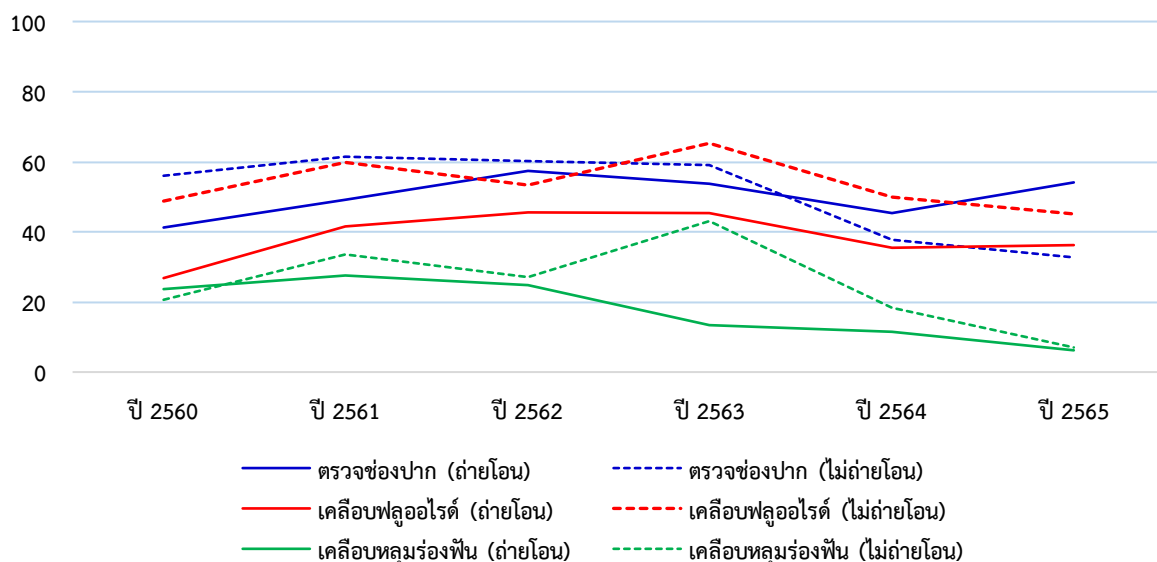
การเข้าถึงบริการทางทันตกรรม	สถานะ	ปีงบประมาณ					
	รพ.สต.	2560	2561	2562	2563	2564	2565
การตรวจสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-12 ปี	ถ่ายโอน	41.24	49.28	57.39	53.62	45.35	54.06
	ไม่ถ่ายโอน	56.04	61.44	60.28	59.12	37.76	32.71
การเคลือบหรือทาฟลูออไรด์เฉพาะที่เด็กอายุ 0-5 ปี	ถ่ายโอน	26.81	41.49	45.55	45.41	35.31	36.19
	ไม่ถ่ายโอน	48.96	59.94	53.33	65.28	50.00	45.11
การเคลือบหลุมร่องฟันแท้เด็กอายุ 6 ปี	ถ่ายโอน	23.55	27.55	24.93	13.26	11.35	6.21
	ไม่ถ่ายโอน	20.50	33.54	27.22	43.06	18.18	7.02

ตาราง 4 เปรียบเทียบการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมของเด็กอายุ 0-12 ปี ระหว่าง รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน (ภาพรวมตลอดช่วงปีงบประมาณ 2560-2565) โดยใช้สถิติ Chi-Square Test

การเข้าถึงบริการทางทันตกรรม	สถานะ		p-value
	รพ.สต. ถ่ายโอน จำนวน (ร้อยละ)	รพ.สต. ไม่ถ่ายโอน จำนวน (ร้อยละ)	
การตรวจสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-12 ปี (คน)			
ได้รับบริการ	11,300 (50.54)	11,704 (51.78)	.008
ไม่ได้รับบริการ	11,060 (49.46)	10,898 (48.22)	
การเคลือบหรือทาฟลูออไรด์เฉพาะที่เด็กอายุ 0-5 ปี (คน)			
ได้รับบริการ	3,776 (38.27)	4,946 (54.13)	<.001
ไม่ได้รับบริการ	6,091 (61.73)	4,190 (45.87)	
การเคลือบหลุมร่องฟันแท้เด็กอายุ 6 ปี (คน)			
ได้รับบริการ	339 (18.13)	448 (25.61)	<.001
ไม่ได้รับบริการ	1,531 (81.87)	1,301 (74.39)	

จากตาราง 3 เมื่อเปรียบเทียบรายปีงบประมาณ พบว่า การเข้าถึงบริการทางทันตกรรมของเด็กอายุ 0-12 ปี ของ รพ.สต. ถ่ายโอน ส่วนใหญ่ต่ำกว่า รพ.สต. ไม่ถ่ายโอน ยกเว้นการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-12 ปี ในช่วงปีงบประมาณ 2564 - 2565 และการเคลือบหลุมร่องฟันแท้เด็กอายุ 6 ปี ในปีงบประมาณ 2560 ที่ รพ.สต. ถ่ายโอน ได้สูงกว่า รพ.สต. ไม่ถ่ายโอน โดยภาพรวมตลอดช่วงปีงบประมาณ 2560-2565 พบว่า การตรวจสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-12 ปี การเคลือบหรือทาฟลูออไรด์เฉพาะที่เด็กอายุ 0-5 ปี และการเคลือบหลุมร่องฟันแท้เด็กอายุ 6 ปี ระหว่าง รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การเคลือบหลุมร่องฟันแท้เด็กอายุ 6 ปี ทั้ง รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน ต่ำกว่าการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-12 ปี และการเคลือบหรือทาฟลูออไรด์เฉพาะที่เด็กอายุ 0-5 ปี นอกจากนี้ยังมีแนวโน้มที่ลดลงจนต่ำที่สุดช่วงปีงบประมาณ 2565 ดังแสดงในแผนภูมิ 1



แผนภูมิ 1 แนวโน้มของการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมของเด็กอายุ 0-12 ปี ช่วงปีงบประมาณ 2560-2565

3. สภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 0-12 ปี

เมื่อเปรียบเทียบรายปีงบประมาณ พบว่า การตรวจพบฟันผุในเด็กอายุ 3 และ 6 ปี ระหว่าง รพ.สต. ถ่ายโอน และไม่ถ่ายโอนไม่แตกต่างกันมากนัก ส่วนการตรวจพบฟันผุในเด็กอายุ 12 ปี ของ รพ.สต. ถ่ายโอน ส่วนใหญ่สูงกว่า รพ.สต. ไม่ถ่ายโอน ยกเว้นปีงบประมาณ 2565 ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 สภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 0-12 ปี ระหว่าง รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน ช่วงปีงบประมาณ 2560 - 2565 (ร้อยละ)

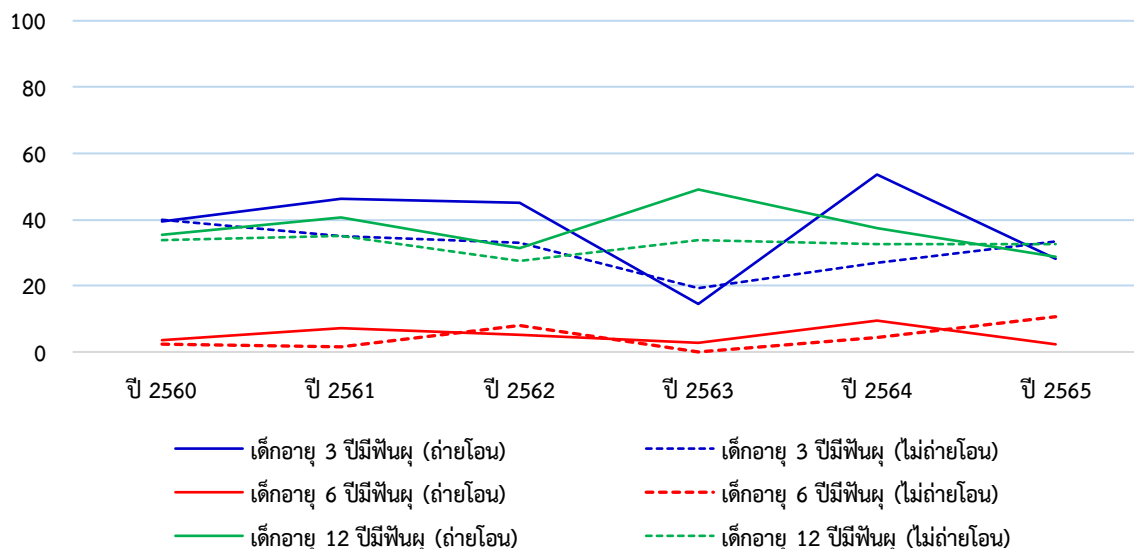
สภาวะสุขภาพช่องปาก	สถานะ รพ.สต.	ปีงบประมาณ					
		2560	2561	2562	2563	2564	2565
เด็กอายุ 3 ปีมีฟันผุในฟันน้ำนม	ถ่ายโอน	39.25	46.15	45.16	14.49	53.57	28.13
	ไม่ถ่ายโอน	39.91	35.00	32.79	19.26	27.08	33.33
เด็กอายุ 6 ปีมีฟันผุในฟันแท้	ถ่ายโอน	3.54	7.37	5.13	2.86	9.46	2.30
	ไม่ถ่ายโอน	2.50	1.69	7.87	0.00	4.55	10.64
เด็กอายุ 12 ปีมีฟันผุในฟันแท้	ถ่ายโอน	35.29	40.59	31.54	49.06	37.50	28.74
	ไม่ถ่ายโอน	33.65	35.04	27.48	33.72	32.38	32.43

โดยภาพรวมตลอดช่วงปีงบประมาณ 2560 - 2565 พบว่า เด็กอายุ 3 ปีมีฟันผุในฟันน้ำนม เด็กอายุ 6 ปี มีฟันผุในฟันแท้ และเด็กอายุ 12 ปีมีฟันผุในฟันแท้ ระหว่าง รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 เปรียบเทียบสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 0-12 ปี ระหว่าง รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน (ภาพรวมตลอดช่วงปีงบประมาณ 2560 - 2565) โดยใช้สถิติ Chi-Square Test

สภาวะสุขภาพช่องปาก	สถานะ		p-value
	รพ.สต. ถ่ายโอน จำนวน (ร้อยละ)	รพ.สต. ถ่ายโอน จำนวน (ร้อยละ)	
เด็กอายุ 3 ปีมีฟันผุในฟันน้ำนม (คน)			
ฟันผุ	226 (38.50)	328 (33.92)	.068
ปราศจากฟันผุ	361 (61.50)	639 (66.08)	
เด็กอายุ 6 ปีมีฟันผุในฟันแท้ (คน)			
ฟันผุ	26 (5.03)	21 (3.42)	.177
ปราศจากฟันผุ	491 (94.97)	593 (96.58)	
เด็กอายุ 12 ปีมีฟันผุในฟันแท้ (คน)			
ฟันผุ	222 (37.19)	235 (32.50)	.075
ปราศจากฟันผุ	375 (62.81)	488 (67.50)	

การตรวจพบฟันผุในกลุ่มเด็กอายุ 6 ปี ทั้ง รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน ต่ำกว่ากลุ่มเด็กอายุ 3 และ 12 ปี ดังแสดงในแผนภูมิ 2



แผนภูมิ 2 แนวโน้มของสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 0-12 ปี ช่วงปีงบประมาณ 2560 - 2565

อภิปรายผล

สถานการณ์ รูปแบบการบริหารจัดการ การให้บริการทางทันตกรรมระหว่าง รพ.สต. ถ่ายไอออนและไม่ถ่ายไอออน โดยส่วนใหญ่เป็นไปทิศทางเดียวกัน โดยพบว่า มีการรับรองการทำงานของทันตภิบาลภายใต้การดูแลของทันตแพทย์ ตาม พรบ.วิชาชีพทันตกรรม (The Dental Council of Thailand, 2021) มีการดำเนินนโยบายและมีแนวทางการทำงานตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข รายงานและส่งข้อมูลผลงานในระบบ HDC ได้รับการสนับสนุนยา และเวชภัณฑ์ที่มีใช้มาจาก CUP ให้บริการทางทันตกรรมทั้งภายในและภายนอก รพ.สต. เหมือนกัน ส่วนที่มีความแตกต่างกันระหว่าง รพ.สต. ถ่ายไอออนและไม่ถ่ายไอออน คือ รายละเอียดของการรับรองการทำงานของทันตภิบาล โดยพบว่า รพ.สต. ถ่ายไอออน ไม่ทราบรายละเอียดการรับรองและรายชื่อของทันตแพทย์ที่ดูแล อาจส่งผลให้เกิดความสับสนในขอบเขตการทำงานและความกลัวในการให้บริการทางทันตกรรม เนื่องจากทันตภิบาลจะต้องให้บริการทางทันตกรรมภายใต้การควบคุมของทันตแพทย์ตาม พรบ. วิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537 ที่ระบุไว้ว่า ทันตภิบาลมิใช่ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมแต่ต้องปฏิบัติงานทางทันตกรรมจึงต้องอยู่ภายใต้การควบคุมของทันตแพทย์เท่านั้น (The Dental Council of Thailand, 2021) ทั้งนี้ รพ.สต. ไม่ถ่ายไอออนทราบรายละเอียดของการรับรอง และทันตแพทย์ที่ดูแล นอกจากนี้การสนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือทางทันตกรรม (เช่น คีมถอนฟัน เครื่องฉายแสง เครื่องดูดหินน้ำลาย) พบว่า รพ.สต. ไม่ถ่ายไอออน ได้รับการสนับสนุนจาก CUP เพิ่มเติม ในขณะที่ รพ.สต. บางแห่งในกลุ่มที่ถ่ายไอออนโดนจำกัดจำนวนและรายการการเบิกของจาก CUP สอดคล้องกับการศึกษาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย การถ่ายไอออน รพ.สต. ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) (Sudhipngpracha, Chotsetakij, Phuripongthanawat, Kittayasophon, Satthatham, & Onphothong, 2021) และการเปรียบเทียบสัดส่วนการจัดสรรงบประมาณ กองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติระหว่างคู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (Singweratham, Phodah, Techakehakij, Wongyai, Bunpean, & Siechaisakul, 2023) ที่พบรูปแบบการจัดบริการ และการจัดสรรทรัพยากรแตกต่างกัน (Srisasalux, Vichathai, & Kaewvichian, 2009) ดังนั้นจึงควรพิจารณาให้มีรูปแบบการสนับสนุนและจัดสรรทรัพยากรให้สอดคล้องกับการให้บริการทางทันตกรรมของทั้งกลุ่ม รพ.สต. ถ่ายไอออนและไม่ถ่ายไอออน เพื่อไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำ (Cashin, Ankhbayar, Phuon, Jamsran, Nazad, Phuon, et al., 2015; Odoch, Senkubuge, & Hongoro, 2021) ในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน

การเข้าถึงบริการทางทันตกรรมระหว่าง รพ.สต. ถ่ายไอออนและไม่ถ่ายไอออน ภาพรวมช่วงปีงบประมาณ 2560 -2565 พบว่า การตรวจสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 0-12 ปี การเคลือบหรือทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ของเด็กอายุ 0-5 ปี และการเคลือบหลุมร่องฟันแท้ของเด็กอายุ 6 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สอดคล้องกับการประเมินการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิในการจัดบริการอื่น ๆ เช่น การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมะเร็งปากมดลูก (Kulthanmanusorn, Saengruang, Wanwong, Kosiyaporn, Witthayapipopsakul, Srisasalux, et.al, 2018) เมื่อเปรียบเทียบรายปีงบประมาณ พบว่า การเข้าถึงบริการทางทันตกรรมของ รพ.สต. ถ่ายโอน ส่วนใหญ่ต่ำกว่า รพ.สต. ไม่ถ่ายโอน เนื่องจากการถ่ายโอนภารกิจ อาจส่งผลให้เกิดความสับสนและความกลัวในการให้บริการทางทันตกรรมของทันตภิบาลบางส่วน ประกอบกับการบริหารจัดการ จัดสรรทรัพยากร ยา และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ที่ได้รับการสนับสนุนจาก CUP ที่ยังไม่เป็นระบบจึงเกิดความเหลื่อมล้ำระหว่าง รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน (Singweratham, Phodah, Techakehakij, Bunpean, Siechaisakul, Nawsuwan, 2023) นอกจากนี้ รพ.สต. ไม่ถ่ายโอนยังมีการควบคุมกำกับติดตามจาก CUP ภายใต้งานของกระทรวงสาธารณสุขที่ใกล้ชิดมากกว่า จึงส่งผลให้เกิดการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมที่มากกว่า รพ.สต. ถ่ายโอน (Sudhipongpracha, Chotsetakij, Phuripongthanawat, Kittayasophon, Satthatham, & Onphothong, 2021) การเคลื่อนย้ายหรือฟันแท้เด็กอายุ 6 ปี ทั้ง รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน ต่ำกว่าการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-12 ปี และการเคลื่อนย้ายหรือฟันปลอมหรือฟันที่เด็กอายุ 0-5 ปี อย่างเห็นได้ชัด เนื่องจากการเคลื่อนย้ายหรือฟัน เป็นบริการทางทันตกรรมที่มีขั้นตอนและอุปกรณ์เครื่องมือที่มากกว่า (Department of Health, 2018) ประกอบกับไม่มีการให้บริการภายนอก รพ.สต. จึงส่งผลให้มีการเข้าถึงบริการที่ต่ำกว่า

สภาวะสุขภาพช่องปากระหว่างกลุ่ม รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน ภาพรวมช่วงปีงบประมาณ 2560 - 2565 พบว่า เด็กทุกกลุ่มอายุมีฟันผุไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบต. (Sudhipongpracha, Chotsetakij, Phuripongthanawat, Kittayasophon, Satthatham, & Onphothong, 2021) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดฟันผุของเด็กมีหลายปัจจัย เช่น การรับประทานอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล การทำความสะอาดช่องปากที่ไม่ถูกวิธี ความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพช่องปาก การไปพบทันตแพทย์และรับบริการทางทันตกรรม รวมถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ปกครองของเด็ก (Department of Health, 2018) จะเห็นได้ว่า การไปพบทันตแพทย์และรับบริการทางทันตกรรมเป็นเพียงปัจจัยหนึ่งของการเกิดฟันผุเท่านั้น ดังนั้นการถ่ายโอนภารกิจ จึงไม่อาจส่งผลต่อสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กให้เห็นได้ชัดเจนในช่วงปีงบประมาณ 2560 - 2565 การตรวจพบฟันผุในกลุ่มเด็กอายุ 6 ปี ทั้ง รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน ต่ำกว่ากลุ่มเด็กอายุ 3 และ 12 ปี เนื่องจากตัวชี้วัดดังกล่าวเป็นการตรวจฟันเฉพาะฟันแท้ที่ขึ้นในช่วงอายุ 6 ปี ซึ่งอาจจะเป็นฟันที่ขึ้นในช่องปากได้ไม่นาน หรือบางซี่อาจจะขึ้นได้ไม่เต็มซี่ (Khan, 2011) ประกอบกับการดำเนินการของรอยโรคฟันผุอาจจะยังไม่ปรากฏให้เห็นในช่องปากหรือเป็นเพียงระยะเริ่มต้น จึงส่งผลให้ตรวจพบฟันผุในกลุ่มเด็กอายุ 6 ปีได้ต่ำกว่า

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้ รูปแบบการบริหารจัดการ และการจัดบริการทางทันตกรรมของ รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอนครั้งนี้ เป็นการศึกษาการถ่ายโอนไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายใต้การถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนตำบลที่อาจจะไม่สะท้อนรูปแบบการถ่ายโอนในปัจจุบัน และการใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข อาจจะไม่สะท้อนการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมและสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 0-12 ปี ได้เท่าที่ควร ทั้งนี้เนื่องจากตัวชี้วัดตามกระทรวงไม่ได้นับรวมจำนวนเด็กที่เข้ามาใช้บริการบางรายที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนภายใต้สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของ รพ.สต. จึงส่งผลให้ผลงานที่เห็นได้จากตัวชี้วัดอาจจะน้อยกว่าผลงานที่เกิดขึ้นจริง

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. กระทรวงสาธารณสุขในระดับ CUP พิจารณาการปรับปรุงแบบ การบริหารจัดการ การจัดสรรและสนับสนุนทรัพยากร อุปกรณ์ เครื่องมือ ยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาให้เกิดความเหมาะสมเป็นธรรม และไม่เกิดความเหลื่อมล้ำใน รพ.สต. ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน
2. กระทรวงสาธารณสุขและกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นควรมีแนวทางการรับรองการทำงานของทันตภิบาลและรายละเอียดการรับรองที่ชัดเจน ร่วมกับการควบคุม กำกับและติดตามตัวชี้วัดทางด้านทันตกรรม

ของเด็กอายุ 0-12 ปี ให้เป็นไปตามเกณฑ์ในทิศทางเดียวกัน เนื่องจากปัญหาสุขภาพช่องปากในเด็กสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตใจ ทั้งด้านพัฒนาการ การเรียนรู้ การเจริญเติบโต และการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร และการรักษาสุขภาพอนามัยให้เป็นปกติ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อเนื่องในระยะยาวของเด็กได้ (Department of Health, 2018)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมและสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 0-12 ปี ร่วมกับฐานข้อมูลอื่น เช่น โรงเรียน และ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อให้ได้ข้อมูลการจัดบริการที่ครอบคลุม และการนับรวมผู้รับบริการนอกสังกัดคู่สัญญาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของ รพ.สต. ที่ทำการศึกษ และกลุ่มต่างตัวหรือผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิเข้ามาร่วมด้วย
2. ควรมีการได้รับการจัดสรรงบประมาณและศึกษาต้นทุนการจัดบริการทางทันตกรรมและสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 0-12 ปี และการจัดบริการทันตกรรมในกลุ่มอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อสะท้อนค่าใช้จ่ายในการจัดบริการทางด้านทันตกรรม

References

- Cashin, C., Ankhbayar, B., Phuong, H. T., Jamsran, G., Nazad, O., Phuong, N. K., et al. (2015). *Assessing Health Provider Payment Systems: A Practical Guide for Countries Moving toward UHC*. Washington DC: Joint Learning Network for Universal Health Coverage.
- Chiangchaisakulthai, K., Wongsin, U., Tisayathikom, K., Suppradist, W., & Samiphuk, N. (2019). Unit cost of services in primary care cluster. *Journal of Health Systems Research*, 13(2), 175-187. (in Thai)
- Chu, A., Kwon, S., & Cowley, P. (2019). Health financing reforms for moving towards universal health coverage in the western pacific region. *Health Systems & Reform*, 5(1), 32-47. doi.org/10.1080/23288604.2018.1544029
- Department of Health. (2018). *Report on the Results of The 8th National Oral Health Survey, Thailand 2017*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Health Data Center. (2023). *Information to Respond to the Service Plan in the Oral Health*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Khan N. (2011). Eruption time of permanent teeth in pakistani children. *Iranian Journal of Public Health*, 40(4), 63-73.
- Kulthanmanusorn, A., Saengruang, N., Wanwong, Y., Kosiyaporn, H., Witthayapipopsakul, W., Srisasalux, J., et al. (2018). *Evaluation of the Devolved Health Centers: Synthesis Lesson Learnt from 51 Health Centers and Policy Options*. Nontaburi: Health Systems Research Institute. (in Thai)
- Local Government Promotion Office Uthai Thani Province. (2023). *Obstacles after transferring missions of the Chaloe Phrakiat 60th Anniversary Nawaminthrachini Health Station and Subdistrict Health Promoting Hospital to the Provincial Administrative Organization*. Local Government Promotion Office Uthai Thani Province. (in Thai)

- Odoch, W. D., Senkubuge, F., & Hongoro, C. (2021). How has sustainable development goals declaration influenced health financing reforms for universal health coverage at the country level? A scoping review of literature. *Globalization and Health*, 17(1), 50. doi.org/10.1186/s12992-021-00703-6
- Office of the Decentralization to the Local Government Organization Committee. (2021). *Guidelines for Transferring Missions of The Chaloem Phrakiat 60th Anniversary Nawaminthrachini Health Station and Subdistrict Health Promoting Hospital to the Provincial Administrative Organization*. Bangkok: The Prime Minister's Office. (in Thai)
- Primary Health System Support Division. (2023). *Primary Health Service Standards Quality Manual 2023*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Singweratham, N., Phodah, T., Techakehakij, W., Bunpean, A., Siechaisakul, P., Nawsuwan, et al. (2023). A comparison of the unit costs of health care services provided with and without transferred to the local administrative organization of the tambon health promoting hospitals. *Princes of Naradhiwas University Journal*, 15(3), 251-264. (in Thai)
- Singweratham, N., Phodah, T., Techakehakij, W., Wongyai, T., Bunpean, A., & Siechaisakul, P. (2023). *A Comparison on Budget Allocation of The National Health Security Fund Between Contraction Unit for Primary Care and the Tambon Health Promoting Hospital with and Without Tranferred to the Local Administrative Organization for Policy Recommendation*. Nontaburi: Health Systems Research. (in Thai)
- Sri-ngernnyuang, L., Siriwan, P., Vongjinda, S., & Chuenchom, S. (2012). *Health Center Devolution: Lesson Learned and Policy Reccomendations*. Nontaburi: Health Systems Research Institute (HSRI). (in Thai)
- Srisasalux, J., Vichathai, C., & Kaewwichian, R. (2009). Experience with health decentralization: the health center transfer model. *Journal of Health Systems Research*, 3(1), 16-34. (in Thai)
- Sudhipngpracha, T., Chotsetakij, W., Phuripongthanawat, P., Kittayasophon, U., Satthatham, N., & Onphothong, Y. (2021). *Policy Analysis And Policy Design for the Transfer of Subdistrict Health Promotion Hospitals to Provincial Administrative Organization (PAOs)*. Nontaburi: Health Systems Research Institute (HSRI). (in Thai)
- Techaatik, S., & Nakham, P. (2009). Studying and monitoring the development of the transfer system of public health centers to local government organizations. *Journal of Health Systems Reserch*, 3(1), 113-130. (in Thai)
- The Dental Council of Thailand. (2021). *Dental Profession Act 1994*. Nonthaburi: The Dental Council of Thailand. (in Thai)

การพัฒนาและผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเฮโรอีน ที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาวต่อคุณภาพชีวิต

The Development and Effects of a Clinical Nursing Practice Guideline for Heroin Patients Treated by Methadone Maintenance on Quality of Life

รัตติยา สันเสรี^{1*}, รัชณีย์ วรรณขาม¹, ทิพสุคนธ์ มูลจันท์¹, ธัญญาภรณ์ อุปมัยรัตน์¹

Rattiya Sanseree^{1*}, Rachanee Vannakam¹, Tipsukon Moonjunttee¹, Tanyaporn Aupamairat¹

¹โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

¹Thanyarak Pattani Hospital

(Received: December 18, 2023; Revised: April 7, 2024; Accepted: April 14, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเฮโรอีนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาวต่อคุณภาพชีวิต โดยมีกระบวนการพัฒนาเป็น 2 ระยะ คือ 1) พัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย กำหนดประเด็นปัญหา โดยการสนทนากลุ่มของทีมผู้ปฏิบัติงานคลินิกเมทาโดน ทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ พัฒนาร่างแนวปฏิบัติ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่า CVI เท่ากับ .98 และตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 คน และ 2) ทดลองใช้และประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพ 10 คน และผู้ป่วยเฮโรอีน 10 คน เครื่องมือได้แก่ แบบประเมินความเป็นไปได้ ความพึงพอใจ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่า CVI เท่ากับ .90 และ 1.0 ตามลำดับ และแบบประเมินคุณภาพชีวิต ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .79 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา และสถิติ Wilcoxon Signed Rank test ผลการวิจัย พบว่า

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเฮโรอีนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย ผังขั้นตอนแนวปฏิบัติ และสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ โดยใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) การพยาบาลระยะเริ่มต้น 2) การพยาบาลระยะคงที่ และ 3) การพยาบาลระยะต่อเนื่อง ตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติ ด้วย AGREE II เท่ากับ ร้อยละ 92.85

2. ความเป็นไปได้ของการนำใช้แนวปฏิบัติโดยพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ความเป็นไปได้ในการนำใช้แนวปฏิบัติ การพยาบาลระยะเริ่มต้น เท่ากับ ร้อยละ 90 - 100 การพยาบาลระยะคงที่ เท่ากับ ร้อยละ 70 - 100 และการพยาบาลระยะต่อเนื่อง เท่ากับ ร้อยละ 90 - 100 โดยความพึงพอใจของการใช้แนวปฏิบัติ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 2.90, SD = 0.32$) และค่าคะแนนมัธยฐานคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเฮโรอีนหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ สูงกว่าก่อนได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($z = -2.807, p = .005$)

แนวปฏิบัตินี้สามารถให้พยาบาลวิชาชีพนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเฮโรอีนในคลินิกเมทาโดน โรงพยาบาลธัญญารักษ์ และโรงพยาบาลอื่น ๆ

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยเฮโรอีน เมทาโดนระยะยาว

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: rattiya.nso@gmail.com)

Abstract

This research and development aimed to develop and evaluate a clinical nursing practice guideline (CNPg) for heroine patients treated by methadone on their quality of life. The development process was divided in two stages. First stage included a literature review, evidence-based searching, holding focus groups with multi-disciplinary teams, and the CNPg development. Content validity was verified by five experts, yielding a value of .98. The quality of the CNPg was examined by four experts. Second stage consisted to try out and test feasibility of CNPg. Participants were 10 registered nurses and 10 heroine patients treated by methadone maintenance. Instrument for data collection were the CNPg feasibility assessment and a questionnaire on satisfaction of nurses. Those were verified by five experts, yielding values of .90 and 1.0, respectively. Questionnaire on quality of life was analyzed using Cronbach's alpha coefficient, yielding a value of .79. Data were analyzed by Wilcoxon Signed Rank test statistic. Results were as follows.

1. The clinical nursing practice guideline (CNPg) for heroine patients treated by methadone maintenance consisted of: title, objectives, target group, flow chart of the CNPg, and the essential contents of the CNPg based on nursing process, including three phases: 1) the preparing nursing phase, 2) the stability nursing phase, and 3) the continuously nursing phase. The overall of AGREE II yielding the value of 92.85.

2. The feasibility of the CNPg by registered nurses. It reported that the possibility using guidelines of the preparing, stability, and continuously nursing phase was 90 -100, 70 -100, and 90 - 100 percentage respectively. The overall satisfaction of using the CNPg was high level ($M = 2.90$, $SD = 0.32$). and the median scores of quality of life of the patients after participating the CNPg was statistically significant higher than that before participating the CNPg ($z = -2.807$, $p = .005$).

This clinical nursing practice guideline (CNPg) for heroine patients treated by methadone maintenance could be implemented by registered nurses. The nurses could apply the CNPg to care for heroine patients under methadone in clinics and hospitals.

Keywords Clinical Nursing Practice Guideline, Patients with Heroine Use, Methadone Maintenance Treatment

บทนำ

ปัญหา ยาเสพติดและการระบาดของยาเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากข้อมูลสถิติการรับผู้ป่วยยาเสพติดเข้าบำบัดรักษาในโรงพยาบาลในประเทศไทยปี พ.ศ. 2563 - 2565 เท่ากับ 222,815, 180,506 และ 127,862 ราย ตามลำดับ โดยเป็นผู้ป่วยเฮโรอีน เท่ากับ 5,284, 5,991 และ 6,168 ราย ตามลำดับ ทั้งนี้พบว่าในปี พ.ศ. 2564 - 2566 ผู้ป่วยเฮโรอีนที่บำบัดรักษาคือกำหนดได้เพียง ร้อยละ 54.17, 52.94 และ 56.28 ตามลำดับ (Ministry of Public Health, 2023) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเฮโรอีนมีการเสพยาเสพติดประมาณร้อยละ 50 ซึ่งผู้ป่วยเฮโรอีนที่เสพยาเสพติดและเรื้อรัง พบว่ามีการติดเชื้อเอชไอวี และไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 9.13 (Laisuwannachart, Auemaneekul, & Powwattana, 2020) มีการสูญเสียความสามารถ ทำให้ไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Atharn, Somprasert, & Banthumporn, 2019) ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังการศึกษาของ Rattanakornpreeda & Paileeklee (2017) พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทยมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าประชากรทั่วไปในทุกด้าน

แนวทางการบำบัดผู้เสพติดเฮโรอีนในปัจจุบัน ใช้การบำบัดด้วยยาทดแทนสารกลุ่มโอปิออยด์โดยใช้ยาเม็ต (Clonidine) และยาน้ำ (เมทาโดน) ซึ่งการรักษามีประสิทธิผลต่อการคงอยู่ในกระบวนการบำบัดรักษาและสามารถลดปริมาณการใช้เฮโรอีนลงได้ ทำให้คุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจดีขึ้น (Ukranan, 2017) การบำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว ส่วนใหญ่เป็นคู่มือและแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นรูปแบบสำหรับทีมสหวิชาชีพ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ส่วนใหญ่พบแนวปฏิบัติทางคลินิก (CPG) สำหรับผู้ติดยาเสพติดในต่างประเทศ (College of Physicians and Surgeons of British Columbia, 2014; Dhawan, Rao, Ambekar, Chopra, Jain, Yadav et al., 2014; National Institute on Drug Abuse: NIDA, 2018) ส่วนในประเทศไทยพบว่า มีคู่มือการบำบัดรักษาเมทาโดนในประเทศไทยของสหวิชาชีพ (Phattharakorn, Samranthivawan, Boonchaipanichawattana, Lapinee, Ngamkhajornwiwat, Ukranan, et al., 2013) แนวปฏิบัติการรักษาของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด (Rungsiwaroj, Bhatarasakoon, Phajuy, Chainonthi, & Chamchongkit, 2022) และแนวปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยเฮโรอีนใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ (Ha, Sanseree, & Tianuan, 2015) ซึ่งแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยเฮโรอีนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาวของโรงพยาบาลรัฐราษฎร์ มีการบำบัดรักษาผู้ป่วยเฮโรอีนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว แตกต่างกันตามบริบทของโรงพยาบาล มีการปรับลดยาเมทาโดนระยะยาว การดูแลด้านพฤติกรรม การลดอันตรายจากการใช้ยา และโรคร่วมต่าง ๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันโดยใช้มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเฮโรอีนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดน ซึ่งเป็นแนวทางการดูแลของสหวิชาชีพ สำหรับแนวปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยเฮโรอีนที่มีบำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาวที่มีอยู่ยังมีน้อย และการพยาบาลผู้ป่วยไม่ได้เฉพาะเจาะจงตามปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละระยะของการดูแลผู้ป่วยเฮโรอีน ไม่ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม ทำให้ผู้ป่วยเฮโรอีนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาวกลับไปเสพยาซ้ำ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในระดับต่ำ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจุบันการบำบัดด้วยยาเมทาโดนระยะยาวเป็นการบำบัดที่แพร่หลาย ค่อนข้าง มีต้นทุนต่ำกว่าการรักษาด้วยยาชนิดอื่น และเพิ่มอัตราการคงอยู่ในโปรแกรมการบำบัด (Duangjai, Nutcha, Rawiporn, & Tananan, 2021; Ukranan, 2017) แต่แนวปฏิบัติการพยาบาลยังไม่ได้เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเฮโรอีนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว โดยใช้แนวคิดของแนวปฏิบัติของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) ร่วมกับกระบวนการพยาบาล (Seaback, 2006) เพื่อให้เกิดประโยชน์สำหรับพยาบาลในนำไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยเฮโรอีนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว ได้อย่างมีมาตรฐานและทำให้เกิดการพัฒนาวิชาชีพ เกิดผลลัพธ์ของการบริการที่เฉพาะเจาะจงกับปัญหาของผู้ป่วย นำไปสู่คุณภาพบริการที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับนโยบาย และคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ส่งผลทำให้การดูแลตามมาตรฐาน และผลลัพธ์เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

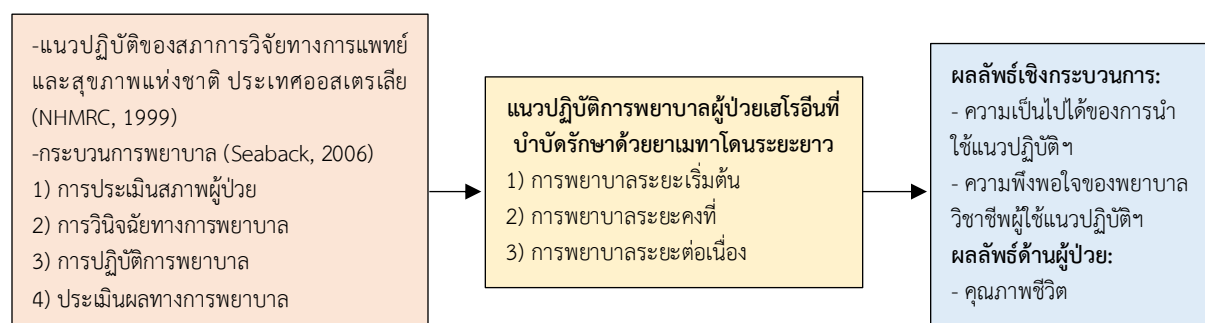
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเฮโรอีนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว
2. เพื่อประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเฮโรอีนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาวต่อคุณภาพชีวิต

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเฮโรอีนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์ และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ประกอบด้วย 1) กำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติฯ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม (focus group) 2) กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติฯ 3) กำหนดวัตถุประสงค์ และกลุ่มเป้าหมาย 4) กำหนดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

5) ทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ 6) พัฒนาร่างแนวปฏิบัติ 7) ประเมินและตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติ และระยะที่ 2 ทดลองใช้และประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 1) จัดทำแผนการประเมินผลและแผนการปรับปรุง นำไปทดลองปฏิบัติ 2) จัดทำรายงานรูปเล่มของแนวปฏิบัติ 3) จัดทำรายงานกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ 4) ปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ใช่ทีมพัฒนา และ 5) จัดทำแผนเผยแพร่และแผนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และกระบวนการพยาบาล (Seaback, 2006) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล 3) การปฏิบัติทางการพยาบาล และ 4) การประเมินผลทางการพยาบาล ร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยเฮอร์โคนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว โดยประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติ 2 ด้าน คือ 1) ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ ได้แก่ ความเป็นไปได้ของการนำใช้แนวปฏิบัติ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติ และ 2) ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ได้แก่ คุณภาพชีวิต รายละเอียด ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเฮอร์โคนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้ (NHMRC, 1999)

1.1 กำหนดประเด็นและขอบเขตของปัญหา โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพและสหวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในคลินิกเมทาโดน ได้แก่ แพทย์ นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์, ผู้ป่วยและญาติที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี จำนวน 10 คน โดยการสนทนากลุ่ม (focus group) มีลักษณะคำถามแบบปลายเปิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย คำถามของพยาบาลวิชาชีพและสหวิชาชีพเกี่ยวกับการรวบรวมข้อมูล การดูแลในแต่ละระยะ การมีส่วนร่วมของญาติ ส่วนคำถามของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับขณะบำบัดรักษา กิจกรรมการดูแล ฯลฯ

1.2 กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเฮอร์โคนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว ประกอบด้วย ทีมผู้วิจัย จำนวน 3 คน หัวหน้างานผู้ป่วยนอก จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกเมทาโดน จำนวน 2 คน อาจารย์ที่ปรึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาล

1.3 กำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเฮอร์โคนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว กลุ่มเป้าหมาย หรือผู้มีส่วนร่วม ประกอบด้วย 1) ผู้นำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเฮอร์โคนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว 1 ปีขึ้นไป และผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุและสารเสพติด 4 เดือน หรือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเฮอร์โคนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว 3 ปีขึ้นไป จำนวน 10 คน และ 2) ผู้ป่วยเฮอร์โคนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว จำนวน 10 คน

1.4 กำหนดผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติฯ คือ ผลลัพธ์เชิงกระบวนการด้านคุณภาพการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ประกอบด้วย 1) ความเป็นไปได้ของการนำใช้แนวปฏิบัติฯ และ 2) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติฯ และผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย คือ คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น

1.5 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเฮอร์โอินที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว โดยใช้แนวคิดของ PICO (Cooke, Smith, & Booth, 2012) คือ P: ผู้ติดยาเฮอร์โอิน (heroin patient), I: แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเฮอร์โอินที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว (Clinical Nursing Practice Guideline), C: การดูแลตามปกติ (Routine Care), O: คุณภาพชีวิต (Quality of life) โดยการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลทั้งในและต่างประเทศ ได้แก่ ThaiJo, ThaiLIS, Google Scholar, PubMed และ CINAHL พบงานวิจัย จำนวน 16 เรื่อง ดังนี้ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) จำนวน 4 เรื่อง งานวิจัยเชิงทดลอง (randomized-controlled trial: RCT) จำนวน 4 เรื่อง, Guidelines จำนวน 6 เรื่อง งานวิจัยแบบย้อนหลัง (Case-control study) จำนวน 1 เรื่อง และการทบทวนวรรณกรรมเชิงบรรยาย จำนวน 1 เรื่อง

1.6 ผู้วิจัยพัฒนาร่างแนวปฏิบัติฯ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม (Focus group) หลักฐานเชิงประจักษ์ และกระบวนการพยาบาล วิเคราะห์และสังเคราะห์ได้ข้อสรุปเนื้อหาและจัดทำแนวปฏิบัติฯ ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) การพยาบาลระยะเริ่มต้น 2) การพยาบาลระยะคงที่ และ 3) การพยาบาลระยะต่อเนื่อง

1.7 ตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน คือ แพทย์ที่บำบัดรักษาผู้ป่วยเฮอร์โอิน จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเฮอร์โอิน จำนวน 2 คน และอาจารย์พยาบาล จำนวน 2 คน ปรับปรุงแนวปฏิบัติฯ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพและทีมสหวิชาชีพที่มีบทบาทในการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยเฮอร์โอินที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาวในคลินิกเมทาโดนของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี จำนวน 12 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 5 มีนาคม 2566)

2. ผู้ป่วยเฮอร์โอินที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาวและญาติ ในคลินิกเมทาโดนของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี จำนวน 10 คน ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2566

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพและทีมสหวิชาชีพ ที่มีบทบาทในการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยเฮอร์โอินที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว ในคลินิกเมทาโดนของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเฮอร์โอินที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว เป็นระยะเวลา 3 ปีขึ้นไป จำนวน 10 คน (Morse, 1994)

2. ผู้ป่วยเฮอร์โอินที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว และญาติของผู้ป่วยเฮอร์โอิน ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2566 จำนวน 10 คน (Morse, 1994)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสนทนากลุ่ม (Focus Group) ประกอบด้วยแบบสนทนากลุ่มสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ทีมสหวิชาชีพ และแบบสนทนากลุ่มสำหรับผู้ป่วย และครอบครัว

2. เครื่องมือประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเฮอร์โอินที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาวสำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ ใช้แบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติฯ สำหรับการวิจัยและการประเมินผล (The Appraisal of Guidelines for research & Evaluation: AGREE II) ของ Institute of Medical Research and Technology Assessment (2017) ประกอบด้วย 6 หมวด 23 ข้อ ได้แก่ หมวดที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์ หมวดที่ 2 ผู้มีส่วนร่วมในการจัดทำ หมวดที่ 3 การจัดทำ หมวดที่ 4 ความชัดเจนของคำแนะนำ หมวดที่ 5 การนำไปใช้จริง หมวดที่ 6 ความอิสระของคณะผู้ทำ และการประเมินคะแนนภาพรวมอีก 2 ข้อ ใช้ระบบการให้คะแนน 7 ระดับ (1-ไม่เห็นด้วยเป็นอย่างมาก ถึง 7-เห็นด้วยเป็นอย่างมาก) มีเกณฑ์คิดค่าคะแนนของแบบประเมินแต่ละหัวข้อ

และภาพรวมจะต้องผ่านร้อยละ 70 จึงจะเป็นเกณฑ์ที่สามารถยอมรับได้ (AGREE Next Steps Consortium, 2017) และนำคะแนนความคิดเห็นมาคำนวณโดยใช้สูตร ดังนี้

$$\text{คะแนนของแต่ละหมวด} = \frac{\text{คะแนนรวมที่ได้} - \text{คะแนนความเป็นไปได้ต่ำสุด} \times 100}{\text{คะแนนความเป็นไปได้สูงสุด} - \text{คะแนนความเป็นไปได้ต่ำสุด}}$$

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าพบทีมพยาบาลและทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน และพยาบาลวิชาชีพ แพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 10 คน ผู้ป่วยและญาติ จำนวน 10 คน ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่อาจจะเกิดขึ้น พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย พิจารณาสีทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการสนทนากลุ่มมาสรุปวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อประกอบการพัฒนาแนวปฏิบัติ

ระยะที่ 2 ทดลองใช้และประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเฮโรอีนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) วัดก่อน-หลังการทดลอง (One Group Pretest Posttest Design)

นำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ในโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง และผู้ป่วยเฮโรอีนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาวจำนวน 10 คน เป็นระยะเวลา 4 เดือน เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติ หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข โดยประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยติดตามปัญหาอุปสรรคการใช้คู่มือทุกสัปดาห์ เป็นเวลา 1 เดือน หลังจากนั้นติดตามทุกเดือนจนครบระยะการดูแล เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาการใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ของแบบสอบถาม เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนการปรับปรุงแนวปฏิบัติ หลังจากนั้นจัดทำรายงานรูปแบบของแนวปฏิบัติ สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข และจัดทำเป็นรูปแบบคู่มือแนวปฏิบัติ จัดทำรายงานกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย คำนำ สารบัญ ความเป็นมาและความสำคัญ วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขอบเขต นิยามศัพท์เฉพาะ คำจำกัดความ การนำไปใช้ ความรู้เรื่องเฮโรอีน และยาเมทาโดนสำหรับการบำบัดรักษาระยะยาว ขั้นตอนการจัดทำแนวปฏิบัติ หลังจากนั้นทำเป็นรูปแบบรายงาน ผู้วิจัยปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ใช่ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยปรึกษาผู้อำนวยการโรงพยาบาล และแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยเฮโรอีน ร่วมกันพิจารณา ตัดสินใจให้ข้อเสนอแนะแนวปฏิบัติ ที่จัดทำ เพื่อหาข้อสรุปความเป็นไปได้ในการนำไปใช้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ คลินิกเมทาโดนของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปัตตานี จำนวน 16 คน และ 2) ผู้ป่วยเฮโรอีนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว ที่เข้ารับการรักษาในขณะเดือน มิถุนายน - กันยายน 2566 จำนวน 10 คน

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ คลินิกเมทาโดนในโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดจำนวน 10 คน (กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน ให้การพยาบาลผู้ป่วยเฮโรอีนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว จำนวน 1 คน) กำหนดเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเฮโรอีนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว 1 ปีขึ้นไปและผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ติดยาและสารเสพติด 4 เดือน หรือ 2) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเฮโรอีนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว 3 ปีขึ้นไป และ 3) มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับเกณฑ์การคัดออก คือไม่สามารถดูแลผู้ป่วยเฮโรอีนตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเฮโรอีนที่บำบัดด้วยยาเมทาโดนระยะครบตามขั้นตอนของแนวปฏิบัติ

2. ผู้ป่วยเฮอร์โธโรนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดน จำนวน 10 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) กำหนดเกณฑ์คัดเลือกเข้าคือ มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยไม่สามารถมาตามนัดหมายตามแผนการรักษาได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือสำหรับการทดลอง คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเฮอร์โธโรนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดน ระยะยาว พัฒนาจากกรอบแนวคิดของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) ข้อมูลเชิงคุณภาพ หลักฐานเชิงประจักษ์ และกระบวนการพยาบาล สรุปแนวปฏิบัติฯ ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) การพยาบาลระยะเริ่มต้น 2) การพยาบาลระยะคงที่ และ 3) การพยาบาลระยะต่อเนื่อง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน คือ แพทย์ที่บำบัดรักษาผู้ป่วยเฮอร์โธโรน จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเฮอร์โธโรน จำนวน 2 คน และอาจารย์พยาบาล จำนวน 2 คน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .98 และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ได้แก่

2.1 แบบประเมินความเป็นไปได้ของการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเฮอร์โธโรนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเฮอร์โธโรนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเป็นไปได้ของการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเฮอร์โธโรนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว ผู้วิจัยได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะคำถามจะเป็นความคิดเห็นต่อความสามารถในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยเลือกตอบ 2 คำตอบ คือ เป็นไปได้และเป็นไปไม่ได้

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเฮอร์โธโรนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะเป็น มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ จากมีความพึงพอใจน้อย ให้ 1 คะแนน ถึง มีความพึงพอใจมาก ให้ 3 คะแนน การแปลผลคะแนน ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.67 – 2.32 หมายถึง ความพึงพอใจระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 2.33 – 3.00 หมายถึง ความพึงพอใจระดับมาก

2.3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ของผู้ป่วยเฮอร์โธโรนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเฮอร์โธโรนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดน จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการใช้เฮอร์โธโรน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ของผู้ป่วยเฮอร์โธโรนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของ Mahattanirunkul, Tantipiwattanasakul, & Phumpaisanchai (2002) ซึ่งได้รับการอนุญาตจากโรงพยาบาลสวนปรุง มีจำนวน 26 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) การแปลผลโดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด ดังนี้

คะแนน 26 - 60 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61 - 95 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ

คะแนน 96 - 130 คะแนน แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แบบประเมินความเป็นไปได้ของการนำใช้แนวปฏิบัติฯ 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้นโยบายปฏิบัติฯ และ 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI โดยแบบประเมินข้อ 1) และ 2) นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเฮอร์โธอีจำนวน 2 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยเฮอร์โธอี จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 คน ได้ค่า CVI เท่ากับ .98 และ 1.00 ตามลำดับ (Tato, 2018) และแบบประเมินความพึงพอใจและแบบประเมินคุณภาพชีวิต นำไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน และผู้ป่วยเฮอร์โธอีที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว จำนวน 10 คน นำไปวิเคราะห์ตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความ เชื่อมั่นเท่ากับ 1.00 และ .79 ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (Tato, 2018)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเตรียมพยาบาลวิชาชีพที่จะนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยเฮอร์โธอี ให้มีทักษะในการใช้แนวปฏิบัติฯ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมวิจัย มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง มีติดตามการใช้แนวปฏิบัติฯ ทุกสัปดาห์เป็นเวลา 1 เดือน และติดตามทุกเดือนจนครบระยะการดูแล 4 เดือน ในช่วงเดือน มิถุนายน - กันยายน 2566 เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลทั่วไปและข้อมูลความพึงพอใจ วิเคราะห์ด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติฯ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks test

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 010/2566 วันที่ 24 มกราคม 2566 – 23 มกราคม 2567

ผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเฮอร์โธอีที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว

ตาราง 1 ตัวอย่างแนวปฏิบัติการพยาบาลระยะเริ่มต้น - ระยะต่อเนื่อง

กิจกรรม	การพยาบาลระยะเริ่มต้น (วันแรก-2 สัปดาห์)	การพยาบาลระยะคงที่ (สัปดาห์ที่ 3-4)	การพยาบาลระยะต่อเนื่อง (สัปดาห์ที่ 5-16)
การประเมิน สภาพ ผู้ป่วย	- ประเมินสภาพของผู้ป่วย - ประวัติการใช้เฮอร์โธอี - อาการขาดยา - อาการเมายา - การใช้ยาเกินขนาด	- ความพร้อมในการบำบัด - ภาวะซึมเศร้า/ ฆ่าตัวตาย - โรคติดเชื้อฉวยโอกาสจากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน และผลข้างเคียงจากยาเมทาโดน - ขาดยาจากอันตรกิริยาของยาเมทาโดนกับยาด้านไวรัส	- การเสพยา - ความมีคุณค่าในตนเอง - ภาวะดื้อยา ARV/TB และโรคแทรกซ้อนทางกาย - ความต้องการทางอาชีพและจัดการงาน
การให้ ยาเมทาโดน	1-3 วันแรก จำนวน 10-20 mg วันที่ 4-7 จำนวน 15-25 mg วันที่ 8-10 จำนวน 20-30 mg วันที่ 11-14 จำนวน 25-35 mg	วันที่ 15-17 จำนวน 30-40 mg วันที่ 18-21 จำนวน 35-45 mg วันที่ 22-24 จำนวน 40-50 mg วันที่ 25-30 จำนวน 45-55 mg	จำนวน 60-120 mg

กิจกรรม	การพยาบาลระยะเริ่มต้น (วันแรก-2 สัปดาห์)	การพยาบาลระยะคงที่ (สัปดาห์ที่ 3-4)	การพยาบาลระยะต่อเนื่อง (สัปดาห์ที่ 5-16)
การ ปฏิบัติการ พยาบาล	1.บรรเทาความทุกข์ทรมานจาก อาการขาดยา 2.ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจาก ภาวะเมายา 3.การป้องกันความเสี่ยงจากการ ใช้เฮโรอีนเกินขนาด	1. ป้องกันอันตรายจากภาวะ ซึมเศร้า/ ฆ่าตัวตาย 2. ป้องกันความเสี่ยงจาก ผลข้างเคียงจากยาเมทาโดน 3.การป้องกันการเกิดอาการขาด ยาจากอันตรกิริยาของยา เมทาโดนกับยาด้านไวรัส	1.ฝึกทักษะการจัดการกับตัวกระตุ้น 2.ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง 3.การดูแลโรคแทรกซ้อนทางกาย 4.ส่งเสริมการฝึกอาชีพ
ประเมินผล ทางการ พยาบาล	1.ลดความทุกข์ทรมานจาก อาการขาดเฮโรอีน คะแนน Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS) = 0-1 คะแนน ภายใน 1 ชั่วโมง 2. ผู้ป่วยปลอดภัย/ไม่เกิด อุบัติเหตุจากภาวะเมายา 3. ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยา เกินขนาด	1.ผู้ป่วยปลอดภัย/ ไม่เกิดภาวะ ซึมเศร้า/ ไม่ฆ่าตัวตาย 2.ปลอดภัยจากโรคติดเชื้อฉวย โอกาส และผลข้างเคียงจาก ยาเมทาโดน 3. ไม่เกิดอาการขาดยาจาก อันตรกิริยาของยาเมทาโดนกับ ยาด้านไวรัส	1.ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการกับ ตัวกระตุ้น 2.ความมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย เพิ่มขึ้น 3.ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย ผังขั้นตอนแนวปฏิบัติฯ และ
สาระสำคัญของแนวปฏิบัติฯ โดยใช้กระบวนการพยาบาล 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) การพยาบาล
ระยะเริ่มต้น 2) การพยาบาลระยะคงที่ และ 3) การพยาบาลระยะต่อเนื่อง ดังตาราง 1

โดยผลการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเฮโรอีนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว
ด้วยเครื่องมือ AGREE II 6 หมวด ตามตาราง 2 ดังนี้

ตาราง 2 ร้อยละของคะแนนการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ (n=10)

หมวด	ร้อยละ (100)
1. ขอบเขตและวัตถุประสงค์	91.66
2. การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	88.88
3. ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ	91.14
4. ความชัดเจนในการนำเสนอ	87.50
5. การนำไปใช้	90.62
6. ความอิสระของคณะผู้ทำ	89.58
7. การประเมินแนวปฏิบัติโดยภาพรวม	92.85

จากตาราง 2 พบว่า ร้อยละของคะแนนการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ด้วยเครื่องมือ AGREE II
6 หมวด ภาพรวม ร้อยละ 92.85 สำหรับหมวดที่มีระดับคะแนนการประเมินมากที่สุด คือ ขอบเขตและวัตถุประสงค์
และความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ ร้อยละ 91.66 และ 91.14 ตามลำดับ และระดับคะแนนการประเมิน
น้อยที่สุด คือ ความชัดเจนในการนำเสนอ ร้อยละ 87.50

2. ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเฮอร์โคนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาวโดยประเมินความเป็นไปได้ของการนำใช้แนวปฏิบัติฯ ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2.1 ความเป็นไปได้ของการนำใช้แนวปฏิบัติฯ ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

2.1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่นำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90 อายุเฉลี่ย 36.80 ปี ($M = 36.80, SD = 6.56$) นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 70 มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 9 ปีขึ้นไป ร้อยละ 70 และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเฮอร์โคนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาวมากที่สุด 9 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60

2.1.2 ความเป็นไปได้ของการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเฮอร์โคนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของความเป็นไปได้ของการนำใช้แนวปฏิบัติฯ (n = 10)

ความเป็นไปได้ของการนำใช้แนวปฏิบัติฯ	เป็นไปได้		เป็นไปได้ไม่ได้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การพยาบาลระยะเริ่มต้น				
1. การประเมินสภาพผู้ป่วย	10	100	0	0
2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล	9	90.00	1	10.00
3. การปฏิบัติการพยาบาล	10	100	0	0
4. ประเมินผลทางการพยาบาล	10	100	0	0
การพยาบาลระยะคงที่				
1. การประเมินสภาพผู้ป่วย	9	90.00	1	10.00
2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล	7	70.00	3	30.00
3. การปฏิบัติการพยาบาล	10	100	0	0
4. ประเมินผลทางการพยาบาล	10	100	0	0
การพยาบาลระยะต่อเนื่อง				
1. การประเมินสภาพผู้ป่วย	9	90.00	1	10.00
2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล	10	100	0	0
3. การปฏิบัติการพยาบาล	10	100	0	0
4. ประเมินผลทางการพยาบาล	10	100	0	0

จากตาราง 3 ความเป็นไปได้ของการนำใช้แนวปฏิบัติฯ โดยพยาบาลวิชาชีพ พบว่า 1) การพยาบาลระยะเริ่มต้น มีความเป็นไปได้ ร้อยละ 90 - 100 2) การพยาบาลระยะคงที่ มีความเป็นไปได้ ร้อยละ 70-100 และ 3) การพยาบาลระยะต่อเนื่อง มีความเป็นไปได้ ร้อยละ 90 - 100

2.1.3 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเฮอร์โคนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติฯ (n = 10)

ข้อคำถาม	M	SD	ระดับความพึงพอใจ
1. แนวปฏิบัติการพยาบาลใช้ง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน	2.90	0.31	มาก
2. สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลได้	2.80	0.42	มาก
3. มีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล	2.90	0.32	มาก

ข้อคำถาม	M	SD	ระดับความพึงพอใจ
4. แนวปฏิบัติการพยาบาลทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยไปในทิศทางเดียวกัน	2.90	0.32	มาก
5. แนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถป้องกันและลดความเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้ป่วยได้	3.00	0.00	มาก
6. แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความสะดวกในการนำไปใช้	3.00	0.00	มาก
7. แนวปฏิบัติการพยาบาลมีประโยชน์ต่อคุณภาพการพยาบาล	3.00	0.00	มาก
8. แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความเข้าใจง่าย	2.90	0.32	มาก
9. ความพึงพอใจในภาพรวม	2.90	0.32	มาก

จากตาราง 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติฯ ภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($M = 2.90$, $SD = 0.32$) โดยแนวปฏิบัติฯ ประเด็นป้องกันและลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ความสะดวกในการนำไปใช้ และประโยชน์ต่อคุณภาพการพยาบาล อยู่ในระดับมาก ($M = 3.00$) และประเด็นสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลได้ อยู่ในระดับน้อยที่สุด ($M = 2.80$, $SD = 0.42$)

2.2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2.2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเฮโรอีนที่มีการบำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว ทั้งหมดเป็นเพศชายมีอายุเฉลี่ย 37.90 ปี ($M = 37.90$, $SD = 7.40$) นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 90 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 30 ระยะเวลาในการใช้ยาเสพติด 11-20 ปี ร้อยละ 70

2.2.2 ผลของการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเฮโรอีนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาวก่อนและหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติฯ

ตาราง 5 เปรียบเทียบค่าคะแนนมัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยกึ่งควอไทล์ (IQR) ของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเฮโรอีนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาวก่อนและหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติฯ ($n=10$)

คะแนนคุณภาพชีวิต	Mdn	IQR	z	p-value
ก่อนได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติฯ	62	8.00	-2.807	.005
หลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติฯ	94.50	13.00		

จากตาราง 5 พบว่า ค่าคะแนนมัธยฐานคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเฮโรอีนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาวหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติฯ สูงกว่าก่อนได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($z = -2.807$, $p = .005$)

อภิปรายผล

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเฮโรอีนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาวมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ เนื่องจากผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีการใช้อย่างแพร่หลายเป็นมาตรฐานในการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ในระดับสากล และมีกระบวนการขั้นตอนในการพัฒนาที่ชัดเจน สำหรับสาระสำคัญของแนวปฏิบัติฯ โดยใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งเป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาล (Seaback, 2006) ประกอบด้วย 1) การประเมินสภาพผู้ป่วย 2) การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล 3) การปฏิบัติการพยาบาล และ 4) ประเมินผลทางการพยาบาล ร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์และข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่มของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยเฮโรอีนที่บำบัดรักษาด้วย

ยาเมทาโดนระยะยาว โดยแนวปฏิบัติ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การพยาบาลระยะเริ่มต้น 2) การพยาบาลระยะคงที่ และ 3) การพยาบาลระยะต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Samoh, Kongsuwan, & Suttarangsi (2017) ซึ่งเป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยใช้แนวคิดขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย และการศึกษาของ Rungsiwaroj, Bhatarasakoon, Phajuy, Chainonthi, & Chamchongkit (2022) ซึ่งเป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยใช้กระบวนการพยาบาล สำหรับการประเมินคุณภาพ แนวปฏิบัติ จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .98 แสดงถึงความตรงเชิงเนื้อหาที่อยู่ในระดับสูง โดยทั่วไปค่าความตรงเชิงเนื้อหาที่ยอมรับได้ เท่ากับ .70 (Tato, 2018) รวมถึงผลการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติ ด้วยเครื่องมือ AGREE II 6 หมวด ภาพรวม มีค่าความเชื่อมั่น ร้อยละ 92.85 ซึ่งเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ ร้อยละ 70 (AGREE Next Steps Consortium, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของ Srisangkom & Akkarasetsaku (2023) ศึกษาการพัฒนาและประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติบริการทางการพยาบาลในยุค New normal แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี พบว่าคุณภาพของแนวปฏิบัติ ภาพรวม เท่ากับ ร้อยละ 74 ซึ่งมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ได้จริงในหน่วยงาน

2. ทดลองใช้และประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเฮอร์ไอน์ที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาวต่อคุณภาพชีวิต

2.1 ความเป็นไปได้ในการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเฮอร์ไอน์ที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว พบว่าพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้นำใช้แนวปฏิบัติ ในการพยาบาลระยะเริ่มต้น มีความเป็นไปได้ ร้อยละ 90 - 100 การพยาบาลระยะคงที่มีความเป็นไปได้ ร้อยละ 70 - 100 และการพยาบาลระยะต่อเนื่อง มีความเป็นไปได้ ร้อยละ 90 - 100 อภิปรายได้ว่า แนวปฏิบัติ ในการพยาบาลระยะเริ่มต้นและการพยาบาลระยะต่อเนื่อง มีแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลทางการพยาบาลที่ได้มาจากข้อมูลเชิงคุณภาพ และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง (American Society of Addiction Medicine, 2022; College of Physicians and Surgeons of British Columbia, 2014; National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2018) รวมถึงได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จึงมีความเป็นไปได้ในการนำใช้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Samoh, Kongsuwan, & Suttarangsi (2017) ซึ่งเป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยใช้แนวคิดขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย และการศึกษา Rungsiwaroj, Bhatarasakoon, Phajuy, Chainonthi, & Chamchongkit (2022) เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยใช้กระบวนการพยาบาล พบว่าแนวปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้จริง สำหรับความเป็นไปได้ในการพยาบาลระยะคงที่ มีความเป็นไปได้ ร้อยละ 70 โดยเฉพาะประเด็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่นำเสนอในแนวปฏิบัติ อาจเนื่องจากมีข้อวินิจฉัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดยาเนื่องจากเกิดอันตรกิริยาต่อกันของคูยา (Drug interaction) ยาเมทาโดนและยาต้านไวรัส ซึ่งเป็นการพยาบาลผู้ป่วยเฮอร์ไอน์ที่มีโรคร่วม พบว่าบางคลินิกไม่มีผู้ป่วยในกลุ่มนี้ จึงไม่ได้มีการนำใช้แนวปฏิบัติ ในประเด็นดังกล่าว

2.2 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเฮอร์ไอน์ที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว พบว่า ความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ระดับมาก ($M = 2.90, SD = 0.32$) โดยพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ ในประเด็นความสะดวกในการนำใช้ การป้องกันและลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และมีประโยชน์ต่อคุณภาพการพยาบาล อยู่ในระดับมากกว่าด้านอื่นๆ อภิปรายได้ว่า เนื่องจากเนื้อหาสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ มีขั้นตอนในการนำใช้ชัดเจน มีเนื้อหาที่ครอบคลุมการดูแลทุกมิติ และครอบคลุมประเด็นการป้องกันความเสี่ยง อีกทั้งกิจกรรมการพยาบาลสามารถนำไปใช้ได้จริง ซึ่งพยาบาลวิชาชีพใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเฮอร์ไอน์ที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาวเป็นแนวทางเดียวกันทุกระยะของการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Maliwan, Duangchun, & Ariya (2020) พบว่า แนวปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้นช่วยให้พยาบาลวิชาชีพมีแนวทางการประเมินที่ชัดเจน และช่วยให้สามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ เพื่อให้การดูแลได้ตามลำดับความสำคัญของปัญหา ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้รับบริการ

2.3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเฮโรอีนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาว หลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติฯ มีค่ามัธยฐานสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -2.807, p = .005$) อภิปรายได้ว่า แนวปฏิบัติฯ ได้รับการพัฒนาตามกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ และหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับกระบวนการพยาบาลที่พัฒนาเป็น 3 ระยะ แนวปฏิบัติฯ มีโครงสร้างการดูแลที่ชัดเจน ครอบคลุมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยทุกมิติ มีแผนพบในการให้ข้อมูลการดูแลของผู้ป่วย ซึ่งมีเนื้อหาและภาพประกอบทำให้เข้าใจง่าย สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น อีกทั้งมีการส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Buapin, Julamad, & Pisitpitatana (2018) พบว่าแนวปฏิบัติฯ ที่มีโครงสร้างการดูแลที่ชัดเจน มีการดูแลตามปัญหาของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง ส่งผลให้คะแนนคุณภาพชีวิตหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.50, p < .001$)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จัดให้มีการอบรมแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเฮโรอีนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาวสำหรับพยาบาลวิชาชีพในคลินิกยาเสพติดของโรงพยาบาล
2. พยาบาลควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเฮโรอีนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาวไปใช้ในคลินิกยาเสพติดโรงพยาบาลธัญญารักษ์ และโรงพยาบาลอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. มีการวิจัยประเมินผลลัพธ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเฮโรอีนที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเฮโรอีนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาวอย่างต่อเนื่อง
2. มีการวิจัยผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเฮโรอีนที่บำบัดรักษาด้วยยาเมทาโดนระยะยาวเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) เพื่อประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติฯ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี กรมการแพทย์ ที่สนับสนุนทุนวิจัย

References

- AGREE Next Steps Consortium. (2017). *The AGREE II Instrument*. Retrieved October 10, 2022 from <http://www.agreetrust.org>.
- American Society of Addiction Medicine. (2022). *The ASAM National Practice Guideline for The Treatment of Opioid Use Disorder: 2020 Focused Update*. Retrieved October 12, 2023 from <https://www.asam.org/quality-care/clinical-guidelines/national-practice-guideline>.
- Atharn, P., Somprasert, C. & Banthumporn, N. (2019). The effects of a psychosocial rehabilitation program on the quality of life of addicts patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 33(2), 61-75. (in Thai)
- Buapin, C., Julamad, P. & Pisitpitatana, N. (2018). Effects of a clinical nursing practice guideline for discharge planning on the quality of life of elderly stroke survivors. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 6(1), 51-62. (in Thai)

- College of Physicians and Surgeons of British Columbia. (2014). *Methadone Maintenance Program: Clinical Practice Guidelines*. Columbia: College of Physicians and Surgeons of British Columbia.
- Cooke, A., Smith, D., and Booth, A. (2012). Beyond PICO: the SPIDER tool for qualitative evidence synthesis. *Qualitative Health Research*, 22(10), 1435–1454.
- Dhawan, A., Rao, R., Ambekar, A., Chopra, A., Jain, R. & Yadav, D. et al., (2014). *Methadone Maintenance Treatment in India: A Feasibility and Effectiveness Report*. New Delhi: UNODC (ROSA) and NDDTC (AIIMS).
- Duangjai, D., Nutch, C., Rawiporn, J. & Tananan, P. (2021). Improvement of methadone maintenance treatment guideline for opioid dependency. *Srinakarin Medical Journal*, 36(1), 119-125. (in Thai)
- Ha, M., Sanseree, R. & Tianuan, K. (2015). *Results of Nursing Practice Guidelines for Caring of Patients with Heroin in Drug Treatment and Rehabilitation in 3 Southern Border Provinces*. Pattani: Thanyarak Pattani hospital, Princes Mother National Institute on Drug Abuse Treatment. (in Thai)
- Institute of Medical Research and Technology Assessment. (2017). *Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; AGREE II*. Nonthaburi: Department of Medical Services. (in Thai)
- Laisuwannachart, P., Auemaneekul, N. & Powwattana, A. (2020). Factors predicting hiv preventive behaviors among male youths who have sex with men in Bangkok. *Journal of Health and Nursing Research*, 36(2), 177-189. (in Thai)
- Mahattanirunkul, S., Tantipiwattanasakul, W. & Phumpaisanchai, W. (2002). *WHOQOL – BREF – THAI*. Chiang Mai: Hospital Chiang Mai Orchard Garden. (in Thai)
- Maliwan, A., Duangchun, K. & Ariya, S. (2020). The development and evaluation of a clinical nursing practice guideline for screening of violence and management of children and women patients receiving services in Roi Et Hospital. *Journal of Nursing and Health Care*, 38(4), 142-151. (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2023). *National Drug Addiction Treatment and Rehabilitation information System*. Office of The Secretary of the Drug Addiction Treatment and Rehabilitation Committee. Retrieved October 12, 2023 from <https://antidrugnew.moph.go.th>.
- Morse, J. (1994). *Designing Funded Qualitative Research*. Handbook for Qualitative Research. Thousand Oak, CA: Sage.
- National Health and Medical Research Council. (1999). *A Guide to The Developmental, Implementation and Evaluation of Clinical Practice Guidelines*. Retrieved October 10, 2022 from <https://www.nhmrc.gov.au/sites/default/files/images/a-guide-to-the-development-and-evaluation-of-clinical-practice-guidelines.pdf>.
- National Institute on Drug Abuse. (2018). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition)*. Maryland: National Institute on Drug Abuse.
- Phattharakorn, A., Samranthivawan, W., Boonchaipanichawattana S., Lapinee T., Ngamkhajornwiwat, A. & Ukanan, W. et al., (2013). *Standards for Long-Term Methadone Therapy in Thailand*. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House. (in Thai)

- Rattanakornpreeda, P. & Paileeklee, S. (2017). Quality of life in drug dependent patients: A study in Songkhla province, Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 100(12), 1325-1330. (in Thai)
- Rungsiwaroj, N., Bhatarasakoon, P., Phajuy, A., Chainonthi, A. & Chamchongkit, N. (2022). Development of evidence-based nursing practice guidelines for caring of patients with amphetamine induced psychotic disorders. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 36(2), 180-203. (in Thai)
- Samoh, W., Kongsuwan, W. & Suttarangi, W. (2017). The development of clinical nursing practice guideline in keeping confidentiality of psychiatric patients, Yala Regional Hospital. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(2), 214-230. (in Thai)
- Seaback, W. (2006). *Nursing Process: Concepts: application*, (2nd ed.). Retrieved October 10, 2022 from <http://www.delmarlearning.com>.
- Srisangkom, C. & Akkarasetsaku, A. (2023). Development and evaluation of nursing practice guidelines in the new normal, outpatient department Ban Phue Hospital Udonthani Province. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office*, 7(13), 109-122. (in Thai)
- Tato, R. (2018). *Nursing Research: Concepts to Application*. (3rd ed.). Bangkok: Chulalongkorn University Printing House. (in Thai)
- Ukranan, W. (2017). Methadone maintenance therapy in opioid dependence: review literature. *Department of Medical Services Journal*, 42(2), 116-121. (in Thai)

รูปแบบการพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี A Model for Nursing Skills Development of Professional Nurses in Caring for Patients with Radiation Therapy in Head and Neck Cancer at Lopburi Cancer Hospital

โสพิน แก้ววิลัย¹, กาญจนา ศรีสวัสดิ์^{2*}, ดวงกมล วัตราดุลย์³

Sopin Kaewwilai¹, Kanjana Srisawad^{2*}, Duangkamol Wattradul³

¹นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารทางการพยาบาล) สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช,

²สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, ³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

¹Student of Master of Nursing Science Program (Nursing Administration), School of Nursing,
Sukhothai Thammathirat Open University,

² School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, ³Faculty of Nursing, Rangsit University

(Received: December 14, 2023; Revised: April 7, 2024; Accepted: April 14, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี และเพื่อเปรียบเทียบทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ขั้นตอนที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลหลัก สำหรับการสนทนากลุ่ม คือ ทีมสหสาขาวิชาชีพ และผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี รวม 10 คน และขั้นตอนที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง สำหรับใช้รูปแบบฯ คือ พยาบาลวิชาชีพ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม และแบบประเมินทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง .67 - 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา และสถิติวิลคอกซัน ผลการวิจัย พบว่า

1. รูปแบบการพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี ประกอบด้วย 1) การพัฒนาทักษะการพยาบาลก่อนการฉายรังสี เกี่ยวกับความรู้ด้านโรคมะเร็งศีรษะและคอ การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอ การประเมินสภาพผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยการฉายรังสี และ 2) การพัฒนาทักษะการพยาบาลระหว่างการฉายรังสี เกี่ยวกับทักษะด้านการดูแลการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง การดูแลภาวะน้ำลายแห้ง การดูแลรับรสชาติเปลี่ยนแปลง การดูแลภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ การดูแลภาวะช่องปากแคบ และการดูแลภาวะขาดเลือดและพังผืด

2. พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนทักษะการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีหลังสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ดังนั้น โรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถนำรูปแบบการพัฒนาทักษะการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีและผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่น ๆ

คำสำคัญ: ทักษะการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ พยาบาลวิชาชีพ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: Kanjana.sri@stou.ac.th)

Abstract

The research and development aimed to create a model for the development of nursing skills in caring for head and neck cancer patients undergoing radiation therapy at the Cancer Hospital in Lopburi. The objectives were to compare the nursing skills of professional nurses in caring for head and neck cancer patients before and after implementing the nursing skills development model. The primary informants for group interviews were the interdisciplinary team and head and neck cancer patients who had undergone radiation therapy, totaling 10 individuals. The sample group for the model implementation consisted of 20 professional nurses. Research tools included interview guidelines for group discussions and an assessment form for nursing skills. Content validity index ranged from 0.67 to 1.00. Data analysis utilized descriptive statistics, inferential statistics, and Wilcoxon signed-rank test. The results were as follows.

1. The model for development of nursing skills of professional nurses in caring for patients with Radiation therapy in head and neck cancer included: 1) developing skills in cancer knowledge regarding head and neck cancers, treating patients with head and neck cancer, as well as assessing the condition of patients and caring for those undergoing radiation therapy, and 2) developing nursing skills during radiation therapy caring for skin reaction, caring for xerostomia, caring for taste change, caring for oral mucositis, caring for trismus, as well as caring for ischemic and fibrosis.

2. Comparing the nursing skills of professional nurses in the care of head and neck cancer patients before and after using the developed nursing skill development model showed that the post-intervention nursing skills levels were significantly higher than the pre-intervention levels, with a statistical significance level of $p < .001$.

Therefore, hospitals and related organizations involved in cancer patient care can apply the nursing skills development model in caring for head and neck cancer patients undergoing radiation therapy to enhance the nursing skills of professional nurses involved in the care of patients with various types of cancers.

Keyword: Nursing Skills, Head and Neck Cancer Patients, Professional Nurses

บทนำ

ปัจจุบันโรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลกองค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2020 คาดการณ์ว่ามีจำนวนผู้ป่วยทั่วโลกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งประมาณ 19.3 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคมะเร็งประมาณ 10.0 ล้านคน (Sung, Ferlay, Siegel, Laversanne, Soerjomataram, Jemal, et al., 2021) ประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งติดต่อกัน โดยมีอัตราการเสียชีวิตในปี พ.ศ. 2563 - 2565 จำนวน 84,697 คน 83,795 คน และ 83,334 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (Strategic Planning and Policy Division, Ministry of Public Health, 2022) โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี เป็นโรงพยาบาลมะเร็งส่วนภูมิภาคระดับตติยภูมิ ผู้ป่วยที่มารับการรักษานในปี พ.ศ. 2563 - 2565 จำนวน 4,238 คน 3,992 คน และ 4,643 คน ตามลำดับ เพศชายพบมะเร็งศีรษะและคอสูงเป็นอันดับหนึ่ง จากปี พ.ศ. 2563 - 2565 จำนวน 451 คน 464 คน และ 422 คน ตามลำดับ และในเพศหญิงมะเร็งศีรษะและคอสูงเป็นอันดับ 3 จากปี พ.ศ. 2563 - 2564 จำนวน 254 คน 214 คน และพบเป็นอันดับ 7 ในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 111 คน (Cancer Registry, Lopburi Cancer Hospital, 2022) ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ศีรษะและคอ

มะเร็งศีรษะและคอมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญส่วนใหญ่เกิดจากการสูบบุหรี่และดื่มสุรา พยาธิสภาพของโรคมีผลกระทบต่อระบบทางเดินอาหารและระบบทางเดินหายใจ การรักษามะเร็งศีรษะและคอในปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีทางการแพทย์มาใช้ในการตรวจและการรักษามากขึ้น เพื่อสามารถตรวจหาโรคมะเร็งในระยะเริ่มแรกและสามารถรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งการรักษาสามารถทำได้หลายวิธี (Panyawong, 2015) อาทิกการฉายรังสีเป็นการรักษาหลักในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ทั้งในระยะต้นและระยะลุกลามเฉพาะที่ วิวัฒนาการที่ทันสมัยเพื่อเพิ่มความแม่นยำในการฉายรังสีและลดผลข้างเคียงต่ออวัยวะใกล้เคียง (Ratchawong, 2016) แต่ยังคงพบผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสีที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันหรือเรื้อรัง เช่น ภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ระดับ 3, 4 ภาวะผิวหนังอักเสบ ระดับ 3, 4 น้ำลายแห้ง การรับรสเปลี่ยน เป็นต้น การดูแลตนเองและปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมในระหว่างที่ฉายรังสีอาจทำให้ภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสีรุนแรงเพิ่มขึ้นได้ (Sanyun, 2017) ดังนั้นทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอจึงเป็นทักษะที่สำคัญสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายแสง

ทักษะการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Oncology Nursing skills) เป็นความรู้และทักษะทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งครบวงจร สามารถประยุกต์ใช้ความรู้ หรือบูรณาการแผนการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (Human Resources Management Office Department of Medical Services, 2010) พยาบาลมีบทบาทในการดูแลโรคมะเร็งได้อย่างมีคุณภาพสูง ทุกขั้นตอนของการรักษา เริ่มตั้งแต่การรับผู้ป่วยใหม่ คลินิกส่งต่อ การดูแลระหว่างการรักษา หลังการรักษา และการดูแลติดตามระยะยาว ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีจะได้รับผลกระทบทั้งในระยะสั้นและระยะยาวที่เกิดขึ้นในภายหลังจากการฉายรังสี (Canadian Association of Nurses in Oncology, 2018) ทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี ประกอบด้วย ความรู้ด้านโรคมะเร็งศีรษะและคอ ความรู้ด้านการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอ ความรู้ด้านการประเมินสภาพผู้ป่วย ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี ทักษะด้านการดูแลการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง ทักษะด้านการดูแลภาวะน้ำลายแห้ง ทักษะด้านการดูแลรับรสชาติเปลี่ยนแปลง ทักษะด้านการดูแลภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ทักษะด้านการดูแลภาวะช่องปากแคบ และทักษะด้านการดูแลภาวะขาดเลือดและพังผืด (Sanyun, 2017) ทักษะการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นความรู้และทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Muldee & Srijakkot (2023) พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้การจัดการในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตที่ได้รับยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Wunnasaweg, Pumthong, & Trumikaborworn (2019) พบว่า พยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านโรคมะเร็งมีทักษะและพัฒนาทางการพยาบาลอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมะเร็งภายใต้สังกัดกรมการแพทย์มีบทบาทในการให้บริการเฉพาะทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความซับซ้อนอย่างมีคุณภาพ เพื่อขับเคลื่อนนโยบายการแก้ปัญหาโรคมะเร็งได้อย่างเหมาะสม (Wunnasaweg, Pumthong, & Trumikaborworn, 2019) พยาบาลต้องมีทักษะทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาทักษะการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งภายใต้แนวคิดคุณค่าของการพยาบาลศูนย์ตติยภูมิเฉพาะทางโรคมะเร็ง คือ การพยาบาลแบบองค์รวม เข้าถึงปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อนของผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อให้ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวกับการดำเนินของโรคได้ในทุกระยะของการเจ็บป่วย (Human Resources Management Office Department of Medical Services, 2010) ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Songwatthanayuth, 2021) ดังนั้นการพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีเชิงระบบของโดนาเบเดียน (Donabedian, 2003) มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายแสง ที่สอดคล้องกับ การศึกษาของ Wannaporsiri, Naewbood, Buranachokphaisan, Punyakornyakoor, & Sapmak (2016) พบว่าหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะ

ของพยาบาลในเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านความรู้และทักษะสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับข้อมูลจากการสนทนากลุ่มกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาทักษะการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลการพยาบาลที่มีคุณภาพ และสอดคล้องตามยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลในการยกระดับบริการทางการแพทย์ให้เป็นเลิศ สมคุณค่าเชี่ยวชาญชั้นสูง และการพัฒนาองค์กร บุคลากร ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาทักษะการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายแสง

โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี มีภารกิจหลักในการดูแลรักษาเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง ได้แก่ การรักษาเฉพาะทางเคมีบำบัด รังสีรักษา ผ่าตัด การรักษารังสีร่วมรักษา และการรักษาแบบประคับประคอง มีผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่สูงเป็นอันดับหนึ่ง ประกอบกับภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี มีพยาบาลวิชาชีพ 157 คน พยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งหลักสูตร 2 - 4 เดือน คิดเป็นร้อยละ 30.27 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลระดับผู้ปฏิบัติผ่านการอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งหลักสูตร 2 - 4 เดือนเพียงร้อยละ 13.15 พยาบาลวิชาชีพอีกจำนวนหนึ่งที่ยังไม่ได้รับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง ซึ่งการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอกระทำโดยพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทางหรือเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Thienthong, 2011) ประกอบกับความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งที่มีความก้าวหน้ามากขึ้น พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Changlek (2021) พบว่าหลังการพัฒนาทักษะการพยาบาล พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความรู้และทักษะในการประเมินผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ประกอบกับโรงพยาบาลมะเร็งยังไม่มีรูปแบบการพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ดังนั้นผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องหารูปแบบการพัฒนาทักษะทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายแสง เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีทักษะการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลและตอบสนองนโยบายขององค์กร

จากที่กล่าวมาผู้วิจัยมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายแสง เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีทักษะการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี ทั้งนี้ได้ประยุกต์ทักษะการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งของ Human Resources Management Office Department of Medical Services (2010) เพื่อพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพให้อยู่ในระดับตามที่คาดหวังที่สอดคล้องตามสมรรถนะเฉพาะตามลักษณะงานที่ปฏิบัติของกรมการแพทย์ และได้นำแนวคิดทฤษฎีเชิงระบบของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ที่ประกอบด้วย 1) โครงสร้าง 2) กระบวนการ และ 3) ผลลัพธ์ มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายแสง เพื่อพัฒนาทักษะการพยาบาลพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี และเพื่อคุณภาพทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี

วัตถุประสงค์วิจัย

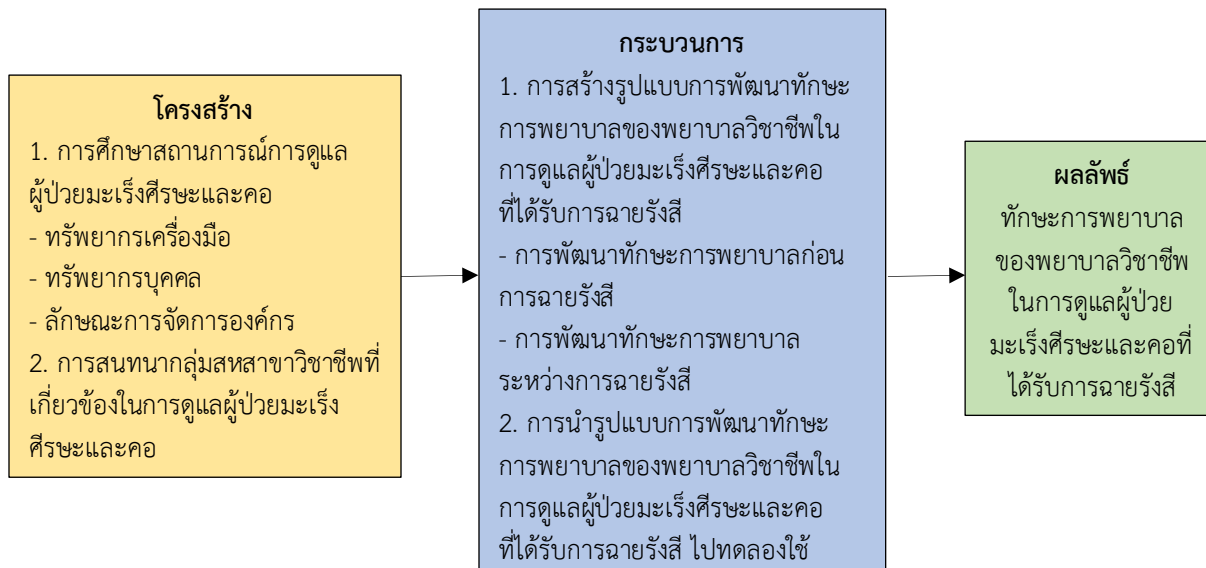
1. เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

สมมติฐานวิจัย

หลังการใช้รูปแบบ พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนทักษะการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีเพิ่มขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การสร้างรูปแบบการพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ประยุกต์จากทักษะการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อพัฒนาทักษะพยาบาลวิชาชีพ ให้อยู่ในระดับตามที่คาดหวังที่สอดคล้องตามสมรรถนะเฉพาะตามลักษณะงานที่ปฏิบัติของกรมการแพทย์ และได้นำทฤษฎีเชิงระบบของโดนาเบเดียน (Donabedian, 2003) ที่ประกอบด้วย โครงสร้างด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์ มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี ดังภาพที่ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการ 2 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 สร้างรูปแบบการพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

ประชากรและผู้ให้ข้อมูล

ประชากร คือ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคมะเร็ง แพทย์รังสีรักษา ผู้บริหารทางการแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอรายเก่าที่ได้รับการฉายรังสี

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคมะเร็ง จำนวน 2 คน แพทย์รังสีรักษา จำนวน 1 คน ผู้บริหารทางการแพทย์ จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน และผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี จำนวน 3 คน เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคมะเร็ง โดยมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม และมีประสบการณ์ด้านการรักษาผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอไม่ต่ำกว่า 3 ปี 2) แพทย์รังสีรักษา มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมและมีประสบการณ์ด้านการรักษาด้วยการฉายรังสีในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ไม่ต่ำกว่า 3 ปี 3) ผู้บริหารทางการแพทย์ มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้น 1 และมีประสบการณ์การบริหารทางการแพทย์ไม่น้อยกว่า 5 ปี 4) พยาบาลวิชาชีพมีใบอนุญาตผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีไม่ต่ำกว่า 5 ปี กำหนดเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ ลาศึกษาต่อย้าย หรือลาออกขณะเก็บข้อมูล และมีปัญหาทางสุขภาพที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ สำหรับผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก คือเป็นผู้ป่วย

มะเร็งศีรษะและคอรายเก่าที่เคยได้รับการฉายรังสีมาแล้ว 33 – 35 ครั้ง ไม่ได้ใส่ท่อเจาะคอ (Tracheostomy Tube) และ พูด อ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ สำหรับเกณฑ์การคัดออกคือมีปัญหาทางสุขภาพที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ประเด็นแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม 1) ประเด็นแนวคำถามสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 5 ข้อ เกี่ยวกับการพยาบาลดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพและการพัฒนาทักษะการพยาบาล ประกอบด้วยแนวคำถาม 1) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีของพยาบาลวิชาชีพเป็นอย่างไร 2) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในแตกต่างกันอย่างไร 3) ท่านพึงพอใจการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในหรือไม่ อย่างไร 4) ท่านคาดหวังว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีของพยาบาลวิชาชีพในอนาคตจะเปลี่ยนแปลง หรือแตกต่างจากปัจจุบันหรือไม่ 5) ท่านคิดว่ารูปแบบการพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ควรเป็นอย่างไร และ 2) ประเด็นแนวคำถามสำหรับผู้ป่วย จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยแนวคำถาม 1) ระหว่างที่ท่านฉายรังสีพยาบาลดูแลท่านอย่างไร 2) ระหว่างที่ท่านฉายรังสี พยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีการดูแลท่านแตกต่างกันอย่างไร 3) ท่านพึงพอใจการดูแลของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในหรือไม่ อย่างไร 4) ท่านอยากได้รับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีของพยาบาลอย่างไร หรือแตกต่างจากปัจจุบันหรือไม่ 5) ท่านคิดว่าความสามารถหรือทักษะการพยาบาลของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี ควรเป็นอย่างไร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำประเด็นแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ตรวจสอบความตรงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ที่ประกอบด้วย 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคมะเร็ง 1 คน 2) แพทย์รังสี 1 คน และ 3) พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการจัดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี 1 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง อยู่ระหว่าง .67 - 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 โครงสร้าง (Structure) ผู้วิจัยได้ศึกษาโครงสร้างการจัดบริการเกี่ยวกับนโยบายและศักยภาพการให้บริการ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็งที่ต้องมีความรู้และทักษะทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อน โดยกระบวนการติดตามดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอทุกขั้นตอนของการรักษา เริ่มตั้งแต่เป็นผู้ป่วยใหม่ คลินิกส่งต่อการดูแลระหว่างการรักษา หลังจากรักษา และการดูแลติดตามระยะยาว ซึ่งในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฉายรังสี ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับผลกระทบทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ที่เกิดขึ้นในภายหลังจากการฉายรังสี สอดคล้องกับข้อมูลจากการสนทนากลุ่มกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาทักษะการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลการพยาบาลที่มีคุณภาพ และสอดคล้องตามยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล คือ การยกระดับบริการทางการแพทย์ให้เป็นเลิศ สมคุณค่าเชี่ยวชาญชั้นสูง และการพัฒนาองค์กร บุคลากร

ระยะที่ 2 กระบวนการ (Process) ผู้วิจัยสนทนากลุ่มกับสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มกับสหสาขาวิชาชีพ จากการทบทวนวรรณกรรม และจากการศึกษาสถานการณ์ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี นำมาใช้ในการสร้างรูปแบบการพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

ระยะที่ 3 ผลลัพธ์ (Output) ผลของการนำรูปแบบการพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ที่พัฒนาขึ้นไปใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

กลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คน เกณฑ์การคัดเลือก 1) มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้น 1 2) มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี 1 ปี ขึ้นไป และ 3) พูด อ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออก 1) ลาศึกษาต่อ ย้าย หรือลาออก และมีปัญหาทางสุขภาพที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการทำงานในหน่วยงานปัจจุบัน และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี จำนวน 5 ข้อ
2. แบบประเมินทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทักษะการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งของกรมการแพทย์ (Human Resources Management Office Department of Medical Services, 2010) จำนวน 65 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประเมินค่า (Rating Scales) 5 ระดับ จากระดับมากที่สุดให้ 5 คะแนน ถึงน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน คือ 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคมะเร็ง 1 คน 2) แพทย์รังสี 1 คน และ 3) พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการจัดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี 1 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง อยู่ระหว่าง .67 - 1.00 และได้หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้เท่ากับ .84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยทำบันทึกขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลผ่านสาขาวิชาพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และเมื่อได้รับอนุญาต จึงนำไปขอความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี เพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูล และโดยประเมินทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ (Pretest)

ขั้นทดลอง

ผู้วิจัยการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการทำวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้เวลา 10 สัปดาห์ ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2566 ถึง เมษายน 2566 ในการนำรูปแบบการพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน สรุปสาระสำคัญ และการติดตามการประเมินผู้ป่วย 10 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย 1) ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินก่อนการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีของพยาบาลวิชาชีพ (Pretest) 2) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเกี่ยวกับทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี ประกอบด้วย 10 ด้าน ได้แก่ ความรู้ด้านโรคมะเร็งศีรษะและคอ การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอ การประเมินสภาพผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยการฉายรังสี ทักษะด้านการดูแลการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง การดูแลภาวะน้ำลายแห้ง การดูแลระบบสชาติเปลี่ยนแปลง การดูแลภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ การดูแลภาวะช่องปากแคบ การดูแลภาวะขาดเลือด และพังผืด และ 2) ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันสรุปสาระสำคัญที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 2 การพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและ คอ ก่อนการฉายรังสี ประกอบด้วย 1) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เกี่ยวกับความรู้ด้านโรคมะเร็งศีรษะและคอ การรักษา

ผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอ การประเมินสภาพผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี 2) ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันสรุปสาระสำคัญที่ได้ และ 3) ติดตามการประเมินผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 3 การพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างฉายรังสี เมื่อปริมาณรังสีสะสม 5 ครั้ง ประกอบด้วย 1) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เกี่ยวกับทักษะด้านการดูแลการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง การดูแลภาวะน้ำลายแห้ง การดูแลรับรสชาติเปลี่ยนแปลง การดูแลภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ 2) ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันสรุปสาระสำคัญที่ได้ และ 3) ติดตามการประเมินผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 4,5 การพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างฉายรังสี เมื่อปริมาณรังสีสะสม 10, 15 ครั้ง ประกอบด้วย 1) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เกี่ยวกับทักษะด้านการดูแลการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง (Skin Reaction Grade1 และ Grade 2) การดูแลภาวะน้ำลายแห้ง การดูแลรับรสชาติเปลี่ยนแปลง การดูแลภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (Oral Mucositis Grade 1 และ Grade 2) 2) ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันสรุปสาระสำคัญที่ได้ และ 3) ติดตามการประเมินผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 6, 7 การพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างฉายรังสี เมื่อปริมาณรังสีสะสม 20, 25 ครั้ง ประกอบด้วย 1) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เกี่ยวกับทักษะด้านการดูแลการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง (gr.1, gr.2 และ gr.3) การดูแลภาวะน้ำลายแห้ง การดูแลรับรสชาติเปลี่ยนแปลง การดูแลภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (gr.1, gr.2 และ gr.3) 2) ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันสรุปสาระสำคัญที่ได้ และ 3) ติดตามการประเมินผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 8,9 การพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างฉายรังสี เมื่อปริมาณรังสีสะสม 30, 35 ครั้ง ประกอบด้วย 1) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เกี่ยวกับทักษะด้านการดูแลการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง (gr.1, gr.2, gr.3 และ gr.4) การดูแลภาวะน้ำลายแห้ง การดูแลรับรสชาติเปลี่ยนแปลง การดูแลภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (gr.1, gr.2, gr.3 และ gr.4) การดูแลภาวะช่องปากแคบ การดูแลภาวะขาดเลือดและพังผืด 2) ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันสรุปสาระสำคัญที่ได้ และ 3) ติดตามการประเมินผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 10 การสรุปผลการเข้าร่วมการพัฒนาทักษะการพยาบาล ประกอบด้วย 1) โดยผู้วิจัยซักถาม และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากการเข้าร่วมการพัฒนาทักษะการพยาบาล 2) ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันสรุปสาระสำคัญที่ได้จากการพัฒนาทักษะการพยาบาลในครั้งนี้ และ 3) ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินหลังการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีของพยาบาลวิชาชีพ (Posttest) ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

ขั้นหลังการทดลอง

เปรียบเทียบทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี ก่อนและหลังเข้าร่วมการใช้รูปแบบ โดยใช้แบบประเมินทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับ (Posttest)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา คือ จำนวน และร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การเปรียบเทียบทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ วิเคราะห์โดยใช้สถิติวิลคอกซัน (Wilcoxon Signed Rank Test)

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยนำโครงการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์หมายเลข LEC 6527 วันที่ 30 พฤศจิกายน 2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.00 อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 31 - 35 ปี ร้อยละ 45 มีการศึกษา ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 6 - 10 ปี ร้อยละ 45.00 และมีประสบการณ์อบรมการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง ส่วนใหญ่อบรมหลักสูตร 5 วัน ร้อยละ 50.00 อบรมหลักสูตร 4 เดือน ร้อยละ 15.00 และหลักสูตร 3 วัน ร้อยละ 10.00

2. การสร้างรูปแบบการพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

รูปแบบการพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี	
การพัฒนาทักษะการพยาบาลผู้ป่วย 10 สัปดาห์	
สัปดาห์ที่ 1	การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เกี่ยวกับทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี
สัปดาห์ที่ 2	การพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอก่อนการฉายรังสี
สัปดาห์ที่ 3	การพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างฉายรังสี เมื่อปริมาณรังสีสะสม 5 ครั้ง
สัปดาห์ที่ 4, 5	การพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างฉายรังสี เมื่อปริมาณรังสีสะสม 10,15 ครั้ง
สัปดาห์ที่ 6, 7	การพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างฉายรังสี เมื่อปริมาณรังสีสะสม 20,25 ครั้ง
สัปดาห์ที่ 8, 9	การพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างฉายรังสี เมื่อปริมาณรังสีสะสม 30,35 ครั้ง
สัปดาห์ที่ 10	การสรุปผลการเข้าร่วมการพัฒนาทักษะการพยาบาล

ภาพ 2 กระบวนการพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี

3. เปรียบเทียบทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n = 20)

รูปแบบการพัฒนาทักษะ	M	SD	IQR	Z	p-value (1-tailed)
ก่อนใช้รูปแบบฯ	2.83	0.76	0.26	-3.92	<.001
หลังใช้รูปแบบ	4.10	0.61	0.15		

จากตาราง 1 ผลการใช้รูปแบบการพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี พบว่า เมื่อการเปรียบเทียบคะแนนทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีหลังสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($z = -3.92, p < .001$)

อภิปรายผล

1. การสร้างรูปแบบการพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความรู้ และประสบการณ์ทางการดูแลรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี และผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอรายเก่าที่ได้รับการฉายรังสี ข้อมูลจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย โดยจะเน้นไปที่ทักษะการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี ประยุกต์จากทักษะการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง และบทบาทของพยาบาลในการดูแลโรคมะเร็งให้มีคุณภาพสูง ทุกขั้นตอนของการรักษา เริ่มตั้งแต่เป็นผู้ป่วยใหม่ คลินิกส่งต่อ การดูแลระหว่างการรักษา หลังจากรักษา และการดูแลติดตามระยะยาว ซึ่งในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฉายรังสี ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับผลกระทบทั้งในระยะสั้นและระยะยาวที่เกิดขึ้นในภายหลังจากการฉายรังสี มาเป็นข้อมูลในการสร้างรูปแบบฯ และได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีเชิงระบบของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) มาใช้ในการดำเนินการวิจัย ผลการศึกษา พบว่ารูปแบบรูปแบบการพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี ที่ประกอบด้วย 1) โครงสร้าง คุณลักษณะต่าง ๆ เกี่ยวกับนโยบายและศักยภาพการให้บริการด้วยการฉายรังสี และเป็นสถานะที่เกี่ยวข้องกับการบริการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี 2) กระบวนการ การสนทนากลุ่มกับสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี เพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ และ 3) ผลลัพธ์ ทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Tongtem, Prakobkit, Tanadkar, & Sasat (2022) ศึกษาการปฏิบัติที่เป็นเลิศในการบริการผู้ป่วยโรคมะเร็ง การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต เพื่อรวบรวมและวิเคราะห์รูปแบบ/วิธีการให้บริการโรคมะเร็งทั้งระยะก่อน ระหว่าง และหลังการรักษาของหน่วยงานที่ให้การปฏิบัติเป็นเลิศ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาตาม Donabedian model

รูปแบบการพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 1) การพัฒนาความรู้และทักษะการพยาบาลก่อนการฉายรังสี เกี่ยวกับโรคมะเร็งศีรษะและคอ การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอ การประเมินสภาพผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยการฉายรังสี และ 2) การพัฒนาทักษะการพยาบาลระหว่างการฉายรังสี เกี่ยวกับการดูแล การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง การดูแลภาวะน้ำลายแห้ง การดูแลรับรสชาติเปลี่ยนแปลง การดูแลภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ การดูแลภาวะช่องปากแคบ และการดูแลภาวะขาดเลือดและพังผืด สอดคล้องกับสมรรถนะของพยาบาลผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ต้องมีความรู้ และทักษะทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งครบวงจร สามารถประยุกต์ใช้ความรู้ หรือบูรณาการแผนการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (Human Resources Management Office Department of Medical Services, 2010) และสอดคล้องกับบทบาทของพยาบาลในการดูแลโรคมะเร็งให้มีคุณภาพสูง ทุกขั้นตอนของการรักษา เริ่มตั้งแต่เป็นผู้ป่วยใหม่ คลินิกส่งต่อ การดูแลระหว่างการรักษา หลังจากรักษา และการดูแลติดตามระยะยาว ซึ่งในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฉายรังสี ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับผลกระทบทั้งในระยะสั้นและระยะยาวที่เกิดขึ้นในภายหลังจากการฉายรังสี (Canadian Association of Nurses in Oncology, 2018)

2. ผลการเปรียบเทียบทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีทักษะการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีหลังสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 หลังการใช้รูปแบบฯ ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะมากที่สุดคือ ทักษะด้านการดูแลภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ รองลงมา คือ ทักษะด้านการดูแลการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Changlek (2021) พบว่าหลังการพัฒนาความรู้และทักษะพยาบาลวิชาชีพในการประเมินผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดพยาบาลวิชาชีพมีความรู้

และทักษะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Wannaporsiri, Naewbood, Buranachokphaisan, Punyakornyakoor, & Sapmak (2016) พบว่าสมรรถนะทั่วไปของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและสมรรถนะเฉพาะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะของพยาบาลในเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Muldee & Srijakkot (2023) พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี ประกอบด้วย ความรู้ด้านโรคมะเร็งศีรษะและคอ ความรู้ด้านการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอ ความรู้ด้านการประเมินสภาพผู้ป่วย ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี ทักษะด้านการดูแลการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง ทักษะด้านการดูแลภาวะน้ำลายแห้ง ทักษะด้านการดูแลรับรสชาติเปลี่ยนแปลง ทักษะด้านการดูแลภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ทักษะด้านการดูแลภาวะช่องปากแคบ และทักษะด้านการดูแลภาวะขาดเลือดและพังผืด ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพควรได้รับการพัฒนาทักษะการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติกรพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้แนวคิดคุณค่าของการพยาบาล ศูนย์ตติยภูมิเฉพาะทางโรคมะเร็ง ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี และครอบครัวปรับตัวก้าวผ่านภาวะ/สถานการณ์ต่าง ๆ ได้ในทุกระยะของการเจ็บป่วยตามแนวทางการพยาบาลแบบองค์รวม

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. องค์กรพยาบาลสามารถนำรูปแบบการพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีของพยาบาลวิชาชีพ ไปขยายผลและต่อยอด เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีทักษะการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสี
2. นำนโยบาย และพันธกิจขององค์กรพยาบาล เพื่อให้เกิดการพัฒนาทักษะการพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการประเมินผลเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะการพยาบาล เป็นระยะ ๆ
3. รูปแบบการพัฒนาทักษะการพยาบาล ที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็งอื่นได้ โดยจัดเป็นหลักการอบรมระยะสั้นก่อนปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลวิชาชีพบรรจุใหม่ แต่ต้องคำนึงถึงความสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลนั้น ๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อติดตามและประเมินความคงทนของการพัฒนาทักษะการพยาบาลที่ผ่านการเข้าร่วมการพัฒนาทักษะการพยาบาลตามรูปแบบนี้
2. ควรศึกษาการประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบการพัฒนาทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ต่อผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ/ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายรังสีของพยาบาลวิชาชีพ

References

- Cancer Registry, Lopburi Cancer Hospital. (2022). *Cancer statistics at Lopburi Cancer hospital*.
Lopburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Canadian Association of Nurses in Oncology. (2018). *Radiation Oncology Nursing Practice Standards and Competencies*. Retrieved October 10, 2022 from
[https://cdn.ymaws.com/www.canoacio.ca/resource/resmgr/standards/ronp_s&c_web\(2\).pdf](https://cdn.ymaws.com/www.canoacio.ca/resource/resmgr/standards/ronp_s&c_web(2).pdf).

- Changlek, S. (2021). Effects of knowledge and skills development of professional nurses in assessing patient with sepsis inpatient department Phon Phisai hospital Nong Khai province. *Nursing, Health, and Education Journal*, 4(2), 4-15. (in Thai)
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford: Oxford University Press.
- Human Resources Management Office Department of Medical Services. (2010). *Competency Handbook for the Department Of Medical Services*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Muldee, s. & Srijakkot, J. (2023). Development of a program to enhance competency for caring hematological cancer patients receiving chemotherapy of professional nurses who have worked for less than 5 years and never received training in nursing for patients receiving cancer chemotherapy, Khon Kaen Hospital, Khon Kaen Province. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*, 26(2), 78-90. (in Thai)
- Panyawong, M. (2015). *Effects of Supportive-educative Nursing System On Dermatitis Of Patients with Head and Neck Receiving Radiation*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing), Huachiew Chalermprakiet University. (in Thai)
- Ratchawong, W. (2016). *Nursing Care Manual for Oral Care in Head and Neck Cancer Patients Receiving Radiation Therapy*. Nursing Department, Siriraj Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University. (in Thai)
- Sanyun, A. (2017). *Supplementary Training Document for Oncology Nursing Head and Neck Cancer*. Radiology Nursing Department, Siriraj Hospital. (in Thai)
- Songwatthanayuth, P. (2021). Nurse's coaching role: how to promote breast cancer preventive behaviors in women. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 8(2), 303-314. (in Thai)
- Strategic Planning and Policy Division, Ministry of Public Health. (2022). *Summary of Key Statistics Fiscal 2022*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., et al. (2021). Global cancer statistics 2020: globocan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 71(3), 209–249. doi.org/10.3322/caac.21660
- Thienthong, H. (2011). *Development of an Oncology Nursing Competency Scale for General Professional Nurses in Thailand*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Doctor of Philosophy (Nursing), Chiang Mai University. (in Thai)
- Tongtem, E., Prakobkit, k., Tanadkar, N., & Sasat, S. (2022). The best practice of services for cancer patients: A scoping review. *Journal of Military Medicine*, 23(3), 323-332. (in Thai)
- Wannapornsiri, C., Naewbood, S., Buranachokphaisan, M., Punyakornchayakoor, N. & Sapmak, S. (2016). Model for improving nurses' competencies of breast cancer patients care network Phitsanulok province. *Nursing and Health*, 10(1), 126-140. (in Thai)

Wunnasaweg, A., Pumthong, G., & Trumikaborworn, S. (2019). Oncology nurses competency building strategies at cancer hospital under the department of medical services. *Nursing and Health Care*, 37(2), 45-54. (in Thai)

ผลของการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงร่วมกับการเรียนรู้ผ่านแผนที่โน้ตส์
และการสะท้อนคิด ต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล
มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

The Effects of Using Simulation-Based Learning Combined with Concept
Mapping and Reflective Thinking on Critical Thinking Skills of Nursing Students,
Princess of Naradhiwas University

นิสริน เจ๊ะมามะ¹, นริสา จันทบุรี^{1*}, มุสลิมห์ โต๊ะแปเราะ¹, นันทา กาเลียง¹, นัจญวา นิยมเดชา¹
Nisreen Chemama¹, Narisa Chantaburee^{1*}, Muslin Tohpaero¹, Nanta Kaleang¹,
Najwa Niyomdecha¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
¹Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University

(Received: January 2, 2024; Revised: April 18, 2024; Accepted: April 18, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง เพื่อศึกษา 1) ระดับความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ 2) ผลของการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงร่วมกับการเรียนรู้ผ่านแผนที่โน้ตส์และการสะท้อนคิดต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และ 3) การรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงร่วมกับการเรียนรู้ผ่านแผนที่โน้ตส์และการสะท้อนคิดต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 80 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการสนทนากลุ่ม ได้ค่าดัชนีความตรงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และความเชื่อมั่นจากสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาสถิติ Paired t-test และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. นักศึกษาพยาบาลมีระดับคะแนนความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณเฉลี่ยก่อนเรียนอยู่ในระดับดี ($M = 108.81, SD = 10.48$) ส่วนหลังเรียนมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีมาก ($M = 147.81, SD = 13.90$)

2. นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

3. การรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงร่วมกับการเรียนรู้ผ่านแผนที่โน้ตส์และการสะท้อนคิดต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ มี 4 ประเด็นหลัก คือ 1) มีความมั่นใจมากขึ้นเวลาขึ้นฝึกปฏิบัติงาน 2) มีการเตรียมตัวก่อนเข้าเรียนมากขึ้น 3) เรียนรู้การทำงานเป็นทีม และ 4) ยากที่จะเข้าถึงจิตใจที่แท้จริงของผู้ป่วย

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปส่งเสริมการเตรียมความพร้อมนักศึกษาพยาบาลก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ร่วมกับแผนที่โน้ตส์ และการสะท้อนคิด เพื่อเพิ่มความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของผู้เรียน

คำสำคัญ: สถานการณ์เสมือนจริง แผนที่โน้ตส์ การสะท้อนคิด การคิดอย่างมีวิจารณญาณ
นักศึกษาพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: narisa.s@pnu.ac.th)

Abstract

This one-group pretest-posttest quasi-experimental research aimed to: 1) study the levels of critical thinking skills among nursing students, 2) measure the effects of a using simulation-based learning program, combined with concept mapping and reflective thinking, on the level of critical thinking skills among students, and 3) evaluate nursing students' perceptions on the new learning program. Participants were 80 fourth-year nursing students who were registered in Practicum of Maternal and Newborn Nursing and Midwifery II class. Data collection tools were a demographic data form, the critical thinking assessment form, and focus groups. Cronbach's alpha coefficient was at the .81 level, while content validity index was equal to 1.00. Data were analyzed by using descriptive statistics, paired t-test, and content analysis. The research results were as follows.

1. Nursing students had pretest and posttest of overall mean score on the critical thinking skills at a good or excellent level ($M = 108.81$, $SD = 10.48$; $M = 147.81$, $SD = 13.90$, respectively).

2. After using the simulation-based learning program, nursing students had a better overall mean score for critical thinking skills than before, at $p < .001$.

3. Nursing students' perceptions on using the new program were: 1) increasing nursing students' confidence when performing nursing care at the hospital 2) taking more preparation time prior to attending class, 3) learning how to work as a team, and 4) having difficulties to understand the patients' mind.

Therefore, this simulation-based learning program that combined with concept mapping and reflective thinking can be used to promote the preparation of nursing students before their practicum at the hospital.

Keywords: Simulation-Based Learning, Concept Mapping, Reflective Thinking, Critical Thinking Skills, Nursing Students

บทนำ

การจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลปัจจุบันมีเป้าหมายเพื่อผลิตบัณฑิตพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน พัฒนาศักยภาพให้มีศักยภาพด้านการพยาบาลในระดับสากล และคำนึงถึงความสำคัญของมาตรฐานการรักษายาบาลด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะสถานการณ์ปัจจุบันปัญหาสุขภาพและระบบบริการด้านสาธารณสุขมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น มีโรคอุบัติใหม่เกิดขึ้น จำนวนมาก รวมทั้งมีการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ตลอดเวลา (Rakpanusit & Ruangrit, 2021) พยาบาลจึงจำเป็นต้องอาศัยการคิดวิเคราะห์แก้ปัญหา ตัดสินใจ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่ถูกต้อง ส่งผลต่อการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (Chidmongkol, Tongphet, & Khonyang, 2016; Phaktoop & Khuinak, 2018) ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนในการเตรียมผู้เรียนให้มีทักษะทางด้านการพยาบาลในศตวรรษที่ 21 สนับสนุนให้ผู้เรียนเกิดทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ซึ่งเป็นสมรรถนะที่สำคัญสำหรับพยาบาลเพื่อช่วยให้มีการตั้งคำถามเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย มีการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ คิดวิเคราะห์และสามารถวินิจฉัยปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย พร้อมทั้งตัดสินใจแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม อีกทั้งยังช่วยให้พยาบาลวิชาชีพ สามารถทำงานร่วมกับสหวิชาชีพได้อย่างดียิ่งขึ้นอีกด้วย (Amanda, Debra, & Mary, 2016) และเป็นสิ่งท้าทายสำหรับอาจารย์ผู้สอนที่ต้องพัฒนาความสามารถและส่งเสริมสมรรถนะการคิดอย่างมีวิจารณญาณให้นักศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า นักศึกษาพยาบาลในประเทศไทยมีทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณในระดับต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด (Kuesakul, Nuampa, Pungbangkadee, Ramjan, & Ratinthorn, 2024)

เนื่องจากการจัดการเรียนการสอนยังคงใช้รูปแบบท่องจำมากกว่าการใช้กระบวนการคิดวิเคราะห์ จึงส่งผลให้ผู้เรียนขาดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในแนวคิดและหลักการของเนื้อหา ขาดการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของเนื้อหา การสรุปหลักการ การให้เหตุผล สำคัญสำคัญของเนื้อหา ขาดความใฝ่รู้ คิดไม่เป็น ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และการเรียนรู้ต่อเนื่องตลอดชีวิต ซึ่งเป็นพื้นฐานที่จะนำไปสู่การใช้กระบวนการคิดอย่าง มีวิจารณญาณและการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม (Sirisupluxana, 2013; Chuenklin & Laowreandee, 2012) ซึ่งสอดคล้องจากการทบทวนวรรณกรรม พบวารายงานวิจัยการติดตามบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาของสถาบันการศึกษาพยาบาลหลายสถาบัน ผู้ใช้บัณฑิตให้ความเห็นว่า ความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับค่าเฉลี่ยต่ำกว่าเกณฑ์การประเมินการประกันคุณภาพการศึกษา (Jamrit & Kansukcharoen, 2006; Srisawad & Chaleoykitt, 2017) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมรูปแบบการสอนที่มุ่งเน้นให้นักศึกษาพยาบาลสามารถพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและทำให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Active Learning) มีหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การสอนแบบการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-Directed Learning) การเรียนรู้ตามสภาพจริง (Authentic Learning) การสอนที่ใช้การวิจัยเป็นฐาน (Research-Based Learning) การสอนโดยการระดมสมอง (Brain Storming) การสอนโดยใช้แผนทึ่มโนทัศน์ (Concept Mapping) การสอนโดยการโค้ช (Coaching) การเรียนรู้โดยการสะท้อนคิด (Reflective Thinking) (Sirisupluxana, 2013; Wichainate, 2014; Kusoom, & Tongvichean, 2017) และการใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน (Case-Based Learning) (Sirisupluxana, 2013, Amanda, Debra, & Mary, 2016; Kusoom, & Tongvichean, 2017) เป็นต้น แต่ผลการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่การจัดการเรียนการสอนรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งเพียงอย่างเดียว ซึ่งไม่เพียงพอต่อการสร้างเสริมความสามารถการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลได้ (Kosawanon, Rungamornrat, & Panbangpra, 2015; Khorphon, Pankeaw, Sarobol, Choopun, Chomchan, & Boonlue (2019) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pormpayak, Sattayawong, Rattana, Hamtanon, & Rungkavat (2019) ได้ศึกษาถึงผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ร่วมกับการส่งเสริมทักษะการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล พบว่า การสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ส่งผลต่อพฤติกรรมการสะท้อนคิดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม นักศึกษาพยาบาลสามารถสะท้อนถึงจุดบกพร่องและจุดเด่นของตนเอง การใช้เหตุผลทางคลินิกและความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม มีผู้เรียนบางกลุ่มบอกว่าสถานการณ์จำลองที่สร้างขึ้นมีความเสมือนจริงมาก ทำให้ต้องพัฒนาความรู้และต้องมีความละเอียดรอบคอบมากขึ้น เนื่องจากกลัวความผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยจริง การฝึกเข้าสถานการณ์จำลองจะช่วยลดความกลัวที่จะทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเมื่อต้องปฏิบัติจริง ช่วยเพิ่มความมั่นใจ ทำให้รู้ถึงปัญหาข้อบกพร่องของตน และนำไปสู่การพัฒนาตนเองให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจริง (Thanaroj, 2017)

การจัดการเรียนรู้ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล มารดาทารก และการผดุงครรภ์ 2 มุ่งเน้นให้นักศึกษาสามารถปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมแก่มารดาและทารกที่มีภาวะเสี่ยงและมีปัญหาสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด โดยนักศึกษาต้องประเมินสภาพ ระบุปัญหา และให้การพยาบาลที่ทันต่อเวลา นำไปสู่การแก้ปัญหาหรือการพยาบาลในคลินิกเพื่อความปลอดภัยสำหรับมารดาและทารกในครรภ์ ในการการประเมินปัญหาหรือความผิดปกติได้อย่างถูกต้อง เพื่อตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติการช่วยเหลือมารดาหรือผู้คลอดได้อย่างรวดเร็ว ทำให้มารดาและทารกปลอดภัยและไม่เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต แต่จากการเรียนการสอนที่ผ่านมาพบปัญหา บางสถานการณ์ไม่สามารถพบได้บ่อยในสถานการณ์จริง ร่วมกับการระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้นักศึกษาไม่สามารถขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยได้ ทำให้นักศึกษาขาดประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลบางทักษะที่จำเป็น และยังขาดทักษะการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย การถ่ายโยงความรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ รวมถึงขาดทักษะการตัดสินใจทางการพยาบาล เพื่อนำมากำหนดการวางแผนการพยาบาล ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะทางการพยาบาล นักศึกษาพยาบาลบางรายปฏิบัติทักษะทางการพยาบาลไม่ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Fusiyah, Suangsuda, Boonying, Muslin, Tidarat, Nisreen, et al. (2022) พบว่า จากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ต่อความคิดเห็นเกี่ยวกับผลผลิตของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ ต้องการนักศึกษาที่มีไหวพริบ มีความเป็นผู้นำ สามารถ

ตัดสินใจ และแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ร่วมกับการเรียนรู้ผ่านแผนที่มโนทัศน์และการสะท้อนคิด จะสามารถนำไปพัฒนาการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้ ผู้เรียนมีความมั่นใจและมีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริงมากขึ้น และเป็นการกระตุ้น กระบวนการคิดเชิงเหตุและผล รวมถึงการคิดเชิงความสัมพันธ์ ซึ่งเป็นคุณลักษณะหนึ่งของการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Magbanua, 2024)

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการสอนโดยใช้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงร่วมกับการเรียนรู้ผ่านแผนที่มโนทัศน์และการสะท้อนคิด ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชา ปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ เพื่อช่วยพัฒนาความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ พัฒนทักษะผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 รวมทั้งผลลัพธ์ใน การสอบรวบยอดของคณะพยาบาลศาสตร์ และการสอบขึ้นทะเบียนรับใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

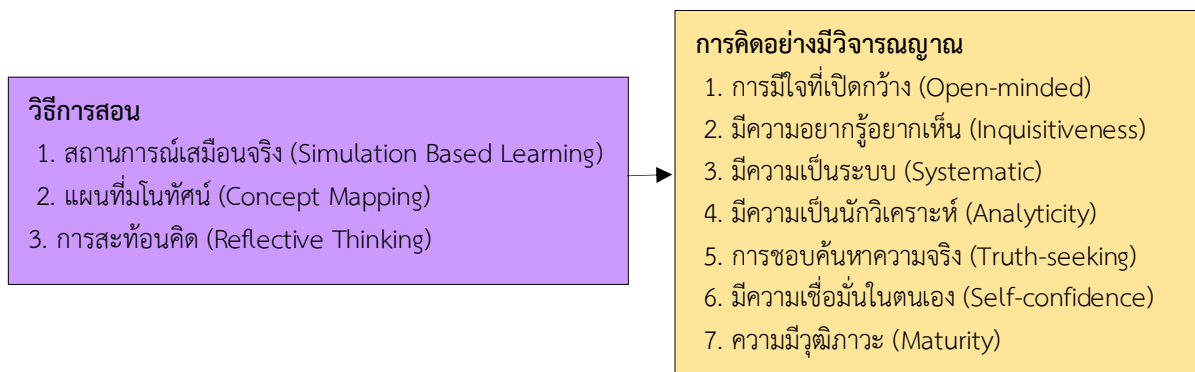
1. เพื่อศึกษาระดับและเปรียบเทียบความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ก่อนและหลังการเรียนรู้
2. เพื่อศึกษาผลของการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงร่วมกับการเรียนรู้ผ่านแผนที่มโนทัศน์และการสะท้อนคิด ต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
3. เพื่อศึกษาการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับประโยชน์ ปัญหาและอุปสรรคของการจัดการเรียน การสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงร่วมกับการเรียนรู้ผ่านแผนที่มโนทัศน์และการสะท้อนคิด ต่อความสามารถ ในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

สมมติฐานวิจัย

คะแนนความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลหลังการจัดการเรียนการสอน โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงร่วมกับการเรียนรู้ผ่านแผนที่มโนทัศน์ และการสะท้อนคิดมีค่าคะแนนสูงกว่าก่อน การจัดการเรียนการสอน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณตามแนวคิดของ Facione และ Facione (1996) พัฒนาโดย Yaemsuda (1999) ได้อธิบายว่าลักษณะการคิดอย่างมีวิจารณญาณแบ่งเป็น 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การมีใจที่เปิดกว้าง (Open-minded) 2) มีความอยากรู้อยากเห็น (Inquisitiveness) 3) มีความเป็นระบบ (systematic) 4) มีความเป็นนักวิเคราะห์ (Analyticity) 5) การชอบค้นหาความจริง (Truth-seeking) 6) มีความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-confidence) และ 7) ความมีวุฒิภาวะ (Maturity) เมื่อนักศึกษาพยาบาลได้รับรูปแบบ การเรียนการสอนใช้สถานการณ์เสมือนจริง การใช้แผนที่มโนทัศน์ ซึ่งกระบวนการเรียนรู้ดังกล่าวจะกระตุ้นให้เกิด กระบวนการคิด วิเคราะห์ให้เหตุผล อธิบายข้อมูลสำคัญ ประเมินผล มีการทบทวนทฤษฎีที่เกี่ยวข้องผ่านการสะท้อนคิด เป็นองค์ประกอบทำให้นักศึกษาพยาบาลสามารถค้นหาปัญหา เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจในการให้การพยาบาลที่ถูกต้อง ตามหลักวิชาการช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาได้มีโอกาสใช้กระบวนการตามขั้นตอนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest – Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2564 คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test Family เลือก t-test, Statistical test เลือก Mean: Difference Between Two Dependent Means เลือก One tail กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) = 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = .95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 45 คน แต่เนื่องจากรูปแบบการเรียนการสอนเป็นประโยชน์ต่อกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นผู้วิจัยเลือกประชากรทั้งหมดที่ลงทะเบียนเรียนปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 2 เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินวิจัย ได้แก่ คู่มือการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2 ที่สร้างขึ้นโดยทีมอาจารย์ผู้สอนและทีมผู้วิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ สถานการณ์เสมือนจริงจำนวน 3 ทักษะหน่วยการเรียนรู้ได้แก่ 1) การดูแลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ 2) การดูแลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และ 3) การดูแลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด แผนทึมน็อตส์ (Concept Mapping) และเขียนสะท้อนคิด (Reflective) ใช้เวลาจัดการเรียนการสอนหน่วยละ 1 ชั่วโมง รวมทั้งหมด 3 ชั่วโมง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา ภูมิฐานะ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (GPA) และประเภทโรงเรียนมัธยมที่จบ

2.2 แบบประเมินความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณที่พัฒนาโดย Yaemsuda (1999) ตามแนวคิดของ Facione และ Facione (1996) โดยผู้วิจัยได้มีการดัดแปลง ลักษณะเป็นข้อความเชิงบวกและเชิงลบจำนวน 48 ข้อ แบ่งออกเป็น 7 ด้าน คือ 1) การชอบค้นหาความจริง จำนวน 8 ข้อ 2) การเปิดใจกว้าง จำนวน 7 ข้อ 3) การคิดอย่างวิเคราะห์ จำนวน 3 ข้อ 4) การคิดอย่างมีระบบ จำนวน 7 ข้อ 5) ความเชื่อมั่น ในการคิด จำนวน 8 ข้อ 6) ความอยากรู้อยากเห็นเชิงวิชาการ จำนวน 6 ข้อ และ 7) ความมีวุฒิภาวะ จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมิน ค่า 4 ระดับ กำหนดค่าคะแนน 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่งเป็น (4 คะแนน) จนถึงไม่เห็นด้วย

อย่างยิ่ง (1 คะแนน) การแปลผลคะแนนของแบบประเมินความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษา โดยรวมและรายด้าน ซึ่งแบ่งคะแนนแบบอิงเกณฑ์อันตรายภาคชั้น (Aneksuk, 2016)

คะแนนรวม 1 – 48 คะแนน	หมายถึง ความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณระดับต่ำ
คะแนนรวม 49 – 98 คะแนน	หมายถึง ความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณระดับปานกลาง
คะแนนรวม 99 – 148 คะแนน	หมายถึง ความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณระดับดี
คะแนนรวม 148 – 192 คะแนน	หมายถึง ความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณระดับดีมาก

2.3 แนวคำถามการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับความคิดเห็นของนักศึกษาเกี่ยวกับการเรียนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงร่วมกับการเรียนรู้ผ่านแผนที่มีโน้ตส์และการสะท้อนคิด เพื่อศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ ประโยชน์ ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจากการจัดการเรียนการสอน ปัญหาหรืออุปสรรคของการจัดการเรียนการสอน โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงร่วมกับการเรียนรู้ผ่านแผนที่มีโน้ตส์และการสะท้อนคิด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษา นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ตลอดจนความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการเรียนการสอน 2 ท่าน จากนั้นนำแบบสอบถามมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จนกระทั่งได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.8 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2004) ซึ่งแบบประเมินความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .83 ผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากปรับปรุงแบบสอบถาม นำไปตรวจสอบความตรงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านอีกครั้ง แล้วจึงคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา มีค่าดัชนีความตรงเนื้อหาเท่ากับ 1 และนำแบบทดสอบดังกล่าวทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 หลักสูตรพยาบาล ศาสตรบัณฑิต จำนวน 15 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ก่อนการเก็บข้อมูลวิจัย แล้วนำไปคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .81 สำหรับตัวอย่างสถานการณ์เสมือนจริง 3 ทักษะหน่วยการเรียนรู้และข้อคำถาม ผู้วิจัยและอาจารย์ผู้สอนร่วมเตรียมเนื้อหา แล้วนำมาวิพากษ์เนื้อหาการสอนและปรับปรุงแก้ไขส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและปรับตามข้อเสนอแนะก่อนการจัดการเรียนการสอน ส่วนแนวคำถามการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการรับรู้ของนักศึกษาเกี่ยวกับการเรียนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ วิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยวิธี Face Validity โดยที่อาจารย์ผู้สอนจำนวน 3 คน และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้ที่มีส่วนในการศึกษา 3 กลุ่ม ได้แก่ ทีมวิจัย ผู้สอน และกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ขั้นตอนการเตรียมทีมวิจัยทำโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ เครื่องมือในการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล เพื่อให้มีความเข้าใจและมีทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ตรงกัน
2. ขั้นตอนการเตรียมอาจารย์ผู้สอน โดยทบทวนและทำความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการและวิธีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ร่วมกับการใช้แผนที่มีโน้ตส์และการสะท้อนคิด ตลอดจนวิธีการตั้งคำถามระหว่างการจัดการเรียนการสอน
3. ขั้นตอนการเตรียมนักศึกษากลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงเกี่ยวกับหลักการวิธีการจัดการเรียนการสอนและการเตรียมตัวในการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ร่วมกับการใช้แผนที่มีโน้ตส์และการสะท้อนคิด
4. วันปฐมนิเทศรายวิชา หัวหน้าโครงการวิจัยชี้แจงให้ผู้เรียนทราบวัตถุประสงค์ของการจัดเรียนการสอน ชี้แจงรายละเอียดและขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัย และนัดหมายวัน เวลา ในการประเมิน

ข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินแบบประเมินความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ (Pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

ขั้นตอนทดลอง

ใช้เวลาในการดำเนินการทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ หน่วยละ 1 ชั่วโมง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ให้ผู้เรียนร่วมกันจัดทำแผนที่มโนทัศน์ (Concept Mapping) โดยให้ผู้เรียนเขียนสรุปแผนที่มโนทัศน์ของแต่ละหน่วยการเรียนรู้ โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาประจำกลุ่มดูแลให้คำปรึกษา (Coaching) ก่อนจัดการเรียนการสอน
2. ให้กลุ่มย่อย 5 คนสลับกันเข้าฝึกปฏิบัติการสถานการณ์เสมือนจริง และเป็นผู้สังเกตการณ์ครั้งละ 5 คนตามลำดับ โดยทุกคนต้องผ่านการฝึกปฏิบัติสถานการณ์เสมือนจริงและผ่านการเป็นผู้สังเกตการณ์ ใช้เวลากลุ่มละ 1 ชั่วโมง แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะ Prebriefing ใช้เวลา 10 นาที 2) ระยะ Scenario Running ใช้เวลา 20 นาที และ 3) ระยะ Debriefing ใช้เวลา 30 นาที
3. ผู้วิจัยและอาจารย์ผู้สอน ทำการสอนด้วยสถานการณ์เสมือนจริง โดยอาจารย์ 1 คน รับผิดชอบคนละ 1 หน่วย โดยมีนักศึกษาทั้งหมด 8 กลุ่ม ๆ 10 คน หมุนที่ละหน่วยการเรียนรู้ จนครบทั้ง 3 หน่วยการเรียนรู้ โดยทำอาจารย์ผู้สอนทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) และการนำเสนอผลการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย และร่วมกันอภิปรายผลการวิเคราะห์สถานการณ์เสมือนจริง ร่วมกับผู้เรียนในกลุ่มตามข้อคำถามที่กำหนด ภายใต้อาจารย์ผู้สอน

4. นักศึกษาส่งการสะท้อนคิดรายบุคคล ให้อาจารย์ผู้สอนทันทีหลังเสร็จสิ้นการจัดการเรียนการสอน โดยประกอบด้วยข้อคำถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากขั้นตอนของกระบวนการการสะท้อนคิดของ Gibbs (2013) ประกอบด้วย บรรยายสิ่งที่เรียนรู้ในสถานการณ์เสมือนจริงว่ามีประเด็นอะไรบ้าง อธิบายความคิดหรือความรู้สึกของตนที่มีต่อประเด็นดังกล่าว ประเมินผลเกี่ยวกับการกำหนดปัญหาสุขภาพและการแก้ไขที่ได้จากการเขียนแผนที่มโนทัศน์ว่าถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ วิเคราะห์ข้อมูลในสถานการณ์เสมือนจริงว่าถูกต้องเหมาะสมตามหลักวิชาการหรือไม่ อย่างไร ต้องปรับเปลี่ยนแก้ไขหรือไม่ อย่างไร สรุปผลการวิเคราะห์เพื่อสรุปเป็นปัญหาสุขภาพและแนวทางแก้ไข วางแผนการพยาบาลและกำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่ต้องทำตามหลักวิชาและเหมาะสม

5. เมื่อเสร็จสิ้นการจัดการเรียนการสอน ผู้วิจัยนัดหมายผู้เรียนในการทำแบบประเมินความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ (Post-test) โดยใช้เวลา 45 นาที และสนทนากลุ่ม (Focus Group) เกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้เรียนเกี่ยวกับการเรียนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ จำนวน 10 คน ใช้วิธีการสุ่ม โดยใช้เวลา 60 นาที

ขั้นหลังการทดลอง

เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยอธิบายผลการทดลองแก่กลุ่มตัวอย่าง บอกจุดเด่น จุดด้อยของกลุ่มตัวอย่าง และเสนอแนะแนวทางในการปรับปรุงแก้ไข แก่กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลที่ละ 1 กลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ
2. ระดับคะแนนความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ แจกแจงความถี่และร้อยละ
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณก่อนและหลังการใช้สถานการณ์เสมือนจริง ร่วมกับแผนที่มโนทัศน์และการสะท้อนคิดด้วยสถิติทีคู่ (Dependent Simple t-test) ผู้วิจัยทดสอบข้อตั้งเบื้องต้น (Assumption) ของการใช้สถิติการทดสอบค่าทีเพื่อหาลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) โดยใช้สถิติโคลโมโกรอฟสเมียร์นอฟ (Kolmogorov-Smirnov test) พบข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Sig = .200)

4. ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ซึ่งมีขั้นตอน (Miller & Crabtree, 1999) ได้แก่ การจัดแฟ้มข้อมูลการลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การพัฒนาและ

การสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้องนำข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วมาตรวจสอบซ้ำ เพื่อให้เกิดความถูกต้องและการสรุปและรายงานการวิจัย

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 15/2565 ลงวันที่ 27 กรกฎาคม 2565

ผลการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 80)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	8	10.00
หญิง	72	90.00
ศาสนา		
พุทธ	9	11.30
อิสลาม	71	88.80
ภูมิลำเนา		
ภายในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้	66	82.50
นอกพื้นที่สามจังหวัด	14	17.50
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (GPA) $M = 3.75$, $SD = 0.42$, $Min = 2.00$, $Max = 4.00$		
2.00 - 2.49	1	1.30
2.50 - 2.99	17	21.30
3.00 - 4.00	62	77.50
ประเภทโรงเรียนมัธยมที่จบ		
โรงเรียนสามัญ	24	30.00
โรงเรียนเอกชนสอนศาสนา	56	70.00

ตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.00) เป็นเพศหญิง มีอายุ 20 ปีขึ้นไป โดยมีภูมิลำเนาส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ (ร้อยละ 82.50) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.80) นับถือศาสนาอิสลาม ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (GPA) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง อยู่ระหว่าง 3.00 - 4.00 (ร้อยละ 77.50) และจบโรงเรียนเอกชนสอนศาสนา ร้อยละ 70

2. ระดับคะแนนความสามารถในการคิดแบบมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (n = 80)

ระดับคะแนนความสามารถในการคิดแบบมีวิจารณญาณ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1-48 คะแนน)	0	0.00	0	0.00
ระดับปานกลาง (49 - 98 คะแนน)	14	17.50	0	0.00
ระดับดี (99-148 คะแนน)	66	82.50	51	63.70
ระดับดีมาก (148-192 คะแนน)	0	0.00	29	36.30

จากตาราง 2 พบว่า ก่อนทดลองกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับคะแนนความสามารถในการคิดแบบมี
 วิจารณ์ญาณในระดับปานกลางถึงระดับดี คิดเป็นร้อยละ 17.50 และ 82.50 ตามลำดับ ส่วนหลังการทดลอง
 กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความสามารถในการคิดแบบมีวิจารณ์ญาณเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีถึงดีมาก คิดเป็นร้อยละ
 63.70 และ 36.30 ตามลำดับ

3. เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณก่อนและหลังการใช้สถานการณ์เสมือนจริง
 ร่วมกับการเรียนรู้ผ่านแผนที่มโนทัศน์และการสะท้อนคิด

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณก่อนและหลังการใช้สถานการณ์เสมือนจริง
 ร่วมกับการเรียนรู้ผ่านแผนที่มโนทัศน์และการสะท้อนคิด (n = 80)

ความสามารถในการคิด อย่างมีวิจารณ์ญาณ	M	SD	t	df	p-value (1-tailed)
ก่อนการสอน	108.81	10.48	-16.34	79	< .001
หลังการสอน	147.81	13.90			

ตาราง 3 พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่เรียนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงร่วมกับการเรียนรู้ผ่านแผนที่มโนทัศน์
 และการสะท้อนคิดโดยภาพรวม มีคะแนนความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณเฉลี่ยก่อนการเรียนอยู่ในระดับดี
 ($M = 108.81, SD = 10.48$) ส่วนหลังเรียนเพิ่มขึ้นอยู่ระดับดีมาก ($M = 147.81, SD = 13.90$) และเมื่อเปรียบเทียบ
 คะแนนความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณก่อนและหลังการเรียนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงร่วมกับ
 การเรียนรู้ผ่านแผนที่มโนทัศน์และการสะท้อนคิด พบว่า คะแนนหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
 ที่ระดับ .001 ($t = -16.34$)

4. ผลของการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงร่วมกับการเรียนรู้ผ่านแผนที่มโนทัศน์และการสะท้อนคิดต่อ
 ความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณต่อการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
 สามารถสรุปประเด็นหลักได้ทั้งหมด 4 ประเด็น คือ

4.1 มีความมั่นใจมากขึ้นเวลาขึ้นฝึกปฏิบัติงาน นักศึกษาให้ข้อมูลว่า การเรียนการสอนแบบนี้ ทำให้มี
 ความมั่นใจมากขึ้นเวลาขึ้นฝึกปฏิบัติงาน เนื่องจากขณะเรียนเหมือนได้ฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริงๆ รวมทั้งบรรยากาศ
 อุปกรณ์ที่ใช้ขณะเรียนก็เหมือนกับอุปกรณ์ที่ใช้จริง ทำให้เวลาขึ้นฝึกปฏิบัติจริงรู้สึกคุ้นชินกับอุปกรณ์ที่ใช้และนักศึกษา
 ได้ผ่านการฝึกการปฏิบัติการพยาบาลในช่วงเรียน ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการจริงมากขึ้น ดังคำกล่าว
 “การเรียนแบบใช้สถานการณ์เสมือนจริงร่วมกับการเรียนรู้ผ่านแผนที่มโนทัศน์และการสะท้อนคิด ทำให้หนูรู้สึกมั่นใจ
 เวลาฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง โดยเฉพาะทักษะการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน หนูไม่รู้สีกว่า
 และรู้ว่าตนเองจะช่วยเหลืออย่างไร เพราะว่าได้ผ่านการฝึกมาก่อน ซึ่งมันก็ไม่ได้แตกต่างกันมากค่ะ ” ซึ่งสอดคล้องกับ
 การศึกษาของ Kuesakul, Nuampa, Pungbangkadee, Ramjan, & Ratinthorn (2024) ในนักศึกษาพยาบาล
 ชั้นปีที่ 4 ของวิทยาลัยอีเวอร์ไซด์ ประเทศฟิลิปปินส์ พบว่า การเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงร่วมกับ
 การทำ Focus group ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณและความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย

4.2 มีการเตรียมตัวก่อนเข้าเรียนมากขึ้น นักศึกษาให้ข้อมูลว่าการเรียนการสอนแบบนี้ ต้องมี
 การทบทวนบทเรียน และสรุปเนื้อหาทั้งหมดก่อนเข้าเรียน เนื่องจากเป็นรูปแบบการเรียนที่ต้องนำความรู้ทั้งหมด
 มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติ ซึ่งถ้าไม่มีความเข้าใจในเนื้อหา เราไม่สามารถวิเคราะห์ได้ว่าผู้ป่วยเกิดภาวะใดแล้ว
 พยาบาลจะช่วยเหลืออย่างไร ดังคำกล่าว “ ทุกครั้งที่หนูจะเข้าเรียน หนูกับเพื่อนในกลุ่มจะมีทบทวนบทเรียน ร่วมกัน
 สรุปในแต่ละเนื้อหา ทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง และลองจำลองสถานการณ์ สมมุติบทบาท เพื่อเวลาเรียนจริงสามารถ
 ปฏิบัติได้ถูกต้องตามขั้นตอน ”

4.3 เรียนรู้การทำงานเป็นทีมเนื่องจากผู้เรียนจะต้องร่วมกันสรุป และวิเคราะห์เนื้อหาแต่ละหน่วยการเรียนรู้ นักศึกษาให้ข้อมูลว่า การจัดการเรียนการสอนแบบนี้ ทำให้ได้เรียนรู้ในการทำงานเป็นทีม เนื่องจากเป็น การนำความรู้ที่เรียนมาใช้ทั้งหมด ร่วมกันสรุปวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อนำความรู้ในแต่ละบทเรียนมาประยุกต์ใช้ในการ ปฏิบัติการพยาบาลสถานการณ์เสมือนจริง ดังนั้นการทำงานเป็นทีมจะสามารถทำให้การเรียนประสบความสำเร็จ และบรรลุวัตถุประสงค์ของการเรียน

4.4 ยากที่จะเข้าใจถึงความรู้สึกหรือจิตใจของผู้ป่วย ปัญหาอุปสรรคจากการเรียนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงร่วมกับแผนทิมโนทัศน์และการสะท้อนคิด นักศึกษาให้ข้อมูลว่า การจัดสิ่งแวดล้อมในสถานการณ์ ผู้สอน อาจไม่สามารถจัดสภาพแวดล้อมได้ตรงกับสถานการณ์จริงทั้งหมดได้ และการใช้หุ่นจำลองอาจทำให้ผู้เรียนยาก ที่จะเข้าถึงจิตใจที่แท้จริงของผู้ป่วย

อภิปรายผล

1. ระดับคะแนนความสามารถในการคิดแบบมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัย พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่เรียนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงร่วมกับการเรียนรู้ผ่านแผนทิมโนทัศน์และการสะท้อนคิดโดย ภาพรวม มีระดับคะแนนความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณเฉลี่ยก่อนการเรียนอยู่ในระดับปานกลางถึง ระดับดี และหลังเรียนมีระดับคะแนนเพิ่มขึ้นอยู่ระดับดีถึงดีมาก และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถ ในการคิดอย่างมีวิจารณญาณก่อนและหลังการเรียนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงร่วมกับการเรียนรู้ผ่านแผนทิม โนทัศน์และการสะท้อนคิดพบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sinthuchai, Ubolwan, & Boonsin (2017) ที่พบว่า การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ สถานการณ์เสมือนจริงทำให้ผู้เรียนมีความรู้เพิ่มขึ้น สามารถจดจำได้นาน พัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ และการ ตัดสินใจที่เร็วขึ้น ผู้เรียนมีความพึงพอใจเพราะทำให้สนุกกับการเรียน รวมทั้งมีความมั่นใจในตนเองและการตัดสินใจ ทางพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล อีกทั้งสามารถนำมาประเมินทักษะปฏิบัติทาง การพยาบาลเพื่อใช้ในการจัดการสอนรายวิชาทางการพยาบาล และเตรียมความพร้อมให้แก่ นักศึกษาพยาบาลก่อน การขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยจริง (Choyyok, Thongied, Phanwichakul, & Eamchunprathip, 2022)

2. เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณก่อนและหลังการเรียนการสอน จากผลการวิจัย พบว่าคะแนนความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณก่อนและหลังการเรียนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงร่วมกับการ เรียนรู้ผ่านแผนทิมโนทัศน์และการสะท้อนคิด พบว่า คะแนนหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -16.34, P < .001$) ซึ่งอธิบายได้ว่า เรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง เป็นการเรียนรู้จากการมี ประสบการณ์ การสะท้อนคิดจากประสบการณ์ที่ได้ปฏิบัติและการสรุปผลการเรียนรู้ (Jeffries & Rogers, 2007) ผู้สอนช่วยให้ผู้เรียนได้สะท้อนคิดในสิ่งที่เรียนรู้ความรู้สึกเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การไตร่ตรองด้วยตนเอง ถึงวิธีการแก้ปัญหาและการตัดสินใจที่เกิดขึ้น และเหตุผลที่ปฏิบัติทั้งด้านดีและด้านที่ต้องปรับแก้ไขให้ดีขึ้น จากประสบการณ์ ผู้เรียนสรุปแนวคิดที่ได้เรียนรู้นำไปสู่การปฏิบัติหรือประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ได้ กระบวนการ ดังกล่าวสอดคล้องกับการเรียนรู้จากประสบการณ์ Kolb & Kolb (2005) ที่กล่าวว่า การให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ อย่างเป็นรูปธรรมโดยให้ผู้เรียนได้สังเกตและลงมือปฏิบัติ และนำสิ่งที่ได้ปฏิบัติ มาคิดทบทวนพิจารณาไตร่ตรอง ร่วมกันทั้งผู้สอนและผู้เรียนผ่านการสะท้อนคิด จนกระทั่งผู้เรียนสามารถ สร้างความคิดรวบยอดในเรื่องที่เรียนรู้แล้ว จึงนำความคิดหรือสมมติฐานเหล่านั้นไปทดลองหรือ ประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ๆได้

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sinthuchai, Ubolwan, & Boonsin (2017) ทำการศึกษาวิจัยในนักศึกษา พยาบาลศาสตร์ พบว่าการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และความมั่นใจในตนเอง หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และนักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความพึงพอใจ และความมั่นใจในตนเองหลังทดลองสูงกว่านักศึกษาที่เรียนโดยวิธีปกติตามหลักสูตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Chubkhuntod, Thasanoh Elter, Gaewgoontol, & Potchana (2020) พบว่า หลังจัด การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ความรู้ในการพยาบาลมารดาและทารกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เพิ่มขึ้นไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$) แต่ความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการพยาบาลมารดาและทารกของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลมารดาและทารกของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Jamjang, Atthamatakul, Nilliaum, & Wongyara (2021) ที่พบว่า ภายหลังการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล และคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การใช้แผนทิมโนทัศน์ช่วยให้เกิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยส่งเสริมให้ผู้เรียนได้วิเคราะห์ข้อมูลที่มีและเปรียบเทียบข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เป็นการกระตุ้นและจูงใจให้ผู้เรียนมีการ คิดวิเคราะห์มากขึ้นเชื่อมโยงด้วยแผนทิมโนทัศน์ และนำความรู้ที่มีมาพัฒนาเป็นความเข้าใจที่ลึกซึ้ง (Chantian, Nakornchai, Jaroenpong, Maneerat, & Anansupamongkol, 2019) โดยการเชื่อมความสัมพันธ์กันเป็นการฝึกการคิดรวบยอด ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของ Kaddoura, VanDyke, & Shea-Foisy (2016) พบว่า แผนทิมโนทัศน์ช่วยให้ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงข้อมูลสำคัญและเพิ่มทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณในการตัดสินใจทางคลินิก นอกจากนี้การศึกษาค้นคว้ายังใช้การสะท้อนคิดร่วมด้วย ซึ่งในการสะท้อนคิดเป็นกระบวนการคิด ไตร่ตรองผ่านการทบทวนและสะท้อนการกระทำของตน สะท้อนคิดจากการปฏิบัติมีความสำคัญต่อการตัดสินใจ ทำให้เกิดทักษะในการแก้ปัญหาและเข้าใจเหตุผลของแต่ละปัญหาได้ดี ซึ่งการสะท้อนคิด ทำให้เห็นกระบวนการคิดในตัวบุคคลคนนั้น ช่วยให้เกิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณและยังช่วยกระตุ้นการเรียนรู้พัฒนาการคิดวิเคราะห์มากขึ้น (Khorphon, Pankeaw, Sarobol, Chooopun, Chomchan, & Boonlue, 2019)

นอกจากนี้การสนทนากลุ่ม พบว่า นักศึกษาต้องกระตุ้นและตื่นตัวมากขึ้นในการทบทวนบทเรียน ค้นหาความรู้ใหม่ ๆ จากหลากหลายแหล่งข้อมูล เพื่อนำมาสรุปเนื้อหาก่อนเข้าเรียน และได้เรียนรู้การทำงานเป็นทีม ในการร่วมกันวิเคราะห์เนื้อหาซึ่งประสบการณ์เหล่านี้ช่วยให้นักศึกษาได้เกิดพัฒนาทักษะทางด้านปัญญา การคิดวิเคราะห์ ตลอดจนทักษะการปฏิบัติ นำไปสู่การพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ส่งผลให้นักศึกษามีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย ซึ่งเป็นความต้องการของผู้ใช้บัณฑิตเมื่อจบการศึกษาออกไปเป็นพยาบาลวิชาชีพ

การนำผลการวิจัยไปใช้

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงร่วมกับการเรียนรู้ผ่านแผนทิมโนทัศน์และการสะท้อนคิด มีผลเพิ่มความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล เนื่องจากการสอนวิธีนี้เป็นการจัดกิจกรรมที่เลียนแบบสถานการณ์จริง ทั้งสภาพของผู้ป่วยและเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ นักศึกษาพยาบาลได้ฝึกปฏิบัติทักษะทางการพยาบาล ทำให้นักศึกษาพยาบาลได้มีการคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ มีโอกาสใช้ความรู้ทางการพยาบาล และทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณในการวางแผนแก้ปัญหา และให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเสนอแนะให้เพิ่มการใช้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนดังกล่าวนี้ในการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยผลของการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงร่วมกับการเรียนรู้ผ่านแผนทิมโนทัศน์และการสะท้อนคิด ต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาอื่น
2. ควรมีการติดตามประเมินผลระดับคะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ถึงปีที่ 4
3. ควรมีการศึกษาวิจัยผลของการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงร่วมกับการเรียนรู้ผ่านแผนทิมโนทัศน์และการสะท้อนคิด มีผลต่อความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาล
4. ควรมีศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอน ที่ส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณ

References

- Amanda, G. C., Debra K. C., & Mary S. (2016). Efficacy of teaching methods used to develop critical thinking in nursing and midwifery undergraduate students: A systematic review of the literature. *Nurse Education Today*, 40, 209-218. doi. 0.1016/j.nedt. 2016.03.010.
- Aneksuk, S. (2016). *Educational Research* (8th ed). Chonburi: Faculty of Education, Burapha University. (in Thai)
- Chantian, P., Nakornchai, T., Jaroenpong, J., Maneerat, S., & Anansupamongkol, D. (2019). The development of critical thinking of nursing science students. *Kasem Bundit Journal*, 20(2), 168-179. (in Thai)
- Chidmongkol, R., Tongphet, P., & Khonyang, W. (2016). Teaching for enhancing critical thinking of nursing students in clinical practice. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 3(3), 180-190. (in Thai)
- Choyyok.S., Thongied. K., Phanwichakul. T., & Eamchunprathip. S. (2022). The effects of using simulation-based learning on critical thinking skills and nursing practice skills in caring for patients with acute upper gastrointestinal bleeding among nursing students *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 9(2), 93-107. (in Thai)
- Chubkhuntod, P., Thasanoh Elter, P., Gaewgoontol, N., & Potchana, R. (2020) . Effects of simulation based learning model on knowledge, self-efficacy and abilities of applying nursing process skills during intrapartum care of nursing students. *Journal of Health Science*, 29(6), 1062-1072. (in Thai)
- Chuenklin, T, & Laowreandee, W. (2012). The development of coaching model to enhance nursing instructors' competency that promotes critical thinking skills of nursing students in raboromarachanok institute, Ministry of Public Health. *Silpakorn Educational Research Journal*, 4(1), 112-129. (in Thai)
- Facione, N. C., Facione. P. A. (1996). Externalizing the critical thinking in knowledge development and clinical judgment. *Nursing Outlook*, 44(3), 129-136.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Fusiyah, H., Suangsuda, J., Boonying, T., Muslin, T., Tidarat, W., Nisreen, C., et al. (2022). The evaluation of bachelor of nursing science program (Revised Curriculum) 2016 Princess of naradhiwas university. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 14(3), 92-104. (in Thai)
- Gibbs, G. (2013). *Learning by Doing: A Guide to Teaching and Learning Methods*. Further Education Unit. Oxford Center for Staff and Learning Development. Oxford Brookes University. Retrieved April 6, 2020 from <https://thoughtsmostlyaboutlearning.files.wordpress.com>.
- Jamjang, S., Atthamatakul, W., Nilliaum, R., & Wongyara, N. (2021). The effects of simulation-based learning on problem solving ability, and self-confidence in nursing care on the patient with health problem of nursing students. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 4(3), 178-194. (in Thai)

- Jamrit, Y., & Kansukcharoen, A. (2006). *Research Report on the Ability to Think Critically of Graduates Education for Academic Year 2005 King Mongkut's College of Nursing Phetchaburi Province*. Phetchaburi: College of Nursing PhraChom Klacha, Phetchaburi Province. (in Thai)
- Jeffries, P. R., & Rogers, K. J. (2007). *Theoretical Framework for Simulation Design*. In P. R. Jeffries (Ed.), *Simulation in Nursing Education from Conceptualization to Evaluation* (pp.21-33). New York: National League for Nursing.
- Kaddoura, M., VanDyke, O., & Shea-Foisy, K. (2016). Impact of concept mapping on the development of clinical judgment skills in nursing students. *Teaching and Learning in Nursing, 11*(3), 101-107.
- Khorphon, S., Pankeaw, J., Sarobol, T., Choopun, K., Chomchan, S., & Boonlue, N. (2019). Promoting of critical thinking skills in nursing students through reflective thinking. *Thai Journal of Nursing, 46*(1), 83-96. (in Thai)
- Kolb, A. Y., & Kolb, D. A. (2005). Learning styles and learning spaces: Enhancing experiential learning in higher education. *Academy of Management Learning & Education, 4*(2), 193-212.
- Kosawanon, K., Rungamornrat, R., & Panbangpra, P., (2015). Effect of case study teaching method on critical thinking in nursing students. *Journal of Nursing Science, 33*(3), 99-108. (in Thai)
- Kuesakul, K., Nuampa, S., Pungbangkadee, R., Ramjan, L., & Ratinthorn, A. (2024). Evaluation of antenatal simulation-based learning on satisfaction and self-confidence levels among Thai undergraduate nursing students during the COVID-19 pandemic: a mixed-method study. *BMC Nursing, 23*(161), 1-10. (in Thai)
- Kusoom, W., & Tongvichean, S., (2017). Developing critical thinking skill for nursing students. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 25*(3), 1-8. (in Thai)
- Magbanua, N. S. (2024). Case-based approach to improve FDAR nursing documentation practices among selected fourth-year nursing students. *International Multidisciplinary Journal of research for Innovation, Sustainability, and Excellence, 1*(2), 126-136.
- Miller, W.L. and Crabtree, B.F. (1999). *Depth interviewing*. In: Crabtree, B.F. and Miller, W.L., Eds., *Doing Qualitative Research*, Sage, Thousand Oak, 89-107.
- Phaktoop, M., & Khuinak, U. (2018). Critical thinking in nursing. *Journal of Nursing and Education, 11*(2), 1-12. (in Thai)
- Phormpayak, D., Sattayawong, W., Rattana, 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 Baromrajonani College of Nursing, Nakhonratchasima, 25*(2), 57-71. (in Thai)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing Research Principles and Methods*. (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Poungjuntaradej, N., & Pleankaew, P. (2016). Factors related to nursing students' critical thinking, Police Nursing College. *Journal of The Police Nurses, 8*(1), 125-135. (in Thai)

- Rakpanusit, T., & Ruangrit, R. (2021). The effects of a case-based learning method combined with concept mapping and reflective thinking on the level of critical thinking among nursing students in pattani. *The southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 8(3), 18-31. (in Thai)
- Sintuchai, S., Ubolwan, K., & Boonsin, S. (2017) . Fidelity simulation based learning: implementation to learning and teaching management. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 18(1), 29-38. (in Thai)
- Sirisupluxana, P. (2013). Teaching nursing students to develop critical thinking skills. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing*, 19(2), 5-19. (in Thai)
- Srisawad, K. (2018). Critical thinking skill of nursing student at kasembundit university. *Humanities and Social Science Research Promotion Network Journal*, 1(3), 38-44. (in Thai)
- Srisawad, K. & Chaleoykitt, S. (2017). Critical thinking of nursing students. *Royal Thai Army Medical Journal*, 70(3), 169-174. (in Thai)
- Thanaroj, S. (2017). Simulation-based learning in principles and techniques course in nursing practicum. *Boromarajonani College of Nursing Uttaradit Journal*, 9(2), 70-84. (in Thai)
- Wichainate, K. (2014). Reflective thinking: teaching students to develop critical thinking in nursing practice. *Journal of The Police Nurses*, 6(2), 188-199. (in Thai)
- Yaemsuda, T. (1999). *The Development of Social Cognitive Learning Instructional System in Nursing Education Using Portfolio*. Ph.D. Dissertation (Higher Education), Graduate School Chulalongkorn University. (in Thai)

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

กองบรรณาธิการ วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ขอเชิญสมาชิก และ ผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการ และบทความวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ด้านการสอน การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์ เผยแพร่ ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรอง โดยลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์

การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14 หรือ 12 กรณีมีจำนวนหลายคอลัมน์) โดยพิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน - ล่าง, ซ้าย - ขวา 2.54 cm. โดยรวมเนื้อหาและรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 17 (หนา) ไว้หน้าแรกตรงกลาง
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 14 (หนา) อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุ ตัวเลขเป็นตัวยกอยู่ท้ายชื่อ และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 12 (หนา) ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกอยู่หน้า ให้ตรงกับชื่อผู้นิพนธ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลัก เพิ่ม e-mail ในส่วนล่างสุด
4. มีบทคัดย่อภาษาไทย จำนวนคำไม่เกิน 400 คำ และบทคัดย่อภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 400 คำ
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา)
7. การเรียงหัวข้อ หัวข้อย่อยให้ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดอักษร 15 (หนา)
8. การใช้ตัวเลขคำย่อ และวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning
9. การกำหนดเลขหัวข้อ หัวข้อใหญ่ให้ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลขระบบ ทศนิยม หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า

3 ซม. หัวข้อย่อถัดมาให้อยู่หน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 เซนติเมตร และใช้ “-” แทนการกำกับแทนตัวเลข เช่น

1.
 - 1.1
 - 1.1.1
 - 1)
 - 1.1) -

10. ตารางและภาพประกอบ ให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตาราง และระบุชื่อภาพแต่ละภาพไว้ใต้ภาพนั้น ๆ คำบรรยายประกอบ ตารางหรือภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำหรือสีก็ได้ ภาพต้องเป็นภาพที่มีความคมชัด ส่วนภาพเขียนลายเส้นต้องชัดเจน มีขนาดที่เหมาะสม กรณีคัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาได้ตารางและภาพประกอบนั้น ๆ ด้วย

11. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้
 - บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
 - บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
 - บทนำ
 - วัตถุประสงค์วิจัย
 - สมมติฐานวิจัย (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
- สรุป
- ข้อเสนอแนะ
- References

บทความวิชาการ (ภาษาอังกฤษ) ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Content
- Conclusion
- Suggestion
- References

13. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 6th Edition และเป็นไปตามรูปแบบที่วารสารกำหนด ทั้งนี้ทางวารสารใช้การอ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษโดยแปลอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยให้เป็นภาษาอังกฤษ โดยสามารถศึกษาเพิ่มเติมจาก <https://dekgenius.com/> ดังนี้

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 ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ เช่น

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. การอ้างอิงเอกสารจากอินเทอร์เน็ต

Heubecke, E. (2008). *The New Face of Nursing: Expanding Patient Advocacy with Leadership, Creativity, and Vision*. Johns Hopkins Nursing Magazine. Retrieved November 3, 2013 from <https://magazine.nursing.jhu.edu/>.

5. การอ้างอิงจากวารสาร

Sheiham, A. (2006). Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. *British Dental Journal*, 201(10), 625-626.

กรณีบทความวิจัยที่มีเลขรหัสบทความ (e) หรือเลข DOI ให้อ้างอิง ดังนี้

Sahaworapan, T., Nilmanat, K., & Thasaneesuwat, S. (2023). Competency of nurse practitioners in advance care planning (acp) for patients with renal replacement therapy and related factors. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 10(3), e258128. (in Thai)

Nawsuwan, K., Oupra, R., Singweratham, N., & Thepaksorn, P. (2023). Uncovering the underlying aspects of successful COVID-19 prevention and control in Thailand through factor analysis: Lessons we have not yet learned from village health volunteers. *Belitung nursing journal*, 9(5), 505–511. doi.org/10.33546/bnj.2735

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 และแนบแบบฟอร์มตามที่วารสารฯ กำหนด

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ มีกำหนดออก 3 ฉบับต่อปี คือ ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน) ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม) ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม)

รายการตรวจสอบก่อนส่งบทความ

1. บทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. หากเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หรือปริญญาานิพนธ์ต้องผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย
3. บทความจะต้องพิมพ์ภายใต้รูปแบบตามที่วารสารกำหนดอย่างเคร่งครัด

4. บทความที่ออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ก่อนมีการเผยแพร่ จะต้องแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงวุฒิ หรือกองบรรณาธิการก่อน จึงจะถือว่าหนังสือรับรองการตีพิมพ์จะสมบูรณ์ หากไม่แก้ไขจะถือสิทธิ์ว่าไม่สมบูรณ์ ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการใด ๆ ทั้งสิ้น

เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของบทความ

1. บทความต้องผ่านการกลั่นกรองและการประเมินคุณภาพจากกองบรรณาธิการเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ และวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ เป็นวารสารที่มีผู้พิจารณาบทความ (Peer - review) ตรวจสอบเนื้อหา บทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 3 ท่านต่อบทความ โดยผู้พิจารณาบทความจะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาเช่นกัน (Double blind) ทั้งนี้บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ บุคคลอื่นไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
2. บทความต้องได้รับการยอมรับการตีพิมพ์จากผู้พิจารณาบทความ 2 ใน 3 ท่าน จึงจะได้รับการตีพิมพ์
3. บทความต้องจัดพิมพ์ตามรูปแบบที่วารสารกำหนด
4. ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ด้วยระบบออนไลน์
5. วารสารสงวนสิทธิ์ที่จะเรียบเรียง และอาจจะปรับปรุงการนำเสนอบทความตามความเหมาะสมและความคิดเห็นของผู้เขียน
6. วารสารฯ จะดำเนินการเก็บค่าตีพิมพ์หลังจากบรรณาธิการวารสารตอบรับการตีพิมพ์ (Accepted) ในระบบ ซึ่งจะมี e-mail แจ้งรายละเอียดชำระค่าตีพิมพ์
7. ผู้เขียนต้องชำระการตีพิมพ์บทความ
 - 7.1 บทความภาษาไทย จำนวน 5,000 บาท
 - 7.2 บทความภาษาอังกฤษ จำนวน 6,000 บาท
8. อาจารย์ นักศึกษา ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ไม่ต้องชำระค่าตีพิมพ์

(enter ขนาด 15)

ระเบียบวิธีวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หน้า เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หน้า เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หน้า เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)

การเก็บรวบรวมข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หน้า เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)

การวิเคราะห์ข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หน้า เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)

(enter ขนาด 15)

จริยธรรมวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาด 15 ไม่หนา.....

(enter ขนาด 15)

ผลการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาด 15 ไม่หนา.....

1. ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 1ชื่อตาราง.....

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
เพศ		
หญิง (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x
ชาย (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x

(enter ขนาด 15)

(อธิบายใต้ตาราง) จากตารางพบว่า.....

(enter ขนาด 15)

2. หัวข้อตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

ตาราง 2ชื่อตาราง.....

(หัวข้อ)สมรรถนะการพยาบาล	หัวข้อ	หัวข้อ
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x

(enter ขนาด 15)

(อธิบายใต้ตาราง) จากตารางพบว่า.....

(enter ขนาด 15)

อภิปรายผล (ขนาด 16 หน้า)(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....
.....
.....

(enter ขนาด 15)

การนำผลการวิจัยไปใช้ (ขนาด 16 หน้า)(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....
.....
.....

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (ขนาด 16 หน้า)(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....
.....
.....

(enter ขนาด 15)

References (ขนาด 16 หน้า) ไม่ต้องกันหลัง

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 ถัดไป (1.25 ซม.) การอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ และการอ้างอิงต้องมีใน References และบทความ (ขนาดอักษร 15 ไม่หนา) การจัดหน้าไม่ต้องกันหลัง เช่น

Sahaworapan, T., Nilmanat, K., & Thasaneesuwan, S. (2023). Competency of nurse practitioners in advance care planning (ACP) for patients with renal replacement therapy and related factors. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 10(3), e258128. (in Thai)

2.54 ซม.

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 ถัดไป (1.25 ซม.) การอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ การอ้างอิงต้องมีใน references และ บทความ (ขนาดอักษร 15 ไม่นา) การจัดหน้าไม่ต้องกั้นหลัง เช่น Sahaworapan, T., Nilmanat, K., & Thasaneesuwan, S. (2023). Competency of nurse practitioners in advance care planning (ACP) for patients with renal replacement therapy and related factors. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 10(3), e258128. (in Thai)

ใบชำระค่าตีพิมพ์บทความ
วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

ประเภท ☐ บุคคล ☐ หน่วยงาน
ออกใบเสร็จในนาม

.....
ชื่อ-นามสกุล.....
ที่อยู่จัดส่งเอกสาร.....
เบอร์โทรศัพท์.....E-mail.....

มีความประสงค์จะ

- ☐ ค่าธรรมเนียมตีพิมพ์บทความ (ผู้ทรงฯ 3 ท่าน)
☐ สำหรับบุคคลภายนอก (บทความภาษาไทย) เป็นเงิน 5,000 บาท (ห้าพันบาทถ้วน)
☐ สำหรับบุคคลภายนอก (บทความภาษาอังกฤษ) เป็นเงิน 6,000 บาท (หกพันบาทถ้วน)

ชื่อบทความ

ชื่อผู้เขียนทั้งหมด.....

โดยได้ชำระเป็น

- ☐ เงินสด
☐ เช็ค/ตัวแลกเงิน/ดราฟ ส่งจ่ายในนาม “วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา”

ลงนามผู้สมัคร

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ: 1) หากท่านชำระเงินแล้ว ให้ส่งหลักฐานมายัง e-mail: sc.net.journal@gmail.com
2) ส่ง เช็ค/ตัวแลกเงิน/ดราฟ มายังที่อยู่ วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา 64 ถ.รามวิถี ต.บ่อทราย 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.....

ใบเสร็จเลขที่.....เล่มที่.....วันที่ออกใบเสร็จ.....เจ้าหน้าที่การเงิน.....