



วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

Journal of Health and Health Management

ISSN 2408-1396 (Print)

ISSN 2730-2512 (Online)

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2566

วารสารกลุ่ม 1 การรับรองคุณภาพจาก TCI
สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

Vol.9 No.1 January-June 2023

บทความวิชาการ

- องค์การแห่งความรอบรู้ทางสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์ใช้สำหรับพยาบาล ชนิตา ประดิษฐ์สุภาพร, ศรีสุภา ใจโสภา
- บทบาทพยาบาลโตเทียมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดแบบประสิทธิภาพสูง รัตนารณณ์ แซ่ลิ่ม, วรวิญญา ชลัทธิธรรมนิยม, จิตรลดา คงอินทร์, ธนิดา นางาม

บทความวิจัย

- การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องในสภาพแวดล้อมที่บ้านช่วงระบอบของ ราชัน เกษดา, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ศากุล ช่างไม้, ทิพา ต่อสกุลแก้ว
- Predictive Factors of Health Promoting Behaviors in Undergraduate Students During COVID-19 Pandemic: a Case Study of a Private University นกัวรรณ นามบุญศรี, ขวัญใจ อำนาจสัณยชัย, สุนัย ละกำป็น, พิศารพร เกิดมงคล
- ความสัมพันธ์และอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ยุกาวัดี แซ่เตีย, โรงพยาบาลก้นกรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ จริยา กฤติยารวรรณ, ศุภลักษณ์ พันทอง
- ประสบการณ์การบริหารการพยาบาลของฝ่ายการพยาบาลยุคพยาบาลเจเนอเรชั่นแซดในโรงพยาบาลเอกชน ประเทศไทย ชัชวาล วงศ์สารี, แก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์, สุทธิจารัตน์ เจริญพงษ์, ทวีพงษ์ บุบพารัตน์, ธนันต์นิภา ภักศุขนิธิวัฒน์, วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, อัมพร เจริญวิริชัยกูร, สายวารี เกษแก้ว
- ผลของรูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมต่อประสิทธิภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ นันทวรรณ มัชฌิมา, และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ทิพนฤตา ประจุศิลป์, ปานตา อภิรักษ์นันทน์
- ปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลจตุรทิศ กระทรวงสาธารณสุข วิไล วงศ์แก้ว, ทิพนฤตา ประจุศิลป์, อรพรรณ สอนบุญธรรม
- การศึกษาการจัดการของผู้บริหารทางการพยาบาล ในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ธรา ศรีสอาด, ทิพนฤตา ประจุศิลป์, พิชัน ธรรมวันนาคกุล
- การพัฒนารูปแบบการส่งต่อการดูแลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต่อความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ สิริกานดา กองแก้ว, รัตนพร วงศ์ฮาด, ปุณณพัตร์ มีปิ่น, ยุกา ศรีนุญเศรษฐ์, ปานตา อภิรักษ์นันทน์
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่อผู้ที่มีความวิตกกังวล ก้องกฤษฎาภรณ์ ชนแดง, สมจิตต์ สุประสงค์, กานต์ธริน ศรีสุวรรณ, เกษร สายบุญ, สงวน ธานี
- ผลของการใช้โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลแบบประคับประคอง อรพรรณ สอนบุญธรรม, ต่อความเครียด ความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยและญาติ กุลพิชญ์ เวชรัตน์พิมล, นิษพร ฤทธาปัญญา, นฤมล บุญบางยาง
- ผลของโปรแกรมจิตปัญญาศึกษาต่อการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจและความสุข ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล สุวรรณ ศรีอัยสงค์, ของนักศึกษาพยาบาล กัณทิรา เพ็ญทอง, ปิยพงศ์ สอนลบ, จินดาวรรณ เจริญศิริ, นันทวรรณ ธีรพงศ์
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้สมรรถนะวัยรุ่นต่อความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง อากาการ เปริยานัม, ชมชื่น สมประเสริฐ, นุชนาท บรรณพชร
- ผลการใช้รูปแบบการจัดการดูแลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลกับจิตตารมณ์พระวรสารต่อการรับรู้พฤติกรรมและการดูแล อธิรัตน์ พันวิสัย, ของญาติและความพึงพอใจของผู้สูงอายุ สุวรรณา อนุสันติ, ปานตา อภิรักษ์นันทน์
- ผลของการใช้รูปแบบการทำงานเป็นทีมการพยาบาลร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลต่อสมรรถนะการแก้ปัญหา สุรางคนา ฤทธาวัจ, ของพยาบาลวิชาชีพและพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะ สุวรรณา อนุสันติ, จินตนา อาจสันติเยะ
- ผลของการปรึกษาการจัดการพยาบาลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในช่วงการระบาดของเชื้อโควิด-19 สุวรรณา อนุสันติ, สิริลักษณ์ ภูมิศรีแก้ว, พรรณวดี สมกิตติกานนท์, ธรา ศรีสอาด, นิราศศิริ โรจนธรรมกุล
- รูปแบบการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ ความมั่นใจและทักษะปฏิบัติการทำหัตถการเบื้องต้น สุปราณี มณีนวรงค์, ทางศัลยกรรมของนักศึกษาพยาบาล ชัยณรงค์ นาคเทศ, รัตนา พึ่งเสมอ, วาสนา รุ่งโรจน์วันนา
- ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตน ต่อความรู้ ทักษะ ทักษะการป้องกันโรคโควิด-19 วาสนา รุ่งโรจน์วันนา, และทักษะการตรวจ ATK ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ในเขตกรุงเทพมหานคร กาญจนา ปัญญาเพ็ชร
- ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคิดสรร ต่อสมรรถนะการบริหารของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมูลนิธิในกรุงเทพมหานคร ณัชชล ดาวฤกษ์, ปานตา อภิรักษ์นันทน์, อรพรรณ สอนบุญธรรม



วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

Journal of Health and Health Management

ISSN 2408-1396 (Print)
ISSN 2730-2512 (Online)



เจ้าของ :

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ที่ปรึกษา :

ศ.กิตติคุณ ดร.นพ.จิตร สิทธิอมร เซอร์ ดร.สมศรี สุขเมธ
เซอร์คริสตอฟ เภกะนั้นท์ รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย

บรรณาธิการ :

ผศ.ดร.แก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์

บรรณาธิการประจำฉบับ :

ผศ.ดร.พรธนาทิ สมกิตติกันนัท
อาจารย์ ดร.ชัชวาล วงศ์สารี

กองบรรณาธิการ :

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ศ.ดร.วารุณี พองแก้ว

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศ.ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปินตา

รศ.ดร.โสริช โพธิ์แก้ว

ผศ.ดร.จิตอนงค์ ก้าวกลสิกรรม

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ.ดร.พนิชฐา พานิชชาวิกุล

มหาวิทยาลัยบูรพา

รศ.ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

รศ.ดร.สรารัฐ สุธรรมมาลา

ศ.ดร.บุญทิพย์ สิริธรังสี

รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล

รศ.ดร.ศรีศักดิ์ สุนทรไชย

รศ.ดร.วรางคณา จันทร์คง

รศ.สุดาว เลิศวิสุทธิไพบูลย์

ผศ.ดร.อารยา ประเสริฐชัย

ผศ.ดร.สิริรัตน์ สุธงษ์ชัยเจริญ

มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ศ.ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย

ผู้จัดการ :

ผศ.ศุภวรรณ ธนภาพรังสรรค์

การติดต่อ:

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่ 19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา

เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120

โทรศัพท์ 0-2675-5304-12

โทรสาร 0-2675-5313

<http://jhmm.slc.ac.th/> หรือที่ <https://tci-thaijo.org/index.php/slc>

วัตถุประสงค์และขอบเขต :

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการ งานสร้างสรรค์ และนวัตกรรมทางด้านสุขภาพและการจัดการสุขภาพ โดยเฉพาะทางด้านการพยาบาล กายภาพบำบัด จิตวิทยา และการสาธารณสุข
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการสื่อสารข้อมูลและข้อคิดเห็นต่างๆ ทางด้านวิชาการในด้านสุขภาพและการจัดการสุขภาพ

กำหนดการพิมพ์เผยแพร่ :

ปีละ 2 ฉบับ

- มกราคม-มิถุนายน
- กรกฎาคม-ธันวาคม

มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ

อาจารย์ ดร.ชัชวาล วงศ์สารี

มหาวิทยาลัยมหิดล

ศ.ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ

รศ.นพ.พิทยา จารุพูนผล

รศ.ดร.ประยูร พองสถิตกุล

รศ.ดร.ปัญญารัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา

ผศ.ดร.พัชราพร เกิดมงคล

มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา

รศ.ดร.วงเดือน บันดี

กระทรวงยุติธรรม

ดร.ชัตติยา รัตนดิกล

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

รศ.ดร.ดวงเดือน ศาสตรภัทร

ร.ศ.ดร.มาลีวัล เลิศสาครศิริ

ผศ.ดร.สุวรรณา อนุสันติ

ผศ.ดร.ผกาวัล พุ่มสุทัศน์

อาจารย์ ดร.อุษา คุรุครุฑิต

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยี

ผศ.ดร.พรธนาภา บรรณเกียรติ

ราชชมงคลธัญบุรี

ผู้ช่วยผู้จัดการ :

นายเกษณะ หน่อสีหา

นางสาวสาธกา สามีกักดี

พิมพ์ที่

บริษัท จูน พับลิชชิ่ง จำกัด เลขที่ 88/3 วัฒนาวิเศษ

ซอย 5 ถนนสุทธิสาร แขวงสามเสนนอก เขตห้วยขวาง

กรุงเทพมหานคร 10310

โทรศัพท์ 0-2276-6570, 0-2277-7226

โทรสาร 0-2275-2783

- บทความทุกเรื่องที่ดีพิมพ์วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ ได้รับการพิจารณาจากกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน/บทความ

- ความคิดเห็น ข้อความ ภาพ และตารางประกอบในบทความที่ดีพิมพ์ในวารสารนี้เป็นของผู้เขียน และถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนแต่เพียงผู้เดียว ซึ่งบรรณาธิการกองบรรณาธิการวารสารฯ และวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยกับสิ่งเหล่านั้น และไม่มีส่วนรับผิดชอบแต่อย่างใด

ปรัชญา “เมตตากรุณาอยู่ที่ใด พระเจ้าสถิตที่นั่น”

สารบัญ

หน้า

บทบรรณาธิการ

บทความวิชาการ

องค์กรแห่งความรู้ทางสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์ใช้สำหรับพยาบาล..... 1

Health Literacy Organization: Concept and Application for Nursing

ชนิดา ประดิษฐ์สถาพร, ศรีสุภา ใจโสภา

บทบาทพยาบาลไตเทียมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดแบบประสิทธิภาพสูง..... 11

Nursing care of Online Hemodiafiltration

รัตนาภรณ์ แซ่ลี้, วรัญญา ชลัษฐธรรมเนียม, จิตรลดา คงอินทร์, ธนิดา นางาม

บทความวิจัย

การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในสภาพแวดล้อมที่บ้าน..... 22

ช่วงระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Adaptation to Illness in Patient with Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis at Home-based Environment during Covid-19 Outbreak

ราชนัน เกษดา, ศากุล ช่างไม้, ทิพา ต่อสกุลแก้ว

Predictive Factors of Health Promoting Behaviors in Undergraduate Students During 34

COVID-19 Pandemic: a Case Study of a Private University

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาปริญญาตรี ในสถานการณ์การระบาดโควิด-19
กรณีศึกษาในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง

นภัสวรรณ นามบุญศรี, ขวัญใจ อำนางค์ชัยเชื้อ, สุนีย์ ละกำป็น, พัทธพร เกิดมงคล

ความสัมพันธ์และอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลของ 45

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ

Relationship and Influence of Health Literacy and Controlled Glycemic Behavior among Diabetes Mellitus Type2 Patients at Kantharalak Hospital, Sisaket Province

ยุพาวดี แซ่เตีย, จริญญา กฤติยาวรรณ, ศุภลักษณ์ พันทอง

ประสบการณ์การบริหารการพยาบาลของฝ่ายการพยาบาลยุคพยาบาลเจนเนอเรชั่นแซต ในโรงพยาบาลเอกชน ประเทศไทย Experience of Nursing Administration of Nursing Department toward Generation Z Nurses at Private Hospitals in Thailand ชัชวาล วงศ์สารี, แก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์, สุทธิชาร์ตน์ เจริญพงษ์, ทวีพงษ์ บุบผารัตน์, ธันต์นิภา ภัคคุชนิธิวัฒน์, วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, อัมพร เจียงวิรัชกุล, สายวารี เกษแก้ว	59
ผลของรูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมต่อประสิทธิผลการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ..... และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ Effects of the Participative Management Model on Effectiveness for Nursing Services of One-Day Surgery Patients and Professional Nurses' Satisfaction นันทวรรณ มัชฌิมา, กัญญาดา ประจุศิลป์, ปานตา อภิรักษ์นภานนท์	73
ปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลจตุรทิศ กระทรวงสาธารณสุข Predicting Factors of Palliative Care of Professional Nurses' Competencies, The Chaturathit Hospitals, The Ministry of Public Health วิไล วงศ์แก้ว, กัญญาดา ประจุศิลป์, อรพรรณ สืบบุญธวัชชัย	86
การศึกษาการจัดการของผู้บริหารทางการพยาบาล ในช่วงสถานการณ์โควิด-19..... A study of Nurse Administrators' Management During the COVID-19 Situation รดา ศรีสอาด, กัญญาดา ประจุศิลป์, พัทธนี ธรรมวัฒนากุล	99
การพัฒนารูปแบบการส่งต่อการดูแลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย..... ต่อความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ The Development of Referral Continuing Care Model for Pain Management in Advance cancer Patient สิริกานดา กอแก้ว, รัตน์พร วงศ์หาดี, ปุณณพัฒน์ มีปิ่น, ยุพา ศรีณยูเศรษฐ์, ปานตา อภิรักษ์นภานนท์	111
ประสิทธิผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่อผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน..... Effectiveness of Emotion Regulation Program on Depression in Community ก้องกัญญากรรณ์ ชนแดง, สมจิตต์ ลุประสงค์, กานต์ดริน ศรีสุวรรณ, เกษร สายธนู, สงวน ธาณี	123

หน้า

ผลของการใช้โปรแกรมสัมพันธ์ภาพบำบัดร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแล 134 แบบประคับประคอง ต่อความเครียด ความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยและผู้ดูแล The Effect of Therapeutic Relationship Combination with Empowerment Program in Palliative Care on Stress, Anxiety and Quality of life in Patients and Caregivers อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, กุลพิชญ์ เวชรัตน์พิมล, นัชร ฤทธาปัญญา, นฤมล บุญบางยาง	134
ผลของโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาต่อการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจและความสุข 147 ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล The Effects of Contemplative Education Program to Enhance Resilience and Happiness of Nursing Practice Among Nursing Students สุวรรณี สร้อยสงค์, ภัณทิรา เฟื่องทอง, ปิยพงศ์ สอนลบ, จินดาวรรณ เจริญศรี, นันทวรรณ อีรวงศ์	147
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้สมรรถนะวัยรุ่นต่อความผาสุกทางจิตของ..... 161 นักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง The Effects of Adolescent Literacy Promoting Program on the Psychological Well-Being of Students at a Private University อาภากร เปี้ยวนิม, ชมชื่น สมประเสริฐ, นุชนาถ บรรทมพร	161
ผลการใช้รูปแบบการจัดการการดูแลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลกับจิตตารมณ์พระวรสาร..... 174 ต่อการรับรู้พฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลและความพึงพอใจของผู้สูงอายุ Effects of Using a Care Management Model That Integates Care Theory and Evangelical Council Towards Caring Behaviors Perceived of the Caregivers and Older Person's Satisfaction ฐิติรัตน์ พันวิสัย, สุวรรณา อนุสันติ, ปานตา อภิรักษ์นภานนท์	174
ผลของการใช้รูปแบบการทำงานเป็นทีมการพยาบาลร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล 183 ต่อสมรรถนะการแก้ปัญหาของพยาบาลวิชาชีพและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก Effects of Using Nursing Team Work Model with Nursing Process on Professional Nurses' Problem- Solving Competency and Self- Care Behavior of Older Adults with Hip Fracture Surgery สุรางคณา ตุลาวงศ์, สุวรรณา อนุสันติ, จินตนา อาจสันติเยะ	183

หน้า

ผลของการปรึกษาการจัดการพยาบาลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในช่วงการระบาดของ..... เชื้อโควิด-19	195
Effects of Nursing Management Counseling Forwards Professional Nurse Competency in Covid-19 Pandemic	
สุวรรณา อนุสันติ, สิริลักษณ์ ภูมิศรีแก้ว, พรรณวดี สมกิตติกานนท์, รตา ศรีสะอาด, นีราศศิริ โรจนธรรมกุล	
รูปแบบการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ ความมั่นใจและทักษะ..... ปฏิบัติการทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรมของนักศึกษาพยาบาล	209
Instructional Model Using Simulation-Based Learning on Knowledge Self-Confidence and Practical Skills of Nursing Students Concerning Basic Surgical Procedures	
สุปราณี มณีวงศ์, ชัยณรงค์ นาคเทศ, รัตนา พึ่งเสมา, วาสนา รุ่งโรจน์วัฒนา	
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตน ต่อความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการป้องกัน โรคโควิด-19 และทักษะการตรวจ ATK ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ในเขตกรุงเทพมหานคร	224
The Effect of Self-efficacy Promotion Program on Knowledge, Attitude, COVID-19 Prevention Behaviors and ATK Practical Skills Among Fifth-Grade Elementary School Students in Bangkok Metropolitan Area	
วาสนา รุ่งโรจน์วัฒนา, กาญจนา ปัญญาเพ็ชร	
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ต่อสมรรถนะการบริหารของพยาบาลวิชาชีพ..... โรงพยาบาลมูลนิธิในกรุงเทพมหานคร	238
Relationship Between Selection Factors on the Administrative Performance of Professional Nurse in Foundation Hospital in Bangkok	
ณัชนชล ดาวฤกษ์, ปานตา อภิรักษ์นภานนท์, อรพรรณ สือบุญธวัชชัย	

บทบรรณาธิการ

ถึงแม้ว่า WHO จะได้ประกาศภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขโลก (Public Health Emergency of International Concern) ของโรคโควิด-19 หลังพบตัวเลขผู้เสียชีวิตลดลง และผู้คนต่างก็กลับมาใช้ชีวิตปกติ แต่หลายประเทศก็ยังคงมีการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโควิดสายพันธุ์ใหม่ ซึ่งเป็นลูกผสมจากโอมิครอนอย่าง XBB.1.16 (Arcturus) การระมัดระวังในการปฏิบัติตัว การล้างมือ และสวมหน้ากากอนามัยหากต้องไปรวมกิจกรรมที่มีคนจำนวนมากหรือไปในที่สาธารณะ รวมถึงการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นภูมิคุ้มกัน จึงเป็นเรื่องที่นี้ยังมีความจำเป็นที่เราทุกคนควรใส่ใจและให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่อง นอกจากโควิด-19 ที่อยู่กับเรามาไม่ต่ำกว่า 4-5 ปีแล้ว สถานการณ์อื่นๆ ทั้งในประเทศไทย และทั่วโลกต่างก็ขับเคลื่อนไปอย่างรวดเร็ว ทั้งในด้านเศรษฐกิจ เทคโนโลยี หรือ กระทั่งสงครามตัวแทนของกลุ่มก้อนต่างๆ ทั่วโลก ซึ่งสิ่งที่สังเกตเห็นได้ชัดคือ คนรุ่นใหม่กำลังก้าวขึ้นมาเป็นกำลังสำคัญในการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ในขณะที่อีกมุมหนึ่งผู้สูงอายุก็กำลังเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จนเกือบเป็นกลุ่มที่มีมากที่สุดของโลก

หากนำสิ่งต่าง ๆ ที่ปรากฏขึ้นมาทบทวนกับความรู้ทางด้านสุขภาพและการจัดการสุขภาพโดยเฉพาะทางด้านการพยาบาล การสาธารณสุขจะเห็นได้ว่า บุคลากรทางการแพทย์ การสาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้องต่างก็เร่งพัฒนาองค์ความรู้เพื่อให้ทันกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างมิได้หยุดหย่อน สำหรับบทความวิชาการและบทความวิจัยในวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-มิถุนายน 2566 ฉบับนี้ ยังคงเป็นบทความที่ได้รวบรวมบทความที่น่าสนใจ และได้รับการคัดสรรมาเป็นอย่างดี โดยยังคงความหลากหลายของเนื้อหาไว้เช่นเดิม ซึ่งในบางบทความอาจจะตอบให้กับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์โควิด-19 เรื่องของกลุ่มคนรุ่นใหม่ที่กำลังเติบโตขึ้นในสังคม รวมทั้งเรื่องของผู้สูงอายุที่ต้องใส่ใจดูแลเป็นพิเศษ และที่ขาดไม่ได้คือเรื่องของรูปแบบและโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านต่างๆ ในการพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้องค์ความรู้ด้านสุขภาพและการพยาบาลเติบโตก้าวหน้าไปอย่างต่อเนื่อง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในนามบรรณาธิการต้องขอขอบคุณวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ที่ให้ความสำคัญในการจัดทำวารสารที่เป็นแหล่งเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการด้านการวิจัยและพัฒนาให้กับวงการพยาบาลและสาธารณสุขมาโดยตลอด และขอขอบคุณผู้เขียนทุกท่านที่สนใจส่งบทความลงเผยแพร่ความรู้ที่เป็นประโยชน์และมีคุณค่า รวมทั้งขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้งภายในและภายนอกที่ประเมินบทความและสละเวลาอันมีค่าในการประเมินและให้ข้อเสนอแนะบทความให้มีคุณภาพและมาตรฐานทางวิชาการ หวังว่าผู้อ่านทุกท่านจะได้รับประโยชน์จากบทความเหล่านี้ มีองค์ความรู้ที่สามารถเผชิญหน้ากับสิ่งท้าทายและวิกฤติการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเต็มกำลัง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์

บรรณาธิการ

องค์กรแห่งความรอบรู้ทางสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์ใช้สำหรับพยาบาล Health Literacy Organization: Concept and Application for Nursing

ชนิตา ประดิษฐ์สถาพร, ส.ด., Chanita Praditsathaporn, Dr.PH.^{1*}

ศรีสุภา ใจโสภา, พย.ม., Srisupa Jaisopa, M.N.S.²

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

¹Assistant Professor, Dr.PH., Faculty of Nursing, Naresuan University, Phitsanulok Province

²อาจารย์, โครงการจัดตั้งวิทยาเขตนครสวรรค์ มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดนครสวรรค์

²Lecturer, Nakhonsawan Campus, Mahidol University, Nakhonsawan Province

*Corresponding Author Email: sode_mam@hotmail.com

Received: December 7, 2021

Revised: March 21, 2023

Accepted: May 31, 2023

บทคัดย่อ

ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นกระบวนการทางปัญญาและสังคมที่ส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีสุขภาวะที่ดี โดยการฝึกให้ผู้รับบริการเข้าถึง เข้าใจ ไตร่ตรอง เกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร คิด ตัดสินใจหรือเลือกปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมกับตนเอง ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้รับบริการจะเกิดขึ้นได้ ต้องอาศัยความเป็นองค์กรแห่งความรอบรู้ทางสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพที่ส่งเสริม ผลักดันให้บุคลากรเกิดตระหนักถึงความสำคัญของความรอบรู้ทางสุขภาพและมีศักยภาพในการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพแก่ผู้รับบริการ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับแนวคิดองค์กรแห่งองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ องค์ประกอบ และแนวทางการประยุกต์ใช้แนวคิดองค์กรแห่งความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับพยาบาล

คำสำคัญ: องค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ พยาบาล

Abstract

Health literacy is the social cognitive learning process to encourage individuals' ability or capacity to obtain, manage, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions for themselves. Recognizing that addressing health literacy is critical to all dimensions of health care and people of all ages, promoting Health Literate Organization (HLO) is supposed to manipulate in all healthcare settings. Healthcare

organizations should emphasize health literacy within their boundaries since its extensive impact on individuals' health and well-being to achieve better health outcomes. This paper's objective encourages nurses to learn about the concept, attribution, and application of health Literacy organization.

Keywords: Health Literate Organization, Organizational Health Literacy, Nursing

บทนำ

ในศตวรรษที่ 20 นี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นแนวคิดใหม่ที่กำลังก้าวอย่างกว้างขวางในวงการแพทย์และสาธารณสุข องค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Organizational health literacy: OHL) เป็นแนวคิดที่ต่อยอดแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพมุ่งให้ความสำคัญกับการบริการ (services) ระบบ (systems) การจัดการข้อมูลด้านสุขภาพ (organizations) และทรัพยากร (resource) เพื่อการสนับสนุนให้ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Farmanova, Bonneville & Bouchard, 2018) เป็นความสามารถในการสนับสนุนความสำเร็จเกี่ยวกับการทำงานด้านสุขภาพและการเข้าถึงคุณภาพการดูแลสุขภาพเพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีของบุคคล ครอบครัวและชุมชน (World Health Organization, 2018) เป็นองค์กรที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อผู้รับบริการหรือผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้นโดยปรับปรุงการให้ข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อให้เข้าถึงต่อความเข้าใจ เข้าถึงและนำไปใช้ได้ของผู้รับบริการ/ผู้ป่วย (Bremer et al., 2021) องค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ เริ่มถูกกล่าวถึงแพร่หลายเรื่อยมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 2010 (Brach, 2017)

การนำแนวคิดองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติยังพบไม่มากนัก ด้วยการศึกษาที่ผ่านมาเน้นการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ

เป็นหลัก การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขปรากฏน้อยมาก (รัชนิบูลย์ เงินวิทย์, ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ, เบญจมาศ ทศนะสุภาพ, และนพรัตน์ ละครเขต, 2566) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหลายแห่งยังไม่มีนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ชนิตา ประดิษฐ์สถาพร, เกษร เกตุชู, และธรรมวิทย์ ราญรอน, 2564) โรงพยาบาลชาดผู้นำที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและขาดสิ่งสนับสนุนจากองค์กรในการนำความรอบรู้ด้านสุขภาพไปปฏิบัติ (Rajah, Hassali, & Lim, 2017) ทั้งที่การพัฒนาองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งปัจจัยเชิงระบบ นโยบายและสภาพแวดล้อมที่ผู้นำจัดสรรจำเป็นต้องพัฒนาควบคู่กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2561) เพราะหากบุคลากรทางการแพทย์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ พวกเขาจะนำพาผู้รับบริการสุขภาพเกิดความรอบรู้ทางสุขภาพได้ นอกจากนั้นการขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับองค์กรมีโอกาสดังความยั่งยืนมากกว่าการขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับบุคคลเพียงอย่างเดียว (วิมล โรมา, 2561)

ดังนั้นบทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อชี้ให้พยาบาลเกิดความเข้าใจแนวคิดองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ องค์ประกอบ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และแนวทาง

การประยุกต์ใช้แนวคิดองค์กรแห่งความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับพยาบาล

คำจำกัดความขององค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ

คำว่า องค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีคำใกล้เคียงที่นิยมใช้ ได้แก่ Health Literate Organizations (Schillinger & Keller, 2011), Health Literacy-Friendly Organizations (Kickbusch, Brindley, & World Health Organization, 2013) Health Literate Environment (Rudd & Anderson, 2006), Health Literacy Health Care Organization (Brach, et al., 2012) Organizational Health Literacy Responsiveness (Trezona, Dodson, & Osborne, 2017) สำหรับประเทศไทยใช้คำว่า องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization: HLO) โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2561) ตลอดบทความนี้ผู้เขียนจะใช้คำว่า องค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ บทความนี้จะใช้คำว่า “องค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ”

องค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Organizational Health Literacy: OHL) เป็นแนวคิดใหม่ที่กล่าวถึงวิธีการที่บุคลากรทางแพทย์สื่อสารกับ ผู้รับบริการ/ผู้ป่วย วิธีการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ ในสถานที่ตั้ง ที่ผู้รับบริการ/ผู้ป่วยอาศัยอยู่ได้แก่ สถานที่ทำงาน โรงเรียน โรงพยาบาล และบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์ที่จะทำให้ผู้รับบริการ/ผู้ป่วยเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (World Health Organization: WHO, 2013) เป็นการเชื่อมโยงระบบบริการให้ตอบสนองความต้องการของประชาชน ความสามารถในการสนับสนุนความสำเร็จเกี่ยวกับการทำงานด้านสุขภาพและการเข้าถึงคุณภาพการดูแลสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่ง

การมีสุขภาพดีของบุคคล ครอบครัวและชุมชน (World Health Organization, 2018) เป็นการจัดระบบกระบวนการและบริการ ที่เอื้อให้บุคลากรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตระหนักถึงความต้องการของผู้ร่วมงาน มีความรู้ในการสื่อสารระหว่างบุคคลและองค์กรนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพบริการภายใต้ความจำกัดของทรัพยากร (Shirly, Shahar, & Diane, 2021) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2561) องค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นองค์กรที่ถือว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคนในองค์กร การจัดระบบกระบวนการและบริการให้ความสำคัญกับเรื่องของข้อมูลและการสื่อสาร ที่เอื้อให้บุคลากรทุกคนมีความสามารถในการสื่อสาร การให้ข้อมูลสุขภาพ จนทำให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจ เข้าใจ นำข้อมูลไปใช้ดำเนินชีวิตได้ไม่ว่าผู้รับบริการจะเป็นใคร และมีลักษณะประชากรเป็นอย่างไร

สรุปองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นระบบกระบวนการที่สนับสนุนให้บุคลากรด้านสุขภาพมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เมื่อบุคลากรมีความเข้าใจ เกิดสมรรถนะเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พวกเขาจะเป็นผู้สนับสนุน ส่งเสริม เกื้อกูล ผลักดันให้ผู้รับบริการ/ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ย่อมเหตุให้ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยมีความสามารถในการรับผิดชอบและดูแลสุขภาพตนเอง

แนวคิดการเป็นองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ

แนวคิดองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพในยุโรป ถูกพัฒนามาจากคำถาม 2 ประเด็น (Farmanova, et al., 2018) คือ องค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพคืออะไร (What) วิธีดำเนินการขององค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพทำอย่างไร (How)

คำตอบของประเด็นที่ 1 องค์กรแห่งความรอบรู้

ด้านสุขภาพคืออะไร องค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ เดิมถูกมองจากวิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กรเป็นหลัก ต่อมาพิจารณาองค์ประกอบของวัฒนธรรมองค์กร ร่วมด้วย ทำให้องค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพถูกมอง เป็นเรื่องของบุคคลและระบบ (Rudd & Anderson, 2006) แต่องค์กรความรอบรู้ด้านสุขภาพดังกล่าวถูกจำกัด ในมุมมองของสังคม อิทธิพลของการมีชีวิตและความจำเป็น ของบุคคล นักวิชาการกลุ่มนี้จึงนำมุมมองทางนิเวศวิทยา (Ecological perspective) เข้ามาผสมผสาน องค์กร แห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงถูกกล่าวถึงในมุมมองสุขภาพ คุณภาพบริการ และความปลอดภัย (World Health Organization: WHO, 2013) โดยองค์กรอนามัย โลกเรียกมุมมองดังกล่าวว่า The Vienna Concept of Health Literate Hospital and Health Care Organization (V-HLO)

ในขณะเดียวกันนักวิชาการอีกกลุ่มหนึ่งเชื่อตาม ทฤษฎีของรอว์ส (The Rawls's theory) ที่เน้นความ เป็นเลิศของการดูแลหรือการบริการที่ดี นักวิชาการ กลุ่มนี้จึงเห็นว่า องค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวข้องกับความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพกับการเข้าถึง เข้าใจ ข้อมูลข่าวสาร (Sørensen et al., 2012) ปฏิสัมพันธ์หรือการสื่อสาร (Pelikan & Ganahl, 2017) การตอบสนองการดูแลสุขภาพอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่ภาวะผู้นำ วัฒนธรรมองค์กร ระบบ กระบวนการ นโยบาย การมีส่วนร่วม การสื่อสารในการปฏิบัติและ มาตรฐานการปฏิบัติ และกำลังคน (Trezona, Dodson, & Osborne, 2017) แนวคิดนี้จึงถูกเรียกว่า Orga- nizational Health Literacy Responsiveness (Org-HLR) ด้วยกรอบ Org-HLR องค์กรแห่งความ รอบรู้ด้านสุขภาพจึงถูกสนใจในประเด็นคุณภาพบริการ การพัฒนาองค์กรและระบบเพื่อการเข้าถึงบริการ การมี ส่วนร่วมของผู้รับบริการในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ และความผาสุกของชีวิต รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ

ระบบสุขภาพและองค์กร วิธีการจะทำให้เกิดคุณภาพ บริการ คุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลข่าวสารให้เป็นประโยชน์

คำตอบของประเด็นถัดมา วิธีดำเนินการ ขององค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพทำอย่างไร นักวิชาการหลายท่านเลือกวิธีดำเนินการขององค์กร มาจากแนวคิดที่หลากหลาย (Farmanova, et al., 2018) เช่น แนวคิดพฤติกรรมองค์กร (Organization behavior) การบริหารจัดการองค์กรสุขภาพ (Health care management) การประยุกต์ใช้เชิงวิทยาศาสตร์ (Implementation Science) การปรับปรุงคุณภาพ (Quality improvement) การบริหารงานแบบ Balance Score Card การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (The Chronic Care Model) โมเดลการดูแลด้วยความรอบรู้ ด้านสุขภาพ (Health Literate Care Model) เป็นต้น

1. แนวคิดองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ
สรุปได้ 3 แนวคิดหลัก ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล (2564) คือ

แนวคิดที่ 1 องค์กรแห่งความรอบรู้ทาง สุขภาพในฐานะแนวคิดความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อม (Health Literate Environment) ของหน่วยบริการ สุขภาพ อยู่ภายใต้ฐานคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่เน้นบุคคลและระบบ ที่เน้นความคาดหวัง ความชื่นชอบ และทักษะการสื่อสารหรือบริการ (Rudd & Anderson, 2006) สุขภาพ คุณภาพบริการ และความปลอดภัย (Kickbusch et al., 2013)

แนวคิดที่ 2 องค์กรแห่งความรอบรู้ด้าน สุขภาพ (Health Literate Health Care Organiza- tions) หมายถึง องค์กรที่พัฒนาระบบที่ง่ายต่อการค้นหา เข้าใจ ใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการในการดูแลสุขภาพ ของตนเอง (Brach et al., 2012) ความเข้าใจเกี่ยวกับ สุขภาพกับการเข้าถึง เข้าใจ ข้อมูลข่าวสาร (Sørensen et al., 2012)

แนวคิดที่ 3 องค์กรแห่งความรอบรู้ด้าน

สุขภาพ เป็นองค์กรที่พัฒนาอย่างเป็นระบบเป็นเรื่องของทุกคนในองค์กร เพื่อให้เข้าถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้ป่วย ญาติ บุคลากร ผู้บริหาร ประชาชนทั่วไป ในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและใช้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหรือสุขภาพ การตอบสนอง การดูแลสุขภาพอย่างเป็นระบบ (Trezona, Dodson & Osborne, 2017) เน้นปฏิสัมพันธ์หรือการสื่อสาร (Bremer, et.al., 2021; Pelikan & Ganahl, 2017) เพื่อยกระดับความรู้สุขภาพนำไปสู่การตัดสินใจในการส่งเสริมป้องกันโรคแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Brach et al., 2012 ; Sørensen et al., 2012) ความรอบรู้แห่งองค์กรทางสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคนในองค์กร การจัดระบบ กระบวนการและการบริการ ให้มีความสำคัญกับเรื่อง การสื่อสารและข้อมูล ที่เอื้อให้บุคลากรมีความสามารถในการสื่อสาร ให้ข้อมูลสุขภาพ ที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดการเข้าถึง เข้าใจและนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองได้ (กันยารัตน์ กุญสุวรรณ, 2562)

สำหรับประเทศไทย แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพปรากฏครั้งแรกในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขกำหนดกรอบแนวคิดความรู้ทางสุขภาพระดับบุคคล โดยใช้สัญลักษณ์ V-shape ในการอธิบาย 6 ขั้นตอนของกระบวนการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ คือ เข้าถึง เข้าใจ ได้ตอบคำถามแลกเปลี่ยน ตัดสินใจ บอกต่อ แลกเปลี่ยนและใช้ระบบพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพไทยแบบบูรณาการ 3 มิติและตามบริบทของหน่วยงาน (วิมล โรมา และสายชล คล้อยเอี่ยม, 2561) จึงทำให้เห็นกรอบแนวคิดองค์กรแห่งความรู้ด้านสุขภาพปรากฏขึ้นในปีพ.ศ.2560 โดยกรมอนามัยใช้กรอบแนวคิด 10 องค์ประกอบของบาราค (Brach, 2017) เป็นกรอบขึ้นนำวิธิตำเนินการขององค์กรแห่งความรู้ด้านสุขภาพ

พ.ศ. 2564 ผลกระทบจากโควิด-19 ทำให้ความเชื่อมั่นของคนไทยต่อระบบบริการของโรงพยาบาล และหน่วยงานบริการปฐมภูมิสั่นคลอน สมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย (สครท.) จึงพัฒนาเกณฑ์การประเมินการรับรองและคู่มือการใช้เกณฑ์สำหรับโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิความรู้ด้านสุขภาพขึ้น เพื่อตอบคำถาม 2 ประเด็นคือ ประเด็นที่ 1 โรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ มีคุณลักษณะและผลลัพธ์การดำเนินงานตามแนวคิดองค์กรแห่งความรู้ด้านสุขภาพมากน้อยเพียงไร และประเด็นที่ 2 ทำอย่างไรจึงจะสามารถปรับปรุงให้โรงพยาบาลและหน่วยงานบริการปฐมภูมิให้เป็นองค์กรแห่งความรู้ได้

ในมุมมองผู้เขียน มองว่า การเป็นองค์กรแห่งความรู้ด้านสุขภาพเป็นแนวคิดที่อยู่ภายใต้ระบบและการมีส่วนร่วม กล่าวคือ การพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งความรู้ด้านสุขภาพตั้งต้นตั้งแต่ระบบกลไก กระบวนการ ทรัพยากรบุคคล งบประมาณ และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดความรู้ด้านสุขภาพ การให้คนทุกคนในองค์กรมีส่วนร่วมในการพัฒนาเป็นสิ่งสำคัญ การสื่อสารระหว่างองค์กร บุคลากรจนผู้รับบริการเกิดความรู้ด้านสุขภาพเป็นจุดมุ่งหมายสำคัญ โดยคำว่าองค์กรนั้นหมายรวมถึงตั้งแต่หน่วยบริการในโรงพยาบาล โรงพยาบาล ศูนย์บริการสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ

2. องค์ประกอบขององค์กรแห่งความรู้ด้านสุขภาพ

ปี ค.ศ. 2012 องค์การอนามัยโลกเผยแพร่ องค์ประกอบขององค์กรแห่งความรู้ด้านสุขภาพครั้งแรก 8 องค์ประกอบภายใต้แนวคิดของบาราค (Brach et al., 2012) ต่อมาในปี ค.ศ. 2017 บาราคปรับปรุงองค์ประกอบขององค์กรแห่งความรู้ด้านสุขภาพให้เป็นระบบมากขึ้น เป็น 10 องค์ประกอบของบาราค

(Brach, 2017) คือ

2.1 ผู้นำองค์กรกำหนดให้ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นพันธกิจขององค์กร มีโครงสร้างองค์กรรับผิดชอบดำเนินการโดยมีคณะกรรมการความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีแผนปฏิบัติ มีบุคลากรที่เป็นผู้นำในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2.2 มีแผน การประเมินผลและการปรับปรุงโดยคณะกรรมการความรอบรู้ด้านสุขภาพศึกษาปรากฏการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้รับบริการ พัฒนาเครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ บันทึกข้อมูลที่ได้ จัดทำแผนการดูแลผู้รับบริการ ประเมินผลและปรับปรุง

2.3 มีหลักสูตรพัฒนาบุคลากรให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยบราค (Brach, 2017) เสนอการเตรียมบุคลากร เริ่มตั้งแต่ให้มีการปฐมนิเทศบุคลากรภายใน 30 วันหลังบุคลากรตกลงในความร่วมมือพัฒนาองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ อบรมให้บุคลากรเข้าใจความเชื่อมต่อ ความสัมพันธ์ ผลลัพธ์และเครือข่ายด้วยเทคนิคการย้อนกลับ ทักษะการใช้ภาษาและคำถาม 3 ข้อ จากนั้นฝึกการเขียนและบันทึกลงในโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2.4 มีกลุ่มเป้าหมายที่มีส่วนร่วมในการออกแบบ ดำเนินการและประเมินผลการพัฒนาโดยเลือกกลุ่มเป้าหมายกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งมาเริ่มต้นภายใต้การมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายในการออกแบบ ดำเนินการและประเมินผล

2.5 ตอบสนองความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งผู้รับบุคลากร บุคลากรในองค์กร ชุมชนผ่านการสื่อสารทั้งวันภาษาและอวัจนภาษา การจัดสรรทรัพยากร การประสานความร่วมมือ การจัดสรรสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ คอมพิวเตอร์ พื้นที่ที่เป็นสัดส่วน ระบบ

2.6 มีการสื่อสารและการออกแบบสื่อที่มี

ประสิทธิภาพ มีการติดตามความเข้าใจของผู้รับบริการ/ชุมชน เริ่มจากการสื่อสารขยายแนวคิดองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่บุคลากรหลักได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ช่วยพยาบาล รวมถึงบุคลากรสายสนับสนุน มีแนวปฏิบัติสำหรับบุคลากร

2.7 มีการสนับสนุนการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและช่วยเหลือให้เข้าถึงบริการ ช่องทางการสื่อสารให้ผู้รับบริการเข้าถึงข้อมูลได้แก่ บริการ ขนส่ง จิตอาสา ป้ายบอกทาง

2.8 สื่อมีการออกแบบสื่อที่เข้าใจง่าย เข้าถึงและนำไปสู่การปฏิบัติได้ คณะกรรมการความรอบรู้ด้านสุขภาพต้องดูแลและออกแบบสื่อตั้งแต่โครงสร้างหลัก เครื่องมือวัด ผู้ให้บริการ เนื้อหา การส่งผู้ป่วยกลับ การปรับให้เหมาะกับกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย

2.9 มุ่งเน้นสถานการณ์และกลุ่มระดับที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำ กลุ่มที่มีข้อจำกัดในการเรียนรู้

2.10 การดำเนินงานครอบคลุมการวัดและประเมินผล รวมทั้งการวางแผนค่าใช้จ่าย ขององค์กรและผู้รับบริการ

ฟลามานัวและคณะ (Farmanova, et al., 2018) กล่าวถึงองค์ประกอบขององค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบคือ 1. การประเมินและชี้ช่องทาง 2. การสื่อสาร 3. การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ 4. ผู้ให้บริการ 5. ภาวะผู้นำและการจัดการ และ 6. ระบุความต้องการของผู้รับบริการ/กลุ่มเป้าหมาย

บทความล่าสุดมององค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพในฐานะหน่วยบริการสุขภาพซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพและเกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เบเมอร์และคณะ (Bremer, et al., 2021) กล่าวถึงองค์ประกอบ 6 ด้านขององค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Health Care Organizations: HLHOs) ประกอบด้วย 1) การสื่อสาร 2) การเข้าถึงบริการ 3) การบูรณาการงาน งบประมาณ

และทรัพยากร 4) การประเมินและพัฒนาองค์กร องค์ประกอบขององค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ
5) การเสริมพลังอำนาจและสนับสนุน และ 6) การ เพื่อความชัดเจน (ดังตารางที่ 1)
หนุนเสริมสมรรถนะของผู้ให้บริการ ทั้งนี้ผู้เขียนสรุป

ตารางที่ 1 องค์ประกอบขององค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำแนกตามนักวิชาการและปี ค.ศ.

(Brach, 2017)	(Farmanova, et.al., 2018)	(Bremer, et. al., 2021)
1. ผู้นำองค์กรกำหนดให้ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นพันธกิจขององค์กร มีโครงสร้างองค์กรรับผิดชอบดำเนินการ	1. การประเมินและชี้ช่องทาง	1. การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ
2. มีแผน การประเมินผลและการปรับปรุง	2. การสื่อสาร	2. ความง่ายในการเข้าถึงและการขึ้นนำ
3. มีหลักสูตรพัฒนาบุคลากรให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพ	3. การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ	3. การบูรณาการและการจัดลำดับความสำคัญ
4. มีกลุ่มเป้าหมายที่มีส่วนร่วมในการออกแบบ ดำเนินการและประเมินผลการพัฒนา	4. ผู้ให้บริการ	4. การประเมินและพัฒนาองค์กร
5. ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการโดยปราศจากการตีตรา	5. ภาวะผู้นำและการจัดการ	5. การเสริมแรงและสนับสนุนการบริการแก่ผู้รับบริการ
6. มีการสื่อสารและการออกแบบสื่อที่มีประสิทธิภาพ มีการติดตามความเข้าใจของผู้รับบริการ/ชุมชน	6. ระบุความต้องการของผู้รับบริการ/กลุ่มเป้าหมาย	6. ข้อมูลข่าวสารและคุณลักษณะของผู้ให้บริการ
7. มีการสนับสนุนการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและช่วยเหลือให้เข้าถึงบริการ		
8. สื่อ มีการออกแบบสื่อที่เข้าใจง่าย เข้าถึงและนำไปสู่การปฏิบัติได้		
9. มุ่งเน้นกลุ่มระดับที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำ กลุ่มที่มีข้อจำกัดในการเรียนรู้		
10. การดำเนินงานครอบคลุมการวัดและประเมินผล รวมทั้งการวางแผนค่าใช้จ่าย		

แนวทางการประยุกต์ใช้แนวคิดองค์กรแห่งความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับพยาบาล

การนำเสนอในที่นี้ ผู้เขียนขอเสนอ ประสพการณ์การใช้แนวคิดองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพกับงานวิจัย 2 กรณี

กรณี 1 ผู้เขียนนำแบบประเมินองค์ประกอบขององค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ 10 ประการของบราชใช้ประเมินเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิ (CUP) ในจังหวัดเขตภาคเหนือตอนบนแห่งหนึ่ง พบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้แก่ คณะกรรมการเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ บุคลากรทั้งทันตแพทย์ แพทย์ กายภาพบำบัด โภชนากรและพยาบาล คนต่างมีมุมมองว่า หน่วยบริการสุขภาพเป็นองค์กรที่ดูแลสุขภาพประชาชนในองค์กรรวม องค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นหน่วยบริการสุขภาพ นโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขไม่ได้ให้กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจที่แยกออกมาเฉพาะความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงไม่มีแผนงาน แผนปฏิบัติการ โครงการที่เน้นเฉพาะ ผู้ให้ข้อมูลต่างกล่าวตรงกันว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ คือ การให้สุศึกษา การประเมินการเป็นองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพของเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิอยู่ในระดับปานกลาง การถ่ายทอดนโยบาย ความรอบรู้ทางสุขภาพสู่การปฏิบัติไม่ชัดเจน บุคลากรไม่ได้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพ ไม่มีงบประมาณในการออกแบบกิจกรรม/ผลิตสื่อเพื่อการยกระดับความรอบรู้ทางสุขภาพโดยตรง แต่กลับพบว่า บุคลากรมีการผลิตสื่อนวัตกรรมเพื่อยกระดับความรอบรู้ทางสุขภาพแก่ผู้รับบริการ

กรณีที่ 2 การพัฒนาคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชนให้เป็นองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ จังหวัดภาคเหนือตอนล่างของผู้เขียนพบว่า การกำหนดนโยบายของผู้บริหาร บุคลากรเห็นความสำคัญของการพัฒนาผู้รับบริการให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสื่อสารสอน

เป็นโมเดลทำให้ผู้รับบริการเห็นปริมาณ ลักษณะอาหารที่เหมาะสมกับการบริโภค การส่งเสริมการออกกำลังกายไปพร้อมกับการทำงานด้วยการหายใจทำให้ผู้รับบริการทำในชีวิตประจำวันได้ง่าย เป็นเงื่อนไขความสำเร็จในครั้งนี้ เนื่องจากผู้รับบริการที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เมื่อต้องพัฒนาให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ 1 คน ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาทีต่อครั้ง การสนับสนุนให้แกนนำสุขภาพเพื่อทำหน้าที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแทนบุคลากรเป็นสิ่งที่ต้องพัฒนา

จากกรณีตัวอย่างข้างต้น ผู้เขียนเสนอแนวทางการประยุกต์แนวคิดองค์กรแห่งความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับพยาบาล ดังนี้

1. ผู้บริหารหน่วยบริการสุขภาพต้องเข้าใจเห็นและจัดลำดับว่า ความเป็นองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นประเด็นสำคัญ การสื่อสารและตั้งเป้าหมายกับคนในองค์กรว่า ทุกคนต้องเข้าใจตรงกัน เห็นความสำคัญของตนในการหนุนเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้รับบริการและร่วมกันพัฒนาองค์กร

2. ผู้บริหารหน่วยบริการสุขภาพ ต้องตระหนักว่าการปลูกฝังหรือสร้างวัฒนธรรมองค์กรให้เห็นว่า การพัฒนานวัตกรรมของผู้ให้บริการเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการเกิดความรู้ด้านสุขภาพของผู้รับบริการ การเสริมแรงจูงใจแก่ผู้ปฏิบัติงานในเชิงรูปธรรม เช่น การยกย่อง ชมเชย การประกาศเกียรติคุณ การใช้นวัตกรรมเป็นเกณฑ์การเลื่อนขั้น จะส่งเสริมการพัฒนานวัตกรรมของผู้ให้บริการ

3. ผู้ปฏิบัติการจำเป็นต้องมีสมรรถนะการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การอบรมและฝึกทักษะ การสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญ เช่น การไม่พูดคำศัพท์ทางการแพทย์ การใช้จังหวะความเร็วปานกลางในการพูดกับผู้รับบริการ การใช้คำถามปลายเปิด ย่อมส่งผลให้ผู้รับบริการเข้าถึง เข้าใจได้ตรงประเด็น

4. ระบบสนับสนุนและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อ ได้แก่

โมเดล รูปภาพ วิดีทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์ เป็นสื่อที่ใช้ทบทวนเน้นประเด็นสำคัญ การจัดสถานที่ให้เอื้อต่อการแนะนำรายบุคคล และการฝึกอบรมแกนนำสุขภาพที่สามารถทำหน้าที่บางส่วนแทนบุคลากรทางสุขภาพได้จำเป็นต้องมีมากขึ้น

สรุป การพัฒนาองค์กรแห่งความรอบรู้ทางสุขภาพ เป็นเรื่องของคนทุกคนในองค์กรที่มีส่วนในการผลักดันให้ผู้รับบริการเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยผู้บริหารเป็นปัจจัยความสำเร็จลำดับต้น สื่อที่ทำให้เห็นภาพที่ชัดเจนและการสื่อสารทั้งวงจภาษาและอวจนภาษาระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการโดยเฉพาะพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดผู้รับบริการจำเป็นต้องตระหนักและฝึกฝน

เอกสารอ้างอิง

- กันยารัตน์ กุญสุวรรณ. (2562). แนวคิด หลักการ องค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ. สืบค้นจาก <http://www.hepa.or.th/assets/file/conference.pdf>
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.
- ชนิตา ประดิษฐ์สถาพร, เกษร เกตุชู, และธรรมวิทย์ ราษฎร์อน. (2564). การพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้วยความรอบรู้ทางสุขภาพของเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิ (CUP) จังหวัดพะเยา. รายงานการวิจัยทุนสนับสนุนจากสกว.ร่วมกับมหาวิทยาลัยพะเยา.
- ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. (2564). Review Health Literacy Healthcare Setting. สืบค้นจาก <http://doh.hpc.go.th/bs/topicDisplay.php?id=461>
- รัชนิบูลย์ เงินวิลัย, ศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ, เบญจมาศ ทศนะสุภาพ, และนพรัตน์ ละครเขต. (2566). การพัฒนาองค์กรพยาบาลรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 39(1), 183-192.
- วิมล โรมา. (2561). แนวคิดหลักการขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัยของประชาชนเพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน.
- วิมล โรมา, และสายชล คล้อยเอี่ยม. (2561). การพัฒนาชุดข้อมูลความรู้พื้นฐานที่สำคัญและจำเป็นสำหรับประชาชนไทย โดยใช้แนวคิดระบบพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพไทย แบบบูรณาการ 3 มิติ. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 41(2), 22-32.
- Brach, C., Keller, D., Hernandez, L.M., Baur, C., Parker, R., Dreyer, B., Schyve, P., Lemerise, A.J., & Schillinger, D. (2012). *Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations* Institution of Medicine. Retrieved from http://gahealthliteracy.org/wp-content/uploads/2014/07/BPH_Ten_HLit_Attributes.pdf
- Brach, C. (2017). The journey to become a health literate organization: A snapshot of health system improvement. *Stud Health Technol Inform*, 240(1), 203-237.

- Bremer, D., Klockmann, I., Jaß, L., Härter, M., von dem Knesebeck, O., & Lüdecke, D. (2021). Which criteria characterize a health literate health care organization?—a scoping review on organizational health literacy. *BMC health services research*, 21,(1), 1-14.
- Farmanova, E., Bonneville, L., & Bouchard, L. (2018). Organizational health literacy: review of theories, frameworks, guides, and implementation issues. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 55(1), 1-17.
- Kickbusch, I., Brindley, C., & World Health Organization. (2013). *Health in the post-2015 development agenda: an analysis of the UN-led thematic consultations, High-Level Panel report and sustainable development debate in the context of health*. World Health Organization.
- Pelikan, J. M., & Ganahl, K. (2017). Measuring health literacy in general populations: Primary findings from the HLS-EU Consortium's health literacy assessment effort. *Stud Health Technol Inform*, 240(1), 34-59.
- Rajah, R., Hassali, M. A., & Lim, C. J. (2017). Health literacy-related knowledge, attitude, and perceived barriers: a cross-sectional study among physicians, pharmacists, and nurses in public hospitals of Penang, Malaysia. *Frontiers in public health*, 5(10), 281-287.
- Rudd, R.E., & Anderson, J.E. (2006). *The Health Literacy Environment of Hospitals and Health Centers. Partners for Action: Making Your Healthcare Facility Literacy-Friendly*. Boston: National Center for the Study of Adult Learning and Literacy.
- Sørensen, K, Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonka, Z., Brand, H., & Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80): 1-13.
- Schillinger, D. & Keller, D. (2011) *The other side of the coin: Attributes of a health literate healthcare*. New York: Institute of Medicine Roundtable on Health Literacy.
- Trezona, A., Dodson, S.& Osborne, R.H. (2017). Development of the organizational health literacy responsiveness (Org-HLR) framework in collaboration with health and social services professionals. *BMC Health Services Research*, 17(513), 1-12.
- World Health Organization. (2018). *Health Literacy and Health Behavior*. Retrieved from <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-well-being/seventh-global-conference/health-literacy>



บทบาพยาบาลไตเทียมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด แบบประสิทธิภาพสูง

Nursing Care of Online Hemodiafiltration

รัตนารณ์ แซ่ลี้, พย.บ., Rattanaporn Saelim, B.N.S.¹

วรัญญา คลังธรรมเนียม, พย.บ., Waranya Klungthamneam, B.N.S.^{2*}

จิตรลดา คงอินทร์, พย.บ., Jitlada Kongin, B.N.S.²

ธนิดา นางาม, พย.บ., Tanida Nangam, B.N.S.²

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, หัวหน้าหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

¹Registered Nurse Senior Professional Level, Head of Hemodialysis Nursing team at the
Hospital for Tropical Diseases, Faculty Tropical Medicine, Mahidol University

²พยาบาลวิชาชีพ, หน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

²Professional Nurse, Hemodialysis Nurse at the Hospital for Tropical Diseases, Faculty
Tropical Medicine, Mahidol University

*Corresponding Author Email: waranya.klu@mahidol.ac.th

Received: October 30, 2022

Revised: April 11, 2023

Accepted: May 31, 2023

บทคัดย่อ

การฟอกเลือดแบบประสิทธิภาพสูง (online hemodiafiltration : OL-HDF) เป็นการพัฒนาวิธีการรักษา การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นโดยเพิ่มความสามารถในการขจัดของเสียซึ่งเป็น โมเลกุลขนาดใหญ่ที่สะสมในร่างกายได้ดีกว่าวิธีการฟอกเลือดแบบธรรมดา (conventional hemodialysis) โดยอาศัยขบวนการแพร่ (diffusion) และการพา (convection) ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดแบบธรรมดาระยะยาวจะมี ของเสียซึ่งเป็นโมเลกุลขนาดใหญ่สะสมในร่างกายเป็นเวลานานส่งผลให้ร่างกายเกิดการเจ็บป่วย หากของเสียที่เป็น โมเลกุลขนาดใหญ่ได้ถูกขจัดออกด้วยวิธีการฟอกเลือดแบบประสิทธิภาพสูง จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรง ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงการมีชีวิตที่ยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การฟอกเลือดแบบประสิทธิภาพสูงต้องอาศัยเครื่องฟอกเลือดที่สามารถฟอกเลือดแบบประสิทธิภาพสูงเฉพาะ

เท่านั้น ต้องใช้ตัวกรองเลือดที่มีรูกรองขนาดใหญ่ และระบบน้ำบริสุทธิ์คุณภาพสูง (ultrapure water system) ดังนั้นบทบาทพยาบาลไตเทียมในฐานะที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ฟอกเลือดแบบประสิทธิภาพสูงต้องมีความรู้และความชำนาญในการใช้เครื่องไตเทียมที่สามารถฟอกเลือดแบบประสิทธิภาพสูงได้ ต้องกำกับดูแลการป้องกันการติดเชื้อของระบบเครื่องไตเทียม ระบบน้ำบริสุทธิ์คุณภาพสูงให้ได้ตามมาตรฐานสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อจากการใช้ตัวกรองเลือดที่มีรูกรองขนาดใหญ่ การเฝ้าระวังตัวกรองเลือดอุดตันได้ง่ายระหว่างการฟอกเลือดและการแก้ไขภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและการฟอกเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด นอกจากนี้พยาบาลไตเทียมต้องให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยในเรื่องโภชนาการเนื่องจากการสูญเสียโปรตีนและวิตามินมากกว่าการฟอกเลือดแบบธรรมดา

คำสำคัญ: บทบาท พยาบาลไตเทียม การฟอกเลือดแบบประสิทธิภาพสูง

Abstract

Online Hemodiafiltration : OL- HDF is the development of treatment with hemodialysis to be more effective by increasing the ability to remove wastes that are large molecules accumulated in the body better than conventional Hemodialysis methods by relying on the process of Convection and Diffusion, patients with long-term conventional hemodialysis will have large molecular wastes accumulated in the body for a long time, causing the body to be sick. And if eliminated in such a way will help make the patient healthy and reduce the death rate from cardiovascular disease. Including having a long life and a better quality of life High-efficiency hemodialysis requires only a dialysis machine capable of high-efficiency dialysis. A large pore blood filter must be used and Ultrapure Water System. Therefore, the role of a hemodialysis nurse as a caregiver for high-efficiency dialysis patients must be knowledgeable and skilled in using a hemodialysis machine capable of high-efficiency dialysis. Monitor the infection prevention of the hemodialysis system, High-quality purified water system to meet the standards of the Thai Kidney Association Infection is monitored by the use of sizeable perforated blood filters. Easy monitoring of clogged blood filters during hemodialysis and resolution of complications during hemodialysis to provide patients with the safety and efficiency of hemodialysis. In addition, hemodialysis nurses must educate their patients on nutrition due to a more significant loss of protein and vitamins than in conventional hemodialysis.

Keywords: role, hemodialysis nurse, Online Hemodiafiltration

บทนำ

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis : HD) เป็นการบำบัดรักษาทดแทนภาวะไตวาย (renal replacement therapy : RRT) ซึ่งเป็นวิธีการรักษาแบบธรรมดาตามมาตรฐานที่นำมาใช้ในการฟอกเลือดให้กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การฟอกเลือดแบบธรรมดา อาศัยกระบวนการแพร่ เป็นหลักในการขจัดของเสีย (uremic toxin) ที่เป็นโมเลกุลขนาดเล็ก (small molecular weight) ออกจากร่างกาย ได้แก่ บัคยูเรียไนโตรเจน (blood urea nitrogen : BUN) ครีเอตินิน (creatinine : Cr) แต่ไม่สามารถขจัดของเสียที่เป็นโมเลกุลขนาดกลางและขนาดใหญ่ (middle and large molecular weight) ได้แก่ สารเบต้าทูไมโครโกลบูลิน (beta-2 microglobulin) และสารเลปติน (Leptin) ออกได้ ทำให้เกิดการสะสมของเสียเหล่านี้ในเนื้อเยื่อของระบบต่างๆ ภายในร่างกายระยะยาวจะทำให้เกิดผลเสีย เช่น ทำให้เกิดโรคกระดูกหักง่าย การสะสมอะไมลอยด์ซิส (amyloid) การเกิดภาวะทุพโภชนาการจากการสะสมของเสีย (Uremic toxins) บางชนิดที่มีผลต่อความอยากอาหารของผู้ป่วย หรืออาจมีผลต่อการทำงานของสมอง หัวใจและหลอดเลือดผิดปกติ (สุรเชษฐ์ วงษ์นิม, 2562) มีอัตราการเสียชีวิตสูงและเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือด เช่น มีภาวะความดันโลหิตต่ำ มีอาการทางระบบประสาท ขากระตุกขณะนอนหลับ (restless legs syndrome) (ศีกวัสนาวีรต์นานิ, 2565)

ปัจจุบันมีเทคโนโลยีช่วยในการพัฒนาคุณภาพการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เรียกว่าวิธีนี้ว่า “การฟอกเลือดแบบประสิทธิภาพสูง” (Online Hemodiafiltration : OL-HDF) โดยอาศัยหลักการขจัดของเสียโมเลกุลขนาดเล็กและใหญ่ด้วยกระบวนการพาจากการเคลื่อนที่ของสารละลายในเลือด

ผ่านตัวกรองเลือด (dialyzer) ที่มีรูกรองขนาดใหญ่มากพอให้ของเสียโมเลกุลขนาดใหญ่สามารถผ่านได้ ส่วนการแลกเปลี่ยนของเสียโมเลกุลขนาดเล็กเกิดจากกระบวนการแพร่ ทำให้การขจัดของเสียที่เป็นโมเลกุลขนาดเล็กออกจากร่างกายได้ (ขจร ติธธนากุล, 2562) จากการศึกษาพบว่าระดับสารเบต้าทูไมโครโกลบูลินที่เพิ่มขึ้นมีผลเพิ่มอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การฟอกเลือดแบบประสิทธิภาพสูงสามารถขจัด เบต้าทูไมโครโกลบูลินออกได้ จึงทำให้ลดอัตราการเกิดโรคหัวใจ (cardiovascular disease) และลดอัตราการเสียชีวิต (Sarafidis, 2017) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการฟอกเลือดแบบประสิทธิภาพสูงในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) ด้วยการให้ปริมาณสารน้ำทดแทนมากกว่า 28 ลิตร/ครั้ง พบว่าช่วยลดระดับของสารเบต้าทูไมโครโกลบูลินคิดเป็น $84.2 \pm 3.8\%$ (Macías et al., 2017)

การศึกษาวิจัยอื่นยังพบว่า การฟอกเลือดแบบประสิทธิภาพสูง มีการขจัดสารโมเลกุลขนาดใหญ่ ที่ชื่อว่า เลปติน (leptin) มีผลลดความอยากอาหาร เมื่อสารเลปตินถูกขจัดออกไป จึงทำให้ผู้ป่วยมีความอยากอาหารมากขึ้น ส่งเสริมให้เกิดภาวะโภชนาการที่ดี ผู้ป่วยมีการไหลเวียนโลหิต (hemodynamics) ดีขึ้น (Kooman et al., 2007) การฟอกเลือดแบบประสิทธิภาพสูงช่วยลดระดับฟอสฟอรัสในเลือดและลดการเกิดความดันโลหิตต่ำ (intradialytic hypotension) เนื่องจากการฟอกเลือดแบบประสิทธิภาพสูง ช่วยขจัดสารที่ทำให้หลอดเลือดขยายตัว ประกอบกับระหว่างการฟอกเลือดจะมีการให้สารละลายทดแทนปริมาณมาก รวมถึงการควบคุมสมดุลของโซเดียมส่งผลให้ไม่เกิดความดันโลหิตต่ำในขณะฟอกเลือด (ปรมัตต์ ธิมาไชย, 2565)

จากหลายการศึกษายังพบว่าการใช้น้ำที่มีความบริสุทธิ์ปราศจากเชื้อช่วยลดภาวะการอักเสบของ

ร่างกายส่งผลให้การตอบสนองต่อยาฉีดกระตุ้นเม็ดเลือดแดงดีขึ้นและลดการใช้ยาฉีดกระตุ้นเม็ดเลือดแดง (Panichi et al., 2011)

จากประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยฟอกเลือดประสิทธิภาพสูงพบว่าผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรง ภาวะซีดดีขึ้น การใช้ยาฉีดกระตุ้นเม็ดเลือดลดลง ภาวะพรุนขาวขึ้น อาการคันลดลง ค่าความเพียงพอในการฟอกเลือดสูงขึ้น (จากผลทางห้องปฏิบัติการประจำเดือน)

ข้อบ่งชี้ในการฟอกเลือดแบบประสิทธิภาพสูง (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2564) ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่เกิดภาวะความดันต่ำระหว่างการฟอกเลือด (intradialytic hypotension : IDH) บ่อย ๆ โดยที่ได้สับคั้นและรักษาอย่างเหมาะสมแล้ว
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง (hyperphosphatemia) ในขณะที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม
3. ผู้ป่วยอะไมลอยโดซิสจากการสะสมของของเสียโมเลกุลใหญ่ที่ฟอกเลือดแบบธรรมดาไม่ออก (dialysis related amyloidosis) หรือระดับเบต้าทูไมโครโกลบูลิน มากกว่า 27.5 มก. ต่อลิตร
4. ผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตเหลืออยู่ (RKF)
5. ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการ ในขณะที่ได้รับการสับคั้นและรักษาอย่างเหมาะสม
6. ผู้ป่วยมีภาวะซีดซึ่งไม่ตอบสนองต่อยากระตุ้นเม็ดเลือดขนาดสูง ในขณะที่ได้รับการสับคั้นและรักษาอย่างเหมาะสม

การฟอกเลือดแบบประสิทธิภาพสูงมีเทคนิคในการทำ 2 ลักษณะ ซึ่งแบ่งตามการเติมน้ำทดแทน (substitution/replacement fluid) ดังนี้

1. การเติมน้ำทดแทนก่อนตัวกรองเลือด (predilution OL-HDF) เป็นวิธีการฟอกเลือดแบบประสิทธิภาพสูง โดยการให้น้ำทดแทนก่อนตัวกรอง

เลือด ข้อดีของวิธีนี้คือสามารถกำหนดการกรอง (ultra-filtration) ได้มากตามที่ต้องการเนื่องจากสามารถเติมน้ำทดแทนได้ไม่จำกัดและไม่ทำให้ตัวกรองเลือดอุดตันง่ายจากการที่มีค่าความเข้มข้นเลือดสูงซึ่งเป็นผลจากการดื่มน้ำมากๆ ข้อเสียคือการเติมน้ำทดแทนปริมาณมากทำให้การขจัดของเสียลดลงเนื่องจากมีการเจือจางของของเสียก่อนเข้าสู่ตัวกรอง และจากการศึกษาการให้สารน้ำทดแทนก่อนตัวกรองเลือดมากกว่า 40 ลิตร/ครั้ง หรือ ประมาณ 50.5 ลิตร/ครั้ง ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากสาเหตุอื่นๆ และอัตราการเสียชีวิตจากหลอดเลือดหัวใจ (Kikuchi, Hamano, Wada, Nakai, & Masakane, 2019)

2. การเติมน้ำทดแทนหลังตัวกรองเลือด (postdilution OL-HDF) เป็นวิธีการฟอกเลือดแบบประสิทธิภาพสูงโดยการให้สารน้ำทดแทนหลังตัวกรองเลือด ข้อดีของวิธีนี้ คือสามารถขจัดของเสียที่เป็นโมเลกุลใหญ่และเล็กออกได้ดี ข้อเสีย คือไม่สามารถกำหนดอัตราการดื่มน้ำได้มาก เนื่องจากการกำหนดอัตราการดื่มน้ำมากเกินไปจะทำให้เลือดมีความเข้มข้นสูงขึ้น ทำให้การแลกเปลี่ยนในกระบวนการแพร่และการพาของตัวกรองเลือดไม่มีประสิทธิภาพ และเกิดการอุดตันของตัวกรองเลือด ซึ่งปกติไม่ควรตั้งอัตราการดื่มน้ำเกินร้อยละ 30 ของอัตราการไหลของเลือด อย่างไรก็ตามวิธีนี้การแลกเปลี่ยนของเสียได้มากขึ้นอยู่กับการตั้งอัตราการกรองที่มากแต่ไม่ควรเกินอัตราที่กำหนด (จรรยาธรรณกุล, 2562) จากการศึกษาการให้สารน้ำทดแทนหลังตัวกรองเลือดมากกว่า 23 ลิตร/ครั้ง ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยได้ (Peters et al., 2016)

การฟอกเลือดแบบประสิทธิภาพสูงมีองค์ประกอบที่แตกต่างจากการฟอกเลือดแบบธรรมดา ซึ่งบทบาทของพยาบาลไตเทียมที่ดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดแบบประสิทธิภาพสูงต้องมีความรู้ ความชำนาญในการ

ควบคุมคุณภาพของการฟอกเลือดแบบประสิทธิภาพสูงไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วย ดังนี้

1. เครื่องฟอกเลือด (Dialysis machine)

ระบบของเครื่องฟอกเลือดแบบประสิทธิภาพสูงประกอบด้วยตัวกรองเชื้อโรค (ultrafilter) หรือ (endo-toxin-retentive filter) 2 ตัว ตัวกรองเชื้อตัวที่ 1 จะกรองน้ำยาไตเทียมเพื่อให้ได้เกณฑ์มาตรฐานปราศจากเชื้อ (ultrapure) ส่วนตัวกรองเชื้อโรคตัวที่ 2 เป็นการกรองเพื่อให้ได้น้ำยาที่มีคุณสมบัติปราศจากเชื้อ (sterile) น้ำยาไตเทียมที่ส่งผ่านไปยังตัวกรองเลือดเพื่อกระบวนการการแพร่ผ่านส่วนใหญ่จะผ่าน ตัวกรองเชื้อโรค 1 ตัว ส่วนสารน้ำทดแทนนั้นจะผ่านตัวกรองเชื้อโรคทั้ง 2 ตัว ปัจจุบันมีเครื่องฟอกเลือดบางรุ่นน้ำยาไตเทียมและสารน้ำทดแทนจะผ่านตัวกรองเชื้อทั้ง 2 ตัว น้ำยาไตเทียมจึงมีความบริสุทธิ์ปราศจากเชื้อโรคซึ่งสามารถให้สารน้ำกลับเข้าไปในร่างกายผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย (Canaud et al., 2000) สารน้ำทดแทนนี้จึงใช้แทนน้ำเกลือ (0.9% NSS) ในการเตรียมสายนำเลือดและตัวกรองเลือดก่อนต่อกับผู้ป่วย และกรณีที่ต้องการแก้ไขภาวะความดันโลหิตต่ำระหว่างการทำฟอกเลือดสามารถให้สารน้ำปริมาณมาก ๆ ได้ทันที รวมถึงการคืนเลือดกลับเข้าตัวผู้ป่วยหลังจากสิ้นสุดการฟอกเลือด (จรรยาพรกุล, 2566)

1. บทบาทพยาบาลไตเทียมในการดูแลเครื่องฟอกเลือดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

1.1 ก่อนการใช้เครื่องฟอกเลือดต้องตรวจสอบวันเวลาการอบฆ่าเชื้อต้องไม่เกิน 72 ชม. ถ้าเกินต้องอบฆ่าเชื้อใหม่ และหลังจากเลิกใช้งานต้องอบฆ่าเชื้อตามโปรแกรมของเครื่องฟอกเลือดทุกครั้งตามมาตรฐาน

1.2 พยาบาลต้องกำกับดูแลการเปลี่ยนตัวกรองเชื้อในเครื่องฟอกเลือดทั้ง 2 ตัวใหม่ทุก 3 เดือนตามมาตรฐานสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

1.3 เครื่องฟอกเลือดต้องได้รับการตรวจเพราะเชื่อน้อยปีละ 1 ครั้ง

2. ระบบน้ำบริสุทธิ์คุณภาพสูง

น้ำยาไตเทียม (dialysis fluid) ที่ใช้ในการฟอกเลือดแบบประสิทธิภาพสูง ควรมีคุณสมบัติ น้ำบริสุทธิ์คุณภาพสูง ตามข้อกำหนดของ ISO และ Association for the Advancement of Medical Instrumentation (AMMI) (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2564) ซึ่งกำหนดคุณสมบัติ ปราศจากเชื้อ การปนเปื้อนของแบคทีเรียน้อยกว่า 0.1 CFU/ml และ ปริมาณเอนโดทอกซิน (endotoxin) ไม่เกิน 0.03 EU/ml เนื่องจากการเติมสารน้ำทดแทนน้ำที่ถูกดึงออกจากการกรอง จำนวนมากหากระบบน้ำมีการปนเปื้อนของแบคทีเรียมากก็เท่ากับเป็นการให้แบคทีเรียเข้าสู่กระแสเลือดโดยตรง จะเห็นได้ว่าทั้งน้ำยาไตเทียมและสารน้ำทดแทน ระบบการเตรียมและใช้สารน้ำทดแทนปราศจากเชื้อดังกล่าวต้องมีความปลอดภัยกับผู้ป่วย (Penne et al., 2009)

บทบาทพยาบาลไตเทียมในการดูแลระบบน้ำบริสุทธิ์ให้เป็นไปตามมาตรฐานสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการปนเปื้อนของแบคทีเรียจากกระบวนการฟอกเลือด

2.1 การติดตามคุณภาพน้ำอย่างสม่ำเสมอเนื่องจากระหว่างการฟอกเลือดมีการเติมสารน้ำทดแทนในปริมาณที่มากกว่า 22 ลิตรต่อครั้ง อีกทั้งมีการใช้ตัวกรองที่มีรูกรองขนาดใหญ่อาจเกิดการติดเชื้อได้ง่าย น้ำบริสุทธิ์ที่ใช้ในหน่วยไตเทียมจึงควรได้รับการตรวจติดตามหาปริมาณเอนโดทอกซิน อย่างสม่ำเสมอ เอนโดทอกซิน เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอาการไข้หนาวสั่น ซึ่งเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่สำคัญที่พบในระหว่างการฟอกเลือด การกำหนดจำนวนแบคทีเรียและ

ปริมาณเอนโดทอกซิน ที่ต้องเริ่มดำเนินการแก้ไข ไว้ที่ 50 CFU/ml และ 0.125 EU/ml สำหรับน้ำบริสุทธิ์ และ 50 CFU/ml และ 0.25 EU/ml สำหรับน้ำยาไตเทียม (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2564)

2.2 ก่อนเริ่มปฏิบัติงานพยาบาลไตเทียมต้องตรวจสอบการทำงานของระบบน้ำทุกวันตามมาตรฐานของสมาคมโรคไตอย่างเคร่งครัดเพื่อให้ได้น้ำมีความบริสุทธิ์คุณภาพสูงได้ตามมาตรฐาน

2.3 เก็บตัวอย่างน้ำบริสุทธิ์ส่งเพาะเชื้อและตรวจหาปริมาณเอนโดทอกซิน ทุก 1 เดือน

2.4 ส่งน้ำยาเพาะเชื้อทุก 1 เดือนโดยต้องผ่านเครื่องฟอกเลือด

2.5 ดูแลการอบฆ่าเชื้อระบบน้ำบริสุทธิ์คุณภาพสูงทั้งในระบบจ่ายน้ำและถังเก็บน้ำบริสุทธิ์อย่างน้อยทุก 3 เดือน

3. ตัวกรองเลือด (dialyzer)

ตัวกรองเลือดที่สามารถทำการฟอกเลือดแบบประสิทธิภาพสูงต้องเป็นตัวกรองเลือดประสิทธิภาพสูง (high flux dialyzer) ซึ่งมีคุณสมบัติของตัวกรองมีเยื่อหุ้มผ่าน (dialyzer membrane) ที่มีรูกรองขนาดใหญ่เพื่อให้สารโมเลกุลขนาดใหญ่สามารถลอดผ่านได้ มีค่าสัมประสิทธิ์การกรองน้ำ (Kuf) มากกว่า 40 มล./ชม./มม.ปรอท, ค่าสัมประสิทธิ์การกรอง (sieving coefficient: S) ของเบต้าทูโมโครโกลบูลินมากกว่า 0.6 ตัวกรองเลือดมีปริมาตรพื้นผิวที่เหมาะสมประมาณ 1.6-2.0 ตรม. มีความต้านทานต่ำและไม่ยาวเกินไปโดยมีเส้นผ่านศูนย์กลางของตัวกรองมากกว่า 200 ไมโครเมตร ความยาวของตัวกรองน้อยกว่า 30 เซนติเมตร (Canaud & Davenport, 2022)

บทบาทพยาบาลไตเทียมในการเตรียมตัวกรองและสายนำเลือด

ตัวกรองที่ใช้สำหรับฟอกเลือดมีความสำคัญที่จะทำให้การฟอกเลือดมีประสิทธิภาพและลดโอกาสการเกิด

การติดเชื้อจากกระบวนการฟอกเลือดแบบประสิทธิภาพสูง พยาบาลไตเทียมจำเป็นที่จะต้องตรวจสอบคุณสมบัติของตัวกรองประสิทธิภาพสูงทั้งตัวกรองใหม่ให้ตรงตามแผนการรักษาและตัวกรองที่นำกลับมาใช้ซ้ำ เมื่อนำกลับมาใช้ฟอกเลือดให้กับผู้ป่วย ต้องทดสอบประสิทธิภาพของตัวกรองโดยต้องมีค่า TCV มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 และตัวกรองเลือดต้องไม่มีการรั่วของตัวกรอง โดยมีการทดสอบ pressure test leaks มีกระบวนการทำให้ปลอดเชื้อและการเก็บตัวกรองอย่างเหมาะสม และมีการเตรียมตัวกรองก่อนการนำมาใช้ฟอกเลือดในครั้งต่อไปโดยปฏิบัติตามมาตรฐานไม่ให้เกิดสารเคมีตกค้างที่จะส่งผลเสียไปสู่ผู้ป่วยส่วนสายนำเลือดใช้แล้วทิ้งไม่ควรนำกลับมาใช้ใหม่

4. เส้นสำหรับฟอกเลือด (Vascular access)

เส้นสำหรับฟอกเลือดต้องสามารถดึงเลือดด้วยอัตราการไหลของเลือด (blood flow rate : BFR) 300-450 มล./นาที่ โดยขนาดเข็มที่เหมาะสม 15-16 g (ขจร ติรณนากุล, 2566) หรือ อัตราการไหล 400-450 มล./นาที่ โดยขนาดเข็มที่เหมาะสม 14-15 g (Canaud & Davenport, 2022)

บทบาทพยาบาลไตเทียมในการดูแลเส้นสำหรับฟอกเลือด

4.1 พยาบาลต้องประเมินสภาพของเส้นฟอกเลือดจริง (arteriovenous fistula : AVF) และเส้นฟอกเลือดเทียม (arteriovenous graft : AVG) ด้วยการ ดู คลำ และฟังด้วยหูฟัง ตลอดบริเวณแนวเส้น จะช่วยให้สามารถประเมินจุดผิดปกติต่าง ๆ บนเส้นเลือดได้ ประเมินทิศทางการไหลเวียนของเลือดในเส้นเลือดหลักเสี่ยงการแท่งบริเวณรอยตึบและรอยอักเสบติดเชื้อบริเวณที่มีอาการปวดแต่ไม่ติดเชื้อ ซึ่งอาจเริ่มมีการอุดตัน (partial thrombosis) ถ้าพบอาการปวด บวม แดงร้อน ต้องรายงานแพทย์ให้การรักษาอาการ

4.2 หาตำแหน่งแทงเข็มอย่างเหมาะสมโดย

แทงเข็ม artery ห่างจากเข็ม vein 5 เซนติเมตร เพื่อให้สามารถเปิดอัตราการไหลของเลือดได้ดีและป้องกันการเกิด recirculation (วิศิษฐ์ แก้วพุด, 2565)

5. การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือด

บทบาทพยาบาลในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือด ดังนี้

5.1 วัดสัญญาณชีพและเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติทุก 30 นาที และวัดถี่ขึ้นเมื่อมีอาการผิดปกติ

5.2 เฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยระหว่างฟอกเลือด เช่น ความดันโลหิตต่ำ ตะคริว

5.3 ปรับอัตราการไหลของเลือด 300-400 มล./นาที อัตราการไหลของน้ำยาฟอกเลือด 600-800 มล./นาที ตามแผนการรักษาของแพทย์

5.4 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการเติมน้ำก่อนตัวกรองเลือด ต้องได้ปริมาณสารน้ำบริสุทธิ์ทดแทนมากกว่า 40 ลิตร/ ครั้ง และการเติมน้ำหลังตัวกรองเลือดต้องได้ปริมาณสารน้ำบริสุทธิ์ทดแทนมากกว่า 23 ลิตร/ ครั้ง ให้ได้ตามเป้าหมาย

5.5 การให้สารน้ำทดแทนหลังตัวกรองเลือดต้องระวังตัวกรองเลือดอุดตัน โดยสังเกตจากค่า venous pressure, TMP จะมีค่าสูง และพยาบาลเฝ้าติดตามบริหารยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดให้เหมาะสมตามแผนการรักษาของแพทย์

5.6 สังเกตอาการใช้หนาวสั่น เบื้องต้นพยาบาลเฝ้าติดตามแยกอาการไข้ว่ามาจากสาเหตุใดก่อน เช่น การติดเชื้อจากน้ำยาฟอกเลือดไม่สะอาด จากการใช้ตัวกรองที่มีรูกรองขนาดใหญ่ หรือ อาการไข้จากสาเหตุอื่น ๆ

5.7 ดูแลรักษาความสะอาดของระบบน้ำบริสุทธิ์และสารน้ำทดแทนต้องให้ได้ตรงตามมาตรฐาน AAMI อย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบวงจรเลือดได้ เนื่องจากขณะฟอกเลือดมีการใช้สารน้ำทดแทนจากระบบน้ำบริสุทธิ์จำนวนมากซึ่งสัมผัสกับเลือด

โดยตรง และมี back filtration มากกว่าการฟอกเลือดแบบธรรมดา (ปรมัตต์ ธิมาไชย, 2565)

5.8 การเฝ้าระวังและป้องกันการผิดพลาดทางเทคนิคขณะฟอกเลือด ปรับระดับ safety limit ให้เตือนปัญหาได้เร็วที่สุดในทุกค่าที่แสดงเช่น arterial pressure (AP), venous pressure (VP) และ TMP

6. การให้สุขศึกษา

การฟอกเลือดแบบประสิทธิภาพสูงจะมีการสูญเสียวิตามิน แร่ธาตุ กรดอะมิโน โปรตีนบางชนิดระหว่างการฟอกเลือด เนื่องจากการใช้ตัวกรองเลือดที่มีรูกรองขนาดใหญ่ ดังนั้นพยาบาลควรติดตามอาการและอาการแสดงของการขาดวิตามินและโปรตีนในผู้ป่วยเป็นระยะ ซึ่งผู้ป่วยฟอกเลือดแบบประสิทธิภาพสูงควรรับประทานอาหารที่มีโปรตีนให้ได้ 1.2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน และมีการประเมินภาวะโภชนาการทุก 6 เดือน (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2564)

ตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาการฟอกเลือดแบบประสิทธิภาพสูง

ชายไทย อายุ 52 ปี ฟอกเลือดแบบธรรมดา 13 ปี ฟอกเลือดสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เส้นสำหรับฟอกเลือดแขนข้างขวา เส้นเลือดจริง (right arteriovenous fistula : rt AVF) โรคประจำตัว ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย หัวใจ (Ischemic DCM echocardiogram LVEF25%) เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันสูง เนื่องจากที่ไตผ่าตัด (7/1/2565) ผู้ป่วยน้ำหนักแห้ง 98 กก. ความเพียงพอในการฟอกเลือด (spKt/V) 0.9 (การฟอกเลือด 3 ครั้ง/สัปดาห์ ค่าปกติ 1.2) (ธีรศักดิ์ ตั้งวงษ์เลิศ, 2565) ความดันโลหิต 135/85 มม.ปรอท แพทย์ได้เปลี่ยนการรักษาเป็นการฟอกเลือดแบบประสิทธิภาพสูง แบบการเติมน้ำหลังตัวกรองเลือด อัตราการไหลของเลือด 300 มล./นาที สารน้ำทดแทน 23 ลิตรใน 4 ชม. ตัวกรองเลือดชนิดประสิทธิภาพสูง (HF80S Kuf 55, sieving coefficient 0.65) Heparin 5000 unit

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฟอกเลือด
ไม่เพียงพอ

แผนการรักษาของแพทย์โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
ขณะฟอกเลือด เช่น intradialytic hypotension หรือ
เจ็บหน้าอก

ข้อมูลสนับสนุน

1. U/D: Ischemic DCM echocardiogram
LVEF25%
2. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hb=8.1 g/dl
(30/12/2565)
3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ PO_4 =8.6 mg/dl
(30/12/2565)
4. ค่าแสดงความเสี่ยงของการฟอกเลือด 0.93
(30/12/2565)
5. มีประวัติการเกิด intradialytic hypotension
บ่อยครั้ง
6. คำนวณตัว ผิวแห้ง

เป้าหมาย

ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฟอกเลือด
ไม่เพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของการฟอกเลือด
ไม่เพียงพอ เช่น หายใจเหนื่อยหอบ ซีด ภาวะทุพโภชนาการ
คลื่นไส้ อาเจียน คำนวณตัว ผิวแห้ง
2. ค่าแสดงความเสี่ยงของการฟอกเลือด
(spKt/V) มากกว่า 1.2
3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hb = 10-11.5
g/dl
4. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ PO_4 = 2.5-4.5
mg/dl
5. ฟอกเลือดได้ครบ 4 ชม. ตามเวลาและ
เปิดอัตราการไหลของเลือด 300 มล./นาทีได้ตาม

การพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของการฟอกเลือด
ไม่เพียงพอ เช่น หายใจเหนื่อยหอบ แขนขาบวม
กดบวม ซีด คลื่นไส้ อาเจียน คำนวณตัว ผิวแห้ง
2. ประเมินสัญญาณชีพก่อนการฟอกเลือด ขณะ
ฟอกเลือดทุก 30 นาที และหลังฟอกเลือด
3. ดูแลการฟอกเลือดตามแผนการรักษาของ
อายุรแพทย์โรคไต โดยการฟอกเลือดแบบประสิทธิภาพ
สูงโดยเติมสารน้ำหลังตัวกรองเลือด (postdilutional
OL-HDF) และอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญของการ
ฟอกเลือดแบบประสิทธิภาพสูง
4. ดูแลให้ออกซิเจนทางจมูก (canular) 3 ลิตร
ต่อนาที
5. ให้อาหารกระตุ้นเม็ดเลือดตามแผนการรักษาของ
แพทย์
6. ให้สารป้องกันเลือดแข็งตัว (heparin 5000
unit) ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันการ
อุดตันของตัวกรองเลือดในวงจรเลือด (circuit)
7. ประเมินเส้นสำหรับฟอกเลือด (vascular
access) โดยตรวจดูการอักเสบ บวม แดง คลำ thrill,
ฟัง bruit และหาตำแหน่งแทงเข็มอย่างเหมาะสมคือ
เข็ม A ห่างจากเข็ม V 5 เซนติเมตร เพื่อป้องกันการเกิด
recirculation
8. การให้ความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแล
ตนเอง

8.1 การรับประทานอาหารและน้ำดื่ม

ผู้ป่วยฟอกเลือดประสิทธิภาพสูงจะมีการสูญเสียโปรตีนมากกว่าการฟอกเลือดแบบธรรมดา
จำเป็นที่จะต้องรับประทานอาหารที่มีโปรตีนเป็น

ส่วนประกอบ 1.2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง ได้แก่ ชา กาแฟ ขนมปัง ควบคุมน้ำดื่มไม่เกิน 500 มิลลิลิตรต่อวัน และ ควบคุมน้ำหนักไม่เกิน 0.5-1 กิโลกรัมต่อวัน

8.2 การรับประทานยา

ควรรับประทานยาตามแผนการรักษา ของแพทย์ให้ถูกต้องผู้ป่วยรายนี้แพทย์ให้ยาจับฟอสเฟส ชื่อ Fosrenal 500 mg 2 tab tid with meal พยาบาลควรเน้นย้ำให้ผู้ป่วยรับประทานพร้อมอาหาร เพื่อประสิทธิภาพของยาในการจับฟอสเฟตได้ดี

8.3 การดูแลเส้นฟอกเลือด

แนะนำให้ผู้ป่วยบริหารเส้นโดยวิธี hand grip exercise และสอนให้ผู้ป่วยคลำแรง สั่นสะเทือนที่เส้นและฟังเสียงฟู่ของเส้นฟอกเลือด หาก คลำแรงสั่นสะเทือนไม่ได้หรือไม่ได้ยินเสียงฟู่ ให้รีบมา พบแพทย์

8.4 การมาฟอกเลือดอย่างสม่ำเสมอ

แนะนำให้ผู้ป่วยให้มาฟอกเลือดอย่างสม่ำเสมอไม่ขาดการฟอกเลือด เพื่อให้การฟอกเลือดมีประสิทธิภาพ

8.5 อาการผิดปกติที่ควรมาก่อนถึงวันนัด

อาการที่แสดงถึงภาวะน้ำเกิน เช่น อาการหายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ และอาการแสดง ของการติดเชื้อ เช่น มีไข้ เส้นฟอกเลือดบวม แดง ร้อน

9. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Hb phosphorus และ ความเพียงพอในการฟอกเลือด ทุก 1 เดือน

10. ตรวจสอบระบบการผลิตน้ำบริสุทธิ์คุณภาพสูง ในการฟอกเลือดแบบประสิทธิภาพสูงให้คุณภาพน้ำ อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจากร่างกายของผู้ป่วยต้อง สัมผัสกับน้ำในปริมาณมากขณะฟอกเลือด คือต้องเป็น น้ำยาไตเทียมบริสุทธิ์สูงสุด (ultrapure dialysis fluid) และต้องใช้สารน้ำทดแทนระดับปราศจากเชื้อ (sterile

water) (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2564)

10.1. ตรวจสอบและบันทึกระบบน้ำบริสุทธิ์ ทุกวัน

10.2 ส่งตรวจน้ำบริสุทธิ์คุณภาพสูง (dialysis water) และน้ำยาไตเทียม (dialysis fluid) เพื่อส่งตรวจ แบคทีเรีย และ endotoxin ทุก 1 เดือน

10.3 อบรมระบบผลิตน้ำบริสุทธิ์คุณภาพสูง ทุก 3 เดือน เพื่อป้องกันการเกิดเชื้อในระบบ (สมาคมโรคไต แห่งประเทศไทย, 2564)

การประเมินผล

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการฟอกเลือดแบบ postdilutional OL-HDF เป็นเวลา 3 เดือน ผู้ป่วยฟอกเลือดได้ ครบเวลา 4 ชม. และเปิดอัตราการไหลของเลือดได้ตาม แผนการรักษาของแพทย์ โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ขณะฟอกเลือด ได้สารน้ำทดแทน 22 ลิตร อาการคันตาม ผิวหนังลดลง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hb= 9.1g/dl (01/04/2566) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ $PO_4=4.2$ mg/dl (01/04/2566) ค่าแสดงความเพียงพอของการ ฟอกเลือด (spKt/V) = 1.41 (01/04/2566)

สรุป

การฟอกเลือดแบบประสิทธิภาพสูงอาศัย ขบวนการพาและการแพร่ในการขจัดของเสียโมเลกุล ขนาดใหญ่ ส่งผลให้ผู้ป่วยสุขภาพแข็งแรง ลดอัตราการ เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยฟอกเลือด ได้เพียงพอต้องได้รับสารน้ำทดแทนขณะฟอกเลือดใน ปริมาณ 23 ลิตร/ครั้ง หรือ 70 ลิตร/สัปดาห์ การฟอกเลือด แบบประสิทธิภาพสูงมีความเสี่ยงในการติดเชื้อ ดังนั้น พยาบาลไตเทียมต้องมีความรู้ ความชำนาญและ ประสบการณ์เป็นอย่างยิ่งในการให้การพยาบาลผู้ป่วย ฟอกเลือดแบบประสิทธิภาพสูงและการป้องกันการติดเชื้อ ในระบบเครื่องไตเทียม การดูแลความสะอาดของระบบ

น้ำบริสุทธิ์คุณภาพสูงและสารน้ำทดแทนสำหรับการฟอกเลือดแบบประสิทธิภาพสูงให้ได้ตรงตามมาตรฐาน AAMI นอกจากนี้ ต้องเฝ้าระวังและติดตามอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการจากการสูญเสียวิตามิน แร่ธาตุ และโปรตีนบางชนิดจากการฟอกเลือดแบบประสิทธิภาพสูง

เอกสารอ้างอิง

- ขจร ตีรณานกุล. (2562). *Hemodiafiltration*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล แพบลิเคชั่น จำกัด.
- ขจร ตีรณานกุล. (2566). *เทคนิคใหม่ของการฟอกเลือดด้วยวิธีออนไลน์ไฮโมโดอะฟิวเดชั่น*. กรุงเทพฯ: พี.เอ.สียิ่ง จำกัด.
- ธีรศักดิ์ ตั้งวงษ์เลิศ. (2565). *Adequacy of Hemodialysis*. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.
- ปรมัตถ์ ธิมาไชย. (2565). *Hemodiafiltration and Hemofiltration*. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.
- วิศิษฐ์ แก้วพุด. (2565). *Vascular access for Hemodialysis*. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.
- ศิกวิธ ธนาวิรัตนนิจ. (2565). *โรคภาวะขาดกระดูกขณะหลับ*. สืบค้นจาก <https://www.thansettakij.com/lifestyle/526502>
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2565). *ข้อแนะนำเวชปฏิบัติการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล แพบลิเคชั่น จำกัด.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2564). *แนวทางปฏิบัติเรื่อง การเตรียมน้ำบริสุทธิ์เพื่อการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล แพบลิเคชั่น จำกัด.
- สุรเชษฐ์ วงษ์นิม. (2562). *Long-term complications of hemodialysis*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล แพบลิเคชั่น จำกัด.
- Canaud, B., Bosc, J. Y., Leray-Moragues, H., Stec, F., Argiles, A., Leblanc, M., & Mion, C. (2000). On-line haemodiafiltration. Safety and efficacy in long-term clinical practice. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 15(1), 60-67.
- Canaud, B., & Davenport, A. (2022). Prescription of online hemodiafiltration (ol-HDF). In *Seminars in Dialysis*, 35(5), 413-419
- Kikuchi, K., Hamano, T., Wada, A., Nakai, S., & Masakane, I. (2019). Predilution online hemodiafiltration is associated with improved survival compared with hemodialysis. *Kidney international*, 95(4), 929-938.
- Kooman, J., Basci, A., Pizzarelli, F., Canaud, B., Haage, P., Fouque, D., ... & Vanholder, R. (2007). EBPG guideline on haemodynamic instability. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 22(2), 22-44.
- Macías, N., Vega, A., Abad, S., Santos, A., Cedeño, S., Linares, T., ... & López-Gómez, J. M. (2017). Is high-volume online hemodiafiltration associated with malnutrition?. *Therapeutic Apheresis and Dialysis*, 21(4), 361-369.

- Panichi, V., Rosati, A., Bigazzi, R., Paoletti, S., Mantuano, E., Beati, S., ... & RISCAVID Study Group. (2011). Anaemia and resistance to erythropoiesis-stimulating agents as prognostic factors in haemodialysis patients: results from the RISCAVID study. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 26(8), 2641-2648.
- Penne, E. L., Visser, L., Van Den Dorpel, M. A., Van Der Weerd, N. C., Mazairac, A. H., Van Jaarsveld, B. C., ... & Grooteman, M. P. (2009). Microbiological quality and quality control of purified water and ultrapure dialysis fluids for online hemodiafiltration in routine clinical practice. *Kidney international*, 76(6), 665-672.
- Peters, S. A., Bots, M. L., Canaud, B., Davenport, A., Grooteman, M. P., Kircelli, F., ... & Blankestijn, P. J. (2016). HDF Pooling Project Investigators: Haemodiafiltration and mortality in end-stage kidney disease patients: A pooled individual participant data analysis from four randomized controlled trials. *Nephrol Dial Transplant*, 31(6), 978-984.
- Sarafidis, P. A. (2017). Online Hemodiafiltration Improves Outcomes in Incident Patients with End-Stage Renal Disease: Another Brick in the Wall?. *American Journal of Nephrology*, 46(4), 285-287.



การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในสภาพแวดล้อมที่บ้าน ช่วงระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Adaptation to Illness in Patient with Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis at Home-Based Environment During Covid-19 Outbreak

ราชนัน เกษดา, พย.ม., Rachun Kesda, M.N.S.^{1*}

ศากุล ช่างไม้, ประ.ด. Sakul Changmai, Ph.D.²

ทิพา ต่อสกุลแก้ว, ประ.ด. Tipa Toskulkao, Ph.D.²

¹นักศึกษาลัทธิศึกษาศาสตร์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

¹Student in Master of Adult and Gerontology Nursing Program, Christian University

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

²Assistant Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Christian University

*Corresponding Author Email: Kimhun28@gmail.com

Received: November 7, 2022

Revised: December 3, 2022

Accepted: May 31, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนาเจาะลึกนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในสภาพแวดล้อมที่บ้านช่วงระบาดของโรคโควิด 19 ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วย 11 รายที่มารับบริการตรวจรักษาในหน่วยล้างไตทางช่องท้องโรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร และผู้ดูแลหลัก จำนวน 1 ราย เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตสิ่งแวดล้อมที่บ้านแบบไม่มีส่วนร่วมผ่านไลน์แอปพลิเคชัน ระหว่างเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงประเด็น ผลการศึกษาพบประเด็นสำคัญของการเผชิญและการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย และการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่อการล้างไตในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนี้ ผู้ป่วยเผชิญด้วยการเรียนรู้ คิดประมวลผลข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการระบาดของโรคโควิด 19 ประเมินสถานการณ์และพยายามจัดการตนเอง ส่วนการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยในช่วงระบาดของโรคโควิด 19 ได้แก่ ป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อโควิด 19 มีความยากลำบากด้านอาหารการกิน ไปตรวจตามแพทย์นัด แม้มีความยุ่งยาก และยังยืนหยัดกับการดูแลสุขภาพที่เป็นอยู่ ส่วนสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ดีและพอใช้ แม้อยู่ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากข้อค้นพบนี้พยาบาลสามารถใช้

เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในสภาพแวดล้อมที่บ้านช่วงระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผ่านแอปพลิเคชันไลน์

คำสำคัญ: การปรับตัว การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง สภาพแวดล้อมที่บ้าน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

This exploratory descriptive qualitative (EDQ) research aimed to study the adaptation of peritoneal dialysis patients in a home environment during the coronavirus disease 2019 outbreak. Purposive selection of participants was used with 11 CAPD patients at Rajavithi Hospital Bangkok, and one patient's primary caregiver. Data were collected by using in-depth interview and non-participation observation of their home environment via Line Application during May-July 2022. Data were analyzed by using a thematic analysis. Findings of the study revealed the important themes of patients' coping and adaptation to illness, and home environmental management for dialysis during the coronavirus disease 2019 outbreak. The coping consisted of learning, information processing, reappraisal, and self-management. Adaptation to illness during Covid 19 consisted of protecting oneself from contracting COVID-19, having difficulty in eating, going to the doctor's appointment for a checkup even having trouble, and remaining in caring for one's health condition. The home environment of CAPD patients showed that most of them were in good and fair condition even in the situation of the Coronavirus Disease 2019 outbreak. Based on these findings, nurses can use this as the basic information for home visits of patients with CAPD in the home environment during the coronavirus disease 2019 outbreak via LINE application.

Keywords: *Adaptation, Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis, Home-based Environment, Covid 19 infection*

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease: CKD) เป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมของไตอย่างต่อเนื่อง ที่ทำให้ไตไม่สามารถกลับมาทำงานได้เป็นปกติ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีปัญหาความดันโลหิตสูง น้ำเกิน เกลือแร่ขาดความสมดุล เมื่อตรวจเลือดจะพบค่าของเสียที่เกิดจากการทำหน้าที่ของไตลดลง (BUN, Scr.) คั่งสูงในเลือด อาการ

ข้างต้นคือกลุ่มอาการที่เกิดจากยูเรียในเลือดสูง (Uremic symptoms) จะปรากฏในโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage Renal Disease: ESRD) (ชัชวาล วงศ์สารี, 2559) โรคไตเรื้อรัง เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลก รวมถึงประเทศไทย มีแนวโน้มอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นในทุกปี (Jha & Modi, 2018) ประเทศไทยมีแนวโน้มจำนวน

ผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น คนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังประมาณร้อยละ 17.6 ของประชากรหรือประมาณ 8 ล้านคน เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2 แสนคนป่วยเพิ่มปีละกว่า 7,800 ราย (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2563)

เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ ESRD จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal replacement therapy: RRT) ซึ่งมี 3 วิธี ดังนี้ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องและการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดีและข้อเสียแตกต่างกัน (ชัชวาล วงศ์สารี, 2559; ชัชวาล วงศ์สารี และจริยา กฤติยาวรรณ, 2560) การรักษาผู้ป่วย ESRD ที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก รัฐบาลในปี พ.ศ.2551 จึงมีมติอนุมัติให้ขยายชุดสิทธิประโยชน์ความคุ้มครองแก่ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยนโยบาย Peritoneal dialysis (PD) first policy ทำให้ผู้ป่วยฯ เข้าถึงบริการได้มากขึ้นส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยฯ ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561) การล้างไตทางช่องท้องจึงเป็นวิธีการบำบัดทดแทนไตที่นับเป็นทางเลือกแรกสำหรับผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การล้างไตทางช่องท้องแพทย์จะใส่สายล้างไต (Tenckhoff catheter) ไว้บริเวณหน้าท้อง หลังจากนั้นจะใส่น้ำยาฟอกไตเข้าไปพักไว้ในช่องท้อง วิธี PD จะใช้กระบวนการออสโมซิสและการแพร่ซึ่งจะสามารถกำจัดของเสียที่คั่งค้างในร่างกายออกได้ ในสภาวะปกติผู้ป่วยและญาติจะดูแลตนเองที่บ้านและกลับมาพบแพทย์ตามนัดทุก 3 เดือนและหากมีอาการเร่งด่วน เช่น น้ำยาล้างไตออกน้อย ไข้ปวดท้อง เป็นต้น ผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ลักษณะการใช้ชีวิตประจำวันผู้ป่วยที่ล้างไตด้วยวิธี PD สามารถรับประทานอาหารและทำงานได้ตามปกติ (ชัชวาล วงศ์สารี, 2559) โดยจะได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเอง การสื่อสารประสานงาน และการพิทักษ์สิทธิจากพยาบาลและแพทย์เป็นครั้ง ๆ

ระหว่างมาตรวจตามนัดและเมื่อพยาบาลออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน (ศิริลักษณ์ ธงทอง, 2561) อย่างไรก็ตามการทบทวนวรรณกรรมผู้ป่วยที่ล้างไตด้วยวิธี PD ต้องมีการปรับตัวด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลสุขภาพให้แข็งแรง การดูแลความสะอาดร่างกาย การดูแลเปลี่ยนน้ำยาฟอกเลือด เป็นต้น การปรับตัวทางด้านอารมณ์ สังคมจิตใจ และจิตวิญญาณ ได้แก่ การปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย วิธีการรักษาที่ต้องมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ใส่ติดตัว การปรับเปลี่ยนงานที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วย การจัดการตนเองด้านอาหาร น้ำและยา เป็นต้น การปรับตัวด้วยสติปัญญาและการเรียนรู้ ได้แก่ ความสนใจในสุขภาพ มีการเรียนรู้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพตนเองมากขึ้น การเรียนรู้แผนการรักษาและอาการของโรค เป็นต้น (ชัชวาล วงศ์สารี, 2559; Teitelbaum, 2018; Trinh & Perl, 2018; Agustiyowati, 2018; Al Wakeel et al., 2018)

ในปี ค.ศ. 2019 เชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (โควิด 19) ได้แพร่ระบาดและทำให้คนทั่วโลกเกิดการล้มตายอย่างรวดเร็ว เนื่องจากยังไม่มียารักษาและวัคซีนที่ป้องกันโรคได้ เมื่อมีการคิดค้นวัคซีนป้องกันได้สำเร็จซึ่งผลจากการฉีดวัคซีนทำให้โรคโควิด-19 ลดความรุนแรงลงอย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ตามแม้ได้รับวัคซีนผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางก็ยังเสี่ยงต่ออาการรุนแรงและเสียชีวิตเมื่อติดเชื้อ (ชัชวาล วงศ์สารี และคณะ, 2564) ดังนั้นการติดเชื้อโควิด 19 ยังสร้างความวิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน รวมทั้งผู้ป่วย ESRD ที่รักษาด้วยวิธี PD อีกทั้งยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและการดูแลอย่างต่อเนื่องจากพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เพราะไม่สามารถติดตามเยี่ยมผู้ป่วยตามปกติได้ ดังการศึกษาของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (ดาราวรรณ รองเมือง และคณะ, 2564) ที่ต้องพัฒนาระบบแพทย์ทางไกลเพื่อการดูแลรักษา

ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องบทรียนจากการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยล้างไตทางช่องท้อง ดำเนินการติดตามดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านต้องปฏิบัติงานด้วยความยากลำบาก แต่การติดตามดูแลผู้ป่วยที่ใช้ชีวิตและดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องก็ต้องดำเนินต่อไป ทั้งนี้เพื่อให้มั่นใจว่าการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและการปรับตัวของผู้ป่วยต่อการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง รวมทั้งการปรับตัวกับสิ่งเร้า (Stimuli) ใหม่ อันเกิดจากบริบทของสังคมและสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ในปัจจุบันนี้มีความปลอดภัยต่อผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด และอาจได้ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของพยาบาลและทีมสหวิชาชีพที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วย ครอบครัว เพื่อป้องกันการติดเชื้อและการระบาดของโรค และให้การดูแลผู้ป่วยครอบครัวอย่างครอบคลุมทั้งใน มิติทางกาย ใจ จิตวิญญาณและสังคม (นิสสาร วิบูลย์ และชาติ ไทยเจริญ, 2563) การติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านจึงมีความสำคัญยิ่ง เพราะต้องมีการประเมินผู้ป่วยและครอบครัวในแบบองค์รวม โดยเฉพาะสภาพแวดล้อมที่ส่งผลกับผู้ป่วยเป็นการปรับตัวในบริบทที่ผู้ป่วยและครอบครัวใช้ชีวิตอยู่จริงซึ่งจะทำให้พยาบาลผู้ให้การดูแลติดตามเยี่ยมบ้านสามารถประเมินผู้ป่วยได้ทุกมิติและให้คำแนะนำแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วยได้ถูกต้องครอบคลุมและตรงประเด็น

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy, 2009) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ได้รับความนิยมอย่างต่อเนื่องได้นั้นอธิบายการทำงานในร่างกายมนุษย์ทั้งภายในและภายนอกกว่าร่างกายมนุษย์มีระบบย่อยหลายระบบที่รวมกันเป็นระบบใหญ่และการที่ระบบจะทำหน้าที่ได้สมบูรณ์นั้น ต้องมีการปรับตัวให้คงสถานะสมดุลด้วยตนเองตลอดเวลาเมื่อกลไกได้ทำงานร่วมกันอย่างสมบูรณ์ จะทำให้ร่างกายของมนุษย์เกิดการปรับตัวทั้ง 4 ด้านอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ซึ่งผลลัพธ์

ที่เกิดจากการทำงานของกลไกดังกล่าว แสดงออกในรูปแบบของพฤติกรรม หรือที่เรียกว่า “การปรับตัว” นั่นเอง การปรับตัวตามแนวคิดของรอยเป็นเพราะมีปัจจัยกระตุ้น (factors stimuli) หรือที่เรียกว่าสิ่งเร้า โดยสิ่งเร้าของบุคคลคือสิ่งแวดล้อมทั้งที่อยู่ภายในและภายนอก เมื่อมีสิ่งเร้าใดมากระทบส่วนใดส่วนหนึ่งของมนุษย์ ก็จะส่งผลกระทบแบบสัมพันธ์ใกล้ชิดต่อกันและกัน ดังนั้นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าจึงเป็นการตอบสนองร่วมกัน อันเกิดจากการทำงานประสานสัมพันธ์ของหน่วยย่อยทั้งด้านร่างกายและจิตใจนั่นเอง (เอื้ออารี สาลิกา และคณะ, 2563) ซึ่งสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 เป็นปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วย ESRD รักษาด้วยวิธี PD ต้องเผชิญและปรับตัวตามมา

พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการประเมินปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วยและร่วมวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาจนเกิดผลสำเร็จ โดยพยาบาลวิชาชีพที่จะดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยที่รักษาด้วย PD ต้องมีสมรรถนะด้านการดูแลต่อเนื่องในการติดตามผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการสอนจากพยาบาลวิชาชีพที่แล้ว ผู้ป่วยต้องกลับไปดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน การติดตามผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องเพื่อที่จะทำให้พยาบาลได้ค้นหาความเสี่ยงของผู้ป่วยก่อนที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน และหาทางป้องกันได้อย่างทันท่วงที การเผชิญและการปรับตัวได้ปลอดภัยของผู้ป่วยจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 จึงถือเป็นผลลัพธ์ประการหนึ่งที่พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในสภาพแวดล้อมที่บ้านช่วงระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาลักษณะนี้มาก่อน ผลการศึกษาที่เกิดขึ้นจะให้ข้อมูลเบื้องต้นในเรื่องแง่มุมมองของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในสภาพแวดล้อมที่บ้านช่วงระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย
ลำไส้ทางช่องท้องในสภาพแวดล้อมที่บ้านช่วงระบาด
ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบ
พรรณนาเจาะลึก (Exploratory Descriptive Qualitative
research: EDQ) (Hunter, McCallum & Howes, 2019)
ใช้แบบจำลองการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation
Model) (Roy, 1999) มุ่งศึกษาการปรับตัวต่อการ
เจ็บป่วยของผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องในสภาพแวดล้อม
ที่บ้านช่วงระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่ง
สิ่งเร้าที่สำคัญโดยตรงต่อผู้ป่วยคือโรคไทรเรื้อรังและการ
รักษาด้วยการลำไส้ทางช่องท้อง โดยมีสิ่งเร้าร่วมคือ
สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 และยังมีสิ่งเร้า
แฝงที่เป็นความเชื่อหรือเจตคติของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วย
ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญ
กับสถานการณ์โดยใช้การเผชิญที่เหมาะสม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ
ดำเนินการวิจัยดังนี้

1. **ผู้ให้ข้อมูล** เป็นผู้ป่วยที่ลำไส้ทางช่องท้อง
ซึ่งมีประสบการณ์โดยตรง และหากผู้ป่วยไม่สามารถให้
ข้อมูลได้ ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) จะเป็นผู้ให้
ข้อมูลกับผู้วิจัย ผู้ดูแลหลักนี้ ได้แก่ ญาติสายตรง เช่น
บิดามารดา พี่น้อง หรือบุตร ของผู้ป่วยลำไส้ทาง
ช่องท้องที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลราชวิถีกรุงเทพมหานคร
มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล
คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)
จำนวน 12 คน เป็นผู้ป่วยจำนวน 11 คน และผู้ดูแลหลัก
1 คน

2. **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** โครงการ
วิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่
น. 21/2564 ลงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2565 และการ
พิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ของโรงพยาบาลราชวิถี เลขที่ 063/2565 ลงวันที่ 11
เมษายน พ.ศ.2565 ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ โดยชี้แจง
วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการ
เก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงระยะเวลาในการวิจัยให้อ่าน
เอกสารชี้แจง การรักษาความลับและเซ็นยินยอมในแบบ
ฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent form) ก่อน
การเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผลการวิจัยในภาพรวม
ที่ไม่อ้างอิงหรือสามารถสืบค้นถึงตัวผู้ให้ข้อมูล เก็บรักษา
ข้อมูลในพื้นที่ที่เข้าถึงได้เฉพาะผู้วิจัยและทำลายข้อมูล
ทั้งหมดทิ้งเมื่อรายงานการวิจัยได้รับการเผยแพร่

3. **เครื่องมือวิจัย** เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้
เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก
(In-depth Interview) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ
รวบรวมข้อมูลในวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์แบ่ง
ออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ผู้วิจัย โดยตัวผู้วิจัยเป็น
ผู้สัมภาษณ์ ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล
เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน จำนวน
ครั้งที่รับการเยี่ยมบ้านระหว่างการระบาดของโรค
โควิด-19 ฯลฯ ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกตามกรอบ
แนวคิดการปรับตัวของรอย คำถามหลักในการสัมภาษณ์
“ท่านมีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและการลำไส้ทาง
หน้าท้องที่บ้านในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 อย่างไร?” โดยแนวคำถามและแบบ
สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวผ่านการตรวจสอบ
เครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตามกระบวนการวิจัย
แล้วนำมาสัมภาษณ์ ส่วนที่ 4 โทรศัพท์มือถือ
แบบสมาร์ตโฟน (Smart phone) ที่สามารถใช้
ในการติดต่อสื่อสารด้วยการวิดีโอคอล (Video call)

ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และส่วนที่ 5 เทปบันทึกเสียง

4. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนัดหมายเวลากับผู้ให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ เมื่อถึงเวลานัดหมายผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ออกแบบไว้แล้ว ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โดยในแต่ละครั้งใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 20-40 นาที ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลด้วยการบันทึกเสียงและวิธีโอระหว่างการสัมภาษณ์ โดยขออนุญาตจากผู้ให้ข้อมูล มีการจดบันทึกสังเกตปฏิกิริยาและพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ให้ข้อมูลในระหว่างการสัมภาษณ์อย่างละเอียด เก็บข้อมูลในช่วง 1 พฤษภาคม 2565 ถึง 31 กรกฎาคม 2565

5. การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic analysis) โดยถอดเทปเพื่อสร้างความเข้าใจและค้นเคยกับข้อมูล จากนั้นจัดกลุ่มของข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ แล้วค้นหาประเด็นที่เกิดขึ้นและมีความเกี่ยวข้องกัน ทบทวนประเด็นต่าง ๆ ตั้งชื่อประเด็น และกำหนดความหมายหรือรายละเอียดที่เกิดขึ้น รวมทั้งมองหาประเด็นย่อยของประเด็นหลักนั้น ๆ จนมั่นใจว่าได้ข้อมูลที่อ้อมตัว (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2564)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วย 11 ราย และเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย 1 ราย มีช่วงอายุระหว่าง 18-59 ปี และมีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ร้อยละ 50.00 เพศหญิง ร้อยละ 58.33 ระยะเวลาที่ทำการล้างไตทางช่องท้อง 1-3 ปี ร้อยละ 83.33 สถานภาพโสด ร้อยละ 58.33 ระดับการศึกษาสูงสุดเป็นระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 66.66 เป็นผู้ว่างงานมากที่สุด ร้อยละ 50.00 รายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วงต่ำกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 58.33 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพและการดูแลสุขภาพ ร้อยละ 83.33 มีโรคร่วมคือโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 83.33 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ

58.33 ทั้งนี้ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 10 คน และมีเพียง 2 คนที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน

ประสบการณ์การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในสภาพแวดล้อมที่บ้านช่วงระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบ 3 ประเด็นหลัก 4 ประเด็นย่อย ดังนี้ **ประเด็นที่ 1** การเผชิญกับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อยคือ ใช้วิธีการเรียนรู้คิดประมวลผลข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการระบาดของโรคโควิด 19 และประเมินสถานการณ์ร่วมกับพยายามจัดการตนเอง **ประเด็นที่ 2** การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แยกเป็น 4 ประเด็นย่อย ได้แก่ การป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อโควิด 19 มีความยากลำบากด้านอาหารการกิน การไปตรวจตามแพทย์นัดแม้มีความยุ่งยาก และยังยืนหยัดกับการดูแลสุขภาพที่เป็นอยู่ **ประเด็นที่ 3** การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่อการล้างไตในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามข้อมูลที่ค้นพบ ดังนี้

1. การเผชิญกับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นวิธีการที่ผู้ป่วยใช้เพื่อรับมือกับการระบาดของโรคโควิด-19 อันดับแรกคือการเรียนรู้ว่าสถานการณ์การระบาดของโรค ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ขณะเดียวกันผู้ป่วยยังประเมินสถานการณ์ร่วมกับพยายามจัดการตนเอง โดยตระหนักในภาวะแทรกซ้อนของตนเองที่อาจเกิดขึ้นเพื่อการจัดการตนเองที่เหมาะสม ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 โดยเฉพาะเรื่องการรับวัคซีน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“....ก็อ่าน (ติดตามข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีน) อยู่ว่า จะเอามาฉีดน้าหรือไฟเซอร์ ต้องเลือกนีนึง...ยังงี้ก็ฉีด เพราะเปอร์เซ็นต์แบบ อัตรา พวกอัตราการแบบ อัตรา

การตายการเจ็บอะไรก็ น่าจะดีกว่าไม่ฉีดอะ แต่ก็เลือก
วัคซีนชนิดนี้.....” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

2. การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยในสถานการณ์
การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดย เมื่อ
ผู้ป่วยได้ใช้วิธีการเผชิญต้งได้กล่าวมาแล้ว ผู้ป่วยได้ปรับ
พฤติกรรมของตนเองต่อสถานการณ์การระบาด เป็น
ประเด็นย่อย 4 ประเด็น ดังนี้

2.1 การป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อโควิด19
ด้วยการปฏิบัติตามมาตรการควบคุม ประกอบด้วย การ
ใส่หน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง และล้างมือ รวมถึง
การไม่ออกไปนอกบ้านหากไม่จำเป็น ในสถานการณ์
การระบาดนี้ ส่งผลให้การใช้ชีวิตเปลี่ยนไปจากแต่ก่อน
นอกจากนี้ยังเห็นความจำเป็นของการได้รับวัคซีนเพราะ
รับรู้ว่าจะช่วยป้องกันการติดเชื้อ หรือหากติดเชื้อจะไม่มี
อาการมากนัก ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“....ก็เลยไม่ออก (นอกบ้าน) ดีกว่านอกจาก
มีธุระจริงๆ ค่ะ ออกไปข้างนอกก็ต้องดูแลตัวเองมาก
ขึ้น.....” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

“....ก็ล้างมือบ่อยๆ เริ่มมากขึ้นไปอีก
พยายามไม่ไป หรือไปพบปะให้เจอผู้คน ออกให้น้อยลง
อยู่บ้าน.....” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

“....มันก็ทำให้เรารู้สึกว่า (การฉีดวัคซีน)
รู้สึกปลอดภัยมากขึ้น รู้สึกโอเคเวลาออกข้างนอก อย่าง
น้อยก็มีวัคซีนแหละ 3 เข็ม....” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

2.2 มีความยากลำบากด้านอาหารการกิน
เกิดความยากลำบากในการออกไปซื้อหาอาหารสำหรับ
ตนเองนอกบ้านเพราะรู้ดีว่าตนเองไม่ควรออกไป
เนื่องจากมีโรคประจำตัวและอาจเสี่ยงต่อการรับเชื้อ
โควิด 19 ได้ แต่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้จัดหาให้
และบางรายให้ความสำคัญในเรื่องของสุขอนามัยในการ
รับประทานอาหารต้องมีขั้นตอนต่างๆ เพิ่มขึ้น เพื่อที่จะ
ทำให้ตนเองมีความมั่นใจและมีความปลอดภัยจากโรค
โควิด 19 ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“....โควิดนี้ไม่ออกเลย นอกจากจำเป็นจริงๆ
ซื้อข้าวซื้ออาหาร ไปเที่ยวอะไรก็ไม่ค่อยไป.....” (ผู้ให้
ข้อมูลรายที่ 8)

“.....ลูกกับแฟน (ภรรยา) เป็นคนหาอาหาร
การกินให้.....” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11)

“....เรื่องอาหารการกินนี้ เราต้องอุ่นให้ร้อน
จัดก่อนถึงค่อยกิน ไม่ใช่เหมือนเมื่อก่อนนี้ซื้อมานะ
แล้วเปิดทานได้เลย เดี่ยวนี้ซื้อมานี้เราก็ต้องมานั่งเผ้าเวฟ
ให้มันร้อนก่อนถึงค่อยมานั่งทานกัน ก็มันก็ทำให้เรามี
ขั้นตอนในการ เค้าเรียกว่าฆ่าเชื้อโรคบ้างอะไรบ้างอะ จะ
ได้ดีขึ้น....” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

2.3 ไปตรวจตามแพทย์นัดแม้มีความยุ่งยาก
ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการไปพบแพทย์ตามนัดเพื่อ
ติดตามอาการแม้ว่าการเดินทางหรือการรอพบแพทย์จะ
มีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อโควิด 19 ผู้ป่วยต้องรับการ
ตรวจ ATK หาเชื้อโควิด 19 ที่โรงพยาบาลจัดไว้ก่อนพบ
แพทย์ ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ทำให้มีความยุ่งยากกว่าเดิม
ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“.....ไปหาหมอหาอะไรทีหนึ่ง (ไปโรง
พยาบาล) เค้าก็ตรวจ นั้นเค้าก็สวอป (Swab) ให้ ก็ถ้า
เราทำ Echo หรือใกล้ชิดตัวอะครับ เค้าจะสวอปให้เรา
ก่อน ไม่งั้นเค้าไม่ให้ตรวจ.....” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

“....การไปหาหมอ มันไม่สะดวกเหมือน
เมื่อก่อน.....ต้องตรวจไข้ ต้องตรวจ ATK ตลอดแล้วถึง
จะขึ้นไปหาหมอได้ อะไร...มันทำให้เสียเวลา....” (ผู้ให้
ข้อมูลรายที่ 4)

2.4 ยังกินหัดกับการดูแลสุขภาพที่เป็น
อยู่ พฤติกรรมเดิมที่เคยดูแลสุขภาพก่อนโรคโควิด-19
ระบาดก็ยังต้องปฏิบัติต่อเนื่อง นอกจากนี้ต้องเคร่งครัด
ในการดูแลตนเองบางด้านมากขึ้น เพื่อป้องกันการเกิด
ภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และ
ยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น ดังคำกล่าวของ
ผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“....ก็พยายามกินของที่มีมันไม่ส่งผลต่อโรคเรอะครับ พักผ่อนให้เพียงพอ..มันมีผลนะครับก่อนหน้านี้ด้วยการติดเชื้อด้วยอะไรหลาย ๆ อย่าง แต่พอเดี๋ยวนี้ก็คุมอาหารอะครับ...” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

“.....ก็งดอาหารที่มีมันแบบน้ำตาลเกินก็ไมกิน ข้าวก็กินข้าว ก.ข. ที่น้ำตาลมันต่ำ พยายามไม่ให้ น้ำตาลมันสูง ไมกินอะไรที่ทำให้น้ำตาลมันสูง....” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

“....ผมก็วัดความดันตัวเองของเราปกติวันละหลายครั้งเหมือนกัน ถ้าความดันขึ้นมันก็จะไม่ค่อยดี จังเราก็จะกินยาเลย ทำล้างไตผมก็ทำปกติ....” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11)

3. การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่อการล้างไตในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากผลการสำรวจสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วย ผ่านระบบออนไลน์พบว่าส่วนใหญ่สิ่งแวดล้อมที่บ้านและสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำการล้างไตทางช่องท้องอยู่ในเกณฑ์ดีและพอใช้ โดยสภาพแวดล้อมและความสะอาดของที่พักอยู่ในระดับดี ร้อยละ 83.33 และอยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 16.67 สถานที่เก็บน้ำยาล้างไตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 91.67 และอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 8.33 ความสะอาดของสถานที่เปลี่ยนน้ำยาล้างไตของทุกรายอยู่ในระดับดี ห้องที่ผู้ป่วยนอนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 75.00 และอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 25.00 สภาพอ่างล้างมือก่อนจะทำการล้างไต อยู่ในระดับดี ร้อยละ 83.33 และอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 16.67 แหล่งน้ำใช้ของผู้ให้ข้อมูลทุกรายอยู่ในระดับดี และการกำจัดถุงน้ำยาที่ใช้แล้ว อยู่ในระดับดีทุกราย

อภิปรายผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลายไปจนถึงวัยสูงอายุ ทั้งนี้เป็นผลมาจากปัจจัยด้านอายุ ที่เพิ่มมากขึ้นจะมีความเสื่อมของ

ร่างกายได้ และทำให้เกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุของโรคไตเรื้อรัง ในการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวหรือโรคร่วม คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 83.33 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 58.33 อันเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคไตเรื้อรัง สอดคล้องกับ บัญชา สติระพจน์ (2557) ที่พบว่าโรคเบาหวาน เป็นสาเหตุชักนำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง และจากคุณลักษณะของผู้ให้ข้อมูลแล้วพบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในสถานะว่างงานถึงร้อยละ 50.00 เนื่องจากการที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 และในหนึ่งวันต้องทำการล้างไตทางช่องท้องรวม 4 รอบต่อวัน ส่งผลให้ใช้เวลาในการดูแลตัวเองมากขึ้นผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จึงประกอบอาชีพตามปกติไม่ได้

2. ประสบการณ์การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในสภาพแวดล้อมที่บ้านช่วงระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2.1 การเผชิญกับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากผลการวิจัยที่ผู้ป่วยมีการเผชิญด้วยการเรียนรู้และคิดประมวลผลข้อมูล (Information processing) ที่เกี่ยวข้องกับการระบาดของโรคโควิด 19 แม้ผู้ป่วยบอกว่าการใช้ชีวิตเหมือนปกติ แต่เมื่อซักถามเจาะลึกกลับพบว่าการเผชิญที่ผู้ป่วยได้ประมวลผลมาแล้วว่าต้องป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อโควิด 19 รวมทั้งการรับวัคซีนเพื่อป้องกันอาการหนักหรือภาวะแทรกซ้อนหากมีการติดเชื้อ ผลจากการใช้วิธีการเผชิญดังกล่าวเป็นไปตามทฤษฎีระดับกลางในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรังของรอย (Roy, 2014) ที่แสดงให้เห็นว่าวิธีการเผชิญที่ใช้คือการคิดประมวลผลข้อมูลที่ได้จากบุคลากรสุขภาพหรือจากสื่อต่าง ๆ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังใช้วิธีการเผชิญแบบประเมินสถานการณ์และพยายามจัดการตนเอง (Appraisal and self-management) ด้วยการประเมินสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 และในฐานะผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่จำเป็นต้องไปพบแพทย์ เพื่อการติดตาม มีการประเมิน

สถานการณ์การฉีดวัคซีนแล้วจะช่วยป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 สอดคล้องกับการศึกษาของ (วัชรพร เษยสุวรรณ, 2560) ที่พบว่าผู้ป่วยมีการพิจารณาและตัดสินใจในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้ตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดีในตลอดช่วงอายุ เมื่อพิจารณาการเผชิญต่อสิ่งเร้าตรงคือการระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้เห็นว่กระบวนการเผชิญที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ใช้ส่วนใหญ่สอดคล้องกับการเผชิญกับการเจ็บป่วยเรื้อรังตามทฤษฎีระดับกลางของรอย (Roy, 2014) เช่น การแก้ปัญหา (Problem solving) เรียนรู้ (Learning) และกระบวนการคิดและสติปัญญา (Cognator process)

2.2 การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยในช่วงระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเน้นถึงการมีพฤติกรรม **การป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อโควิด 19** ด้วยวิธีการต่าง ๆ ตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อ เป็นพฤติกรรมด้านอัตมโนทัศน์ ที่ต้องการคงความสม่ำเสมอในการใช้ชีวิตของตนเอง (Self-consistency) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิตตอเรีย Dela Victoria (2017) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา มีความรู้สึกกลัว (Sense of fear) ในที่นี้ผู้ป่วยมีความกลัวว่าตนจะติดเชื้อหรือได้รับเชื้อโควิด 19 จึงหาวิธีหรือแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อมากขึ้น ด้วยการสวมหน้ากากอนามัย หรือการพกเจลแอลกอฮอล์เพื่อล้างมือ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ **มีความยากลำบากด้านอาหารการกิน** ในการออกไปซื้อหาอาหารสำหรับตนเองนอกบ้านเพราะไม่ควรออกไปเนื่องจากมีโรคประจำตัว แต่มีสมาชิกครอบครัวคอยจัดการเรื่องอาหารการกินให้ รวมทั้งให้ความสำคัญในเรื่องของสุขภาพอนามัย วิธีการในการรับประทานอาหารที่มีขั้นตอนต่าง ๆ ที่ทำให้ตนเองมีความมั่นใจและมีความปลอดภัยจากโรคโควิด 19 เห็นได้ชัดว่าผู้ป่วยมีกระบวนการเผชิญในกระบวนการคิดและ

สติปัญญา (Cognator process) ทำให้เกิดการเรียนรู้ (Roy, 1999) จนสามารถประเมินสถานการณ์ใหม่ (Reappraisal) ได้ว่าตนเองต้องใช้ชีวิตอย่างไรให้เหมาะสมกับการเป็นผู้ป่วยลำไ้ทางช่องท้องในช่วงของการระบาดของโควิด 19 นอกจากนี้ยังเรียนรู้ (Learning) ว่าตนเองเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ จากนั้นมีการประมวลข้อมูลเพื่อวางแผนในการเลือกรับประทานอาหาร (Information processing planned problem solving) โดยมีขั้นตอนในการประกอบอาหาร หรือการทำให้อาหารมีความสุกใหม่อยู่ตลอดเวลา ผู้ป่วยจึงเกิดความมั่นใจว่าอาหารนั้นมีความปลอดภัย อีกทั้งยังพบว่าผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญกับ **การไปตรวจตามแพทย์นัดแม้มีความยุ่งยาก** จากผลการวิจัยพบว่าผู้ให้ข้อมูลต้องยอมรับว่าการไปพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามอาการยังมีความสำคัญ ถึงแม้ว่าการเดินทางหรือการรอพบแพทย์จะมีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อโควิด 19 แต่ผู้ป่วยยอมรับการตรวจ ATK ที่โรงพยาบาลจัดไว้ก่อนพบแพทย์ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยังจำเป็นในการไปพบแพทย์เพื่อติดตาม (Follow up) แม้มีรายงานจากศูนย์การลำไ้ทางช่องท้องในประเทศไทยที่พบว่าจำนวนการมาพบแพทย์เพื่อติดตามอาการลดลงถึงร้อยละ 51.7 (Kanjanaabuch & Pongpirul, 2022) แต่โรงพยาบาลราชวิถียังให้ความสำคัญกับการที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อติดตามภาวะสุขภาพ จึงเห็นได้ว่าผู้ป่วยคงพฤติกรรมด้านการทำบาปทบาทในฐานะผู้ป่วยที่จำเป็นต้องพบแพทย์ในการติดตามผลการรักษา และด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกันที่ผู้ป่วยต้องตระหนักถึงการป้องกันไม่นำเชื้อโควิดให้กับบุคลากรสุขภาพที่ดูแลตัวผู้ป่วยจนต้องยอมรับมาตรการต่าง ๆ ที่โรงพยาบาลกำหนด ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Siagian and Habeahan (2019) ที่พบว่าผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม และปรับตัวให้เข้ากับบุคลากรด้านสุขภาพ และพยายามปรับตัว

ให้ผ่านพ้นขั้นตอนต่างๆ นำไปสู่ความรู้สึกสม่ำเสมอของสุขภาพตนเอง (Self-Consistency) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วย **ยังยืนยันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่เป็นอยู่** กล่าวคือ มีความตระหนักถึงต้นเหตุของการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่เกิดจากการไม่สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ และเมื่อรู้ถึงต้นเหตุของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จึงได้พยายามปรับตัว ใช้กลไกทำความเข้าใจกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยปรับการใช้ชีวิตและยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริลักษณ์ ฤงทอง (2561) ที่พบว่า การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง การสังเกตสิ่งผิดปกติและการแก้ไขเบื้องต้นเมื่อมีภาวะผิดปกติ รวมทั้งการติดตามผลการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3. การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่อการล้างไตในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการวิจัยทำให้เห็นว่าการสำรวจสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วยโดยการใช้วิดีโอทางแอปพลิเคชันไลน์สามารถทำได้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2564) ที่พัฒนาระบบแพทย์ทางไกลเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องบดเรียนจากการระบาดของโควิด-19 ที่พบว่า รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง และการเยี่ยมบ้านผ่านแอปพลิเคชันไลน์ มีการให้ความรู้ที่จำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องสำหรับผู้ป่วยและญาติ มีระบบการจัดการยาที่เอื้อต่อผู้ป่วยและญาติ ลดการเดินทาง ทำให้ลดโอกาสการสัมผัสเชื้อโรคโควิด-19 พยาบาลและผู้ป่วย/ผู้ดูแลมีความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการใช้แนวทางการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยผ่านแอปพลิเคชันไลน์โดยรวมอยู่ในระดับสูง ดังการศึกษาของ ดาราวรรณ รองเมือง และคณะ (2564) ส่วนใหญ่สิ่งแวดล้อมที่บ้านและสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำการล้างไตทางช่องท้องอยู่ใน

เกณฑ์ดีและพอใช้ ซึ่งเห็นได้ว่าการที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องสามารถเผชิญและปรับตัวกับการเจ็บป่วยของตนเองได้นั้น สิ่งแวดล้อมหรือสภาพแวดล้อมในบ้านมีความสำคัญมาก

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ควรศึกษาต่อเนื่องเกี่ยวกับรูปแบบการติดตามผู้ป่วยผ่านแอปพลิเคชันไลน์ หรือรูปแบบการดูแลทางไกล (Telemedicine) เพื่อนำมาใช้ในการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้
2. ควรศึกษารูปแบบการปรับตัวของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานขึ้น อาจทำให้พบประสบการณ์ที่นำมาพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยให้ดีขึ้นเมื่อเกิดโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

- ชัชวาล วงศ์สารี. (2559). *การพยาบาลอายุรศาสตร์-คัลยศาสตร์โรคไตและระบบทางเดินปัสสาวะ*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนเอ็น พี เพลส ลิมิตเต็ด.
- ชัชวาล วงศ์สารี, และจรรยา กฤตยารธรรม. (2560). การให้ความรู้แบบเข้มข้นเพื่อบำบัดภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม: บทบาทพยาบาลไตเทียม. *วารสาร มฉก. วิชาการ*, 24(2), 137-150.
- ชัชวาล วงศ์สารี, สุรสิทธิ์ ช่วยบุญ, ณฤทัย นฤมานโกสิน, จิตรดา สมประเสริฐ, ดาววรรณ คุณยศยิ่ง, วลัยนารี พรมลา, ธนันต์นิภา ภัคคุชฌีนิวัฒน์, และสุทธิชาร์ตัน เจริญพงษ์. (2564). บทบาทพยาบาลในการฉีควัคซีนป้องกันโรคโควิด 19: การคัดกรองสุขภาพ เทคนิคการฉีควัคซีน การดูแลต่อเนื่องหลังฉีควัคซีนและการบันทึกทางการพยาบาล. *วารสาร มฉก*, 25(2), 301-311.

- ดาราพรรณ รองเมือง, อินทิรา สุขรุ่งเรือง, สราพร มัทยา, อติญาณ ศรีเกษตริน, สุทธนันท์ กัลละ, ภัทร์พงศ์ อุดมพัฒน์, ... และอนันต์ กนกศิลป์. (2566). การพัฒนาระบบแพทย์ทางไกลเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่บดเรียนจากการระบาดของโควิด-19. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 17(1), 108-127.
- นิสากร วิบูลชัย, และชาติ ไทยเจริญ. (2563). การเยี่ยมบ้าน: บทบาทพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 17(2), 119-127.
- ปัญญา สติระพจน์. (2557). *Diabetic kidney disease*. กรุงเทพฯ: น้าอักษรการพิมพ์.
- วัชรพร เชยสุวรรณ. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. *วารสารแพทย์นิวา*, 44(3), 183-197.
- ศิริลักษณ์ ฤงทอง. (2561). บทบาทพยาบาลในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 1(1), 46-57.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2564). *การพัฒนาระบบแพทย์ทางไกลเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่บดเรียนจากการระบาดของโควิด-19*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2565). *คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565 (พิมพ์ครั้งที่1)*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.
- สุภาภรณ์ สดหนองบัว. (2564). การวิเคราะห์เชิงประเด็น. *โครงการบริการวิชาการ เรื่อง การวิจัยเชิงเอกสารและการวิจัยเชิงคุณภาพ*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2561). *คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562*. นนทบุรี: สหมิตรพรินติ้ง แอนด์พับลิชชิง จำกัด.
- เอื้ออารี สาลิกา, ชัชวาล วงศ์สารี, ภคพร เที้ยวรอบ, นภิสสร ธีระเนตร, จริยา กฤติยาวรรณ, สุธิตรา กฤติยาวรรณ, ... ธนันต์นิภา ภัคชนิธิวัฒน์. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ประเทศไทย. *วารสาร มฉก. วิชาการ*, 24(2), 245-255.
- Agustiyowati, T. H. R. (2018). The Effectiveness of Roy's adaptation model for patients with chronic kidney disease undergoing pre-dialysis in Indonesia. *Jurnal Ners, The Effectiveness of Roy's adaptation model for patients with chronic kidney disease undergoing pre-dialysis in Indonesia*, 13(2), 150-155.
- Al Wakeel, J. S., Al Ghonaim, M. A., Aldohayan, A., Usama, S., Al Obaili, S., Tarakji, A. R., & Alkhawaiter, M. (2018). Appraising the outcome and complications of peritoneal dialysis patients in self-care peritoneal dialysis and assisted peritoneal dialysis: a 5-year review of a single Saudi center. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 29(1), 71-80.

- Dela Victoria, B. (2017). *The Grapple with Dialysis: a qualitative literature study on the experiences of Adult dialysis patients*. (Master's thesis). University of Applied Science, Novia, Finland.
- Hunter, D., McCallum, J., & Howes, D. (2019). Defining exploratory-descriptive qualitative (EDQ) research and considering its application to healthcare. *Journal of Nursing and Health Care*, 4(1), 1-8.
- Jha, V., & Modi, G. K. (2018). Getting to know the enemy better—the global burden of chronic kidney disease. *Kidney international*, 94(3), 462-464.
- Roy, C. & Andrews, H.A. (1999). *The Roy Adaptation Model* (2nd ed). Stamford, C.T.: Appleton & Lange.
- Roy, C., Whetsell, M. V., & Frederickson, K. (2009). The Roy adaptation model and research: Global perspective. *Nursing science quarterly*, 22(3), 209-211.
- Roy, C. (2014). *Generating Middle Range Theory Form Evidence to Practice*. New York: Springer.
- Siagian, E., & Habeahan, E. J. (2019). the Life experience of patient chronic kidney under hemodialysis treatment at Bandar Lampung Adventist Hospital. In *Abstract Proceedings International Scholars Conference*, 7(1), 99-115.
- Kanjanabuch, T., & Pongpirul, K. (2022). Peritoneal dialysis care during the COVID-19 pandemic, Thailand. *Bulletin of the World Health Organization*, 100(2), 155-60.
- Teitelbaum, I. (2018). Crafting the prescription for patients starting peritoneal dialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 13(3), 483-485.
- Trinh, E., & Perl, J. (2018). The patient receiving automated peritoneal dialysis with volume overload. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 13(11), 1732-1734.



Predictive Factors of Health Promoting Behaviors in Undergraduate Students During COVID-19 Pandemic: a Case Study of a Private University

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาปริญญาตรี ในสถานการณ์
การระบาดโควิด 19 กรณีศึกษาในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง

Napaswan Namboonsri, M.N.S., นภัสวรรณ นามบุญศรี, พย.ม.¹

Kwanjai Amnatsatsue, Ph.D., ขวัญใจ อำนางลัยชัยเชื้อ, ประ.ด.^{2*}

Sunee Lagampan, Ed.D., สุนีย์ ละกำป็น, กศ.ด.²

Patcharaporn Kerdmongkol, Ph.D., พัชรพร เกิดมงคล, ประ.ด.²

¹Student, Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner
Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

²Associate Professor, Ph.D., Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health
Mahidol University

²รองศาสตราจารย์ ดร. ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*Corresponding Author Email: Kwanjai.amn@mahidol.ac.th

Received: July 26, 2022

Revised: January 13, 2023

Accepted: May 31, 2023

Abstract

Although the COVID-19 pandemic can influence lifestyle changes in the general population, there is limited information on how undergraduate students adapt and change their lifestyles during the COVID-19 pandemic. An analytic-cross-sectional study investigated health-promoting behaviors and their predictive factors among undergraduate students in a private university in Thailand during the COVID-19 pandemic. A total of 200 undergraduate students from the School of Nursing Science, School of Architecture and Design, and School of Music participated in an electronic survey from December 2021 to February 2022. The results showed that

most undergraduate students reported moderate levels of health-promoting behaviors (68%) with the highest mean of health responsibility. According to Pearson's correlation coefficient, perceived benefit ($r = .588, p < .01$), self-efficacy ($r = .545, p < .01$), interpersonal influence ($r = .540, p < .05$), perceived barrier ($r = .292, p < .01$) and GPA ($r = .164, p < .05$) showed positive correlations with health-promoting behaviors among undergraduate students. However, stress ($r = -.279, p < .01$) and self-rated health status ($r = -.342, p < .01$) showed negative correlations with health-promoting behaviors. According to Multiple Regression Analysis, perceived benefit, interpersonal influence, self-efficacy, being a third-year student, history of closed contact with COVID-19, and self-rated health status could jointly explain 52.9% of health-promoting behaviors of undergraduate students during the COVID-19 pandemic. The results of this study suggest that a program to increase students' self-efficacy, strengthen their interpersonal relationships and improve supportive facilities should be developed. The university's policymakers should initiate a preparation program for students and university personnel to enhance their competency to improve health-promoting behaviors and respond to any new pandemic episodes in the future.

Keywords: Health Promoting Behaviors, Undergraduate students, COVID-19, Private University

บทคัดย่อ

สถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของประชาชนและยังมีข้อมูลจำกัดเกี่ยวกับการปรับตัวและเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตในกลุ่มนักศึกษาปริญญาตรีในช่วงสถานการณ์การระบาดโควิด-19 การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและปัจจัยทำนายของนักศึกษาปริญญาตรีในสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 ในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน ประกอบด้วยนักศึกษาปริญญาตรีจากคณะพยาบาลศาสตร์ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ และคณะดนตรี เข้าร่วมการวิจัยโดยการสำรวจแบบออนไลน์ ระหว่างเดือนธันวาคม 2564 ถึง กุมภาพันธ์ 2565 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 68.0 โดยมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพมากที่สุดเมื่อใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันพบว่า การรับรู้ประโยชน์ ($r = .588, p < .01$) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($r = .545, p < .01$) อิทธิพลระหว่างบุคคล ($r = .540, p < .05$) การรับรู้อุปสรรค ($r = .292, p < .01$) และเกรดเฉลี่ย ($r = .164, p < .05$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ในขณะที่ภาวะเครียด ($r = -.279, p < .01$) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ($r = -.342, p < .01$) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อวิเคราะห์ด้วยการถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า การรับรู้ประโยชน์ อิทธิพลระหว่างบุคคล

การรับรู้ความสามารถของตนเอง นักศึกษาชั้นปีที่ 3 การมีประวัติสัมผัสใกล้ชิดผู้ติดเชื้อโควิด-19 และการรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถร่วมกันอธิบายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาปริญญาตรีในสถานการณ์การระบาดโควิด-19 ได้ร้อยละ 52.9 ผลการศึกษานี้สามารถนำไปส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับนักศึกษาปริญญาตรี โดยเฉพาะในนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ทั้งยังสามารถนำไปพัฒนาคลินิกสุขภาพจิต หรือโปรแกรมสายด่วนเพื่อดูแลนักศึกษาที่มีภาวะเครียดและต้องการความช่วยเหลือในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19

คำสำคัญ: พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ, นักศึกษาปริญญาตรี, โควิด-19, มหาวิทยาลัยเอกชน

Introduction

During 2021-2022, Thailand faced the fourth wave of the COVID-19 pandemic resulted in the spreading of the new Omicron variant. The Thai government provided preventive measures and policies to control the spreading of COVID-19. The government agencies encouraged Thai citizens to receive the vaccine and to follow the measures of COVID-19 prevention, such as wearing a mask, washing hands, using alcohol gel, observing social distancing at least 1-2 meters from others, and self-checking for COVID-19 (Department of Disease Control, 2021). Ministry of Higher Education, Science, Research, and Innovation announced the measures for schools and universities to operate for teaching and learning, examinations, training, or undertaking activities that draw big crowds with the approval from related organizations and the provincial communicable disease committee (Laothamatas, 2021). In addition, with organization approval, schools, and universities were authorized to operate for teaching

and learning, conducting exams, training, or undertaking activities that draw big crowds (Thai government gazette, 2021). A university student is a young adult transitioning from adolescence to adult life (World Health Organization, 2021). Inappropriate health behaviors are primarily found in this age group, such as nutrition and a sedentary lifestyle (Alzahrani et al., 2019), leading to non-communicable diseases such as Diabetes Mellitus, Cardiovascular disease, and Cancer (WHO, 2020). Like other countries, Thai people over 15 years old tend to have a higher prevalence of Diabetes Mellitus related to an increasing prevalence of obesity (Karnjanapiboonwong, Kamwangsanga, & Keawta, 2020). Covid-19 all universities were forced to close and provide online courses to prevent COVID-19 (Yongstar, 2020), leading to a sedentary lifestyle. However, few studies about changes in lifestyle among university students during the lockdown were reported. Compared with the previous study, about 46.1% showed a decrease in smoking

and alcohol consumption and increased exercise and sleeping hours (Renzo et al., 2020). Moreover, over 65% of undergraduate students reported having anxiety during the lockdown (Kaparounaki et al., 2020). In Thailand, the researchers found current faculty/college, stress, and adversity quotient using stepwise multiple regression analysis. Three predictive variables ordered adversity quotient ($\beta = .52$), stress ($\beta = -.32$), and current faculty/college ($\beta = .14$). (Suksatan W. et al, 2021).

This study is aimed to assess health-promoting behavior and its predictive factors among undergraduate students at a private university during the COVID-19 pandemic, using Pender's Health Promoting Behavior Model, which noted that each person has unique personal characteristics and experiences that affect subsequence action.

Research Methodology

An analytic-cross-sectional study was applied using Pender's Health Promoting Behavior Model to investigate health-promoting behaviors and their predictors among undergraduate students of a private international university. A private international university with 7,959 Thai and international students in a suburban area was selected as a study location. The G*power was used to calculate the sample size with an increase of 30%, totaling 200 participants. Multistage sampling was used to recruit participants from 3 out of

10 faculties, including the School of Nursing Science, the School of Music, and the School of Architecture and Design. Then, the proportion allocation was used to recruit 200 participants from 3 faculties. Convenience sampling was used to recruit first to fourth-year students from each faculty. Inclusion criteria included 1) being 18 years old, 2) being enrolled in the selected school in the academic year 2021, 3) being able to read and understand the English language, and 4) being willing to participate in the study.

1. Research Instruments

The researcher developed and revised a self-report questionnaire with nine parts using Pender's Health Promoting Behavior Model. Part 1 consisted of demographic data, health status, study program, parent's education and career, and history of COVID-19 contact. Part 2 was a 1-item self-rated health, which was developed by Subramanian, Huijits, & Avendano (2009) and revised by the researcher. It asked, "How do you rate your current health compared with the last 12 months?". The item was evaluated on five rating scales ranging from 1 (very good), 2 (good), 3 (fair), 4 (bad), and 5 (very bad). Part 3 Stress was measured by Test 5 (ST5) developed by Silapakit (2008), consisting of 5 items with 4-rating ranges: 0 (never), 1 (sometimes), 2 (often), and 3 (always). The total score of ST5 ranges from 0-15 and is classified into four levels: less stress for ranges 0-4, moderate stress

for ranges 5-7, stress ranges from 8-9, and significant stress ranges from 10-15. Part 4 was perceived benefit consisting of 10 items with a 4 Likert scale, ranging from 1 (Strongly disagree), 2 (Disagree), 3 (Agree), and 4 (Strongly agree), the higher score, the more positive perceived benefit. Part 5 was about the perceived barrier of health-promoting behaviors during the COVID-19 pandemic and consisted of 10 items with a 4 Likert scale, ranging from 1 (Strongly disagree), 2 (Disagree), 3 (Agree), and 4 (Strongly agree). The higher score, the more positive the perceived barrier. Part 6 was about the perceived self-efficacy of health-promoting behaviors during the COVID-19 pandemic and consisted of 15 items with a 4 Likert scale, ranging from 1 (Strongly disagree), 2 (Disagree), 3 (Agree), and 4 (Strongly agree): the higher score, the more positive the perceived self-efficacy. Part 7 was a situational influence, consisting of 15 items with a 4 Likert scale, ranging from 1 (Strongly disagree), 2 (Disagree), 3 (Agree), and 4 (Strongly agree): the higher score, the more positive the perceived situational influence. Part 8 was the interpersonal influence that affected health-promoting behaviors. This part consisted of 10 items with 3 rating scales, ranging from 1 (never), 2 (sometimes), and 3 (often). The higher score, the more positive the perceived interpersonal influence. Part 9 was about health-promoting behaviors during the COVID-19 pandemic, modified by

the researcher based on Health Promoting Lifestyle Profile II (Walker et al., 1995). The questionnaire consisted of 50 items with ranges of 1 (never), 2 (sometimes), 3 (often), and 4 (regularly). The higher score, the more positive health-promoting behaviors. The expert panel examined the content validity with an acceptable validity of .85-1.00. Then the questionnaire was tried on 30 participants with an acceptable Cronbach's alpha of .82-.95.

2. Data Collection

After the human ethics approval from the Faculty of Public Health, Mahidol University, research project No. 98/2564, approval code No. MUPH 2021-096, the researcher submitted a permission letter to the director of the selected university to ask for data collection. Then, the researcher contacted the assigned co-ordinators from each school to support data collection from 200 participants using Google Forms. Before the consent form was completed, the researcher met the student participants before data collection and informed them about the research objectives and the process. Each subject took about 45 minutes to complete the questionnaires. Data were collected from December 2021 – February 2022.

3. Data Analysis

The relationship between demographic data, self-rated health, stress, perceived benefit, perceived barrier, perceived self-efficacy of health-promoting behaviors, situational influence, interpersonal influence,

and Health Promoting Behavior during COVID-19 was examined using Pearson's Correlation Co-efficiency. To examine predictive factors of health-promoting behaviors during the COVID-19 pandemic among undergraduate students, the stepwise method of multiple regression analysis was performed at the p -values $< .05$.

Results

Among 200 undergraduate students, most participants were Thai (84.5 %), Buddhist (76.0 %), and female (59.0 %). The age of majority was 21-25 years old (64 %) with a mean of 21.83 ± 2.724 years.

More than half of the participants lived in Bangkok (56.5%). Most of their current level of study was fourth year (37.5%). About half of the participants were from the School of Architecture (51.0%). The average GPA was $3.09 \pm .46$, with a range of 3.01-3.50 (33.0%). About one-third (32.0%) had an income of 5,001-10,000 Baht/month with a mean of $15,258 \pm 14,029$, and most sources of income were from parents (82.0%). The highest education of mothers and fathers was a bachelor's degree (52.5% and 51.0%), and the occupation of mothers and fathers was a business owner (40.0% and 49.7%). Most subjects had an average Body Mass Index (BMI) (47.0%) with a mean of 22.83 ± 5.36 . Most of the subjects reported having no underlying disease (87.5%) and rated their health as good

(43.0%) with moderate stress (31.5%). Most of them (91.5%) had no history of a confirmed diagnosis of COVID-19 or close contact with or caring for someone diagnosed with COVID-19 (90.0%).

The results showed that most undergraduate participants reported moderate levels of health-promoting behaviors (68%) with a mean of 142.43 ± 18.38 . The health responsibility sub-scale scored highest over the six other sub-scales, and the physical activity sub-scale was the lowest. The mean value of the perceived benefit of health-promoting behaviors during the COVID-19 pandemic was 32.56 ± 4.42 , and the perceived barrier of health-promoting behaviors during the COVID-19 pandemic was 32.88 ± 5.28 . The mean of self-efficacy of health-promoting behaviors during the COVID-19 pandemic was 40.98 ± 5.22 . The mean of situational and interpersonal influence was 36.77 ± 3.46 and 29.25 ± 3.77 .

Pearson's correlation co-efficiency results showed a significant positive correlation between perceiving the benefit of health-promoting behaviors during the COVID-19 pandemic ($r = .588$), self-efficacy of health-promoting behaviors during the COVID-19 pandemic ($r = .545$), interpersonal influence ($r = .540$), and perceive barrier of health-promoting behaviors during COVID-19 pandemic ($r = .292$) with health-promoting behaviors during COVID-19 pandemic (p -value $< .01$).

GPA ($r = .164$) had a significant positive correlation with health-promoting behaviors during the COVID-19 pandemic ($p\text{-value} < .05$). Self-rated health status ($r = -.342$) and stress ($r = -.279$) had a significant negative correlation with health-promoting behaviors during the COVID-19 pandemic ($p\text{-value} < .01$). (Shown in Table1)

Table 1 Correlation analysis of factors related to Health Promoting Behavior among undergraduate participants during the COVID-19 pandemic (n=200)

Variable	r	P-value
Perceived benefit of health-promoting behaviors		
Perceived Self – efficacy of health-promoting behaviors	.588	<.01
Interpersonal influence	.545	<.01
The perceived barriers to health-promoting behaviors	.540	<.01
GPA	.292	<.01
Stress	.164	<.05
Self-rated health status	-.279	<.01
	-.342	<.01

stepwise multiple regression analysis showed that the perceived benefit of health-promoting behaviors during the COVID-19 pandemic ($B = 1.546$, $t = 5.724$, $p = <.01$), interpersonal influence ($B = 1.520$, $t = 5.634$, $p = <.01$), perceived self-efficacy of health-promoting behaviors during COVID-19 pandemic ($B = .710$, $t = 3.160$, $p = <.01$), being a third-year student ($B = -5.564$, $t = -2.885$, $p = <.01$), and having a history of close contact

with or caring for someone who diagnosed with COVID-19 ($B = 7.231$, $t = 2.373$, $p = <.05$) were able to significantly predicted health-promoting behaviors among undergraduate students at a private university during COVID-19 pandemic. Those five factors could jointly explain 52.9% of the variance in health-promoting behaviors among undergraduate students at a private university during the COVID-19 pandemic. (Shown in Table2)

Table 2 Regression analysis of factors influencing Health Promoting Behavior among undergraduate participants during the COVID-19 pandemic (n=200)

Variable	B	Std. error	Beta	t	Sig
Perceived benefit of health-promoting behaviors	1.546	.269	.358	5.724	< .01
Interpersonal influence	1.520	.270	.313	5.634	< .01
Perceived Self – efficacy of health-promoting behaviors	.710	.225	.201	3.160	< .01
Being a third-year student	-5.564	1.929	-.147	-2.885	< .01
Having close contact with or caring for someone who has been diagnosed with COVID-19	7.231	3.048	.119	2.373	< .05
F = 42.880** R ² = .529 adjusted R ² = .517					

Discussion

In this study, the health-promoting behaviors among undergraduate participants during the COVID-19 pandemic were moderate, similar to those of the previous study (Suksatan et al., 2021). It was found that during the COVID-19 pandemic, health responsibility was reported as the highest sub-scale of health-promoting behavior was inconsistent with the previous studies (Alzahrani et al., 2019; Rakpanusit et al., 2018). In addition, the physical activity sub-scale reported the lowest score, consistent with previous studies (Alzahrani et al., 2019; Hwang & Oh, 2020). During the COVID-19 pandemic, most participants applied measures regarding social distancing, hand washing, wearing masks, and avoiding public exercises.

During lockdown and online study, six factors, including perceived benefit, interpersonal influence, self-efficacy, third-year student, and experiencing close contact with COVID-19, could jointly explain 52.9% of health-promoting behaviors among undergraduate students in a private university. The perceived benefit of health-promoting behaviors was able to predict health-promoting behaviors during the COVID-19 pandemic, which is inconsistent with Sabooteh et al. (2020). It found that perceived benefit was not able to predict physical activity. The interpersonal influence predicted health-promoting behaviors in undergraduate students at a private university during the COVID-19 pandemic, consistent with Saravirote & Janyam (2014).

Self-efficacy of health-promoting behaviors during the COVID-19 pandemic was able to predict health-promoting behaviors during the COVID-19 pandemic, which is consistent with Sabooteh et al. (2020); Sanasuttipun & Nookong (2015). This study found that self-rated health status, third-year student, and history of close contact with or caring for someone who was diagnosed with COVID-19 were able to predict health-promoting behaviors in undergraduate students at a private university during the COVID-19 pandemic.

Recommendations

Based on Pender's Health Promoting Behavior Model, this study reported that demographic factors, perceived benefit, self-efficacy, and interpersonal influence could predict health-promoting behaviors among undergraduate participants.

To promote students' health behaviors during COVID-19, the faculty members responsible for student affairs should initiate a program to increase students' self-efficacy, strengthen the interpersonal relationship among students and provide them with adequate facilities. In response to new pandemic episodes or emergencies, the university administrative team should initiate a new project or policy for students and university personnel.

References

- Alzahrani, S. H., Malik, A. A., Bashawri, J., Shaheen, S. A., Shaheen, M. M., Alsaib, A. A., ... & Abdulwassi, H. K. (2019). Health-promoting lifestyle profile and associated factors among medical students in a Saudi university. *SAGE open medicine*, 7, 1-7.
- Department of disease control. (2021). Coronavirus-19 resilience, prevention, and control guideline. Retrieved from <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1150920210610033910.pdf>
- Hwang, Y., & Oh, J. (2020). Factors affecting health-promoting behaviors among nursing students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 1-13.
- Kanjanapiboonwong, A., Kamwangsanga, P., & Keawta, S. (2020). NCDs report, diabetes mellitus, hypertension and related factors 2020. Retrieved from <http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=13865&tid=&gid=1-015-005>
- Kaparounaki, C. K., Patsali, M. E., Mousa, D. P. V., Papadopoulou, E. V., Papadopoulou, K. K., & Fountoulakis, K. N. (2020). University students' mental health amidst the COVID-19 quarantine in Greece. *Psychiatry research*, 290,(2019), 113111.

- Laothamatas, A. (2021). *Measures and Monitoring of COVID-19 spreading (No.18)*. Retrieved from <https://www.mhesi.go.th/images/Pusit2021/pdfs/18-AnnCovid.pdf>
- Rakpanusit, T., Jeenueng, N., & Khoyneung, N. (2018). Factors Related to Health Promoting Behavior among Undergraduate University Students, Prince of Songkla University, Pattani Campus. *Academic Services Journal, Prince of Songkla University*, 29(3), 170-178.
- Di Renzo, L., Gualtieri, P., Pivari, F., Soldati, L., Attinà, A., Cinelli, G., ... & De Lorenzo, A. (2020). Eating habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown: an Italian survey. *Journal of translational medicine*, 18(1), 1-15.
- Sabooteh, S., Feizi, A., Shekarchizadeh, P., Shahnazi, H., & Mostafavi, F. (2020). Effect of web-based and software-based educational intervention on stages of behavior change of students' physical activity. *Journal of Education and Health Promotion*, 9. doi: 10.4103/jehp.jehp_645_19
- Sanasuttipun, W., & Nookong, A. (2015). Predictive Factors for Teenagers' Exercise and Activity Behaviour. *Thai Journal of Nursing Council*, 30(2), 46-59.
- Saravirote, A., & Janyam, K. (2014). Factors influencing health promotion behavior of undergraduate students at Prince of Songkla University, Hat Yai Campus. *Kasetsart Journal of Social Sciences*, 35(2), 223-234.
- Silpakit, O. (2008). Srithanya Stress Scale. *Journal of Mental Health of Thailand*, 16(3). 177-185.
- Subramanian, S. V., Huijts, T., & Avendano, M. (2010). Self-reported health assessments in the 2002 World Health Survey: how do they correlate with education?. *Bulletin of the world health organization*, 88(2), 131-138.
- Suksatan, W., Choompunuch, B., Koontalay, A., Posai, V., & Abusafia, A. H. (2021). Predictors of health behaviors among undergraduate students during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional predictive study. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 14(2021), 727-734.
- Provisions in accordance with Article 9 of the Royal Decree on the Administration of Government in Emergency Situations B.E. 2548 (Vol. 20). (2021, April 16). *Government Gazette*. Pt. 138a Gnor, (Special Issue), p. 25-28.

- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1995). *Health Promotion Model-Instruments to Measure Health Promoting Lifestyle : Health-Promoting Lifestyle Profile [HPLP III] (Adult Version)*. Retrieved from <https://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/85349>
- World Health Organization. (2020). Noncommunicable disease. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- World Health Organization. (2021). *Working for a brighter, healthier future How WHO improves health and promotes well-being for the world's adolescents*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240041363>
- Yongstar, S. (2020). Coronavirus: When teaching must continue Is online classroom the answer? Retrieved from <https://www.bbc.com/thai/thailand-51975231>



ความสัมพันธ์และอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ
ต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
โรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ
**Relationship and Influence of Health Literacy and
Controlled Glycemic Behavior Among Diabetes Mellitus Type 2
Patients at Kantharalak Hospital, Sisaket Province**

ยุพาวดี แซ่เตี๋ย, พย.ม., Yuphawadee Sae-tia, M.N.S.^{1*}

จิริยา กฤติยวรรณ, พย.ม., Jariya Kittiyawan, M.N.S.²

ศุภลักษณ์ พันทอง, พย.ม., Supaluk Phunthong, M.N.S.³

¹พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

¹Professional Nurse, Internal Medicine Ward of Head Nurse, Kantharalak Hospital,
Sisaket Province

²อาจารย์, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

²Lecturer, Division of Adult and Gerontology Nursing ,Faculty of Nursing,
Ubonratchani Rajabhat University

³อาจารย์, สาขาการพยาบาลสุขภาพชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ

³Lecturer, Division of Community Health Nursing, Faculty of Nursing, North Bangkok University

*Corresponding Author Email: yuphawadee3110@gmail.com

Received: November 23, 2022

Revised: January 15, 2023

Accepted: May 31, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ 2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน 3. เพื่อศึกษาอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ คัดเลือกตามเกณฑ์กำหนด จำนวน 351 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม 4 ชุด ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไคร์-สแควร์และสถิติเชิงอ้างอิง ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลอยู่ในระดับดีมาก (Mean = 90.00, SD = 12.75) มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 5.12 คะแนน) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4 ปัจจัย ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและการบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.03, SD = 1.18) ทั้งนี้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล ($\chi^2 = 394.89$, $p < .05$), $p < .05$) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในระดับปานกลาง (χ^2 cramer' V = .40, $p < .05$) ทั้งนี้ทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลอยู่ในระดับปานกลาง ($r = .49$, $p < .05$) และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในระดับปานกลาง ($\beta = .48$, $p < .05$) และสามารถพยากรณ์พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลได้ร้อยละ 24.30 ($R^2 = .243$, $p < .05$) จากผลการศึกษาเสนอแนะว่าพยาบาลควรส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยมุ่งเน้นการให้ความรู้ ชี้แนะการเข้าถึงข้อมูลและการบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลที่ดีมากขึ้น

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

Abstracts

The purpose of this predictive relationship research was study 1) To study the level of health literacy and glycemic control behavior of diabetic patients. 2) To study the relationship between health literacy and glycemic control behavior of diabetic patients. and 3) To study the influence of health literacy and glucose control behavior of diabetic patients. The sample consisted of patients with type 2 diabetes who received services in a non-communicable disease clinic. Kantharalak Hospital Sisaket Province Selected according on inclusion criteria, a total of 351 people. Data were collected using 4 questionnaires consisting of general information, knowledge of type 2 diabetes, health literacy, and glycemic control behavior. Data were analyzed by descriptive statistics, Chi -square and inferential statistics. The results of study were as follows: The sample group had a very good score of glycemic control behavior (Mean = 90.00, SD = 12.75), had a moderate level of knowledge about type2 diabetes Mellitus (Mean = 5.12 points score), and 4 factors of health literacy. including access to information and health services health communication, self-management, Media and information literacy was moderate mean score (Mean = 3.03, SD = 1.18), knowledge of type 2 diabetes was correlated with glycemic control behavior ($\chi^2 = 394.89$, $p < .05$), knowledge had a moderate level of influence on glycemic control behavior (χ^2 cramer' V = .40). Also, the health literacy skill were moderately

associated with glycemic control behavior ($r = .49, p < .05$), and had a moderate influence on glycemic control behavior ($\beta = .48, p < .05$) and could predict glycemic control behavior at 24.30% ($R^2 = .243, p < .05$). From the results of the study, it was suggested that the nurses should promote health literacy with a focus on education. Guides access to health information and services. health communication self-management media and information literacy, which is a factor that promotes patients to have better glucose control behaviors.

Keywords: health literacy, glycemic control behavior, type 2 diabetics

บทนำ

โรคเบาหวานในปัจจุบันยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อันเนื่องมาจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป และพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ข้อมูลจากสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง 629 ล้านราย องค์การอนามัยโลกระบุว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในปี ค.ศ. 2030 และจะมีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเป็น 3.2 ล้านคน ในแต่ละปี ข้อมูล ปี พ.ศ. 2558-2562 พบอัตราการตายต่อประชากรแสนคนในทุกกลุ่มอายุของโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นจาก 12,620 ราย เป็น 16,529 ราย (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561) รวมทั้งมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 พบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉพาะโรคเบาหวานสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี (Zhang, Zhang, Brown, Vistisen, Sicree, Shaw, & Nichols, 2010)

การดูแลตนเองให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม ถูกต้อง ด้วยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุม น้ำหนัก การจัดการความเครียด ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (Hinkle & Cheever, 2018) ซึ่งผู้ป่วยต้องมีความตั้งใจและมีเป้าหมาย ก็จะช่วยในการดูแลตนเอง โรคเบาหวานสามารถควบคุมโรคหรือระดับน้ำตาลได้

(Orem, 1985) การควบคุมโรคหรือการควบคุมระดับน้ำตาลนี้ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการปรับเปลี่ยนรูปแบบพฤติกรรมการใช้ชีวิต เพื่อช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (ประทุม สร้อยวงศ์, 2564; American Diabetes Association, 2020) เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากเบาหวาน การลดปัจจัยเสี่ยง การรักษาพยาบาล และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นมาตรการที่จะช่วยลดการเกิดโรคแทรกซ้อน และผลกระทบต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุให้เกิดการป่วยและตายก่อนวัยอันควรจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557)

การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานในปัจจุบันจะมุ่งเน้นการให้ความรู้ และจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และมีทักษะในการดูแลตนเอง อย่างไรก็ตามพบว่ารูปแบบการให้สุขศึกษาในปัจจุบันยังไม่ประสบผลสำเร็จในการชักจูง หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเท่าที่ควร จากการสำรวจของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2559 พบว่า ผู้ป่วย

โรคเบาหวานมีความรู้ความเข้าใจในโรคนี้ได้อย่างถ่องแท้ขึ้น เพียงร้อยละ 10.7 และมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพียงร้อยละ 19.5 ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับต่ำถึงร้อยละ 89.3 และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการนำความรู้ไปปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสมเพียงร้อยละ 19.5 (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2559; กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

การแก้ไขปัญหาเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน โดยนำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งได้รับการยอมรับว่ามีผลต่อความสามารถในการเรียนรู้ รับข้อมูลของบุคคล นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการดำเนินของโรคได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) หมายถึง ทักษะต่าง ๆ ด้านการรับรู้และทางสังคมจะเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ ด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อนำมาปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้คงไว้ซึ่งสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงดี และส่งเสริมให้บุคคลมีความรอบรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้น (Nutbeam, 2000; Nutbeam, 2008; ธนะวัฒน์ รวมสุข, ลักษณะวิรุฬห์ โชติศิริ, ชัชวาล วงศ์สารี, วลัยนารี พรหมลา, 2564) โดยให้ความสำคัญกับช่องทางการสื่อสาร เผยแพร่ความรู้ที่เข้าใจง่าย เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลอย่างทั่วถึง สร้างกิจกรรมการเรียนรู้ในรูปแบบต่าง ๆ ส่งเสริมการนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มาผสมผสานกับกิจกรรมในชุมชนเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเกิดการดูแลช่วยเหลือกันและกัน (วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, กานดาวิมล มาลีวงศ์, ชัชวาล วงศ์สารี, และหทัยชนก บัวเจริญ, 2563)

โรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวนทั้งสิ้น 58,706 ราย เป็นผู้ป่วยเบาหวาน

ชนิดที่ 2 กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้เพียงจำนวน 1,548 1,769 1,147 คน คิดเป็นร้อยละ 18.04, 27.95 และ 20.61 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2565) ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพสอดคล้องกับนโยบายแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีคนไทย พ.ศ. 2554-2563 ที่มุ่งเน้นการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมทั้งด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด ซึ่งมีเป้าหมายให้ประชาชน รับรู้ เข้าใจ ตระหนักถึง ภาวะเสี่ยง การป้องกันโรค แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ และมีภูมิคุ้มกันเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อการเกิดโรคดังกล่าว และการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพให้สามารถสนับสนุน การดูแล และจัดการโรคไม่ติดต่อ เพื่อลดเสี่ยง ลดโรค และป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยให้มีแนวโน้มที่ดีขึ้น (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

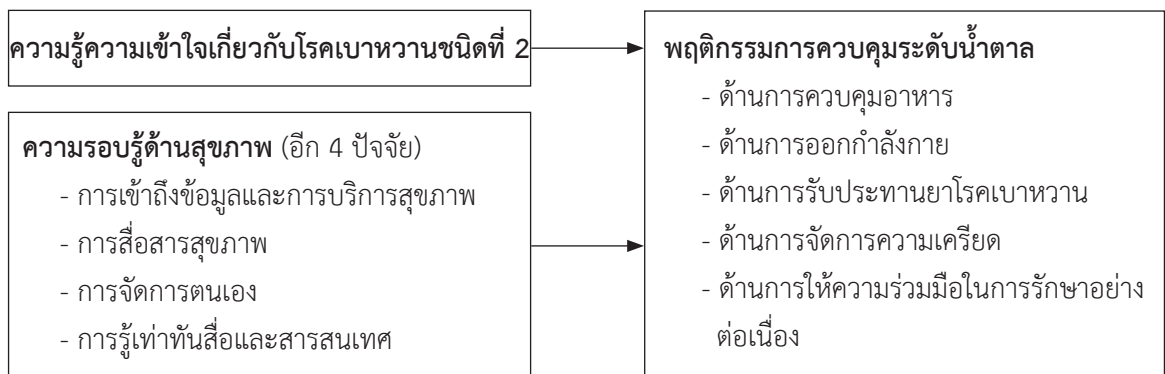
ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยคาดหวังว่าผลการวิจัยจะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดบริการสุขภาพในบริบทโรงพยาบาลกันทรลักษ์ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน
3. เพื่อศึกษาอิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนากรอบแนวคิดการวิจัยจากการทบทวนแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2559) โดยแยกมิติด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาวัดด้วยข้อสอบความรู้ และประยุกต์ความรู้ด้านสุขภาพ 4 มิติ มาเป็นตัวแปรต้น ซึ่งจากการทบทวนพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความรู้ด้านสุขภาพจะส่งผล ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลที่ดีตามมา (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพรรณนาความสัมพันธ์เชิงพยากรณ์ (descriptive predictive correlation research) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์และพยากรณ์ตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ

1. ประชากร เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีช่วงอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ที่มารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 4,320 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2565)

2. กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan (1970) กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 354 คน ผู้วิจัยเข้าหา กลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างง่าย (รัตนศิริ ทาโต, 2561) กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นเพศชายหรือเพศหญิงที่อายุระหว่าง 20-59 ปี 2) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโดยอายุรแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และได้รับการรักษาด้วยยา 3) มีค่าระดับพลาสมากลูโคสตอนเช้าหลังอดอาหารข้ามคืนมากกว่า 8 ชั่วโมง (Fasting Plasma Glucose; FPG) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

หรือมีค่าระดับพลาสมาไกลูโคส มากกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร โดยไม่ต้องอดอาหาร หรือมีค่าระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) มากกว่าหรือเท่ากับ 6.5 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ 4) สามารถสื่อสาร พูด ฟัง เขียน และเข้าใจภาษาไทย มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ระดับความรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง สามารถบอกวัน เวลา สถานที่ และบุคคลได้ **เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)** ระหว่างผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากโรคเบาหวาน เช่น ภาวะเลือดเป็นกรดจากน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะช็อคจากน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นต้น

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามชนิดผู้ตอบเลือกตอบด้วยตนเอง จำนวน 4 ชุด แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคอื่นที่ต้องรักษาคู่กับโรคเบาหวาน ดัชนีมวลกาย ค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของคนไทยที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2559) แบ่งตามลักษณะของคำตอบเป็น 2 แบบ ได้แก่

1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 8 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบหลายตัวเลือก ๆ ตอบได้ 1 ข้อ ตอบถูก เท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิดเท่ากับ 0 คะแนน ซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในช่วง 1.00-8.00 การแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนนรู้น้อยกว่า 4.80 คะแนน หมายถึงรู้และเข้าใจยังไม่ถูกต้อง ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตน

เพื่อสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนหรือความรู้ระดับน้อย ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในช่วง 4.81-6.39 คะแนน หมายถึงรู้และเข้าใจอย่างถูกต้อง เพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพดีหรือความรู้ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในช่วง 6.40-8.00 คะแนน หมายถึงรู้และเข้าใจอย่างถูกต้อง เพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพดีและยั่งยืนหรือความรู้ระดับดี

2) การเข้าถึงข้อมูลและการบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (เรียกโดยรวมว่า “ทักษะความรู้ด้านสุขภาพ”) รวมจำนวน 15 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยรวม 1.00-5.00 การแปลผลคะแนนทักษะความรู้ด้านสุขภาพระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.44) ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.45-2.44) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.45-3.44) ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.45-4.44) และระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.45-5.00)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานของ ฤทธิรงค์ บุรพันธ์ (2556) ถามเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร จำนวน 8 ข้อ พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายจำนวน 6 ข้อ พฤติกรรมด้านการรับประทานยาเบาหวาน จำนวน 6 ข้อ พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด จำนวน 6 ข้อ และพฤติกรรมด้านการให้ความร่วมมือในการรักษาต่อเนื่อง จำนวน 4 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 30 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยรวม 1.00-120 การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนี้ พฤติกรรมระดับต้องปรับปรุง (1-30 คะแนน) พฤติกรรมระดับปานกลางหรือพอใช้

(31-60 คะแนน) พฤติกรรมระดับดี (61-90 คะแนน) และ พฤติกรรมระดับดีมาก (91-120 คะแนน)

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ดังนี้

4.1 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย 1.1 แบบวัดความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 8 ข้อ ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้ 1) หาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านความรู้ด้านสุขภาพ 2 ท่าน พิจารณาความตรงของเนื้อหาและการใช้ภาษาพร้อมให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ 2) การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วย ที่มีลักษณะตามเกณฑ์เดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 35 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบวัดตามวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .68 3) วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Discrimination power) โดยผู้วิจัยนำมาหาค่าอำนาจจำแนกของแบบวัดความรู้ โดยคำนวณจากสูตรของบุญใจ ศรีสถิตยนรากร, 2553) นำผลการคำนวณค่าอำนาจจำแนกมาพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อคำถามทั้ง 8 ข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกมากกว่า .20 จึงนำไปใช้เก็บข้อมูลได้ (ชัชวาล วงศ์สารี และแก้วตะวัน ลักษณะนันท์, 2562) 1.2 แบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูลและการบริการสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ การสื่อสารสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ การจัดการตนเอง จำนวน 5 ข้อ และความรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 3 ข้อ รวมจำนวน 15 ข้อ ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้ 1) หาความตรงเชิงเนื้อหา

โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เป็นชุดเดียวกันกับผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบคุณภาพแบบวัดความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พิจารณาความตรงของเนื้อหาและการใช้ภาษาพร้อมให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ 2) การหาความเชื่อมั่น ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (try out) เช่นเดียวกับแบบวัดความรู้ โดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ตามวิธีของคอนบาค (Conbach's method) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 จึงนำไปใช้เก็บข้อมูลได้

4.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 ข้อ ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1) หาความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เป็นชุดเดียวกันกับผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบคุณภาพแบบวัดความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พิจารณาความตรงของเนื้อหาและการใช้ภาษาพร้อมให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับการนำไปใช้

2) การหาความเชื่อมั่น ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (try out) เช่นเดียวกับแบบวัดความรู้ โดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ตามวิธีของคอนบาค (Conbach's method) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 จึงนำไปใช้เก็บข้อมูลได้

5. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ อนุมัติผ่านจริยธรรมการวิจัยในคนเลขที่ SSPH 2022-008 ลงวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2565 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาการเก็บข้อมูล ลักษณะของข้อมูลจะถูกแปลงเป็นรหัสเพื่อการรักษาความลับของ

ข้อมูลเป็นอย่างดี ผลการศึกษาจะแสดงในภาพรวมเท่านั้น ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยสมัครใจ หรือสามารถถอนตัวเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล หากไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาที่พึงได้รับ กรณีที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยต้องลงนามแสดงความยินยอมในเอกสารอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนตอบแบบสอบถาม แบบสอบถามทุกชุดจะถูกทำลายโดยผู้วิจัยทันทีเมื่อผลการวิจัยเผยแพร่ผลการวิจัยเสร็จ

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2565 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2565 โดยมีขั้นตอน ดังนี้

6.1 เมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ และรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลด้านกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลเพื่อเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

6.2 เมื่อผ่านการพิจารณาและได้รับอนุญาตแล้วจึงพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกระดับเพื่อชี้แจงรายละเอียดการดำเนินการวิจัยและการขอใช้พื้นที่ในการศึกษา

6.3 พบกลุ่มตัวอย่างตามวันเวลาที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขออนุญาตการเก็บข้อมูลวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับคืนจำนวน 354 ชุด (ร้อยละ 100) มีแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ในการตอบที่นำมาใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้ จำนวน 351 ชุด คิดเป็นร้อยละ 99.15

7. การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติสถิติไคว์-สแควร์วิเคราะห์ความสัมพันธ์และอิทธิพลของความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล

และใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson product moment correlation coefficient และสถิติ multiple regression analysis วิเคราะห์ความสัมพันธ์และอิทธิพลของทักษะความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล โดยก่อนดำเนินการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนได้ทดสอบสภาพที่เกิดสหสัมพันธ์กันเอง (multicollinearity) ระหว่างตัวแปรทำนาย 4 ตัวแปรย่อย มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ไม่เกิน .90 จึงไม่เกิดความสัมพันธ์กันเองของตัวแปรต้นเป็นไปตามข้อตกลงของการใช้สถิติ multiple regression analysis (Best & Kahn, 2014)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลจากกลุ่มตัวอย่าง 351 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.90 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 51-59 ปี ร้อยละ 36.50 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 87.70 ระดับการศึกษาสูงสุดเป็นระดับประถมศึกษา ร้อยละ 72.90 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 70.10 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วงน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 74.60 มีโรคอื่นที่ต้องรักษาควบคู่กับโรคเบาหวาน ร้อยละ 95.40 ส่วนใหญ่มีโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วม ร้อยละ 61.80 ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วงมากกว่า 25 ขึ้นไป ร้อยละ 57.30 ค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดง อยู่ในช่วงมากกว่าหรือเท่ากับ 7 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ($HbA1C \geq 7 \text{ mg\%}$) ร้อยละ 57.30 ไม่มีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 88.00 และมีการดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์เป็นบางครั้ง ร้อยละ 21.90

2. ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบ่งเป็น ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ยคะแนน เท่ากับ 5.12 คะแนน และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ 4 ปัจจัยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\text{Mean} = 3.03, \text{SD} = 1.18$)

เมื่อพิจารณารายปัจจัย พบว่า การเข้าถึงข้อมูลและ การบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ทุกปัจจัยมี ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.04, 3.15, 3.08, และ 2.78, SD = 1.11, 1.24, 1.21, 1.14, และ 1.18 ตามลำดับ) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: SD) และการแปลผลระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (n = 351)

ความรู้ด้านสุขภาพ	Mean	SD	การแปลผล
1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2	5.12	-	ระดับปานกลาง
2. การเข้าถึงข้อมูลและการบริการสุขภาพ	3.04	1.24	ระดับปานกลาง
3. การสื่อสารสุขภาพ	3.15	1.21	ระดับปานกลาง
4. การจัดการตนเอง	3.08	1.14	ระดับปานกลาง
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	2.78	1.11	ระดับปานกลาง
ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม (ปัจจัยที่ 2-5)	3.03	1.18	ระดับปานกลาง

3. ระดับพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาล พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลโดยรวมอยู่ในระดับดีของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับคะแนนเฉลี่ย (Mean = 90.00, SD = 12.75) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: SD) และการแปลผลระดับพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (n = 351)

พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาล	Mean	SD	การแปลผล
พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลโดยรวม	90.00	12.75	พฤติกรรมควบคุมน้ำตาลดี

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบ่งเป็น ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาล ($\chi^2 = 394.89, p < .05$) และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในระดับปานกลาง ($\chi^2 \text{cramer' } V = .40, p < .05$) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์สถิติสปีดไควร์-สแควร์หาความสัมพันธ์และอิทธิพลของความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (n = 351)

ปัจจัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ	χ^2	p-value
ระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2			394.89	.00*
- ระดับน้อย	105	29.91		
- ระดับปานกลาง	204	58.11		
- ระดับมาก	42	11.98		

Sig* < .05 , df=245, Phi-value=1.061, Asymptotic Standardized Error) = .049, χ^2 cramer' V=.40

ทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับ (r = .49, p < .05) (ดังตารางที่ 4)
พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในระดับปานกลาง

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการควบคุม ระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (n = 351)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2
1. ทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ	1	
2. พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล	.49*	1

*p < .05

5. การวิเคราะห์ความถดถอยพหุระหว่างปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถพยากรณ์พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลได้ร้อยละ 24 ($R^2=.24$, p < .05) และความรู้ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในระดับปานกลาง ($\beta=.48$, p < .05) (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่พยากรณ์พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ($n = 351$)

ตัวแปรที่ศึกษา	B	SE	β	t	p-value
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	.331	.034	.482	10.572	.000

$Constant = 42.581, R = .482^a, R^2 = .243, F = 111.761, p\text{-value} < .001$

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้ มีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ยคะแนน เท่ากับ 4.12 คะแนน อธิบายว่า การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร สำเร็จการศึกษาสูงสุดชั้นมัธยมศึกษาทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการอ่าน การสื่อสารในชีวิตประจำวันได้ แต่การอ่านหรือการสื่อสารเพื่อข้อมูลด้านสุขภาพซึ่งเป็นความรู้เฉพาะผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีความเข้าใจที่ชัดเจนในองค์ความรู้ของโรคเบาหวานจึงทำให้คะแนนระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ จิว เซวาร์ถาวร, ขวพรพรรณ จันทรประสิทธิ์, และวันธรณ์ จรุงโรจน์สกุล (2557) ที่พบว่า ผู้ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรมีความตระหนักรู้ในข้อมูลด้านสุขภาพจึงสนใจในสุขภาพตนเอง ดังนั้นพยาบาลต้องเน้นย้ำข้อมูลความรู้ที่ชัดเจนและนำไปใช้งานได้จริงเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัด และผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4 ปัจจัยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($Mean = 3.03, SD = 1.18$) อธิบายว่า ผู้ป่วยมีการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจากการฟังคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล และสื่อสังคมต่าง ๆ เช่น โทรศัพท์ แผ่นพับทางสุขภาพ เป็นต้น และฟังข้อมูลสุขภาพจากลูกหลานในครอบครัว เมื่อได้รับข้อมูลแล้วผู้ป่วยจะคิดตามบริบทงานของตนเองว่าจะยึดหยุ่นเพื่อสุขภาพได้อย่างไรพร้อมกับหาวิธีการจัดการตนเองด้าน

สุขภาพไปพร้อมกัน ทั้งนี้ผู้ป่วยจะยึดคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลเป็นสำคัญจึงทำให้มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4 ปัจจัยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษกร สวรรณพันธุ์ และเสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ (2562) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการจัดการตนเอง และด้านทักษะการตัดสินใจของของเกษตรกรผู้ปลูก สับปะรดอยู่ในระดับปานกลาง

2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลโดยรวมอยู่ในระดับดี ($Mean = 90.00, SD = 12.75$) อธิบายว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการความเครียดและพฤติกรรมด้านการรับประทานยาโรคเบาหวานอยู่ในระดับมาก ซึ่งเป็นลักษณะสังคมชนบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มักจะไปเข้าวัด ทำบุญ มีงานที่มีมหรสพงานรื่นเริง การแสดงตามประเพณีบ่อยรวมถึงมีการจับกลุ่มเสวนาทั่วไปและข้อมูลสุขภาพจึงทำให้ผู้ป่วยมีการจัดการความเครียดได้ดี ผนวกกับผู้ป่วยยึดมั่นในคำแนะนำของแพทย์ พยาบาลเป็นสำคัญและมีความกังวลว่าโรคจะกำเริบ จึงต้องไปนอนโรงพยาบาลอันเป็นผลให้ขาดแรงงานซึ่งนำมาในเรื่องการสูญเสียรายได้จึงทำให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในการรับประทานยาโรคเบาหวาน การที่ระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาต่อเนื่อง

อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเพราะผู้ป่วยผู้ป่วยเป็นเกษตรกรมีเวลาส่วนใหญ่อยู่ในหน้างานจึงไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย โดยผู้ป่วยจะยึดในการเก็บเกี่ยวผลผลิตเป็นสำคัญ ดังนั้นการไปตรวจตามนัดต่อเนื่องอาจไม่ตรงกับวันที่แพทย์นัด สอดคล้องกับการศึกษาของณัฏฐกร สุทธิวรรณ ธนัท กนกเทศ พรรณยุพา นพริกและธวัช บุญณณ (2555) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีตามมา

3. ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล ($\chi^2=394.89$, $p < .05$) และความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในระดับปานกลาง ($\chi^2\text{cramer}' V = .40$, $p < .05$) และทักษะความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในระดับปานกลาง ($r = .49$, $p < .05$) มีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในระดับปานกลาง ($\beta = .48$, $p < .05$) อธิบายว่า การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ 4 ปัจจัยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\text{Mean} = 3.03$, $\text{SD} = 1.18$) เป็นค่าเฉลี่ยที่มากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในระดับมาก ($\text{Mean} = 3.00$, $\text{SD} = 1.29$) ตามมา ซึ่งเมื่อค่าเฉลี่ยมีแนวโน้มไปทางปานกลางค่อนข้างสูงจะทำให้เกิดค่าความสัมพันธ์ที่สูงขึ้น จึงน่าจะเป็นเหตุที่อธิบายได้ว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุม

ระดับน้ำตาลในระดับปานกลางดังผลวิจัย ซึ่งค่าความสัมพันธ์กันในระดับปานกลางที่สามารถส่งอิทธิพลต่อกันได้ (Mukaka, 2012)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานควรนำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพไปใช้เป็นกรอบแนวคิดในการปฏิบัติงานโดยควรสอนความรู้ที่จำเป็นและชัดเจนเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการจัดการเบาหวาน ควรชี้แนะช่องทางที่ผู้ป่วยจะเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานและควรมีการสื่อสารรายละเอียดของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เน้นย้ำผลเสียที่ไม่มาตรวจตามนัดให้ตรงกับวันนัด เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการวิจัยความรู้ด้านสุขภาพสามารถพยากรณ์พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลได้ร้อยละ 24.3 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานมีค่าคะแนนเฉลี่ยและมีอิทธิพลทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในระดับปานกลาง ส่วนทักษะความรู้ด้านสุขภาพพบว่าการสื่อสารสุขภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการส่งเสริมทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งน่าจะทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาในโรงพยาบาลก้นหลักฯ จังหวัดศรีสะเกษมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กฤษณกมล สุวรรณพันธุ์, และเสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพของเกษตรกร ผู้ปลูกสับปะรด ในเขตสุขภาพที่ 8. *วารสารวิจัย และพัฒนาระบบสุขภาพ*, 12(1), 150-157.
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). ประเด็นสารรณรงค์วันเบาหวานโลก ปี 2561. สืบค้นจากจาก: http://www.thaincd.com/document/docs_upload/WorldDiabetesday61.pdf
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus & Online. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิค แอนด์ดีไซน์.
- จิ๋ว เขียวถาวร, ขวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์, และวรินทร์ณิ จรุงโรจน์สกุล. (2557). ภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของเกษตรกรปลูกหอมแดง ตำบลจำปาหวาย อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*. 41(2), 35-47.
- ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และนริมาลย์ นิละไพจิตร. (2559). การสำรวจความรู้แจ้งแถมกานด้านสุขภาพ (Health Literacy) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- ชนะวัฒน์ รวมสุข, ลักษณะวิรุฬห์ โชติศิริ, ชัชวาล วงศ์สารี, และวลัยนารี พรหมลา. (2564). การวิเคราะห์ องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเบาหวานและแบบประเมิน พฤติกรรมการช่วยเหลือเบาหวานของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*, 7(2), 153-167.
- ประทุม สร้อยวงศ์. (2564.). *การพยาบาลอายุรศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, กานดาสิมาลีวงษ์, ชัชวาล วงศ์สารี, และหทัยชนก บัวเจริญ. (2563). การวิเคราะห์ องค์ประกอบองค์ประกอบรับรู้สุขภาพของชมรม ผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาล สาธารณสุข*, 34(3), 121-135.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2561). การวิจัยทางการพยาบาล ศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับ โรคเบาหวาน 2557 (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2565). *รายงานตามตัวชี้วัดในระดับ NCD Clinic Plus ปี 2565*. นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ฤทธิรงค์ บุรพันธ์. (2556). *ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการศึกษาด้านการพยาบาล). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- American Diabetes Association. (2020). *Glycemic Targets: Standards of Medical Care in Diabetes-2019*. Diabetes care 2020. Retrieved from http://care.diabetesjournals.org/content/42/Supplement_1

- Best, J. W., & Kahn, J. V. (2014). *Research in education*. United States of America: Pearson Education Limited. United States of America.
- Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2018). Brunner & Suddarth's textbook of Medical-Surgical Nursing (14th ed). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins.
- Mukaka, M. M. (2012). A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. *Malawi medical journal*, 24(3), 69-71.
- 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.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Orem, D. E.. (1985). *Nursing: Concepts of practice* (3rd ed). McGraw-Hill: New York.
- Zhang, P., Zhang, X., Brown, J., Vistisen, D., Sicree, R., Shaw, J., & Nichols, G. (2010). Global healthcare expenditure on diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes research and clinical practice*, 87(3), 293-301.
-

ประสบการณ์การบริหารการพยาบาลของฝ่ายการพยาบาล
ยุคพยาบาลเจนเนอเรชั่นแซตในโรงพยาบาลเอกชน ประเทศไทย
**Experience of Nursing Administration of Nursing Department
toward Generation Z Nurses at Private Hospitals in Thailand**

ชัชวาล วงศ์สารี, ปร.ด., Chutchavarn Wongsaree, Ph.D.¹

แก้วตะวัน ศิริลักขณานันท์, ปร.ด., Kaewtawan Sirilukkananan, Ph.D.²

สุทธิชาร์ตน์ เจริญพงษ์, ปร.ด., Sudthicharat Charoenphong, Ph.D.^{3*}

ทวิพงษ์ บุปผารัตน์, พย.บ., Tawiphong Bubpharat, B.N.S.⁴

ธันด์นิภา ภัคคุชนิธิวัฒน์, พย.ม., Thanannipha Phaksuknithiwat, M.N.S.⁵

วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, ส.ด., Vanida Durongrittichai, Dr.P.H.⁶

อัมพร เจียงวิริชัยกุล, พย.ม., Amporn Jeangwirichaikull, M.N.S.⁷

สายวารี เกษแก้ว, พย.บ., Saivaree Ketkaew, B.N.S.⁷

¹รองคณบดีฝ่ายวิชาการและวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ

¹Deputy Dean for Academic Affairs, Faculty of Nursing, Northbangkok University

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

²Assistant Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College

³อาจารย์ ดร., วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ สถาบันบรมราชชนก

³Lecturer, Ph.D., Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai, Boromarajchanok Institute

⁴พยาบาลวิชาชีพ คลินิกบ้านอบอุ่น จำกัด สาขาคลองสาม ปทุมธานี

⁴Professional nurse, Baan oun Clinic Co., Ltd., Khlong Sam Branch, Pathumthani

⁵ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณบดี, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น บุรีรัมย์

⁵Assistant Professor, Dean, Faculty of Nursing, Western University, Buriram

⁶ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณบดี, คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

⁶Assistant Professor, Ph.D., Dean, Faculty of Nursing and Health Science, PBRU

⁷อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ

⁷Instructor, Faculty of Nursing, Northbangkok University

*Corresponding Author Email: Sudthicharat@bcnc.ac.th

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายประสบการณ์การบริหารการพยาบาลของฝ่ายการพยาบาลในยุควัยเจนเนอเรชันแซตของโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา ผู้ให้ข้อมูลเป็นหัวหน้าและรองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยและหัวหน้าฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 24 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและบันทึกเทป ข้อมูลที่ได้วิเคราะห์เนื้อหาตามขั้นตอนของโคไลซ์ซี ใส่รหัสสำคัญโดยดึงข้อมูลด้วยโปรแกรม Atlas ti 6.1 ผลการวิจัยพบว่า: ประสบการณ์การบริหารการพยาบาลของฝ่ายการพยาบาลในยุควัยเจนเนอเรชันแซต ประกอบด้วย 6 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) การสรรหาคัดเลือกพยาบาล โดยให้ทุนผู้เรียนพยาบาลที่ถูกคัดเลือกและสรรหาผู้ที่มีบุคลิกภาพเชิงปัญญา 2) การสร้างสัมพันธ์ภาพด้วยการจัดกิจกรรมร่วมกับแผนกอื่นและให้ทำงานนอกเวลาในแผนกต่าง ๆ 3) การรักษานักงานให้คงอยู่ในงานด้วยการสร้างเส้นทางการเติบโตในสายงาน ให้ค่าตอบแทนที่เป็นธรรมและดูแลสวัสดิการที่ดี 4) ปรับปรุงวัฒนธรรมการทำงาน เน้นเหตุผลและหลักฐานเชิงประจักษ์มากกว่าระบบอาวุโส ส่งเสริมนวัตกรรมและวัฒนธรรมที่หลากหลายในระบบการทำงาน 5) ประณีประนอมและการสร้างแรงบันดาลใจในงาน เน้นการจัดการความขัดแย้งอย่างมีประสิทธิภาพ จูงใจให้ทำงานด้วยการชื่นชม ให้รางวัลและพัฒนาความเชี่ยวชาญให้ตรงกับงาน และ 6) การบริหารทรัพยากร จัดการทรัพยากรให้เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุน โดยส่งเสริมการตระหนักในการร่วมเป็นเจ้าของกิจการ ข้อเสนอแนะควรนำผลการวิจัยทุกประเด็นไปประยุกต์ใช้ในการบริหารการพยาบาลเพื่อให้เกิดประโยชน์ที่ดีต่อพยาบาลเจนเนอเรชันแซตและระบบงานที่มีคนหลากหลายของเจนเนอเรชัน

คำสำคัญ: การบริหารการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน พยาบาลเจนเนอเรชันแซต

Abstract:

This descriptive qualitative research aimed to describe experience of nursing administration of nursing department toward generation Z nurses of large private hospitals. The study used Edmund Husserl phenomenology approach. The participant 24 key informants is director of nursing or deputy, first-line nurse managers and head of human resource management. Recruited by purposing sampling, data were collected through in-depth interviews, observations, and tape record. Clolaizzi approached and Atlas ti 6.1 program for content analysis was used to analyze data in this study. Experience of nursing administration of nursing department toward generation Z nurses. There are consists of categorized into 6 major themes : 1) Recruiting staff nurses, funding selected nursing learners and recruited those with mildest personality. 2) Relationships created by organizing activities with other departments and providing part-time work in different nursing departments. 3) Retention nurses on task by creating

a career path for growth, provide fair compensation and care of good welfare. 4) Renovation works culture, emphasize reasoning and empirical evidence rather than the senior system. Fostering innovation and diverse cultures in the work system. 5) Reconciliation and aspiration created, focus on effective conflict management, motivate them to work with appreciation, reward and develop expertise to match the task., and 6) Resource management, manage resources to be more cost-effective by promoting awareness of ownership. Nursing departments and head nurses should all research findings apply principle in nursing management, for good benefit of generation Z nurses and generation's diversity in work systems.

Keywords: *Nursing Administration, Nursing Department at Private Hospitals, Generation Z Nurses*

บทนำ

พยาบาลเจนเนอเรชั่นแซต (Generation Z Nurses) มีลักษณะเชิงพฤติกรรมที่ต่างจากพยาบาลรุ่นก่อนหลายประการ กล่าวคือ พยาบาลเจนเนอเรชั่นแซตจะมีการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ชัดเจน ไม่ชอบบรอคยคำตอบ การตัดสินใจจะหันหน้ามาหาการไตร่ตรองด้วยการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ มีความอดทนต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ค่อนข้างน้อย อารมณ์เปลี่ยนแปลงได้เร็วกลัวยอมรับความผิดแบบตรงไปตรงมาในเหตุผล เพศชาย เพศหญิง และเพศทางเลือกจะมีความเสมอภาคกัน (Snow, Jackson, & McNamara, 2014; ชัชวาล วงศ์สารี, 2558; นวรัตน์ ไชยพูน, อัจฉรา มุสิกวัฒน์, และสุนีย์ เครานวล, 2562) จากประสบการณ์การนิเทศงานพยาบาลเจนเนอเรชั่นแซตที่เข้ามาทำงานใหม่ ในโรงพยาบาลเอกชน เห็นว่า พยาบาลเจนเนอเรชั่นแซตจะมีการกำหนดเป้าหมายเฉพาะ จะสนใจเมื่ออยากจะทำในสิ่งนั้น ๆ มีความคิดกว้างและมีทักษะผู้นำที่พร้อมใช้งาน รู้ผิดถูกชั่วดีแต่จะไม่แสดงออกหากตนเองไม่มีส่วนได้ส่วนเสีย ชอบจับกลุ่มสนทนาและมักสื่อสารโดยชอบใช้สมาร์ทโฟน การเรียนรู้ทางสังคมของพยาบาลเจนเนอเรชั่นแซตค่อนข้างแคบ และจะเจาะลึกเฉพาะประเด็นที่สนใจ สวนทางกับแหล่ง

ข้อมูลที่หลากหลายรอบ ๆ ตัว ในด้านความรับผิดชอบ นักศึกษาจะมีความยืดหยุ่นที่ผสมผสาน อย่างลงตัว การเคารพนับถือขึ้นอยู่กับแรงศรัทธาที่เขาได้รับ (ชัชวาล วงศ์สารี, 2558) ส่วนวัฒนธรรมการดำรงชีวิตจะมีความหลากหลายในมุมมองมาก ส่วนใหญ่จะเอาตนเองเป็นที่ตั้งไม่ค่อยสนใจในกฎระเบียบและวัฒนธรรมดั้งเดิม (Sherman, 2009; ชัชวาล วงศ์สารี, ศุภลักษณ์ พันทอง, และสุทธิจารัตน์ จันตียะ, 2563)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัญหาในการบริหารการพยาบาลยุคพยาบาลเจนเนอเรชั่นแซตของต่างประเทศ (Chicca, & Shellenbarger, 2019; Chicca, & Shellenbarger, 2018; Shatto & Erwin, 2016) พบว่า พยาบาลเจนเนอเรชั่นแซตส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับความมั่นคงทางอารมณ์ ต้องการคำตอบแทนที่สูง ชอบใช้โซเชียลมีเดียในเวลาทำงาน มีสัมพันธภาพที่ไม่ค่อยดีกับเพื่อนร่วมงานและผู้รับบริการ ไม่มีน้ำใจช่วยเหลือเพื่อนร่วมงาน ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน เลือกทำงานในแผนกที่ตนเองชอบไม่ได้คำนึงถึงแผนกที่ขาดแคลนพยาบาล ความอดทนในการทำงานต่ำ เปลี่ยนที่ทำงานและลาออกบ่อย และมีเหตุผลมากมาย

ที่นำมาอธิบายให้ตนเองรอดพ้นจากการรับผิดชอบงาน ส่วนด้านการบริหารการพยาบาลที่เหมาะสมกับพยาบาล เจเนอเรชันแซตในต่างประเทศให้ข้อเสนอทางกลยุทธ์ไว้ 4 ประเด็น (Chicca, & Shellenbarger, 2018; Shatto & Erwin, 2016) ได้แก่ 1) จัดอบรมแบบเข้มข้นให้กับ พยาบาลเจเนอเรชันแซตที่สำเร็จการศึกษาใหม่โดยให้ ข้อเสนอแนะเชิงบวกขณะอบรม 2) จัดศูนย์ให้คำปรึกษา สำหรับพยาบาลที่เข้าทำงานใหม่ 3) จัดโครงการเพิ่ม สมรรถนะด้านต่าง ๆ และ 4) ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยี เพื่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน (Chicca, & Shellenbarger, 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริหารการพยาบาลในยุคพยาบาลเจเนอเรชันแซต ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ยังไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์จึงเป็นช่องว่างของความรู้ (Gap of knowledge) ผู้วิจัยจึงสัมภาษณ์เพื่อหาข้อมูลการบริหารการพยาบาล เจเนอเรชันแซตกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและหัวหน้า แผนกทั้งโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลรัฐบาล จำนวน 5 คน ในเดือนสิงหาคม 2560 ค้นพบข้อมูลที่ น่าจะเป็นปัญหาสำหรับการบริหารพยาบาลใน 6 ประเด็น ดังนี้ 1) การไม่เคารพพยาบาลที่มีอายุมากกว่า ซึ่งขัดกับ วัฒนธรรมดั้งเดิมของพยาบาลไทย 2) การสื่อสารที่ ขาดประสิทธิภาพ 3) มีการใช้กระบวนการกลุ่มได้ตอบ ที่รุนแรงหากมีความคิดเห็นแย้งกัน 4) ไม่ค่อยมีความ รับผิดชอบต่อหน้าที่ 5) มีการเรียกร้องสิทธิ ค่าตอบแทน เกินสมรรถนะที่มี 6) ความอดทนมีน้อย หากไม่พอใจอะไร บางอย่างจะแสดงพฤติกรรมสะท้อนกลับอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามพยาบาลเจเนอเรชันแซตจะเคารพใน ข้อตกลง กติกา กฎระเบียบที่ทราบหรืออธิบายให้ ทราบล่วงหน้า และไม่ชอบการเปลี่ยนแปลงกะทันหัน ไม่ชอบคำสั่งที่ไม่คงเส้นคงวา ไม่ชอบหัวหน้าที่ใช้อารมณ์ เหนือเหตุผล พยาบาลรุ่นนี้จะรักเพื่อนและกลุ่มเพื่อนมาก ขณะเดียวกันก็พบข้อเท็จจริงว่า พยาบาลเจเนอเรชันแซต

มักจะย้ายที่ทำงานในรอบปีแรกถึงร้อยละ 25-40 (ชัชวาล วงศ์สารี และแก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์, 2562) การบริหารพยาบาลในยุคพยาบาลเจเนอเรชันแซตของ ฝ่ายการพยาบาลสมัยใหม่ในโรงพยาบาลเอกชนจึงเป็น ปรากฏการณ์ใหม่ที่ท้าทายสำหรับฝ่ายการพยาบาลและ หัวหน้าหอผู้ป่วยที่ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์ การบริหารการพยาบาลในยุคคนเจเนอเรชันแซตใน โรงพยาบาลเอกชน เพื่อนำข้อค้นพบมาใช้เป็นข้อมูล พื้นฐานในการออกแบบการบริหารการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การบริหารการพยาบาล ของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเอกชนในยุคพยาบาล เจเนอเรชันแซต

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิด ปรากฏการณ์วิทยาของเฮดมัล (Husserl, 2012) ผู้ให้ข้อมูล เป็นหัวหน้าฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล หัวหน้าฝ่าย การพยาบาล รองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้จัดการ แผนกสายงานการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่จำนวน 9 แห่ง คัดเลือก แบบเจาะจงจำนวน 24 ราย คัดเลือกจากผู้มีประสบการณ์ ตรงในการบริหารพยาบาลยุคคนเจเนอเรชันแซต โดย คัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจงและสัมภาษณ์จนกว่าข้อมูล จะอิ่มตัว ทั้งนี้หัวหน้าฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคลเป็น ผู้มีหน้าที่โดยตรงในการสรรหา ร่วมคัดเลือก และพัฒนา ศักยภาพพนักงาน จึงกำหนดเป็นผู้ให้ข้อมูลด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ผู้วิจัย เป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ ส่วนที่ 2 แนวสัมภาษณ์ข้อมูล ส่วนบุคคล เช่น เพศ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา เป็นต้น

ส่วนที่ 3 แนวการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับ มุมมองจากประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการบริหารการพยาบาลในยุคนเจนเนอร์เรชั่นแซต และ ส่วนที่ 4 เทปบันทึกเสียง โดยแนวคำถามและแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.00

2. การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เลขที่ COA. 1-003/2019 ลงวันที่ 28 พฤษภาคม 2562 การบันทึกข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยกำหนดเป็นรหัสเพื่อรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2562 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2563 คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนดแบบเจาะจง รวมจำนวน 24 ราย ผู้วิจัยให้รายละเอียดเกี่ยวกับการทำวิจัยแก่ผู้ให้ข้อมูลทราบ หากยินดีเข้าร่วมวิจัยจึงให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกตามวัน เวลา ที่ผู้ให้ข้อมูลนัดหมาย ในสถานที่ที่ไม่มีคนพลุกพล่าน ทำการบันทึกเสียงขณะทำการสัมภาษณ์ร่วมกับการสังเกตแบบหน้าต่อหน้ารายละเอียด 1 ครั้ง ๆ ละ 30-45 นาที และโทรศัพท์สัมภาษณ์ข้อมูลเพิ่มเติมในรายที่ให้ข้อมูลไม่สมบูรณ์ในบางประเด็น 1-2 ครั้ง ๆ ละไม่เกิน 20 นาที พร้อมบันทึกเทป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลขณะทำการสัมภาษณ์เพื่อใช้สร้างคำถามต่อเนืองระหว่างการสนทนา และวิเคราะห์ความสมบูรณ์ของข้อมูลจากการถอดเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำทันทีภายหลังการสัมภาษณ์เสร็จสิ้น 2) วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสรุปประเด็น

ตามขั้นตอนของโคไลซซี่ (Colaizzi, 1978) และทำการตรวจสอบแบบสามเส้าทั้ง 4 วิธีตามแนวคิดของเดนซิน (Denzin, 2009) เขียนอธิบายประเด็นและแปลความหมายเป็นความเรียงจนมั่นใจว่าได้ข้อมูลที่อิ่มตัว

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 24 คน เป็นหัวหน้าฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล จำนวน 7 คน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล จำนวน 5 คน หรือรองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล จำนวน 5 คน และหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 7 คน คัดเลือกแบบเจาะจงในโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ จำนวน 9 แห่ง โดยหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและรองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลทั้งหมดสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท

ประสบการณ์การบริหารการพยาบาลของฝ่ายการพยาบาลในยุคพยาบาลเจนเนอร์เรชั่นแซต

ประสบการณ์การบริหารการพยาบาลของฝ่ายการพยาบาลในยุคพยาบาลเจนเนอร์เรชั่นแซต หมายถึง การรับรู้ของฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยเกี่ยวกับกระบวนการบริหารทางการพยาบาลในยุคพยาบาลเจนเนอร์เรชั่นแซตที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล แบ่งออกเป็น 6 ประเด็นหลักหรือหลักการ “6REs” ดังนี้

1) การสรรหาคัดเลือกพยาบาล (Recruiting staff nurses) เมื่อกล่าวถึงกระบวนการสรรหาและการคัดเลือกพยาบาลเจนเนอร์เรชั่นแซต พบว่า ฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยและฝ่ายทรัพยากรมนุษย์ จะกำหนดคุณสมบัติของพยาบาลร่วมกันและเสนอต่อผู้บริหารโรงพยาบาลในการออกนโยบายและอนุมัติทุนการศึกษาให้แก่ผู้มีคุณสมบัติตามที่ฝ่ายการพยาบาลต้องการ ทั้งนี้ฝ่ายการพยาบาลจะร่วมกำหนดเกี่ยวกับคุณลักษณะของบัณฑิตที่ต้องการรับเข้าทำงานกับสถาบันการศึกษาที่ทำสัญญาในการใช้บัณฑิตและผลิตบัณฑิตร่วมกันไว้แล้ว เพื่อให้สถาบันการศึกษามผลิตบัณฑิตให้

สอดคล้องกับความต้องการของโรงพยาบาล กระบวนการสรรหาพยาบาล ประกอบด้วย การกำหนดคุณสมบัติของพยาบาล เช่น ต้องได้เกรดเฉลี่ย 3.00 ขึ้นไป มีความสามารถในการทำงาน มีทักษะทางปัญญามีมนุษยสัมพันธ์ดี แสดงออกผ่านสื่อโซเชียลได้เหมาะสม เป็นต้น โดยจะเริ่มคัดเลือกนักศึกษาพยาบาลและให้ทุนการศึกษาตั้งแต่เรียนในระดับชั้นปี 2-3 และรับเข้าทำงานทันทีเมื่อสำเร็จการศึกษา ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ มักกล่าวถึงคุณลักษณะของพยาบาลเจนเนอเรชั่นแซดที่ต้องการรับเข้าทำงานใน 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ คุณสมบัติพื้นฐานเป็นไปตามข้อกำหนด มีความรู้และความสามารถเชิงสร้างสรรค์ มีการแสดงออกทางสังคม และใช้โซเชียลมีเดียได้อย่างเหมาะสม ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“...การรับเข้าทำงานสิ่งแรกที่ต้องมี คือ ใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ยกเว้นในเด็กที่เราให้ทุนการศึกษาที่เรารับมาทำงานได้เลย เพราะเงื่อนไขที่เราให้ทุนต่อเนื่องในแต่ละปี เด็กกลุ่มนี้ต้องได้เกรดเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 3.30 เราถึงจะอนุมัติทุนให้ เราจึงเชื่อมั่นในเด็กกลุ่มนี้ว่าเขาจะสอบผ่านในครั้งแรก ทั้งนี้เราจะมีการทดสอบจริยธรรมและการตัดสินใจเฉพาะหน้าในเหตุการณ์ที่มีความไม่แน่นอนอันอ่อนไหวทางจริยศาสตร์ในการพยาบาลเราต้องการพยาบาลที่รู้จักการตั้งเป้าหมายการทำงานร่วมกัน ปรับตัวทำงานได้ในบริบทที่หลากหลาย มีความต้องการเรียนรู้แบบไม่สิ้นสุด ใส่ใจการบริการผู้ป่วยกับกับตนเองเชิงรุกให้ทำงานตามที่มอบหมายได้สำเร็จ ...”

(ฝ่ายการพยาบาล/หัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชน ก ที่ผ่านการรับรอง JCI)

“...เราจะเสนอหารีโอกับฝ่ายทรัพยากรบุคคลในคุณลักษณะพยาบาลรุ่นใหม่ที่เราต้องการรับเข้ามาทำงานด้วย โดยเราได้ข้อกำหนดร่วมกัน

ดังนี้ 1) เป็นคนที่พร้อมจะเรียนรู้งาน 2) ปรับตัวได้เร็วและทำงานได้ดีในบริบทที่เรามอบหมาย 3) มีความคิดสร้างสรรค์ กล้าเสนอความคิดใหม่ๆ และเรียนรู้องค์กรในบริบทที่ตนทำงานได้รวดเร็ว 4) รักการบริการและให้การพยาบาลโดยมุ่งให้เกิดความประทับใจสูงสุดจากผู้ป่วยและครอบครัว 5) แสดงออกที่สื่อสังคมออนไลน์ต่าง ๆ ที่เหมาะสม 6) เกรดเฉลี่ยต้องมากกว่า 3.00 และ 7) รูปลักษณ์ต้องดูดีและมีความสามารถในการใช้ภาษาต่างประเทศ..... ทั้งนี้เราจะรับเฉพาะผู้มีใบประกอบวิชาชีพเข้าทำงานก่อน.”

(ฝ่ายการพยาบาล/หัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชน ข ที่ผ่านการรับรอง JCI)

2) การสร้างสัมพันธ์ภาพ (Relationship) เมื่อกล่าวถึงการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างคนในองค์กรกับพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า เน้นการสัมพันธ์ภาพแบบเข้าถึงและเปิดใจรับฟังพยาบาลใหม่ทุกคน สร้างการดึงดูดใจด้วยกิจกรรมและการสื่อสารในหลายรูปแบบ ฝ่ายการพยาบาลจะวางแผนร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้จัดการแผนกเกี่ยวกับกิจกรรมที่จะสร้างสัมพันธ์ภาพกับน้องพยาบาลใหม่ โดยกิจกรรมจะมีเป้าหมายด้านความสุข ความรักและความผูกพันกับองค์กร ซึ่งจะมีพยาบาลรุ่นพี่ที่การจัดอบรมสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยงในแผนกต่าง ๆ คอยดูแลพยาบาลน้องใหม่ ทั้งนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยจะเป็นผู้นิเทศและให้คำปรึกษาพยาบาลใหม่เป็นรายบุคคล ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“...ในฝ่ายการพยาบาลเราจะสร้างข้อตกลงในการสร้างความสัมพันธ์ร่วมกันกับน้องๆ ที่จบใหม่....จากประสบการณ์ที่ผ่านมา 2 ปีเราต่างเรียนรู้จากพยาบาลเจนใหม่และเราได้เห็นว่าช่วงปีแรกที่เราไม่ค่อยได้สนใจในการพัฒนาสัมพันธ์ภาพ หัวหน้าหอผู้ป่วยจะมีเรื่องที่บ่นใน

การจัดการบุคคลในแผนกเป็นรายวันปีที่แล้ว เราเริ่มให้น้องใหม่เข้ามา 54 คน โดยแต่ละคน จะเลือกแผนกที่ตนจะทำงานตั้งแต่ตอนเรียน และในการฝึกบริหารการพยาบาลน้อง ๆ ก็มา ฝึกที่แผนกที่ตนเลือกเป็นการสร้างความคุ้นเคย ตั้งแต่ตอนต้นและในหอผู้ป่วยเราได้พัฒนา/อบรม พยาบาลพี่เลี้ยง โดยเราจะมอบหมายให้พยาบาล พี่เลี้ยงซึ่งเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในงานที่นี้อย่าง น้อย 5-10 ปี เพราะพยาบาลกลุ่มนี้จะเริ่มเชี่ยวชาญใน งานและสามารถเป็นหัวหน้าทีมที่สามารถตัดสินใจ ในงานได้ในการเข้ามาดูแลน้อง ๆ โดยเราจะให้จับ เป็นคู่ Buddy ในช่วง 3 เดือนแรก เราจะแบ่งน้อง ๆ ออกเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 4-5 คน ในการหมุนเวียน กับไปตามแผนกต่าง ๆ โดยเน้นให้เรียนรู้วิธีการ ทำงานในแผนกต่าง ๆ การประสานงาน โดยให้น้อง ๆ สมมติตนเองเป็นพยาบาลในแผนกนั้น ๆ และให้ บริการลูกค้าในสถานการณ์จริงคู่กับพี่พยาบาลทำให้น้อง ๆ เกิดความคุ้นเคย ปรับตัว เรียนรู้ซึ่งกันและกัน และน้องพยาบาลใหม่รู้จักมักคุ้นกับ”

(ฝ่ายการพยาบาล/หัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาล เอกชน ช ที่ผ่านการรับรอง JCI)

“.....เราสร้างสัมพันธ์ภาพกับพยาบาล น้องใหม่ด้วยกิจกรรมที่สร้างการเรียนรู้ในงานใน โรงพยาบาลไปพร้อม ๆ กัน กล่าวคือ เราหมุนเวียน การสอนงานและอบรมสมรรถนะการบริการ.....” (ฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาล เอกชน ฉ ที่ผ่านการรับรอง JCI)

3) การธำรงรักษาพยาบาลเจนแซดให้คงอยู่ในงาน (Retention generation Z nurses on task)
เมื่อก้าวถึงการรักษาพยาบาลเจนแซดให้คงอยู่ในงาน ฝ่ายการพยาบาลให้ข้อมูลว่า มีการค้นหาเชิงรุกเกี่ยวกับ ความคิดที่จะลาออกของพยาบาลเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ที่จะลาออก และโน้มน้าวใจ สร้างแรง

บันดาลใจพร้อมสนับสนุนให้เกิดการคงอยู่ในงาน ทั้งนี้ ฝ่ายการพยาบาลได้ทบทวนปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ พยาบาลรุ่นใหม่ไม่คงอยู่ในงานพบปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เกิดข้อขัดแย้งในการปฏิบัติงาน การถูกพยาบาล รุ่นพี่ตำหนิหรือพูดกระทบกระเทียบ การได้รับสวัสดิการ น้อยกว่าที่อื่น การไม่เห็นเส้นทางในการเติบโตในสายงาน เป็นต้น ฝ่ายการพยาบาลและฝ่ายบุคคลจึงได้พัฒนา ระบบงานที่ส่งเสริมให้พยาบาลเจนใหม่เกิดการคงอยู่ใน งานด้วย 1) สร้างสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลให้ เป็นวิธีเดียวกันและทำการสอบขึ้นระดับในเดือนที่ 8-10 หลังการปฏิบัติงาน 2) พัฒนาสมรรถนะในการจัดการ ความขัดแย้งให้หัวหน้าหอผู้ป่วย 3) ถ่ายทอดนโยบาย การทำงานสร้างสรรค์ 4) บริหารแบบไฮบริดส์โดยเน้น การส่งเสริมการเติบโตในสายงานแบบใหม่ 5) นโยบาย ให้พยาบาลทุกแผนกสร้างหุ้นส่วนในการทำงานโดยให้ พยาบาลน้องใหม่มีส่วนเสนอความคิดสร้างสรรค์ในงาน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“.....จากประสบการณ์ที่ผ่านมาเรา (ฝ่ายบุคคล) พบว่าน้องพยาบาลใหม่ที่มีปัญหาส่วนใหญ่เป็นความ ขัดแย้งกับพี่ในแผนก มักจะลาออกในช่วงปีแรก ของการทำงาน ส่วนที่ผ่านพ้นปีแรกไปได้มัก จะทำงานต่อได้อย่างราบรื่น สนุกและมีความสุขกับการทำงาน.....เมื่อสอบถามเชิงลึกในคนที่ ลาออกเราได้ข้อมูลในลักษณะที่ว่า พยาบาล รุ่นพี่มักตำหนิแบบไม่สอนงานและพูดเชิงดูถูก สถาบันการศึกษา การสอนงานแล้วจำไม่ได้ ทำ ไม่ถูกก็ดูว่า..... เราจึงนำข้อมูลมาหารือกับฝ่าย การพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น.....เรา (ฝ่ายการพยาบาล) เข้าใจว่าปัญหาหลัก ๆ เกิด จากพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่มีสมรรถนะ การทำงานยังไม่เพียงพอและเข้าใจว่าน้อง ๆ มีความตั้งใจที่จะเรียนรู้งานจากพยาบาลรุ่นพี่ แต่ เนื่องจากบริบทงานที่ต้องเปลี่ยนเวรทำงานเป็นกะ

ทำให้พยาบาลน้องใหม่ถูกท้าทายโดยพยาบาลรุ่นพี่คนใหม่อย่างต่อเนื่อง.....เราให้ความสำคัญกับสิ่งที่เกิดขึ้น โดยเราเปลี่ยนนโยบายใหม่.....จากนั้นเราจะสนใจน้อง ๆ โดยให้เห็นเส้นทางการเติบโตในสายงาน...โดยประยุกต์ใช้ระบบการบริหารงานแบบผสมผสาน....”

(ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน จ)

“.....เรามีข้อได้เปรียบตรงที่เราเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่สุดและได้รับการรับรองมาตรฐานระดับสากล เราพบอัตราการลาออกของพยาบาลเจเนอเรชั่นแซดใหม่ค่อนข้างสูง เราต้องมาปรับกลยุทธ์เพื่อส่งเสริมการคงอยู่ในงานทุกระดับ โดยในหัวหน้าหอผู้ป่วยเราจะพัฒนาสมรรถนะการจัดการความขัดแย้งให้ ส่วนพยาบาลในหอผู้ป่วยเราจะพัฒนาสมรรถนะการเป็นพยาบาลพี่เลี้ยง เน้นการปฏิบัติงานเชิงสร้างสรรค์ ลดการตำหนิ นินทา ให้ปรับตัวทำงานร่วมกัน.....” (หัวหน้าฝ่ายทรัพยากรบุคคลและเจ้าหน้าที่บริหารงานบุคคลโรงพยาบาลเอกชน ก ที่ผ่านการรับรอง JCI)

4) การปรับปรุงวัฒนธรรมการทำงาน (Renovation works culture) เมื่อกล่าวถึงวัฒนธรรมองค์กรกับการพัฒนาให้เหมาะสมกับพยาบาลเจเนอเรชั่นแซด ฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยให้ข้อมูลว่ามีการปรับปรุงวัฒนธรรมองค์กรใหม่โดยมุ่งวัฒนธรรมการทำงานร่วมกันของพยาบาลที่หลากหลายเจเนอเรชั่นวางแผนนโยบายการทำงานด้วยเหตุผล ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มากกว่าความคิดเห็นส่วนตัว มีการแลกเปลี่ยนความรู้และเสนอแนะแนวทางการพัฒนางานร่วมกันซึ่งพยาบาลทุกระดับต้องมีส่วนร่วมในการทำงานแบบกลุ่มที่เน้นการดึงศักยภาพที่เด่นของแต่ละคนมาใช้พัฒนางาน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“....ที่คิดว่าวัฒนธรรมการทำงานเดิมเราก็คือ....

ในยุคของพยาบาลเจเนอเรชั่นแซดและข้อมูลที่มี

ความหลากหลายขึ้น เราจึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยน....โดยเรามีข้อสรุปว่า เราต้องการผสมผสานรูปแบบการทำงานโดยดึงเอาจุดเด่นของคนที่มีความสามารถแตกต่างกันมาพัฒนาให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานของหอผู้ป่วยและฝ่ายการพยาบาลและเน้นการประเมินการทำงานของบุคคลทุกระดับอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่ยึดในระบบอาวุโส.....” (หัวหน้าฝ่ายทรัพยากรบุคคลและเจ้าหน้าที่บริหารงานบุคคลโรงพยาบาลเอกชน ข ที่ผ่านการรับรอง JCI)

“....เราเน้นการพัฒนางานและวัฒนธรรมองค์กรในการสร้างหุ้นส่วนการทำงานโดยกระจายบทบาทในงานให้เหมาะสมกับความสามารถของคนต่างเจเนอเรชั่น โดยเราจะกำหนดให้หัวหน้าหอผู้ป่วยเสนอประเด็นที่มีปัญหาในการปฏิบัติหรือจุดที่อยากจะพัฒนา และให้สร้างทีมงานพัฒนาวิชาการเฉพาะเรื่องโดยให้แต่งตั้งพยาบาลอาวุโสเป็นหัวหน้ากลุ่ม” (ฝ่ายการพยาบาล/หัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชน ง ที่ผ่านการรับรอง JCI)

5) การประนีประนอมและการสร้างแรงบันดาลใจในงาน (Reconciliation and aspiration created) เมื่อกล่าวถึงประเด็นความขัดแย้งในหอผู้ป่วย พบว่าความขัดแย้งของพยาบาลเจเนอเรชั่นแซดมักเกิดจากการปฏิบัติงานที่ให้ความคิดเห็นและวิธีการปฏิบัติที่อธิบายเหตุผลในมุมมองไม่ตรงกัน การถูกตำหนิจากพยาบาลรุ่นพี่แบบไม่มีเหตุผล และการนินทาว่าร้ายกัน ทั้งนี้พยาบาลเจเนอเรชั่นแซดมักจะใช้กระบวนการกลุ่มในการโต้ตอบและต่อรองกับฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาลจึงวางแผนรับมือสถานการณ์นี้โดยจัดให้มีพยาบาลพี่เลี้ยงทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา สอนงาน และสนับสนุนการปรับตัวให้กับพยาบาลใหม่ ส่วนการสร้างแรงบันดาลใจฝ่ายการพยาบาลจะสนใจพยาบาลเจเนอเรชั่นแซดด้วยการชื่นชม ให้งานวัดพัฒนาสมรรถนะ

ความเชี่ยวชาญให้ตรงกับงาน สนับสนุนการศึกษาต่อ และสร้างเส้นทางการเติบโตในสายงานของพยาบาล เจเนอเรชันแซตโดยเฉพาะ ทั้งนี้ฝ่ายการพยาบาลจะให้ความสำคัญเกี่ยวกับการรับฟังความคิดเห็นจากพยาบาล เจเนอเรชันแซต โดยกำหนดช่วงเวลาในการรับฟังความคิดเห็นและให้คำปรึกษาจากพยาบาลอย่างชัดเจนและสร้างช่องทางผ่านระบบออนไลน์ที่จะให้พยาบาลสามารถขอรับคำปรึกษาจากฝ่ายการพยาบาลผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

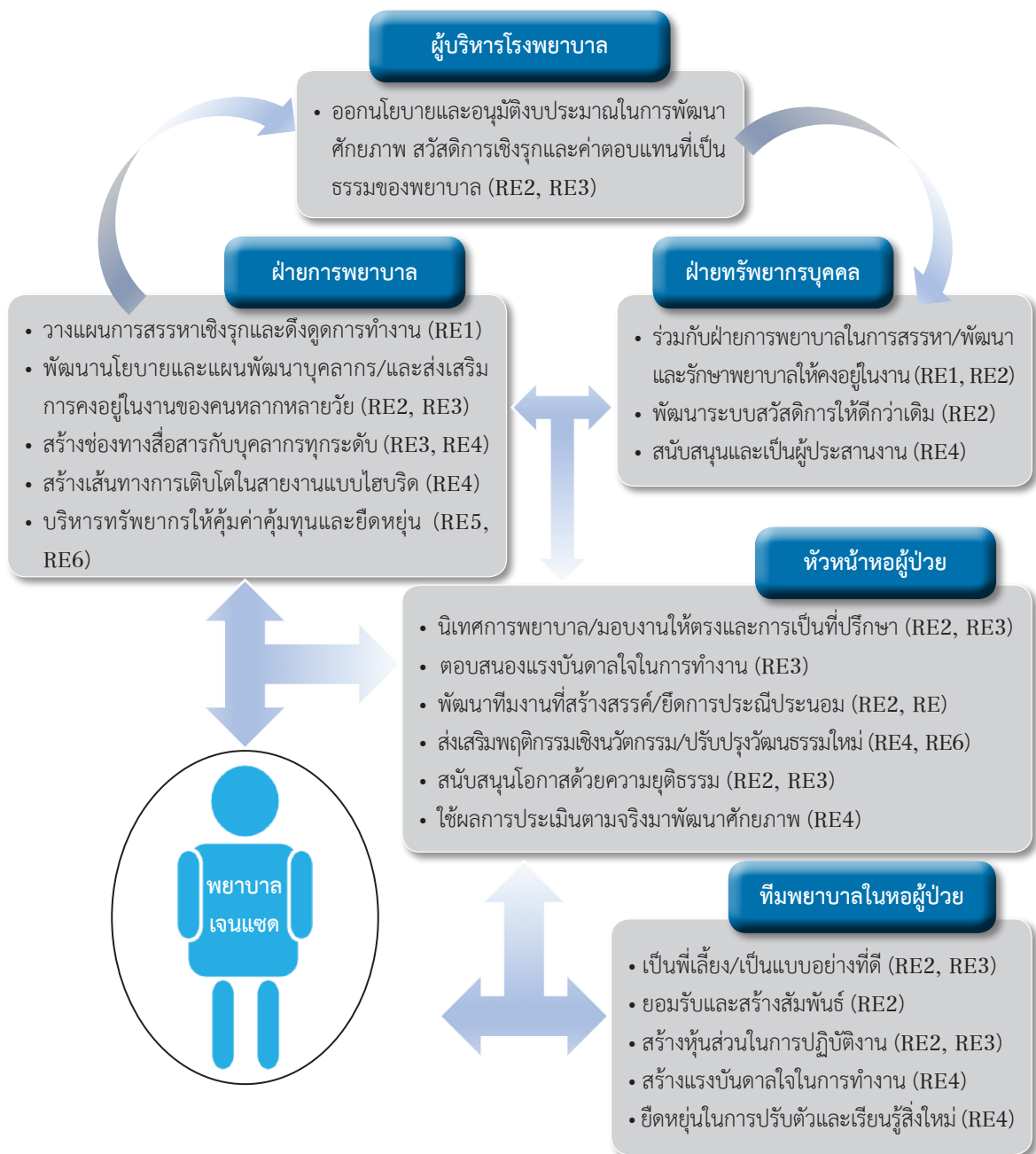
“....เราจะเน้นระบบการทำงานที่สร้างสรรค์ เคารพซึ่งกันละกัน สร้างกระบวนการกลุ่มโดยให้พยาบาลทุกเจเนอเรชันมีส่วนร่วมในกลุ่มและออกแบบวิธีการทำงานร่วมกันโดยฝ่ายการพยาบาลออกกระเปียบการลดความขัดแย้งระหว่างแผนก ประนีประนอมในทุกกรณี” (ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน จ)

“.....การสร้างแรงบันดาลใจในการทำงาน เราจะจูงใจให้ทำงานด้วยการชื่นชม ให้รางวัลและพัฒนาความเชี่ยวชาญให้ตรงกับงาน ทั้งนี้ฝ่ายการพยาบาลเปิดโอกาสให้พยาบาลทุกคนเข้าพบหารือด้วยการกำหนดวันและเวลาสำหรับเรื่องนี้ โดยเฉพาะและมีระบบออนไลน์ที่พยาบาลสามารถให้ข้อมูลหรือขอรับคำปรึกษาได้.....” (ฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชน ฉ ที่ผ่านการรับรอง JCI)

6) การบริหารทรัพยากร (Resource management) เมื่อกล่าวถึงการบริหารทรัพยากรในยุคการบริหารการพยาบาลเจเนอเรชันแซต เนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรทุกอย่างให้เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุนมากที่สุด ฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการตระหนักในการร่วมเป็นเจ้าของกิจการให้กับพยาบาลใหม่ และนิเทศทางการพยาบาลชี้แนะให้เห็นถึงมุมมองทางเศรษฐศาสตร์และต้นทุนทรัพยากร ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“....เราปฐมนิเทศพยาบาลใหม่โดยมีส่วนหนึ่งที่เราต้องอธิบายหลักการทำงานในโรงพยาบาลเอกชน ที่ต้องบริหารทรัพยากรเพื่อใช้งานร่วมกันได้ เช่น การให้พยาบาลใหม่ฝึกงานทุกแผนกก่อนที่จะมาประจำที่แผนกของตนเอง เพื่อจะได้ผสมผสานการทำงานร่วมกันได้กรณีที่แผนกใดแผนกหนึ่งต้องการใช้อัตรากำลังพยาบาลมากขึ้น จะได้ไปช่วยงานแผนกอื่นได้อย่างมีความพร้อมที่จะปฏิบัติงาน.....เรามีการอบรมเชิงปฏิบัติการของฝ่ายการพยาบาล (หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและโรงพยาบาลเอกชน ก ที่ผ่านการรับรอง JCI)

“.....เราปลูกฝังและสร้างความตระหนักในการมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของธุรกิจร่วมกัน อะไรที่ประหยัดได้หรือสิ่งใดที่ทำแล้วเกิดประโยชน์กับโรงพยาบาลเรา จะช่วยกันสร้าง....และหัวหน้าหอผู้ป่วยจะทำหน้าที่กำกับติดตามสม่ำเสมอ.....” (หัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชน ก ที่ผ่านการรับรอง JCI)



ภาพที่ 1 การบริหารพยาบาลในยุคนพยาบาลเจนเนอร์ชั่นแซดด้วยหลัก “6REs”

หมายเหตุ;

- | | |
|---|--|
| RE1: Recruiting staff (การสรรหาคัดเลือก) | RE4: Reconciliation and aspiration (ประนีประนอมและสร้างแรงบันดาลใจ) |
| RE2: Relationship (การสร้างสัมพันธ์ภาพ) | RE5: Renovation works culture (ปรับปรุงวัฒนธรรมการทำงาน) |
| RE3: Retention (การรักษาพนักงานให้คงอยู่) | RE6: Resource management (การบริหารทรัพยากรและโน้มน้าวใจให้ทำงานได้จริง) |

อภิปรายผลการวิจัย

ด้านการสรรหาคัดเลือกพยาบาล (Recruiting staff nurses) ฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยและฝ่ายทรัพยากรมนุษย์จะกำหนดคุณสมบัติของพยาบาลร่วมกันและเสนอต่อผู้บริหารโรงพยาบาลในการออกนโยบายและอนุมัติทุนการศึกษาให้แก่ผู้มีคุณสมบัติตามที่ฝ่ายการพยาบาลต้องการ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของชัชวาล วงศ์สารี (2564) ที่ว่า หัวหน้างานจะพยากรณ์การเปลี่ยนแปลงอัตรากำลังในหน่วยงานของตนเองเพื่อเสนอต่อผู้บริหารระดับสูงและทำการสรรหา คัดเลือกบุคคลให้อัตรากำลังมีความเพียงพอกับงาน ทั้งนี้ฝ่ายการพยาบาลจะร่วมกำหนดเกี่ยวกับคุณลักษณะของบัณฑิตที่ต้องการรับเข้าทำงานกับสถาบันการศึกษาที่ทำสัญญาในการใช้บัณฑิตและผลิตบัณฑิตร่วมกันไว้แล้ว เพื่อให้สถาบันการศึกษาผลิตบัณฑิตให้สอดคล้องกับความต้องการของโรงพยาบาล ทั้งนี้เพราะพยาบาลจะโดดเด่นด้านใดจะขึ้นกับอัตลักษณ์บัณฑิตของสถาบันการศึกษาพัฒนาขึ้น (ชัชวาล วงศ์สารี และแก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์, 2562) โดยฝ่ายการพยาบาลจะเริ่มคัดเลือกนักศึกษาพยาบาลและให้ทุนการศึกษาตั้งแต่เรียนในระดับชั้นปี 2-3 และรับเข้าทำงานทันทีเมื่อสำเร็จการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ (ชัชวาล วงศ์สารี และคณะ, 2563) ที่พบว่า ฝ่ายการพยาบาลและโรงพยาบาลเอกชนมีการให้ทุนการศึกษาตั้งแต่ชั้นปีที่ 2 พร้อมกำหนดคุณสมบัติรวมถึงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้รับทุน

ด้านการสร้างสัมพันธภาพ (Relationship) ฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยเน้นการสร้างสัมพันธภาพแบบเข้าถึงและเปิดใจรับฟังพยาบาลใหม่ทุกคนโดยจัดกิจกรรมเชิงสร้างสรรค์โดยกิจกรรมจะมีเป้าหมายด้านความสุข ความรักและความผูกพันกับองค์กร สร้างการดึงดูดใจด้วยการสื่อสารในหลายรูปแบบ สอดคล้องกับการศึกษาของสุริพร แซ่หนึ่งและอารีวรรณ

อ่วมตานี (สุริพร แซ่หนึ่ง และอารีวรรณ อ่วมตานี, 2563) ที่ว่า การสื่อสารกับพยาบาลเจนเนอเรชันแซตต้องพูดกระชับชัดเจนและใช้ช่องทางที่หลากหลายในการสื่อสาร ทั้งนี้ต้องรับฟังในทุกประเด็น ทั้งนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยจะเป็นผู้นิเทศและให้คำปรึกษาพยาบาลใหม่เป็นรายบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของนิสา ทมาภีร์ดีและอารีวรรณ อ่วมตานี (Tamarpirat & Oumtane, 2017, p. 32) ที่พบว่า พยาบาลน้องใหม่จะรู้สึกดี อบอุ่นใจ และการทำงานร่วมกับพยาบาลพี่เลี้ยงทำให้เกิดการเรียนรู้งานและเกิดสัมพันธภาพในการปรับตัวทำงานร่วมกัน

ด้านการธำรงรักษาพยาบาลเจนแซตให้คงอยู่ในงาน (Retention generation Z nurses on task) ฝ่ายการพยาบาล มีการค้นหาเชิงรุกเกี่ยวกับความคิดที่จะลาออกของพยาบาลเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่จะลาออก และโน้มน้าวใจ สร้างแรงบันดาลใจพร้อมสนับสนุนให้เกิดการคงอยู่ในงาน ทั้งนี้ฝ่ายการพยาบาลได้ทบทวนปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่ทำให้พยาบาลรุ่นใหม่ไม่คงอยู่ในงานพบปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เกิดข้อขัดแย้งในการปฏิบัติงาน การถูกพยาบาลรุ่นพี่ตำหนิหรือพูดกระทบกระเทียบ การได้รับสวัสดิการน้อยกว่าที่อื่น เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ (ชัชวาล วงศ์สารี และคณะ, 2563) ที่พบว่า ความขัดแย้งระหว่างพยาบาลรุ่นพี่กับพยาบาลเจนเนอเรชันแซตที่เกิดขึ้นในแผนก จะเป็นประเด็นที่ทำให้พยาบาลเจนเนอเรชันแซตตัดสินใจลาออกเร็วขึ้น สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของบาร์เทและไดรานี (Barhate & Dirani, 2022) ที่พบว่า คนรุ่นเจนเนอเรชันแซตมีความคาดหวังการเติบโตในสายงานแบบเฉพาะของตน การบริหารแบบไฮบริดส์จึงตรงกับทัศนคติการเติบโตในงานของพยาบาลเจนเนอเรชันแซต สร้างนโยบายให้พยาบาลทุกแผนกสร้างหุ้นส่วนในการทำงานโดยให้พยาบาลน้องใหม่มีส่วน

เสนอความคิดสร้างสรรค์ในงาน ซึ่งการพัฒนาระบบดังกล่าวจะทำให้พยาบาลเจนเนอเรชั่นแซตเห็นเส้นทางการเติบโตในสายงานของตนเอง จึงเป็นปัจจัยส่งเสริมให้พยาบาลเจนเนอเรชั่นแซตมีการคงอยู่ในงานสอดคล้องกับแนวคิดของชลิตพันธ์ บุญมีสุวรรณ (ชลิตพันธ์ บุญมีสุวรรณ, 2020) ที่ระบุว่า ความผูกพันในงานจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อพนักงานได้รับการสนองตอบในพื้นฐานการทำงาน เช่น ความปลอดภัยและการได้รับการพัฒนาทักษะจำเป็นในงาน เป็นต้น

ด้านการปรับปรุงวัฒนธรรมการทำงาน (Renovated works culture) ฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยมีการปรับปรุงวัฒนธรรมองค์กรโดยมุ่งการทำงานที่มีประสิทธิภาพของพยาบาลที่หลากหลายเจนเนอเรชั่นและการที่ฝ่ายการพยาบาลวางนโยบายการใช้หลักการทำงานด้วยเหตุผล ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มากกว่าความคิดเห็นส่วนตัว มีการแลกเปลี่ยนความรู้และเสนอแนะแนวทางการพัฒนางานร่วมกันซึ่งพยาบาลทุกระดับต้องมีส่วนร่วมในการทำงานแบบกลุ่มที่เน้นการดึงศักยภาพที่เด่นของแต่ละคนมาใช้พัฒนางาน สอดคล้องกับบาร์เทและไดรานี (Barhate & Dirani, 2022) ที่พบว่า การปรับปรุงวัฒนธรรมองค์กรเป็นวิธีการที่ทำให้พยาบาลปรับตัวทำงานกับวัฒนธรรมใหม่ร่วมกัน

ด้านการประนีประนอมและการสร้างแรงบันดาลใจในงาน (Reconciliation and aspiration created) ความขัดแย้งของพยาบาลเจนเนอเรชั่นแซตมักเกิดจากการปฏิบัติงานที่ให้ความคิดเห็นและวิธีการปฏิบัติที่อธิบายเหตุผลในมุมมองไม่ตรงกัน การถูกตำหนิจากพยาบาลรุ่นพี่แบบไม่มีเหตุผล และการนินทาว่าร้ายกัน ทั้งนี้พยาบาลเจนเนอเรชั่นแซตมักจะใช้กระบวนการกลุ่มในการโต้ตอบและต่อรองกับฝ่ายการพยาบาลสอดคล้องกับการศึกษาของ (ชัชวาล วงศ์สารี และคณะ, 2563) ที่พบว่า ความขัดแย้งที่พบได้บ่อยในพยาบาลเจนเนอเรชั่นแซตมักเกิดจากความไม่เข้าใจกันของพยาบาลรุ่นพี่ในแผนกและลักษณะ

เฉพาะของพยาบาลเจนเนอเรชั่นแซตจะมีความรักที่ยึดมั่นในอุดมคติระหว่างเพื่อน หากมีข้อขัดแย้งพยาบาลเจนเนอเรชั่นแซตมักจะร่วมกลุ่มเพื่อยื่นข้อต่อรองและการเจรจาอื่น ๆ เพื่อผลประโยชน์ของเพื่อนและกลุ่มตน ส่วนการสร้างแรงบันดาลใจฝ่ายการพยาบาลจะจูงใจพยาบาลเจนเนอเรชั่นแซตด้วยการชื่นชม ให้รางวัลพัฒนาสมรรถนะความเชี่ยวชาญให้ตรงกับงาน สนับสนุนการศึกษาต่อและสร้างเส้นทางการเติบโตในสายงานของพยาบาลเจนเนอเรชั่นแซตโดยเฉพาะ ทั้งนี้ฝ่ายการพยาบาลจะให้ความสำคัญเกี่ยวกับการรับฟังความคิดเห็นจากพยาบาลเจนเนอเรชั่นแซต สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของอนุชา ไทยวงศ์และบุพิชชา จิตต์ภักดี และสอดคล้องกับบาร์เทและไดรานี (Barhate & Dirani, 2022) ที่ว่า การบริหารการพยาบาลในยุคพยาบาลเจนเนอเรชั่นแซตต้องเน้นการสื่อสารที่รวดเร็ว แก้ไขข้อเรียกร้องอย่างตรงประเด็น

ด้านการบริหารทรัพยากร (Resource management) ฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการตระหนักในการร่วมเป็นเจ้าของกิจการให้กับพยาบาลใหม่ และนิเทศทางการพยาบาลชี้แนะให้เห็นถึงมุมมองทางเศรษฐศาสตร์และต้นทุนทรัพยากรสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ (ชัชวาล วงศ์สารี และแก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์, 2562) ที่ว่าการคิดแบบมีวิจารณ์ญาณต้องได้รับการสอนและการกระตุ้นเป็นเรื่องๆ โดยต้องมีสถานการณ์ให้เห็น เช่น การสาธิตการใช้อุปกรณ์ เป็นต้น ซึ่งต้องชี้ให้ชัดเจนว่าขั้นตอนการปฏิบัติมีอะไรบ้าง อย่างไร (ชัชวาล วงศ์สารี และแก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์, 2562)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ฝ่ายการพยาบาลควรนำหลัก 6RE ไปประยุกต์

ใช้ในการบริหารการพยาบาลในยุคนพยาบาลเจนเนอเรชั่นแซดและอาจารย์พยาบาลควรนำข้อมูลนี้ไปอธิบายและสอนให้นักศึกษาพยาบาลทราบว่าฝ่ายการพยาบาลและโรงพยาบาลเอกชนต้องการพยาบาลที่มีคุณลักษณะของคนดี คนเก่งและคนมีความสุข

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำหลัก 6RE ไปศึกษาเชิงปริมาณเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ ความตั้งใจคงอยู่ในงาน ตามการรับรู้พยาบาลเจนเนอเรชั่นแซด

เอกสารอ้างอิง

ัชवाल วงศ์สารี. (2558). การสอนบนคลินิกในรายวิชาการปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่สำหรับนิสิต Generation Z. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ*, 31(2), 130-140.

ัชवाल วงศ์สารี, และแก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์. (2562). การออกแบบการเรียนรู้การสอนในยุคศตวรรษ 21 และการสร้างแบบสอบสัมฤทธิ์ผลวิชาทฤษฎีในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*, 5(2), 1-22.

ัชवाल วงศ์สารี, ศุภลักษณ์ พันทอง, และสุทธิจารัตน์ จันตียะ. (2563). ประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชั่นแซดที่ทำงานไม่ตรงกับแผนกที่ตนเลือกสรร. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(1), 136-146.

ัชवाल วงศ์สารี. (2564). โมเดลความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุน ความรู้ ทักษะและความสามารถ คุณลักษณะบุคลิกภาพและการพัฒนาความพร้อมในการทำงานต่อการริเริ่มด้วยตนเองของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต) มหาวิทยาลัยคริสเตียน, นครปฐม.

ชลิตพันธ์ บุญมีสุวรรณ. (2563). ความผูกพันของพนักงานต่อองค์กร : แนวทางสู่ความสำเร็จ. *วารสารธุรกิจปริทัศน์*, 12(1), 197-207.

นวรรตน์ ไชยมพู่, อัจฉรา มุสิกวัฒน์, และสุณีย์ เครานวล. (2562). ความสามารถในการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 9(1), 296-306

นิสา ทมาภิรัตน์, และอารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2560). การเป็นพยาบาลจบใหม่ที่ปฏิบัติงานภายใต้การดูแลของพยาบาลพี่เลี้ยง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(ฉบับเสริม), 32-40.

Barhate, B., & Dirani, K. M. (2022). Career aspirations of generation Z: a systematic literature review. *European Journal of Training and Development*, 46(1/2), 139-157.

Chicca, J., & Shellenbarger, T. (2018). Connecting with Generation Z: Approaches in nursing education. *Teaching and Learning in Nursing*, 13(3), 180-184.

Chicca, J., & Shellenbarger, T. (2019). A new generation of nurses is here: Strategies for working with Generation Z. *American Nurse Today*, 14(2), 48-51.

Colaizzi P.(1978).Psychological research as the Phenomenologist views it.In Existential Phenomenological Alternatives for Psychology. London: Oxford University Press.

- Denzin, N. (2009). Strategies of multiple triangulation. New York: Routledge.
- Shatto, B., & Erwin, K. (2016). Moving on from millennials: Preparing for generation Z. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 47(6), 253-254.
- Snow, E. L., Jackson, G. T., & McNamara, D. S. (2014). Emergent behaviors in computer-based learning environments: Computational signals of catching up. *Computers in Human Behavior*, 41(2014), 62-70.



ผลของรูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมต่อประสิทธิผลการบริการพยาบาล
ผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับและความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ
**Effects of the Participative Management Model on Effectiveness
for Nursing Services of One-Day Surgery Patients and
Professional Nurses' Satisfaction**

นันทวรรณ มัชฌิมา, พย.ม., Nantawan Machima, M.N.S.^{1*}

กัญญาดา ประจุศิลป์, ประ.ด., Gunyadar Prachusilpa, Ph.D.²

ปานตา อภิรักษ์นภานนท์, ประ.ด., Panta Apituknapanond, Ph.D.³

¹นักศึกษา, หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

¹Student, Master of Nursing Science Faculty of Nursing, Saint Louis College

²รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กรุงเทพฯ

²Associate Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College, Bangkok

³อาจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กรุงเทพฯ

³Lecturer, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College, Bangkok

*Corresponding author Email: 200301004@slc.ac.th

Received: November 20, 2022

Revised: March 17, 2023

Accepted: May 31, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ และเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ ประชากรคือ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 30 คน ที่มีการปฏิบัติงานประจำในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับเท่านั้น ในหน่วยงานผู้ป่วยนอกตลยกรรม งานวิสัญญี งานห้องผ่าตัด และงานผู้ป่วยในตลยกรรมที่รองรับผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ เครื่องมือประกอบด้วยรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ คู่มือกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ เอกสารคำแนะนำการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนวันเดียวกลับ แบบบันทึกความถี่ของการเกิดอุบัติเหตุ และแบบสอบถามความพึงพอใจการใช้รูปแบบฯของพยาบาลวิชาชีพ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเที่ยงของเครื่องมือ โดยค่าความเที่ยงมีค่าเท่ากับ .951 วิเคราะห์ข้อมูล

โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ Dependent T-test ผลการวิจัยพบว่า อัตราการเกิดอุบัติเหตุการฉีดยาและการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดหลังการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมลดลงเท่ากับศูนย์ และค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบฯ เพิ่มขึ้น ($\bar{X}$ = 3.96, SD = .565) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .05)

คำสำคัญ: ผ่าตัดวันเดียวกลับ ประสิทธิภาพการบริการพยาบาล ความพึงพอใจพยาบาล

ABSTRACT

The purposes of this Quasi experimental research were to compare the effectiveness of the revised one-day surgery nursing model with the previous method and to study the satisfaction of Samutpakarn hospital's professional nurses. The population was 30 professional nurses by purposive sampling technique. The research instrument were the one-day surgery model, one-day surgery nursing activities handbook, one-day surgery's preparation instruction sheet for Hernia's patient, incident form and professional nurses' satisfaction questionnaires which all were validated and approved by professional experts. The Cronbach's alpha coefficient for professional nurses' satisfaction questionnaires was .951. Data were analyzed by using frequency, percentage, mean standard deviation and dependent t-test. The results revealed that the revised one-day surgery nursing model, the number of the incidence rate of postponing-cancelling surgeries and post-operative complication occurred from the previous model was able to reduce to zero and enhanced the satisfactory level of professional nurses. ($\bar{X}$ = 3.96, SD = .565) and affected to professional nurses' satisfaction with statistical significance at .05

Keyword: One Day Surgery, Effectiveness of Nursing, Nurses' Satisfaction

บทนำ

การผ่าตัดวันเดียวกลับ หรือ One Day Surgery; ODS มีชื่อเรียกหลากหลายทั้งในและต่างประเทศ เช่น ambulatory surgery, same-day surgery, day surgery หรือ modern day surgery เป็นที่นิยมในการผ่าตัดผู้ป่วยที่มารับบริการการผ่าตัดและกลับบ้านในวันเดียวกัน หรือภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งในประเทศไทยมีแนวโน้มจะให้บริการมากขึ้นในทุกๆ ปี ด้วยการสนับสนุนจากนโยบายการผ่าตัดวันเดียวกลับ ของกรมการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับให้ปลอดภัย มีคุณภาพมาตรฐาน ลดระยะเวลาการรอคอยและเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ในด้านการรักษาอย่างรวดเร็วโดยสามารถพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ พัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพไปพร้อมกัน (ธัญเดช นิมมานวุฒิมงคล, วิบูลย์ ภักดิ์บดินทร์, ทวีชัย วิษณุโยธิน, และกิตติวัฒน์ มะโนจันทร์, 2562)

โรงพยาบาลสมุทรปราการเป็นโรงพยาบาล ตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขนาด 600 เตียงให้บริการที่ครอบคลุมเกือบทุกสาขา การผ่าตัดวันเดียวกลับของโรงพยาบาลรับนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข นำลงสู่การปฏิบัติด้วยพิจารณาเห็นความสำคัญของการพัฒนาระบบบริการที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดโดยไม่ต้องรอคิวนาน ลดความแออัดของประชาชนที่เข้ามาได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และลดต้นทุนการพักค้างคืนในโรงพยาบาล จากข้อมูลสถิติงานผู้ป่วยนอกศัลยกรรมในการให้บริการผู้ป่วยนอกเป็นอันดับ 2 ของโรงพยาบาล มีผู้ป่วยรับบริการไม่น้อยกว่า 58,000 รายต่อปี ตั้งแต่เปิดให้บริการศูนย์ผ่าตัดวันเดียวกลับในปี พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยมารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเพิ่มขึ้นทุกปี โดยตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562-2564 มีผู้ป่วยเข้ารับบริการ 63 ราย, 183 ราย และ 215 รายตามลำดับ ในปีงบประมาณ 2565 (ตุลาคม 2564-พฤษภาคม 2565) (กองวิชาการแพทย์กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) มีผู้ป่วยเข้ารับบริการไม่น้อยกว่า 163 ราย และประมาณการว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การให้บริการผ่าตัดวันเดียวกลับของโรงพยาบาลสมุทรปราการ พบว่า การผ่าตัดโรคไส้เลื่อน ขาหนีบแบบวันเดียวกลับ มีจำนวนผู้ป่วยมากเป็นอันดับ 2 ของโรคที่ผ่าตัดและระงับความรู้สึกแบบวันเดียวกลับ โดยไตรมาสหลังของปี 2564 มีจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย 3 รายต่อเดือน และไตรมาสแรกของปี 2565 มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 8 รายต่อเดือน โดยมีพยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการผ่าตัดวันเดียวกลับจำนวน 30 คนได้รับมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับจากหัวหน้างานของแต่ละหน่วยงาน (กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) เนื่องจากการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ ปรับจากนโยบายลงสู่การปฏิบัติงานประจำวันโดยนำมาเพิ่ม

ในบทบาทหน้าที่หลักของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยไม่เคยมีการบริหารจัดการร่วมกันของพยาบาลในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดวันเดียวกลับมาก่อน ในการปฏิบัติงานในหน้าที่เดิม มีการมอบหมายหน้าที่ประจำแต่ละหน่วยงาน ส่วนใหญ่จะมีการหมุนเวียนบุคลากรในหน่วยงานของตน เมื่อมีผู้ป่วยจำนวนมากมารับบริการ พยาบาลจึงมีความจำเป็นต้องปฏิบัติงานให้ทันเวลาเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรอคอยในการรับบริการนานเกินไป การให้บริการหรือการทำกิจกรรมการพยาบาลทั้งหลายจึงเป็นไปด้วยความเร่งรีบ แต่การให้ข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นในการปฏิบัติตนเพิ่มเติมเตรียมตัวก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับที่มีความแตกต่างกับการให้คำแนะนำของผู้ป่วยพักค้างคืนในโรงพยาบาล จำเป็นต้องใช้เวลาในการสื่อสารหรือให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เพียงพอและมีประสิทธิภาพเพื่อที่จะนำไปปฏิบัติตนเพื่อเตรียมการเข้ารับการผ่าตัด จากการให้บริการที่ผ่านมาพบว่ามีอุบัติการณ์การงดเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมในผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ โดยพบในผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อน 6 ราย และ 8 รายในไตรมาสหลังของปี 2564 และไตรมาสแรกของปี 2565 ตามลำดับ (กลุ่มงานวิสัญญี, 2565) พบว่าเกิดความไม่เข้าใจในการปฏิบัติตนในการดูแลป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัดจำนวน 13 ราย เกิดปัสสาวะคั่ง (urinary retention) ภายหลังการทำ Spinal block 1 ราย เกิดอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อหรืออาการชา (neurological deficit) 1 ราย ในผู้ป่วยที่ทำ Spinal block จากการเฝ้าติดตามการประเมินทางโทรศัพท์ภายหลังการผ่าตัด ก่อให้เกิดความกังวลไม่มั่นใจ รู้สึกอันตรายอย่างมากให้กับผู้ป่วย หรือเป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดความล่าช้าในการรักษา สูญเสียทั้งเวลา ค่าใช้จ่าย และเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ภายหลังการผ่าตัด ผู้วิจัยในฐานะผู้จัดการพยาบาลศูนย์ผ่าตัดวันเดียวกลับโรงพยาบาลสมุทรปราการ จึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมการบริการพยาบาลผู้ป่วย

ผ่าตัดวันเดียวกลับที่จะสามารถยกระดับการบริการและเพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยได้

การให้บริการผ่าตัดวันเดียวกลับในรูปแบบเดิมเป็นการนำนโยบายมาปรับบริบทงานประจำและเพิ่มเติมหน้าที่เข้าไปในหน้าที่หลักของแต่ละหน่วยงานตามรูปแบบการให้บริการเดิมของโรงพยาบาล โดยอาศัยหน้าที่หลักในการให้บริการเป็นตัวกำหนดการทำงาน เช่น งานผู้ป่วยนอกศัลยกรรม ได้รับมอบหมายเพิ่มเติมให้รองรับผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับที่มาใช้บริการให้ข้อมูลเบื้องต้นในการอธิบายเกี่ยวกับแนวทางการผ่าตัด ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และส่งผู้ป่วยเข้ารับการปรึกษาศัลยกรรมเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด (PAC) หน่วยงานวิสัญญีได้รับมอบหมายให้คำแนะนำดูแลผู้ป่วยระยะจับความรู้สึก หลังผ่าตัด จำหน่ายกลับบ้าน และติดตามเยี่ยมประเมินทางโทรศัพท์ 3 วัน หลังจำหน่ายไปพักฟื้นที่บ้าน หอผู้ป่วยในศัลยกรรมที่สำรองเตียงสำหรับผู้ป่วย ได้รับมอบหมายหน้าที่ให้รองรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดและจำหน่ายออกในกรณีกลับบ้านได้ภายใน 24 ชั่วโมง เป็นต้น

เมื่อสืบค้นและวิเคราะห์ปัญหาเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพของการบริการผ่าตัดวันเดียวกลับ และค้นคว้างานวิจัยมาศึกษาพบว่า การนำรูปแบบการบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมของสวานเบิร์ก (Swansburg, 2002) มาพัฒนาเป็นแนวคิดที่ทำให้เกิดความมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายหน้าที่ให้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ โดยเริ่มตั้งแต่การประชุมร่วมกันของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มาร่วมตั้งวัตถุประสงค์และเป้าหมายการปรับปรุงพัฒนาการบริการ มีความไว้วางใจซึ่งกันและกันร่วมกันมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกันแก้ไขปัญหา มีอิสระในการทำงานตามบริบทของหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ใช้ความรู้ความสามารถ ความเชี่ยวชาญของตนในการให้ข้อมูลคำแนะนำที่จำเป็น และมีประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่มาใช้บริการ

และมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลง เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนวันเดียวกลับ ตั้งแต่การประเมินก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด. การมีส่วนร่วมในการดูแลตามบริบทของแต่ละหน่วยงาน ทำให้พยาบาลในแต่ละหน่วยงานลดการทำงานซ้ำซ้อน เกิดการแบ่งเบาภาระงาน และยังมุ่งเน้นให้บริการที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางที่สามารถทำให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่มีความปลอดภัยตามแผนการรักษา ส่งผลถึงความพึงพอใจของพยาบาลในการให้บริการตามรูปแบบที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาขึ้น

นอกจากนี้ยังพบว่า แนวคิดความพึงพอใจของสลาวิตต์ และคณะ (Slavitt et al., 1978) ที่มีองค์ประกอบ 6 ด้าน คือ ด้านนโยบายองค์กร ด้านลักษณะงาน ด้านอิสระในงาน ด้านสถานภาพของวิชาชีพ ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน และด้านค่าตอบแทน สามารถนำมาปรับเพื่อใช้สอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้รูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ โดยความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการจัดการฯ ในด้านลักษณะงาน จะหมายถึงความรู้สึกของพยาบาลเกี่ยวกับงานที่ต้องปฏิบัติหน้าที่ประจำวัน ถึงแม้มีการเพิ่มหน้าที่เพื่อดูแลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับเพิ่ม ก็ยังยินดีเพื่อประโยชน์และความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้านความเป็นอิสระในการทำงาน เป็นความรู้สึกของพยาบาลที่ผู้บังคับบัญชาเปิดโอกาส สนับสนุนให้สามารถปฏิบัติได้โดยอิสระ ใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการบริหารจัดการให้การพยาบาลผู้ป่วย ด้านสถานภาพวิชาชีพ เป็นความรู้สึกของพยาบาลที่มีต่อความสามารถปฏิบัติงานตามแนวทางการผ่าตัดวันเดียวกลับตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ใช้ประสบการณ์ ความรู้ตัดสินใจตามขอบเขตที่ตนรับผิดชอบ เห็นความสำคัญของวิชาชีพในบทบาทตนเอง ส่วนด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน เป็นความรู้สึกของพยาบาลในการติดต่อสัมพันธ์กับ

เพื่อนร่วมงานที่ทำให้เกิดความสัมพันธ์ในหน้าที่การงาน การร่วมกันให้การพยาบาลผู้ป่วย และได้รับความร่วมมือกัน จนงานสำเร็จ ยกเว้นด้านค่าตอบแทน และด้านนโยบายองค์กร ที่ไม่ได้นำมาใช้ เนื่องจากการให้บริการการผ่าตัดวันเดียวกลับไม่ได้ทำให้เกิดผลประโยชน์ด้านค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้นของพยาบาลในปัจจุบันและยังเป็นบทบาทหลักในการบริการผู้ป่วยของโรงพยาบาลในรูปแบบหนึ่งที่ได้รับ การสนับสนุนใน Service plan ด้านศัลยกรรมมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2562 จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพ ในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล พบว่า พยาบาลวิชาชีพ มีเจตคติต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาอยู่ในระดับสูง ต้องการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับสูง และเมื่อมีการสนับสนุนจากผู้นำจะทำให้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญ (วงจันทร์ เดชทองทิพย์, 2563) แสดงให้เห็นว่า การจัดการแบบมีส่วนร่วมสามารถทำให้ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้น ภายหลังจากที่ได้มีส่วนร่วม ร่วมมือกันระหว่างเพื่อนร่วมงาน ต่างหน่วยงาน และสามารถทำให้เกิดความภาคภูมิใจในการให้บริการผู้ป่วย

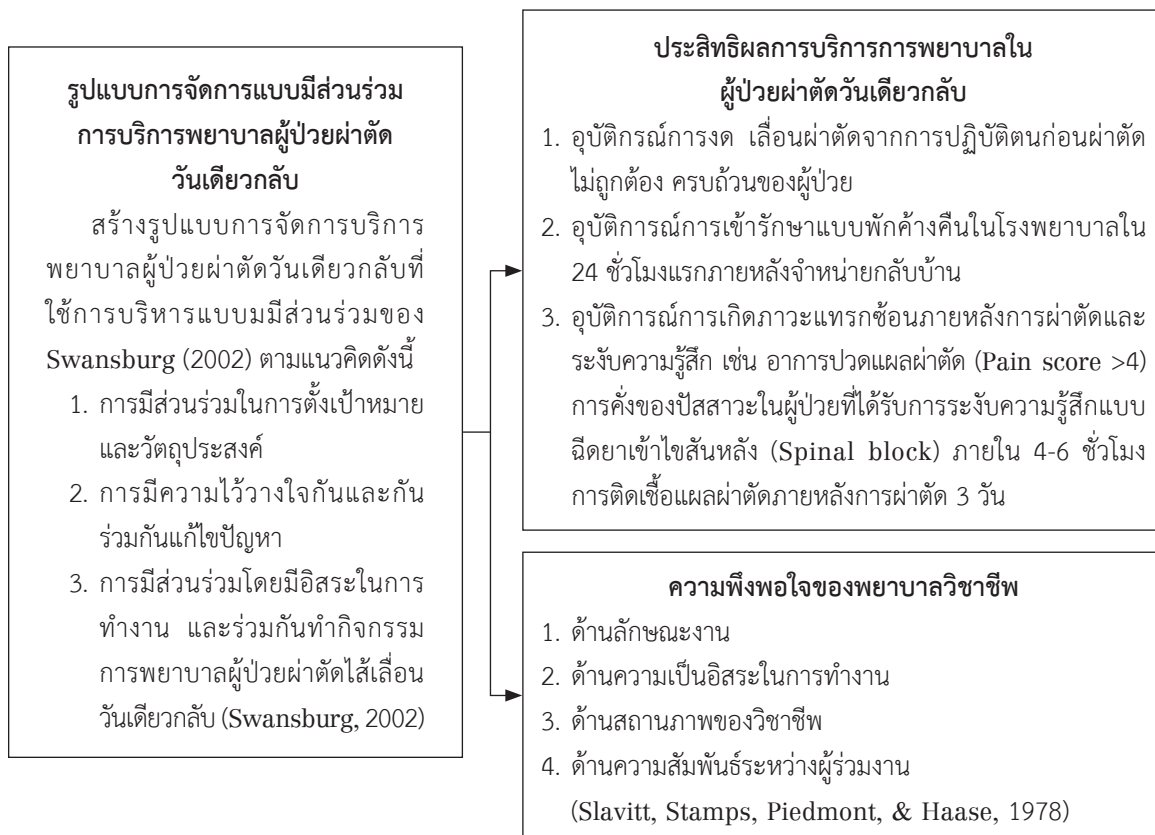
และในความเป็นวิชาชีพของตนเอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมในการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ
2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมในการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ

สมมติฐานการวิจัย

1. อัตราการเกิดอุบัติเหตุการณ์ในการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ หลังการใช้รูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมในการบริการพยาบาลลดลงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสมุทรปราการที่ปฏิบัติงานประจำที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการผ่าตัดวันเดียวกลับ จำนวน 30 คนโดยมีคุณสมบัติ คือ 1) ทำงานในหน่วยงานที่มีการปฏิบัติงานประจำในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับและได้รับมอบหมายจากหัวหน้างานในการให้บริการผ่าตัดวันเดียวกลับ คือ หน่วยงานผู้ป่วยนอกศัลยกรรม 1 คน หน่วยงานวิสัญญี 15 คน หน่วยงานห้องผ่าตัด 9 คน และหน่วยงานผู้ป่วยในศัลยกรรมที่รองรับผู้ป่วยวันเดียวกลับ 5 คน 2) สามารถ

ให้ความร่วมมือในการวิจัยได้ครบขั้นตอน ในการเก็บอุบัติการณ์ด้านประสิทธิผลเป็นผู้ป่วยผ่าตัดได้เลื่อนที่ตกลงใจในการทำผ่าตัดแบบวันเดียวกลับที่มารับบริการตามปกติ ได้กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดได้เลื่อนวันเดียวกลับเฉลี่ย 15 คน

2. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับประชากรผู้ร่วมวิจัย โดยสามารถที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ สำหรับผู้ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยลงนามยินยอมในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่ E. 021/2565

ลงวันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ. 2565 และโรงพยาบาลสมุทรปราการ เลขที่ Nq02765 ลงวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 โดยข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและนำมาใช้ในงานวิจัยเท่านั้น

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ 1) รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ ที่นำแนวคิดของสแวนเบิร์ก (Swansburg, 2002) มาพัฒนาประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการและพัฒนา รูปแบบ โดยมีการจัดประชุมพยาบาลในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดวันเดียวกลับ คือ พยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยงานผู้ป่วยนอกศัลยกรรม หน่วยงานวิสัญญี หน่วยงานการพยาบาลห้องผ่าตัด และหอผู้ป่วยใน ศัลยกรรมที่สำรองเตียงรองรับผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ เกี่ยวกับความสำคัญของปัญหา และการให้พยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดวันเดียวกลับมาร่วมกันพัฒนารูปแบบบริการพยาบาล กำหนดวัตถุประสงค์เป้าหมาย แนวทางการจัดรูปแบบบริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และตกลงร่วมกันในการกำหนดหน้าที่และกิจกรรมในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ ตามบริบทและความเชี่ยวชาญของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกัน จัดทำแผนการสอน คู่มือกิจกรรมบริการการพยาบาล เอกสารคำแนะนำการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นดำเนินการ โดยการนำรูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ไปใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนวันเดียวกลับ ตั้งแต่จุดเริ่มต้นการให้บริการ คือ หน่วยงานผู้ป่วยนอกศัลยกรรมด้วยการให้ข้อมูลโรคเบื้องต้น ข้อดีข้อเสียและเงื่อนไขการเข้าร่วมการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ก่อนที่ผู้ป่วยจะตกลงใจร่วมกับศัลยแพทย์ในการรักษาด้วยและทำผ่าตัดแบบ

วันเดียวกลับ คลินิกเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ประเมินผู้ป่วยและให้ข้อมูลสุขภาพที่จำเป็น คำแนะนำการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ดำเนินการตามแผนการสอนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับในระยะต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมกับแจกเอกสารการเตรียมผู้ป่วยให้ผู้ป่วย หน่วยงานห้องผ่าตัดเตรียมการดูแลด้านการผ่าตัด ร่วมกับการให้คำแนะนำเรื่องการป้องกันการติดเชื้อบาดแผลผ่าตัด และศูนย์ผ่าตัดวันเดียวกลับ หรือหอผู้ป่วยในศัลยกรรมที่สำรองเตียงสำหรับผู้ป่วย ให้การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพร้อมการทบทวนการปฏิบัติตัว ข้อควรหรือไม่ควรปฏิบัติภายหลังการผ่าตัดของผู้ป่วย การสังเกตอาการและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และตอบข้อสงสัยให้ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสรุปผล โดยการประชุมพยาบาลในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสรุปผลการดำเนินการใช้รูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมการบริการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพการบริการพยาบาลตามตัวชี้วัด คิด วัตถุประสงค์การลดเวลาผ่าตัดจากความไม่พร้อมของผู้ป่วย วัตถุประสงค์การเข้ารักษาแบบพักค้างคืนในโรงพยาบาล 24 ชั่วโมงภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน วัตถุประสงค์การเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดและระดับความรู้สึก เช่น การปวดแผลผ่าตัด (Pain score >4) การคั่งของปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับยาาระงับความรู้สึกแบบฉีดยาเข้าไขสันหลัง 4-6 ชั่วโมง การติดเชื้อแผลผ่าตัด 3 วัน ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้รูปแบบบริการพยาบาลฯ และปัญหาอื่นที่พบเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข

2) คู่มือกิจกรรมการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ และเอกสารคำแนะนำการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนวันเดียวกลับ เป็นคู่มือและเอกสารที่สร้างจากความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดวันเดียวกลับ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

กิจกรรมพยาบาลตามบริบทของแต่ละหน่วยงาน ทั้ง 3 ระยะ คือ การเตรียมความพร้อมในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด และมีเครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบบันทึกกิจกรรมการให้บริการพยาบาลผ่าตัดวันเดียวกัน และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ 1) แบบบันทึกประสิทธิภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกัน ที่สร้างเพื่อบันทึกข้อมูลความถี่ของการเกิดอุบัติเหตุโดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ พบอุบัติเหตุให้ = 1 ไม่พบอุบัติเหตุให้ = 0 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ในการใช้รูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมการบริการพยาบาลผ่าตัดวันเดียวกัน จำนวน 21 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล 5 ข้อ ตอบโดยการเติมคำในช่องและข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกของพยาบาล จำนวน 16 ข้อ ใน 4 ด้าน คือ ด้านลักษณะงาน ด้านความเป็นอิสระในงาน ด้านสถานภาพวิชาชีพ และด้านความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน ตอบโดยใช้เกณฑ์ของลิเคิร์ต 5 ระดับ

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยผ่านการตรวจสอบพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) มีค่าเท่ากับ 1.0, 1.0, .92 และ .97 และตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล จำนวน 30 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .951

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามความพึงพอใจพยาบาลวิชาชีพ แบบบันทึกกิจกรรมการให้บริการพยาบาล และข้อมูลด้านประสิทธิภาพของ ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม-30 กันยายน

พ.ศ. 2565 ด้านประสิทธิภาพการบริการพยาบาลเก็บข้อมูลเป็นความถี่ของอุบัติเหตุก่อนและหลัง เก็บข้อมูลโดยพยาบาลวิชาชีพและวิสัญญีพยาบาลข้อมูลจะได้มาจากการวิเคราะห์ปัญหาภายหลังการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ตั้งแต่ 3 ชั่วโมงแรกหลังจำหน่ายถึง 3 วันและปัญหาที่เกิดขึ้นในงาน โดยเก็บข้อมูลดังนี้ 1) อุบัติการณ์การงด เลื่อนผ่าตัดจากการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดไม่ถูกต้องครบถ้วนของผู้ป่วย เก็บข้อมูลในวันที่ผู้ป่วยมารับการผ่าตัด 2) อุบัติการณ์เข้ารับการรักษาแบบพักค้างคืนในโรงพยาบาล ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังจำหน่ายกลับบ้าน เก็บข้อมูลภายหลังการผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรก 3) อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดและระดับความรู้สึก คือ ปวดแผลผ่าตัด (Pain score > 4) เก็บข้อมูลภายหลังการจำหน่ายตั้งแต่ 3 ชั่วโมงจนครบ 3 วัน การคั่งของปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบฉีดยาเข้าไขสันหลัง (Spinal block) 4-6 ชั่วโมง เก็บข้อมูลตั้งแต่หลังการผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรก การติดเชื้อแผลผ่าตัด 3 วัน เก็บข้อมูลในภายหลังการผ่าตัดครบ 3 วัน โดยก่อนการจัดการรูปแบบการบริการผ่าตัดวันเดียวกัน เก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2564-31 มีนาคม 2565 เนื่องจากอยู่ในช่วงการระบาดของโควิด-19 ทำให้จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดไม่สม่ำเสมอตามการระบาด

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยประสิทธิภาพการบริการพยาบาลวิเคราะห์เป็นความถี่ (Frequency) และร้อยละของอุบัติเหตุ ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์เป็นร้อยละ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์เป็นคะแนนค่าเฉลี่ย (μ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยสถิติ Dependent T-test

ผลการวิจัย

พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดวันเดียวกลับส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.70 โดยทั้งหมดมีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี อายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี, อายุ 31-40 ปี และอายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.00, 26.70 และ 30.33 ตามลำดับ มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในวิชาชีพ 11-20 ปี ร้อยละ 26.7 มีระยะเวลาการทำงานในหน่วยงานปัจจุบันส่วนใหญ่ 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.70 และปฏิบัติงานในหน่วยงานที่มากกว่า 21 ปี ร้อยละ 13.30

ด้านประสิทธิผลการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ พบว่าหลังการใช้รูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วม ไม่พบอัตราการเกิดอุบัติเหตุการงัดเลื่อนผ่าตัดจากการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดไม่ถูกต้องครบถ้วน การเข้ารับรักษาแบบพักรักษาตัวในโรงพยาบาลใน 24 ชั่วโมงแรกหลังจำหน่ายกลับบ้าน และการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดและระดับความรู้สึก เช่น ปวดแผลผ่าตัด (Pain score > 4) การคั่งของปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบฉีดยาเข้าไขสันหลัง (Spinal block) 4-6 ชั่วโมง และการติดเชื้อแผลผ่าตัดภายหลังการผ่าตัด 3 วันในผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบวันเดียวกลับ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนความถี่ (ราย) และร้อยละ ประสิทธิภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนวันเดียวกลับ เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ

อุบัติการณ์	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
การงัด เลื่อนผ่าตัดจากการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดไม่ถูกต้องครบถ้วน	6	12	0	0
การเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดและระดับความรู้สึก				
ปวดแผลผ่าตัด (Pain score >4)	0	0	0	0
การคั่งของปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบฉีดยาเข้าไขสันหลัง (Spinal block) 4-6 ชั่วโมง	1	2	0	0
การติดเชื้อแผลผ่าตัดภายหลังการผ่าตัด 3 วัน	0	0	0	0
การเข้ารับรักษาแบบพักรักษาตัวในโรงพยาบาลใน 24 ชม. แรก	0	0	0	0
หลังจำหน่ายกลับบ้าน				

ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯของพยาบาลวิชาชีพในด้านลักษณะงาน สถานภาพวิชาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน และความเป็นอิสระในงานก่อนและหลังการใช้รูปแบบเพิ่มขึ้นทุกด้าน และความพึงพอใจโดยรวมก่อนและภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการ

แบบมีส่วนร่วมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .05) ยังพบว่าในด้านลักษณะงาน เมื่อพิจารณารายการข้อการมีโอกาสได้ใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ มีคะแนนสูงสุด ($\bar{X}$ = 4.27, SD = .640) และการมี

ส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ มีคะแนนต่ำที่สุด ($\bar{X}$ =3.80, SD = .714) ด้านความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน เมื่อพิจารณาตามรายชื่อพบว่า การที่สามารถติดต่อสื่อสารข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยกับเพื่อนร่วมงานในหน่วยงาน มีคะแนนพึงพอใจสูงสุด ($\bar{X}$ = 4.07, SD = .828) และรูปแบบฯ ส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก แต่มีคะแนนต่ำที่สุดในการพิจารณาตามรายชื่อ ($\bar{X}$ = 3.80, SD = .761) ด้านความเป็นอิสระในงาน พบว่า การที่สามารถตัดสินใจในการปฏิบัติงานได้อย่างมีอิสระตามขอบเขตของวิชาชีพ มีคะแนนความพึง

พอใจสูงสุด ($\bar{X}$ = 4.07, SD = .740) และความสามารถที่จะแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับกับเพื่อนร่วมงาน มีระดับคะแนนต่ำสุด ($\bar{X}$ = 3.80, SD = .805) ด้านสถานภาพวิชาชีพ พบว่า การที่สามารถใช้ความคิดสร้างสรรค์การปรับปรุงการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย มีความพึงพอใจสูงสุด ($\bar{X}$ = 3.93, SD = .691) และความสามารถแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับตามสถานการณ์ มีระดับคะแนนต่ำที่สุด ($\bar{X}$ = 3.80, SD = .805)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามรายด้าน ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ

ความพึงพอใจ	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ		t	df	P-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ด้านลักษณะงาน	3.76	.656	4.00	.520	1.02	29	.319
ความเป็นอิสระในงาน	3.77	.722	3.93	.636	2.90	29	.004*
ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน	3.74	.837	3.96	.698	2.24	29	.007
สถานภาพวิชาชีพ	3.66	.846	3.87	.629	3.17	29	.033
รวม	3.74	.654	3.96	.565	3.35	29	.002*

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของรูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วม ต่อประสิทธิผลการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายดังนี้

1. อัตราการเกิดอุบัติเหตุการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ ภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนใช้รูปแบบฯ พบว่า การใช้รูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วม

ในการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้เตรียมความพร้อมในการผ่าตัดใส่เลื่อนแบบวันเดียวกลับได้จริง เกิดประสิทธิผลทำให้ไม่พบอุบัติเหตุการร่นเลื่อนผ่าตัดจากการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดไม่ถูกต้องครบถ้วน โดยอุบัติเหตุร่นลงจากเดิมร้อยละ 12 เป็นร้อยละ 0 ไม่พบอุบัติเหตุการเข้ารับรักษาแบบพักค้างคืนในโรงพยาบาลใน 24 ชั่วโมงแรก หลังจำหน่ายกลับบ้าน ไม่พบอาการปวดแผลผ่าตัด

(Pain score >4) สำหรับอุบัติการณ์การคั่งของปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับยาาระงับความรู้สึกแบบชนิดยาเข้าไขสันหลัง 4-6 ชั่วโมง พบว่าอุบัติการณ์ลดลงจากร้อยละ 2 เป็นร้อยละ 0 และไม่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อแผลผ่าตัดภายหลังการผ่าตัด 3 วัน

อภิปรายได้ว่า การจัดการแบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดของสวานเบิร์ก (Swanburg, 2002) ที่นำมาเป็นแนวทางในการจัดรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ แสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการสนับสนุนให้ตั้งเป้าหมายวัตถุประสงค์ ค้นและแก้ไขปัญหา วางแนวทางการทำงาน ส่งเสริมความร่วมมือซึ่งกันและกัน และช่วยกันพัฒนาการบริการด้านการให้ข้อมูล คำแนะนำสำหรับการเตรียมพร้อมผู้ป่วยในการผ่าตัดใส่เลื่อนขาหนีบวันเดียวกลับ แบ่งขอบเขตความรับผิดชอบชัดเจน สามารถทำให้เกิดประสิทธิภาพในการลดอัตราการเกิดอุบัติการณ์ด เลื่อนผ่าตัด และทำให้อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดและระยะรับความรู้สึกแบบวันเดียวกลับลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เปรมฤดี ศรีวิชัย, มุกดา หุญศรี, และวรรณภา ประไพพานิช (2555) ที่พบว่าการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมทำให้เกิดการเปิดโอกาสสนับสนุนความคิดเห็นของพยาบาล ส่งเสริมความเป็นส่วนหนึ่งของงาน แลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน ส่งผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพของหอผู้ป่วย การสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพสามารถแสดงออกในความเป็นส่วนหนึ่งของการบริการผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับที่ตนเองรับผิดชอบ การได้รับการยอมรับในการแสดงความคิดเห็น และมีส่วนร่วมในการพัฒนาการบริการที่มีจุดมุ่งหมายเดียวกัน ทำให้กระบวนการทำงานเป็นไปด้วยความราบรื่น และผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่ปลอดภัย

2. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมหลังการใช้รูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมสูงขึ้น

($\bar{X}$ = 3.96, SD = .565) และความพึงพอใจโดยรวมก่อนและภายหลังการใช้รูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .05)

อภิปรายได้ว่า การนำรูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมมาพัฒนาการบริการเพื่อดูแลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับร่วมกันของพยาบาลวิชาชีพ ทำให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความพึงพอใจและยอมรับในระดับมาก เนื่องจากเป็นรูปแบบที่ทุกคนได้ร่วมกันคิดและพัฒนาจากการวิเคราะห์ปัญหา แก่ปัญหา จึงเป็นรูปแบบที่ทุกคนยอมรับได้และมีความพึงพอใจ ยอมรับการนำไปปฏิบัติ ซึ่งเมื่อจำแนกตามรายด้าน การมีโอกาสดูแลความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ ความสามารถติดต่อสื่อสารข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยกับเพื่อนร่วมงานในหน่วยงาน การที่สามารถตัดสินใจในการปฏิบัติงานได้อย่างมีอิสระตามขอบเขตของวิชาชีพ และการที่สามารถใช้ความคิดสร้างสรรค์การปรับปรุงการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย มีค่าเฉลี่ยสูงสุด แสดงถึงพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ที่ให้บริการมีความพึงพอใจที่ได้ใช้ความเชี่ยวชาญ ความชำนาญ ความคิดสร้างสรรค์ของตนเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย แต่พบว่าการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ การแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกับเพื่อนร่วมงาน และการแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับมีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำ ทำให้ตระหนักถึงความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับของพยาบาลวิชาชีพยังไม่มีชัดเจนเหมือนการดูแลผู้ป่วยใน การพัฒนาศักยภาพของการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับยังไม่เพียงพอ ดังนั้นการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในเรื่องการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับหรือการเข้าร่วมประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจึงมีความจำเป็นสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่จะต้องให้บริการผู้ป่วย (รุสนีย์ ไวยากรณ์, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, และ

เบญจวรรณ พุทธิอังกูร, 2562) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมรัก จันทรศรีบุตร (2563) ที่พบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการผ่าตัดวันเดียวกลับ จำเป็นต้องมีการจัดอบรมให้ความรู้ ความเข้าใจ กับบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ ควรมีการรวบรวมปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน ประชุมหารือเพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน เพื่อให้มีการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง และควรส่งเสริม สนับสนุนให้บุคลากรมีความรู้เพื่อสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 จากผลการวิจัยพบว่าการใช้รูปแบบการจัดการแบบมีส่วนร่วมการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ ทำให้เกิดประสิทธิผลสามารถลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุการงดเลื่อนผ่าตัดจากการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดไม่ถูกต้องครบถ้วน และลดอุบัติเหตุการเกิดภาวะแทรกซ้อนช็อคชอนภายหลังการทำผ่าตัดและระงับความรู้สึกได้ สำหรับศูนย์ผ่าตัดวันเดียวกลับที่ไม่ได้มีรูปแบบการบริการเบ็ดเสร็จในจุดบริการเดียว (One stop service) ควรเคร่งครัดในเรื่องการติดตามผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายกลับบ้านเพื่อเฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุที่ไม่พึงประสงค์ โดยระบุผู้ติดตามเยี่ยมภายหลังการจำหน่ายกลับบ้าน 3 ชั่วโมงแรก และเฝ้าระวังทางโทรศัพท์ใน 24 ชั่วโมงแรก เช่น เมื่อผู้ป่วยผากนอนสังเกตอาการและจำหน่ายจากหอผู้ป่วย การติดตามเยี่ยมมอบหมายให้หอผู้ป่วยเป็นผู้ติดตามเยี่ยมและแนะนำในกรณีผู้ป่วยหรือครอบครัวพบปัญหา ส่วนการติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดในวันที่ 1-3 สามารถมอบหมายหรือปรับระบบการเยี่ยมภายใต้การตกลงของพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการได้

1.2 จากผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ ของพยาบาลวิชาชีพ ด้านลักษณะงาน ข้อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ ด้านความเป็นอิสระในงาน ในข้อความสามารถที่จะแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับกับเพื่อนร่วมงาน ด้านสถานภาพวิชาชีพ ในข้อความสามารถแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับตามสถานการณ์ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำสุด ดังนั้นควรให้มีการจัดอบรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ ให้กับพยาบาลวิชาชีพในทุกหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการการผ่าตัดวันเดียวกลับหรือต้องการเข้าร่วมการบริการผ่าตัดวันเดียวกลับ หรือวางแผนพัฒนาคุณภาพด้วยการส่งพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเข้ารับการอบรมนอกสถานที่ เพื่อเป็นการเพิ่มสมรรถนะ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาพัฒนานวัตกรรมบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับ เช่น พัฒนาสื่อในการให้ข้อมูลหรือช่องทางการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลวิชาชีพ

เอกสารอ้างอิง

กองวิชาการแพทยกรรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานข้อมูลสถิติการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสมุทรปราการ ปีงบประมาณ 2561-2565. สมุทรปราการ: โรงพยาบาลสมุทรปราการ.
ธัญเดช นิมมานวุฒิพงษ์, วิบูลย์ ภัณฑิ์กรณ, ทวีชัย วิษณุโยธิน, และกิตติวัฒน์ มะโนจันทร์. (2562). ข้อเสนอแนะการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ปี 2562. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

- เปรมฤดี ศรีวิชัย, มุกดา หนูยศรี, และวรรณภา ประไพพานิช. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างบริหารงานแบบมีส่วนร่วมวัฒนธรรมองค์การเชิงสร้างสรรค์กับความพึงพอใจในงานตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม. *วารสารสุขโขทัยธรรมมาธิราช*, 25(1), 93-109.
- รุสนีย์ ไวยากรณ, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, และเบญจวรรณ พุทธิอังกูร. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารแบบมีส่วนร่วม การเสริมสร้างพลังอำนาจในงานและประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นโรงพยาบาลเอกชน. *พยาบาลสาร*, 46(2), 142-151.
- วงจันทร์ เดชทองทิพย์. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร. *วารสารการพยาบาล สุขภาพและการศึกษา*, 3(1), 38-45.
- สมรัก จันทร์ศรีบุตร. (2563). การพัฒนาระบบบริหารจัดการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (*One Day Surgery: ODS*): ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลตำรวจ. (การศึกษาอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตรามคำแหง). มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ.
- สุทธินี ชัยเฉลิมศักดิ์, นารีรัตน์ จิตรมนตรี, และวินัส ลิฬหกุล. (2562). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการทำผ่าตัดกระดูกสันหลัง. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 12(1), 144-160.
- Slavitt, D. B., Stamps, P. L., Piedmont, E. B., & Haase, A. M. (1978). Nurses' satisfaction with their work situation. *Nursing research*, 27(2), 114-120.
- Swansburg, R. (2002). *Management and leadership for nurse manager*. Boston: Johns & Bartien.



ปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลจตุรทิศ กระทรวงสาธารณสุข
**Predicting Factors of Palliative Care of Professional Nurses'
Competencies The Chaturathit Hospitals, The Ministry of
Public Health**

วิไล วงศ์แก้ว, พย.ม., Wilai Wongklaw, M.N.S.^{1*}

กัญญาดา ประจุศิลป์, ประ.ด., Gunyadar Prachusilpa, Ph.D.²

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, ค.ด., Oraphun Lueboonthawatchai, Ph.D.²

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมุทรปราการ

¹Professional Nurse, Specializing in Nursing Group Samut Prakan Hospitalss

²รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กรุงเทพฯ

²Associate Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College, Bangkok

*Corresponding Author Email: wilai.wongklaw@gmail.com

Received: May 19, 2022

Revised: March 27, 2023

Accepted: May 31, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาคครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคอง ความฉลาดทางอารมณ์ และสภาพแวดล้อมในการทำงาน 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความฉลาดทางอารมณ์ และสภาพแวดล้อมในการทำงานกับสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพและ 3) ศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจตุรทิศ กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพจำนวน 255 คนที่ดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลจตุรทิศ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความฉลาดทางอารมณ์ สภาพแวดล้อมในการทำงาน และสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และทดสอบความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .932, .958 และ .980 ตามลำดับ และค่า CVI เท่ากับ .97, .93 และ .95 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคอง ความฉลาดทางอารมณ์ และสภาพแวดล้อมในการทำงาน

ของพยาบาลวิชาชีพแบบประคับประคองโรงพยาบาลจตุรทิศโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = $\bar{X}$ = 4.01, 4.10 และ 3.97 ตามลำดับ) ความฉลาดทางด้านอารมณ์ และสภาพแวดล้อมในการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจตุรทิศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .777$ และ $.773$ ตามลำดับ) ปัจจัยที่สามารถทำนายสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจตุรทิศ คือ ความฉลาดทางด้านอารมณ์ และสภาพแวดล้อมในการทำงาน ($p < .05$) โดยมีอำนาจในการพยากรณ์ร้อยละ 68.50 ($R^2 = .685$) งานวิจัยนี้เป็นแนวทางในการประเมินการปฏิบัติงานแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ สร้างแรงจูงใจให้พยาบาลวิชาชีพมีการพัฒนาตนเอง ฝึกทักษะการสื่อสาร การเข้าใจชีวิตของตนเองและผู้อื่น เพิ่มความสามารถบริหารจัดการตนเองและสร้างสัมพันธ์กับผู้อื่น ทำให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความฉลาดทางด้านอารมณ์ สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคอง สภาพแวดล้อมในการทำงาน

Abstract

This research study aims to 1) investigate the relationship between the ability to provide structured care, emotional intelligence, and work environment, 2) study the relationship between emotional intelligence and work environment with the ability to provide structured care among professional nurses and 3) investigate the factors that can jointly predict the ability to provide structured care among professional nurses in the Chaturathit hospital. The sample group consists of 255 professional nurses who provide structured care at Chaturathit Hospital. The data collection tools include personal information questionnaire, emotional intelligence questionnaire, working environment questionnaire, and the ability to supervise and manage the nursing profession, which have been verified for content by experts and tested for reliability using Cronbach's alpha method, have values of .932, .958, and .980 respectively. And the CVI values are .97, .93 and .95 respectively. The data analysis will be conducted using descriptive statistics, inferential statistics, and multiple regression analysis. The findings of this research will provide useful information for the development of nursing staff's supervision ability and work environment in the Chaturathit Hospital. The intelligence of emotions and working environment (average score = $\bar{X}$ = 4.01, 4.10 and 3.97 respectively) have a positive correlation with the ability of nursing staff to provide comprehensive care at Chaturathit Hospital. This correlation is statistically significant ($p < .05$) with correlation coefficients of .777 and .773 respectively. The factors that can predict the ability of nursing staff to provide comprehensive care at Chaturathit Hospital are intelligence of emotions and working environment ($p < .05$) with a prediction power of 68.50% ($R^2 = .685$) This research

is a guide in evaluating the performance of professional nurses in a controlled environment. It aims to motivate professional nurses to develop themselves, improve their communication skills, understanding of themselves and others, and increase their ability to manage themselves and create harmony with others. This will lead to a more effective performance in their work.

Keywords: *emotional intelligence, Palliative care of professional nurses' competencies, work environment*

บทนำ

ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นวิธีการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดผู้ป่วย มีบทบาทหน้าที่เป็นผู้ที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขและสงบ ลดความเจ็บปวด บรรเทาอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ จึงถือเป็นพันธกิจสำคัญของวิชาชีพพยาบาล โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2014) เห็นความสำคัญและสนับสนุนให้ทุกประเทศทั่วโลก บูรณาการการดูแลแบบประคับประคองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาตลอดช่วงชีวิตซึ่งประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 18.1 ในปี 2563 เป็นร้อยละ 31.4 ในปี 2583 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2563) อัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยิ่งเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การเสียชีวิตจึงเกิดขึ้นภายในโรงพยาบาลเป็นหลัก (ฉันทนา หมอกเจริญพงศ์, 2563) การดูแลแบบประคับประคองมีเป้าหมายเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่ต้องการยื้อชีวิต หรือเร่งให้เสียชีวิตเร็วขึ้น ครอบคลุมความต้องการด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยยอมรับการตาย เป็นกระบวนการธรรมชาติ (รสริน ยิ้มอยู่, 2562) กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (2562) ได้มีนโยบายจัดตั้งกลุ่มโรงพยาบาลจตุรทิศ ให้เป็นศูนย์เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาผู้ป่วย ที่ต้องการการรักษาที่มีความยุ่งยาก

ซับซ้อน ลดความแออัด ที่จะเข้ามารักษาต่อในเขตกรุงเทพมหานคร ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลจตุรทิศ จะมีการจัดให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถ หากแต่พยายาสภาพของโรคมะเร็งแนวโน้มรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ จนไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ก็จะได้รับ การดูแลแบบประคับประคองโดยมีเป้าหมายสุดท้าย คือ การตายดี

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสามารถในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ ผลการวิจัยของ อัจฉริยา อีสสระไพบูลย์ (2563) พบว่ามีความสัมพันธ์กับการทำงาน พนักงานที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูง จะส่งผลต่อการทำงานส่วนบุคคลและผลิตผลขององค์กรสูงขึ้นและปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงานของ McKim (2003) กล่าวถึงสภาพแวดล้อมในการทำงานขององค์กร มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคลากร สามารถปฏิบัติงานสำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์กรได้ด้วยดี จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจตุรทิศ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลนำไปใช้ในการส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองพยาบาลวิชาชีพให้ผ่านภาวะวิกฤติในระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคอง ความฉลาดทางอารมณ์ สภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจตุรทิศ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การ ความฉลาดทางอารมณ์ และสภาพแวดล้อมในการทำงาน กับสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองพยาบาลวิชาชีพ
3. เพื่อศึกษาทำนายสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจตุรทิศ กระทรวงสาธารณสุข

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลจตุรทิศ ผู้ศึกษาได้ประยุกต์ แนวคิดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการดูแลแบบประคับประคองของ ชุตติกาญจน์ หฤทัย, อัมราภัสร์ อรรถชัยวิจน์, และโสภิษฐ์ สุวรรณเกศวงศ์ (2559) ประกอบด้วยสมรรถนะ 9 ด้านคือ 1) การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว 2) การจัดการอาการปวดและอาการรบกวน 3) การดูแลในระยะใกล้ตาย 4) การดูแลภาวะเศร้าโศกและการสูญเสีย 5) การสื่อสารและการให้คำปรึกษา 6) จริยธรรมและกฎหมาย 7) ศาสนา จิตวิญญาณและวัฒนธรรม 8) การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชา 9) การสอนและให้ความรู้

วิธีการดำเนินการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยประคับประคองโรงพยาบาลจตุรทิศ ได้แก่ โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลปทุมธานี โรงพยาบาลสมุทรสาคร และโรงพยาบาลนครปฐม

จำนวน 530 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร ของบุญใจ ศรีสถิตยันทรากร (2553) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 255 คน

2. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์วันที่ 2 พ.ย. 2564 (เลขที่ E.033/2564) ร.พ.สมุทรปราการ วันที่ 23 พ.ย. 2564 (เลขที่ Nh 02764) ร.พ.สมุทรสาคร วันที่ 3 ธ.ค. 2564 (เลขที่ สค 0132/13058) ร.พ.ปทุมธานี วันที่ 6 ม.ค. 2565 (เลขที่ ปท 0032.203.4/106) และ ร.พ.นครปฐม วันที่ 11 ก.พ. 2565 (เลขที่ NPH-REC No.042/2021) โดยข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและผู้วิจัยนำเสนอผลในภาพรวม

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา

3.2 แบบสอบถามความฉลาดทางอารมณ์ ตามแนวคิดของ Goleman, Boyatzis, and McKee (2002) ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามความฉลาดทางอารมณ์ของกรมสุขภาพจิต (2550) จำนวน 24 ข้อ

3.3 แบบสอบถามสภาพแวดล้อมในการทำงาน ผู้วิจัยดัดแปลงจากการศึกษาแนวคิดของ McKim (2003) รวมจำนวน 22 ข้อ

3.4 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของ ชุตติกาญจน์ หฤทัย และคณะ (2558) ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 50 ข้อ มี 9 ด้าน

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยง และนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน คำนวณด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงของ

แบบสอบถามความฉลาดทางอารมณ์ สภาพแวดล้อมในการทำงาน และสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแบบประคับประคอง เท่ากับ .97, .93 และ .95 ตามลำดับ

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำหนังสือที่ได้รับอนุญาตจากกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ติดต่อฝ่ายวิชาการของแต่ละโรงพยาบาล ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามพร้อมใบแสดงข้อความพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างถึงผู้ประสานงาน ช่วยส่งแบบสอบถาม โดยกำหนดการตอบแบบสอบถาม 2 สัปดาห์ ได้รับข้อมูลกลับคืนมา 255 คน

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) วิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ ความฉลาดทางด้านอารมณ์ สภาพแวดล้อมในการทำงาน และสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแบบประคับประคอง โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามรายด้านและโดยรวม 3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความฉลาดทางอารมณ์ และสภาพแวดล้อมในการทำงานกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพการดูแลประคับประคอง โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน 4) วิเคราะห์ปัจจัยที่

สามารถทำนายสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจตุรทิศ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยของพหุคูณ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนมากกลุ่มตัวอย่างอายุ 23-30 ปี ร้อยละ 32.55 รองลงมา คือ อายุ 31-35 ปี ร้อยละ 17.25 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 36.72 ปี อายุต่ำสุดอายุ 23 ปี และอายุสูงสุด 55 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่าร้อยละ 95.69

การรับรู้สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจตุรทิศโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.01$, $SD = .546$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการดูแลระยะใกล้ตาย มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($= \bar{X} = 4.09$, $SD = .604$) รองลงมา คือ ด้านการจัดการอาการปวดและอาการรบกวน $\bar{X} = 4.07$, $SD = .585$ ส่วนด้านการดูแลภาวะเศร้าโศกและการสูญเสีย ด้านการประสานงานกับทีมสหสาขา และด้านการสอนและให้ความรู้ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 3.97$, $SD = .643$, $= \bar{X} = 3.97$, $SD = .632$ และ $= 3.97$, $SD = .651$ ตามลำดับ) (ดังตารางที่1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจตุรทิศ จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม (n = 255)

สมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคอง	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านการดูแลระยะใกล้ตาย	4.09	.604	สูง
ด้านการจัดการอาการปวดและอาการรบกวน	4.07	.585	สูง
ด้านการสื่อสาร	4.05	.611	สูง
ด้านจริยธรรมและกฎหมาย	4.02	.637	สูง
ด้านผู้ป่วยและครอบครัว	4.01	.592	สูง

ตารางที่ 1 (ต่อ)

สมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคอง	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านศาสนา จิตวิญญาณ และวัฒนธรรม	3.99	.636	สูง
ด้านการประสานงานกับทีมสหสาขา	3.97	.632	สูง
ด้านการดูแลภาวะเศร้าโศกและการสูญเสีย	3.97	.643	สูง
ด้านการสอนและให้ความรู้	3.97	.651	สูง
โดยรวม	4.01	.546	สูง

ระดับความฉลาดทางด้านอารมณ์ โดยรวม ด้านการบริหารจัดการตนเอง ($\bar{X} = 4.14$, SD = .526) ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.10$, SD = .469) เมื่อพิจารณา ส่วนด้านบริหารจัดการความสัมพันธ์ มีค่าเฉลี่ยน้อยต่ำสุด รายด้านพบว่า ด้านการตระหนักรู้อารมณ์ตนเอง ($\bar{X} = 4.03$, SD = .521) (ดังตารางที่ 2) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด $\bar{X} = 4.16$, SD = .524) รองลงมา คือ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความฉลาดทางด้านอารมณ์ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาล จตุรทิศ จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม (n = 255)

ความฉลาดทางด้านอารมณ์	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านการตระหนักรู้อารมณ์ตนเอง	4.16	.524	สูง
ด้านการบริหารจัดการตนเอง	4.14	.526	สูง
ด้านการตระหนักรู้ทางสังคม	4.07	.540	สูง
ด้านบริหารจัดการความสัมพันธ์	4.03	.521	สูง
โดยรวม	4.10	.469	สูง

การรับรู้สภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยรวม SD = .614 และ $\bar{X} = 4.04$, SD = .640 ตามลำดับ) ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.97$, SD = .561) เมื่อพิจารณา รองลงมา คือ ด้านโครงสร้างองค์กร ($\bar{X} = 3.92$, SD = .642) ส่วนด้านการดูแลผู้ปฏิบัติงาน มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด รายด้าน พบว่า ด้านความไว้วางใจ และด้านความรู้สึก กลมกลืนเป็นหนึ่งเดียวกัน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.04$, ($\bar{X} = 3.90$, SD = .622) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ต่อสภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจตุรทิศ จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม (n = 255)

สภาพแวดล้อมในการทำงาน	$\bar{x}$	SD	ระดับ
ด้านความไว้วางใจ	4.04	.614	สูง
ด้านความรู้สึกลมกลืนเป็นหนึ่งเดียวกัน	4.04	.640	สูง
ด้านโครงสร้างองค์กร	3.92	.642	สูง
ด้านการดูแลผู้ปฏิบัติงาน	3.90	.622	สูง
โดยรวม	3.97	.561	สูง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่า ความฉลาดทางด้านอารมณ์ และสภาพแวดล้อมในการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจตุรทิศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่า ความฉลาดทางด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสภาพแวดล้อมในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เมตริกสหสัมพันธ์ระหว่าง ความฉลาดทางด้านอารมณ์ และสภาพแวดล้อมในการทำงาน กับสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจตุรทิศ (n = 255)

ตัวแปร	EMO	ENVI	COMP
ความฉลาดทางด้านอารมณ์ (EMO)	1.000	.755**	.777**
สภาพแวดล้อมในการทำงาน (ENVI)		1.000	.773**
สมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคอง (COMP)			1.000

* $p < .05$

ความฉลาดทางด้านอารมณ์เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจตุรทิศได้ดีที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย หรืออำนาจพยากรณ์เท่ากับ .604 หมายถึงความฉลาดทางด้านอารมณ์ส่งผลต่อสมรรถนะในการดูแลแบบ

ประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 60.40 เมื่อเพิ่มปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานเข้าไป ทำให้ตัวแปรพยากรณ์ทั้งสองร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจตุรทิศได้เพิ่มอีกร้อยละ 8.1 (R^2 change = .081) ทำให้ค่าอำนาจ

การพยากรณ์เพิ่มขึ้นเป็น .685 ($R^2 = .685$) ซึ่งหมายถึง ประสิทธิภาพของพยาบาโลยีวิชาชีพโรงพยาบาลจตุรทิศ
ความฉลาดทางด้านอารมณ์ และสภาพแวดล้อมในการ ได้ร้อยละ 68.5 (ดังตารางที่ 5)
ทำงานสามารถพยากรณ์สมรรถนะในการดูแลแบบ

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ค่าอำนาจการพยากรณ์ (R^2) และค่าอำนาจการพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการพยากรณ์สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาโลยีวิชาชีพ โรงพยาบาลจตุรทิศ (n = 255)

ลำดับขั้นการพยากรณ์	R	R^2	R^2 change	F	P-value
ความฉลาดทางด้านอารมณ์	.777	.604	.604	385.935	.000
ความฉลาดทางด้านอารมณ์และสภาพแวดล้อมในการทำงาน	.827	.685	.081	273.424	.000

สมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของ สติที่ดีระดับ .05 โดยตัวแปรทั้งสองตัวได้ค่าสัมประสิทธิ์
พยาบาโลยีวิชาชีพโรงพยาบาล จตุรทิศมาจากปัจจัยที่ส่งผล สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) = .827 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย
เรียงตามลำดับคือ ความฉลาดทางด้านอารมณ์และ หรืออำนาจการพยากรณ์ (R Square) = .685 หรือ
สภาพแวดล้อมในการทำงาน ได้อย่างมีนัยสำคัญทาง สามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 68.50 (ดังตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ของสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้พยากรณ์สมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาโลยีวิชาชีพ โรงพยาบาลจตุรทิศ ที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปร (n=255)

ตัวแปรพยากรณ์	b	Beta	t	p-value	Tolerance	VIF
ความฉลาดทางด้านอารมณ์	.524	.450	8.335	.000	.429	2.329
สภาพแวดล้อมในการทำงาน	.422	.433	8.020	.000	.429	2.329
ค่าคงที่	.189		1.106	.270		
$R = .827$ $R^2 = .685$ Adjust $R^2 = .682$						
$F = 273.424$ p-value = .000 Durbin-Watson = 1.597						

อภิปรายผลการวิจัย

1. จากผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพแบบประคับประคอง โรงพยาบาลจตุรทิศโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.01$) โดยเมื่อพิจารณาในด้านย่อยพบว่า สมรรถนะด้านการดูแลในระยะใกล้ตายมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.09$) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรารัตน์ กุลรัตนมาศ (2558) เกี่ยวกับการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายได้แก่ การจัดการเพื่อการตายดี รองลงมาคือสมรรถนะด้านการจัดการอาการปวดและอาการรบกวน มีค่าเฉลี่ยสูง ($\bar{X} = 4.07$) จากการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการประเมินอาการปวดของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับผลการวิจัยของ พิชชานันท์ ชนะผล, ธีราภรณ์ จันทรดา, และชนิตฐา หาญประสิทธิ์ (2563) ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความมั่นใจมากที่สุดคือการจัดการอาการปวดและอาการรบกวน

ส่วนสมรรถนะด้านการสื่อสาร และให้คำปรึกษามีค่าเฉลี่ยสูง ($\bar{X} = 4.05$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลความจริง และการบอกข่าวร้าย กับผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างดีในช่วงเวลาที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนี วิเศษฤทธิ์, สุปิยา ตี้อย่าง, และจินต์จุฬา รอดพาล (2556) พบว่า การสื่อสารถือเป็นเรื่องสำคัญในการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้าย ไม่ว่าจะเป็นการใช้คำพูด การใช้เทคนิคการฟัง การยอมรับด้วยการพยักหน้า สบตา การสัมผัส เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้ว่ายามีความสนใจในการรับฟังปัญหา

สมรรถนะด้านจริยธรรมและกฎหมายมีค่าเฉลี่ยสูง ($\bar{X} = 4.02$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ใช้หลักการตัดสินใจโดยยึดประโยชน์สูงสุด และพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ อัมภวรรณ ใจเปี้ย, อุบล บัวชุม, และพายุรี ชมพูแก้ว (2561) พบว่าสมรรถนะด้านจริยธรรมและกฎหมายในการดูแลผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย การบอกความจริงแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

การยับยั้งการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตในการรักษา การระงับการกระตุ้นหัวใจ สามารถช่วยผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะสุดท้ายได้

ส่วนสมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวมีค่าเฉลี่ยสูง ($\bar{X} = 4.01$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความตระหนักต่อการช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของตนเองให้นานที่สุดเท่าที่เป็นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ดาราวรรณ รองเมือง, ฉันทนา นาคฉัตรีย์, และเพ็ญศรี ทองเพชร (2561) ได้กล่าวถึงผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องเผชิญกับปัญหาที่ซับซ้อนมากมาย พยาบาลควรมุ่งความสนใจต่อปัญหา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะสุดท้าย

สมรรถนะด้านศาสนาจิตวิญญาณและวัฒนธรรมมีค่าเฉลี่ยสูง ($\bar{X} = 3.99$) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างได้ให้ความสำคัญในเรื่องความแตกต่างระหว่างบุคคลเกี่ยวกับความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี และสามารถประเมินอาการของความทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ พัชรีย์ พรหมสิงห์ (2559) พบว่า ความเชื่อเรื่องศาสนาของพยาบาลวิชาชีพ การรับรู้ความสามารถการดูแลด้านจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมรรถนะด้านการสอนและให้ความรู้มีค่าเฉลี่ยสูง ($\bar{X} = 3.97$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่สามารถสอน แนะนำให้ญาติสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้านได้ รวมถึงการเผยแพร่ความรู้ ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ (2559) ได้กล่าวถึงการแนะนำการดูแลในระยะสุดท้าย โดยให้ทุกคนในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล การแจ้งข่าวร้าย มีการประสานงานเพื่อทำภารกิจที่ค้างคาใจผู้ป่วยให้คลี่คลายได้

สมรรถนะด้านการดูแลภาวะเศร้าโศกและ

การสูญเสีย มีค่าเฉลี่ยสูง ($\bar{X} = 3.97$) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างให้กำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไปหลังผู้ป่วยเสียชีวิตและสามารถรับมือกับความเครียดต่าง ๆ ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ทรัพย์วงศ์เจริญ และ ทัพทัศน์ ชินตาปัญญากุล (2562) ที่กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ในการให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายอารมณ์และความรู้สึก จะช่วยให้เกิดความผ่อนคลาย และบรรเทาความเครียดลงได้

ส่วนสมรรถนะด้านการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชา มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 3.97$) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยสร้างความเชื่อมั่นและไว้วางใจในการดูแลผู้ป่วยกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา สวัสดิ์สินธุณาท, อมรพันธุ์ ธาณี, และรัตนธารทิพย์ วิเศษธาร (2558) พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ด้านการจัดระบบการให้คำปรึกษาแก่ทีมพยาบาลและส่งต่อให้กับทีมสหวิชาชีพ ในกรณีมีปัญหาซับซ้อนเป็นรูปแบบการดูแลที่ดีในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากการอภิปราย ผลการวิจัย ส่วนใหญ่รับรู้และประเมินผลการปฏิบัติงานของตนเอง อยู่ในระดับสูง สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลจตุรทิศ มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ในการปฏิบัติการพยาบาลโดยการนำองค์ความรู้และทักษะที่มีมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน ให้บรรลุเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ได้อยู่ในเกณฑ์ที่ดี

2. การศึกษาความฉลาดทางอารมณ์ และสภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพแบบประคับประคอง โรงพยาบาลจตุรทิศ

2.1 ความฉลาดทางด้านอารมณ์ มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมระดับสูง ($\bar{X} = 4.10$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการตระหนักรู้อารมณ์ตนเอง มีค่า

เฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.16$) ส่วนด้านบริหารจัดการความสัมพันธ์ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (4.03) แสดงให้เห็นถึงการรับรู้ในข้อที่ควรปรับปรุงของพยาบาลวิชาชีพในด้านของการรับมือกับอารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในความสัมพันธ์ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ไพโรจน์ ญัตติศิริวงศ์ (2562) กล่าวว่าผู้ที่ต้องการประสบความสำเร็จจำเป็นต้องฉลาด โดยเฉพาะในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ต้องมีการติดต่อ ประสานความร่วมมือกัน จึงทำให้เกิดความหงุดหงิด ขัดแย้งไม่พอใจขึ้นได้เสมอ หากไม่มีวิธีการที่เหมาะสมจะทำให้กลายเป็นปัญหาตามมาได้

2.2 สภาพแวดล้อมในการทำงานกลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมในระดับสูง ($\bar{X} = 3.97$) พิจารณารายด้านพบว่า ด้านความไว้วางใจ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.04$) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเชื่อและไว้วางใจซึ่งกันและกัน อันเป็นสิ่งที่ทรงพลัง และสร้างผลกระทบในเชิงบวกอย่างมากในเชิงพฤติกรรมและผลการปฏิบัติงาน McKim (2003) ได้กล่าวว่าหากสมาชิกในทีมงานทำงานร่วมกันในบรรยากาศของความเชื่อมั่น ไว้วางใจซึ่งกันและกัน การปฏิบัติงานย่อมดำเนินไปด้วยความราบรื่น ส่วนด้านการดูแลปฏิบัติงาน มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 3.90$) แสดงให้เห็นถึงการรับรู้ในข้อที่ควรพัฒนาให้ดีขึ้นในเรื่องของการสนับสนุนส่งเสริมช่วยเหลือให้พยาบาลได้รับการดูแลอย่างยุติธรรม มีการเคารพยอมรับนับถือให้เกียรติซึ่งกันและกัน

3. ความฉลาดทางอารมณ์ และสภาพแวดล้อมในการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแบบประคับประคอง ($r = .777$ และ $.773$ ตามลำดับ) ทั้งนี้เนื่องจาก พยาบาลวิชาชีพจะได้รับการฝึกฝนความฉลาดทางอารมณ์อย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ สามารถบริหารอารมณ์ตนเองได้ดี และสามารถดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในสภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้เป็นเข้าอกเข้าใจ รวมทั้งสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่น

ได้อย่างราบรื่น ในขณะที่เมื่อทุกฝ่ายปฏิบัติงานด้วยความฉลาดทางอารมณ์แล้ว ก็ย่อมจะทำให้สภาพแวดล้อมและบรรยากาศในการทำงาน เป็นไปอย่างดี เอื้อต่อการปฏิบัติงานด้านพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มประสิทธิภาพและมีสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพแบบประคับประคองดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sony, M., and Mekoth (2016) พบว่าทุกมิติของความฉลาดทางด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์ เชิงบวกกับการปรับตัว และความพึงพอใจในการทำงาน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Roche, Duffield, and White (2011) พบว่าสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานของโรงพยาบาล สามารถพัฒนาความสามารถของพยาบาลที่ทำงานในด้านสุขภาพจิตได้

4. ปัจจัยความฉลาดทางด้านอารมณ์ และสภาพแวดล้อมในการทำงาน สามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจตุรทิศ ได้ร้อยละ 68.50 ($R^2 = .685$) ทั้งนี้ เนื่องจาก พยาบาลวิชาชีพประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงานอยู่ตลอดเวลา ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกฝนและดูแลตนเองให้เป็นผู้ที่มีความฉลาดทางอารมณ์จะสามารถช่วยให้สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในทางบวก ในขณะเดียวกันเมื่อพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยปฏิบัติด้วยความเข้าใจก็ทำให้บรรยากาศและสภาพแวดล้อมในการทำงานเป็นไปอย่างลื่นไหลที่ถ้อยอาศัยและช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ย่อมจะส่งผลให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปอย่างราบรื่นและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพจึงอยู่ในระดับที่สูง ดังนั้น ความฉลาดทางด้านอารมณ์ และสภาพแวดล้อมในการทำงาน จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสมรรถนะ

ในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นฤมล ศิลวีศาล (2560) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความฉลาดทางอารมณ์ สภาพแวดล้อมในการทำงานกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลตติยภูมิ ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก คือสภาพแวดล้อมในการทำงาน ความฉลาดทางอารมณ์ มีอำนาจในการพยากรณ์สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลตติยภูมิ ร้อยละ 53.30

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำผลการวิจัยเป็นแนวทางในการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของพยาบาลวิชาชีพ โดยจัดอบรมเรื่องการควบคุมอารมณ์ตนเอง และผู้อื่น ฝึกทักษะการสื่อสาร การเข้าใจชีวิตของตนเอง และผู้อื่น เพิ่มความสามารถบริหารจัดการตนเองและสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ทำให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาพัฒนาแนวปฏิบัติและรูปแบบการบริการแบบประคับประคองโรงพยาบาลจตุรทิศ

2.2 พัฒนาโปรแกรมในการพัฒนาสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจตุรทิศในด้านต่าง ๆ ในเชิงลึก เช่น ด้านการดูแลภาวะเศร้าโศกและการสูญเสีย ด้านการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชา และด้านการสอนและให้ความรู้ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่านและกลุ่มการพยาบาลที่สนับสนุน

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2550). รายงานวิจัยการพัฒนาแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ สำหรับประชาชนไทย อายุ 12 ถึง 60 ปี. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วงศ์กมลโปรดักชั่น.

กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. (2562). สำเนาคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลจตุรทิศ. สืบค้นจาก <https://phdb.moph.go.th/main/index/detail/30058>

ฉันทนา หมอกเจริญพงศ์. (2563). Pandemic palliative care: Beyond ventilators and saving lives (ตอนที่ 1). *วารสารเวชบำบัดวิกฤติ*, 28(1), 14-16.

ชุดิภาญจน์ หฤทัย, อัมราภัสร์ อรรถชัยวัฒน์, และโสภิสฐ์ สุวรรณเกศาวงษ์. (2559). ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง. กรุงเทพฯ: สื่อตะวัน.

ดาราวรรณ รองเมือง, ฉันทนา นาคฉัตรีย์, และเพ็ญศรี ทองเพชร. (2561). สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพในเขตสุขภาพที่ 11. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(ฉบับพิเศษ), 412-422.

นฤมล ศิลวีศาล. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การปฏิบัติงาน การอบรมเฉพาะทาง ความฉลาดทางอารมณ์ สภาพแวดล้อมในการทำงาน กับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

นิตยา ทรัพย์วงศ์เจริญ, และทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล. (2563). บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(1), 27-34.

บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัย: แนวทางปฏิบัติสู่ความสำเร็จ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์.

พัชรีย์ พรหมสิงห์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา).

พิชานันท์ ชนะผล, อธิราภรณ์ จันทร์ดา และ ชนิดฐา หาญประสิทธิ์. (2563). การรับรู้สมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพระดับพยาบาลใหม่ที่ทำงานในโรงพยาบาลตติยภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(3), 61-69.

ไพโรจน์ ญัตติอักษรวงศ์. (2562). การพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์กับผู้บริหารยุคใหม่. *วารสารครุศาสตร์อุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล ธัญบุรี*, 7(2), 12-26.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2563). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

รสริน ยิ้มอยู่. (2562). การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

วาสนา สวัสดิ์สินธุนาท, อมรพันธุ์ ธาณี, และรัตน์ธาร ทิพย์ วิเศษธาร. (2558). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(1), 144-156.

- วาสิณี วิเศษฤทธิ์, สุปียา ตียิ่ง, และ จินต์จุฑา รอดพาล. (2556). การพยาบาลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแบบ ประคับประคองและระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: เอ็มแอนเอ็มเลเซอร์พริ้นต์.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, และปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ. (2559). แนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลประคับประคอง ในโรงพยาบาล ศูนย์การุญรักษ์ *Operational Guideline for Hospitalss Palliative Care Program*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา.
- สุธารัตน์ กุลรัตนมาศ. (2558). ประสบการณ์ของ พยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแล ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต. (วิทยานิพนธ์ บริญญามหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- อัจฉริยา อิศสระไพบูลย์. (2563). ผลกระทบตัวแปรคั่น กลางของการมุ่งเน้นความเป็นผู้ประกอบการ ต่อความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์ บรรยากาศองค์กร และ ผลการดำเนินงานของ องค์กร. *วารสารสุทธิปริทัศน์*, 34(110), 185-200.
- อัมภรณ์ ใจเป็ย, อุบล บัวชุม, และพายุรี ชมพูแก้ว. (2561). การพัฒนารอบสมรรถนะพยาบาลใน การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลเครือข่าย 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน. *วารสารสมาคม พยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ*, 24(1), 84-99.
- Goleman, D., Boyatzis, R., & McKee, A. (2002). The emotional reality of teams. *Journal of Organizational Excellence*, 21(2), 55-65.
- McKim, S. J. (2003). Healthy work environments. *Nurse Leader*, 1(4), 15-22.
- Roche, M., Duffield, C., & White, E. (2011). Factors in the practice environment of nurses working in inpatient mental health: A partial least squares path modeling approach. *International Journal of Nursing Studies*, 48(12), 1475-1486.
- Sony, M., & Mekoth, N. (2016). The relationship between emotional intelligence, frontline employee adaptability, job satisfaction and job performance. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 30(1), 20-32.
- World Health Organization. (2014). *Global atlas of palliative care at the end of life*. London: Worldwide Palliative Care Alliance.



การศึกษาการจัดการของผู้บริหารทางการแพทย์ในช่วงสถานการณ์โควิด-19

A Study of Nurse Administrators' Management During the COVID-19 Situation

รตา ศรีอาด, พย.ด., Rata Srisa-art, Ph.D.¹

กัญญดา ประจุศิลป์, พร.ด., Gunyadar Prachusilpa, Ph.D.^{2*}

พัชนี ธรรมวัฒนากุล, พย.ม. Patchanee Tamwattananugul, M.N.S.³

¹อาจารย์, ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เขตสาทร กรุงเทพฯ

¹Lecturer, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College, Sathorn, Bangkok

²รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²Associate Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Pathumwan, Bangkok.

³อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เขตสาทร กรุงเทพฯ

³Lecturer, Faculty of Nursing, Saint Louis College, Sathorn, Bangkok

*Corresponding Author Email: gunyadar.p@chula.ac.th

Received: January 22, 2023

Revised: April 6, 2023

Accepted: May 31, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการของผู้บริหารทางการแพทย์ในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับสูง ระดับกลาง และระดับต้น ในโรงพยาบาลของรัฐ และเอกชน จำนวน 12 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้าง ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า การจัดการของผู้บริหารทางการแพทย์ ในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ประกอบด้วย 1) ด้านการจัดบริการพยาบาลเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมตามสถานการณ์ ปรับรูปแบบการให้บริการ ปรับปรุงอาคารสถานที่ 2) ด้านการป้องกัน ลดความเสี่ยงการติดเชื้อในโรงพยาบาล ยึดหลักมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อ และ 3) ด้านจัดกำลังคนทางการแพทย์ให้เพียงพอ การหมุนเวียนพยาบาล การสร้างขวัญกำลังใจ การศึกษาครั้งนี้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ไปใช้ในการเตรียมความพร้อมวางแผน การจัดการบริการพยาบาลในภาวะวิกฤติโรคอุบัติใหม่อื่น ๆ ที่สอดคล้องกับบริบทสังคมไทย

คำสำคัญ: ผู้บริหารทางการแพทย์ การจัดการ สถานการณ์โควิด-19

Abstract

The objective of this qualitative research was to study the management of nurse administrators during the COVID-19 situation. Twelve informants were selected by purposive sampling according to their qualifications; the director of nursing, nurse manager or nurse supervisor, and first-line nurse manager in public and private hospitals. The research tool was the structured in-depth interview that tested for content validity by qualified experts. Data were analyzed by a content analysis method. The research results found that the management of nursing administrators during the COVID-19 situation included 1) making nursing service provision changes to suit the situation; improving services and the location, 2) reducing the risk of infection in the hospital; standard precaution, and 3) providing adequate nursing personnel; nursing rotation, building morale. The result of this study can be used as basic information for nursing administrators to prepare for nursing service management planning in other emerging disease crises that correspond to the Thai context.

Keywords: Nursing Administrators, Management, COVID -19 Situation

บทนำ

ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา เกิดสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ขึ้นทั่วโลก ทำให้พบผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยจำนวนมาก รวมทั้งประเทศไทย การระบาดของโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา ที่เป็นอันตรายสร้างความหวาดกลัวและวิตกกังวลให้แก่ประชาชนทั้งประเทศ ส่งผลกระทบต่อการบริการสุขภาพในทุกกระดับ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ในช่วงสถานการณ์ดังกล่าวการบริหารจัดการของผู้บริหารทางการแพทย์ทุกระดับทั้งหน่วยงานภาครัฐ และเอกชน ได้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริการให้สอดคล้องกับมาตรการการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ตามบริบทของสถานพยาบาล (Monjazebi, Dolabi, Tabarestani, Moradian, Jamaati, & Peimani, 2021; Moore, 2020) อาทิ การวางแผนการให้บริการในทุกหน่วยงานทั้งแผนกผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยใน การจัดเตรียม

อาคารสถานที่ การปรับเปลี่ยนหอผู้ป่วยเพื่อรองรับผู้ป่วยที่อาการของโรคเข้าสู่ภาวะวิกฤติ รวมทั้งผู้ป่วยทั่วไปที่อยู่ในภาวะเร่งด่วนฉุกเฉิน การทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ การดำเนินการคัดกรองผู้รับบริการที่จะเข้าสู่กระบวนการรักษา การจัดหาอุปกรณ์การแพทย์และเวชภัณฑ์จำเป็น การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การดูแลความปลอดภัยและสุขภาพอนามัย การจัดการอัตรากำลังในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการสร้างขวัญกำลังใจให้แก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน

ปัจจุบันยังไม่มีรูปแบบการจัดการทางการแพทย์ใน ช่วงสถานการณ์โควิด-19 ที่ชัดเจน การดำเนินงานและการจัดการทางการแพทย์เป็นไปตามสถานการณ์ ทำให้ผู้บริหารทางการแพทย์ไม่มีข้อมูลในการตัดสินใจ สอดคล้องกับสำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2564) ที่กล่าวว่า การจัดการบริการทางการแพทย์ในช่วงที่ผ่านมา ยังไม่มีรูปแบบชัดเจน

เป็นการจัดบริการทางการแพทย์ตามสถานการณ์โดยไม่ได้มีการเตรียมความพร้อม เนื่องจากโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ ทำให้มีข้อจำกัดด้านองค์ความรู้ จึงมีความจำเป็นที่ผู้บริหารทางการแพทย์ต้องมีข้อมูลจำเป็นเพื่อใช้ในการวางแผนและเตรียมความพร้อมในการจัดการทางการแพทย์ให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงภาวะวิกฤติจากโรคอุบัติใหม่ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

จากความเป็นมา และความสำคัญดังกล่าว การศึกษาการจัดการของผู้บริหารทางการแพทย์ ในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ท่ามกลางความรุนแรงของระบาด และมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรทุกด้าน เป็นการจัดการทางการแพทย์ในภาวะวิกฤติ ที่ยังต้องเน้นคุณภาพการดูแลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และการจัดการให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความปลอดภัย มีสุขภาพกาย จิต อารมณ์ สังคมที่เหมาะสม องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ จะสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ไปใช้ในการเตรียมความพร้อมวางแผนการจัดการพยาบาลในภาวะวิกฤติโรคอุบัติใหม่อื่น ๆ ที่สอดคล้องกับบริบทสังคมไทย ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการจัดการของผู้บริหารทางการแพทย์ ในช่วงสถานการณ์โควิด-19

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ศึกษาประสบการณ์การจัดการของผู้บริหารทางการแพทย์รายบุคคล ในช่วงสถานการณ์โควิด-19

ผู้ให้ข้อมูล (Key Informant) คือ ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับสูง ระดับกลาง และระดับต้น ในโรงพยาบาลของรัฐ และเอกชน คัดเลือกแบบเจาะจงตาม

คุณสมบัติ (Purposive sampling) คือ เป็นผู้บริหารทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน ในช่วงสถานการณ์โควิด-19 จำนวน 12 คน หรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว (Saturation of data) ซึ่งพิจารณาจากข้อมูลที่ได้มีความซ้ำ ๆ กัน และไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มเติม (อารีวรรณ อ่วมตานี, 2559)

1. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้ ขอการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่รับรอง E.011/2564 วันที่ 16 สิงหาคม พ.ศ. 2564 เมื่อได้รับการรับรองและอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยนำเอกสารชี้แจงข้อมูลการวิจัย (Information sheet) ประกอบด้วย วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย สิทธิที่จะปฏิเสธเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่เสียผลประโยชน์ใด ๆ ที่พึงได้รับการบันทึกเทปสัมภาษณ์ไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุลของผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย ข้อมูลจากการสัมภาษณ์จะถูกเก็บเป็นความลับ และเทปบันทึกเสียงจะถูกทำลายทันทีเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผลการวิจัยจะนำมาวิเคราะห์และสรุปในภาพรวม โดยไม่สามารถเชื่อมโยงหรืออ้างอิงไปถึงผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยได้ โดยผู้วิจัยขอยกเว้นการลงนามของผู้ให้ข้อมูลในหนังสือขอความยินยอม (Consent form) จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ เนื่องจาก เป็นงานวิจัยที่มีความเสี่ยงต่ำ ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยมีอายุมากกว่า 18 ปี การสัมภาษณ์ การถอดเทป และการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยกำหนดเป็นรหัส รวมทั้งการรายงานผล เป็นการนำเสนอในภาพรวม ไม่สามารถเชื่อมโยงถึงผู้ให้ข้อมูลคนใดคนหนึ่งได้

2. เครื่องมือในการวิจัย

เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้าง (Structure In-depth Interview) โดยผู้วิจัยเป็นเครื่องมือวิจัยที่สำคัญในการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ตำแหน่งหน้าที่ในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพพยาบาล ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน และสถานที่ปฏิบัติงาน

2.2 แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ สร้างมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาเป็นพื้นฐานในการสร้างแบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้างประกอบด้วย

2.2.1 เหตุการณ์ในโรงพยาบาล/หอผู้ป่วยหรือหน่วยงานของท่านในช่วงสถานการณ์โควิด-19 เป็นอย่างไร

2.2.2 ท่านมีการดำเนินการอย่างไรบ้างในช่วงสถานการณ์ดังกล่าว รวมทั้งปัญหา อุปสรรคที่สำคัญ มีอะไรบ้าง และท่านดำเนินการแก้ปัญหานั้นอย่างไร

2.3 เครื่องบันทึกเสียง เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้เก็บคำสัมภาษณ์ได้อย่างครบถ้วน เพื่อนำมาใช้ในการถอดเทปคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

3. ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เดือนมีนาคม ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้างที่สร้างขึ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 3 คน พิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย หลังจากนั้น นำข้อคำถามมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยขอหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ถึงผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยเพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งส่งประเด็นคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ เอกสารชี้แจง

ข้อมูลสำหรับผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย และเอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ไปยังผู้ให้ข้อมูลล่วงหน้า

ผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการนัดหมาย วัน เวลา และระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ประมาณ 45-60 นาที แต่ในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูล สถานการณ์โควิด-19 ยังไม่สิ้นสุด การพบกับแบบเผชิญหน้า (Face to face) เป็นความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ ผู้ให้ข้อมูลทุกรายประสงค์จะให้สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยจึงดำเนินการ ดังนี้

ขั้นเริ่มต้นการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลโดยการพูดคุย ชักถามเรื่องทั่วไป อธิบายเป้าหมาย กระบวนการสัมภาษณ์ ระยะเวลาของการสัมภาษณ์ และสิทธิของผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย รวมทั้งขออนุญาตใช้เครื่องบันทึกเสียงในขณะสัมภาษณ์ และแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยทราบว่าข้อมูลต่าง ๆ ที่บันทึกเสียงไว้ ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ ทั้งนี้หากผู้ให้สัมภาษณ์ไม่ประสงค์ที่จะให้บันทึกเสียงในช่วงใด ผู้วิจัยก็จะไม่บันทึกเสียง และเริ่มดำเนินการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้าง ขึ้นปิดการสนทนา เมื่อเห็นว่าได้เวลาที่เหมาะสมและได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยค่อย ๆ เริ่มเปลี่ยนเรื่องการสนทนาเป็นเรื่องทั่วไป และสอบถามเกี่ยวกับประเด็นอื่น ๆ ที่ผู้วิจัยยังไม่ได้ซักถาม ที่ต้องการบอกเล่า หลังจากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูล ขอยุติการสัมภาษณ์ และขออนุญาตติดต่อผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง ในกรณีต้องการรายละเอียด หรือเพิ่มเติมข้อมูลที่ยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ และเมื่อถอดเทปคำสัมภาษณ์เสร็จแล้ว จะส่งกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบเนื้อหา หรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากการสัมภาษณ์
มาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยถอดเทป
ที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน นำเนื้อหาที่
รวบรวมได้ มาจำแนก จัดหมวดหมู่ อย่างเป็นระบบ ตาม
แนวคิดของ Williamson & Long (2005) ที่เน้นความ
เป็นวัตถุวิสัย (Objectivity) ไม่เน้นการตีความหรือการ
หาความหมายที่ซ่อนไว้เบื้องหลัง ไม่มีอคติหรือใส่ความ
คิดความรู้สึกของผู้วิจัย และสรุปประเด็นการจัดการของ
ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาล ในช่วงสถานการณ์โควิด-19

7. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ตามแนวคิดของ Lincoln & Guba (1985)
ดังนี้

7.1 ตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member check) โดยผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยที่
เฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ เพื่อให้ได้ผู้ให้ข้อมูลที่มี
ประสบการณ์ตรงเรื่องที่ต้องการศึกษามากที่สุด คือ
เป็นผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับสูง ระดับกลาง และ
ระดับต้น ในโรงพยาบาลของรัฐ และเอกชน ปฏิบัติงาน
ในตำแหน่งปัจจุบัน ในช่วงสถานการณ์โควิด-19 หลัง
การสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการถอดเทปคำสัมภาษณ์แบบ
คำต่อคำ (Verbatim) กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ
เนื้อหาเพิ่มเติม หรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อสรุป
ที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล

7.2 ตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing) โดยผู้วิจัยนำข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์
ข้อมูลเบื้องต้น ไปให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ด้าน
การวิจัยเชิงคุณภาพ ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย เป็น
ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับสูง ระดับกลาง และระดับ
ต้น ในโรงพยาบาลของรัฐ และเอกชน ที่ปฏิบัติในตำแหน่ง
ปัจจุบัน ในช่วงสถานการณ์โควิด-19 จำนวน 12 คน

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเป็นเพศหญิง การศึกษาระดับพยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐ
จำนวน 10 คน ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน จำนวน
2 คน เป็นผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับสูง ในตำแหน่ง
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล จำนวน 3 คน เป็นผู้บริหาร
ทางการแพทย์พยาบาลระดับกลาง ในตำแหน่งผู้ตรวจการ
พยาบาล จำนวน 2 คน เป็นผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาล
ระดับต้นในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย และหัวหน้า
แผนก จำนวน 7 คน ผู้ให้ข้อมูลมีอายุเฉลี่ย 51.6 ปี
ประสบการณ์การเป็นพยาบาลวิชาชีพเฉลี่ย 29.5 ปี
ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งปัจจุบันเฉลี่ย 2.5 ปี

**2. เหตุการณ์ในโรงพยาบาล/หอผู้ป่วยหรือ
หน่วยงาน** โดยในปี พ.ศ. 2563 เป็นช่วงสถานการณ์
โควิด-19 ระยะแรก โดยโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ยังไม่
มุ่งเน้นการรักษา แต่จะเน้นการป้องกันและควบคุมการ
ติดเชื้อ แต่ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ยังมี
ค่อนข้างน้อย มีข้อมูลมากมายจากหลายองค์กร ต้องรอ
ยืนยันว่าเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ ทั้งยังมีความสับสน
เป็นอย่างมากเกี่ยวกับวิธีการแพร่เชื้อ ประชาชนส่วน
ใหญ่หวาดกลัว กักตัวไม่ออกจากบ้าน สถานศึกษาและ
สถานที่ทำงานประกาศปิด ผู้ติดเชื้อจึงมีจำนวนไม่มาก
ทำให้สามารถให้บริการ และรับผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19
เป็นผู้ป่วยในได้ ต่อมาในปี พ.ศ. 2564 หรือโควิด-19
ระลอกที่ 2 ผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผล
กระทบต่อการให้บริการ ทำให้ความต้องการการบริการ
พยาบาลเพิ่มมากขึ้นจนไม่สามารถคาดการณ์ได้ พบปัญหา
ที่มีความท้าทายขึ้นเรื่อย ๆ เช่น จำนวนผู้ป่วยที่เข้ามา
คัดกรอง ผู้ป่วยทั่วไปที่มีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้อง
เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการขาดแคลนอัตรา
กำลัง

**3. การจัดการของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาล
ในช่วงสถานการณ์โควิด-19** ประกอบด้วย 1) ด้าน
การจัดบริการพยาบาลเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมตาม

สถานการณ์ 2) ด้านการป้องกัน ลดความเสี่ยงการติดเชื้อในโรงพยาบาล และ 3) ด้านจัดกำลังคนทางการพยาบาลให้เพียงพอ

3.1 ด้านการจัดบริการพยาบาลเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมตามสถานการณ์ ประกอบด้วย

3.1.1 การปรับรูปแบบการให้บริการจากภารกิจปกติ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลว่า “เริ่มตั้งแต่การสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติเรื่องการให้บริการที่ปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ความรุนแรงการระบาดของโควิด-19” โดยโรงพยาบาลมีนโยบายไม่รับผู้ป่วยทั่วไปที่มีอาการไม่รุนแรงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีการติดต่อผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องทานยาต่อเนื่อง เพื่อเลื่อนนัดหมาย และเปลี่ยนเป็นการส่งยาให้ผู้ป่วยทางไปรษณีย์ มีการจัดคลินิกคัดกรองสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (Acute Respiratory Infection: ARI clinic) และเมื่อมีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามาคัดกรองเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลว่า “คนไม่มีงาน ที่ไหนเสียเงินไม่ยอมไป มาโรงพยาบาลของรัฐมารอคิวข้ามคืน” ได้มีการปรับการให้บริการในการอยู่ในพื้นที่โรงพยาบาลให้ใช้เวลาน้อยที่สุด หรือปรับการให้บริการเป็นแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (One stop service) เพื่อลดความเสี่ยงการสัมผัสโรคระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วย และระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรของโรงพยาบาล กรณีมีผู้ป่วยต้องทำหัตถการหรือผ่าตัดเร่งด่วนมีการตรวจหาเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วยทุกราย สำหรับผู้หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19 หรือประเมินว่ามีความเสี่ยงในการติดเชื้อและครบกำหนดคลอด โรงพยาบาลกำหนดมาตรการให้คลอดด้วยวิธีผ่าตัดทุกราย

3.1.2 จัดบริการทางการแพทย์ที่ไม่เร่งด่วน โรงพยาบาลมีนโยบายงดบริการทางการแพทย์ที่ไม่เร่งด่วน งดและเลื่อนผ่าตัดผู้ป่วยที่สามารถรอการรักษา (Elective case) เปิดให้บริการเฉพาะหน่วยงานที่จำเป็น มีผลต่อชีวิตผู้ป่วย เช่น ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

หอผู้ป่วยวิกฤต ห้องล้างไต เคมีบำบัด ห้องคลอด ห้องผ่าตัด กรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นต้น

3.1.3 จัดระบบการเข้า-ออกโรงพยาบาล แยกระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้รับบริการ กำหนดการเว้นระยะห่างแต่ละจุดที่มีการให้บริการ มีการกางเต็นท์ บริเวณโซนด้านหน้าของโรงพยาบาลเพื่อใช้เป็นจุดคัดกรองในการซักประวัติ ประเมินความเสี่ยงและความรุนแรง การติดเชื้อโควิด-19 โดยแบ่งเป็นกลุ่มสีเขียว เป็นผู้ป่วยที่อาการไม่หนัก ไม่มีอาการ หรือมีอาการเพียงเล็กน้อย กลุ่มสีเหลือง เป็นผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรง แต่เป็นกลุ่มเสี่ยง หรือมีโรคประจำตัวที่อาจจะมีอาการรุนแรงที่เพิ่มขึ้น และกลุ่มสีแดง เป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด ปัญหาที่พบคือ อาการผู้ป่วยไม่ชัดเจน ผู้ป่วยบางรายปิดบังข้อมูล และไม่ให้ความร่วมมือในการซักประวัติ รวมทั้งผู้ป่วยฉุกเฉิน อาการหนักไม่สามารถซักประวัติได้ โดยผู้ให้ข้อมูล กล่าวถึงวิธีการแก้ปัญหาดังกล่าว คือ “ให้บุคลากรสวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน ในการประเมิน และคัดแยกผู้ป่วย ใช้เวลาในการคัดกรองไม่นาน ในผู้ป่วยอาการหนักไม่สามารถซักประวัติได้ ให้สงสัยว่าเป็นโควิดไว้ก่อน”

3.1.4 ปรับปรุงหอผู้ป่วยเป็นห้องผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ (Cohort ward) และทำห้องแยกโรคความดันลบ (Negative pressure) เปลี่ยน ICU อายุรกรรม เป็น ICU Cohort เพื่อรองรับผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ปรับปรุงห้องพิเศษจัดเป็นห้องแยกเดี่ยว จัดห้องรวมสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 ทั้งครอบครัว จัดตั้งโรงพยาบาลสนามร่วมกับชุมชน สำนักงานเขต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งติดต่อประสานกับโรงแรมเพื่อทำเป็นสถานพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะกิจ (Hospital) สำหรับดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ที่อาการไม่รุนแรง สามารถช่วยเหลือตนเองได้

3.1.5 ช่วยเหลือ กำกับ ติดตาม ร่วมกับ ทีมผู้บริหารแก้ไขปัญหาเร่งด่วนที่พบ ดังคำกล่าวของผู้ให้

ข้อมูลว่า “มีปัญหาก็แก้ทุกวัน ต้องเปิดมุมมองใหม่ ๆ ไม่มีเงื่อนไข ไม่ยึดติด หรือข้อจำกัดมาเป็นอุปสรรค เพราะต้องตัดสินใจให้รวดเร็ว” มีการประชุมคณะทำงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำเสนอสถานการณ์ภาพรวม สถิติจำนวน ผู้มารับบริการ การดำเนินการคัดกรอง การคัดแยกผู้ป่วย การให้การดูแลผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง โดยรายงาน แนวทางการบริหารจัดการ ปัญหาอุปสรรค รวมทั้งเสนอแนะปรับแนวทางการบริหารจัดการ ต่อผู้บริหารระดับสูงทุกวัน เช่น การจัดหาเครื่องช่วยหายใจให้เพียงพอ สำหรับผู้ป่วย และเสนอซื้อวัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็นในการป้องกันการติดเชื้อ

3.2 ด้านการป้องกัน ลดความเสี่ยงการติดเชื้อในโรงพยาบาล ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลว่า “ความไม่พร้อมรับมือกับโรคอุบัติใหม่ ความรู้ไม่เท่าทัน ข้อมูลมาหลายทิศทาง... ทุกคนมีแต่ความกลัว ไม่มีใครอยากเสี่ยง”

3.2.1 ยึดหลักมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อ (Standard precaution) ในการปฏิบัติงานอย่างเคร่งครัด

โดยมีคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นหลัก กำหนดให้บุคลากรทุกคนใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่ปฏิบัติงาน จัดอบรมบุคลากรเรื่องการป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อ และการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล จัดระบบจับคู่ผู้ปฏิบัติงาน (Buddy system) ขณะใส่และถอดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล กำหนดนโยบายไม่ให้นักบุคลากรทานอาหารร่วมกัน และให้แยกอุปกรณ์ที่ใช้ในการรับประทานอาหาร เนื่องจากพบว่า การรับประทานอาหารร่วมกันของบุคลากรเป็นปัจจัยสำคัญของการติดเชื้อของบุคลากรพยาบาล

3.2.2 จัดอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อให้เพียงพอและพร้อมใช้ เนื่องจากมีการขาดแคลนเวชภัณฑ์จำเป็นสำหรับบุคลากรพยาบาล โดยเฉพาะ

อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) โรงพยาบาลบางแห่งที่มีการขาดแคลน ต้องเปลี่ยนวิธีการจัดซื้อโดยใช้เงินสด หรือบุคลากรช่วยจัดทำกันเอง ประสานงานกับทีมผู้บริหารโรงพยาบาลในการจัดหาอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ โดยเฉพาะเครื่องช่วยหายใจที่มีไม่เพียงพอ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่หายาก มีอยู่จำกัด หรือไม่มีเลย ใช้วิธีขอรับบริจาค เช่น เครื่องวัดอุณหภูมิแบบไม่ต้องสัมผัส (Non-contact thermometer หรือ Infrared thermometer) น้ำยาทำความสะอาดมือที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (Alcohol-based hand rubs)

3.2.3 ประกาศนโยบายที่เข้มงวด เรื่องห้ามเยี่ยมผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาหรือกักตัวในโรงพยาบาล กำหนดแนวปฏิบัติการสื่อสารของบุคลากรพยาบาลกับครอบครัวผู้ป่วย ให้ใช้การสื่อสารทางไลน์หรือทาง VDO call ยกเว้นกรณีผู้ป่วยเด็ก อนุญาตให้มีญาติเฝ้าดูแลได้ โดยให้ผู้ดูแลสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา ห้ามออกจากหอผู้ป่วย และไม่ให้เปลี่ยนผู้ดูแลสำหรับกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ที่อาการไม่รุนแรง ให้กักตัวที่บ้าน ประสานการจัดส่งยาต้านไวรัส และเครื่องวัดความเข้มข้นของออกซิเจน (Oxygen saturation) ไปให้โดยมีบุคลากรพยาบาลโทรศัพท์ หรือสื่อสารทางไลน์ติดตามอาการทุกวัน

3.2.4 จัดเจ้าหน้าที่ทำความสะอาดเพิ่มขึ้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำความสะอาดโดยใช้น้ำยาฆ่าเชื้อบริเวณพื้นที่ของโรงพยาบาล ห้องน้ำ ลิฟท์ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ทำความสะอาด และมาตรการควบคุมการจัดการขยะติดเชื้อ

3.3 ด้านจัดกำลังคนทางการพยาบาลให้เพียงพอ

3.3.1 การขาดแคลนบุคลากรพยาบาล ต้องจัดอัตรากำลังใหม่ให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน เมื่อมีบุคลากรพยาบาลที่ติดเชื้อต้องเข้ารับการรักษา หรือ

ต้องกักตัว 14 วัน ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ จัดบุคลากรพยาบาลไปคัดกรองและฉีดวัคซีนให้กับประชาชนในชุมชน เช่น วัด โรงเรียน จัดตั้งโรงพยาบาลสนาม และสถานพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะกิจ (Hospital) เพิ่มมาตรการให้การดูแลผู้ป่วยที่ต้องสอบสวนโรค (Patient Under Investigation: PUI) ส่งผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่อาการคงที่แล้วจากโรงพยาบาลกลับบ้าน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลว่า “ไม่ว่าจะทำอะไร ก็ขอพยาบาลไปช่วย ทั้งที่ไม่มีคน.....มีงานนอกเหมือนหน่อเห็ด”

ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าแผนก ต้องเปลี่ยนบทบาทในการลงไปปฏิบัติการพยาบาลหน้างาน ไปฉีดวัคซีน ไปจัดการโรงพยาบาลสนาม เพื่อเป็นตัวอย่างแก่บุคลากรในหน่วยงาน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลว่า “มีความกดดันหลายอย่าง ทั้งอัตรากำลัง และความเสี่ยงที่ไม่ได้รับการดูแล เพราะไม่มีใครให้ความชัดเจน ต้องลงปฏิบัติหน้างานเอง เพื่อเป็นตัวอย่างให้ทีมที่อยู่ข้างหลังให้ความร่วมมือ ซึ่งก็พยายามทำให้ดีที่สุด” นอกจากนี้ยังมีนโยบายงดการให้นักศึกษาพยาบาลมาฝึกปฏิบัติ ทำให้ขาดแคลนบุคลากรช่วยเหลือการให้บริการเบื้องต้น บางโรงพยาบาลมีการให้พยาบาลเกษียณที่มีความรู้ทักษะ และเต็มใจกลับมาสนับสนุนการทำงาน เช่น การช่วยเหลือเบี่ยง การให้คำแนะนำกับผู้มารับบริการ

การหมุนเวียนพยาบาลจากหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานที่ลดการให้บริการ ให้ไปดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 หรือเปลี่ยนช่วงเวลาการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาลจากที่เคยอยู่เวรเข้าอย่างเดียวนมาอยู่เวรบาย ดึก ในหอผู้ป่วย รวมทั้ง การให้บุคลากรพยาบาลจากทีมศัลยกรรมมาดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 และดูแลผู้ป่วยอาการรุนแรงที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือปฏิบัติหน้าที่ประเมินอาการผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คลินิกคัดกรองสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (Acute Respiratory Infection: ARI clinic) ซึ่งเป็นลักษณะ

โรคทางอายุรกรรมที่ไม่คุ้นเคย โดยในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดและในภาวะขาดแคลนบุคลากรพยาบาลผู้บริหารทางการแพทย์ต้องดำเนินการคัดเลือกพยาบาลที่มีประสบการณ์หรือมีความเชี่ยวชาญให้เหมาะสมที่สุด เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลว่า “การปฏิบัติงานที่ผิดพลาดหรือไม่ถูกหลัก มีผลกระทบ ทำให้ทีมมีความเสี่ยงสูงทันที” ซึ่งทำให้เห็นว่าควรมีการพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นให้บุคลากรพยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 นอกจากนี้ การหมุนเวียนการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาลดังกล่าว มีผลกระทบทั้งความรู้สึกของผู้ปฏิบัติงาน และความกังวลความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน ผู้บริหารทางการแพทย์ต้องสื่อสารสร้างความเข้าใจกับบุคลากรพยาบาล ซึ่งเป็นการสื่อสารในภาวะวิกฤต ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลว่า “ต้องสื่อสารด้วยความโปร่งใส ให้กำลังใจลดความตื่นตระหนก และความเครียดของบุคลากร”

3.3.2 สร้างขวัญกำลังใจ เนื่องจากบุคลากรผู้ปฏิบัติงานมีความกลัว ความวิตกกังวลว่าตนเองจะเป็นผู้ติดเชื้อจากการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 จึงต้องมีการดูแลความปลอดภัยและสุขภาพอนามัยของบุคลากรที่ปฏิบัติงานทุกคน ให้การสนับสนุนแก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน มีการจัดหาอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) ให้เพียงพอรวมทั้งบริหารจัดการให้บุคลากรและครอบครัวได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ให้มากที่สุด ในการปฏิบัติงานช่วงสถานการณ์โควิด-19 มีการจัดอาหารให้ผู้ปฏิบัติงานครบทุกมื้อ สนับสนุนอาหารว่าง จัดหาที่พักในโรงพยาบาลหรือบริเวณใกล้เคียง ให้ผู้ปฏิบัติงานลดเวลาการเดินทาง มีเวลาพักผ่อนเพิ่มมากขึ้น และลดความวิตกกังวลว่าจะเป็นผู้นำเชื้อไปแพร่กับบุคคลในครอบครัว รวมทั้งมีการส่งข้อความให้กำลังใจ ชื่นชม เน้นสื่อสารข้อมูลเชิงบวกให้เห็นคุณค่าการปฏิบัติงาน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลว่า

“บางคนอาจไม่ได้สัมผัส ก็ส่งสายตาแสดงความขอบคุณ รอยยิ้ม น้ำเสียงที่บ่งบอกถึงความเข้าใจงานที่เขาทำ” รวมทั้งการเบิกค่าเสี่ยงภัยโควิด-19 ให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนที่ให้การพยาบาลผู้ป่วย หรือดูแลผู้ติดเชื้อระยะต่าง ๆ ในโรงพยาบาล โรงพยาบาลสนาม สถานที่กักตัวผู้ป่วย ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

อภิปรายผลการวิจัย

ในช่วงสถานการณ์โควิด-19 การจัดการของผู้บริหารทางการแพทย์มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ทั้งจากอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของผู้รับบริการ การขาดแคลนอุปกรณ์และทรัพยากรจำเป็นในการปฏิบัติงาน การป้องกันการติดเชื้อ การขาดแคลนอัตรา กำลัง และผลกระทบต่อการร่างกายและจิตใจของบุคลากรพยาบาลในการปฏิบัติงานภายใต้ความเครียดในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน ถือว่าเป็นประสบการณ์สำคัญของผู้บริหารทางการแพทย์ในการรับมือสถานการณ์ดังกล่าว สามารถอภิปราย ดังนี้

1. ด้านการจัดบริการพยาบาลเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมตามสถานการณ์

การจัดการของผู้บริหารทางการแพทย์ในการจัดบริการพยาบาลเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมตามสถานการณ์ ปรับรูปแบบการให้บริการจากภารกิจปกติ ผู้บริหารทางการแพทย์มีการจัดลำดับความสำคัญในการให้การดูแลที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ท่ามกลางสถานการณ์ ปัญหาใหม่ๆ และนโยบายการปฏิบัติงานที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ด้วยนโยบายไม่รับผู้ป่วยทั่วไปที่มีอาการไม่รุนแรงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การส่งยาทางไปรษณีย์ให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องทานยาต่อเนื่อง งดบริการทางการแพทย์ที่ไม่เร่งด่วน งดและเลื่อนผ่าตัดผู้ป่วยที่สามารถรอการรักษา (Elective case) เปิดบริการเฉพาะหน่วยงานที่จำเป็น จัดคลินิกเฉพาะสำหรับผู้ป่วย

ที่มีปัญหาทางระบบทางเดินหายใจ (Acute Respiratory Infection: ARI clinic) ปรับปรุงหอผู้ป่วยเป็นห้องผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจ (Cohort ward) ทำห้องแยกโรคความดันลบ (Negative pressure) จัดตั้งโรงพยาบาลสนามร่วมกับชุมชน รวมทั้งติดต่อประสานกับโรงแรมเพื่อทำเป็นสถานพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะกิจ (Hospital) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงการจัดการด้านการบริการพยาบาลตามสถานการณ์ของผู้บริหารทางการแพทย์ดังกล่าว สอดคล้องกับคำแนะนำการเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาลรองรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของคณะทำงานวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข (2563) และประกาศ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2565) เรื่อง แนวทางการจัดบริการผู้ป่วยสำหรับสถานพยาบาลกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ซึ่งต้องมีการบริหารจัดการทั้งระบบ ซึ่งสามารถปรับให้เหมาะสมตามศักยภาพ ความพร้อมของทรัพยากรของแต่ละสถานพยาบาล ที่เน้นการจัดบริการโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์เป็นหลัก

จะเห็นได้ว่า ในสถานการณ์โควิด-19 การจัดการของผู้บริหารทางการแพทย์ โดยปรับรูปแบบการให้บริการจากภารกิจปกติเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ และความรุนแรงการระบาดของโควิด-19 มีการกำหนดมาตรการการให้บริการพยาบาลของสถานพยาบาล ด้วยการติดตามนโยบาย ประกาศ และแนวปฏิบัติ นำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับการปฏิบัติของหน่วยงาน สอดคล้องกับแนวคิดการบริหารจัดการของ Robbins & Coulter (2016) ที่กล่าวว่า ผู้บริหารจะต้องติดตามวิเคราะห์สถานการณ์ ปรับระบบการดูแลผู้รับบริการเป็นแบบวิถีใหม่ (New normal) จัดองค์การ จัดสรรทรัพยากรในการตอบสนองเหตุการณ์ เพื่อให้การปฏิบัติในสถานการณ์โควิด-19 เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ด้านการป้องกัน ลดความเสี่ยงการติดเชื้อ

ในโรงพยาบาล

การจัดการของผู้บริหารทางการแพทย์ในการป้องกัน ลดความเสี่ยงการติดเชื้อในโรงพยาบาล ยึดหลักมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อ (Standard precaution) ในการปฏิบัติงานอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะบุคลากรพยาบาลซึ่งเป็นบุคคลที่ต้องเผชิญกับสิ่งคุกคาม (Hazards) ตลอดเวลา ผู้บริหารต้องจัดอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อให้เพียงพอและพร้อมใช้ โดยเฉพาะอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment: PPE) ประกาศนโยบายที่เข้มงวดเรื่องห้ามเยี่ยมผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาหรือกักตัวในโรงพยาบาล จัดเจ้าหน้าที่ทำความสะอาดเพิ่มมากขึ้น และมาตรการควบคุมการจัดการขยะติดเชื้อ ซึ่งการจัดการของผู้บริหารทางการแพทย์ในการป้องกัน ลดความเสี่ยงการติดเชื้อในโรงพยาบาลดังกล่าว สอดคล้องกับเอกสารคำแนะนำการเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาลรองรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของคณะทำงานวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข (2563) และเป็นไปตามแนวปฏิบัติเพื่อควบคุมและป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ของสภาการพยาบาล (2563) ที่กำหนดให้บุคลากรทางการแพทย์ทุกคนสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่ปฏิบัติงาน จัดระบบจับคู่ผู้ปฏิบัติงาน (Buddy system) หมายเหตุ และถอดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล วางแอลกอฮอล์เจลอย่างทั่วถึงทุกพื้นที่ในโรงพยาบาล กำหนดเวลาในการทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อในลิฟท์ ในห้องน้ำทุก 30 นาที และการอบรมเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลอาคารสถานที่ เรื่องการทำทำความสะอาด การป้องกันการติดเชื้อ และการทำลายเชื้อ

สถานการณ์โควิด-19 ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ ตามที่ประเทศไทยได้ประกาศให้โควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตราย มีการกำหนดมาตรการ

ควบคุมป้องกัน การแพร่ระบาดในระดับบุคคล และชุมชน โดยเฉพาะโรงพยาบาลเป็นแหล่งที่มีผู้ป่วยติดเชื้อมารับบริการจำนวนมาก และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงต้องมีการควบคุมและป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อเพิ่มขึ้นในวงกว้าง การป้องกัน ลดความเสี่ยงการติดเชื้อในโรงพยาบาล ถือเป็นหลักปฏิบัติที่สำคัญของผู้บริหารทางการแพทย์ในหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ ต้องมีการติดตามสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อและการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ เพื่อให้เท่าทันสถานการณ์ วางแผนดำเนินการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดคุณภาพของการบริการ สอดคล้องกับที่องค์การอนามัยโลก (WHO, 2020) ได้กำหนดให้มีระบบการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control-IPC Program) ในโรงพยาบาล เพื่อรองรับการระบาดในสถานการณ์โควิด-19 มีหลักการสำคัญคือ ผู้บริหารโรงพยาบาลต้องให้การสนับสนุน ให้มีผู้รับผิดชอบหลักด้านการควบคุมและต้องป้องกันการติดเชื้อ เพราะหากไม่สามารถควบคุมและป้องกันการติดเชื้อของบุคลากรและผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลได้ ย่อมเป็นสถานที่ก่อปัญหาการแพร่กระจายเชื้อเพิ่มขึ้น

3. ด้านจัดกำลังคนทางการแพทย์ให้เพียงพอ

สถานการณ์โควิด-19 จำนวนบุคลากรพยาบาลที่จำกัด ผู้บริหารทางการแพทย์ต้องมีการวิเคราะห์ และเกลี่ยอัตรากำลังทางการแพทย์จากหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้บริการผู้ป่วยโควิดได้อย่างเพียงพอและปลอดภัย เช่น การหมุนเวียนพยาบาลจากหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานที่ลดการให้บริการ ให้ไปดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ในหอผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Wu, Zheng, Huang, Zheng, Xu, & Zhou (2020) ที่ศึกษาการจัดการทางการแพทย์เพื่อเปลี่ยนโรงพยาบาลทั่วไปเป็นโรงพยาบาลเพื่อรับผู้ป่วยโควิด-19 โดยองค์กรพยาบาลที่รับผิดชอบด้านการจัดการคุณภาพและการ

ปฏิบัติการพยาบาล ได้ดำเนินการหมุนเวียนพยาบาล และอุปกรณ์เครื่องมือผู้ป่วยวิกฤตไปหผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 เพื่อแก้ปัญหาการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และเป็นการใช้ทรัพยากรบุคคล และเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ร่วมกันให้เกิดประโยชน์มากที่สุด ลดการขาดแคลนทรัพยากรของโรงพยาบาล

นอกจากนี้ การศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยในการระบาดของโควิด-19 ของ Monjazebi, Dolabi, Tabarestani, Moradian, Jamaati, & Peimani (2021) พบว่า พยาบาลมีความวิตกกังวลว่าโรงพยาบาลจะสามารถจัดหาอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลและเวชภัณฑ์ได้อย่างเพียงพอตลอดระยะเวลาที่ต้องปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโควิด-19 หรือไม่ และการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลจะสามารถป้องกันการติดเชื้อได้หรือไม่ รวมทั้งการตอบสนองความต้องการทางสรีรวิทยา ความร้อนในการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลขณะปฏิบัติงานที่ต้องสวมใส่เสื้อผ้า หน้ากาก และแว่นตา การอดทนต่อความหิว กระหาย และความต้องการการขับถ่าย ผู้บริหารทางการแพทย์ควรมีกฎเกณฑ์การจัดกำลังคนทางการแพทย์ให้เพียงพอ และมีคุณสมบัติที่เหมาะสม เช่น การผสมผสานอัตราากำลังพยาบาลในการปฏิบัติงานช่วงสถานการณ์โควิด-19 การอบรมการใช้ใช้อุปกรณ์เวชภัณฑ์ การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 เพื่อให้บุคลากรที่หมุนเวียนไปปฏิบัติงานมีความมั่นใจ และลดความกังวล ความเสี่ยงการติดเชื้อ (Wu, Zheng, Huang, Zheng, Xu, & Zhou, 2020)

สถานการณ์ฉุกเฉินในภาวะวิกฤตเป็นโอกาสในการทำความเข้าใจสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงทำให้ดีขึ้น เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยยังได้รับการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพ แสดงถึงทักษะสำคัญของภาวะผู้นำทางการแพทย์ ทั้งเรื่องการมี

วิสัยทัศน์ การวางแผนบริหารทรัพยากรให้สอดคล้องกับความต้องการ มีการวางแผนเตรียมความพร้อมรับมือกับสถานการณ์วิกฤตที่อาจเกิดขึ้นอีก รวมทั้ง การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม และการดูแลความสัมพันธ์กับบุคลากร สอดคล้องกับ Moore (2020) ที่กล่าวว่า ภาวะผู้นำของผู้บริหารในภาวะวิกฤต คือ มีทักษะในการเป็นผู้นำ ทำให้ทีมเชื่อมั่นว่าสถานการณ์สามารถควบคุมได้ และการมีความสัมพันธ์ที่เอื้ออาทร (Caring relationships) รับรู้ความทุกข์ร่วมกับผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งถือเป็นโอกาสที่จะกระชับความสัมพันธ์ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกมีคุณค่า

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 องค์กรพยาบาลนำไปพัฒนาหลักสูตรอบรมผู้บริหารทางการแพทย์เกี่ยวกับการจัดการพยาบาลในช่วงสถานการณ์วิกฤต

1.2 ผู้บริหารทางการแพทย์นำไปใช้ในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ หรือจัดการฝึกอบรมให้แก่บุคลากรพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพการจัดการพยาบาลในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่

2. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาสมรรถนะที่จำเป็นของผู้บริหารทางการแพทย์ในภาวะวิกฤตโรคอุบัติใหม่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย และขอขอบคุณผู้บริหารทางการแพทย์ทุกคน ที่สละเวลาในการให้ข้อมูลสำคัญ ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินกรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย. สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_other/G42_1.pdf
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แนวทางการจัดบริการผู้ป่วยสำหรับสถานพยาบาลกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง. สืบค้นจาก https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=179
- คณะทำงานวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). เอกสารคำแนะนำการเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาลรองรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_health_care/g06_facility_030463.pdf
- สภาการพยาบาล (2563). ประกาศเรื่อง แนวปฏิบัติเพื่อควบคุมและป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับผู้ประกอบการพยาบาลและการผดุงครรภ์. สืบค้นจาก <https://www.tnmc.or.th/news/394>
- สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2564). คู่มือการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19. นนทบุรี: สำนักพิมพ์สื่อตะวัน.
- อารีวรรณ อ่วมตานี. (2559). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Monjazebe, F., Dolabi, S. E., Tabarestani, N. D., Moradian, G., Jamaati, H., Peimani, M. (2021). Journey of nursing in COVID-19 Crisis: A Qualitative Study. *Journal of Patient Experience*, 8(1), 1-7.
- Moore, C. (2020). Nurse leadership during a crisis: Ideas to support you and your team. *Nursing Times*, 116(12), 34-37.
- Robbins, S. P., & Coulter, M. (2016). *Management* (13th ed.). Pearson Education Limited: Harlow.
- Williamson, T., & Long, A. F. (2005). Qualitative data analysis using data display. *Nurse Researcher*, 12(3), 7-19.
- World Health Organization. (2020). *Global surveillance for COVID-19 caused by human infection with COVID-19 virus: Interim guidance*. Geneva: World Health Organization.
- Wu, X., Zheng, S., Huang, J., Zheng, Z., Xu, M., & Zhou, Y., (2020). Contingency nursing management in designated hospitals during COVID-19 outbreak. *Annals of Global Health*, 86(1), 70. DOI: <http://doi.org/10.5334/aogh.2918>

การพัฒนาแบบการส่งต่อการดูแลในการจัดการความปวด ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต่อความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ The Development of Referral Continuing Care Model for Pain Management in Advance Cancer Patient

สิริกานดา กอแก้ว, พย.บ., Sirikanda kokaew, B.N.S.^{1*}

รัตนพร วงศ์หาดี, พย.บ., Rattanaporn Wangkahad, B.N.S.¹

บุญญพัฒน์ มีปิ่น, พย.บ., Punyapat Meepin, B.N.S.¹

ยุพา ศรีณยุเศรษฐ์, พย.บ., Yupa Sarunyuset, B.N.S.¹

ปานตา อภิรักษ์นภานนท์, ปรด., Panta Apiruknapanond, Ph.D.²

¹งานพยาบาลหอผู้ป่วยพุทธรักษา **กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี

¹Department of Nursing in Patient, Cluster of Nursing Lopburi Cancer Hospital

²อาจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

²Lecturer, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College, Bangkok, Thailand

*Corresponding Author Email: j.sirikanda@hotmail.co.th

Received: September 16, 2022

Revised: April 11, 2023

Accepted: May 31, 2023

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนหลังมีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อพัฒนาแบบการส่งต่อการดูแลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย 2) เพื่อเปรียบเทียบการจัดการอาการความปวดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 3) เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแบบการส่งต่อการดูแลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แบบการส่งต่อการจัดการความปวดจำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน และกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการรักษาประเภทยุติในโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีและส่งต่อการดูแลเพื่อการจัดการอาการ เกณฑ์การคัดเข้า คือผู้ป่วยที่มีระดับ PPS $\leq$ 50% และแพทย์วางแผนจำหน่ายเพื่อกลับไปดูแลต่อที่บ้าน จำนวน 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 คน และกลุ่มควบคุม 24 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แบบการส่งต่อการดูแลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด คือ 1) แบบประเมินความปวด และ 2) แบบประเมินความพึงพอใจต่อแบบการ

ส่งต่อการดูแลเพื่อการจัดการความปวด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U-test ผลการวิจัยพบว่า

- 1) ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
- 2) พยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลอง มีระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งต่อการดูแลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

คำสำคัญ: แบบการส่งต่อการดูแลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

Abstract

The Quasi-Experimental Research aims to (1) to develop the referral continuing care model for pain management in advance stage of cancer patients (2) to compare pain management scores between experimental and control groups (2) to compare the satisfaction of the professional nurses toward the referral continuing care model for pain management between experimental and control groups. The samples were (1) professional nurses who involve in the referral continuing care model for pain management and (2) an advance stage of cancer patients at the End of Life stage with PPS level $\leq 50\%$ who receiving treatment In Lopburi Cancer Hospital and plan discharge for continuing care at the community, 48 patients. There are 24 patients for experimental group. and 24 patients are control groups. The experimental instrument was used in this research project, developed by the researcher called the referral continuing care model for pain management in advance stage of cancer patients. And 2 instruments were used for collecting the data; the pain assessment scale and the tool for assessing satisfaction of 22 professional nurses toward the referral continuing care model, using non-parametric statistics of Mann-Whitney U-test. The results revealed that (1) The experimental group had mean scores of pain scores lower than those in the control group at the level of 95 percent confidence ($p\text{-value} < .05$). (2) The experimental group, professional nurses had mean score of the satisfaction of the referral continuing care model higher than the control group level of at the level of 95 percent confidence ($p\text{-value} < .05$). Therefore, the referral continuing care model for pain management in advance stage of cancer patients in Lopburi Cancer Hospital can manage life threatening on suffering for pain than traditional referral care model for pain management.

Keywords: *The Referral Continuing Care Model, Advance Stage of Cancer Patient, Pain Management*

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายโดยทั่วไปใช้รูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งองค์การอนามัยโลกให้ความหมายว่าเป็นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่ชีวิตของผู้ป่วยถูกคุกคามจากความทุกข์ทรมานของโรคที่เป็นอยู่ และไม่สามารถรักษาให้หายได้ จึงเป็นการดูแลที่มุ่งเน้นลดภาวะทุกข์ทรมานทั้งกาย ใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว (WHO, 2014) การดูแลแบบประคับประคองเป็นการปฏิบัติดูแลที่ต้องทำงานเป็นทีม ในเชิงสหวิทยาการ รวมถึงสหสาขาวิชาชีพ ให้มีประสิทธิภาพ ที่ต้องดูแลแบบไร้รอยต่อระหว่างโรงพยาบาล ชุมชน และครอบครัว การส่งต่อจึงมีความสำคัญและเป็นกระบวนการที่มีเป้าหมายเพื่อส่งต่อข้อมูลการดูแลให้กับหน่วยงาน บุคคลเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบประคับประคอง

การจัดบริการสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพ (ภูษิต ประคองสาย, 2559) ระบบการส่งต่อเป็นการเชื่อมโยงการบริการสุขภาพแต่ละระดับเข้าด้วยกันให้เกิดความต่อเนื่อง ปิดช่องว่างด้านความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล และสนับสนุนการเข้าถึงบริการตามความจำเป็น ระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพต้องครอบคลุมข้อมูลปัญหาด้านสุขภาพที่เป็นองค์รวม รวมถึงเป้าหมายความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว และการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ และควรได้รับเมื่อมีการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลกลับบ้าน หรือ จากบ้าน และชุมชน กลับสู่โรงพยาบาล ซึ่งการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องส่งผลให้อัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลงอีกด้วย (ชุดิมา เทียนทอง, ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, และปรีชาดิ เพียสุพรรณ, 2564) การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีในปัจจุบัน เมื่อผู้ป่วยจำหน่าย

กลับบ้าน พยาบาลประคับประคอง (Palliative Care Nurse :PCN) เขียนสรุปการดูแลผู้ป่วย โดยมีแบบสรุปการจำหน่ายให้ผู้ป่วยถือกลับบ้าน เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพในกลับบ้าน หรือ โรงพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษามีข้อมูลสำหรับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลในแบบสรุปการจำหน่ายส่วนใหญ่เป็นข้อมูลสำหรับผู้ป่วยมะเร็งทั่วไป ด้านข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มีเพียงบางส่วน เช่น ผู้ป่วยต้องการดูแลต่อเนื่องอะไรบ้าง ภาวะคุกคามจากโรคที่ไม่สามารถควบคุมได้ ปัญหาของข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน ส่งผลทำให้พยาบาลวิชาชีพไม่สามารถจัดการการดูแลผู้ป่วย และครอบครัวได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Hasson, et. al. (2020) พบว่า การดูแลแบบประคับประคองต้องดูแลแบบทีมสหวิทยาการที่ต้องอาศัยการส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ระหว่างหน่วยงานที่ต้องการการประสานงาน และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย สิ่งสำคัญคือการสื่อสารระหว่างหน่วยปฐมภูมิ และโรงพยาบาลที่ควรให้ความสำคัญอันดับแรกในการศึกษาเพิ่มเติมเรื่องการส่งต่อการดูแล ทั้งนี้ข้อมูลสำคัญที่ต้องคำนึงถึงคือการจัดการอาการทุกข์ทรมาน และไม่พึงประสงค์ ที่ซึ่งรวมถึงวิธีการควบคุมอาการเหล่านั้นและสำคัญที่สุดคือการจัดการอาการทุกข์ทรมานจากความปวด

จากสถิติของหอผู้ป่วยพุทธรักษา หออภิบาลคุณภาพชีวิตโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ปี 2559-2561 มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 82, 267 และ 247 ราย ตามลำดับ ข้อมูลที่ได้รับจากการอบรมโครงการพัฒนาต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง ผู้เข้าอบรมเป็นพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของจังหวัดลพบุรี ที่ต้องส่งต่อการดูแลจากโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีสู่ชุมชนจึง

ได้ร่วมวิเคราะห์ปัญหาาระบบส่งต่อการดูแลผู้ป่วย ประคับประคองในจังหวัดลพบุรี พบว่ามีปัญหาการส่งต่อการจัดการอาการ ทำให้มีความไม่ครบถ้วนของ ข้อมูลการส่งต่อคือ ความไม่ครบถ้วนของข้อมูลการ วินิจฉัยที่เป็นเฉพาะโรค เฉพาะราย ขาดรายละเอียดด้าน ร่างกาย ด้านอาการความรู้สึกอารมณ์ และการจัดการ เช่น คะแนนความปวด อาการเหนื่อยหอบ ลักษณะแผล ปัญหาด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผลการประชุม ครอบครัว (family meeting) และการวางแผนการดูแล ล่วงหน้า (advance care plan) คำแนะนำสำหรับการ ดูแลต่อเนื่อง เช่น ข้อมูลผลการควบคุมอาการที่ผ่าน มาของผู้ป่วย ช่องทางการประสานงาน ประกอบกับ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบทบาทภาระหน้าที่ ในการดูแลสุขภาพประชาชน ในหลายมิติ ในภาพกว้าง และบุคคล จึงขาดความเข้าใจในการดูแลเฉพาะเรื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการอาการที่มีการพัฒนา เทคโนโลยีด้านการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้การ ดูแลต่อเนื่องที่บ้านขาดประสิทธิภาพ และผู้ป่วยถูกส่ง กลับเข้าโรงพยาบาลด้วยปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ ผู้วิจัย จึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการส่งต่อการดูแลในการ จัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต่อความ พึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ โดยหวังจะให้รูปแบบการ ส่งต่อการดูแลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะท้ายดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดผลเลิศ กับทุกฝ่ายอย่างดีที่สุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งต่อการดูแล ในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย
2. เพื่อเปรียบเทียบการจัดการอาการความปวด ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาล

วิชาชีพต่อรูปแบบการส่งต่อการดูแลในการจัดการ ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

สมมติฐาน

- 1) สามารถพัฒนารูปแบบการส่งต่อการดูแลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้
- 2) กลุ่มทดลองสามารถจัดการอาการปวดได้ดี กว่ากลุ่มควบคุม
- 3) พยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจ หลังใช้รูปแบบการส่งต่อการดูแลในการจัดการความปวด ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมากกว่ากลุ่มควบคุม

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. รูปแบบการส่งต่อการดูแลในการจัดการ ความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย หมายถึง รูปแบบ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้การวิเคราะห์ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ปัจจัยนำออก และการตรวจสอบย้อนกลับ และกระบวนการสื่อสาร ประกอบกับข้อมูลที่จำเป็น ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองระยะท้าย ที่กำหนด

1.1 ตัวผู้ส่งข้อมูลคือ พยาบาลประคับ ประคอง (PCN)

1.2 ข้อมูลที่ส่งได้จากการวิเคราะห์ ปัญหา ความต้องการการดูแลต่อเนื่องเฉพาะราย ประกอบด้วย

1) ข้อมูลทั่วไปได้แก่ แผนผังครอบครัว ระดับความสามารถทางกายของผู้ป่วยประคับประคอง (PPS) ของวันที่รับการรักษา และวันที่จำหน่าย ผู้ดูแลหลัก ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เบอร์โทรศัพท์ของผู้ดูแลหลัก ที่อยู่ ที่ติดต่อได้ของผู้ป่วย สถานพยาบาล/แหล่งสนับสนุน ใกล้บ้าน

2) เป้าหมายความต้องการการดูแล จากการประชุมครอบครัว การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan) ประกอบด้วย วันที่ทำการประชุม ครอบครัว (family meeting) การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับ

โรคและการพยากรณ์โรค ข้อมูลจากการพูดคุยเรื่อง การวางแผนการดูแลล่วงหน้า เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การเจาะคอ การช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น การทำหนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้ามาตรา 12

3) ข้อมูลความต้องการที่จำเป็นที่ได้จากการประเมินและสรุปปัญหาด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ จิตวิญญาณ

4) ข้อมูลการจัดการอาการ โดยเรียงลำดับความสำคัญ จากการใช้เครื่องมือการประเมินอาการผู้ป่วยระดับประคอง (Edmonton Symptom Assessment System :ESAS) โดยระบุคะแนนและรายละเอียดของอาการ มีรูปภาพให้ระบุตำแหน่งที่มีอาการ อุปกรณ์ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ในการจัดการอาการ

5) วิธีการจัดการอาการปวดที่โรงพยาบาล รวมถึงยาที่ผู้ป่วยได้รับ และคำแนะนำ การใช้ยาเพื่อจัดการอาการปวดเฉพาะ

6) แผนการดูแลต่อเนื่อง ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ของการส่งต่อ ความเร่งด่วนของการติดตามเยี่ยม ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สรุปปัญหาของผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่อง

7) ข้อมูลที่จำเป็น ได้แก่ เอกสารแนวทางการจัดการอาการปวดที่เป็นอาการรบกวนที่สำคัญในผู้ป่วยมะเร็งในระยะท้าย โดยสามารถ download ได้ที่ QR code ในใบส่งต่อ ชื่อผู้ประสานการดูแลต่อเนื่อง หมายเลขโทรศัพท์ผู้ประสานงาน Palliative care center ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ทั้งในเวลา และนอกเวลา

1.3 กระบวนการส่งข้อมูล โดยวิธี ส่งทางโปรแกรม Continue of care :COC หรือ E-mail หรือระบบไลน์

1.4 ปัจจัยนำ

1.5 ออกแบบบันทึกการส่งต่อ

1.6 การตรวจสอบข้อมูลก่อนส่งต่อ เพื่อการประเมินความถูกต้องเหมาะสมโดยพยาบาล ประคับประคอง (PCN) ตรวจสอบข้อมูลจากบันทึกเวชระเบียน และทบทวนข้อมูลจากผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย หรือ ผู้ดูแลหลัก

1.7 ข้อมูลย้อนกลับจากผู้รับส่งต่อ การตอบกลับทางโปรแกรม COC หรือ E-mail หรือระบบไลน์

2. การจัดการอาการความปวด หมายถึง การดูแลตามแนวทางการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยจัดระดับความปวด (pain score) เป็น 3 ระดับคือ คะแนน 1-3 (ระดับน้อย) คะแนน 4-6 (ระดับปานกลาง) คะแนน 7-10 (ระดับรุนแรง) ตาม QR code ที่ให้ไว้ในแบบบันทึกการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

3. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ หมายถึง ความรู้สึกของพยาบาลวิชาชีพในทางบวก ที่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการหรือสิ่งที่คาดหวัง ในการส่งต่อการดูแลด้านข้อมูลผู้ป่วยและด้านการจัดการอาการปวดโดยจัดระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ คือ คะแนน 5-10 (ระดับน้อย) คะแนน 12-18 (ระดับปานกลาง) คะแนน 19-25 (ระดับมาก)

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วกก่อนหลัง (Quasi- Experimental Research) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกชนิดระยะท้ายที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ที่แพทย์วางแผนจำหน่ายเพื่อกลับไปรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่ได้รับการดูแลจากรูปแบบการส่งต่อการดูแลที่พัฒนาขึ้น เปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากการส่งต่อแบบเดิม เกณฑ์การคัดเข้าคือผู้ป่วยที่มีระดับคะแนน

Palliative Performance Scale (PPS) $\leq$ 50% เป็นคะแนนการประเมินในผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และระยะท้าย (Hospice Eligibility, 2021) ร่วมกับมีอาการปวด คะแนนความปวด ≥ 3 อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ จำนวน 48 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 คน และกลุ่มควบคุม 24 คน โดยกำหนดลำดับการรับผู้ป่วยเข้ามาให้บริการการส่งต่อเป็นลำดับเลขที่ที่กำหนดให้เป็นกลุ่มทดลอง และลำดับการรับผู้ป่วยที่เข้ามาให้บริการการส่งต่อเป็นลำดับเลขคู่ กำหนดให้เป็นกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลเขตพื้นที่สุขภาพที่ 3 และ 4 ที่รับส่งต่อการดูแลผู้ป่วย จำนวน 44 คน และผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ในระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เดือนสิงหาคม 2562 มีขั้นตอนการดำเนินการ คือ 1) พัฒนาและสร้างรูปแบบการส่งต่อการดูแลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย 2) นำรูปแบบที่สร้างขึ้นไปใช้ในระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนสิงหาคม 2562 ในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้ายที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีและกลับไปอยู่ที่บ้าน 3) หลังผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านครบ 1 เดือนผู้วิจัยเก็บข้อมูล หลังการใช้รูปแบบเพื่อประเมินผลการพัฒนา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ปรับปรุงตามผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ (IOC = 1) หาค่าความเที่ยง มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .99 ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการส่งต่อการดูแลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินความพึงพอใจ คือ แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการส่งต่อการดูแลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 ระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งต่อการดูแลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จำนวน 11 ข้อ แบ่งเป็น ด้านข้อมูล 5 ข้อ และด้านการจัดการอาการผู้ป่วย 6 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

2.2 แบบประเมินอาการ ความปวด ใช้ Numerical Rating Scale (NRS) เป็นชุดของตัวเลข 0-10 , 0 คือไม่ปวดเลย 10 คือ ปวดมากจนทนไม่ได้

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงเป็นค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบคะแนนความปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายก่อนและหลังในแต่ละกลุ่มใช้สถิติ Paired t-test หรือ Wilcoxon Signed Ranks Test การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนความปวดในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Independent t-test หรือ Mann-Whitney U test และการเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ใช้สถิติ Independent t-test หรือ Mann-Whitney U test

3. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ทั้งนี้โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยใน

มนุษย์โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี รหัสโครงการ LEC 6234
เมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2562

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 22 คนที่ใช้รูปแบบการส่งต่อการดูแลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย และแบบสรุปการจำหน่ายซึ่งเป็นรูปแบบและแบบบันทึกการส่งต่อแบบเดิม โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง

ทั้งหมดเป็นเพศหญิง 22 คน (ร้อยละ 100.00) และทั้งหมดมีระดับการศึกษาปริญญาตรี โดยมีอายุเฉลี่ย 44 ปี และประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 23 ปี ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม เกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง 21 คน (ร้อยละ 95.50) และเกือบทั้งหมดมีระดับการศึกษาปริญญาตรี 21 คน (ร้อยละ 95.50) มีอายุเฉลี่ย 40 ปี และมีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 18 ปี (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่รับส่งต่อผู้ป่วย (n=44)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
หญิง	22 (100)	21 (95.50)
ชาย		1 (4.50)
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	22 (100)	21 (95.50)
ปริญญาโท		1 (4.50)
อายุ (ปี)		
Mean (SD)	44.41 (9.28)	40.55 (6.52)
Min-Max	26-58	32-55
ประสบการณ์การทำงาน (ปี)		
Mean (SD)	23.90 (9.72)	18.77 (6.86)
Min-Max	4-38	10-35

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 24 คนที่ส่งต่อโดยใช้รูปแบบการส่งต่อการดูแลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย และแบบสรุปการจำหน่ายซึ่งเป็นรูปแบบและแบบบันทึกการส่งต่อแบบเดิม

โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 16 คน (ร้อยละ 66.70) ส่วนใหญ่มีสถานภาพ

สมรส 17 คน (ร้อยละ 70.80) และส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา โดยมีอายุเฉลี่ย 57 ปี ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 14 คน (ร้อยละ 58.30) และเกือบทั้งหมดมีระดับการศึกษาประถมศึกษา 23 คน (ร้อยละ 95.80) มีอายุเฉลี่ย 57 ปี (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ส่งต่อ (n=48)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
หญิง	16 (66.70)	14 (58.30)
ชาย	8 (33.30)	10 (41.70)
สถานภาพสมรส		
โสด	3 (12.50)	4 (16.70)
สมรส	17 (70.80)	18 (75.00)
หม้าย	4 (16.70)	2 (8.30)
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	4 (16.70)	0 (.00)
ประถมศึกษา	16 (66.70)	23 (95.80)
มัธยมศึกษา	2 (8.30)	1 (4.20)
อนุปริญญา	1 (4.20)	0 (.00)
ปริญญาตรี	1 (4.20)	0 (.00)
อายุ (ปี)		
Mean (SD)	57.38 (13.32)	56.63 (8.60)
Min-Max	31-86	36-73

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้รูปแบบการส่งต่อมีคะแนนความปวดเฉลี่ย 3.96 และ 2.83 ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการเปรียบเทียบคะแนนความปวดของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 4.33 และ 5.08 ตามลำดับ ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความปวดก่อนและหลังในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=48)

คะแนนความปวด	ก่อน Mean SD	หลัง Mean SD	Wilcoxon Signed Ranks Test	p-value
กลุ่มทดลอง	3.96 2.74	2.83 2.33	-2.52	.012
กลุ่มควบคุม	4.33 3.42	5.08 2.52	-1.68	.093

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของ 1.125 และ -0.75 ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างกัน
คะแนนความปวดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนความปวดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=48)

คะแนนความปวด	กลุ่มทดลอง Mean SD	กลุ่มควบคุม Mean SD	Mann-Whitney U	p-value
ค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนความปวด	1.125 1.73	-0.75 2.11	145.00	.003*

ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาล 21.41 และ 10.23 ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างกัน
วิชาชีพในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยรวมมีคะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในด้านการ
เฉลี่ย 47.05 และ 18.14 ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างกัน จัดการอาการของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยด้านข้อมูล เฉลี่ย 25.64 และ 7.91 ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่าง
ผู้ป่วยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

ความพึงพอใจ	กลุ่มทดลอง Mean SD	กลุ่มควบคุม Mean SD	Mann-Whitney U	p-value
ด้านข้อมูลผู้ป่วย	21.41 3.21	10.23 4.12	28.50	.001*
ด้านการจัดการอาการ	25.64 5.05	7.91 5.36	32.00	.001*
รวม	47.05 8.06	18.14 9.05	29.50	.001*

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพอจะสรุปได้ว่า รูปแบบการ
ส่งต่อการดูแลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็ง
ระยะท้ายที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็ง
ระยะท้ายที่ส่งต่อด้วยรูปแบบการส่งต่อเพื่อการจัดการ
อาการปวดได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องมีคะแนนการจัดการ
อาการด้านความปวดลดลงมากกว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะ
ท้ายที่ส่งต่อด้วยแบบสรุปการจำหน่ายซึ่งเป็นแบบบันทึก

การส่งต่อแบบเดิม และระดับความพึงพอใจของพยาบาล
วิชาชีพที่ได้รับการส่งต่อด้านการจัดการอาการของผู้ป่วย
มะเร็งระยะท้ายจึงมีคะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบ
การส่งต่อการดูแลเพื่อการจัดการอาการปวด สูงกว่า
การส่งต่อด้วยแบบสรุปการจำหน่ายซึ่งเป็นแบบบันทึก
การส่งต่อแบบเดิม

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ รูปแบบการส่งต่อการดูแล

ในการจัดการความปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้เพิ่มข้อมูลที่สำคัญเพื่อสื่อสารให้ พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ ที่ผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน ดังนี้คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับความสามารถทางกายของผู้ป่วยระดับ ประครอง และระยะท้าย (PPS) ของวันที่รับการรักษา และวันที่จำหน่าย ผู้ดูแลหลัก ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และหมายเลขโทรศัพท์ ที่อยู่ติดต่อได้ รวมทั้งสถาน พยาบาล/แหล่งสนับสนุนใกล้บ้าน การประเมินอาการ รบกวน โดยใช้การประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) รวมถึง ยาที่ผู้ป่วย ได้รับ การประเมินด้านจิตใจ สังคม การประเมินด้าน จิตวิญญาณ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan) ข้อมูลการประชุมครอบครัว การรับทราบ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการพยากรณ์โรค และได้บันทึก ข้อมูลจากการพูดคุยเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ การเจาะคอ การใส่ท่อ ช่วยหายใจ การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง การเข้า รักษาในห้อง ไอ.ซี.ยู. (I.C.U) การกระตุ้นระบบไหลเวียน กระบวนการฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น สถานที่ที่ ผู้ป่วยต้องการเสียชีวิต การทำหนังสือแสดงเจตจำนง ล่วงหน้านามตรา 12 อุปกรณ์ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ ที่ต้อง จัดเตรียม หรือได้รับการจัดเตรียมเรียบร้อยแล้ว แผนการ ดูแลต่อเนื่อง ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สรุปปัญหาของผู้ป่วยที่ ต้องดูแลต่อเนื่อง รวมทั้งยังมี แนวทางการจัดการอาการ รบกวนต่าง ๆ ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยพยาบาล วิชาชีพที่รับส่งต่อการดูแลสามารถ download เอกสาร ต่าง ๆ จาก QR code หมายเลขโทรศัพท์ผู้ประสานงาน palliative care center ของโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ทำให้ทีมสุขภาพ ที่มีหน้าที่ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และชุมชน สามารถให้ บริหารจัดการทางการพยาบาลด้านการจัดการอาการ

รบกวนในการ ดูแลผู้ป่วยได้ดีโดยเฉพาะอาการปวดได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

สอดคล้องกับการศึกษา ชยวาร์กซ์ สัจจาณชัย และศิวพล ศรีแก้ว (2560) วิจัยเรื่องการพัฒนาแบบ บันทึกรับส่งต่อผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกใน ผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า แบบบันทึกส่งต่อผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึก ในผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจเป็นเครื่องมือสื่อสาร ทางพยาบาล ซึ่งช่วยลดเหตุการณ์การส่งต่อข้อมูลที่ไม่ สมบูรณ์ได้ ที่สามารถเพิ่มผลลัพธ์ทางคลินิกได้จริง และ นิอร สิริมงคลเลิศกุล และคณะ (2565) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่าน ระบบมือถืออัจฉริยะ (Stroke Man) เครื่องมือที่ใช้เป็น แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย รหัสผู้ป่วย ชื่อ นามสกุล วันเดือนปีเกิด เพศ อายุ เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน โรคประจำตัว ข้อมูลการแพ้ยา ข้อมูลการสูบบุหรี่ ข้อมูล การดื่มสุรา ประวัติการเป็นโรคของครอบครัว และ โรงพยาบาลที่ส่งต่อ ผลการตรวจค้นสูตรทางห้อง ปฏิบัติการ การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น การรักษาที่ให้ไว้แล้ว สาเหตุที่ส่ง สิทธิการรักษา รายละเอียดอื่น ๆ ผลการวิจัย ทำให้ทราบถึงความไม่สมบูรณ์ของการบันทึกโปรแกรม การส่งต่อผู้ป่วยไปรับการตรวจหรือรักษาต่อ มีการบันทึก ข้อมูลไม่สมบูรณ์ ข้อมูลไม่ครบถ้วน ทำให้เกิดความล่าช้า ต้องติดตามหาข้อมูลเพิ่มเติม เกิดผลเสียต่อการรักษา ซึ่ง มีสาเหตุมาจาก ด้านบุคลากร ขาดความตระหนักของ การบันทึก ขาดความรู้ เป็นต้น

นอกจากนี้ จากการศึกษาที่พบว่า ระดับ ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูล และด้านการจัดการอาการของ ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ส่งต่อด้วยรูปแบบการส่งต่อ เพื่อการจัดการอาการปวด ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีที่มีคะแนนสูงกว่าการใช้ การส่งต่อในรูปแบบเดิมที่ส่งต่อด้วยแบบสรุปการจำหน่าย

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะรายละเอียดข้อมูลผู้ป่วยที่ครบถ้วน ข้อมูลส่งต่อมีเนื้อหาอ่านแล้วเข้าใจง่าย ส่วนแนวทางการจัดการอาการของผู้ป่วยที่บ้าน พยาบาลวิชาชีพสามารถนำไปช่วยจัดการความปวดให้ลดส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ต้องกลับเข้ามาโรงพยาบาล สอดคล้องกับ ศรีเวียง ไพโรจน์กุล และปาริชาติ เพ็ญสุพรรณ (2561) ได้เสนอขอบเขตการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองการจัดการความปวดในผู้ป่วยระยะท้าย การดูแลต่อเนื่อง และการดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยเครือข่ายดูแลแบบประคับประคอง

วิจัยของ ชุตินา เทียนทอง และคณะ (2564) ศึกษาการกลับมารักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยประคับประคอง ศูนย์การุณรักษารักษาโรคศรีนครินทร์พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ส่วนใหญ่กลับมารักษารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยปัญหาเดิม ได้แก่ อาการปวด คิดเป็นร้อยละ 45.23 มีสาเหตุจากทั้งด้านผู้ป่วย ด้านครอบครัวและการตัดสินใจในเรื่องการสื่อสารเพื่อวางแผนการดูแลล่วงหน้า ข้อมูลเหล่านี้มีประโยชน์ในการนำไปวางแผนการดูแลและพัฒนาระบบการให้บริการดูแลแบบประคับประคอง

และงานวิจัยของ รัตนารณ รัชชาติ, สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์, ภัฏญา ศรีอรุณ, ปานจิตร วงศ์ใหญ่, และภัทรนัย ไชยพรม (2565) ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง จังหวัดลำปาง องค์ประกอบที่สำคัญได้แก่การเชื่อมระบบการดูแลระยะท้ายแบบไร้รอยต่อตั้งแต่โรงพยาบาล ชุมชนและครอบครัว เสริมความรู้ในการดูแลที่ทันสมัย ปรับระบบการเยี่ยมบ้านโดยใช้ QR code พบว่าผู้ดูแลและทีมผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอยู่ในระดับดีมาก โดยความพึงพอใจในระบบการส่งต่อผู้ป่วย อยู่ในระดับมากที่สุด และการจัดการอาการปวดดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบ

จะเห็นได้ว่าพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลใกล้บ้านโดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ต้องดูแลผู้ป่วยหลากหลายประเภท มีความจำเป็นต้องการรายละเอียดข้อมูลผู้ป่วยที่ครบถ้วน โดยเฉพาะคำแนะนำที่มีรายละเอียด

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ควรนำรูปแบบการส่งต่อการดูแลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยระยะท้ายไปใช้เพื่อให้การสื่อสารในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และมีประสิทธิภาพ งานวิจัยครั้งต่อไปควรมีการพัฒนาความรู้ของพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เรื่องการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตัวเองและจัดการอาการรบกวนอื่นที่สำคัญเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้อย่างถูกต้องและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยีที่สนับสนุนการดำเนินการ และเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ป่วยระยะท้ายทุกท่าน ที่มีส่วนช่วยจนทำให้โครงการวิจัยสำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

ชวาร์วรัช สัจจวานิชย์, และศิวพล ศรีแก้ว. (2560). การพัฒนาแบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจ. *วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม ฉบับการประชุมวิชาการครบรอบ 25 ปี*, นครพนม: มหาวิทยาลัยนครพนม.

- ชุติมา เทียนทอง, ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, และปาริชาติ เพียสุพรรณ. (2564). การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ศูนย์การุณรักษ์โรงพยาบาล ศรีนครินทร์. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 36(4), 469-473.
- นิอร สิริมงคลเลิศกุล, ฐานันตร์ ถมั่งรักษัสัตว์, พบสุข ตันสุหัช, วิทยศักดิ์ รุจิวรกุล, ชมพูนุท สิงห์มณี, สายพิน กัญชาญพิเศษ, และจรรยาพร ใจสิทธิ์. (2565). การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านระบบมือถืออัจฉริยะ (Stroke Man). *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 75(1), 39-49.
- ภูษิต ประคองสาย. (2559). *การสาธารณสุขไทย 2554-2558*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- รัตนารณ์ รักษาติ, สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์, กัญญา ศรีอรุณ, ปานจิตร วงศ์ใหญ่, และภัทรนัย ไชยพรม. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองและระยะท้ายโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนต้นแบบหมู่บ้านปลอดมะเร็ง จังหวัดลำปาง. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท*, 4(2), 1-19.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, และปาริชาติ เพียสุพรรณ. (2561). *แนวทางการดำเนินงานศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาล Operational Guidelines for Hospital Palliative Care Program*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- Hasson, F., Nicholson, E., Muldrew, D., Bamidele, O., Payne, S., & McIlfatrick, S. (2020). International palliative care research priorities: a systematic review. *BMC palliative care*, 19(1), 1-16.
- World Health Organization. (2014). definition of palliative care. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Hospice Eligibility. (2021). *Hopice Eligibility*. Retrieved from <https://www.alivehospice.org/wp-content/uploads/2021/06/Hospice-Eligibility-2021.pdf>



ประสิทธิผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่อผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน Effectiveness of Emotion Regulation Program on Depression in Community

ก้องกฤษฏากรณ์ ชนแดง, พย.ม., Kongkrissadakorn Chondaeng, M.N.S.^{1*}

สมจิตต์ ลูประสงค์, ศศ.ด., Somchit Luprasong, Ph.D.²

กานต์ธริน ศรีสุวรรณ, พย.ม., Kantarin Srisuwan, M.N.S.¹

เกษร สายธนู, พย.ม., Kesorn Saithanu, M.N.S.³

สงวน ธาณี, ประ.ด., Sanguan Thanee, Ph.D.⁴

¹อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

¹Lecturer, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

²อาจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

²Lecturer, Ph.D., Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

³Assistant Professor, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

⁴ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

⁴Assistant Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

*Corresponding author Email: Kongkrissadakorn.c@ubu.ac.th

Received: July 31, 2022

Revised: April 17, 2023

Accepted: May 31, 2023

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนจำนวน 40 ราย ที่ผ่านการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9 Questions rating scale questionnaire : 9 Q) มีคะแนนเท่ากับ 7 คะแนนขึ้นไป และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกโดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าในชุมชน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ส่วนกลุ่มควบคุมดูแลให้ได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถาม

ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9 Questions rating scale questionnaire : 9 Q) ซึ่งมีค่าเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .95 3) โปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าในชุมชน มีค่าเชื่อมั่นเท่ากับ .82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบค่าที (t-test) ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้ 1) คะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าในชุมชน มีค่าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t=8.47$) 2) คะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าในชุมชนมีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t=-4.97$) ผลการศึกษาสรุปได้ว่าโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าในชุมชนเป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการกำกับอารมณ์ ภาวะซึมเศร้าในชุมชน

Abstract

This study was Quasi-Experimental Research. The objective of the study was to examine the effectiveness of the Emotion Regulation Program with depression in a community in Ubon Ratchathani Province. The sample consisted of 40 people with depression in the community who were assessed with 9 Questions rating scale questionnaire: 9 Q and had a score of 7 up with qualifications according to the inclusion criteria. The samples were divided into two groups; the experimental group and the control group. There were 20 people in each group by using the simple random sampling method. The experimental group was given the Emotion Regulation Program with depression in the community. There were 5 activities. The control group received regular nursing care. The instruments used were; 1) The personal data questionnaire 2) 9 Questions rating scale questionnaire: 9 Q which had a questionnaire reliability of .95. 3) The Emotion Regulation Program with depression in the community which had a questionnaire reliability of .82. The data were analyzed using descriptive statistics and t-test statistics. The results of the study were as follows: 1) The mean scores of depression assessments after receiving the Emotion Regulation Program were significantly lower than before the trial at the .01 level ($t=8.47$). 2) The mean scores for the depression assessments of the Emotion Regulation Program were statistically significant lower than those in the normal nursing group at .01 ($t=-4.97$). Therefore, from the results of the study, it can be concluded that the Emotion Regulation Program with depression in a community is an effective program for reducing depression among people with depression in the community.

Keywords: Emotion Regulation Program, Depression in community

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญและพบได้บ่อยในปัจจุบัน โดยมาจากหลายสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความเครียดของปัญหารอบด้าน เช่น ภาวะเศรษฐกิจ โรคระบาด การแข่งขันในสังคม รวมถึงปัจจัยทางชีวภาพและกรรมพันธุ์ ซึ่งหากเกิดขึ้นแล้วมักมีอาการเรื้อรังและเกิดเป็นซ้ำได้บ่อย ๆ ทำให้ส่งผลกระทบต่อบุคคลทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม โดยเฉพาะการปฏิบัติหน้าที่การทำงานและการใช้ชีวิตประจำวัน ถ้าหากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องจะส่งผลเสียในหลาย ๆ ด้านตามมา และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด (นันทศักดิ์ ชนะพันธ์, 2563)

จากสถิติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2565 พบว่าปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากกว่า 300 ล้านคนทั่วโลก และมากกว่า 1.5 ล้านคนในประเทศไทย ซึ่งมีสถิติสูงขึ้นจากปีที่ผ่านมา และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ คาดว่าในอนาคตประมาณ ปี พ.ศ. 2572 โรคซึมเศร้าจะกลายเป็นโรคอันดับที่ 2 ของโลก ทั้งนี้จังหวัดอุบลราชธานีถือว่าเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่สูงมากเป็นอันดับที่ 2 ของประเทศไทย ซึ่งมียอดผู้ป่วยซึมเศร้าสะสมจำนวน 47,744 คนจากประชากรทั้งสิ้น 1,551,253 คน (คลังข้อมูลสุขภาพ, 2566) และจากสถิติดังกล่าวยังพบการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอีกจำนวนมาก โดยในการกลับมาเป็นซ้ำในแต่ละครั้งจะยิ่งเพิ่มโอกาสเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำและความรุนแรงของโรคในครั้งต่อไป ทั้งนี้นอกจากผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและบุคคลรอบข้างอีกด้วย หากไม่ได้รับการแก้ไขหรือบำบัดรักษา อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ในที่สุด ซึ่งปัจจุบันในประเทศไทยพบว่ามีผู้พยายามฆ่าตัวตายสูงถึงประมาณ 53,000 คน ต่อปี และสามารถฆ่าตัวตายสำเร็จถึง 4,000 คน ต่อปี (กรมสุขภาพจิต, 2565)

ดังนั้นแนวทางในการรักษาเพื่อลดอาการซึมเศร้านั้น ต้องอาศัยหลายรูปแบบประกอบกัน เช่น การรักษาหลักด้วยยาเพื่อไปปรับสมดุลสารเคมีในสมองซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง รวมไปถึงการบำบัดรักษาทางจิตสังคม ซึ่งมีวิธีการที่มีรูปแบบที่หลากหลายไม่ว่าจะเป็นการรักษาแบบปรับความคิดและพฤติกรรม การรักษาแบบปรับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การรักษาจิตบำบัดเชิงลึก เป็นต้น โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการบำบัดทางจิตสังคมเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะให้ผลดีและมีความเหมาะสมต่อผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างยิ่ง โดยผู้บำบัดจะใช้หลักการสัมพันธภาพรายบุคคลหรือรายกลุ่มเข้าช่วย รวมถึงใช้เทคนิควิธีการต่าง ๆ เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาที่จะนำไปสู่การยอมรับถึงสาเหตุต่างๆ ของปัญหาและมุ่งหาแนวทางแก้ไขปัญหาของตนเอง ส่งเสริมการปรับตัวที่เหมาะสมของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งปัจจุบันมีโปรแกรมหรือกิจกรรมการบำบัดทางจิตสังคมมากมาย โดยขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของผู้นำไปใช้ที่แตกต่างกันออกไป หากได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสมจะช่วยให้บุคคลเหล่านี้สามารถมีกำลังใจ แก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง และกลับมาเป็นบุคคลที่มีคุณภาพได้อีกครั้ง

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าถือได้ว่าเป็นบุคคลที่มีความคิดในทางลบต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม โดยมีความวิตกกังวลจากสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เช่น สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การเกิดความขัดแย้งกับบุคคลที่สำคัญในชีวิต บุคคลในครอบครัว หรือการเปลี่ยนแปลงของบทบาททางสังคม เป็นต้น โดยปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ล้วนแต่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนในชีวิตประจำวัน ทั้งนี้ผู้วิจัยเชื่อว่ากระบวนการกำกับอารมณ์ เป็นอีกหนึ่งวิธีในการฝึกจิตของตนเอง เพื่อที่จะสามารถควบคุมอารมณ์และความรู้สึกทางลบของตนเองจากสิ่งยั่วเย้าต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน ให้เปลี่ยนเป็นความรู้สึกทางบวก เป็นการตระหนักรู้ใน

อารมณ์ของตนเอง หากบุคคลมีการฝึกบ่อยๆ จะสามารถตอบสนองต่อความคิดทางลบและปรับเป็นความคิดทางบวกได้โดยอัตโนมัติ ซึ่งวิธีการนี้บุคคลสามารถฝึกทำได้ด้วยตนเอง (Gross & Jazaieri, 2014) โดยปัจจุบันในประเทศไทยพบว่ามีความนำโปรแกรมการกำกับอารมณ์มาใช้อย่างมากมาในบุคคลหลายกลุ่มและมีวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกันไป เช่น เพื่อวัดและสังเกตพฤติกรรมการทำงานเป็นทีม เพื่อกำกับอารมณ์ทางปัญญา เพื่อควบคุมความเข้มแข็งและอดทน และเพื่อกำกับอารมณ์ในผู้ที่เป็โรคซึมเศร้าที่อยู่ในระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งพบว่าให้ประสิทธิผลที่ดี (ณัฐธินันท์ คุ่มรอด, 2560) แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีผู้นำโปรแกรมการกำกับอารมณ์มาใช้กับบุคคลที่เพิ่งพบว่ามีความซึมเศร้าในระดับปฐมภูมิหรือในชุมชนที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือได้รับการรักษาซึ่งในกลุ่มนี้ภาวะที่เกิดขึ้นอาจเป็นเพียงแค่อารมณ์หรือความรู้สึกที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่มากระทบต่อชีวิตในช่วงเวลาขณะนั้น หากเหตุการณ์ต่างๆ ผ่านพ้นไปหรือได้รับการแก้ไขด้วยการกำกับวิธีการคิดที่ถูกต้องอาจทำให้ทุเลาอาการของโรคไม่นำไปสู่ความรุนแรงที่มากขึ้นได้

ดังนั้นเพื่อการแก้ไขปัญหามารวมตัวกันในชุมชนและลดอุปสรรคต่อการแก้ปัญหาการฆ่าตัวตายที่เป็นปัญหาใหญ่ของประเทศในปัจจุบัน ซึ่งในอนาคตกรมสุขภาพจิตได้ตั้งเป้าหมายให้มีสถิติของอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่อผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน เพื่อค้นหาผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิและสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยใช้วิธีการกำกับอารมณ์ได้อย่างทันทั่วทั้งที่ รวมถึงเป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพของระบบการบริการทางด้านสุขภาพจิตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของกลุ่ม

ทดลองในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าในชุมชน

2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าในชุมชนและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าในชุมชนมีค่าต่ำกว่าก่อนการทดลอง
2. คะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าในชุมชนมีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

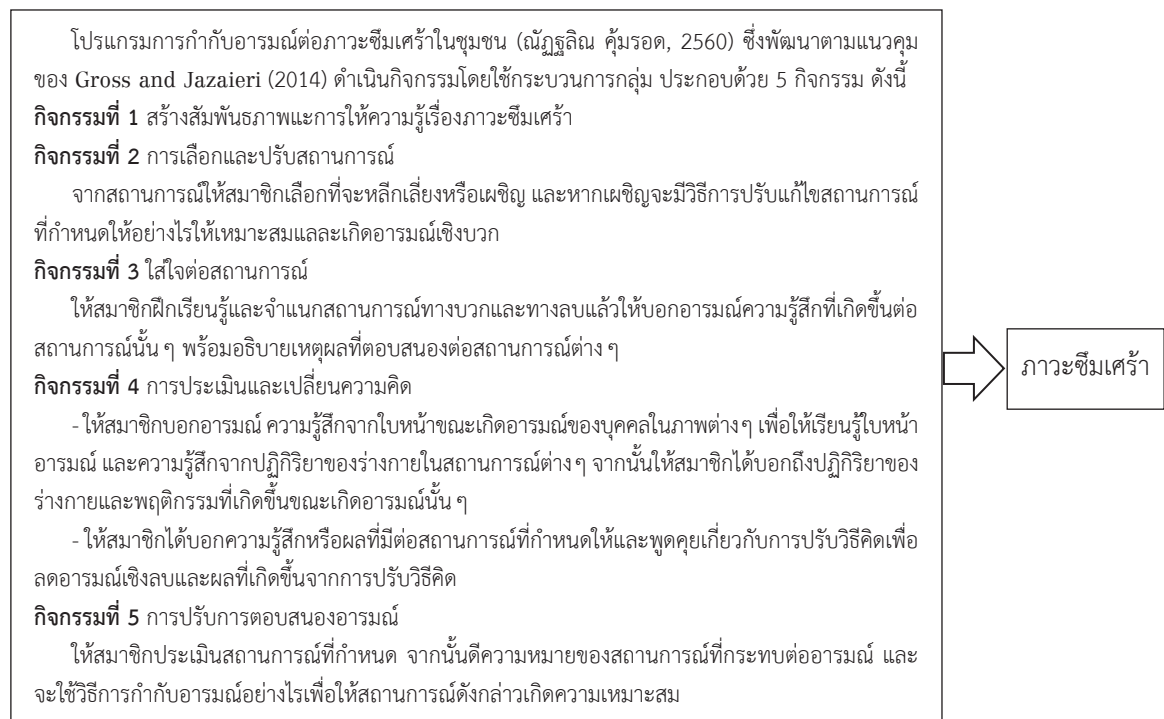
กรอบแนวคิดการวิจัย

จากแนวคิดของกรอช (Gross & Jazaieri, 2014) ได้อธิบายถึงกระบวนการการกำกับอารมณ์ (Emotion Regulation) ว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ในการควบคุมและจัดการกับสภาวะอารมณ์ของตนเองที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ เพื่อให้เกิดการแสดงออกที่เหมาะสม โดยจัดการกับอารมณ์เชิงลบและคงไว้ซึ่งอารมณ์เชิงบวกหรือส่งเสริมให้มีอารมณ์เชิงบวกเพิ่มขึ้น ทั้งนี้กรอชเชื่อว่ากระบวนการแสดงออกทางอารมณ์ของบุคคลที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นอารมณ์เชิงลบหรือเชิงบวก ล้วนแล้วแต่เกิดขึ้นจากปัจจัยต่างๆ อย่างเป็นลำดับขั้น ดังนี้ 1) สถานการณ์ (Situation) ที่กระทบต่ออารมณ์ในขณะนั้น 2) ความใส่ใจ (Attention) ที่เกิดขึ้นต่อจากสถานการณ์ที่กระทบต่ออารมณ์ที่บุคคลเลือกที่จะสนใจ 3) การประเมิน (Appraisal) เป็นการประเมินและตีความหมายของสถานการณ์ที่กระทบต่ออารมณ์ และ 4) การตอบสนอง (Response) ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเกิดอารมณ์ หลังจากประเมิน

ความหมายของสถานการณ์แล้วผ่านประสบการณ์และการเรียนรู้ในอดีตออกมาทางพฤติกรรมและเป็นการตอบสนองแบบอัตโนมัติ การที่บุคคลไม่มีการกำกับอารมณ์จะนำไปสู่ความคิดทางด้านลบได้ง่าย ดังนั้นการกำกับอารมณ์ตามแนวคิดของกรอซจึงเป็นสิ่งสำคัญในการฝึกปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive change) เพื่อลดอารมณ์เชิงลบและส่งเสริมให้บุคคลเกิดอารมณ์เชิงบวก

สำหรับในประเทศไทย ญัฐธลิน คุ่มรอด (2560) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่งพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ กลุ่มทดลองมีคะแนน

เฉลี่ยอาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่ออาการซึมเศร้าของ ญัฐธลิน คุ่มรอด (2560) ที่ได้พัฒนาโปรแกรมหลักตามแนวคิดของ Gross & Jazaieri (2014) มาปรับใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนและยังไม่ได้รับการวินิจฉัย โดยเชื่อว่าหากผู้ป่วยได้ฝึกทำเป็นประจำจะช่วยเพิ่มศักยภาพในการปรับแก้ไขสถานการณ์ หรือปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ลดความเสี่ยงและแนวโน้มต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและไม่นำไปสู่การเกิดโรคตามมาได้ ซึ่งในการปรับการตอบสนองต่อสถานการณ์ของกรอซ นั้นเชื่อว่าประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังมีรายละเอียดของโปรแกรมดังต่อไปนี้



แผนภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลองโดยมีกลุ่มควบคุม (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการกำกับอาการต่อภาวะซึมเศร้าในชุมชน ตัวแปรต้นคือ การใช้โปรแกรมการกำกับอาการต่อภาวะซึมเศร้าในชุมชน และตัวแปรตามคือ ภาวะซึมเศร้า

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตพื้นที่ 4 ตำบล ได้แก่ ตำบลเมืองศรีโค ตำบลบัววัด ตำบลคำขวาง และตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยขึ้นไป ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตพื้นที่ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 40 ราย จากการสุ่มอย่างง่าย (Simple random) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุมอีก 20 ราย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) ด้วยวิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบด้วยโปรแกรม G * Power (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติหรือค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) เท่ากับ .05 กำหนดขนาดอิทธิพลสำหรับการทดสอบที่ระดับ .8 (Cohen, 1988) และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) มีภาวะซึมเศร้าซึ่งประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม อยู่ในระดับเล็กน้อยขึ้นไป (7 คะแนนขึ้นไป) 2) มีภูมิลำเนาในพื้นที่ 4 ตำบล ได้แก่ ตำบลเมืองศรีโค ตำบลบัววัด ตำบลคำขวาง และตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 3) มีความสามารถในการอ่านและเขียนหนังสือได้ 4) มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป หากเป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จะต้องมีการประเมินภาวะสมองเสื่อม (แบบทดสอบ TMSE)

มากกว่า 23 คะแนนขึ้นไป 5) ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยยาหรือการบำบัดด้วยวิธีอื่น ๆ เพื่อลดภาวะซึมเศร้า

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และระยะเวลาการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .95 **การแปลผล** คะแนนรวม น้อยกว่า 7 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า, คะแนนรวม 7-12 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย, คะแนนรวม 13-18 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง, คะแนนรวม เกือบหรือมากกว่า 19 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

4. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการกำกับอาการต่อผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน (ณัฐธิดา คุ้มรอด, 2560) ที่ได้พัฒนาโปรแกรมจากแนวคิดของ Gross & Jazaieri (2014) และผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิต และจิตเวช 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity index) และการใช้ภาษา และนำไปทดลองใช้ในชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย พบว่ามีความเหมาะสมกับเนื้อหาและระยะเวลา สามารถนำไปใช้ได้จริง ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .82

5. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เลขที่ UBU-REC-87/2564 โดยกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดต่าง ๆ ของการวิจัยทุกขั้นตอนอย่างละเอียด และข้อมูลที่ได้จะ

นำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้นไม่สามารถอ้างอิงถึง
ตัวบุคคลได้

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2564-
มกราคม 2565 ในพื้นที่ 4 ตำบล ได้แก่ ตำบลเมืองศรีโค
ตำบลบัววัด ตำบลคำขวาง และตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอ
วารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยการพิทักษ์สิทธิ์
กลุ่มตัวอย่างตามวัตถุประสงค์และและทุกขั้นตอน
การดำเนินการวิจัยดังนี้

6.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและการทำ
แบบสอบถามก่อนการทดลอง

6.2 ดำเนินการทดลอง โดยแบ่งกลุ่ม
ตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
จำนวนกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองดำเนินกิจกรรม
ตามโปรแกรมการทดลองการกำกับอารมณ์ต่อภาวะ
ซึมเศร้า จำนวน 4 ครั้ง 5 กิจกรรม ส่วนกลุ่มควบคุม
ได้รับการพยาบาลตามปกติได้แก่ การตรวจคัดกรอง
อาการซึมเศร้า การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การ
ติดตามประเมินอาการซึมเศร้าที่บ้าน รวมทั้งการให้
คำแนะนำผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวตามสภาพ
ปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าขณะอยู่บ้าน

6.3 เมื่อเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยเข้าพบ
กลุ่มตัวอย่างเพื่อทำแบบสอบถามหลังการทดลอง

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

7.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติ
พรรณนาหาความถี่และร้อยละ

7.2 วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าคะแนน
ภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม
ในระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง
ด้วยสถิติทดสอบ t-test กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับ
นัยสำคัญทางสถิติ $p < .01$

ผลการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-
Experimental Research) เพื่อศึกษาประสิทธิผล
ของโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าของ
ในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี โดยเปรียบเทียบภาวะ
ซึมเศร้าของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการกำกับ
อารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 คน และกลุ่ม
ควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 20 คน
วัดภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม
(9 Q) ก่อนและหลังการทดลอง ผู้วิจัยขอสรุปผลการ
วิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็น
ร้อยละ 85 โดยเกือบทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60
ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 47.5 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด
กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 45 มีสถานภาพการสมรสคู่
นอกจากนี้ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาเพียงชั้นประถมศึกษา
เท่านั้นคิดเป็นร้อยละ 62.5 และสถานะว่างงานไม่ได้
ประกอบอาชีพใดๆ คิดเป็นถึงร้อยละ 52.5 ส่งผลให้
กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท
ซึ่งมีทั้งสิ้นถึงร้อยละ 92.5 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างร้อยละ
67.5 จึงมีรายได้ที่ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในแต่ละเดือน
จากการสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพพบว่ากลุ่มตัวอย่าง
เกือบทั้งหมดมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรคขึ้นไป
คิดเป็นถึงร้อยละ 95 ทั้งนี้ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการ
เจ็บป่วยมาแล้วมากกว่า 5 ปี ขึ้นไป ถึงร้อยละ 72.5

2. การเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า

คะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง
ที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้า
ภายหลังการทดลอง ($\bar{X}=4.60$, $SD=2.52$) มีคะแนน
ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X}=9.45$, $SD=3.05$)

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.47$, $p < .001$) พยาบาลตามปกติพบว่าไม่มีความแตกต่าง (ดังตารางส่วนคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยของกลุ่มที่ได้รับการ ที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนภาวะซึมเศร้า	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์						
ต่อภาวะซึมเศร้า (n=20)						
- ก่อนได้รับโปรแกรม	9.45	3.05	เล็กน้อย	19	8.47	.000
- หลังได้รับโปรแกรม	4.60	2.52	ไม่มีภาวะซึมเศร้า			
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=20)						
- ก่อนได้รับโปรแกรม	9.20	2.41	เล็กน้อย	19	-.10	.918
- หลังได้รับโปรแกรม	9.25	3.33	เล็กน้อย			

คะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่มีความแตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้ามีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย ($\bar{X} = 4.60$, $SD = 2.52$) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{X} = 9.25$, $SD = 3.33$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.97$, $p < .001$) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนภาวะซึมเศร้า	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
คะแนนก่อนการได้รับโปรแกรม						
- กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (n=20)	9.45	3.05	เล็กน้อย	38	.28	.77
- กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=20)	9.20	2.41	เล็กน้อย			
คะแนนหลังการได้รับโปรแกรม						
- กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (n=20)	4.60	2.52	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	38	-4.97	.000
- กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=20)	9.25	3.33	เล็กน้อย			

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าในชุมชนพบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (t = 8.47) ส่วนคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมพบว่าหลังการทดลองมีคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง (t = -10) ทั้งนี้การที่กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าในชุมชนต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมตามแนวคิดทฤษฎีของกรอส (Gross & Jazaieri, 2014) ในการควบคุมและจัดการกับสภาวะอารมณ์ของตนเองที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการแสดงอารมณ์ออกมาอย่างเหมาะสมของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งกลุ่มตัวอย่างพยายามจัดการกับอารมณ์เชิงลบของตนเองและคงไว้ซึ่งอารมณ์เชิงบวก โดยใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ ตามกระบวนการของโปรแกรม 5 ขั้นตอนของกรอส ได้แก่ การฝึกเลือกสถานการณ์ ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างฝึกที่จะไม่หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ไม่อยากเผชิญแต่เลือกใช้วิธีการกล่าเผชิญกับสถานการณ์จริง จากนั้นฝึกการปรับและแก้ไขสถานการณ์ เช่น ปรับความคิดของตนเองให้เหมาะสมหรือลดระยะเวลาการอยู่ในสถานการณ์นั้นให้สั้นลงและพิจารณาเหตุการณ์ที่เผชิญโดยเลือกฝึกไม่ใส่ใจต่อเหตุการณ์ที่กระทบในทางลบหรือเบี่ยงเบนความสนใจฝึกประเมินและปรับเปลี่ยนวิธีคิดถึงข้อดี ข้อเสียของสถานการณ์และจัดการให้เหมาะสมซึ่งนำไปสู่การตอบสนองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกระบวนการเหล่านี้เรียกว่าการกำกับอารมณ์ บุคคล

ที่มีความบกพร่องในการกำกับอารมณ์จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงและในขณะเดียวกันหากบุคคลมีการเรียนรู้และใส่ใจในการกำกับอารมณ์จะช่วยลดอารมณ์ในทางลบได้ดี (Choi, Lee, & Shin, 2021) ที่ผ่านมา Ehring, Fischer, Schnuelle, Boesterling, & Tuschen-Caffier (2008) ได้ศึกษากระบวนการกำกับอารมณ์โดยได้เปรียบเทียบในกลุ่มที่เคยมีประวัติเป็นโรคซึมเศร้าและกลุ่มที่ยังไม่เคยมีประวัติโรคซึมเศร้าพบว่ากลุ่มที่เคยมีประวัติโรคซึมเศร้าจะมีการใช้กลยุทธ์การกำกับอารมณ์น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีประวัติ จากการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของกระบวนการกำกับอารมณ์ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยลดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐธิดา คุ่มรอด (2560) ที่ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่าภายหลังที่กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ทำให้มีอาการซึมเศร้าลดลงผ่านกิจกรรมกลุ่ม (Marram, 1978) ซึ่งจะช่วยให้บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าเรียนรู้ที่จะมีการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสามารถฝึกจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสมในการกำกับอารมณ์ของตนเองภายใต้สถานการณ์ที่กำหนดร่วมกับสมาชิกอื่นภายในกลุ่ม โปรแกรมนี้จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสพัฒนาการเรียนรู้ทางปัญญาและส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจของการเกิดอารมณ์ที่มีต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ไม่พึงประสงค์ กลุ่มตัวอย่างจะเกิดการพัฒนาในการประเมินสถานการณ์ เข้าใจสถานการณ์ เกิดการเรียนรู้และใส่ใจในการปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดและการปรับการตอบสนองต่ออารมณ์เชิงลบ สามารถพัฒนาและรักษาอารมณ์เชิงบวกให้ต่อเนื่อง จึงนำมาสู่การลดภาวะซึมเศร้าได้

สรุปผลและข้อเสนอแนะการวิจัย

1. สรุปผล

1.1 คะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้ามีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 8.47$) สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 นั่นคือ คะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าในชุมชนมีค่าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าในชุมชน

1.2 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าในชุมชน ภายหลังการทดลองมีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = -4.97$) สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากผลการศึกษาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่อภาวะซึมเศร้าในชุมชนเป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนได้

2. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่อผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไปใช้ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เนื่องจากสามารถเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างได้ง่าย โดยการคัดกรองค้นหาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและสามารถนำโปรแกรมไปใช้กับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนตั้งแต่ระดับเล็กน้อยขึ้นไป เพื่อแก้ไขและลดความรุนแรง หรือความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากภาวะซึมเศร้าต่อไป

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าเพียงระดับเล็กน้อยเท่านั้น ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป อาจเลือกพิจารณาทดลองในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและรุนแรงร่วมด้วยเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมต่อระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าต่อไป

3.2 ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรทำการศึกษาการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมต่อโปรแกรม โดยติดตามและประเมินผลการวิจัยในระยะยาว เช่น 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2565). รายงานการเข้าถึงผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. สืบค้นจาก https://thaidepression.com/www/report/main_report/pdf/ahb-04-23-mix_HDC.pdf
- คลังข้อมูลสุขภาพ. (2566). การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิต. สืบค้นจาก <http://www.dga.or.th/document-sharing/infographic/36119/>
- ณัฐธิน คุ้มรอด. (2560). ผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 31(2), 136-151.
- นันทศักดิ์ ชนะพันธ์. (2563). ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า: บทบาทพยาบาลในการดูแลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 32(1), 75-88.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences. (2ndEd)*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

- Ehring, T., Fischer, S., Schnuelle, J., Boesterling, A., & Tuschen-Caffier, B. (2008). Characteristics of emotion regulation in recovered depressed versus never depressed individuals. *Personality and Individual Differences*, 44(7), 1574-1584.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior research methods*, 41(4), 1149-1160.
- Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical psychological science*, 2(4), 387-401.
- Choi, H. S., Lee, K. E., & Shin, Y. (2021). Effects of an emotional regulation program on maladaptive cognitive emotion regulation, stress, anxiety, and postpartum depression among South Korean mothers of premature infants in the neonatal intensive care unit. *Child Health Nursing Research*, 27(1), 24-33.
- Marram, G. D. (1978). *The group approach in nursing practice* (2 ed.). Saint Louis: Mosby.



ผลของการใช้โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ
ในการดูแลแบบประคับประคอง ต่อความเครียด ความวิตกกังวล
และคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยและผู้ดูแล

**The Effect of Therapeutic Relationship Combination with
Empowerment Program in Palliative Care on Stress,
Anxiety and Quality of life in Patients and Caregivers**

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, ค.ด., Oraphun Lueboonthavatchai, Ph.D.^{1*}

กุลพิชญ์ เวชรัตน์พิมล, กศ.ด., Kulpicha Vetcharatpimon, Ed.D.²

นัชพร ฤทธาปัญญา, วท.ม., Nutchaporn Ritthapanya, M.sc.³

นฤมล บุญบางยาง, พย.ม., Naruemol Boonbangyang, M.N.S.⁴

¹รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ และรองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

¹Associate Professor, Ph.D., Faculty of Nursing and Vice President in Academic Affair,
Saint Louis College.

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

²Assistant Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College

³อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

³Lecturer, Faculty of Nursing, Saint Louis College

⁴พยาบาลวิชาชีพ, หน่วยประคับประคอง โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์

⁴Professional Nurse, Supportive Care Nurse, Saint Louis Hospital

*Corresponding Author Email: oraphun@slc.ac.th

Received: October 3, 2022

Revised: April 27, 2023

Accepted: May 31, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลแบบประคับประคองต่อความเครียด ความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยและผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง 20 ราย และผู้ดูแล 20 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามแนวคิดของ Peplau (1997)

และ Gibson (1995) ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามโปรแกรมที่กำหนด จากนั้นประเมินผลด้วย แบบประเมินความเครียด ความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิต ซึ่งได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และวิเคราะห์ค่าความเที่ยงแล้ว มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .924, .922, และ .939 ตามลำดับ นำผลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบผลการทดลองด้วยสถิติทดสอบค่าที (dependent-t test) ผลการวิจัยพบว่า 1) ภายหลังใช้โปรแกรม ความเครียด ความวิตกกังวลของผู้ป่วย ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แต่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) ภายหลังใช้โปรแกรม ความเครียดของผู้ดูแลลดลง ส่วนคุณภาพชีวิตเฉพาะด้านจิตใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แต่ความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแล ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุป การใช้โปรแกรมสัมพันธ์ภาพบำบัดครั้งนี้ สามารถลดความเครียด และความวิตกกังวลในผู้ป่วยได้ สำหรับผู้ดูแลความเครียดลดลง และเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านจิตใจเท่านั้น ส่วนความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตโดยรวม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ควรหาวิธีการเพิ่มคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมสัมพันธ์ภาพบำบัด การเสริมสร้างพลังอำนาจ การดูแลแบบประคับประคอง ความเครียด ความวิตกกังวล คุณภาพชีวิต

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research were to study the effect of a therapeutic relationship combination with empowerment program on stress, anxiety, and quality of life of patients and caregivers. The sample were 20 patients who needed palliative care and 20 caregivers. The tools of experiment were therapeutic relationship and empowerment program created by researchers according to concepts of therapeutic relationship's Peplau (1997) and empowerment's Gibson (1995) The researcher conducted all stages of the program, and evaluated with stress, anxiety and quality of life tests which examined by the experts with content validity and tested the reliability. The reliability of the tests were .924, .922, and .939 respectively. The results of the research were analysed by descriptive statistic and dependent t-test, can be summarized as follows:- 1) After using the program, stress and anxiety of patients were reduced statistically significantly at .05, while there was no statistically significant difference in quality of life of patients before and after using the program. 2) After using the program, stress of caregivers was reduced, while psychological aspect of quality of life was increased statistically increased with significant differences at .05. There was no statistically significant difference in anxiety and overall of quality of life of caregivers before and after using the program. From this study, can be concluded that using of the therapeutic relationship combination with empowerment program can reduce stress and anxiety in the patients. While

in caregivers, this program can reduced only stress and increase only psychological aspect of quality of life. Therefore, it would be much better if we could find some methods to increase the overall of quality of life of both patients and caregivers.

Key words: *Therapeutic relationship program, Empowerment, Palliative, Stress, Anxiety, Quality of life*

บทนำ

จากสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากและรวดเร็ว โดยเฉพาะการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ในขณะที่เดียวกันปัญหาทางสุขภาพก็เกิดขึ้นตามมามากมาย การเกิดโรคระบาดใหม่เพิ่มขึ้น เช่น การระบาดของโควิด 19 และการกลายพันธุ์ของโควิด 19 ตลอดจนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตามมา ทำให้เราต้องใช้ชีวิตในรูปแบบใหม่ อย่างไรก็ตามการดำเนินชีวิตของมนุษย์ก็ยังคงปรับตัวอยู่ตลอดเวลา ต้องเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังบางโรคที่ไม่สามารถรักษาหายได้ เช่น โรคระบบประสาทโรคไตเรื้อรัง โรคเมะเร็ง เป็นต้น โรคเหล่านี้ต้องการการดูแลที่ต่อเนื่อง ยาวนาน และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย แต่พยาบาลก็ต้องทำหน้าที่ดูแลสุขภาพและช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์อย่างไม่หยุดยั้ง พยาบาลต้องคิดค้นหาวิธีในการดูแลช่วยเหลือมนุษย์ทุกเพศ ทุกวัย ตั้งแต่เกิด แก่ เจ็บ จนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต พยาบาลเป็นผู้ที่ต้องดูแลสุขภาพของบุคคลในทุกระยะการณ บบาทของพยาบาลเป็นการดูแลแบบองค์รวม ที่เน้นการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ให้สามารถปรับตัวอยู่กับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปได้อย่างปกติสุข โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ที่ต้องการดูแลแบบประคับประคอง จึงเป็นบทบาทที่สำคัญยิ่งของพยาบาลวิชาชีพ

ลักษณะของผู้ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง องค์การอนามัยโลก (The WHOQOL Group, 1998) ได้ให้คำจำกัดความของการดูแลรักษาแบบ

ประคับประคอง (Palliative Care) ว่าเป็นการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่รักษาไม่หาย โดยเน้นที่การป้องกัน บรรเทาอาการเจ็บปวด ตลอดจนการบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น เป็นการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และสังคมของผู้ป่วย สถานการณ์การดูแลแบบประคับประคองทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลก ได้เปิดเผยผ่านเว็บไซต์องค์การอนามัยโลก เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2562 พบว่า แต่ละปีทั่วโลกจะมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายราว ๆ 40 ล้านคน ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ในจำนวนนี้มีถึงร้อยละ 78 ที่อยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย 40 ล้านคนทั่วโลก มีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้น ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโดยพบว่า การที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลแบบประคับประคองที่มากขึ้นนั้นมาจากผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ NCDs (Non-communicable diseases) ที่เพิ่มขึ้นและเข้าสู่สังคมสูงวัยของโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (The WHOQOL Group, 1998) ได้ระบุตัวเลขผู้ป่วยที่ต้องการเข้ารับบริการแบบประคับประคองทั่วโลกโดยแบ่งตามประเภทของโรค ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 38.5 โรคมะเร็งร้อยละ 34 โรคด้านระบบทางเดินหายใจร้อยละ 10.3 โรคเอดส์ร้อยละ 5 และโรคเบาหวานร้อยละ 4.6 นอกจากนี้ ยังมีกลุ่มโรคอื่น ๆ ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองด้วยเช่นกัน เช่น

โรคไตวาย โรคตับเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคพาร์กินสัน โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ กลุ่มโรคความผิดปกติทางระบบประสาท สมองเสื่อม ความพิการแต่กำเนิด วัณโรคดื้อยาต่างๆ กลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ ในระยะสุดท้ายมักต้องเผชิญกับอาการเจ็บปวด ตั้งแต่ระดับทนรับไหวไปจนถึงระดับรุนแรงในช่วงสุดท้ายของชีวิต

นอกจากการดูแลแบบประคับประคองในประเทศต่าง ๆ จะใช้การบริโภคนยา คือการใช้ opioids เป็นสำคัญ ในการจัดการอาการปวดอย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการวัดคุณภาพการให้บริการตาม Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA) อื่นๆ โดยระบุไว้แล้วก็ตาม แต่ในแนวทางกระทรวงสาธารณสุขก็ยังเน้นการดูแลแบบองค์รวมอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล และยังได้ให้ความสำคัญกับกระบวนการการดูแล เช่นการทำ family meeting การทำ advance care planning การให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิการตัดสินใจการให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย และการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้าน (ปฐมพร ศิริประภาศิริ, 2563) การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจำเป็นต้องมุ่งเน้น ไม่เพียงเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย และการดูแล ผู้ป่วยระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้านเท่านั้นแต่ต้องมุ่งเน้นทั้งการบรรเทาความเจ็บปวด ลดความทุกข์ทรมาน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลควบคู่กับการรักษาอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทั้งจากตัวโรคเองและอาการข้างเคียงอื่นๆ จากการรักษาโรคที่เกิดขึ้น ทั้งกับตัวผู้ป่วย ญาติผู้ใกล้ชิด และครอบครัว รวมถึงการช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวอยู่อย่าง

มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้ที่มีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพอนามัย จำเป็นต้องพัฒนาความรู้ความเข้าใจให้มากขึ้นเรื่อยๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ตื่นตระหนกเข้าใจและรับมือกับอาการที่เกิดขึ้นได้โดยหลักการดูแลที่มุ่งเน้นการปรับตัวเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพที่ดี แม้ว่าอาจไม่สามารถจัดการกับโรคให้หายไปเช่นปกติได้ ดังที่ นิลวรรณ นิมนานวรวัศ (2563) กล่าวว่า การดูแลแบบประคับประคอง สามารถเริ่มได้ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเผชิญภาวะความเจ็บป่วยที่เป็นอันตรายถึงชีวิต โดยค่อยๆ มีบทบาทเพิ่มมากขึ้นเมื่อตัวโรคเป็นมากขึ้น อาการของผู้ป่วยมากขึ้น トラバจนกระทั่งผู้ป่วยจากไป รวมถึงให้การดูแลความเศร้าโศกเสียใจของครอบครัวจากการสูญเสียด้วย

การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลควบคู่ไปกับการรักษาหลัก โดยเน้นหลักการที่สำคัญ คือ ต้องยอมรับความจริงที่ว่า ไม่มีใครสามารถหลีกเลี่ยงการเสียชีวิตได้ แต่จะอย่างไรให้ผู้เสียชีวิตนั้นจากไปด้วยความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด ครอบครัวได้เตรียมตัวเตรียมใจกับความสูญเสียครั้งใหญ่ที่จะเกิดขึ้น การทำความเข้าใจอาการที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิต และช่วยให้ครอบครัวและผู้ดูแลสามารถรับมือกับสถานการณ์ได้ดียิ่งขึ้น การดูแลแบบประคับประคองนั้นสามารถทำได้ทั้งที่บ้าน ในโรงพยาบาล หรือในสถานพยาบาลที่มีความพร้อม ขึ้นกับอาการของผู้ป่วยในขณะนั้น หากผู้ป่วยมีอาการรุนแรง เช่น มีภาวะติดเชื้อ อาจจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลเนื่องจากต้องให้การรักษาหรือให้ยาทางหลอดเลือด หรือสาเหตุอื่นจนเมื่ออาการของผู้ป่วยสงบลง ก็อาจกลับมาดูแลที่บ้าน หรือที่สถานพยาบาลที่มีความพร้อมได้ ทั้งนี้ขึ้นกับสถานะของผู้ป่วยและบริบทของครอบครัวที่มีความพร้อมและมั่นใจในการดูแลร่วมด้วย

การใช้สัมพันธภาพบำบัดและการเสริมสร้างพลังอำนาจนอกจากหลักการดูแลแบบประคับประคอง

ที่กล่าวมาแล้ว ยังมีแนวคิดที่สำคัญและนำไปสู่การดูแลแบบประคับประคองได้ดีนั้น พยาบาลจำเป็นต้องใช้หลักของสัมพันธภาพบำบัดร่วมด้วย เนื่องจากทุกพฤติกรรมของการพยาบาลที่ช่วยเหลือผู้ป่วยต้องอยู่บนพื้นฐานของความไว้วางใจ ความมั่นใจ ซึ่งจะเกิดขึ้นได้เมื่อพยาบาลมีสัมพันธภาพที่ดี โดยเฉพาะหลักการสร้างสัมพันธภาพบำบัดตามแนวคิดของ Peplau (1995) เป็นการสร้างสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ ที่มีเป้าหมายชัดเจน และได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตปรับตัวไม่ได้ไม่สามารถยอมรับความจริงและเหตุผลต่างๆ ได้ พยาบาลสามารถสร้างและใช้สัมพันธภาพเชิงวิชาชีพในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดำเนินชีวิต และปรับตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสมซึ่งมีหลักการและขั้นตอนดังที่ อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย, สายสมร เฉลยเกิดติ, และ วรวิภา กิตติมาสกุล (2561) กล่าวไว้ดังนี้

1. พยาบาลใช้หลักของสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ โดยการเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลสร้างความไว้วางใจ จนผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเชื่อถือ ยอมรับ และไว้วางใจ พยาบาลจะดำเนินการให้คำปรึกษาในประเด็นที่ผู้ป่วยและครอบครัว เกิดความทุกข์ ความไม่แน่ใจ ไม่กล้าตัดสินใจด้วยเหตุใดก็ตาม จนผู้ป่วยและครอบครัวค่อยๆ รู้สึกผ่อนคลาย ยอมรับความจริง (Peplau, 1997) รับฟังสามารถพิจารณาไตร่ตรอง และเลือกปฏิบัติ

2. พยาบาลตอบคำถามผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสม โดยใช้ความรู้ ความสามารถในการศาสตร์ และความเข้าใจสภาพของผู้ป่วย ครอบครัว และธรรมชาติความเป็นมนุษย์ พยาบาลใช้สัมพันธภาพที่ดีทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย และมั่นใจในตัวพยาบาล

3. พยาบาลใช้ศักยภาพในการปฏิบัติบทบาทพยาบาล ในการสอน การให้คำปรึกษา การชี้แนะที่เหมาะสม จนผู้ป่วยและครอบครัว ยอมรับสถานภาพ

และความเป็นจริงและดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ในสภาพของตน ซึ่งจากการศึกษาของ Kubler-Ross E (1969) กล่าวว่า ผู้ที่อยู่ในระยะท้ายมักปฏิเสธ การเจ็บป่วยทันทีที่รู้ว่าตนป่วยและจะปฏิเสธไม่ยอมรับความจริง พยาบาลจะต้องหาทางอธิบายด้วยสัมพันธภาพที่ดี และความไว้วางใจ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับความจริง เพื่อจะได้หาหนทางจัดการในทางที่เหมาะสมต่อไป

4. พยาบาลใช้บทบาทของผู้ดูแลช่วยเหลือ และตอบคำถามที่ผู้ป่วยและครอบครัวในประเด็นที่สงสัย ไม่แน่ใจ ให้เกิดความชัดเจน เพื่อลดความเครียด และความวิตกกังวล

5. พยาบาลให้กำลังใจ ด้วยการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วย ครอบครัว รวมถึงผู้ดูแล มีความมั่นใจในศักยภาพของตนเอง ในการดูแล ช่วยเหลือ และสนับสนุนจนผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล มีความมั่นใจในความสามารถของตน ที่จะดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี (การเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson, 1995)

จากการที่ได้ศึกษา ผู้ป่วยและครอบครัวในระยะสุดท้าย ได้พบผู้ป่วยและครอบครัว หลายรูปแบบ ผู้วิจัยได้พยายามใช้หลักของสัมพันธภาพบำบัดทั้งกับผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล พบว่า แม้ผู้ป่วย ญาติ และครอบครัวในระยะท้ายจะกล่าวว่า ตนมีความพร้อมและยอมรับสถานการณ์ได้ และได้จัดการเตรียมทุกอย่างไว้พร้อมแล้วก็ตาม แต่ทั้งญาติและผู้ป่วยก็ยังเต็มไปด้วยความเครียด ความวิตกกังวล ความขัดแย้งในใจ และยังมี ความทุกข์ใจอยู่ ยังมีคำถามเกิดขึ้นในใจอยู่เสมอ พยาบาลจำเป็นต้องให้กำลังใจ และเสริมสร้างพลังอำนาจไปด้วย ผู้วิจัยได้เข้าพบผู้ป่วยและครอบครัวจากการใช้สัมพันธภาพ ด้วยท่าทีเห็นใจและเข้าใจ ได้รับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพยายามจะเล่าในระยะท้าย ก็ยังพบว่า ผู้ป่วยมีคำถามอยู่ในใจเสมอๆ เช่นถามว่า ถึงเวลาแล้วถึง

เวลาแล้วหรือยัง? คนใกล้ชิดจะรู้สึกอย่างไร? เมื่อเราจากไป? คำถามของแพทย์ที่ถามด้วยความเอาใจใส่ว่า “ถึงเวลานั้นแล้วอยากให้พระมาสดไหม?” ผู้ป่วยก็หันมาถามพยาบาลว่า “คุณหมอบอกแบบนี้หมายความว่าเรากำลังจะสิ้นลมใช่ไหม?” คำถามหลายคำถามเกิดจากความกังวลใจของผู้ป่วยและครอบครัวที่อยู่ในระยะท้ายพยาบาลจะต้องตอบคำถามเหล่านี้ให้ผู้ป่วยเข้าใจ รู้สึกคลายความกังวลมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ดังนั้นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลก็คือการใช้สัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและครอบครัวไปด้วยการสอนและสนับสนุนให้กำลังใจไปด้วยจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงผู้ดูแล มีความมั่นใจในการดำรงชีวิตและปรับตัวได้ในขณะนั้น คณะผู้วิจัย จึงมีความสนใจศึกษาและทดลองใช้แนวปฏิบัติดังกล่าว เพื่อความชัดเจน และเป็นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการสร้างโปรแกรมการใช้สัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยมีความเชื่อว่า การใช้สัมพันธภาพบำบัดตามแนวคิดของ Peplau (1997) จะช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล และเพิ่มคุณภาพชีวิตสำหรับ ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลได้ และการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) เป็นการเสริมสร้างความมั่นใจและกำลังใจในการจัดการดูแลและจัดการกับตนเองได้ดี จึงนำเสนอโครงการวิจัย เรื่อง “ผลของการใช้โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลแบบประคับประคองเพื่อลดความเครียด ความวิตกกังวล และเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว”

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดและการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลแบบ

ประคับประคอง ต่อความเครียด ความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2. เปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดและการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลแบบประคับประคองต่อ ความเครียด ความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง มีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วย และผู้ดูแลในครอบครัว ที่มารับบริการแบบประคับประคอง ณ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร และกลับไปอยู่ที่บ้านในชุมชน

2. กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าต้องการการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 20 ราย และผู้ดูแลหลักในครอบครัว 20 ราย ใช้จากจำนวนประชากรจริงที่มารับบริการ ที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนสิงหาคม 2564-มิถุนายน 2565

3. เกณฑ์การคัดเลือก คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกตามช่วงเวลาของผู้ป่วยเข้ารับบริการ ระหว่างเดือนสิงหาคม 2564-มิถุนายน 2565 ตามเกณฑ์คุณสมบัติดังนี้

3.1 เป็นผู้ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง ผู้ดูแลหลักที่อยู่ในครอบครัวไม่จำกัดโรค เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร

3.2 ผู้ป่วย และผู้ดูแลในครอบครัว ยินดีให้ความร่วมมือรับเป็นกลุ่มตัวอย่าง ในการทดลอง

4. เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วย หรือผู้ดูแลที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตลอดโปรแกรม

5. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่

5.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดและการเสริมสร้างพลังอำนาจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดสัมพันธภาพบำบัดของ Peplau (1997) ร่วมกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson (1995) ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอนดังนี้

5.1.1 แนะนำตัว สร้างความไว้วางใจ และประเมินสภาพปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เน้นการค้นหาความจริงเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยระบายความทุกข์ พยาบาลรับฟังด้วยท่าทีเห็นใจและเข้าใจ

5.1.2 ทำความเข้าใจสภาพปัญหาและความทุกข์ของผู้ป่วยและครอบครัว ให้กำลังใจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเองและผู้ป่วยที่เหมาะสมตามสภาพและความต้องการของผู้ป่วย พัฒนาความเข้าใจสภาพปัญหาของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล

5.1.3 พัฒนาการยอมรับสภาพปัญหาและความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว การสนับสนุนให้กำลังใจและการเสริมแรงให้ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล ตอบคำถามที่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ที่ยังค้างคาใจ สร้างความเข้าใจ และยอมรับตนเองและสภาพปัญหา ของผู้ป่วย และผู้ดูแลในครอบครัว

5.1.4 ร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัว ในการจัดการกับปัญหา ให้กำลังใจ ส่งเสริมสนับสนุน ทั้งความรู้ ความเข้าใจ และความพร้อมในการปรับตัวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีความมั่นใจในการเผชิญปัญหาที่ถูกต้องเหมาะสม

5.1.5 ทบทวนสนับสนุนแนวทางการจัดการปัญหาของผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวที่เหมาะสม ให้กำลังใจและการเสริมแรง ใช้สัมพันธภาพบำบัดในการสนทนาเพื่อให้ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลมีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา และมองเห็นแนวทางดำเนินชีวิตที่มี

คุณค่า และส่งเสริมสนับสนุน การดำเนินชีวิตที่มีคุณค่า และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล

5.1.6 สรุปและประเมินผล ประเมินด้วยการสังเกตการสนทนาคูการปรับตัว และใช้แบบประเมิน ความเครียด ความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิตที่ได้ตรวจสอบแล้ว

5.2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ แบบประเมิน ความเครียด ความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิตฉบับย่อ ของกรมสุขภาพจิต เครื่องมือทั้ง 3 ชุด ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชและการพยาบาลแบบประคับประคองจำนวน 3 ท่าน นำมาให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา หาค่าความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 และนำมาหาความเที่ยงด้วยการทดสอบกับผู้ป่วยและญาติที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย วิเคราะห์ค่าความเที่ยง ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินโดยรวม คือ แบบวัดความเครียดเท่ากับ .924, แบบวัดความวิตกกังวล เท่ากับ .922 และแบบวัดคุณภาพชีวิตเท่ากับ .939

6. การดำเนินการด้านจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้เสนอขออนุมัติโครงการนี้จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์แล้ว โดยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2564 เลขที่รับรอง E.003/2564 จากนั้นได้ทำหนังสือ ขอความร่วมมือและขออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ เพื่อเข้าดำเนินการวิจัย และทดลองตามขั้นตอน เมื่อได้รับอนุมัติเรียบร้อยแล้ว จึงเริ่มดำเนินการวิจัยตามโปรแกรม 6 ขั้นตอน ก่อนเริ่มดำเนินการได้เข้าพบผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว แนะนำตัว ขอความร่วมมือในการวิจัย โดยผู้วิจัยชี้แจงขั้นตอนและวัตถุประสงค์ของการวิจัย เมื่อผู้ป่วยและ

ผู้ดูแลยินยอมให้ดำเนินการ ผู้วิจัยจึงเริ่มด้วยการใช้แบบสอบถามประเมิน ความเครียด ความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนดำเนินการ จากนั้นจึงเริ่มดำเนินการตามโปรแกรม 6 ขั้นตอน ใช้เวลาดำเนินการ ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2564-เดือนมิถุนายน 2565 เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วน ผู้วิจัยได้ประเมินความเครียด ความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิต ด้วยแบบประเมินชุดเดิม และนำข้อมูลมาวิเคราะห์

7. การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงบรรยาย และวิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบความแตกต่างก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติทดสอบค่าที (paired sample t-test)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบ ความเครียด ความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยในภาพรวม ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ ด้วยสถิติทดสอบ Paired Samples t-test

ประเด็น	ระยะเวลา	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t - test
ความเครียด	ก่อน	27.10	9.22	3.60*
	หลัง	15.65	12.43	
ความวิตกกังวล	ก่อน	31.90	10.09	3.47*
	หลัง	21.25	9.04	
คุณภาพชีวิต				
สุขภาพกาย	ก่อน	2.61	.85	-1.31
	หลัง	2.88	.66	
สุขภาพจิต	ก่อน	2.83	.62	-.92
	หลัง	3.02	.56	
สิ่งแวดล้อม	ก่อน	2.93	.70	-.53
	หลัง	3.05	.50	
ภาพรวม	ก่อน	2.59	.80	-1.35
	หลัง	2.90	.68	
คุณภาพชีวิตโดยรวม 4 ด้าน	ก่อน	2.74	.63	-1.20
	หลัง	2.96	.49	

* $p < .05$

ผลการวิจัย

ในผู้ป่วย พบว่า ความเครียด ความวิตกกังวล ของผู้ป่วย ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วย ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับคุณภาพชีวิตโดยรวมเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 1)

สำหรับผู้ดูแลจากตารางที่ 2 จะเห็นว่าความเครียด และคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ดูแล ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความเครียดของผู้ดูแลภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ ลดลง และคุณภาพชีวิตด้านจิตใจเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สำหรับความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิตในภาพรวม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบ ความเครียด ความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิต ของผู้ดูแลในภาพรวมก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ ด้วยสถิติทดสอบ Paired Samples t-test

ประเด็น	ระยะเวลา	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t - test
ความเครียด	ก่อน	22.85	10.59	2.94*
	หลัง	14.35	8.08	
ความวิตกกังวล	ก่อน	28.85	7.36	1.52
	หลัง	24.90	8.38	
คุณภาพชีวิต				
สุขภาพกาย	ก่อน	3.39	.57	-1.59
	หลัง	3.64	.56	
สุขภาพจิตใจ	ก่อน	3.23	.50	-1.84*
	หลัง	3.53	.42	
สิ่งแวดล้อม	ก่อน	3.12	.54	-1.34
	หลัง	3.35	.50	
ภาพรวม	ก่อน	3.24	.50	-1.17
	หลัง	3.50	.65	
คุณภาพชีวิตรวม 4 ด้าน	ก่อน	3.24	.45	-1.60
	หลัง	3.50	.41	

* $p < .05$

โดยสรุป ผลการทดลองใช้โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจครั้งนี้ พบว่า ภายหลังการทดลอง ความเครียด และความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สำหรับคุณภาพชีวิตพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรม ในขณะที่ผู้ดูแลความเครียดลดลง แต่ความวิตกกังวลไม่ได้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ภายหลังการทดลองพบว่า ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แต่คุณภาพชีวิตโดยรวมไม่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย ทำให้ทราบว่า การใช้โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด ร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามขั้นตอนทั้ง 6 ขั้นตอน สามารถลดความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่วนความวิตกกังวลนั้นลดลงเฉพาะในผู้ป่วย แต่ในผู้ดูแลความวิตกกังวลไม่สามารถลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1. ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดและการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลแบบประคับประคอง ต่อความเครียด ความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พบว่าความเครียด และความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สำหรับคุณภาพชีวิตพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมจากการได้สัมผัสกับและพูดคุยกับผู้ป่วยโดยตรง ผู้ป่วยบอกว่าตนรู้สึกดีขึ้นหลังจากที่ได้รับการดูแลและตอบคำถามจากพยาบาลทำให้เข้าใจถึง ระยะเวลาต่าง ๆ ของอาการ และการเจ็บปวดที่ได้รับจากการรักษาด้วยยาและความเอาใจใส่อย่างดีของเจ้าหน้าที่ ทั้งแพทย์และพยาบาล อาการเจ็บปวดและวิตกกังวลลดลง โดยเฉพาะ

เมื่อเห็นญาติเอาใจใส่ดูแลใกล้ชิด แพทย์และพยาบาลตอบคำถามที่ค้างคาใจทำให้ความเครียด และความวิตกกังวลลดลงระดับหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และคณะ (2561) เรื่อง ประสพการณ์การใช้สัมพันธภาพบำบัดในการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ที่พบว่า เป้าหมายหลักของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ การลดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวดของผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพที่ดี ยอมรับ แสดงความเห็นอกเห็นใจ และเข้าใจผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความทุกข์ ความเครียด และตอบคำถามที่เหมาะสม สนับสนุนความรู้ ความเข้าใจ ลดความเครียดและวิตกกังวลของผู้ป่วย ซึ่งตรงกับงานวิจัยของ Xu, Zhou, Yang, Liu and Chen (2021) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยหลังจากที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีคุณภาพชีวิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากการได้รับการดูแลและคำอธิบายเกี่ยวกับโรคและอาการที่ดี ทำให้ญาติทราบและยอมรับสถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตาม แม้ความเครียดที่เกิดขึ้นจะเบาบางลง เพราะเข้าใจสถานการณ์และอาการของผู้ป่วยดีขึ้น แต่ญาติก็รู้สึกสงสารผู้ป่วยและวิตกกังวลกับการรอคอยการจากไปของผู้ป่วย ยังมีความวิตกกังวลอยู่ทำให้ไม่สามารถไปทำงานและดำเนินชีวิตได้เช่นปกติ นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยและญาติที่กลับบ้านและอาศัยอยู่ในชุมชน ก็ได้รับคำตอบเช่นเดียวกันว่า เมื่อทราบว่าตนป่วย ก็รู้สึกวิตกกังวลต่อสภาพการณ์ที่เปลี่ยนไป เช่น สภาพอาการของตนที่ต้องการผู้ดูแลค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น แม้จะได้รับทราบจากแพทย์ และการปลอบโยนจากครอบครัวแล้วก็ตาม แต่ก็ยังคงวิตกกังวลอยู่ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ตรงกับ ผลงานวิจัยเชิงคุณภาพของ จินตนา อาจสันเทียะ, มยุรนาพรพนธ์, สายฝน มั่งสูงเนิน, ปริฉัตร ธีระเดชชาติ,

และสายชล อมฤตชัชวาล (2562) ที่พบว่า ญาติผู้ป่วยกล่าวว่า นอกจากผู้ดูแลจะมีความเครียดแล้ว ยังมีความวิตกกังวลหลายประการ เช่น ภาระหน้าที่การงานที่ต้องทำ ภาวะทางเศรษฐกิจ การจัดการในเหตุการณ์ที่ยังมาไม่ถึง เช่นการเตรียมตัวเพื่อการจากไปของผู้ป่วยระยะท้าย และพิธีการต่างๆ ที่จะต้องจัดการ จากการสัมภาษณ์ ผู้ป่วย ผู้ดูแล และญาติของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะไตวายเรื้อรัง กล่าวว่า ตนต้องเผชิญกับ ปัญหามากมาย ทั้งด้านความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ภาวะทางร่างกายและจิตใจ ด้านจิตวิญญาณและการเตรียมตัวเกี่ยวกับพิธีการ ในการจากไปของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญสำหรับญาติและผู้ดูแล ดังตัวอย่างที่ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วย กล่าวว่าตนรับรู้ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายต้องทนทุกข์ทรมานกับการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ต้องใช้ชีวิตกับเครื่องฟอกไต “เราต้องทนอยู่ให้ได้ มันทรมานทั้งกายและใจ ต้องทำใจยอมรับให้ได้ว่าต้องอยู่ให้ได้ “พอรู้ว่าเป็นโรคนี้ก็ทำใจยอมรับสภาพว่าร่างกายมันเปลี้ยเหนียว กลัว เป็นเเรกรรรมจริง ๆ ต้องสู้และอยู่ให้ได้” ต้องพบกับปัญหาหลายประการ ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการรักษา เข้า-ออกโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายที่จำเป็น เช่น ค่าล้างไต ค่าฟอกเลือด และอื่นๆ จนญาติหมดหนทาง ต้องนำมาปล่อยไว้ในโรงพยาบาล”

2. เปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดและการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลแบบประคับประคองต่อ ความเครียด ความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล พบว่าความเครียดของผู้ดูแลภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ ลดลง และคุณภาพชีวิตด้านจิตใจเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สำหรับความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิตในภาพรวมก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมฯ ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล ซึ่งเป็น

ทั้งญาติ ครอบครัว และบุคลากรทางสุขภาพที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและผู้ป่วยระยะท้าย คิดและรู้สึกอย่างไร? ก็ได้คำตอบว่า “รู้สึกห่วงใยกลัวการพลัดพรากจากไป ความรู้สึกทุกข์ทรมานและ สงสาร รู้สึกวิตกกังวลเรื่องเศรษฐกิจ ภาระหน้าที่ บางครั้งรู้สึกเบลอ ตัดสินใจไม่ได้ คิดกังวลเรื่องพิธีทางศาสนา การจัดการศพยสิน มรดก” สิ่งเหล่านี้ ส่งผลให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลเต็มไปด้วยความกังวล โดยเฉพาะด้านจิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว รู้สึกเครียด วิตกกังวล เศร้า หดหู่ใจ ต้องการการดูแลสนับสนุน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องเข้าใจและให้ความสำคัญกับญาติ และครอบครัว รวมถึงผู้ดูแลด้วย จึงทำให้ความวิตกกังวลของญาติไม่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้จะพบว่าผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่น่าจะแสวงหาวิธีการที่จะช่วยให้ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอีก นอกจากนี้ผู้ดูแลจะมีความเครียดแล้ว ยังมีความวิตกกังวลหลายประการ เช่น ภาระหน้าที่การงานที่ต้องทำ ภาวะทางเศรษฐกิจ การจัดการในเหตุการณ์ที่ยังมาไม่ถึง เช่นการเตรียมตัวเพื่อการจากไปของผู้ป่วยระยะท้าย และพิธีการต่างๆ ที่จะต้องจัดการ และผลวิจัยนี้มีบางส่วนที่สอดคล้องและบางส่วนตรงกันข้ามกับงานวิจัยของ Xu, Zhou, Yang, Liu and Chen (2021) เรื่อง Effect of palliative care on the anxiety, depression and sleep quality in primary caregivers of elderly patients with terminal cancer ที่พบว่า หลังจากให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองผู้ดูแล มีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีการนอนหลับได้ดีขึ้น และมีความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่พบว่า การใช้โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจครั้งนี้ สามารถลดความเครียด และความวิตกกังวลในผู้ป่วยได้ สำหรับผู้ดูแลความเครียดลดลง แต่ความวิตกกังวลไม่สามารถลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเข้าใจได้ว่าผู้ดูแลยังมีเรื่องต้องวิตกกังวลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่จะต้องจัดการอีกหลายประการ ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนวทางในการดูแลด้านมิติจิตวิญญาณร่วมด้วย อาจจะช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ดูแลได้ดีขึ้น สำหรับการเพิ่มคุณภาพชีวิต จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านจิตใจแก่ผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเท่านั้น หากได้มีการสนับสนุนการปรับตัวที่ดีแก่ผู้ดูแล โดยเฉพาะการเสนอแนะแนวทางในการปรับตัวเพื่อการดำเนินชีวิตที่มีคุณค่า น่าจะเป็นหนทางในการช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตโดยรวมได้จะสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้ จากการทดลองครั้งนี้ ทำให้ทราบว่า ความเครียด ความวิตกกังวลในผู้ป่วย และญาติหรือผู้ดูแล ลดลงได้ด้วยการใช้สัมพันธภาพที่ดี สิ่งที่ถูกปฏิบัติดำเนินการตามขั้นตอนของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดแล้ว พยาบาลควรคำนึงถึงหลักการที่สำคัญเสมอคือ 1) สร้างความไว้วางใจ ให้โอกาสในการระบายความรู้สึกที่ทุกข์ทรมานได้ตลอดเวลา 2) รับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยบอกเล่าด้วยท่าทีที่ยอมรับ เข้าใจ เห็นใจ การสื่อสารที่ดี ให้กำลังใจ 3) ยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไขทุกกรณี บางครั้ง ผู้ป่วยและญาติอาจมีข้อขัดแย้ง ถกเถียงกันจากความเห็นที่ไม่ตรงกัน พยาบาลต้องเข้าใจ ไม่ดุด่าหนີใด ๆ ทั้งสิ้น 4) สนับสนุนให้กำลังใจ เสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการ สนับสนุน ให้ผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ดูแลในครอบครัว กระทำในสิ่งที่เหมาะสม จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลไปด้วย 5) สิ่งที่จะต้องยอมรับก็คือ ความวิตกกังวลของผู้ดูแลอาจเกิดขึ้นได้เสมอเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้น หรือเผชิญกับ

สถานการณ์ที่ใกล้ระยะการจากไปของผู้ป่วย 6) สิ่งสำคัญ นอกจากการให้กำลังใจ ก็คือ การให้ความรู้ ความเข้าใจ การตอบคำถามเกี่ยวกับอาการระยะท้ายกับญาติและผู้ดูแล พยาบาลต้องเข้าถึงจิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยในระยะท้าย

1. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1.1 ควรมีการศึกษาวิจัย และติดตามเรื่องความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลต่อไป อีกสักระยะหนึ่งประมาณ 3-4 เดือน เพื่อการปรับตัวของผู้ดูแล จากการสูญเสียของผู้ดูแลผู้ป่วย

1.2 ควรมีการศึกษาถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะท้ายอย่างแท้จริงเพื่อตอบสนองทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม พร้อมทั้งพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมการส่งเสริมความรู้สึทางจิตวิญญาณของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลระยะท้าย ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

จินตนา อาจสันเทียะ, มยุรา นพพรพันธ์, สายฝน มั่งสูงเนิน, ปริฉัตร ชีระเดชชาติ, และสายชล อมฤตชัชวาล. (2562). การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลแบบประคับประคองในโรคไตวายระยะท้าย: การศึกษาปรากฏการณ์. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 11(1), 244-253.

นิลวรรณ นิมนานวรวงศ์. (2563). *“การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว”*. สืบค้นจาก https://www.phyathai.com/article_detail/3214/th/

ปฐมพร ศิริประภาศิริ (2563). คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์) นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.

- อรพรรณ ลือบุญวัชรชัย, สายสมร เฉลยเกิตติ, และวัลภา
กิตติมาสกุล. (2561). การใช้สัมพันธภาพบำบัด
ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. *วารสาร
กองการพยาบาล*, 45(3), 159-171
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment
in mothers of chronically ill children.
Journal of advanced nursing, 21(6),
1201-1210.
- Kubler-Ross E. (1969). *On Death and Dying*.
New York: Macmillan Publishing Co.
- Peplau, H. E. (1997). Peplau's theory of in-
terpersonal relations. *Nursing science
quarterly*, 10(4), 162-167.
- The WHOQOL Group. (1998). The World
Health Organization quality of life
assessment (WHOQOL): Development
and general psychometric properties.
Social Science and Medicine 46(12),
1569-1585.
- Xu, M., Zhou, W., Yang, L., Liu, G., & Chen, L.
(2021). Effect of palliative care on the
anxiety, depression and sleep quality in
primary caregivers of elderly patients
with terminal cancer. *American Journal
of Translational Research*, 13(4), 3738-
3744.



ผลของโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาต่อการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจ
และความสุขในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล
**The Effects of Contemplative Education Program to
Enhance Resilience and Happiness of Nursing Practice Among
Nursing Students**

สุวรรณี สร้อยสงศ์, ส.ด., Suwannee Sroisong, Dr.P.H.¹

ภัณทิรา เพื่องทอง, พย.ม., Panthiracha Fuongtong, M.N.S.^{2*}

ปิยพงศ์ สอนลบ, ประ.ด., Piyapong Sornlob, Ph.D.¹

จินดาวรรณ เกราะรัมย์, ส.ด., Jindawan Ngaoratsamee, Dr.P.H.¹

นันทวรรณ ธีรพงศ์, พย.ม., Nantawan Teerapong, M.N.S.³

¹อาจารย์ ดร., วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
กระทรวงสาธารณสุข

¹Lectuer, Ph.D., Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj, Faculty of Nursing,
Praboromarajanok Institute, Ministry of Public Health

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุตรธานี คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

²Registered Nurse Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing,
Udon Thani, Faculty of Nursing, Praboromarajanok Institute, Ministry of Public Health

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และ
สหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

³Registered Nurse Senior Professional Level, Sirindhorn College of Public Health,
Phitsanulok Province, Faculty of Public Health and Allied Health Science,
Praboromarajanok Institute, Ministry of Public Health

*Corresponding Author Email: b.fuongtong@bcnu.ac.th

Received: November 7, 2022

Revised: May 21, 2023

Accepted: May 31, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาต่อการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจ และความสุขในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช จำนวน 74 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการสอนด้วยโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาจำนวน 37 คน และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการสอนการฝึกภาคปฏิบัติตามปกติจำนวน 37 คน เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ และแบบประเมินความสุขในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจและแบบประเมินความสุขในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาได้เท่ากับ 1.00, 1.00 และ .95 ตามลำดับ แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจและแบบประเมินความสุข มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .87 และ .86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าทีแบบอิสระ และค่าทีแบบไม่อิสระ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจและความสุขในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 ตามลำดับ ดังนั้นโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษามีผลทำให้นักศึกษาพยาบาลที่เรียนวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล มีความเข้มแข็งทางใจและมีความสุขในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น นอกจากนี้ยังสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพนักศึกษาพยาบาลในการเรียนวิชาปฏิบัติการการพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: จิตตปัญญาศึกษา ความเข้มแข็งทางใจ ความสุข การฝึกปฏิบัติ นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This quasi-experimental research, a non-randomized control group pretest-posttest design, aimed to study the effects of a contemplative education program to enhance resilience and happiness in Principle and Techniques in nursing practice among nursing students. 74 second-year nursing students studying Principles and Techniques in Nursing Practicum at Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj, were recruited to the study. They were divided into experimental and control groups, 37 each. The experimental group participated in contemplative pedagogy, while the control group practiced routine in the clinics. The research intervention was a contemplative education program. The research collecting instruments were resilience and happiness questionnaires. The validity of the questionnaires, related to a contemplative education program, and resilience and happiness, were approved at 1.00, 1.00, and .95, respectively. The reliability

of resilience and happiness questionnaires were also approved at .87 and .86, respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, independence t-test, and paired t-test. The result revealed that the mean score of resilience and happiness after approaching the contemplative pedagogy of the experimental group was significantly higher than before undergoing the intervention. The scores were higher than that of the control group at levels .01 and .001, respectively. The study's results indicated that contemplative education could enhance resilience and happiness during nursing practice. In addition, it can be used as a guideline for improving the quality of nursing students' practice.

Keywords: *Contemplative Education, Resilience, Happiness, Practice, Nursing Students*

บทนำ

การฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลกับบุคคลในสถานการณ์จริง เช่น ในคลินิกหรือในชุมชน อาจก่อความเครียดและความไม่มั่นใจในความรู้ของตน เนื่องจากขาดทักษะการพยาบาล ทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยและทีมสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยที่ไม่คุ้นชิน การฝึกอาจทำให้เกิดความเหนื่อยล้าจนต้องใช้ความอดทนในการเรียนรู้ การฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลจึงเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ความกดดัน และท้าทายต่อการเรียนรู้ สิ่งเหล่านี้เป็นเหตุการณ์ที่ยากลำบากในช่วงการเรียนรู้ของนักศึกษา (ฐมาพร เชี่ยวชาญ และอภิญญา พาส, 2564; ประวีดา คำแดง, 2564) จากการสำรวจข้อมูลความเข้มแข็งทางใจและความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1-4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม ปีการศึกษา 2564 จำนวน 529 คน พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) และความสุขอยู่ในระดับต่ำจำนวน 59 คน (ร้อยละ 11.15) โดยด้านที่มีคะแนนระดับต่ำคือ ด้านสัมพันธ์ภาพจำนวน 50 คน (ร้อยละ 9.45) และด้านพึงพอใจในชีวิตจำนวน 43 คน (ร้อยละ 8.13) (งานกิจการนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม, 2564) ความเข้มแข็งทางใจและความสุข

หรือความพึงพอใจในชีวิตระดับต่ำ แสดงถึงความทุกข์ใจ ความยุ่งยาก หรือความเครียด ความเบื่อหน่ายในการเรียน ซึ่งอาจส่งผลต่อการไม่มีความสุขในการเรียน ทำให้ผลสัมฤทธิ์ในการเรียนต่ำ และอาจก่อปัญหาสุขภาพจิต หรือลาออกระหว่างการศึกา (ธนพล บรรดาศักดิ์, นฤมล จันทระเกษม, อลิษา ทรัพย์สังข์, และวรรณวิชัย ชัยชนะรุ่งเรือง, 2564)

การที่บุคคลสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่ยากลำบาก แต่มีจิตใจที่เข้มแข็ง มุ่งมั่น มีความสามารถจัดการปัญหา (Problem solving skill) และปรับตัวได้ร่วมกับหาแหล่งสนับสนุนคอยช่วยเหลือ จนสามารถก้าวผ่านสถานการณ์ที่ยากลำบากได้ กระบวนการนี้เรียกว่า “ความเข้มแข็งทางใจ” (Resilience) (Aryuwat, Asp, Lovenmark, Radabutr, & Holmgren, 2023) การจัดการเรียนการสอนควรส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลเรียนรู้ทั้งหลักวิชาการ ทักษะทางการพยาบาล และสามารถปรับตัวในสถานการณ์จริงเพื่อให้เกิดการเรียนรู้เกิดประสบการณ์ที่ดีในการฝึกปฏิบัติงาน (Aryuwat et al., 2023) จากการศึกษาของวิมลมาลย์ ศรีรุ่งเรือง และวันดี คหะวงศ์ (2557) พบว่าการใช้กิจกรรมจิตตปัญญาศึกษา (Contemplative education) กับนักศึกษา

แพทย์ในรายวิชาสุขภาพกายและจิต พบว่า นักศึกษาแพทย์มีสมาธิและมีประสิทธิภาพในการเรียนเพิ่มขึ้น และความสัมพันธ์กับเพื่อนดีขึ้น และกิจกรรมจิตตปัญญาช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความสุขในการฝึกภาคปฏิบัติมากขึ้น (ปิยพงศ์ สอนลบ, สุวรรณ ศรีอัยสงค์, ภณทิรา เฟื่องทอง, และนันทวรรณ ธีรพงศ์, 2565)

จิตตปัญญาเป็นแนวทางการเรียนรู้ที่บ่มเพาะการเปลี่ยนแปลงด้านในของจิตใจ มุ่งมองด้านความคิด ความรู้สึก และกระตุ้นให้คิดทบทวนการกระทำของตนเอง รวมถึงสามารถเชื่อมโยงชีวิตของตนกับสรรพสิ่งในธรรมชาติ จึงทำให้ผู้เรียนตระหนักรู้ภายในและสามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้ทั้งความคิด จิตใจ และนำไปสู่การปฏิบัติต่อตนเองและผู้อื่นด้วยความรักความเมตตา (กรศศิ์ ชิตดี และณัฐพร อุทัยธรรม, 2556) การจัดการเรียนการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์มุ่งเน้นการเรียนรู้ทั้งด้านพุทธพัสล จิตพัสล ทักขะพัสล เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม การเรียนการสอนจึงควรส่งเสริมให้ผู้เรียนตระหนักรู้ในตนเอง รับรู้อารมณ์ความรู้สึกของตนเอง เข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ผู้อื่น และมีทักษะการปรับตัว ทักษะทางสังคมที่ดี และมีความสุขในการเรียนรู้ (ปิยพงศ์ สอนลบ และคณะ, 2565; Aryuwat et al., 2023)

จากเหตุผลความสำคัญและแนวคิดข้างต้น แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ที่นักศึกษาพยาบาลจะได้รับ ผู้วิจัยจึงได้นำโปรแกรมจิตตปัญญามาใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติการพยาบาล รายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล เพื่อส่งเสริมคุณลักษณะนักศึกษาพยาบาลด้านความเข้มแข็งทางใจ มีความสุขในการเรียน มีทัศนคติที่ดีขึ้นในการฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาล

ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อนักศึกษาพยาบาลทั้งด้านการดำเนินชีวิต การเรียน เกิดประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย และเตรียมพร้อมในการเป็นพยาบาลที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

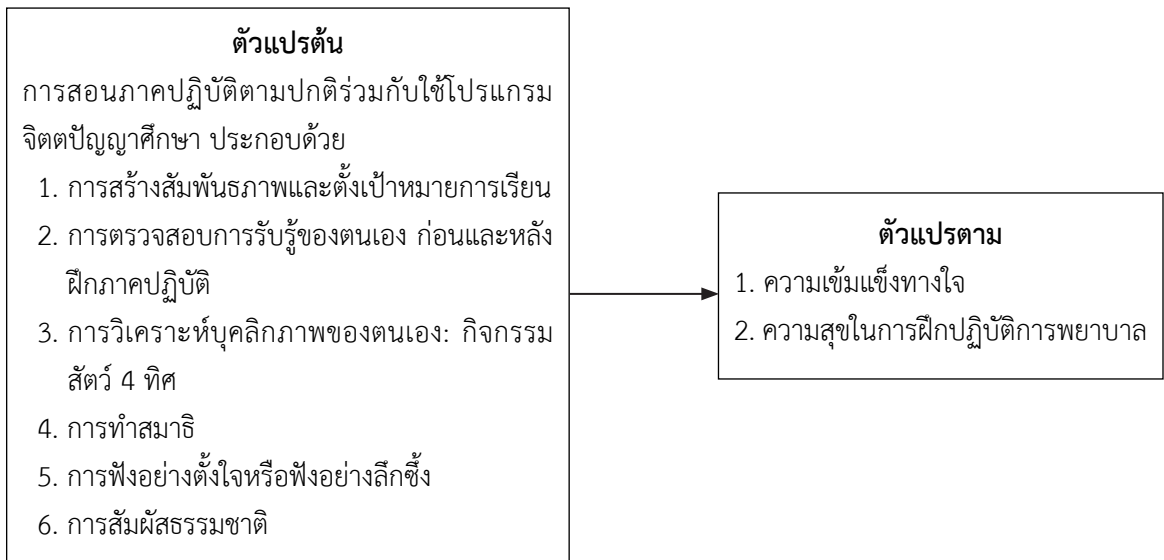
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาต่อการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจและมีความสุขในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

สมมุติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจ และมีความสุขในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจ และมีความสุขในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยได้แก่ แนวคิดจิตตปัญญาศึกษาของมหาวิทยาลัยมหิดล และจิตติ ชิมเมอร์บราวน์ (Contemplative Education University, 2014; Simmer-Brown, 2019) แนวคิดความเข้มแข็งทางใจของอดิธ กร็อทเบิร์ก (Grotberg, 1995) และประยุกต์แนวคิดความสุขของสเปอร์และคณะ (Spurr, Bally, Ogenchuk, & Walker, 2012) มาใช้ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental design) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (A two group pretest-posttest design) ซึ่งมีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุพรรณบุรี ปีการศึกษา 2564 จำนวน 117 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล 1 หรือ 2 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วย G* power statistical test: Means difference between two independent means กำหนดค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ .80, อัลฟา (Alpha) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ เท่ากับ .95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 70 คน และเพิ่มการคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 74 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มทดลอง 37 คน และ 2) กลุ่มควบคุม 37 คน

คุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) อายุ 18 ปี ขึ้นไป 2) ผ่านการเรียนทฤษฎีวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาล และ 3) ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมด้วยความสมัครใจ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) เจ็บป่วยทางกายหรือมีความเครียดระดับรุนแรงจนไม่สามารถฝึกปฏิบัติได้ 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมติดต่อกัน 1 สัปดาห์

2. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เลขที่ SCPHPL 1/2565.1.6 ลงวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2565 ผู้วิจัยมีการชี้แจงเรื่อง สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ วัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินการวิจัย การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล การนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และการเซ็นยินยอมในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล

3. เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

3.1 เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรม
จิตตปัญญาศึกษา

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
คือ แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ และแบบประเมิน
ความสุขในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย
3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ
เกรดเฉลี่ย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ
(resilience) เป็นแบบประเมินการรับรู้ที่ประยุกต์
จากแนวคิดของกร็อทเบอร์ก (Grotberg, 1995) มี
3 องค์ประกอบ คือ 1) ฉันเป็นคนที่มีความเข้มแข็ง
ภายใน (I am) 7 ข้อ 2) ฉันสามารถ (I can) เป็นทักษะ
การจัดการปัญหา การสร้างสัมพันธภาพ 8 ข้อ 3) ฉันมี
(I have) แหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความ
เข้มแข็งในชีวิต 5 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งสิ้น 20 ข้อ เป็น
มาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ (1-5)

การแปลความหมายค่าคะแนน แบ่งเป็น
5 ระดับ ดังนี้ คะแนน 5 คะแนน (4.21-5.00) หมายถึง
มีระดับความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับมากที่สุด คะแนน
4 คะแนน (3.41-4.20) หมายถึง มีระดับความเข้มแข็ง
ทางใจอยู่ในระดับมาก คะแนน 3 คะแนน (2.61-3.40)
หมายถึง มีระดับความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 2 คะแนน (1.81-2.60) หมายถึง มีระดับความ
เข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับน้อย และคะแนน 1 คะแนน
(1.00-1.80) หมายถึง มีระดับความเข้มแข็งทางใจใน
ระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสุขในการ
ฝึกปฏิบัติการพยาบาล เป็นแบบประเมินการรับรู้ที่
ประยุกต์จากแนวคิดความสุขในวัยรุ่นของสเปอร์และ
คณะ (Spur, et. al., 2012) และการเรียนรู้ของ
นักศึกษา รวมข้อคำถามทั้งสิ้น 20 ข้อ เป็นมาตราส่วน
ประเมินค่า 5 ระดับ (1-5)

การแปลความหมายค่าคะแนน แบ่งเป็น
5 ระดับ ดังนี้ คะแนน 5 คะแนน (4.21-5.00) หมายถึง
มีระดับความสุขในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับ
มากที่สุด คะแนน 4 คะแนน (3.41-4.20) หมายถึง
มีระดับความสุขในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ใน
ระดับมาก คะแนน 3 คะแนน (2.61-3.40) หมายถึงมี
ระดับความสุขในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ในระดับ
ปานกลาง คะแนน 2 คะแนน (1.81-2.60) หมายถึง มี
ระดับความสุขในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ในระดับ
น้อย และคะแนน 1 คะแนน (1.00-1.80) หมายถึง มี
ระดับความสุขในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ในระดับ
น้อยสุด

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

4.1 การหาค่าความตรง (Validity) ของ
เครื่องมือ เครื่องมือได้ผ่านความเห็นชอบผู้ทรงคุณวุฒิ
3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย อาจารย์
พยาบาลผู้สอนวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการ
พยาบาล และอาจารย์ที่มีประสบการณ์จัดกิจกรรม
จิตตปัญญาศึกษา ตรวจสอบดัชนีความตรงตามเนื้อหา
(Content Validity Index: CVI) ของโปรแกรม
จิตตปัญญาศึกษาเท่ากับ 1.0 แบบประเมินความเข้มแข็ง
ทางใจและแบบประเมินความสุขในการฝึกปฏิบัติการ
พยาบาล มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และ .95
และมีค่าดัชนีความเที่ยงเท่ากับ .87 และ .86 ตามลำดับ

5. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลระหว่าง
เดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2565 โดยผู้วิจัยประสาน
ผู้รับผิดชอบรายวิชา และขอความร่วมมืออาจารย์ผู้สอน
ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและการพิทักษ์สิทธิแก่
กลุ่มตัวอย่าง การตอบคำถามตามความจริง การรักษา
ความลับของผู้ให้ข้อมูลโดยไม่ระบุผู้ให้ข้อมูล และไม่มี
ผลกระทบต่อการเรียน การสรุปผลการวิจัยในภาพรวม
เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาต่อไป

การรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอน ดังนี้

5.1 แจกแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ และแบบประเมินความสุขในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำก่อนการสอนภาค ปฏิบัติในหอผู้ป่วย

5.2 กลุ่มทดลองเรียนภาคปฏิบัติรูปแบบ ปกติร่วมกับใช้โปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา ซึ่งสอนโดย อาจารย์ซึ่งมีประสบการณ์การสอนจิตตปัญญาศึกษา ระยะเวลา 3 สัปดาห์ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การสอนภาคปฏิบัติรูปแบบปกติร่วมกับใช้โปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา

สัปดาห์ที่/วัน	กิจกรรมและระยะเวลา	รายละเอียดของกิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1/ วันที่ 1 ของการฝึก	1. การปฐมนิเทศ (ช่วงเช้า) 3 ชั่วโมง	อาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชา ปฐมนิเทศรายวิชาวัตถุประสงค์ กิจกรรมการฝึกปฏิบัติ รายงานต่าง ๆ และการประเมินผล
สัปดาห์ที่ 1/ วันที่ 1 ของการฝึก	2. การปฐมนิเทศ (ช่วงบ่าย) 1 ชั่วโมง	นักศึกษาพบอาจารย์นิเทศประจำกลุ่ม
สัปดาห์ที่ 1/ วันที่ 1 ของการฝึก	3. การสร้างสัมพันธภาพ 30 นาที	อาจารย์นิเทศประจำกลุ่มมอบหมายให้นักศึกษาพูดคุยกับ เพื่อนในกลุ่มเกี่ยวกับภูมิหลังของตนเองและความรู้สึกที่ เลือกเรียนพยาบาล แล้วร่วมกันตั้งเป้าหมายการฝึกปฏิบัติ การพยาบาลในครั้งนี้
สัปดาห์ที่ 1/ วันที่ 1 ของการฝึก	4. การรู้จักตนเอง 15 นาที	อาจารย์นิเทศประจำกลุ่มอธิบายกิจกรรมสัตว์ 4 ทิศ หรือสัตว์ 4 ชนิด ได้แก่ เหี้ยว หมี กระตัง และหนู แล้วให้นักศึกษา เปรียบเทียบพฤติกรรมของตนเองคล้ายคลึงกับสัตว์ชนิดใด เพื่อให้รู้จักจุดแข็งและจุดอ่อนของตนเองและเพื่อน ในกลุ่ม
สัปดาห์ที่ 1/ วันที่ 1 ของการฝึก	5. การปฐมนิเทศ 1 ชั่วโมง	หัวหน้าหอผู้ป่วยปฐมนิเทศเกี่ยวกับนโยบาย การปฏิบัติงาน ของหอผู้ป่วย และแนะนำอุปกรณ์ สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย
สัปดาห์ที่ 1/ วันที่ 1 ของการฝึก	6. การมอบหมายงาน 10-20 นาที	อาจารย์นิเทศประจำกลุ่มมอบหมายผู้ป่วย และหน้าที่ รับผิดชอบให้นักศึกษา และให้นักศึกษาวางแผนการพยาบาล ผู้ป่วย (Nursing care plan)
ทุกวันของการฝึก	7. การรับเวร 30 นาที	นักศึกษาร่วมรับฟังการรับส่งเวร
ทุกวันของการฝึก	8. การสะท้อนความรู้สึก ก่อนปฏิบัติงาน (Check in) 5-10 นาที	อาจารย์นิเทศประจำสอบถามความรู้สึก โดยให้นักศึกษา เปรียบเทียบความรู้สึกของตนเองกับท้องฟ้าหรือทะเล เช่น บอกว่า ความรู้สึกเหมือน “ทะเลที่มีพายุ” อาจารย์จะสอบถามความหมาย พายุของนักศึกษา ซึ่งพายุอาจเกี่ยวข้องกับความไม่สบายใจ ทำแผนการการพยาบาลยังไม่เสร็จ หรือเหตุการณ์ใด ๆ ที่ ทำให้นักศึกษาเครียด หรือกังวลใจ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

สัปดาห์ที่/วัน	กิจกรรมและระยะเวลา	รายละเอียดของกิจกรรม
ทุกวันของการฝึก	9. การประชุมปรึกษาก่อนปฏิบัติงาน (Pre-conference) 45 นาที	อาจารย์นิเทศประจำกลุ่มจัดให้นักศึกษา Pre-conference ข้อมูลผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล และการวางแผนการพยาบาล
ทุกวันของการฝึก	10. การทำสมาธิ 5 นาที	อาจารย์นิเทศประจำกลุ่มจัดให้นักศึกษามีการกำหนดลมหายใจเข้า-ออกช้า ๆ ทุกวัน ก่อนฝึกปฏิบัติงาน และช่วงก่อนลี้มนตาให้ นักศึกษากำหนดความรู้สึกให้ตนเองมีสมาธิที่จะการทำงานด้วยสติ และจิตที่ผ่อนคลาย
ทุกวันของการฝึก	11. การฝึกปฏิบัติการพยาบาล 6 ชั่วโมง	นักศึกษาฝึกปฏิบัติงานให้การพยาบาลผู้ป่วยและฝึกหัดการทางการพยาบาล
ทุกวันของการฝึก	12. การประชุมปรึกษาหลังปฏิบัติงาน (Post conference) 15 นาที	นักศึกษาสะท้อนการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกปฏิบัติงาน และการวางแผนเพื่อพัฒนาการเรียนรู้ของตนเองและกลุ่มให้ดียิ่งขึ้น
ทุกวันของการฝึก	13. การสะท้อนความรู้สึกหลังฝึกปฏิบัติงาน (Check out) 5-10 นาที	อาจารย์นิเทศประจำกลุ่มสอบถามความรู้สึกของนักศึกษา โดยเปรียบเทียบกับท้องฟ้าหรือทะเล ดังรายละเอียดใน Check in
สัปดาห์ที่ 2 ในวันที่ 2-3 ของสัปดาห์	14. การฟังอย่างตั้งใจหรือฟังอย่างลึกซึ้ง (Deep listening) 60 นาที	นักศึกษาจับคู่เล่าเหตุการณ์ที่ตนเองประสบความสำเร็จหรือมีความสุข และเหตุการณ์ที่สร้างความทุกข์ใจ ขณะที่ผู้เล่าเล่าเรื่องราว ผู้ฟังจะไม่พูดแทรก จากนั้นให้นักศึกษาสลับกันเล่าเรื่องราว เพื่อช่วยให้นักศึกษามีทักษะการจับประเด็นเรื่องราว และรับฟังผู้อื่นได้มากขึ้น
สัปดาห์ที่ 3/ วันที่ 2-3 ของสัปดาห์	15. กิจกรรมสัมผัสธรรมชาติ 60 นาที	อาจารย์นิเทศประจำกลุ่มพานักศึกษามายังสถานที่พักผ่อนของวิทยาลัย คือ สระน้ำที่มีปลาชนิดต่าง ๆ มีต้นไม้มิสาละกลางน้ำ จากนั้นให้นักศึกษาเฝ้าสังเกตสรรพสิ่งในธรรมชาติด้วยตนเองอย่างเงียบ ๆ เพื่อให้ นักศึกษาสามารถเชื่อมโยงตนเองกับธรรมชาติ จากนั้นให้นักศึกษาเล่าความคิด มุมมองของตนเองที่เชื่อมโยงกับธรรมชาติ
วันสุดท้ายของการฝึก	16. การประเมินผลรายวิชา 1 วัน (เช้า-บ่าย)	อาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชาจัดสอบ OSCE สอบวัดความรู้และประเมินผลการฝึกปฏิบัติการพยาบาล

5.3 กลุ่มควบคุมเรียนภาคปฏิบัติตามปกติ ประกอบด้วย กิจกรรมเรียงตามลำดับกิจกรรมใน โดยอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติ ระยะเวลา 3 สัปดาห์ แต่ละวัน (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การสอนการฝึกภาคปฏิบัติตามปกติ

สัปดาห์ที่/วัน	กิจกรรมและระยะเวลา	รายละเอียดของกิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1/ วันที่ 1 ของการฝึก	1. การปฐมนิเทศ (ช่วงเช้า) 3 ชั่วโมง	- อาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชา ปฐมนิเทศรายวิชาเพื่อรับคำชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ กิจกรรมการฝึกปฏิบัติ การทำรายงาน การประเมินผล
สัปดาห์ที่ 1/ วันที่ 1 ของการฝึก	2. การปฐมนิเทศ (ช่วงบ่าย) 1 ชั่วโมง	- นักศึกษาพบอาจารย์นิเทศประจำกลุ่ม
สัปดาห์ที่ 1/ วันที่ 1 ของการฝึก	3. การปฐมนิเทศที่หอผู้ป่วย 1 ชั่วโมง	- หัวหน้าหอผู้ป่วยปฐมนิเทศเกี่ยวกับนโยบาย การปฏิบัติงานของหอผู้ป่วยและพานักศึกษาดูอุปกรณ์ สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย
สัปดาห์ที่ 1/ วันที่ 1 ของการฝึก	4. การมอบหมายงาน 30 นาที	อาจารย์นิเทศประจำกลุ่มมอบหมายผู้ป่วย และหน้าที่รับผิดชอบให้นักศึกษา และให้นักศึกษาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย (Nursing care plan)
ทุกวันของการฝึก	5. การรับเวร 30 นาที	นักศึกษาร่วมรับฟังการรับส่งเวร
ทุกวันของการฝึก	6. การประชุมปรึกษาก่อนปฏิบัติงาน 45-60 นาที	อาจารย์นิเทศประจำกลุ่มจัดให้นักศึกษา Pre-conference ข้อมูลผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล
ทุกวันของการฝึก	7. การฝึกปฏิบัติการพยาบาล 6 ชั่วโมง	นักศึกษาฝึกปฏิบัติงานให้การพยาบาลผู้ป่วย และฝึกหัดผลการทางการพยาบาล
ทุกวันของการฝึก	8. การประชุมปรึกษา หลังปฏิบัติงาน 30 นาที	อาจารย์นิเทศประจำกลุ่มจัดให้นักศึกษาสะท้อนการเรียนรู้การฝึกปฏิบัติงาน และการวางแผนเพื่อพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น
วันสุดท้ายของการฝึก	9. การประเมินผลรายวิชา 1 วัน (เช้า-บ่าย)	อาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชาจัดสอบ OSCE สอบวัดความรู้และประเมินผลการฝึกปฏิบัติการพยาบาล

5.4 เมื่อดำเนินการทดลองครบ 3 สัปดาห์ ผู้วิจัยแจกแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจและแบบประเมินความสุขในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจและความสุขในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลก่อนและหลัง

การทดลองของกลุ่มทดลองโดยใช้การทดสอบค่าทีแบบไม่อิสระ (Paired t-test) และวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจ และความสุขในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบค่าทีแบบอิสระ (Independent t-test)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.50) อายุ 19-20 ปี (ร้อยละ 86.49) เกรดเฉลี่ย 2.00-2.99 (ร้อยละ 59.50) ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.50) อายุ 20 ปี

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเข้มแข็งทางใจ และความสุขในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=37)		t
	$\bar{x}$	SD	
ความเข้มแข็งทางใจ			
ก่อนการทดลอง	4.270	.427	4.588***
หลังการทดลอง	4.650	.400	
ความสุขในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล			
ก่อนการทดลอง	4.290	.323	4.196**
หลังการทดลอง	4.612	.298	

***ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, ** ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจ และความสุขในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

(ร้อยละ 73.00) เกรดเฉลี่ย 2.00-2.99 (ร้อยละ 48.65)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจ และความสุขในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเข้มแข็งทางใจและมีความสุขในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจและมีความสุขในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 3)

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเข้มแข็งทางใจ กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และค่าเฉลี่ยของคะแนนความสุขกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจ และความสุขในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=37)		กลุ่มทดลอง (n=37)		t
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
ความเข้มแข็งทางใจ					
ก่อนการทดลอง	4.284	.382	4.270	.427	.14
หลังการทดลอง	4.407	.405	4.650	.400	2.60**
ความสุขในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล					
ก่อนการทดลอง	4.112	.339	4.290	.323	2.38
หลังการทดลอง	4.285	.507	4.612	.298	3.38***

***ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, ** ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผลการวิจัย

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจและความสุขในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง จากผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจและมีความสุขในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษามีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีระดับนัยสำคัญที่ .001 และ .01 ตามลำดับ เนื่องจากกิจกรรมจิตตปัญญาช่วยให้ให้นักศึกษาตระหนักรู้ในตนเอง รับรู้เข้าใจอารมณ์ของตน ทำให้สามารถเผชิญต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (รัตติกรณ์ จงวิศาล, สมสิทธิ์ อัสตรนธิ, ไพรินทร์ โชติสกุลรัตน์, และวิชัย โกคทวี, 2564) การพูดคุยบอกความรู้สึกของตนเอง และทำสมาธิช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล (ธนา นิลชัยโกวิทย์ และอดิสร จันทสุข, 2559) คนที่มีความเข้มแข็งทางใจสูง จะเป็นผู้ที่เข้าใจตนเอง ด้วยจิตที่สงบ ตั้งมั่นด้วยใจเป็นกลาง จัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม มีความสามารถในการเผชิญปัญหา มีความเชื่อมั่น และสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมี

ความสุข (วันเพ็ญ แสงสงวน, 2562) และทำให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจต่อการเรียน มีทัศนคติที่ดีต่อการเรียนและต่อวิชาชีพ เป็นความรู้สึกที่ดีเกิดความสุขในการเรียน (ธนพล บรรดาศักดิ์, 2560) ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวรวรรณ จันทวิเมือง และทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ (2559) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาต่อสุขภาวะจิตวิญญาณของนักศึกษาพยาบาล พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างรู้สึกผ่อนคลาย มีสติเข้าใจโลกตามความจริง และเข้าใจตนเองก่อนที่จะดูแลผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของปิยพงศ์ สอนลบ และคณะ (2565) ที่พบว่าคะแนนความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลภายหลังเรียน โดยใช้จิตตปัญญาศึกษาสูงกว่าก่อนใช้กิจกรรมจิตตปัญญาศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาสร้างบรรยากาศการเรียนที่ผ่อนคลาย ไม่เครียด ทุกคนมีส่วนร่วมเรียนรู้ ผ่านประสบการณ์ได้ลงมือทำ มีการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เปิดใจพร้อมเรียนรู้และได้สะท้อนคิดทบทวนตนเองอยู่เสมอ

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจและความสุขในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ก่อน-หลังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมจิตปัญญาศึกษา มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจและความสุขในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 ตามลำดับ เป็นไปตามสมมติฐานที่ 2 เนื่องจากกลุ่มทดลองได้ทั้งการเรียนรู้ภาคปฏิบัติ ร่วมกับการได้รับการใช้โปรแกรมจิตปัญญาศึกษาที่เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นการเรียนรู้ทั้งความรู้ด้านพุทธรสย จิตพิสย ทักษะพิสย ทักษะกระบวนการรู้ รวมถึงการส่งเสริมผู้เรียนได้เกิดการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงภายในตนเองเกิดความตระหนักถึงคุณค่าของสิ่งต่าง ๆ ควบคุมตนเองได้ เห็นอกเห็นใจ และมีทักษะทางสังคม (องค์การประจันเขตต์, 2557; Aryuwat et al., 2023) ไม่แยกการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองออกจากการเรียนรู้โลก ทำให้มีความเข้มแข็งทางใจ และความสุขในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น ความเข้มแข็งทางใจและความสุขในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มทดลองยังมากกว่ากลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่ใช้การเรียนการสอนปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภวิกา ภักษา (2563) ที่กล่าวไว้ว่า จิตตปัญญาศึกษา เป็นเครื่องมือทางการเรียนรู้วิธีหนึ่งให้ผู้สอนในระดับอุดมศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาผู้เรียนให้ได้ทบทวนตนเองและผู้อื่น การเข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างกันของสรรพสิ่ง และนักศึกษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้น เนื่องจากการเรียนรู้ที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ที่มีความยุ่งยากบนหอยผู้ป่วย เมื่อมีปัญหาหรือมีความเครียดในชีวิต ก็สามารถจัดการปัญหา จัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม

สามารถนำประสบการณ์ที่ผ่านมาปรับตนเองไปสู่การเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่ดีขึ้น ทำให้เกิดความเข้มแข็งภายในตนเอง (Aryuwat et al., 2023) เกิดความสำเร็จในการฝึกภาคปฏิบัติ และสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข (วันเพ็ญ แสงสงวน, 2562)

ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่าโปรแกรมจิตปัญญาศึกษาช่วยให้ผู้เรียนเกิดการบ่มเพาะคุณลักษณะเชิงบวก ทั้งด้านความรัก ละวางอัตตา มีความเป็นกลาง การตระหนักรู้เท่าทัน จิตเปิดกว้าง เกิดความสุข ผ่อนคลาย ความเข้าใจในตนเองและผู้อื่น มีสัมพันธภาพที่ดีและมีความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้น ปรับตัวเชิงบวกได้อย่างมีประสิทธิภาพและเข้าใจชีวิตมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

ผลการวิจัยนี้ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ด้านการบริหาร และการศึกษา ดังนี้

1.1 ด้านการบริหาร สามารถนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายด้วยเพิ่มหัวข้อจิตตปัญญาในการสอนนักศึกษาพยาบาล และเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการสอนการปฏิบัติการพยาบาล

1.2 ด้านการศึกษา ควรสนับสนุนให้มีการใช้โปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาในการเรียนการสอน โดยเฉพาะรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลที่อาจก่อให้เกิดความเครียดแก่นักศึกษา

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรเพิ่มระยะเวลาของนำโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาไปใช้ และประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการที่นักศึกษาพยาบาลให้การพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- กรศศิริ ชิตดี, และณัฐพร อุทัยธรรม. (2556). กิจกรรมจิตตปัญญาศึกษา กลยุทธ์การพัฒนาบุคลิกภาพนักศึกษาพยาบาล. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 5(2), 106-117.
- งานกิจการนักศึกษา ฝ่ายวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช. (2564). *ข้อมูลการให้คำปรึกษานักศึกษาพยาบาล*. (เอกสารอัดสำเนา). วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช: พิษณุโลก.
- ฐมาพร เชื้อขาวชาญ, และอภิฤดี พาผล. (2564). ความเครียดในการขึ้นฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 15(1), 21-28.
- ธนพล บรรดาศักดิ์. (2560). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล. (วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ธนพล บรรดาศักดิ์, นฤมล จันทระเกษม, อลิษา ทรัพย์สังข์ และวรรณมา ชัยชนะรุ่งเรือง. (2564). การป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 13(1) 62-70.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, และอดิสร จันทรสสุข. (2559). *ศิลปะการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง : คู่มือกระบวนการจิตตปัญญา* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: วี. พรินท์ (1996).
- ประวีดา คำแดง. (2564). การสอนในคลินิกตามความคาดหวังของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ*, 27(1), 17-28.
- ปิยพงศ์ สอนลบ, สุวรรณีย์ สร้อยสงค์, ภันธิรชา เฟื่องทอง และนันทวรรณ อีรพงศ์. (2565). ผลของการเรียนโดยใช้จิตตปัญญาศึกษาต่อความสุขในการเรียนรู้และพฤติกรรมการพยาบาลแบบองค์รวมของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*, 6(1), 112- 126.
- ภาวิกา ภาภิษา. (2563). จิตตปัญญาศึกษา: การจัดกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับผู้เรียนในระดับอุดมศึกษา. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*. 14(4), 7-18.
- รัตติกรณ์ จงวิศาล , สมสิทธิ์ อัสตรณีย์, ไพรินทร์ โชติสกุลรัตน์ และวิชัย โภคทวี . (2564). *สู่ศักยภาพแห่งความเป็นมนุษย์ คู่มือการจัดกระบวนการพัฒนาจิตวิญญาณ* พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เอเชียดิจिटอล การพิมพ์.
- วันเพ็ญ แสงสงวน. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจด้วยการใช้ปัญหาเป็นฐานในนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(2), 186-194.
- วิมลมาลย์ ศรีรุ่งเรือง, และวันดี คหะวงศ์. (2557). *ผลของการพัฒนาคุณธรรมด้วยโปรแกรมจิตวิวัฒน์ในนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วรวรรณ จันทวิเมือง, และทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ. (2559). นักศึกษาพยาบาลกับการพัฒนาสุขภาวะทางจิตวิญญาณ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(3), 208-219.
- องค์อร ประจันเขตต์. (2557). องค์การแห่งนวัตกรรมการศึกษา ทางเลือกใหม่ของการบริหารการศึกษา. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(1), 45-51.

- Aryuwat, P., Asp, M., Lövenmark, A., Radabutr, M., & Holmgren, J. (2023). An integrative review of resilience among nursing students in the context of nursing education. *Nursing Open*, 10(5), 2793-2818.
- Contemplative Education Center, Mahidol University. (2014). *Contemplative education*. Retrieved from <http://www.ce.mahidol.ac.th/eng>
- Grotberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. Early childhood development: Practice and reflection number 8*. Retrieved from <https://bibalex.org/baifa/attachment/documents/115519.pdf>
- Simmer-Brown, J. (2019). Contemplative teaching and learning: Opportunities for Asian Studies. *ASIANetwork Exchange A Journal for Asian Studies in the Liberal Arts*, 26(1), 5-25.
- Spurr, S., Bally, J., Ogenchuk, M., & Walker, K. (2012). A framework for exploring adolescent wellness. *Pediatric nursing*, 38(6), 320-326.
- Zajonc, A. (2013). Contemplative pedagogy: A quiet revolution in higher education. *New Directions for Teaching and Learning*, 134(Special issue), 83-94.



ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สมรรถนะวัยรุ่นต่อความผาสุกทางจิตของ นักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง

The Effects of Adolescent Literacy Promoting Program on the Psychological Well-Being of Students at a Private University

อาภากร เปรี้ยวนิ่ม, พย.ม., Arpakorn Prewnim, M.N.S.^{1*}

ชมชื่น สมประเสริฐ, ประ.ด., Chomchun Somprasert, Ph.D.²

นุชนาถ บรรทมพร, ประ.ด., Nuchanart Bunthumporn, Ph.D.²

¹นักศึกษาลัทธิศัลยศาสตร์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

¹Students of the Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Thammasat University

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

²Assistant Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Thammasat University

*Corresponding Author Email: arpakorn.pr@gmail.com

Received: November 7, 2022

Revised: May 25, 2023

Accepted: June 7, 2023

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สมรรถนะวัยรุ่นต่อความผาสุกทางจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง กลุ่มทดลองเป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง 32 ราย และกลุ่มควบคุมเป็นนักศึกษาที่ศึกษาและดำเนินชีวิตในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งตามปกติ 31 ราย ระยะเวลา 6 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบวัดความผาสุกทางจิต มีค่าความเที่ยง .95 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติแบบทีชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน สถิติทีชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน และสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม เมื่อมีคะแนนความผาสุกทางจิตก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตของกลุ่มทดลองหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) เมื่อให้คะแนนความผาสุกทางจิตก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วมเพื่อทำนายคะแนนความผาสุกทางจิต พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) ผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สมรรถนะวัยรุ่นร้อยละ 19.7 มีคะแนนความผาสุกทางจิตสูงกว่าผู้ที่ศึกษาและดำเนินชีวิตในมหาวิทยาลัยตามปกติ จากการศึกษา

ครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สมรรถนะวัยรุ่นนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถาบันอุดมศึกษาได้ตามสภาพจริงหรือตามบริบทของสถาบัน

คำสำคัญ: ความผาสุกทางจิต วัยรุ่น โปรแกรมความรอบรู้สมรรถนะวัยรุ่น

Abstract

This study was a quasi-experimental study to the effect of adolescent literacy promotion program on the psychological well-being of students at a private university. The experimental group consisted of 32 students in a private university and the control group consisted of 31 students who studied and lived normally at a private university. The experimental period was 6 weeks. Data collection was done using the psychological well-being scale with a reliability of .95. Data were analyzed using descriptive statistic, independent t-test statistics, dependent t-type statistics, and statistical analysis of covariance (ANCOVA) when the pre-experiment psychological well-being score was a covariate. The level of statistically significance was set at the .05 level. The results showed that 1) After the experiment, the psychological well-being score of the experimental group was higher than before. 2) When the mean of pretest psychological well-being score was calculated as the covariate to predict the psychological well-being score, it was found that the experimental group had a higher mean psychological well-being score than the control group by the difference of the mean post-experimental psychological well-being score of the experimental group and the control group were statistically significant difference. 3) 19.7 % of those who participated in the adolescent literacy program had higher psychological well-being scores than those who studied and normal activity. The results of this study, it shows that this adolescent literacy promotion program can be applied in universities according to the actual situation or the context of each institution

Keyword: *Adolescents, Adolescent Literacy Program, Psychological Well-Being*

บทนำ

ในปี 2015 ประเทศสมาชิกสหประชาชาติ ลงนามในวาระ 2030 เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนตามแนวคิด เรื่องสุขภาพ (health) การพัฒนา (development) และความผาสุก (well-being) สำหรับทุกวัย โดยศูนย์กลาง ของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable

development goals: SDGs) เน้นที่วัยรุ่น ภายใต้บริบท “วัยรุ่นเป็นศูนย์กลางสู่ความสำเร็จ” สอดคล้องกับ องค์การอนามัยโลกเรียกร้องให้ใช้แนวทางที่ครอบคลุม เพื่อจัดการกับความต้องการด้านสุขภาพ และความ ผาสุกของวัยรุ่น (Lehtimäki, Schwalbe, & Solis,

2018; Şahin, Togay, & Kirlangiç Şimşek, 2020) การพัฒนาวัยรุ่นในเชิงบวก (Positive youth development: PYD) เป็นการส่งเสริมให้วัยรุ่นมีแหล่งทรัพยากร ทักษะ และความสามารถบรรลุผลตามต้องการ รับรู้และใช้แหล่งทรัพยากร ดำรงชีวิตอย่างปลอดภัย และได้รับการยอมรับ รวมทั้งส่งเสริมความสามารถทางสังคมและอารมณ์ให้เติบโต (Alvarado et al., 2017) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความต้องการศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของวัยรุ่นที่ส่งผลให้เกิดความผาสุกทางจิต ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ตามแนวคิดความรอบรู้สมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ของ UNESCO (Rieckmann, 2017) ความรอบรู้ที่สำคัญของวัยรุ่นในศตวรรษที่ 21 จัดเป็นกลุ่มได้ 4 กลุ่มทักษะคือ การปรับตัว (adaptive skill) ร่างกาย (body skill) การสื่อสารและดิจิทัล (communication & digital skill) และการคิดเชิงออกแบบ (design thinking skill) กำหนดเป็น “ABCD Skill”

ความรอบรู้สมรรถนะวัยรุ่นเป็นความสามารถด้านความรู้พื้นฐาน การสื่อสารในสังคม และความพร้อมในการจัดการปัญหา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิต (Fiedler, Pfaff, Soellner, & Pfortner, 2018) เป็นความสมดุลชีวิตที่มีความสุข และสามารถจัดการกับอารมณ์ทางลบ ความผาสุกทางจิต (psychological well-being) มีความสำคัญเป็นอย่างมาก รวมทั้งมีผลสะท้อนมากกว่าการไม่มีความสุขทางใจ เช่น ความวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้า แต่ความสมดุลของจิตใจของแต่ละบุคคล เกิดการขึ้นการกระทำและความรู้สึกในการกำหนดอนาคต และต้านทานต่อความเครียด เป็นวิธีที่บุคคลปรับมิติทางจิตวิทยาความผาสุกให้เข้ากับความต้องการที่เปลี่ยนแปลงของตน (Fava, Cosci Guidi, & Tomba 2017; Trudel-Fitzgerald et al., 2019) วัยรุ่นที่มีความผาสุกทางจิตจะแสวงหาการสนับสนุนทาง

สังคมเพื่อเป็นแหล่งประโยชน์ (Pyle & Manclossi, 2018) การส่งเสริมความรอบรู้สมรรถนะในวัยรุ่นส่งผลให้รู้สึกมั่นใจ มั่นใจในตนเอง ได้ทำในสิ่งที่ต้องการ และทำได้สำเร็จ เกิดเป็นความผาสุกทางจิต (Ryff & Keyes, 1995; Hird, 2003; นงเยาว์ อรุณศิริวงศ์, 2557) ผู้วิจัยค้นพบว่า กระบวนการที่ได้รับความนิยมในการส่งเสริมความรู้ คือ กระบวนการความรอบรู้สมรรถนะวัยรุ่น

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมจากทักษะความรอบรู้สมรรถนะของวัยรุ่น มีจุดเน้นส่งเสริมการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับบุคคลที่มีความหลากหลาย เผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมหรือสิ่งเร้า ร่วมกับการใฝ่เรียนรู้มีความคิดเป็นของตนเอง และมีความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ จากประสบการณ์ของตนเอง ทำให้เกิดเป็นโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สมรรถนะวัยรุ่น โดยใช้กระบวนการความรอบรู้สมรรถนะด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นการนำแนวทางการปฏิบัติ และได้รับประโยชน์จากการบริการสุขภาพ (Park et al., 2017) รวมทั้งสอดคล้องกับความสนใจ และการทำงานของสมองด้านการรู้คิดในวัยรุ่น เป็นการส่งเสริมสุขภาพจิต และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แสดงถึงการมีสุขภาพดี และความผาสุกทางจิต (Fiedler et al., 2018)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

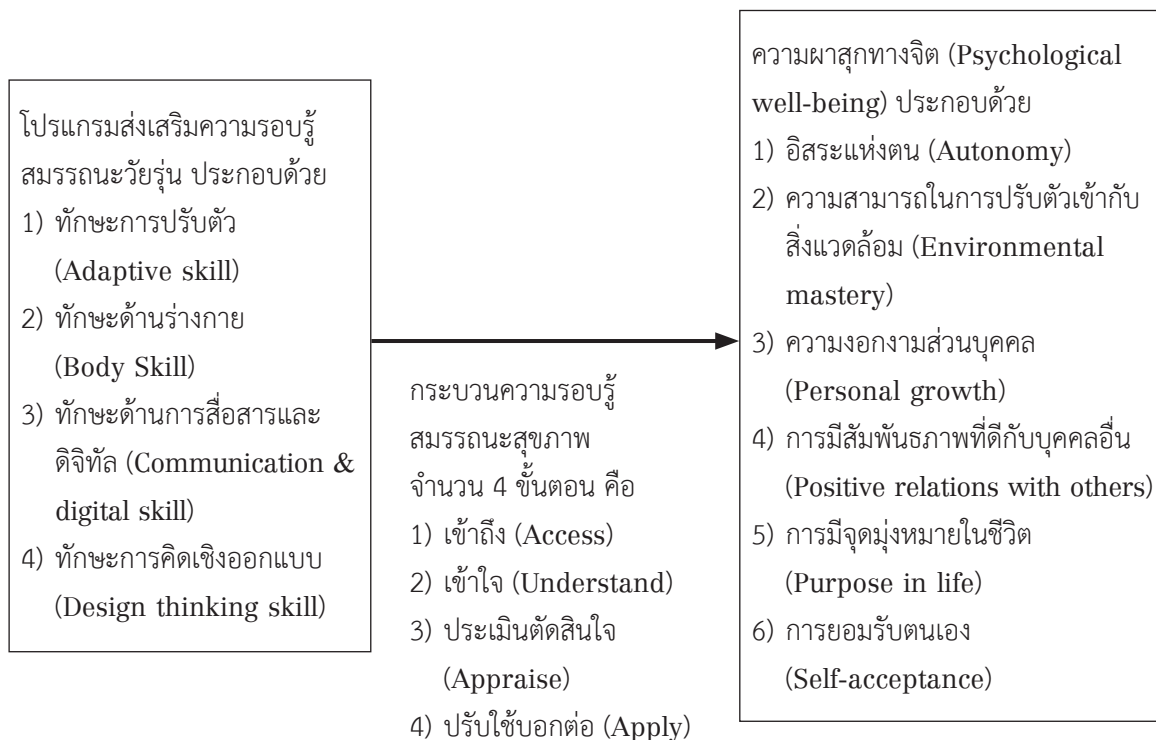
1. ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สมรรถนะวัยรุ่นต่อความผาสุกทางจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง
2. เปรียบเทียบความผาสุกทางจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สมรรถนะวัยรุ่น
3. เปรียบเทียบความผาสุกทางจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สมรรถนะวัยรุ่นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิตในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้สมรรถนะวัยรุ่นหลัง
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิตหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม

การทดลองมากกว่าก่อนทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

1. ขอบเขตการวิจัย:

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง (pretest-posttest control group design) มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยมีลักษณะใกล้เคียงกัน ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้สมรรถนะวัยรุ่นต่อความพึงพอใจทางจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง:

ประชากรคือ วัยรุ่นที่กำลังศึกษาในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ปีการศึกษา 2565 มีอายุระหว่าง 18-24 ปี

กลุ่มตัวอย่างคือ วัยรุ่นที่กำลังศึกษาในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ปีการศึกษา 2565 มีอายุระหว่าง 18-24 ปี มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 63 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง

จำนวน 32 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 31 คน (ขอยกออกจากกลุ่ม 1 คน) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ คือ เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ (1) มีอุปกรณ์สื่อสาร เช่น โทรศัพท์มือถือ คอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ โน้ตบุ๊ก หรือแล็ปท็อป สามารถใช้ได้ทั้งส่วนบุคคลและใช้ในห้องปฏิบัติการคอมพิวเตอร์ของมหาวิทยาลัย และ (2) มีความรู้ภาษาไทย มีทักษะความสามารถในการอ่านและเขียน และไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน ส่วนเกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง คือ มีอาการของโรคทางกายที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมโปรแกรม และเกณฑ์การนำอาสาสมัครออกจากโครงการ คือ (1) เข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมไม่ครบตามขั้นตอน (2) ขอลถอนตัวจากการวิจัย ย้ายที่อยู่ หรือเสียชีวิต และ (3) มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 80

3. กลุ่มตัวอย่าง: จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) และขนาดอิทธิพล (Effect size) ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.7 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 61 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 (Grove, Burns, & Gray, 2017) เพื่อทดแทนหากมีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัย (attrition rate) หรือสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล (drop out) จำนวน 3 คน รวมเป็น 64 คน ผู้วิจัยจับสลากสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยแยกเป็นกลุ่มทดลอง (experimental group) เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ความรอบรู้สมรรถนะวัยรุ่น จำนวน 32 คน และกลุ่มควบคุม (control group) ได้รับการศึกษาและดำเนินชีวิตในมหาวิทยาลัยตามปกติ จำนวน 31 คน (ขอยกออกจากกลุ่ม 1 คน)

4. ระยะเวลาในการศึกษา: ช่วงเวลาระหว่างเดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2565 ระยะเวลาการศึกษา 6 สัปดาห์

5. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง: ผู้วิจัยได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์

เลขที่ COA 048/2565 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (วิทยาศาสตร์สุขภาพ) มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี เลขที่ 8/2565

6. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย: ประกอบด้วย

6.1 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

ส่วนที่ 2 แบบวัดความผาสุกทางจิตของเรฟฟ์ (Ryff scales of psychological well-being) ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ อิสระแห่งตนหรือความเป็นตัวของตัวเอง ความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม ความมั่งคั่งส่วนบุคคลหรือการเติบโตภายในตนเอง การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น การมีจุดหมายในชีวิต และการยอมรับตนเอง ด้านละ 9 ข้อ รวม 54 ข้อ (Ryff & Keyes, 1995; Abbott et al., 2006) เป็นรูปแบบประมาณค่า (rating scale) แบ่งระดับการวัดเป็น 6 ระดับ แปลเป็นฉบับภาษาไทย (back translated) โดย อาภากร เปี้ยวันมิม, พูลพงศ์ สุขสว่าง, และปิยะทิพย์ ประดุจพรม (2563)

การแปลความหมายค่าคะแนนรวมความผาสุกทางจิตแต่ละด้าน คือ คะแนน 9-24 หมายถึง มีความผาสุกทางจิตอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 25-38 หมายถึง มีความผาสุกทางจิตอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 39-54 หมายถึง มีความผาสุกทางจิตอยู่ในระดับสูง ส่วนการแปลความหมายค่าคะแนนรวมความผาสุกทางจิตในภาพรวม คือ คะแนน 54-144 หมายถึง ความผาสุกทางจิตภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 145-234 หมายถึง ความผาสุกทางจิตภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 235-324 หมายถึง ความผาสุกทางจิตภาพรวมอยู่ในระดับสูง

6.2 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง เป็นโปรแกรมส่งเสริมความรู้ความรอบรู้สมรรถนะวัยรุ่น

ตามแนวคิดความรอบรู้สมรรถนะ (literacy skill) ในศตวรรษที่ 21 จำนวน 4 ทักษะ (ABCD skills) ใช้รูปแบบกระบวนการความรอบรู้สมรรถนะสุขภาพ (health literacy) จำนวน 4 ขั้นตอน กิจกรรมทั้งหมด 12 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์

7. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

7.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สมรรถนะวัยรุ่น โดยผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย นักจิตวิทยา อาจารย์พยาบาล เชี่ยวชาญด้านจิตเวชวัยรุ่น และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการเรียนการสอนระบบทางไกล ตรวจสอบความเหมาะสมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สมรรถนะวัยรุ่น เพื่อประเมินความสอดคล้องหรือเหมาะสมระหว่างวัตถุประสงค์กับกรอบแนวคิด ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1.00 หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สมรรถนะวัยรุ่นไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ของการจัดโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สมรรถนะวัยรุ่น พบว่า การใช้สื่อในการนำเสนอไม่ชัดเจน และขาดความน่าสนใจ ผู้วิจัยจึงปรับปรุงในสื่อให้มีความชัดเจน และมีความน่าสนใจมากขึ้นแบบวัดความพึงพอใจทางจิตของเรฟฟ์ ถูกนำมาแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (back Translation) และผ่านวิธีการประมาณค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาแบ่งชั้นแบบใหม่ (α_{scr}) เท่ากับ .76 โดย อาภากร เบ็ญยนิม, พูลพงศ์ สุขสว่าง, และปิยะทิพย์ ประดุจพรม (2563) และ อาภากร เบ็ญยนิม, พูลพงศ์ สุขสว่าง, และปิยะทิพย์ ประดุจพรม (2565) จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

7.2 การตรวจสอบคุณภาพความเที่ยง ของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบวัดความพึงพอใจทดลองใช้ (try out) กับนักศึกษาที่เป็นวัยรุ่นซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .95 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ (George & Mallery, 2003)

8. การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

8.1 ขั้นเตรียมการ หลังได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ทั้ง 2 แห่ง ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ถึงอธิการบดีมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง เพื่อขออนุญาตทดลองใช้ (try out) เครื่องมือ และลงพื้นที่เก็บข้อมูล และประชาสัมพันธ์ให้กับผู้ที่สนใจเข้าร่วมโครงการ จากนั้น คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนเกณฑ์คัดเข้า และการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 63 คน

8.2 ขั้นตอนการวิจัย/การทดลอง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 32 คน จะประเมินด้วยแบบวัดความพึงพอใจทางจิต (pre-test) และโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สมรรถนะวัยรุ่นโดยจัดเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 10-11 คนจำนวน 3 กลุ่ม และประเมินความพึงพอใจทางจิตหลังการทดลอง (post-test) ส่วนกลุ่มควบคุม จำนวน 31 คน (ขอลออกจากกลุ่ม 1 คน) ได้รับการศึกษาและดำเนินชีวิตในมหาวิทยาลัยตามปกติ ลงบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ในการทำกิจกรรมครั้งแรกจะได้รับการประเมินด้วยแบบวัดความพึงพอใจทางจิต (pre-test) และครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 6 (post-test) หลังจากเสร็จสิ้นจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สมรรถนะวัยรุ่นตามความสมัครใจ

ผู้วิจัยทดสอบความเท่าเทียม/ความแตกต่างของข้อมูลกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยทดสอบความแตกต่างของลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (chi-square test) รวมทั้งทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนใช้สถิติ ด้วยสถิติ The Kolmogorow-Smirnov Test ทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจที่เป็นอิสระต่อกัน ด้วยสถิติแบบทีชนิดที่เป็นอิสระจากกัน (independence t-test) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้สมรรถนะวัยรุ่น และทดสอบความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง (test for linearity) พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปไม่แตกต่างกัน

9. การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเสร็จสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยนำข้อมูลก่อนและหลังการทดลองมาทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ สร้างคู่มือและลงรหัสข้อมูล จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติสำเร็จรูปดังนี้

9.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) จำนวน ร้อยละ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

9.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิต ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติแบบทีชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทีชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

9.3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) กรณีทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิตหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการฝึก 6 สัปดาห์ เมื่อมีคะแนนความพึงพอใจทางจิตก่อนการทดลอง (pre-test) เป็นตัวแปรร่วม (covariate)

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนมากเป็นเพศหญิง กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง จำนวน 29 คน (ร้อยละ 90.63) และเพศชาย จำนวน 3 คน (ร้อยละ 9.37) ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง จำนวน 30 คน (ร้อยละ 96.77) และเพศชาย จำนวน 1 คน (ร้อยละ 3.23) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 20.88 (SD = 1.60) ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 21.03 (SD = 1.60) ในขณะที่ค่าเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของกลุ่มทดลองเท่ากับ 3.25 (SD = .36) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเท่ากับ 3.11 (SD = .39)

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิต ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิตของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้สมรรถนะวัยรุ่น หลังการทดลอง (M = 212.09, SD = 35.62) มากกว่าก่อนการทดลอง (M = 174.16, SD = 49.76) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.28, p < .01$) ในขณะที่ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิตของกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง (M = 172.74, SD = 43.56) น้อยกว่าการทดลอง (M = 183.32, SD = 49.83) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .87, p > .05$) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิตก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความพึงพอใจทางจิต	M	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
หลังการทดลอง	212.09	35.62	31	3.28	.003
ก่อนการทดลอง	174.16	49.76			
กลุ่มควบคุม					
หลังการทดลอง	172.74	43.56	30	.87	.39
ก่อนการทดลอง	183.32	49.83			

ในการเปรียบเทียบเพื่อความชัดเจนของผลการศึกษาความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิต หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลที่เกิดขึ้นมาจากโปรแกรมส่งเสริมความรู้สมรรถนะวัยรุ่นเพียงอย่างเดียว หรือมีสาเหตุมาจากตัวแปรแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดความแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงทำการควบคุมตัวแปรคะแนนความพึงพอใจทางจิตก่อนการทดลอง (pre-test) ที่อาจมีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิต

ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้สมรรถนะวัยรุ่น และกลุ่มที่ศึกษาและดำเนินชีวิตในมหาวิทยาลัยตามปกติ ก่อนนำคะแนนก่อนทดลอง (pre-test) ความพึงพอใจทางจิตมาวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม และหลังนำคะแนนก่อนทดลอง (pre-test) ความพึงพอใจทางจิตมาวิเคราะห์ความแปรปรวน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน (M = 211.77, SD = 7.07) มากกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจทางจิตของกลุ่มควบคุม (M = 173.07, SD = 7.18) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการนำคะแนน Pre-test ความพึงพอใจทางจิต มาวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (n = 63)

กลุ่มในการทดลอง	ก่อนการปรับคะแนน		หลังการปรับคะแนน	
	M	SD	M	SD
กลุ่มทดลอง	212.09	35.62	211.77 ^a	7.07
กลุ่มควบคุม	172.74	43.56	173.07 ^a	7.18

α. ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิต หลังจากนำคะแนนความพึงพอใจทางจิตก่อนการทดลอง (Pre-test) ไปเป็นความแปรปรวนร่วม

การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of covariance : ANCOVA) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิต ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และควบคุม เมื่อมีคะแนนความพึงพอใจก่อนการทดลอง (pre-test) เป็นตัวแปรร่วม พบว่า คะแนนความพึงพอใจก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความพึงพอใจหลังการทดลอง ($F_{(1,60)} = .48$, $p > .05$) และเมื่อให้คะแนนความพึงพอใจก่อนการทดลอง (pre-test) เป็นตัวแปรร่วม เพื่อทำนาย

คะแนนความพึงพอใจทางจิตหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิตหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน ($F_{(1,60)} = 14.69$, $p < .001$) ในการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้รอบรู้สมรรถนะวัยรุ่น มีผลต่อคะแนนความพึงพอใจทางจิต ร้อยละ 19.7 หรือโดยเฉลี่ยแล้ว ผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้รอบรู้สมรรถนะวัยรุ่น (กลุ่มทดลอง) ร้อยละ 19.7 มีคะแนนความพึงพอใจทางจิตสูงกว่าผู้ที่ศึกษาและดำเนินชีวิตในมหาวิทยาลัยตามปกติ (กลุ่มควบคุม) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิต หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เมื่อมีคะแนนความพึงพอใจก่อนการทดลอง (pre-test) เป็นตัวแปรร่วม (n=63)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value	Partial Eta Squared
ตัวแปรร่วม (Pre)	766.38	1	766.38	.48	.49	.008
ระหว่างกลุ่ม (Between)	3377.34	1	3377.32	14.69	.000	.197
ภายในกลุ่ม (Within)	95496.79	60	1591.61			
ทั้งหมด (Total)	2460776.00					

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้รอบรู้สมรรถนะวัยรุ่นต่อความพึงพอใจทางจิต สามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิตในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้รอบรู้สมรรถนะวัยรุ่นหลังการทดลองมากกว่าก่อนทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้รอบรู้สมรรถนะวัยรุ่น หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิตมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1) แสดงว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน โปรแกรมส่งเสริมความรู้รอบรู้สมรรถนะวัยรุ่น ประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริม

“ABCD Skill” ผ่านกระบวนการพัฒนาความรู้รอบรู้สมรรถนะด้านสุขภาพ (health literacy) สามารถพัฒนาทักษะของวัยรุ่นที่หลากหลาย สร้างความพึงพอใจตามแนวคิดทฤษฎีการพัฒนาวัยรุ่นในเชิงบวก ครอบคลุมทักษะที่วัยรุ่นต้องเรียนรู้ พัฒนา ส่งเสริม และตอบสนองพัฒนาการด้านต่าง ๆ สามารถปรับเปลี่ยนวิธีการพัฒนาวัยรุ่นโดยสนับสนุนการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ ความจำ ความคิด ความรู้ และทักษะชีวิต และความสามารถเฉพาะของบุคคลหรือสมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึงข้อมูล ทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลหรือความรู้และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการ (Lerner et al., 2021) สอดคล้องกับ

การศึกษาของ ซาโกเน่ และเดอ คาโรลี (Sagone & De Caroli, 2014) และ เฮลล์เฟลด์ท์ และคณะ (Hellfeldt, López-Romero, & Andershed, 2020) ที่กล่าวว่า การส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต ทำให้เกิดสุขภาพที่ดี ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำรงชีวิตของวัยรุ่นอย่างมีความสุข ทั้งการดำเนินชีวิต และสังคม มีคุณสมบัติพร้อมเพื่อก้าวเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่ความรอบรู้ เป็นการสร้างทักษะเชิงรุก ส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดี และสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาทักษะทางสังคมของตนเอง มีกระบวนการคิดวิเคราะห์ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และอารมณ์ เป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ ส่งเสริมสุขภาพจิต ส่งเสริมการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ การตระหนักรู้ในตนเอง การกำหนดตนเอง สร้างความเป็นผู้นำ เรียนรู้ที่เหมาะสม มีความสุข และพึงพอใจในการดำเนินชีวิต บนความคิดของตน รวมถึงพัฒนาพฤติกรรมเชิงบวก ในการมีส่วนร่วมของวัยรุ่นมากกว่าที่จะเกิดการเผชิญกับปัญหาหรือความเสี่ยงที่ต้องจัดการแก้ไข ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง และเกิดความผาสุกทางจิต

สมมติฐานที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 3) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางจิตของกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 2) สะท้อนถึงประสิทธิผล (Effectiveness) ของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้สมรรถนะวัยรุ่น เนื่องจากวัยรุ่นกลุ่มที่ได้รับการพัฒนาวัยรุ่นในเชิงบวกด้วยโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้สมรรถนะวัยรุ่น พัฒนาทักษะส่งเสริม “ABCD Skill” ด้วยกระบวนการสร้างความรอบรู้สมรรถนะด้านสุขภาพ

สามารถส่งเสริมความสามารถด้านความรู้ความเข้าใจ ความจำ ความคิด ความรู้ และทักษะชีวิต รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้านความผาสุกทางจิตเพิ่มมากขึ้น แตกต่างจากกลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของภมรพรรณ ยะยาตร์ (2554) ที่พบว่าความผาสุกทางจิตของนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัยโดยรวม และรายองค์ประกอบของกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษากลุ่ม และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และการติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สมรรถนะวัยรุ่นมีผลต่อคะแนนความผาสุกทางจิต ร้อยละ 19.7 แสดงว่า ผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สมรรถนะวัยรุ่น ร้อยละ 19.7 มีคะแนนความผาสุกทางจิตสูงกว่าผู้ที่ศึกษาและดำเนินชีวิตในมหาวิทยาลัยตามปกติ สอดคล้องกับ วิกฟิลด์ และแคมเบรีย (Wigfield & Cambria, 2010) และ พาร์ฮิอาลา และคณะ (Parhiala et al., 2018) ที่กล่าวว่า การสร้างแรงจูงใจมีบทบาทอย่างมากต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และส่งผลต่อการวางแผนในการดำเนินชีวิต การเห็นคุณค่าในตนเอง และการมองเห็นประโยชน์นำไปสู่ความผาสุกทางจิตใจและอารมณ์

ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตของกลุ่มควบคุมหลังการทดลองน้อยกว่าการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลอง ร้อยละ 19.7 มีคะแนนความผาสุกทางจิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาความรอบรู้สมรรถนะวัยรุ่นเป็นสิ่งที่สำคัญ และควรได้รับการส่งเสริมหรือบรรจุอยู่ในแผนการพัฒนานักศึกษาในรูปแบบกิจกรรมเสริมหลักสูตรหรือกิจกรรมนอกห้องเรียน สอดคล้องกับ เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช, ผ่องศรี วาณิชสุภวงศ์, วุฒิชัย เนียมเทศ, และณัฐวิทย์ พจนันต์ (2559) ที่กล่าวว่า การพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 เป็นสิ่งจำเป็น และสำคัญ ประกอบด้วย ทักษะด้านการเรียนรู้และ

นวัตกรรม ทักษะสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี และทักษะชีวิตและอาชีพ นอกจากนี้ การพัฒนาให้สามารถดำรงชีวิตและยืนหยัดในโลกได้อย่างมีความสุข ทั้งด้านการดำเนินชีวิตและด้านหน้าที่การงาน สามารถปรับตัวให้รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง สามารถเอาตัวรอดมีคุณสมบัติพร้อม และประสบความสำเร็จ จำเป็นต้องเสริมสร้างให้มีคุณลักษณะ ทักษะแห่งอนาคตใหม่ พัฒนาจิตสำนึกต่อธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม และการศึกษาของ อธิพัชร ดาดี (2564) ที่กล่าวว่า การพัฒนาทักษะการเรียนรู้และทักษะชีวิตเป็นปัจจัยสำคัญต่อความอยู่รอดในสังคม แต่ในปัจจุบันสถาบันการศึกษาส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับงานกิจการนักเรียนน้อย เนื่องจากจะมุ่งเน้นในเชิงวิชาการ ซึ่งงานวิชาการจะต้องได้รับการสนับสนุนจากงานกิจการนักเรียน เพื่อให้มีกิจกรรมที่เหมาะสมและส่งเสริมในเชิงวิชาการ นอกจากนี้งานกิจการนักเรียนยังช่วยให้เกิดทักษะอื่น ๆ เพิ่มเติม หรือเกิดความคิดสร้างสรรค์ หากสถาบันศึกษาให้ความสนใจในงานกิจการนักเรียนให้มีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้นักศึกษาประสบผลสำเร็จในด้านการเรียนได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. สนับสนุนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องพัฒนาและส่งเสริมสมรรถนะของวัยรุ่นตามกระบวนการความรอบรู้สมรรถนะด้านสุขภาพในระดับชั้นอื่น ๆ เพื่อกระตุ้นสมรรถนะของวัยรุ่นในศตวรรษที่ 21 ตามการพัฒนาวัยรุ่นในเชิงบวก สร้างความผาสุกทางจิตให้แก่วัยรุ่นเพื่อก้าวเข้าสู่ผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์

2. จัดอบรมการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะของวัยรุ่น ตามกระบวนการความรอบรู้สมรรถนะด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้สอดแทรกในกิจกรรมพัฒนานักศึกษานอกหลักสูตร เพื่อเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้ใช้ทักษะ เสริมสร้างสมรรถนะของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขทางจิต

จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะของการวิจัยครั้งต่อไป คือ การใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะของวัยรุ่น หรือโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะวัยรุ่นที่มีลักษณะใกล้เคียงประเมินความผาสุกในด้านอื่น ๆ เช่น ความผาสุกด้านอารมณ์ (Emotional well-being) และความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual well-being)

เอกสารอ้างอิง

- นงเยาว์ อรุณศิริวงศ์. (2557). *การพัฒนาคุณภาพชีวิต*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช, ผ่องศรี วาณิชยศุภวงศ์, วุฒิชัย เนียมเทศ, และณัฐวิทย์ พจนตันติ (2559). ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21: ความท้าทายในการพัฒนานักศึกษา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัทยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(2), 208-222.
- ภมรพรรณ ยุระยาตร์. (2554). *การศึกษาและพัฒนาความผาสุกทางจิตใจของนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัย*. (ปริญญาการศึกษาดุขภูบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- อธิพัชร ดาดี (2564). *กิจการนักเรียนในศตวรรษที่ 21*. *วารสารรัชตภาคย์*, 15(43), 389-396.
- อาภากร เปรี๊ยนม, พูลพงศ์ สุขสว่าง, และปิยะทิพย์ ประดุงพรหม. (2563). *การพัฒนามาตรวัดความผาสุกทางจิต*. *วารสารพยาบาล*, 69(2), 30-36.

- อภากร เปี้ยวนัน, พูลพงศ์ สุขสว่าง, และปิยะทิพย์ ประดุงพรม. (2565). การพัฒนาวิธีการประมาณค่าความเที่ยงของสัมประสิทธิ์แอลฟาแบ่งชั้นแบบใหม่ สำหรับมาตรวัดพหุมิติ. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์*, 24(2), 316-331.
- Abbott, R. A., Ploubidis, G. B., Huppert, F. A., Kuh, D., Wadsworth, M. E., & Croudace, T. J. (2006). Psychometric evaluation and predictive validity of Ryff's psychological well-being items in a UK birth cohort sample of women. *Health and quality of life outcomes*, 4(76), 1-16.
- Alvarado, G., Skinner, M., Plaut, D., Moss, C., Kapungu, C., & Reavley, N. (2017). *A systematic review of positive youth development programs in low-and middle-income countries*. Washington, DC: Youth Power Learning, Making Cents International.
- Fava, G. A., Cosci, F., Guidi, J., & Tomba, E. (2017). Well-being therapy in depression: New insights into the role of psychological well-being in the clinical process. *Depression and anxiety*, 34(9), 801-808.
- Fiedler, S., Pfaff, H., Soellner, R., & Pförtner, T. K. (2018). Exploring the association between health literacy and psychological well-being among industry managers in Germany. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 60(8), 743-753.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference. 11.0 Update* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Grove, S. K., Burns, N. & Gray, J. (2017). *Burns and Grove's the practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence* (8th ed). NewYork: Elsevier.
- Hellfeldt, K., López-Romero, L., & Andershed, H. (2020). Cyberbullying and psychological well-being in young adolescence: the potential protective mediation effects of social support from family, friends, and teachers. *International journal of environmental research and public health*, 17(1), 45-60.
- Hird, S. (2003). *What is well-being? A brief review of current literature and concepts*. Scotland: Glasgow.
- Lehtimäki, S., Schwalbe, N., & Solis, L. (2018). *Adolescent health: the missing population in universal health coverage*. Europe: World Health Organization.
- Lerner, R. M., Lerner, J. V., Murry, V. M., Smith, E. P., Bowers, E. P., Geldhof, G. J., & Buckingham, M. H. (2021). Positive youth development in 2020: Theory, research, programs, and the promotion of social justice. *Journal of Research on Adolescence*, 31(4), 1114-1134.

- Parhiala, P., Torppa, M., Vasalampi, K., Eklund, K., Poikkeus, A. M., & Aro, T. (2018). Profiles of school motivation and emotional well-being among adolescents: Associations with math and reading performance. *Learning and Individual Differences, 61*, 196-204.
- Park, A., Eckert, T. L., Zaso, M. J., Scott-Sheldon, L. A., Venable, P. A., Carey, K. B., Ewart, C. K. & Carey, M. P. (2017). Associations between health literacy and health behaviors among urban high school students. *Journal of School Health, 87*(12), 885-893.
- Pyle, E., & Manclossi, S. (2018). *Understanding well-being inequalities: Who has the poorest personal well-being*. London, UK: Office for National Statistics.
- Rieckmann, M. (2017). *Education for sustainable development goals: Learning objectives*. France: UNESCO Publishing.
- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*(4), 719-727.
- Sagone, E., & De Caroli, M. E. (2014). Relationships between psychological well-being and resilience in middle and late adolescents. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 141*(1), 881-887.
- Trudel-Fitzgerald, C., Millstein, R. A., von Hippel, C., Howe, C. J., Tomasso, L. P., Wagner, G. R., & VanderWeele, T. J. (2019). Psychological well-being as part of the public health debate? Insight into dimensions, interventions, and policy. *BMC public health, 19*(1), 1-11.
- Wigfield, A. & Cambria, J. (2010). Students' achievement values, goal orientations, and interest: Definitions, development, and relations to achievement outcomes. *Developmental Review, 30*(1), 1-35.
- Şahin, İ. R. E. M., Togay, A. H. M. E. T., & Kırılanc Şimşek, B. (2020). The effectiveness of psychodrama on social skills and life satisfaction of disadvantaged early-adolescents. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie, 19*(2), 7-19.



ผลการใช้รูปแบบการจัดการการดูแลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลกับ
จิตตารมณ์พระวรสารต่อการรับรู้พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลและ
ความพึงพอใจของผู้สูงอายุ

**Effects of Using a Care Management Model That Integrates Care
Theory and Evangelical Council Towards Caring Behaviors
Perceived of the Caregivers and Older Person's Satisfaction**

ฐิติรัตน์ พันวิลัย, พย.ม., Thithirat Phanwilai, M.N.S.^{1*}

สุวรรณา อนุลันติ, ค.ด., Suwanna Anusanti, Ph.D.²

ปานตา อภิรักษ์นภานนท์, ประ.ด., Panta Apiruknapanond, Ph.D.³

¹พยาบาลวิชาชีพ บ้านผู้สูงอายุเซนต์โยเซฟคอนเวนต์ กรุงเทพฯ

¹Professional Nurse, St. Joseph Convent Elderly Home, Bangkok

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เขตสาทร กรุงเทพฯ

²Assistant Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College.

³อาจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กรุงเทพฯ

³Lecturer, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College, Bangkok

*Corresponding Author Email: bt2526phanwilai@gmail.com

Received: December 23, 2022

Revised: March 16, 2023

Accepted: June 13, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) หนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการจัดการการดูแลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลกับจิตตารมณ์พระวรสารต่อการรับรู้พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลและความพึงพอใจของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ปฏิบัติงานในบ้านผู้สูงอายุเซนต์โยเซฟคอนเวนต์ จำนวน 11 คนและผู้สูงอายุ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ รูปแบบการจัดการการดูแลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลกับจิตตารมณ์พระวรสารและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุ และส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ค่า CVI ของเครื่องมือทั้งสองส่วนเท่ากับ 1

ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของคอนบาคของเท่ากับ .93 และ .97 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและใช้สถิตินอนพารามेटริก ของ Wilcoxon Signed Ranks Test วัดก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการการดูแลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลกับจิตตารมณ์พระวรสาร ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{X} = 4.65$, $SD = .26$) และความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.19$, $SD = .36$) การรับรู้พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุและความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดการการดูแลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลกับจิตตารมณ์พระวรสาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

คำสำคัญ: รูปแบบการจัดการการดูแลทฤษฎีการดูแล ทฤษฎีการดูแล จิตตารมณ์พระวรสาร การรับรู้พฤติกรรม
การดูแลของผู้ดูแล

Abstract

The purpose of this quasi-experimental one group pretest and posttest design. Research was to study the effects of using a care management model that integrates care theory with Evangelical Council towards caring behaviors of The caregivers and older person's satisfaction. The sample consisted of 11 caregivers for the elderly who have worked in the St. Joseph Convent Elderly Home and 20 elderly persons. The research instrument was a care management model that integrates the theory of care with Evangelical Council. The tools used for data collection are as follows: The first part was a questionnaire for the perceptions of caring behaviors of elderly caregivers in the elderly care practice and the second part was the elderly satisfaction questionnaire. The content validity of the whole questionnaire was validated by 3 experts, The CVI value of both parts of the instrument was 1, the alpha coefficient was found to be .93 and .97. Data were analyzed by descriptive statistics and Wilcoxon Signed Ranks Test, measured before and after applying a care management model that integrates care theory with Evangelical Council. The results showed that perceived care behavior of elderly caregivers was at a very high level ($\bar{X} = 4.65$, $SD = 0.26$) and the older person's satisfaction in receiving care from the elderly caregivers also was at the high level ($\bar{X} = 4.19$, $SD = .36$), The perception of caring behavior of elderly caregivers and the satisfaction of the elderly on receiving care from elderly caregivers was higher than before using the care management model that integrated care theory with the Evangelical Council statistically significant at the .01 level.

Keyword: Care Management Model, Care Theory, Evangelical Council, Perceived of The Caregivers Behaviors

บทนำ

ข้อมูลองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) คาดการณ์ว่าจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 3 ต่อปี จะเพิ่มขึ้นถึง 2 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2593 (World Health Organization, 2018) ในขณะที่ประเทศไทย มีการเปลี่ยนแปลงประชากรที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลก ที่มีจำนวน ผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ปี พ.ศ. 2573 สัดส่วนประชากร สูงวัยเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 26.90 ของประชากร ทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ผู้สูงอายุมีความเสื่อมของร่างกายที่เพิ่มขึ้นทำให้เกิด ปัญหาสุขภาพทั้งทางกาย สุขภาพจิต ผู้สูงอายุที่อยู่ใน ภาวะพึ่งพิง ประมาณ 4 แสนคน และผู้สูงอายุที่เป็น โรคสมองเสื่อมประมาณ 6 แสนคนในปี 2559 มีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นอีกมาก ในอีก 20 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุที่อยู่ใน ภาวะพึ่งพิงจะเพิ่มเป็น 1.3 ล้านคน และผู้ป่วยด้วยโรค สมองเสื่อมจะเพิ่มเป็น 1.4 ล้านคน (มูลนิธิสถาบันวิจัย และพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560)

ผู้สูงอายุล้วนต้องการการดูแลด้วยความเข้าใจ และความรักเมตตาเอาอาทร เนื่องด้วยความเสื่อม ของร่างกายและจิตใจ ความสามารถในการช่วยเหลือ ตนเองลดลง และบางคนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุจึงมีบทบาทสำคัญในการทำให้ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้นหรือลดลงได้ ซึ่งหาก ผู้ดูแลผู้สูงอายุขาดสมรรถนะที่จำเป็นอาจมีความเสี่ยง และความไม่ปลอดภัยเกิดขึ้นต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ (Paloutzian, & Ellison, 1982) โดยการดูแลเป็นสิ่งที่สำคัญของมนุษยชาติโดยมี จุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือผู้ที่อ่อนแอกว่า เป็นเรื่อง ที่เกี่ยวข้องกับความรักเมตตา ศีลธรรม จริยธรรม และ ประเพณีปฏิบัติที่มีต่อกัน (พระพรหมคุณาภรณ์ ป.อ.ปยุตโต, 2558) การดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมนั้นต้องเชื่อมโยง

กับความรัก ความเอาใจใส่ ความปรารถนาดี การให้ ความสนใจ ปกป้อง ส่งเสริม และคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของ ความเป็นมนุษย์ โดยมีเป้าหมายเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของ ผู้สูงอายุ การพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุให้เป็นผู้มี ความรักเมตตาและเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุซึ่งในอนาคตจะมีแนวโน้มเพิ่ม มากขึ้นเรื่อย ๆ มีคุณภาพชีวิตดียิ่งขึ้น

ผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะนำแนวคิดทฤษฎีการดูแล และจิตตารมณ์พระวรสาร มาบูรณาการเป็นรูปแบบใน การพัฒนาบุคลากรที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพ และคุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึง ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการจัดการการ ดูแลผู้สูงอายุ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการ ใช้รูปแบบการจัดการการดูแลผู้สูงอายุ
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ความพึง พพอใจของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการ จัดการการดูแลผู้สูงอายุ

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการดูแล ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดการ การดูแลผู้สูงอายุ
2. ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุ สูง กว่าก่อนการใช้รูปแบบการจัดการการดูแลผู้สูงอายุ

วิธีการดำเนินการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ชนิดหนึ่ง

กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest-posttest design) เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยในช่วงวันที่ 6 พฤษภาคม-2 มิถุนายน พ.ศ. 2565

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุทุกคนในบ้านผู้สูงอายุเขตโดยเซฟคอน จำนวน 11 คน และ 2) ผู้สูงอายุในบ้านผู้สูงอายุเขตโดยเซฟคอน จำนวน 20 คน

2. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการตรวจสอบและได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่ E.004/2565 เมื่อวันที่ 7 มีนาคม พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการจัดเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับและการนำผลงานวิจัยไปใช้ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับทราบถึงการได้รับการพิทักษ์สิทธิ โดยการบันทึกข้อมูลจะไม่มีการระบุชื่อแต่ใช้วิธีการใส่รหัสแทน ข้อมูลที่ได้รับ จะถูกปกปิดเป็นความลับและใช้สำหรับการศึกษาวิจัยเท่านั้น

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

3.1 รูปแบบการจัดการการดูแลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลกับจิตตารมณ์พระวรสาร ที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลของวัตสัน (Watson, 1988) 10 ปัจจัยการดูแลกับทฤษฎีของโรช (Roach, 1987) และจิตตารมณ์พระวรสาร โดยรูปแบบดำเนินด้วยวิธีการอบรมบรรยาย การดูแลผู้สูงอายุด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ด้วยการฝึกวิธีการดูแล การพูดคุยให้กำลังใจผู้สูงอายุ ฝึกให้เข้าใจตนเองผ่านการไตร่ตรองตนเอง ฝึกสติสร้างความปิติและเมตตาให้เกิดขึ้นในใจ ฝึกฝนความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น โดยฝึกปฏิบัติทุกวันและจดบันทึก

การฝึกแบ่งเป็นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมระยะเวลา 2 สัปดาห์ ในการฝึกนี้มีคู่มือประกอบการอบรม และมีพยาบาลเป็นผู้สอนและควบคุมดูแล

3.2 แบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมและการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 25 ข้อ

3.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ค่า CVI ของเครื่องมือทั้งสองส่วนเท่ากับ 1.00 และตรวจสอบความเที่ยงและนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านผู้สูงอายุราชสีมาจำนวน 30 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคพบว่าค่าความเที่ยงของเครื่องมือแบบประเมินรูปแบบ เท่ากับ .93 และเครื่องมือแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุเท่ากับ .97

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประเมินการรับรู้พฤติกรรมและการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ก่อนใช้รูปแบบ และหลังการใช้รูปแบบการจัดการการดูแล จากนั้นทำการตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ วิเคราะห์สถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดย

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยการแจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละ

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมและการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิตินอนพาราเมตริก ของ Wilcoxon Signed Ranks Test

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 36 ปี ร้อยละ 45.50 เป็นกลุ่มอายุ 18-29 ปี ระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จบมัธยมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 45.50 ระยะเวลาการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ปฏิบัติงาน 1-5 ปี ร้อยละ 36.40 ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุน้อยกว่า 1 ปี 1-5 ปี และ 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.30 เท่ากันทั้งสามช่วง ขณะที่ประสบการณ์มากกว่า 10 ปี

คิดเป็นร้อยละ 18.20 ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมหลักการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 81.80 และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การรับรู้พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า หลังการใช้รูปแบบการดูแล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีการรับรู้พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย การรับรู้พฤติกรรมการดูแล ของผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการการดูแล

การรับรู้พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	ก่อนการใช้			หลังการใช้			p-value	ระดับ
	$\bar{X}$	SD	Mean Rank	$\bar{X}$	SD	Mean Rank		
1. รับรู้ตนเองว่าเป็นคนที่มีเมตตาความห่วงใย และตั้งใจจริงในการช่วยเหลือ	3.40	.76	.00	4.76	.21	6.00	.001*	สูงมาก
2. รับรู้ตนเองว่ามีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ	3.03	.77	.00	4.60	.26	6.00	.001*	สูงมาก
3. รับรู้ตนเองว่าตนเองมีความมั่นใจในความเป็นบุคคลทำให้เกิดการติดต่อสื่อสารที่จริงใจกัน	2.92	.81	.00	4.45	.38	6.00	.001*	สูง
4. การรับรู้ตนเองว่ามีจริยธรรมการแสดงออกที่คำนึงถึงสิทธิมนุษยชนและเคารพในศักดิ์ศรีของผู้อื่น	3.54	.94	.00	4.61	.45	5.50	.002*	สูงมาก
5. รับรู้ตนเองว่ามีความยึดมั่นผูกพันมุ่งมั่นในบทบาทหน้าที่ของตน ตั้งใจจริงในการปฏิบัติงาน กระตือรือร้น กระทำอย่างต่อเนื่อง	3.30	.88	.00	4.81	.24	6.00	.001*	สูงมาก
คะแนนรวม	3.24	.78	.00	4.65	.26	6.00	.001*	สูงมาก

* $p < .05$

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความพึงพอใจของ ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจโดยรวมและรายด้าน สูงกว่า ผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการการ ก่อนใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ดังตารางที่ 2) ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าหลังการใช้รูปแบบการจัดการดูแล

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการ การดูแล

การรับรู้พฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	ก่อนการใช้			หลังการใช้			p- value	ระดับ
	$\bar{X}$	SD	Mean Rank	$\bar{X}$	SD	Mean Rank		
1. ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความห่วงใยเอื้อ อาหาร ผู้สูงอายุรู้สึกได้รับการ ดูแลและได้รับความช่วยเหลือ	3.66	.74	3.00	4.33	.36	11.36	.000*	สูง
2. ผู้สูงอายุรับรู้ได้ว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุ เข้าใจความต้องการและปัญหา สุขภาพของผู้สูงอายุพฤติกรรมที่ แสดงออกคือให้ความสนใจและ เอาใจใส่ ยินดีให้ความช่วยเหลือ	3.41	.68	6.33	4.11	.66	10.69	.001*	สูง
3. ผู้สูงอายุรับรู้ได้ว่าผู้ดูแลให้เกียรติ และยอมรับนับถือความเป็นคน ให้การดูแลด้วยความเท่าเทียมใน พฤติกรรมที่แสดงออก	3.71	.58	2.00	4.41	.37	10.94	.000*	สูง
4. ผู้สูงอายุเชื่อมั่นในความสามารถ ของผู้ดูแลในการช่วยเหลือแก้ไข ปัญหาได้ และรับรู้ความปลอดภัย จากการได้รับการดูแล	3.71	.76	2.50	4.40	.29	10.38	.000*	สูง

* $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

1. หลังการใช้รูปแบบการดูแล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นรูปแบบการอบรมและฝึกให้ปฏิบัติตามด้วยการ มีการรับรู้พฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุโดยรวมและราย ด้าน สูงกว่าก่อนใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น บรรยาย สาธิต และการฝึกเมตตาต่อตนเองและผู้อื่น ทำให้รู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา ซึ่งทำให้ผู้ดูแลรับรู้สภาพ อารมณ์ และความรู้สึกของผู้สูงอายุ และมีความเมตตา

เอื้ออาทร นอกจากนี้การฝึกการแสดงออกด้วยการปฏิบัติงานที่ใช้ความรู้ทักษะความชำนาญที่มีอยู่ได้ถูกต้องตามหลักวิชาการและเทคนิควิธี ส่งผลให้การรับรู้ตนเองว่าเป็นคนที่มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลให้ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างถูกต้องตามมาตรฐาน มีการตัดสินใจที่ดี สามารถแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ จนส่งผลต่อความเชื่อมั่นต่อตนเองในการดูแลผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี รวมถึงรับรู้ตนเองว่ามีจิตสำนึกทางจริยธรรม โดยสามารถดูแลผู้สูงอายุอย่างมีศีลธรรม ปกป้องสิทธิให้ความเสมอภาค ยุติธรรม เข้าใจถึงความเชื่อ ความแตกต่างทางความคิด วัฒนธรรมของผู้สูงอายุ และยอมรับการตัดสินใจของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความมุ่งมั่นในบทบาทหน้าที่ของตน มีความตั้งใจจริงในการปฏิบัติงาน กระตือรือร้น กระทำอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัยของ กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์ (2560) ที่พบว่า เจตคติต่อผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกในการอยู่ร่วมและปฏิบัติตนต่อผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ และงานวิจัยของเนติยา แจ่มทิม, สินีพร ยืนยง, และ ปุรินทร์ ศรีศศลักษณ์ (2556) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมการเตรียมความพร้อมการดูแลผู้สูงอายุ มีระดับคะแนนความรู้และการปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่สถิติที่ระดับ .001 และสอดคล้องกับ ปภาสินี แซ่ตัว, ชไมพร จินต์คณาพันธ์, ศราวุธ เรืองสวัสดิ์, และธนิดา ทิปะบาล (2562) ศึกษาเกี่ยวกับศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังจากอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมงของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราญร์ธานี จากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นรู้จักบทบาทหน้าที่ของตนเอง และนำความรู้ที่ได้รับมาประเมินอาการผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง มีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง และการดูแลที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอาการดีขึ้นส่งผลให้เกิดแรงจูงใจ

ความภาคภูมิใจ ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความตั้งใจในการทำงานต่อไป

2. หลังการใช้รูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจโดยรวมและรายด้าน สูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่าหลังจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างได้รับการอบรมและปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ แล้วนั้นทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ได้ถึงความห่วงใยเอื้ออาทร พฤติกรรมที่แสดงออกคือให้ความสนใจและเอาใจใส่ ยินดีให้ความช่วยเหลือ ให้เกียรติ และยอมรับนับถือ และได้รับการดูแลด้วยความเท่าเทียม และยังคงตอบสนองความต้องการอย่างดีที่สุดเพื่อให้ผู้สูงอายุได้สมหวังในชีวิต โดยการในสิ่งที่เป็นไปได้ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความผาสุก และพัฒนาการเจริญเติบโตภายในให้มีความกลมกลืนกับผู้อื่น สอดคล้องกับอิริคสัน (Erikson, 1995) ศึกษาทบทวนวรรณกรรมของความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการพยาบาลได้ 5 ข้อ (1) ความน่าเชื่อถือ ความมั่นใจในคุณภาพ (2) ความรับผิดชอบ (3) การให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพ (4) การเห็นอกเห็นใจ และ (5) การดูแลด้านกายภาพ/สภาพแวดล้อม และสอดคล้องกับริเซอร์ (Risser, 1975) ที่ศึกษาการพัฒนาเครื่องมือวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อพยาบาลและการพยาบาล ในสถานบริการปฐมภูมิ ได้แก่ (1) สาขาวิชาเทคนิคและวิชาชีพ (2) ความสัมพันธ์ทางการศึกษาระหว่างบุคคล (3) ความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจระหว่างบุคคล

หลังการใช้การใช้รูปแบบ ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการรับรู้พฤติกรรมดูแลอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเช่นกัน แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการจัดการดูแลที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลกับจิตตารมณ์ พระวรสาร สามารถนำมาเป็นรูปแบบในการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีการรับรู้พฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุให้ดีขึ้นได้อย่างครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และ

จิตวิญญาณ และส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการดูแลเพิ่มขึ้นและสามารถใช้ชีวิตในบ้านปลายได้อย่างเป็นสุข

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริหาร

1.1 จัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้วยรูปแบบการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลกับการจัดการตามพระวรสารให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในบ้านผู้สูงอายุในเครือเซนต์ปอล อย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ผู้ดูแลมีการทบทวนความรู้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพประจำบ้านผู้สูงอายุ ติดตามการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุและมีเพิ่มเติมความรู้อย่างต่อเนื่อง

1.2 จัดอบรม เรื่อง การสื่อสารการรับฟัง และเข้าใจความเจ็บปวดของผู้สูงอายุ

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

หน่วยงานที่สนใจควรนำรูปแบบการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่บูรณาการทฤษฎีการดูแลกับการจัดการตามพระวรสาร ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อตอบสนองความต้องการแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ

3. ด้านการวิจัย

3.1 ควรพัฒนาการวิจัยประเมินผลเพื่อติดตามระยะยาว โดยศึกษาเปรียบเทียบระดับการรับรู้พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร และการรับรู้พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุสูงขึ้นเรื่อย ๆ หรือไม่

3.2 ควรศึกษาวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ เช่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุทั่วไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่านและให้ความร่วมมือในการฝึกอบรม การฝึกปฏิบัติ และตอบแบบสอบถาม เพื่อประเมินการรับรู้พฤติกรรมการดูแล และขอขอบพระคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจในการดูแล เพื่อนำมาพัฒนาการดูแลให้มีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *กาว์วางของประเทศไทย สู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ*. สืบค้นจาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30476>
- กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์. (2560). อิทธิพลของเจตคติและการอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุที่มีการปฏิบัติตนต่อผู้สูงอายุของนักศึกษาระดับปริญญาตรี, *BU Academic Review*, 16(2), 117-127.
- เนติยา แจ่มทิม, สนิพร ยืนยง, และปริญทร์ ศรีศตลักษณ์. (2556). โปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลสนามชัย อำเภอเมืองจังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(3), 108-119
- ภาสสินี แซ่ตีว, ชไมพร จินต์คณาพันธ์, ศราวุธ เรืองสวัสดิ์, และธนิดา ทีปะบาล. (2562). การศึกษาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังจากอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมงของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษณ์ธานี. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(1), 300-310.

- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต). (2558). *พุทธธรรม ฉบับปรับปรุงขยาย*. (พิมพ์ครั้งที่ 41). กรุงเทพฯ: ผลิฉิมม์ ในเครือบริษัทสำนักพิมพ์แพรวแอนดิโอม จำกัด.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Eriksen, L. R. (1995). Patient satisfaction with nursing care: concept clarification. *Journal of Nursing Measurement*, 3(1), 59-76.
- Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, 1(1), 224-37.
- Risser, N. L. (1975). Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nursing research*, 24(1), 45-52.
- Roach, M. S. (1987). *The human act of caring: A blueprint for the health professions*. Ottawa, Canada: Canadian Hospital Association Publications.
- Watson, M. J. (1988). New dimensions of human caring theory. *Nursing science quarterly*, 1(4), 175-181.
- World Health Organization. (2018). *Mental Health: Strengthening our response*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>



ผลของการใช้รูปแบบการทำงานเป็นทีมการพยาบาลร่วมกับการใช้กระบวนการ
พยาบาลต่อสมรรถนะการแก้ปัญหาของพยาบาลวิชาชีพและพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก
**Effects of Using Nursing Team Work Model with Nursing Process
on Professional Nurses' Problem- Solving Competency and
Self-Care Behavior of Older Adults with Hip Fracture Surgery**

สุรางคณา ตูลาวงค์, พย.ม., Surangkana Tulawong, M.N.S.^{1*}

สุวรรณา อนุลันติ, ค.ด., Suwanna Anusanti, Ph.D.²

จินตนา อาจลันเทียะ, ส.ด. Jintana Artsanthia, Dr.P.H.³

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

¹Registered Nurse Senior Professional Level, Nursing Department, Prannangklaao Hospital

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

²Assistance Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College

³รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

³Associate Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College

*Corresponding Author Email: bigsu,@gmail.com

Received: July 9, 2022

Revised: April 22, 2023

Accepted: June 13, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะการแก้ปัญหาของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการใช้รูปแบบการทำงานเป็นทีมการพยาบาลร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 22 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 11 คน ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก จำนวน 60 คนแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ 1) แบบสอบถามสมรรถนะการแก้ปัญหาของพยาบาลวิชาชีพ พัฒนาจากแนวคิดของ (Potter & Perry, 2017) และ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก พัฒนาจากแนวคิดของวินา วงษ์งาม (2556) เครื่องมือ

ทั้ง 2 ชุด ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI แบบสอบถามสมรรถนะการแก้ปัญหาของพยาบาลวิชาชีพ เท่ากับ .96 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เท่ากับ .92 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.87 และ 0.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Mann-Whitney Test ผลการวิจัย สอดคล้องกับสมมุติฐานที่กำหนด โดยพบว่า หลังการใช้รูปแบบการทำงานเป็นทีมการพยาบาลร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล 1) พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มทดลองมีสมรรถนะการแก้ปัญหาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2) ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยควรตระหนักและให้ความสำคัญกับการวางแผนทำงานเป็นทีมร่วมกับกระบวนการทางการพยาบาลเพื่อช่วยให้พยาบาลวิชาชีพแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ มีสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: การทำงานเป็นทีมการพยาบาล กระบวนการพยาบาล สมรรถนะการแก้ปัญหาพยาบาลวิชาชีพ
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

Abstract

This research was quasi-experimental design to study compare problem-solving competencies of professional nurses and self-care behaviors of elderly people hip fracture to the use of nursing teamwork and nursing process. The sample group consisted of 22 professional nurses, divided into a control group and an experimental group, 11 people each. The elderly who received hip surgery, 60 people were divided into the control group. and an experimental group of 30 people each. The tools used for data collection were: 1) the problem solving competency questionnaire of professional nurses The researcher used the concept of (Potter & Perry, 2017) and 2) Self-care behavior questionnaire of the elderly undergoing hip bone surgery. Based on the concept of Veena Wongngam (2013) There were 3 experts to validate the questionnaire with CVI of 0.96 and 0.92, and Cronbach alpha with 0.87 and 0.80. The data were analyzed using mean values. standard deviation, Mann-Whitney Test statistics. The results are as follows 1) The problem solving competency of professional nurses in the experimental group after using the nursing team model and nursing process was significantly higher than the control group at $P<.05$ and 2) Caring behavior. Self-efficacy of the elderly who received hip bone surgery in the experimental group using the nursing team model combined with nursing process was significantly higher than the control group at $P<.05$.

Keyword: Nursing Team, Nursing Process, Competency of Professional Nursing, Self-Care Behavior of older Adults

บทนำ

ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทั่วโลก สำหรับประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2574 จำนวนของประชากรเพิ่มขึ้นร้อยละ 28 ของประชากร โดยประมาณร้อยละ 15 (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2564) ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ คือ การเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ตกเตียง และอื่น ๆ เนื่องจากอายุมากขึ้นความหนาแน่นของมวลกระดูกลดลง มีความเปราะบางกว่าวัยอื่น ๆ ทำให้เกิดกระดูกหักในผู้สูงอายุ กระดูกสะโพกเป็นกระดูกข้อต่อลูกบอลในข้อที่สามารถเคลื่อนไหวได้อย่างอิสระ (จินพิชญชา มะम्म, 2562) การรักษาที่ได้ผลดีสำหรับผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก คือ การรักษาโดยวิธีการผ่าตัด จัดเรียงกระดูกให้เข้าที่ด้วยการใส่เหล็กหรือสกรู การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (ศุภพร ศรีพิมาน และคณะ, 2563) การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดตลอดจนการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ไม่มีประสิทธิภาพ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน การพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะทางออโรโธปิดิกส์มีความสำคัญ พยาบาลเป็นผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง การทำงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ สมาชิกทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา มีการสื่อสารที่เข้าใจง่าย มีการพัฒนาความรู้ และทักษะในการพยาบาล การทำงานเป็นทีมจะต้องมีการกระจายหน้าที่ความรับผิดชอบจากหัวหน้าทีม ปัญหาการทำงานเป็นทีมการพยาบาล พบว่า การมอบหมายงานและเป้าหมายของงานไม่ชัดเจน ขาดการสื่อสารที่ดี ขาดความร่วมมือในการทำงานที่ดี จึงทำให้การทำงานเป็นทีมไม่มีประสิทธิภาพ (นิตยา ศรีญาณลักษณ์, 2557)

พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี และมีสมรรถนะด้านการปฏิบัติการเพื่อให้การพยาบาลแบบองค์รวมที่มีคุณภาพมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ปัญหาและสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุที่ได้

รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดี (ชลธิชา โกชนกิจ, เกษตรชัย และหิมา, และปริญญนันท์ เทียงจรรยา, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาของรพีพรรณ นาคบุปผา และไพลิน ถึงถิ่น (2560) ที่พบว่า การแก้ปัญหาของกลุ่มตัวอย่างหลังการได้รับการสอนโดยการใช้โจทย์ปัญหาในการประเมินภาวะสุขภาพและการพยาบาลมารดาและทารกในระยะคลอดปกติสูงกว่าก่อนได้รับการสอนโดยใช้โจทย์ปัญหาการทำงานเป็นทีมร่วมกับการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพที่จะทำให้องค์กรมีประสิทธิภาพและการทำงานเป็นทีมยังเป็นสมรรถนะหลักสำคัญขององค์กร (นาฏยา สุวรรณศิลป์, 2561)

พฤติกรรมในการดูแลตนเองเป็นแนวคิดสำคัญในการแก้ไขปัญหสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางปฏิรูประบบสุขภาพในปัจจุบันเน้นให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้โดยเฉพาะผู้สูงอายุ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) กระดูกสะโพกหักจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญ ซึ่งควรตระหนักทั้งการป้องกันและรักษา (จิตติมา เอกวิโรจน์สกุล, 2562) เพื่อผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีร่างกายและจิตใจที่แข็งแรงปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก จะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างรอบด้าน (วิณา วงษ์งาม, 2556) เนื่องจากผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักมีผลกระทบต่อแบบแผนชีวิตทุกด้าน มีความเจ็บปวดถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ปอดอักเสบ การติดเชื้อ (Nikkel et al, 2012) และสามารถในการดูแลตนเองลดลง เป็นต้น ซึ่งมักส่งผลต่อสุขภาพจิต อาการซึมเศร้า (Marques, Lourenco, & Silva, 2015) ดังนั้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสมและรวดเร็ว

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าจากสถานการณ์ปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมาด้วยอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มทำให้เกิดกระดูกสะโพกหักส่วนมากจะต้องได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลผู้ให้บริการจะต้องมีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพและมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย โดยการจัดการทีมพยาบาลร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายกลับบ้านเพื่อผู้ป่วยปลอดภัยกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติสุข ผู้วิจัยในฐานะผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหึงจากการสังเกตการปฏิบัติงานของทีมการพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกพบว่า เมื่อเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วย เช่น พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย การเคลื่อนไหว ในผู้ป่วยสูงอายุจะปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องและไม่เข้าใจ ทีมไม่ได้นำปัญหามาสื่อสารส่งต่อข้อมูลอย่างเป็นระบบให้สมาชิกทีมร่วมการแก้ปัญหา ทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่ครอบคลุมส่งผลต่อคุณภาพการบริการ ดังนั้น เพื่อเพิ่มคุณภาพบริการของทีมพยาบาล ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิด การพยาบาลเป็นทีมของ Romig (1996) และกระบวนการพยาบาลของ Potter & Perry (2017) มาใช้เป็นแนวทางเพื่อศึกษารูปแบบการทำงานเป็นทีมการพยาบาลร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

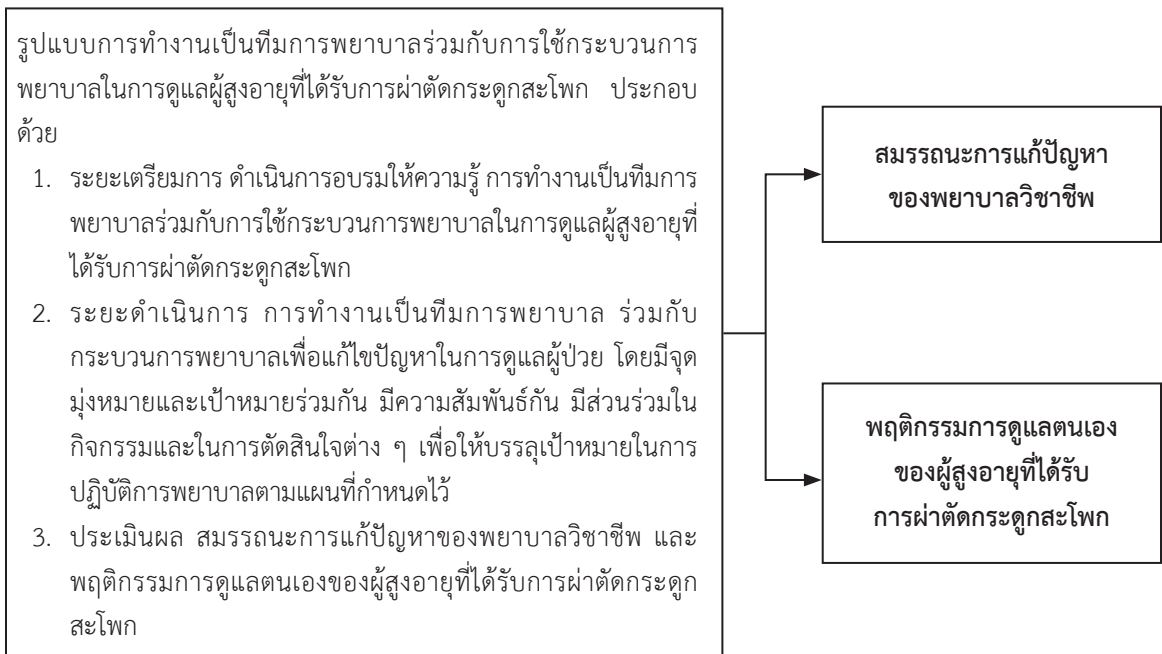
1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบสมรรถนะการแก้ปัญหาของพยาบาลวิชาชีพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการทำงานเป็นทีมการพยาบาลร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมหลังการใช้รูปแบบการทำงานเป็นทีมการพยาบาลร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการใช้รูปแบบการทำงานเป็นทีมการพยาบาลร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มทดลองมีสมรรถนะการแก้ปัญหาสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. หลังการใช้รูปแบบการทำงานเป็นทีมการพยาบาลร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการทำงานเป็นทีมการพยาบาลร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก โดยใช้แนวคิดการทำงานเป็นทีมของโรมิก (Romig, 1996) และกระบวนการพยาบาลของ พอตเตอร์ & เพอร์รี่ (Potter & Perry, 2017) มีรายละเอียด (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ใช้การวิจัยแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการศึกษา เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการทำงานเป็นทีมการพยาบาลร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลต่อสมรรถนะการแก้ปัญหาของพยาบาลวิชาชีพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก จำนวนทั้งหมด 22 คน ประกอบด้วย หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหิ้ว จำนวน 11 คน หอผู้ป่วยเจ้าสัว 3 และหอผู้ป่วย ฟรีเมียม 5 โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จำนวน 11 คน และ 2) ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกในระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง 15 พฤษภาคม 2564 เป็นประชากรทั้งหมดจำนวน 60 คน ประกอบด้วย หอผู้ป่วยศัลยกรรม

กระดูกหิ้วทดลอง จำนวน 30 คน หอผู้ป่วยเจ้าสัว 3 และหอผู้ป่วย ฟรีเมียม 5 โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จำนวน 30 คน

1.1 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1) พยาบาลวิชาชีพจำนวน 22 คน ที่ให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก คัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดของพยาบาลวิชาชีพ คือ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์การทำงาน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เพื่อป้องกันปัจจัยแทรกซ้อนจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองเป็นพยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหิ้ว จำนวน 11 คน และกลุ่มควบคุมเป็นพยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่ได้รับ

การผ่าตัดกระดูกสะโพก ห่อผู้ป่วยเจ้าสัว 3 และห่อผู้ป่วย
พรีเมียม 5 จำนวน 11 คน

2) ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับ
การผ่าตัดกระดูกสะโพกจำนวน 60 คน คัดเลือกผู้ป่วย
ตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ อายุ ระดับการศึกษา โรค
ประจำตัว และชนิดของการผ่าตัด ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่ม
ตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)
เพื่อป้องกันปัจจัยแทรกซ้อนจากการแลกเปลี่ยนข้อมูล
ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง
เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกในห่อผู้ป่วย
ศัลยกรรมกระดูกหญิงจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม
เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกในห่อผู้ป่วย
เจ้าสัว 3 และห่อผู้ป่วยพรีเมียม 5 จำนวน 30 คน

2. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะ
กรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
เลขที่รับรอง 28 กันยายน 2564 และคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
เลขที่ PE6424 ลงวันที่ 11 มกราคม 2565 ในการเก็บ
ข้อมูล ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล
ผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมลงนามในหนังสือแสดงความ
ยินยอม มีคณะผู้วิจัยได้อธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยที่รับทราบ
ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับและนำ
เสนอโดยภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

3.1 รูปแบบการทำงานเป็นทีมการพยาบาล
ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุ
ที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก

3.2 แบบสอบถามสมรรถนะการแก้ปัญหา
ของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่
1) ด้านประเมินสภาวะสุขภาพ 2) ด้านการวินิจฉัยการ
พยาบาล 3) ด้านการวางแผนการพยาบาล 4) ด้านการ
ปฏิบัติการพยาบาล 5) ด้านการประเมินผลการพยาบาล

มีข้อคำถามรวมทั้งหมด 26 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามมี
ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี
5 ระดับ ตามหลักการของลิเคิร์ท ตั้งแต่ระดับมากที่สุด
ถึงน้อยที่สุด

3.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก มีข้อคำถาม
ทั้งหมด 26 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามวัดพฤติกรรม
เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน
การให้คะแนนแต่ละข้อ แสดงพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ของผู้สูงอายุ ตั้งแต่ระดับมากที่สุด ถึง น้อยที่สุด

โดยคะแนนที่ได้รับของแบบสอบถามจะ
นำมาวิเคราะห์และแปลผลของค่าเฉลี่ยตามระดับความ
สำคัญโดยมีเกณฑ์ให้คะแนนแต่ละระดับ (Best, 1977)
ดังนี้

คะแนนค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.21-5.00
หมายถึง มากที่สุด

คะแนนค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.41-4.20
หมายถึง มาก

คะแนนค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.61-3.40
หมายถึง ปานกลาง

คะแนนค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.81-2.60
หมายถึง น้อย

คะแนนค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.80
หมายถึง น้อยที่สุด

3.4 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยและขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยสร้างรูปแบบการทำงาน
เป็นทีมการพยาบาลร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล
ในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก โดย
ใช้แนวคิดการทำงานเป็นทีมของโรมิก (Romig, 1996)
และกระบวนการพยาบาลของ พอตเตอร์ & เพอร์รี่
(Potter & Perry, 2017) โดยกิจกรรม ประกอบด้วย
1) Quick Round 2) ร่วมปรึกษารื้อกับทีมพยาบาล
3) Team Conference 4) จัดทำเป็นคู่มือการทำงาน และ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย **ขั้นตอนที่ 1** ขั้นเตรียมการทดลอง มีการดำเนินการเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เตรียมสถานที่ เตรียมพยาบาล เตรียมวิทยากร เตรียมเอกสารและสื่อประกอบการฝึกอบรม ทำความเข้าใจคู่มือการทำงานเป็นทีมการพยาบาลร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก เพื่อให้เข้าใจตรงกัน **ขั้นตอนที่ 2** ขั้นดำเนินการทดลอง ทำพร้อมกันทั้งสองกลุ่มในระหว่าง เดือนมกราคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2565 และ **ขั้นตอนที่ 3** ขั้นประเมินผลการทดลอง

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

4.1 การหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามรูปแบบการทำงานเป็นทีมการพยาบาลร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก ซึ่งผ่านการตรวจเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และปรับปรุงแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษา นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญการสอนนักศึกษาพยาบาล ภาควิชาศัลยศาสตร์ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก 2 ท่าน คำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาแบบสอบถามสมรรถนะการแก้ปัญหาของพยาบาลวิชาชีพ (CVI) เท่ากับ .96 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก (CVI) เท่ากับ .92

4.2 การหาความเที่ยง (Reliability)

คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ของแบบสอบถามสมรรถนะการแก้ปัญหาของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชายและหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหญิง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .87 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก จากผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดศัลยกรรม

ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหญิง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .80

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลที่ใช้การวิเคราะห์แจกแจงความถี่และร้อยละ เปรียบเทียบการประเมินสมรรถนะการแก้ปัญหาของพยาบาลวิชาชีพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการใช้รูปแบบการทำงานเป็นทีมการพยาบาลร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล โดยใช้สถิติ Mann-Whitney Test และ เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent - t test

ผลการวิจัย

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่างพยาบาลกลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 28.55 และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 30.73 ปี ประสิทธิภาพการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกกลุ่มทดลองเฉลี่ย 5.55 ปี และกลุ่มควบคุมเฉลี่ย 6 ปี และกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก ตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 60 คน จับคู่กลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีอายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี พบว่า ค่าเฉลี่ยอายุที่ศึกษาเท่ากับ 67.40 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยที่สุดมีอายุ 61 ปี และอายุมากที่สุด มีอายุ 75 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค โรคที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ชนิดการผ่าตัดของทั้งสองกลุ่มเท่ากัน คือ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมมากที่สุด จำนวน 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.00

2. ด้านสมรรถนะการแก้ปัญหาของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการจัดการทีมพยาบาลร่วมกับแนวคิดการแก้ปัญหา พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบของกลุ่มทดลอง โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =

4.09, SD = .265) กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง ปัญหา ด้านการประเมินผลการพยาบาลอยู่ในระดับ
($\bar{X}$ = 3.35, SD = .238) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มากเพียงด้านเดียว ส่วนด้านอื่นๆ อยู่ในระดับปานกลาง
กลุ่มทดลองมีสมรรถนะการแก้ปัญหา ทุกด้านอยู่ใน (ดังตารางที่ 1)
ระดับมาก ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีสมรรถนะการแก้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสมรรถนะการแก้ปัญหาของพยาบาลวิชาชีพ หลัง
การใช้รูปแบบการทำงานเป็นทีมการพยาบาลร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล โดยภาพรวม
ระหว่างกลุ่มทดลอง (n=11) กับกลุ่มควบคุม (n=11)

สมรรถนะการแก้ปัญหา ของพยาบาลวิชาชีพ	กลุ่มควบคุม หลังการใช้รูปแบบ			กลุ่มทดลอง หลังการใช้รูปแบบ		
	$\bar{X}_1$	SD ₁	ระดับ	$\bar{X}_2$	SD ₂	ระดับ
1. ด้านประเมินสภาวะสุขภาพ	3.36	.344	ปานกลาง	4.16	.398	มาก
2. ด้านการวินิจฉัยการพยาบาล	3.27	.313	ปานกลาง	4.15	.297	มาก
3. ด้านการวางแผนการพยาบาล	3.36	.221	ปานกลาง	4.11	.291	มาก
4. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล	3.35	.293	ปานกลาง	3.98	.252	มาก
5. ด้านการประเมินผลการพยาบาล	3.43	.318	มาก	4.11	.303	มาก
โดยรวม	3.35	.238	ปานกลาง	4.09	.265	มาก

3. ผลการเปรียบเทียบสมรรถนะการแก้ปัญหา กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ
ของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการทำงานเป็น ทีมการพยาบาลร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล ทางสถิติที่ระดับ .05 $p < .05$ ($Z = -3.881$, $p = .000$)
ในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบสมรรถนะการแก้ปัญหาของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มควบคุมที่ใช้การพยาบาลแบบตามปกติ
และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบการทำงานเป็นทีมการพยาบาลร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล
ในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก โดยใช้สถิติ Mann-Whitney Test วิเคราะห์

สมรรถนะการแก้ปัญหาของพยาบาลวิชาชีพ	$\bar{X}$	SD	Z	p-value
กลุ่มควบคุม (n=11)	3.35	.238		
กลุ่มทดลอง (n=11)	4.09	.265	-3.881	.000

4. ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกละลอก ภาวะรวมกลุ่มทดลองอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.13, SD = .131$) และกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.93, SD = .133$) เมื่อทำการเปรียบเทียบพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกละลอกในกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการทำงานเป็นทีมการพยาบาลร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 $p < .05$ ($t = -35.09, p = .000$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกด้าน (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกละลอก ของกลุ่มทดลอง ($n = 30$) และกลุ่มควบคุม ($n = 30$)

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกละลอก	กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	t	p value
1. ด้านการรับประทานอาหารและน้ำได้เพียงพอ	ควบคุม	2.68	.344	ปานกลาง	-17.86	.000
	ทดลอง	4.09	.262	มาก		
2. ด้านการดูแลบาดแผล	ควบคุม	2.88	.284	ปานกลาง	-18.56	.000
	ทดลอง	4.25	.286	มากที่สุด		
3. ด้านการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด	ควบคุม	2.88	.284	ปานกลาง	-18.56	.000
	ทดลอง	4.25	.286	มากที่สุด		
4. ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและทำทางเคลื่อนไหวน	ควบคุม	3.01	.154	ปานกลาง	-26.48	.000
	ทดลอง	4.17	.184	มาก		
5. ด้านการใช้จ่ายตามแผนการรักษา	ควบคุม	2.93	.173	ปานกลาง	-20.45	.000
	ทดลอง	4.00	.227	มาก		
6. ด้านการตรวจตามนัด	ควบคุม	3.43	.728	มาก	-4.45	.000
	ทดลอง	4.17	.531	มาก		
7. ด้านสังเกตภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	ควบคุม	3.03	.225	ปานกลาง	-16.63	.000
	ทดลอง	3.95	.201	มาก		
โดยรวม	ควบคุม	2.93	.133	ปานกลาง	-35.09	.000
	ทดลอง	4.13	.131	มาก		

$P < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลการใช้รูปแบบการทำงานเป็นทีมการพยาบาลร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลต่อสมรรถนะการแก้ปัญหาของพยาบาลวิชาชีพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก อภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. หลังการใช้รูปแบบการทำงานเป็นทีมการพยาบาลร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มทดลองมีสมรรถนะการแก้ปัญหาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ($Z = -3.881, p = .000$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะรูปแบบการทำงานเป็นทีมการพยาบาลร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลช่วยทำให้พยาบาลสามารถร่วมกันประเมินสภาวะผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องมากขึ้น เพราะต่างก็นำความรู้ ทักษะที่มีมาร่วมกันประเมิน วินิจฉัย และวางแผนการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้รูปแบบการทำงานเป็นทีม ยังช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปอย่างราบรื่น ทุกคนช่วยกันแก้ปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง, วิรดา อรรถเมธากุล, รัตนา นิลเลื่อม, และนาตยา วงศ์ยะรา (2564) ได้ศึกษา ผลของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลและความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลโดยรวมระหว่างก่อนการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ($M = 3.36, SD = .38$) และหลังการเรียนรู้ ($M = 3.79, SD = .49$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. หลังการใช้รูปแบบการทำงานเป็นทีมการพยาบาลร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกกลุ่มทดลองมีพฤติกรรม

การดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ 2 ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะ การทำงานเป็นทีมการพยาบาลร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก มีการพยาบาลโดยวิธีการสอน การชี้แนะ การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ และการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม โดยผ่านแผนการสอนและให้ความรู้ ความเข้าใจกับกลุ่มทดลองได้อย่างละเอียด ในด้านเกี่ยวกับการปฏิบัติตนสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกในเรื่อง การรับประทานอาหาร และน้ำที่เหมาะสม การดูแลบาดแผล การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและท่าทางการเคลื่อนไหว การใช้ยาตามแผนการรักษา การมาตรวจตามนัด และการสังเกตภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ซึ่งการสอนและให้ข้อมูลแก่กลุ่มทดลองทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจ เกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้นเสริมสร้างความรู้สึกนึกคิด เข้าใจเหตุผลของการกระทำและทำให้เกิดพฤติกรรมที่ดีขึ้นซึ่งสอดคล้องกับวีณา วงษ์งาม (2556) ได้ศึกษา ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมีกระดูกสะโพกหักกระดูกหักกระดูกหัก พบว่า ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักกระดูกหักกระดูกหักในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารควรให้ความสำคัญเรื่องการวางแผนการทำงานเป็นทีมและการออกแบบกิจกรรมของทีมโดยกระตุ้นให้พยาบาลหัวหน้าทีมได้เรียนรู้เข้าใจหลักการทำงานเป็นทีมอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มคุณภาพบริการพยาบาลตามเป้าหมายของโรงพยาบาล

2. บุคลากรด้านสุขภาพควรตระหนักถึง ความ

สำคัญของพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในการวางแผนเป้าหมาย ตัดสินใจ และร่วมมือกันกับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุในการจัดการตนเองเพื่อ การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก เพื่อให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย กลับคืนสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติ ฟังพา ตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. ควรนำรูปแบบการทำงานเป็นทีมการพยาบาล ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลต่อสมรรถนะการแก้ปัญหาของพยาบาลวิชาชีพไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

จิณพิชญ์ชา มะมมม. (2562). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

จิตติมา เอกวิโรจนสกุล. (2562). การป้องกันกระดูกหักในผู้ป่วยสูงอายุที่เคยกระดูกสะโพกหักในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 สุพรรณบุรี. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 38(1), 39-49.

ชลธิชา โภชนกิจ, เกษตรชัย และหิม, และปรัชญานันท์ เทียงจรรยา. (2562). การพัฒนาตัวบ่งชี้สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสงขลา นครินทร์. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 39 (3), 137-149.

นาฏยา สุวรรณศิลป์. (2561). *การทำงานเป็นทีมที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของทีมงาน: กรณีศึกษา กลุ่มโรงพยาบาลจุฬารัตน์*. (ปริญาญบริหารธุรกิจ มหบัณฑิต) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ปทุมธานี.

นิตยา ศรีญาณลักษณ์. (2557). การบริหารการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 5). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก.

รพีพรรณ นาคบุบผา, และไพลิน ถึงถิ่น. (2560). การพัฒนาการสอนโดยใช้โจทย์ปัญหา เพื่อส่งเสริมความสามารถในการแก้ไขปัญหาในการประเมินภาวะสุขภาพ และการพยาบาลมารดาและทารก ในระยะคลอดปกติ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4 (พิเศษ), 102-114.

วีณา วงษ์งาม (2556) *ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุมีกระดูกสะโพกหักระยะพักฟื้น*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

ศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง, วิธดา อรรถเมธากุล, รัตนา นิลเลื่อม, และนัตยา วงศ์ยะรา. (2564). ผลของการเรียนรู้ โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ต่อความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลและความมั่นใจ ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 4(3), 178-194.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2564). *แผนยุทธศาสตร์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2565-2569*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. (3rd ed.). New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Mak, J. C., Cameron, I. D., & March, L. M. (2010). Evidence-based guidelines for the management of hip fractures in older persons: an update. *Medical Journal of Australia*, 192(1), 37-41.
- Marques, A., Lourenço, Ó., Da Silva, J. A. P., & Portuguese Working Group for the Study of the Burden of Hip Fractures in Portugal. (2015). The burden of osteoporotic hip fractures in Portugal: costs, health related quality of life and mortality. *Osteoporosis international*, 26(12), 2623-2630.
- Nikkel, L. E., Fox, E. J., Black, K. P., Davis, C., Andersen, L., & Hollenbeak, C. S. (2012). Impact of comorbidities on hospitalization costs following hip fracture. *Jbjs*, 94(1), 9-17.
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2017). *Fundamental of Nursing*. (9th ed). Philadelphia: Elsevier
- Romig, D. A. (1996). *Breakthrough teamwork : Out standing result using structured teamwork*. Chicago: Irwin.



ผลของการปรึกษาการจัดการพยาบาลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ในช่วงการระบาดของเชื้อโควิด-19

Effects of Nursing Management Counseling Forwards Professional Nurse Competency in Covid-19 Pandemic

สุวรรณา อนุสันติ, ค.ด. Suwanna Anusanti, Ph.D.^{1*}

สิริลักษณ์ ภูมิศรีแก้ว, พย.ม. Sirilak PhumisriKaew, M.S.N.²

พรรณวดี สมกิตติกานนท์, ประ.ด. Punvadee Somkittikanon, Ph.D.³

รดา ศรีสะอาด, พย.ด., Rata Srisa-ard, Ph.D.⁴

นิราศศิริ โรจนธรรมกุล, ศศ.ม., Nirassiri Rojanathumkul, M.A.⁵

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

¹Assistant Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College

²อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

²Lecturer, Faculty of Nursing, Saint Louis College

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., นักวิชาการอิสระ

³Assistant Professor, Ph.D., Independent Scholar

⁴อาจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

⁴Lecturer, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College

⁵ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลมิชชั่น มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชียแปซิฟิก

⁵Assistant Professor, Ph.D., Mission Faculty of Nursing - Asia-Pacific International University

*Corresponding author Email: Suwanna@slc.ac.th

Received: February 1, 2023

Revised: April 23, 2023

Accepted: June 13, 2023

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในช่วงการระบาดของเชื้อโควิด-19 ก่อนและหลังการปรึกษา กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโควิด-19 จาก 5 โรงพยาบาล โดยใช้การสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง ได้จำนวน 20 คน และเก็บข้อมูลสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในช่วงเวลาเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) แบบสอบถามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในช่วงการระบาดของเชื้อโควิด-19 มีค่าความเที่ยง 0.88 และ 2) รูปแบบการปรึกษากลุ่มการจัดการพยาบาลตามสมรรถนะของพยาบาล

วิชาชีพในช่วงการระบาดของเชื้อโควิด-19 มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยายได้แก่ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในช่วงการระบาดของเชื้อโควิด-19 ก่อนและหลังการปรึกษาโดยใช้สถิติ Dependent T-test ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในช่วงการระบาดของเชื้อโควิด-19 ก่อนและหลังการปรึกษามีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพทั้งโดยรวมและรายด้านหลังการปรึกษาสูงกว่าก่อนการปรึกษา ผู้สนใจสามารถนำรูปแบบการปรึกษานี้ไปใช้ในการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรพยาบาลด้านอื่น ๆ หรือในด้านการบริหารจัดการ ผู้บริหารการพยาบาลสามารถนำไปเป็นแนวทางในการจัดระบบการปรึกษาขององค์กรพยาบาล

คำสำคัญ: การปรึกษาการจัดการพยาบาล สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ การระบาดของเชื้อโควิด-19

Abstract

The quasi-experimental research aimed to study comparing to professional nurse competency before and after counseling in Covid-19 pandemic. The subjects were 20 professional nurses from 5 hospitals selected by purposive sampling. The professional nurse competency data collected in May to June, 2022. The instruments used in this study consisted of 1. the professional nurse competency questionnaires in Covid-19 pandemic with the reliability 0.88 2. group counseling model with nursing management forwards professional nurse competency in Covid-19 pandemic with Index of item - objective congruence (IOC) ranged from 0.67-1.00. Data were analyzed by descriptive statistics of mean, standard deviation and comparing to professional nurse competency before and after counseling in Covid-19 pandemic by Dependent T-test. It was found that: The professional nurse competency in Covid-19 pandemic before and after counseling was significant difference at $p < .05$ level by the means of professional nurse competency in overall view and each aspect after counseling was higher than before. The Interested persons can apply this counseling model to develop the other nurse competency or nursing executives are able to be applied guideline for counseling system management in nursing organization.

Keyword: Nursing Management Counseling, Professional Nurse Competency, Covid-19 Pandemic

บทนำ

การระบาดของโรคโควิด -19 ที่เริ่มขึ้นตั้งแต่ รุนแรงและนำไปสู่ปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อน ปลายปี 2562 จนถึงปัจจุบันปี 2566 ยังคงมีสถิติการ ตลอดจนความเสี่ยงต่อการ แพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่น ระบาดอย่างต่อเนื่องในประเทศไทย ที่ส่งผลกระทบ ทำให้ต้องเตรียมพร้อมบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะ

พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลต่อการระบาดของเชื้อโควิด-19 ในการพัฒนาความรู้ด้านวิชาการให้ทันทั่วถึงกับสิ่งที่กำลังระบาดอยู่ในปัจจุบัน เพื่อจะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องครบคลุม เช่น การแพร่กระจายเชื้อ การดูแลอาการผิดปกติ การจัดการทรัพยากรที่มีจำกัด (วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร, 2563) ซึ่งจากการศึกษาของ ตรีญดา โตประเสริฐ (2564) เรื่อง สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ สถาบันบำราศนราดูร ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ สถาบันบำราศนราดูร คือ 1) สมรรถนะด้านความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ 2) สมรรถนะด้านการจัดการและประเมินผลลัพธ์ 3) สมรรถนะด้านการสื่อสารและประสานงาน 4) สมรรถนะด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ 5) สมรรถนะด้านการเฝ้าระวังโรคติดต่ออุบัติใหม่ และ 6) สมรรถนะด้านการพัฒนาคุณภาพการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ และจากงานวิจัยดังกล่าวสามารถประยุกต์องค์ประกอบของสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ มาใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดที่เกี่ยวข้องของ องค์การอนามัยโลก และแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ของสถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้และทักษะในการจัดการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 และการประเมินผลลัพธ์ 2) การป้องกันและควบคุมการระบาดของเชื้อโควิด-19 3) การสื่อสารและการประสานงานของพยาบาลวิชาชีพ และ 4) การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ซึ่งอาจใช้รูปแบบการปรึกษากลุ่มในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพดังกล่าว สำหรับการให้บริการการศึกษา

สำหรับการให้บริการการปรึกษามีทั้งการให้

การปรึกษาเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่ม ปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตของผู้รับการปรึกษานั้น บางคนก็มีปัญหาหรือความต้องการคล้ายๆ กัน เพื่อแก้ปัญหาหรือพัฒนาตนเอง ซึ่งการให้ความช่วยเหลือบุคคลเป็นกลุ่ม โดยการให้การปรึกษากลุ่ม (Group Counseling) จึงเป็นกระบวนการที่จะช่วยให้กลุ่มบุคคลที่มีปัญหาหรือความต้องการคล้าย ๆ กัน ได้มีการปรึกษาหารือร่วมกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึก และแนวทางในการแก้ปัญหาหารือกัน ได้เรียนรู้ทักษะ วิธีการในการหาทางออกของปัญหาเพื่อความเจริญงอกงามในชีวิต ภายใต้บรรยากาศของความไว้วางใจกัน มีความจริงใจต่อกัน มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และให้การยอมรับซึ่งกันและกัน (Corey, 2012) รวมถึงทฤษฎีการศึกษาที่ Corey (2013) ได้กล่าวถึงกระบวนการปรึกษาประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพ ควรเข้าใจวัฒนธรรมที่หลากหลายของผู้รับการปรึกษา เข้าใจว่าเขาคิดและรู้สึกอย่างไร และคำนึงถึงองค์ประกอบของสิ่งแวดล้อม 2) สำรวจปัญหา และเข้าใจปัญหา ผู้ให้การปรึกษาต้องทราบความคาดหวังของผู้รับการปรึกษา ให้เขาสำรวจตนเองให้เข้าใจและยอมรับปัญหาของตนเอง สามารถอธิบายสาเหตุของปัญหา และระบุพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ 3) วางแผนและแก้ไขปัญหา โดยผู้ให้บริการปรึกษาและผู้รับการปรึกษาร่วมกันวางแผนแก้ไข ปัญหา และให้ผู้รับการปรึกษาตัดสินใจว่าจะแก้ปัญหาด้วยวิธีใด ที่สามารถประมาณการความสำเร็จได้ ผู้ให้บริการการปรึกษาต้องใช้เทคนิคและทฤษฎีการปรึกษาในโมเดลของการบำบัด และ 4) การติดตามผล ผู้รับการปรึกษาสามารถประเมินถึงสิ่งที่ได้รับว่าสอดคล้องกับความต้องการหรือไม่ และในการวิจัยครั้งนี้จะนำกระบวนการปรึกษาและขั้นตอนในการพัฒนากลุ่มนี้ มาใช้ในรูปแบบการปรึกษากลุ่มเพื่อแก้ไขการจัดการพยาบาลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในยุคการระบาดของเชื้อโควิด-19 โดยให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นและวิเคราะห์ถึงสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง

ปัญหาตามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ 4 ด้าน ตลอดจนหาแนวทางสังเคราะห์สรุปประเด็นหรือแนวทางแก้ไขปัญหามาได้ข้อเสนอและคำชี้แนะบนพื้นฐานของแนวคิดทฤษฎีของการให้คำปรึกษาและทฤษฎีการจัดการบริหารการพยาบาลเพื่อให้ได้รับข้อสรุปในการแก้ไขปัญหามาได้ข้อเสนอและคำชี้แนะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับ ผลของการปรึกษาการจัดการพยาบาลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในช่วงการระบาดของเชื้อโควิด-19

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในช่วงการระบาดของเชื้อโควิด-19 ก่อนและหลังการปรึกษา

สมมติฐานการวิจัย

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในช่วงการระบาดของเชื้อโควิด-19 หลังจากรับการปรึกษาการจัดการพยาบาลสูงกว่าก่อนการปรึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การปรึกษาการจัดการพยาบาล หมายถึง กระบวนการของการช่วยเหลือระหว่างผู้ให้บริการปรึกษา (ผู้วิจัย) และผู้รับบริการ (พยาบาลกลุ่มตัวอย่าง) และทำให้ผู้รับบริการปรึกษา เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น โดยใช้การปรึกษากลุ่มและผู้เข้าร่วมกลุ่มมีปัญหาหรือความต้องการคล้าย ๆ กัน เพื่อแก้ปัญหาหรือพัฒนาตนเองในช่วงการระบาดของเชื้อโควิด-19 โดยให้ผู้รับบริการวิพากษ์วิจารณ์วิเคราะห์ถึงสถานการณ์ที่เปลี่ยนประเด็นปัญหาตลอดจนหาแนวทางสังเคราะห์สรุป

ประเด็นหรือแนวทางแก้ไขปัญหามาได้ข้อเสนอและคำชี้แนะบนพื้นฐานของแนวคิดทฤษฎีของการปรึกษาและทฤษฎีทางการจัดการบริหารการพยาบาลเพื่อให้ได้รับข้อสรุปในการแก้ไขปัญหามาได้ข้อเสนอและคำชี้แนะผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดกระบวนการปรึกษาและการปรึกษากลุ่มของ Corey (2012) และคมเพชร ฉัตรศุภกุล (2555) ได้รูปแบบการปรึกษา 7 ขั้นตอนได้แก่

1.1 สร้างบรรยากาศ โดยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกกลุ่ม

1.2 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการปรึกษากลุ่มและแนะนำหัวข้อตามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ

1.3 การบรรยายให้ความรู้โดยสมาชิกของกลุ่มตามหัวข้อในแต่ละครั้ง

1.4 สำรวจปัญหาโดยสมาชิกกลุ่มจากการนำเสนอกรณีศึกษาที่เกี่ยวข้อง

1.5 วิเคราะห์ปัญหาโดยใช้เหตุผลร่วมกันเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา

1.6 ผู้วิจัยเพิ่มเติมความรู้แนวทางแก้ไขปัญหามาในส่วนที่ขาดไป

1.7 สมาชิกกลุ่มนำเสนอสรุปปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหา

2. สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในช่วงการระบาดของเชื้อโควิด-19 หมายถึง ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมในการบริหารจัดการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพภายใต้สถานการณ์โควิด-19 เพื่อให้บรรลุการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านการป้องกันการดูแลรักษา การส่งเสริมและการทะนุบำรุงอาการของคนไข้ให้ได้คุณภาพทางการพยาบาลซึ่งจะส่งผลให้ได้รับการดูแลอย่างดี มีความสุขสบายและได้รับการดูแลอย่างยุติธรรมและเท่าเทียมกันอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ในผู้ป่วยโควิด-19

การวิจัยนี้ได้แบ่งสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ World Health Organization (2018) และแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ของสถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2565) โดยการประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่

2.1 ความรู้และทักษะในการจัดการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 และการประเมินผล

2.2 การป้องกันและควบคุมการระบาดของเชื้อโควิด-19

2.3 การสื่อสารและการประสานงานของพยาบาลวิชาชีพ

2.4 การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโควิด-19

กรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้กรอบแนวคิดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ World Health Organization (2018) และแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ของสถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2565) และรูปแบบการศึกษากลุ่มการจัดการพยาบาลตามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในช่วงการระบาดของเชื้อโควิด-19 โดยประยุกต์แนวคิดกระบวนการศึกษาและการศึกษากลุ่มของ Corey (2012) และคมเพชร ฉัตรศุภกุล (2555) ใช้แนวคิดทฤษฎีการปรึกษา 4 ทฤษฎี (Corey, 2012) ได้แก่ 1) ทฤษฎีการปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

2) ทฤษฎีการปรึกษาแบบอัตถิภาวนิยม 3) ทฤษฎีการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล และพฤติกรรม 4) ทฤษฎีการปรึกษาแบบเผชิญความจริง ซึ่งจากแนวคิดแต่ละทฤษฎีจะนำไปสู่การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละด้าน และทฤษฎีการพยาบาล 2 ทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของ Watson (2005) และทฤษฎีการพยาบาลแบบองค์รวมของ Barbara (2008) มีแนวคิดว่าการดูแลสุขภาพของบุคคลนั้นต้องใช้ทฤษฎีการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในการดูแลสุขภาพ บทบาทของพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจในตัวบุคคล พยาบาลมีหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและสนองความต้องการผู้ป่วย เพื่อส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป ซึ่งจากแนวคิดนี้จะนำไปสู่การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านความรู้และทักษะในการจัดการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 และการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 และแต่ละทฤษฎีที่ได้นำมาประยุกต์ใช้นี้อยู่ในขั้นตอนที่ 5 ของรูปแบบการปรึกษากลุ่มการจัดการพยาบาลตามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ในช่วงการระบาดของเชื้อโควิด-19 โดยให้ผู้เข้าร่วมการทดลองได้ร่วมกันค้นหาปัญหาในการจัดการพยาบาลของแต่ละกลุ่มที่ต้องการปรับแก้มากที่สุด แล้วนำมาร่วมกันแก้ไขปัญหาโดยใช้แนวทางการบำบัดแต่ละทฤษฎีเชื่อมโยงให้เห็นถึงการแก้ไขปัญหาได้อย่างเข้าใจและชัดเจน สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละด้านต่อไป (ดังภาพที่ 1)

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

รูปแบบการปรึกษากลุ่มการจัดการพยาบาลตามสมรรถนะ
ของพยาบาลวิชาชีพในช่วงการระบาดของเชื้อโควิด-19
ได้แก่

1. สร้างบรรยากาศ โดยสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับสมาชิก
กลุ่ม
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการปรึกษากลุ่ม และแนะนำ
ประเด็นหัวข้อตามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด
8 ครั้ง
3. การบรรยายให้ความรู้โดยสมาชิกของกลุ่มตามหัวข้อ
ในแต่ละครั้ง
4. สำรวจปัญหาโดยสมาชิกกลุ่มจากการนำเสนอกรณี
ศึกษาที่เกี่ยวข้อง
5. วิเคราะห์ปัญหาโดยใช้เหตุผลร่วมกัน เพื่อหาแนวทาง
แก้ไขปัญหา โดยใช้ทฤษฎีการปรึกษา 4 ทฤษฎีและ
ทฤษฎีการพยาบาล 2 ทฤษฎี
6. ผู้วิจัยเพิ่มเติมความรู้แนวทางแก้ไขปัญหาให้ในส่วนที่
ขาดไป
7. สมาชิกกลุ่มนำเสนอสรุปปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหา

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่

1. ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย
โควิด-19 และการประเมินผลลัพธ์
2. การป้องกันและควบคุมการระบาดของ
เชื้อโควิด-19
3. การสื่อสารและการประสานงานของ
พยาบาลวิชาชีพ
4. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย
โควิด-19

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบ one group
pre - post test design ดำเนินการวิจัยโดย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาล
วิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานของโควิด-19 และได้ดูแล
ผู้ป่วยโควิด-19 จาก 5 โรงพยาบาล ได้แก่ รพ.เซนต์หลุยส์
รพ.พระนั่งเกล้า รพ.สมุทรปราการ รพ.ประสาท และ
รพ.พญาไท 2 กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงได้
20 คน เก็บข้อมูลสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในช่วง
เวลาเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน 2565

2. การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ร่วมวิจัย/กลุ่มตัวอย่าง
ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลโดยชี้แจงรายละเอียดของ
วัตถุประสงค์การวิจัย การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล
ผู้ให้ข้อมูลยินยอมและได้ลงนามในแบบฟอร์มการ
ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (consent form) โดยมีเกณฑ์
การคัดเลือกเข้าได้แก่ สมาชิกผู้เข้าร่วมกลุ่มการทดลอง
เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานของ
โควิด-19 และได้ดูแลผู้ป่วยโควิด-19 จาก 5 โรงพยาบาล
ได้แก่ รพ.เซนต์หลุยส์ รพ.พระนั่งเกล้า รพ.สมุทรปราการ

รพ.ประสาท และ รพ.พญาไท 2 และเกณฑ์การคัดเลือก ออกได้แก่ สมาชิกผู้เข้าร่วมกลุ่มการทดลอง มีสิทธิ์ยกเลิก การให้ความร่วมมือในโครงการวิจัยได้ถ้ามีเหตุจำเป็น หรือไม่สะดวกในการให้ข้อมูล และงานวิจัยนี้ได้รับการ พิจารณาด้านจริยธรรม โดยคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่รับรอง E08/2565

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

3.1 รูปแบบการศึกษากลุ่มการจัดการ พยาบาลตามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในช่วง การระบาดของเชื้อโควิด-19 โดยแบ่งเป็น 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) สร้างบรรยากาศ โดยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับ สมาชิกกลุ่ม 2) ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษากลุ่ม 3) การบรรยายให้ความรู้โดยสมาชิกของกลุ่มตามหัวข้อ ในแต่ละครั้ง 4) สำรวจปัญหาจากที่สมาชิกกลุ่มนำเสนอ กรณีศึกษาที่เกี่ยวข้อง 5) วิเคราะห์ปัญหาโดยใช้เหตุผล ร่วมกัน เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา 6) ผู้วิจัยเพิ่มเติม ความรู้แนวทางแก้ไขปัญหาให้ในส่วนที่ขาดไป 7) สมาชิก กลุ่มนำเสนอสรุปปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหา โดย แบ่งการทดลองเป็น 8 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 2 ชม. แบ่งหัวข้อแต่ละครั้งตามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ในช่วงการระบาดของเชื้อโควิด-19 เป็น 4 ด้าน ๆ ละ 2 ครั้ง ได้แก่ 1) ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย โควิด-19 และการประเมินผลลัพธ์ 2 ครั้ง 2) การป้องกัน และควบคุมการระบาดของเชื้อโควิด-19 2 ครั้ง 3) การ สื่อสารและการประสานงานของพยาบาลวิชาชีพ 2 ครั้ง 4) การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 2 ครั้ง โดยให้ผู้รับการทดลองร่วมกันเสนอปัญหาและวิเคราะห์ ปัญหาในแต่ละครั้ง และผู้วิจัยทำตามแนวปฏิบัติการ ปรึกษา 7 ขั้นตอน ในแต่ละครั้ง รวมถึงการนำแนวคิด ทฤษฎีการปรึกษา 4 ทฤษฎี ได้แก่ 1) ทฤษฎีการปรึกษา แบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง 2) ทฤษฎีการปรึกษาแบบ อัตถิภาวนิยม 3) ทฤษฎีการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล

อารมณ์และพฤติกรรม และ 4) ทฤษฎีการปรึกษา แบบเผชิญความจริง (Corey, 2012) และทฤษฎีการ พยาบาล 2 ทฤษฎี ได้แก่ 5) ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของ Watson (2005) และ 6) ทฤษฎีการพยาบาลแบบ องค์รวมของ Barbara (2008) มาประยุกต์ใช้ในส่วนที่ 5 และตรวจค่าความตรง (Content validity) ของรูปแบบการศึกษากลุ่มการจัดการพยาบาลโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67-1.00

3.2. แบบสอบถามสมรรถนะของพยาบาล วิชาชีพในช่วงการระบาดของเชื้อโควิด-19 ผู้วิจัย ได้พัฒนาแบบสอบถามขึ้นใหม่เพื่อให้เข้ากับบริบท ของสถานการณ์ปัจจุบัน โดยศึกษาแนวทางจาก แบบสอบถามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของงานวิจัย เรื่อง สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย โรคติดต่ออุบัติใหม่ สถาบันบำราศนราดูร (ตรีญดา โตประเสริฐ, 2564) โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 และการประเมิน ผลลัพธ์ 2) การป้องกันและควบคุมการระบาดของเชื้อ โควิด-19 3.การสื่อสารและการประสานงานของ พยาบาลวิชาชีพ 4) การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โควิด-19 รวมทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะแบบสอบถาม เป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด = 5, มาก = 4, ปานกลาง = 3, น้อย = 2, น้อยที่สุด = 1 และการแปลผลสมรรถนะของ พยาบาลวิชาชีพในแต่ละด้านและโดยรวมใช้เกณฑ์ดังนี้ (บุญเรียง ขจรศิลป์, 2549) การแปลผลในแต่ละด้าน แบ่งเป็น 5 ช่วงคะแนน ได้แก่ มากที่สุด = 21-25, มาก = 17-20, ปานกลาง = 13-16, น้อย = 9-12, น้อยที่สุด = 5-8 และการแปลผลโดยรวมแบ่งเป็น 5 ช่วงคะแนน ได้แก่ มากที่สุด = 84-100, มาก = 68-83, ปานกลาง = 52-67, น้อย = 36-51, น้อยที่สุด = 20-35 และตรวจ ค่าความตรง (Content validity) ของแบบสอบถามโดย

ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.88

4. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในช่วงการระบาดของเชื้อโควิด-19 จากพยาบาลวิชาชีพ 5 โรงพยาบาล ได้แก่ รพ.เซนต์หลุยส์ รพ.พระนั่งเกล้า รพ.สมุทรปราการ รพ.ประสาท และ รพ.พญาไท 2 โดยขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแต่ละแห่งในช่วงเวลาเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน 2565 โดยมีการดำเนินการวิจัยดังนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 20 คน ได้เข้าร่วมการทดลองตามขั้นตอนในรูปแบบการศึกษากลุ่มการจัดการพยาบาลตามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในช่วงการระบาดของเชื้อโควิด-19 ที่วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ มีการประเมินผลก่อนทดลองโดยใช้แบบสอบถามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในช่วงการระบาดของเชื้อโควิด-19 และเข้ากลุ่มการทดลองเป็นจำนวน 8 ครั้ง โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ๆ ละ 5 คน และคละโรงพยาบาลกัน แต่ละกลุ่มจะศึกษาและสรรหา case จากหอผู้ป่วยโควิด-19 และนำมาประชุมพิจารณากันในกลุ่มโดยยกตัวอย่างของ case ในสถานที่และสิ่งแวดล้อมให้เห็นภาพอย่างชัดเจน แล้วจึงสรุปคัดเลือก case ที่น่าสนใจและแตกต่างกันมากกลุ่มละ 2 case เพื่อนำเสนอในขั้นตอนที่ 4 ของรูปแบบการศึกษากลุ่มการจัดการพยาบาลตามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในช่วงการระบาดของเชื้อโควิด-19 ในการทำการศึกษากลุ่มแต่ละครั้งจะมีการติดตามผลในครั้งที่ผ่านมา 10 นาที บรรยายความรู้ในหัวข้อใหม่ที่น่าสนใจ 10 นาที นำเสนอ case 20 นาที แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน 60 นาที ผู้วิจัยให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม 10 นาที สรุป 10 นาที รวม 120 นาที และสมาชิกมีการค้นคว้าข้อมูลล่วงหน้า 1 สัปดาห์ใน

แต่ละครั้งของการนำเสนอที่มีทั้งหมด 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง โดยให้สมาชิกกลุ่มทั้ง 4 กลุ่มหาข้อมูลความรู้ที่จะบรรยาย และนำกรณีศึกษามาเสนอตามหัวข้อเรื่องแต่ละครั้งที่เกี่ยวข้องกับ ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของการจัดการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโดยศึกษาประเด็นปัญหาที่ส่งผลถึงครั้งที่ 1-2 ด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 และการประเมินผลลัพธ์ ครั้งที่ 3-4 ด้านการป้องกันและควบคุมการระบาดของเชื้อโควิด ครั้งที่ 5-6 ด้านการสื่อสารและการประสานงานของพยาบาลวิชาชีพ ครั้งที่ 7-8 ด้านการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโควิด โดยบูรณาการแนวคิดทฤษฎีการปรึกษาและทฤษฎีการพยาบาล เพื่อให้ได้ข้อสรุปในการแก้ไขปัญหา และประเมินผลหลังทดลองโดยใช้แบบสอบถามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในช่วงการระบาดของเชื้อโควิด-19

5. วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนในช่วงระยะของการทดลองโดยใช้สถิติ Dependent T-test

ผลการวิจัย

การเปรียบเทียบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในช่วงการระบาดของเชื้อโควิด-19 ก่อนและหลังเข้าร่วมการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า ผลการทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมการศึกษากลุ่มการจัดการพยาบาลตามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองทั้งโดยรวมและรายด้าน โดยคะแนนสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพก่อนทดลองทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ระดับ ปานกลาง และหลังทดลองคะแนนสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ระดับ มากที่สุด (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในช่วงการระบาดของเชื้อโควิด-19 ก่อนและหลังเข้าร่วมการปรึกษา (n = 20 คน)

เปรียบเทียบสมรรถนะของ พยาบาลวิชาชีพ	คะแนนก่อนทดลอง			คะแนนหลังทดลอง			t	P
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ		
ด้านความรู้และทักษะในการดูแล ผู้ป่วยโควิด-19 และการประเมิน ผลลัพธ์	16.15	2.30	ปาน กลาง	22.95	2.25	มาก ที่สุด	-8.330	.000
ด้านการป้องกันและควบคุม การระบาดของเชื้อโควิด-19	16.70	3.35	ปาน กลาง	21.70	2.61	มาก ที่สุด	-6.240	.000
ด้านการสื่อสารและการประสานงาน ของพยาบาลวิชาชีพ	16.85	1.42	ปาน กลาง	22.70	1.78	มาก ที่สุด	-13.208	.000
ด้านการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โควิด-19	16.60	2.08	ปาน กลาง	22.75	1.74	มาก ที่สุด	-14.480	.000
โดยรวม	66.30	7.67	ปาน กลาง	90.10	7.85	มาก ที่สุด	11.242	.000

* $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

การเปรียบเทียบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในช่วงการระบาดของเชื้อโควิด-19 ก่อนและหลังเข้าร่วมการปรึกษา โดยรวมและรายด้านมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีคะแนนสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพก่อนการทดลอง ทั้งโดยรวมและรายด้าน อยู่ระดับ ปานกลาง และหลังการทดลองมีคะแนนสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ระดับ มากที่สุด อาจเนื่องจากผู้เข้าร่วมการทดลองมีความเข้าใจปัญหาได้ชัดเจนขึ้นในการจัดการพยาบาลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ รวมถึงการปรึกษาประเด็นปัญหาพร้อมแนวทางแก้ไข ทั้ง 4 ด้านที่ได้นำเสนอและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันระหว่างกลุ่มได้ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย

ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น หลังจากที่ได้ให้การปรึกษากลุ่มเกี่ยวกับประเด็นปัญหาการจัดการพยาบาลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพโดยแบ่งหัวข้อในแต่ละครั้งตามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ 4 ด้าน ๆ ละ 2 ครั้ง ได้แก่ **ครั้งที่ 1-2 ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 และการประเมินผลลัพธ์** จากการปรึกษากลุ่ม ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 และการประเมินผลลัพธ์ เพิ่มขึ้นในระดับมากที่สุด จากที่ได้ศึกษาและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่ม ดังเช่น **กรณีตัวอย่าง 1.1** การปฐมนิเทศพยาบาลใหม่ด้านวิชาการในการดูแลผู้ป่วยโควิด โดยมีการคัดเลือกพยาบาลวิชาชีพที่มีผลงานหรือประเมินแล้วว่ามีความรู้ ความสามารถ ในทางวิชาการด้านต่าง ๆ มาเป็นผู้นำการ

ปฐมนิเทศด้านวิชาการให้แก่พยาบาลใหม่และเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ ย่อมจะถ่ายทอดในสิ่งที่ตัวเองมี ตนเองรู้ได้อย่างถ่องแท้ **โดยใช้ทฤษฎีการศึกษแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง**ที่มีแนวคิดว่าคุณคนมีความสามารถและศักยภาพ มีเหตุผล ไว้วางใจได้ พัฒนาคตามความสามารถของตนเองไปสู่การรู้จักตนเองอย่างแท้จริง ต้องการการยอมรับความรักและการยกย่องโดยใช้เทคนิค การฟังคำถามการสะท้อนความรู้สึกรูปและใช้ระบบพยาบาลที่เลี้ยงสู่การปฏิบัติ พยาบาลผู้ปฏิบัติหน้าที่ที่พึงแก่พยาบาลวิชาชีพสำเร็จใหม่ รวมถึงติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลสำเร็จใหม่ ที่สอดคล้องกับ**ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน** ที่เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ได้รับการดูแล ในวิชาชีพพยาบาลที่ถูกพัฒนาจากความรู้ ทักษะ สมรรถนะทางคลินิก และความชำนาญด้านเทคนิค **กรณีตัวอย่าง 2.1** ในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 พยาบาลที่มีจำนวนเท่าเดิมแต่จำนวนผู้ป่วยที่ต้องดูแลนั้นเพิ่มขึ้นอีกทั้งยังต้องระมัดระวังการติดเชื้อจากผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วย แต่ด้วยภาระงานที่เพิ่มขึ้น ตามสถานการณ์ของโรค รวมทั้งพยาบาลป่วยติดเชื้อจากผู้ป่วย และพยาบาลมีเวลาในการดูแลตัวเองน้อยเนื่องจากภาระงาน ทำให้จัดสรรเวลาในการดูแลสุขภาพตนเองยากขึ้น และขาดพลังในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งอาจมีผลกระทบกับการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 **แก้ไขปัญหาดัง** 2.1.1. สร้างแรงบันดาลใจจากงานที่ประสบความสำเร็จ 2.1.2. ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ส่งเวร Part time ในแผนกที่ขาดอัตรากำลังรวมทั้งสับเปลี่ยนเวรให้พยาบาลได้มีเวลาพักผ่อน 2.1.3 จัดกิจกรรมสัมพันธ์ในแผนกและนอกโรงพยาบาล เช่น ค่ายสัมพันธ์นอกโรงพยาบาล Morning talk ในฝ่ายกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์แลกเปลี่ยนการดูแลสุขภาพ 2.1.4 มีสวัสดิการหอพักพยาบาล และสวัสดิการการรักษาสุขภาพ ทั้งกาย ใจ 2.1.5 จัดสิ่งแวดล้อมให้สถานที่

ทำงานน่าอยู่สะอาด มีความปลอดภัยจากการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นัตตา รุ่งเดชารัตน์, สุรชาติ ณ หนองคาย, และดุสิต สุจิรารัตน์ (2559) ศึกษาสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานและบรรยากาศองค์กร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ($r = 0.370$, $r = 0.365$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 **โดยใช้ ทฤษฎีการพยาบาลแบบองค์รวมของ Barbara Dossey** Dossey (2008) ที่มีแนวคิดว่าการดูแลสุขภาพของบุคคลนั้นต้องใช้ทฤษฎีการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในการดูแลสุขภาพ บทบาทของพยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจในตัวบุคคล พยาบาลมีหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและสนองความต้องการผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป **ครั้งที่ 3-4 การป้องกันและควบคุมการระบาดของเชื้อโควิด-19** จากการปรึกษากลุ่ม ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีแนวทางการป้องกันและควบคุมการระบาดของเชื้อโควิด-19 เพิ่มขึ้นในระดับมากที่สุด จากที่ได้ศึกษาและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่ม ดังเช่น **กรณีตัวอย่าง 3.1** ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาลแล้วติดเชื้อโควิด-19 ในโรงพยาบาลจนเสียชีวิต ทำให้เกิดประเด็นทางจริยธรรมคือการให้คุณค่ากับบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลไม่ให้เกิดการติดเชื้อ พยาบาลพึงป้องกันอันตรายต่อสุขภาพ และชีวิตของผู้ป่วย ระมัดระวังใส่ใจดูแลไม่ให้เกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลและการบอกความจริงถึงแผนการรักษา ที่สอดคล้องกับ**ทฤษฎีการศึกษแบบอัตถิภาวนิยม**ที่ว่า มนุษย์มีคุณค่า มีอิสระเสรีภาพในการเลือกกระทำหรือไม่กระทำ มีความรับผิดชอบต่อการเปลี่ยนแปลงชีวิตในปัจจุบันและอนาคต เพื่อให้ผู้รับ

บริการตระหนักถึงความตายและความไม่อยู่หรือไม่ ดำรงอยู่ ยอมรับว่าไม่สามารถหลีกเลี่ยงความตายได้ ผู้รับบริการมีชีวิตอยู่กับปัจจุบัน ที่นี้และเดี๋ยวนี้ ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงอดีตได้ โดยใช้เทคนิคเก้าอี้ว่างเพื่อให้ผู้รับบริการได้ระบายความรู้สึกที่ตนปฏิเสธ หรือความรู้สึกขัดแย้งในใจออกมา แล้วจึงใช้การสลับบทบาท เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับรู้ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้รับบริการที่จะป้องกันและควบคุมการระบาดของเชื้อโควิด-19 ได้ดีขึ้น เพื่อหาแนวทางการแก้ไขและป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ ที่สอดคล้องกับ**ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน** ในการเตรียมการเพื่อสนับสนุนปกป้อง หรือแก้ไขภาวะสุขภาพกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยภายนอกเป็นปัจจัยด้านร่างกาย ความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม ปัจจัยภายในคือสุขภาพจิต จิตวิญญาณ และกิจกรรมทางวัฒนธรรม ปัจจัยทั้งสองมีความสัมพันธ์กันเพราะเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมว่าเป็นภาวะคุกคามหรือไม่คุกคาม พยาบาลประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยเพื่อให้การสนับสนุน ส่งเสริมในความเข้มแข็งของผู้ป่วย ที่สอดคล้องกับงานวิจัยของ อัญชนี ศรี (2565) ศึกษาเรื่องสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และระยะท้าย โรงพยาบาลแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ความรู้ ทักษะ สมรรถนะและทักษะในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัวทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง **ครั้งที่ 5-6 การสื่อสารและประสานงานของพยาบาลวิชาชีพ** จากการศึกษากลุ่ม ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีแนวทาง ด้านการสื่อสารและประสานงานของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้นในระดับมากที่สุด จากที่ได้ศึกษาและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่ม ดังเช่น **กรณีตัวอย่าง 5.1** ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีอาการทรุดหนักลงพยาบาลจึงต้องสื่อสารกับญาติผู้ป่วยให้เข้าใจถึงกระบวนการรักษา

รวมทั้งผลที่จะเกิดขึ้นในการรักษา เปิดโอกาสให้ครอบครัว ได้รับความรู้สึก และซักถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาผู้ป่วย ให้ข้อมูลแก่ครอบครัวที่ถูกต้องและตรงกับความต้องการของครอบครัว เช่น อาการผู้ป่วย สภาวะสุขภาพ การปฏิบัติพยาบาลและหัตถการต่าง ๆ การปฏิบัติตัวในการเยี่ยมผู้ป่วย ใช้คำพูดในการสื่อสารด้วยท่าทีที่เข้าใจถึงจิตใจของญาติที่กำลังสูญเสียเป็นสิ่งที่สำคัญ และถ้าผู้ป่วยอยู่ในระยะท้ายของชีวิต ควรสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติเป็นระยะเพื่อปรับสภาพจิตใจที่ละน้อย (ปาณิสรา บุญยรัตกลิน, 2562) โดยใช้**ทฤษฎีการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม** ที่มีแนวคิดว่ามีมนุษย์มีเหตุผล ควรเปลี่ยนความคิดที่ไร้เหตุผล ลดทัศนคติที่มีผลเสียต่อตน สร้างความรับผิดชอบ อดทน อาจใช้เทคนิคการโต้แย้งทางความคิดเพื่อแยกแยะ ให้ความหมายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เปลี่ยนทัศนคติใหม่ที่ทำให้พฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น **กรณีตัวอย่าง 6.1** ปัญหาด้านบุคลากรในหน่วยงาน มาทำงานสาย เมื่อถึงเวลางานก็ไปกินข้าว หน้าที่ที่ต้องรับโทรศัพท์ไม่รับ ไม่ช่วยงานผู้อื่น มีกฎการพักร้อนช่วงวันหยุดยาวก็ขอขึ้นกระดานทุกวันหยุด ไม่เขียนวันลาพักร้อนตามกฎหมาย เวลามีนงานอะไรที่เป็นการเพิ่มภาระงานก็จะปฏิเสธตลอด ถ้ามีนวัตกรรมเทคโนโลยีใหม่ ๆ จะปฏิเสธที่จะทำ **แก้ไขโดย** การรับรู้บรรยากาศองค์การที่มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การ อธิบายได้ว่าเมื่อบุคคลรับรู้ว่าบรรยากาศองค์การเป็นไปในทางบวก จะเป็นแรงจูงใจที่ก่อให้เกิดความพอใจในงานและพัฒนาไปสู่ความผูกพันต่อองค์การ และพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีที่สุดในที่สุด (รพีพัฒน์ ศรีศิริรักษ์ และประสพชัย พสุนันท์, 2559) โดยใช้**ทฤษฎีการปรึกษาแบบเผชิญความจริง (Reality Therapy)** เพื่อให้ผู้รับบริการมีความเป็นตัวของตัวเอง รู้จักและเข้าใจตนเอง รับผิดชอบต่อสิ่งที่ตนเลือกและสิ่งที่ตนปฏิบัติ ถ้าเผชิญความจริง สามารถประเมิน

พฤติกรรมที่ตนแสดงออกว่าถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้รับบริการการปรึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนให้เหมาะสม **ครั้งที่ 7-8 การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโควิด-19** จากการปรึกษากลุ่มทำให้กลุ่มตัวอย่างมีแนวทางด้านการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 เพิ่มขึ้นในระดับมากที่สุด จากที่ได้ศึกษาและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่ม ดังเช่น **กรณีตัวอย่าง 7.1** พัฒนาการเชื่อมต่อบริการผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองเครือข่ายจังหวัดนครนายก แบบไร้รอยต่อ พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในสถานพยาบาลทุกระดับและในชุมชน ให้เป็นมาตรฐานระดับพื้นฐานเดียวกัน ให้ระบบเครือข่ายและการส่งต่อมีประสิทธิภาพคุณภาพ และเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายแบบไร้รอยต่อ (Seamless) โดยหน่วยบริการสาธารณสุขทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายในการดูแลสุขภาพเปรียบเสมือนหนึ่งเป็นโรงพยาบาลเดียวและ พัฒนาระบบการส่งกลับผู้ป่วยจากสถานพยาบาลสู่ชุมชนหรือบ้านตามความต้องการของญาติและผู้ป่วยให้เกิดการดูแลที่เป็นองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในทุกระดับ ให้มีความรู้ ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย สามารถดูแลผู้ป่วยได้ด้วยหัวใจของความเมตตา โดยใช้ **ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสัน** ในการเตรียมการเพื่อสนับสนุน ปกป้อง หรือแก้ไขภาวะสุขภาพกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุนันฎา คเชนทร์ชัย และมูจรีนทร์ อัครพัฒน์ (2564) ศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยใช้แนวคิดวงจรพัฒนาของเดมมิง 4 ขั้น พบว่าผลลัพธ์การดูแลและการส่งต่อดีขึ้นเมื่อเทียบกับระยะก่อนการพัฒนา ส่วนผลลัพธ์ทางคลินิกระยะหลังการพัฒนา มีร้อยละของการจัดการอาการรบกวนที่ดีขึ้น เมื่อเทียบกับ ระยะก่อนการพัฒนา

และ ครอบครัวมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับระยะก่อนการพัฒนา **กรณีตัวอย่าง 8.1** ในช่วงการระบาดของโควิด-19 ได้มีการพัฒนาระบบ Telemedicine เพื่อตอบสนองความต้องการในประเทศเพิ่มขึ้น เช่นคลินิกเสมือนจริงให้คำปรึกษาผู้ป่วยแบบวันเดียวกลับ (Virtual Clinic ODS Consulting) เป็นนวัตกรรมพัฒนากระบวนการทำงาน การให้บริการทางด้านการรับคำปรึกษาผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาแบบวันเดียวกลับ เพื่อ 8.1.1 เพิ่มช่องทางและความสะดวกในการพบแพทย์ของผู้ป่วย 8.1.2 ลดระยะเวลาการรอคอย ลดงบประมาณในการสร้างคลินิกจริง 8.1.3 ปรับปรุงรูปแบบขั้นตอนการพบแพทย์แบบเดิมให้มีความกระชับรวดเร็ว 8.1.4 มีการใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ มาปรับใช้ให้เกิดประโยชน์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุรินทร์ อัครวิฑูรติพิทย์ (2564) ที่ศึกษาเรื่อง โรงพยาบาลเสมือนจริงแห่งประเทศไทยเพื่อการแก้ปัญหาสาธารณสุขไทยเชิงระบบ โดยใช้ **ทฤษฎีการพยาบาลแบบองค์รวมของ Barbara Dossey** การดูแลสุขภาพของบุคคลนั้นต้องครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในการดูแลสุขภาพ บทบาทของพยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจในตัวบุคคล พยาบาลมีหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและสนองความต้องการผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป และงานวิจัยนี้ยังได้สอดคล้องกับงานวิจัยของ สิริภัทร โสติยาภักย์, มณฑิรา จารุเพ็ง, คมเพชร ฉัตรศุภกุล, และ วิไลลักษณ์ ลังกา (2562) เรื่อง ประสิทธิภาพของการเสริมสร้างสมรรถนะการให้การปรึกษาด้านสุขภาพสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า สมรรถนะการให้การปรึกษาด้านสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมและรายองค์ประกอบของกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมกลุ่มฝึกอบรมก่อนหลังและระยะติดตามผล แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยคะแนนแบบวัด

สมรรถนะการให้การศึกษาด้านสุขภาพโดยรวมในระยะก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.26$) สำหรับคะแนนภายหลังการทดลองและระยะติดตามผลมีสมรรถนะการให้การศึกษาด้านสุขภาพระดับสูง ($M = 4.27$ และ 4.50 ตามลำดับ) สำหรับคะแนนแบบวัดสมรรถนะการให้การศึกษาด้านความรู้ระยะหลังการเข้าร่วมโปรแกรมและระยะติดตามผลอยู่ในระดับสูงที่สุด ($M = 4.91$ และ 4.95) ตามลำดับ สรุปได้ว่าโปรแกรมที่ใช้ในการให้การศึกษาด้านสุขภาพสำหรับพยาบาลวิชาชีพ มีผลให้สมรรถนะการให้การศึกษาด้านสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ผู้สนใจในการทำงานวิจัยสามารถนำรูปแบบการศึกษานี้ไปใช้ในการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรพยาบาลด้านอื่นๆ หรือในด้านการบริหารจัดการ ผู้บริหารการพยาบาลสามารถนำไปเป็นแนวทางในการจัดระบบการศึกษาขององค์กรพยาบาลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2565). *สถานการณ์โควิด 19 ในประเทศไทย*. ศูนย์ข้อมูลโควิด 19: กรมประชาสัมพันธ์.

คมเพชร ฉัตรศุภกุล. (2555). *เอกสารประกอบการสอนขั้นตอนการพัฒนาหลักสูตร*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต.

ตรีญดา โตประเสริฐ. (2564). สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่สถาบันบำราศนราดูร. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 15(1), 25-36.

นัตตา รุ่งเดชรัตน์, สุรชาติ ณ หนองคาย, และดุสิต สุจิรารัตน์. (2559). สมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. *วารสารการพยาบาล*, 18(2), 33-41.

บุญเรียง ขจรศิลป์. (2549). *สถิติวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 9). นนทบุรี: โรงพิมพ์พีเอส.พรินท์.

ปาณิสรา บุญยรัตกลิน. (2562). การสื่อสารกับครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต: บทบาทพยาบาล. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 12(2), 90-99.

รพีพัฒน์ ศรีศิริรักษ์, และประสพชัย พสุนันท์. (2559). การรับรู้บรรยากาศองค์การและพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร ของพนักงานประจำสังกัดสายทรัพยากรบุคคลและกำกับกิจกรรมองค์การ บริษัท การบินไทย จำกัด (มหาชน). *วารสาร ธุรกิจปริทัศน์*, 8(1), 61-83.

วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร. (2563). อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลสำหรับโควิด-19 ของบุคลากรทีมสุขภาพ. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*, 7(1), 7-24.

สิริภัทร โสติยาภักย์, มณฑิรา จารุเพ็ง, คมเพชร ฉัตรศุภกุล, และวิไลลักษณ์ ลังกา. (2562). ประสิทธิภาพของการเสริมสร้างสมรรถนะการให้การศึกษาด้านสุขภาพสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 6(1), 178-188.

สุนันฎา คเชนทร์ชัย, และ มุจจรินทร์ อัสวพัฒน์. (2564). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วยนอก. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 17(3), 27-36.

- สุรินทร์ อัครวิฑูรติพิทย์. (2564). โรงพยาบาลเสมือนจริง
แห่งประเทศไทยเพื่อการแก้ปัญหาสาธารณสุข
ไทยเชิงระบบ. วารสารรัฐศาสตร์วิทยาลัย
ป้องกันราชอาณาจักร, 63(1), 75-86.
- อัญชนี ศิริ (2565). สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการ
ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย
โรงพยาบาลแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ (รายงานผล
การวิจัย). เชียงใหม่: โรงพยาบาลแม่แตง.
- Corey, G. (2012). *Theory and Practice of Group
Counseling* (9thed). Ca: Cengage Learning.
- Corey, G. (2013). *Theory and Practice of Counseling
and Psychotherapy* (9thed). Ca: Brooks/
Cole.
- Dossey, B. M. (2008). Theory of integral nursing.
Advances in nursing science, 31(1), 52-73.
- Watson, J. (2005). *Caring science as a sacred science*.
USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- World Health Organization. (2018). *Emerging
infectious disease*. Retrieved from [https://
www.who.int/emergencies/diseases](https://www.who.int/emergencies/diseases)



รูปแบบการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ ความมั่นใจ
และทักษะปฏิบัติการทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรมของนักศึกษาพยาบาล

**Instructional Model Using Simulation-Based Learning on
Knowledge Self-Confidence and Practical Skills of
Nursing Students Concerning Basic Surgical Procedures**

สุปราณี มณีวงศ์, พย.ม., Supranee Maneewong, M.N.S.^{1*}

ชัยณรงค์ นาคเทศ, พย.ม., Chainarong Naktes, M.N.S.¹

รัตนา พึ่งเสมา, วท.ม., Ratana Puengsema, M.Sc.²

วาสนา รุ่งโรจน์วัฒนา, พย.ม., Wassana Rungrojwattana, M.N.S.¹

¹อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กรุงเทพมหานคร

¹Lecturer, Community Health Nursing, Faculty of Nursing, Saint Louis College, Bangkok

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กรุงเทพมหานคร

²Assistant Professor, Community Health Nursing, Faculty of Nursing, Saint Louis College, Bangkok

*Corresponding author Email: supanee@slc.ac.th

Received: July 6, 2022

Revised: May 23, 2023

Accepted: June 13, 2023

บทคัดย่อ

งานวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ ความมั่นใจ และทักษะปฏิบัติการทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรม กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 64 คน คัดเลือกโดยใช้การสุ่มอย่างเป็นระบบ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 32 คน รูปแบบการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย สถานการณ์จำลอง วิดีทัศน์ กรณีศึกษา และการฝึกทักษะปฏิบัติการทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความรู้ ความมั่นใจ และทักษะปฏิบัติการทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบค่าทีที่เป็นอิสระต่อกัน และวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความมั่นใจ และทักษะปฏิบัติการทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรมสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และคงอยู่ในระยะติดตามผล รูปแบบการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองสามารถนำ

ไปใช้ในการเตรียมความพร้อมก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงได้ โดยเน้นการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ควบคู่กับการสร้างประสบการณ์ผ่านการใช้สถานการณ์จำลองที่คล้ายคลึงกับสถานการณ์จริง

คำสำคัญ: สถานการณ์จำลองเสมือนจริง หัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรม การเรียนรู้เชิงประสบการณ์
นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine an instructional model by using simulation-based learning to assess the knowledge, self-confidence and practical skills of nursing students relating to basic surgical procedures. The sample comprised 64 senior nursing students who were divided equally into an experimental group ($n = 32$) and a comparison group ($n = 32$) by systematic random sampling. The instructional model created by the researcher consisted of simulation-based learning, video clips, case-based learning and technical skills training pertaining to basic surgical procedures. Data were collected by questionnaires that measured knowledge, self-confidence and technical skills of basic surgical procedures. Data were analysed using independent t-test and one-way repeated measure ANOVA. The results revealed that the intervention group had significantly higher mean scores for the knowledge of basic surgical procedures, self-confidence in basic surgical procedures, and technical skills in basic surgical procedures after the intervention than before the intervention and compared to those in the comparison group ($p < .05$). Further, these results were sustainable in the follow-up period. The instructional model using simulation-based learning should be applied to prepare nursing practicum in clinics by emphasising the creation of a learning environment with innovative experiences through the use of simulations that are similar to real-life situations.

Keywords: *Simulation-based learning, Basic surgical procedures, Experiential learning, Nursing students*

บทนำ

โรคระบาดโควิด 19 เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ ที่ส่งผลกระทบเป็นวงกว้างทั้งทางสังคม เศรษฐกิจ และระบบการศึกษา สำหรับประเทศไทยได้รับผลกระทบ เช่นเดียวกับประเทศอื่น ๆ ทั่วโลก โดยมีมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดอย่างเคร่งครัดตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก (world health organization,

2021) มีการประกาศปิดสถานศึกษาทำให้ไม่สามารถจัดการเรียนการสอนได้ตามปกติ โดยเฉพาะสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ ซึ่งเป็นการศึกษาทางวิชาชีพ เฉพาะที่ศึกษาเกี่ยวกับร่างกายมนุษย์และฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการเรียนการสอน ในวิชาชีพพยาบาลเพื่อให้ผู้เรียนมีคุณลักษณะของบัณฑิต

ที่พึงประสงค์ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา ซึ่งการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลเป็นการนำความรู้และทักษะมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในขั้นสุดท้ายของหลักสูตรซึ่งจะต้องสร้างความมั่นใจและพัฒนาทักษะทางคลินิกเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลขั้นต้นในด้านการทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรม ที่อยู่ภายใต้ข้อบังคับสภาการพยาบาล พ.ศ.2564 ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพ ระบุให้ทำหัตถการได้ตามขอบเขตที่กำหนด คือ การเย็บแผล การตัดไหม การถอดเล็บ การจี๊หูหรือจี๊ตาปลา และการผ่าฝี เป็นต้น (สภาการพยาบาล, 2564) ซึ่งเป็น 1 ใน 8 สมรรถนะหลักของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง (สภาการพยาบาล, 2561) ที่จะต้องปฏิบัติได้ไม่แตกต่างจากทักษะการพยาบาลพื้นฐานด้านอื่น ๆ โดยเฉพาะการเย็บแผล การถอดเล็บ และการผ่าฝี เนื่องจากเป็นหัตถการที่พบได้บ่อยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและหน่วยปฐมภูมิ หากนักศึกษาขาดทักษะและประสบการณ์ดังกล่าว จะทำให้นักศึกษาไม่สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในที่สุด ดังนั้น การเตรียมนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ให้มีความรู้ ความมั่นใจ และมีทักษะทางคลินิกที่ดี จึงเป็นเป้าหมายสำคัญของกระบวนการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาบัณฑิตให้มีศักยภาพก่อนสำเร็จการศึกษา

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ มีบทบาทสำคัญในการผลิตบัณฑิตพยาบาลให้เป็นนักปฏิบัติวิชาชีพชั้นนำด้านสุขภาพ กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนจึงจัดการเรียนการสอนให้แก่นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 รายวิชาปฏิบัติการรักษาพยาบาลขั้นต้น ภาคปลาย ปีการศึกษา 2564 เพื่อพัฒนาผู้เรียนให้มีความรู้และทักษะในการทำหัตถการเบื้องต้นเกี่ยวกับการเย็บแผล การถอดเล็บ และการผ่าฝี ซึ่งที่ผ่านมานักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติในคลินิกกับผู้ป่วยจริง แต่เนื่องด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้ไม่สามารถฝึกปฏิบัติในคลินิก

ได้ ส่งผลให้นักศึกษาขาดประสบการณ์จริงในคลินิก ดังนั้น จึงจัดให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (simulation-based learning) ซึ่งจะเน้นให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Cordeau, 2013) และจะช่วยถ่ายโยงความรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสามารถปฏิบัติการพยาบาลซ้ำได้หลายครั้ง จนเกิดความมั่นใจ (สมจิตต์ สินธูชัย และกันยารัตน์ อุบลวรรณ, 2560)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความรู้ ความมั่นใจ และทักษะปฏิบัติ เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะของการปฏิบัติทางการพยาบาลและเป็นตัวบ่งชี้สำคัญของผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์, 2560; ชลธิชา ชลสวัสดิ์, สุลี ทองวิเชียร, และกรองแก้ว มินวล, 2564; วณิดา ตรงค์ฤทธิชัย และคณะ, 2561; ศรีนรินทร์ วัฒนธรรณ์, และนันทิยา แสงทรงฤทธิ์, 2560) หลายการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการนำสถานการณ์จำลองเสมือนจริง มาใช้ในการพัฒนาความรู้ ความมั่นใจ และทักษะปฏิบัติ ซึ่งพบว่า นักศึกษากลุ่มที่ได้รับสถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีความรู้และมีความสามารถในการปฏิบัติการรักษาพยาบาลขั้นต้นสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กชกร ธรรมนำศีล, กาญจนา ปัญญาเพชร, สุปราณี น้อยตั้ง, และจินตนา อาจสันเทียะ, 2561; สืบตระกูล ต้นตลานุกูล, สุวัฒน์ รัตนศักดิ์, ชมพูนุช แสงพานิช, วิภาวรรณ สีสังข์, และฐิติอาภา ตั้งคำวานิช, 2559) แต่ที่ผ่านมามีการใช้สถานการณ์จำลองในการฝึกปฏิบัติหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรม ยังขาดจุดเน้นที่สำคัญในการสร้างความรู้สึกร่วมที่ทำให้นักศึกษาเสมือนอยู่ในเหตุการณ์จริง ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์ผู้สอนจึงสนใจศึกษารูปแบบการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเพื่อเสริมสร้างให้นักศึกษา

มีประสบการณ์ที่คล้ายสถานการณ์จริง ซึ่งสอดคล้องกับ ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Kolb's experiential learning theory) ของโคลบ์ (Kolb, 2005) ที่กล่าวว่า การเรียนรู้จากประสบการณ์จะถูกนำมาใช้ในการพัฒนา ในด้านความรู้ ความมั่นใจ และทักษะผ่านการลงมือ ปฏิบัติ และมีหลายการศึกษาที่นำมาใช้ในการพัฒนา นักศึกษาพยาบาล (นงนุช เสือพุ่ม, วัลลภ นาคศรีสังข์, และประไพพิศ สิงหเสม, 2560) โดยประสบการณ์ที่ได้รับ จะเป็นพื้นฐานสำคัญของความคิด ความรู้และการกระทำ ต่างๆ รูปแบบการสอนนี้จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด โดยการสร้างบรรยากาศ การเรียนรู้จากสถานการณ์ที่สะท้อนความเป็นจริงจะ ช่วยให้ผู้เรียนรู้สึกเหมือนอยู่ในเหตุการณ์จริงมากที่สุด สามารถกระตุ้นให้เกิดความสนใจและแรงจูงใจในการฝึก ปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น (สุปราณี มณีวงศ์, ชัยณรงค์ นาคเทศ, สุวรรณิ ละออปักชิน, และกาญจนา ปัญญาเพชร, 2565) ส่งผลให้นักศึกษามีความรู้ ความมั่นใจ และมีทักษะ ปฏิบัติการทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรมด้านการ เย็บแผล ถอดเล็บ และผ่าฝีได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐาน วิชาชีพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการสอนโดยใช้ สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ในการทำ หัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรม ความมั่นใจในการทำ หัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรม และทักษะปฏิบัติการ ทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรมของนักศึกษาพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลองนักศึกษาพยาบาลในกลุ่ม ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการทำหัตถการเบื้องต้น ทางศัลยกรรม มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบ และไม่ลดลงในระยะติดตามผล

4 สัปดาห์

2. ภายหลังการทดลองนักศึกษาพยาบาลใน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการทำหัตถการ เบื้องต้นทางศัลยกรรม มากกว่าก่อนการทดลองและ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และไม่ลดลงในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์

3. ภายหลังการทดลองนักศึกษาพยาบาลในกลุ่ม ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะปฏิบัติการทำหัตถการเบื้องต้น ทางศัลยกรรม มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบ และไม่ลดลงในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้มีตัวแปรต้น คือ รูปแบบการสอนโดย ใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง โดยประยุกต์ใช้กรอบ แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Kolb's experiential learning theory) ของโคลบ์ (Kolb, 2005) ประกอบด้วย 1) จัดประสบการณ์การเรียนรู้ ที่เป็นรูปธรรม (concrete experience) 2) สังเกต และสะท้อนคิดจากประสบการณ์ที่ได้รับ (reflection observation) 3) สรุปความคิดรวบยอดจาก ประสบการณ์ที่ได้รับ (abstract conceptualization) และ 4) ปฏิบัติและประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ (active experimentation) โดยศึกษาผลลัพธ์การ เรียนรู้ที่เกิดขึ้นกับตัวแปรตาม คือ 1) ความรู้ในการทำ หัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรม 2) ความมั่นใจในการทำ หัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรม และ 3) ทักษะปฏิบัติการ ทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรม

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อน และหลังการทดลอง (Two group Pretest- Posttest

Design) กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 กลุ่มละ 32 คน ทดสอบตัวแปรตามก่อนการทดลอง และหลังสิ้นสุดการทดลองทันที สำหรับกลุ่มทดลองมีการทดสอบซ้ำในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาปฏิบัติการรักษาพยาบาลขั้นต้น ภาคปลาย ปีการศึกษา 2564 จำนวน 127 คน

2.1 การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากหลักการอำนาจทดสอบ (Power analysis) โดยการประมาณค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (สืบตระกูล ต้นตลานุกูล และคณะ, 2559) โดยกำหนด Power เท่ากับ 0.80 และ Alpha เท่ากับ 0.05 และเปิดตารางโคเฮน (Cohen, 1988) ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน ในการศึกษาครั้งนี้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายอีกร้อยละ 20 ได้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 32 คน รวมเป็น 64 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) โดยเรียงลำดับตามเกรดเฉลี่ยหลังจากนั้นจับลำดับคู่และลำดับคู่เพื่อสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจนครบตามจำนวน

2.2 เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1) เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ลงทะเบียนเรียนวิชาปฏิบัติการรักษาพยาบาลขั้นต้น ภาคปลาย ปีการศึกษา 2564

2) ไม่เคยได้รับการฝึกทักษะการทำหัตถการทางศัลยกรรม

3) สนใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.3 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) มีปัญหาทางสุขภาพ เช่น ติดเชื้อโคโรนาไวรัส หรือเจ็บป่วยอื่นๆ จนไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตลอดการวิจัย

2) มีปัญหาทางการเรียนที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

3) ต้องการบอกลึกหรือขอถอนตัวเมื่อรู้สึกไม่สบายใจ อึดอัดใจ หรือมีปัญหาส่วนตัวอื่น ๆ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากวัตถุประสงค์รายวิชา การค้นคว้าตำรา เอกสารทางวิชาการและงานวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ เกรดเฉลี่ยสะสม (GPA) ประสบการณ์เกี่ยวกับการทำหัตถการทางศัลยกรรม โรคประจำตัว และประวัติการเจ็บป่วยหรือได้รับการรักษาเกี่ยวกับการเย็บแผล การถอดเล็บ และการผ่าฝี

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ในการทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรม จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย การประเมินบาดแผล การวินิจฉัย อุปกรณ์ ขั้นตอนของการทำหัตถการเย็บแผล (Suture) ถอดเล็บ (Nail extraction) และผ่าฝี (Incision & Drainage) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก มีช่วงคะแนนเท่ากับ 0-10 คะแนน โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบวัดความมั่นใจในการทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรม จำนวน 10 ข้อ เกี่ยวกับความมั่นใจในการทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรมด้านการเย็บแผล การถอดเล็บ และการผ่าฝี ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีคะแนนอยู่ในช่วง 10-40 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบวัดทักษะปฏิบัติการทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรม เป็นแบบตรวจสอบ

รายการ (checklist) จำนวน 15 ข้อ มีหัวข้อประเมินเกี่ยวกับทักษะการเย็บแผล การถอดเล็บ และการผ่าฝี อย่างละ 5 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ปฏิบัติถูกต้องครบถ้วน = 2 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้องครบถ้วน = 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติ = 0 คะแนน มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-30 คะแนน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงที่ผู้วิจัยพัฒนาและออกแบบตามแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลบ (Kolb, 2005) โดยมีรายละเอียดดังนี้ กลุ่มทดลองจะได้รับกิจกรรมการเรียนการสอนในสัปดาห์ที่ 1 จำนวน 4 ครั้งติดต่อกัน 4 วัน แต่ละกิจกรรมใช้ระยะเวลาครั้งละ 6 ชั่วโมง จากนั้นเก็บข้อมูลหลังสิ้นสุดกิจกรรม และเก็บข้อมูลในระยะติดตามผลภายหลังการทดลองอีก 4 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “สร้างบรรยากาศและสร้างประสบการณ์” (6 ชั่วโมง) เพื่อพัฒนาความรู้ด้านการเย็บแผล การถอดเล็บ และการผ่าฝี โดยการจัดห้องเรียนให้มีลักษณะเหมือนการฝึกปฏิบัติในคลินิกเพื่อสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่คล้ายกับสถานการณ์จริง ใช้เกมประกอบเนื้อหาเพื่อให้เกิดความสนใจร่วมกับการฝึกประสบการณ์ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงในผู้ป่วยที่ได้รับการเย็บแผล การถอดเล็บ และการผ่าฝี เรื่องละ 1 สถานการณ์ ที่ไม่ซับซ้อนและง่ายต่อการทำความเข้าใจ ลักษณะของสถานการณ์ ประกอบด้วย ข้อมูลผู้ป่วย อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยต่าง ๆ ลักษณะบาดแผลตามร่างกาย การบาดเจ็บที่เล็บ และตำแหน่งของฝีหนองโดยมีภาพประกอบเพื่อให้เกิดความเข้าใจและเห็นภาพได้ชัดเจนมากขึ้น

กิจกรรมที่ 2 “สังเกตและสะท้อนคิด” (6 ชั่วโมง) เพื่อพัฒนาทักษะด้านการเย็บแผล ถอดเล็บ และผ่าฝี โดยอาจารย์ผู้สอนสาธิตการทำหัตถการทุกขั้นตอน โดยละเอียด และให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติและสาธิตย้อนกลับรายบุคคล โดยใช้อุปกรณ์จริงกับหุ่นแขนจำลองที่ผู้วิจัย

พัฒนาขึ้น ซึ่งสามารถทำหัตถการได้หลายรูปแบบ คือ 1) การเย็บแผล สามารถกำหนดบาดแผลที่มีลักษณะแตกต่างกันได้ เช่น แผลลึก แผลฉีกขาด และแผลกว้าง 2) การถอดเล็บ โดยการติดเล็บปลอมไว้ที่นิ้วของหุ่นแขนจำลอง และ 3) การผ่าฝี โดยการใช้ลูกโป่งขนาดเล็กบรรจุโลชั่นผสมเบทาดีนให้มีลักษณะคล้ายหนองและใส่ไว้ด้านในตำแหน่งต่าง ๆ และให้ข้อมูลย้อนกลับจากการสาธิตย้อนกลับรายบุคคลในกรณีที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องจากอาจารย์ผู้สอน และเปิดโอกาสให้ฝึกทบทวน และสาธิตย้อนกลับอีกครั้ง

กิจกรรมที่ 3 “สรุปและสร้างความคิดรวบยอด” (6 ชั่วโมง) เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจ โดยที่อาจารย์ผู้สอนให้แรงเสริมและให้กำลังใจเป็นระยะ และให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติและทบทวนร่วมกับเพื่อนคู่ฝึก โดยทบทวนจากสื่อวิดีโอที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น อภิปรายร่วมกันเพื่อสรุปหลักการขั้นตอนและเทคนิคสำคัญในการทำหัตถการเพื่อนำไปปฏิบัติให้แม่นยำและมีความมั่นใจมากขึ้น

กิจกรรมที่ 4 “ปฏิบัติและประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่” (6 ชั่วโมง) เพื่อพัฒนาทักษะปฏิบัติให้มีความชำนาญ เพื่อให้สามารถนำหลักการปฏิบัติมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่เกี่ยวกับการเย็บแผล การถอดเล็บ และการผ่าฝี ซึ่งเป็นสถานการณ์และการฝึกปฏิบัติที่ซับซ้อนมากขึ้น

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรม อาจารย์พยาบาลกลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน และพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกฉุกเฉินที่มีประสบการณ์ในการทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรม ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .86 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชากรที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามด้านความรู้

ด้วย KR-20 มีค่าเท่ากับ .74 ส่วนด้านความมั่นใจและด้านทักษะปฏิบัติวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยวิธี Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .71 และ .72 ตามลำดับ

5. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่ E.009/2565 และผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล กิจกรรมการเรียนการสอน รวมทั้งสิทธิในการยกเลิกการให้ข้อมูลทุกกรณี การปฏิเสธในการให้ข้อมูลไม่ได้มีผลใด ๆ ต่อคะแนนและผลการเรียน ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น กลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับรูปแบบการเรียนการสอนเหมือนกลุ่มทดลองทุกประการ

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้จัดประชุมอาจารย์ผู้สอน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัยและขั้นตอนการทำการกิจกรรมในโปรแกรม จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลในนักศึกษาแต่ละกลุ่ม ดังนี้

6.1 กลุ่มเปรียบเทียบ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะก่อนการทดลอง (pre-test) และเว้นระยะเวลาอีก 1 สัปดาห์ เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะหลังการทดลอง (post-test)

6.2 กลุ่มทดลอง ภายหลังดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในนักศึกษากลุ่มเปรียบเทียบในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้น จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในนักศึกษากลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง (pre-test) หลังจากนั้นจึงเริ่มดำเนินการกิจกรรมตามรูปแบบการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง โดยจัดกิจกรรมการเรียนการสอนให้กับนักศึกษา ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไปพร้อม ๆ กัน เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการเรียนของรายวิชา ภายหลัง

เสร็จสิ้นกิจกรรมทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในนักศึกษากลุ่มทดลองทันที (post-test) และเก็บข้อมูลในระยะติดตามผล (follow-up) ภายหลังการทดลอง อีก 4 สัปดาห์

7. การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลได้ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยการทดสอบสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า ข้อมูลมีการกระจายตัวแบบโค้งปกติ จึงใช้สถิติ Independent sample t-test และ สถิติ Repeated measure ANOVA โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกัน โดยเป็นเพศหญิงทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 นักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ $21.28 (\pm .683)$ และ $21.22 (\pm .553)$ ตามลำดับ มีเกรดเฉลี่ยสะสม (GPA) ไม่แตกต่างกัน เท่ากับ $3.12 (\pm .32)$ ในกลุ่มทดลอง และ $3.07 (\pm .30)$ ในกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่เคยได้รับการฝึกทักษะปฏิบัติการทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรม ด้านการเย็บแผล ถอดเล็บ และผ่าฝี มาก่อน คิดเป็นร้อยละ 100 และร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับการเย็บแผล การถอดเล็บ และการผ่าฝีมาก่อน เมื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม พบว่ามีความคล้ายคลึงกัน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา

ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษาในทุกด้านใกล้เคียงกัน ($p > .05$) สำหรับภายหลังการทดลอง กลุ่ม

ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรม ความมั่นใจในการทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรม และทักษะปฏิบัติการทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent sample t-test ($n = 64$)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=32)		t	df	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ความรู้เรื่องการทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรม							
ก่อนการทดลอง	3.31	1.33	3.12	1.41	.547	62	.586
ภายหลังการทดลอง	8.97	1.09	4.06	1.56	14.547	62	< .001
ความมั่นใจในการทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรม							
ก่อนการทดลอง	17.81	2.83	16.56	2.41	1.901	62	.062
ภายหลังการทดลอง	37.81	3.06	17.09	2.79	28.250	62	< .001
ทักษะปฏิบัติการทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรม							
ก่อนการทดลอง	15.44	1.01	14.88	1.58	1.694	62	.095
ภายหลังการทดลอง	26.06	1.52	16.66	1.43	25.489	62	< .001

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษาภายในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

คะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลอง ใน 3 ช่วงเวลาที่วัดต่างกัน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรม ($F = 309.21$) ความมั่นใจในการทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรม ($F = 688.04$) และทักษะปฏิบัติการทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรม ($F = 745.10$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรม ความมั่นใจในการทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรม และทักษะปฏิบัติการทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และคงอยู่ในระยะติดตามผล (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ความมั่นใจ และทักษะปฏิบัติการทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรม ภายในกลุ่มทดลอง ของช่วงเวลาก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยใช้สถิติ repeated measure ANOVA ทดสอบรายคู่ด้วย Bonferroni method (n = 32)

ตัวแปร	Mean	MD _{post-test}	MD _{follow-up}	SS	df	MS	F	p-value
ความรู้เรื่องการทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรม								
ก่อนการทดลอง	3.31	5.66 ^a	5.86 ^a	705.90	1.37	515.19	309.21 ^b	< .001
หลังการทดลอง	8.97	-	.20					
ระยะติดตามผล	9.17	-	-					
ความมั่นใจในการทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรม								
ก่อนการทดลอง	17.81	20.00 ^a	19.78 ^a	8441.02	1.02	8301.72	688.04 ^b	< .001
หลังการทดลอง	37.81	-	.22					
ระยะติดตามผล	37.59	-	-					
ทักษะปฏิบัติการทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรม								
ก่อนการทดลอง	15.44	10.62 ^a	10.28 ^a	97.07	2	1166.47	745.10 ^a	< .001
หลังการทดลอง	26.06	-	.34					
ระยะติดตามผล	25.72	-	-					

a = Sphericity Assumed, b = Greenhouse-Geisser, *p-value < .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของรูปแบบการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ต่อความรู้ ความมั่นใจ และทักษะปฏิบัติการทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรม ของนักศึกษาพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยมาอภิปรายตามสมมติฐานได้ ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ภายหลังการทดลอง นักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรมมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และไม่ลดลง

ในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์

ผลการวิจัยพบว่าเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากรูปแบบการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงได้จัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่เป็นรูปธรรมตามทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลบ ที่กล่าวว่า ประสบการณ์เป็นพื้นฐานสำคัญของความรู้ ความคิดและการกระทำ (Kolb, 2005) ผู้วิจัยจึงได้สร้างประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรมผ่านกิจกรรม “การสร้างบรรยากาศและประสบการณ์การเรียนรู้”

ประกอบด้วย การสร้างบรรยากาศโดยจัดห้องฝึกปฏิบัติ ให้เสมือนแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ER) และโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งบรรยากาศการเรียน ที่คล้ายคลึงกับสถานที่จริงจะทำให้ นักศึกษามีอารมณ์ ร่วมในสถานการณ์ของการฝึกปฏิบัติทำให้มีความ กระตือรือร้น มีความสนใจในเนื้อหา และผู้วิจัยได้สร้าง ประสบการณ์ให้นักศึกษาโดยใช้สถานการณ์จำลอง เกี่ยวกับการเย็บแผล การถอดเล็บ และการผ่าฝี โดย เริ่มต้นเข้าสู่เนื้อหาความรู้จากการใช้สถานการณ์ที่ไม่ ซับซ้อนและง่ายต่อการทำความเข้าใจ เพื่อให้เกิดความ เข้าใจในหลักการพื้นฐานตามทฤษฎีก่อนที่จะนำไปสู่ การปฏิบัติ ซึ่งในแต่ละสถานการณ์จะให้นักศึกษา ซักประวัติ ประเมินสุขภาพ ตรวจร่างกาย วินิจฉัย และเลือกการรักษาด้วยหัตถการเบื้องต้นทาง ศัลยกรรมที่สอดคล้องกับแต่ละสถานการณ์ โดยมีอาจารย์ผู้สอนแสดงบทบาทเป็นผู้ป่วยสมมติ ด้วยการแสดงท่าทาง การสนทนาโต้ตอบและให้ ข้อมูลที่เพียงพอกับนักศึกษา ดังนั้นการเลือกผู้ที่จะ แสดงบทบาทเป็นผู้ป่วยจำลองจึงไม่ใช่เพียงแค่ การทอ้งจำบทโต้ตอบเท่านั้น แต่ควรเป็นผู้มีความรู้ และมีประสบการณ์ในการทำหัตถการดังกล่าว และเข้าใจ สถานการณ์จำลองเป็นอย่างดี จึงจะสามารถโน้มน้าว ให้นักศึกษาเกิดความเข้าใจและสามารถเชื่อมโยง สถานการณ์ ความรู้ทางวิชาการสู่การปฏิบัติการรักษา พยาบาลเบื้องต้นทางศัลยกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบกับการเสริมสร้างความรู้ในการทำหัตถการ เบื้องต้นทางศัลยกรรมด้านการเย็บแผล การถอดเล็บ และการผ่าฝีด้วยการใช้เกมสรุปเนื้อหาความรู้และหลัก การที่สำคัญ ซึ่งการใช้เกมจะเป็นการกระตุ้นการเรียนรู้ ทำให้นักศึกษามีความสนใจในเนื้อหา ส่งผลให้จดจำ เนื้อหาได้มากยิ่งขึ้น ดังนั้นจึงทำให้ภายหลังการทดลอง นักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองที่ได้รับกิจกรรม ดังกล่าวมีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่าก่อนการทดลอง

และมากกว่านักศึกษาพยาบาลในกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่ง พบว่าการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้สูงกว่าก่อนเรียนอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ (ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, ญัฐชยา พลาชีวะ, อาบกนก ทองแถม, มานิดา เตชากุล, อนงค์นาถ แก้วประสงค์, และเฉลิมขวัญ แมตสอง, 2565; รังสรรค์ มาระเพ็ญ, วรรณวีร์ บุญคุ้ม และคณิต เขียววิชัย, 2564) และพบว่า นักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่ได้รับการใช้ สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีความรู้เกี่ยวกับการ รักษาพยาบาลขั้นต้นมากกว่านักศึกษาที่ไม่ได้รับการใช้ สถานการณ์จำลอง (สปีตระกุล ต้นตลานุกูล และคณะ, 2559; กชกร ธรรมนำศีล และคณะ, 2561) เมื่อติดตาม ความรู้ของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองในระยะ ติดตามผลซึ่งวัดผลห่างจากภายหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการทำหัตถการเบื้องต้น ทางศัลยกรรมในระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง และไม่ลดลงจากภายหลังการทดลอง อธิบายได้ว่า รูปแบบ การสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเป็นวิธีการ เรียนรู้ผ่านประสบการณ์ ซึ่งประสบการณ์จะทำให้ความรู คงอยู่ และจะจดจำได้นานขึ้นเมื่อนำมาปฏิบัติ ทำใ นักศึกษาพยาบาลสามารถจดจำเนื้อหาในระยะยาวได้ดี กว่าเรียนแบบบรรยายในห้องเรียนเพียงอย่างเดียว (Jeffries, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรม การจัดการเรียนการสอนแบบ Simulation-Based Learning ต่อความรู้ด้านการรักษาโรคเบื้องต้นของ นักศึกษาพยาบาล พบว่า ความรู้หลังการทดลองสูงกว่า ก่อนการทดลองและคงอยู่ในระยะติดตามผล (กชกร ธรรมนำศีล และคณะ, 2561)

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ภายหลังการทดลอง นักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความ มั่นใจในการทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรม มากกว่า ก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และไม่

ลดลงในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์

ผลการวิจัยพบว่าเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความมั่นใจของนักศึกษาพยาบาลเกิดขึ้นจากประสบการณ์ที่ได้รับผ่านการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ในกิจกรรม “สรุปและสร้างความคิดรวบยอด” โดยอาจารย์ผู้สอนได้ออกแบบสถานการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรมด้านการเย็บแผล การถอดเล็บ และการผ่าฝี และให้นักศึกษาฝึกพร้อมกับเพื่อนคู่ฝึก การมีเพื่อนคู่ฝึกจะทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความกล้าคิดกล้าแสดงออกในสิ่งที่ยังไม่มั่นใจ และสถานการณ์จำลองดังกล่าวจะทำให้ นักศึกษามีโอกาสทบทวนซ้ำได้หลายครั้งในส่วนที่ยังไม่มั่นใจ โดยมีอาจารย์ผู้สอนเป็นผู้ให้ข้อมูลป้อนกลับให้เสริม ให้คำชมเชยและให้ข้อเสนอแนะรายบุคคลเป็นระยะตลอดการฝึกปฏิบัติ ร่วมกับการทบทวนจากวิดีโอที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในประเด็นที่ยังไม่มั่นใจ ทั้งนี้การมีประสบการณ์ผ่านการเรียนรู้ทั้งภาพและเสียงจะทำให้มองเห็นภาพได้ชัดเจนส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความมั่นใจในการทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรมมากขึ้น ซึ่งความเสมือนจริงของสถานการณ์จำลอง เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มความมั่นใจของนักศึกษาพยาบาลในการปฏิบัติการรักษาพยาบาลขั้นต้นทางศัลยกรรม (Aldhafeeri & Alosaimi, 2020) ประกอบกับความรู้อุปกรณ์ที่แม่นยำจะทำให้นักศึกษามีความมั่นใจมากยิ่งขึ้นและคงอยู่ในระยะยาว ดังนั้นจึงทำให้ภายหลังการทดลอง นักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองที่ได้รับกิจกรรมดังกล่าวมีความมั่นใจในการทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรมมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่านักศึกษาพยาบาลในกลุ่มเปรียบเทียบ ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยจาก 16.59 เป็น 17.09 ซึ่งไม่มีความแตกต่างทางสถิติ อาจเกิดขึ้นได้จากนักศึกษาในกลุ่มเปรียบเทียบแค่เพียงบางส่วนมีความมั่นใจจากการเตรียมตัวเองทาง

ด้านความรู้ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติ ผลการศึกษาสอดคล้องกับหลายการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศที่พบว่า ภายหลังการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง นักศึกษาพยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าก่อนเรียนและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง, วิธดา อรรถเมธากุล, รัตนา นิลเลื่อม, และนาตยา วงศ์ยะรา, 2564; สมจิตต์ สินธูชัย, กันยารัตน์ อุบลวรรณ, และสุนิรัตน์ บุญศิลป์, 2560; Aldhafeeri & Alosaimi, 2020; Demirtas, Guvenc, Aslan, Unver, Basak, & Kaya, 2021)

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ภายหลังการทดลอง นักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะปฏิบัติในการทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรม มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และไม่ลดลงในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์

ผลการวิจัยพบว่าเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลได้รับการฝึกทักษะปฏิบัติด้านการเย็บแผล การถอดเล็บ และการผ่าฝี รวมทั้งหมด 6 สถานการณ์ที่หลากหลาย ผ่านการจัดกิจกรรม “สังเกตและสะท้อนคิด” โดยผู้วิจัยสาธิตทักษะปฏิบัติทางด้านการเย็บแผล การถอดเล็บ และการผ่าฝี โดยเริ่มจากการจัดสิ่งแวดล้อมให้คล้ายคลึงกับสถานที่จริงและใช้อุปกรณ์ให้เสมือนการฝึกในคลินิก เพราะการใช้อุปกรณ์จริงในการฝึกปฏิบัติจะทำให้เกิดความคุ้นเคยและมีความชำนาญมากยิ่งขึ้น และให้นักศึกษาสาธิตย้อนกลับรายบุคคล โดยมีอาจารย์ผู้สอนสะท้อนคิดถึงทักษะที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง เพื่อให้นักศึกษาได้มีโอกาสเรียนรู้และสังเกตการสาธิตการปฏิบัติที่ถูกต้องจากผู้สอนอีกครั้ง ซึ่งการให้ข้อเสนอแนะและสะท้อนคิดกับนักศึกษารายบุคคลจะช่วยให้ นักศึกษาทราบจุดบกพร่องของตนเองและพัฒนาจนเกิดความเชี่ยวชาญในทักษะปฏิบัติมากยิ่งขึ้น ประกอบกับการจัดกิจกรรม “ปฏิบัติ

และประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่” ซึ่งใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนมากขึ้นเกี่ยวกับการเย็บแผล การถอดเล็บ และการผ่าฝี โดยให้นักศึกษาได้มีส่วนร่วมในทุกกระบวนการเรียนรู้ในสถานะที่ไม่กดดัน เนื่องจากอยู่ภายใต้คำแนะนำจากอาจารย์ผู้สอน และให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติทักษะดังกล่าวกับหุ่นแขนจำลองที่สามารถฝึกปฏิบัติด้วยตนเองซ้ำได้หลายครั้งจนแม่นยำในทุกขั้นตอนของการทำหัตถการดังกล่าว และมีทักษะปฏิบัติคงอยู่ในระยะยาว ดังนั้นจึงทำให้ภายหลังการทดลอง นักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองที่ได้รับกิจกรรมดังกล่าวมีคะแนนเฉลี่ยทักษะปฏิบัติมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่านักศึกษาพยาบาลในกลุ่มเปรียบเทียบ ในขณะที่นักศึกษาพยาบาลในกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยทักษะปฏิบัติเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 14.88 เป็น 16.66 ซึ่งไม่มีความแตกต่างทางสถิติ อาจเกิดขึ้นได้จากนักศึกษามีการเตรียมพร้อมตนเองก่อนการฝึกปฏิบัติ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแบบการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเพื่อเพิ่มความสามารถในการรักษาพยาบาลเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ภายหลังได้รับการใช้สถานการณ์จำลองนักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรักษาพยาบาลเบื้องต้นสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สืบทระกูล ดันตลานุกุล, 2561) และสอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่ศึกษาผลของการใช้สถานการณ์จำลองต่อการพัฒนาทักษะปฏิบัติทางการพยาบาล เช่น ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ทักษะการฉีดยาของนักศึกษาพยาบาล ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่ได้รับสถานการณ์จำลองมีทักษะดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (ดวงกมล หน่อแก้ว และคณะ, 2561; ณัฐธยาน์ ขาบัวคำ, สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์, และญานี แสงสาย, 2565)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผลของการใช้รูปแบบการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับการส่งเสริมการเรียนรู้จากประสบการณ์สามารถพัฒนาให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ ความมั่นใจ และทักษะการทำหัตถการเบื้องต้นทางศัลยกรรมได้ใกล้เคียงกับการฝึกปฏิบัติจริงในคลินิก ดังนั้น การนำไปประยุกต์ใช้กับนักศึกษาพยาบาล ผู้สอนหรืออาจารย์นิเทศควรเน้นการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ควบคู่กับการสร้างประสบการณ์ผ่านการใช้สถานการณ์จำลองที่คล้ายคลึงกับสถานการณ์จริงให้ได้มากที่สุด เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลสามารถนำประสบการณ์ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยในสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 รูปแบบการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสามารถนำไปใช้ในการออกแบบการเรียนการสอนเพื่อทดแทนข้อจำกัดของการฝึกปฏิบัติในคลินิก และสามารถนำไปใช้ในการเตรียมความพร้อมนักศึกษาพยาบาลก่อนปฏิบัติกับผู้ป่วยในสถานการณ์จริงได้ โดยเน้นการฝึกปฏิบัติผ่านการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงซึ่งเป็นสถานการณ์หรือโรคที่พบได้บ่อยในคลินิก และสอดคล้องสถานการณ์หรือโรคที่มีโอกาสพบได้น้อย เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาได้รับความรู้และประสบการณ์ที่ครบถ้วนสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาครั้งต่อไปควรติดตามประสิทธิผลของรูปแบบการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงจากผู้ใช้นิติธรรมด้วย

2.2 การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในขณะที่มีการจัดการเรียนการสอนและมีระยะเวลาจำกัด ดังนั้นการศึกษารายต่อไป ควรเพิ่มระยะเวลาในการจัดกิจกรรมและการติดตามประเมินผลให้นานขึ้น

2.3 ควรนำรูปแบบการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงไปประยุกต์ใช้ในรายวิชาสหภาคปฏิบัติที่ต้องการพัฒนาทักษะทางการพยาบาลเฉพาะด้าน เช่น รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาและทารก ปฏิบัติการพยาบาลผดุงครรภ์ ปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น และปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ โดยปรับปรุงรูปแบบและกิจกรรมให้สอดคล้องกับลักษณะของแต่ละรายวิชา

2.4 ศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มนักศึกษาที่จำเป็นต้องฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยในคลินิก เช่น นักศึกษาแพทย์ นักศึกษากายภาพบำบัด นักศึกษาจิตวิทยา และนักศึกษาวิทยาศาสตร์ด้านสุขภาพอื่น ๆ เป็นต้น เพื่อเป็นแนวทางในการจัดรูปแบบการเรียนรู้ภาคปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กชกร ธรรมนำศีล, กาญจนา ปัญญาเพชร, สุปราณี น้อยตั้ง, และจินตนา อาจสันเทียะ. (2561). ผลของโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนแบบ Simulation-Based Learning ต่อความรู้ด้านการรักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(ฉบับพิเศษ), 80-88.

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์. (2560). *หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (Bachelor of Nursing Science Program) หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2560*. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยเซนต์หลุยส์.

ชลธิชา ชลสวัสดิ์, สุลี ทองวิเชียร, และกรองแก้ว มินวล. (2564). สมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง. *วารสารพยาบาล*, 70(4), 11-19.

ณัฐยานี ขาบัวคำ, สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์, และญาณิ แสงสาย. (2565). ผลของการใช้สถานการณ์จำลองต่อระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านทักษะการฉีดยา และทักษะการฉีดยาของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 32(1), 206-218.

ดวงกมล หน่อแก้ว, ปาจริย ตรีรินทร์, ณัฐยานี ขาบัวคำ, นวพล แก่นบุปผา, สำเร็จ เทียนทอง, และชนกร แก้วมณี. (2561). ผลของโปรแกรมการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเพื่อพัฒนาความรู้ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับนักศึกษาพยาบาล. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(3), 84-95.

นงนุช เสือพุมิ, วลัทธินี นาคศรีสังข์, และประไพพิศ สิงห์เสม. (2560). การจัดการเรียนรู้แบบประสบการณ์ทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(1), 12-21.

ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, ณัฐชยา พลาชีวะ, อาบกนก ทองแถม, มานิดา เดชากุล, อนงค์นาถ แก้วประสงค์, และเฉลิมขวัญ แมตสอง. (2565). ประสิทธิภาพของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในรายวิชาปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้นในนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาล*, 71(2), 64-71.

รังสรรค์ มาระเพ็ญ, วรรณวีร์ บุญคุ้ม, และคณิต เขียววิชัย. (2564). ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจำลองในสถานการณ์เสมือนจริงในการสอนเรื่องการดูแลสุขภาพที่บ้าน. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 14(1), 125-139.

- วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, เจตจรรยา บุญญกุล, จุฬารรรณ จิตดอน, เสาวรี เอียวละออ, เอมวดี เกียรติศิริ, และศุภรสมิ์ วิเชียรตนนท์. (2561). สมรรถนะทางคลินิกเพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานอย่างมีประสิทธิภาพ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 29(2), 164-173.
- ศรินรัตน์ วัฒนธรรณันท์, และนันทิยา แสงทรงฤทธิ์. (2560). ผลของกิจกรรมเสริมทักษะต่อความรู้และความมั่นใจของนักศึกษาพยาบาลในการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(1), 157-166.
- ศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง, วิรดา อรรถเมธากุล, รัตนา นิลเลื่อม, และนัตยา วงศ์ยะรา. (2564). ผลของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลและความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 4(3), 178-194.
- สภาการพยาบาล. (2561). *ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง สมรรถนะหลักของผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ปริญญาโท ปริญญาเอก สาขาพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลขั้นสูงระดับวุฒิบัตรและได้รับวุฒิบัตร/หนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและผดุงครรภ์ และการพยาบาลเฉพาะทางสาขาพยาบาลศาสตร์*. สืบค้นจาก <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/004.pdf>
- สภาการพยาบาล. (2564). *ข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วย ข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง พ.ศ.2564*. สืบค้นจาก https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/T_0028.PDF
- สืบทระกูล ตันตลานกุล. (2561). การพัฒนารูปแบบการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเพื่อเพิ่มความสามารถในการรักษาพยาบาลเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, (ฉบับพิเศษ), 124-136.
- สืบทระกูล ตันตลานกุล, สุวัฒน์ รัตนศักดิ์, ชมพูนุช แสงพานิช, วิภาวรรณ สีสังข์, และจิตติอาภา ตั้งคำวานิช. (2559). ศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองต่อการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. *วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 8(1), 49-59.
- สุปราณี มณีวงศ์, ชัยณรงค์ นาคเทศ, สุวรรณี ละออปักชิน, และกาญจนา ปัญญาเพ็ชร. (2565). การฝึกปฏิบัติในยุควิถีใหม่โดยประยุกต์ใช้ ADDIE Model เพื่อพัฒนาทักษะการรักษาพยาบาลขั้นต้นของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 33(2). 260-273.
- สมจิตต์ สินธุชัย, และกันยารัตน์ อุบลวรรณ. (2560). การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง: การนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(1), 29-38.

- สมจิตต์ สิ้นรัชชัย, กันยารัตน์ อุบลวรรณ, และสุนิย์รัตน์ บุญศิลา. (2560). ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ในการฝึกปฏิบัติรายวิชาฝึกทักษะทางวิชาชีพก่อนสำเร็จการศึกษา. *รวมวิทย์พยาบาลสาร*, 23(1), 113-127.
- Aldhafeeri, F., & Alosaimi, D. (2020). Perception of satisfaction and self-confidence with high fidelity simulation among nursing students in government universities. *Perception*, 11(11), 137-149.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New Jersey: Earlbaum Hillsade.
- Cordeau, M. A. (2013). Teaching holistic nursing using clinical simulation: A pedagogical essay. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(4), 40-50.
- Demirtas, A., Guvenc, G., Aslan, Ö., Unver, V., Basak, T., & Kaya, C. (2021). Effectiveness of simulation-based cardiopulmonary resuscitation training programs on fourth-year nursing students. *Australasian Emergency Care*, 24(1), 4-10.
- 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.
- Kolb, D. A. (2005). *Experience learning: Experience as the source of learning and development*. Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, N.J.
- World Health Organization. (2021). *Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public*. Geneva: WHO Headquarters.



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตน
ต่อความรู้ ทศนคติ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และทักษะการตรวจ ATK
ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ในเขตกรุงเทพมหานคร
**The Effect of Self-efficacy Promotion Program on Knowledge,
Attitude, COVID-19 Prevention Behaviors and ATK Practical
Skills Among Fifth-Grade Elementary School Students in
Bangkok Metropolitan Area**

วาสนา รุ่งโรจน์วัฒนา, พย.ม., Wassana Rungrojwattana, M.N.S.¹

กาญจนา ปัญญาเพชร, ประ.ด., Kanjana Punyapet, Ph.D.²

¹อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

¹Lecturer, Faculty of Nursing, Saint Louis College, Bangkok, Thailand

²อาจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

²Lecturer, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College, Bangkok, Thailand

*Corresponding author Email: wassana@slc.ac.th

Received: April 4, 2023

Revised: May 29, 2023

Accepted: June 13, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนต่อความรู้ ทศนคติ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และทักษะการตรวจ ATK ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลอง แบบการวิจัยสองกลุ่ม วัดก่อนทดลอง ภายหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล กลุ่มตัวอย่าง 62 คน คัดเลือกโดยการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม กลุ่มทดลอง 31 คน และกลุ่มควบคุม 31 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบประเมินความรู้ แบบประเมินทัศนคติ แบบประเมินพฤติกรรม และแบบประเมินทักษะการตรวจ ATK เครื่องมือ มีความตรงทั้งฉบับเท่ากับ .97 และค่าความเที่ยง .88, .71, .84, .86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ Repeated measure ANOVA และ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ทศนคติ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และทักษะการตรวจ ATK สูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

.05 ($p < .01$) ภายในกลุ่มทดลองในแต่ละช่วงเวลามีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ($F = 27.873$, $p < .001$) ทักษะคติ ($F = 13.302$, $p < .001$) พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ($F = 13.439$, $p < .001$) และทักษะการตรวจ ATK ($F = 27.862$, $p < .001$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 โปรแกรมนี้ช่วยให้นักเรียนมีความรู้ ทักษะคติ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และทักษะ การตรวจ ATK เพิ่มขึ้น ดังนั้นพยาบาลอนามัยชุมชนควร นำโปรแกรมนี้ไปประสานงานกับครูอนามัยโรงเรียนเพื่อประยุกต์ใช้สอนในชั้นเรียนและขยายไปยังกลุ่มนักเรียน ระดับชั้นอื่นๆ เพื่อเผยแพร่ความรู้และทักษะผลักดันสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบาย เพื่อพัฒนาหลักสูตรการสอน ในระดับประถมศึกษาทั่วประเทศ

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตน ความรู้ ทักษะคติ พฤติกรรม ทักษะการตรวจ ATK

Abstract

The study aimed to investigate the effect of self-efficacy promotion program on knowledge, attitude, COVID-19 prevention behaviors and ATK practical skills among fifth-grade elementary school students in Bangkok Metropolitan area by using Quasi-experimental research designs, two group pretest-posttest and follow-up to examine. A cluster-random sample of 62 students was divided into an experimental group 31 students and a control group 31 students. The instruments were a knowledge questionnaire, attitude questionnaire, COVID-19 Prevention Behaviors questionnaire, and ATK practical skills questionnaire. The content validity index (CVI) of the entire questionnaire was .97, with reliability of .88, .71, .84, and .86, respectively. Data were analyzed using a repeated two-way ANOVA and an independent t-test. The results showed that after the intervention and evaluation phases were completed, the experimental group achieved a higher average score of knowledge, attitude, COVID-19 prevention behaviors and ATK practical skills than the control group, with statistical significance ($p < .01$). Within the experimental group for each period, there was a statistical difference in knowledge score ($F = 27.873$, $p < .001$), attitude ($F = 13.302$, $p < .001$), COVID-19 prevention behaviors ($F = 13.439$, $p < .001$), and ATK practical skills ($F = 27.862$, $p < .001$). This program provides students with the knowledge, attitudes, COVID-19 prevention behaviors and ATK practical skills. Community health nurse could apply this program by working cooperatively with the teacher in order to apply this program in classroom teaching and be available to other student groups to disseminate knowledge and skills to advance policy change and establish curriculum teaching in elementary schools throughout the country.

Keywords: self-efficacy promotion program, knowledge, attitudes, behaviors, ATK practical skills

บทนำ

โรคโควิด-19 (Coronavirus Disease 2019: COVID-19) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกในปัจจุบันยังคงมีการตรวจพบผู้ติดเชื้อรายใหม่และมีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกวัน จึงทำให้ทั่วโลกมีผู้ป่วยติดเชื้อสะสมถึง 555.44 ล้านคน เสียชีวิต 6.35 ล้านคน มีรายงานว่า ประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ติดเชื้อมากที่สุดจำนวน 89.42 ล้านคน รองลงมาคือ ประเทศอินเดีย จำนวน 43.93 ล้านคน และเป็นประเทศที่ติดเชื้อสูงสุดในเอเชีย ส่วนกลุ่ม 10 ประเทศอาเซียน ประเทศเวียดนาม มีผู้ติดเชื้อมากที่สุด จำนวน 10.76 ล้านคน ซึ่งสูงเป็นอันดับที่ 5 ของเอเชีย และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 43,092 คน สูงเป็นอันดับ 4 ของเอเชีย สำหรับประเทศไทย มีผู้ติดเชื้อจำนวน 4.5 ล้านคน จัดอยู่ในอันดับที่ 4 ของกลุ่มประเทศอาเซียน และมีผู้เสียชีวิต 31,258 คน จัดอยู่ในอันดับที่ 5 ของกลุ่มประเทศอาเซียน (WHO Thailand Weekly-Situation, 2022: ข้อมูล ณ วันที่ 27 ก.ค. 2565) จากการติดตามสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศ มีการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด 19 อย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว เนื่องจากไวรัสสามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้จากละอองฝอยของเชื้อผ่านทางทางไอ จาม หรือสัมผัสสิ่งของที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำลาย แล้วมาสัมผัสบริเวณ จมูก ปาก ตา (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลให้เกิดความสูญเสียของสังคม คุณภาพชีวิตของประชากรเสื่อมโทรมลงจากการขาดรายได้จนเกิดความตกต่ำทางเศรษฐกิจ และส่งผลกระทบต่ออย่างมากต่อภาคการศึกษาของทุกประเทศเสี่ยงต่อกระบวนการเรียนรู้ในการศึกษาภาคบังคับ นักเรียนควรจะพัฒนาทักษะทั่วไปและทักษะเฉพาะในการเรียนแบบออนไลน์แบบผสมผสานและแบบตัวต่อตัว (Portnoy, Manosalva-Sandoval, & Torregroza-Espinosa, 2022) โรงเรียนต้องปรับ

การเรียนการสอนในรูปแบบต่าง ๆ โดยเฉพาะรูปแบบ Online แต่ปัจจุบันกระทรวงศึกษาธิการให้นักเรียนกลับมาเรียนในชั้นเรียนเนื่องจากการปิดโรงเรียนเป็นเวลานาน ๆ มีผลต่อความสามารถในการเรียนรู้ของนักเรียนและการให้บริการสุขภาพแก่นักเรียน (กระทรวงศึกษาธิการ, 2563) การกลับมาเรียนในชั้นเรียน มีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อได้มาก กระทรวงศึกษาธิการจึงกำหนดมาตรการ Safety Zone in School ซึ่งประกอบด้วย การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคลอย่างน้อย 1-2 เมตร การคัดกรองวัดไข้ การสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลา ล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่และน้ำนาน 20 วินาที ทำความสะอาดพื้นผิวสัมผัสร่วม ลดการแออัด พร้อมการคัดกรองโดยใช้เอทีเค (Antigen Test Kit & ATK) แบบหย�จุมูกเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโรคและลดปัญหาการหยุดเรียนกลางคันของนักเรียน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) แต่จากการสังเกต สอบถามครูอนามัยโรงเรียนและนักเรียนพบปัญหาคือนักเรียนนั่งใกล้ชิดกับเพื่อน ไม่สวมหน้ากากหรือสวมหน้ากากไม่ถูกต้อง ล้างมือไม่ถูกต้อง ไปในที่แออัด นอกจากนี้พบว่านักเรียนและผู้ปกครองใช้เอทีเคไม่ถูกต้องหรือไม่กล้าตรวจ มาโรงเรียนโดยไม่ตรวจ ATK และมีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อ อีกทั้งโรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ ไม่มีการบรรจุอยู่ในหลักสูตรการเรียนการสอน การได้รับข้อมูลจากสื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต การจ้จแนวปฏิบัติหน้าเสาธงไม่เพียงพอที่นักเรียนจะได้รับความรู้จ้จนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง ทำให้หลังเปิดเรียนมีจำนวนนักเรียนติดเชื้อเพิ่มขึ้นและต้องหยุดเรียนตามมาตรการของกระทรวงศึกษาธิการ อีกทั้งเด็กวัยเรียนยังขาดความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง การป้องกันไม่ให้ติดเชื้อโควิด-19 จึงเป็นสิ่งสำคัญ (พิมพ์ศิริ ภูศิริ, นภัสวรรณ นามบุญศรี และเต็มฤทัย ภูประดิษฐ์, 2022)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษา

ความเข้าใจในการตรวจหาเชื้อโควิด-19 รวมถึงการปฏิบัติการเพื่อตรวจหาเชื้อโควิด-19 ด้วยตนเองที่บ้าน ในนักเรียนระดับชั้นที่สูงขึ้น โดยตรวจสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ทั้งหมด 7 สัปดาห์ พบว่าสามารถตรวจได้ด้วยตนเอง รายงานผลตรวจได้ถูกต้องและพบว่าบางรายต้องมีการตรวจซ้ำมากกว่า 1 ครั้ง เพื่อยืนยันการตรวจว่าติดเชื้อโควิด-19 (Tinker et al., 2022) โดยเฉพาะนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย คุณครูอนามัยโรงเรียนควรแนะนำแนวทางการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองและผู้อื่นให้ปลอดภัย (กระทรวงศึกษาธิการ, 2563) ซึ่งอาจส่งผลให้นักเรียนต้องปรับตัว และพบว่านักเรียนมีความกังวลขาดความรู้ มีพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 ไม่เหมาะสม และขาดทักษะในการตรวจ ATK ที่ถูกต้อง ทำให้รู้สึกกลัวและไม่กล้าปฏิบัติ ขาดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติ ซึ่งนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 5 ซึ่งเป็นวัยที่สามารถใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ มัดเล็กและใช้การประสานงานของกล้ามเนื้อมือและตาได้ดี ที่จะสามารถปฏิบัติการตรวจ ATK แบบหย�งมูกได้ ควรส่งเสริมพัฒนาการโดยการจัดกิจกรรมที่ต้องใช้มือ ปฏิบัติกิจกรรมโดยให้เด็กได้มีการเคลื่อนไหวอย่างกระตือรือร้นขณะที่เรียน (อุมาภรณ์ สุขารมณ, 2561) ผู้วิจัยจึงสนใจประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตน (Self-efficacy theory) ของ Bandura (Bandura, 1997) ในการส่งเสริมความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการป้องกันโรค และทักษะการตรวจ ATK เพื่อให้นักเรียนเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จ โดยผู้วิจัยสนใจที่จะทำการศึกษาในนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 5 เนื่องจากการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในนักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 5 ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น การรับรู้ความสามารถของตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว (ไฉไล เทียงกมล, กานตามณิ

พานแสง, สงศรี รัตนมาลาวงศ์, และอารญา โกวรุ่งเรือง, 2558)

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลอนามัยชุมชน จึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนต่อความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และทักษะการตรวจ ATK ในโรงเรียนเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาความรู้สมรรถนะและทักษะในการป้องกันโรคโควิด-19 ให้นักเรียนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และทักษะการตรวจ ATK ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผล
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และทักษะการตรวจ ATK ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล

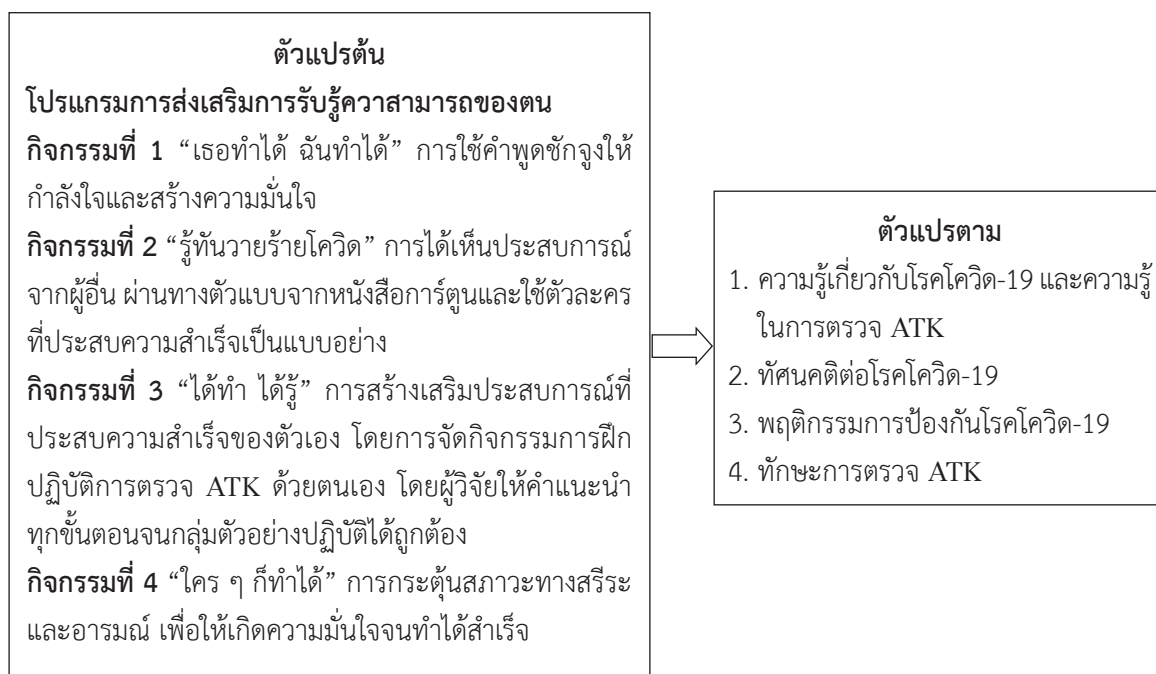
สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และทักษะการตรวจ ATK ในระยะภายหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผลมากกว่ากลุ่มควบคุม
2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และทักษะการตรวจ ATK ในระยะภายหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผลมากกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนของ Bandura (1997) มาใช้ในการจัดทำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตน

ซึ่งส่งผลต่อความรู้ ทักษะคติ พฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 และทักษะการตรวจ ATK ที่ประกอบด้วยตัวแปรที่ศึกษา (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research designs) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนทดลอง ภายหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล

1. ประชากร คือ นักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 5 ในสังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 437 โรงเรียน

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนระดับประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนในสังกัดกรุงเทพมหานคร โดยเลือกจากโรงเรียนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน 2 แห่ง แบบเจาะจง (Purposive Sampling) และได้รับอนุญาตในการดำเนินการวิจัย สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากให้โรงเรียน

เป็นกลุ่มทดลอง 1 แห่ง (3 ห้องเรียน) และกลุ่มควบคุม 1 แห่ง (3 ห้องเรียน) จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่มทั้งห้อง (Cluster random sampling) กลุ่มทดลอง 1 ห้องเรียน (31 คน) และกลุ่มควบคุม 1 ห้องเรียน (31 คน) เพื่อสะดวกต่อการทำกิจกรรมกลุ่ม โดยไม่รบกวนต่อแผนการเรียน

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) โดยใช้โปรแกรมคำนวณของ $G^* = G$ power 3.1 ใช้ Test Family เลือก F-tests statistical test เลือก ANOVA Repeated measures, between factors กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) = 0.3

ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่าอำนาจการทดลอง (Power test) = 0.8 Corr among rep measures = 0.4 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 28 คน แต่การศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาทั้งห้องเรียนห้องละ 31 คน รวมเป็น 62 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าคือ มีความสนใจ ได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองให้เข้าร่วมการวิจัย ไม่มีปัญหาทางสุขภาพ หรือปัญหาทางการเรียนที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ในระหว่างการวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออกคือ หยุดพักการเรียนระหว่างการวิจัย เช่น เจ็บป่วย ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการวิจัย เช่น ลาออก

3. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ตามหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยเลขที่ E.036/2565 ลงวันที่ 29 พฤศจิกายน 2565 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงเรียน ประสานงานกับครูอนามัยโรงเรียน ครูประจำชั้น ผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดกิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยและประโยชน์ที่จะได้รับ รวมทั้งสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ และทำหนังสือขออนุญาตจากผู้ปกครอง ยินยอมให้นักเรียนเข้าร่วมงานวิจัยโดยลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธไม่มีผลต่อการศึกษา ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับ และรายงานผลการวิจัยในภาพรวมไม่ระบุเป็นรายบุคคล

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน ดังนี้

4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) “เธอทำได้ฉันทำได้” โดยจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทั้งทางบวกและทางลบพร้อมกับให้คำชมเชยให้กำลังใจ และให้คำแนะนำนักเรียน

กิจกรรมที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) “รู้ทันวายร้ายโควิด” โดยการเรียนรู้ประสบการณ์จากผู้อื่นผ่านตัวแบบจากหนังสือการ์ตูนที่ผู้วิจัยพัฒนา

กิจกรรมที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) “ได้ทำ ได้รู้” โดยการจัดกิจกรรมกลุ่ม ฝึกปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 และตรวจ ATK

กิจกรรมที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) “ใครๆ ก็ทำได้” ให้ทบทวนการตรวจ ATK ร่วมกับการกระตุ้นสภาวะทางสรีระและอารมณ์ผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านสถานการณ์

4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับผลการศึกษา การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 การได้รับการตรวจ ATK และประวัติการเป็นโรคโควิด-19 ของนักเรียน และครอบครัว ลักษณะข้อคำถามแบบเติมคำและแบบ Check list

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และความรู้ในการตรวจ ATK ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ มีช่วงคะแนนเท่ากับ 0-10 คะแนน ลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ มีช่วงคะแนนเท่ากับ 4-40 คะแนน แบ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก 6 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 4 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประเมินค่า

(Rating scale) 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ มีช่วงคะแนนเท่ากับ 4-40 คะแนน แบ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก 7 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 3 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ (4 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน) ไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบประเมินทักษะการตรวจ ATK ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากขั้นตอนการตรวจ ATK (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) จำนวน 6 ข้อ มีช่วงคะแนนเท่ากับ 0-12 คะแนน มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ปฏิบัติถูกต้องครบถ้วน (2 คะแนน) ปฏิบัติถูกต้องไม่ครบถ้วน (1 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน)

5. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

5.1 ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลอนามัยโรงเรียน อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น และอาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลพื้นฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา ความชัดเจนของภาษา ผู้วิจัยปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปเก็บข้อมูลวิจัย และได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ .97

5.2 หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำไปหาความเที่ยง

โดย แบบประเมินความรู้วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยสูตร KR-20 สำหรับแบบประเมินทัศนคติ แบบประเมินพฤติกรรม และแบบประเมินทักษะการตรวจ ATK วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าความเที่ยง .88, .71, .84 และ .86 ตามลำดับ

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลอง ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากนั้นกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการทดลองทันทีในสัปดาห์ที่ 4 โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับก่อนการทดลอง และเว้นระยะห่าง 4 สัปดาห์ เพื่อเก็บข้อมูลระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 8 โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กลุ่มควบคุม ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 เก็บข้อมูลหลังการทดลองทันทีในสัปดาห์ที่ 4 และเก็บข้อมูลในระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 8 โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับกลุ่มทดลอง จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมให้กับนักเรียนกลุ่มควบคุมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square, Repeated measure ANOVA และ Independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ .05 ซึ่งก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติ KS-Test พบว่า ข้อมูลมีการกระจายตัวแบบโค้งปกติ (Normal Distribution) เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ parametric (กัลยา วาณิชบัญชา และ รุจิ วิวนิชย์บัญชา, 2558)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน ($p > .05$) นักเรียนกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง จำนวน 16 คน (ร้อยละ 51.60) เพศชาย จำนวน 15 คน (ร้อยละ 48.40) ส่วนใหญ่มีอายุ 10 ปี จำนวน 21 คน (ร้อยละ 67.74) มีผลการเรียนเฉลี่ยระหว่าง 2.01-3.00 จำนวน 16 คน (ร้อยละ 51.61) ไม่เคยได้รับความรู้หรืออบรมเกี่ยวกับการตรวจ ATK มาก่อน จำนวน 17 คน (ร้อยละ 54.84) เคยได้รับการตรวจ ATK มาก่อน จำนวน 30 คน (ร้อยละ 96.77) เคยเป็นโรคโควิด-19 จำนวน 17 คน (ร้อยละ 54.84) มีบุคคลในครอบครัวนักเรียนเคยเป็นโรคโควิด-19 จำนวน 18 คน (ร้อยละ 58.06) ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย จำนวน 21 คน (ร้อยละ 67.70) เพศหญิง จำนวน 10 คน (ร้อยละ 32.30) ส่วนใหญ่มีอายุ 11 ปี จำนวน 29 คน (ร้อยละ 93.55) มีผลการเรียนเฉลี่ยระหว่าง 2.01-3.00 จำนวน 21 คน

(ร้อยละ 67.74) ไม่เคยได้รับความรู้หรืออบรมเกี่ยวกับการตรวจ ATK มาก่อน จำนวน 20 คน (ร้อยละ 64.52) เคยได้รับการตรวจ ATK มาก่อน จำนวน 30 คน (ร้อยละ 96.77) เคยเป็นโรคโควิด-19 จำนวน 19 คน (ร้อยละ 61.29) มีบุคคลในครอบครัวนักเรียนเคยเป็นโรคโควิด-19 จำนวน 23 คน (ร้อยละ 74.19)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผล

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษาในทุกด้านไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ภายหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ทักษะการตรวจ ATK ทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผล

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n = 31)		กลุ่มควบคุม (n = 31)		t	df	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
ความรู้ (0-10 คะแนน)							
ก่อนการทดลอง	5.13	2.11	4.32	1.81	1.614	60	.112
ภายหลังการทดลองทันที	8.23	2.04	4.16	1.70	8.521	60	.001*
ระยะติดตามผล	7.81	1.68	4.26	1.69	8.281	60	.001*
ทัศนคติ (4-40 คะแนน)							
ก่อนการทดลอง	27.90	3.48	26.74	3.09	1.391	60	.170
ภายหลังการทดลองทันที	30.68	3.70	26.58	2.84	4.892	60	.001*
ระยะติดตามผล	27.97	2.90	26.06	2.71	2.669	60	.010*

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n = 31)		กลุ่มควบคุม (n = 31)		t	df	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
พฤติกรรม (4-40 คะแนน)							
ก่อนการทดลอง	31.13	4.56	29.84	2.07	1.435	60	.156
ภายหลังการทดลองทันที	33.55	3.59	28.77	1.93	6.517	60	.001*
ระยะติดตามผล	33.45	3.53	29.71	1.95	5.124	60	.001*
ทักษะ (0-12 คะแนน)							
ก่อนการทดลอง	7.32	2.08	9.52	1.41	-4.846	60	.001*
ภายหลังการทดลองทันที	10.77	1.38	9.58	2.87	2.084	60	.041
ระยะติดตามผล	10.45	1.86	10.39	1.45	.152	60	.880

* $p < .05$

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษาภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผล

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุม ในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน พบว่าภายในกลุ่มทดลองในแต่ละช่วงเวลามีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ($F = 27.873$, $df = 2$, $p < .001$) ด้านทัศนคติ ($F = 13.302$, $df = 2$, $p < .001$)

ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ($F = 13.439$, $df = 2$, $p < .001$) ด้านทักษะการตรวจ ATK ($F = 27.862$, $df = 2$, $p < .001$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสำหรับภายในกลุ่มควบคุมในแต่ละช่วงเวลามีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ($F = 1.770$, $df = 2$, $p = .179$) ด้านทัศนคติ ($F = .875$, $df = 2$, $p = .422$) ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ($F = 2.928$, $df = 2$, $p = .061$) ด้านทักษะการตรวจ ATK ($F = 1.790$, $df = 2$, $p = .176$) ไม่แตกต่างกัน (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองภายหลังการทดลองทันทีและระยะติดตามผลโดยใช้สถิติ Repeated Measure ANOVA with Bonferroni

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n = 31)			กลุ่มควบคุม (n = 31)		
	Mean	SD	p-value	Mean	SD	p-value
ความรู้						
ก่อนการทดลอง - ภายหลังการทดลองทันที	-3.097*	.545	.001	.161	.105	.402
ภายหลังการทดลองทันที - ระยะติดตามผล	.419	.249	.307	-.097	.071	.552
ระยะติดตามผล - ก่อนการทดลอง	-2.677*	.498	.001	.065	.079	1.00
F=27.873, df=2, p-value< .001 F=1.770, df=2, p-value= .179						
ทัศนคติ						
ก่อนการทดลอง - ภายหลังการทดลองทันที	-2.774*	.630	.001	.161	.562	1.00
ภายหลังการทดลองทันที - ระยะติดตามผล	2.710*	.672	.001	.516	.661	1.00
ระยะติดตามผล - ก่อนการทดลอง	-.065*	.531	1.00	.667	.326	.139
F=13.302, df=2, p-value< .001 F=.875, df=2, p-value= .422						
พฤติกรรม						
ก่อนการทดลอง - ภายหลังการทดลองทันที	-2.419*	.641	.002	1.065	.597	.255
ภายหลังการทดลองทันที - ระยะติดตามผล	.097	.117	1.00	-.935	.572	.337
ระยะติดตามผล - ก่อนการทดลอง	-2.323*	.643	.003	.129	.090	.482
F=13.439, df=2, p-value< .001 F=2.928 df=2, p-value=.061						
ทักษะ						
ก่อนการทดลอง - ภายหลังการทดลองทันที	-3.452*	.530	.001	-.065	.533	1.00
ภายหลังการทดลองทันที - ระยะติดตามผล	.323	.332	1.00	-.871	.373	.079
ระยะติดตามผล - ก่อนการทดลอง	-3.129*	.625	.001	.806	.605	.579
F=27.862, df=2, p-value< .001 F=1.790 df=2, p-value= .176						

*(p < .05)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และความรู้ในการตรวจ ATK ภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p < .001) อธิบายได้ว่า กิจกรรมในโปรแกรม มีการกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ ผ่าน

การจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งเป็นประสบการณ์ใกล้ตัวและใกล้เคียงกับบริบทของกลุ่มทดลอง ส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และการตรวจ ATK ได้เป็นอย่างดี ร่วมกับการโน้มน้าวให้เกิดความรู้สึกร่วมและแสดงความรู้สึกต่อประสบการณ์ที่ได้รับฟัง รวมถึงการได้รับความรู้จากการบรรยายด้วยภาษาที่ไม่ซับซ้อนเข้าใจง่าย ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้และความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ กิจติยา รัตนมณี และคณะ (2565) และการศึกษาของ กชกร ธรรมนำศีล, กาญจนา ปัญญาเพชร, สุปราณี น้อยตั้ง, และชัยณรงค์ นาคเทศ (2565) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในเด็กประถมศึกษาตอนปลาย ผลการศึกษาพบว่า หลังการเรียนรู้จากประสบการณ์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้มากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้ กลุ่มทดลองถูกกระตุ้นสภาวะทางสรีระและอารมณ์ ผ่านการเรียนรู้จากหนังสือการ์ตูนเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และการตรวจ ATK ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นให้เหมาะสมกับการเรียนรู้ของเด็กวัยเรียน มีเนื้อหาสาระที่เข้าใจง่ายพร้อมภาพประกอบ ซึ่งเป็นเรื่องราวที่ใกล้เคียงกับชีวิตประจำวัน สามารถกระตุ้นให้กลุ่มทดลองจดจำและเข้าใจเนื้อหาที่สำคัญเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และความรู้อันเกี่ยวกับการตรวจ ATK ได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากขึ้นในระยะหลังการทดลองและคงอยู่ในระยะติดตามผล สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ ไบหยก คล้ายสินธุ์, แววดา เตหาทวิวรรณ, แจ่มจันทร์ ศรีอรุณรัมย์ (2561) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการสอนด้วยหนังสือการ์ตูน ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนมากกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการดูสามารถกระตุ้นให้นักเรียน

เกิดความสนใจ สนุกสนานเพลิดเพลิน เข้าใจเนื้อหาสาระที่เรียนได้อย่างรวดเร็ว ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลจากสื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต และการแจ้งแนวปฏิบัติหน้าเสาธง ส่งผลให้คะแนนระหว่างก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

2. ทักษะคิดต่อโรคโควิด-19 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะคิดต่อโรคโควิด-19 มากกว่าก่อนทดลองที่ระดับ .05 ($p < .001$) และมากกว่ากลุ่มควบคุมในระยะภายหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($p < .001$, $p = .01$ ตามลำดับ) อธิบายได้ว่าเป็นเพราะกิจกรรมในโปรแกรมมีการกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ ผ่านการจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทั้งทางบวกและทางลบ เพื่อให้เกิดการสะท้อนคิด การพูดซักจูง โน้มน้าว จนเกิดการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม การรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค รวมทั้งผลเสียของการเป็นโรคโควิด-19 และตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันโรคโควิด-19 ส่งผลให้เกิดความคิดที่จะดูแลตัวเอง รวมถึงมีความรู้สึกนึกคิดที่เหมาะสม ไม่รังเกียจผู้ที่เคยเป็นโรคโควิด-19 ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะคิดมากขึ้นในระยะหลังการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ อภิรมย์ เลียนเครือ และคณะ (2565) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานในนักเรียนประถมศึกษา พบว่า การสะท้อนคิดหลังการเรียนรู้ส่งเสริมให้กลุ่มทดลองเกิดทักษะคิดที่ดีต่อการปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยทักษะคิดต่อโรคโควิด-19 ภายในกลุ่มทดลอง ในระยะติดตามผลพบว่ามีความแตกต่างด้านทักษะคิดลดลง อาจเป็นผลมาจาก ทักษะคิดเป็นผลจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ ในระยะติดตามผลไม่มีกิจกรรมกระตุ้นการเรียนรู้จากประสบการณ์ ส่งผลให้ทักษะคิดลดลงใน

ระยะติดตามผล

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 มากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .002$, $p = .003$ ตามลำดับ) และมากกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะภายหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) อธิบายได้ว่าการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนผ่านการจัดกิจกรรมกลุ่ม การได้รับความรู้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 การสาธิตและสาธิตย้อนกลับการล้างมือ การใส่และถอดแมส โดยผู้วิจัยทำให้ดูและให้กลุ่มทดลองได้ลงมือทำด้วยตัวเอง ผู้วิจัยกล่าวชมเชยเมื่อทำถูกต้องหากยังทำไม่ถูกต้องผู้วิจัยให้คำแนะนำเป็นรายบุคคลพร้อมให้กำลังใจและเปิดโอกาสให้แก้ไขจนปฏิบัติได้ถูกต้อง จนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดี อีกทั้งจัดกิจกรรมการเรียนรู้ประสบการณ์ของผู้อื่น ยิ่งส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจและตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ตามแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่กล่าวว่าคนที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการได้นั้นจำเป็นต้องผ่านกระบวนการการรับรู้ความสามารถของตนก่อน หากบุคคลประเมินว่าตนเองมีความรู้ความสามารถ บุคคลก็มั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ เกษราภรณ์ อ่อนทอง, นฤมล ชีระรังสิกุล, และศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ (2564) และการศึกษาของ อัญชนา สุขอนนท์, สมสมัย รัตนกริทากุล และนิสกร กรุงไกรเพชร (2559) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้การรับรู้ความสามารถของตน ด้านการได้เห็นตัวแบบที่ประสบความสำเร็จและการลงมือปฏิบัติจนประสบ

ความสำเร็จด้วยตัวเองในนักเรียนประถมศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $p < .001$ ตามลำดับ)

4. ทักษะการตรวจ ATK ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจ ATK มากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$, $p = .041$) อธิบายได้จากกิจกรรมในโปรแกรมมีการกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติด้วยตนเองที่ละขั้นตอนก่อให้เกิดความรู้สึกตื่นตา ตื่นใจ กระตือรือร้น กล้าลองทำ โดยผู้วิจัยดูแลอย่างใกล้ชิด ให้กำลังใจและให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล ทำให้กลุ่มทดลองรู้ข้อบกพร่องและปรับปรุงพัฒนาจนปฏิบัติได้ถูกต้อง พร้อมกันนี้ได้รับคำชมเชยส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ อีกทั้งการให้เวลาในการฝึกฝน ส่งผลให้เกิดความชำนาญในการปฏิบัติมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ อภิรมย์ เลียนเครือ และคณะ (2565) และการศึกษาของ กชกร ธรรมนำสีล และคณะ (2565) ที่ศึกษาเกี่ยวกับทักษะในการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ในนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย พบว่า การลงมือฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง และการทำซ้ำบ่อย ๆ ส่งเสริมให้กลุ่มทดลองเกิดทักษะที่ถูกต้องต่อการปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $p < .05$ ตามลำดับ) แต่อย่างไรก็ตามในระยะติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจ ATK ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) และในระยะติดตามผลกลุ่มควบคุมมีคะแนนมากขึ้น อาจเป็นเพราะ ในช่วงเวลานั้นมีการระบาดของโรคโควิด-19 มากขึ้น โรงเรียนในกลุ่มควบคุมจึงเพิ่มมาตรการการคัดกรองด้วยการตรวจ ATK บ่อยขึ้น มีมาตรการให้ผู้ปกครองตรวจ ATK ก่อนมาโรงเรียนทุกสัปดาห์ทำให้กลุ่มควบคุมเห็นประสบการณ์การตรวจ ATK มากขึ้น อีกทั้งคุณครูมีการให้ความรู้ผ่านเสียงตามสาย

ในทุกเช้า และยังมีการใช้สื่อ VDO ที่แสดงถึงการตรวจ ATK ให้นักเรียนดูซ้ำ ๆ ทุกวันก่อนกลับบ้าน จึงส่งผลให้นักเรียนมีทักษะในการตรวจ ATK ได้ถูกต้องมากขึ้น อีกทั้งก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมและบุคคลในครอบครัวเคยเป็นโควิด-19 ก่อให้เกิดทักษะจากประสบการณ์ที่ตนเองพบเจอ จึงส่งผลให้มีทักษะการตรวจ ATK มากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พยาบาลอนามัยชุมชน และครูอนามัยโรงเรียนสามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และทักษะการตรวจ ATK ไปประยุกต์ใช้กับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนในสังกัดกรุงเทพมหานคร ในเขตเมือง

1.2 การใช้การ์ตูนเป็นสื่อในการส่งเสริมความรู้ ทักษะ พฤติกรรมในการป้องกันโรคกระตุ้นความกระตือรือร้น สร้างความสนุกสนาน ในการเรียนรู้ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นควรประยุกต์ใช้การ์ตูนในการส่งเสริมสุขภาพด้านอื่น ๆ ต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในระดับชั้นอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมได้กว้างขวางและครอบคลุม

2.2 การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนเท่านั้น แต่เมื่อนักเรียนกลับบ้าน อาจได้รับเชื้อไวรัสโคโรนาจากสมาชิกในบ้านได้ จึงควรเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง เช่น คนในครอบครัวและคนในชุมชน ด้วย เพื่อให้เกิดการส่งเสริมได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุม

เอกสารอ้างอิง

กชกร ธรรมนำสีล, กาญจนา ปัญญาเพ็ชร, สุปราณี น้อยตั้ง, และชัยณรงค์ นาคเทศ. (2565). ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อทักษะการปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารแพทยนาวิ*, 49(2), 334-349.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *ข้อมูลสำหรับการป้องกันตนเองจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019*. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/introduction/introduction01.pdf>

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับที่ 572*. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/filesituation/situation-no572-280764.pdf>

กระทรวงศึกษาธิการ. (2563). *แนวทางปฏิบัติสำหรับสถานศึกษาเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (COVID-19)*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

กัลยา วานิชย์บัญชา, และฐิติ วานิชย์บัญชา. (2558). *การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล* (พิมพ์ครั้งที่ 27). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามลดา.

กิจติยา รัตนมณี, พิพัฒน์ นุ่นด้วง, สุวนันท์ ทิศาณ, ไพไลณ สัญญากิจ, ปิณฐิตา พรหมเสนะ, และพัทธนันท์ สอนสวัสดิ์. (2565). ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองและการใช้หลักการต่อความรู้และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลและป้องกันการเกิดโควิด-19 ในเด็กวัยเรียนประถมศึกษาตอนปลาย. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 5(2), 189-201.

- เกษราภรณ์ อ่อนทอง, นฤมล ชีระรังสิกุล, และศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรม การป้องกันอาการภูมิแพ้ของเด็กร่วมวัยเรียนโรค ภูมิแพ้จมูกอักเสบภูมิแพ้. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 29(2), 36-46.
- ไฉไล เทียงกมล, กานดาณิ พานแสง, ส่งศรี รัตนมาลาวงศ์ และอารญา ไกรรุ่งเรือง. (2558). พฤติกรรม การป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนชั้นประถมศึกษา ปีที่ 4-6. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 7(2), 1-15.
- ใบหยก คล้ายสินธุ์, แววดา เตชาทวิวรรณ, และ แจ่มจันทร์ ศรีอรุณศรี. (2561). การใช้โปรแกรม การสอนด้วยหนังสือการ์ตูนเพื่อส่งเสริมทักษะ การรู้สารสนเทศตามมาตรฐานบักชีงส์สำหรับ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4. *วารสารบรรณ ศาสตร์ มศว*, 11(2), 1-16.
- พิมสิริ ภูศิริ, นภัสวรรณ นามบุญศรี, และเต็มฤทัย ภูประดิษฐ์. (2022). การติดเชื้อโควิด-19 ใน เด็ก. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท*, 4(1), 1-13.
- อภิรมย์ เลี่ยนเครือ, อารญา ไกรรุ่งเรือง, ปุณยารัตน์ หัตถกิจ, ปราณี เสนีย์, ปริญญญา แก้วสงค์ และ อุดมศักดิ์ ศรีหนองหว่า. (2565). ผลของโปรแกรม การสอนการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานต่อความรู้ ทักษะ และทักษะในการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ในนักเรียนประถมศึกษา โรงเรียนวัดดวงแข. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 33(1), 149-166.
- อัญญา สุขอนนท์, สมสมัย รัตนกรีฑากุล, และนิสากร กรุงไกรเพชร. (2559). ผลของโปรแกรมส่งเสริม การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรม การควบคุมน้ำหนักของนักเรียนที่มีภาวะ โภชนาการเกิน ในเขตเทศบาลเมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 30(3), 26-40.
- อุมาภรณ์ สุขารมณ. (2561). *จิตวิทยาพัฒนาการ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- Bandura, A. (1997). *Self – Efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Portnoy, I., Manosalva-Sandoval, J., & Torregroza-Espinosa, A. C. (2022). Impact of COVID-19 on Students' Generic Skills-A Case Study in a University from a Developing Country. *Procedia computer science*, 203(8), 508-513.
- Tinker, S. C., Prince-Guerra, J. L., Vermandere, K., Gettings, J., Drenzik, C., Voccio, G., ... & Honein, M. A. (2022). Evaluation of self-administered antigen testing in a college setting. *Virology Journal*, 19(1), 1-10.
- WHO Thailand Weekly Situation. (2022). *COVID-19 Situation, Thailand 27 July 2022*. สืบค้นจาก https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/thailand/2022_07_27_tha-sitrep-243-covid-19.pdf



ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ต่อสมรรถนะการบริหารของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมูลนิธิในกรุงเทพมหานคร

Relationship Between Selection Factors on the Administrative Performance of Professional Nurse in Foundation Hospital in Bangkok

ณัชนชล ดาวกฤษ, พย.ม., Nathachon Daorerk, M.N.S.^{1*}

ปานตา อภิรักษ์นภานนท์, ประ.ด., Panta Apiruknapanond, Ph.D.²

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, ค.ด., Oraphun Lueboonthavatchai, Ph.D.³

¹พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์

¹Professional Nurse, Nursing Department, Saint Louis Hospital

²อาจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

²Lecturer, Faculty of Nursing, Saint Louis College

³รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

³Associate Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College, Sathorn, Bangkok

*Corresponding Author Email:ladolp@gmail.com

Received: July 24, 2022

Revised: April 20, 2023

Accepted: June 26, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะการบริหารของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมูลนิธิในกรุงเทพมหานคร และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การในการดูแลบุคคลในครอบครัว ระดับการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการทำงานในวิชาชีพ การเข้ารับการอบรมบริหารการพยาบาล รายได้ 2) ประสิทธิภาพการทำงาน ได้แก่ การมีต้นแบบที่ดี การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรหน่วยงานและครอบครัว สถานที่ปฏิบัติงาน ทักษะติดต่อการบริหารการพยาบาล และการได้รับความยุติธรรม กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมูลนิธิในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพและได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพจากสภาการพยาบาลมาแล้วไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 205 คน ได้จากการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามเกี่ยวกับประสิทธิภาพของพยาบาลวิชาชีพ

โรงพยาบาลมูลนิธิในกรุงเทพมหานครและ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะการบริหารของพยาบาลวิชาชีพ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีค่าดัชนีความตรง เท่ากับ .92 และค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาได้เท่ากับ 0.92. วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า 1) สมรรถนะการบริหารของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับสูง 2) ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ภาระในการดูแลบุคคลในครอบครัว ระดับการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาประสบการณ์การทำงาน การเข้ารับการอบรมบริหารการพยาบาล และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการบริหารของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมูลนิธิในกรุงเทพมหานคร 3) ประสบการณ์การทำงานโดยรวม และรายด้านทุกด้าน มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการบริหารทางการของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมูลนิธิในกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลจากการวิจัยสามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาและกำหนดสมรรถนะการบริหารของพยาบาลให้เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: สมรรถนะ การบริหารการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมูลนิธิ

Abstract

The purposes of this descriptive research were to study the level of administrative competence of registered nurses in Foundation hospital in Bangkok, and to examined the relationship between the selection factors, which consisted of personal factors comprising sex, age, marital status, burden of taking care of family members, education level, duration of work, place of work, admission to nursing management training and income 2) work experience consists of having good role model, getting support from the organizations and families , place of work, attitude towards nursing administration and getting justice with the competence of professional nurses in the Foundation hospital in Bangkok. The sample group was registered nurses by the Nursing Council for not less than 5 years, amounting to 205 registered nurses selected by a simple random. Research instruments were comprised of demographic data, experience of work and perceived of administrative performance of professional nurse. The quality of questionnaires, the content validity was .92 and reliability was .92. The data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, chi-square and Pearson's correlation coefficient. The results indicated that as follows: 1) the total level of the administrative competency of professional nurses was at a high level. 2) personal factors comprising sex, age, marital status, burden of taking care of family members, education level, duration of work, place of work, admission to nursing management training and income found that there were no statistically significant relationship with the administrative competency of professional nurses at Foundation

hospitals in Bangkok 3) the experience of work by overall and each aspect were significantly associated with administrative competence of registered nurses in Foundation hospital in Bangkok with a statistical significance of .05. According to the results can provide a guideline for developing appropriate administrative performance of professional nurse .

Keywords : competency, administrative of professional nurse, Foundation hospital

บทนำ

หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้บริหารทางการแพทย์ที่ต้องใช้ภาวะผู้นำที่มีความสำคัญสูงสุดต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวขององค์กรเป็นบุคคลที่มีอำนาจอิทธิพลในการบังคับบัญชา มอบหมายงาน กำกับดูแลบริหารจัดการให้งาน บรรลุเป้าหมายขององค์กร รวมทั้งเป็นผู้ประสานความต้องการของบุคคล งาน และความ ต้องการขององค์กรเข้าด้วยกัน (เนตรพัฒนา ยาวีราช, 2552) นอกจากนี้ ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับ หัวหน้าหอผู้ป่วยยังเป็นผู้สร้างความพึงพอใจให้แก่บุคลากรพยาบาลในการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นผูกพันกับองค์กร ดังนั้น พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงเป็นผู้บริหารที่มีภาระหน้าที่ทั้งการจัดการการบริการพยาบาลถึงผู้ใช้บริการโดยตรง และบริหารบุคคลทรัพยากรเพื่อการบริการที่ตรงถึงผู้ใช้บริการ จึงต้องใช้สมรรถนะต่าง ๆ รอบด้านที่จำเป็นต่อการบริหารจัดการให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ในทุกมิติ เพื่อผู้ใช้บริการได้รับการบริการที่มีคุณภาพ (สภาการพยาบาล, 2556)

การเปลี่ยนผ่านจากพยาบาลวิชาชีพสู่การเป็นผู้บริหารทางการแพทย์ระดับหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นการเปลี่ยนผ่านทางสถานการณ์ที่มีความสำคัญเนื่องจากการเปลี่ยนผ่านนี้จะส่งผลต่อ การรับรู้ความพร้อมในสมรรถนะที่จำเป็นของตนเอง ความเชื่อมั่น ความสุขในการทำงาน ความพึงพอใจในงาน ความมั่นใจในการบริหารของตน เพื่อให้การบริหารจัดการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (ภัทรมนัส ฌณิจะปรการ, 2560)

แผนยุทธศาสตร์ชาติในระยะ 20 ปี วางแผนพัฒนากำลังคนทางการแพทย์ ความก้าวหน้าและค่าตอบแทนพยาบาล เพื่อให้บริการพยาบาลมีคุณภาพและบุคลากรมีความสุข (ธีรพร สติธองกร, กนกพร แจ่มสมบูรณ์, สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ, ศิริมา ลีละวงศ์, และหทัยรัตน์ บุญแก้ว, 2562) ขณะที่โรงพยาบาลเอกชนที่เป็นมูลนิธิดำเนินการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่งบริหารทางการแพทย์ระดับต้นในรูปแบบที่ขึ้นอยู่กับบริบท เหตุการณ์ ตามนโยบายของผู้บริหาร ฝ่ายการพยาบาลจึงจำเป็นต้องคัดเลือกจากพยาบาลที่มีประสบการณ์ หรือตามความเหมาะสม โดยทั่วไปอาจเลือกจากผู้มีประสบการณ์การทำงานในหน่วยงาน ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป ขึ้นมารับตำแหน่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย ทำให้พยาบาลเหล่านี้ไม่ผ่านระบบการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งแตกต่างจากการเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐบาล (วิไลภรณ์ วีระยุทธศิลป์, 2546)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับสมรรถนะในการบริหารทางการแพทย์ระดับหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยผลการศึกษาของปราณีดี ไชยฤกษ์ (2556) พบว่า อายุ การศึกษา และประสบการณ์เป็นตัวแปรที่สัมพันธ์กับความมั่นใจในสมรรถนะของตนเองของหัวหน้าหอผู้ป่วย และการศึกษาของ อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม (2550) พบว่าปัญหาและอุปสรรคในการก้าวสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย

คือ พยาบาลไม่สนใจการก้าวเข้าสู่การรับตำแหน่งบริหาร เนื่องจากเป็นตำแหน่งที่มีภาระงานมาก ความรับผิดชอบสูง ซึ่งสอดคล้องกับ Fagin et al., (1996) ที่พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องแสดงบทบาทต่างๆ ทั้งด้านบริการพยาบาล ด้านบริหารการพยาบาล ด้านวิชาการ ทำให้เกิดภาระงานที่หลากหลาย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจทำให้รู้สึกหมดหวัง เบื่อหน่าย ขวัญกำลังใจไม่มี ท้อแท้ เกิดความไม่พึงพอใจ และโอกาสเกิดการโอนย้ายสูง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรต่อสมรรถนะการบริหารของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมูลนิธิในกรุงเทพมหานคร เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ในการวางแผนเพื่อการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพสู่ตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาลระดับหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานและมีความสุขในการประกอบวิชาชีพพยาบาลอันเป็นพื้นฐานสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะการบริหารของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมูลนิธิในกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ประสิทธิภาพการทำงานกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมูลนิธิในกรุงเทพมหานคร

สมมติฐานการวิจัย

1. สมรรถนะการบริหารของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมูลนิธิ ในกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับสูง
2. ปัจจัยคัดสรร ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล และประสิทธิภาพการทำงานมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการบริหารทางการของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมูลนิธิในกรุงเทพมหานคร

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานเต็มเวลาที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง จากโรงพยาบาลมูลนิธิในกรุงเทพมหานคร จำนวน 5 แห่ง มีจำนวน 452 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมูลนิธิในกรุงเทพมหานคร โดยมีคุณสมบัติสำเร็จพยาบาลวิชาชีพและได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพจากสภาการพยาบาลมาแล้วไม่น้อยกว่า 5 ปี โรงพยาบาลมูลนิธิในกรุงเทพมหานคร จำนวน 205 คน ได้จากการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากการคำนวณจากสูตรของ Yamane (1973) และกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .5

2. การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ เลขที่รับรอง E.034/2564 วันที่ 17 พฤศจิกายน 2564 และได้รับความยินยอมจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยนำเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วย วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย โดยให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทราบว่า ผู้เข้าร่วมมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ ในแบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุล ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยแบบสอบถามจะถูกเก็บเป็นความลับและทำลายทิ้งทันทีเมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัย ผลการวิจัยจะนำมาสรุปและวิเคราะห์ในภาพรวมเท่านั้น

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เพื่อรวบรวมสำหรับการทำวิจัยในครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก

การค้นคว้า ศึกษาจากตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบไปด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ภาระในการดูแลบุคคลในครอบครัว ระดับการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการทำงานในวิชาชีพ การเข้ารับการอบรม บริหารการพยาบาล รายได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับ ประสิทธิภาพของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมูลนิธิ ในกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้บูรณาการจากการศึกษา บทความเอกสารวิชาการตำรางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประสิทธิภาพการทำงาน ประกอบด้วย 1) การมีต้นแบบที่ดี 2) การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรหน่วยงาน และครอบครัว 3) สถานที่ปฏิบัติงาน 4) ทักษะติดต่อ บริหารการพยาบาล และ 5) การได้รับความยุติธรรม โดยสร้างคำถามให้สอดคล้องครอบคลุมกับเนื้อหา ได้ข้อคำถาม 35 ข้อ มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scales) 5 ระดับ ตั้งแต่น้อยที่สุดถึงมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะ การบริหารของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมูลนิธิใน กรุงเทพมหานครจำนวน 52 ข้อ มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scales) 5 ระดับ ตั้งแต่น้อยที่สุดถึงมากที่สุด ผู้วิจัยแปลผลค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของประคอง กรรณสูต (2550) โดย 4.22-5.00 หมายถึง สูงมาก 3.42-4.21 หมายถึง สูง 2.62-3.41 หมายถึง ปานกลาง 1.81-2.61 หมายถึง ต่ำ 1.80-1.00 หมายถึง ต่ำมาก

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้น เสนออาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและการใช้ภาษาให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในเบื้องต้น จากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity) มีค่าเท่ากับ .92

จากนั้นนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน ที่ปฏิบัติงาน ในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเซนต์เมรี่ ซึ่งเป็นโรงพยาบาล มูลนิธิ สังกัดมิสซังโรมันคาทอลิก สังฆมณฑลนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของ เครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .92

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีการวิจัย ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้ ร้อยละ ไคสแควร์ (Chi-square test) และค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 99.50 อายุ 25-33 ปี ร้อยละ 33.20 รองลงมา คือ อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 29.30 มีสถานภาพโสดสูงสุด ร้อยละ 57.10 สมรส ร้อยละ 40.50 มีภาระในการดูแล ครอบครัว ร้อยละ 76.10 ระดับการศึกษา ร้อยละ 92.20 จบปริญญาตรี ปฏิบัติงานในหน่วยงานพิเศษ ร้อยละ 41.50 รองลงมา คือ แผนกผู้ป่วยใน ร้อยละ 38 แผนก ผู้ป่วยนอก ร้อยละ 20.50 โดยมีระยะเวลาการทำงานใน วิชาชีพตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 44.90 ไม่เคยเข้ารับการอบรมด้านบริหารการพยาบาลคิดเป็น ร้อยละ 77.60 มีรายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 38.50 เหลือเก็บ ร้อยละ 37.10

2. ประสิทธิภาพการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลมูลนิธิในกรุงเทพมหานคร โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.66$, $SD = .51$) โดยด้านการ สนับสนุนจากครอบครัวมีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ($\bar{X} = 4.20$, $SD = .85$) รองลงมา คือ การมีต้นแบบที่ดี ($\bar{X} = 3.71$,

SD = .73) การได้รับความยุติธรรม สถานที่ปฏิบัติงาน โดยมีการได้รับการสนับสนุนจากองค์กร ($\bar{x}$ = 3.45, ทศนคติต่อการบริหารการพยาบาล คะแนนค่าเฉลี่ย SD = .68) และส่วนการสนับสนุนจากหน่วยงาน รองลงมาตามลำดับ ($\bar{x}$ = 3.61, SD = .69, $\bar{x}$ = 3.57, ($\bar{x}$ = 3.45, SD = .68) ค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด SD = .67, และ $\bar{x}$ = 3.49, SD = .55 ตามลำดับ) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของประสบการณ์การทำงานด้านการบริหารของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลมูลนิธิในกรุงเทพมหานคร โดยรวม และรายด้าน (n = 205)

ประสบการณ์การทำงาน	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1. การมีต้นแบบที่ดี	3.71	.73	สูง
2. ได้รับการสนับสนุน			
2.1 ได้รับการสนับสนุนจากองค์กร	3.45	.68	สูง
2.2 ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงาน	3.68	.64	สูง
2.3 ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว	4.20	.85	สูง
3. สถานที่ปฏิบัติงาน	3.57	.67	สูง
4. ทศนคติต่อการบริหารการพยาบาล	3.49	.55	สูง
5. การได้รับความยุติธรรม	3.61	.69	สูง
โดยรวม	3.66	.51	สูง

3. สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพต่อการเป็นผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลมูลนิธิ กรุงเทพมหานคร โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 3.71, SD = .54) โดยด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรมและกฎหมาย มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x}$ = 4.00, SD = .66) รองลงมา ด้านการสื่อสารและการสร้างสัมพันธ์ภาพ และด้านภาวะผู้นำ ($\bar{x}$ = 3.780, SD = .64) ส่วนด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา แก้ปัญหา การตัดสินใจและการบริหารในภาวะวิกฤตพร้อมรับการเปลี่ยนแปลง ด้านนโยบายและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ ด้านบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพ คะแนนเฉลี่ยรองลงมาตามลำดับ ($\bar{x}$ = 3.77, SD = .62) ($\bar{x}$ = 3.74, SD = .64) ($\bar{x}$ = 3.610, SD = .73) ($\bar{x}$ = 3.58, SD = .58) โดยด้านการบริหารเชิงธุรกิจ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.410, SD = .70) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพต่อการเป็นผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลมูลนิธิในกรุงเทพมหานคร โดยรวมและรายด้าน (n = 205)

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ด้านภาวะผู้นำ	3.69	.57	สูง
2. ด้านบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพ	3.58	.58	สูง
3. ด้านการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ	3.78	.64	สูง
4. ด้านจรรยาบรรณวิชาชีพจริยธรรมและกฎหมาย	4.00	.66	สูง
5. ด้านนโยบายและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ	3.74	.64	สูง
6. ด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา แก้ปัญหา การตัดสินใจและการบริหารในภาวะวิกฤตพร้อมรับการเปลี่ยนแปลง	3.77	.62	สูง
7. ด้านการบริหารเชิงธุรกิจ	3.41	.70	ปานกลาง
8. ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ	3.61	.73	สูง
โดยรวม	3.71	.54	สูง

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลทุกด้าน กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมูลนิธิในกรุงเทพมหานคร ด้วยสถิติ (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับสมรรถนะการบริหารของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมูลนิธิในกรุงเทพมหานคร (n = 205)

ตัวแปร	สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ		
	χ^2	df	P-value
อายุ	17.00	12	.14
สถานภาพสมรส	10.37	8	.24
ภาระในการดูแลบุคคลในครอบครัว	8.26	4	.08
ระดับการศึกษา	7.99	8	.43
สถานที่ปฏิบัติงาน	13.29	8	.10
ระยะเวลาในการทำงานในวิชาชีพ	11.02	8	.20
การเข้ารับการอบรมด้านการบริหารการพยาบาล	1.76	8	.98
รายได้	12.08	12	.43

5. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ประสิทธิภาพการทำงานพยาบาลวิชาชีพ กับ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมูลนิธิ ใน กรุงเทพมหานคร ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน พบว่า ประสิทธิภาพการทำงานพยาบาล วิชาชีพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาล วิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .781$, $p\text{-value} < .001$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า

ประสิทธิภาพการทำงานพยาบาลวิชาชีพรายด้าน ทุกด้านมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยด้านการรับรู้ การสนับสนุนจากหน่วยงาน มีค่าความสัมพันธ์ต่อ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ในระดับสูง ($r = .728$, $p\text{-value} < .001$) ส่วนด้านอื่น ๆ มีค่าความสัมพันธ์ ต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ในระดับปานกลาง (ดังตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ประสิทธิภาพการทำงาน มีความสัมพันธ์ กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพความสัมพันธ์

ตัวแปร	สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ		
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ประสิทธิภาพการทำงาน	.781**	<.001	สูง
การมีต้นแบบที่ดี	.624**	<.001	ปานกลาง
การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร	.575**	<.001	ปานกลาง
การรับรู้การสนับสนุนจากหน่วยงาน	.728**	<.001	สูง
การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว	.540**	<.001	ปานกลาง
สถานที่ปฏิบัติงาน	.567**	<.001	ปานกลาง
ทัศนคติต่อการบริหารการพยาบาล	.639**	<.001	ปานกลาง
ความยุติธรรม	.442**	<.001	ปานกลาง

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ต่อสมรรถนะการบริหารของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาล มูลนิธิในกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. สมรรถนะบริหารของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.71$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 1 โดยด้านจรรยาบรรณวิชาชีพจริยธรรมและ กฎหมาย ด้านการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ ด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา ด้านนโยบาย และสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ ด้านภาวะผู้นำ ด้าน

เทคโนโลยีและสารสนเทศ และ ด้านบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพ ก็อยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่า การบ่มเพาะพยาบาลวิชาชีพตั้งแต่การจัดการเรียนการสอน และนโยบายโรงพยาบาลมูลนิธิที่เป็นโรงพยาบาลที่ไม่แสวงกำไร (not for profit) สอดคล้องกับปรัชญา นโยบายการพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาลมูลนิธิที่เน้น ค่านิยม วิสัยทัศน์ พันธกิจ และวัฒนธรรมองค์กรที่ ยึดถือปฏิบัติต่อเนื่องกันมาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวบุคลากรกับ องค์กร โดยการพัฒนาด้านจรรยาบรรณวิชาชีพจริยธรรม

ของสภาการพยาบาล ทำให้การรับรู้ถึงสมรรถนะด้านจรรยาบรรณวิชาชีพและกฎหมายของพยาบาลโรงพยาบาลมูลนิธิในระดับสูง โดยหลักคุณธรรมจะเป็นหลักหนึ่งในการบริหารแบบ ธรรมภิบาลซึ่งเป็นการบริหารองค์กรพยาบาลในศตวรรษที่ 21 และยังเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความมีชื่อเสียงการได้รับการยอมรับความก้าวหน้าในงานจากสังคมผู้บริหาร (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของอุไรวรรณ พรหมศรี (2550) ที่พบว่าสมรรถนะด้านคุณธรรมและจริยธรรมเป็นสมรรถนะที่มีความสำคัญระดับมากที่สุด ในขณะที่สมรรถนะบริหารของพยาบาลวิชาชีพ ด้านการบริหารเชิงธุรกิจอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะสพบาลวิชาชีพมีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามจรรยาบรรณ คุณธรรม จริยธรรม ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลในโรงพยาบาลมูลนิธิ ซึ่งมุ่งมั่นในการให้บริการอย่างเท่าเทียมแก่ทุกคนจึงทำให้ความชำนาญด้านการบริหารเชิงธุรกิจมีน้อยกว่าด้านอื่นๆ สอดคล้องกับงานวิจัยของจันทร์เพ็ญ พิมพ์ลา (2553) พบว่าการพัฒนากรอบสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยประกอบด้วยสมรรถนะด้านการจัดการเชิงธุรกิจ

2. ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ภาระในการดูแลบุคคลในครอบครัว ระดับการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาประสบการณ์การทำงาน การเข้ารับการอบรมบริหารการพยาบาล และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการบริหารของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมูลนิธิในกรุงเทพมหานคร ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ สมรรถนะการบริหารของพยาบาลวิชาชีพต้องอาศัยการเรียนรู้ฝึกฝนในสิ่งนั้นอย่างมุ่งมั่นและทุ่มเท ในขณะที่ปัจจัยส่วนบุคคลต่าง ๆ ของแต่ละบุคคลอาจแตกต่างกันตามแต่ภูมิหลังของแต่ละคน จึงทำให้มีความสัมพันธ์น้อยกับสมรรถนะทางการบริหาร

ของพยาบาล โดยอายุที่มากกว่าไม่ได้มีผลต่อสมรรถนะการบริหาร เช่นเดียวกับระดับการศึกษาและระยะเวลาประสบการณ์การทำงาน ไม่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะการเรียนรู้ประสบการณ์การด้านบริหารจากหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพอาจไม่ใช่สิ่งสำคัญเท่ากับการปฏิบัติงานในหน้าที่อย่างเต็มความสามารถ สถานภาพสมรส และภาระในการดูแลบุคคลในครอบครัว อาจส่งผลต่อความเครียดหรือการจัดการเวลาความสมดุลของชีวิต นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การเข้ารับการอบรมด้านบริหารเป็นจำนวนน้อย อาจทำให้ไม่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะด้านบริหาร สอดคล้องกับการศึกษาของเตือนใจ พิทยาวัฒน์ชัย (2548) ที่พบว่า การได้รับการอบรมเพิ่มเติมไม่มีความสัมพันธ์กับ สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย นอกจากนี้ การที่ปัจจัยส่วนบุคคลไม่สัมพันธ์กับสมรรถนะการบริหารของพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งอาจมีปัจจัยอื่นๆ แทรกซ้อนอยู่ภายในจึงทำให้พยาบาลไม่สนใจที่จะพัฒนาสมรรถนะของตนเองและปัจจัยแทรกซ้อนต่าง ๆ นั้นก็มีอิทธิพลเหนือกว่าปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ โดย สอดคล้องกับงานวิจัยของ อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม (2550) ที่พบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการก้าวสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย คือ พยาบาลไม่สนใจการก้าวเข้าสู่การรับตำแหน่งบริหาร เนื่องจากเป็นตำแหน่งที่มีภาระงานมาก ความรับผิดชอบสูง โรงพยาบาลเอกชนที่เป็นมูลนิธิ การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ตำแหน่งบริหารทางการพยาบาลระดับต้น ขึ้นอยู่กับบริบท เหตุการณ์ ตามนโยบายของผู้บริหาร ฝ่ายการพยาบาลจึงจำเป็นต้องคัดเลือกจากพยาบาลที่มีประสบการณ์ หรือตามความเหมาะสม โดยทั่วไปอาจเลือกจากผู้มีประสบการณ์การทำงานในหน่วยงาน ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปเข้ามารับตำแหน่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย ทำให้พยาบาลเหล่านี้ไม่ผ่านระบบการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วย

ซึ่งแตกต่างจากการเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐบาล

3. ประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการบริหารทางการของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมูลนิธิในกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะ ผู้ที่จะเข้ารับตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย หากมีการรับรู้สมรรถนะและความสามารถในการบริหารทางการพยาบาลทางบวก ย่อมนำไปสู่ปฏิบัติที่ดี การรับตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นภาระหน้าที่ที่สำคัญในการนำองค์กรสู่ความสำเร็จจากระดับหน่วยงาน เพื่อการบริหารงานให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องสามารถประเมิน และวิเคราะห์รูปแบบการบริหาร การแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ เพื่อการพัฒนา งานหน่วยงานที่รับผิดชอบ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเชื่อมั่นในสมรรถนะและความสามารถของตนเองที่ถูกหล่อหลอมมาจากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น การได้รับการจูงใจ และการกระตุ้นทางอารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ สหัสพร ยืนบุญ (2562) พบว่า ผู้บริหารระดับต้นที่ผ่านการเตรียมความพร้อมจะมีพฤติกรรมที่แสดงถึงความมั่นใจ ความมุ่งมั่นในการบริหาร มีความคาดหวังในผลลัพธ์ และแก้ไขปัญหาด้วยตัวเอง ดังนั้น องค์กรพยาบาลควรมีมาตรฐานการเตรียมความพร้อมเรื่องสมรรถนะสำหรับการก้าวสู่ผู้บริหารระดับต้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ พรนภัส ภาระเกตุ, ทริยาพรรณ สุขงามณี, และบุญพิชชา จิตต์ภักดี (2563) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรม การเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรและในพยาบาลกลุ่ม เจริญเรอชั้นวัยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ พบว่า เมื่อพยาบาลกลุ่มเจริญเรอชั้นวัยรับรู้การสนับสนุนของ

องค์กรในระดับสูงจะส่งผลให้เกิดความจงรักภักดีต่อองค์กร และรู้สึกว่าจะต้องตอบแทนด้วยการทุ่มเททำงานอย่างเต็มที่ ทั้งงานในหน้าที่และงานที่นอกเหนือจากหน้าที่ที่องค์กรกำหนดเพื่อให้องค์กรบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลมูลนิธิ กรุงเทพมหานครนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนา และกำหนดสมรรถนะของผู้บริหารระดับต้นให้มีความรู้ความสามารถตามบริบทขององค์กรนั้น และเป็นแนวทางในการพิจารณาและคัดเลือกบุคลากรเข้าสู่ตำแหน่ง ผู้บริหารทางการพยาบาล โดยเน้นทักษะด้านสมรรถนะการบริหารเชิงธุรกิจของพยาบาลในโรงพยาบาลมูลนิธิใน กรุงเทพมหานคร ซึ่งจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจด้าน เศรษฐกิจโดยมีความเข้าใจรูปแบบธุรกิจสำหรับองค์กรที่ชัดเจน เพื่อให้สามารถนำมาพัฒนา สอดคล้องกับกลยุทธ์ขององค์กร เพื่อให้ได้เกิดการบริการที่มีคุณภาพสูงและเหมาะสม มีการจัดทำแผนพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในด้านต่าง ๆ ตามบันไดวิชาชีพ

2. เป็นข้อมูลสำหรับสถาบันการศึกษาในการพัฒนาหลักสูตรเฉพาะทางการบริหารจัดการทางการพยาบาล เพื่อพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้ก้าวสู่การเป็นผู้บริหารทางการพยาบาล ร่วมมือกันระหว่างโรงพยาบาล และสถานศึกษาเกี่ยวกับการจัดทำหลักสูตรเฉพาะทาง และสนับสนุนส่งเสริมให้มีผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารทางการพยาบาล

3. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่ตำแหน่งบริหารของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพ และ เชิงปริมาณ

เอกสารอ้างอิง

จันทร์เพ็ญ พิมพ์พิลา. (2553). *การพัฒนากรอบสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลลำพูน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

เตือนใจ พิทยาวัฒน์ชัย. (2548). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

ธีรพร สติธอังกูร, กนกพร แจ่มสมบุรณ์, สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ, ศิริมา ลีละวงศ์, และหทัยรัตน์ บุญแก้ว. (2562). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย: กรณีศึกษา จังหวัดราชบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(6), 1130-1142.

เนตรพัฒน์ ยาวิราช. (2552). *ภาวะผู้นำและผู้นำเชิงกลยุทธ์* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: ทริปเพิลกรุ๊ป.

บุญใจ สติคนรากร. (2550). *ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลศตวรรษที่ 21*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประคอง กรรณสูต. (2550). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปราณีต ไชยฤกษ์. (2556). *การศึกษาการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

พรนภัส การะเกตุ, ทริยาพรรณ สุภามณี, และบุญพิชชา จิตต์ภักดี. (2563). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์การในพยาบาลรุ่นเจนเนอเรชันวาย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ. *พยาบาลสาร*, 47(2), 356-368.

ภัทรมนัส มณีจิระปรากการ. (2560). ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน : การประยุกต์ใช้ในงานวิจัยทางการบริหารการพยาบาล. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 11(2), 52-60.

วิไลภรณ์ วีระยุทธศิลป์. (2546). *โครงการอบรมความรู้ด้านการบริหารการพยาบาลเพื่อการเตรียมรองรับหัวหน้าหอโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย นครราชสีมา (การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

สภาการพยาบาล. (2556). *สมรรถนะผู้บริหารการพยาบาล*. นนทบุรี: สภาการพยาบาล.

สหัสพร ยืนบุญ. (2562). *ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ตำแหน่งผู้บริหารทาง การพยาบาลระดับต้นที่โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่ง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. มหาวิทยาลัยคริสเตียน, นครปฐม.

อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม. (2550). *การพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล*. เชียงใหม่: ช้างเผือก.

Yamane, Taro. (1973). *Statistics an introductory analysis*. New York: Harper & Row



ใบสมัครสมาชิกวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นามสกุล

มีความประสงค์ ☐ ขอสมัครสมาชิกใหม่ ☐ ขอต่ออายุสมาชิก วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

ตั้งแต่ ปีที่ ฉบับที่ ถึง ปีที่ ฉบับที่

ประเภทสมาชิก ☐ รายปี (2 ฉบับ) เป็นเงิน 300 บาท (รวมค่าจัดส่งภายในประเทศ)

☐ ราย 3 ปี (6 ฉบับ/3 ปี) เป็นเงิน 800 บาท (รวมค่าจัดส่งภายในประเทศ)

สมัครในนาม ☐ ตนเอง ☐ หน่วยงาน ชื่อ

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้ชำระค่าสมาชิก จำนวน บาท (.....) โดย

☐ เงินสด

☐ โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ ธนาคารทหารไทย จำกัด (มหาชน) สาขาโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์

ชื่อบัญชี “วิทยาลัยเซนต์หลุยส์” เลขที่บัญชี 186-2-00542-6

ออกใบเสร็จรับเงินในนาม

การจัดส่งวารสาร / ใบเสร็จ : ชื่อผู้รับ

ที่อยู่

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ มือถือ E-mail:

ลงชื่อ ผู้สมัคร
(.....)

หมายเหตุ : โปรดส่งใบสมัครและหลักฐานการชำระเงินค่าสมาชิกวารสาร (สำหรับการโอนเงิน) มาที่

กองบรรณาธิการวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่ 19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120

โทรศัพท์: 0-2675-5304 -12 โทรสาร: 0-2675-5313 E-mail: jhhm@slc.ac.th

ทั้งนี้สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่ <http://jhhm.slc.ac.th/> หรือที่ <https://tci-thaijo.org/index.php/slc>

สำหรับเจ้าหน้าที่ :

ได้รับเงินแล้วจำนวน บาท เลขที่ใบเสร็จรับเงิน ลงวันที่

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่รับเงิน
(.....)

คำแนะนำในการเตรียมและส่งต้นฉบับบทความ

กองบรรณาธิการวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพขอเชิญผู้สนใจส่งบทความทางวิชาการ บทความปริทัศน์ และบทความวิจัยทางด้านสุขภาพและการจัดการสุขภาพ ที่ครอบคลุมทั้งด้านการบริหาร การศึกษา การบริการ และการวิจัย เพื่อลงตีพิมพ์ในวารสาร โดยบทความที่พิจารณาตีพิมพ์ในวารสารจะต้องเป็นบทความที่มีคุณภาพ ไม่เคยตีพิมพ์หรือเผยแพร่ หรือรอการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารหรือเอกสาร/หนังสือประมวลบทความจากการประชุมทางวิชาการ (proceedings) อื่น ทั้งในรูปของสิ่งพิมพ์หรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์มาก่อน และมีการจัดเตรียมต้นฉบับตามรูปแบบที่วารสารกำหนดไว้

การเตรียมต้นฉบับบทความ มีรายละเอียด ดังนี้

1. **ขนาดของบทความ** บทความมีความยาวประมาณ 7-12 หน้ากระดาษ A4 ที่รวมภาพ ตาราง และเอกสารอ้างอิงแล้ว

2. **องค์ประกอบของบทความ** ประกอบด้วย

2.1 **ส่วนนำ** ได้แก่ ชื่อเรื่อง (title) ชื่อผู้เขียน (authors)/ ผู้วิจัย (researchers) และวุฒิการศึกษาสูงสุดทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พร้อมทั้งตำแหน่ง สถานที่ทำงาน/สถานที่ติดต่อของผู้เขียน/ ผู้วิจัย (กรณีวิทยานิพนธ์ให้ใส่ชื่อ ตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ทำงานของอาจารย์ที่ปรึกษาด้วย) บทคัดย่อ (abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความยาวประมาณ 250 คำ พร้อมมีคำสำคัญ (key word) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อย่างละไม่เกิน 6 คำ และแต่ละคำคั่นด้วยเครื่องหมาย comma “ , ” ระหว่างคำในภาษาอังกฤษ ส่วนภาษาไทยใช้การเว้นวรรคแทนระหว่างคำ

2.2 **ส่วนเนื้อหา** มีดังนี้

2.2.1 **บทความวิชาการและบทความปริทัศน์** ประกอบด้วย คำนำ เนื้อเรื่อง และสรุป

2.2.2 **บทความวิจัย** ประกอบด้วย

1) **บทนำ (introduction)** บอกถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย และเอกสารและงานวิจัยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการวิจัย ซึ่งควรเขียนในรูปของความเรียงให้เป็นเนื้อเดียวกัน วัตถุประสงค์ของการวิจัย และสมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

2) **วิธีดำเนินการวิจัย (research methodology)** ประกอบด้วย รูปแบบการวิจัย ประชากรและตัวอย่างการวิจัย/ ผู้ให้ข้อมูล (กรณีการวิจัยเชิงคุณภาพ) เครื่องมือการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การทดลอง (กรณีการวิจัยเชิงทดลอง) การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล กรณีที่เป็นการวิจัยในมนุษย์ให้ใส่สาระเกี่ยวกับการให้คำยินยอมสำหรับงานวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ถูกวิจัย และหรือการผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

3) **ผลการวิจัย (results)** ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัย

4) **อภิปรายผลการวิจัย (discussion)**

5) **สรุปและข้อเสนอแนะการวิจัย (conclusion and recommendations)**

2.3 ส่วนท้าย ได้แก่ กิตติกรรมประกาศ (acknowledgements) (ถ้ามี) เอกสารอ้างอิง (references) ตามระบบ APA (American Psychological Association) 6th Edition

3. รูปแบบการพิมพ์ มีรายละเอียดการพิมพ์ ดังนี้

3.1 ภาษา ยึดตามหลักการใช้ภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ถูกต้อง กรณีคำศัพท์ภาษาอังกฤษและภาษาไทยให้ยึดตามหลักของราชบัณฑิตยสถานและภาษาทางการที่ใช้

3.2 ตัวอักษร ภาษาไทยและภาษาอังกฤษใช้ตัวอักษรแบบ “TH Sarabun New” ขนาด 16

3.3 การตั้งค่าหน้ากระดาษ กำหนดขอบบนและขอบด้านซ้าย 3 เซนติเมตร ขอบล่างและขอบด้านขวา 2.5 เซนติเมตร ส่วนการพิมพ์ย่อหน้าให้ห่างจากเส้นกั้นขอบกระดาษด้านซ้าย 1.5 เซนติเมตร

3.4 การกำหนดเลขหัวข้อ ควรเรียงลำดับหัวข้อให้ชัดเจนตามลำดับเนื้อหา โดยหัวข้อใหญ่ให้ขีดซ้ายติดเส้นกั้นขอบกระดาษ หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลข เลขข้อระบบทศนิยม เลขตามด้วยวงเล็บ ตัวอักษร และเครื่องหมาย “ - ” กำกับหัวข้อ ตามระดับหัวข้อ ดังตัวอย่างเช่น 1. ... 1.1 ... 1.1.1 ... 1) ... ก. ... (กรณีภาษาไทย) หรือ a. ... (กรณีภาษาอังกฤษ) และ - ... เป็นต้น

3.5 ตารางและภาพประกอบ (tables and illustrations) ให้จัดเรียงลำดับตารางและภาพประกอบให้สอดคล้องกับเนื้อหาตามหมายเลขที่อ้างถึงในบทความ ทั้งนี้ให้ระบุชื่อตารางและภาพประกอบให้ชัดเจน โดยให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตาราง ส่วนชื่อภาพให้ระบุไว้ใต้ภาพ กรณีภาพถ่ายให้ใช้ภาพที่มีความคมชัด มีขนาดอย่างน้อยโปสการ์ด และถ้าเป็นไฟล์ภาพควรใช้นามสกุล JPEGs กรณีภาพวาดให้เขียนลายเส้นให้ชัดเจนด้วยหมึกดำและมีขนาดที่เหมาะสม กรณีนำตาราง หรือภาพของผู้อื่นมาใช้ประกอบเนื้อหา ต้องขออนุญาตจากเจ้าของงานก่อน และให้อ้างอิงแหล่งที่มาได้ตาราง และภาพประกอบนั้นๆ ให้ถูกต้องตามหลักการอ้างอิงตามระบบ APA 6th Edition

3.6 การอ้างอิงในเนื้อหา ให้อ้างอิงแทรกในเนื้อหาตามระบบ APA 6th Edition

การส่งต้นฉบับ

การส่งต้นฉบับสามารถส่งทางอีเมล jhhm@slc.ac.th หรือส่งทางเว็บไซต์วารสารออนไลน์ <https://tci-thaijo.org/index.php/slc> โดยส่งหนังสือแนบบทความเพื่อขอลงตีพิมพ์ในวารสารตามแบบฟอร์มที่กำหนดและไฟล์ต้นฉบับบทความ ทั้งไฟล์ pdf และไฟล์ doc โดยให้ชื่อไฟล์เป็นภาษาอังกฤษ กรณีที่มีผู้เขียนหลายคนจะต้องให้ผู้เขียนทุกคนให้คำยินยอมในการลงตีพิมพ์บทความในหนังสือแนบบทความด้วย แล้วส่งต้นฉบับบทความมาที่กองบรรณาธิการวารสารสุขภาพและการจัดการสุขภาพ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่ 19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กทม. 10120

เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพบทความ

บทความที่ได้รับการพิมพ์เผยแพร่จะต้องได้รับการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชานั้นๆ อย่างน้อย 2 คน โดยกองบรรณาธิการจะเป็นผู้พิจารณาเลือกผู้ทรงคุณวุฒิในการประเมิน และภายหลังการประเมิน กองบรรณาธิการจะเป็นผู้พิจารณาผลการประเมิน และอาจให้ผู้เขียนปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และทรงไว้ซึ่งสิทธิ์

ในการตัดสินใจพิมพ์เผยแพร่บทความในวารสารหรือไม่ก็ได้ โดยทั้งนี้กองบรรณาธิการจะไม่ส่งต้นฉบับคืน

การออกรับทุนการสำหรับผู้เขียน

กองบรรณาธิการจะออกรับทุนการวารสารฉบับที่ผลงานของผู้เขียนได้รับการตีพิมพ์ให้ผู้เขียน จำนวน 3 เล่ม กรณีมีผู้ร่วมเขียนหลายคน จะมอบให้แก่ผู้เขียนชื่อแรกเท่านั้น กรณีที่ผู้เขียนต้องการวารสารมากกว่า 3 เล่ม สามารถสั่งซื้อได้ราคาเล่มละ 150 บาท (รวมค่าจัดส่ง)



หนังสือนำเสนอบทความตีพิมพ์ วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง ขอส่งบทความและการให้ความยินยอมในการตีพิมพ์บทความของผู้เขียน

เรียน บรรณาธิการวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ☐ ต้นฉบับบทความ จำนวน ชุด ☐ ไฟล์ต้นบทความ จำนวน ไฟล์
☐ ไฟล์รูปภาพ จำนวน ภาพ ☐ อื่นๆ (ระบุ)

ข้าพเจ้า นาย/ นาง / นางสาว หมายเลขสมาชิก

สถานที่ติดต่อ

โทรศัพท์ มือถือ โทรสาร

อีเมล

มีความประสงค์ขอส่ง ☐ บทความวิจัย ☐ บทความวิชาการ ☐ บทความปริทัศน์

เรื่อง

..... เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความที่นำมาตีพิมพ์นี้เป็นผลงานที่ข้าพเจ้าจัดทำขึ้นด้วยตนเอง โดยไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารอื่น และ/หรือ Proceeding ในที่ประชุมวิชาการ และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น และข้าพเจ้าให้ความยินยอมในการตีพิมพ์บทความดังกล่าวในวารสารนี้ จึ่งลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ชื่อผู้เขียน/ผู้วิจัยหลัก (ตัวบรรจง) ลายเซ็น

ชื่อผู้เขียน/ผู้วิจัยร่วม (ตัวบรรจง)

1. ลายเซ็น

2. ลายเซ็น

3. ลายเซ็น

4. ลายเซ็น

สำหรับเจ้าหน้าที่

วันที่รับเอกสาร

☐ รับตีพิมพ์ ☐ ไม่รับตีพิมพ์

วันที่ตอบกลับ

ลงตีพิมพ์ ปีที่ ฉบับที่

(.....)

ผู้ส่งบทความ

วันที่ เดือน พ.ศ.

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคุณภาพบทความ วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

ต้นสังกัด

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ.ดร.วิชัย อึ้งพินิจวงศ์
รศ.ดร.สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล
ผศ.ดร.ซัจเจนค์ แพรขาว
ผศ.ดร.อรสา กงตาล

รศ.ดร.พนิชฐา พานิชชีวะกุล
รศ.ผ่องพรรณ อรุณแสง
ผศ.ดร.วันทนา ศิริธราวัตร

มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

ศ.ดร.ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์

ร.ท.หญิง ผศ.ดร.อัญชลี เชี่ยวโสธรคูวอล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รศ.ดร.เปรมทิพย์ ทวีดิธรรม
รศ.ดร.รสลัย กัลยาณพจน์พร

ผศ.ดร.สุจิตรา บุญหยง
รศ.ดร.กัญญดา ประจุศิลป์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ศ.ดร.ดาราวรรณ ตีะปิ่นตา
รศ.ดร.อาทิตย์ พวงมะลิ

ผศ.ดร.นวลลออ ชวินชัย

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

รศ.ดร.สุรตนา อำนวยผล
รศ.ดร.พินัยลัก ตันติลีปกร เอิร์ด

รศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา

มหาวิทยาลัยบูรพา

ศ.ดร.บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์
ผศ.ดร.ฉันทนา จันทวงศ์

รศ.ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ

มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก

ผศ.ดร.พรพรรณ สมิทธิ์ปัญญา

ศ.ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ

มหาวิทยาลัยมหิดล

ศ.ดร.รุจา ภูไพบูลย์
รศ.ดร.มณี อากานันท์กุล
รศ.ดร.วิทยา อยู่สุข
รศ.ดร.รุ่งทิพา วัจนละฐิติ
รศ.ดร.ปัญญารัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา
ผศ.ดร.วัลย์ดา ฉันทะเรืองนิชัย
ผศ.ดร.พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์
ดร.นพวรรณ พินิจจรเดช
รศ.ดร.ปิยธิดา นาคะเกษียร
ผศ.ดร.ประทีป จินนี้
ผศ.ดร.สายธิดา ลาภอนันตสิน
ผศ.ดร.รุ่งฤดี กล้าหาญ

รศ.ดร.ประยูร พงศ์สถิตกุล
รศ.ดร.วรรณะ ชลาชนเดชะ
รศ.ดร.อรวรรณ แก้วบุญชู
รศ.ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา
ผศ.ดร.จตุพร วงศ์ชาติกุล
รศ.ดร.ขวัญใจ อำนางส์ตยเชื้อ
ดร.ชลิต วัชรมรังสิมันต์
รศ.ดร.สุภาพ ไทยแท้
รศ.ดร.อรพนม ศรียุคตศุท
ผศ.ดร.รัมภา บุญสินสุข
ดร.พิชชาดา ประสิทธิ์โชค

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

รศ.สราวุธ สุธรรมสา
รศ.ดร.ศรีศักดิ์ สุนทรไชย
รศ.ดร.วราภรณ์ จันทรวง
รศ.พรทิพย์ กิระพงษ์
รศ.สุดาว เลิศวิสุทธิไพบูลย์
ดร.ชื่นจิตร โพธิ์สัพสุ
ผศ.ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์
ผศ.ดร.ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์

ศ.ดร.บุญทิพย์ สิริรังสี
รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล
รศ.ดร.วาริน เยี่ยมสวัสดิ์กุล
รศ.ดร.มุกดา หนูศรี
รศ.ดร.นิรนาท แสนสา
ผศ.ดร.สิริรัตน์ สุณิชัยเจริญ
ผศ.ดร.อารยา ประเสริฐชัย

ต้นสังกัด	รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	
มหาวิทยาลัยคริสเตียน	ศ.ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย	พ.อ.หญิง ผศ.ดร.นงพิมล นิมิตรอนันท์
	ผศ.ดร.นฤมล ปทุมารักษ์	ผศ.ดร.เนตรชนก ศรีทุมมา
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช	ผศ.ดร.รัตนา จารุวรรณ	ผศ.ดร.สุณี เวชประสิทธิ์
วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ	พ.ต.อ.หญิง รศ.ดร.ทิพย์ฉมพร เกษโกมล	
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก	พลตรีหญิง รศ.ดร.สายสมร เฉลยกิตติ	
นักวิชาการอิสระ	ศ.ดร.ศิริพร จิรวัดน์กุล	รศ.สุจิตรา ลัมอำนวยเลิศ
	รศ.ดร.พรรณราย ทริพย์ประภา	รศ.ฐิติพร อิงคภาววงศ์
	รศ.ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร	ผศ.ดร.พรรณวดี สมกิตติกานนท์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช	ดร.สิริวัฒน์ อายุวัฒน์	ดร.อัสนี วันชัย
วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา	รศ.ดร.จิตรพรรณ ภูษาภักติภาพ	
วิทยาลัยเซนต์หลุยส์	เชอร์ ดร.สมศรี สุขเมธ	รศ.ดร.ดวงเดือน ศาสตรภัทร
	รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย	รศ.ดร.มาลีวัล เลิศสาครศิริ
	รศ.สมพร ชีโนรส	รศ.สุภาวดี เครือโชติกุล
	ผศ.ดร.ผกาวดี พุ่มสุทัศน์	ผศ.ดร.สุวรรณา อนุสันติ
	รศ.ดร.จินตนา อาจสันเทียะ	รศ.ดร.สุวรรณี ละออบกษิณ
	ดร.ปานตา อภิรักษ์นภานนท์	ดร.นงคราญ วงษ์ศรี
	ดร.ชูเกียรติ จากใจชน	ผศ.ดร.สมนึก สกลหงส์โสภณ
	ดร.รัตนภรณ์ ช้อนเปียยุ่ง	ดร.ชาธิปัตย์ เครือพานิชย์
	รศ.พรศิริ พันธสี	รศ.ดร.วราภรณ์ ทิพย์สุวรรณกุล
	รศ.สุรีย์ กฤษเจริญ	ผศ.ณอมศรี อินทนนท์
	ผศ.ดร.ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา	รศ.ดร.กัณฑพร ยอดไชย
	ผศ.ดร.ระวีวรรณ พิไลเกียรติ	รศ.ดร.วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	ผศ.ดร.จรรยา สันตยากร	รศ.ดร.ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์
มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี	ผศ.ดร.วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย	
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี	ผศ.ดร.พรรณวิภา บรรณเกียรติ	
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม	รศ.เจษฎา บุญมาโฮม	
วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์	รศ.ดร.อรพรรณ โตสิงห์	รศ.ดร.รุ่งนภา ภาณิตรัตน์
มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง	ผศ.ดร.พัฒนสิน อารีอุดมวงศ์	ผศ.ดร.โสภณพรหม อินตะเผือก
มหาวิทยาลัยปทุมธานี	ผศ.ดร.วลัยนารี พรหมลา	
มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ	อาจารย์ดร.ชัชวาล วงศ์สารี	
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม	อาจารย์ดร. สุทธิชาติรัตน์ เจริญพงศ์	



สถาบันอุดมศึกษาเอกชนชั้นนำในอาเซียน มุ่งผลิตบัณฑิตที่ปฏิบัติวิชาชีพด้วยความรู้ คู่ความดี
A leading ASEAN private higher educational institute producing compassionate graduates who possess academic excellence and professional ethical values.



เปิดรับสมัครนักศึกษาใหม่ ระดับปริญญาตรี

รับสมัครตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

มีทุนการศึกษาสำหรับผู้เรียนดีในระดับปริญญาตรีทุกหลักสูตร

คณะพยาบาลศาสตร์

- หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
- หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
- สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล

คณะกายภาพบำบัด

- หลักสูตรกายภาพบำบัดบัณฑิต

คณะจิตวิทยา

- หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต
- วิชาเอกจิตวิทยาคลินิก
- วิชาเอกจิตวิทยาการปรึกษา
- วิชาเอกจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ



วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

19 ถนนสารใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
โทรศัพท์ 02-675-5304 ถึง 12 โทรสาร 02-675-5313



www.slc.ac.th



@SLC2528
www.facebook.com/SLC2528