



BUU
BURAPHA UNIVERSITY
WISDOM OF THE EAST

NURSE
FACULTY OF NURSING
คณะพยาบาลศาสตร์

วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

The Journal of Faculty of Nursing Burapha University

Vol. 30 No. 1

January – March 2022

ISSN 0858 - 4338 (Print)

ISSN 2774 - 1214 (Online)



งานวารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
169 ถนนลาดพร้าว แขวง ด.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20130
โทร. 038-102-822 แฟกซ์ 038-393-476
E-MAIL : JNURSE@NURSE.BUU.AC.TH

วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

The Journal of Faculty of Nursing, Burapha University

ที่ปรึกษาวารสารฯ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์ มหาวิทยาลัยบูรพา

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร พุ่มดวง	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิดาสุขภูมิ ทูลศิริ	มหาวิทยาลัยบูรพา
รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล	มหาวิทยาลัยบูรพา
รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ	นักวิชาการอิสระ ข้าราชการบำนาญ
รองศาสตราจารย์ ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ	มหาวิทยาลัยบูรพา
รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์	มหาวิทยาลัยบูรพา
รองศาสตราจารย์ ดร.ทัศน์ี ประสภิตติคุณ	มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.ภัทรภรณ์ พุ่งปันคำ	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองศาสตราจารย์ ดร.พรรณพิไล ศรีอาภรณ์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา	นักวิชาการอิสระ ข้าราชการบำนาญ
รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช บุญยัง	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Professor Dr. Edwin Rosenberg	Appalachian State University, USA

ฝ่ายจัดการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สาวิตรี หลักทอง มหาวิทยาลัยบูรพา

ฝ่ายจัดการและเลขานุการ

นายเอกรินทร์ สามา มหาวิทยาลัยบูรพา

ผู้จัดการวารสาร/การส่งเรื่องตีพิมพ์/ การขอรับเป็นสมาชิก

นางดรุณี ชมศรี
นายเอกรินทร์ สามา
e-mail : journal@nurse.buu.ac.th
โทรศัพท์ 038-102822

กำหนดการออก ราย 3 เดือน (ปีละ 4 ฉบับ)

ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม
ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน
ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน
ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม

อัตราค่าตีพิมพ์บทความ

ค่าตีพิมพ์ภาษาไทย 2,000 บาท
ค่าตีพิมพ์ภาษาอังกฤษ 3,000 บาท

พิมพ์ที่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
169 ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี (20131)
โทรศัพท์ 038-102822
โทรสาร 038-393476

สำนักงาน

งานวารสารคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
169 ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี (20131)
โทรศัพท์ 038-102822
โทรสาร 038-393476

วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เป็นวารสารเพื่อเผยแพร่ความรู้และประสบการณ์ทางวิชาการ สาขาการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพอื่นๆ รวมทั้งเผยแพร่ผลงานวิจัย อันเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล และการประชาสัมพันธ์วิชาชีพพยาบาล โดยผ่านการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น จำนวน 3 ท่าน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เขียนจะไม่ทราบชื่อของแต่ละฝ่าย (Double-Blind Review)

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการ หรือ บทความวิจัย ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรอง และลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์
2. บทความปริทัศน์ บทความพิเศษ และปกิณกะ

สารจากกองบรรณาธิการ

กองบรรณาธิการวารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเชิญนักวิจัยทางการพยาบาลและศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ ส่งบทความทางวิชาการเพื่อลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร บทความที่จะส่งลงตีพิมพ์ต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ หรือไม่เคยตีพิมพ์ด้วยภาษาอื่นๆ หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ ในวารสารอื่นมาก่อน ต่ฉบับบทความทุกเรื่องจะได้รับการประเมินก่อนการตีพิมพ์ (Peer review) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และต้องผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากบรรณาธิการวารสารก่อนที่จะลงตีพิมพ์

วิสัยทัศน์

“สถาบันแห่งการพลิกโฉมทางการศึกษาและวิจัยทางการพยาบาล เพื่อรับมือสภาวะสุขภาพที่ท้าทายอย่างยั่งยืนและเป็นสากล”

VISION

“Transforming Nursing Education and Research, Responding to Healthcare Challenges Internationally and Sustainably”

ค่านิยมองค์กร (Core Value)

- N = Novelty : สร้างสรรค์
U = Unity : เป็นหนึ่งเดียว
R = Respect : ยอมรับกัน
S = Smart : รอบรู้
E = Excellence : สู่วิทยายุคใหม่



วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

THE JOURNAL OF FACULTY OF NURSING BURAPHA UNIVERSITY

ปีที่ 30 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2565 Vol. 30 No. 1 January - March 2022

สารบัญ

		หน้า
• ประสพการณ์การจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้สำเร็จของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2	นงนุช โอบะ	1-13
• การประเมินโปรแกรมพัฒนาศักยภาพพยาบาลพี่เลี้ยง โรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร	นวรรตน์ ชูติปัญญาภรณ์ พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย อภิญญา จำปามูล รัชตวรรณ ศรีตระกูล มาริสสา ไกรฤกษ์ สมปรารถนา ดาผา เหรียญทอง วงษ์สุดตา มัลลิกา ทัดมาลา	14-27
• ผลของการจัดการเรียนรู้ผ่านกระบวนการสะท้อนคิดต่อพฤติกรรม การสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล	ชลธิชา ชลสวัสดิ์ มยุรี แก้วจันทร์ ปาณิสรา ไกรวงษ์ วิวัน แซ่คุ่ม	28-38
• ผลของโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการต่อภาวะโภชนาการ ของผู้ป่วยแผลไหม้ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	เพียงเพ็ญ บุขมมงคล	39-48
• ระบบและกลไกเพื่อรองรับสังคมสูงวัยระดับตำบล	อุมาพร เคนศิลา นลินี เกิดประสงค์ จันทิมา นวมะวัฒน์	49-63
• ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์	นฤมล วัลลภารกิจ	64-76
• การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแล สุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)	ศิริกัทธรา จุฑามณี ณิชากุล พิชาชาญ นวลไย พิเศษชาติ ดุชนัน บุญพิทักษ์สกุล	77-87
• ประสิทธิภาพของการจัดกิจกรรมสุขศึกษาตามทฤษฎีความสามารถ ของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่หรือเล็กทรอนิกส์ของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดนนทบุรี	อรณิชา ชำนาญศิลป์ เอมอชฌา วัฒนบุรณนัท	88-100
• ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี	อัสมีรา มะเก จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส ชนัดดา แนนเกษร	101-112
• สมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาล ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในโรงพยาบาลตติยภูมิ	อมรทิพย์ อังกูร์ภักตร์วัฒน์ พัชรภรณ์ อารีย์ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย	113-125

ประสบการณ์การจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้สำเร็จของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2

นนนุช โอบะ, กศ.ด.^{1*} นวรัตน์ ชูติปัญญาภรณ์, พย.ม.²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์การจัดการตนเองเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้ให้ข้อมูลคัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการโรงเรียนเบาหวาน บางระกำภูมิลโมเดล ได้รับการรักษาโดยรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดมีระดับเอวันซี น้อยกว่า 7% จำนวน 13 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง มีการสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า การจัดการตนเองที่ลดระดับน้ำตาลในเลือดได้สำเร็จประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) การจัดการทางการแพทย์ ได้แก่ (1) รับประทานยาสม่ำเสมอและไปตรวจตามนัด (2) รับประทานแป้งกับน้ำตาลน้อย และออกกำลังกายร่วมด้วย และ (3) ระวังไม่ให้เกิดน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำอีก 2) การจัดการกับบทบาท ได้แก่ (1) ทำงานในอาชีพเดิมได้ และ (2) เมื่ออายุมากขึ้นหรือมีโรคแทรกซ้อนต้องทำงานน้อยลง และ 3) การจัดการกับอารมณ์ ได้แก่ (1) พยายามไม่เครียดและทำใจให้ได้ และ (2) คิดบวกเพื่อสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ประสบการณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดนี้ สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: ประสบการณ์การจัดการตนเอง เบาหวานชนิดที่ 2 ระดับเอวันซี การวิจัยเชิงคุณภาพ

¹ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบางระกำ อ.บางระกำ จ.พิษณุโลก

* ผู้เขียนหลัก e-mail: nongnut@nu.ac.th

The Successfully Experiences of Self-Management for Controlling Plasma Glucose among People with Type 2 Diabetes Mellitus

Nongnut Oba, Ph.D.^{1*}, Navarat Chutipanyaporn, M.N.S.²

Abstract

This qualitative research aimed to describe the successful self-management experiences for controlling plasma glucose among people with type 2 diabetes mellitus. Purposive sampling was used to select 13 people with type 2 diabetes mellitus, who had attended Bang Rakam Diabetes Academy PUWADOL Model, received hypoglycemic agents, and had A1C < 7%. A semi-structured in-depth interview was the research instrument used for data collection. The trustworthiness of the information was established. Content analysis was used for data analysis.

The findings revealed that the participants' successful experiences of self-management could be classified in three themes. The first was medical management: (1) taking medication regularly and attending follow-up visits, (2) eating low-sugar starches and exercising, and (3) avoiding hypoglycemia recurrence. The second was role management: (1) being able to continue working in the same occupation, and (2) reducing or ceasing hard work due to age and disease complications. The third was emotional management: (1) staying calm, and (2) positive thinking as motivation for continued self-care. These successful experiences of self-management for controlling plasma glucose among people with type 2 diabetes should inform health team personnel and be applied by them in the further development of effective glycemic control of diabetes.

Key words: Self-management experiences, type 2 diabetes, A1C, qualitative research

¹ Associate Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University

² Professional nurse, Bang Rakam Hospital, Bang Rakam District, Phitsanulok Province

* Corresponding author e-mail: nongnut@nu.ac.th

ความสำคัญของปัญหา

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขเกือบทุกประเทศทั่วโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 95 เกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่ผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอ ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ถ้าเป็นโรคเบาหวานนานเกิน 5 ปี และได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายต่อชีวิตและมีค่าใช้จ่ายสูง เช่น ไตวาย ตาบอด ถูกตัดเท้าหรือขา โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจ การเป็นโรคเบาหวานจึงมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลที่เป็นโรค เศรษฐกิจของครอบครัว และประเทศชาติ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต้องควบคุมระดับเอวันซี (A_{1c}) ในเลือดให้อยู่ระดับต่ำกว่าร้อยละ 7 โดยรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดและปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน (The Royal Colleague of Physicians of Thailand et al., 2019) จากข้อมูลของของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีเพียงร้อยละ 34.13 และต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพการบริการของ Non-communicable disease clinic plus ซึ่งแสดงว่า การจัดการโรคเบาหวานของสถานบริการต่าง ๆ ยังไม่ถึงเป้าหมายตามเกณฑ์คุณภาพที่กำหนด (Health Data Center, 2021)

โรงพยาบาลบางระกำจังหวัดพิษณุโลกเป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก มีการจัดคลินิกบริการโรคเรื้อรัง ซึ่งมีบริการตรวจรักษาโรคเบาหวานตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ในปี พ.ศ. 2560 เปิดโรงเรียนเบาหวานบางระกำภูวดลโมเดล เพื่อดำเนินการอบรมและเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งพบว่าทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถจัดการตนเองโดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตส่งผลทำให้ระดับเอวันซีของผู้ป่วยลดลงอยู่ในระดับน้อยกว่าร้อยละ 7 ได้ (Polpuak & Chutipanyapron, 2018; Polpuak, Chutipanyapron, & Kreadmongkol, 2018) ซึ่งทำให้ตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้ดีในปี 2562-2563 ของโรงพยาบาลบางระกำสูงขึ้น มีค่าเท่ากับ ร้อยละ 33.25 และ 36.59 ตามลำดับ (Health Data Center, 2021) การดำเนินการนี้ทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลเป็นไปอย่างมีคุณภาพมากขึ้น และเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลด้วย ดังนั้นวิธีการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ดีขึ้นนี้จึงเป็นสิ่งสำคัญ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีวินัยในตนเองในการปรับตัวทั้งการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการดูแลเท้า (Wanchai, Totharung, & Meebunmark, 2020) การเปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำเปล่า การออกกำลังกาย การรับประทานยาอย่างถูกต้อง การมีแหล่งข้อมูลในการดูแลตนเอง เป็นพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้สำเร็จ (Norabin, Chanpen, & Sowat, 2020) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดีกว่าโดยรับประทานยาถูกต้อง ร้อยละ 84.6 และไปตรวจตามนัดร้อยละ 76.9 ซึ่งสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (Panyathorn, Tajang, Sriboonpimsuay, & Trongsi, 2020) ซึ่งได้มีการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาใช้ในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรค รวมทั้งโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดย Lorig and Holman (2003) กล่าวว่า การจัดการตนเอง (Self-management) เป็นที่บุคคลสามารถเรียนรู้ได้โดยการเสริมแรงอย่างเป็นระบบ และเป็นกระบวนการเรียนรู้การปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งสะท้อนถึงการจัดการที่นำไปสู่ความสำเร็จในการควบคุมอาการและความรุนแรงของโรคของผู้ป่วย มีวิธีการจัดการ 3 ประเด็น ได้แก่ การจัดการทางการแพทย์ (Medical management) การจัดการกับบทบาท (Role management) และการจัดการกับอารมณ์ (emotional management) จากงานวิจัยกึ่งทดลอง พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองเป็น 4 เดือน กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมจัดการตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมและมีระดับ A1C ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ของ (Jaisit, Meetam, & Kamkan, 2017; Potirud, Pranfan, & Song Kror, 2020) ซึ่งแสดงว่า แนวคิดการจัดการตนเองมีประโยชน์ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

จากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นศึกษาการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับคำแนะนำทางการรักษา มีส่วนน้อยที่ศึกษาการจัดการกับบทบาทและการจัดการกับอารมณ์ของผู้ป่วย การวิจัยนี้จึงศึกษาประสบการณ์การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ของโรงเรียนเบาหวานบางระกำภูมิลีโมเดล ในด้านการจัดการทางการแพทย์ การจัดการกับบทบาท และการจัดการกับอารมณ์ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งจะก่อให้เกิดความเข้าใจถึงการเรียนรู้และวิธีการจัดการตนเองจนประสบความสำเร็จตามมุมมองของผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้บุคลากรทีมสุขภาพนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยเบาหวานที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้สำเร็จของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig and Holman (2003) มาเป็นแนวทางในการวิจัย โดยศึกษาพฤติกรรมการเรียนรู้และวิธีการจัดการกับอาการและปัญหาที่เกิดขึ้น ตลอดจนการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และบุคลากรทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับ A1C ให้อยู่ในระดับน้อยกว่า 7% ได้สำเร็จ ใน 3 ประเด็น ได้แก่ การจัดการทางการแพทย์ (Medical management) การจัดการกับบทบาท (Role management) และการจัดการกับอารมณ์ (Emotional management)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้สำเร็จของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนเบาหวานบางระกำภูมิลีโมเดล ของโรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผู้ให้ข้อมูล เลือกแบบเจาะจง (Purposeive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติ คือ เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลบางระกำที่เข้าร่วมโครงการโรงเรียนเบาหวานบางระกำภูมิลีโมเดล มีระดับ A1C น้อยกว่า 7% ในปีงบประมาณ 2563 มีเกณฑ์การคัดออกคือ มีการปรับเปลี่ยนชนิดและขนาดยาในระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนเบาหวานบางระกำภูมิลีโมเดล เมื่อเก็บข้อมูลจนอิ่มตัวแล้วมีผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 13 คน โดยไม่มีผู้ใดถูกคัดออกจากโครงการวิจัย

เครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการวิจัยโดยมีการเตรียมความพร้อมก่อนดำเนินการวิจัยโดยการเข้าฝึกอบรมเทคนิคการวิจัยเชิงคุณภาพทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ และเตรียมความพร้อมด้านเนื้อหาโดยศึกษาแนวคิดการจัดการตนเอง และการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของงานวิจัยนี้ มี 3 ประเภท ได้แก่ 1) แนวสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured in-depth interview) เป็นข้อคำถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ (1) คำถามด้านการจัดการทางการแพทย์ เป็นข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความรู้จากการเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนเบาหวานบางระกำภูมิลีโมเดล พฤติกรรมรับประทานยาตามระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรมรับประทานอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย การจัดการกับอาการหิวบ่อย ปัสสาวะบ่อย เวียนศีรษะ ใจหวิว คล้ายเป็นลม การแก้ไขปัญหาน้ำตาลในเลือดสูงแบบวิกฤต/น้ำตาลในเลือดต่ำ/ลิ้มรับประทานครบ/ไม่มีเวลาออกกำลังกาย/เครียดจัด บุคลากรทางสุขภาพและครอบครัวให้การช่วยเหลืออย่างไรเมื่อต้องการความช่วยเหลือ (2) คำถามด้านการจัดการกับบทบาท เป็นข้อคำถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับ

ความคิดเห็นของครอบครัวและปัญหาด้านบทบาทเมื่อเป็นโรคเบาหวาน การแก้ไข/การจัดการกับปัญหาด้านบทบาท ผู้ช่วยเหลือและสนับสนุนการแก้ไข/การจัดการด้านบทบาท และ (3) คำถามด้านการจัดการกับอารมณ์ เป็นข้อคำถาม มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์เมื่อเป็นโรคเบาหวาน การแก้ไข/การจัดการกับปัญหาด้านอารมณ์ ผู้ช่วยเหลือและสนับสนุนการแก้ไข/การจัดการด้านอารมณ์ ซึ่งสร้างตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig and Holman (2003) 2) เทปบันทึกเสียง ใช้บันทึกเสียงขณะทำการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยผู้วิจัยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูล ในการบันทึกเทปควบคู่ไปกับการจดบันทึก และ 3) บันทึกภาคสนาม

การตรวจสอบคุณภาพของแนวสัมภาษณ์เชิงลึกใช้การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับแนวคิดการจัดการตนเอง 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การวิจัยเชิงคุณภาพและให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 2 ท่าน ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะไปปรับปรุง และนำไปสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลชุมชนที่มีลักษณะคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจำนวน 5 คน เพื่อประเมินความเข้าใจในการตอบ และผู้วิจัยนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก เลขที่ 019-2563 วันที่ 17 สิงหาคม 2563 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยคำนึงถึงการเป็นส่วนตัวและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมที่ไม่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ให้ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยโทรศัพท์เชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดีเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยเดินทางไปพบผู้ให้ข้อมูลที่บ้านโดยมีอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้นำทาง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัยและการปฏิบัติตนของผู้ให้ข้อมูล และขอให้ผู้ให้ข้อมูลเซ็นคำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พร้อมขออนุญาตบันทึกเทปการสัมภาษณ์และจดบันทึก โดยใช้เวลาคนละ 45-60 นาที เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วทำการถอดเทปโดยทีมวิจัย 2 คน ดำเนินการสร้าง ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) ตามเทคนิค 4 ประการของ Guba and Lincoln (1989) ประกอบด้วย 1) ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Credibility) โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์การจัดการตนเองจนสามารถควบคุมระดับเอวันซีได้ต่ำกว่าร้อยละ 7 ผู้วิจัยเขียนบันทึกสื่อนำทางของผู้ให้ข้อมูลขณะสัมภาษณ์ ก่อนยุติการสัมภาษณ์จะมีการตรวจสอบข้อมูลโดยผู้วิจัยสรุปเรื่องราวเพื่อยืนยันความถูกต้อง 2) การสืบทอดได้ (Transferability) โดยผู้วิจัยพยายามค้นหาความจริงโดยใช้คำถามล้วงลึกถึงวิธีการจัดการด้านต่าง ๆ อย่างครบถ้วนกับผู้ให้ข้อมูลทุกคน 3) ความคงที่ของข้อมูล (Dependability) ผู้วิจัยหลักเป็นผู้สัมภาษณ์คนเดียวส่วนผู้ร่วมวิจัยทำหน้าที่ตรวจสอบคำตอบจากข้อค้นพบให้ตรงกับความจริงมากที่สุด และ 4) การยืนยันข้อมูลได้ (Confirmability) ข้อมูลจากการสัมภาษณ์สามารถยืนยันแหล่งที่มาของข้อมูลตามความเป็นจริงโดยผู้วิจัยบันทึกเป็นรหัสในการจัดเก็บบทสัมภาษณ์ การรวบรวมข้อมูลสิ้นสุดลงเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว รวมทั้งผู้วิจัยเกิดความเข้าใจประสบการณ์ที่ศึกษานั้นอย่างชัดเจน และครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยประยุกต์ใช้วิธีของ แวนมานเนน (Van Manen, 1990; Oumtane, 2016) 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ค้นหาประสบการณ์ชีวิต (ปรากฏการณ์) โดยอ่านคำสัมภาษณ์หลาย ๆ รอบ เพื่อพิจารณาและทำความเข้าใจกับการจัดการด้านต่าง ๆ ของผู้ให้ข้อมูล 2) สืบค้นข้อเท็จจริงของประสบการณ์โดยอ่านบทสนทนาและอ่าน field note ด้วย จากนั้นหาความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดการวิจัย ป้ายข้อความสำคัญ พร้อมกับเขียนกำกับรหัสด้านขวามือของบทสนทนา 3) สะท้อนปรากฏการณ์โดยนำข้อความที่แยกไว้ มากำหนดหมวดหมู่ วิเคราะห์เปรียบเทียบหาความสัมพันธ์แล้วนำไปแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ร่วมวิจัย

4) เขียนข้อสรุปที่ได้จากการศึกษาโดยเรียบเรียงและสังเคราะห์เป็นประโยชน์ที่เป็นโครงสร้างประสบการณ์และข้อความตัวอย่างประกอบ 5) ตรวจสอบความตรงของข้อค้นพบตามสาระที่ได้และขอให้ผู้ให้ข้อมูลช่วยตรวจสอบความถูกต้องและเพิ่มเติมข้อมูล และ 6) นำเสนอประเด็นหลักและประเด็นรองที่อธิบายประสบการณ์การจัดการทั้ง 3 ด้าน

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 13 คน เพศชาย จำนวน 1 คน (ร้อยละ 7.69) เพศหญิงจำนวน 12 คน (ร้อยละ 92.31) อายุเฉลี่ย 67.38 ± 7.43 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาจำนวน 11 คน (ร้อยละ 84.62) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง เกษตรกร และแม่บ้านจำนวนเท่ากันคือร้อยละ 30.77 มีค่าเฉลี่ยระดับเฮโมโกลบิน A1C เท่ากับ $6.92 \pm 3.04\%$ และระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานเฉลี่ยเท่ากับ 6.43 ± 0.57 ปี

ผลการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้สำเร็จของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก 1) การจัดการทางการรักษา ได้แก่ (1) รับประทานยาสม่ำเสมอและไปตรวจตามนัด (2) รับประทานแป้งกับน้ำตาลน้อยและออกกำลังกายร่วมด้วย และ (3) ระวังไม่ให้น้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำอีก 2) การจัดการกับบทบาท ได้แก่ (1) ทำงานในอาชีพเดิมได้ และ (2) เมื่ออายุมากขึ้นหรือมีโรคแทรกซ้อนต้องทำงานน้อยลง และ 3) การจัดการกับอารมณ์ ได้แก่ (1) พยายามไม่เครียดและทำให้ใจให้ได้ และ (2) คิดบวกเพื่อสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ดังรายละเอียด ดังนี้

1. การจัดการทางการรักษา ประกอบด้วย 3 ประเด็น ได้แก่ 1) รับประทานยาสม่ำเสมอและไปตรวจตามนัด ประกอบด้วย เก็บยารักษาโรคเบาหวานไว้ในที่มองเห็นง่าย รับประทานยาลดน้ำตาลในเลือดไม่เคยขาด ไปเจาะเลือดและรับยาโรคเบาหวานตามนัดทุกครั้ง 2) รับประทานแป้งกับน้ำตาลน้อยและออกกำลังกายร่วมด้วย ประกอบด้วย รับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตในสัดส่วนที่น้อยกว่าอาหารประเภทอื่น งดเครื่องดื่มที่มีพลังงานสูง และออกกำลังกายแบบแอโรบิคอย่างสม่ำเสมอ และ (3) ระวังไม่ให้น้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำอีก ประกอบด้วย เรียนรู้วิธีการแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และต้องป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำไม่ให้เกิดซ้ำอีก

1.1 รับประทานยาสม่ำเสมอและไปตรวจตามนัด ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่า เก็บยารักษาโรคเบาหวานไว้ในที่มองเห็นง่าย รับประทานยาลดน้ำตาลในเลือดไม่เคยขาด ไปเจาะเลือดและรับยาโรคเบาหวานตามนัดทุกครั้ง เป็นการจัดการทางการรักษาที่ปฏิบัติเป็นประจำจึงทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ดังคำพูดดังนี้

“กินยาไม่เคยขาด เก็บยาไว้ในครัวเพราะสะดวกที่ต้องกินหลังอาหารเช้าเย็น 10 นาฬิกา ฉันไม่เคยผัดผ่อนไปรับยาเลย” (ID1 ผู้หญิงอายุ 72 ปี) “กินยาหลังอาหาร 15 นาฬิกา ไม่เคยลืมกินยา ไปไหนจะพกยาไปด้วย ลูกพาไปตรวจตามนัดทุกครั้ง” (ID 7 ผู้หญิงอายุ 67 ปี) “ตอนน้ำตาลสูง 258 หมอบอกถ้าไม่ลดจะต้องฉีดอินซูลิน ฉันจึงพยายามกินมาเจาะเลือดและรับยาประจำไม่เคยขาดยาเลย ตอนนี้น้ำตาลลงเหลือ 114” (ID 11 ผู้หญิงอายุ 71 ปี) “เคยลืมกินยาครั้งหนึ่ง เลื่อนไปกินตอนเย็น ถ้าไม่ไปเจาะเลือดและตรวจตามวันนัด ตอนบ่ายหมอ (หมายถึงพยาบาลที่คลินิก) จะโทรไปตามให้มาเจาะเลือดและรับยาวันรุ่งขึ้น” (ID13 ผู้หญิงอายุ 61 ปี)

1.2 รับประทานแป้งกับน้ำตาลน้อยและออกกำลังกายร่วมด้วย ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า รับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตในสัดส่วนที่น้อยกว่าอาหารประเภทอื่น งดเครื่องดื่มที่มีพลังงานสูง และออกกำลังกายแบบแอโรบิคอย่างสม่ำเสมอ เป็นการจัดการทางการรักษาที่ปฏิบัติเป็นประจำ ซึ่งทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติ ดังคำอธิบายดังนี้

“ฉันกินข้าวตอนเช้ามาก ๆ ตอนเย็นกินน้อย ๆ ตามที่หมอสอน กินครบ 3 มื้อ กินผักที่ปลูกเองมาก ๆ นมดื่มชนิดมีน้ำตาลน้อย ผลไม้ลูกเล็กกิน 1-2 ลูก ถ้าลูกใหญ่กินแค่ 5 คำ ขนมหวานนาน ๆ กินที” (ID 5 ผู้หญิงอายุ 66 ปี) “กินข้าวน้อย ๆ กิน 3 มื้อ ผลไม้ต้องกินน้อย ๆ 1 ลูก หรือครึ่งลูกเท่านั้น ขนมกรอบแกรบ ขนมหวาน กะทิไม่กิน ฉันปั่นจักรยานอยู่กับที่ 1,000 รอบ ปกติทำวันละรอบ ถ้ามีเวลาจะปั่นเข้าเย็น” (ID 7 ผู้หญิงอายุ 67 ปี) “กินน้อยลง

กินให้หายอยาก ข้าวกินน้อย แดงโมกินบ้าง ออกกำลังกายต้องทำทุกวันถ้าไม่ทำจะปวดเมื่อย ฉันชอบขี่จักรยานไปรอบ ๆ หมู่บ้าน 30 นาทีทุกวัน” (ID 4 ผู้หญิงอายุ 61 ปี) “หลังเข้าโรงเรียนเบาหวาน งดชาเขียวและกาแฟหรือวันหันมาดื่มกาแฟดำ กินข้าวมีธัญ 1 ท็อปปิด ๆ ตอนเย็นกินไข่ต้ม กินแอปเปิ้ลและกล้วยวันละแค่ 1 ลูก ฉันดื่มน้ำมะนาวอุ่น ๆ เติมน้ำวันละ 4 ลิตร” (ID 11 ผู้หญิงอายุ 71 ปี)

1.3 ระวังไม่ให้เกิดน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำอีก ผู้ให้ข้อมูลบอกว่า เรียนรู้วิธีการแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำต้องป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำไม่ให้เกิดซ้ำอีก เป็นการจัดการทางการแพทย์ที่ต้องป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำอีก ดังคำพูดดังนี้

“เคยมีอาการน้ำตาลต่ำ อาการใจสั่น ใจหวิว ฉันขับรถกลับบ้านทันที รับประทานข้าวไล่ปากเคี้ยวเลย อาการดีขึ้น ตอนนี้อยากกินไปทำงานด้วยตลอดและต้องกินข้าวก่อนไปนอน” (ID 5 ผู้หญิงอายุ 66 ปี) “เคยมีน้ำตาลต่ำ ไม่รู้สึกตัวเลยต้องไปนอนโรงพยาบาล 1 คืน ตอนนี้อยากนอนคนเดียว ต้องให้หลานนอนด้วย และช่วยปลุกตอนเช้า” (ID 8 ผู้หญิงอายุ 66 ปี) “เคยมีน้ำตาลต่ำเหวี่ยงออกเป็นลม รับประทาน เจาะเลือดเหลือ 60 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ รับประทานยาเบาหวาน น้ำตาลกลับมา 90 ฉันกลัวมากเวลาไปทำงานต้องให้สามีไปด้วย” (ID 13 ผู้หญิงอายุ 61 ปี)

2. การจัดการกับบทบาท แบ่งออกเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ 1) ทำงานในอาชีพเดิมได้ ประกอบด้วย เป็นโรคเบาหวานยังทำงานหนักได้ และไม่ต้องเปลี่ยนอาชีพ และ 2) เมื่ออายุมากขึ้นและมีโรคแทรกซ้อนต้องทำงานน้อยลง ประกอบด้วย อายุมากขึ้นต้องลดทำงานหนัก และเมื่อมีโรคแทรกซ้อนต้องปรับการทำงาน

2.1 ทำงานในอาชีพเดิมได้ ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่าเป็นโรคเบาหวานยังทำงานหนักได้ และไม่ต้องเปลี่ยนอาชีพ เป็นการจัดการกับบทบาทหลังจากที่รู้ว่าเป็นโรคเบาหวาน ดังคำพูดดังนี้

“พอรู้ว่าเป็นเบาหวาน ฉันยังทำงานรับจ้างเกี่ยวข้าว และรับจ้างทั่วไปเหมือนเดิม” (ID 12 ผู้ชายอายุ 60 ปี) “รู้ว่าเป็นเบาหวานยังไปทำงานได้ ตอนนี้อย่างไปทำงานเหมือนเดิม” (ID 3 ผู้หญิงอายุ 62 ปี) “ตอนเป็นเบาหวานใหม่ ๆ ยังไปทำงานรับจ้าง ไม่ได้เปลี่ยนอาชีพ” (ID 1 ผู้หญิงอายุ 72 ปี) “หลังจากรู้ว่าเป็นเบาหวานก็ยังไปทำงานเหมือนเดิม” (ID 6 ผู้หญิงอายุ 65 ปี)

2.2 เมื่อมีอายุมากขึ้นหรือมีโรคแทรกซ้อนต้องทำงานน้อยลง ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า อายุมากขึ้นต้องลดทำงานหนัก และเมื่อมีโรคแทรกซ้อนต้องปรับการทำงาน เป็นการจัดการกับบทบาทปรับเปลี่ยนไป ดังคำพูดดังนี้

“ฉันเป็นเบาหวานมา 12 ปีแต่เมื่อปีที่แล้ว อายุ 61 ปี กำลังน้อยลง และปวดขามากเวลาขึ้นบันได ลูกหลานมีงานทำไม่มีใครกลับมาทำมาเลย ฉันก็ให้เขาเช่าที่นาไป” (ID 3 ผู้หญิงอายุ 62 ปี) “เป็นเบาหวานตั้งแต่อายุ 50 ปี เป็นได้ 4-5 ปี ก็เป็นโรคไต มีอาการเพลียบ่อย ๆ หมอแนะนำเรื่องอาหารที่ต้องควบคุมหลายอย่าง ฉันไปทำงานรับจ้างไม่ไหว ตอนนี้อยากทำงานกวาดบ้านถูบ้าน รดน้ำต้นไม้” (ID 1 ผู้หญิงอายุ 72 ปี) “เป็นเบาหวานมา 10 ปี เมื่อ 2 ปีก่อนตอนอายุ 63 ปี เริ่มมีอาการตาพร่ามัว หมอบอกเบาหวานขึ้นตา และเรี่ยวแรงก็ลดน้อยลง เลยยกที่นาให้ลูกไปทำ” (ID 6 ผู้หญิงอายุ 65 ปี)

3. การจัดการกับอารมณ์ พบ 2 ประเด็น ได้แก่ 1) พยายามไม่เครียดและทำใจให้ได้ ประกอบด้วย พุดคุยกับคนที่โรคเดียวกัน ทำงานหรือกิจกรรมเพื่อไม่ให้คิดมาก ทำใจให้ได้เพราะมีयरักษา และ 2) คิดบวกเพื่อสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย อยากรอยู่กับลูกหลานนาน ๆ และแชร์ประสบการณ์ให้คนอื่น และต้องดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ

3.1 พยายามไม่เครียดและทำใจให้ได้ ผู้ให้ข้อมูลบอกว่า พุดคุยกับคนที่โรคเดียวกัน ทำงานหรือกิจกรรมเพื่อไม่ให้คิดมาก ทำใจให้ได้เพราะมีयरักษา เป็นการจัดการกับอารมณ์ที่ช่วยลดความเครียดลงได้ ดังคำพูด ดังนี้

“ตอนเป็นใหม่ ๆ เครียดมาก คิดน้อยใจว่าทำไม แต่พอไปโรงพยาบาลเห็นมีคนเป็นโรคนี้เยอะมากก็ได้คุยกันและสบายใจขึ้น” (ID 1 ผู้หญิงอายุ 72 ปี) “ตอนเป็นเบาหวานใหม่ ๆ เครียดมาก คิดมาก ทำไมไม่เป็น พ่อแม่ก็ไม่เป็น นานครั้งถึงทำใจได้ เดี๋ยวนี้คิดได้แล้ว ถึงเวลาที่ต้องไป” (ID 8 ผู้หญิงอายุ 66 ปี) “ตอนเป็นใหม่ ๆ หงุดหงิด เครียดมาก ฉี่เยอะมาก พอกินยาน้ำตาลก็ลดลง ดีขึ้น รู้เลยว่าถ้าเครียดน้ำตาลในเลือดจะสูง ก็พยายามไม่คิดมากทำงาน

เล็ก ๆ น้อย ๆ ทำ ตอนนี้น้ำตาลดีมาก 105” (ID 11 ผู้หญิงอายุ 71 ปี) “ถ้าทำงานเหนื่อย ๆ ร้อน ๆ ก็จะไม่รู้สึกไม่สบายใจ
ใจเต้นแรงมาก ถ้าอาการแบบนี้จะเลือน้ำตาลจะสูงมากเลย ต้องพักนั่งนิ่ง ๆ น้ำตาลถึงจะลง” (ID1 ผู้หญิงอายุ 72 ปี)
“ฉันก็มีเครียดบ้าง แต่พยายามจะไม่คิดมาก ตอนนี้เป็นผู้สูงอายุแล้ว คิดว่า น้อยคนที่สูงอายุแล้วไม่เป็นโรคเบาหวาน
ผู้สูงอายุกับโรคเบาหวานเป็นของคู่กัน” (ID12 ผู้ชายอายุ 60 ปี)

3.2 คิดบวกเพื่อสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ผู้ให้ข้อมูลบอกว่า อยากอยู่กับลูกหลาน
นาน ๆ และแชร์ประสบการณ์ให้คนอื่น และต้องดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ เป็นการจัดการที่ก่อให้เกิดกำลังใจและจูงใจ
ในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“อยากอยู่กับลูกหลานนาน ๆ ฉันระวังเรื่องการกินมาก และต้องออกกำลังกายให้เหมาะสมด้วย ใครทำได้
ก็เห็นผลดีกับตนเอง” (ID 4 ผู้หญิงอายุ 61 ปี) “เป็น อสม. ต้องดูแลตัวเองได้ ถ้าไม่ฉันจะไปสอนคนอื่นได้อย่างไร
ต้องเป็นตัวอย่างด้านสุขภาพ เน้นเรื่องการกินอาหารที่มีแป้งและน้ำตาลน้อย งดกาแฟและขนมหวาน และอยากแชร์
ประสบการณ์ให้คนอื่นดูแลตนเองได้ และควบคุมน้ำตาลได้ จะได้ไม่เป็นโรคแทรกซ้อนเพราะจะทำให้สุขภาพแย่ไปใหญ่”
(ID10 ผู้หญิงอายุ 70 ปี) “เป็นโรคแล้วต้องดูแลตนเอง ฉันไม่มีแฟน ยังอยากอยู่กับหลานนาน ๆ ต้องดูแลตนเองโดย
รับประทานอาหารแต่พอสมควร ออกกำลังกายเกือบทุกวันและกินยาให้ครบ” (ID13 ผู้หญิงอายุ 61 ปี)

อภิปรายผล

การจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้สำเร็จของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถอภิปราย
เป็น 3 ประเด็นหลักดังนี้

1. การจัดการทางการแพทย์ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีการจัดการ
ทางการแพทย์ 3 ประเด็นย่อย ดังนี้

1.1 รับประทานยาสม่ำเสมอและไปตรวจตามนัด เก็บยารักษาโรคเบาหวานไว้ในที่มองเห็นง่าย รับประทาน
ยาลดน้ำตาลในเลือดไม่เคยขาด และไปเจาะเลือดและรับยาโรคเบาหวานตามนัดทุกครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า
การมาพบแพทย์ตามนัดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
(Poum, 2020) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมีแบบแผนการดำเนินชีวิต
ที่ดีกว่าโดยรับประทานยาถูกต้องร้อยละ 84.6 และไปตรวจตามนัดร้อยละ 76.9 ซึ่งสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาล
ในเลือดไม่ได้ (Panyathorn et al., 2020) การรับประทานยาอย่างถูกต้องและการมีแหล่งข้อมูลในการดูแลตนเอง
เป็นพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้สำเร็จ (Norabin et al., 2020) ดังนั้น
การไปตรวจตามนัดและการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจึงเป็นการจัดการตนเองที่ดีของผู้ป่วยเบาหวาน

1.2 รับประทานแป้งกับน้ำตาลน้อยและออกกำลังกายร่วมด้วย รับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต
ในสัดส่วนที่น้อยกว่าอาหารประเภทอื่น งดเครื่องดื่มที่มีพลังงานสูง และออกกำลังกายแบบแอโรบิคอย่างสม่ำเสมอ เป็น
การจัดการทางการแพทย์ที่ปฏิบัติเป็นประจำ จากแนวปฏิบัติทางการแพทย์ของ American Diabetes Association (2020)
ระบุว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องมีการปรับพฤติกรรมทั้งในด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายเพื่อควบคุม
ระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับ เป้าหมาย และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้
มีวินัยในตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลเท้า ขณะที่กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาล
ในเลือดไม่ได้เคร่งครัดในการปฏิบัติตน (Wanchai et al., 2020) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพต่ำ
มีโอกาสนี้จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้น้อยกว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพสูง (Suwattanakul, 2018)
จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุม
ระดับน้ำตาลในเลือดได้ในประเทศไทยได้แก่ 1) การฟ้อนเจิง 2) ฟ้อนหมอลำกลอน 3) การปฏิบัติสมาธิไทยซึก และ
4) การออกกำลังกายแบบไทจิซึก (Tiyawisutsri, Chaisa, & Wanchai, 2018) ดังนั้น การให้ความรู้เกี่ยวกับอาหาร

พลังงานต่ำและการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและวิถีชีวิตจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นมากสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

1.3 ระวังไม่ให้เกิดน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำอีก ผู้ป่วยเบาหวานต้องรู้วิธีการแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เพราะอันตรายมากและต้องป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำไม่ให้เกิดซ้ำอีก โดยนำอาหารและเครื่องดื่มที่มีพลังงานสูงพกติดตัวตลอดเวลา รวมทั้งไม่ทำงานและนอนโดยลำพังด้วย การแก้ไขปัญหาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวนี้ เป็นไปตามแนวเวชปฏิบัติการรักษาภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดระดับไม่รุนแรงถึงปานกลาง ทำโดยรับประทานคาร์โบไฮเดรตในปริมาณที่กำหนดทันที (The Royal College of Physicians of Thailand et al., 2019) สอดคล้องกับทักษะการจัดการตนเองที่กล่าวว่า ผู้ป่วยต้องมีการตัดสินใจต่อปฏิกิริยาและการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของโรคแบบรายวัน และการตัดสินใจอยู่บนพื้นฐานของความรู้ที่ได้รับมาก่อน จึงจะสามารถจัดการได้อย่างรวดเร็ว ทันทีที่และไม่เป็นอันตรายต่อชีวิต (Lorig & Holman, 2003) ผู้ป่วยสูงอายุเบาหวานมีโอกาสเกิดอาการน้ำตาลในเลือดต่ำได้ถึงร้อยละ 30 เนื่องจากอาการเตือนของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้สูงอายุจะไม่ชัดเจนเท่ากลุ่มวัยผู้ใหญ่ (Chaitanakul & Komolsuradej, 2019) ดังนั้น การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการและวิธีการแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ตลอดจนการป้องกันอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นสิ่งที่จำเป็นโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ

2. การจัดการกับบทบาท จากการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีการจัดกับบทบาท 2 ประเด็น ได้แก่ ทำงานในอาชีพเดิมได้ และเมื่ออายุมากขึ้นหรือมีโรคแทรกซ้อนต้องทำงานน้อยลง

2.1 ทำงานในอาชีพเดิมได้ การเป็นโรคเบาหวานยังสามารถทำงานรับจ้าง เกษตรกรรม และค้าขายได้เหมือนเดิม การเป็นโรคเบาหวานไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการประกอบอาชีพ ซึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกา มีกฎหมายให้นายจ้างต้องไม่บอกเลิกการจ้างงานพนักงานที่เป็นโรคเบาหวาน โดยอาจปรับเปลี่ยนงานที่เหมาะสมและมีอุปกรณ์และมาตรการช่วยเหลือด้านสุขภาพแก่พนักงาน เช่น มีวันหยุดงานเพื่อไปพบแพทย์ และตรวจสุขภาพ (Butler, Schatz, & Hathaway, 2014) นักวิชาการด้านความปลอดภัยให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วยเบาหวานที่ทำงานในฟาร์มต้องใส่หมวกและเสื้อผ้าที่ปกป้องกันการสัมผัสแดด สวมถุงมือและรองเท้าเพื่อป้องกันการบาดเจ็บ ระวังระวังไม่ให้เกิดบาดแผลเมื่อใช้ของมีคม หลังจากทำงานเสร็จต้องอาบน้ำให้สะอาดและทาโลชั่นที่ผิวแห้ง เตรียมอาหารกลางวันและอาหารว่างให้พร้อม และเตรียมโทรศัพท์และเบอร์โทรเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน (Jepsen, 2012) สำหรับประเทศไทยแนะนำให้พบกัปรประจำตัวผู้ป่วยเบาหวานที่มีชื่อผู้ป่วย โรคที่เป็น ชื่อและหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ที่สามารถติดต่อได้ยามฉุกเฉินติดตัวเป็นประจำ เพราะหากผู้ป่วยหมดสติ ผู้ช่วยเหลือจะได้หาวิธีช่วยชีวิตได้ทันเวลา (The Royal College of Physicians of Thailand et al., 2019) ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้สามารถทำงานได้เหมือนคนที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรค

2.2 เมื่ออายุมากขึ้นและมีโรคแทรกซ้อนต้องทำงานน้อยลง งานหนักต้องปรับให้น้อยลงโดยให้ลูกหลานไปทำหน้าที่แทน ซึ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลของงานวิจัยนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 67.38 ± 7.43 ปี และระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 6.43 ± 0.57 ปี จากแนวเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน กล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ภาวะแทรกซ้อนทางไต และการมีบาดแผลที่เท้า ต้องได้รับการรักษาเพิ่มเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมีความรุนแรง ซึ่งอาจทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ (The Royal College of Physicians of Thailand et al., 2019) โดยสมาคมเบาหวานแห่งอเมริกันให้ข้อเสนอแนะแก่ทีมบุคลากรสุขภาพต้องส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมภายในที่ทำงานของผู้ป่วยเบาหวานให้ปลอดภัยและป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน และอาจปรับหรือโยกย้ายไปทำงานในสถานที่ปลอดภัยกว่าเดิม (American Diabetes Association, 2010) และงานวิจัยของ Suwattanakul (2018) พบว่า ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีโอกาสที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($A_1C < 7\%$) ดีกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพ 2.71 เท่า ดังนั้น การทำงานน้อยลงเมื่ออายุมากขึ้นและมีโรคแทรกซ้อนเป็นวิธีการจัดการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานประสบความสำเร็จ

3. การจัดการกับอารมณ์ จากการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีการจัดการกับอารมณ์ 2 ประเด็น ได้แก่ 1) พยายามไม่เครียดและทำใจให้ได้ และ 2) คิดบวกเพื่อสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

3.1 พยายามไม่เครียดและทำใจให้ได้ การพูดคุยกับคนที่ เป็นโรคเดียวกัน ทำงานหรือกิจกรรมเพื่อไม่ให้คิดมาก ทำใจให้ได้เพราะมีयरักขา เป็นการจัดการกับอารมณ์ที่ช่วยลดความเครียด จากแนวคิดการจัดการตนเองระบุว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะต้องใช้ทักษะการแก้ปัญหา โดยเรียนรู้ปัญหาที่ประสบในแต่ละวัน ค้นหาวิธีการแก้ปัญหาจากข้อเสนอแนะของเพื่อนหรือทีมสุขภาพ ดำเนินการแก้ไขปัญหาและประเมินผลลัพธ์ของการจัดการด้วยตนเอง (Lorig & Holman, 2003) การพยายามไม่เครียดและทำใจให้ได้นี้สอดคล้องกับผลการศึกษา พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษา (Vasanth, Ganesh, & Shanker, 2017) ความเครียดและการกลัวความรุนแรงของโรคเป็นสาเหตุหนึ่งของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (Sroisong, Rueankon, Apichantramethakul, Nunta, & Sukkaseam, 2017) ข้อมูลทางสื่อดิจิทัลที่ส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการตนเองสามารถทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านการรักษาโรคและจิตสังคมของผู้ป่วยดีขึ้น (Yu, Xu, James, Lu, & Hoffman, 2020) ดังนั้น การจัดการกับความเครียดทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้วิธีหนึ่ง

3.2 คิดบวกเพื่อสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง อยากรอยู่กับลูกหลานนาน ๆ และแชร์ประสบการณ์ให้คนอื่น และต้องดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ เป็นการจัดการที่ทำให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้มีเป้าหมายในการดำรงชีวิตคือเพื่อการมีชีวิตอยู่กับคนที่รักและการดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง (Wanchai et al., 2020) เนื่องจากความภาคภูมิใจและความสำเร็จในการดูแลตนเอง เป็นสิ่งที่ทำให้ต้องการควบคุมน้ำตาลต่อไป (Norabin et al., 2020) ซึ่งโรงเรียนเบาหวานบางระกำ ภูวดลโมเดลมีการส่งเสริมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพตนเองโดยจัดให้มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประเมินผลลัพธ์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุก 1 เดือน ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และเลือกวิธีการจัดการที่เหมาะสมกับตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า กระบวนการกลุ่ม การสร้างแรงจูงใจ และการกำกับตนเองเป็นรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน (Srisaket, Chaisa, Wanchai, Meeboonmak, & Phokhwang-Just, 2017) ดังนั้น การคิดบวกเป็นการสร้างเสริมแรงจูงใจของผู้ป่วยในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำผลวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1.1 ด้านการจัดการทางการรักษา พยาบาลวิชาชีพพร้อมกับทีมสุขภาพควรให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้อาหารระดับน้ำตาลในเลือด การป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และการมาตรวจตามนัดแก่ผู้ป่วยเบาหวานทุกคน รวมทั้งจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยเบาหวานเป็นระยะ ๆ เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองที่ดียิ่งขึ้น

1.2 ด้านการจัดการกับบทบาท เมื่อพบผู้ป่วยเบาหวานเข้าสู่วัยสูงอายุหรือมีภาวะแทรกซ้อน พยาบาลวิชาชีพควรวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการปรับเปลี่ยนบทบาทและการทำงานให้เหมาะสมกับสถานะทางสุขภาพของผู้ป่วย

1.3 ด้านการจัดการกับอารมณ์ พยาบาลวิชาชีพควรแนะนำวิธีการจัดการความเครียดและสนับสนุนการคิดทางบวกแก่ผู้ป่วยเบาหวานเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง

2. สถาบันการศึกษาพยาบาลควรจัดให้มีการสอนในหัวข้อ การสอนสุขศึกษา การจัดการความเครียด และการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่นักศึกษาพยาบาลเพื่อให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยต่อไป
3. พัฒนางานวิจัยในหัวข้อ ประสิทธิภาพการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยสามารถควบคุมได้เป็นเวลามากกว่า 5-10 ปี

กิตติกรรมประกาศ

คณะวิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลกที่สนับสนุนการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์และทำให้งานวิจัยนี้บรรลุผลได้เป็นอย่างดี

References

- American Diabetes Association. (2020). 5. Facilitating behavior change and wellbeing to improve health outcomes: Standards of medical care in diabetes 2020. *Diabetes Care*, 43(Suppl. 1), S48-S65.
- American Diabetes Association. (2010). Diabetes and employment. *Diabetes Care*, 33(suppl.1), 582-586.
- Butler, K., Schatz, D., & Hathaway, K. (2014). Workplace checkup: Keeping patients with diabetes employed and safe on the job. *Clinical Diabetes*, 32(1), 44-48.
- Chaitanakul, C., & Komolsuradej, N. (2019). Frequency and associated factors of hypoglycemic symptoms and fear of hypoglycemia in elderly patient with type 2 diabetes at primary care unit of Songklanagarind Hospital. *Journal of Health Systems Research*, 13(3), 312-322. [in Thai]
- Guba, E., & Lincoln, Y. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.
- Health Data Center. (2021). *KPI report NCD clinic plus: Percentage of controlled diabetes*. Retrieved from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php> [in Thai]
- Jaisit, J., Meetam, R., & Kamkan, P. (2017). Effect of self-management supporting program on self-management behaviors and hemoglobin A_{1c} level among persons with type 2 diabetes. *Journal of Nursing Science & Health*, 40(2), 65-73. [in Thai]
- Jepsen, S. D. (2012). *Farming with diabetes: Fact sheet*. Retrieved from <https://ohioline.osu.edu/factsheet/AEX-982.6-11>
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- Norabin, N., Chanpen, U., & Sowat, C. (2020). The experience in controlling blood sugar levels for type 2 diabetic patients. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*, 10(2), 351-365. [in Thai]
- Oumtane, A. (2016). *Qualitative research in nursing* (3rd ed.). Bangkok: Chulalongkorn University Printing House. [in Thai]

- Panyathorn, K., Tajang, S., Sriboonpimsuay, W., & Trongsrri, C. (2020). Life style of diabetes patients: A comparative study of good controlled and uncontrolled group in Chiangyuen Health Promoting Hospital, Udonthani Province. *Udonthani Hospital Medical Journal*, 28(1), 20-29. [in Thai]
- Polpuak, P., Chutipanyapron, N., & Kreadmongkol, A. (2018). *Best Practice Report*. Phitsanulook: Bang Rakum Hospital. [in Thai]
- Polpuak, P. & Chutipanyapron, N. (2018). Developments of health behavior promotion model for controlling blood sugar levels in diabetic patients. *Buddhachinaraj Medical Journal*, 35(3), 348-360. [in Thai]
- Potirud, T., Pranfan, S., & Song Kror, K. (2020). Effects of the self-management supporting program on self-management behaviors and HbA_{1c} level among persons with type 2 diabetes mellitus at Chiang Klang hospital, Nan province. *Thai Journal of Nursing*, 69(2), 11-20. [in Thai]
- Poum, A. (2020). Factors effecting to blood sugar level control among type 2 diabetes mellitus patient at Thalang District, Phuket province. *Journal of Disease Prevention and Control: DPC*. 7 Khon Kaen, 27(2), 44-54. [in Thai]
- Srisaket, J., Chaisa, P., Wanchai, A., Meeboonmak Y., & Phokhwang-Just, W. (2017). Diet consumption behavior modification patterns to control blood sugar levels of patients with diabetes in Thailand: A systematic review. *EAU Heritage Journal Science and Technology*, 11(2), 156-170. [in Thai]
- Sroisong, S., Rueankon, A., Apichantramethakul, K. Nunta, N., & Sukkaseam, J. (2017). Perceived self-care behavior among patients with type 2 diabetes mellitus with poor glycemic control. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 28(2), 93-103. [in Thai]
- Suwattanakul, T. (2018). Factors rRelated to blood sugar control among diabetes mellitus type 2 patients. *Journal of Health Systems Research*, 12(3), 515-522.
- The Royal Colleague of Physicians of Thailand, Diabetes Association of Thailand, The Endocrine Society of Thailand, Department of Medical Services & National Health Security office. (2019). *Clinical Practice Guideline for Diabetes* (3nd ed.). Pathum Thani: Romyen Publishing. [in Thai]
- Tiyawisutsri, C., Chaisa, P., & Wanchai, A. (2018). Exercise to control blood sugar levels of patients with type 2 diabetes in Thailand: A systematic review. *Nursing Public Health and Educational Journal*, 19(2), 39-48. [in Thai]
- Van Manen, M. (1990). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*. London: Althouse Press.
- Vasanth, R., Ganesh, A., & Shanker, R. (2017). Impact of stress on type 2 diabetes mellitus management. *Psychiatria Danubina*, 29(Suppl. 3), 416-421.
- Wanchai, A., Totharung, P., & Meebunmak, Y. (2020). Self-management experiences of patients with type 2 diabetes mellitus living in rural area. *Nursing Journal of Ministry of Public Health*, 30(1), 69-81. [in Thai]

Yu, J. S., Xu, T., James, R. A., Lu, S. W., & Hoffman, J. E. (2020). Relationship between diabetes, stress, and self-management to inform chronic disease product development: Retrospective cross-sectional study. *JMIR Diabetes*, 5(4), 1-9.

การประเมินโปรแกรมพัฒนาศักยภาพพยาบาลพี่เลี้ยง โรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น

พิรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย, ประ.ด.^{1*} อภิญญา จำปามูล, Ph.D.¹ รัชตวรรณ ศรีตระกูล, ประ.ด.¹
มาริสสา ไกรฤกษ์, Ph.D.² สมปรารถนา ดาผา, ประ.ด.¹ เจริญทอง วงษ์สุดตา, พย.ม.³ มัลลิกา ทัดมาลา, พย.ม.⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยประเมินผลนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโปรแกรมพัฒนาศักยภาพพยาบาลพี่เลี้ยงโรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น โดยใช้ชิปโมเดลประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงของโรงพยาบาล 16 คน พยาบาลใหม่ 17 คน ผู้บริหารการพยาบาล 9 คน ผู้บริหารโรงพยาบาล 1 คน และวิทยากรพยาบาลในหลักสูตร 4 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วยคำถามการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสอบถามสมรรถนะของพยาบาลพี่เลี้ยง แบบสอบถามทัศนคติของพยาบาลพี่เลี้ยง และแบบสอบถามความพึงพอใจในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ด้านบริบท วัตถุประสงค์ของโปรแกรมมีความสอดคล้องกับความต้องการของพยาบาลพี่เลี้ยง ด้านปัจจัยนำเข้า พยาบาลพี่เลี้ยงและวิทยากรในหลักสูตรมีความพร้อมในการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลให้การสนับสนุนโปรแกรมเป็นอย่างดี ด้านกระบวนการ ดำเนินกิจกรรม 7 โมดูล มีการบรรยายทฤษฎี การสาธิต การแสดงบทบาทสมมติ และการฝึกปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงในโรงพยาบาล หลังสิ้นสุดการฝึกอบรมแต่ละโมดูลมีการประเมินผลและถอดบทเรียน ด้านผลผลิต พยาบาลพี่เลี้ยงทัศนคติโดยรวมในระดับดี มีสมรรถนะโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีความพึงพอใจในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงโดยรวมในระดับมาก และมีความพึงพอใจในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงโดยรวมตามการรับรู้ของพยาบาลใหม่ในระดับมาก โปรแกรมพัฒนาศักยภาพพยาบาลพี่เลี้ยง สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาศักยภาพของพยาบาลพี่เลี้ยงทั้งในโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลรัฐ

คำสำคัญ: พยาบาลพี่เลี้ยง การพัฒนาศักยภาพพยาบาลพี่เลี้ยง การประเมินโปรแกรม

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น

⁴ ผู้ช่วยผู้จัดการฝ่ายคัลยกรรม โรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น

* ผู้เขียนหลัก e-mail: peeboo@kku.ac.th

An evaluation of the competency development program for nurse mentorship in Bangkok Hospital, KhonKaen

Peerapong Boonsawasdgulchai, Ph.D.^{1*}, Apinya Jumpamool, Ph.D.¹,
Rachatawan Sritragool, Ph.D.¹, Marisa Krairiksh, Ph.D.², Sompratthana Dapha, Ph.D.¹,
Reinthong Wongsudta, M.N.S.³, Mallika Thadmala, M.N.S.⁴

Abstract

The purpose of this research was to evaluate the competency development program for nurse mentorship in Bangkok-KhonKaen Hospital by using the CIPP model, comprised of context, input, process, and products. Study participants were 16 newly assigned nurse mentors in the hospital, 17 novice nurses, 9 nurse administrators, 1 hospital medical director, and 4 nurse instructors teaching in this program. Study instruments were a guideline for focus group discussion and in-depth interview, a nurse mentorship competency questionnaire, a nurse mentorship attitude questionnaire, and a satisfaction questionnaire for performing roles of nurse mentors. Data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations and content analysis.

The results revealed that, regarding Context, the program objective was in accordance with the needs of the nurse mentorship competency development program. Regarding Input, nurse mentors and nurse instructors were ready to participate in this program. In addition, the nurse administrators and the hospital director provided supportive facilities. Regarding Process, seven learning modules were completed using various methods, such as class lectures, demonstrations, role-plays, and the practice of performing mentorship roles within the hospital. Each module was evaluated in terms of lessons learned. Regarding Products, nurse mentorship competency overall was at a high level, nurse mentorship attitude was at a good level, overall satisfaction for performing roles of nurse mentors was a high level, and the overall satisfaction for nurse mentor role performance as perceived by novice nurses was at a high level. This program could be applied to improve and develop nurse mentorship competency in both private and public hospitals.

Key words: Nurse mentorship, potential development of nurse mentorship, program evaluation

¹ Assistant professor, Faculty of Nursing, KhonKaen University

² Associate professor, Faculty of Nursing, KhonKaen University

³ Director of Nurse, Bangkok-KhonKaen Hospital

⁴ Assistant Manager IPU Surgery, Bangkok-KhonKaen Hospital

* Corresponding author e-mail: peeboo@kku.ac.th

ความสำคัญของปัญหา

พยาบาลพี่เลี้ยงนอกจากเป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานแล้ว ยังต้องมีสมรรถนะในด้านการปฏิบัติการพยาบาล บทบาทความเป็นครูผู้สอน ถ่ายทอดความรู้ ให้คำปรึกษาให้การสนับสนุน ตลอดจนการมีภาวะผู้นำเชิงการบริหารจัดการ รวมทั้งการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพทั้งระบบงานและเทคโนโลยีสารสนเทศ (Thamsrisawat, 2016) จากการทบทวนผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า พยาบาลจบใหม่ ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนบทบาทจากนักศึกษาพยาบาลมาสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีความคาดหวังที่จะมีผู้ให้ความช่วยเหลือ แนะนำ และเป็นพี่ที่ปรึกษาเมื่อเผชิญกับปัญหาหรือมีความเครียดจากการทำงาน ทั้งที่เกิดขึ้นจากการไม่เข้าใจระบบงาน การได้รับความคาดหวังสูงจากผู้ร่วมงาน การมีภาระงานที่มากเกินไป และการมีเวลาว่างไม่ตรงกับคนอื่น ส่งผลให้พยาบาลจบใหม่เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ และไม่ต้องการทำงานต่อ จากปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องมีการเตรียมพยาบาลพี่เลี้ยงและสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลเพื่อช่วยให้พยาบาลจบใหม่สามารถทำงานได้อย่างมีความสุข (Raetong & Harnirattisai, 2012) อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง ยังพบปัญหาจากการมีภาระงานประจำมาก ยังไม่ผ่านการอบรมพยาบาลพี่เลี้ยง แต่ต้องมาปฏิบัติหน้าที่พยาบาลพี่เลี้ยงทำให้ขาดความมั่นใจการสอน อีกทั้งพยาบาลพี่เลี้ยงยังมีความต้องการพัฒนาด้านเทคนิคการสอนทางคลินิก การวิเคราะห์ปัญหาจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และการประเมินผลการปฏิบัติงานที่มีความถูกต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน (Bandansin, Poonchai, Chaleoykitti, & Kanglee, 2015)

โรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลเอกชน ระดับตติยภูมิ ขนาด 126 เตียง โดยเปิดให้บริการระยะแรก 56 เตียง มีพยาบาลพี่เลี้ยงทั้งหมดจำนวน 40 คน ซึ่งตามนโยบายของโรงพยาบาลกำหนดให้ผู้ที่จะทำหน้าที่เป็นพยาบาลพี่เลี้ยง จะต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับ 3 ที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 5 ปี และต้องผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลพี่เลี้ยง (Nursing Staff Organization Bangkok Hospital Khon Kaen, 2015) แต่ด้วยข้อจำกัดด้านบุคลากร ทำให้ไม่สามารถจัดหาผู้ที่มีประสบการณ์หรือผ่านการฝึกอบรมมาทำหน้าที่เป็นพยาบาลพี่เลี้ยงได้อย่างเพียงพอ จึงต้องใช้พยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานในระยะเวลาหนึ่งมาทำหน้าที่นี้ ซึ่งส่งผลให้ศักยภาพในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงมีข้อจำกัด และส่งผลให้การดำเนินงานในบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงไม่มีประสิทธิภาพ เกิดความเครียดในการดำเนินงาน และขอยุติบทบาทการเป็นพยาบาลพี่เลี้ยง ในส่วนของพยาบาลใหม่เองก็ประสบกับปัญหาการเรียนรู้ที่ไม่ต่อเนื่อง หรือเมื่อมีข้อจำกัดในการปฏิบัติงานบางอย่างทำให้ขาดที่ปรึกษา หรือขาดผู้ให้การดูแลช่วยเหลือใกล้ชิด ส่งผลในการปรับตัวเข้ากับระบบงานได้ล่าช้า เกิดความเครียด และลาออกจากงาน

แม้ว่าในระยะเวลาที่ผ่านมาโรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น ได้มีการพัฒนาศักยภาพพยาบาลพี่เลี้ยงโดยการส่งพยาบาลพี่เลี้ยงบางส่วนไปฝึกปฏิบัติงานและฝึกอบรมหลักสูตรพยาบาลพี่เลี้ยง ที่โรงพยาบาลกรุงเทพสำนักงานใหญ่ แต่เป็นหลักสูตรระยะสั้นเพียง 3 วัน อีกทั้งแม้ว่าได้มีการสอนงานให้กับพยาบาลพี่เลี้ยงโดยหัวหน้าแผนกของโรงพยาบาลก่อนจะมอบหมายให้เป็นพยาบาลพี่เลี้ยง และมีระบบการติดตามความก้าวหน้าและประเมินผลพยาบาลใหม่อย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังพบข้อจำกัดเกี่ยวกับเทคนิควิธีการสอนงาน การบริหารจัดการที่พยาบาลพี่เลี้ยงนำมาใช้ และยังขาดการพัฒนาความรู้และสมรรถนะของพยาบาลพี่เลี้ยงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเทคนิค รูปแบบการสอนงาน และการประเมินผลการเรียนรู้ในคลินิก ดังนั้นเพื่อเป็นการจัดการปัญหาและความต้องการดังกล่าว คณะอาจารย์สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จึงได้ทบทวนประสบการณ์การเรียนการสอน รวมทั้งหลักสูตรการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพพยาบาลพี่เลี้ยงให้กับโรงพยาบาลต่าง ๆ ในระยะที่ผ่านมา นอกจากนี้ยังได้มีการประชุมปรึกษาร่วมกับผู้บริหารโรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น เพื่อพัฒนาหลักสูตรการพัฒนาสมรรถนะให้กับพยาบาลพี่เลี้ยงที่ตอบสนองความต้องการและมีการพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง ภายใต้ความร่วมมือทางด้านวิชาการและการวิจัย ระหว่างโรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น กับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จึงได้มีพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพพยาบาลพี่เลี้ยงขึ้น โดยมีรูปแบบการฝึกอบรมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในระยะเวลา 15 วัน ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับ แนวคิด หลักการ และแนวทางการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงที่จำเป็น

อย่างไรก็ตามจากการฝึกอบรมการพัฒนาศักยภาพพยาบาลพี่เลี้ยงที่ผ่านมา ได้มีการประเมินผลหลักสูตร โดยมุ่งเน้นการประเมินผลลัพธ์เฉพาะในส่วนที่เป็นผลสัมฤทธิ์ของผู้เรียนจากการฝึกอบรมเท่านั้น แต่ยังไม่ได้มีการประเมินหลักสูตรที่สะท้อนผลการดำเนินงานในด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง การประเมินหลักสูตรในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการประเมินโปรแกรมที่ครอบคลุมทั้งด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงโปรแกรมพัฒนาศักยภาพพยาบาลพี่เลี้ยงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ตลอดจนใช้เป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนและพัฒนาองค์กรให้เอื้อต่อการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพของพยาบาลพี่เลี้ยง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อประเมินผลโปรแกรมพัฒนาศักยภาพพยาบาลพี่เลี้ยง โรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น ในด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ได้ใช้แนวคิดชิปโมเดล (CIPP model) (Stufflebeam & Shinkfield, 2007) ซึ่งกำหนดประเด็นการประเมินเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินบริบท (Context evaluation) เป็นการประเมินความต้องการหรือปัญหา รวมถึงสินทรัพย์ และโอกาสภายใต้สภาวะแวดล้อมในการดำเนินโครงการ 2) การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input evaluation) เป็นการประเมินแนวทางหรือทรัพยากรต่าง ๆ ที่เป็นสิ่งสนับสนุนในการดำเนินโครงการ 3) การประเมินกระบวนการ (Process evaluation) เป็นการติดตามหรือตรวจสอบการนำแผนหรือโครงการไปปฏิบัติ และ 4) การประเมินผลผลิต (Product evaluation) เป็นการประเมินผลผลิตเพื่อพิจารณาผลสัมฤทธิ์ของโครงการ สำหรับการประเมินผลโปรแกรมพัฒนาศักยภาพพยาบาลพี่เลี้ยง โรงพยาบาลกรุงเทพ ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของการประเมินใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านบริบท ประเมินสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนาศักยภาพพยาบาลพี่เลี้ยง ศักยภาพและความพร้อมในการพัฒนาพยาบาลพี่เลี้ยง และความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ โครงสร้างและเนื้อหาหลักสูตรกับความต้องการขององค์กรในการพัฒนาศักยภาพพยาบาลพี่เลี้ยง 2) ด้านปัจจัยนำเข้า ประเมินคุณสมบัติพื้นฐานและการคัดเลือกพยาบาลพี่เลี้ยง ความเชี่ยวชาญของวิทยากร การสนับสนุนจากผู้บริหาร และสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้เกี่ยวกับสื่อ วัสดุอุปกรณ์ และสถานที่ 3) ด้านกระบวนการ ประเมินการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ การกำกับติดตามและประเมินผล และ 4) ด้านผลผลิต ประเมินสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยง ทักษะจิตของพยาบาลพี่เลี้ยง การปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง ความพึงพอใจในงานของพยาบาลพี่เลี้ยง ความพึงพอใจในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงของพยาบาลใหม่

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยประเมินผล เพื่อประเมินผลโปรแกรมพัฒนาศักยภาพพยาบาลพี่เลี้ยง ภายใต้หลักสูตรการพัฒนาพยาบาลพี่เลี้ยงโรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น โดยมีระยะเวลาการฝึกอบรม 15 วัน (ภายใน 5 สัปดาห์) ประกอบด้วยภาคทฤษฎี 36 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ 53 ชั่วโมง

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินโปรแกรมพัฒนาศักยภาพพยาบาลพี่เลี้ยง โรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น ได้แก่

1. พยาบาลพี่เลี้ยง เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น และได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง จำนวน 16 คน เพื่อประเมินในด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิตเกี่ยวกับทัศนคติ สมรรถนะ และความพึงพอใจในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง

2. พยาบาลใหม่ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ประสงค์จะปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่เพิ่งสำเร็จการศึกษา และยังไม่มีประสบการณ์ในการทำงานมาก่อน หรือเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานจากหน่วยงานอื่น ทั้งในโรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น หรือโรงพยาบาลอื่น ๆ แต่ประสงค์ที่จะย้ายมาปฏิบัติงานในหน่วยงานใหม่ของโรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2559 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2559 จำนวน 17 คน เพื่อประเมินในด้านผลผลิตเกี่ยวกับการความพึงพอใจในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง

3. ผู้บริหารการพยาบาล เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในด้านการบริหารในโรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น ได้แก่ หัวหน้างาน หัวหน้าแผนก และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล จำนวน 9 คน เพื่อประเมินในด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต

4. ผู้บริหารโรงพยาบาล เป็นแพทย์ที่ปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น จำนวน 1 คน เพื่อประเมินในด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต

5. วิทยากรในหลักสูตร เป็นอาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 2 คน และอาจารย์พิเศษ ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลระดับเหนือตติยภูมิ และตติยภูมิที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านการฝึกอบรมพยาบาลใหม่ จำนวน 2 คน เพื่อประเมินในด้านปัจจัยนำเข้า และด้านกระบวนการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก มีลักษณะเป็นแนวคำถามปลายเปิด ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น และมีการประชุมที่มวิจัยและอาจารย์พยาบาลที่เกี่ยวข้อง เพื่อปรับแนวคำถามให้สอดคล้องกับ กลุ่มเป้าหมายในแต่ละประเด็นที่ต้องการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยแนวคำถามมีความครอบคลุมการประเมินทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต ตัวอย่างเช่น ความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพพยาบาลพี่เลี้ยงเป็นอย่างไร โรงพยาบาลมีนโยบายและการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพพยาบาลพี่เลี้ยงอย่างไร หลักสูตรการฝึกอบรมนี้มีความสอดคล้องกับความต้องการของหน่วยงานและตัวท่านอย่างไร วิทยากรมีความสามารถและความเชี่ยวชาญอย่างไร ภายหลังการฝึกอบรมในครั้งนี้เกิดผลลัพธ์หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้างอย่างไร เป็นต้น ทั้งนี้ประเด็นคำถามดังกล่าวได้มีการปรับเปลี่ยนเพิ่มเติม โดยมีจุดเน้นที่วัตถุประสงค์ของการประเมินในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย

2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้บริหารทางการพยาบาล พยาบาลพี่เลี้ยงเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงาน และประสบการณ์การฝึกอบรม มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง

3. แบบสอบถามสมรรถนะของพยาบาลพี่เลี้ยง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามสมรรถนะของพยาบาลพี่เลี้ยง (Mingphanaz, 2015) ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ความเป็นพยาบาลมืออาชีพและการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก ความเป็นต้นแบบและจริยธรรม กลยุทธ์การสอนและการประเมิน การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการสื่อสาร การให้คำปรึกษาในงานพยาบาล และการเป็นผู้นำทีม แบบสอบถามมีทั้งหมด 52 ข้อคำถาม มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 เห็นด้วยว่ามีสมรรถนะน้อยที่สุด จนถึง 5 เห็นด้วยว่ามีสมรรถนะมากที่สุด การแปลผล ถ้าคะแนนเฉลี่ยเข้าใกล้ 1 คะแนน แสดงว่ามีสมรรถนะน้อย แต่ถ้าคะแนนเฉลี่ยเข้าใกล้ 5 แสดงว่ามีสมรรถนะมาก ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ พร้อมทั้งหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือด้วยค่า IOC ของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0.7-1.0 และในการวิจัยนี้ได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ .81

4. แบบสอบถามทัศนคติของพยาบาลพี่เลี้ยง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามทัศนคติของพยาบาลพี่เลี้ยง (Leungnattarat, 2014) ประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่ บทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงโดยทั่วไป บทบาท

ของผู้ปฏิบัติการพยาบาล บทบาทของครู บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา บทบาทของผู้สนับสนุน บทบาทของผู้แนะนำ บทบาทของนักวิจัย และบทบาทเป็นเพื่อนผู้ใกล้ชิด แบบสอบถามมีทั้งหมด 40 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 เห็นด้วยน้อยที่สุด จนถึง 5 เห็นด้วยมากที่สุด การแปลผล ถ้าคะแนนเฉลี่ยเข้าใกล้ 1 คะแนน แสดงว่ามีทัศนคติที่ไม่ดีมาก แต่ถ้าคะแนนเฉลี่ยเข้าใกล้ 5 แสดงว่า มีทัศนคติที่ดีมาก ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และในการวิจัยนี้ได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ .76

5. แบบสอบถามความพึงพอใจในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับปรุง มาจากแบบสอบถามความพึงพอใจในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง (Leungnattarat, 2014) ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาล บทบาทของครู บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา บทบาทของผู้สนับสนุน บทบาทของผู้แนะนำ บทบาทของนักวิจัย และบทบาทเป็นเพื่อนผู้ใกล้ชิด ซึ่งแบบสอบถามนี้ได้นำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูล กับพยาบาลพี่เลี้ยง และพยาบาลใหม่ แบบสอบถามมีทั้งหมด 40 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 เห็นด้วยน้อยที่สุด จนถึง 5 เห็นด้วยมากที่สุด การแปลผล ถ้าคะแนนเฉลี่ยเข้าใกล้ 1 คะแนน แสดงว่าความพึงพอใจ ในด้านนั้นน้อยที่สุด แต่ถ้าคะแนนเฉลี่ยเข้าใกล้ 5 แสดงว่า มีความพึงพอใจในด้านนั้นมากที่สุด ผ่านการตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และในการวิจัยนี้ได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ .86

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลกรุงเทพ (สำนักงานใหญ่) ตามหนังสือรับรองเลขที่ BMC-IRB 2017-09-032 โดยก่อนการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก และเก็บข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถาม ผู้วิจัยได้สอบถามความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และวิธีการในการเก็บ รวบรวมข้อมูล รวมทั้งสิทธิในปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยหรือการยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา ข้อมูลทั้งหมดจะเก็บไว้ เป็นความลับและไม่สามารถระบุถึงตัวบุคคล การให้ข้อมูลสามารถทำได้อย่างอิสระ โดยคำตอบดังกล่าวจะไม่ส่งผลกระทบต่อ ใด ๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน อีกทั้งข้อมูลที่ได้รับจะนำเสนอในภาพรวม และจะนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น ภายหลังเสร็จสิ้นการทำการวิจัยข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย จากนั้นได้ให้ผู้ให้ข้อมูลลงนามในใบยินยอมร่วมการวิจัยก่อน การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขออนุญาตทำการศึกษาวิจัยกับผู้บริหารโรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น ตลอดจนกลุ่มตัวอย่าง แต่ละกลุ่มที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้ดำเนินการภายหลังการฝึกอบรม ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนมิถุนายน 2561 และจาก การที่ผู้วิจัยเป็นผู้ร่วมพัฒนาหลักสูตรและดำเนินการประเมินผลหลักสูตรเอง เพื่อป้องกันการเกิดอคติหรือความลำเอียง ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างสามารถให้ข้อมูลได้โดยอิสระ โดยไม่มีผลกระทบ ใด ๆ กับผู้ให้ข้อมูล ส่วนข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมจะมีการสรุปและตีความข้อมูลตามสภาพและบริบทที่เป็นจริง โดยไม่ใส่ความคิดเห็นตามประสบการณ์หรือตามที่ผู้วิจัยคาดการณ์ไว้ล่วงหน้า

2. ผู้วิจัยได้นัดหมายกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม เพื่อกำหนดวันเวลาที่จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้น ได้ดำเนินการสนทนากลุ่ม หรือสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ประมาณ กลุ่มละ 30-45 นาที จนครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ทั้งหมด

3. ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลเฉพาะประเด็น จากกลุ่มพยาบาลพี่เลี้ยงและพยาบาลใหม่ โดยใช้แบบสอบถาม ตามประเด็นที่กำหนด ซึ่งจัดทำเป็นแบบฟอร์มการตอบข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ของโรงพยาบาล พร้อมทั้งได้แจ้งให้ กลุ่มตัวอย่างได้เข้าไปตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง ของข้อมูลก่อนที่จะดำเนินการวิเคราะห์

4. ผู้วิจัยนำข้อมูลการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ไปถอดเทปแบบคำต่อคำ แล้วนำเอาข้อมูลที่ได้ไปตรวจสอบเทียบเคียงความถูกต้องด้วยการฟังซ้ำก่อนที่จะดำเนินการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สมรรถนะของพยาบาลพี่เลี้ยง ทักษะของพยาบาลพี่เลี้ยง และความพึงพอใจในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็นเกี่ยวกับการประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ทำการศึกษาในพยาบาลพี่เลี้ยง 16 คน พยาบาลใหม่ 17 คน ผู้บริหารการพยาบาล 9 คน และผู้บริหารโรงพยาบาล 1 คน โดยพบว่า พยาบาลพี่เลี้ยง มีอายุระหว่าง 31-36 ปี อายุเฉลี่ย 33.44 ปี ($SD = 1.79$) ทุกคนเคยมีประสบการณ์ในการอบรมพยาบาลพี่เลี้ยงมาก่อน ประสบการณ์การเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงเฉลี่ย 3.06 ปี ($SD = 2.35$) ส่วนพยาบาลใหม่ อายุระหว่าง 21-34 ปี อายุเฉลี่ย 26.82 ปี ($SD = 4.85$) และในส่วนของผู้บริหารการพยาบาล อายุระหว่าง 33-47 ปี อายุเฉลี่ย 39.33 ปี ($SD = 4.44$)

1. การประเมินบริบท โรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 126 เตียง ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยทั่วไปทุกประเภทและโรคเฉพาะทาง ผ่านการรับรองคุณภาพ มาตรฐาน ISO 9001:2008 และผ่านการรับรองการตรวจประเมินขั้นระดับการพัฒนาคุณภาพ HA ขั้น 1,2 จากการศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับระบบพยาบาลพี่เลี้ยง พบว่า โรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น มีนโยบายและกระบวนการในการพัฒนาพยาบาลพี่เลี้ยงอย่างชัดเจน โดยกำหนดคุณสมบัติของพยาบาลพี่เลี้ยง (Preceptor) ต้องเป็นพยาบาลระดับ 3 (RN level 3) อายุงาน 5 ปี มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานดี มีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานและองค์กร มีมนุษยสัมพันธ์และสามารถเป็นตัวอย่างให้กับผู้อื่น และมีการพัฒนาศักยภาพพยาบาลพี่เลี้ยงโดยส่งไปฝึกอบรมหลักสูตรพยาบาลพี่เลี้ยงของฝ่ายการพยาบาลจากโรงพยาบาลกรุงเทพสำนักงานใหญ่ หลังจากนั้นจึงมอบหมายให้ดูแลและให้คำปรึกษากับพยาบาลใหม่ สำหรับพยาบาลใหม่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่นได้มีการจัดโปรแกรมการปฐมนิเทศเพื่อพัฒนาทักษะและทัศนคติในการปฏิบัติงาน รวมทั้งนโยบายในการปฏิบัติงานทั้งในภาพรวมขององค์กรและแผนก นอกจากนี้ยังมีการมอบหมายให้ปฏิบัติงานร่วมกับพยาบาลพี่เลี้ยง อย่างไรก็ตามพยาบาลพี่เลี้ยงยังมีจำนวนน้อย พยาบาลพี่เลี้ยงบางส่วนอยู่ระหว่างการรอเข้ารับการฝึกอบรม และพยาบาลพี่เลี้ยงต้องการมีการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง ฝ่ายการพยาบาลจึงได้ประสานความร่วมมือในการพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมมายังสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น และได้พัฒนาเป็นโปรแกรมการฝึกอบรมระยะสั้น โดยโปรแกรมหักล้าง มีการประชุมเพื่อปรึกษาหารือและสอบถามความต้องการพัฒนาศักยภาพพยาบาลพี่เลี้ยงก่อนที่จะมีการพัฒนาหลักสูตร จากนั้นจึงมีการกำหนดวัตถุประสงค์ และออกแบบเนื้อหาวิชาให้สอดคล้องกับความต้องการของฝ่ายการพยาบาล กิจกรรมการฝึกอบรมประกอบด้วย การเรียนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เนื้อหาวิชามีความครอบคลุม แนวคิด หลักการ และแนวทางการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง

“โรงพยาบาลเราเพิ่งจะเปิดได้ไม่นาน บางคนมาจากโรงพยาบาลในเครือ แต่บางคนมาจากโรงพยาบาลอื่น ๆ จึงไม่มีแนวปฏิบัติเดียวกัน ดังนั้นการที่เราต้องการพยาบาลใหม่ ที่มีความรู้และทัศนคติแบบที่โรงพยาบาลต้องการ จึงต้องมีการอบรมเพื่อเป็นไปในแนวทางเดียวกัน”

“พยาบาลพี่เลี้ยงมีความจำเป็นมาก เพราะจะช่วยเรื่องการคงอยู่ ลดอัตราการลาออก พี่เลี้ยงที่คัดเลือกมาเข้ารับการอบรมจะเป็นแม่แบบ และต้องมีสมรรถนะ เพื่อให้พยาบาลใหม่ได้มีผู้ที่ผู้ให้คำปรึกษา และเป็นแบบอย่างแก่น้อง

เรื่องวิธีการปฏิบัติงานและการดำเนินงานตามนโยบายของโรงพยาบาล เพราะพยาบาลใหม่มาจากหลายที่ แต่ละหน่วยงานก็อาจจะไม่เหมือนกัน และเนื่องจากบริบทของเราเป็นโรงพยาบาลใหม่และเป็นเอกชน”

2. การประเมินปัจจัยนำเข้า เมื่อพิจารณาความพร้อมของโปรแกรมการฝึกอบรมทั้งในส่วนของการความพร้อมของผู้เข้ารับการฝึกอบรม ผู้บริหารหน่วยงาน วิทยากร สื่อ วัสดุอุปกรณ์ และสถานที่ ปรากฏผลดังนี้

1) คุณสมบัติพื้นฐานและการคัดเลือกพยาบาลพี่เลี้ยง พยาบาลพี่เลี้ยงที่ได้รับการคัดเลือกเข้ารับการฝึกอบรมภายใต้โปรแกรมพัฒนาศักยภาพพยาบาลพี่เลี้ยงโรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น มีทั้งสิ้น 16 คน มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า มีประสบการณ์การเป็นพี่เลี้ยง เฉลี่ย 3.06 ปี ส่วนเป็ยเบนมาตรฐาน 2.35 โดยมีประสบการณ์ระหว่าง 1-5 ปี มากถึง 14 คน ทุกคนมีประสบการณ์ในการเข้ารับการอบรมการเป็นพยาบาลพี่เลี้ยง และได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่เป็นพยาบาลพี่เลี้ยงก่อนเข้ารับการฝึกอบรมครั้งนี้

2) การสนับสนุนจากผู้บริหาร การฝึกอบรมในครั้งนี้ เป็นนโยบายและความต้องการของผู้บริหารโรงพยาบาลที่ต้องการสนับสนุนให้พยาบาลพี่เลี้ยงทุกคนได้รับการพัฒนาและต่อยอดศักยภาพในการเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงจากที่เคยได้รับการฝึกอบรมมาก่อน ผู้บริหารโรงพยาบาลจึงได้สนับสนุนงบประมาณในการฝึกอบรมครั้งนี้ พร้อมทั้งจัดสรรเวลาให้พยาบาลพี่เลี้ยงสามารถเข้ารับการฝึกอบรมโดยไม่ถือเป็นวันลา

3) ความเชี่ยวชาญของวิทยากร วิทยากรในการฝึกอบรมในครั้งนี้ ประกอบด้วย อาจารย์ที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญด้านการเรียนการสอนทางการพยาบาล จากคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 10 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติบทบาทเป็นผู้บริหารทางการพยาบาล และเป็นครูพี่เลี้ยงต้นแบบในโรงพยาบาล จำนวน 3 คน โดยอาจารย์ และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ได้รับมอบหมายในการเป็นวิทยากรภายใต้หัวข้อที่มีความเชี่ยวชาญ ตามที่กำหนดไว้ในโปรแกรมทั้งในส่วนของการภาคทฤษฎี และปฏิบัติ

4) สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้เกี่ยวกับสื่อ วัสดุอุปกรณ์ และสถานที่ การจัดกิจกรรมการฝึกอบรมในครั้งนี้ ได้ใช้สถานที่ของโรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่นตลอดระยะเวลาในการฝึกอบรม ซึ่งประกอบด้วย ห้องประชุมและโสตทัศนูปกรณ์และอุปกรณ์ต่าง ๆ ในห้องประชุม ซึ่งสามารถรองรับผู้เข้าร่วมประชุมได้อย่างเพียงพอและเหมาะสมในการเรียนภาคทฤษฎีและการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ระหว่างการเรียนรู้ นอกจากนี้ยังได้ใช้พื้นที่ของหอผู้ป่วย และแผนกต่าง ๆ ของโรงพยาบาล สำหรับการสาธิตและฝึกปฏิบัติบทบาทการเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงในสถานการณ์จริง

“วัตถุประสงค์ และเนื้อหาวิชาแต่ละโมดูล ตรงกับความต้องการของโรงพยาบาล และตรงกับความต้องการของพยาบาลพี่เลี้ยง เพราะในแต่ละโมดูลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับ ความคิดเรื่องการสอนงานน้อง (พยาบาลใหม่) ไม่ใช่เพียงการสาธิต แต่หลังอบรมพยาบาลพี่เลี้ยงแล้วสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการสอนน้อง (พยาบาลใหม่)”

“หัวข้อที่สอน (โมดูลที่รับผิดชอบ) ก็เป็นหัวข้อที่มีประสบการณ์สอนในหลักสูตร (ที่สอนในมหาวิทยาลัย) ก่อนสอนก็มีการเตรียมเนื้อหาให้สอดคล้องกับหัวข้อที่รับผิดชอบ เตรียมทั้งแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และหาตัวอย่างเพื่อให้เห็นภาพที่ชัดเจน ...พอสอนบรรยายเสร็จก็มีการจัดกิจกรรม และให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ยกตัวอย่างสถานการณ์จริงในบทบาทที่เป็นผู้ประเมิน และผู้ถูกประเมิน ให้สร้างเครื่องมือที่สอดคล้องกับกิจกรรมการประเมิน แล้วก็เปิดให้กลุ่มแสดงความคิดเห็น ให้ข้อเสนอแนะกัน”

“เนื้อหาเกี่ยวกับเทคนิคการนิเทศงาน การสอนงาน เทคนิคการสอนในคลินิกและการให้คำปรึกษา มีประสบการณ์สอนอยู่แล้ว...เนื้อหาและวิธีการสอนก็ปรับไปตามผู้เรียน ซึ่งหลักสูตรนี้ผู้เรียนเป็นพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการปฏิบัติอยู่แล้ว แต่ก็เดิมในส่วนที่เกี่ยวกับวิธีการนิเทศ การโค้ชชิ่ง...การสอนก็มีการปูพื้นเกี่ยวกับทฤษฎี จากนั้นก็เป็นการปฏิบัติโดยมีสถานการณ์จำลองให้ฝึกปฏิบัติในห้อง และไปฝึกในสถานการณ์จริง”

3. การประเมินกระบวนการ กิจกรรมการฝึกอบรม และการติดตามประเมินผล ปรากฏผลดังนี้

1) การจัดกิจกรรมการฝึกอบรม โปรแกรมการฝึกอบรมในครั้งนี้ได้ดำเนินการใน 5 สัปดาห์ เฉพาะวันศุกร์

เสาร์ อาทิตย์ ของแต่ละสัปดาห์ (ระหว่างวันที่ 24 มิถุนายน ถึง 19 สิงหาคม 2559) เนื้อหาของหลักสูตรในการอบรม ได้จัดแบ่งเป็น 7 โมดูล (Module) ได้แก่ 1) แนวคิด ทฤษฎีระบบพยาบาลพี่เลี้ยง 2) ความเป็นพยาบาลมืออาชีพและการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก 3) การเป็นครูพี่เลี้ยงต้นแบบและจริยธรรม 4) การค้นหาความต้องการการเรียนรู้และกลยุทธ์การสอน 5) การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ 6) ภาวะผู้นำ และ 7) การให้คำปรึกษาในงานพยาบาล โดยรูปแบบการฝึกอบรม มีทั้งการบรรยายทฤษฎี การสาธิต และการฝึกปฏิบัติจริง ในหอผู้ป่วยและแผนกต่าง ๆ ซึ่งเป็นภาคทฤษฎี 36 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ 53 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 89 ชั่วโมง ทั้งนี้ ในการฝึกปฏิบัติจะมีการแบ่งกลุ่มย่อยเป็น 2-5 กลุ่ม ขึ้นอยู่กับเนื้อหาวิชาในแต่ละโมดูล เพื่อให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรม ได้เรียนรู้และได้รับคำแนะนำจากวิทยากรอย่างใกล้ชิด

2) การกำกับติดตามและประเมินผล ซึ่งได้ติดตามและประเมินผล ทั้งในระหว่างการฝึกปฏิบัติในแต่ละโมดูล และภายหลังสิ้นสุดการฝึกอบรม โดยในระหว่างการฝึกอบรม มีการสรุปทเรียนของแต่ละโมดูลเพื่อให้เกิดความเข้าใจเนื้อหาวิชารวมถึงประเด็นหรือข้อสงสัยต่าง ๆ ที่ได้ฝึกอบรม และนอกจากนี้ในสัปดาห์สุดท้ายของการฝึกอบรมยังมีการจัดเวทีวิชาการ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้รับ รวมทั้งการเรียนรู้แนวทางสำหรับการนำเอาความรู้ที่ได้รับการฝึกอบรมไปวางแผนในการปฏิบัติงานจริงในงานประจำของตนเอง สำหรับการติดตามและประเมินผลหลังการฝึกอบรม ได้มีการประเมินสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยง ทักษะคิดของพยาบาลพี่เลี้ยง และความพึงพอใจในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง ตลอดจนการติดตามเยี่ยมภายหลังที่ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้กลับไปปฏิบัติงาน

“เมื่อก่อน อารมณ์ร้อน มีอึดตาเยอะเพราะมีอายุน้อยเลย หลังอบรม มีการสังเกตและประเมินน้อง (พยาบาลใหม่) ก่อน จึงได้สอนกันเพื่อแลกเปลี่ยนและพัฒนา และอารมณ์เย็นขึ้น พยายามเข้าใจเขามากขึ้น... เมื่อก่อนไม่มีการวางแผน คิดอะไรก็พูด ไม่ได้ดูว่าเขารับได้หรือไม่ได้ หลังอบรมมีการวางแผนการสอนน้อง (พยาบาลใหม่) และมีการประเมินซึ่งกันและกัน...”

“ทำให้เราไม่ได้เข้ามาทำงานโดยพึ่งแต่ตัวเองเป็นส่วนใหญ่ แม้เรามีประสบการณ์ก็จริงเมื่อเราย้ายมาทำงานเราก็เหมือนต้องเริ่มต้นใหม่ แต่ถ้าเรามีที่ปรึกษาเราก็จะทำงานได้แบบไม่วิตกกังวล... เหมือนสร้างแรงจูงใจให้เราเสริมสร้างพลังอำนาจให้เรากล้าที่จะไปปฏิบัติงานกับคนไข้ เพราะเขา (พยาบาลพี่เลี้ยง) จะต้องคุยกับเราก่อน ทำให้เราเชื่อมั่นกับในตัวเขาก่อน ถ้าเราทำงานแล้วไม่มีคนที่คอยปรึกษา เราก็จะขาดความมั่นใจ เพราะว่าถึงทำงานมา 2-3 ปี แต่ถ้าเราเริ่มต้นใหม่ก็ขาดความมั่นใจ...ช่วยสอนเกี่ยวกับนโยบายของโรงพยาบาล ทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว...สร้างแรงจูงใจความมั่นใจให้กับเรา แม้มีพยาบาลพี่เลี้ยงที่อายุน้อยกว่า”

“มีรูปแบบในการสอนงานมากขึ้น ทำให้เกิดการ ทำงานที่ทดแทนกันได้ ทำเป็นตัวอย่าง สอนงานกันมากขึ้น... พยาบาลพี่เลี้ยงมีความเต็มใจในการเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงมากขึ้น และการจัดเวรให้ตรงกันกับพยาบาลใหม่ ทำให้พยาบาลใหม่มีความสุขในการทำงานมาก ทำงานได้ดี... น้องใหม่มีความสุขในการสอนงานของพี่ แต่ยังไม่ค่อยเห็นความสัมพันธ์ส่วนตัวระหว่างพยาบาลพี่เลี้ยงกับน้องใหม่ อาจจะด้วยภาวะ Gen ที่แตกต่างกัน... ระยะเวลาในการฝึก 3 เดือน อาจจะไม่มากพอที่จะทำให้สนิทสนมกันมาก เพราะมุ่งเน้นด้านงาน แต่หลังจากนั้นก็ยังสามารถไปต่อได้...”

4. การประเมินผลผลิต ภายหลังสิ้นสุดการฝึกอบรมได้มีการประเมินผลผลิตใน 4 ด้าน ได้แก่ สมรรถนะของพยาบาลพี่เลี้ยง ทักษะคิดของพยาบาลพี่เลี้ยง ความพึงพอใจในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง และความพึงพอใจในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงของพยาบาลใหม่ ปรากฏผลดังนี้

1) สมรรถนะของพยาบาลพี่เลี้ยง พบว่า สมรรถนะของพยาบาลพี่เลี้ยงโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.28$, $SD = 0.35$) เมื่อพิจารณาารายด้านพบว่าสมรรถนะทุกด้านอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลสมรรถนะของพยาบาลพี่เลี้ยง (n = 16)

สมรรถนะของพยาบาลพี่เลี้ยง	ช่วงคะแนน		M	SD	การแปลผล
	ที่เป็นไปได้	ที่ได้จริง			
ด้านความเป็นพยาบาลมืออาชีพ และการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก	1.00-5.00	3.89-5.00	4.40	0.32	มาก
ด้านความเป็นต้นแบบและจริยธรรม	1.00-5.00	3.63-4.88	4.23	0.33	มาก
ด้านกลยุทธ์การสอนและการประเมิน	1.00-5.00	3.22-5.00	4.20	0.44	มาก
ด้านการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการสื่อสาร	1.00-5.00	3.78-5.00	4.34	0.44	มาก
ด้านการให้คำปรึกษาในงานพยาบาล	1.00-5.00	3.56-5.00	4.24	0.39	มาก
ด้านการเป็นผู้นำทีม	1.00-5.00	3.88-5.00	4.29	0.37	มาก
สมรรถนะของพยาบาลพี่เลี้ยงโดยรวม	1.00-5.00	3.71-4.85	4.28	0.35	มาก

2) ทักษะคิตของพยาบาลพี่เลี้ยง พบว่า พยาบาลพี่เลี้ยงมีทักษะคิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 3.96$, $SD = 0.28$) เมื่อพิจารณารายด้าน ส่วนใหญ่มีทักษะคิตระดับดี มีเพียงบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับดีมาก และบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลทักษะคิตของพยาบาลพี่เลี้ยง (n = 16)

ทักษะคิตของพยาบาลพี่เลี้ยง	ช่วงคะแนน		M	SD	การแปลผล
	ที่เป็นไปได้	ที่ได้จริง			
บทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงโดยทั่วไป	1.00-5.00	3.40-5.00	4.35	0.52	ดี
บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาล	1.00-5.00	3.50-5.00	4.52	0.50	ดีมาก
บทบาทของครู	1.00-5.00	3.14-5.00	3.88	0.44	ดี
บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา	1.00-5.00	3.00-3.80	3.39	0.24	ปานกลาง
บทบาทของผู้สนับสนุน	1.00-5.00	3.20-4.60	3.93	0.42	ดี
บทบาทของผู้แนะนำ	1.00-5.00	3.40-4.40	3.89	0.33	ดี
บทบาทของนักวิจัย	1.00-5.00	2.60-4.80	3.86	0.55	ดี
บทบาทเป็นเพื่อนผู้ใกล้ชิด	1.00-5.00	3.50-4.50	4.05	0.31	ดี
ทักษะคิตของพยาบาลพี่เลี้ยงโดยรวม	1.00-5.00	3.45-4.40	3.96	0.28	ดี

3) ความพึงพอใจในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง พบว่า ความพึงพอใจในบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.32$, $SD = 0.53$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมาก สำหรับบทบาทของผู้แนะนำ และบทบาทเป็นเพื่อนผู้ใกล้ชิดมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลความพึงพอใจในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง (n = 16)

ความพึงพอใจในการปฏิบัติ บทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง	ช่วงคะแนน		M	SD	การแปลผล
	ที่เป็นไปได้	ที่ได้จริง			
บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาล	1.00-5.00	2.83-5.00	4.28	0.65	มาก
บทบาทของครู	1.00-5.00	2.88-5.00	4.30	0.58	มาก
บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา	1.00-5.00	3.43-5.00	4.36	0.58	มาก
บทบาทของผู้สนับสนุน	1.00-5.00	2.75-5.00	3.95	0.70	มาก
บทบาทของผู้แนะนำ	1.00-5.00	4.00-5.00	4.55	0.46	มากที่สุด
บทบาทของนักวิจัย	1.00-5.00	2.80-5.00	4.11	0.67	มาก
บทบาทเป็นเพื่อนผู้ใกล้ชิด	1.00-5.00	3.80-5.00	4.59	0.47	มากที่สุด
บทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงโดยรวม	1.00-5.00	3.30-5.00	4.32	0.53	มาก

4) ความพึงพอใจในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงของพยาบาลใหม่ พบว่า ความพึงพอใจในบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง ตามการรับรู้ของพยาบาลใหม่ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.92$, $SD = 0.73$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าในทุกด้านมีความพึงพอใจในระดับมากเช่นเดียวกัน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลความพึงพอใจในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงของพยาบาลใหม่ (n = 17)

ความพึงพอใจในการปฏิบัติบทบาท พยาบาลพี่เลี้ยงของพยาบาลใหม่	ช่วงคะแนน		M	SD	การแปลผล
	ที่เป็นไปได้	ที่ได้จริง			
บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาล	1.00-5.00	1.33-5.00	3.88	0.87	มาก
บทบาทของครู	1.00-5.00	1.38-4.88	3.85	0.82	มาก
บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา	1.00-5.00	1.57-5.00	3.95	0.86	มาก
บทบาทของผู้สนับสนุน	1.00-5.00	1.75-5.00	3.78	0.84	มาก
บทบาทของผู้แนะนำ	1.00-5.00	2.20-5.00	4.01	0.78	มาก
บทบาทของนักวิจัย	1.00-5.00	2.60-5.00	3.91	0.67	มาก
บทบาทเป็นเพื่อนผู้ใกล้ชิด	1.00-5.00	2.80-5.00	4.11	0.64	มาก
บทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงโดยรวม	1.00-5.00	2.00-4.97	3.92	0.73	มาก

การอภิปรายผล

ผลการประเมินด้านบริบท พบว่า โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพพยาบาลพี่เลี้ยงโรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น เกิดจากความต้องการพัฒนาศักยภาพและเพิ่มจำนวนของพยาบาลพี่เลี้ยง เพื่อเพิ่มความสามารถให้พยาบาลพี่เลี้ยงในการดูแลและให้คำปรึกษากับพยาบาลใหม่ จึงได้ประสานความร่วมมือกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยได้มีการออกแบบโปรแกรมการฝึกอบรมซึ่งมีเนื้อหาวิชาที่สอดคล้องกับความต้องการของฝ่ายการพยาบาลและพยาบาลพี่เลี้ยง ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจาก ก่อนการวางแผนออกแบบโปรแกรมหาดังกล่าว คณะอาจารย์จากสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้มีการประชุม ปรึกษาหารือและสอบถามความต้องการ

พัฒนาศักยภาพพยาบาลพี่เลี้ยง กับผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้บริหารการพยาบาล และพยาบาลพี่เลี้ยง เพื่อทำความเข้าใจ แนวทางการพัฒนาศักยภาพพยาบาลพี่เลี้ยงในระยะที่ผ่านมาของโรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น และโรงพยาบาลกรุงเทพ (สำนักงานใหญ่) อีกทั้งยังทำให้เข้าใจประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งนำไปสู่การออกแบบเนื้อหาที่สำคัญจำเป็นและสอดคล้อง กับบริบทการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Chungpiriyapong and Prachusilpa (2017) ที่พบว่าก่อนการพัฒนา รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงเพื่อเตรียมพยาบาลวิชาชีพเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลเอกชน มีการรวบรวม ปัญหาและความต้องการของพยาบาลวิชาชีพที่จะเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย แล้วมีการกำหนดรูปแบบการเตรียม พยาบาลพี่เลี้ยงโดยการฝึกอบรม กิจกรรมเตรียมพยาบาลวิชาชีพเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย และประเมินผลการปฏิบัติ กิจกรรมพยาบาลพี่เลี้ยง

การประเมินปัจจัยนำเข้า พบว่า ฝ่ายการพยาบาล ได้คัดเลือกพยาบาลที่มีประสบการณ์ ผู้ที่มีความพร้อมใน ตำแหน่งหน้าที่พยาบาลพี่เลี้ยง รวมทั้งพยาบาลพี่เลี้ยงเดิมเข้ามารับการฝึกอบรม ซึ่งจะเห็นได้จากทุกคนเคยมีประสบการณ์ ในการอบรมพยาบาลพี่เลี้ยงมาก่อน และมีประสบการณ์การเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงเฉลี่ย 3.06 ปี ($SD = 2.35$) สอดคล้อง กับการศึกษาของ Chintapanyakun and Peanpedlerd (2017) ที่พบว่าคัดเลือกพยาบาลที่จะมาเป็นพยาบาล พี่เลี้ยงควรมีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 3 ปีขึ้นไป เนื่องจากมีความรู้และทักษะที่มากพอในการถ่ายทอดความรู้ ประกอบกับในหลักสูตรนี้มีวิทยากร ประกอบด้วยคณาจารย์ จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งมี ประสบการณ์สอนในแต่ละหัวข้อที่รับผิดชอบโดยตรง ร่วมกับวิทยากรที่เป็นพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการนิเทศ การสอนงาน และการให้คำปรึกษา ทั้งจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และเหนือตติยภูมิ อีกทั้งนโยบายของผู้บริหาร โรงพยาบาล และผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล ที่อนุญาตให้พยาบาลสามารถเข้ารับการฝึกอบรมได้เต็มเวลาตลอดระยะเวลา ที่กำหนดโดยไม่ถือว่าเป็นวันลา รวมถึงการอำนวยความสะดวกให้สามารถใช้ห้องประชุมและอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการฝึกอบรม และใช้หอผู้ป่วยเป็นพื้นที่ฝึกปฏิบัติบทบาทของพยาบาลพี่เลี้ยง จึงทำให้สามารถจัดกิจกรรมการฝึกอบรมได้อย่าง ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Rodphothong (2015) ที่พบว่ามีกำหนดคุณสมบัติ และคัดเลือกผู้ที่จะเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาพยาบาลพี่เลี้ยง พร้อมทั้งสนับสนุนระยะเวลาการเข้าร่วมกิจกรรม ตามระยะการเรียนรู้ของพยาบาลพี่เลี้ยงและพยาบาลใหม่ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chungpiriyapong and Prachusilpa (2017) ที่พบว่า ผู้บริหารโรงพยาบาลให้การสนับสนุนเวลาในการปฏิบัติกิจกรรม และอำนวยความสะดวก ในการใช้สถานที่ อุปกรณ์ และการจัดตารางเวลาทำงานให้ตรงกันของพยาบาลพี่เลี้ยงและพยาบาลวิชาชีพ อีกทั้ง การสนับสนุนดังกล่าวยังเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของการนำใช้รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยง

การประเมินกระบวนการ พบว่า โปรแกรมการฝึกอบรมนี้ได้แบ่งเนื้อหา ออกเป็น 7 โมดูล ครอบคลุมเกี่ยวกับ แนวคิด ทฤษฎีระบบพยาบาลพี่เลี้ยง เทคนิค และวิธีการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยง ซึ่งมีความสอดคล้องกับบทบาท ของพยาบาลพี่เลี้ยง ตามที่ Morton-Cooper and Palmer (2000) กำหนดไว้ ได้แก่ บทบาทที่ปรึกษา บทบาทโค้ช บทบาทผู้ให้คำปรึกษา บทบาทผู้แนะนำหรือสร้างเครือข่าย บทบาทครู บทบาทผู้อำนวยความสะดวก บทบาทการเป็น ดันแบบ และบทบาทผู้สนับสนุน ทั้งนี้ใช้ระยะเวลาฝึกอบรม 5 สัปดาห์ โดยในแต่ละสัปดาห์ ฝึกอบรมเฉพาะ วันศุกร์ เสาร์ และอาทิตย์ กิจกรรมการฝึกอบรม ประกอบด้วยภาคทฤษฎี ที่มุ่งเน้นแนวคิด หลักการ เทคนิค วิธีการ และการวิเคราะห์ ประเมินกรณีตัวอย่าง รวมทั้งการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ ที่มีการปฏิบัติภายใต้สถานการณ์สมมติ และสถานการณ์จริง ทำให้วิทยากรผู้สอนสามารถอธิบายและเชื่อมโยงสู่การปฏิบัติได้จริง อีกทั้งพยาบาลพี่เลี้ยง เมื่อได้เรียนรู้แนวคิดหลักการ แล้ว ยังสามารถนำเอาความรู้ภายใต้ขอบเขตเนื้อหาในแต่ละโมดูลไปฝึกปฏิบัติภายใต้สถานการณ์จริงในหอผู้ป่วยหรือ แผนกที่ตนเองปฏิบัติงาน และนอกจากนี้ยังมีการติดตามประเมินผล ระหว่างการอบรมในแต่ละโมดูลและภายหลังสิ้นสุด การอบรม ตลอดจนการมีเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อนำแนวคิดหรือวิธีการปฏิบัติที่ได้ผลดี มานำเสนอและเป็น แบบอย่างให้พยาบาลพี่เลี้ยงคนอื่น ๆ ได้นำไปปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน จึงเป็นกระบวนการและกลไกสำคัญ ที่ทำให้สามารถบรรลุผลลัพธ์การพัฒนาพัฒนาศักยภาพพยาบาลพี่เลี้ยง สอดคล้องกับการศึกษาของ Rodphothong (2015)

ซึ่งพบว่าการอบรมพยาบาลพี่เลี้ยง มีการกำหนดเนื้อหาการเรียนรู้เกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลพี่เลี้ยง เทคนิควิธีการในการให้ความรู้ รวมทั้งการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ การเขียนแผนการสอนในการสอนงานพยาบาลใหม่ และการนิเทศพยาบาลใหม่ โดยมีการเชิญผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอกมาเป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้ ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ

และการประเมินผลผลิต พบว่า ภายหลังจากการฝึกอบรมพยาบาลพี่เลี้ยงมีสมรรถนะโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีทัศนคติโดยรวมในระดับดี มีความพึงพอใจในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงโดยรวมในระดับมาก และพยาบาลใหม่มีความพึงพอใจในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงโดยรวมในระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจาก พยาบาลพี่เลี้ยงทุกคนเคยมีประสบการณ์การทำงานของพยาบาลพี่เลี้ยงมาก่อนแล้วจึงทำให้เข้าใจวิธีการปฏิบัติบทบาทเป็นอย่างดี และเมื่อได้รับการฝึกอบรมพัฒนาความรู้เพิ่มเติมจึงเกิดความพึงพอใจและสามารถนำความรู้ไปปรับใช้ในงานได้จริง ประกอบกับเนื้อหาของหลักสูตรในการฝึกอบรมทั้ง 7 โมดูลที่ครอบคลุมในทุกมิติของบทบาทหน้าที่พยาบาลพี่เลี้ยง และกระบวนการฝึกอบรมที่เรียนรู้ทั้งแนวคิดหลักการและการฝึกปฏิบัติจริง ทำให้พยาบาลพี่เลี้ยงสามารถเข้าใจแนวคิด หลักการของการปฏิบัติบทบาทของพยาบาลพี่เลี้ยงได้เป็นอย่างดี และเมื่อนำเอาแนวคิดหลักการดังกล่าวไปใช้ ก็ส่งผลให้สามารถปฏิบัติบทบาทได้ดี จนได้รับการยอมรับและการประเมินจากพยาบาลใหม่เกี่ยวกับการปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงในระดับดีเช่นเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Veerajit, Siritarungsri, and Namjumtra (2016) ที่พบว่าพยาบาลพี่เลี้ยงเกิดความพึงพอใจต่อการนำรูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงที่พัฒนาขึ้นไปใช้ทั้งรายด้านและโดยรวม ในระดับมาก นอกจากนี้จากการใช้รูปแบบดังกล่าว สามารถช่วยให้พยาบาลจบใหม่สามารถเข้าใจการปฏิบัติงานได้เร็วขึ้น มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน เมื่อมีปัญหาในการปฏิบัติงานสามารถปรึกษาพยาบาลพี่เลี้ยง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมพัฒนาศักยภาพพยาบาลพี่เลี้ยงโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร สามารถนำไปใช้ในการเตรียมความพร้อมและพัฒนาศักยภาพของพยาบาลพี่เลี้ยง เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้พยาบาลพี่เลี้ยงมีความเข้าใจบทบาท หน้าที่ และมีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน อีกทั้งยังสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ทั้งในโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลรัฐที่มีระบบการจัดการที่คล้ายคลึงกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครที่สนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัย และขอบคุณพยาบาลพี่เลี้ยงพยาบาลใหม่ ผู้บริหารการพยาบาล และผู้บริหารโรงพยาบาล ในการให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถาม

References

- Bandansin, J., Poonchai, S., Chaleoykitti, S., & Kanglee, K. (2015). Practices in preceptor's role of professional nurses in the training places of The Royal Thai Army Nursing College. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 16(3), 32-41. [In Thai]
- Chintapanyakun, T., & Peanpedlerd, S. (2017). An evaluation of training program on development of potential competency new registered nurse under mentoring system by CIPPIEST model. *Silpakorn Educational Research Journal*, 9(1), 358-371. [In Thai]
- Chungpiriyapong, K., & Prachusilpa, G. (2017). Development of nurse mentorship model for professional nurses to be head nurse position, private hospital. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 18(Suppl), 261-269. [In Thai]

- Leungnattarat, K. (2014). *The development of mentorship for novice nurses in the nursing department of Bangkok Chureevatch hospital, Roi-Et province*. Master's Thesis, Nursing Administration, Khon Kaen University. [In Thai]
- Mingphanaz, R. (2015). *Development of program to improve student nurse preceptors' competency nursing colleges under the Ministry of Public Health*. Doctoral Dissertation, Educational Administration and Development, Mahasarakham University. [In Thai]
- Morton-Cooper, A., & Palmer, A. (2000). *Mentoring, preceptor ship and clinical supervision: A guide to professional support roles in clinical practice* (2nd ed.). Oxford: Blackwell Science.
- Nursing Staff Organization Bangkok Hospital Khon Kaen. (2015). *Guidelines for developing professional nurse competency at Bangkok hospital Khon Kaen*. Khon Kaen: Bangkok Hospital Khon Kaen. [In Thai]
- Raetong, P., & Harnirattisai, T. (2012). Role change experience: From nursing students to registered nurses. *Thai Journal of Nursing Council*, 27(2), 51-62. [In Thai]
- Rodphothong, J. (2015). *The development of nurse mentorship model for new professional nurses, Pakkred hospital, Nonthaburi province*. Master's Thesis, Nursing Administration, Sukhothai Thammathirat Open University. [In Thai]
- Stufflebeam, D. L., & Shinkfield, A. J. (2007). *Evaluation theory, models, and applications*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Thamsrisawat, J. (2016). *The competencies of nurse preceptors for new nurses at a private hospital in Chonburi province*. Master's Thesis, Nursing Management, Christian University. [In Thai]
- Veerajit, S., Siritarungsri, B., & Namjumtra, R. (2016). Development of a mentor model for nurses at Suratthani hospital. *Journal of The Police Nurses*, 8(2). 138-150. [In Thai]

ผลของการจัดการเรียนรู้ผ่านกระบวนการสะท้อนคิดต่อพฤติกรรมการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล

ชลธิชา ชลสวัสดิ์, ศษ.ด.^{1*} มยุรี แก้วจันทร์, วท.ม.² ปาณิสรา ไกรวงษ์, ศษ.ด.¹ วิวัน แข่งคุ้ม, พย.ม.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้ผ่านกระบวนการสะท้อนคิดในสถาบันการศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 ที่ลงทะเบียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ปีการศึกษา 2563 จำนวน 48 ราย กลุ่มตัวอย่างได้รับการจัดกลุ่มสนทนาสะท้อนคิด 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หลังเสร็จสิ้นการฝึกแต่ละสัปดาห์ เป็นเวลา 5 สัปดาห์ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกการสะท้อนคิด แบบสอบถามพฤติกรรมสะท้อนคิด และแบบสอบถามความคิดเห็นประโยชน์ของการบันทึกการสะท้อนคิด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสะท้อนคิดหลังการทดลองเท่ากับ 3.36 ($SD = 0.28$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 2.51$, $SD = 0.36$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อประโยชน์ของการบันทึกสะท้อนคิดเท่ากับ 3.54 ($SD = 0.29$) ผลการศึกษานี้เสนอแนะว่าควรนำการจัดการเรียนรู้ผ่านกระบวนการสะท้อนคิดไปประยุกต์ใช้ในทุกรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมทักษะทางปัญญาของนักศึกษา ด้านการตระหนักรู้ในศักยภาพและสิ่งที่ตนเป็นจุดอ่อนของตนเอง การคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

คำสำคัญ: การจัดการเรียนรู้ พฤติกรรมการสะท้อนคิด กระบวนการสะท้อนคิด นักศึกษาพยาบาล

¹ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

* ผู้เขียนหลัก e-mail: chon_wat_24@hotmail.co.th

The Effect of Learning a Management Through Reflective Thinking Process on Reflective Thinking Behavior Among Nursing Students

Chonticha Chonsawat, Dr. Ed.D.^{1*}, Mayuree Kaewchantr, M.S.², Panisa Kraiwong, Dr. Ed.D.¹,
Wiwan Kengkoom, M.N.S.¹

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare reflective thinking behaviors of nursing students in a private university in Bangkok before and after receiving a Learning Management Through Reflective Thinking process. The sample was 48 fourth-year nursing students in a Psychiatric Nursing Practicum in academic year 2020. The sample participated in reflective thinking group discussion at the end of the practicum class meeting once a week for 5 consecutive weeks. Research instruments included the reflection record form, reflective thinking questionnaire, and opinion towards benefit of reflection questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistic and paired t-tests.

The results indicated that the nursing students' post-test reflective thinking behavior scores ($M = 3.36$, $SD = 0.28$) were significantly higher than their pre-test scores ($M = 2.51$, $SD = 0.36$; $p < .05$). The mean score for benefits of the reflection was 3.54 ($S.D. = 0.29$). Therefore, the reflective thinking process should be applied for learning management in each class of a nursing practicum. The reflective thinking process could enhance intellectual skills relevant to self-awareness of student strengths and weaknesses and improve systematic analysis, which might lead to improving nursing quality of care.

Key words: Learning management, reflexive thinking, behavior, process, nursing students

¹ Lecturer, Faculty of Bangkokthonburi University

² Assistant professor, Faculty of Bangkokthonburi University

* Corresponding author e-mail: chon_wat_24@hotmail.co.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การจัดการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมีลักษณะเป็นวิชาชีพเฉพาะที่มีการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้ผู้เรียนมีคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์และบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (Thai Qualifications Framework for Higher Education [TQF]) สิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงควมมีประสิทธิภาพและมีมาตรฐาน ได้แก่ คุณภาพบัณฑิต ซึ่งสามารถพิจารณาจากผลการเรียนรู้ของบัณฑิต โดยเฉพาะด้านทักษะทางปัญญา (Cognitive skills) เป็นความสามารถในการตระหนักรู้ในศักยภาพและสิ่งที่ตนเป็นจุดอ่อนของตนเอง สามารถคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบโดยใช้ประสบการณ์เป็นฐาน และสามารถพัฒนาวิธีการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป (Commission on Higher Education, 2017) ทักษะทางปัญญาเป็นสิ่งสำคัญที่ควรพัฒนาให้เกิดควบคู่ไปกับการพัฒนาความรู้และทักษะทางการพยาบาล

กลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร มุ่งหวังให้นักศึกษามีการพัฒนาทักษะทางปัญญา โดยเฉพาะในด้านการตระหนักรู้ในศักยภาพและสิ่งที่ตนเป็นจุดอ่อนของตนเอง เพื่อพัฒนาตนเองให้มีความสามารถเพิ่มขึ้น สามารถคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบโดยใช้องค์ความรู้ทางวิชาชีพและประสบการณ์เป็นฐาน ซึ่งเป็นสมรรถนะหลักของรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ดังนั้นจึงนำการสะท้อนคิด (Reflective thinking) ซึ่งเป็นกระบวนการทางปัญญาที่บุคคลนำเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งมาคิดใคร่ครวญและทำการวิเคราะห์ โดยการเชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีและการปฏิบัติ ผ่านประสบการณ์คิดวิเคราะห์สิ่งที่เกิดขึ้นอย่างใคร่ครวญ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ จนกระทั่งเกิดความเข้าใจในเหตุการณ์และเกิดการเรียนรู้ใหม่ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ในอนาคต (Sinthuchai, Dejituksirikul, & Yoksuriyan, 2018) มาประยุกต์ใช้ในการฝึกทักษะปฏิบัติของนักศึกษา เช่น การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชรายบุคคลระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง และการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด เพื่อให้นักศึกษาได้ฝึกฝนการรู้จักตนเองให้ถ่องแท้ ฝึกวิเคราะห์สภาพปัญหาโดยอาศัยองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ และฝึกการเข้าใจผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการมีความเข้าใจตนเอง มีกำลังใจ สามารถพัฒนาตัวเองไปในทางที่ดี และเนื่องจากการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช มักมีเหตุการณ์ไม่คาดคิดเกิดขึ้น ผู้รับบริการไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมทั้งด้านพฤติกรรมและคำพูด เช่น ตะโกนด่า นิ่งเงียบ ลูกหนี หรือมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วขณะสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ดังนั้นความรู้เชิงทฤษฎีที่ได้เรียนไม่อาจนำมาใช้ได้โดยตรง นักศึกษาจึงต้องสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ทั้งจากทฤษฎี จากประสบการณ์โดยตรงหรือจากสังเกตเห็นจากสถานการณ์อื่น ๆ มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์จริงที่กำลังเผชิญอยู่ เพื่อให้การตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาลมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งหากพัฒนานักศึกษาให้เป็นผู้เรียนรู้ด้วยการสะท้อนคิดได้สำเร็จ การเรียนรู้ในลักษณะดังกล่าวจะสามารถคงอยู่เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ต่อไปด้วยตนเองในอนาคต

การนำวิธีการจัดการเรียนรู้ผ่านกระบวนการสะท้อนคิดมาใช้ในการจัดการเรียนการสอน เป็นแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการเตรียมนักศึกษาสำหรับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นอย่างยิ่ง เพราะนอกจากจะช่วยให้นักศึกษาพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเองแล้ว ยังทำให้นักศึกษาเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง เปิดโอกาสให้ได้ทบทวนและประเมินสิ่งที่ปฏิบัติไปแล้ว รวมทั้งได้แนวทางที่ดีขึ้นในการปฏิบัติครั้งต่อไป (Boontham, Bualuang, Yoothavisute, Kaewprom, & Rungruang, 2015) การสะท้อนคิดจึงเป็นทักษะที่มีความจำเป็นสำหรับวิชาชีพการพยาบาล การเรียนการสอนที่จะส่งเสริมให้มีการสะท้อนคิดทำได้หลายวิธี เช่น การเขียนบันทึก การแสดงบทบาทสมมติ การใช้ภาพศิลปะ กระตุ้นความคิด การสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง หรือทำเป็นกลุ่มเล็ก (Wanchai, Saengpak, & Leaungsomnapa, 2017) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการเขียนบันทึกสะท้อนคิดเป็นกิจกรรมการเรียนการสอนที่ช่วยพัฒนาทักษะทางปัญญา ช่วยพัฒนากระบวนการคิดวิเคราะห์ ส่งเสริมการตระหนักรู้ในตนเอง (Kaewprom, Boontham, Pratoom, & Yuthavisut, 2014) และในการเขียนแต่ละครั้ง เมื่อนักศึกษาทราบจุดที่ควรปรับปรุงหรือนำประเด็นที่พบมาอภิปราย จะเกิดการเรียนรู้แล้วนำมาพัฒนาในการเขียนครั้งใหม่ ทำให้การเขียนมีความครอบคลุมเกิดการพัฒนา

กระบวนการคิดมากขึ้น (Suworawatanakul, Nartchamnong, & Leaungsomnapa, 2016) และหากทำซ้ำหลาย ๆ ครั้ง จะเกิดเป็นพฤติกรรมที่ถาวรเกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Thorpe, 2004)

การนำแนวคิดการสะท้อนคิดมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ เป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยพัฒนาความสามารถด้านความคิดและการแก้ไขปัญหาในการพยาบาล โดยเฉพาะพัฒนาความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก ซึ่งเป็นทักษะทางปัญญา เนื่องจากการสะท้อนคิดหลังการปฏิบัติ จากที่เหตุการณ์เกิดขึ้นแล้ว ทำให้ผู้เรียนได้ทบทวนถึงประสบการณ์ที่ผ่านมา และนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อถอดบทเรียนจากประสบการณ์ เป็นการเชื่อมโยงความรู้ระหว่างทฤษฎีและการปฏิบัติ พัฒนามุมมองต่อสถานการณ์ ทางเลือกในการดูแลและแก้ปัญหา (Edelen & Bell, 2011) การพัฒนานักศึกษาให้มีพฤติกรรมการสะท้อนคิดจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยพฤติกรรมการสะท้อนคิด เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการนำประสบการณ์ที่เกี่ยวกับการเรียนมาคิดวิเคราะห์ ใคร่ครวญ เพื่อสร้างข้อสรุปที่ช่วยให้เข้าใจเนื้อหา เข้าใจตนเองมากขึ้น และยังช่วยให้นักศึกษาขยาย เพิ่มพูนความเข้าใจในวิชาชีพ สร้างองค์ความรู้ใหม่ นำไปสู่การพัฒนาตนเองในอนาคต (Edwards, 2017)

ดังนั้นการวิจัยนี้จึงศึกษาการจัดการเรียนรู้ผ่านกระบวนการสะท้อนคิดต่อพฤติกรรมการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล ได้นำกรอบแนวคิดการสะท้อนคิด 6 ขั้นตอนของ Gibbs (1988) ซึ่งมีขั้นตอนที่ละเอียด ชัดเจน เข้าใจง่าย สามารถใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์สถานการณ์ วิเคราะห์ตนเอง รวมถึงสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ และการนำไปใช้ประโยชน์ในอนาคต (Mueannadon, Tirapaiwong, Srichairattanakul, & Yutthayong, 2019) มาเป็นแนวทางในการเขียนบันทึกการสะท้อนคิด และการสนทนากลุ่มที่จะเรียงลำดับไปตามวงจรสะท้อนคิดของ Gibbs (Gibbs' reflective cycle) โดยอาจารย์ประจำกลุ่มซึ่งเป็นผู้วิจัย จะชี้แนะแนวทางการเขียนบันทึกสะท้อนคิด ที่สะท้อนให้เห็นสิ่งที่เห็นจุดอ่อนของการเขียน กระตุ้นให้นักศึกษาวิเคราะห์ว่าถ้าจะทำให้ดีจะทำอย่างไร และกระตุ้นให้นักศึกษาสะท้อนคิดตามวงจรสะท้อนคิดในการสนทนากลุ่ม ผลที่ได้จากการฝึกฝนจะเป็นองค์ความรู้ในตนเองที่นักศึกษานำไปใช้ประโยชน์กับการพยาบาลในอนาคตได้ และข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้จะนำไปใช้พัฒนารูปแบบการสอนด้วยวิธีการสะท้อนคิดในการจัดการศึกษาในคลินิกต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้ผ่านกระบวนการสะท้อนคิด ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลต่อประโยชน์การจัดการเรียนรู้ผ่านกระบวนการสะท้อนคิด ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนการสะท้อนคิดของ Gibbs (1988) มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย โดยแนวคิดนี้อธิบายว่าการสะท้อนคิดเป็นกระบวนการคิดทบทวนและพิจารณาด้วยความละเอียดถี่ถ้วนอย่างมีสติต่อเหตุการณ์และประสบการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถวิเคราะห์และสรุปสิ่งที่เกิดขึ้นได้ สามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการสะท้อนคิดไปใช้ในการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าเดิม หรือนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงมุมมองการเรียนรู้ในอนาคตอย่างมีความหมาย ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน 1) การบรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น 2) การบอกความคิดความรู้สึกที่เกิดขึ้น 3) การประเมินความคิดเห็นต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นไปในทางบวกหรือทางลบอย่างไร 4) การวิเคราะห์ภาพรวมของสถานการณ์ 5) การค้นหาข้อสรุป สิ่งที่ได้เรียนรู้จากสถานการณ์ และ 6) การวางแผนกระทำสำหรับอนาคตเพื่อนำไปใช้ หากเกิดสถานการณ์ซ้ำ ผู้วิจัยนำแนวคิดกระบวนการสะท้อนคิดของ Gibbs มาสร้างเป็นแบบบันทึกการเขียนสะท้อนคิดจำนวน 6 ข้อ และกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างเขียนบันทึกการสะท้อนคิดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยเลือกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

ในระหว่างปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยจะเป็นเหตุการณ์ด้านบวกหรือด้านลบก็ได้ หลังเสร็จสิ้นการฝึกในแต่ละสัปดาห์ ผู้วิจัยใช้เวลาในการจัดกลุ่มสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และวิเคราะห์การสะท้อนคิด ครั้งละ 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ การจัดการเรียนรู้ผ่านกระบวนการสะท้อนคิดดังกล่าวจะส่งผลให้นักศึกษามีพฤติกรรมการสะท้อนคิดเพิ่มมากขึ้น โดยพฤติกรรมสะท้อนคิด เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการนำประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเรียนมาคิดวิเคราะห์ใคร่ครวญ เพื่อสร้างข้อสรุปที่ช่วยให้เข้าใจสิ่งที่ได้เรียนรู้จากสถานการณ์มากขึ้น

พฤติกรรมสะท้อนคิด เป็นพฤติกรรมที่นักศึกษานำประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเรียนมาทบทวน คิดวิเคราะห์ใคร่ครวญ เพื่อช่วยให้เข้าใจเนื้อหาวิชาที่เรียนมากขึ้น ตระหนักรู้ในศักยภาพและสิ่งที่เป็จุดอ่อนของตน ประกอบด้วย การประเมินผลงานของตนเอง การทบทวนตนเอง การมองเห็นสิ่งที่ควรพัฒนาหรือปรับปรุง การนำความรู้จากการฝึกปฏิบัติไปใช้ประโยชน์ ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแนวคิดของ Kaewprom (2013) ที่ได้พัฒนาจากแบบประเมินพฤติกรรมการสะท้อนคิด ตามแนวคิดของ Gibbs ผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างประเมินพฤติกรรมสะท้อนคิดก่อนดำเนินการวิจัย และเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบการศึกษากลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pre-posttest designs)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานครบุรี จำนวน 80 คน ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ปีการศึกษา 2563

กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานครบุรี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกได้แก่ 1) นักศึกษาฝึกปฏิบัติ ณ หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง โดยมีอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์เป็นอาจารย์นิเทศ 2) ไม่เคยเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนการสอนแบบสะท้อนคิดมาก่อน 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าโปรแกรมการจัดการเรียนรู้ผ่านกระบวนการสะท้อนคิดทุกรอบการวิจัย ส่วนเกณฑ์ในการคัดออกคือ 1) ไม่สามารถให้ข้อมูลครบถ้วนตามกระบวนการวิจัย 2) ขอลอนตัวจากโครงการวิจัย เนื่องจากเหตุผลบางประการ

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากการคำนวณด้วยโปรแกรม G*power (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ = .05 ค่าอำนาจการทดสอบ = .80 และค่า Effect size = 0.50 (Cohen, 1992) ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 26 คน เพิ่มจำนวนตัวอย่างเกินกว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจากการได้ข้อมูลไม่สมบูรณ์ และเนื่องจากกิจกรรมวิจัยต้องดำเนินการในขณะขึ้นฝึกปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วย จึงเลือกใช้นักศึกษาทุกคนทุกกลุ่มที่มีอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์เป็นอาจารย์นิเทศ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการทำวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกการเขียนสะท้อนคิดจำนวน 6 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิด reflective cycle ของ Gibbs (1988) ประกอบด้วย

ข้อที่ 1 การเลือกเล่าประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในระหว่างปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย 1 เรื่อง/สัปดาห์

ข้อที่ 2 การบอกความรู้สึกที่มีต่อประสบการณ์ในขณะนั้น

ข้อที่ 3 การประเมินผลจากประสบการณ์ คิดว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นประสบการณ์ที่ดี หรือไม่อย่างไร ระบุ เหตุผลที่ประเมิน

ข้อที่ 4 การวิเคราะห์ ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้น และอธิบายผลการปฏิบัติว่า มีอะไรที่ผ่านไปด้วยดี มีสิ่งใดที่ทำให้ ผิดพลาด ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง มีการเชื่อมโยง หลักการหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ข้อที่ 5 สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ที่สำคัญและการอธิบายทางเลือกว่า สิ่งที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์นี้คืออะไร มีวิธีการอื่นที่สามารถทำแตกต่างจากนี้ได้หรือไม่

ข้อที่ 6 การวางแผนนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในอนาคต หากเกิดสถานการณ์ซ้ำ ต้องการรู้อะไรเพิ่มเติม และจะทำอะไรเพิ่มเติม

1.1 ผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างเขียนบันทึกการสะท้อนคิดโดยเลือกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระหว่าง ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยจะเป็นเหตุการณ์ด้านบวกหรือด้านลบก็ได้ จำนวน 5 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์

1.2 อาจารย์ประจำกลุ่มซึ่งเป็นผู้วิจัย จัดกลุ่มสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และวิเคราะห์การสะท้อนคิด จากแบบบันทึกการเขียนสะท้อนคิดของนักศึกษาทั้ง 8 คน สะท้อนจุดที่ควรปรับปรุงในการเขียนให้นักศึกษาทราบ ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง หลังเสร็จสิ้นการฝึกในแต่ละสัปดาห์ เป็นเวลา 5 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ผู้วิจัยพัฒนามาจาก แบบวัดพฤติกรรมสะท้อนคิด (Kaewprom, 2013) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการประเมินผลงานของตนเอง การทบทวนตนเอง การมองเห็นสิ่งที่ควรพัฒนาหรือปรับปรุง การนำความรู้จากการฝึกปฏิบัติไปใช้ประโยชน์ รวม 15 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (ทำเป็นประจำ = 4, ทำบ่อย ๆ = 3, ทำนาน ๆ ครั้ง = 2, ไม่ค่อยทำ = 1) คะแนนรวมมาก หมายถึง พฤติกรรมสะท้อนคิดในระดับสูงมาก

2.3 แบบสอบถามความคิดเห็นด้านประโยชน์ของการเขียนบันทึกการสะท้อนคิด ผู้วิจัยพัฒนามาจาก แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการเขียนบันทึกการสะท้อนคิด ด้านประโยชน์ของ Kaewprom (2013) ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการเรียนรู้เหตุการณ์รอบตัว การมีมุมมองใหม่เกิดขึ้น การค้นคว้าเรียนรู้ด้วยตนเอง ความรับผิดชอบ การทบทวนประสบการณ์ของตนเอง การเข้าใจความคิดความรู้สึกของตนเอง รวม 10 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบเป็นชนิด ลิเกิร์ต 4 ระดับ (เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 4, เห็นด้วยปานกลาง = 3, เห็นด้วยน้อย = 2, ไม่เห็นด้วย = 1) คะแนนรวมมาก หมายถึงมีความคิดเห็นต่อเรื่องนั้นในระดับดี เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ 3.51-4.00 หมายถึงมีความ คิดเห็นต่อเรื่องนั้นในระดับดี 2.51-3.50 หมายถึงมีความคิดเห็นต่อเรื่องนั้นในระดับปานกลาง 1.51-2.50 หมายถึง มีความคิดเห็นต่อเรื่องนั้นในระดับพอใช้ 1.00-1.50 หมายถึงมีความคิดเห็นต่อเรื่องนั้นในระดับไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบบันทึกการเขียนสะท้อนคิด แบบสอบถามพฤติกรรมการสะท้อนคิด และแบบสอบถามความคิดเห็น ด้านประโยชน์ของการเขียนบันทึกการสะท้อนคิด ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หาค่า ดัชนีความตรงเนื้อหาเท่ากับ .85, .96, และ .86 ตามลำดับ และนำแบบสอบถามไปทดลองกับนักศึกษาพยาบาลศาสตร บัณฑิต ชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และหาค่าความเชื่อมั่นโดยสูตร สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ดังนี้ พฤติกรรมการสะท้อนคิด เท่ากับ .848 และ ประโยชน์ของการเขียนบันทึกการสะท้อนคิด เท่ากับ .726 ซึ่งเป็นค่าที่รับได้ (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2014)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี เอกสารรับรองเลขที่ 13/ 2564 กลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย ให้สิทธิ์ในการยกเลิกเข้าร่วมโครงการวิจัย ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อวิชาที่กำลังเรียน ข้อมูลทั้งหมดเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม ข้อมูลจะถูกทำลายหลังจากตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานไปแล้ว การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียม ทีมผู้วิจัยวางแผนการจัดการเรียนรู้ผ่านกระบวนการสะท้อนคิด โดยเตรียมแนวทางการเขียนแบบบันทึกการสะท้อนคิด แนวทางการสนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และวิเคราะห์การสะท้อนคิดจากแบบบันทึกการเขียนสะท้อนคิดของนักศึกษา ประเด็นในการสนทนากลุ่มแต่ละครั้งจะเรียงลำดับไปตามวงจรสะท้อนคิดของ Gibbs ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้งคือ ก่อนเข้าร่วมโครงการ และหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการ 5 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองการเก็บรวบรวมข้อมูล เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย จึงให้ลงนามเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย
2. ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินพฤติกรรมการสะท้อนคิดก่อนการทดลอง (Pretest) ใช้เวลาประมาณ 15 นาที
3. ผู้วิจัยเตรียมกลุ่มตัวอย่างให้เข้าใจการเขียนบันทึกการสะท้อนคิด ยกตัวอย่างและให้ทดลองเขียน ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ในวันปฐมนิเทศรายวิชาที่คณะพยาบาลศาสตร์
4. ผู้วิจัยซึ่งเป็นอาจารย์ประจำกลุ่มพบนักศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มละ 8 คน ชี้แจงรายละเอียดการเขียนบันทึกการสะท้อนคิดอีกครั้ง และกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างเขียนบันทึกการสะท้อนคิดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นจำนวน 5 สัปดาห์ โดยเลือกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระหว่างปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยจะเป็นเหตุการณ์ด้านบวกหรือด้านลบก็ได้
5. ผู้วิจัยซึ่งเป็นอาจารย์ประจำกลุ่ม จัดกลุ่มสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิเคราะห์การสะท้อนคิดจากเหตุการณ์ที่นักศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเขียนบันทึกสะท้อนคิดไว้ เรียงลำดับไปตามวงจรสะท้อนคิดของ Gibbs และผู้วิจัยสะท้อนให้เห็นสิ่งที่เห็นจุดอ่อนของการเขียน กระตุ้นให้นักศึกษาวิเคราะห์ว่าถ้าจะทำให้ดีจะอย่างไร ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง หลังเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติงานในแต่ละสัปดาห์เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ใช้สถานที่โรงพยาบาลที่นักศึกษาฝึกปฏิบัติงาน
6. ในระยะหลังทดลองสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินพฤติกรรมการสะท้อนคิดและความคิดเห็นด้านประโยชน์ต่อการเขียนบันทึกการสะท้อนคิดหลังการทดลอง (Posttest) ที่คณะพยาบาลศาสตร์ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที รวบรวมแบบสอบถามพร้อมตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปพรรณนาข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมสะท้อนคิดระหว่างก่อนกับหลังการจัดการเรียนรู้ผ่านกระบวนการสะท้อนคิดด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

นักศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 48 คน เพศหญิง 44 คน (ร้อยละ 91.66) เพศชาย 4 คน (ร้อยละ 8.34) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-25 ปี (ร้อยละ 72.91)

พฤติกรรมการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล หลังการจัดการเรียนรู้ผ่านการสะท้อนคิดโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 3.36, SD = 0.28$) สูงกว่าก่อนการจัดการเรียนรู้ ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสะท้อนคิดโดยรวมในระดับสูง ($M = 2.51, SD = 0.36$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่ค่าคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ข้อที่ 1 ด้านประเมินผลงานของตนเองเพื่อการพัฒนาในอนาคต ข้อที่ 2 ฉันทัดทบทวนว่ากำลังเรียนอะไร เรียนเพื่ออะไร และข้อที่ 5 ฉันทบทวนความรู้สึกของตนเอง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการสะท้อนคิดการปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลระหว่างก่อนกับหลังการจัดการเรียนรู้ผ่านการสะท้อนคิด ($n = 48$)

พฤติกรรมการสะท้อนคิด	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		<i>t</i>	<i>p</i> -value
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
1. ด้านประเมินผลงานของตนเองเพื่อการพัฒนาในอนาคต	2.20	0.58	3.29	0.45	-13.000	.004
2. ฉันทัดทบทวนว่ากำลังเรียนอะไร เรียนเพื่ออะไร	2.47	0.65	3.27	0.44	-8.426	.016
3. ฉันทบทวนการกระทำของตนเอง	2.60	0.53	3.41	0.53	-8.359	.142
4. ฉันทบทวนความคิดของตนเอง	2.64	0.66	3.50	0.50	-7.960	.132
5. ฉันทบทวนความรู้สึกของตนเอง	2.77	0.77	3.35	0.52	-5.087	.034
6. ฉันทเห็นข้อดีของตนเอง	2.58	0.67	3.35	0.56	-6.632	.245
7. ฉันทเห็นสิ่งที่ฉันทควรพัฒนาหรือปรับปรุง	2.52	0.58	3.43	0.50	-9.818	.041
8. ฉันททบทวนว่าเหตุการณ์ต่าง ๆ ทำให้ฉันทเรียนรู้อย่างไร	2.62	0.53	3.37	0.53	-11.570	.004
9. ฉันทคิดไตร่ตรองว่าสิ่งที่กำลังเรียนมีคุณค่าอย่างไร	2.56	0.58	3.35	0.56	-7.689	.127
10. ฉันททบทวนและเชื่อมโยงความรู้ต่าง ๆ เข้าหากัน	2.33	0.55	3.33	0.51	-8.672	.508
11. ฉันทพยายามค้นหาข้อดีของเหตุการณ์เพื่อการเรียนรู้	2.45	0.58	3.43	0.50	-9.702	.239
12. ฉันททบทวนว่าแต่ละสัปดาห์ได้เรียนรู้อะไร	2.43	0.54	3.35	0.52	-10.359	.018
13. เมื่อพบสถานการณ์ใหม่ ฉันทพยายามที่จะเรียนรู้จากมัน	2.75	0.66	3.31	0.46	-5.721	.025
14. ฉันททบทวนเนื้อหาและสร้างข้อสรุปเพื่อให้เข้าใจมากขึ้น	2.29	0.50	3.25	0.56	-8.941	.801
15. ฉันทนำความรู้จากการฝึกปฏิบัติไปใช้ให้เกิดประโยชน์	2.47	0.58	3.41	0.49	-9.3323	.229
ภาพรวม	2.51	0.36	3.36	0.28	-17.118	.001

ความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ของการเขียนบันทึกสะท้อนคิด การวิเคราะห์ความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ของการเขียนบันทึกสะท้อนคิดเก็บข้อมูลภายหลังการทดลอง โดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 3.54, SD = 0.29$) ค่าเฉลี่ยประโยชน์สูงสุดสามอันดับแรกได้แก่ ข้อที่ 4 ทำให้ฉันมีความรับผิดชอบมากขึ้น ($M = 3.62, SD = 0.48$) ข้อที่ 10 ทำให้ฉันมีทักษะการวางแผนที่ดีขึ้น ($M = 3.58, SD = 0.49$) และข้อที่ 7 ทำให้ฉันคิดทบทวนประสบการณ์ของตนเองทั้งทางบวกและทางลบ ข้อที่ 8 ทำให้ฉันได้ฝึกคิดวิเคราะห์แบบมีวิจารณญาณมากขึ้น มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน ($M = 3.56, SD = 0.50$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านประโยชน์การเขียนบันทึกจากการสะท้อนคิด ($n = 48$)

รายการ	<i>M</i>	<i>SD</i>	การแปลผล
1. ทำให้ฉันได้เรียนรู้เหตุและผลการปฏิบัติจากเหตุการณ์รอบตัว	3.43	0.50	ปานกลาง
2. ทำให้ฉันมองเหตุการณ์ต่าง ๆ ด้วยมุมมองใหม่	3.54	0.54	ดี
3. ทำให้ฉันได้ค้นคว้าและเรียนด้วยตนเองมากขึ้น	3.54	0.50	ดี
4. ทำให้ฉันมีความรับผิดชอบมากขึ้น	3.62	0.48	ดี
5. ทำให้ฉันมีโอกาสประยุกต์ทฤษฎีสู่การปฏิบัติจริง	3.52	0.50	ดี
6. ทำให้ฉันมีทักษะการตัดสินใจที่ดีขึ้น	3.52	0.50	ดี
7. ทำให้ฉันคิดทบทวนประสบการณ์ทั้งทางบวกและทางลบ	3.56	0.50	ดี
8. ทำให้ฉันได้ฝึกคิดวิเคราะห์แบบมีวิจารณญาณมากขึ้น	3.56	0.50	ดี
9. ทำให้ฉันเข้าใจความคิดความรู้สึกของตนเอง	3.52	0.50	ดี
10. ทำให้ฉันมีทักษะการวางแผนที่ดีขึ้น	3.58	0.49	ดี
ภาพรวม	3.54	0.29	ดี

อภิปรายผลการวิจัย

นักศึกษาพยาบาลหลังการจัดการเรียนรู้ผ่านการสะท้อนคิดมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสะท้อนคิดโดยรวมสูงกว่าก่อนการจัดการเรียนรู้ผ่านการสะท้อนคิด ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการที่นักศึกษานำประเด็นที่สำคัญของตนเองมาเขียนบันทึกการสะท้อนคิด และอภิปรายร่วมกันหลังการฝึกแต่ละสัปดาห์ เป็นการสะท้อนคิดหลังกิจกรรมที่ได้กระทำ (Reflection-on-action) ทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ตามทฤษฎีอย่างต่อเนื่อง โดยผู้เรียนจะพยายามทบทวนถึงประสบการณ์ที่ผ่านมา และนำมาวิเคราะห์เพื่อถอดบทเรียน สร้างมุมมองใหม่ จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้น (Edwards, 2017) สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า หลังการจัดการเรียนรู้ผ่านกระบวนการสะท้อนคิด นักศึกษาส่วนใหญ่ได้ทบทวนความรู้สึกของตนเอง เห็นสิ่งที่ควรพัฒนาหรือปรับปรุง และเมื่อพบสถานการณ์ใหม่ พยายามที่จะเรียนรู้ ซึ่งผลที่ได้สอดคล้องกับสมรรถนะหลักของรายวิชา ที่ต้องการให้นักศึกษาระดับปริญญาตรีในศักยภาพและสิ่งที่เป็จุดอ่อนของตน (Self-awareness) เพื่อพัฒนาตนเองให้มีความสามารถเพิ่มขึ้น ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Kaewprom (2013) ที่พบว่า การเขียนบันทึกการสะท้อนคิดจะส่งเสริมให้นักศึกษามีทักษะสะท้อนคิด และเมื่อปฏิบัติต่อเนื่อง ซ้ำ ๆ จะเกิดเป็นพฤติกรรมที่ถาวร ทำให้เกิดการคิดวิเคราะห์ สามารถเชื่อมโยงความรู้จากทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติ ในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ และการสะท้อนคิดจะมีคุณค่าเมื่อกลุ่มมีส่วนร่วมในการแบ่งปันประสบการณ์ เพื่อเปลี่ยนแปลงไปเป็นความรู้ใหม่ (Sinthuchai et al., 2018)

ความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลต่อประโยชน์การจัดการเรียนรู้ผ่านกระบวนการสะท้อนคิด นักศึกษาเห็นว่าการเขียนบันทึกสะท้อนคิดเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้มีความรับผิดชอบมากขึ้น มีทักษะการวางแผนที่ดีขึ้น ได้คิดทบทวน

ประสบการณ์ของตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากในแต่ละครั้งที่นักศึกษาเขียนบันทึกการสะท้อนคิด อาจารย์ผู้นิเทศจะจัดกลุ่มสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งประเด็นที่ต้องปรับปรุงการเขียน นักศึกษาจะทราบถึงจุดที่ควรปรับปรุงของตนเองอย่างต่อเนื่อง เข้าใจการเขียนสะท้อนคิดที่ครอบคลุมตามหลักการสร้างความรู้ สอดคล้องกับข้อมูลในบันทึกการสะท้อนคิดขั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล นักศึกษาบอกว่า “จากประสบการณ์ ทำให้รู้ว่า ถ้าไม่รอบคอบอาจจะเกิดอันตรายกับตนเองกับผู้ป่วยได้ จะนำปัญหาไปปรับแก้ไข และพัฒนาทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัดให้มากกว่านี้” “ประสบการณ์ด้านลบคือ ตกใจ ที่ผู้ป่วยโวยวาย สิ่งที่เราเรียนรู้จากประสบการณ์คือ ควรมีสติ มีความรู้ และศึกษาประวัติผู้ป่วยมาก่อน และหากมีเหตุการณ์เช่นนี้ขึ้นอีก ควรมีสติที่จะรับมือกับสิ่งที่เผชิญให้ได้” “ประสบการณ์ที่ได้คือการวางแผนในการดูแลผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชวิเคราะหยากมาก มองไม่เห็น แต่การวางแผนมาก่อน การนำปัญหาวิเคราะหร่วมกัน การเข้าใจผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง ทำให้มองปัญหาของผู้ป่วยได้ชัดเจนขึ้น” การสะท้อนคิดของนักศึกษาดังกล่าว แสดงให้เห็นว่านักศึกษาตระหนักรู้ในศักยภาพ และสิ่งที่เป็นจุดอ่อนของตน นำไปสู่การพัฒนาวิธีการแก้ไขปัญหาการปฏิบัติ การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นการพัฒนาทักษะทางปัญญาตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sinsawad (2019) ที่พบว่า ประโยชน์ของการสะท้อนคิด คือ ผู้เรียนจะเห็นจุดที่ต้องพัฒนา และจะค้นหาวิธีการเพื่อแก้ปัญหา ได้โดยตรงว่าประสบการณ์ปัจจุบันจะนำไปใช้ในการปฏิบัติงานในอนาคตได้อย่างไร

ข้อจำกัดการวิจัย การวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง กลุ่มตัวอย่างและบริบทมีความจำเพาะ คือเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมหาวิทยาลัยเดียว ฝึกปฏิบัติโรงพยาบาลเดียวกัน ขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยเกินไป ข้อจำกัดดังกล่าวอาจทำให้ผลการวิจัยคลาดเคลื่อน และไม่สามารถนำไปอ้างอิงกับประชากรกลุ่มอื่นได้

ข้อเสนอแนะ

1. สถาบันการศึกษาการพยาบาล สามารถนำการจัดการเรียนการสอนผ่านการสะท้อนคิดไปประยุกต์ใช้ในทุกรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมนักศึกษาด้านทักษะทางปัญญาในประเด็นการตระหนักรู้ในศักยภาพและสิ่งที่เป็นจุดอ่อนของตนเอง การคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ เพื่อพัฒนาตนเองให้มีความสามารถเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

2. ควรศึกษาระยะยาว ในภาคการศึกษาต่อไปของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของการจัดการเรียนรู้ผ่านกระบวนการสะท้อนคิด ต่อความคงอยู่ของพฤติกรรมการสะท้อนคิดในรายข้อที่มีนัยสำคัญ

References

- Boontham, A., Bualuang, T., Yoothavisute, S., Kaewprom, C., & Rungruang, K. (2015). Effect of integrated reflective therapeutic communication report on improving nurse student's reflection. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 26(1), 24-34. [in Thai]
- Cohen, J. (1992). Quantitative methods in psychology: A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Commission on Higher Education. (2017). *Announcement of the ministry of education on the standard of qualifications for the undergraduate degree bachelor of nursing science 2017*. Retrieved from <http://www.mua.go.th/users/he-commission / doc/ law/ministry%20law/1-39%20TQF>. [in Thai]
- Edelen, G. B., & Bell, A. A. (2011). Role of an analogy guide learning experiences in enhancing student's clinical decision making skill. *Journal of Nursing Education*, 50(8), 453-460.

- Edwards, S. (2017). Reflecting differently new dimensions: Reflection-before-action and reflection-beyond-action. *International Practice Development Journal*, 7(1), 1-14.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Gibbs, G. (1988). *Learning by doing: A guide to teaching learning methods*. Oxford: Oxford. Brooks University.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2014). *Multivariate data analysis* (7th ed.). New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Kaewprom, C. (2013). The development of reflective thinking among nursing students by using reflective journal in health education and health counseling course. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 24(2), 12-20. [In Thai].
- Kaewprom, C., Boontham, A., Pratoom, L., & Yuthavisut, S. (2014). Perceptions of nurse students towards reflective journal. *Journal of Nursing and Education*, 7(3), 101-112. [in Thai]
- Mueannadon, R., Tirapaiwong, Y., Srichairattanakul, J., & Yutthayong, S. (2019). Learning development through reflection. *Journal of Health and Nursing Research*, 35(2), 13-25. [in Thai]
- Sinsawad, P. (2019). Effects of learning through reflective practices on reflective behaviors of nursing students. *Journal of Nursing Siam University*, 20(39), 88-98. [in Thai]
- Sinthuchai, S., Dejpituksirikul, S., & Yoksuriyan, P. (2018). Reflective practice in nursing education. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 19(2), 15-23. [in Thai]
- Suworawatanakul, W., Nartchamnon, S., & Leaungsomnapa, Y. (2016). The effects of developing reflective thinking skills and levels of reflection using reflective thinking learning program on nursing student, Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 27(1), 61-71.
- Thorpe, K. (2004). Reflective learning journals: From concept to practice. *Reflective Practice: International and Multidisciplinary Perspectives*, 5(3), 327-343.
- Wanchai, A., Saengpak, C., & Leaungsomnapa, Y. (2017). Learning and teaching methods by using reflective thinking technique in nursing education. *Journal of Health Science Research*, 11(2), 105-115. [in Thai]

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการต่อภาวะโภชนาการ ของผู้ป่วยแผลไหม้ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เพ็ญเพ็ญ บุขมมงคล, พย.ม.¹ อุมพร เคนศิลา, ปร.ด.^{2*}

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะโภชนาการของผู้ป่วยที่มีแผลไหม้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยแผลไหม้ที่เข้ารับการรักษานในหน่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวก จำนวน 23 คน ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ การคัดกรองภาวะโภชนาการ การกำหนดพลังงาน การกำกับติดตามและบันทึกผลการได้รับพลังงาน และการประเมินภาวะโภชนาการ โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมนี้อย่างต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่าย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ และแบบประเมินภาวะโภชนาการ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วยสถิติพรรณนาและสถิติการทดสอบค่าที

ผลการวิจัย พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการผู้ป่วยแผลไหม้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้นพยาบาลและทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญในการประเมินภาวะโภชนาการและความต้องการพลังงานของผู้ป่วยแผลไหม้ เพื่อการส่งเสริมภาวะโภชนาการแก่ผู้ป่วยที่มีแผลไหม้ที่ถูกต้องเหมาะสม ส่งเสริมการหายของแผล ลดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิตที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการ ภาวะโภชนาการ ผู้ป่วยที่มีแผลไหม้

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

² อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

* ผู้เขียนหลัก e-mail: umaporn.ke@udru.ac.th

The Effect of a Nutrition Promotion Program on Nutritional Status Among Patients with Burn Wounds in a Hospital in Northeastern Thailand

Piangpen Bussamongkhon, M.N.S.¹, Umaporn Kensila, Ph.D.^{2*}

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare the nutritional status among patients with burn wounds before and after receiving a nutrition promotion program. The participants were 23 patients with burn wounds who were admitted at the burn unit of a hospital in the northeastern region of Thailand. The nutrition program consisted of four steps: 1) nutritional status assessment; 2) caloric intake calculation; 3) daily caloric intake monitoring and recording, and; 4) nutritional status evaluation. The program was delivered to participants from admission through discharge. Research instruments included a health information questionnaire and the nutritional status assessment. Data were analyzed by using descriptive statistics and paired t-tests.

The results showed that after receiving the nutrition promotion program, patients with burn wounds had a statistically significantly reduced risk of malnutrition ($p < .05$). Nurses and health care teams should pay attention to evaluating patients' nutritional status and should promote optimal nutrition to encourage wound healing, mitigate complications, and reduce the odds of mortality.

Key words: Hip fracture, open reduction internal fixation, clinical nursing practice guidelines

¹ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Udon Thani Rajabhat University

² Lecturer, Faculty of Nursing, Udon Thani Rajabhat University

* Corresponding author e-mail: umaporn.ke@udru.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บจากแผลไหม้เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่มีอุบัติการณ์สูงและเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเสียชีวิตจำนวนสถิติผู้ป่วยแผลไหม้ทั่วโลก 67 ล้านคน และมีจำนวนผู้เสียชีวิต 180,000 คนต่อปี ซึ่งร้อยละ 90 เป็นผู้ป่วยในประเทศที่กำลังพัฒนาและร้อยละ 60 อยู่ในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (World Health Organization [WHO], 2018) การบาดเจ็บด้วยไฟไหม้น้ำร้อนลวกยังพบเป็นอุบัติเหตุที่พบบ่อยในประเทศไทย โดยหอผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวก โรงพยาบาลอุดรธานีมีสถิติผู้ป่วยแผลไหม้ทุกประเภทและบาดเจ็บระดับรุนแรงในปี 2560-2562 จำนวน 173, 145 และ 176 ราย และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่บาดเจ็บระดับรุนแรง จำนวน 127, 107 และ 108 ราย ตามลำดับ (Burn Unit, 2020) เมื่อเกิดการบาดเจ็บจากแผลไหม้ จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะด้านร่างกายผู้ป่วยมักจะเกิดปัญหาด้านภาวะโภชนาการตั้งแต่ระดับปานกลางถึงรุนแรง ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในผู้ป่วยแผลไหม้ได้แก่ ระดับความรุนแรงของแผลไหม้ ลักษณะอาหารที่ผู้ป่วยได้รับ และระยะเวลาที่เริ่มให้อาหารจนถึงปริมาณพลังงานตามเป้าหมายที่กำหนด ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจะมีผลต่อการบาดเจ็บในระยะต่าง ๆ ของผู้ป่วยแผลไหม้ ถ้าหาร่างกายผู้ป่วยมีการปรับตัวดี มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น โอกาสในการเกิดภาวะทุพโภชนาการลดลง (Aiyakaew & Muktabhant, 2012)

ผลกระทบของผู้ป่วยแผลไหม้ที่เกิดขึ้นจะมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับชนิด ขนาด อุณหภูมิ ความรุนแรงที่ได้รับและระยะเวลาที่สัมผัส ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบของร่างกายดังนี้ 1) ผลต่อผิวหนัง เกิดการทำลายของเซลล์และเนื้อเยื่อ ทำให้สูญเสียน้ำและสูญเสียความร้อนเพิ่มขึ้น 2) ระบบไหลเวียน ทำให้หน้าที่และคุณสมบัติของผนังหลอดเลือดฝอยเสียไป เกิดการซึมผ่านของน้ำ พลาสมาโปรตีนและเกลือแร่ออกจากหลอดเลือด มีการเสียน้ำจากการพร่องปริมาตรน้ำ เกิดอาการบวมของเนื้อเยื่อทั่วร่างกาย 3) ระบบไต เนื่องจากการเสียน้ำจากระบบไหลเวียนจำนวนมาก การไหลเวียนเลือดที่ต่ำจึงลดลง อัตราการกรองที่ลดลง ส่งผลให้ปัสสาวะออกน้อย ร่างกายไม่สามารถขับของเสียได้ จึงอาจเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันได้ 4) ระบบภูมิคุ้มกัน ผลจากแผลไหม้ทำให้การทำงานของเม็ดเลือดขาวลดลง ส่งผลทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง จึงเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย 5) ระบบต่อมไร้ท่อเนื่องจากภายหลังได้รับบาดเจ็บระดับฮอร์โมนความเครียด (Stress hormone) จะเพิ่มสูงขึ้นไม่ว่าจะเป็น Catecholamine Glucagon และ Cortisol กระตุ้นให้ตับเกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงไกลโคเจนไปเป็นน้ำตาล (Glycogenolysis) ในช่วงเวลาสั้น ๆ แต่เกิดการสร้างกลูโคสจากอาหารที่ไม่ใช่คาร์โบไฮเดรต (Gluconeogenesis) นาน ส่งผลให้เกิดการเผาผลาญพลังงานที่สูงขึ้น ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการและมีการติดเชื้อได้ง่าย (Ketmeak, 2014) ซึ่งผลกระทบดังกล่าวเป็นปัญหาที่พบในผู้ป่วยแผลไหม้รุนแรงทุกราย เนื่องจากการรักษาต้องเผชิญกับภาวะวิกฤต ช็อกเฉียบพลัน การผ่าตัดแก้ไขปัญหาย่อยครั้งโดยผู้ป่วยจะมีอัตราการเผาผลาญพลังงานที่สูงขึ้น (Hyper metabolism) มากถึงร้อยละ 100-200 จากภาวะปกติ (Bunchuailua, Kapol, & Janweeranon, 2020)

พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีความใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดในทีมสุขภาพตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการส่งเสริมภาวะโภชนาการผู้ป่วยแผลไหม้ (Ketmeak, 2014) ซึ่งการดูแลส่งเสริมภาวะโภชนาการแก่ผู้ป่วยแผลไหม้ให้เป็นไปตามเป้าหมายการรักษา นับเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อกระบวนการหายของบาดแผล พยาบาลต้องอาศัยทั้งความรู้และทักษะในการส่งเสริมโภชนาการเป็นอย่างดีจากการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการพัฒนาค้นพบอย่างเป็นปัจจุบัน (Kang et al., 2018) การประสานงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ และการดัดแปลงกายภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สามารถดูแลตนเองได้ เพื่อให้การดูแลรักษาบรรลุไปตามเป้าหมาย (Ketmeak, 2014)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยพบว่าสิ่งสำคัญในการประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยนั้น เครื่องมือต้องมีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยแต่ละประเภทและผู้ใช้เครื่องมือต้องมีความรู้และทักษะในการใช้เครื่องมือเป็นอย่างดี การคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยแผลไหม้ในโรงพยาบาลอุดรธานีที่ผ่านมาพบปัญหาคือ มีการบันทึกในระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว โดยโปรแกรมจะกำหนดให้ประเมินซ้ำทุก 14 วัน ทำให้

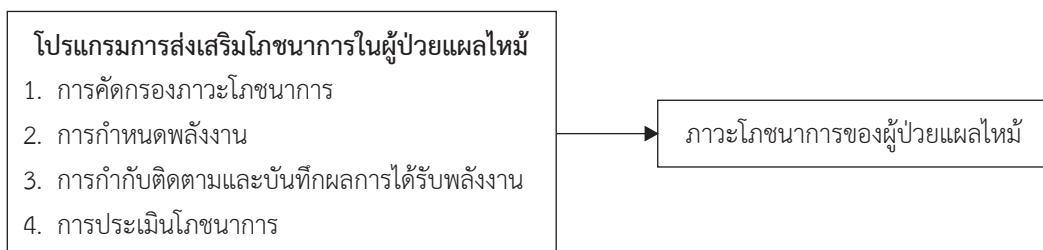
ผู้ป่วยได้รับการประเมินล่าช้าและไม่ต่อเนื่อง เกิดภาวะแทรกซ้อน อีกทั้งยังขาดการสื่อสารกับทีมผู้ดูแลจึงทำให้ไม่ได้ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยตามวันที่หนด ซึ่งทั้งนี้การประเมินติดตามพลังงานที่ผู้ป่วยได้รับเปรียบเทียบกับพลังงานที่ควรได้รับจะทำในเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงระดับรุนแรง ส่งผลให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลแก้ไขภาวะโภชนาการล่าช้า จึงมีความจำเป็นจะต้องพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมภาวะโภชนาการสำหรับผู้ป่วยแผลไหม้ทุกระดับความรุนแรง เพราะการประเมินภาวะโภชนาการและความต้องการสารอาหารของผู้ป่วยแผลไหม้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ต่อเนื่อง และให้การพยาบาลที่เหมาะสมเป็นปัจจัยที่สำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายในผู้ป่วยแผลไหม้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบภาวะโภชนาการของผู้ป่วยแผลไหม้ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมโภชนาการในผู้ป่วยแผลไหม้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าวิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วยแผลไหม้ โดยใช้แนวคิดของ (Prelack, Dylewski, & Sheridan, 2007) เกี่ยวกับแนวทางการให้อาหารทางทางเดินอาหารโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะสามารถปฏิบัติได้ (Early enteral feeding) โดยแนะนำเริ่มต้นให้อาหารภายใน 24-48 ชั่วโมงแรกหลังจากได้รับผู้ป่วยเข้าไว้ในโรงพยาบาลหรือเริ่มเมื่อสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์คงที่ ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติที่ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาผู้ป่วยแผลไหม้ยึดถือปฏิบัติในปัจจุบัน โดยโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการในผู้ป่วยแผลไหม้ ประกอบด้วย 1) การคัดกรองภาวะโภชนาการ ใช้แบบประเมินของสมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย (SPENT Nutrition screening tool) 2) การกำหนดพลังงานที่ผู้ป่วยควรได้รับ (Energy requirement) 3) การกำกับติดตามและบันทึกผลการได้รับพลังงานจากอาหารของผู้ป่วยทุกราย 4) การประเมินโภชนาการของผู้ป่วยแบบประเมินภาวะโภชนาการ Nutrition Alert Forms [NAF] โดยจะมีการติดตามประเมินภาวะโภชนาการตลอดระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล อีกทั้งมีการบันทึกผลภาวะโภชนาการในผู้ป่วยในแบบบันทึกทุกวัน เขียนกรอบแนวคิดได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะโภชนาการของผู้ป่วยแผลไหม้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการในผู้ป่วยแผลไหม้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา: ผู้ป่วยแผลไหม้ที่เข้ารับการรักษที่โรงพยาบาลอุดรธานี ในระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือนมีนาคม 2564

กลุ่มตัวอย่าง: ผู้ป่วยที่มีแผลไหม้ทุกรายที่เข้ารับการรักษา/รับย้าย/ส่งต่อเข้าในหน่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวก กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี ในระหว่างระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือนมีนาคม 2564 จำนวน 23 คน ที่มี

คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1) เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) กลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในหน่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวก กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ความรุนแรงแผลไหม้น้อยกว่า 50% ของพื้นที่ร่างกายยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

2) เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) กลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในหน่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวก ระยะสุดท้ายที่เข้าสู่การรักษาแบบประคับประคอง ผู้ร่วมวิจัยเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการเข้าร่วมการศึกษา หรือผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง เช่น ผู้ป่วยที่ติดเชื้อมีกระแสเลือด ผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ใช้ข้อมูลจากการซักประวัติ แบบคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการของสมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย (SPENT Nutrition screening tool) และเวอร์ชันแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ น้ำหนักแรกเกิดและวันจำหน่าย ระดับความรุนแรงของแผลไหม้แรกเกิดและวันจำหน่าย พลังงานที่ได้รับ และจำนวนวันนอนรักษา

2. ประเมินภาวะโภชนาการ Nutrition Alert Form [NAF] ที่พัฒนาโดย Komindr, Tangsermwong, and Janepanish (2013) ในแบบประเมินจะให้ตอบข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย 8 ข้อ ซึ่งคำตอบจะถูกคิดค่าคะแนน เมื่อรวมคะแนนตามเงื่อนไขจากทุกข้อ คะแนน 0-5 คะแนน จัดเป็นกลุ่ม NAF A (Normal or Mild malnutrition) หมายถึงไม่พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ คะแนน 6-10 คะแนน จัดเป็นกลุ่ม NAF B (Moderate malnutrition) หมายถึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการระดับปานกลาง และคะแนน >11 คะแนน จัดเป็นกลุ่ม NAF C (Severe malnutrition) หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรง คะแนนรวมยิ่งสูง หมายถึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการมากขึ้น

3. โปรแกรมการส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วยแผลไหม้ ทีมวิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดเกี่ยวกับแนวทางการให้อาหารทางเดินอาหารโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะสามารถปฏิบัติได้ (Prelack et al., 2007) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การคัดกรองภาวะโภชนาการ โดยใช้แบบประเมินของสมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยจำนวน 4 ข้อ (SPENT Nutrition screening tool) ภายใน 48 ชั่วโมง หรือเมื่อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับสัญญาณชีพคงที่และมีแผนการรักษาให้สามารถเริ่มรับประทานอาหารได้ 2) การกำหนดพลังงานที่ผู้ป่วยควรได้รับ (Energy requirement) โดยใช้สูตรโดยสูตร Currie formula 3) การกำกับติดตามและบันทึกผลการได้รับพลังงานจากอาหารของผู้ป่วยทุกรายในแบบบันทึกทางการพยาบาล (Nurse's note) 4) การประเมินโภชนาการของผู้ป่วยแบบประเมินภาวะโภชนาการ Nutrition Alert Forms [NAF] โดยจะมีการติดตามประเมินภาวะโภชนาการตลอดระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล อีกทั้งมีการบันทึกผลภาวะโภชนาการในผู้ป่วยในแบบบันทึกทางการพยาบาล (Nurse's note) ทุกวันโดยพยาบาลเจ้าของไข้เฝ้าตั้งแต่เริ่มโปรแกรมจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล

คุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินภาวะโภชนาการผ่านการตรวจสอบจากทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการหัวหน้าหอผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวก พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวก และนักโภชนาการผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินภาวะโภชนาการ และนำมาคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI]) เท่ากับ .82 ทดสอบค่าความน่าเชื่อถือด้วยค่าวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .56 และความถูกต้อง (Validity) มีค่าความตรงเชิงสัมพันธ์กับเกณฑ์ (Criterion-related validity) Sensitivity 100% และ Specificity 93% (Komindr et al., 2013)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิจัยผ่านการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี เลขที่ 1065/2563 ลงวันที่ 7 ตุลาคม พ.ศ. 2563 จากนั้นทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาของกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใดโดยจะนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการ ข้อมูลที่ได้เป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม และหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา แล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานีถึงหัวหน้าหน่วยงานโรงพยาบาลอุดรธานีเพื่อขอเข้าชี้แจงกลุ่มเป้าหมายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการศึกษา

1. ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และบุคคลที่เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโครงการศึกษา พร้อมกับขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
2. เตรียมความพร้อมผู้ช่วยเก็บข้อมูลได้แก่พยาบาลวิชาชีพ หน่วยไฟฟ้าไหม้ น้ำร้อนลวก กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรธานีโดยการทำความเข้าใจข้อคำถามและความเข้าใจของแบบสอบถาม การแปลความหมายคำตอบของกลุ่มตัวอย่างโดยทำความเข้าใจที่ตรงกัน
3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำตัวเอง บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยพร้อมทั้งกล่าวถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง
4. ดำเนินการให้โปรแกรมการส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วยแผลไหม้ โดยพยาบาลวิชาชีพบนหอผู้ป่วยที่เป็นพยาบาลเจ้าของใช้ในเวรเช้าตามแผนที่กำหนดไว้ ประกอบด้วย 1) การคัดกรองภาวะโภชนาการ โดยใช้แบบประเมินของสมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยจำนวน 4 ข้อ (SPENT Nutrition screening tool) ภายใน 48 ชั่วโมง หรือเมื่อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับสัญญาณชีพคงที่และมีแผนการรักษาให้สามารถเริ่มรับประทานอาหารได้ 2) การกำหนดพลังงานที่ผู้ป่วยควรได้รับ (Energy requirement) โดยใช้สูตรโดยใช้สูตร Currie formula 3) การกำกับติดตามและบันทึกผลการได้รับพลังงานจากอาหารของผู้ป่วยทุกรายในแบบบันทึกทางการพยาบาล (Nurse's note) 4) การประเมินโภชนาการของผู้ป่วยแบบประเมินภาวะโภชนาการ Nutrition Alert Forms [NAF] โดยจะมีการติดตามประเมินภาวะโภชนาการตลอดระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล อีกทั้งมีการบันทึกผลภาวะโภชนาการในผู้ป่วยในแบบบันทึกทางการพยาบาล (Nurse's note) ทุกวันโดยพยาบาลเจ้าของใช้เวรเช้าตั้งแต่เริ่มโปรแกรมจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล

5. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง การเก็บรวบรวมข้อมูลที่สำคัญแบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ ก่อนทำการวิจัยและหลังทำการวิจัย ได้แก่ วันจำหน่ายที่แพทย์อนุญาตในผู้ป่วยกลับบ้านได้
6. ทำการตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล หากไม่ครบขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างตอบให้ครบถ้วนอีกครั้งตามความสมัครใจ
7. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลแล้วนำข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในส่วนการวิเคราะห์วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 35-59 ปี ซึ่งเป็นผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 45.50 ($SD = 19.74$) เมื่อแรกได้รับผู้ป่วยมีแผลไหม้เฉลี่ยเท่ากับ 17.47% ($SD = 19.74$) และในวันจำหน่าย พบว่า ลดลงเฉลี่ยเท่ากับ 4.86% ($SD = 6.29$) ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 95,601.73 บาท ($SD = 122,340.44$) และจำนวนวันที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 16.70 วัน ($SD = 14.28$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 23 คน)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย (SD)
เพศ			
ชาย	16	69.6	-
หญิง	7	30.4	
อายุ (ปี)			
18 - 35 ปี	5	21.7	45.50
35 - 59 ปี	13	56.5	(19.74)
60 ปีขึ้นไป	5	21.7	
ระดับของแผลไหม้แรกรับ (%)			
0 - 10.99	8	34.8	17.47
11 - 20.99	8	34.8	(13.94)
21 - 30.99	1	4.3	
40 - 40.99	6	26.1	
ระดับของแผลไหม้วันจำหน่าย (%)			
0 - 10.99	21	91.3	4.86
11 - 20.99	1	4.3	(6.29)
21 - 30.99	1	4.3	
ค่ารักษาพยาบาล (บาท)			
0 - 100,000	18	78.3	95,601.73
100,001 - 200,000	1	4.3	(122,340.41)
200,001 - 300,000	1	4.3	
300,001 - 400,000	2	8.7	
400,000 ขึ้นไป	1	4.3	
จำนวนวันที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (วัน)			
1 - 10 วัน	11	47.8	16.70
11 - 20 วัน	6	26.1	(14.28)
21 - 30 วัน	2	8.7	
31 - 40 วัน	1	4.3	
40 - 50 วัน	2	8.7	
51 - 60 วัน	1	4.3	

จากการศึกษาพบว่าโภชนาการของผู้ป่วยแผลไหม้ก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมภาวะโภชนาการอยู่ในระดับ Normal-mild malnutrition คิดเป็นร้อยละ 82.60 และหลังได้รับโปรแกรมลดลงเหลือร้อยละ 78.30 ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยระดับ Moderate malnutrition ก่อนได้รับโปรแกรมฯ คิดเป็นร้อยละ 8.70 และหลังได้รับโปรแกรมฯ เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 17.40 และภาวะโภชนาการของผู้ป่วยระดับ Severe malnutrition ก่อนได้รับโปรแกรมคิดเป็นร้อยละ 8.70 และหลังได้รับโปรแกรมมีความเสี่ยงลดลงคิดเป็นร้อยละ 4.30 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยแผลไหม้ (N = 23 คน)

ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยแผลไหม้	ก่อนได้รับการส่งเสริมโภชนาการ		หลังได้รับการส่งเสริมโภชนาการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Normal-mild malnutrition (0-5 คะแนน)	19	82.60	18	78.30
Moderate malnutrition (6-10 คะแนน)	2	8.70	4	17.40
Severe malnutrition (≥ 11 คะแนน)	2	8.70	1	4.30

การเปรียบเทียบภาวะโภชนาการของผู้ป่วยแผลไหม้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการพบว่า คะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยแผลไหม้ก่อนการทดลองเท่ากับ 2.478 คะแนน ($SD = 1.620$) และมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองเท่ากับ 1.260 คะแนน ($SD = 0.915$) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Pair t-test พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมภาวะโภชนาการ ผู้ป่วยแผลไหม้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโภชนาการของผู้ป่วยแผลไหม้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการ (N = 23 คน)

ช่วงการทดลอง	คะแนนความเสี่ยงภาวะโภชนาการ		t	df	p-value
	Mean	SD			
ก่อนทดลอง	2.478	1.620	3.730	22	<.001
หลังทดลอง	1.260	0.915			

อภิปรายผล

หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยแผลไหม้ที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การคัดกรองภาวะโภชนาการ โดยใช้แบบประเมินของสมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยจำนวน 4 ข้อ (SPENT Nutrition screening tool) ภายใน 48 ชั่วโมงหรือเมื่อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับสัญญาณชีพคงที่และมีแผนการรักษาให้สามารถเริ่มรับประทานอาหารได้ 2) การกำหนดพลังงานที่ผู้ป่วยควรได้รับ (Energy requirement) โดยใช้สูตรโดยใช้สูตร Currie formula 3) การกำกับติดตามและบันทึกผลการได้รับพลังงานจากอาหารของผู้ป่วยทุกรายในแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (Nurse's note) 4) การประเมินโภชนาการของผู้ป่วยแบบประเมินภาวะโภชนาการ Nutrition Alert Forms [NAF] โดยจะมีการติดตามประเมินภาวะโภชนาการตลอดระยะเวลา

ที่นอนโรงพยาบาล อีกทั้งมีการบันทึกภาวะโภชนาการในผู้ป่วยในแบบบันทึกทางการพยาบาล (Nurse's note) ทุกวัน ตั้งแต่เริ่มโปรแกรมจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยแผลไหม้มีคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการลดลง เนื่องจากโปรแกรมนี้นี้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยแผลไหม้ทุกระดับความรุนแรง อีกทั้งสามารถส่งต่อข้อมูลได้อย่างถูกต้องแม่นยำในแต่ละวัน แตกต่างจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่จะกำหนดให้ผู้ป่วยที่มีระดับภาวะโภชนาการรุนแรงถึงจะเข้าเกณฑ์ที่โปรแกรมกำหนด แต่ในความเป็นจริงผู้ป่วยแต่ละรายจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายแตกต่างกันและเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา สามารถสังเกตและประเมินได้จากอาการและอาการแสดง ซึ่งเมื่อใช้โปรแกรมนี้นี้จะสามารถทำให้สามารถประเมินและติดตามภาวะโภชนาการผู้ป่วยได้ทุกวัน ต่อเนื่อง แม่นยำ อีกทั้งสามารถส่งต่อข้อมูลให้แก่ทีมดูแลได้ทุกวัน อธิบายได้ว่าการคัดกรองภาวะโภชนาการ การกำหนดพลังงาน การกำกับติดตามและบันทึกผลการได้รับพลังงาน และการประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยแผลไหม้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และให้การพยาบาลที่เหมาะสม จะช่วยส่งเสริมการทำหน้าที่ของระบบทางเดินอาหารของผู้ป่วยให้อยู่ในภาวะปกติ เหมือนก่อนการเจ็บป่วย ลดโอกาสในการแพร่กระจายของเชื้อโรคจากระบบทางเดินอาหารเข้าสู่กระแสโลหิต มีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่กระแสโลหิตต่ำ อีกทั้งยังมีการศึกษาพบว่า การให้อาหารผู้ป่วยแผลไหม้ทางทางเดินอาหารโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะสามารถปฏิบัติได้ (Early enteral feeding) จะช่วยส่งเสริมการทำหน้าที่ของระบบทางเดินอาหารให้อยู่ในภาวะปกติ ซึ่งควรพิจารณาให้รับประทานอาหารทางปากเป็นอันดับแรก ส่วนการให้อาหารทางสายยางผ่านจมูก (Nasogastric feeding) มีโอกาสเสี่ยงสำคัญได้มากกว่าการให้ทางลำไส้เล็ก (duodenal feeding) แต่การให้ทางลำไส้เล็กโดยตรงก็ต้องระมัดระวังในเรื่องระดับความเข้มข้นของสารอาหารที่ให้ (Prelack et al., 2007) จากผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การให้โภชนาบำบัดที่เหมาะสมเป็นหนึ่งในแนวทางการรักษาที่สำคัญที่ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยแผลไหม้ได้ (Shields et al., 2019) หากผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่ดีจะทำให้การหายของแผลดีขึ้น (Putwatana, Reodecha, Sirapo-ngam, Lertsithichai, & Sumbtoonnanonda, 2005) เนื่องจากภาวะโภชนาการที่ดีช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยแผลไหม้ส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งภาวะทุพโภชนาการที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและ/หรือรุนแรง มีความสัมพันธ์โดยตรงกับอัตราการตายและอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เพิ่มขึ้น (Kulnitichai, 2019)

การประเมินภาวะโภชนาการและความต้องการสารอาหารของผู้ป่วยแผลไหม้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ต่อเนื่อง และให้การพยาบาลที่เหมาะสมเป็นปัจจัยที่สำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายในผู้ป่วยแผลไหม้ ช่วยให้ผู้ป่วยแผลไหม้ได้รับสารอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย อีกทั้งได้รับพลังงานถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Goal of calories) ภายใน 48-72 ชั่วโมง หลังจาก que ผู้ป่วยสามารถรับอาหารได้ จะช่วยลดการเกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยแผลไหม้ได้ แต่ถ้าหากประเมินพบว่าผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตควรชะลอการให้อาหารในทางเดินอาหารไว้ จนกว่าจะพ้นจากภาวะวิกฤต หากประเมินแล้วพบว่าไม่สามารถดูแลให้ได้รับอาหารในทางเดินอาหารได้ถึงเป้าหมายที่กำหนดภายใน 7-10 วัน และในกรณีที่ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการอยู่ก่อนแล้วจะทำให้ไม่สามารถรับอาหารทางทางเดินอาหารได้ถึงเป้าหมายพลังงานที่กำหนดไว้ภายใน 72 ชั่วโมง (Ketmeak, 2014) ควรพิจารณาให้อาหารทางหลอดเลือดดำเพิ่มเติม อีกทั้งควรมีการประสานการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพเช่น แพทย์เจ้าของไข้ นักโภชนาการ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเป็นต้น เพื่อประชุมทีม วางแผนการรักษา รวมถึงร่วมหาแนวทางในการดัดศักยภาพของผู้ป่วย และผู้ดูแลให้สามารถดูแลตนเองได้ เพื่อให้การรักษาสอดคล้องตามเป้าหมายที่ตั้งไว้และลดการเกิดภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยแผลไหม้ (Aiyakaew & Muktabhant, 2012)

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยแผลไหม้ทุกระดับความรุนแรงควรได้รับการคัดกรองภาวะโภชนาการภายใน 24 ชั่วโมง ในกรณีที่ไม่มีข้อจำกัด มีการกำหนดพลังงานที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย การกำกับติดตามและ

บันทึกผลการได้รับพลังงาน และการประเมินภาวะโภชนาการตั้งแต่วันที่เริ่มให้อาหารจนถึงเป้าหมายพลังงานที่กำหนดอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอทุกวัน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดการเกิดปัญหาด้านโภชนาการในผู้ป่วย

2. ด้านการศึกษาวิจัยในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อจะได้ประเมินและเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการของผู้ป่วยแผลไหม้ชัดเจนยิ่งขึ้น

3. ด้านการวางแผนและนโยบาย ผู้บริหารโรงพยาบาล ควรสนับสนุนให้นำโปรแกรมการส่งเสริมภาวะโภชนาการสำหรับผู้ป่วยแผลไหม้มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยแผลไหม้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแผลไหม้ทำงานในทิศทางเดียวกัน มีการติดตามกำกับกับการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่ให้ได้มาตรฐานและติดตามผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

References

- Aiyakaew, S., & Muktabhant, B. (2012). Nutritional status of patients In surgical intensive care unit by using Udonthani hospital nutrition triage. *Srinagarind Medical Journal*, 27(4), 354-360.
- Bunchuailua, W., Kapol, N., & Janweeranon, K. (2020). Malnutrition and its impacts in hospitalized patients: A systematic review. *Thai Journal of Pharmacy Practice*, 12(2), 287-304.
- Burn Unit. (2020). *Performance report of burn unit Udonthani hospital 2020*. Udonthani: Udonthani hospital.
- Kang, M. C., Kim, J. H., Ryu, S. W., Moon, J. Y., Park, J. H., Park, J. K., ... & Hong, S. K. (2018). Prevalence of malnutrition in hospitalized patients: A multicenter cross-sectional study. *Journal of Korean Medical Science*, 33(2), 1-10.
- Ketmeak, A. (2014). Nutrition support in burns. *Thai Journal of Burn Injury*, 7(2), 61-71.
- Komindr, S., Tangsermwong, T., & Janepanish, P. (2013). Simplified malnutrition tool for Thai patients. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 22(4), 516-521.
- Kulnitichai, W. (2019). Nursing care for continuous monitoring of the malnutrition in critical patients. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 30(1), 2-16.
- Prelack, K., Dylewski, M., & Sheridan, R. L. (2007). Practical guidelines for nutritional management of burn injury and recovery. *Burn*, 33, 14-24.
- Putwatana, P., Reodecha, P., Sirapo-ngam, Y., Lertsithichai, P., & Sumboonnanon, K. (2005). Nutrition screening tools and the prediction of postoperative infectious and wound complications: Comparison of methods in presence of risk adjustment. *Nutrition*, 21(6), 691-697.
- Shields, B. A., Carpenter, J. N., Bustillos, B. D., Jordan, A. N., Cunningham, K. B., Vega, S. J., Aden, J. K., Rowan, M. P., Rizzo, J. A., Dewey, W. S., Gurney, J. M., Ainsworth, C. R., & Cancio, L. C. (2019). The interplay of nutrition, physical activity, severity of illness, and mortality in critically ill burn patients: Is there a connection. *J Burn Care Res*. 40(6), 936-42.
- World Health Organization [WHO]. (2018). *World health statistics 2018: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals 2018*. Retrieved from <https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/6-June-18108-world-health-statistics-2018.pdf>.

ระบบและกลไกเพื่อรองรับสังคมสูงวัยระดับตำบล

นลินี เกิดประสงค์, พร.ด.^{1*} จันทิมา นวมะวัฒน์, ส.ด.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการของประชากรเกี่ยวกับระบบและกลไกรองรับสังคมสูงวัยในพื้นที่เป้าหมายเพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายว่าด้วยระบบและกลไกรองรับสังคมสูงวัยระดับตำบล ใน 5 อำเภอ จังหวัดนครสวรรค์ มี 4 ขั้นตอน คือ 1) สร้างสัมพันธภาพ สัมภาษณ์ชุมชน และคัดเลือกกลุ่มผู้นำพาการเปลี่ยนแปลงระดับพื้นที่และระดับกลางเพื่อร่วมกันขับเคลื่อน 2) ศึกษาความต้องการจำเป็นและความพึงพอใจที่คาดหวังของผู้สูงอายุและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระดับตำบล ขนาดกลุ่มตัวอย่างกระจายตามสัดส่วนแต่ละตำบล รวม 523 คน 3) พัฒนาร่างระบบและกลไกรองรับสังคมสูงวัยในระดับตำบล 4) ขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติด้วยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องโดยการคืนข้อมูลและร่วมกันดำเนินการประชุมวางแผนร่วมกันและติดตามประเมินผล

ผลการวิจัย พบว่า ความต้องการของประชาชนจำแนกเป็น 2 กลุ่มคือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และกลุ่มแกนนำชุมชนที่เกี่ยวข้องผู้สูงอายุใน 4 มิติ ได้แก่ 1) มิติด้านสุขภาพให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรค สัมภาษณ์และดูแลผู้สูงอายุผู้ยากลำบาก ควรมีระบบเยี่ยมเยียนแบบเพื่อนช่วยเพื่อน เสนอให้มีการจัดบริการเชิงรุก พัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยระยะยาวโดยเฉพาะการคมนาคมขนส่งเดินทางรับการรักษา 2) มิติเศรษฐกิจ จัดระบบการออมในชุมชนสวัสดิการชุมชนและฅาปนกิจสงเคราะห์ให้ดียิ่งขึ้น สร้างอาชีพเสริมรายได้ผู้สูงอายุ ส่งเสริมภูมิปัญญา 3) มิติด้านสังคมสร้างความเข้มแข็งและความอบอุ่นภายในครอบครัว คำนึงช่วยเหลือเกื้อกูล เพื่อนช่วยเพื่อน สืบสานงานบุญสร้างวัฒนธรรมการทำงานร่วมกันของภาครัฐท้องถิ่นและภาคประชาชน เคารพซึ่งกันและกันส่งเสริมและสืบสานภูมิปัญญา มาตรการรักษาความปลอดภัยในชุมชน และ 4) มิติด้านสภาพแวดล้อมเสนอให้มีการปรับปรุงบ้านให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ สถานที่สาธารณะให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ สร้างให้เป็นชุมชนสีเขียวและสะอาด ส่วนระบบและกลไกรองรับสังคมสูงวัยประกอบด้วย 1) ขับเคลื่อนให้เกิดระบบและกลไกรองรับสังคมสูงวัยระดับตำบล ระดับจังหวัด เช่น คณะทำงานพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ ระดับตำบล ระดับจังหวัด หนุนเสริมการทำงานและจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ และ 2) ระบบงานที่เหมาะสมรองรับสังคมสูงวัยรวม 23 ระบบ และกระบวนการบริหารจัดการ 6 องค์ประกอบ คือ 1) การปรับโครงสร้างการบริหารจัดการของกลุ่ม 2) การวางระบบการทำงานที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนสู่การปฏิบัติ 3) สร้างบรรยากาศการสื่อสารแบบเปิดเป็นประชาธิปไตย 4) พัฒนาความรู้และทักษะใหม่ ๆ ให้กับกลุ่มผู้ขับเคลื่อน 5) สร้างทีมงานในระดับกลุ่มปฏิบัติ และ 6) สร้างแรงจูงใจในการทำงาน

คำสำคัญ: สังคมสูงวัย ระบบและกลไกรองรับสังคมสูงวัย ชุมชน

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

* ผู้เขียนหลัก e-mail: nalinee@bcnsprnw.ac.th

System and Mechanisms for an Aging Society at the Sub-district Level

Nalinee Kerdprasong, Ph.D.^{1*}, Jantima Nawamawat, Dr.P.H.¹

Abstract

This participatory research aimed to study population needs regarding systems and mechanisms to support an aging society and to formulate a policy proposal to support the aged society at the sub-district level in 5 districts of Nakhon Sawan province. The research process had four steps: 1) Build relationships, survey communities, and select change leaders at the areas' local and intermediate levels; 2) Study the needs and satisfaction of the elderly and stakeholders at the sub-district level (which included 523 participants); 3) Develop a draft system and mechanism to support an aging society at the sub-district level through a learning exchange platform, and; 4) Drive policies into action with the participation of stakeholders and conduct a follow-up evaluation.

The results showed that the needs of the elderly and the community leaders working with the elderly could be classified along four dimensions: 1) health dimension: health care knowledge and disease prevention, surveying and caring for the elderly in need, a peer-to-peer visitation system, proactive service arrangements, and a long-term care system for patients (especially transportation) to get treatment; 2) economic dimension: organizing a savings system, community welfare and funeral services, creating jobs to increase income and sustain the wisdom of the elderly; 3) social dimension: building strength and warmth within the family, promoting values regarding friendship and continued merit-making, creating a culture of collaboration between the local government and the people's sector, respecting each other, promoting and inheriting wisdom and community security; 4) environmental dimension: home improvements suitable for the elderly, public areas for elderly, and building a green and clean community. Two systems and mechanisms emerged to support an aging society. The first was creating a system and mechanism to support an aging society at the sub-district level and at the provincial level, and to promote the exchange of knowledge between areas. The second was to promote an appropriate work system to support an aging society. This included 23 management systems and processes with six components: 1) restructuring group management; 2) aligning the work system with community context; 3) creating an atmosphere of freedom in communication; 4) developing new knowledge and skills for driving the group; 5) building teamwork at the group level, and; 6) providing incentives for work.

Key words: Aging society, systems, and mechanisms for an aging society, community

¹ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Sawanpracharak Nakhonsawan

* Corresponding author e-mail: nalinee@bcnsprnw.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สืบเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของประชากร เศรษฐกิจ สังคม และความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี จึงเกิดปรากฏการณ์ด้านประชากรคือ อายุคาดเฉลี่ยของประชากรสูงขึ้น จากการคาดประมาณประชากร ณ กลางปี พ.ศ. 2562 (National Board of Elders Ministry of Social Development and Human Security, 2009) พบว่า อายุคาดเฉลี่ยของประชากรไทย สูงถึง 73 ปี ในเพศชาย และ 80.1 ปี ในเพศหญิง โดยมีประชากรผู้สูงอายุ คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 17.5 ของประชากรทั้งหมด และร้อยละ 40.6 ของครัวเรือนมีผู้สูงอายุอยู่ในบ้าน เห็นได้ว่าประเทศ กำลังเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในไม่ช้า ส่งผลให้เกิดปัญหาทางสังคมในอีกมิติหนึ่ง คือ คนรุ่นใหม่ที่จะมาดูแลผู้สูงอายุ ต้องรับภาระที่เพิ่มมากขึ้น ทั้งทางตรง (การดูแลญาติผู้สูงอายุของตนเอง) และทางอ้อม (การอาจจะต้องรับภาระในการ เสียภาษีที่เพิ่มขึ้นให้รัฐ เพื่อนำเงินภาษีอากรไปจัดสรรงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบต่าง ๆ) จากการศึกษา ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ร้อยละ 30 คนไทยก่อนที่จะเข้าสู่วัยเป็นผู้สูงอายุ ไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมเพื่อการ เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณค่า และคุณภาพ (Active ageing) ในอนาคต โดยเฉพาะในมิติด้านสุขภาพและความมั่นคงทางด้าน รายได้ มนุษย์เมื่อเริ่มเข้าสู่วัยเป็นผู้สูงอายุจะเริ่มเปลี่ยนทัศนคติที่หันมาสนใจในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น โดยมีเป้าหมายในความต้องการเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพใน 2 มิติ คือ มิติแรก ต้องการมีอายุยืนยาวให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็น ไปได้ และ มิติที่สอง นอกจากต้องการมีอายุยืนยาวแล้ว ยังต้องการที่จะมีสุขภาพที่ดีด้วย

องค์การอนามัยโลกจึงให้ความสำคัญต่อการพัฒนาผู้สูงอายุให้เป็น ผู้สูงอายุที่มีพลัง (Active ageing) กระบวนการนั้นควรประกอบด้วย การสร้างเสริมโอกาสเข้าถึงระบบสาธารณสุข การมีส่วนร่วม และได้รับความปลอดภัย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตั้งแต่การวางนโยบาย การบริหารจัดการการให้บริการสุขภาพและสวัสดิการ การจัดหาที่พักและโครงสร้างเมืองของเมืองที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ (World Health Organization [WHO], 2002) ประเทศไทยโดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้กำหนดแผนผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้น (National Board of Elders Ministry of Social Development and Human Security, 2009) ประเทศไทยโดยกระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้กำหนดแผนผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้น เพื่อต้องการให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี คือ มีสุขภาพที่ดีทั้งกายและจิต ครอบครัวมีสุข สังคมเอื้ออาทร อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ปลอดภัย มีหลักประกันที่มั่นคง ได้รับสวัสดิการและการบริการที่เหมาะสมอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ เป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจและมีส่วนร่วม ในครอบครัว ชุมชนและสังคม มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลและข่าวสารอย่างต่อเนื่อง โดยมีการวางยุทธศาสตร์การดำเนินงาน ไว้ 5 ยุทธศาสตร์ โดยยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุไว้เป็น 1 ใน 5 ยุทธศาสตร์ และภายใต้ ยุทธศาสตร์ดังกล่าว ได้กำหนดมาตรการระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุนไว้ประการหนึ่งว่า “ส่งเสริมให้องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรทางศาสนา องค์กรเอกชนและองค์กรสาธารณประโยชน์มีส่วนร่วมในการดูแลจัดสวัสดิการ เพื่อผู้สูงอายุ โดยกระบวนการประชาคม” ซึ่งมาตรการในข้อนี้ ได้วางบทบาทสำคัญไว้กับกลไกในพื้นที่ในการทำงาน ร่วมกันเพื่อการดูแลผู้สูงอายุโดยเน้นกระบวนการแบบมีส่วนร่วม สถาปนาปฏิรูปแห่งชาติ (สปช.) ได้กำหนดให้การปฏิรูป ระบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัยเป็นวาระการปฏิรูปสำคัญเรื่องหนึ่ง กำหนดหลักการในการปฏิรูประบบรองรับสังคมสูงวัยไว้ 5 ประการ (National Board of Elders Ministry of Social Development and Human Security, 2009) คือ (1) ผู้สูงอายุเป็นพลังในการขับเคลื่อนสังคม การปฏิรูปต้องไม่สร้างระบบที่จะทำให้ผู้สูงอายุต้องกลายเป็นภาระของสังคม (2) สร้างสังคมและสภาพแวดล้อมที่บุคคลทุกช่วงวัยและทุกกลุ่มประชากรสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างปลอดภัยและ มีความสุข (3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของจิตพลัง ท้องถิ่นท้องที่องค์กรชุมชนและหน่วยงานรัฐในชุมชนโดยเน้นการบริหาร จัดการตนเองโดยไม่ต้องรอการดำเนินงานของภาครัฐที่ไม่มีความยืดหยุ่น (4) การดูแลผู้สูงอายุให้เน้นการสร้างนำซ่อม และการประคับประคองให้ผู้สูงอายุอยู่ในสภาพที่สามารถดูแลตนเองให้ได้นานที่สุดมากกว่าการให้อยู่ในสถานบริบาล โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และ (5) เตรียมความพร้อมในระบบเศรษฐกิจ สังคม และบริการสุขภาพ ให้สอดคล้องกับโครงสร้างประชากรของไทยที่เปลี่ยนแปลงไปเตรียมความพร้อม โดยได้เสนอแผนปฏิรูปไว้ 4 ด้าน คือ

ด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ ด้านสังคม และด้านสภาพแวดล้อมและบริการสาธารณะ (National Reform Council, 2015)

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนจำเป็นต้องมีระบบและกลไกในการดูแลระดับชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีส่วนร่วมในการจัดการ โดยกระบวนการพัฒนานั้นควรคำนึงถึงบริบทของพื้นที่ ภายใต้เครือข่ายความร่วมมือทั้งในและนอกชุมชน (Puraya, Piyakong, Wongwiggan, & Boonpracom, 2021) ประกอบกับข้อเสนอเพื่อการปฏิรูปด้านสังคมมีข้อเสนอหนึ่งที่ทำให้การเพิ่มศักยภาพและบทบาทของชุมชนเพื่อคนทุกวัย เพื่อให้ชุมชนมีบทบาทในการส่งเสริมและเกื้อกูลสมาชิกในชุมชนที่มีหลากหลายวัยให้สามารถใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างมั่นคงและยั่งยืน และการดำเนินงานพัฒนาผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่จะเป็นการดำเนินงานในลักษณะกิจกรรมหรือโครงการเฉพาะเท่านั้น หากแต่การจัดการในระดับตำบลยังไม่มี ความชัดเจนเกี่ยวกับระบบและกลไกเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญจึงได้ทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้ขึ้น และในการรองรับกับสถานการณ์ด้านผู้สูงอายุของจังหวัดนครสวรรค์ได้จัดสมัชชาสุขภาพจังหวัดนครสวรรค์ เมื่อปี พ.ศ. 2558 มีการบรรจุระเบียบวาระเรื่องการเตรียมความพร้อมประชากรก่อนวัยสูงอายุและการขับเคลื่อนเครือข่ายผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ในการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัดดังกล่าว และสมาชิกสมัชชาสุขภาพจังหวัดนครสวรรค์ได้มีมติเห็นชอบ รวม 10 ข้อ โดยในข้อที่ 4 มีมติว่า “ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับฝ่ายปกครองท้องถิ่นที่ร่วมกับกลไกต่าง ๆ อาทิ สาขาสมาคมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ประจำจังหวัด ภาคเอกชนกลุ่มจิตอาสา มีหน้าที่ขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุระดับท้องถิ่น เพื่อจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบ สร้างกลไก การเตรียมความพร้อมก่อนวัยสูงอายุและขับเคลื่อนเครือข่ายในการดูแลสุขภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยการสนับสนุนจากองค์กรภาครัฐ และเอกชนทุกภาคส่วนในรูปแบบบูรณาการอย่างใกล้ชิดไม่แยกส่วนจากกัน และกำหนดเป็นข้อบังคับขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมโดยมาตรการหรือกติกาสังคมและหรือกำหนดธรรมเนียมปฏิบัติสุขภาพร่วมกันของคนในชุมชน (Nakhon Sawan Provincial Health Assembly Committee, 2015) ในการรองรับสังคมสูงวัยในระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบ ยังมีการดำเนินการกันค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่จะเป็นการดำเนินงานในลักษณะกิจกรรมหรือโครงการเฉพาะ ส่งผลให้ยังไม่มีกรอบออกแบบหรือเตรียมการของพื้นที่ระดับตำบลอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมทั้ง 4 มิติตามที่สภาพัฒนาการแห่งชาติได้ออกแบบไว้ ผู้วิจัยจึงศึกษาเพื่อเป็นการพัฒนาเพื่อออกแบบระบบและกลไกรองรับสังคมสูงวัยในระดับตำบลแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาความต้องการและความพึงพอใจที่คาดหวังของผู้สูงอายุและประชากรที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาระบบและกลไกรองรับสังคมสูงวัยในระดับตำบล
2. เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายแบบมีส่วนร่วมว่าด้วยเรื่องระบบและกลไกรองรับสังคมสูงวัยระดับตำบลในพื้นที่เป้าหมาย

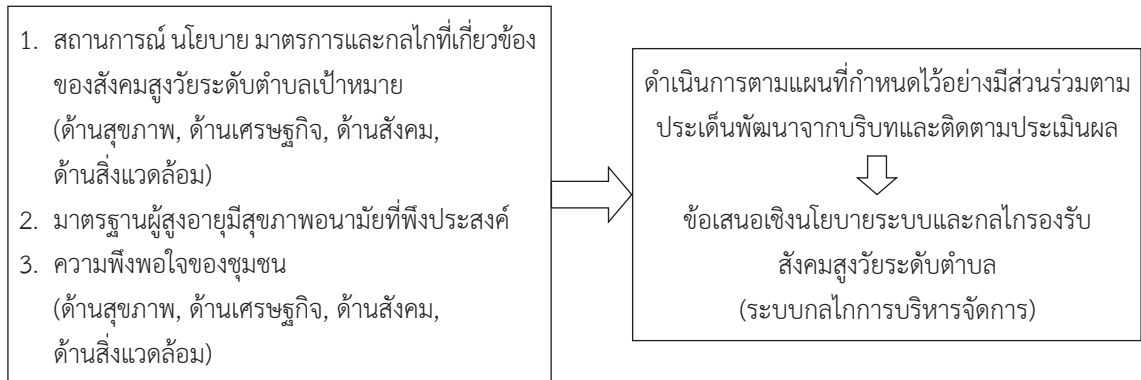
คำถามการวิจัย

1. ความต้องการและความพึงพอใจที่คาดหวังของผู้สูงอายุและประชากรที่เกี่ยวข้องต่อการพัฒนาระบบและกลไกรองรับสังคมสูงวัยในระดับตำบลเป็นอย่างไร
2. ระบบและกลไกรองรับสังคมสูงวัยระดับตำบลควรเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการปฏิรูประบบและกลไกรองรับสังคมสูงวัยตามมติ แผนยุทธศาสตร์การสนับสนุนการพัฒนา คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพื่อรองรับสังคมสูงวัย พ.ศ. 2561-2564 (Office of the National Health

Commission, 2019) ซึ่งเป็นการจัดการเรื่องสังคมสูงวัยจากการสร้างชุมชนเข้มแข็งและสังคมเข้มแข็ง โดยควรเน้นการพัฒนาการมีส่วนร่วม ยึดภูมิศาสตร์ที่แตกต่างกัน ใช้ชุมชนเป็นฐาน ทำด้วยความเพียรและมีความสุขตามศาสตร์ของพระราชฯ ชุมชนท้องถิ่นเป็นฐานตามความหวัง ทำในพื้นที่อย่างบูรณาการร่วมกันประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านสภาพแวดล้อม



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วม มีวิธีดำเนินการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ สัมภาษณ์ชุมชน และคัดเลือกกลุ่มผู้นำการเปลี่ยนแปลงสร้างความตระหนัก
ร่วมกัน ระดับพื้นที่และระดับกลางเพื่อร่วมกันขับเคลื่อนแต่ละตำบล ดำเนินการดังนี้

1. เตรียมพื้นที่ดำเนินการ ดำเนินการในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ 5 อำเภอ นำร่อง โดยคัดเลือกตำบลที่มีความพร้อมและยินดีเข้าร่วมดำเนินการ ได้แก่ ตำบลแม่เป็น อำเภอแม่เป็น ตำบลหูกวาง อำเภอบรรพตพิสัย ตำบลบางตาหงาย อำเภอบรรพตพิสัย ตำบลบางมะฝ่อ อำเภอโกรกพระ และตำบลสายลำโพง อำเภอท่าตะโก

2. ประสานความร่วมมือและชี้แจงการดำเนินการวิจัยและเลือกกลุ่มผู้นำการเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับกลางและระดับพื้นที่ สร้างสัมพันธภาพและนัดหมายวางแผนร่วมกันโดยจัดตั้งทีมขับเคลื่อนงานเป็น 2 กลุ่ม คือ **ทีมขับเคลื่อนในพื้นที่ตำบลจากการคัดเลือกมาจากคนในชุมชน** ประกอบด้วย ชมรมสูงอายุ กรรมการสูงอายุ จิตอาสาข้าราชการ เกษียณ ผู้นำธรรมชาติในพื้นที่ จำนวน 10-15 คน มีหน้าที่ขับเคลื่อนหลักในการดำเนินการ วางแผน ประชุมเชื่อมโยงการทำงานดำเนินงานตามกิจกรรมที่วางไว้ นำทีมดำเนินการขับเคลื่อนไปสู่การปฏิบัติ **ทีมขับเคลื่อนกลางระดับตำบล** ประกอบด้วย นายกเทศมนตรี/รองนายกเทศมนตรี นายกองค์การบริหารส่วนตำบล/รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล/รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการหรือเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประธานชมรมผู้สูงอายุ และตัวแทนแกนนำชุมชน และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาความต้องการจำเป็นและความพึงพอใจที่คาดหวังของผู้สูงอายุและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระดับตำบลโดยการสนทนากลุ่มย่อย และตอบแบบสอบถาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำแนกรายตำบล ซึ่งทั้ง 5 อำเภอ ผู้ร่วมวิจัยจำนวน 280 คน คิดเป็นร้อยละ 100

2. กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง แกนนำชุมชน ผู้บริหาร หน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องผู้ร่วมวิจัยจำนวน 243 คน คิดเป็นร้อยละ 90

ตำบล	จำนวนหมู่บ้าน	จำนวนประชากร	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	
			ผู้สูงอายุ	ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง
ตำบลแม่เป็น	24	20,955	80	70
ตำบลหูกวาง	6	4,235	50	50
ตำบลบางตาหงาย	16	8,171	50	50
ตำบลบางมะฝ่อ	7	6,926	50	50
ตำบลสายลำโพง	4	4,355	50	50
รวม			280	270

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การสนทนากลุ่มย่อย โดยร่วมกับทีมขับเคลื่อนระดับตำบลจัดเวทีแสดงความคิดเห็นทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายตำบล

2. กลุ่มผู้สูงอายุ ตอบแบบสอบถามมาตรฐานผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ และความพึงพอใจของชุมชนต่อระบบและกลไกรองรับสังคมสูงวัยระดับตำบล

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง เป็นแบบสอบถาม ประเด็น สถานการณ์ นโยบาย มาตรการและกลไกที่เกี่ยวข้องของสังคมสูงวัยระดับตำบลเป้าหมาย และความพึงพอใจของชุมชน ครอบคลุม 4 มิติ

2. แบบประเมินมาตรฐานผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ สำนักรอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ครอบคลุม 1) การมีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ 2) มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ 3) มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 4) สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สปสข. เขต 3 นครสวรรค์ อาจารย์วิทยาลัยพยาบาล ทั้งหมดจำนวน 5 ท่าน โดยใช้วิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence [IOC]) ตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป

วิเคราะห์ข้อมูล

1. การสนทนากลุ่มย่อยซึ่งเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการแปลผล

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาระบบและกลไกรองรับสังคมสูงวัยในระดับตำบลดำเนินการดังนี้

1. ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน เข้าร่วมประชุมจำแนกรายตำบล และนำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 2 คั้นข้อมูลและร่วมกัน วิเคราะห์ วางแผน ออกแบบแนวปฏิบัติ การดำเนินการ การติดตามประเมินผลเพื่อร่วมกันแก้ปัญหา สอดคล้องกับบริบทจำแนกรายตำบล ครอบคลุมระบบและกลไกรองรับสังคมสูงวัยในระดับตำบล

2. ร่วมกันยกร่างระบบและกลไกรองรับสังคมสูงวัยในระดับตำบล เพื่อประชาสัมพันธ์และวางแผนนำสู่การปฏิบัติในแต่ละพื้นที่เป้าหมายพร้อมวางแผนการขับเคลื่อน ติดตาม ปรับแก้ไข และสรุปผลลัพธ์

กลุ่มเป้าหมาย

1. ทีมขับเคลื่อนในพื้นที่ตำบล กลุ่มละ 10-15 คน จำแนกรายตำบล รวม 55 คน

2. ทีมขับเคลื่อนกลางระดับตำบล กลุ่มละ 10-15 คน จำแนกรายตำบล รวม 50 คน

3. ตัวแทนผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน จำแนกรายตำบล รวม 50 คน

4. ตัวแทนกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 10 คน จำแนกรายตำบล รวม 50 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล การประชุมกลุ่มย่อย จำแนกรายตำบล**เครื่องมือวิจัย**

1. สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากขั้นตอนที่ 2 จำแนกรายตำบล
2. แนวปฏิบัติกิจกรรมเชิงปฏิบัติการเพื่อยกร่างระบบและกลไกรองรับสังคมสูงวัยในระดับตำบล
3. แนวปฏิบัติกิจกรรมเชิงปฏิบัติการเพื่อยกร่างระบบและกลไกลงสู่การปฏิบัติในพื้นที่เป้าหมาย
4. แผนปฏิบัติ (Action plan) เพื่อการประเมินผลลัพธ์ ปรับปรุง ปรับแก้ไข (PDCA) จำแนกรายตำบล
5. แบบถอบทเรียนจากการปฏิบัติ จำแนกรายตำบล

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สปสข. เขต 3 นครสวรรค์ อาจารย์วิทยาลัยพยาบาล ทั้งหมด จำนวน 5 ท่าน โดยใช้วิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence [IOC]) ตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป

วิเคราะห์ข้อมูล รายงานสรุปตามวัตถุประสงค์ของเครื่องมือ

ขั้นตอนที่ 4 ขับเคลื่อนระบบและกลไกรองรับสังคมสูงวัยในระดับตำบล สู่การปฏิบัติจากการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องโดยนำแผนปฏิบัติ (Action plan) ที่แก้ปัญหาตามบริบทพื้นที่รายตำบลสู่การปฏิบัติ

กลุ่มเป้าหมาย

1. พื้นที่ดำเนินการทั้ง 5 ตำบล ได้แก่ ตำบลแม่เป็น อำเภอแม่เป็น ตำบลหูกวาง อำเภอบรรพตพิสัย ตำบลบางตาหงาย อำเภอบรรพตพิสัย ตำบลบางมะฝ่อ อำเภอโกรกพระ และตำบลสายลำโพง อำเภอท่าตะโก
2. ทีมนำการเปลี่ยนแปลงทั้ง 2 กลุ่ม ได้แก่ 1. ทีมขับเคลื่อนในพื้นที่ตำบล ซึ่งเป็นทีมดำเนินการในพื้นที่เพื่อแก้ปัญหา และจัดระบบและกลไกรองรับสังคมสูงวัยระดับตำบล และ 2. ทีมขับเคลื่อนกลางระดับตำบล ซึ่งทำหน้าที่อำนวยความสะดวก สนับสนุน และประสานเพิ่มเติมตลอดจนเป็นที่ปรึกษาให้การขับเคลื่อนและการดำเนินการต่อเนื่องสม่ำเสมอ
3. ผู้เชี่ยวชาญประจำกลุ่ม จำแนกตามตำบล ช่วยสะท้อนทีมนำการเปลี่ยนแปลงให้เห็นผลลัพธ์ต่างที่เกิดขึ้น พัฒนาการของการทำงานในสะท้อนประสิทธิภาพเชิงการบริหารจัดการ และสะท้อนข้อมูลที่เป็นประเด็นในเชิงการพัฒนาศักยภาพ

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบบันทึกเชิงปฏิบัติการครอบคลุม การประเมินผลเชิงระบบ (Input process outcome) ประสิทธิภาพของโครงการ และความยั่งยืนขององค์กร
2. บทสรุปผู้บริหาร และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในระดับตำบล

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สปสข. เขต 3 นครสวรรค์ อาจารย์วิทยาลัยพยาบาล ทั้งหมดจำนวน 5 ท่าน โดยใช้วิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence [IOC]) ตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป

วิเคราะห์ผล รายงานสรุปตามวัตถุประสงค์ของเครื่องมือและการคืนข้อมูลให้พื้นที่**การพิทักษ์สิทธิ์**

ผู้วิจัยได้ลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในเรื่องข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ถูกวิจัย โดยผู้วิจัยไม่มีการสอบถามชื่อผู้ถูกวิจัยในแบบสอบถาม ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิหน่วยตัวอย่างตลอดขั้นตอนการศึกษา เริ่มจากผู้ศึกษาแนะนำตัวต่อหน้ากลุ่มตัวอย่างเชิญเข้าโครงการศึกษาตามความสมัครใจ โดยชี้แจงตามแบบคำชี้แจงอาสาสมัคร ได้แก่ วัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการศึกษา อธิบายให้ทราบถึงวิธีการดำเนินการวิจัยการตอบแบบสอบถาม เวลาที่จะใช้และสิทธิที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาหรือออกจากการศึกษาได้ตามต้องการ โดยไม่มีผลใด ๆ ข้อมูลทั้งหมดของหน่วยตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและมีการนำเสนอเป็นภาพรวม

ผลการวิจัย

1. **ข้อมูลพื้นฐานของพื้นที่ดำเนินการ** พื้นที่ประกอบด้วย 5 ตำบล ประกอบด้วย (1) ตำบลแม่เป็นอำเภอแม่เป็น (2) ตำบลหูกวาง อำเภอบรรพตพิสัย (3) ตำบลบางตาหงาย อำเภอบรรพตพิสัย (4) ตำบลบางมะฝ่อ อำเภอโกรกพระ (5) ตำบลสายลำโพง อำเภอท่าตะโก ทั้ง 5 มีขนาดที่ต่างกันตั้งแต่ 4 ถึง 24 หมู่บ้าน ครึ่งเรือนตั้งแต่ 1,295 - 6,557 ครึ่งเรือน ประชากรตั้งแต่ 4,235 ถึง 20,955 คน และมีความหนาแน่นตั้งแต่ 80.9 ถึง 252.4 คน ต่อตร.กม. ภายในตำบลมี โรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์เด็กเล็ก วัด ครบทุกตำบล บริหารจัดการโดยเทศบาล 1 แห่ง และ อบต. 4 แห่ง แต่ละตำบลมีผู้สูงอายุตั้งแต่ร้อยละ 12.45 ถึง 20.02 ของประชากรทั้งตำบล ซึ่งมี 3 ตำบล คือ ตำบลบางมะฝ่อ ตำบลหูกวาง และตำบลสายลำโพง มีสัดส่วนผู้สูงอายุต่อจำนวนประชากรทั้งหมดของตำบลสูงกว่า สัดส่วนระดับประเทศ (ร้อยละ 16.7) จากการศึกษาข้อมูลผู้สูงอายุและแกนนำชุมชนที่เกี่ยวข้อง ทั้ง 5 ตำบล รวม 523 คน พบว่า ผู้สูงอายุอายุช่วง 60-69 ปี เพศหญิง ศึกษาในระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกรมากที่สุด รองลงมาคือไม่ได้ทำงานจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3-4 คนมากที่สุด ผู้สูงอายุในตำบลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 97.1) เป็นกลุ่มติดสังคมส่วนที่เหลือน้อย (ร้อยละ 2.9) เป็นกลุ่มติดบ้านและติดเตียง สุขภาพร่างกายมีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 49.5 ได้แก่โรคความดันโลหิตสูงที่สุด โรคเบาหวาน สุขภาพจิตดีและปกติ ร้อยละ 98.1 ร้อยละ 37.1 รู้สึกหดหู่ซึมเศร้า ร้อยละ 35 รู้สึกเบื่อและไม่สบายใจ มีปัญหาพื้นร้อยละ 54.1 ดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 58.7 ปฏิบัติภารกิจด้วยตนเอง (ร้อยละ 98.1) ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 15-30 นาที คิดเป็นร้อยละ 67.7 ปัญหาทางสายตาร้อยละ 14.9 ตามมาตรฐานสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ พบว่า ส่วนใหญ่ต่ำกว่ามาตรฐาน โดยมีโรคประจำตัวและไม่สามารถควบคุมโรคได้มาตรฐานสุขภาพ โดยผ่านเกณฑ์เพียงร้อยละ 8.4 *สุขภาวะมิติสุขภาพ* ไม่มีการเจ็บป่วยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 70.2 เมื่อเกิดการเจ็บป่วยลูกหลานจะพาไปรักษารองลงมาจะดูแลตนเอง และอาสาสมัครสาธารณสุขโดยสถานที่รักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยจะไปรักษาที่ รพ.สต. รองลงมาคือโรงพยาบาลของรัฐ การซื้อยากินเองจากร้านขายยา และไปคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน ทั้งนี้ผู้สูงอายุร้อยละ 87.8 ใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ *ด้านเศรษฐกิจและรายได้* พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้จากเบี้ยยังชีพที่รัฐบาลจัดให้ รองลงมายังหารายได้ด้วยตนเอง และจากบุตรหลาน ยังมีผู้สูงอายุร้อยละ 8.2 ที่มีรายได้ไม่แน่นอน ส่วนใหญ่ยังคงคิดว่ารายได้ที่มีอยู่พอเพียงต่อการดำรงชีพ ไม่มีหนี้สิน ไม่มีการออม *สุขภาวะด้านสังคม* พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีระยะเวลาที่อยู่ในชุมชนเฉลี่ย 44.54 ปี เป็นสมาชิกของชมรมในหมู่บ้าน เข้าร่วมในกิจกรรมของชุมชนและ *สุขภาวะด้านสภาพแวดล้อม* พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่อาศัยในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมทั้งเรื่อง น้ำดื่ม น้ำใช้ อากาศ สภาพแวดล้อมภายนอกบ้าน อาหารที่บริโภค สภาพแวดล้อมในบ้าน ส้วม แสงสว่าง และห้องนอน *ระดับความพึงพอใจของชุมชน มิติสุขภาพ* ความพึงพอใจน้อยที่สุด 3 ลำดับ คือการจัดให้มีกองทุนสวัสดิการชุมชนที่ดูแลตั้งแต่เกิดจนตาย การส่งเสริมให้มีกิจกรรมให้คนได้ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง และการลด ละ เลิก การใช้สารเคมีในการปลูกพืช ผัก *มิติรายได้* ระดับน้อยสุด 3 ลำดับ คือการจัดให้มีร้านค้าตลาดในรูปแบบสหกรณ์ชุมชน การจัดให้มีกองทุนหรือสถาบันสำหรับให้สินเชื่อไปประกอบอาชีพ และการจัดให้มีกลุ่มอาชีพต่าง ๆ ที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีรายได้ ส่วน *มิติสังคม* และความเป็นอยู่ กิจกรรมที่มีความพึงพอใจน้อยที่สุด 3 ลำดับคือ การส่งเสริมการใช้จักรยานในการสัญจรไปมา การแข่งขันกีฬาเพื่อสร้างความสามัคคีเป็นประจำทุกปี และ รณรงค์ ลด ละ เลิก เหล้า เบียร์ บุหรี่ อายุมุข การพนัน *โดยมิติสภาพแวดล้อมและการสัญจร* ที่มีความพึงพอใจน้อยที่สุด 3 ลำดับคือ การจัดการมลพิษทางเสียง การจัดการมลพิษทางกลิ่นและกิจกรรมการจัดการมลพิษทางอากาศ

2. **ความต้องการของประชาชนในพื้นที่และเป้าหมายในการใช้ชีวิตในแต่ละวันของผู้สูงวัย:** จากการสนทนากลุ่มย่อยของผู้สูงอายุ ประมาณ 20-40 คน ของแต่ละตำบล ในภาพรวมส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าจะมีความสุขจากการมีสุขภาพร่างกายที่ดีตามอัตภาพ และมีจิตใจสดชื่นพึงพอใจในชีวิตปัจจุบันที่พอจะช่วยเหลือตัวเองได้ มีความสุขจากการได้ช่วยเหลือผู้อื่นให้มีความสุขบ้าง การได้นั่งพูดคุยกัน ช่วยเหลือคนในวัยเดียวกันแม้จะเล็ก ๆ น้อย ๆ ก็มีความสุข ผู้สูงอายุก็ยังมีความเพื่อนบ้าน เพื่อนรุ่นน้อง เพื่อนร่วมอาชีพ เพื่อนที่วัด เพื่อนสภากาแฟ แวะเวียนมาพบกัน ทั้งที่ตลาด วัด และในงานการกุศล

ต่าง ๆ และรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเองไม่ได้อยู่เฉย ๆ รอเวลาจากไป ได้ช่วยดูแล ๆ หลาน ๆ บ้าง แม้บางทีก็เครียดบ้าง แต่ก็ยังอยู่ในครอบครัว เกิดความภาคภูมิใจลูกหลานให้ความเคารพยกย่อง เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ทำงานยังคงเป็นกำลังแรงงานให้ครอบครัวได้ เช่น ช่วยลูกหลานค้าขาย ทำงานบ้าน เลี้ยงหลาน จักสานซ่อมแซมบ้าน ช่วยเหลือผู้อื่นตลอดมาไม่แตกต่างไปจากอดีต และช่วยลดความโดดเดี่ยวได้ ช่วยเสริมสร้างกำลังใจ ให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของตนเอง มีชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรี ได้เข้าร่วมในกิจกรรมสาธารณะเป็นกรรมการชุมชน กรรมการวัดก็เป็นการสร้างความภาคภูมิใจให้ และมีความสุขจากการได้ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามหลักพระพุทธศาสนาได้ช่วยงานบุญ ก็ทำให้หัวใจเบิกบาน มีเรี่ยวมีแรงและถ้ายังได้รับการยอมรับจากสังคม ก็ยิ่งทำให้ใจมีความสุข ชมักเขม้นที่จะทำงานต่าง ๆ การอยู่ร่วมกันจะเป็นเครือข่ายทางสังคมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุ มีปฏิสัมพันธ์ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ความใกล้ชิดระหว่างสมาชิกในครอบครัว ญาติ และเพื่อน จะช่วยให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของตนเอง ชื่นใจ ภูมิใจและมีความสุขที่ลูกหลานและสังคมยอมรับจากการสนทนาพูดคุย พบคำพูดของผู้สูงอายุหลายท่าน สื่อถึงความสุขความต้องการ เป้าหมายในการใช้ชีวิตในแต่ละวันของผู้สูงวัย ดังคำกล่าว

“รวมกลุ่มเพื่อดูแลสุขภาพกันและกันเพื่อนช่วยเพื่อน”

“ทกลีบแล้วยังไม่รู้ว่แก่เลย อยากใช้ชีวิตได้ไปเรื่อย ๆ เหมือนปัจจุบัน”

“ได้มาเจอกันบ่อย ๆ รวมแล้วจะเกิดพลัง รวมความคิด รวมพลังในการทำอะไรได้อีกเยอะมองอะไรก็ทะลุมองออก”

“มีความสุขที่ได้อยู่กับลูกหลาน”

“ได้ทำกิจกรรมให้ชุมชน เป็นประโยชน์ต่อชุมชน”

ชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในปัจจุบัน: การสนทนากลุ่มย่อยของผู้สูงอายุประมาณ 30-40 คน ภาพรวมพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยอมรับบทบาททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เกิดบทบาททางสังคมของตนขึ้นมาใหม่ทดแทนบทบาทหน้าที่ที่สูญเสียไป เช่น การเป็นบิดา มารดา ปู่ย่า ตายาย เพื่อเป็นร่มโพธิ์ร่มไทรให้ลูกหลาน การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุกลายเป็นบทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีต่อสังคม ครอบครัว และชุมชน เพื่อการมีคุณค่าในชีวิต และเพิ่มความพึงพอใจตนเองของผู้สูงอายุ สะท้อนกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุได้ 3 ลักษณะ คือ *กิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบ* เช่น การช่วยเหลืองานของสมาชิกในครอบครัว และการพบปะสังสรรค์กับเพื่อน ญาติ เป็นต้น *กิจกรรมที่มีรูปแบบ* เช่น เข้าร่วมในสมาคมต่าง ๆ การเข้ากลุ่มทางศาสนา การเป็นอาสาสมัครเพื่อสังคมเป็นกิจกรรมภายนอกครอบครัว เป็นต้น และ*กิจกรรมที่ทำคนเดียว* เช่น การทำงานในยามว่าง กิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจส่วนตัวและกิจกรรมภายในบ้าน เป็นต้น และผู้สูงอายุยังต้องการความทันสมัย มีการรับรู้ข่าวสาร การเสริมสร้างเทคโนโลยีต่าง ๆ เช่น โทรศัพท์มือถือ การใช้คอมพิวเตอร์ ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ ข่าวด้านการเมือง การแต่งกายตามยุคสมัย การรับรู้ข่าวสารต่าง ๆ ที่เป็นปัจจุบันทันเหตุการณ์ และพบว่าด้านเศรษฐกิจ ยังมีรายได้ไม่พอเลี้ยงชีพ คนชราที่ยังทำงานอยู่ส่วนใหญ่นั้นพบว่าเป็นการทำงานด้วยภาวะการณ์ที่จำเป็นเนื่องจากขาดผู้ที่จะอุปถัมภ์ดูแลทางเศรษฐกิจ สภาพและลักษณะงานที่ทำคล้ายคลึงกัน แต่มีข้อจำกัดในการทำงาน เนื่องจากสภาพความแข็งแรงของร่างกายลดลงขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจ กล่าวโดยสรุปการสนทนากลุ่มในครั้งนี้ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการมีสุขภาพที่ดีของคนชรา ได้แก่ ความสัมพันธ์และการปฏิบัติที่ดีจากบุตรหลาน ชุมชน และสิ่งที่ผู้สูงวัยทุกคนต้องการก็คือ การได้มีเวลาอยู่เฉย ๆ เพื่อสงบจิตใจ ทำสมาธิ หรือศึกษาข้อปฏิบัติทางศาสนา ปัญหาที่ผู้สูงวัยประสบอยู่มักจะเป็นเรื่องที่เกิดจากสภาพการณ์ปัจจุบันที่บีบบังคับ เช่น การมีสุขภาพที่เสื่อมโทรมเพราะมีโรคประจำตัว การมีเงินไม่พอใช้จ่าย เพราะหาเงินได้น้อยลงและไม่มีคนอุปถัมภ์ดูแล เป็นต้น จึงเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องช่วยกันส่งเสริมและสนับสนุนให้ดำรงคงอยู่ตลอดไป ในกลุ่มคนชราที่ขาดผู้อุปถัมภ์รัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดสวัสดิการ และการบริการที่เหมาะสมให้และควรมีการกระจายการบริการอย่างทั่วถึง ซึ่งหมายรวมถึงการกระจายโอกาสในการได้รับบริการของคนชราที่ต่างฐานะทางเศรษฐกิจด้วยและยังผู้สูงวัยบางส่วนบางส่วนที่มีความพร้อมที่จะทำงานเพื่อสังคม ซึ่งควรให้ความสนใจผู้สูงวัยกลุ่มนี้ที่เป็นปราชญ์ของหมู่บ้าน มีภูมิปัญญา

ต่าง ๆ เป็นผู้สะสมความรู้ประสบการณ์ ที่มีคุณค่าต่อสังคมในอนาคตเป็นอย่างยิ่ง จึงควรมีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงวัยได้มีโอกาสในการที่จะถ่ายทอดความรู้เหล่านั้นแก่เยาวชนในปัจจุบันต่อไป จากการสนทนาพูดคุยพบคำพูดของผู้สูงอายุหลายท่าน สืบถึงวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงวัย ชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในปัจจุบัน เช่น

“ส่วนใหญ่ยังทำงานอยู่ทำอาชีพตามปกติตามกำลังงานบางอย่างที่ทำได้ก็ทำส่วนที่ทำได้ก็ต้องจ้างหรือขอให้ลูกหลานทำ”

“มีการรวมกลุ่มทำกล้วยฉาบ หมักรอบในหมูพี่น้อง แต่เป็นกลุ่มเล็ก ๆ ทำแต่ในหมู่บ้าน ทำตามสั่ง มีความสุขมีรายได้ ต่อมาเศรษฐกิจไม่ดี คนไม่สั่งก็ไม่ทำ ต่อมามีนักพัฒนาชุมชนมาร่วมเลยมีสมาชิกเพิ่มขึ้นกลับมาทำกันใหม่ ต่อมาก็ออกกันหลายคน เหลือไม่กี่คน เพราะไม่มีตลาดส่ง อยากให้มีคนมาช่วยนำไปเผยแพร่หาตลาด”

“ทุกบ้านมีโทรศัพท์อยู่แล้ว เมื่อเกิดเหตุไม่สบาย หรือหกล้ม ก็จะโทรตามลูกหลาน หรือกู้ยืมได้”

“ช่วยงานแล้วมีความสุข ภาควิชาใจ และรู้สึกมีคุณค่ามีคนเชื่อถือให้การยอมรับ”

“ผู้สูงวัยหลายคนมีความรู้ ความสามารถพิเศษ สามารถถ่ายทอดวิชาความรู้ เช่น หมอดิน การทำบั้งไฟ การทำข้าวเกรียบว่าว หมอสมุนไพรที่อยากถ่ายทอดให้คนรุ่นหลังเก็บไว้หรือสืบสานต่อไป”

ความต้องการของประชาชนในพื้นที่และเป้าหมายในการใช้ชีวิตในแต่ละวันของคนสูงวัยในพื้นที่ ตามความเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น อาสาสมัคร ผู้นำชุมชน ผู้นำตามธรรมชาติ หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง: ส่วนใหญ่จะได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ จากเพื่อนสูงอายุด้วยกัน และจะรวมกลุ่มกันตามผู้นำที่ได้รับการนับถือจากคนในหมู่บ้าน เวลาจะทำอะไรก็จะไปปรึกษาหารือกัน ช่วยกันแสดงความคิดเห็น ลงแรง ลงเงิน ระดมทุนตามผู้นำ (ผู้นำที่ไม่เป็นทางการ) ผู้นำแห่งศรัทธาร่วมช่วยกันจนงานสำเร็จ ในชุมชนจะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นชัดเจน แต่ไม่รู้สึกละเลยผู้สูงอายุภาพรวมแล้วดีขึ้นโดยเฉพาะสุขภาพจิตสุขภาพต้องดูแลเป็นของทุกคนอยู่แล้ว มีกิจกรรมต่อเนื่อง มีความร่วมมือดี สดชื่น จัดตั้งเป็นคณะกรรมการต่าง ๆ มีความเข้มแข็ง ยุติธรรมและทั่วถึง ทุกคนสามารถได้รับการช่วยเหลืออย่างแท้จริง โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการผู้สูงอายุได้รับทั่วถึง ไม่ถูกทอดทิ้ง ผู้นำที่ดีไม่ทิ้งชุมชนเข้าใจปัญหา รับรู้ทุกข์สุขลูกบ้านไม่ทิ้งชุมชน เมื่อผู้นำรู้บ้านไหนเดือนร้อนเรื่องอะไรก็จะเข้าช่วยเหลือทันที ผู้นำแห่งศรัทธา ผู้นำต้องสร้างศรัทธา มีบุคลิกภาพในการดำเนินกิจการของชมรมคือ ความซื่อสัตย์ ความเสียสละ และการบริหารจัดการที่โปร่งใสสะท้อนให้สมาชิกเชื่อมั่น สมาชิกขงคิดสมาชิกชมรม ต้องกล้าคิด กล้าแสดงความคิดเห็นและรับผิดชอบเห็นประโยชน์ของส่วนรวมการนำข้อมูลของแต่ละหมู่บ้านมาเป็นพื้นฐานในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ร่วมกันคิดถึงทางแก้ไขหรือหาหน่วยงานช่วยเหลือสนับสนุนการเริ่มทำกิจกรรม จะเริ่มจากแกนนำผู้ใหญ่บ้านนี่แหละเป็นผู้นำที่จะริเริ่มในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

“ที่นี้มีธนาคารความดีของผู้สูงอายุ มีการสะสมคะแนน เช่น มารับเบี้ยยังชีพ เข้าร่วมกิจกรรม จะได้คะแนนมาแลก เช่น 100 คะแนน แลกน้ำมันพืชได้ 1 ขวด ผู้สูงอายุก็จะอยากมา ผู้นำต้องมีวิสัยทัศน์ในการนำ”

“การออมเงิน ใครมีเงินมาฝากก็จะได้คะแนนสะสม และสามารถนำไปให้สมาชิกกู้ได้”

การบริหารจัดการ จากการสนทนากลุ่มย่อย ผู้สูงวัยกล่าวว่า ต้องรู้ทันการเปลี่ยนแปลง ทุกอย่างต้องลงมือทำแล้วเรียนรู้ ผิดถูก ถ้าไม่รู้ก็ต้อง ค้นหา ลองทำกิจกรรมหลายอย่าง ก็จะดีขึ้นช่วง ๆ ต้องมีการปรับเปลี่ยนตามตลาด เช่น จากทำขนมขายเปลี่ยนมาเป็นเปิดร้านค้าสวัสดิการสูงวัยเข้าถึง ผู้สูงอายุทุกคนเมื่ออายุครบจะได้รับการเชิญชวนให้เข้าชมรม โดยใช้กรรมการของแต่ละหมู่เป็นผู้ประสานหลักในการพูดคุยถึงกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อช่วยเหลือกันและกันในกลุ่ม ผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางกิจกรรม เป็นศูนย์รวมในการนำผู้สูงอายุมาประชุมหรือเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ดังคำกล่าว

“อยากให้มีการช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีความสามารถด้านต่าง ๆ เช่น จักสาน แกะสลัก ได้มีโอกาสได้ถ่ายทอดหรือหาคนมาสืบทอดความรู้ อยากให้มีการช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีความสามารถด้านต่าง ๆ เช่น หมอดิน น้ำหมักชีวภาพ”

“อยากให้มีการประชาสัมพันธ์ให้กว้างขวาง แต่เดิมเคยร่วมกันทำขนมขายรายได้ดี แต่ตอนหลังยอดล้งลดลงจึงมาช่วยกันคิดเปิดเป็นร้านค้าสวัสดิการให้กับสมาชิกเพิ่งเริ่มทำแต่ดูจะไปได้ดีเผยแพร่ผลงาน ช่วยสร้างความภาคภูมิใจ

ของคนอีสาน และแสดงถึงความกตัญญูของคนในชุมชน ต่อพื้นเพถิ่นเกิดช่วยให้ผู้สูงอายุของเรา ภาคภูมิใจ เพราะเกิดมาจากการร่วมแรงร่วมใจของผู้สูงอายุเป็นหลักอย่าทำให้มีการเผยแพร่ให้ลูกหลานเข้ามาร่วม ชักชวนลูกหลานได้กลับบ้าน สักครั้งกัน เล่นก็หาผู้สูงอายุด้วยกัน สนุกสนาน ได้ร้องรำทำเพลง ได้แสดงความสามารถ สนุกมากงานประเพณี บุญบั้งไฟ”

การเสริมสร้าง ขวัญ กำลังใจ และค่านิยม การได้ออกไปเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุ ไปเป็นกำลังใจไปนั่งพูดคุยกัน ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความดีใจ มีเพื่อนสนทนา ร่วมกันทำกิจกรรม เช่น จักรสาน ขนมห่อข้าวสารต่าง ๆ ทำให้มีกำลังใจ มีที่พึ่ง อบอุ่นใจ ได้แลกเปลี่ยนสารทุกข์ สุขดิบกัน มีเพื่อน ผ่อนคลาย ดังคำกล่าว

“กลุ่มชมรมผู้สูงอายุจะได้รับการยอมรับและฟังความคิดเห็น เป็นกำลังใจในการทำกิจกรรม ประเพณีบุญของชุมชนทุกส่วนที่เกี่ยวข้องจะให้การยอมรับ”

“ควรมีการสร้างค่านิยม ต่อเนื่องและยั่งยืน ส่งเสริมให้ใช้ผลผลิตในครัวเรือน ให้ยั่งยืน สร้างค่านิยม ในชุมชน ทำให้ใช้ไม่ใช้เพื่อขาย เคยทำน้ายาล้างจาน แรก ๆ ก็ใช้กันในหมู่บ้าน แต่พอนานไปก็เลิกสนใจเพราะขาดการส่งเสริม ต่อเนื่อง เราสู้พ่อค้าไม่ได้”

“คนที่ได้รับการช่วยเหลือต้องแท้จริง ๆ ลูกเต้าไม่มี ไม่มีกำลังทุน ถ้าห้องน้ำพัง หลังคารั่ว ก็จะไปช่วย ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการ ผู้ใหญ่บ้าน กู้ชีพ หมอ ราชการ”

“นอกจากนี้มีการนำผักปลอดสารมาขาย เผาข้าวหลาม ขนมห่อข้าว โดยผู้สูงอายุเป็นคนนำมาขาย”

“ที่ตำบลเรามีทำแบบนี้ที่เดียวในอำเภอ ที่อื่นเค้าไม่ทำกัน ผู้สูงอายุมาขอบอกรายการให้มีการติดสัญญาช่วยเหลือยามฉุกเฉินเพราะบางคนอยู่คนเดียว ตั้งที่จุดต่าง ๆ ให้ประชาชนสามารถแจ้งเหตุได้ เหมือนสมัยก่อน วัดใช้ติ๊กทองเมื่อมีเหตุต่าง ๆ ในชุมชน”

“คนตำบลหูกวางส่วนใหญ่เป็นจิตอาสา ช่วยได้ช่วยไว่ก่อน ไม่สนใจยากดีมีเงิน ไม่เลือกชั้นวรรณะเกิดปีติมาแว่นบ้าง เราก็มีความสุข”

“หมู่บ้าน ประชาชนเป็นพระเอก เราาร่วมกันปรับปรุงวัด เอาปัญหามาคุยกัน แล้วมาช่วยกันหาทางแก้ไขช่วยเหลือ การร่วมบริจาค มาช่วยกันทำงาน ใครออกมาออกน้อยตามกำลังของตัวเอง บางคนเป็นแสน”

สรุปได้ว่า ความต้องการและเป้าหมายในการใช้ชีวิตในแต่ละวันของผู้สูงอายุ ที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ให้มีความสุขของผู้สูงอายุทั้งใน มิติสังคม สุขภาพ สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจด้วยการพัฒนาเชิงระบบที่ครอบคลุมองค์ประกอบด้านคน เงิน วัสดุอุปกรณ์ การบริหารจัดการ ส่งเสริมขวัญกำลังใจที่ส่งผลต่อผู้สูงอายุที่สอดคล้องสภาพจริง ซึ่งเป็นข้อมูลและข้อค้นพบสู่แนวทางการพัฒนาระบบและกลไกรองรับสังคมผู้สูงอายุระดับตำบลของจังหวัดนครสวรรค์ ที่จะนำความสุขของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนต่อไป

3. ข้อเสนอเพื่อการพัฒนากลไกการขับเคลื่อนงานรองรับสังคมผู้สูงอายุระดับตำบล ประกอบด้วย

3.1 ควรมีการจัดตั้งกลไกการขับเคลื่อนงานรองรับสังคมผู้สูงอายุในระดับตำบล โดยการหนุนเสริมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาลหรือ อบต.) องค์ประกอบของกลไกชุดนี้ ควรมีองค์ประกอบจากทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ (เช่น เทศบาล/อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หน่วยงานในตำบล) ภาควิชาการ (ทั้งภายในและภายนอกพื้นที่) และแกนนำภาคประชาชน เช่น กลุ่ม เครือข่าย ชมรมต่าง ๆ ทำหน้าที่วางแผนการขับเคลื่อนงาน หนุนเสริมการทำงาน ติดตาม ประเมินผลและรายงานผลต่อชุมชนอย่างต่อเนื่อง

3.2 ควรมีการยกระดับข้อเสนอเชิงนโยบายในแต่ละตำบลให้เป็นยอมรับทั้งในมิติกฎหมายและมิติสังคม เช่น การผลักดันให้เกิดเทศบัญญัติหรือข้อบังคับตำบล การจัดทำเป็นธรรมนูญชุมชนว่าด้วยระบบและกลไกรองรับสังคมผู้สูงอายุ เป็นต้น

3.3 ควรมีการจัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อการขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยประสานกับแหล่งงบประมาณต่าง ๆ ทั้งภายใน เช่น งบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ งบประมาณจากโครงการของรัฐบาลและหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่ และงบประมาณ

จากภายนอกชุมชน เช่น งบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จากสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.) เป็นต้น

3.4 ควรจัดให้มีระบบฐานข้อมูลรองรับการทำงาน มีระบบการติดตามผลและประเมินผลรวมทั้งการจัดการความรู้ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างคนทำงานในชุมชน และระบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์เชิงรุก เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมจากประชาชน แกนนำชุมชนจากทุกภาคส่วนในพื้นที่

4. ข้อเสนอเพื่อการพัฒนากระบวนการรองรับสังคมสูงวัย: ประมวลข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ สามารถจำแนกระบบงานรองรับสังคมสูงวัยในระดับตำบล ได้ 4 มิติ รวม 24 ระบบ ดังนี้

4.1 มิติสุขภาพ ประกอบด้วยระบบงานย่อย 7 ระบบ ดังนี้

(1) ระบบโภชนาการและอาหารปลอดภัย กิจกรรมสำคัญ ได้แก่ ดูแลภาวะโภชนาการในเด็กปฐมวัย และเด็กประถมศึกษา (ทั้งภาวะทุพโภชนาการและภาวะอ้วน) การรณรงค์การบริโภคอาหารปลอดภัย ลดบริโภคหวาน มัน เค็ม รณรงค์การลด ละ เลิก การใช้สารเคมีในการเกษตรมุ่งเน้นเกษตรอินทรีย์ รณรงค์การปลูกผักสวนครัวรั้วกินได้ จัดให้มีการอนุรักษ์พันธุ์กรรมพืชพื้นบ้าน

(2) ระบบการส่งเสริมการออกกำลังกาย/กิจกรรมทางกาย ได้แก่ สนับสนุนชมรมผู้สูงอายุให้เป็นแกนดำเนินการในการส่งเสริมการออกกำลังกายแบบสบาย ๆ จัดให้มีพื้นที่สาธารณะ ในการทำกิจกรรมหรือออกกำลังกายร่วมกัน จัดให้มีอุปกรณ์ให้ออกกำลังกาย มีระบบบริหารจัดการที่ดี (ซ่อมแซม ดูแลรักษา) ที่ดี ส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางกายที่ถูกต้อง

(3) ระบบการส่งเสริมสุขภาพจิต กิจกรรมสำคัญ ได้แก่ จัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชน โดยเฉพาะกับกลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการ

(4) ระบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพสำคัญ ได้แก่ การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ให้ความรู้กับประชาชนเรื่องการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรค เช่น การป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม จัดให้มีการตรวจสุขภาพประจำปี (เบาหวาน ความดัน ตา ข้อเข่า) จัดบริการเชิงรุก ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดัน พัฒนาระบบการให้ความรู้เพื่อการดูแลสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยง จัดให้มีการป้องกันเรื่องยาเสพติด

(5) ระบบการดูแลระยะยาว ได้แก่ จัดให้มีระบบ LTC ดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง จัดให้มีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง (อาจเป็นอาสาสมัคร ลูกหลาน กลุ่มจิตอาสา) โดยอาจนำระบบธนาคารเวลามาใช้ โดยเมื่อสุขภาพดีก็ไปช่วยดูแลผู้อื่นเพื่อเอาเวลาฝากธนาคารไว้ เมื่อตัวเองต้องการผู้ดูแลก็ไปถอนเวลาจากธนาคารมาใช้

(6) ระบบการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต กิจกรรมสำคัญ ได้แก่ พัฒนาระบบการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตในชุมชน

(7) ระบบส่งต่อและ EMS กิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย และระบบ EMS ในชุมชน

4.2 มิติรายได้ การทำงานและเศรษฐกิจ ประกอบด้วยระบบงานย่อย 4 ระบบ ดังนี้

(1) ระบบการสร้างรายได้และเศรษฐกิจชุมชน ได้แก่ หาทางสร้างรายได้เสริม ให้กับกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้ว่างงานโดยให้ชุมชน รวมกลุ่มกันเอง แล้ววางกฎระเบียบในการปฏิบัติ เพื่อทำให้กลุ่มมีความมั่นคงยั่งยืน จัดหาตลาดรองรับผลผลิตจากการสร้างอาชีพเสริมแบบประชารัฐ ส่งเสริมประชาชนให้นำหลักเศรษฐกิจพอเพียงตามรอยพ่อหลวง ร.9 มาใช้ เช่น การปลูกพืชผักสวนครัวในแต่ละบ้าน การส่งเสริมการเลี้ยงไก่เอาไข่ไปเลี้ยงปลา เป็นต้น ส่งเสริมการปลูกผักและผลไม้เศรษฐกิจในชุมชน เช่น แตงโม เมล่อน สร้างค่านิยมการใช้ต้นทุนในครัวเรือนและในชุมชนมาใช้ เช่น การเลี้ยงปลา ปลูกผัก ตั้งกลุ่มอาชีพและมีการฝึกอบรมให้แต่ละกลุ่ม

(2) ระบบการออมชุมชน ได้แก่ สร้างระบบการออมในชุมชน (ออมเพื่ออด) ส่งเสริมการจัดทำบัญชีครัวเรือนให้กับประชาชน พัฒนาระบบฌาปนกิจสงเคราะห์ในชุมชน รณรงค์ลดกิจกรรมฟุ่มเฟือย เช่น ซื้อหอย บุหรี่/เหล้า สินค้าฟุ่มเฟือย ลดค่าใช้จ่ายเมื่อจำเป็น เช่น งานบุญ งานศพ งานประเพณี

(3) ระบบสวัสดิการชุมชน กิจกรรมสำคัญ ได้แก่ พัฒนาระบบสวัสดิการชุมชนให้ครอบคลุม จัดให้มีร้านค้าสวัสดิการชุมชน โดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ

(4) ระบบการใช้ที่ว่างของสาธารณะให้เกิดประโยชน์ กิจกรรมสำคัญ ได้แก่ จัดระบบการนำที่ดินสาธารณะที่ว่างเปล่ามาใช้ให้เกิดประโยชน์กับส่วนรวมโดยเฉพาะกับผู้สูงอายุและผู้ว่างงาน

4.3 มิติสังคมและความเป็นอยู่ ประกอบด้วยระบบงานย่อย 9 ระบบ ดังนี้

(1) ระบบการรวมกลุ่ม จิตอาสาและอาสาสมัคร ได้แก่ สร้างวัฒนธรรมการทำงานร่วมกันของภาครัฐท้องถิ่นและภาคประชาชนให้มีความเคารพซึ่งกันและกัน มีการสร้างค่านิยมการทำงานให้ชุมชนด้วยใจอาสาพัฒนาให้มีการเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุและผู้ยากลำบากอย่างต่อเนื่องแบบเพื่อนช่วยเพื่อน จัดกิจกรรมสาธารณะในชุมชน (เวทีกลาบ้าน) เพื่อให้มีการพบปะพูดคุยกันส่งเสริมให้มีการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุเพื่อทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนและสังคม เข้าวัดฟังธรรม ช่วยกันไปจัดสิ่งแวดล้อมรอบบ้านผู้สูงอายุแต่ละหลังให้ร่มรื่นน่าอยู่ มีการไปช่วยทำความสะอาดบ้านผู้สูงอายุ เป็นครั้งคราวเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมในกิจกรรมและเป็นกรรมการชุดต่าง ๆ สร้างระบบพี่เลี้ยง เพื่อนช่วยเพื่อนในการดูแลผู้สูงอายุ พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพ มีระบบอาสาดูแลผู้สูงอายุยามเจ็บป่วย มีคนพาไปโรงพยาบาล ดูแลใน รพ. และส่งกลับมาดูแลต่อที่บ้าน มีการเสริมสร้างการมีคุณค่าในตนเอง ด้วยกิจกรรมจิตอาสา เชิดชูเกียรติ รวบรวมเป็นคลังปัญญา

(2) ระบบการสร้างผู้นำชุมชน/คนรุ่นใหม่ ได้แก่ สร้างคนรุ่นใหม่ที่มีจิตสาธารณะในชุมชน (ระบบอาสาสมัครในชุมชน) มีระบบสร้างผู้นำที่ทำงานด้วยความตั้งใจ มีการเตรียมความพร้อมผู้นำก่อนเข้าสู่ตำแหน่งการบริหารงานในตำแหน่งต่าง ๆ ในตำบล

(3) ระบบส่งเสริมคุณธรรมและการใช้หลักธรรมทางศาสนาในการดำรงชีวิต ได้แก่ ส่งเสริมการทำดีในชุมชน มีการยกย่องคนต้นแบบ มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สิ่งดี ๆ ในชุมชน มีกิจกรรมเชิดชูสร้างคุณค่าให้ผู้สูงอายุเพื่อให้อุทิศเวลาให้เกิดความภาคภูมิใจ ยกย่องผู้สูงอายุเป็นต้นแบบเป็นปราชญ์ชาวบ้าน ส่งเสริมให้มีกิจกรรมง่าย ๆ เช่น การเข้าวัด ฟังธรรม อุ้มลูกจูงหลานเข้าวัด จัดตั้งธนาคารความดี นำระบบนำความดีมาแลกแต้มเป็นของใช้ในครัวเรือน สร้างกระแสในชุมชนให้เป็นสังคมแห่งการเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ จัดให้มีการประกวดหมู่บ้านอยู่เย็นเป็นสุข

(4) ระบบการเรียนรู้ชุมชน ได้แก่ มีศูนย์การเรียนรู้กับประชาชนเรื่องการดูแลสุขภาพ (ทั้งการป้องกันโรคการกินอาหารที่มีประโยชน์ การดูแลที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม และการป้องกันยาเสพติด) มีการให้ความรู้หรือฟื้นฟูความรู้กับผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ให้มีทักษะในการดูแลสุขภาพและการสื่อสารกับผู้สูงอายุ ค้นหาและพัฒนานวัตกรรมในการดูแลสุขภาพ สร้างเครือข่ายการเรียนรู้ในงานผู้สูงอายุทั้งในพื้นที่และนอกพื้นที่ การเตรียมความพร้อม กลุ่มอายุ 50-59 ปีเพื่อให้ความพร้อมในวัยสูงอายุ เพื่อให้เกิด active ageing การถ่ายทอดภูมิปัญญาและสืบสานวัฒนธรรม โดยเน้นบุคคลต้นแบบสุขภาพดี/เลี้ยงลูกหลานดี/ภูมิปัญญา

(5) ระบบการสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน ได้แก่ สร้างความเข้มแข็งและความอบอุ่นภายในครอบครัว ส่งเสริมให้มีการพูดคุยกัน สร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน โดยใช้ทุนในพื้นที่เพื่อจัดการตนเอง ส่งเสริมให้มีกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ เช่น จัดกีฬาผู้สูงอายุ สร้างจิตสำนึกให้กับบุตรหลานเรื่องการเคารพผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ ฟื้นฟูวัฒนธรรมการช่วยเหลือพึ่งพากัน การไม่เอาเปรียบกัน สร้างธรรมนูญชุมชนว่าด้วยการดูแลผู้สูงอายุทั้งระบบ เสริมสร้างความรัก ความผูกพันในชุมชน ด้วยการเสริมสร้างระบบเครือข่ายผู้นำผู้สูงอายุเพื่อให้ชุมชนน่าอยู่ จัดเวทีพบปะประจำเดือนและทำกิจกรรมร่วมกัน

(6) ระบบการธำรงรักษาศิลปวัฒนธรรมและภูมิปัญญาชุมชน กิจกรรมสำคัญ ได้แก่ ฟื้นฟูศิลปวัฒนธรรม ประเพณีและภูมิปัญญาในชุมชน เช่น การรดน้ำดำหัว การทำบุญกลางบ้าน กิจกรรมลงแขก บุญประเพณีข้าวเปลือกงานบุญข้าวแช่ งานแกะสลัก จักสาน เป็นต้น ส่งเสริมการปลูกสมุนไพรในชุมชนและการนำมาใช้ประโยชน์ เช่น การทำลูกประคบป้องกันข้อเข่าเสื่อม

(7) ระบบการสงเคราะห์ผู้ยากไร้/ยากจน กิจกรรมสำคัญ ได้แก่ สำรวจ/ดูแล/ช่วยเหลือ/ส่งต่อเด็กปฐมวัยที่ถูกพ่อแม่ทอดทิ้งให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม จัดระบบการสำรวจดูแลผู้สูงอายุและผู้ยากลำบาก อย่างครบวงจร

(8) ระบบความปลอดภัยในชุมชน ได้แก่ จัดให้มีมาตรการรักษาความปลอดภัยในชุมชน รณรงค์การลดการดื่มสุราเพื่อป้องกันทะเลาะวิวาท โดยเฉพาะในงานบุญประเพณีต่าง ๆ

(9) ระบบบริการเพื่อสังคม ได้แก่ จัดตั้งศูนย์บริการสำหรับผู้สูงอายุแบบครบวงจร (สุขภาพ นันทนาการ และการถ่ายทอดภูมิปัญญา) จัดตั้งศูนย์รวมกายอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการและมีระบบการบริหารจัดการ จัดให้มีระบบรับส่งผู้สูงอายุและผู้พิการเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมสาธารณะในชุมชน ไปวัดฟังธรรม

4.4 มิติสภาพแวดล้อม ประกอบด้วยระบบงานย่อย 3 ระบบ ดังนี้

(1) ระบบสุขภาพใกล้ครัวเรือน ได้แก่ รณรงค์ให้มีการดูแลบ้านเรือนให้สะอาด กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง และการจัดการขยะชุมชน จัดสิ่งแวดล้อมรอบบ้านผู้สูงอายุ ให้ร่มรื่นน่าอยู่ ปรับปรุงบ้านให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ซ่อมแซมบ้าน ส้วมชักโครก ราวจับ การจัดสภาพภายในบ้าน โดยเฉพาะแสงสว่าง อุปกรณ์ ห้องน้ำ เติ่งบันได เก้าอี้พื้นบ้านผู้สูงอายุ

(2) ระบบการจัดการจุดเสี่ยงและมลพิษ ได้แก่ มีการจัดการจุดเสี่ยงและจุดที่อาจเกิดอุบัติเหตุในการสัญจรไปมาของประชาชน ลดการสร้างมลพิษด้านต่าง ๆ (ฝุ่น คิวน์ รถอ้อย การใช้สารเคมี การเปิดเครื่องเสียงดังเกินไป) บริหารจัดการน้ำในชุมชน มีการจัดการปัญหาน้ำเสียให้เป็นน้ำดี ปรับปรุง หาวีการในการป้องกันมลพิษจากการเผาถ่าน

(3) ระบบการพัฒนาชุมชนและสถานที่สาธารณะที่เป็นมิตร ได้แก่ ปรับปรุงสถานที่สาธารณะให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุและผู้พิการ เช่น ทางลาดชัน ราวจับ บันได เป็นต้น สร้างชุมชนสะอาดน่าอยู่ ชุมชนปลอดภัย มีการส่งเสริมการปลูกต้นไม้ สร้างชุมชนสีเขียว ปรับภูมิทัศน์ริมถนนหนทางให้สวยงามและร่มรื่น

ข้อเสนอแนะนำผลการวิจัยไปใช้ สามารถจำแนกเป็น

1) ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ

1.1 ข้อเสนอต่อพื้นที่ทั้ง 5 ตำบล ที่เป็นพื้นที่ดำเนินการโครงการนี้ ควรนำข้อมูลที่เกิดจากการทำงานครั้งนี้ไปใช้เป็นต้นทุนในการทำงานเพื่อวางแผนการทำงานเชิงระบบและเป็นภาพรวม โดยควรเชื่อมโยงการทำงานกับแผนงาน โครงการที่ดำเนินการในพื้นที่ ใช้ข้อมูลเหล่านี้เป็นกรอบในการทำงาน โดย

(1) ควรมีการจัดตั้งกลไกขับเคลื่อนในระดับตำบล ที่มีองค์ประกอบจากทุกภาคส่วนในตำบล เพื่อทำหน้าที่ในการวางแผนการทำงาน สนับสนุนการขับเคลื่อนในพื้นที่ ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกพื้นที่ การติดตามประเมินผล ตลอดจนการจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสื่อสารประชาสัมพันธ์สร้างการรับรู้และความเข้าใจต่อประชาชนในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ อาจแต่งตั้งกลไกขึ้นมารับผิดชอบระบบงานย่อย ๆ โดยใช้หลักการการมีส่วนร่วมทำหน้าที่ขับเคลื่อนงาน และเชื่อมโยงกับกลไกขับเคลื่อนงานในภาพรวมของตำบล

(2) พิจารณาระดับข้อค้นพบเหล่านี้ ให้เป็นสิ่งที่เชื่อมโยงการทำงานจากทุกภาคส่วน โดยอาจทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายระดับชุมชนว่าด้วยระบบและกลไกรองรับสังคมสูงวัย หรืออาจมีการประกาศเป็นข้อบังคับของตำบลต่อไป

1.2 ข้อเสนอต่อหน่วยงานระดับอำเภอ จังหวัดและเขต

(1) หน่วยงานระดับอำเภอ ควรใช้ประโยชน์จากข้อเสนอเชิงระบบงานรองรับสังคมสูงวัยระดับตำบลนี้ ยกกระดับเป็นประเด็นร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อให้ทุกตำบลในอำเภอร่วมกันขับเคลื่อนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน

(2) หน่วยงานระดับจังหวัด ควรมีการมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นำไปใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนงานโครงการรองรับทั้งการสนับสนุนพื้นที่ทั้ง 5 ตำบล และพื้นที่อื่น ๆ เนื่องจากทุกพื้นที่ได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยเช่นเดียวกัน และจัดให้มีการติดตามและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

(3) เสนอต่อบริษัทหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้กำหนดเป็นประเด็นร่วม โดยควรจัดทำเป็นตัวอย่างโครงการที่อยู่ในขอบเขตพันธกิจและเผยแพร่ไปยังกองทุนหลักประกันสุขภาพในท้องถิ่นหรือพื้นที่เพื่อให้ทุกกองทุนร่วมกันขับเคลื่อนในวงกว้างต่อไป

(4) เสนอต่อบริษัทการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ควรพิจารณากำหนดให้เรื่องระบบและกลไกรองรับสังคมสูงวัยเป็นวาระร่วมของเขต และจัดให้มีกลไกเฉพาะทำหน้าที่หนุนเสริมการทำงานของพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

2) ข้อเสนอเชิงวิชาการ

2.1 จากข้อมูลเชิงพื้นที่ พบว่าในปัจจุบันความรู้ความเข้าใจต่อเรื่องสังคมสูงวัยที่ต้องมองเชิงระบบนั้น ยังมีความเข้าใจที่ถูกต้องอยู่ในระดับที่น้อยมาก เพราะพื้นที่เกือบทั้งหมดจะมุ่งเน้นไปที่การดูแลตัวกลุ่มคนที่เป็นผู้สูงอายุ (บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป) เท่านั้น การออกแบบกิจกรรมจึงวางกลุ่มเป้าหมายเพียงกลุ่มเดียว เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ การออกกำลังกายด้วยไม้พลอง รำวงย้อนยุค ขาดการมีส่วนร่วมจากกลุ่มเป้าหมายกลุ่มวัยอื่น ซึ่งมีความเชื่อมโยงกันอยู่ในระบบ จึงเป็นความท้าทายต่อการพัฒนาในเชิงกลไกที่จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงและยั่งยืน โดยเฉพาะระดับนโยบายที่จะสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องนี้และกระตุ้นให้ทุกพื้นที่หันมาให้ความสำคัญและเตรียมออกแบบรองรับสังคมสูงวัยในระดับพื้นที่หรือตำบลต่อไป

2.2 การได้เห็นระบบงานรองรับสังคมสูงวัยที่เกิดจากความคิดเห็นของประชาชนในพื้นที่ แม้จะเป็นเพียงประเด็นที่เกิดขึ้นจากการประชุมกลุ่มและเป็นเสียงที่มาจากประชาชนเพียงกลุ่มเล็ก ๆ เท่านั้นก็ตาม แต่ถือเป็นความสำคัญและจำเป็นเชิงวิชาการต่อสถาบันวิชาการ ผู้ทรงคุณวุฒิและนักวิชาการ ที่นำไปสู่การพิสูจน์และออกแบบระบบย่อยต่าง ๆ เหล่านี้ ให้ความสอดคล้องเหมาะสม เกิดเสถียรภาพ และยั่งยืนกับสังคมไทยต่อไป

References

- Nakhon Sawan Provincial Health Assembly Committee. (2015). *Main document/ resolution of public policy development project for participatory health Nakhon Sawan province*. Nakhon Sawan: Iprint Shop.
- National Board of Elders Ministry of Social Development and Human Security. (2009). *National plan for the elderly, vol. 2 (2002 - 2021)*, Revised edition, No. 1. Bangkok: The Agricultural Cooperative Association of Thailand Printing House. [In Thai]
- National Reform Council. (2015). *Reform agenda No. 30, system reform to support aging society, page 2*. Bangkok: Secretariat of the House of Representatives. [In Thai].
- Office of the National Health Commission. (2019). *Annual report 2018*. Nonthaburi: Office of the National Health Commission.
- Puraya, A., Piyakong, D., Wongwiggan, S., & Boonpracom, R. (2021). Exploring the elderly care system: A view from community in Thailand. *Jurnal Ners*, 16(1), 1-7.
- World Health Organization [WHO]. (2002). *Active ageing: A policy framework*. Geneva: WHO Press.

ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

นฤมล วัลลภวรกิจ, พย.ม.^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะดำเนินการพัฒนา และ 3) ระยะประเมินผล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2563 ทุกๆรายรวม 60 ราย และหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกระหว่างเดือนกรกฎาคม - พฤศจิกายน 2564 ทุกๆรายรวม 67 ราย การเก็บข้อมูลใช้แบบเก็บรวบรวมข้อมูลที่สร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วย 6 หัวข้อ และการจัดการภาวะแทรกซ้อน 8 หัวข้อ และพบว่า ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก คะแนนเฉลี่ยการได้รับการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นและร้อยละของผู้ป่วยที่ไม่พบภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่พัฒนาขึ้นนี้ ควรนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การชี้แจงในรายละเอียดและความจำเป็นในการปฏิบัติแต่ละกิจกรรมอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง จะส่งผลให้ผลการรักษาของผู้ป่วยดีขึ้นและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การจัดการภาวะแทรกซ้อน

¹ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

* ผู้เขียนหลัก e-mail: narumoltan@gmail.com

Effects of Clinical Nursing Practice Guidelines for Acute Ischemic Stroke Patients at Prachuap Khiri Khan Hospital

Narumol Wanlopworakit, M.N.S.^{1*}

Abstract

This study aimed to develop clinical nursing practice guidelines for acute ischemic stroke patients and evaluate the effects of using the guidelines. The study was divided into three main phases: 1) situational analysis, 2) development, and 3) evaluation. The developed clinical nursing practice guidelines for acute ischemic stroke patients consisted of 6 patient assessment measures and 8 management complication measures. The data were the medical records of 127 acute ischemic stroke patients: 60 who were admitted to Prachuap Khiri Khan Hospital before implementation of the clinical nursing practice guidelines (October - December 2020) and 67 who were admitted after implementation of the clinical nursing practice guidelines (July - October 2021). The medical records data were analyzed statistically by frequencies, percentages, means and t-tests.

The results showed that, after implementation of the clinical nursing practice guidelines, the average score of the acute ischemic stroke patients' received clinical nursing practices under the new nursing practice guidelines was significantly higher ($p < .05$) than that of the nursing practices for such patients treated prior to the implementation of the guidelines. Patient percentages with improved symptoms and without complications were higher than those before the implementation of the guidelines. Thus these newly-developed clinical nursing practice guidelines for hospitalized acute ischemic stroke patients should be used in the care of such patients. Instruction to clarify guideline details and regarding the necessity of performing each activity completely and continuously will result in better patient outcomes and reduced incidence of complications.

Key words: clinical nursing practice guideline, acute ischemic stroke, complication management

¹ Head Nurse, Prachuapkhirikhan Hospital

* Corresponding author e-mail: narumoltan@gmail.com

ความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นภาวะการสูญเสียการทำหน้าที่ของสมองเนื่องจากเซลล์สมองถูกทำลาย ซึ่งมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดสมองตีบอุดตันทำให้สมองขาดเลือด หรือหลอดเลือดสมองแตกทำให้มีเลือดออกในสมอง หรือเยื่อหุ้มสมอง ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยพิการหรือเสียชีวิต (Sacco et al., 2013) ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก พบผู้ป่วยจำนวน 80 ล้านคน เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน และยังพบผู้ป่วยใหม่ถึง 13.7 ล้านคนต่อปี โดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร สำหรับประเทศไทย จากรายงานข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ปี 2556-2560 มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี 2559 พบผู้ป่วย 293,463 ราย และในปี 2560 พบผู้ป่วย 304,807 ราย จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีประมาณปีละ 30,000 ราย นับเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศไทย (Department of Disease Control, 2019)

โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน (Acute ischemic stroke) เป็นช่วงที่พยาธิสภาพและอาการของผู้ป่วยอาจดีขึ้นหรือเลวลง อาจมีความพิการมากขึ้นหรือถึงขั้นเสียชีวิตหากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและทันทั่วทั้งที่ ผลลัพธ์และการพยากรณ์ของโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะ 72 ชั่วโมงแรก ซึ่งเป็นระยะวิกฤตที่อาการของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงได้ง่าย ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือหอผู้ป่วยวิกฤต หากผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ล่าช้า ไม่ถูกต้องและต่อเนื่องจะส่งผลกระทบต่ออาการของโรค การฟื้นฟูสภาพได้ช้าหรืออาจไม่สามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายกลับคืนสู่สภาพปกติได้ และมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อที่แผล การติดเชื้อที่ปอดจากการสำลักอาหาร การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ รวมถึงปัญหาด้านจิตใจเช่น วิตกกังวล เครียด หรือซึมเศร้า ส่งผลกระทบต่อครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคเกือบตลอดเวลาและมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วย (Pitthayapong, 2018) ดังนั้นการให้การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากความบกพร่องทางระบบประสาทได้เร็ว (Butsing, 2019) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (Clinical nursing practice guidelines) ซึ่งมีการพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำมาใช้ตัดสินใจในการให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

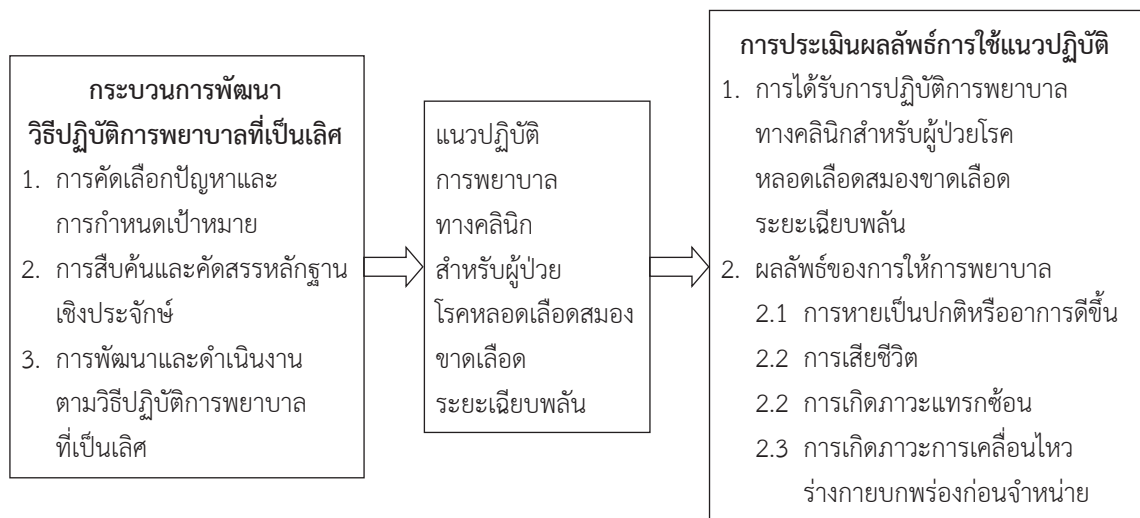
ในปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจำนวน 442 ราย ส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด จำนวน 305 ราย คิดเป็นร้อยละ 69 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด โรงพยาบาลได้พัฒนาช่องทางด่วนในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดโดยการปรับลดขั้นตอนต่าง ๆ สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้เร็วขึ้น อย่างไรก็ตามอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดซึ่งกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ไม่เกินร้อยละ 5 ในปีงบประมาณ 2563 ก็ยังเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 3.18 ในปีงบประมาณ 2562 เป็นร้อยละ 4.26 และยังพบภาวะแทรกซ้อนในอัตราที่สูง ได้แก่ ติดเชื้อปอดอักเสบ ร้อยละ 15.09 ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะร้อยละ 10.81 (Prachuapkhirkhan Hospital, 2021) ในส่วนของปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันภายใน 72 ชั่วโมงหลังผู้ป่วยเกิดอาการและเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วย Stroke unit ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย (Middleton, Grimley, & Alexandrov, 2015) โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ มีแต่แผนผังการดูแลแรกรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดภายใน 4.5 ชั่วโมง การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย Stroke unit พยาบาลผู้ปฏิบัติงานอาศัยองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาอบรม จึงอาจทำให้ปฏิบัติการพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วยไม่ครอบคลุมครบถ้วน หรือไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกันจนส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิตได้ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคนี้ เพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วย ลดความพิการและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กระบวนการพัฒนาวิธีปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศของสำนักงานการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การคัดเลือกปัญหาและการกำหนดเป้าหมาย การสืบค้นและคัดสรรหลักฐานเชิงประจักษ์ การพัฒนาและดำเนินงานตามวิธีปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ (Hareutai & Paisarnpanichakul, 2010) โดยมีกรอบแนวคิด ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันในหอผู้ป่วย Stroke unit โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ การดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์สถานการณ์ก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดทุกรายที่เข้าพักรักษาในหอผู้ป่วย Stroke unit โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2563 รวม 60 ราย ส่วนการประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกใช้เวชระเบียนของผู้ป่วยทุกรายที่เข้าพักรักษาในระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2564 ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2564 รวม 67 ราย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เป็นแบบเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ประเมินการได้รับการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันและผลลัพธ์ของการให้การพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวปฏิบัติการจัดการในระยะเริ่มต้นสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ปี 2019 ของสมาคมโรคหัวใจและสมาคมโรคหลอดเลือดสมอง ประเทศสหรัฐอเมริกา (Powers et al., 2019) และแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (Butsing, 2019) เนื้อหาประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลของผู้ป่วยจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ อายุ โรคที่วินิจฉัย วันที่เข้าพักรักษาในหอผู้ป่วย Stroke unit โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ วันที่จำหน่าย

ส่วนที่ 2 เป็นผลลัพธ์ของการให้การพยาบาล ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check lists) ของผลการรักษาผู้ป่วย ได้แก่ 1) หายเป็นปกติหรืออาการดีขึ้น 2) เสียชีวิต 3) เกิดภาวะแทรกซ้อน (การติดเชื้อปอดอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับ และการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน) 4) ความสามารถในการเคลื่อนไหวก่อนจำหน่าย

ส่วนที่ 3 เป็นการประเมินการได้รับการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน 14 หัวข้อ จำนวน 37 กิจกรรม โดยกำหนดคะแนนการได้รับการปฏิบัติ เป็น 3 ระดับได้แก่ ไม่ได้รับการปฏิบัติ (1 คะแนน) ได้รับการปฏิบัติไม่ครบถ้วน (2 คะแนน) และได้รับการปฏิบัติครบถ้วน (3 คะแนน) กรณีผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องได้รับการปฏิบัติการพยาบาล ในข้อใดจะบันทึกเป็นไม่ต้องได้รับการปฏิบัติ ไม่ต้องคิดคะแนน แผลผลระดับการได้รับการปฏิบัติโดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ความกว้างของชั้นเท่ากับ 0.67 คะแนน โดยคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.67 หมายถึง การได้รับการปฏิบัติในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.68 - 2.35 หมายถึง การได้รับการปฏิบัติในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 2.36 - 3.00 หมายถึง การปฏิบัติในระดับสูง (Katesing, 1995)

แบบเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) เท่ากับ .99 โดยเนื้อหาข้อคำถาม 36 ข้อมีความตรงในระดับค่อนข้างสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการและควรมีการปรับปรุงเล็กน้อย ผู้วิจัยจึงได้ปรับปรุงเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและนำไปทดสอบความเที่ยงโดยพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วย Stroke unit จำนวน 3 ท่าน โดยทดลองใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่เข้าพักรักษาในหอผู้ป่วย Stroke unit โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ในเดือนตุลาคม 2563 จำนวน 10 ราย นำมาตรวจสอบความเที่ยงโดยการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) ด้วยสถิติแคปปา (Hallgren, 2012) พบว่ามีข้อคำถามที่ผู้ทดลองเก็บข้อมูลตอบตรงกัน 2 ใน 3 ราย จำนวน 36 ข้อ จึงมีความเที่ยงไม่ต้องวิเคราะห์สถิติแคปปา ส่วนข้อคำถามที่ตอบไม่ตรงกันมีจำนวน 1 ข้อ นำมาวิเคราะห์สถิติแคปปา ได้ค่าเฉลี่ย = 0.4127 ซึ่งเป็นค่าความสอดคล้องระดับปานกลาง จึงสรุปได้ว่าแบบเก็บรวบรวมข้อมูล มีความเที่ยงสามารถนำไปใช้ในการวิจัยในครั้งนี้

3. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ รหัสการรับรอง COE no.002/2564

4. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

ประเมินการได้รับการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และผลลัพธ์ของการให้การพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย Stroke unit ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2563 ทุกวัน รวม 60 ราย โดยใช้แบบเก็บรวบรวมข้อมูลเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนของผู้ป่วย และดำเนินการโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าเวรหอผู้ป่วย Stroke unit จำนวน 2 คน แหล่งข้อมูลในเวชระเบียนที่ใช้ในการประเมิน ประกอบด้วย

บันทึกทางการพยาบาล แบบประเมิน NIHSS แบบบันทึกสัญญาณชีพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบฟอร์มปรอท แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด แบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนกลืน แบบประเมินภารกิจประจำวันของผู้ป่วย และแบบประเมินสมรรถนะร่างกายแรกรับ ส่วนข้อมูลผลลัพธ์ของการให้การพยาบาลเป็นการประเมินสถานะของผู้ป่วย เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยใช้ข้อมูลจากบันทึกทางการพยาบาลและรายงานสรุปการจำหน่ายโดยผู้วิจัยเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละรายที่รวบรวมได้จากเวชระเบียนของผู้ป่วย

4.2 ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

ดำเนินการโดยประยุกต์ขั้นตอนกระบวนการพัฒนานวัตกรรมปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศของสำนักการพยาบาล ดังนี้

1) การคัดเลือกปัญหาและการกำหนดเป้าหมาย

การประชุมทีมหออผู้ป่วย Stroke unit เมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2564 ซึ่งมีผู้เข้าร่วมทั้งสิ้น 21 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 13 คน ผู้ช่วยพยาบาล 4 คน และ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 4 คน ที่ประชุมได้ร่วมกันพิจารณาผลการประเมินการได้รับการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน จำนวน 60 ราย ที่ดำเนินการในระยะที่ 1 ซึ่งพบว่าผู้ป่วยบางรายยังไม่ได้รับปฏิบัติการพยาบาลที่จำเป็นอย่างครบถ้วน จึงอาจส่งผลให้ผลการรักษาไม่เป็นไปตามเป้าหมาย และเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย ดังข้อมูลในปีงบประมาณ 2563 ที่พบภาวะแทรกซ้อนในอัตราที่สูง ได้แก่ ติดเชื้อปอดอักเสบร้อยละ 15.09 ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะร้อยละ 10.81 ที่ประชุมจึงเห็นชอบให้ดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยการจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยมุ่งเน้นที่ปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้ป่วยควรได้รับอย่างครบถ้วนเมื่อเข้าพักรักษาตัวในหออผู้ป่วย Stroke unit และกำหนดเป้าหมายคือ ลดอัตราการตายและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

2) การสืบค้นและคัดสรรหลักฐานเชิงประจักษ์

แหล่งข้อมูลในการจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ได้จากแนวปฏิบัติการจัดการในระยะเริ่มต้นสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันปี 2019 ของสมาคมโรคหัวใจและสมาคมโรคหลอดเลือดสมอง ประเทศสหรัฐอเมริกา : ตอนที่ 4 In-hospital management of AIS: General supportive care และแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โดย นิภาพร บุตรสิงห์ แหล่งข้อมูลทั้ง 2 ส่วนมีการอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์เช่นงานวิจัยต่าง ๆ ผู้วิจัยจึงได้ใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการกำหนดปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน 14 กิจกรรม 37 ข้อ ในขั้นตอนการจัดทำแบบเก็บรวบรวมข้อมูลของงานวิจัยในครั้งนี้

3) การพัฒนาและดำเนินงานตามวิธีปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ

จากปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน 14 กิจกรรม 37 ข้อ ในแบบเก็บรวบรวมข้อมูลของงานวิจัยซึ่งเนื้อหาได้ผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญ ที่ประชุมทีมหออผู้ป่วย Stroke unit เห็นชอบให้นำมาจัดทำเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ของโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ และใช้เป็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยในหออผู้ป่วย Stroke unit ตั้งแต่เดือนเมษายน 2564 เป็นต้นมา

4.3 ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น

หลังจากการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นในการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลา 3 เดือน ผู้วิจัยได้ประเมินการได้รับการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และผลลัพธ์ของการให้การพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ที่เข้าพักรักษาตัวในหออผู้ป่วย Stroke unit ในระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2564 ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2564 ทุกสาย รวม 67 ราย โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยจำหน่าย การเก็บรวบรวมข้อมูลและการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลดำเนินการเช่นเดียวกับ

ในระยะที่ 1

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย วิเคราะห์ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

5.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการได้รับการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันในผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยสถิติ independent t-test

5.3 วิเคราะห์ผลลัพธ์ของการให้การพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันด้วยสถิติ ความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ที่พัฒนาขึ้น มุ่งเน้นที่ปฏิบัติการพยาบาล 14 หัวข้อที่ผู้ป่วยควรได้รับอย่างครบถ้วนเมื่อเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย Stroke unit สำคัญประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง 6 หัวข้อ และการจัดการภาวะแทรกซ้อนซึ่งมีโอกาสดังกล่าวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน 8 หัวข้อ เนื้อหาโดยสรุปตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปสาระสำคัญของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

กิจกรรม	ปฏิบัติการพยาบาล
การประเมินผู้ป่วย	
การหายใจและ oxygen saturation	ประเมิน ทุก 2-4 ชั่วโมงเป็นเวลา 48 ชั่วโมง
ความดันโลหิต	ประเมินทุก 1 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยได้รับยา IV rt-PA ประเมินทุก 15 นาที เมื่อเริ่มให้ยาใน 2 ชั่วโมงแรก
อุณหภูมิร่างกาย	เฝ้าระวังทุก 4 ชั่วโมง ใน 72 ชั่วโมงแรก
ระดับน้ำตาลในเลือด	เจาะเลือดจากปลายนิ้ววันละ 2 ครั้งเป็นเวลา 72 ชั่วโมง
การกลืนอาหาร	ประเมินการกลืน ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังเข้ารับการรักษา
การเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท	ประเมินโดยใช้ NIHSS เมื่อแรกรับและวันละครั้ง
การจัดการภาวะแทรกซ้อน	
ภาวะสมองบวมและความดันในกะโหลกศีรษะสูง	การปรับระดับเตียงจัดท่านอนให้ผู้ป่วย การประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
ภาวะติดเชื้อปอดอักเสบ	การดูแลความสะอาดในช่องปาก เฝ้าระวังภาวะหายใจเร็ว ภาวะพร่องออกซิเจน ฟังเสียงปอด อุณหภูมิร่างกาย
การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะผิดปกติ	การประเมินและกระตุ้นการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ การจำกัดน้ำดื่มในช่วงเย็น การประเมินการถ่ายอุจจาระ
ภาวะขาดน้ำ	การประเมินความยืดหยุ่นของผิวหนัง ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ

กิจกรรม	ปฏิบัติการพยาบาล
ภาวะขาดสารอาหาร	ประเมินภาวะขาดสารอาหารเมื่อแรกรับและทุกสัปดาห์ ให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารให้เร็วที่สุดถ้าไม่มีข้อห้าม
การสูญเสียการเคลื่อนไหว	ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวโดยเร็วภายใน 48 ชั่วโมง หลังเกิดภาวะสมองขาดเลือด
ภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน	ประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน โดยเฉพาะส่วนล่างของร่างกาย
ภาวะซึมเศร้า	ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าโดยใช้ เครื่องมือการประเมินภาวะซึมเศร้าที่ได้มาตรฐาน

2. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่ทำการศึกษาในระยะ การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก มีจำนวน 60 ราย อายุเฉลี่ย 62.1 ปี และส่วนมากมีอายุระหว่าง 61-70 ปี ร้อยละ 26.7 โรคที่วินิจฉัยส่วนใหญ่เป็น Cerebral infarction, unspecified ร้อยละ 61.7 จำนวนวันนอนเฉลี่ย 6.1 วัน ส่วนผู้ป่วยที่ศึกษาในระยะการประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น มีจำนวนผู้ป่วย 67 ราย อายุเฉลี่ย 64.5 ปี ส่วนมากมีอายุระหว่าง 61-70 ปี ร้อยละ 28.4 โรคที่วินิจฉัยส่วนใหญ่เป็น Cerebral infarction, unspecified ร้อยละ 92.5 จำนวนวันนอนเฉลี่ย 7.2 วัน

2.2 การได้รับการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันก่อนและหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

พบว่า จากปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันควรจะได้รับทั้งหมด จำนวน 37 กิจกรรม ก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ได้รับการปฏิบัติในระดับสูง 28 กิจกรรม ระดับปานกลาง 4 กิจกรรม และระดับต่ำ 5 กิจกรรม หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติ ได้รับการปฏิบัติในระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็น 36 กิจกรรม และระดับปานกลาง 1 กิจกรรม เมื่อพิจารณาคะแนนการได้รับการปฏิบัติโดยรวม 37 กิจกรรม พบว่าก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติมีค่าเฉลี่ย 2.67 คะแนน และอยู่ในระดับสูง หลังพัฒนาแนวปฏิบัติคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 2.96 คะแนนและอยู่ในระดับสูง รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยการได้รับการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

ปฏิบัติการพยาบาล	คะแนนการได้รับการปฏิบัติ					
	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ			หลังใช้แนวปฏิบัติ		
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1. การประเมินทางระบบประสาท	3.00	.000	สูง	3.00	.000	สูง
2. การป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increased intracranial pressure: IICP)	3.00	.000	สูง	3.00	.000	สูง
3. การบันทึกอาการ IICP	3.00	.000	สูง	3.00	.000	สูง

ปฏิบัติการพยาบาล	คะแนนการได้รับการปฏิบัติ					
	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ			หลังใช้แนวปฏิบัติ		
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
4. การรายงานแพทย์ทันทีโดย early signs ของ IICP	3.00	.000	สูง	3.00	.000	สูง
5. การประเมินระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ	3.00	.000	สูง	3.00	.000	สูง
6. การเฝ้าระวังความดันโลหิตในผู้ป่วยได้รับ IV rt-PA	3.00	.000	สูง	3.00	.000	สูง
7. การพยาบาลเมื่อระดับความดันโลหิตไม่เหมาะสม	2.90	.308	สูง	3.00	.000	สูง
8. การเฝ้าระวังและบันทึกอุณหภูมิกาย	3.00	.000	สูง	2.91	.288	สูง
9. การติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างใกล้ชิด	2.67	.542	สูง	3.00	.000	สูง
10. การสังเกตภาวะ hyper/hypoglycemia	2.51	.796	สูง	2.99	.122	สูง
11. การหลีกเลี่ยงการให้สารน้ำที่มีส่วนผสมของน้ำตาล ทางหลอดเลือดดำ	3.00	.000	สูง	3.00	.000	สูง
12. การประเมินและวัดระดับ oxygen saturation	3.00	.000	สูง	3.00	.000	สูง
13. การดูแลทางเดินหายใจและการหายใจ	2.97	.258	สูง	3.00	.000	สูง
14. การไม่ให้หรือให้ออกซิเจนตามภาวะผู้ป่วย	3.00	.000	สูง	3.00	.000	สูง
15. การจัดทำให้อุปกรณ์นอนตามสภาวะของโรค	2.67	.816	สูง	3.00	.000	สูง
16. การระวังไม่ให้ศีรษะล้มคอและสะโพกพับงอ	2.93	.378	สูง	2.97	.244	สูง
17. การประเมินภาวะขาดน้ำ ปริมาณน้ำ และความถ่วงจำเพาะปัสสาวะ	3.00	.000	สูง	3.00	.000	สูง
18. การดูแลการให้อุปกรณ์ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ	3.00	.000	สูง	3.00	.000	สูง
19. การดูแลให้อุปกรณ์ได้รับประทานอาหารให้เร็วที่สุด	3.00	.000	สูง	2.97	.244	สูง
20. การให้อาหารทางสายยางในผู้ป่วยที่มีปัญหา ในการกลืน	3.00	.000	สูง	2.97	.244	สูง
21. การดูแลให้ได้รับผลิตภัณฑ์อาหารเสริม	1.19	.602	ต่ำ	2.00	1.414	ปานกลาง
22. การดูแลความสะอาดในช่องปากของผู้ป่วย	2.38	.904	ปานกลาง	3.00	.000	สูง
23. การประเมินความสามารถในการกลืนของผู้ป่วย	3.00	.000	สูง	3.00	.000	สูง
24. การประเมินการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ และความสามารถในการถ่ายปัสสาวะ	3.00	.000	สูง	3.00	.000	สูง
25. การกระตุ้นการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ	1.50	1.000	ต่ำ	2.81	.397	สูง
26. การกระตุ้นให้ถ่ายปัสสาวะ	2.00	1.414	ปานกลาง	2.79	.412	สูง
27. การจำกัดน้ำดื่มในช่วงเย็น	3.00	.000	สูง	2.95	.210	สูง
28. การประเมินการทำงานของลำไส้ใหญ่	2.65	.709	สูง	2.97	.171	สูง
29. การประเมินภาวะอุจจาระอุดตัน	2.03	.909	ปานกลาง	2.96	.272	สูง
30. การให้ยาระบายหรือสวนอุจจาระให้อุปกรณ์ถ้าจำเป็น	1.87	.871	ปานกลาง	2.97	.244	สูง
31. การส่งเสริมให้อุปกรณ์เคลื่อนไหว	3.00	.000	สูง	3.00	.000	สูง
32. การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท ภายหลังจากเปลี่ยนจากท่านอนเป็นท่านั่ง	2.63	.780	สูง	3.00	.000	สูง
33. การพิจารณาโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน	1.03	.258	ต่ำ	2.87	.489	สูง

ปฏิบัติการพยาบาล	คะแนนการได้รับการปฏิบัติ					
	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ			หลังใช้แนวปฏิบัติ		
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ
34. การใช้อุปกรณ์วัดขาในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดหลอดเลือดดำอุดตันและไม่มีข้อห้ามใด ๆ	1.00	.000	ต่ำ	2.49	.877	สูง
35. การประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า	3.00	.000	สูง	3.00	.000	สูง
36. การปรึกษาจิตแพทย์ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า	1.25	.500	ต่ำ	NA*		-
37. การจัดโปรแกรมเพื่อจัดการความเครียด	1.00	.000	ต่ำ	NA*		-
การปฏิบัติโดยรวม 37 กิจกรรม	2.67	.019	สูง	2.96	.008	สูง

*NA ไม่มีผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการได้รับการปฏิบัติโดยรวม 37 กิจกรรม ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการได้รับการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

คะแนนเฉลี่ยการได้รับการปฏิบัติโดยรวม	n	$\bar{x}$	SD	t	p-value
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	60	2.675	.019	-13.892	<.01
หลังใช้แนวปฏิบัติ	67	2.963	.008		

3. ผลลัพธ์ของการให้การพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ภายหลังการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย พบว่าร้อยละของผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นเมื่อจำหน่ายสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติและไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตหรือขอไปรักษาที่อื่น ในส่วนของการเกิดภาวะแทรกซ้อนพบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ร้อยละของผู้ป่วยที่ไม่พบภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ในส่วนของความสามารถในการเคลื่อนไหวก่อนจำหน่าย พบว่าหลังการใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละของผู้ป่วยที่ไม่พบความผิดปกติในการเคลื่อนไหวต่ำกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล รายละเอียด ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการรักษา การเกิดภาวะแทรกซ้อน และความสามารถในการเคลื่อนไหวก่อนจำหน่ายของผู้ป่วย ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ		หลังใช้แนวปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผลการรักษา				
ดีขึ้น	56	93.3	67	100
เสียชีวิต	2	3.3	0	0
ขอไปรักษาที่อื่น	2	3.3	0	0
รวม	60	100	67	100

	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ		หลังใช้แนวปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเกิดภาวะแทรกซ้อน				
ไม่พบ	51	85.0	64	95.5
ติดเชื้อปอดอักเสบ	5	8.3	1	1.5
ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	2	3.3	1	1.5
ติดเชื้อปอดอักเสบและทางเดินปัสสาวะ	2	3.3	0	0.0
เกิดแผลกดทับ	0	0	1	1.5
รวม	60	100	67	100
ความสามารถในการเคลื่อนไหวก่อนจำหน่าย				
ไม่ผิดปกติ	28	48.3	19	28.4
Left hemiplegia	14	24.1	18	26.9
Right hemiplegia	13	22.4	28	41.8
Quadri Hemiplegia	2	3.4	2	3.0
Paraplegia	1	1.7	0	0.0
รวม	58	100	67	100

อภิปรายผล

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

จากการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในงานวิจัยนี้ ที่มุ่งเน้นปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันควรได้รับอย่างครบถ้วนเมื่อเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย Stroke unit และการดำเนินการที่ได้มีการทบทวนข้อมูลแนวทางของสมาคมโรคหัวใจและสมาคมโรคหลอดเลือดสมอง ประเทศสหรัฐอเมริกาและแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ของ นิภาพร บุตรสิงห์ ซึ่งแหล่งข้อมูลทั้ง 2 แหล่งมีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สังเคราะห์มาจากการทบทวนงานวิจัยที่มีการควบคุมระเบียบวิธีวิจัยอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้งานวิจัยนี้ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก 14 หัวข้อซึ่งได้รับการยอมรับจากทีมพยาบาลหอผู้ป่วย Stroke unit ในการนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

2. การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก คณะแผนกการได้รับการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันโดยรวมมีค่าสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาจากปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 16 กิจกรรมที่มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติสูงขึ้นจากก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งทั้งหมดเป็นปฏิบัติการพยาบาลที่มีความสำคัญในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือเสียชีวิต เช่น การจัดการความดันโลหิตให้เหมาะสมเพื่อควบคุมค่า Mean Arterial Pressure และ Cerebral Perfusion การติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างใกล้ชิด เนื่องจากมีหลักฐานที่ชัดเจนว่าภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงใน 24 ชั่วโมงแรก หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด มีการพยากรณ์โรคที่แย่มากเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีน้ำตาลในเลือดที่ระดับปกติ การจัดทำให้ผู้ปวยนอนศีรษะราบหรือนอนหงายศีรษะสูง 30 องศาตามสภาวะของโรค เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองได้สะดวกและการไหลกลับของเลือดดำจากสมองดีขึ้น การดูแลความสะอาดในช่องปากของผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมความอยากรับประทานอาหารและลดความเสี่ยงในการติดเชื้อที่ปอด การกระตุ้นการทำงานของกระเพาะปัสสาวะเนื่องจากการมีปัสสาวะคั่งค้างในกระเพาะปัสสาวะ อาจทำให้เกิดการติดเชื้อทางเดิน

ปัสสาวะ ซึ่งทำให้กระบวนการฟื้นตัวของผู้ป่วยช้าลงได้ และการพิจารณาโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดดำอุดตันเนื่องจากผู้ป่วยที่สูญเสียการเคลื่อนไหวมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตันได้ (Green et al., 2021)

อย่างไรก็ตาม จากผลการวิจัย พบว่า มีพฤติกรรมการพยาบาลจำนวน 3 กิจกรรม ที่มีค่าเฉลี่ยการได้รับการปฏิบัติหลังการใช้แนวปฏิบัติลดลงเล็กน้อยแต่ก็ยังอยู่ในระดับสูง ได้แก่ การเฝ้าระวังและบันทึกอุณหภูมิกายผู้ป่วย การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารให้เร็วที่สุดถ้าไม่มีข้อห้ามตามแผนการรักษา และการจำกัดน้ำดื่มในช่วงเวลาเย็น ซึ่งมีค่าเฉลี่ยการได้รับการปฏิบัติ เท่ากับ 2.91 , 2.97 และ 2.95 คะแนน ตามลำดับ จากการตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม พบว่ามีสาเหตุจากผู้ป่วยบางรายมีไข้แต่ไม่พบพฤติกรรมการพยาบาลเพื่อลดไข้ในผู้ป่วย ผู้ป่วยที่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ 1 ราย ไม่พบการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารโดยเร็วที่สุด และมีผู้ป่วย 2 ราย ที่บันทึกทางการพยาบาลไม่พบกิจกรรมการจำกัดน้ำดื่มในช่วงเวลาเย็น ซึ่งผู้วิจัยจะได้ชี้แจงทำความเข้าใจกับพยาบาลผู้ปฏิบัติ ถึงเหตุผลและความจำเป็นที่ผู้ป่วยควรได้รับพฤติกรรมการพยาบาลทั้ง 3 กิจกรรมให้ครบถ้วนต่อเนื่องยิ่งขึ้นต่อไป

3. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ที่มุ่งเน้นการประเมินผู้ป่วยเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและการจัดการภาวะแทรกซ้อนซึ่งมีโอกาสดังกล่าวในผู้ป่วย ส่งผลดีต่อผู้ป่วยกล่าวคือ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นและไม่พบภาวะแทรกซ้อนเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละของผู้ป่วยที่ติดเชื้อมีน้อยลงและติดเชื้อมากขึ้นลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Puangchan and Jinawin (2020) ที่พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่ากลุ่มไม่ใช้แนวปฏิบัติ และผลการศึกษาของ Phongsas (2020) ที่พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีมาตรฐาน มีความปลอดภัยและเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง

อย่างไรก็ตามในส่วนความสามารถในการเคลื่อนไหวก่อนจำหน่าย ถึงแม้ว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ที่พัฒนาขึ้นจะกำหนดให้มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวโดยการลุกนั่งหรือลงจากเตียงเมื่ออาการทางระบบประสาทและระบบ hemodynamic คงที่แล้ว รวมถึงให้มีการประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งจากผลการวิจัยก็พบว่าทั้ง 2 กิจกรรมมีการปฏิบัติในระดับสูง แต่เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ของการให้การพยาบาลที่พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยที่ไม่พบความผิดปกติในการเคลื่อนไหวหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกต่ำกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าอาจมีสาเหตุโดยตรงจากพยาธิสภาพของผู้ป่วยในช่วงเวลาหลังการใช้แนวปฏิบัติมีความรุนแรงกว่าผู้ป่วยก่อนการใช้แนวปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะ

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันซึ่งประกอบด้วยปฏิบัติการพยาบาล 14 หัวข้อ 37 กิจกรรม และมีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ ควรนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง การชี้แจงในรายละเอียดและความจำเป็นในการปฏิบัติแต่ละกิจกรรมอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง จะส่งผลให้ผลการรักษาของผู้ป่วยดีขึ้นและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย

References

Butsing, N. (2019). Caring process for acute stroke patients, *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 34(3), 15-29. (in Thai)

- Department of Disease Control. (2019). *Campaign for world stroke day 2019 to raise people's awareness of stroke warning signs reduce the risk of paralysis*. Retrieved from <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/133619>. (in Thai)
- Hallgren, K. (2012). Computing inter-rater reliability for observational data: An overview and tutorial. *Tutor Quant Methods Psychol*, 8(1), 1-21. doi: 10.20982/tqmp.08.1.p023
- Green, T. L., McNair, N. D., Hinkle, J. L., Middleton, S., Miller, E. L., Perrin, S.,...Summers, D. V. (2021). Care of the patient with acute ischemic stroke (posthyperacute and prehospital discharge): Update to 2009 comprehensive nursing care scientific statement. *Stroke*, 52(5), e179-e197. doi: 10.1161/STR.0000000000000357
- Hareutai, C., & Paisarnpanichakul, A. (2010). *Criteria for nursing performance excellence*. Nonthaburi: Office of Nursing Department of Medical Service, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Katesing, W. (1995). Mean and interpretation. *Educational Research News*, 18(3), 8-11. (in Thai)
- Middleton, S., Grimley, R., & Alexandrov, A. W. (2015). Triage, treatment, and transfer evidence-based clinical practice recommendations and models of nursing care for the first 72 hours of admission to hospital for acute stroke. *Stroke*, 46(2), e18-e25. <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STROKEAHA.114.006139>.
- Phongsas, Y. (2020). Results of the development of model for stroke patients care Sirindhorn hospital, Khon Kaen province. *Journal of Khon Kaen Provincial Health Office*, 2(2), 140-53. (in Thai)
- Pitthayapong, S. (2018). Situations, problems, and barriers of post-stroke care in the transitional period from hospital to home. *Thai Red Cross Nursing Journal*. 11(2), 26-39. (in Thai)
- Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K.,...David, L. T. (2019). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association. *Stroke*, 50(12), e344-e418. doi.org/10.1161/STR.0000000000000211.
- Prachuapkhirikhan hospital. (2021). *Clinical tracer, clinical quality summary, driver diagram of stroke*. Prachuapkhirikhan: Prachuapkhirikhan hospital. (in Thai)
- Puangchan, K., & Jinawin, S. (2020). Effects of using a nursing practice guidelines for the care of acute thrombotic or ischemic stroke patients, Phrae hospital. *Journal of the Phrae Hospital*. 8(2), 1-17. (in Thai)
- Sacco, R. L., Kasner, S. E., Broderick, J. P., Caplan, L. R., Connors, J. J., Culebras, A.,... Vinters, H. V. (2013). An updated definition of stroke for the 21st century: A statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 44(7), 2064-2089. doi:10.1161/STR.0b013e318296aeca

การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแล สุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา (COVID-19)

ศิริภัทรา จุฑามณี, พย.ม.^{1*} ณิชกุล พิชชาญ, พย.ม.¹ นวลใย พิษชาติ, พบ.ม.² ดุชนิ บุญพิทักษ์สกุล, ส.ม.³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขด้านการวางแผน ด้านการดำเนินการ ด้านการจัดการทรัพยากร และด้านการประเมินผลในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) และเพื่อการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนรายชื่อในจังหวัดนครปฐม จำนวน 389 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามระหว่างเดือน ตุลาคม ถึงเดือน ธันวาคม 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ซึ่งแบบสอบถามที่มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ประกอบด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

ผลการศึกษาพบว่า 1) อสม. มีส่วนร่วม ในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) อยู่ในระดับมากในทุกด้านที่ศึกษาเรียงตามลำดับคะแนน ได้แก่ ด้านการจัดการทรัพยากร ($\bar{X} = 4.20, SD = 0.59$) รองลงมาเป็นด้านการดำเนินการ ($\bar{X} = 4.06, SD = 0.63$) ด้านการประเมินผล ($\bar{X} = 3.95, SD = 0.62$) และด้านการวางแผน ($\bar{X} = 3.87, SD = 0.67$) 2) การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมาก เรียงตามลำดับคะแนนดังนี้ ด้านการประเมินผล ($\bar{X} = 3.97, SD = 0.73$) รองลงมา คือ ด้านการจัดการทรัพยากร ($\bar{X} = 3.94, SD = 0.66$) ด้านการดำเนินการ ($\bar{X} = 3.90, SD = 0.65$) และด้านการวางแผน ($\bar{X} = 3.88, SD = 0.68$) จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า องค์กรด้านสุขภาพสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)

¹ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร

³ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

* ผู้เขียนหลัก e-mail: ying.nu19@gmail.com

Participation of village health volunteers in mental health care for the elderly during the Coronavirus pandemic

Siripattra Juthamane, M.N.S.^{1*}, Nitchakun Phichachan, M.N.S.¹, Nualyai Pitsachart, M.P.A.²,
Dussanee Bunpitaksakun, M.P.H.³

Abstract

This survey research aimed to assess the level of participation of village health volunteers in the planning, operation, resource management, and evaluation of mental health care of the elderly in the context of the Coronavirus pandemic, and to assess support for the participation of village health volunteers in the mental health care of the elderly during the Coronavirus pandemic. The sample was 389 village health volunteers whose names were in the Village Health Volunteer register in Nakhon Pathom Province. Data were collected by questionnaire between October and December 2021. The questionnaire measured participation of village health volunteers in the mental health care of the elderly during the Coronavirus pandemic. The questionnaire had a Cronbach's alpha coefficient of 0.82. Data were analyzed by percentages, means ($\bar{X}$) and standard deviations (SD).

The results showed, first, that village health volunteers were involved in the mental health care of the elderly during the Coronavirus pandemic at a high level in all aspects studied: resource management ($\bar{X} = 4.20, SD = 0.59$), operations ($\bar{X} = 4.06, SD = 0.63$), evaluation ($\bar{X} = 3.95, SD = 0.62$), and planning ($\bar{X} = 3.87, SD = 0.67$). Second, support for participation of village health volunteers in the mental health care of the elderly during the Coronavirus pandemic was also at a high level in all aspects studied: evaluation ($\bar{X} = 3.97, SD = 0.73$), resource management ($\bar{X} = 3.94, SD = 0.66$), operations ($\bar{X} = 3.90, SD = 0.65$), and planning ($\bar{X} = 3.88, SD = 0.68$). The findings suggest that health organizations can successfully use village health volunteers to provide mental health care of the elderly, thus promoting good mental health and high quality of life, even during the Coronavirus pandemic.

Key words: Participation, Village Health Volunteer, Mental health of the elderly, Coronavirus disease

¹ Lecturer, Faculty of Nursing, Shinawatra university

² Assistant professor, Faculty of Nursing, Shinawatra university

³ Lecturer, College of Nursing, Christian university of Thailand

* Corresponding author e-mail: ying.nu19@gmail.com

ความสำคัญของปัญหา

วิกฤตจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ได้ส่งผลกระทบต่อคนทั้งโลกทั้งในด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และการเมืองอย่างไม่เคยมีมาก่อน เพราะนอกจากการระบาดได้ง่ายและรุนแรงแล้ว ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้อย่างทันทีผ่านสื่อออนไลน์ ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ได้อย่างรวดเร็ว (Communicable Disease Control Group Department of Mental Health, 2021) ในขณะเดียวกันก็ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ทำให้เกิดความหวาดหวั่นและกังวลใจ ประกอบกับมาตรการสำคัญที่ให้เว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) ให้อยู่แต่ในบ้าน ทำให้เกิดผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจเพิ่มขึ้น ร่วมกับการจัดการวัคซีนที่ยังไม่สามารถนำมาใช้ได้ทั่วถึงกับคนทั้งประเทศ ทำให้การกลับมาดำเนินชีวิตตามปกติ เป็นไปได้ยาก (Loyha et al., 2017) ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของประชาชนทุกวัยเป็นอย่างมาก (Wongpiromsarn, 2020) โดยเฉพาะ กลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากสภาพจิตใจของผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงในเรื่องการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีการสนใจในตนเองมากขึ้น หมกมุ่นกับเรื่องของตัวเอง ความสามารถในการจัดการกับความวิตกกังวลลดลง เมื่อเผชิญปัญหาจะทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลอย่างมาก ดังนั้นควรมีการดูแลอย่างใกล้ชิด ทั้งนี้ผู้สูงอายุผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และผู้ที่มีโรคประจำตัวควรดูแลตนเองอย่างเคร่งครัด ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดควรหมั่นเฝ้าระวังความผิดปกติทั้งร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม เช่น ความรู้สึกกลัว วิตกกังวล ติดตามข่าวสารมากกว่าปกติ นอนไม่หลับ หวาดระแวง ฯลฯ จากการสำรวจของ Department of Mental Health (2021) ในช่วงของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) พบว่า ผู้สูงอายุมีความกลัว ร้อยละ 28.0 วิตกกังวล ร้อยละ 47.2 หรือซึมเศร้า ร้อยละ 24.8 เมื่อสังเกตพบความผิดปกติควรปรึกษาหรือพาไปพบผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต เพื่อให้การช่วยเหลือทันที (Rajkumar, 2020) จากผลการสำรวจพบว่า ผลกระทบที่เกิดจากปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่พบบ่อยในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ สูญเสียอาชีพ รายได้ลดลง ในด้านสุขภาพพบ ร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุ ระบุว่าตนเองมีอาการทางด้านสุขภาพจิตอย่างน้อยหนึ่งอาการ เป็นบางครั้งหรือตลอดเวลา (Tossawut & Mahiwan, 2020) ดังนั้น อสม. เป็นด่านหน้าในการดูแลหรือช่วยเหลือผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้รับการดูแลทั้งสุขภาพกาย และสุขภาพจิตอย่างใกล้ชิด อสม. จึงมีบทบาทสำคัญมากขึ้นในสถานการณ์ปัจจุบัน จำเป็นต้องมีการบูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างหลากหลาย ให้เหมาะสมกับบริบทด้านพื้นที่การดูแลให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง (Nawamawat, Sittisart, Lekphet, & Thianthawon, 2021)

การดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุนอกจากทางร่างกายที่ผู้สูงอายุจะมีโอกาสติดเชื้อแล้วมีอาการรุนแรงหรือเสียชีวิตมากกว่ากลุ่มวัยอื่น ยังกระทบกับสุขภาพจิตอีกด้วย ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุขจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้การดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะ อสม. ที่มีบทบาทที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agent) ซึ่งจะต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกส่วนในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) อีกทั้งยังต้องเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนด้วย (Wongpathomtip, 2017) การดูแลภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุทั้งในส่วนของการส่งเสริม ป้องกัน รักษา หรือฟื้นฟู ทั้งในส่วนของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและบทบาทของ อสม. โดยมีบทบาทที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนและประสานงาน ตลอดจนการให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) รวมทั้งการดำเนินกิจกรรมที่พัฒนาศักยภาพชุมชนเพื่อให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในรูปแบบต่าง ๆ และ อสม. เป็นเสมือนตัวแทนประชาชนทำหน้าที่ในการช่วยเหลือ และรับผิดชอบสุขภาพอนามัยของคนในชุมชน เป็นผู้ทำงานด้วยใจรัก มีจิตอาสา เห็นแก่ประโยชน์ของชุมชนเป็นหลัก ให้ความช่วยเหลือผู้อื่น ใส่ใจ มีความรู้ด้านสุขภาพผูกพันกับงานสาธารณสุข ถือได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งที่เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพไทย (Khaopatunthip, 2013) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Nawamawat

et al. (2021) ที่ทำการศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของ อสม.และชุมชนในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา โดยใช้ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ พบว่า อสม. มีความสำคัญในการมีส่วนร่วมในบทบาทผู้ให้บริการด้านสุขภาพอนามัย และยังเป็นการเพิ่มศักยภาพของ อสม. ในการดำเนินกิจกรรมงานส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพชุมชนโดยใช้กระบวนการสร้างความรู้ความเข้าใจเพื่อให้ทัศนคติที่ดี และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่ง อสม. มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพในพื้นที่

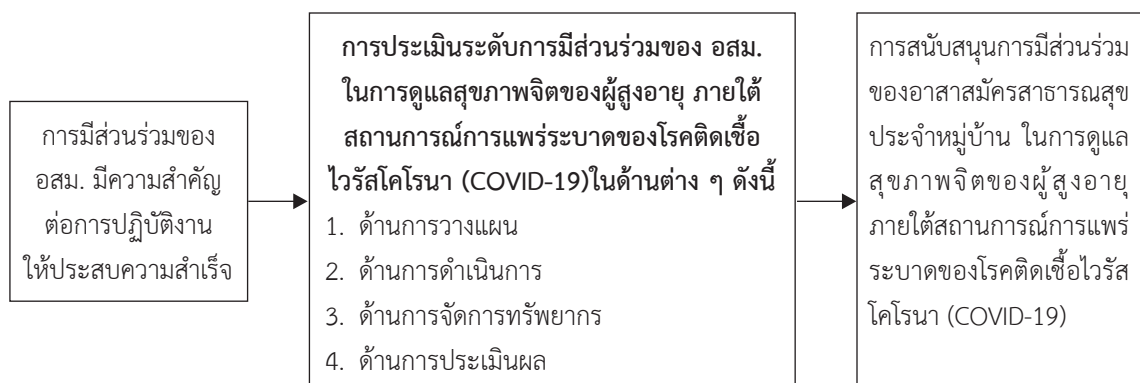
ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมที่เข้มแข็งของเครือข่ายชุมชน การประจําหรือกันของเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ และการสนับสนุนจากภาคีที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาหรือส่งเสริมศักยภาพของ อสม. ในการมีส่วนร่วมเพื่อดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และผลการวิจัยนี้จะนำไปประยุกต์ใช้ในการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินระดับการมีส่วนร่วมของ อสม. ด้านการวางแผน ด้านการดำเนินการ ด้านการจัดการทรัพยากร และด้านการประเมินผลในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)
2. เพื่อศึกษาการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของอสม.ในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้มาจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ผู้วิจัยจึงได้กรอบแนวคิดแต่ละตัวแปรที่ใช้ในงานวิจัยเป็นกรอบในการวางแผนการวิจัย การพัฒนาเครื่องมือ ผู้วิจัยจึงได้เลือกใช้แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff (1980) (Nawamawat et al., 2021) แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ของ Vodmongkol (2019) รวมถึงได้ศึกษาข้อมูล อสม. กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ หน้าที่และบทบาทการทำงานของ อสม. ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ อสม. ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนรายชื่อในจังหวัดนครปฐม ในปี พ.ศ. 2564 จำนวนทั้งหมด 10,360 คน (Nakhon Pathom Provincial Public Health Office, 2021)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็น อสม. ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนรายชื่อและปฏิบัติงานในจังหวัดนครปฐม ในช่วงปี พ.ศ. 2564 โดยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie and Morgan (1970) (Kijpredarborisuthi & Serekatornkicharoen, 2020) จากการคำนวณจะได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 370 คน แต่ในการเก็บแบบสอบถามอาจมีการสูญหายหรือความไม่สมบูรณ์ครบถ้วนในการตอบแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมา ซึ่งไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ ผู้วิจัยจึงเก็บตัวอย่างเพิ่มเพื่อการสูญเสียอีกประมาณร้อยละ 5 (Srisaard, 2017) คือจำนวน 19 คน ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยเก็บทั้งสิ้นเป็นจำนวน 389 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random Sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 พื้นที่จังหวัดนครปฐมมี 7 อำเภอ เพื่อให้เป็นตัวแทนที่ดีของกลุ่มตัวอย่าง จึงใช้พื้นที่วิจัยร้อยละ 50 ของอำเภอทั้งหมด ได้พื้นที่วิจัยจำนวน 4 อำเภอ

ขั้นตอนที่ 2 เลือกอำเภอที่มีจำนวนผู้ป่วย COVID-19 มากที่สุด 4 ลำดับแรก

ขั้นตอนที่ 3 เลือกกลุ่มตัวอย่าง อสม. ในแต่ละอำเภอ เท่า ๆ กัน โดยวิธีการสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) และความยินยอมร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการศึกษาจากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือแบ่งออกเป็น 4 ส่วนย่อย คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ได้มาจากแนวคิดของ Nawamawat et al. (2021) มีลักษณะแบบสอบถามเป็น Rating Scale ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการวางแผน ด้านการดำเนินการ ด้านการจัดการทรัพยากร และด้านการประเมินผล จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 คุณสมบัตินของ อสม. ในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้มาจากแนวคิดของ Sridawruan, Worawong, Chaiwong, and Khammathit (2016) มีลักษณะแบบสอบถามเป็น Rating Scale ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ ด้านความมั่นใจ และด้านประสบการณ์ จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ได้มาจากแนวคิดของ Vodmongkol (2019) มีลักษณะแบบสอบถามเป็น Rating scale ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการวางแผน ด้านการดำเนินการ ด้านการจัดการทรัพยากร และด้านการประเมินผล จำนวน 20 ข้อ

โดยแบบสอบถามส่วนที่ 2, 3 และ 4 เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) (Singhalert, 2016) โดยกำหนดคะแนน 1-5 (1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด และ 5 = เห็นด้วยมากที่สุด) คะแนนรวมสูงกว่า หมายถึงมีความเห็นด้วยมากกว่า ซึ่งการแปลผลค่าคะแนน แปลผลโดยถือตามเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย โดยใช้สูตรอัตราภาคชั้น ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก

ระดับมาก และค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามจากผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน นำมาหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาด้วยดัชนี IOC (Index of item objective congruence) ได้เท่ากับ 0.84 หลังจากนั้นได้นำแบบสอบถามมาหาค่าความเชื่อมั่น กับกลุ่มเป้าหมาย ที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาในครั้งนี้ คือ อสม. จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์ค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าเท่ากับ 0.82

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยได้ยื่นขอใบรับรองจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยชินวัตร เลขที่ IRBS21/22 วันที่รับรอง 19 ตุลาคม พ.ศ. 2564 ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงวิธีการ วัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดแบบสอบถาม วิธีการตอบแบบสอบถามและต้องได้รับคำยินยอมเข้าร่วมวิจัยจากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย อีกทั้งผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใด พร้อมทั้งให้ความมั่นใจแก่กลุ่มตัวอย่างว่าข้อมูลจะได้รับการรักษาเป็นความลับ และจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการ เนื่องจากเป็นช่วงที่เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ผู้วิจัยจึงได้มีมาตรการป้องกันอย่างเคร่งครัดตามกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้ศึกษาคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมได้กลุ่มตัวอย่างขนาด 389 ราย ในการดำเนินการตอบแบบสอบถาม
2. เตรียมความพร้อมกับผู้ช่วยวิจัยโดยการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินระดับการประเมินระดับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) การแปลความหมายคำตอบของกลุ่มตัวอย่างโดยทำความเข้าใจที่ตรงกัน
3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำตนเองบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย ตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งกล่าวถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง
4. ตรวจสอบแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมา โดยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล แล้วนำมากำหนดรหัสคำตอบเพื่อทำการวิเคราะห์ประมวลผลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ ทำการวิเคราะห์และอธิบายโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ซึ่งประกอบด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 231 คน คิดเป็นร้อยละ 77.10 อายุ 55 ปีขึ้นไป จำนวน 132 คน คิดเป็นร้อยละ 45.20 มีสถานภาพสมรส จำนวน 194 คน คิดเป็นร้อยละ 66.40 มีระดับการศึกษาอื่น ๆ ได้แก่ ประถม มัธยม และ กศน. จำนวน 209 คน คิดเป็นร้อยละ 71.50 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 10 ปีขึ้นไป จำนวน 169 คน คิดเป็นร้อยละ 57.90
2. การมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ผลการศึกษาพบว่า อสม. มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{X} = 4.02, SD = 0.63$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านแล้ว พบว่า อยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยเรียงตามลำดับคะแนนรายด้าน คือ ด้านการจัดการทรัพยากร ($\bar{X} = 4.20, SD = 0.59$) รองลงมา คือ ด้านการดำเนินการ ($\bar{X} = 4.06, SD = 0.63$) ด้านการประเมินผล ($\bar{X} = 3.95, SD = 0.62$) และด้านการวางแผน ($\bar{X} = 3.87, SD = 0.67$)

3. คุณสมบัติของ อสม. ในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณสมบัติของ อสม. ในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ : ภาพรวม โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{X} = 3.87, SD = 0.58$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านแล้ว พบว่า อยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยเรียงตามลำดับคะแนนรายด้าน คือ ด้านการรับรู้ ($\bar{X} = 3.91, SD = 0.50$) รองลงมา คือ ด้านประสบการณ์ ($\bar{X} = 3.86, SD = 0.57$) และด้านความมั่นใจ ($\bar{X} = 3.84, SD = 0.68$)

4. การสนับสนุนส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) : ภาพรวม โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{X} = 3.92, SD = 0.68$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านแล้ว พบว่า อยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยเรียงตามลำดับคะแนนรายด้าน คือ ด้านการประเมินผล ($\bar{X} = 3.97, SD = 0.73$) รองลงมา คือ ด้านการจัดการทรัพยากร ($\bar{X} = 3.94, SD = 0.66$) ด้านการดำเนินการ ($\bar{X} = 3.90, SD = 0.65$) และด้านการวางแผน ($\bar{X} = 3.88, SD = 0.68$)

การอภิปรายผล

1. การมีส่วนร่วมของ อสม. ด้านการวางแผน ด้านการดำเนินการ ด้านการจัดการทรัพยากร และด้านการประเมินผลในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) พบว่า การมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) โดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ ด้านการวางแผน โดยรวมอยู่ในระดับมาก อาจเป็นเพราะ อสม. ตระหนักถึงความรุนแรงจึงทำให้มีความตื่นตัวในการมีส่วนร่วมกำหนดหน้าที่ และกำหนดพื้นที่ ขอบเขตความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sridawruan et al. (2016) ที่พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีการเปิดโอกาสให้ อสม. เข้ามามีบทบาทในการวางแผนในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ และสนับสนุนด้านการดำเนินการ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก อาจเป็นเพราะ อสม. เป็นกำลังด้านหน้าที่สำคัญ มีส่วนร่วมในการเก็บรวบรวมข้อมูลผลการปฏิบัติงาน เพื่อจัดทำสารสนเทศเบื้องต้นในการดำเนินงาน (COVID-19) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Nawamawat et al. (2021) ที่พบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของอสม.และชุมชน ในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ประกอบด้วย กระบวนการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของ อสม. และวิธีการดำเนินการป้องกันและเฝ้าระวังโรค อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Reerom (2016) พบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมชุมชนจะต้องลำดับความสำคัญของสิ่งที่จะร่วมกันทำให้เกิดประโยชน์ ร่วมวางแผนให้รัดกุม ร่วมกำหนดกลยุทธ์เพื่อมุ่งสู่เป้าหมาย ดำเนินการ และติดตามความก้าวหน้า เป็นชุมชนที่ช่วยเหลือพึ่งพาตนเองได้โดยที่ อสม. ต้องทำงานประสานงานกับชุมชนอย่างกลมกลืน ด้านการจัดการทรัพยากร พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก อาจเป็นเพราะ อสม. มีส่วนร่วมในการจัดการทรัพยากรการดำเนินงานการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) มีส่วนร่วมในการบริจาควัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อการดำเนินงานการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Phawangkharat,

Ardchavasuk, and Namchu (2020) ที่พบว่า แนวทางในการกำหนดแผนยุทธศาสตร์เพื่อเตรียมความพร้อมในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคอุบัติใหม่ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต คือ การกำหนดนโยบาย จัดหาทรัพยากร การพัฒนาศักยภาพ และเครื่องมือ สำหรับการปฏิบัติงานของ อสม. ให้เกิดประสิทธิภาพ อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sridawruan et al. (2016) ที่พบว่า ด้านการจัดการควรมีการสนับสนุนการเพิ่มทักษะให้กับ อสม. ในด้านการสร้างสุขภาพ การส่งเสริมให้ชุมชนดูแลสุขภาพให้กับบุคคลในชุมชน การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน และการเสนอโครงการของบประมาณและสนับสนุนสิ่งของต่าง ๆ และด้านการประเมินผล พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก อาจเป็นเพราะกระทรวงสาธารณสุขได้เน้นย้ำให้ อสม. มีบทบาทในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Reerom (2016) ที่พบว่า การสร้างเสริมสุขภาพที่ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ ชุมชนจะต้องเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เป็นส่วนหนึ่งของชุมชนได้มีส่วนร่วมอย่างเป็นอิสระด้วยความสมัครใจ ในการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมลงมือปฏิบัติ ร่วมประเมินผล และร่วมรับประโยชน์ อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Tossawut and Mahiwan (2020) ที่พบว่า มีการประเมินผลทางด้านมาตรการการป้องกันผลกระทบ COVID-19 ในภาวะสังคมไทยด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตในการทำงานในช่วงการระบาดของเชื้อ COVID-19 และ ด้านพฤติกรรม New normal มาตรฐานวิถีชีวิตใหม่หลัง COVID-19 โดยต้องมีการดึงประชาชนและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกันโรค

2. แนวทางส่งเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ระดับคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยแล้วพบว่า ด้านการวางแผน อยู่ในระดับมาก ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมให้อสม.มีส่วนร่วมในการวางแผน การปฏิบัติงาน กำหนดหน้าที่รับผิดชอบและแนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wang, Wen, Dong, Liu, and Cui (2020) ที่พบว่า ขณะที่ควบคุมการแพร่ระบาด รัฐบาลต้องมีการวางแผนที่ดีโดยการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง มีการประเมินแผนเป็นระยะ ๆ เพื่อนำมาปรับปรุงกลยุทธ์อย่างเหมาะสม ด้านการดำเนินการ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมให้อสม. เป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพ มีส่วนร่วมในการร่วมปฏิบัติในกิจกรรมการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Tossawut and Mahiwan (2020) ที่พบว่า ด้านการปฏิบัติตามแผนการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการวางแผนเป็นสิ่งสำคัญ เพราะจะทำให้เกิดความรู้สึกถึงการเป็นเจ้าของ ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี ด้านการจัดการทรัพยากร พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมให้อสม.มีส่วนร่วมในการนำเทคโนโลยีหรือนวัตกรรมมาใช้ในการดำเนินงาน จะทำให้เกิดความสะดวกและมีการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Phawangkharat et al. (2020) ที่พบว่า การจัดการของชุมชน ควรมีการคำนึงถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการปฏิบัติงาน การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนอย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wongpathomtip (2017) พบว่า ด้านการจัดการแผนการจัดการสิ่งแวดล้อม เพื่อมุ่งหวังให้ประชาชนตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง รวมถึงการเปิดพื้นที่ให้ทุกภาคส่วนในสังคมเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพนโยบายสาธารณะ เพื่อเกิดการพัฒนาระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วม และด้านการประเมินผล พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมให้อสม. มีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Reerom (2016) ที่พบว่า ชุมชนจะต้องเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เป็นส่วนหนึ่งของชุมชนได้มีส่วนร่วมอย่างเป็นอิสระด้วยความสมัครใจ ในการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมลงมือปฏิบัติ ร่วมประเมินผล และร่วมรับประโยชน์ อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Maneein and Duangchinda (2021) ที่พบว่า การประเมินผลเป็นหัวใจสำคัญในการปฏิบัติงาน การประเมินผลที่ดีจะนำไปสู่การปรับปรุงกลยุทธ์ได้อย่างถูกต้อง ผลักดันการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม.

1.1 ระดับการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนการมีส่วนร่วมในด้านการวางแผนของ อสม. ในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ แม้การศึกษานี้พบว่าอยู่ในระดับมาก แต่ก็มีค่าคะแนนน้อยกว่าด้านอื่น ๆ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น รพ.สต. จึงควรให้ความสำคัญ และเปิดโอกาสให้มากขึ้นในการนำเอาความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากภาคสนามของ อสม. ในการวางแผนทั้งในระยะเริ่มต้น และการปรับแผนในระยะต่อมาซึ่งจะเป็นแนวทางทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

1.2 คุณสมบัติหรือความพร้อมของ อสม. แม้พบว่าอยู่ในระดับมากแต่คะแนนทั้ง 3 ด้าน (การรับรู้ประสบการณ์ ความมั่นใจ) มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่า 4.00 จึงมีช่องว่างอีกมากพอควรในการสร้างความพร้อมให้ อสม. ในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) หรือสถานการณ์วิกฤตโรคระบาดลักษณะเดียวกันนี้ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องจัดให้มีการอบรมให้ความรู้ และทักษะการปฏิบัติงานแก่ อสม. เป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่องให้ทันการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์การระบาดของโรคซึ่งเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาสมรรถนะและความพร้อมของ อสม. ในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) หรือสถานการณ์วิกฤตโรคระบาดอื่น ๆ รวมทั้งพัฒนาโปรแกรมที่ส่งเสริมสมรรถนะของ อสม. ในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสถานการณ์วิกฤตโรคระบาดต่าง ๆ

2.2 ควรมีการศึกษาเชิงลึกถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเพื่อให้ทราบปัจจัยใดที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. มากน้อยเพียงใด อันจะนำไปสู่การกำหนดแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม. ที่เหมาะสม

2.3 ควรมีการศึกษาความเป็นไปได้และแนวทางการนำเอาภูมิปัญญาและวัฒนธรรมท้องถิ่น (Indigenous knowledge) มาพิจารณาประกอบในการวางแผนและดำเนินงานส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดูแลสุขภาพจิตภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) หรือสถานการณ์วิกฤตโรคระบาดอื่น ๆ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ อสม. ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนรายชื่อในจังหวัดนครปฐมที่ให้ความร่วมมือในการทดสอบเครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณผู้ที่เกี่ยวข้องในงานวิจัยครั้งนี้

References

- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). *Participations place in rural development: Seeking clarity through specificity*. New York: World Developments.
- Communicable Disease Control Group Department of Mental Health. (2021). *Information*. Retrieved from <https://www.dmh.go.th/>
- Department of Mental Health. (2021). *Information*. Retrieved from <https://www.dmh.go.th/>
- Khaopatumphip, K. (2013). *Participation of public health volunteers for tambon health promoting hospital in Bhuddha-Monthn district, Nakhonpatom province*. Bangkok: Srinakharinwirot University.
- Kijpredarborisuthi, B., & Serekatornkicharoen, P. (2020). *Research methods in public health: Case studies on relationship among variables*. Bangkok: Churee Products.

- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Loyha, K., Srisura, D., Raksilp, M., Kuasiri, C., Charoenbu, P., Moonisi, R., Nasa, S., & Wongprasert, J. (2017). The empowerment for the role of health management on themselves among village health volunteer at Bupueai sub-district, Namyuen district Ubon Ratchatani province. *Journal of the office of DPC 7 Khon Kaen*, 24(1), 1-13.
- Maneein, N., & Duangchinda, A. (2021). Perceived self-efficacy and preventive health behaviors with coronavirus disease 2019 among the elderly in U-Thong district, Suphanburi province. *Journal of Council of Community Public Health*, 3(2), 1-18.
- Nakhon Pathom Provincial Public Health Office. (2021). *Situation report on coronavirus disease 2019 (COVID-19) Nakhon Pathom province*. Nakhon Pathom: Nakhon Pathom Provincial Public Health Office.
- Nawamawat, J., Sittisart, V. Lekphet, K., & Thianthawon, P. (2021). *The village health volunteers (VHVs) and community participation for prevention and surveillance of Covid-19 infection by using the geographic information system (GIS)*. Nonthaburi: Health Systems Research Institute (HSRI).
- Phawangkharat, S., Ardchavasuk, S., & Namchu, P. (2020). A study of COVID-19 situation's surveillance prevention and control in communities towards village health volunteers. *Journal of Human Society Nakhon Si Thammarat Rajabhat University*, 10(2), 1-20.
- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry*, 52(4), 102-166.
- Reerom, W. (2016). *Development of holistic health for the elderly in Phrae province*. Chiang Mai: Maejo University.
- Singhalert, R. (2016). *Effects of engineers' creative behaviors on the innovation of products and process of services in the construction management*. Nakhon Ratchasima: Suranaree University of Technology.
- Sridawruan, C., Worawong, J., Chaiwong, C., & Khammathit, A. (2016). The collaboration of village health volunteers: Working on health promotion in primary health care units, North part of Isan region. *Journal of Nursing and Health Research*, 17(3), 133-144.
- Srisaard, B. (2017). *Preliminary research*. Bangkok: Suwiriyan.
- Tossawut, T., & Mahiwan, P. (2020). The development of social quality of life of people and the prevention of the spreading of coronavirus infection disease (Covid-19). *Journal of MCU Nakhondhat*, 7(9), 40-55.
- Vodmongkol, N. (2019). Health promoting model with exercising was be activities stretching muscles and foods nutrition for elderly in Huaymuang Sub-district, Kamphaeng Saen district, Nakhon Pathom province. In *The 11th NPRU. national academic conference Nakhon Pathom Rajabhat University* (pp. 605-614). Nakhon Pathom : Nakhon Pathom Rajabhat University.

- Wang, S., Wen, X., Dong, Y., Liu, B., & Cui, M. (2020). Psychological influence of coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on the general public, medical workers, and patients with mental disorders and its countermeasures. *Psychosomatics*, 61(6), 616-624.
- Wongpathomtip, K. (2017). The participation in the zika virus disease prevention and control for health volunteers in Don Tum district, Nakhon Pathom province. *Journal of the Office of DPC 7 Khon Kaen*, 24(2), 59-67.
- Wongpiromsarn, Y. (2020). Mental health and the COVID-19 crisis in Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand*, 28(4), 280-291.

ประสิทธิผลของการจัดกิจกรรมสุขศึกษาตามทฤษฎีความสามารถ ของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดนนทบุรี

อรณิข ชำนาญศิลป์, ส.ม.^{1*} เอ็มอัชมา วัฒนบุรณนท์, กศ.ด.²

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการจัดกิจกรรมสุขศึกษาตามทฤษฎีความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ปีการศึกษา 2564 ในจังหวัดนนทบุรี โดยเลือกแบบเจาะจงแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 31 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 31 คน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย 1) แผนการจัดกิจกรรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองจำนวน 6 แผน โดยมีกิจกรรมการบรรยาย เกม อภิปรายกลุ่ม ฝึกปฏิบัติการปฏิเสธ แต่งคำขวัญ และจัดบันทึกเป้าหมายจำนวน 6 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 50 นาที และ 2) แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังผลดี และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติการทดสอบค่าที

ผลการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังผลดีจากการป้องกันการสูบบุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผลการวิจัยนี้เสนอแนะว่าบุคลากรทางการศึกษาและบุคลากรทางด้านงานสาธารณสุข สามารถนำกิจกรรมสุขศึกษานี้ไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

คำสำคัญ: พฤติกรรมป้องกัน การสูบบุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ ความสามารถของตนเอง มัธยมศึกษาตอนปลาย

¹ นิสิตสาธิตสาธิตศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² ศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก e-mail: nidoranit@hotmail.co.th

The Effectiveness of Organizing Health Education Activities Based on Self-Efficacy Theory on Electronic Cigarettes Smoking Prevention Behaviors of Upper Secondary School Students in Nonthaburi Province

Oranit Chamnansin, M.P.H.^{1*}, Aimucha Wattanaburanon, Ed.D.²

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to examine the effectiveness of health education activities, organized based on self-efficacy theory on electronic cigarettes smoking prevention behaviors of upper secondary school students in Nonthaburi province. Participants were 62 students who studied in grade 10 in the first semester of academic year 2021. Thirty-one subjects were in the experimental group, while the other 31 subjects were in the comparison group. The research instruments were composed of 1) Six activity plans of health education concerning electronic cigarettes smoking prevention, based on self-efficacy theory including lecture, recreation games, small-group discussion, practice for politely refusing, making slogans, and 6 weeks of 50 minutes weekly journal, 2) Questionnaires including knowledge, attitude, perceived self-efficacy, and outcome expectation, and practice for prevention of electronic cigarettes smoking. The data obtained were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation and t-test.

The results revealed that after the experiment in the experimental group, mean scores in the areas of knowledge, attitude, perceived self-efficacy, outcome expectation and practice for prevention of electronic cigarettes smoking were significantly higher than the pre-experiment and the comparison group ($p < .001$). The result could be benefit for educational and healthcare personnel in applying of health education activities, for prevention of electronic cigarettes smoking in upper secondary school students.

Key words: Electronic cigarettes, smoking prevention behaviors, self-efficacy, grade 10 students

¹ Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Burapha University

² Professor, Faculty of Public Health, Burapha University

* Corresponding author e-mail: nidoranit@hotmail.co.th

ความสำคัญของปัญหา

บุหรื้นับเป็นสิ่งเสพติดที่มีอันตรายร้ายแรงต่อผู้ที่สูบและผู้ที่ได้รับควันบุหรื ตามประกาศของสหรัฐอเมริกา เพราะบุหรืทำให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิต (Center for Disease Control and Prevention, 2017) และในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา ได้มีการทำการตลาดของธุรกิจยาสูบ และการบริโภคบุหรืหรือเลิกทอริกส์หรือบุหรืไฟฟ้าเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมากทั่วโลก (Dhippayom & Nimpitakpong, 2014) ซึ่งการสูบอิลิกทอริกส์ เสี่ยงต่อโรคปอดอักเสบรุนแรง เนื่องจากพบผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคปอดอักเสบรุนแรงจากการสูบบุหรืหรือเลิกทอริกส์ในสหรัฐอเมริกาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งโรคดังกล่าวมีสาเหตุมาจากการได้รับสารเคมีจากการสูบละอองไอของบุหรืหรือเลิกทอริกส์เข้าไป (Office of Tobacco Products Control Committee, Department of Disease Control, 2019) ทั้งนี้ มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรื (Action on Smoking and Health Foundation, Thailand, 2017) ยังได้ระบุว่า อนุภาคในละอองไอน้ำบุหรือิลิกทอริกส์นั้นมีขนาดเล็กมาก ๆ หลายชนิดเล็กกว่าอนุภาคที่พบในควันบุหรืธรรมดา ทำให้อนุภาคเล็กมากเหล่านี้ถูกสูดเข้าถึงจุดที่ลึกมากที่สุดของปอด ทำให้เกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อปอดขึ้น

สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรไทยในกลุ่มอายุอื่น ๆ มีแนวโน้มที่ลดลง แต่อัตราการสูบบุหรืในเยาวชนอายุ 15-19 ปี ทั้งเพศหญิงและชายมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.0 ในปี พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 9.7 ในปี พ.ศ. 2560 Patanavanich (2019) โดยศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล (Tobacco Control Research and Knowledge Management Center, Mahidol University, 2018) พบว่า มีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบคือ 16 ปี และเริ่มสูบบุหรืครั้งแรกในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย คือ ระหว่างอายุ 15-19 ปี และจากผลการสำรวจการบริโภคยาสูบในเยาวชนประเทศไทยปี พ.ศ. 2558 ของสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ (Bureau of Tobacco Control, 2016) ก็พบว่า เยาวชนชายสูบบุหรืหรือเลิกทอริกส์ถึงร้อยละ 4.7 และเยาวชนหญิงสูบบุหรืหรือเลิกทอริกส์ถึงร้อยละ 1.9 นอกจากนี้การศึกษาลิขิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ในสื่อสังคมเครือข่าย และผลของการบังคับใช้กฎหมายผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ พบว่า นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 30.2 สูบบุหรืหรือเลิกทอริกส์ และบุหรืหรือเลิกทอริกส์เป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ได้รับความนิยมสูงสุด มีจำหน่ายในแหล่งขายทั้งออนไลน์และแหล่งขายกายภาพ โดยปัจจัยส่งเสริมการสูบ คือ ความเชื่อที่ผิดและหาซื้อได้ง่าย (Lapyai, 2019) เมื่อจำแนกสถานการณ์การบริโภคยาสูบในประเทศไทยรายจังหวัด พบว่า จังหวัดที่มีอัตราการสูบบุหรืในเยาวชนสูงที่สุด คือ นนทบุรี มากถึงร้อยละ 22.4 (Patanavanich, 2019)

เยาวชนยังเป็กลุ่มเป้าหมายสำคัญของการตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบที่มุ่งหวังผลกำไร จึงมีการพัฒนากลยุทธ์ด้านการตลาดหลากหลายรูปแบบ เพื่อดึงดูดความสนใจและกระตุ้นให้เยาวชนเกิดความต้องการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ (Academic Development Group, Bureau of Tobacco Control, 2018) ปัจจุบันบุหรืหรือเลิกทอริกส์ครอบคลุมการขายและการสื่อสารบนสื่อสังคมเครือข่ายได้ทุกสื่อ ซึ่งก่อให้เกิดการเข้าถึงของเยาวชน การแพร่กระจายของผลิตภัณฑ์ที่รวดเร็ว ซื้อง่าย โฆษณาอย่างเสรี แม้ประเทศไทยจะมีกฎหมายห้ามการนำเข้า ห้ามขาย และห้ามสูบบุหรืหรือเลิกทอริกส์ในสถานที่สาธารณะที่กำหนดให้เป็นเขตปลอดบุหรืเพื่อควบคุมยาสูบ แต่ยังมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถก้าวก่ายกลยุทธการตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบ ส่งผลให้ไม่สามารถบังคับใช้กฎหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าที่ควรทำให้งคงพบการกระทำผิดและละเมิดกฎหมายอยู่เสมอ

จากงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรืในระดับบุคคลสิ่งที่ควรดำเนินการ คือ สร้างแรงจูงใจให้ตระหนักถึงความสำคัญของโทษพิษภัยของบุหรืและกลยุทธ์ของธุรกิจยาสูบ ให้ความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง แสดงให้เห็นโทษหรือความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ สร้างความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่ถูกต้อง และกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่ถูกต้อง (Usaha, Gunvihok, Julasereekul, & Haruhanpong, 2015) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในนักเรียนอาชีวศึกษาหญิงจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความมั่นใจตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรืตำมีโอกาสทดลองสูบบุหรืมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความมั่นใจตนเอง

ในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่สูง (Mahasuan, Homsin, & Srisuriyawet, 2018) และโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะในตนเองทำให้นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองในการลดภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ โดยป้องกันการสูบบุหรี่ได้ (Office of Disease Control 3, Nakhon Sawan Province, 2019) นอกจากนี้การศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นทำให้นักเรียนมีความสามารถตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ และมีพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนการทดลองเข้าร่วมกิจกรรม (Khongphat & Tantirattanawong, 2015)

จะเห็นได้ว่าการวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่มีการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะในตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่แต่การส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์ยังมีจำนวนน้อย และยังไม่มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมสุขศึกษาตามทฤษฎีความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดนันทบุรี การวิจัยนี้จึงประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Bandura, 1997) ที่เชื่อว่า หากบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมใด ๆ จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายได้มาใช้ในการจัดกิจกรรมสุขศึกษา เพื่อให้เยาวชนปลอดภัยจากการไม่สูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์ รวมถึงลดโอกาสทำให้เกิดผู้เสพยาหรีรายใหม่ อันจะส่งผลให้ประเทศชาติมีเยาวชนที่มีสุขภาพที่ดี เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ทัศนคติ การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลดีจากการป้องกันการสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์ของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ทัศนคติ การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลดีจากการป้องกันการสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบในระยะหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-efficacy theory) ของ Badura (1997) ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญคือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) เป็นความเชื่อหรือความมั่นใจของบุคคลว่าตนเองมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการนั้นจนประสบผลสำเร็จได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (Outcome expectation) คือ การที่บุคคลว่าพฤติกรรมที่ตนเองกระทำนั้นจะนำไปสู่ผลการกระทำที่ตนเองได้คาดหวังไว้ ซึ่งการส่งเสริมความสามารถของตนเองมีพื้นฐานมาจากการได้รับข้อมูล 4 แหล่ง ได้แก่ 1) ประสบการณ์ของความสำเร็จจากการปฏิบัติด้วยตนเอง 2) การได้เห็นประสบการณ์หรือตัวอย่างความสำเร็จจากผู้อื่น 3) การสื่อสารชักจูงใจด้วยคำพูด 4) การกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ การวิจัยนี้ประยุกต์แนวคิดนี้มาพัฒนาเป็นแผนการจัดกิจกรรมสุขศึกษา จำนวน 6 แผน ซึ่งดำเนินการจัดกิจกรรมเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 50 นาที เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์และความคาดหวังผลดีจากการป้องกันการสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียน สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 3 จังหวัดนนทบุรี ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2564

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 มีอายุระหว่าง 15-16 ปี เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลากเพื่อเลือกโรงเรียนเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยโรงเรียนยินยอมให้มีการจัดกิจกรรมสุขศึกษา และจับฉลากห้องเรียนที่มีแผนการเรียนเหมือนกันเพื่อเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 1 ห้อง และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 1 ห้อง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยอย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 คน (Polit & Hunger, 1995) โดยแต่ละกลุ่มควรมีไม่ต่ำกว่า 15 คน ในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเป็นนักเรียนทั้ง รวมกลุ่มกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 31 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 31 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ กิจกรรมสุขศึกษาตามแนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายประกอบด้วยแผนการจัดกิจกรรมสุขศึกษาจำนวน 6 แผน โดยจัดกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 50 นาที (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 กิจกรรมสุขศึกษาตามแนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเอง

แผนกิจกรรมที่	องค์ประกอบของทฤษฎีที่ใช้	รายละเอียดกิจกรรม
1 ยาสูบตัวร้าย ทำลายโลก	การสื่อสารชักจูงด้วยคำพูด, การกระตุ้นทางด้านร่างกาย	การบรรยาย เกมบิงโกโรค โทษพิษภัยของบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์ และอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับผลกระทบของบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์ และการชักชวนไม่ให้สูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์
2 ทำไมถึงสูบ	การสื่อสารชักจูงด้วยคำพูด	การวิเคราะห์สถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์ และการหลีกเลี่ยงเมื่อต้องอยู่ในสถานการณ์เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์
3 รู้เท่าทันกลยุทธ์ อุตสาหกรรม ยาสูบ	ประสบการณ์ของความสำเร็จ จากการปฏิบัติด้วยตนเอง, การสื่อสารชักจูงด้วยคำพูด	การบรรยาย เกมรู้เขา รู้เรา โดยให้สถานการณ์การส่งเสริม การขายบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์ และการอภิปรายกลุ่มในการเล่า ประสบการณ์ของตนเอง หรือบุคคลในครอบครัวที่หลงเชื่อ การส่งเสริมการขายบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์ของอุตสาหกรรมยาสูบ
4 ปฏิเสธอย่างไร	ประสบการณ์ของความสำเร็จ จากการปฏิบัติด้วยตนเอง, การกระตุ้นทางด้านร่างกาย และอารมณ์	การนำเสนอวิธีการปฏิเสธ และฝึกปฏิบัติการปฏิเสธ
5 ต้นแบบแห่ง ความสำเร็จ	การได้เห็นประสบการณ์หรือ ตัวอย่างความสำเร็จจากผู้อื่น	กิจกรรมการยกตัวอย่างบุคคลที่ไม่สูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์ การแสดงความคิดเห็น และการอภิปรายกลุ่ม

แผนกิจกรรมที่	องค์ประกอบของทฤษฎีที่ใช้	รายละเอียดกิจกรรม
6 Idol หน้าใหม่	การกระตุ้นทางด้านร่างกาย และอารมณ์, การสื่อสารชักจูง ด้วยคำพูด	กิจกรรมการแสดงความคิดเห็น เกมมันใจเราทำได้โดยเขียนวิธีการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์ที่เหมาะสมกับตนเอง แต่งคำขวัญ และจัดบันทึกเป้าหมายในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบทดสอบชนิดปรนัยชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร KR20 ของคูเลอร์ ริชาร์ดสันได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.7 มีค่าระดับความยากง่ายอยู่ในช่วง 0.37-0.80 และค่าอำนาจจำแนกอยู่ในช่วง 0.2-0.73 ในส่วนที่ 3-6 หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติ จำนวน 15 ข้อ โดยกำหนดคะแนน 1-4 ข้อความทางบวก (1 = ไม่เห็นด้วยมากที่สุด และ 4 = เห็นด้วยมากที่สุด) ข้อความทางลบ (1 = เห็นด้วยมากที่สุด และ 4 = ไม่เห็นด้วยมากที่สุด) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.76 ส่วนที่ 4 การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์จำนวน 24 ข้อ โดยกำหนดคะแนน 1-4 (1 = ไม่เคยปฏิบัติเลย และ 4 = ปฏิบัติเป็นประจำ) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.95 ส่วนที่ 5 การรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 12 ข้อ โดยกำหนดคะแนน 1-4 (1 = มั่นใจในระดับน้อยที่สุด และ 4 = มั่นใจในระดับมากที่สุด) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94 และ ส่วนที่ 6 ความคาดหวังผลดีจากการป้องกันการสูบบุหรี่ หรือเลิกทหรอนิกส์ จำนวน 12 ข้อ โดยกำหนดคะแนน 1-4 (1 = มีความคาดหวังในระดับน้อยที่สุด และ 4 = มีความคาดหวังในระดับมากที่สุด) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แผนการจัดกิจกรรมสุขศึกษาและแบบสอบถามตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ทรงคุณวุฒิต้องจบปริญญาสาขาวิชาศึกษาศาสตร์ทางสุขศึกษา หรือปริญญาสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ทางสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ หรือทางสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพหรือสาขาที่เกี่ยวข้อง หรือเป็นอาจารย์ที่มีประสบการณ์สอนในวิชาสุขศึกษาอย่างน้อย 10 ปี และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มนักเรียนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง แผนการจัดกิจกรรมสุขศึกษาพิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย G-HS 094/2563 ลงวันที่ 4 มีนาคม 2564 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาและประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา และจะไม่สูญเสียผลประโยชน์ใด ๆ ทั้งสิ้น และข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และหลังสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยจะจัดกิจกรรมสุขศึกษาตามแนวคิดความสามารถตนเองให้กับกลุ่มเปรียบเทียบ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยส่งเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยให้นักเรียนและผู้ปกครอง โดยหลังได้รับการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจากนักเรียน และผู้ปกครอง ผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมสุขศึกษาตามแนวคิดความสามารถตนเอง ต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์ให้กับกลุ่มทดลอง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 50 นาที ในช่วงโมงหลังเลิกเรียน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการเรียนการสอนตามปกติ (Pasiphol, 2016) ประกอบด้วย

ชั้นนำเข้าสู่บทเรียน ขั้นสอน และขั้นสรุป ตามการศึกษาสาระและมาตรฐานการเรียนรู้ในหลักสูตรแกนกลางการศึกษา
ขั้นพื้นฐาน ในกลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา (Ministry of Education Thailand, 2008) ผ่านรูปแบบ
ออนไลน์ โดยใช้ Google meet ของทางโรงเรียน และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ Google form เพื่อให้การเก็บข้อมูล
การวิจัยมีความเสี่ยงและผลกระทบต่อผู้วิจัย และผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยน้อยที่สุด เนื่องจากสถานการณ์แพร่ระบาดของ
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการดำเนินการวิจัย และการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ
สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลอง ทำแบบสอบถาม (Pre-test)	สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยให้กลุ่มเปรียบเทียบทำแบบสอบถาม (Pre-test)
สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 1 ยาสูบตัวร้าย ทำลายโลก	สัปดาห์ที่ 2-7 กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการเรียนการสอนตามปกติ ประกอบด้วย ขั้นนำเข้าสู่บทเรียน ครูนำเข้าสู่บทเรียนเพื่อให้นักเรียน เกิดความสนใจ ขั้นสอน ครูอธิบาย/บรรยายเนื้อหาสาระในบทเรียน และขั้นสรุป ครูและนักเรียนช่วยกันสรุปบทเรียนที่เรียนรู้ ตามการ ศึกษาสาระและมาตรฐานการเรียนรู้ในหลักสูตรแกนกลางการศึกษา ขั้นพื้นฐานในกลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา สาระและ มาตรฐานการเรียนรู้ของกลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา มาตรฐาน พ 5.1 ป้องกันและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง ต่อสุขภาพ อุบัติเหตุ การใช้จ่าย สารเสพติด และความรุนแรง
สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 2 ทำไมถึงสูบ	
สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 3 รู้เท่าทันกลยุทธ์อุตสาหกรรมยาสูบ	
สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 4 ปฏิเสธอย่างไร	
สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 5 ต้นแบบแห่งความสำเร็จ	
สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 6 Idol หน้าใหม่	
สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลอง ทำแบบสอบถาม (Post-test)	สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยให้กลุ่มเปรียบเทียบทำแบบสอบถาม (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติการทดสอบค่าที่
แบบจับคู่ (Paired t-test) และสถิติการทดสอบค่าที่แบบอิสระ (Independent t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมี เพศ อายุ จำนวนเงินรายได้ที่ได้รับจากผู้ปกครองต่อเดือน ปัจจุบัน
นักเรียนอาศัยอยู่กับ สถานภาพการสมรสของบิดามารดาของนักเรียน ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การมีบุคคล
ใกล้ชิดสูบบุหรี่หรือเล็ททอนิกซ์ การสูบบุหรี่หรือเล็ททอนิกซ์ของนักเรียน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
(ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 31)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=31)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	15	48.40	18	58.10
หญิง	16	51.60	13	41.90
2. อายุ $\bar{X}$ (SD), Range	15.55 (0.50), 15-16		15.52 (0.50), 15-16	
15 ปี	14	45.20	15	48.40
16 ปี	17	54.80	16	51.60
3. จำนวนเงินรายได้ที่ได้รับจากผู้ปกครองต่อเดือน				
น้อยกว่า 2,000 บาท	13	41.90	12	38.70
2,001-4,000 บาท	16	51.60	15	48.40
4,000 บาทขึ้นไป	2	6.50	4	12.90
4. ปัจจุบันนักเรียนอาศัยอยู่กับ				
บิดามารดา	26	83.90	29	93.50
ญาติ	5	16.10	2	6.50
5. สถานภาพการสมรสของบิดามารดาของนักเรียน				
บิดามารดาอยู่ร่วมกัน	18	58.10	21	67.70
บิดามารดาแยกทางหรือหย่าร้าง	13	41.90	8	25.80
บิดามารดาคนใดคนหนึ่งเสียชีวิต	0	0.00	2	6.50
6. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว				
สนิทสนมพูดคุยปรึกษาหารือได้เสมอ	14	45.20	19	61.30
สนิทสนมพูดคุยปรึกษาหารือบางเรื่อง	17	54.80	12	38.70
7. การมีบุคคลใกล้ชิดสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์				
มี	11	35.50	11	35.50
พ่อและ/หรือแม่	4	36.36	4	36.36
พี่น้อง	1	9.09	1	9.09
ญาติ	4	36.36	1	9.09
เพื่อน	2	18.18	5	45.45
ไม่มี	20	64.50	20	64.50
8. การสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์ของนักเรียน				
ไม่สูบ	30	96.80	29	93.50
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	1	3.20	2	6.50

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทักษะคิด การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลดีจากการป้องกันการสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์ของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทักษะคิด การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลดีจากการป้องกันการสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทักษะคิด การปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลดีจากการป้องกันการสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์ของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ข้อความ	$\bar{X}$	SD	$\bar{D}$	SD_d	t	df	p -value
1. ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์							
ก่อนการทดลอง	6.10	1.19	5.35	1.01	29.28	30	< .001
หลังการทดลอง	11.45	1.12					
2. ทักษะคิดในการป้องกันการสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์							
ก่อนการทดลอง	38.06	3.26	13.09	2.70	27.07	30	< .001
หลังการทดลอง	51.06	1.95					
3. การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์							
ก่อนการทดลอง	66.23	12.24	18.96	9.27	11.38	30	< .001
หลังการทดลอง	85.19	8.70					
4. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์							
ก่อนการทดลอง	34.84	3.16	11.00	3.00	20.41	30	< .001
หลังการทดลอง	45.84	2.13					
5. ความคาดหวังผลดีจากการป้องกันการสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์							
ก่อนการทดลอง	33.29	4.83	10.06	4.87	11.48	30	< .001
หลังการทดลอง	43.35	1.87					

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทักษะคิด การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลดีจากการป้องกันการสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทักษะคิด การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลดีจากการป้องกันการสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลดีจากการป้องกันการสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง

ข้อความ	$\bar{X}$	SD	Mean difference	t	df	p -value
1. ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์						
กลุ่มทดลอง	6.10	1.19	0.00	0.00	60	1.00
กลุ่มเปรียบเทียบ	6.10	1.42				
2. ทักษะในการป้องกันการสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์						
กลุ่มทดลอง	38.06	3.26	-0.45	-0.50	60	0.61
กลุ่มเปรียบเทียบ	38.52	3.79				
3. การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์						
กลุ่มทดลอง	66.23	12.24	-0.38	-1.48	60	0.88
กลุ่มเปรียบเทียบ	66.61	7.86				
4. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์						
กลุ่มทดลอง	34.84	3.16	-0.96	-1.29	60	0.20
กลุ่มเปรียบเทียบ	35.81	2.71				
5. ความคาดหวังผลดีจากการป้องกันการสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์						
กลุ่มทดลอง	33.29	4.83	-1.12	-1.05	60	0.29
กลุ่มเปรียบเทียบ	34.42	3.46				

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทักษะ การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลดีจากการป้องกันการสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลดีจากการป้องกันการสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะหลังการทดลอง

ข้อความ	$\bar{X}$	SD	Mean difference	t	df	p -value
1. ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์						
กลุ่มทดลอง	11.45	1.12	3.64	12.23	60	< .001
กลุ่มเปรียบเทียบ	7.81	1.22				
2. ทักษะในการป้องกันการสูบบุหรี่หรือเลิกทหรอนิกส์						
กลุ่มทดลอง	51.16	1.95	8.80	9.15	60	< .001
กลุ่มเปรียบเทียบ	42.35	4.99				

ข้อความ	$\bar{X}$	SD	Mean difference	t	df	p-value
3. การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่หรือเล็ททอนิกส์						
กลุ่มทดลอง	85.19	8.70	13.38	6.46	60	< .001
กลุ่มเปรียบเทียบ	71.81	7.57				
4. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่หรือเล็ททอนิกส์						
กลุ่มทดลอง	45.84	2.13	6.25	10.74	60	< .001
กลุ่มเปรียบเทียบ	39.58	2.44				
5. ความคาดหวังผลดีจากการป้องกันการสูบบุหรี่หรือเล็ททอนิกส์						
กลุ่มทดลอง	43.35	1.87	5.64	6.90	60	< .001
กลุ่มเปรียบเทียบ	37.71	4.14				

อภิปรายผล

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทักษะคิด การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่หรือเล็ททอนิกส์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังผลดีจากการป้องกันการสูบบุหรี่หรือเล็ททอนิกส์ สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งนี้อาจสืบเนื่องมาจากกลุ่มทดลองได้รับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ จำนวน 6 ครั้ง ได้แก่ 1) ยาสูบตัวร้าย ทำลายโลก โดยการส่งเสริมความสามารถของตนเองจากการสื่อสารชักจูงด้วยคำพูด และการกระตุ้นทางด้านร่างกาย ผ่านกิจกรรมการบรรยาย เกม และอภิปรายกลุ่ม 2) ทำไมถึงสูบ โดยการส่งเสริมความสามารถของตนเองจากการสื่อสารชักจูงด้วยคำพูด ผ่านกิจกรรมการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่หรือเล็ททอนิกส์ และการหลีกเลี่ยงเมื่อต้องอยู่ในสถานการณ์เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่หรือเล็ททอนิกส์ 3) รู้เท่าทันกลยุทธ์อุตสาหกรรมยาสูบ โดยการส่งเสริมความสามารถของตนเองจากประสบการณ์ของความสำเร็จจากการปฏิบัติด้วยตนเอง และการสื่อสารชักจูงด้วยคำพูด ผ่านกิจกรรมการบรรยาย เกม และการอภิปรายกลุ่ม 4) ปฏิเสธอย่างไร โดยการส่งเสริมความสามารถของตนเองจากประสบการณ์ของความสำเร็จจากการปฏิบัติด้วยตนเอง และการกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ ผ่านการนำเสนอวิธีการปฏิเสธ และฝึกปฏิบัติการปฏิเสธ 5) ต้นแบบแห่งความสำเร็จ โดยการส่งเสริมความสามารถของตนเองจากการได้เห็นประสบการณ์หรือตัวอย่างความสำเร็จจากผู้อื่น ผ่านกิจกรรมการยกตัวอย่างบุคคลที่ไม่สูบบุหรี่หรือเล็ททอนิกส์ การแสดงความคิดเห็น และการอภิปรายกลุ่ม และ 6) Idol หน้าใหม่ โดยการส่งเสริมความสามารถของตนเองจากการกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ และการสื่อสารชักจูงด้วยคำพูด ผ่านกิจกรรมการแสดงความคิดเห็น เกม แต่งคำขวัญ และจัดบันทึกเป้าหมาย โดยจัดกิจกรรมการเรียนรู้นี้ส่งเสริมการพัฒนาความสามารถของตนเองที่มีพื้นฐานมาจากการได้รับข้อมูล 4 แหล่ง ได้แก่ 1) ประสบการณ์ของความสำเร็จจากการปฏิบัติด้วยตนเอง 2) การได้เห็นประสบการณ์หรือตัวอย่างความสำเร็จจากผู้อื่น 3) การสื่อสารชักจูงใจด้วยคำพูด 4) การกระตุ้นทางด้านร่างกาย และอารมณ์ รวมถึงมีการใช้รูปแบบกิจกรรมที่มีความหลากหลาย ซึ่งสามารถทำให้กลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น ทำให้ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทักษะคิด การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่หรือเล็ททอนิกส์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลดีจากการป้องกันการสูบบุหรี่หรือเล็ททอนิกส์ เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะป้องกันการสูบบุหรี่หรือเล็ททอนิกส์ตามที่ตนเองได้คาดหวังไว้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอารม คงพัฒน์ และกุลชลี ต้นติริตนวงศ์ (Khongphat & Tantirattanawong, 2015) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน เพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ศูนย์การศึกษาออกโรงเรียน ต.เกาะศรีบอยา อ.เหนือคลอง จ.กระบี่ ผลการศึกษา พบว่า

หลังการทดลองและระยะเวลาติดตามประเมินผล 1 เดือน นักเรียนมีความสามารถตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ และมีพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนการทดลองเข้าร่วมกิจกรรม และสอดคล้องกับการศึกษาของสมบุรณ์ ขอสกุล (khorkull, 2021) ประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นชายในสถานศึกษาระดับอุดมศึกษา ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในผลลัพธ์ของการไม่สูบบุหรี่ และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองระยะติดตามหลังทดลอง 4 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม รวมถึงสอดคล้องกับการทบทวนแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่สำหรับวัยรุ่น (Suvamat & Thiammok, 2018) พบว่า การบรรยาย การพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับกลุ่มเพื่อน การคิดวิเคราะห์ การฝึกทักษะชีวิต และการให้บุคคลในครอบครัวเป็นแบบอย่างที่ดีในการไม่สูบบุหรี่ ส่งผลให้วัยรุ่น มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี และมีพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. โรงเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายสามารถนำกิจกรรมสุขศึกษาตามทฤษฎีความสามารถของตนเอง บูรณาการในการเรียนการสอนในเนื้อหาสุขศึกษาได้ หรือจัดเป็นหลักสูตรเสริมของโรงเรียนแต่ต้องมีการปรับระยะเวลา และเนื้อหาให้เหมาะสมกับบริบท เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่หรือเลิกทอณิกส์
2. ในการจัดกิจกรรมสุขศึกษาในแต่ละครั้งควรกระตุ้นให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทุกกิจกรรม โดยเฉพาะการจัดกิจกรรมในรูปแบบออนไลน์ และเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ครู ผู้ปกครอง ซึ่งนักเรียนจะต้องเกี่ยวข้องสัมพันธ์ และใกล้ชิดอยู่ตลอดเวลา เพื่อร่วมกันหาแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ อีเล็คทรอนิกส์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะกรรมการสุขภาพศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และนักเรียนที่เข้าร่วมการวิจัยทุกคน

References

- Academic Development Group, Bureau of Tobacco Control. (2018). *Situation of tobacco consumption among Thailand students age 15-18 years old, 2018*. Nonthaburi: Bureau of Tobacco Control. [in Thai]
- Action on Smoking and Health Foundation, Thailand. (2017). *Harmfulness of electronic cigarettes to children and young adults; Questions everyone wants to know* (2nd ed.). Bangkok: Action on Smoking and Health Foundation, Thailand. [in Thai]
- Badura, A. (1997). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Revilns*, 84(2), 191-215.
- Bureau of Tobacco Control. (2016). *Global youth tobacco survey: Thailand, 2015*. Bangkok: Zenith Group. [in Thai]
- Center for Disease Control and Prevention. (2017). *Health effects of cigarette smoking*. Retrieved from https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/effects_cig_smoking/index.htm

- Dhippayom, T., & Nimpitakpong, P. (2014). Electronic cigarettes. *Journal of Public Health*, 44(3), 313-328. [in Thai]
- Khongphat, A., & Tantirattanawong, K. (2015). The effect of self-efficacy reinforce program for smoking prevention of junior high school education at Koh sri bo ya education centre, Nua Klong district, Krabi province. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University*, 3(3), 409-426. [in Thai]
- Khorkull, S. (2021). Effectiveness of adolescent male smoking prevention program in educational institutions. *Journal of Pacific Institute of Management Science Humanities and Social Sciences*, 7(3), 161-173. [in Thai]
- Lapyai, S. (2019). New tobacco products on social media and law enforcement on new tobacco products control. *Public Health & Health Laws Journal*, 5(1), 13-29. [in Thai]
- Mahasuan, S., Homsin, P., & Srisuriyawet, R. (2018). Factors related to smoking initiation among female vocational students in Chachoengsao province. *Journal of Public Health Nursing*, 32(1), 30-44. [in Thai]
- Ministry of Education Thailand. (2008). *The basic education core curriculum B.E. 2551*. Bangkok: The Printing House of the Agricultural Co-operative Federation of Thailand. [in Thai]
- Office of Disease Control 3, Nakhon Sawan Province. (2019). *The effectiveness of a self-efficacy promoting program on smoking prevention behavior of secondary school students, Uthai Thani province*. Nakhon Sawan: Company The Best Press and Creation Co., Ltd. [in Thai]
- Office of Tobacco Products Control Committee, Department of Disease Control. (2019). *Department of disease control warns against using electronic cigarettes, increasing risk of deadly pneumonia*. Retrieved from <https://ddc.moph.go.th/th/site/newsview/view/9475>
- Pasiphol, S. (2016). *Educational measuring and assessments*. Bangkok: Chulalongkorn University. [in Thai]
- Patanavanich, R. (2019). *Situation report on cigarette usage on provincial scope B.E. 2544-2560*. Bangkok: Mahidol University. [in Thai]
- Polit, D. F., & Hunger, B. P. (1995). *Nursing research: Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott.
- Suvmat, J., & Thiammok, M. (2018). The review of activities on smoking prevention for adolescents. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 34(1), 141-149 [in Thai]
- Tobacco Control Research and Knowledge Management Center, Mahidol University. (2018). *Statistic report on tobacco consumption in Thailand B.E. 2561*. Bangkok: Jaroendee Mun-kong Karn-pim Printing House. [in Thai]
- Usaha, J., Gunvihok, T., Julasereekul, S., & Haruhanpong, V. (2015). Meta synthesis of preventive factors for cigarette smoking among Thai youths, *Disease Control Journal*, 41(4), 271-284. [in Thai]

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี

อัสมีรา มะเก, พย.ม.^{1*} จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส, Ph.D.² ชนิตดา แนนเพชร, Ph.D.³

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 155 คน ได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอนและมีคุณสมบัติตรงตามงานวิจัยกำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้า 3) แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว 4) แบบสัมภาษณ์การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง 5) แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และ 6) แบบสัมภาษณ์ความเข้มแข็งทางใจ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสัมภาษณ์ในส่วนที่ 1-6 อยู่ระหว่าง .80 - .89 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าระดับสูง ร้อยละ 75.5 ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง ($\beta = .349, p < .001$) และความเข้มแข็งทางใจ ($\beta = .203, p < .05$) โดยสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 18.7 ($R^2 = .187, p < .05$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการรับรู้เหตุการณ์รุนแรงและความเข้มแข็งทางใจเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพ บุคลากรด้านสุขภาพที่ดูแลเกี่ยวกับผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญในด้านจิตใจ โดยคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง ความเข้มแข็งทางใจ

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก e-mail: asmira130900@gmail.com

Factors Influencing Depression among The Elderly in the Trouble area Pattani Province

Asmira Make, M.NS.^{1*}, Jinjutha Chaisena Dallas, Ph.D.², Chanudda Nabkasorn, Ph.D.³

Abstract

Depression is a significant factor affecting the quality of life in older adults. This research aimed to study the factors influencing depression among the elderly in the trouble area, Pattani Province. A Multi-stage random sampling technique was used to recruit 155 older adults who met the inclusion criteria. The screening tools used were the Thai Mini-Mental State Examination and the TMSE scale. The data was collected using six research instruments: 1) Personal information record, 2) Depression interview, 3) Family relationship interview, 4) Perception of violent events interview, 5) Social support interview, and 6) Resilience interview. The Cronbach's alpha coefficients of the instruments ranged from .80 to .89. Descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis were employed for data analyses.

The results revealed that about 75.5 percent of the sample had a higher level of depression. Factors such as perception of violent events ($\beta = .349, p < .001$) and resilience ($\beta = .203, p < .05$) significantly predicted depression. These two factors explained 18.7 percent of the variance for depression in older adults ($R^2 = .187, p < .05$).

The results confirm that perception of violent events and resilience influenced depression among older adults living in the trouble area. Therefore, nurses and the health care providers who work with the elderly need to focus more on their psychological care and rely on factors that promote mental health and prevent depression in the elderly.

Key words: Depression in the elderly, Perception of violent events, Resilience

¹ Student of Master degree of Nursing Science in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

³ Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

* Corresponding author e-mail: asmira130900@gmail.com

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสังคมไทยมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จนนำไปสู่สังคมสูงอายุ (Aging society) จากการสำรวจการคาดการณ์ผู้สูงอายุทั่วโลก พบว่า ในปี ค.ศ. 2050 ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น 2 เท่าตัว โดยมีจำนวนกว่า 2,000 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21 ของประชากรโลก และปี ค.ศ. 2100 ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกจะมีถึง 3,000 ล้านคน หรือร้อยละ 30 ของประชากรโลก (United Nations, 2018) ประเทศไทยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุจำนวนกว่า 10.7 ล้านคน หรือร้อยละ 15.28 ในปี พ.ศ. 2563 และในอีก 20 ปีข้างหน้า พ.ศ. 2573 จะเพิ่มมากกว่า 2 เท่าตัว (Wongpoom, Sukying, & Udomsubpayakul, 2011) ผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย ด้านสังคม และด้านจิตใจ นอกจากนี้ยังเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับความพลัดพราก เสียชีวิตจากคนรัก ญาติ การสูญเสียความภาคภูมิใจในตัวเอง ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวในการดำรงชีวิตอย่างมาก ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงจะทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ผิดหวังต่อตนเองรู้สึกไร้ค่า จนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้

ภาวะซึมเศร้าเป็นความเปราะบางทางด้านอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจ ด้านร่างกาย และพฤติกรรมที่เกิดจากความคิดที่บิดเบือนหรือมีความเชื่อที่ไร้เหตุผลแอบแฝงอยู่ในตัว และจะถูกกระตุ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นวิกฤตของชีวิต (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997) ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ ไม่รู้ว่าตนเองมีภาวะซึมเศร้า แต่มักมาพบแพทย์ด้วยอาการเจ็บป่วย ไม่สุขสบายทางกาย เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หรืออาการไม่สุขสบายอื่น ๆ ซึ่งเป็นลักษณะที่แสดงออกของภาวะซึมเศร้าในวัยสูงอายุที่ต่างจากวัยผู้ใหญ่ (Srisaenpang, 2018) จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี ค.ศ. 2017 พบสถิติการเกิดภาวะซึมเศร้าทั่วโลก ประมาณ 322 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 4.4 ของประชากรโลก (World Health Organization [WHO], 2017) จากการสำรวจสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่สามารถเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มประชากรในวัยอื่นโดยสามารถพบได้มากถึงร้อยละ 10-13 และพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปพบเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.6 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด

เหตุการณ์รุนแรงจังหวัดปัตตานี เป็นความไม่สงบของพื้นที่ดังที่ปรากฏเป็นข่าวมาอย่างต่อเนื่อง เหตุการณ์รุนแรงเริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งถือเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยที่มีต่อเนื่องยาวนาน ไม่ว่าจะเป็นการยิง การวางระเบิด การวางเพลิง ก่อวินาศกรรม เป็นต้น ล้วนทำให้ผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์รุนแรงเป็นจำนวนมาก สูญเสียทั้งทรัพย์สิน บุคลากรเจ้าหน้าที่ และบุคคลอันเป็นที่รัก เหตุการณ์รุนแรงนี้ทำให้คนในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบทางด้านอารมณ์ จิตใจ และอาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา (Jitpiromsri, 2017) ซึ่งในทางการแพทย์เรียกอาการเหล่านี้ว่า ความผิดปกติภายหลังภัยอันตราย (Post-traumatic stress disorder [PTSD]) เป็นความผิดปกติทางจิตใจภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ และพบการศึกษาของ North et al. (1999) จากผู้รอดชีวิตในเหตุการณ์ลอบวางระเบิดที่เมืองโอกาโฮมาในอเมริกาพบว่า ร้อยละ 22.5 ของผู้รอดชีวิตได้รับวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้า

ผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่ที่มีผลกระทบจากเหตุการณ์รุนแรง เป็นกลุ่มบุคคลที่สังคมควรให้ความสำคัญ จากรายงานปัญหาผู้สูงอายุชายแดนใต้ พบว่า สถานการณ์ความรุนแรงทำให้คนวัยแรงงานจำนวนหนึ่งเสียชีวิต ผู้สูงอายุจึงขาดคนดูแลหรือในบางกรณีผู้สูงอายุอาจเป็นผู้ดูแลบุตรหลานที่ทุพพลภาพจากการถูกทำร้าย ความรุนแรงนี้ทำให้ประชาชนอีกส่วนหนึ่งมีความวิตกกังวลในเรื่องความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน จึงตัดสินใจอพยพไปอยู่ในจังหวัดอื่นที่ปลอดภัยมากกว่า แต่ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งมีแนวโน้มไม่อพยพตามบุตรหลานแต่มีความต้องการอาศัยพำนักอยู่ในพื้นที่ต่อไป เนื่องจากผู้สูงอายุมีความผูกพันและคุ้นเคยกับสภาพสังคมในพื้นที่อย่างยาวนาน และเมื่อบุตรหลานอพยพออกไปหมดจึงทำให้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ตามลำพัง (Ratnatilaka Na Bhuket, 2013) ดังนั้นจากสถานการณ์เหตุการณ์รุนแรง ผู้สูงอายุในจังหวัดปัตตานี เป็นกลุ่มหนึ่งที่ต้องเผชิญกับปัญหาความรุนแรง ผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจนส่งผลต่อสภาวะจิตใจอาจมีความเครียด ความวิตกกังวล หากปรับตัวไม่เหมาะสมนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้

จากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดการปรับตัวต่อความเครียดของ Stuart (2014) การวิเคราะห์สถานการณ์รุนแรงในจังหวัดปัตตานีที่เกิดขึ้นจนถึงปัจจุบัน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ในจังหวัดปัตตานี ตามแนวความคิดการปรับตัวต่อความเครียดของ Stuart stress adaptation model [SSAM] ประกอบด้วย ปัจจัยนำด้านจิตสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว การประเมินความเครียด ได้แก่ การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง และ แหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหา ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และความเข้มแข็งทางใจ เนื่องจากเหตุการณ์รุนแรง เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ซึ่งผลกระทบจากเหตุการณ์รุนแรงส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องอาศัยเพียงลำพัง เนื่องจาก บุตรหลานของผู้สูงอายุต้องย้ายที่อยู่อาศัยเพื่อความปลอดภัยและการประกอบอาชีพ เมื่อผู้สูงอายุอาศัยเพียงลำพัง อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความหวาดกลัว ความโดดเดี่ยว การใช้ชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ต้องระมัดระวัง มากขึ้น เหตุการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุมีการปรับตัว หากปรับตัวที่ไม่เหมาะสมทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด ความวิตกกังวล นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ และจากการศึกษาที่ผ่านมาไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง ดังนั้นการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดปัตตานี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

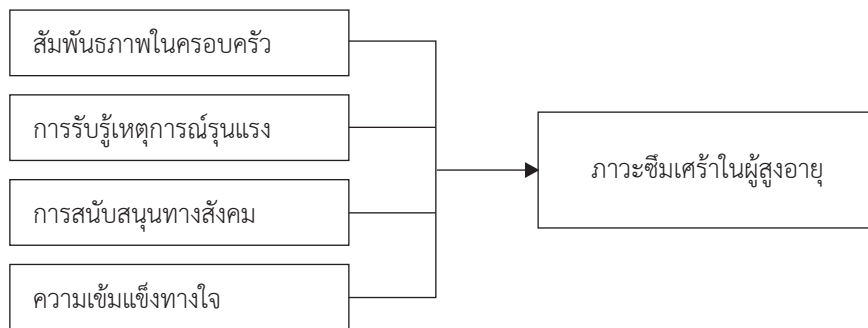
1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรงจังหวัดปัตตานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรงจังหวัดปัตตานี ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง การสนับสนุนทางสังคม ความเข้มแข็งทางใจ

สมมุติฐานการวิจัย

สัมพันธภาพในครอบครัว การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง การสนับสนุนทางสังคม ความเข้มแข็งทางใจ สามารถ ร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรงจังหวัดปัตตานี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดการเกิดภาวะซึมเศร้าตามแนวความคิดการปรับตัวต่อความเครียดของ Stuart stress adaptation model [SSAM] ซึ่งอธิบายถึงปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด ภาวะสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้า (Stuart, 2014) ผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์รุนแรงและเป็นอันตรายนี้ ร่างกายและจิตใจจะรับรู้เหตุการณ์ที่รุนแรง สามารถประเมินระดับความเครียดของตนเอง และการตอบสนองต่อความเครียดนั้นแสดงออกมาทางด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรม และด้านสังคม ตามระดับ การประเมินความรุนแรงของความเครียด หากผู้สูงอายุใช้กลไกต่าง ๆ ในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาในเชิงสร้างสรรค์ (Constructive) มีแหล่งทรัพยากรที่สนับสนุนช่วยเหลือหรือการสนับสนุนทางสังคม ก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งทางจิตใจ มีการปรับตัวได้ (Adaptive) ส่งผลให้เกิดความเครียดลดลงและสุขภาพจิตที่ดี แต่ถ้าผู้สูงอายุที่ปรับตัวได้ ไม่เหมาะสม (Mal-adaptive) จะทำให้ความเครียดเพิ่มมากขึ้น วิตกกังวล มีพฤติกรรมแยกตัว มองตนเองในด้านลบ นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าหรือฆ่าตัวตายได้ จากกรอบแนวคิดนี้ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัย ที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดของ Stuart stress adaptation model [SSAM] ประกอบด้วย ด้านปัจจัยนำ ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว ส่วนด้านการประเมินความเครียด คือ การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง และด้านแหล่งทรัพยากร การเผชิญปัญหา คือ การสนับสนุนทางสังคม ความเข้มแข็งทางใจ ดังแสดงในกรอบแนวคิด ภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบวิเคราะห์หาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Descriptive predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่พักอาศัยและขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุในอำเภอไม้แก่น จังหวัดปัตตานี ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multiple-stage random sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ ปกติ 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถได้ยิน และสื่อสาร ตอบภาษาไทยและภาษายาวี ได้เข้าใจ 3) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ประเมินโดยทำแบบทดสอบสภาพสมองของไทย (TMSE) มีคะแนนตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไป และ 4) สัมผัสใจและยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ มีปัญหาด้านร่างกาย และจิตใจที่มีผลต่อการให้ข้อมูล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2564 การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power analysis (Sanitlou, Sartphet, & Naphaarrak, 2019) เพื่อหาปัจจัยทำนายที่คำนึงถึงการควบคุมความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (Type I error) และชนิดที่ 2 (Type II error) กำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .13 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ .05 และกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 (Polit & Beck, 2017) ดังนั้นในงานวิจัยนี้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 155 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยแบ่งเป็น 7 ส่วน มีดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นเป็นภาษาไทย (TMSE) ที่พัฒนาโดย Brain Rehabilitation Group (1993) แบบสัมภาษณ์นี้ได้นำไปใช้กับผู้สูงอายุชาวไทยอายุ 60-70 ปี จำนวน 180 คน ทั่วประเทศ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 แบบสัมภาษณ์นี้มีคะแนนรวม 30 คะแนน กำหนดเกณฑ์ปกติของคะแนนรวมต้องได้ 24 คะแนนเป็นต้นไป โดยแบ่งคะแนนย่อยออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้สถานที่ 6 คะแนน ด้านการจดจำ 3 คะแนน ด้านความใส่ใจ 5 คะแนน ด้านการคำนวณ 3 คะแนน ด้านการใช้ภาษา 10 คะแนน และด้านการระลึกได้ 3 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบและปลายเปิด เกี่ยวกับ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส สถานภาพการอยู่อาศัย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ บุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย ประสบการณ์ความรุนแรงที่ผ่านมา

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของ Jitaree (2012) แบบสัมภาษณ์นี้ได้นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่ทำการศึกษ จำนวน 30 ราย ได้หาความเชื่อมั่นเท่ากับ .88 จำนวน 21 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้ ไม่เคยรู้สึกซึมเศร้า ให้ 0 คะแนน รู้สึกซึมเศร้าบางครั้ง ให้ 1 คะแนน รู้สึกซึมเศร้าบ่อยครั้ง ให้ 2 คะแนน รู้สึกซึมเศร้าเป็นประจำ ให้ 3 คะแนน ซึ่งคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-63 คะแนน โดยการแบ่งระดับภาวะซึมเศร้า ดังนี้ 0-13 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า 14-20 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ 21-26 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง 27 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัวของ Jitaree (2012) ที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของ Friedman (1986) และ Morrow and Wilson (1961) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา และได้นำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 ราย ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .78 จำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 4 คะแนน เห็นด้วย ให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน โดยคะแนนรวมอยู่ในช่วง 16-64 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวดี คะแนนน้อย หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การรับรู้เหตุการณ์รุนแรงของ Suksawat (2011) ที่แปลเป็นไทยและพัฒนาจากมาตรวัด The comprehensive trauma inventory [CTI] (Hollifield et al., 2005) เป็นมาตรวัดรายงานตนเองเกี่ยวกับประสบการณ์ความรุนแรงระดับกลุ่มจากสงครามของผู้ลี้ภัยของ Suksawat (2011) ได้นำไปใช้กับการศึกษาความรุนแรงระดับกลุ่มอันเนื่องมาจากเหตุการณ์ความไม่สงบใน 5 จังหวัดชายแดนใต้ ในกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษ จำนวน 30 ราย ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของมาตรวัด และได้หาค่าเชื่อมั่นเท่ากับ .98 มีข้อคำถามจำนวน 37 ข้อ แบ่งออกเป็นส่วนที่ 1 ปริมาณเหตุการณ์ความรุนแรง คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-37 คะแนน ซึ่งการแบ่งคะแนน 0 หมายถึง ไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับความรุนแรง 1 หมายถึง มีประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ความรุนแรง โดยคะแนนสูง หมายถึง ประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์รุนแรงมาก คะแนนน้อย หมายถึง ประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์รุนแรงน้อย และส่วนที่ 2 เป็นระดับการรับรู้เหตุการณ์ความรุนแรง เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้ 1 หมายถึง รู้สึกกลัวเล็กน้อย 2 หมายถึง รู้สึกกลัวปานกลาง 3 หมายถึง รู้สึกกลัวมาก 4 หมายถึง รู้สึกกลัวมากที่สุด โดยรวมคะแนนทุกข้อหากคะแนนสูง หมายถึง รู้สึกกลัวต่อเหตุการณ์รุนแรงมาก คะแนนน้อย หมายถึง รู้สึกกลัวต่อเหตุการณ์รุนแรงน้อยโดยคะแนนสูง

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติของ Chantarawongsa (2015) ที่แปลและเรียบเรียงจากแบบวัด Multidimensional Scale of Perceived Social Support ที่พัฒนาโดย Zimet, Dahlem, Zimet, and Farley (1988) ใช้วัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม 3 มิติ คือการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน ได้มีการนำแบบสัมภาษณ์นี้ไปใช้เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ คำถามแต่ละข้อประกอบด้วยคำตอบที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 อันดับ ดังนี้ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างมากที่สุด 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างมาก 3 หมายถึง ไม่เห็นด้วย 4 หมายถึง เฉย ๆ 5 หมายถึง เห็นด้วย 6 หมายถึง เห็นด้วยอย่างมาก 7 หมายถึง เห็นด้วยอย่างมากที่สุด ซึ่งคะแนนรวมอยู่ในช่วง 12-84 คะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก และค่าคะแนนน้อย หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยและคนสำคัญอื่น

ส่วนที่ 7 แบบสัมภาษณ์ความเข้มแข็งทางใจของ Boonbunjob and Dangdomyouth (2018) ซึ่งพัฒนาโดย Maneerat (2011) มาสร้างเป็นแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้สูงอายุไทย ได้มีการนำแบบสัมภาษณ์นี้ไปใช้เพื่อศึกษาในผู้สูงอายุที่เป็นภาวะซึมเศร้าที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 มีข้อคำถาม

จำนวน 24 ข้อ มี 5 มิติ คือ ด้านความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ด้านความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ ด้านการมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม ด้านการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ และด้านความสามารถในการผ่อนคลายความเครียด และการแก้ไขปัญหา โดยมีการให้คะแนนแบบมาตราประมาณค่า ดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน หมายถึง เห็นได้น้อย 3 คะแนน หมายถึง เห็นได้มาก 4 คะแนน หมายถึง เห็นได้มากที่สุด ซึ่งคะแนนรวมอยู่ในช่วง 24-96 คะแนน โดยค่าคะแนนมาก หมายถึง มีความเข้มแข็งทางใจสูง ค่าคะแนนน้อย หมายถึง ความเข้มแข็งทางใจต่ำ

แบบสัมภาษณ์ทุกฉบับนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบหาความเชื่อมั่น โดยนำไปใช้ทดลอง (Try out) กับผู้สูงอายุที่อาศัยและขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.80 - 0.89 โดยค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ G-HS057/2564(E1) ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอนตามหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัยและเพื่อดำเนินการวิจัย ลงนามโดยคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลไม้แก่น อำเภอมะนัง จังหวัดปัตตานี เนื่องจากผู้สูงอายุได้ขึ้นทะเบียนรายชื่อและอยู่ในการดูแลรับผิดชอบของโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงเกี่ยวกับงานวิจัยและขออนุญาตเข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งมีพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 ท่าน เป็นผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนัดหมายวันเวลา จัดสถานที่ในการเก็บข้อมูลโดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวและตระหนักถึงความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (Covid-19) ตามแนวทางป้องกันโรคติดต่ออย่างเคร่งครัด ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้แนะนำตัวเอง เชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ พร้อมรายละเอียดในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว อธิบายวิธีการตอบคำถามในแบบสัมภาษณ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจจึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล หากกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจหรือมีข้อสงสัยในข้อคำถามใด ผู้วิจัยอธิบายเพื่อความกระจ่างในข้อคำถามนั้น ๆ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2564 เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ไปประมวลและวิเคราะห์ ด้วยวิธีการทางสถิติ และนำมาเรียบเรียงเป็นงานวิจัยฉบับนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป โดยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา และวิเคราะห์อำนาจการทำนายของตัวแปรที่ศึกษา โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) กำหนดระดับความนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.7 ส่วนเพศชายร้อยละ 41.3 โดยพบว่าอยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 78.7 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 86.5 รองลงมานับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 13.5 พบสถานภาพสมรส ร้อยละ 49.7 รองลงมาพบสถานภาพ หม้าย ร้อยละ 41.9 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่อยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 59.5 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 60.6 ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 29.7 สถานะในการทำงานอยู่ในช่วงทำงาน ร้อยละ 74.2 ขณะที่รายได้จากการทำงาน (เฉพาะผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานอยู่) มีรายได้ 5,000 - 7,500 บาท/เดือน ร้อยละ 52.3 และที่มาของรายได้ มาจากบุตร หลาน ญาติ พี่น้องสงเคราะห์ ร้อยละ 76.8 ฐานะการเงินของผู้สูงอายุ

พบว่า ส่วนใหญ่พอใช้ แต่ไม่มีเงินเก็บ ร้อยละ 55.5 ขณะที่พักอาศัยในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง เขตอำเภอไม้แก่น จังหวัดปัตตานี ส่วนใหญ่เคยประสบเหตุการณ์รุนแรงร้อยละ 71.0 ไม่เคยประสบเหตุการณ์รุนแรง ร้อยละ 29.0 รวมถึงบุคคลในครอบครัวส่วนใหญ่เคยประสบเหตุการณ์รุนแรง ร้อยละ 63.2 บุคคลในครอบครัวไม่เคยประสบเหตุการณ์รุนแรง ร้อยละ 36.8

2. ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าระดับสูง ร้อยละ 75.5 รองลงมาภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ร้อยละ 12.9 ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 9.0 และไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 2.6 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรที่ศึกษา คะแนนในภาพรวม ($n = 155$)

ภาวะซึมเศร้า	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	0-13	4	2.60
ภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ	14-20	14	9.00
ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	21-26	20	12.91
ภาวะซึมเศร้าระดับสูง	> 27	117	75.49

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา พบว่า ตัวแปรภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้เหตุการณ์รุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($R = .383, p < .001$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($R = .261, p < .001$) ตัวแปรสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้เหตุการณ์รุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($R = .221, p < .001$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($R = .310, p < .001$) ตัวแปรการรับรู้เหตุการณ์รุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($R = .165, p < .05$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($R = .190, p < .05$)

4. ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี ได้แก่ การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง ($\beta = .349, p < .001$) และความเข้มแข็งทางใจ ($\beta = .203, p < .05$) โดยสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง อ.ไม้แก่น จังหวัดปัตตานี ได้ร้อยละ 18.7 ($R^2 = .187, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี

ตัวแปร	R^2	b	$SE_{(b)}$	β	t	p
(Constant)		9.646	9.113		-1.359	.000
การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง	.147	.211	.045	.349	4.710	< .001
ความเข้มแข็งทางใจ	.187	.279	.102	.203	2.740	< .05

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาดังกล่าวสามารถอธิบายตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับสูง ร้อยละ 75.5 ของจำนวนกลุ่มผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรงใน อำเภอไม้แก่น จังหวัดปัตตานี

เคยประสบเหตุการณ์รุนแรงสูงถึงร้อยละ 71.0 และครอบครัวยังคงประสบเหตุการณ์รุนแรง ร้อยละ 63.2 จากสถานการณ์เหตุการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้น ประชาชนในช่วงวัยทำงาน จึงออกมาทำงานต่างท้องถิ่นเพื่อความปลอดภัยกว่า แต่ผู้สูงอายุยังคงไม่ย้ายถิ่นเนื่องจากมีความผูกพันและคุ้นเคยกับสภาพสังคมในพื้นที่อย่างยาวนาน จึงอาศัยพำนักอยู่ในพื้นที่เพียงลำพังกับคู่สมรส ทำให้ยังต้องประสบกับเหตุการณ์รุนแรงในพื้นที่ อาศัยอยู่ด้วยความหวาดกลัว วิตกกังวล และพัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้า ดังเช่นผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ประสบเหตุการณ์รุนแรงในพื้นที่จังหวัดปัตตานี เกิดอาการผิดปกติภายหลังการเกิดการอันตรายเป็น (Post-traumatic stress disorder [PTSD]) ร้อยละ 22 (Boonyamalik, Suksawang, Swangwongsin, & Narakornpijit, 2012) และสอดคล้องกับการศึกษาของ North et al. (1999) พบว่า ร้อยละ 22.5 ของผู้รอดชีวิตในเหตุการณ์ลอบวางระเบิดที่เมืองโอกาโฮมา ในอเมริกา ได้รับวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้า

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุยังคงทำงาน ร้อยละ 74.2 ส่วนใหญ่ คือ ทำสวน เนื่องจากรายได้ยังไม่เพียงพอที่จะมีเงินเก็บ จากสถานการณ์เหตุการณ์รุนแรงทำให้ผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนแปลงแผนการใช้ชีวิต ต้องระมัดระวังมากขึ้น หรือบางครั้งอาจต้องจำกัดสถานที่อื่นเนื่องเหตุการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้น ปัญหาดังกล่าวอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด ความกังวล และปรับตัวไม่เหมาะสม อาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wongpoom et al. (2011) เรื่องความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ความไม่เพียงพอของรายได้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า โดยผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการประกอบกิจการอาชีพด้วยสภาพร่างกาย หากต้องมาประสบกับปัญหาเศรษฐกิจทำให้รายได้ ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตได้ และงานวิจัยของ Vichit (2021) ได้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความไม่เพียงพอของรายได้

2. ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้เหตุการณ์รุนแรง ($\beta = .349, p < .001$) และความเข้มแข็งทางใจ ($\beta = .203, p < .05$) โดยสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง อ.ไม้แก่น จังหวัดปัตตานี ได้ร้อยละ 18.7 ($R^2 = .187, p < .001$) สามารถอธิบายได้ดังนี้

2.1 การรับรู้เหตุการณ์รุนแรงสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี ได้มากที่สุด ($\beta = .349, p < .001$) จากผลการศึกษา ผู้สูงอายุตอบคำถามรายข้อได้คะแนนมากที่สุด คือ การรับรู้เหตุการณ์รุนแรงถึงความรู้สึกกลัวเมื่อได้ยินข่าวเกี่ยวกับเหตุการณ์รุนแรงที่มีผู้คนบาดเจ็บ พิการ หรือเสียชีวิต ($M = 3.56, SD = .68$) ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ เมื่ออธิบายตามกรอบแนวคิดการปรับตัวของ SSAM การรับรู้เหตุการณ์รุนแรงเป็นการประเมินความเครียดของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุจะให้ความหมายของความเครียดที่มีต่อตนเอง โดยแสดงออกเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม ด้านสังคม ดังนั้นการประเมินความเครียดในกลุ่มผู้สูงอายุที่ทำการศึกษานี้ อาจจะมีความเป็นไปได้ที่ผู้สูงอายุทำการประเมินความเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงในลักษณะของการคุกคาม ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Boonsiri (2016) ที่ศึกษาวิถีชีวิตของครอบครัว ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบชายแดนใต้ พบว่า การรับรู้ผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่สงบมีผลต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ เนื่องจากไม่สามารถปรับตัวจากเหตุการณ์รุนแรงได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ganatra, Zafar, Qidwai, and Rozi (2008) พบว่า การสูญเสียที่ไม่คาดคิดโดยเฉพาะบุคคลที่รักเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

2.2 ความเข้มแข็งทางใจ เป็นตัวแปรลำดับที่สองที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี ($\beta = .203, p < .05$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ด้วยบริบทสังคมของพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง ผู้สูงอายุยังคงเผชิญกับสภาพปัญหาความไม่สงบจากเหตุการณ์รุนแรงจนถึงปัจจุบัน การดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ดำเนินด้วยความไม่แน่นอน ความหวาดกลัวต่อสถานการณ์ ทำให้การมีความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุยังสามารถส่งผล

ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ สามารถอธิบายผลตามกรอบแนวคิดการปรับตัวของ SSAM กล่าวว่า ความเข้มแข็งทางใจ เป็นแหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหา ซึ่งเป็นตัวแปรที่สำคัญในการส่งเสริมการเผชิญปัญหาของผู้สูงอายุ เป็นศักยภาพของบุคคลในการยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ท่ามกลางสภาวะการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจ เพื่อสามารถนำพาชีวิตให้ผ่านพ้น รวมถึงสามารถรับมือกับผลกระทบต่าง ๆ จากเหตุการณ์รุนแรงได้ ผลการศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่างกับการศึกษาของ Khongphaisansophon and Soonthornchaiya (2016) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ พบว่า ความเข้มแข็งทางใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ระดับ $0.01 (r = -.525)$ และการศึกษาของ Kitikulthanan (2019) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.277$)

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี ยังประสบกับสถานการณ์รุนแรงอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าการมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี แต่ลักษณะของสถานการณ์ในพื้นที่ยังมีเหตุการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้น ทำให้บุคคลวัยหนุ่มสาวย้ายถิ่นไปอยู่ที่อื่น แต่ผู้สูงอายุยังคงยึดมั่นผูกพันกับถิ่นฐานของตนเอง จึงยังอาศัยอยู่ในพื้นที่ บางคนอยู่กับคู่สมรส บางคนอยู่เพียงลำพัง นอกจากนี้ผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรงที่ประสบเหตุการณ์ดังกล่าว อาจได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบุคคลอื่น ๆ จนได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ จิตใจ ได้รับการเห็นอกเห็นใจ การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ รวมถึงข้อมูลข่าวสาร จึงเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญในการดำรงชีวิต ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จัดการกับความเครียดและความวิตกกังวลได้ ส่งผลต่อการมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี และไม่ก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะ

1. ควรทำการศึกษาวิจัยโดยใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพจิต เช่น โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจต่อการรับรู้เหตุการณ์รุนแรงในพื้นที่แก่ผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง หรือการให้คำปรึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง รวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์รุนแรง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า
2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงมุมมองความคิดเห็น ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานี เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก และได้ประเด็นของปัญหาชัดเจนขึ้น เพื่อนำไปสร้างแนวทางการสร้างโปรแกรมเพื่อลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในพื้นที่เหตุการณ์รุนแรง จังหวัดปัตตานีต่อไป
3. ควรศึกษาถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่เป็นบริบทโดยตรงของพื้นที่ที่อาจจะมีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับการแก้ปัญหาในพื้นที่มากขึ้น

References

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Boonbunjob, U., & Dangdomyouth, P. (2018). The effect of family-involved resilience promoting program on depression In older persons with major depressive disorder. *Nursing Science Chulalongkorn University*, 30(2), 110-123.

- Boonsiri, A. (2016). Livelihoods of families affected by the unrest in the special development region, Southern border. Songkhla case study. Since 2004-2013. *Humanities and Social Sciences, Thaksin University*, 11(1), 238-254.
- Boonyamalik, P., Suksawang, S., Swangwongsin, S., & Narakornpijit, K. (2012). The development and validity testing of assessments for preventing and resolving violence in vocational students. *Psychiatr Assoc Thailand*, 57(1), 1-18.
- Brain Rehabilitation Group. (1993). Thai mental state examination test (TMSE). *Sarasiriraj*, 45(6), 359-374.
- Chantarawongsa, C. (2015). *Social support, person-environment fit, and work engagement: A case study of a flight attendant in one airline company*. Master's Thesis, Industrial and Organizational Psychology, Graduate School, Thammasat University.
- Friedman, M. M. (1986). *Family nursing: Theory and assessment*. New York: Appiton-Century Craftes.
- Ganatra, H. A., Zafar, S. N., Qidwai, W., & Rozi, S. (2008). Prevalence and predictors of depression among the elderly population of Pakistan. *Aging Mental Health*, 12(3), 349-356.
- Hollifield, M., Eckert, V., Warner, T. D., Jenkins, J., Krakow, B., Ruiz, J., & Westermeyer, J. (2005). Development of an inventory for measuring war-related events in refugees. *Comprehensive Psychiatry*, 46(1), 67-80.
- Jitaree, B. (2012). *The factors influencing depression among the elderly at a community in Nakhon Pathom province*. Master's Thesis, Community Nurse Practitioner, Christian University.
- Jitpiromsri, S. (2017). *Conflicts on the southern border in 13 years: The complexity of the field of violence and the power of the Pattani*. Retrieved from <https://www.deepsouthwatch.org/node/11053>
- Kitikulthanan, P. (2019). The relationships between gender, activities of daily living, resilience, and social support and depression among older persons. *Psychiatric Nursing and Mental Health*, 33(2), 137-155.
- Khongphaisansophon, A., & Soonthornchaiya R. (2016). Factors related to resilience among older persons with major depressive disorder. *Psychiatric Nursing and Mental Health*, 30(2), 127-142.
- Maneerat, S. (2011). *Development and psychometric evaluation of Thai elderly resilience scale*. Doctoral Dissertation, Nursing Science, Prince of Songkla University, Songkla.
- Morrow, P. M., & Wilson, R. C. (1961). Family relationship of bright high-achieving and underachieving high school boy. *Child Development*, 32(3), 501-510.
- North, C. S., Nixon, S. J., Shariat, S., Mallonee, S., McMillen, J. C., Spitznagel, E. L., & Smith, E. M. (1999). Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma city bombing. *Journal of American Medical*, 282(8), 755-762.
- Polit D. F., & Beck C. T. (2017). *Nursing research generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.

- Ratnatilaka Na Bhuket, P. (2013). From problems to policy: A case study of the elderly in Southern border provinces. *Romphruek Journal Krirk University*, 31(3), 1-26.
- Sanitlou, N., Sartphet, W., & Naphaarrak, Y. (2019). Sample size calculation using G*POWER program. *Suvarnabhumi Institute of Technology (Humanities and Social Sciences)*, 5(1), 496-507.
- Suksawat, J. (2011). *Collective violence due to insurgency, coping, and happiness of undergraduate students living in the five Southern border provinces of Thailand: A mixed methods*. Doctoral Dissertation, Psychology, faculty of Psychology, Chulalongkorn University.
- Srisaenpang P. (2018). Depression in older persons: Comprehensive nursing. *Nursing Science and Health*, 41(1), 129-140.
- Stuart, G. W. (2014). *Principles and practice of psychiatric nursing* (10th ed.). London: Elsevier Health Sciences.
- United Nations. (2018). *World population prospects the 2017 revision volume I: Comprehensive tables*. Retrieved from <http://www.un.org/en/development/desa/population>
- Vichit, C. (2021). Prevalence and associated factors of depression among the elderly living in Phonphisai district, Nongkai province. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 36(1), 24-36
- Wongpoom, T., Sukying C., & Udomsubpayakul, U. (2011). Prevalence of depression among the elderly in Chiang Mai province. *Psychiatr Assoc Thailand*, 56(2), 103-116.
- World Health Organization [WHO]. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Geneva: World Health Organization.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.

สมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาล ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในโรงพยาบาลตติยภูมิ

อมรทิพย์ อังคุรภัครวัฒน์, พย.ม.^{1*} พัทธกรธรณ์ อารีย์, วท.ด.² เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย,ปร.ด.³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะการจัดการสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ในโรงพยาบาลตติยภูมิโดยประยุกต์ใช้เทคนิคเดลฟายในการเก็บรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นจำนวน 17 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการบอกต่อของผู้เชี่ยวชาญเครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 3 รอบ ประกอบด้วยแบบสอบถามปลายเปิดและแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับเกี่ยวกับสมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

ผลการวิจัยพบว่าสมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในโรงพยาบาลตติยภูมิ ประกอบด้วย 3 ด้านหลักและมีสมรรถนะย่อย 46 ข้อ ดังนี้ 1) ด้านทักษะทางคอมพิวเตอร์ 18 ข้อ ที่แบ่งออกเป็น 2 ด้านย่อย คือ ทักษะการใช้งานโปรแกรมพื้นฐานที่เกี่ยวกับการบริหารทางการพยาบาล (7 ข้อ) และทักษะการใช้งานโปรแกรมขั้นสูงและแอปพลิเคชันที่เกี่ยวกับการบริหารทางการพยาบาล (11 ข้อ) 2) ด้านทักษะทางวิทยาการสารสนเทศ 17 ข้อที่แบ่งออกเป็น 2 ด้านย่อย คือ ความสามารถทางวิทยาการสารสนเทศ (6 ข้อ) และความรู้ทางวิทยาการสารสนเทศ (11 ข้อ) และ 3) ด้านทักษะการเป็นพยาบาลสารสนเทศ 11 ข้อจากผลการวิจัยนี้ได้ให้แนวทางการพัฒนา สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในโรงพยาบาลตติยภูมิมีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับสมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลเพิ่มขึ้นและได้มาตรฐาน นอกจากนี้ผลการวิจัยได้ให้แนวทางการพัฒนาเครื่องมือเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติงานเกี่ยวกับสมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น

คำสำคัญ: สมรรถนะ สารสนเทศทางการพยาบาล ดิจิทัลทางการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น เดลฟาย เทคนิค

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

³ ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

* ผู้เขียนหลัก e-mail: amonthip2304@gmail.com

Nursing Informatics and Digital Competencies of First-line Nurse Managers in Tertiary Level Hospitals

Amonthip Aunggurpakkarawat, M.N.S.^{1*}, Patcharaporn Aree, D.Sc.²,
Phechnoy Singchungchai, Ph.D.³

Abstract

This descriptive research aimed to study the nursing informatics and digital competencies of the first-line nurse managers in tertiary hospitals. The research method utilized the Delphi technique in collecting data from 17 experts who have knowledge and experience in nursing informatics and digital management of first-line nurse managers in tertiary hospitals. The participants were selected using the snowball technique. The research instruments used to measure the nursing informatics and digital competencies were open-ended and five-point rating scale questions. The data were analyzed using the median and interquartile range.

The study findings revealed that the nursing informatics and digital competencies of first-line nurse managers in tertiary hospitals were categorized into three core competencies and 46 sub-competencies as follows. 1) The computer skills composed of 18 sub-competencies, and was further classified into two sub-skills, which included the skills in basic software applications related to nursing administration (7 items) and the skills in advanced software applications related to nursing administration (11 items). 2) The information science skills composed of 17 sub-competencies and was further classified into two sub-skills that included the information science competencies (6 sub-competencies) and information science knowledge (11 sub-competencies), and 3) The nursing informatics skills composed of 11 sub-competencies. These findings will provide guidelines for developing, supporting, and promoting the first-line nurse managers in tertiary hospitals to gain more knowledge and experience to meet the nursing informatics standards and digital competencies. In addition, this research results serve as a guide for developing tools to evaluate the nursing informatics and digital performance in first-line nurse managers.

Key words: competency, first-line manager, information technology, nursing digital, delphi technique

¹ Master of Nursing Science Program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Christian University

² Associate Professor, Faculty of Nursing, Christian University

³ Professor, Faculty of Nursing, Christian University

* Corresponding author e-mail: amonthip2304@gmail.com

ความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันโลกกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นร่วมกับพบโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ทำให้พบผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนเกี่ยวกับโรคและการรักษามากขึ้นตามไปด้วยประกอบกับในปัจจุบันระบบการดูแลสุขภาพมีความเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วและมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น และได้มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health Information Technology [HIT]) เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลระบบสุขภาพเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยมุ่งเน้นสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชากรเป็นหลัก (United States Department of Health and Human Service [DHHS], 2011) ซึ่งประเทศไทยได้มีการเตรียมความพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยีสารสนเทศและดิจิทัลโดยการสร้างวิสัยทัศน์เชิงนโยบายการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศไทย หรือ โมเดลพัฒนาเศรษฐกิจของรัฐบาล “Thailand 4.0” ที่เข้ามาบนวิสัยทัศน์ที่ว่า “มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน” ที่มีภารกิจสำคัญในการขับเคลื่อนปฏิรูปประเทศด้านต่าง ๆ เพื่อปรับแก้ จัดระบบ ปรับทิศทาง และสร้างหนทางพัฒนาประเทศให้เจริญ สามารถรับมือกับโอกาสและภัยคุกคามแบบใหม่ ๆ ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและรุนแรงในศตวรรษที่ 21 ได้ ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบาย ไทยแลนด์ 4.0 โดยมุ่งเน้นการพัฒนาสารสนเทศทางสาธารณสุข ได้มีการออกกรอบนโยบายเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารกระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารเพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ ในกระบวนการจัดการและการให้บริการสาธารณสุข การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศการจัดการความรู้ด้านการแพทย์และสุขภาพสำหรับประชาชนภายใต้โครงการโรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart hospital) ดังนั้นบุคลากรในหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับโดยเฉพาะผู้นำทางการพยาบาลจึงมีความจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาด้านการวางแผนยุทธศาสตร์สุขภาพและการพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นเพื่อรองรับนโยบายและสถานการณ์เปลี่ยนแปลงในทุกมิติ (Boontae, Siritarungsri, Banyati, & Luangamornlert, 2019)

องค์กรพยาบาลเป็นองค์กรที่สำคัญต่อระบบสุขภาพ และองค์กรที่ขับเคลื่อนระบบสุขภาพต้องมีการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพอยู่ตลอดเวลาให้ทันต่อความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจึงมีความจำเป็นต้องใช้สารสนเทศทางและดิจิทัลทางการพยาบาลเพื่อช่วยเป็นเครื่องมือที่ช่วยในการสนับสนุนการทำงานพยาบาลจึงเป็นผู้ที่ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมากที่สุด (Kassam, Nagle, & Strudwick, 2017) การใช้สารสนเทศและดิจิทัลที่ถูกต้องและเป็นระบบจะช่วยให้การเพิ่มความรวดเร็วและการเข้าถึงของผู้มารับบริการ ยิ่งกว่านั้นการใช้สารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลจะส่งผลต่อการปฏิบัติการพยาบาล ที่จะสนองต่อความรวดเร็วและการเพิ่มคุณภาพการบริการ (Skytt, Ljunggren, Sjoden, Carlsson, & Susakka, 2008) สารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลในองค์กรพยาบาลนั้นถือว่าเป็นเรื่องที่สำคัญเพื่อช่วยเป็นเครื่องมือที่ช่วยในการสนับสนุนการทำงานทางการพยาบาล (Nursing Division, 2013) สมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลของพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยในการดำเนินการจัดการบริหารงานทางการพยาบาลเนื่องจากเป็นเครื่องมือที่จะให้ผู้บริหารประเมินความสามารถ ทักษะ และความรู้ ด้านสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาล (Eamsiriwong, 2008) ของผู้ปฏิบัติงานว่ามีสมรรถนะเพียงพอในการทำงานหรือไม่และยังสามารถกำหนดแนวทางในการพัฒนาพยาบาลให้มีสมรรถนะที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานได้

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นโรงพยาบาลที่รับดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนเกี่ยวกับโรคและการรักษาจึงมีการพัฒนาและนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ เข้ามาใช้ในการดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอทั้งในด้านการแพทย์และการพยาบาล พยาบาลจึงจำเป็นต้องติดตามความรู้ทางการพยาบาลและทางการแพทย์อยู่เสมอ จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสารสนเทศและการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยเข้ามาใช้ในการพยาบาลทำให้องค์กรพยาบาลต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ผู้นำทางการพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะใหม่ ๆ เพิ่มขึ้นเพื่อตอบสนองต่อความคาดหวังต่อความเป็นเลิศในการจัดการปัญหาต่างๆ ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องเตรียมตัวเสริมสร้างทักษะรับมือกับความเปลี่ยนแปลงรวมถึงการพัฒนาและการส่งเสริมการทำงานในทุก ๆ ด้าน (Singhanet, Jaisit, & Henkaew, 2017) ความสำเร็จขององค์กรด้านสุขภาพ

จะบรรลุตามวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กรได้ขึ้นอยู่กับศักยภาพของผู้นำทางการพยาบาลในการบริหาร (Srisathitnarakun, 2008) โดยเฉพาะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นเป็นบุคลากรสำคัญเพราะเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการและมีบทบาทในการนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติเชื่อมโยงระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น (Wongsalarp, 2014) ในยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วบทบาทของผู้บริหารจึงทวีความสำคัญและซับซ้อนเพิ่มยิ่งขึ้น ผู้นำทางการพยาบาลจำเป็นต้องมีสมรรถนะใหม่ ๆ เพิ่มขึ้นเพื่อตอบสนองต่อความคาดหวังต่อความเป็นเลิศในการจัดการปัญหาต่าง ๆ ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องเตรียมตัวเสริมสร้างทักษะรับมือกับความเปลี่ยนแปลงรวมถึงการพัฒนาและการส่งเสริมการทำงานในทุก ๆ ด้าน (Singhanet et al., 2017)

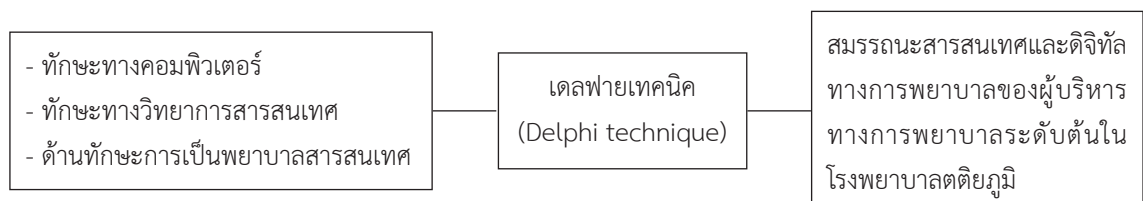
จากการศึกษาพบว่าสมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลของผู้บริหารประกอบด้วย 3 ทักษะด้วยกัน ได้แก่ ทักษะทางคอมพิวเตอร์ (Computer skills) ทักษะทางวิทยาการสารสนเทศ (Informatics skills) และความรู้ด้านวิทยาการสารสนเทศ (Informatics knowledge) (Staggers, Gassert, & Curran, 2002) ซึ่งเป็นการศึกษาในต่างประเทศทั้งสิ้น ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในประเทศไทยที่ชัดเจน โดยเฉพาะยังไม่มีการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีการพัฒนาด้านสารสนเทศทางการพยาบาลอย่างรวดเร็ว ดังนั้นจึงจำเป็นต้องเพิ่มการพัฒนาสมรรถนะด้านสารสนเทศและดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในโรงพยาบาลตติยภูมิ โดยการให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรอบรู้เกี่ยวกับการบริหารและการจัดการสารสนเทศได้ฉันทามติที่จะกำหนดกรอบสมรรถนะดังกล่าวซึ่งต้องใช้เทคนิคเดลฟาย เนื่องจากเทคนิคนี้เป็นเทคนิคที่รวบรวมความรู้ที่เป็นหนึ่งเดียวกันในการคาดคะเนความคิดเห็นหรือเป็นกระบวนการและเครื่องมือที่ช่วยให้ได้มาซึ่งฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญในการหาข้อสรุปเกี่ยวกับสมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นเพื่อใช้เป็นตัวชี้วัดมาตรฐานในการใช้สารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในโรงพยาบาลตติยภูมิ
2. เพื่อศึกษาข้อรายการย่อยของแต่ละสมรรถนะหลักของสมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในโรงพยาบาลตติยภูมิ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดสมรรถนะการจัดการสารสนเทศ (Information management competencies) ด้านวิทยาการสารสนเทศ (Informatics competencies) (Staggers et al., 2002) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาเป็นกรอบแนวคิดและแนวทางในการวิจัย แนวคิดนี้อธิบายว่าสมรรถนะการจัดการสารสนเทศประกอบด้วย ทักษะทางคอมพิวเตอร์ (Computer skills) ทักษะทางวิทยาการสารสนเทศ (Informatics skills) และความรู้ด้านวิทยาการสารสนเทศ (Informatics knowledge) ร่วมกับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ มาเป็นแนวทางในการกำหนดกรอบสมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในโรงพยาบาลตติยภูมิ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาสมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ในโรงพยาบาลตติยภูมิโดยประยุกต์ใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลจัดการสารสนเทศของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในโรงพยาบาลตติยภูมิ

ประชากร

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลมีจำนวน 3 กลุ่ม ประกอบด้วย พยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลผู้บริหารทางการพยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาล และอาจารย์ที่มีประสบการณ์สอนเกี่ยวกับสารสนเทศ เนื่องจากอาจารย์พยาบาลใกล้ชิดกับนักศึกษาพยาบาลซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลในอนาคต อาจารย์ด้านสารสนเทศทางการพยาบาลจึงอาจมีมุมมองใหม่ๆที่เข้ากับพยาบาลรุ่นใหม่

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลคือ พยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลจำนวน 5 คน ผู้บริหารทางการพยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาล จำนวน 11 คน และอาจารย์ที่มีประสบการณ์สอนเกี่ยวกับสารสนเทศจำนวน 1 คน คุณสมบัติหรือเกณฑ์คัดเข้าคือ เป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ด้านสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานโดยใช้สารสนเทศและดิจิทัลอย่างน้อย 2 ปี สำหรับเกณฑ์คัดออก คือ ในช่วงเก็บข้อมูลนั้นผู้เชี่ยวชาญที่ลาป่วยหรือตอบหรือให้ข้อมูลไม่ครบ 3 รอบ

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธี Snowball technique เริ่มด้วยผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้เชี่ยวชาญในการใช้สารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลจำนวน 1 ท่าน แล้วได้ให้ผู้เชี่ยวชาญระบุรายชื่อผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น ๆ ต่อไป หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ให้ผู้เชี่ยวชาญท่านใหม่ระบุชื่อผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น ๆ ต่อไปอีก จนกระทั่งครบจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง การกำหนดจำนวนผู้เชี่ยวชาญยึดตามหลักเกณฑ์ของแมคมิลแลน (Macmillan, 1971) ที่ได้เสนอผลการวิจัยเกี่ยวกับจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่จะใช้ในการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟายซึ่งพบว่าเมื่อมีจำนวนผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ 16 คนขึ้นไปจะให้ความคลาดเคลื่อนเกิดน้อยที่สุดอยู่ที่ 0.04 และเพื่อป้องกันการผิดพลาดระหว่างเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้จึงได้กำหนดจำนวนผู้เชี่ยวชาญหรือกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 17 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการทำวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างหรือผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย ข้อคำถามแบบเติมคำในช่องว่าง และแบบเลือกตอบ ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญตามที่กำหนด ได้แก่ อายุ เพศ ตำแหน่ง วุฒิการศึกษา และระยะเวลาในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับสารสนเทศ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปลายเปิดความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในโรงพยาบาลตติยภูมิ ข้อคำถามแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านทักษะทางคอมพิวเตอร์ ทักษะทางวิทยาการสารสนเทศ ด้านความรู้ด้านวิทยาการสารสนเทศ จำนวน 21 ข้อ อาทิเช่น ท่านคิดว่าผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นควรมีทักษะทางคอมพิวเตอร์อย่างไรบ้าง ท่านคิดว่าผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นควรมีทักษะทางวิทยาการสารสนเทศอย่างไรบ้าง ท่านคิดว่าผู้บริหารระดับต้นควรมีความรู้เกี่ยวกับวิทยาการสารสนเทศอะไรบ้าง เป็นต้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

รอบที่ 1 ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ในโรงพยาบาลตติยภูมิที่ได้จากการนำกรอบแนวคิดสมรรถนะการจัดการสารสนเทศ

และด้านวิทยาการสารสนเทศ ของสแต็กเกอร์ส แกัสเสริท, และเคอร์แลน (Staggers et al., 2002) มาเป็นแนวทางในการสร้างเป็นแบบสำรวจความคิดเห็น ลักษณะเป็นแบบสอบถามแบบปลายเปิด เพื่อให้เลือกตอบตามความคิดเห็น และให้ข้อเสนอแนะแบบอิสระ

รอบที่ 2 นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากการสำรวจความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 1 มาทำการวิเคราะห์เนื้อหาพร้อมทั้งข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมแล้วนำข้อความที่มีเนื้อหาในลักษณะเดียวกันมารวมเข้าด้วยกัน จัดหมวดหมู่ในแต่ละด้านและสร้างเป็นเครื่องมือการวิจัยครั้งนี้โดยเป็นแบบสอบถามความคิดเห็นโดยการจัดระดับความสำคัญในลักษณะของมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับมากที่สุดไปจนถึงน้อยที่สุด

รอบที่ 3 แบบสอบถามสร้างขึ้น โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้ในรอบที่ 2 มาวิเคราะห์หาคำมัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของแต่ละข้อคำถามที่ได้จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 2 ว่าข้อใดที่ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันให้คัดข้อคำถามนั้นมาอยู่ในแบบสอบถามชุดที่ 3 โดยเป็นแบบสอบถามความคิดเห็นเพื่อให้ยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบโดยการจัดระดับความสำคัญในลักษณะของมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับมากที่สุดไปจนถึงน้อยที่สุด โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 3 ด้านหลักคือ ด้านสมรรถนะด้านทักษะทางคอมพิวเตอร์ จำนวน 21 ข้อ ทักษะทางวิทยาการสารสนเทศจำนวน 17 ข้อ และทักษะการเป็นพยาบาลสารสนเทศจำนวน 11 ข้อ หากผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยกับข้อคำถามในระดับมากที่สุดให้เลือกระดับ 5 และเห็นด้วยน้อยที่สุดให้เลือกระดับ 1

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การวิจัยชุดที่เป็นแบบสำรวจความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับสมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในโรงพยาบาลตติยภูมิ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อใช้ในการสร้างเครื่องมือการวิจัยครั้งนี้คือแบบสอบถามเกี่ยวกับสมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้น ในโรงพยาบาลตติยภูมิ ที่ผู้วิจัยได้นำเสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบพิจารณาความชัดเจนของข้อความ (Clarity) ความเหมาะสมของคำถาม (Appropriateness) และความเหมาะสมของการจัดลำดับคำถาม (Sequence the question) ความครอบคลุมวัตถุประสงค์และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญและการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเทคนิคเดลฟาย โดยกระบวนการดังกล่าวได้แฝงอยู่ในเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟายซึ่งได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญโดยตรง ดังนั้นผู้เชี่ยวชาญจึงมีโอกาสนในการปรับแก้ไขข้อมูล ภาษาที่ใช้และตรวจสอบคำถามของตนเองหลายรอบ (Poolpatarachewin, 2009)

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลกระทำโดยผู้วิจัยขอหนังสือจากมหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่ น.25/2563 เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสถาบันที่ผู้เชี่ยวชาญสังกัดและทำหนังสือให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นยินยอมให้ข้อมูลโดยขอให้ผู้เชี่ยวชาญลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการเก็บข้อมูลจนกระทั่งนำเสนอผลงาน โดยผู้วิจัยชี้แจงการขอความร่วมมือในการทำวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัย การเก็บรักษาข้อมูลที่ได้เป็นความลับและจะทำการทำลายข้อมูลหลังจากการวิจัยเสร็จสิ้น ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะขอออกจากการวิจัยได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผลแก่ผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ในรอบที่ 1 ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าร้อยละ

2.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile) เพื่อแสดงตำแหน่งค่าตอบในภาพรวมของผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 2 และ 3

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อการตรวจสอบการได้รับฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยได้พิจารณาจากค่าสถิติที่ใช้การวัดแนวโน้มเข้าสู่ศูนย์กลางได้แก่ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Wongvanich, 2005) ดังนี้

ค่ามัธยฐานแปลผลเป็น 5 ระดับดังนี้

4.50 ขึ้นไป หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่ามีสมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้น ในโรงพยาบาลตติยภูมิ มีความสำคัญระดับมากที่สุด

3.50-4.49 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่ามีสมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้น ในโรงพยาบาลตติยภูมิ มีความสำคัญระดับมาก

2.50-3.49 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่ามีสมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้น ในโรงพยาบาลตติยภูมิ มีความสำคัญระดับปานกลาง

1.50-2.49 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่ามีสมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้น ในโรงพยาบาลตติยภูมิ มีความสำคัญระดับน้อย

น้อยกว่า 1.50 หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่ามีสมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้น ในโรงพยาบาลตติยภูมิ มีความสำคัญระดับน้อยที่สุด

เกณฑ์การแปลผล

1. ค่ามัธยฐานควรมีค่าไม่ต่ำกว่า 3.50
2. ค่าพิสัยของควอไทล์ (Q3-Q1) ควรมีค่าไม่มากกว่า 1.50
3. ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์โดยคำนวณค่าความแตกต่างระหว่างเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 กับเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 ถ้าค่าพิสัยควอไทล์ที่คำนวณได้มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50 แสดงว่าความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ มีความสอดคล้องกัน (Consensus) แต่ถ้าค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ที่คำนวณได้มีค่ามากกว่า 1.50 แสดงว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นต่อข้อความนั้น ๆ ไม่สอดคล้องเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้เชี่ยวชาญ

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 45 ปี ($\bar{X} = 45$, $SD = 8.6$) อายุมากที่สุด 65 ปี และน้อยที่สุด 33 ปี วุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทมากที่สุด มีจำนวนร้อยละ 58.8 รองลงมาเป็นวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี มีจำนวนร้อยละ 35.3 และระดับปริญญาเอก มีจำนวนร้อยละ 5.9 และสำหรับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ พบว่า ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับ/ใช้สารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลในการทำงานเฉลี่ย 12 ปี ($\bar{X} = 12.2$, $SD = 7.3$) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับ/ใช้สารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลในการทำงานมากที่สุดคือ 25 ปี น้อยที่สุดคือ 3 ปี

การสำรวจความคิดเห็นรอบที่ 1 มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับสมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้นในโรงพยาบาลตติยภูมิ เป็นแบบสอบถามแบบปลายเปิดเพื่อให้เลือกตอบตามความคิดเห็น และให้ข้อเสนอแนะแบบอิสระ เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพโดยผลสรุปรายละเอียดความคิดเห็น และข้อเสนอแนะเพิ่มเติมของผู้เชี่ยวชาญในแต่ละข้อที่มีความเห็นสอดคล้องกันมากกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดสรุปได้ว่าสมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้นในโรงพยาบาลตติยภูมิมีทั้งหมด 3 ด้านคือ ทักษะทางคอมพิวเตอร์(Computer skills) จำนวน 21 ข้อ ทักษะด้านวิทยาการสารสนเทศ (Informatics skills) จำนวน 17 ข้อ ด้านทักษะการเป็นพยาบาลสารสนเทศจำนวน 11 ข้อ รวมทั้งสิ้น 49 ข้อ และได้นำข้อมูลมาสร้างแบบสอบถามในรอบที่ 2 และ 3 ได้ข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 ค่ามัธยฐาน (*Md*) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (*IR*) และระดับความสำคัญของสมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลทางการแพทย์ของผู้บริหารระดับต้นในโรงพยาบาลตติยภูมิตำหนักทางคอมพิวเตอร์ แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 และรอบที่ 3 (*n* = 17)

สมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลทางการแพทย์ ของผู้บริหารระดับต้นในโรงพยาบาลตติยภูมิ	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	<i>Md</i>	<i>IR</i>	ระดับ	<i>Md</i>	<i>IR</i>	ระดับ
1. มีทักษะในการใช้โปรแกรมในการทำรายงานทางการบริหารทางการแพทย์	5	0	มากที่สุด	5	0	มากที่สุด
2. มีทักษะในการใช้โปรแกรมเพื่อคำนวณสถิติทางการแพทย์	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
3. มีทักษะในการวิเคราะห์สถิติทางการแพทย์ของหน่วยงาน	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
4. มีทักษะในการใช้โปรแกรมในการวิเคราะห์ประเมินผลการบริหารทางการแพทย์ได้	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
5. มีทักษะในการใช้งานโปรแกรมในการนำเสนอผลงานในการบริหารทางการแพทย์และข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารทางการแพทย์	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
6. มีทักษะในการสร้างสื่อสารสนเทศทางการแพทย์และบริหารทางการแพทย์	4	1	มาก	4	1	มาก
7. ความสามารถในการนำอุปกรณ์ดิจิทัลมาใช้ในงานการบริหารทางการแพทย์ได้หลายชนิด	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
8. มีทักษะในการใช้ซอฟต์แวร์พยากรณ์ (Forecasting) เกี่ยวกับอัตราค่าจ้างในการทำงานของพยาบาล	4	2	มาก	4	2	มาก
9. มีทักษะในการใช้โปรแกรมในการบริหารงบประมาณด้านการพยาบาลแบบอิเล็กทรอนิกส์ (Budgeting)	4	2	มาก	4	2	มาก
10. มีทักษะในการใช้ซอฟต์แวร์ในการวิเคราะห์ออกแบบการจัดการทรัพยากรมนุษย์ (Humanresourcer)	4	2	มาก	4	2	มาก
11. มีทักษะในการใช้งานแอปพลิเคชันที่เกี่ยวกับการแพทย์ทางไกลได้เป็นอย่างดี	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
12. สามารถใช้โปรแกรมในการค้นหางานวิจัยที่มีความทันสมัยมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
13. สามารถใช้โปรแกรมในการเชื่อมต่อและส่งต่อข้อมูลของผู้รับบริการภายในโรงพยาบาลได้เป็นอย่างดีเช่น ประวัติการส่งต่อแบบออนไลน์ ผล Lab ออนไลน์ เป็นต้น	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
14. มีทักษะการใช้งานแอปพลิเคชันที่เกี่ยวกับการบริหารทางการแพทย์	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
15. มีทักษะการใช้งานแอปพลิเคชันที่เกี่ยวกับการบริหารทางการแพทย์ผ่านสมาร์ตโฟน	5	0	มากที่สุด	5	0	มากที่สุด
16. มีความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายและจริยธรรมในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการบริหารทางการแพทย์	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
17. มีทักษะการใช้โปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดระดับในการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยและข้อมูลสถิติทางการแพทย์	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
18. สามารถใช้โปรแกรมในการค้นหาข้อมูลทางงานวิจัยเพื่อมาประยุกต์ใช้ในการบริหารทางการแพทย์	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
19. สามารถใช้โปรแกรมในการช่วยจัดหมวดหมู่และจัดเก็บข้อมูลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
20. สามารถใช้โปรแกรมในการประชุมประสานงานทางไกลได้	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
21. มีความสามารถในการช่วยกำหนดรูปแบบหรือช่วยสร้างโปรแกรมที่ใช้ทำงานง่ายและไม่ซับซ้อนเพื่อมาประยุกต์ใช้ในการบริหารทางการแพทย์	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด

ตารางที่ 2 ค่ามัธยฐาน (*Md*) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (*IR*) และระดับความสำคัญของสมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัล
ทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้นในโรงพยาบาลตติยภูมิด้านทักษะทางวิทยาการสารสนเทศ แสดงผล
การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 และรอบที่ 3 (*n* = 17)

สมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาล ของผู้บริหารระดับต้นในโรงพยาบาลตติยภูมิ	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	<i>Md</i>	<i>IR</i>	ระดับ	<i>Md</i>	<i>IR</i>	ระดับ
1. มีทักษะในการใช้สารสนเทศในการวิเคราะห์ความต้องการ (Requirements and system selection) ของผู้รับบริการ และเจ้าหน้าที่เพื่อช่วยในการบริหารทางการพยาบาล	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
2. มีทักษะในการใช้สารสนเทศในการจัดการด้านงบประมาณ (Financial) ในการบริหารทางการพยาบาล	4	1	มาก	4	1	มาก
3. มีทักษะในการใช้สารสนเทศในการจัดการนำสารสนเทศไปใช้ (Implementation/Management) ในการบริหารทางการพยาบาลได้อย่างดี	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
4. มีทักษะในการประยุกต์ใช้แนวคิดทางจริยธรรมและกฎหมาย (Ethical/Legal concepts) ในการบริหารทางการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
5. มีทักษะในการวิเคราะห์และประเมินผล (Analysis/Evaluation) ทางสารสนเทศเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการบริหารทางการพยาบาล	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
6. มีทักษะในการควบคุมการใช้สารสนเทศอย่างถูกต้องเหมาะสมภายในหน่วยงานได้	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
7. มีความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการจัดการ (Management concepts) และนำมาประยุกต์ใช้ในการบริหารทางการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
8. สามารถคัดแยก จำแนก คัดกรองประเภทของสารสนเทศเพื่อความสะดวก ในการนำมาใช้ในการบริหารทางการพยาบาลได้	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
9. มีความรู้เกี่ยวกับข้อมูลปัญหา (Data issues) และนำมาประยุกต์ใช้ในการบริหารทางการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
10. มีความรู้เรื่องการจัดการข้อมูลแยกเป็นหมวดหมู่ได้อย่างถูกต้อง และนำมาประยุกต์ใช้ในการบริหารทางการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
11. มีความรู้เรื่องการจัดการข้อมูล จัดเก็บข้อมูลในหลายรูปแบบ	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
12. มีความรู้เกี่ยวกับแนวคิดระบบสารสนเทศ (Information systems concepts) และนำมาประยุกต์ใช้ในการบริหารทางการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
13. มีความรู้เกี่ยวกับการวิจัยทางคลินิก (Clinical research) และนำมาประยุกต์ใช้ในการบริหารทางการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
14. สามารถเลือกใช้ Key word ในการค้นหานักวิจัยที่นำมาสนับสนุน งานวิจัยทางการบริหารทางการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
15. สามารถสืบค้นข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่ทันสมัยและมีความน่าเชื่อถือ	5	0	มากที่สุด	5	0	มากที่สุด
16. มีความรู้เกี่ยวกับแนวคิดทางจริยธรรมและกฎหมาย (Ethical/Legal concepts) และนำมาประยุกต์ใช้ในการบริหารทางการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
17. เรียนรู้แนวคิดฉลาดรู้ดิจิทัล (Digital literacy) เพื่อพัฒนาความรู้เกี่ยวกับดิจิทัลที่ทันสมัย และสามารถวิเคราะห์แยกแยะการใช้ดิจิทัลในการบริหารทางการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด

ตารางที่ 3 ค่ามัธยฐาน (*Md*) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (*IR*) และระดับความสำคัญของสมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้นในโรงพยาบาลตติยภูมิด้านทักษะการเป็นพยาบาลสารสนเทศ แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 และรอบที่ 3 (*n* = 17)

สมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาล ของผู้บริหารระดับต้นในโรงพยาบาลตติยภูมิ	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
	<i>Md</i>	<i>IR</i>	ระดับ	<i>Md</i>	<i>IR</i>	ระดับ
1. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบสารสนเทศทางการพยาบาลเป็นอย่างดี และสามารถนำมาใช้ในการบริหารทางการพยาบาลได้	5	0	มากที่สุด	5	0	มากที่สุด
2. มีทักษะในการวิเคราะห์และแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับสารสนเทศทางการพยาบาลได้	5	0	มากที่สุด	5	0	มากที่สุด
3. มีความสามารถในการพัฒนาและใช้งาน Application ที่เกี่ยวกับผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
4. มีทักษะในการสังเคราะห์ข้อมูลทางสารสนเทศเพื่อนำมาใช้ในการบริหารการพยาบาลให้เกิดประโยชน์สูงสุด	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
5. สามารถรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ วิเคราะห์ข่าวสารข้อมูลและนำมาประยุกต์ใช้ในการบริหารทางการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
6. สามารถสื่อสารข้อมูลข่าวสารกับทีมการพยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
7. ความสามารถในการสรุปข้อมูลการใช้งานระบบสารสนเทศเพื่อสื่อสารข้อมูลให้ผู้อื่นเข้าใจได้ง่าย	5	0	มากที่สุด	5	0	มากที่สุด
8. สามารถจัดเก็บข้อมูลทางการพยาบาลอย่างเป็นระบบและดึงออกมาใช้ในการบริหารทางการพยาบาลได้ง่าย	5	0	มากที่สุด	5	0	มากที่สุด
9. มีความสามารถในการออกแบบโปรแกรมในการบริหารทางการพยาบาลที่เหมาะสมใช้งานง่าย User friendly	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
10. มีความสามารถในการออกแบบระบบในการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดทางการพยาบาล	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด
11. สามารถใช้และช่วยออกแบบโปรแกรมที่เป็นโปรแกรมเฉพาะทางการพยาบาลโดยใช้ภาษาในการพยาบาลได้	5	1	มากที่สุด	5	1	มากที่สุด

จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญในการหาฉันทามติเกี่ยวกับสมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้นในโรงพยาบาลตติยภูมิในรอบที่ 2 และ 3 พบว่า สมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้น ในโรงพยาบาลตติยภูมิที่เป็นฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านทักษะทางคอมพิวเตอร์ ด้านทักษะทางวิทยาการสารสนเทศและ ด้าน ทักษะการเป็นพยาบาลสารสนเทศ ด้านทักษะทางคอมพิวเตอร์แบ่งออกเป็น 2 ด้านย่อย คือ ทักษะการใช้งานโปรแกรมพื้นฐานที่เกี่ยวกับการบริหารทางการพยาบาล 7 ข้อ และทักษะการใช้งานโปรแกรมขั้นสูงและแอปพลิเคชันที่เกี่ยวกับการบริหารทางการพยาบาล 14 ข้อ ด้านทักษะทางวิทยาการสารสนเทศแบ่งออกเป็น 2 ด้านย่อย คือ ความสามารถทางวิทยาการสารสนเทศ 6 ข้อ และความรู้ทางวิทยาการสารสนเทศ 11 ข้อ ด้านทักษะการเป็นพยาบาลสารสนเทศ 11 ข้อ รวมมีสมรรถนะย่อยทั้งหมด 49 ข้อรายการ ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน 46 ข้อรายการ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนข้อของสมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้นในโรงพยาบาลตติยภูมิ

สมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาล ของผู้บริหารระดับต้นในโรงพยาบาลตติยภูมิ	จำนวน (ข้อ)	
	ทั้งหมด	เห็นสอดคล้องกัน
ด้านทักษะทางคอมพิวเตอร์	21	18
ทักษะการใช้งานโปรแกรมพื้นฐาน	7	7
ทักษะการใช้งานโปรแกรมขั้นสูง	14	11
ด้านทักษะทางวิทยาการสารสนเทศ	17	17
ความสามารถทางวิทยาการสารสนเทศ	6	6
ความรู้ทางวิทยาการสารสนเทศ	11	11
ด้านทักษะการเป็นพยาบาลสารสนเทศ	11	11
รวม	49	46

อภิปรายผลการวิจัย

สมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้นในโรงพยาบาลตติยภูมิ ที่เป็นฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ด้านหลักได้แก่ 1) ด้านทักษะทางคอมพิวเตอร์ 2) ด้านทักษะทางวิทยาการสารสนเทศและ 3) ด้านทักษะการเป็นพยาบาลสารสนเทศ ในด้านทักษะทางคอมพิวเตอร์และด้านทักษะทางวิทยาการสารสนเทศมีความสอดคล้องกับแนวคิดสมรรถนะการจัดการสารสนเทศ และสมรรถนะด้านวิทยาการสารสนเทศ ของสแต็กเกอร์สและคณะ (Staggers et al., 2002) ประกอบด้วย ทักษะทางคอมพิวเตอร์ ทักษะทางวิทยาการสารสนเทศ และความรู้ด้านวิทยาการสารสนเทศ และนอกจากนี้ยังมีเพิ่มเติมอีกหนึ่งด้านคือ ด้านการเป็นพยาบาลสารสนเทศซึ่งได้จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ สมรรถนะทั้งสามด้านนี้ได้รับฉันทามติที่สอดคล้องกันจากผู้เชี่ยวชาญ

สมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้นในโรงพยาบาลตติยภูมิด้านทักษะทางคอมพิวเตอร์แบ่งออกเป็น 2 ด้านย่อยคือ ทักษะการใช้งานโปรแกรมพื้นฐานที่เกี่ยวกับการบริหารทางการพยาบาล และทักษะการใช้งานโปรแกรมขั้นสูงและแอปพลิเคชันที่เกี่ยวกับการบริหารทางการพยาบาล ในด้านทักษะการใช้งานโปรแกรมพื้นฐานที่เกี่ยวกับการบริหารทางการพยาบาลจำนวน 7 ข้อ ผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุดจำนวน 6 ข้อ และให้ระดับมาก 1 ข้อ ได้แก่ มีทักษะในการสร้างสื่อสารสนเทศทางการพยาบาลและบริหารทางการพยาบาล ในด้านทักษะการใช้งานโปรแกรมขั้นสูงและแอปพลิเคชันที่เกี่ยวกับการบริหารทางการพยาบาลจำนวน 14 ข้อ ผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุดจำนวน 11 ข้อ และให้ระดับมากและไม่สอดคล้องกัน 3 ข้อ ได้แก่ มีทักษะในการใช้ซอฟต์แวร์การพยากรณ์ (Forecasting) เกี่ยวกับอัตราค่าลงในการทำงานของพยาบาล/มีทักษะในการใช้โปรแกรมในการบริหารงบประมาณด้านการพยาบาลแบบอิเล็กทรอนิกส์ (Budgeting)/มีทักษะในการใช้ซอฟต์แวร์ในการวิเคราะห์ออกแบบการจัดการทรัพยากรมนุษย์ (Human resources) อาจเกิดจากโปรแกรมเหล่านี้เป็นโปรแกรมขั้นสูงที่ต้องอาศัยทักษะและความเชี่ยวชาญเป็นอย่างมากในการใช้งาน ดังนั้นก่อนการใช้งานโปรแกรมเหล่านี้จำเป็นต้องมีการเชิญผู้เชี่ยวชาญมาให้ความรู้ และต้องมีการติดตั้งโปรแกรมเพิ่มเติมสำหรับการใช้งานโดยเฉพาะทำให้เป็นการเพิ่มการใช้งบประมาณในส่วนนี้ให้กับหน่วยงาน

สมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลของผู้บริหารระดับต้นในโรงพยาบาลตติยภูมิ ด้านทักษะทางวิทยาการสารสนเทศแบ่งออกเป็น 2 ด้านย่อย คือ ความสามารถทางวิทยาการสารสนเทศ 6 ข้อ ผู้เชี่ยวชาญให้

ความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุดจำนวน 5 ข้อ และให้ระดับมาก 1 ข้อ ได้แก่ มีทักษะในการใช้สารสนเทศในการจัดการด้านงบประมาณ (Financial) ในการบริหารทางการพยาบาล ในการบริหารทางการพยาบาลเนื่องจากพยาบาลส่วนมากมุ่งเน้นการปฏิบัติการพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ มีความสนใจในการจัดการด้านงบประมาณน้อยมาก จึงทำให้ให้ความสำคัญในข้อนี้น้อยกว่าข้ออื่น ๆ แต่ในแง่ของการบริหารการให้ความสำคัญในด้านงบประมาณถือว่าเป็นสิ่งที่จำเป็น เนื่องจากรายจ่ายทางด้านสาธารณสุขเป็นรายจ่ายที่ค่อนข้างสูงจึงจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาและให้ผู้บริหารงานในหน่วยงานเข้าร่วมการวางแผนด้านงบประมาณเพื่อวางแผนใช้งบประมาณให้คุ้มค่าที่สุด (Phromphaeng, 2020) ดังนั้นควรมีการเพิ่มเติมความรู้เกี่ยวกับเศรษฐศาสตร์และการบริหารงบประมาณเพื่อให้การบริหารงานเป็นได้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและความรู้ทางวิทยาการสารสนเทศ 11 ข้อ ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญอยู่ในระดับดีมากทุกข้อ

สมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในโรงพยาบาลตติยภูมิ ด้านทักษะการเป็นพยาบาลสารสนเทศและดิจิทัลจำนวน 11 ข้อ ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญอยู่ในระดับดีมากทุกข้อ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นมีความจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ทักษะในการเป็นพยาบาลสารสนเทศและดิจิทัล

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำข้อมูลของการวิจัยไปสนับสนุนและส่งเสริมให้พยาบาลสารสนเทศในหน่วยงานได้มีการพัฒนา เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถ และทักษะหรือมีสมรรถนะสารสนเทศและดิจิทัลทางการพยาบาลอย่างมีมาตรฐานและจากการวิจัยพบว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลยังให้ความสำคัญในการบริหารด้านงบประมาณน้อยควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการบริหารงบประมาณในผู้บริหารทางการพยาบาลเพื่อหาแนวทางพัฒนาในด้านการบริหารด้านงบประมาณในผู้บริหารทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารทางการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

References

- Boontae, U., Siritarungsri, B., Banyati, P., & Luangamornlert, S. (2019). The competency development on health strategy planning in Thailand 4.0 for nurse leaders. *Songklanakarin Journal of Nursing*, 39(2), 113-226.
- Eamsiriwong, O. (2008). *Database systems*. Bangkok: SE-Education.
- Kassam, I., Nagle, L., & Strudwick, G. (2017). Informatics competencies for nurse leaders: Protocol for a scoping review. *BMJ open*, 7(12), e018855.
- Nursing Division. (2013). *Guidelines for management of nursing information systems in hospitals*. Nonthaburi: Thepphenwanis.
- Phromphaeng, S. (2020). Financial and fiscal system management at Khao Wong hospital. Kalasin province, financial system management Khao Wong hospital Kalasin province. *Health Journal and Environmental Studies*, 5(2), 22-27.
- Poolpatarachewin, C. (2009). *Conduct future research with EDR*. Khon Kaen: Faculty of Education Khon Kaen University.
- Singhanet, S., Jaisit, J., & Henkaew, W. (2017). Nursing leadership in the 21st century. *Naresuan Phayao Journal*, 10(1), 17-22.
- Skytt, B., Ljunggren, B., Sjoden, P. O., & Carlsson, M. (2008). The roles of the first-line nurse manager: Perceptions from four perspectives. *Journal of Nursing Management*, 16(8), 1012-1020.

- Srisathitnarakun, B. (2008). *Leadership and management strategies of nursing organizations in the 21st century*. Bangkok: Printing House of Chulalongkorn University.
- Staggers, N., Gassert, C. A., & Curran, C. A. (2002). Delphi study to determine informatics competencies for nurses at four levels of practice. *Nursing Research*, 51(6), 383-390.
- United States Department of Health and Human Service [DHHS]. (2011). *Inventory of programs, activities and initiatives focused on improving the health of individuals with multiple chronic conditions (MCC)*. Retrieved from <https://www.hhs.gov/sites/default/files/ash/initiatives/mcc/mcc-inventory-20111018.pdf>
- Wongsalarp, S. (2014). *Factors influencing change management of head nurses in secondary hospitals. in Kanchanaburi province*. Master's Thesis, Nursing, Christian University, Nakhon Pathom.
- Wongvanich, S. (2005). *Practical research in class*. Bangkok: Chulalongkorn Publishing House University.

คำแนะนำสำหรับผู้เขียนในการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เป็นวารสารเพื่อเผยแพร่ความรู้และประสบการณ์ทางวิชาการ สาขาการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพอื่น ๆ รวมทั้งเผยแพร่ผลงานวิจัย อันเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล และการประชาสัมพันธ์วิชาชีพพยาบาล โดยผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น จำนวน 3 ท่าน โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนจะไม่ทราบชื่อของแต่ละฝ่าย (Double-Blind Review)

ชนิดของเรื่องที่ตีพิมพ์

1. บทความวิชาการ หรือ บทความวิจัย ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรอง และ ลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์
2. บทความปริทัศน์ บทความพิเศษ และปกิณกะ

การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. จัดพิมพ์ต้นฉบับด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Word ด้วยอักษร TH SarabunPSK หรือ Angsana New ขนาด 16 point บนกระดาษขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียวเว้นระยะบรรทัด 1 บรรทัด (single space) เว้นระยะห่างจากขอบกระดาษทั้ง 4 ด้าน ด้านละ 1 นิ้ว พิมพ์เลขหน้ากำกับทุกแผ่น และจำนวนเนื้อหาไม่เกิน 12 หน้า (รวม References)
2. หน้าแรก (ให้เป็นเลขหน้า 0 โดยไม่นับรวม กับเนื้อหา) ให้พิมพ์ชื่อเรื่องภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ ขนาด 20 point และเพิ่มชื่อผู้เขียน คุณวุฒิ ตำแหน่ง และสถานที่ทำงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และระบุผู้เขียนหลัก (Corresponding author) โดยใส่เครื่องหมาย * ไว้ท้ายชื่อ และระบุ e-mail address ไว้ด้วย
3. หน้าถัดมาให้เป็นเลขหน้า 1 ให้พิมพ์ชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้ตรงกลางของหน้าแรก ด้วยอักษรขนาด 22 Point และต่อด้วยบทคัดย่อ และ Abstract (ไม่เกิน 250 คำ) และคำสำคัญ (Key words) ไม่เกิน 5 คำทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
4. ส่วนประกอบในบทคัดย่อ ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการศึกษา (ไม่ต้องมีส่วนนำ) รูปแบบและวิธีการวิจัย (กลุ่มตัวอย่าง สถานที่และช่วงเวลาเก็บข้อมูล เครื่องมือวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูล) ผลการวิจัย สรุป และ ข้อเสนอแนะ
5. บทความวิจัย เรียงลำดับหัวข้อ ดังนี้
 - ความสำคัญของปัญหา
 - วัตถุประสงค์ของการวิจัย
 - กรอบแนวคิดในการวิจัย
 - วิธีดำเนินการวิจัย (ประกอบด้วย รูปแบบการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล)
 - ผลการวิจัย
 - การอภิปรายผล
 - ข้อจำกัดในการวิจัย

- สรุปและข้อเสนอแนะ
- กิตติกรรมประกาศ (หากมี)
- References

6. การใช้ภาษาไทยโดยยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน หลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทย ยกเว้นกรณีจำเป็น และไม่ใช่คำย่อ นอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทยหรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน การใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษในเนื้อเรื่องภาษาไทย ให้ใช้อักษรตัวพิมพ์เล็ก ยกเว้นชื่อเฉพาะให้ขึ้นต้นด้วยอักษรตัวพิมพ์ใหญ่

7. กรณีบทความภาษาอังกฤษ ใช้แบบ American English

8. การอ้างอิงทั้งในเนื้อหา และ References เขียนด้วยภาษาอังกฤษ โดยใช้ APA 6th edition style ไม่เกิน 20 ชื่อ และเอกสารที่ใช้อ้างอิงไม่เกิน 10 ปี ยกเว้นตำรา หรือเอกสารทฤษฎีบางประเภท หากเอกสารอ้างอิงนั้นเขียนเนื้อหาเป็นภาษาไทย ให้ปรับเป็นภาษาอังกฤษ แล้วต่อท้ายด้วยคำว่า [in Thai]

9. กรณีที่ต้นฉบับเป็นวิทยานิพนธ์หรือดุษฎีนิพนธ์ จะต้องได้รับการรับรองจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ร่วมเขียนทุกคนตามแบบฟอร์มของวารสาร

การส่งบทความ

1. การส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์ ต้องเสียค่าธรรมเนียม ตามระเบียบประกาศของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยส่งจ่ายณณัติในนาม “เหรียญกษาปณ์วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131”

2. Submission บทความในระบบ online ทาง : <https://www.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/author/submit/1> โดยจัดทำเป็น 1 zip.file เพื่อ upload ประกอบด้วย 3 ไฟล์ คือ

- 1) หน้า ‘0’ ที่มีแต่ชื่อเรื่องและชื่อผู้เขียน,
- 2) หน้า ‘1-12’ ที่มีชื่อเรื่อง บทคัดย่อ abstract เนื้อหา และ References, และ
- 3) หนังสือรับรองที่ผู้เขียนลงนามและกรอกข้อมูลครบถ้วน
(download แบบฟอร์มได้ที่ goo.gl/cisWzA และ goo.gl/rArbPV)

3. ส่งต้นฉบับบทความทั้งหมดทาง E-mail : jnurse@nurse.buu.ac.th

หมายเหตุ

1. หากบทความของท่านไม่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ ฝ่ายวารสารขอสงวนสิทธิ์ในการคืนค่าใช้จ่ายดังกล่าว
2. การเขียนอ้างอิง ใช้แบบ APA 6th edition ซึ่งสามารถ download และศึกษาตัวอย่างได้จาก URL: <http://www.edu.buu.ac.th/webnew/jform/journal-ref.pdf>

Author Guideline

The Journal of Faculty of Nursing Burapha University

The Journal of Faculty of Nursing Burapha University is a peer reviewed journal published 4 issues per year. Researchers in nursing and health related sciences are invited to submit manuscripts to be published in this journal. These manuscripts should not have been published previously in other journals or in other languages. The original manuscript will be reviewed by at least two reviewers and will be finally approved by the Journal editor.

Types of Manuscripts

The Journal of the Faculty of Nursing Burapha University will accept manuscripts of research articles written in English with contents relating to nursing research or health sciences, health services, knowledge in nursing and other sciences which are beneficial to health and the nursing profession.

Preparation of Manuscripts

1. Typing manuscript using Microsoft Word with Times New Roman with the font size of 12 points on A4 size paper, one page printing, single space, margin size should be spaced at 1 inch from each side on 4 edges, page number typed on every page with a maximum of 12 pages (including references)

2. The first page (it should be page “0” and not included the content). In this page should contain the title of manuscript typed with the font size of 12 points, the authors, their qualifications, positions, and work address. Identify the corresponding author by typing * after the name and provide e-mail address

3. The next page should start with page number “1” and the title should be in the middle of this page with the font size of 18 points and then the abstract (which should be a maximum of 250 words) and key words (up to a maximum of 5 words). Abstract and key words must be duplicated and provided in both English and Thai language.

4. A structured abstract should be included as part of the manuscript. The abstract should contain purpose of the study without detailed background, design and methods, including type of study, sample, setting and duration of data collection, measurement, and types of data analysis, results, conclusions and implication.

5. The contents should be ordered as follows:

- Significance of the Problem
- Purpose the Study
- Conceptual Framework

- Methods (including the design, population and sample, research instruments, ethical consideration, data collection procedure, and data analysis)

- Results
- Discussion
- Conclusions and Implication for Nursing
- Acknowledgments (if applicable)
- References

6. Use American English for manuscripts.

7. Writing references in text and in the references' part should be based on the APA 6th edition style with the maximum of 20 citations and these citations should be up to date and should not be older than 10 years except where these citations are from textbooks or classic articles. If the reference was originally written in Thai please amend to be in English, and then put the term 'in Thai' at the end of each citation.

8. If the original manuscript is a thesis or dissertation, it must be endorsed by an advisor and all co-authors according to the journal's form.

Submission of Manuscript

1. Fees are charged according to the regulation and announcement of the Faculty of Nursing, Burapha University. Money orders should be submitted to "Treasurer of Journal of Faculty of Nursing Burapha University, Faculty of Nursing Burapha University, Saensuk, Chon Buri 20131

2. Submission on line via : <https://www.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/author/submit/1> by upload zip.file including at least 3 files;

- 1) page '0' which contains title and author's name and information;
- 2) page '1-12' which consists of abstract (Thai and English), contents and references;
- 3) the cover letter, which all required information and endorsement are completed.
(the cover letter form is available at goo.gl/jfZcpc and goo.gl/wC4p3n)

3. The original manuscript should be submitted to E-mail: jnurse@nurse.buu.ac.th

Note:

1. If your manuscript is not accepted for publication, the journal reserves the right to refund such fee.

2. Write references in accordance with the APA 6th edition style. This style can be previewed and downloaded from: URL: <http://www.edu.buu.ac.th/webnew/jform/journal-ref.pdf>

ศูนย์วิจัยและปฏิบัติการ เพื่อการเรียนรู้และพัฒนาเด็กเล็กคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ศูนย์วิจัยและปฏิบัติการเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาเด็กเล็กคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา การส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวนับเป็นสิ่งสำคัญในภาวะสังคมปัจจุบัน ซึ่งต้องเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก ต้องวางรากฐานในการพัฒนาเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม บุคลิกภาพ และสติปัญญา ดังนั้นการอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็ก จึงต้องใช้ผู้อบรมเลี้ยงดูที่มีความรู้ความสามารถเข้าใจเด็กทั้งด้านชีวจิตสังคม และวิธีเสริมพัฒนาการเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้มองเห็นความสำคัญดังกล่าว จึงได้จัดตั้งโครงการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขึ้นตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2540



การรับสมัคร

1. รับเด็กอายุระหว่าง 1½ เดือน ถึง 4 ปี
2. รับเลี้ยงเด็กปกติ คือ เด็กที่ไม่มีความพิการหรือบกพร่องทางด้านร่างกายและจิตใจที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ
3. รับสมัครตามลำดับก่อน - หลังจนครบตามจำนวนที่ทางศูนย์ฯ กำหนดไว้

สนใจสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ :

ศูนย์วิจัยและปฏิบัติการเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาเด็กเล็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
เลขที่ 169 ถนนลงหาดบางแสน ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131 โทรศัพท์ 038-102222 ต่อ 2859
โทรสาร 038-393476 และ <http://nurse.buu.ac.th/2017/service-childcenter.php>

สมัครสมาชิก วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

☐ สมาชิกใหม่ ☐ ต่ออายุสมาชิก ☐ ส่งบทความลงวารสาร

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ชื่อสกุล.....

ชื่อหน่วยงาน.....

อีเมลล์.....เบอร์โทร.....

สถานที่จัดส่งวารสาร

ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

อัตราค่าสมาชิกวารสาร

บุคคลทั่วไป/หน่วยงาน

☐ 1 ปี 4 ฉบับ จำนวนเงิน 500 บาท ☐ 3 ปี 12 ฉบับ จำนวนเงิน 1,300 บาท

นิสิตนักศึกษา

☐ 1 ปี 4 ฉบับ จำนวนเงิน 450 บาท ☐ 3 ปี 12 ฉบับ จำนวนเงิน 1,250 บาท

เริ่มรับ ปีที่.....ฉบับที่.....พ.ศ.....สิ้นสุด ปีที่.....ฉบับที่.....พ.ศ.....

อัตราค่าธรรมเนียมการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

☐ บทความละ 2,000 บาท

ชำระเงิน ได้ 2 ช่องทาง

1. ชำระด้วยเงินสด
2. โอนเงินเข้าบัญชี

(386-1-00442-9 ธนาคารกรุงไทย สาขาแหลมทองบางแสน ชื่อบัญชี มหาวิทยาลัยบูรพา)
แจ้งส่งหลักฐานการโอนเงินได้ที่

1. ฝ่ายวารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131
2. Scan ส่ง e-mail : jnurse@nurse.buu.ac.th

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร



“สถาบันแห่งการพลิกโฉมทางการศึกษาและวิจัยทางการแพทย์
เพื่อรับมือสภาวะสุขภาพที่ท้าทายอย่างยั่งยืนและเป็นสากล”
Transforming Nursing Education and Research, Responding to
Healthcare Challenges Internationally and Sustainably



40th ANNIVERSARY
Faculty of Nursing
Burapha University