



BUU
BURAPHA UNIVERSITY
WISDOM OF THE EAST

NURSE
FACULTY OF NURSING
คณะพยาบาลศาสตร์

วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

The Journal of Faculty of Nursing Burapha University

Vol. 31 No. 1

January – March 2023

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

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บรรณาธิการผู้ช่วย

รองศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิดาคุณิ์ พูลศิริ

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปันตา

ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต

ศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร พุ่มดวง

ศาสตราจารย์ ดร.วารุณี พองแก้ว

รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์

รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงี่ยมทรัพย์

รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์

รองศาสตราจารย์ ดร.พูลพงศ์ สุขสว่าง

รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ

รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงฤดี ลาสุขะ

รองศาสตราจารย์ ดร.ประทุม สร้อยวงศ์

รองศาสตราจารย์ ดร.พรรณพีไล ศรีอาภรณ์

รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา

รองศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ ประสภกิตติคุณ

รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช บุญยัง

รองศาสตราจารย์ ดร.โสเพ็ญ ชูนวล

รองศาสตราจารย์ ดร.ชัชฌาณ์ แพรชา

Professor Dr. Edwin Rosenberg

Professor Dr. Ratchneewan Ross

มหาวิทยาลัยบูรพา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

นักวิชาการอิสระ ข้าราชการบำนาญ

มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยบูรพา

นักวิชาการอิสระ ข้าราชการบำนาญ

นักวิชาการอิสระ ข้าราชการบำนาญ

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

นักวิชาการอิสระ ข้าราชการบำนาญ

มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Appalachian State University, USA

The University of Louisville, USA

ผู้จัดการวารสาร/การส่งเรื่องตีพิมพ์/ การบอกรับเป็นสมาชิก

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 โดยผ่านการพิจารณาถ่วงดุลจากผู้ทรงคุณวุฒิ (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 31 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2566 Vol. 31 No. 1 January - March 2023

สารบัญ

		หน้า
• การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และเส้นรอบเอวของผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิก	ฉัญรัตน์ บุญล้ำ วารี กังใจ นัยนา พิพัฒน์วนิชชา	1-16
• ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสอนเพื่อพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณในนักศึกษาพยาบาล	ตะวันรัตน์ สุกุลรุ่งจิรัส ชนนุช ไชยรัตนะ ชญารณณ์ ตีวารี	17-29
• ผลของกระบวนการกำกับตนเองต่อ น้ำหนักตัว ทศนคติ และพฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยการเดินของอาสาสมัครสาธารณสุขหญิงที่มีภาวะน้ำหนักเกิน	ศลิษา น้ำเหนือ สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ สมสมัย รัตนกริชากุล	30-41
• ประสบการณ์ความกล้าหาญทางจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ	อาภา หวังสุขไพศาล ภรณ์ พวงแก้ว โสรัตน์ วงศ์สุทธิธรรม บุญญาภา โพธิ์เกษม	42-55
• การสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากหลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย ภายใต้ชีวิตวิถีใหม่	ไพรินทร์ พัสด สุปรานี พลชนะ เกษราวัลณ์ นิลวรังกูร	56-69
• ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ	ชญาณี สุวรรณสา วารี กังใจ สหทัยา รัตนจระณะ	70-80
• ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี	ฝนทิพย์ สีสรรค์ วัลลภ ใจดี	81-92
• ความรู้ ทศนคติ พฤติกรรม และประสบการณ์เรื่องกัญชาเพื่อการบำบัดของผู้รับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ : แนวทางของวิถีชาวบ้านแบบไทย	เยาวเรศ ก้านมะลิ นิตยา ดาวเชิญ วรรณวิมล ทุมมี พิชา คนกาญจน์	93-105
• ผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องชนิดส่องกล้องที่ใช้ร่องรับชิ้นเนื้อที่ประติษฐ์ขึ้น	ณัฏฐิญา จินดากุล	106-121
• การพัฒนาโปรแกรมสุขภาวะของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตำบลปราสาท อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์	นงนุช หอมเนียม มุขจรินทร์ สมคิด รัชณี ผิวผ่อง สุภาพร มะรังษี สุจิตรา ยางนอก เยี่ยม คงเรืองราช วาสุกรี สายเพชร	122-135

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง ต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และเส้นรอบเอวของผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิก

ธัญรัตน์ บุญล้ำ, พย.ม.^{1*} วาริ กังใจ, พย.ด.² นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, Ph.D.²

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และเส้นรอบเอวของผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิก กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิกที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 20 ราย สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือด และสายวัดรอบเอว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test และ Mann Whitney U Test

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในระยะเวลาหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่างในระยะเวลาหลังการทดลองน้อยกว่าระยะก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดในระยะเวลาหลังการทดลองน้อยกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนค่าเฉลี่ยของเส้นรอบเอว ในระยะเวลาหลังการทดลองน้อยกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิกให้ดีขึ้น เพื่อลดระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง ผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิก พฤติกรรมสุขภาพ ความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก e-mail: tb.thunyarat@gmail.com

The study of the effectiveness of the Self-management Promotion Program on Health Behaviors, Blood Pressure Level, Blood Sugar Level, and Waist Circumference among Older Adults with Metabolic Syndrome

Thunyarat Boonlum, M.N.S.^{1*}, Waree Kangchai, D.N.S.², Naiyana Piphatvanitcha, Ph.D.²

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to investigate the effect of a self-management promotion program on health behaviors, blood pressure level, blood sugar level, and waist circumference among older adults with metabolic syndrome. A simple random sampling method was used to recruit 20 older people with metabolic syndrome. They were then randomly assigned to the experimental and control group equally ($n = 10$). The instrument for the experimental study included the self-management promotion program. Data were collected using the health behavior assessment form, the digital blood pressure monitor, the blood glucose meter, and the waist tape measure. Data were analyzed using descriptive statistics, Wilcoxon Signed-Rank Test, and Mann-Whitney U Test.

The results revealed that the sample had higher mean scores in health behaviors than those before program participation and higher posttest scores, which were statistically significant than the experimental and control group ($p < .01$). The mean scores of systolic and diastolic blood pressure were significantly lower than those before program participation and lower posttest scores than the control group and were statistically significant ($p < .01$). The mean scores of blood sugar level were significantly lower than those before program participation ($p < .05$) and were not different from experimental and the control group. The mean scores of waist circumference during the posttest period were not significantly different from the pretest period in the experimental and the control group.

The findings suggest that nurses can use this self-management promotion program to enhance the health behaviors of older adults with metabolic syndrome to decrease their blood pressure and blood sugar level.

Key words: self-management promotion program, older adult with metabolic syndrome, health behaviors, blood pressure, blood sugar

¹ Student of Master Degree of Nursing science in Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

* Corresponding author e-mail: tb.thunyarat@gmail.com

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะเมตาบอลิก (Metabolic syndrome) เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญในยุคปัจจุบัน (Zafar, 2020) เนื่องจากมีอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบความชุกทั่วโลกประมาณ 1 ใน 4 ของประชากรโลก (Saklayen, 2018) ส่วนประชากรของเอเชียร้อยละ 12-37 และประชากรยุโรปร้อยละ 12-26 มีภาวะเมตาบอลิก (Ranasinghe, Mathangasinghe, Jayawardena, Hills, & Misra, 2017) สำหรับความชุกของภาวะเมตาบอลิกในประเทศไทยพบได้ร้อยละ 20.7-36.54 (Chattakul, 2021) จากผลการศึกษาในปี พ.ศ. 2560 พบว่ากลุ่มอายุ 55-65 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเมตาบอลิกมากกว่ากลุ่มวัยอื่น ๆ (Yuenyongchaiwat, Pipatsitipon, & Sangprasert, 2017) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลในปี พ.ศ. 2557 ที่พบอุบัติการณ์ของภาวะเมตาบอลิกในผู้สูงอายุร้อยละ 46.8 โดยพบในผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 66 และร้อยละ 29.1 ในผู้สูงอายุชาย (Aekplakorn, Puckcharern, Thaikla, & Satheannoppakao, 2014) และข้อมูลในปี พ.ศ. 2558 ที่พบภาวะเมตาบอลิกมากเป็นอันดับที่ 2 ใน 10 ของกลุ่มประเทศในอาเซียน และพบอุบัติการณ์ของภาวะเมตาบอลิกในผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มวัยอื่น ๆ (Pondongnok, Rattanachaiwong, Wichai, & Thonrach, 2015) จากสถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความรุนแรงภาวะเมตาบอลิกในกลุ่มวัยผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น

ภาวะเมตาบอลิกเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่มีความผิดปกติด้านการเผาผลาญพลังงาน ร่วมกับการมีไขมันในเลือดผิดปกติทำให้มีการสะสมของไขมันบริเวณช่องเอว หรือช่องท้องในปริมาณมากเกินไป (International Diabetes Federation [IDF], 2006) โดยเกิดจากสาเหตุหลักอยู่ 2 ประการ คือ ภาวะอ้วนลงพุงและภาวะดื้อต่ออินซูลิน เนื่องจากผู้ที่เป็นภาวะเมตาบอลิกจะมีไขมันสะสมในช่องท้องปริมาณมากทำให้มีการหลั่งฮอร์โมน Adiponectin ในเลือดลดลง ไขมันแตกตัวเป็นกรดไขมันอิสระเข้าสู่ตับส่งผลให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ไม่เต็มจึงเกิดภาวะดื้ออินซูลิน (Chuengsaman, 2017) นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงผิดปกติ ความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะลิ้มเลือด ภาวะที่ทำให้เกิดการอักเสบ และเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในที่สุด ทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกายหลายระบบ (Grundy, 2016; Zafar, 2020)

ภาวะเมตาบอลิกส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง ผลกระทบด้านร่างกาย คือ ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งและโรคหลอดเลือดส่วนปลายที่เกิดจากการสะสมของไขมันในหลอดเลือดแดง ทำให้เกิดการตีบแคบของหลอดเลือดเกิดผลกระทบต่อหลอดเลือดที่สำคัญ เช่น หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง หัวใจ อวัยวะส่วนปลาย เป็นต้น (Sindhu, Limruangrong, & Tankumpuan, 2016) ผลกระทบด้านจิตใจ คือ คนที่มีรูปร่างอ้วนจะรู้สึกอับอาย ถูกล้อเลียนเกี่ยวกับภาพลักษณ์ มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า แรงจูงใจและการแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลง ทำให้แยกตัวออกจากสังคม เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา (Azarbad & Gonder-Frederick, 2010) ส่วนผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคมนั้นเกิดจากต้องใช้จ่ายเงินเพื่อดูแลสุขภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วย เนื่องจากการเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพ หรือทำงานนอกบ้านได้ ทำให้ขาดรายได้ กรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งผลทำให้ต้องใช้เงินจำนวนมากในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ (Sindhu et al., 2016) สำหรับการดูแลนั้น พบว่า การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุควบคุมภาวะเมตาบอลิกได้และลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม กลับพบว่าผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิกยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายยังไม่อยู่ในระดับที่ดี (Sararuk, Nganchamung, & Krasuaythong, 2020) บริโภคอาหารที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพ (Deenan & Subruang, 2016) มีการสูบบุหรี่จัดและดื่มแอลกอฮอล์ (Bua-ium, Jareinpituk, Siri, & Satitvipawee, 2018) มีความเครียดอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน (Sararuk et al., 2020; Wongchan, 2018) ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพจำเป็นต้องค้นหาวิธีการป้องกันและช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิกมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งพบว่า การส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองเป็นกลวิธีหนึ่งที่มีความสำคัญ การส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองด้านพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิกตามแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกของ American Heart Association [AHA] (2021) ที่เสนอแนะว่า ควรควบคุมหรือลดน้ำหนัก รับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ และเพิ่มการมีกิจกรรมทางกาย

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม สามารถควบคุมภาวะเมตาบอลิกได้ (Pradubpoth, Noonil, Aekwarangkoon, & Phonphet, 2019) นอกจากนี้การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และเส้นรอบเอวให้อยู่ในภาวะปกติ หรือลดลงได้

การจัดการด้วยตนเอง (Self-management) เป็นกระบวนการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ซึ่งมีการนำไปใช้ในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะเมตาบอลิก (Chumchiang, Supametaporn, & Songthai, 2018) จากผลการวิจัยเหล่านี้พบว่า การส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองให้กับผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิก ควรมีกิจกรรมที่ประกอบไปด้วย 1) การให้ความรู้ 2) การฝึกทักษะที่จำเป็น และ 3) การให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามกระบวนการจัดการด้วยตนเอง ได้แก่ การตรวจสอบตนเอง การประเมินผลตนเอง และการให้แรงเสริมตนเอง โดยใช้ในระยะเวลา 6-8 สัปดาห์ กลวิธีในโปรแกรมต่าง ๆ เหล่านี้จะสามารถส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกมีพฤติกรรมสุขภาพ ความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด และเส้นรอบเอวลดลง แต่ยังไม่มีการศึกษาที่เป็นการศึกษาติดตามผลเพื่อศึกษาความคงทนของโปรแกรมจึงยังพบสถานการณ์ภาวะเมตาบอลิกในผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น และมีอัตราการป่วยตายด้วยโรคในกลุ่มเมตาบอลิกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งให้เห็นว่าปัญหาภาวะเมตาบอลิกในผู้สูงอายุอาจจะยังไม่ได้รับการแก้ไขให้เหมาะสม ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง ของ Kanfer and Gaelick (1991) มาใช้ในการจัดส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิก โดยทำการศึกษากับผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิกที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา เนื่องจากข้อมูลพบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกเป็นผู้สูงอายุในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มภาวะเมตาบอลิก ซึ่งทั้ง 3 โรคนี้จัดอยู่ในกลุ่ม 10 อันดับแรกของโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา (Statistics Report of Burapha University hospital, 2020) นอกจากนี้จากการศึกษานำร่องของผู้วิจัยที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา พบว่า ผู้สูงอายุที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยนี้เป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยสูงอายุทั้งหมด ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารรสหวาน เค็ม และไขมันสูง เนื่องจากลักษณะท้องถิ่นที่อยู่อาศัยติดกับทะเล ประกอบกับการไม่ออกกำลังกาย เนื่องจากสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยลงบางส่วน และการจัดการอารมณ์ไม่เหมาะสม จึงมีความจำเป็นที่ต้องให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ การส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิกครั้งนี้มุ่งเน้นการจัดการด้วยตนเอง 3 ขั้นตอน คือ การตรวจสอบตนเอง การประเมินผลตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ผลจากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิกให้สามารถควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของภาวะเมตาบอลิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

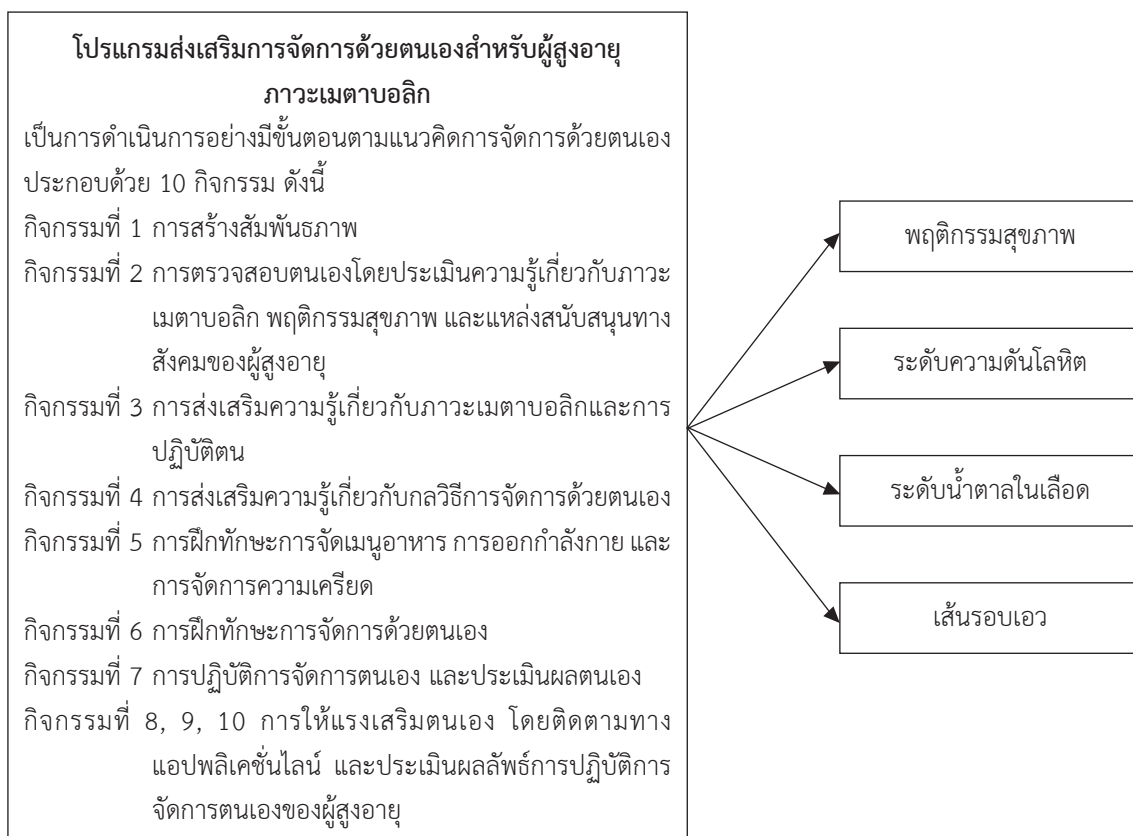
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด และค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว ของผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด และค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว ของผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิกในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

สมมติฐานของการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิกในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลอง
2. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด และค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว ของผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิกในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลอง
3. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิกในระยะหลังการทดลองมากกว่าระยะก่อนการทดลอง
4. ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด และค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว ของผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิกในระยะหลังการทดลองน้อยกว่าระยะก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนารอบแนวคิดการวิจัยโดยใช้แนวคิดการจัดการด้วยตนเอง ของ Kanfer and Gaelick (1991) ที่อธิบายว่า การจัดการด้วยตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลพยายามดูแลตนเอง ควบคุมตนเองในเรื่องพฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย โดยบุคคลจะต้องมีส่วนร่วมในการเลือกเป้าหมาย การประเมินผล ให้ความสนใจกับการตอบสนองทั้งภายในและภายนอก และใช้กระบวนการเรียนรู้ช่วยในการเพิ่มการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพในระยะยาว และมีความคงทนของพฤติกรรมนั้น ๆ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องต้องอาศัยความสัมพันธ์กันระหว่างองค์ประกอบของทักษะต่าง ๆ และครอบคลุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอื่น ๆ ที่จะเกิดขึ้นอีก กระบวนการจัดการด้วยตนเอง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การตรวจสอบตนเอง การประเมินผลตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ซึ่งมีความสัมพันธ์เป็นวงจรย้อนกลับ (Kanfer & Gaelick, 1991) กล่าวคือ 1) การตรวจสอบตนเอง เป็นขั้นตอนการตั้งเป้าหมาย การติดตามและการบันทึก การตั้งเป้าหมาย เป็นการเลือกและกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายให้ชัดเจน การติดตามและบันทึก เป็นขั้นตอนที่บุคคลติดตามและบันทึกพฤติกรรมของตนเอง ติดตามและบันทึกสิ่งที่ผิดปกติ เช่น ระดับความดันโลหิต ปัจจัยที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงหรือต่ำ บันทึกชนิด และปริมาณและพลังงานของอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน แต่ละมื้อลงในสมุดบันทึกการตรวจสอบตนเอง เป็นต้น 2) การประเมินผลตนเอง สำหรับผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิกประเมินผลตนเอง เรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และจัดการกับความเครียด โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ในแต่ละสัปดาห์ และ 3) การเสริมแรงตนเอง เป็นปฏิกิริยาของแต่ละบุคคลต่อข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนการประเมินตนเอง เช่น ออกกำลังกายได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในสัปดาห์นั้น โดยการชมเชยตนเอง ให้รางวัลตนเอง เช่น การหาซื้อของชิ้นใหม่ ชมภาพยนตร์ เป็นต้น จากแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง ผู้วิจัยนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิก ผู้วิจัยทำหน้าที่ในการเตรียมความพร้อมและอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ แต่ผู้สูงอายุเป็นผู้ลงมือปฏิบัติในการจัดการด้วยตนเอง ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม และรายบุคคล จำนวน 10 กิจกรรม แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ตามกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre-posttest research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี ที่มีภาวะเมตาบอลิกตามเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะเมตาบอลิกของ สหพันธ์เบาหวานโลก (IDF) ที่ต้องมีภาวะอ้วนลงพุงทุกราย (ความยาวเส้นรอบเอวมากกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตรในเพศชาย มากกว่าหรือเท่ากับ 80 เซนติเมตรในเพศหญิง) ร่วมกับความผิดปกติอีกอย่างน้อย 2 ข้อ ใน 4 ข้อ (Alberti et al., 2009) ได้แก่ 1) ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 130 มิลลิเมตรปรอท หรือค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 85 มิลลิเมตรปรอท หรือรับประทานยาลดความดันโลหิต 2) ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารมากกว่าหรือเท่ากับ 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร 3) ไตรกลีเซอไรด์ในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 150 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (1.7 มิลลิโมล/ลิตร) หรือใช้ยาเพื่อลดระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด และ 4) เอชดีแอลโคเลสเตอรอลน้อยกว่า 40 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (1.03 มิลลิโมล/ลิตร) ในเพศชาย หรือน้อยกว่า 50 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (1.3 มิลลิโมล/ลิตร) ในเพศหญิง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีภาวะเมตาบอลิก ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จากประชากร โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีความผิดปกติในการทำหน้าที่

ของการรู้คิดโดยประเมินจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมอง Mini-Cog ซึ่งได้คะแนนตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไปจากคะแนนรวม 5 คะแนน 2) อ่านออก เขียนได้ สื่อสารภาษาไทยได้ดี การมองเห็นและการได้ยินปกติ 3) สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง โดยประเมินจากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ได้คะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป 4) ไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยประเมินจากแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-5 คะแนน และ 5) มีโทรศัพท์มือถือ และมีความสามารถในการใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ เกณฑ์ในการคัดออกการวิจัย (Exclusion criteria) คือ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบทุกครั้งของการจัดกิจกรรมตามเวลาของการวิจัย และ 2) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือมีอาการกำเริบรุนแรงในระหว่างการวิจัย เช่น มีภาวะวิกฤตจากความดันโลหิตสูง หรือภาวะเลือดเป็นกรดจากเบาหวาน การศึกษาในครั้งนี้ใช้อ้างอิงขนาดตัวอย่างจากสูตรการคำนวณที่อิงการกระจายตัวของข้อมูลแบบ noncentral t-distribution โดยกำหนดค่าอำนาจจำแนก (Power) ที่ 80% กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ 10 รายต่อกลุ่ม (Whitehead, Julious, Cooper, & Campbell, 2016)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ประเภท

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1.1 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ของ Jitapunkul, Kamolratanakul, Chandraprasert, and Bunnag (1994) ซึ่งปรับปรุงและพัฒนาจากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (The Modify Barthel ADL index [BAI]) ของ Collin, Wade, Davies, and Home (1988) ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน

1.2 แบบทดสอบสมรรถภาพสมอง การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบทดสอบ Mini-Cog ของ Trongsakul, Lambert, Clark, Wongpakaran, and Cross (2015) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือการทดสอบความจำโดยให้จำของ 3 สิ่ง (Three-time recall) และการวาดรูปหน้าปัดนาฬิกา (Clock drawing test) คะแนนจะอยู่ระหว่าง 0-5 คะแนน แปลผลโดยรวมคะแนนทั้ง 2 ส่วน จุดตัดของคะแนน (Cut point) คะแนนน้อยกว่า 3

1.3 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย ฉบับ 15 ข้อ พัฒนาโดย Wongpakaran and Wongpakaran (2012) ใช้ประเมินความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองของผู้สูงอายุด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมในช่วง 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ มีคะแนนรวมระหว่าง 0-15 คะแนน โดย 0-5 คะแนน คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เป็นชุดคำถามแบบเลือกตอบและปลายเปิด ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว ผู้ดูแลขณะอยู่บ้าน การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิก แบบประเมินนี้ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินพฤติกรรมจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิกของ Tipkanjanaraykha, Kangchai, Hengudomsut, and Schneider (2016) โดยมีการปรับข้อคำถามด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายให้สอดคล้องกับบริบทมากขึ้น และเพิ่มการประเมินด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และการจัดการความเครียด ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนระหว่าง 0-80 คะแนน คะแนนมากหมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพดี ถ้าคะแนนน้อย หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพไม่ดี

2.3 เครื่องวัดความดันโลหิต การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิตอล OMRON รุ่น HEM-7203 ที่มีหน่วยเป็นมิลลิเมตรปรอท

2.4 เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องตรวจชนิด I Lab 650 Chemistry analyzer โดยเจ้าหน้าที่ประจำห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

2.5 สายวัดรอบเอว การวัดเส้นรอบเอวของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ใช้สายวัดที่ผ่านมาตรฐานโรงงานอุตสาหกรรม ที่มีความยาวมาตรฐาน 150 เซนติเมตร

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิก เป็นการดำเนินกิจกรรมอย่างมีแบบแผน เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิกสามารถจัดการการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมทางกาย การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และการจัดการความเครียดได้ถูกต้องและเหมาะสม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการด้วยตนเองของ Kanfer and Gaelick (1991) ประกอบด้วย 10 กิจกรรม แบ่งเป็น 6 ครั้ง ใช้เวลา 8 สัปดาห์ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ที่ห้องประชุมแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิก และระหว่างผู้สูงอายุด้วยกันเอง

กิจกรรมที่ 2 การตรวจสอบตนเอง เป็นการประเมินความรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาวะเมตาบอลิก ประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประเมินการจัดการเกี่ยวกับอาการต่าง ๆ ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา และประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคมโดยใช้คำถามนำ และให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็น และเล่าถึงประสบการณ์ ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ

สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ที่ห้องประชุมแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับภาวะเมตาบอลิก โดยให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเมตาบอลิกแก่ผู้สูงอายุ ด้วยการบรรยายด้วยสื่อ Power point ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมและจัดการภาวะเมตาบอลิก โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้สูงอายุและบรรยายเพิ่มเติม

กิจกรรมที่ 4 การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับกลวิธีการจัดการด้วยตนเอง โดยให้ความรู้เกี่ยวกับกลวิธีการจัดการด้วยตนเองแก่ผู้สูงอายุ ด้วยการทำกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งจะทำได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการจัดการแก้ไขปัญหาของแต่ละบุคคล และสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันของตนเองได้ หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมด้วยวิธีการบรรยายโดยใช้สื่อการสอน Power point

กิจกรรมที่ 5 การฝึกทักษะการจัดเมนูอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด

การจัดเมนูอาหาร: ดำเนินกิจกรรมกลุ่มวิเคราะห์สถานการณ์การรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุบันทึกเมนูอาหารที่ได้รับประทาน 3 มื้อ หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์ถึงความเหมาะสมของการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ ผู้วิจัยสาธิตการจัดเมนูอาหารที่เหมาะสมกับปริมาณที่ควรบริโภคใน 1 วันโดยใช้สื่อการสอน Power point ที่ประกอบด้วยภาพอาหาร 5 หมู่ ภาพอาหารที่ควรรับประทาน ภาพอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ภาพตัวอย่างเมนูอาหารแต่ละมื้อ ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิก ผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิก จัดเมนูอาหาร และปรับตามความเหมาะสมกับปริมาณที่ควรบริโภคใน 1 วัน โดยจัดเมนูอาหารเช้า กลางวัน เย็น สำหรับตัวเองจากภาพอาหารที่กำหนดไว้นั้น มาประกอบเป็นเมนูในแต่ละมื้อ หลังจากผู้สูงอายุจัดเมนูอาหารเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยและผู้สูงอายุแต่ละคนร่วมกันวิเคราะห์จำนวนแคลอรี โซเดียม น้ำตาล และไขมัน ของเมนูอาหารของตนเองว่าเหมาะสมหรือไม่อย่างไร ถ้าไม่เหมาะสมจะร่วมกันแก้ไขจัดเมนูอาหารใหม่ให้เหมาะสม

การออกกำลังกาย: ผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิกต้นแบบที่มีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องด้วยวิธีการที่เหมาะสม แบ่งปันประสบการณ์และให้ข้อมูลประโยชน์ของการออกกำลังกาย ปัญหาอุปสรรค และวิธีการแก้ปัญหาแก่ผู้สูงอายุ หลังจากนั้นผู้สูงอายุต้นแบบสาธิตการออกกำลังกายอย่างง่าย คือการแกว่งแขน โดยใช้เวลาอย่างน้อยประมาณ 10 นาทีต่อครั้ง และอย่างน้อยรวม 30 นาทีต่อวัน และให้ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติ

การจัดการความเครียด: ผู้วิจัยแนะนำและสาธิต การจัดการความเครียดด้วยการทำสมาธิ และการจัดการความเครียดด้วยการฝึกการหายใจ และให้ผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 6 การฝึกทักษะการจัดการด้วยตนเอง โดยการสาธิตการกำหนดเป้าหมาย การติดตามและบันทึก และการให้แรงเสริมตนเอง และให้ผู้สูงอายุสาธิตย้อนกลับ

สัปดาห์ที่ 3-8 ผู้สูงอายุปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้าน

กิจกรรมที่ 7 การปฏิบัติการจัดการตนเอง ผู้สูงอายุปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้านทุกวัน ด้านการควบคุม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมทางกาย หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และจัดการความเครียด รวมถึงวิเคราะห์สถานการณ์ที่ไม่สามารถปฏิบัติตามพฤติกรรมตามเป้าหมายได้ และการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งบันทึกกิจกรรมต่าง ๆ ดังกล่าวในสมุดบันทึกการตรวจสอบตนเอง และประเมินตนเองทุกวัน

กิจกรรมที่ 8, 9, และ 10 การติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์ ประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ และให้การเสริมแรง โดยการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติของผู้สูงอายุทางแอปพลิเคชันไลน์ โดยให้ผู้สูงอายุถ่ายรูปข้อมูลจากสมุดบันทึกการตรวจสอบตนเองที่ผู้สูงอายุบันทึกไว้ในแต่ละสัปดาห์ส่งให้ผู้วิจัยทางไลน์ หลังจากนั้นผู้วิจัยประเมินข้อมูลจากสมุดบันทึกฯ นั้น แล้วนำมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายประจำสัปดาห์ร่วมกับผู้สูงอายุ หากประเมินแล้วพบว่าผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย ผู้วิจัยให้การเสริมแรงโดยการกล่าวชมเชยเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ ทำให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง แต่ถ้าพบว่าผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติตามเป้าหมาย ผู้วิจัยประเมินปัญหา อุปสรรค และความต้องการของผู้สูงอายุโดยให้ผู้สูงอายุบอกเล่า หลังจากนั้นจึงให้คำแนะนำ และให้กำลังใจในการปฏิบัติต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิก และโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิก ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิกนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI]) ได้เท่ากับ 0.99 ส่วนของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิกที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 5 ราย เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้และความเหมาะสมในการนำไปใช้จริง

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

2.1 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิก ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยง โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิกที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย หลังจากนั้นนำวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.74

2.2 เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิตอลแบบ OMRON รุ่น HEM-7203 ผ่านการตรวจสอบความตรงจากบริษัท แจ็คเสียดอุตสาหกรรม (ไทย) จำกัด (มหาชน) ว่าเครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิตอลแบบ OMRON รุ่น HEM-7203 มีความเที่ยงตรงในการวัดความดันโลหิต ± 3 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องวัดความดันโลหิตเครื่องเดียวกันตลอดการวิจัย และมีระยะเวลาของการวิจัย 3 เดือน จึงไม่ต้องตรวจสอบความเที่ยงซ้ำ

2.3 เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ใช้เครื่องตรวจชนิด I Lab 650 Chemistry analyzer โดยเจ้าหน้าที่ประจำห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาโดยทางโรงพยาบาลได้มีการควบคุมคุณภาพตามมาตรฐานของการใช้เครื่องโดยผ่านการตรวจเทียบมาตรฐานประจำปี

2.4 สายวัดรอบเอวขนาด ความยาว 150 เซนติเมตร ที่ได้รับมาตรฐานอุตสาหกรรม และควบคุมความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สายวัดเดียวกันตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

วิธีดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

กลุ่มทดลอง มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 6 ครั้ง โดยผู้วิจัยเริ่มต้นเข้าพบกลุ่มทดลองเป็นรายกลุ่มในสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 8 ติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์เป็นรายบุคคลในสัปดาห์ที่ 3, 5 และ 7 โดยในการพบแต่ละครั้งจะเป็นไปตามการนัดหมายของผู้วิจัย และในสัปดาห์ที่ 8 เป็นไปตามการนัดหมายของโรงพยาบาล

กลุ่มควบคุม มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดจำนวน 2 ครั้ง โดยผู้วิจัยเริ่มต้นเข้าพบกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคลในสัปดาห์ที่ 1 และ 8 และในการพบกลุ่มควบคุมในแต่ละครั้งจะเป็นไปตามการนัดหมายของโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ
2. วิเคราะห์ค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และเส้นรอบเอว ในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลอง โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และเส้นรอบเอว ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test เนื่องจากข้อมูลกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ
4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และเส้นรอบเอว ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test เนื่องจากข้อมูลกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดย ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อตรวจสอบจริยธรรมวิจัยและได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยรหัส G-HS 076/2563 เรียบร้อยแล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง ผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิก จำนวน 10 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 60 มีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 60 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 60 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 40 ข้าราชการบำนาญร้อยละ 30 มีความเพียงพอของรายได้ร้อยละ 70 จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ร่วมกันมากกว่า 5 คน ร้อยละ 40 รองลงมาคือ จำนวนสมาชิก 4 คน ร้อยละ 20 ผู้สูงอายุทุกคนมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุดูแลตนเองขณะอยู่บ้าน ร้อยละ 80 ผู้สูงอายุไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 90

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุม ผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิก จำนวน 10 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 80 มีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 80 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา

ร้อยละ 40 ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 40 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 50 ทุกคนมีความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ร่วมกัน 3 คน ร้อยละ 30 รองลงมาคือ จำนวนสมาชิก 4 คน ร้อยละ 20 ผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 90 ผู้สูงอายุทุกคนดูแลตนเองขณะอยู่บ้าน ผู้สูงอายุทุกคนไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิกกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 49.30 ($SD = 9.06$) และหลังการทดลองเท่ากับ 58.10 ($SD = 8.92$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนของผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิกกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 143.50 ($SD = 12.83$) และหลังการทดลอง เท่ากับ 72.40 ($SD = 8.22$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่างในระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 72.40 ($SD = 8.22$) และหลังการทดลอง เท่ากับ 63.70 ($SD = 6.41$) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดในระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 148.50 ($SD = 38.26$) และหลังการทดลองเท่ากับ 127.90 ($SD = 21.24$) และเส้นรอบเอวในระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 37.75 ($SD = 2.81$) และหลังการทดลองเท่ากับ 37.30 ($SD = 2.65$)

3. ผลการเปรียบเทียบในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิกในระยะหลังการทดลองมากกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนในระยะหลังการทดลองน้อยกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่างในระยะหลังการทดลองน้อยกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดในระยะหลังการทดลองน้อยกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .05$) ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวในระยะหลังการทดลองน้อยกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

4. ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิกกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .05$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่างกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดและค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวกกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทาง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และเส้นรอบเอวของผู้สูงอายุ ภาวะเมตาบอลิกในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

	ระยะก่อนการทดลอง		ระยะหลังทดลอง		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	
พฤติกรรมสุขภาพ	49.30	9.06	58.10	8.92	< .05
ความดันโลหิตตัวบน	143.50	12.83	131.30	8.15	< .05
ความดันโลหิตตัวล่าง	72.40	8.22	63.70	6.41	< .05
ระดับน้ำตาลในเลือด	148.50	38.26	127.90	21.24	< .05
เส้นรอบเอว	37.75	2.81	37.30	2.65	.156

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และเส้นรอบเอวของผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยหลังการทดลอง

	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Z	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
พฤติกรรมสุขภาพ	58.10	8.92	46.70	8.43	-2.61	< .05
ความดันโลหิตตัวบน	131.30	8.15	140.00	6.49	-2.15	< .05
ความดันโลหิตตัวล่าง	63.70	6.41	78.60	11.02	-2.98	< .05
ระดับน้ำตาลในเลือด	127.90	21.24	137.10	19.45	-.83	.384
เส้นรอบเอว	37.30	2.65	36.55	4.74	-.68	.156

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง เนื่องจากผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าโปรแกรมการจัดการด้วยตนเองตามแนวคิดของ Kanfer and Gaelick (1991) ซึ่งอธิบายว่า การจัดการด้วยตนเองจะประสบความสำเร็จ ขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคล ต้องมีองค์ประกอบ คือ 1) ต้องมีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับสภาพอาการ และการรักษาของโรค เพื่อช่วยในการตัดสินใจในการจัดการดูแลตนเอง 2) ต้องแสดงพฤติกรรม หรือกระทำกิจกรรมตามเงื่อนไขที่ตั้งไว้ โดยมุ่งเน้นให้เกิดการจัดการด้วยตนเองเกี่ยวกับอาการของโรค ต้องมีทักษะในการจัดการด้วยตนเองเพื่อรักษาและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของตน ผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิกจึงได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะเมตาบอลิก ซึ่งไปส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจที่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดความตระหนักถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะเมตาบอลิก นำไปสู่การปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม เช่น ลดการรับประทานอาหารบางชนิด มีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น จัดการกับความเครียดได้เมื่อเกิดความเครียด และสามารถหลีกเลี่ยงเหล่าหรือบุหรื ที่เป็นสาเหตุของภาวะเมตาบอลิก ส่วนความรู้เกี่ยวกับกลวิธีการจัดการตนเองทั้งการตรวจสอบตนเอง การประเมินผลตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถนำไปใช้การปรับพฤติกรรมรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการจัดการความเครียดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ส่วนการฝึกทักษะด้านการจัดเมนูอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดนั้นช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถฝึกคำนวณพลังงานที่ได้รับจากการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ และจัดเมนูอาหารแต่ละมื้อ ตามพลังงานที่ควรได้รับใน 1 วัน การฝึกการออกกำลังกายโดยการเดินแกว่งแขน การฝึกสมาธิ การฝึกการหายใจ การฝึกทักษะการตั้งเป้าหมาย การติดตามและการบันทึก รวมถึงการเสริมแรงตนเองมีผลต่อการจัดการด้วยตนเองที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติจัดการด้วยตนเองในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น

ดังนั้น หลังจากผู้สูงอายุได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองตามกำหนด ส่งผลให้มีการตระหนักถึงปัญหา และมีทักษะในการปฏิบัติการจัดการด้วยตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และการจัดการความเครียดให้มีความเหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Khamchata, Wattana, and Hamirattisai (2017) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง เส้นรอบวงเอว ระดับน้ำตาลในเลือด และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ที่มีกลุ่มอาการเมตาบอลิก พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโครงการมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chansree, Nateetanasombat, and Kasiphol, (2020) ศึกษา

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่างหลังทดลองน้อยกว่าก่อนทดลอง และการศึกษาของ Pradubpoth et al. (2019) ที่ศึกษาผลของการสนับสนุนการเดินร่วมกับการแกว่งแขนต่อระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และเส้นรอบเอวของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมตาบอลิก พบว่า ภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tipkanjanaraykha et al. (2016) ที่ศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุกลุ่มอาการเมตาบอลิก พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโครงการ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดำเนินชีวิต (พฤติกรรมออกกำลังกาย กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำสามารถเปลี่ยนแปลงได้ด้วยหลายปัจจัยในด้านความเป็นปัจเจกบุคคลที่แตกต่างกัน Munsrakeat, Rawiworrakul, and Lagampan, (2019) และการเปลี่ยนแปลงตามวัยที่ทำให้ตับอ่อนหลังอินซูลินลดลง และช้า จากการทำงานของเซลล์เบต้า (Beta cell) การหลังอินซูลินลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารคงที่ เนื้อเยื่อต่าง ๆ ภายในร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินน้อยกว่าปกติ มีภาวะดื้อต่ออินซูลินเพิ่มขึ้น เป็นผลให้ระดับความทนต่อน้ำตาลลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดจึงสูงนานกว่าปกติ (Thongcharoen, 2015) และลดลงได้ช้ากว่าปกติ

ในการศึกษาครั้งนี้ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวของผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองลดลงในระยะหลังการทดลองแต่ไม่แตกต่างจากระยะก่อนการทดลอง และไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิกกลุ่มนี้มีภาวะอ้วนมีไขมันสะสมอยู่ในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายโดยเฉพาะบริเวณหน้าท้องที่มักพบบ่อยที่สุด (Amput, & Wongphon, 2016) รวมถึงอาจเกิดจากการที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายไม่เพียงพอและไม่ได้ตามเป้าหมายที่จะสามารถทำให้เส้นรอบเอวลดลงได้ ซึ่งการสลายไขมันที่สะสมตามหน้าท้องควรออกกำลังกายที่เหมาะสม ครึ่งละ 30-45 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง ร่วมกับการควบคุมอาหาร ใน 1 สัปดาห์ โดยเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมกับความสามารถของร่างกาย โดยวิธีออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น การเดิน การวิ่ง การแกว่งแขน การวิ่งบนสายพาน การขึ้นบันได การว่ายน้ำ การขี่จักรยาน เป็นต้น โดยมีข้อแนะนำให้ออกกำลังกายแบบแอโรบิกระดับปานกลาง ร่วมกับการออกกำลังกายที่ใช้แรงต้านของกล้ามเนื้อ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 150 นาที (American Diabetes Association [ADA], 2015) อีกทั้งอาจเกิดจากธรรมชาติของการลดขนาดรอบเอวซึ่งต้องใช้เวลา การติดตามผลของพฤติกรรมในช่วงเวลาเพียง 8 สัปดาห์อาจไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขนาดรอบเอว ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Suwankruhasn, Pothiban, Panuthai, and Boonchuang (2013) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมรับประทานอาหาร การทำกิจกรรมทางกาย และการควบคุมภาวะเมตาบอลิกในผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิก พบว่าที่ 6 เดือน ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของขนาดรอบเอว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิกนี้ไปใช้โดยอาจปรับการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมกับบริบทเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมของผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิก
2. สามารถนำผลการศึกษาในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยในครั้งนี้ ทำการศึกษาเฉพาะที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี โดยกลุ่มตัวอย่างมีบริบทใกล้เคียงกัน ดังนั้นควรทำการศึกษาในผู้สูงอายุภาวะเมตาบอลิกในเขตพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างกันเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง
2. การวิจัยในครั้งนี้ใช้เวลาในการศึกษา 8 สัปดาห์ โดยประเมินผล 1 ครั้ง คือ ระยะเวลาหลังการทดลอง ในการวิจัยครั้งต่อไปอาจจะเพิ่มระยะเวลา และจำนวนครั้งในการประเมินผล เพื่อทราบความเปลี่ยนแปลง และความคงทนของผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง

References

- Aekplakorn, W., Puckcharern, H., Thaikla, K., & Satheannoppakao, W. (2014). *Report of 5th Thai national health examination survey*. Nonthaburi: Health Systems Research Institute (HSRI). [in Thai]
- Alberti, K., Eckel, R. H., Grundy, S. M., Zimmet, P. Z., Cleeman, J. I., Donato, K. A., Jean-Charles, F., James, W. P. T., Loria, C. M., & Smith Jr, S. C. (2009). Harmonizing the metabolic syndrome a joint interim statement of the international diabetes federation task force on epidemiology and prevention; National heart, lung, and blood institute; American heart association; World heart federation; International atherosclerosis society; and International association for the study of obesity. *Circulation*, 120(16), 1640-1645.
- American Heart Association [AHA] (2021). American Heart Association [AHA]. (2021). *What is metabolic syndrome?* Retrieved from <https://www.heart.org/-/media/files/health-topics/answers-by-heart/what-is-metabolic-syndrome.pdf>
- American Diabetes Association [ADA]. (2015). Standards of medical care in diabetes-2015. *Diabetes Care*, 38(Supplement1), S31-S33.
- Amput, P., & Wongphon, S. (2016). Correlation between risk factors and blood sugar levels of elderly with type 2 diabetes mellitus. *Srinagarind Med Journal*, 31(5), 305-313. [in Thai]
- Azarbad, L., & Gonder-Frederick, L. (2010). Obesity in women. *Psychiatric Clinical North American*, 33(2), 423-440.
- Bua-ium, P., Jareinpituk, S., Siri, S., & Satitvipawee P. (2018). Prevalence and associated factors with multimorbidity among the elderly in Siprachan district, Suphanburi province. *The 16th National Public Health Conference*, (pp. 254-262), Bangkok: Public Health Mahidol University. [in Thai]
- Chansree, N., Nateetanasombat, K., & Kasiphol, T. (2020). The effects of self-management program among uncontrolled hypertensive patients. *Huachiew Chalermprakiet Science Technology Journal*, 6(2), 58-67. [in Thai]
- Chattakul, P. (2021). Prevalence and factors associated with metabolic syndrome at health promoting hospital, Khon Kaen. *Srinagarind Med Journal*, 36(3), 273-280. [in Thai]
- Chuengsamarn, S. (2017). *Type 2 diabetes/ metabolism*. Nonthaburi: PT Inter Print. [In Thai]

- Chumchiang, P., Supametaporn, P., & Songthai, N. (2018). The effects of self-management support program on health behaviors and body mass index in people with pre-diabetes. *Nursing Public Health and Education Journal*, 19(1), 108-119. [in Thai]
- Collin, C., Wade, D. T., Davies, S., & Home, V. (1988). The Barthel ADL index: A reliability study. *International Disability Studies*, 10(9), 61-63.
- Deenan, A., & Subruang, J. (2016). Prediction of factors of body fat of metabolic syndrome persons. *Journal of Humanities and Social Sciences*, 7(2), 89-104. [in Thai]
- Grundy, S. M. (2016). Metabolic syndrome update. *Trends in Cardiovascular Medicine*, 26(4), 364-373.
- International Diabetes Federation [IDF]. (2006). *The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome*. Retrieved from http://www.idf.org/webdata/docs/IDF_Meta_def_final.pdf
- Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., Chandraprasert, S., & Bunnag, S. (1994). Disability among thai elderly living in Klong Toey slum. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 77(5), 231-238.
- Kanfer, F. H., & Gaelick, L. (1991). Self-management method. In F. H. Kanfer & A. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (4th ed., pp. 305-360). New York: Pergamon Press.
- Khamchata, L., Wattana, C., & Harnirattisai, T. (2017). The effects of a self-management program on self-management behaviors, waist circumference, blood sugar level, and cardiovascular disease risk among persons with metabolic syndrome. *Nursing Journal*, 44(3), 65-76. [in Thai]
- Munsrakeat, K., Rawiworrakul, T., & Lagampan, S. (2019). Effects of a self-management program for glycemic control among insulin dependent type 2 diabetes mellitus patients. *The Journal of Baromrajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*, 25(2), 87-103. [in Thai]
- Pondongnok, S., Rattanachaiwong, S., Wichai, J., & Thonrach, T. (2015). *Metabolic syndrome*. Khonkan: Health Promotion Unit Srinagarind Hospital. [in Thai]
- Pradubpoth, K., Noonil, N., Aekwarangkoon, S., & Phonphet, Ch. (2019). Older adults with metabolic syndrome: The effects of swing arms walking exercise on blood sugar level, blood pressure, and waist circumference. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 6(1), 154-166. [in Thai]
- Ranasinghe, P., Mathangasinghe, Y., Jayawardena, R., Hills, A., & Misra, A. (2017). Prevalence and trends of metabolic syndrome among adults in the Asia-pacific region: A systematic review. *Biomed Central Public Health*, 17(1), 1-9.
- Saklayen, M. G. (2018). The global epidemic of the metabolic syndrome. *Current Hypertension Reports*, 20(2), 1-8.
- Sararuk, M., Nganchamung, T., & Krasuaythong, N. (2020). Health status and health behaviors among elderly in Kham Kwang sub-district, Warin Chamrap district, Ubon Ratchathani province. *Srinagarind Med Journal*, 35(3), 304-310. [in Thai]

- Statistics Report of Burapha University Hospital. (2020). *Registration and statistics: Top 10 OPD patients aged 60 and over, 2013*. Chonburi: Burapha University Hospital.
- Sindhu, S., Limruangrong, P., & Tankumpuan, T. (2016). *Nurse led in overweight management*. Bangkok: Wattana printing. [in Thai]
- Suwankruhasn, N., Pothiban, L., Panuthai, S., & Boonchuang, P. (2013). Effects of a self-management support program for Thai people diagnosed with metabolic syndrome. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 17(4), 371-383.
- Tipkanjanaraykha, K., Kangchai, W., Hengudomsub, P., & Schneider, J. K. (2016). A metabolic syndrome self-management program for older adults: A randomized controlled trail. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 32(2), 12-26.
- Thongcharoen, W. (2015). *Science and art of geriatric nursing* (2nd ed.). Bangkok: NPS. [in Thai]
- Trongsakul, S., Lambert, R., Clark, A., Wongpakaran, N., & Cross, J. (2015). Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. *Geriatrics & gerontology international*, 15(5), 594-600.
- Whitehead, A. L., Julious, S. A., Cooper, C. L., & Campbell, M. J. (2016). Estimating the sample size for a pilot randomised trial to minimise the overall trial sample size for the external pilot and main trial for a continuous outcome variable. *Statistical Methods in Medical Research*, 25(3), 1057-1073.
- Wongchan, W. (2018). Metabolic syndrome in adult: Self-management. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19(Supplement), 16-24. [in Thai]
- Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2012). Prevalence of major depressive disorders and suicide in long-term care facilities: A report from northern Thailand. *Psychogeriatrics*, 12(1), 11-17.
- Yuenyongchaiwat, K., Pipatsitipon, D., & Sangprasert, P. (2017). The prevalence and risk factors of metabolic syndrome a suburban community in Pathum Thani province Thailand. *Songklanakarin Journal of Science and Technology*, 39(6), 787-792.
- Zafar, U. (2020). Metabolic Syndrome Update. In J. Faintuch & S. Faintuch (Eds.), *Obesity and Diabetes* (pp. 305-320). Switzerland: Springer Nature Switzerland AG.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสอนเพื่อพัฒนาทักษะการคิด อย่างมีวิจารณญาณในนักศึกษาพยาบาล

ตะวันรัตน์ สกุลรุ่งจิรัส, พย.บ.^{1*} ชยณัฐ ไชยรัตน์, พร.ด.² ชญาภรณ์ ดีวารี, พย.ด.²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสอนต่อการพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณในนักศึกษาพยาบาล สถาบันการศึกษพยาบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 เรียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น จำนวน 53 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า ได้รับการสอนด้วยโปรแกรมการสอนเพื่อพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ประกอบด้วย การศึกษาด้วยตนเองผ่านสื่อ กรณีศึกษาเป็นฐานและวางแผนการพยาบาล การอภิปรายกลุ่ม การใช้ข้อคำถามกระตุ้นความคิด การฝึกประสบการณ์ภาคปฏิบัติ และการสะท้อนคิด เป็นเวลา 4 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ฉบับภาษาไทย (CCTST-TT) ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย และสถิติ Paired sample t-test

ผลการวิจัยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสอน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.713, p < .05$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านการอ้างอิงปัญหา ด้านการประเมินผล ด้านการให้เหตุผลแบบอุปนัย และด้านการให้เหตุผลแบบนิรนัยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่าโปรแกรมการสอนในการศึกษาครั้งนี้มีประสิทธิภาพในการพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และสามารถนำมาใช้ในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณให้กับนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ: ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ โปรแกรมการสอน นักศึกษาพยาบาล

¹ อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

* ผู้เขียนหลัก e-mail: tawanrat.s@stin.ac.th

Effectiveness of teaching program to develop the critical thinking skills among nursing students

Tawanrat Sakulrungsalas, M.N.S.^{1*}, Chayanuj Chaiyaratana, Ph.D.², Chayabhorn Tiwaree, Ph.D.²

Abstract

This quasi-experimental research with one group pretest-posttest design aimed to study the effectiveness of a teaching program to develop critical thinking skills among nursing students in a nursing institute in Bangkok. The participants were 53 third-year nursing students who attended the child and adolescent nursing practicum. Purposive sampling was used to select nursing students based on the inclusion criteria. The intervention group was trained to develop critical thinking skills through a 4-week teaching program that included self-study via media, case-based learning with a nursing care plan, group discussion, power questions, clinical practice, and reflective thinking. The data was collected using the California Critical Thinking Skills test Thai version (CCTST-TT) from December 2021 to March 2022. The data were analyzed using descriptive statistics and Paired sample t-test.

The results found that after intervention, the participants had a moderate level of critical thinking skill scores and were significantly higher ($t = 3.713$, $p < .05$). As for inference, evaluation, induction, and deduction had significantly higher scores than before the intervention. These findings suggest that this program will effectively develop critical thinking skills and can be used as a guideline for designing teaching methods to increase nursing students' critical thinking skills.

Key words: Critical thinking skills, Teaching program, Nursing student

¹ Instructor, Department of Pediatric Nursing, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Thai Red Cross Society

² Assistant Professor, Department of Pediatric Nursing, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Thai Red Cross Society

* Corresponding author e-mail: tawanrat.s@stin.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking skills) เป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลในยุคศตวรรษที่ 21 เนื่องจากสถานการณ์สังคมโลกในปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะด้านเทคโนโลยีที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการทุกช่วงวัย รวมถึงการเปลี่ยนแปลงด้านสภาพแวดล้อม และพฤติกรรมสุขภาพที่ก่อให้เกิดโรคอุบัติใหม่ หรือโรคที่รุนแรงยากต่อการรักษา ส่งผลให้พยาบาลจำเป็นต้องเพิ่มศักยภาพของตนเอง นอกเหนือจากทักษะปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (Azizi-Fini, Hajibagheri, & Adib-Hajbaghery, 2015) ซึ่งทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นหนึ่งในทักษะที่ถูกกล่าวถึงอย่างมาก และจัดเป็นสมรรถนะหลักที่จำเป็นสำหรับพยาบาลวิชาชีพ

ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณตามแนวคิดของ Peter A. Facione กล่าวว่า เป็นทักษะทางปัญญาที่ใช้กระบวนการคิดวิเคราะห์อย่างรอบด้านเพื่อค้นหาปัญหาและตัดสินใจแก้ไขด้วยการอ้างอิงเหตุผลที่น่าเชื่อถือได้ด้วยตนเอง (Facione, 1990) การนำทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณไปใช้ในการพยาบาลจะช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินและวิเคราะห์ปัญหาให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ รวมถึงตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลที่เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้รับบริการ ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในการดูแลและเพิ่มความมั่นใจให้กับพยาบาลในการตัดสินใจแก้ไขปัญหา เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น จากการศึกษาพบว่านักศึกษาพยาบาล หรือพยาบาลจบใหม่ที่มีทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณอยู่ในระดับน้อยจะส่งผลกระทบให้เกิดความเสี่ยงในการดูแลความปลอดภัยของผู้รับบริการ (Patient safety) (Azizi-Fini et al., 2020) อย่างไรก็ตามทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณเป็นทักษะที่ต้องได้รับการฝึกฝนผ่านการมีพื้นฐานความรู้ ทักษะ และประสบการณ์จากการทำงาน แม้ว่าปัจจุบันสถาบันการศึกษามุ่งเน้นการพัฒนาทักษะนี้ในนักศึกษาพยาบาลด้วยการสอนรูปแบบต่าง ๆ แต่ด้วยข้อจำกัดด้านความรู้ และประสบการณ์ในการดูแลผู้รับบริการจริงทำให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง (Azizi-Fini et al., 2015; Kamkhieo, Nantakaew, Kulnitchai, & Tachawong, 2018; Khorphon et al., 2019) ดังนั้นวิธีการจัดการเรียนการสอนที่จะช่วยพัฒนาทักษะดังกล่าวจึงมีความจำเป็นอย่างมากสำหรับนักศึกษาพยาบาล

การพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณในนักศึกษาพยาบาลควรเน้นการฝึกปฏิบัติกับผู้รับบริการในสถานการณ์จริงและฝึกฝนซ้ำอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลนำความรู้จากการเรียนภาคทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาระหว่างการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์ที่หลากหลาย โดยอาศัยกระบวนการคิดเชิงวิพากษ์ ซึ่งจะกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการคิดวิเคราะห์ และมีมุมมองในการแก้ไขปัญหาได้รอบด้านมากขึ้น สอดคล้องกับกรอบแนวคิด STAR ที่ว่าการกระตุ้นให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความกระตือรือร้นในการเรียนรู้ และฝึกการตั้งคำถามร่วมกับการอภิปราย จะส่งเสริมให้เกิดทักษะการคิด (Mezirow, 2000) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณในนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 3 ปัจจัย (Boso, Merwe, & Gross, 2020) ได้แก่ 1) บทบาทผู้สอน มีหน้าที่ในการสนับสนุนการเรียนรู้ และชี้แนะแนวทางที่ถูกต้อง เน้นให้นักศึกษาพยาบาลมีส่วนร่วมในการเรียนการสอน เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น และลงมือปฏิบัติด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องผ่านประสบการณ์การเรียนรู้ที่หลากหลาย เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาสามารถเชื่อมโยงความรู้สู่การปฏิบัติการพยาบาลได้ (Wong & Kowitlawakul, 2020) 2) การสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ โดยผู้สอนมีการจัดกลุ่มขนาดเล็กเพื่อเปิดโอกาสให้นักศึกษาพยาบาลได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การสร้างข้อตกลงร่วมกันระหว่างการเรียนเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลรู้สึกผ่อนคลาย คุณลักษณะของผู้สอนที่มีความเป็นกันเองและแสดงออกถึงความเข้าใจเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลกระตือรือร้นในการเรียน (Boso et al., 2020) 3) รูปแบบกิจกรรมการเรียนการสอน ซึ่งจากการศึกษาพบว่ากิจกรรมการสอนที่มีความสัมพันธ์กับทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ได้แก่ การศึกษาด้วยตนเองผ่านสื่อการเรียนรู้ จากการศึกษาเรื่องการจัดทำสื่อบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลพบว่าสื่อการสอนที่เน้นทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเด็กในสถานการณ์ที่หลากหลายจะเป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ได้ด้วยตนเองและการคิดอย่างมีวิจารณญาณ

(Rojanaprasert & Boonpiamsak, 2013) **การใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน** จากการศึกษาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ พบว่านักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่เรียนด้วยรูปแบบการใช้กรณีศึกษาเป็นฐานมีทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณเพิ่มขึ้น (Roshangar, Azar, Sarbakhsh, & Azarmi, 2020) ทางตรงข้ามการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลที่เรียนด้วยรูปแบบการใช้กรณีศึกษา พบว่ามีทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณก่อนและหลังเรียนไม่แตกต่างกัน เนื่องจากระยะเวลาการสอนที่ไม่เพียงพอ (Kosawanon, Rungamornrat, & Panbangpra, 2015) **การอภิปรายกลุ่ม** จากการศึกษาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณพบว่ นักศึกษาพยาบาลที่เรียนด้วยการใช้กรณีศึกษา และการอภิปรายกลุ่มย่อยมีทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณเพิ่มขึ้น (Mahmond, 2011) ทางตรงกันข้ามจากการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลที่เรียนด้วยการอภิปรายกลุ่ม พบว่ามีทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณก่อนและหลังเรียนไม่แตกต่างกัน เนื่องจากระยะเวลาการสอนมีจำกัด (Arpaichiratana & Attharos, 2021) **การสะท้อนคิด** จากการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลที่เรียนด้วยการเขียนบันทึกสะท้อนคิด พบว่ามีทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณเพิ่มขึ้นภายหลังการสอนด้วยการสะท้อนคิด (Khorphon et al., 2019) **การวางแผนการพยาบาล** เป็นการสอนที่ฝึกให้นักศึกษาพยาบาลคิดวิเคราะห์และหาแนวทางการดูแลผู้รับบริการตามกระบวนการพยาบาล ซึ่งเป็นวิธีการกระตุ้นการเกิดทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Kusoom & Tongvichean, 2017) **การฝึกประสบการณ์ภาคปฏิบัติ** เป็นการสอนให้นักศึกษาพยาบาลฝึกปฏิบัติทักษะทางการพยาบาลกับผู้รับบริการบนคลินิกได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริง และมีโอกาสตัดสินใจแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า (Chidmongkol, Tongphet, & Khonyang, 2016) **การใช้คำถามกระตุ้นความคิด** เป็นการสอนด้วยการใช้คำถามกระตุ้นการคิดวิเคราะห์ให้กับนักศึกษาพยาบาล มักใช้ร่วมกับรูปแบบการสอนอื่น ๆ เช่น การอภิปรายกลุ่มย่อย การสะท้อนคิด เป็นต้น ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนเพื่อตอบสนองต่อการส่งเสริมทักษะในศตวรรษที่ 21 จำเป็นต้องมีกระบวนการเรียนการสอนเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงไปสู่เป้าหมายหรือผลลัพธ์การเรียนรู้

รูปแบบการสอนในการศึกษาที่ผ่านมามุ่งเน้นให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองมากขึ้น (Active learning) แต่พบว่ามีการศึกษาที่ใช้รูปแบบการสอนเพียง 1-2 รูปแบบ ไม่เพียงพอต่อลักษณะการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลบางราย ระยะเวลาการศึกษาที่สั้นทำให้นักศึกษาพยาบาลได้รับการพัฒนาทักษะไม่ต่อเนื่อง รวมถึงวิธีการประเมินผลมุ่งเน้นผลลัพธ์เป็นหลัก แต่ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณเป็นกระบวนการคิดที่มีขั้นตอน (Arpaichiratana & Attharos, 2021; Khorphon et al., 2019; Roshangar et al., 2020) จากการศึกษาของ McAllister et al. (2013) พบว่าการจัดการเรียนการสอนด้วยการใช้กรอบแนวคิด STAR เป็นการกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ผ่านการคิดวิเคราะห์ รับฟังความคิดเห็นผู้อื่น อีกทั้งพบว่าผู้สอนมีบทบาทสำคัญในการใช้รูปแบบการสอนที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (McAllister et al., 2013) โดยการสอนที่หลากหลายทำให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ที่เพียงพอ มีอิสระในการแสดงความคิดเห็นจะกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจ ความเชื่อ และยอมรับต่อสิ่งนั้นจนเกิดการเปลี่ยนแปลง (Mezirow, 2000; McAllister, 2011; Poohongthong, 2018) โดยมีกระบวนการเรียนรู้ 3 ขั้นตอน คือ 1) การกระตุ้นให้ผู้เรียนตระหนักรู้ 2) การให้ผู้เรียนนำความรู้จากการเรียนภาคทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติจริง และ 3) การให้ผู้เรียนสะท้อนคิดก่อนหรือหลังจากการได้ลงมือปฏิบัติ จะมีผลต่อการพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ดังที่ Facione (1990) กล่าวว่ากระบวนการที่ทำให้เกิดการตีความ การวิเคราะห์ การอ้างอิง การประเมินผล การอธิบายต่าง ๆ รวมถึงการควบคุมการคิดตนเองจากการให้เหตุผล เป็นองค์ประกอบสำคัญของการมีความคิดอย่างมีวิจารณญาณ

ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการสอนเพื่อพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณในนักศึกษาพยาบาลด้วยรูปแบบการสอน 6 รูปแบบเป็นไปตามกระบวนการเรียนรู้ตามกรอบแนวคิด STAR (McAllister, 2011) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่มีการศึกษาพบว่าสามารถส่งเสริมทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ได้แก่ การศึกษาด้วยตนเองผ่านสื่อการเรียนรู้ การใช้กรณีศึกษาเป็นฐานและการวางแผนการพยาบาล การอภิปรายกลุ่ม การใช้คำถามกระตุ้นความคิด การฝึกประสบการณ์ภาคปฏิบัติ และการสะท้อนคิดผ่านการสอนรายวิชาภาคปฏิบัติ โดยเน้นให้นักศึกษาพยาบาลมีส่วนร่วมในการเรียนการสอน และเปิดโอกาสให้เป็นผู้นำการอภิปรายกลุ่ม ส่วนผู้สอนมีหน้าที่เป็นผู้สนับสนุน และชี้แนะ

แนวทาง รวมถึงมีวิธีการวัดและประเมินที่เน้นกระบวนการเป็นหลัก เพื่อให้เกิดแนวทางการจัดการเรียนการสอนที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

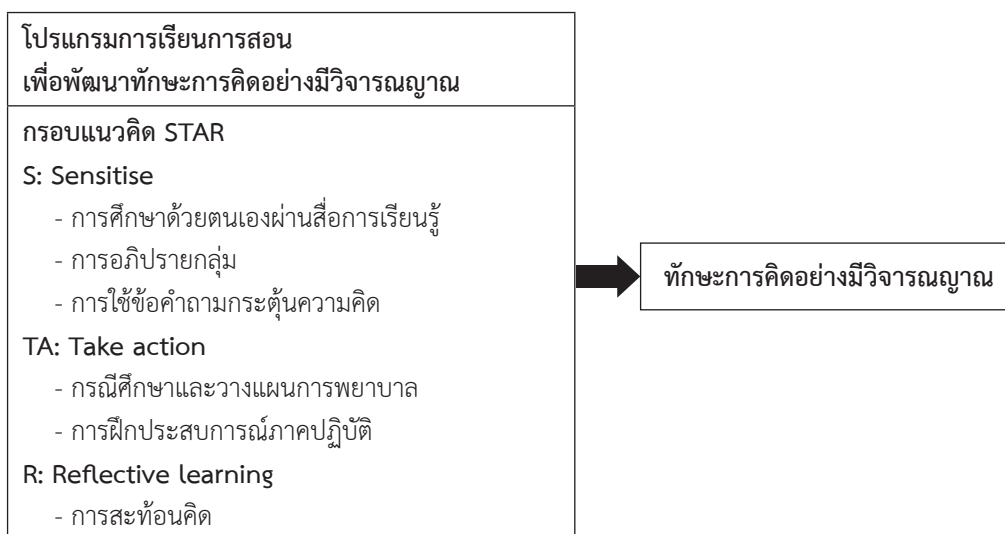
เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสอนต่อการพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณในนักศึกษาพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสอน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด STAR (McAllister, 2011) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการสอนเพื่อพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณในนักศึกษาพยาบาล โดยมีกระบวนการเรียนรู้ 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) **Sensitise: S** เป็นการกระตุ้นให้ผู้เรียนตระหนักรู้ และเกิดความกระตือรือร้นในการค้นหาความจริง หรือสิ่งที่ผู้เรียนสงสัยให้เกิดความกระจ่างด้วยการศึกษาด้วยตนเองผ่านสื่อการเรียนรู้ การอภิปรายกลุ่มและการใช้คำถามกระตุ้นให้นักศึกษาพยาบาลคิด 2) **Take action: TA** เป็นการให้ผู้เรียนนำความรู้จากการเรียนภาคทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติจริง ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงในสถานการณ์ที่หลากหลาย เข้าใจถึงเหตุผลของการกระทำมากขึ้นในรูปแบบการศึกษากรณีศึกษาและวางแผนการพยาบาลรวมถึง การลงมือปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในสถานการณ์จริง และ 3) **Reflective learning: R** เป็นการให้ผู้เรียนสะท้อนคิดก่อนหรือหลังจากการได้ลงมือปฏิบัติด้วยการตั้งคำถามถึงเหตุผลของการกระทำ ปัญหาอุปสรรค วิธีการแก้ไขปัญหาหรือการป้องกัน เมื่อนักศึกษาพยาบาลได้รับรูปแบบการสอนตามขั้นตอนกระบวนการเรียนรู้ดังกล่าวจะกระตุ้นให้เกิดกระบวนการคิด วิเคราะห์ให้เหตุผล อธิบายข้อมูลสำคัญ ประเมินผล มีการทบทวนอ้างอิงสิ่งต่าง ๆ ผ่านการสะท้อนคิดเป็นองค์ประกอบทำให้นักศึกษาพยาบาลสามารถค้นหาปัญหาอย่างรอบด้าน และตัดสินใจแก้ไขปัญหาด้วยการอ้างอิงเหตุผลที่น่าเชื่อถือได้ด้วยตนเอง และเป็นที่ยอมรับซึ่งเป็นการเกิดทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียวแบบวัดก่อนหลัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากสถาบันแห่งหนึ่งจังหวัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกคือ ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น มีความเต็มใจ ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และกำหนดเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามโปรแกรมการสอนที่กำหนด

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power 3.1.9.7 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Alpha) ที่ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .80 และค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ 0.39 โดยอ้างอิงจากงานวิจัยที่ผ่านมา เรื่องการพัฒนาระบบการเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์ที่เน้นการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมโดยใช้ฟอร์โพลิโอ ของ Yaemsuda (1999) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 54 คน หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่ามีข้อมูล outlier จำนวน 1 คน ดังนั้นเหลือจำนวน 53 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1.1 โปรแกรมการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นโปรแกรมการสอนที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิด STAR และการทบทวนวรรณกรรมเพื่อพัฒนาให้เกิดทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณตามแนวคิดของ Peter A. Facione จากนั้นนำโปรแกรมไปตรวจสอบคุณภาพผ่านผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการศึกษา 3 ท่าน และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่

- 1) การมอบหมายให้ศึกษาด้วยตนเองผ่านสื่อการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์แบบคลิปปิดีโอเกี่ยวกับเหตุการณ์ทางการแพทย์เด็ก โดยไม่จำกัดจำนวนครั้งขึ้นกับความต้องการในการเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 4 เรื่อง เรื่องละ 10-15 นาที
- 2) การใช้กรณีศึกษาเป็นฐานและการวางแผนการพยาบาล เป็นการมอบหมายผู้รับบริการบนหอผู้ป่วยให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาพร้อมวางแผนการพยาบาล จำนวน 2 ครั้ง
- 3) การอภิปรายกลุ่ม เป็นการมอบหมายหัวข้อการอภิปราย/โจทย์สถานการณ์ให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นร่วมกันเพื่อหาข้อสรุปหรือวิธีการแก้ไขปัญหา จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 120 นาที/กลุ่ม
- 4) การใช้ข้อคำถามกระตุ้นความคิด เป็นการใช้ข้อคำถามเพื่อกระตุ้นทักษะด้านที่กลุ่มตัวอย่างต้องพัฒนาโดยใช้ควบคู่กับแบบสังเกตทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที/กลุ่ม
- 5) การฝึกประสบการณ์ภาคปฏิบัติ เป็นการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กบนหอผู้ป่วยหรือสถานการณ์จำลอง จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที และ
- 6) การสะท้อนคิด เป็นการให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนคิดถึงผลจากการฝึกปฏิบัติของตนเอง ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการพัฒนาตามข้อคำถามสะท้อนคิดด้วยตนเอง จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 15 นาที/กลุ่ม

1.2 แบบสังเกตทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นแบบประเมินที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดของ Peter A. Facione เพื่อใช้ในการประเมินระหว่างการสอนว่ากลุ่มตัวอย่างต้องได้รับการพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณในด้านใด ประเมินผลด้วย 2 ระดับ คือ มีทักษะ และไม่มีทักษะ จำนวน 16 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการตีความ จำนวน 4 ข้อ ด้านการวิเคราะห์ จำนวน 3 ข้อ ด้านการอ้างอิงปัญหา จำนวน 3 ข้อ ด้านการประเมินผล จำนวน 3 ข้อ ด้านการอธิบาย จำนวน 2 ข้อ และด้านการควบคุมตนเองด้านการคิด จำนวน 2 ข้อ ตัวอย่างหัวข้อการประเมินทักษะด้านการอธิบาย “นักศึกษามีการให้เหตุผลในการวินิจฉัยปัญหาหรือการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม”

1.3 ข้อคำถามกระตุ้นความคิด เป็นแบบประเมินที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ตามแนวคิดของ Peter A. Facione เพื่อใช้ในการพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณด้านที่ควรปรับปรุงของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ควบคู่กับแบบสังเกตทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ จำนวน 14 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการตีความ จำนวน 3 ข้อ ด้านการวิเคราะห์ จำนวน 4 ข้อ ด้านการอ้างอิงปัญหา จำนวน 3 ข้อ ด้านการประเมินผล จำนวน 2 ข้อ ด้านการอธิบาย จำนวน 2 ข้อ พร้อมแนวทางคำตอบที่ถูกต้องหรือเหมาะสม ตัวอย่างคำถามเพื่อกระตุ้นทักษะการอ้างอิงปัญหา “เพราะเหตุใดนักศึกษาจึงคิดว่าคำตอบนี้จะสามารถแก้ไขปัญหของผู้ป่วยเด็กได้” แนวคำตอบที่เหมาะสม “นักศึกษาพยาบาลอธิบายได้ว่าคำตอบนี้เป็นหนึ่งในทางเลือกที่ช่วยแก้ไขปัญหของผู้ป่วยเด็กได้ โดยเชื่อมโยงกับองค์ความรู้ทางวิชาการได้ถูกต้อง”

1.4 ข้อคำถามการสะท้อนคิดด้วยตนเอง เป็นแบบประเมินที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ตามแนวคิดของ Peter A. Facione เพื่อใช้ในการพัฒนาทักษะด้านการควบคุมตนเองด้านการคิดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 ข้อ พร้อมแนวทางคำตอบที่ถูกต้องหรือเหมาะสม ตัวอย่างคำถาม “สิ่งที่ช่วยให้การทำการกิจกรรมการพยาบาลในครั้งนี้ของตนเองประสบความสำเร็จคืออะไร” แนวคำตอบที่เหมาะสม “สามารถประเมินตนเองด้วยการบอกข้อดีและข้อที่ควรพัฒนาได้”

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (California Critical Thinking skills test Thai Translation [CCTST-TT]) ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือสากลที่สร้างโดย Peter A. Facione ผู้พัฒนาแนวคิด Critical thinking skills (Insight assessment, 2023) แปลเป็นภาษาไทย โดย อัจฉราพร ศรีภูษณาพรณ จำนวน 34 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบหลายตัวเลือก คะแนนที่เป็นไปได้ คือ 0-34 คะแนน แปลผลคะแนนเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 0-7 คะแนน ไม่สามารถประเมินได้ 8-12 คะแนน มีทักษะการคิดฯ ระดับน้อย 13-18 คะแนน มีทักษะการคิดฯ ระดับปานกลาง 19-23 คะแนน มีทักษะการคิดฯ ระดับมาก และตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไป มีทักษะการคิดฯ ระดับดีเยี่ยม และแบ่งเป็น 5 ด้าน ดังนี้ **1) ด้านการวิเคราะห์** แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 0-2 คะแนน ไม่สามารถประเมินได้ 3-4 คะแนน มีทักษะการคิดฯ ระดับปานกลาง และตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป มีทักษะการคิดฯ ระดับมาก **2) ด้านการประเมินผล** แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 0-3 คะแนน ไม่สามารถประเมินได้ 4-7 คะแนน มีทักษะการคิดฯ ระดับปานกลาง และตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป มีทักษะการคิดฯ ระดับมาก **3) ด้านการอ้างอิงปัญหา** **4) ด้านการให้เหตุผลแบบอุปนัย** และ **5) ด้านการให้เหตุผลแบบนิรนัย** แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 0-5 คะแนน ไม่สามารถประเมินได้ 6-11 คะแนน มีทักษะการคิดฯ ระดับปานกลาง และตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป มีทักษะการคิดฯ ระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสังเกตทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ข้อคำถามกระตุ้นความคิด และข้อคำถามการสะท้อนคิดไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการศึกษา 3 ท่าน จากนั้นรวบรวมความคิดเห็นมาปรับปรุง คำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาได้เท่ากับ 0.88, 0.90 และ 1.00 ตามลำดับ

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบประเมินทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณฉบับภาษาไทย ไปทดลองใช้ในนักศึกษาพยาบาล และหาค่าความเที่ยงตามความสอดคล้องภายในของเครื่องมือด้วยสูตร KR-20 ได้เท่ากับ 0.68 และนำแบบสังเกตทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณมาทดสอบค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมินจำนวน 3 คน (Inter-Rater reliability) ได้เท่ากับ 0.81

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย เลขที่โครงการวิจัย IRB-STIN 2563/13.09.09 และได้รับอนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้ที่เกี่ยวข้อง จากนั้น

ผู้วิจัยแจ้งข้อมูลพร้อมมอบเอกสารและแผนประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มตัวอย่างกลับไปทบทวนก่อนลงนามยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตัดสินใจไม่เข้าร่วมโครงการวิจัย หรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่กระทบต่อการประเมินผลรายวิชา ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาเป็นความลับในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัย มีเพียงผู้วิจัยทราบรหัสผ่านและผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม ภายหลังได้รับการตีพิมพ์ครบ 5 ปี ผู้วิจัยจะทำการลบไฟล์ข้อมูลและเอกสารทั้งหมด

การเตรียมผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นอาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต 3 คน และผู้ช่วยวิจัยเป็นอาจารย์พิเศษภาคปฏิบัติ 1 คน เป็นผู้สอนประจำแหล่งฝึกตามโปรแกรมการสอน โดยผู้วิจัยจัดทำคู่มือการใช้โปรแกรมการสอนเพื่อพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ จากนั้นประชุมกับผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเพื่ออธิบายวิธีการใช้คู่มือ และแบบสังเกตทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณให้เข้าใจตรงกัน และสามารถจัดการเรียนการสอนตามคู่มือชุดเดียวกัน เพื่อให้มีมาตรฐานในการสอน และการประเมินผลไปในทางเดียวกัน เมื่อสิ้นสุดการสอนในแต่ละสัปดาห์ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลเรื่องกิจกรรมการสอน และผลการประเมินเพื่อตรวจสอบความเข้าใจ และวางแผนพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณที่ควรปรับปรุงของกลุ่มตัวอย่างอย่างต่อเนื่อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน และผู้ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำแบบประเมินทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณผ่านทางออนไลน์ ระยะเวลา 45 นาที จากนั้นแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 7-8 คน และดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการสอนเพื่อพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณผ่าน 4 แหล่งฝึก แหล่งฝึกละ 5 วัน รวม 20 วัน ดังนี้

การฝึกปฏิบัติในห้องเรียน จำนวน 2 แหล่งฝึก (แหล่งฝึกละ 5 วัน รวม 10 วัน)

วันที่ 1: ศึกษาด้วยตนเอง จำนวน 1 ครั้ง/แหล่งฝึก ผู้วิจัยมอบหมายให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาด้วยตนเองผ่านสื่อการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์แบบคลิปวิดีโอ พร้อมทำแบบสอบถามท้ายบทและแบบประเมินทักษะการปฏิบัติ

วันที่ 2: อภิปรายกลุ่มและการใช้ข้อความกระตุ้นคิด จำนวน 1 ครั้ง/แหล่งฝึก ผู้วิจัยสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ และมอบหมายกรณีศึกษา เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างอภิปรายร่วมกัน ระหว่างการอภิปรายผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างตามแบบสังเกตทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ใช้เวลา 120 นาที/กลุ่ม เมื่อสิ้นสุดการอภิปรายผู้วิจัยใช้คำถามกระตุ้นคิดในกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณที่ควรปรับปรุง พร้อมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อพัฒนานตนเอง ใช้เวลา 60 นาที/กลุ่ม

วันที่ 3: อภิปรายกลุ่มและการใช้ข้อความกระตุ้นคิด จำนวน 1 ครั้ง/แหล่งฝึก ผู้วิจัยมอบหมายโจทย์สถานการณ์ที่มีทางเลือกเน้นการตัดสินใจเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างอภิปราย ระหว่างการอภิปรายผู้วิจัยรับบทบาทเป็นผู้สนับสนุน (Facilitator) และสังเกตพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างตามแบบสังเกตทักษะฯ ใช้เวลา 120 นาที/กลุ่ม เมื่อสิ้นสุดการอภิปรายผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญของเนื้อหา และใช้คำถามกระตุ้นคิดในกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณที่ควรปรับปรุง ใช้เวลา 60 นาที/กลุ่ม

วันที่ 4: ฝึกประสบการณ์ภาคปฏิบัติและการสะท้อนคิด จำนวน 1 ครั้ง/แหล่งฝึก ผู้วิจัยมอบหมายให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติทักษะการพยาบาลกับผู้ป่วยบริการสมมติ ใช้เวลา 30 นาที เมื่อสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติผู้วิจัยสอบถามกลุ่มตัวอย่างด้วยข้อความคำถามสะท้อนคิดถึงผลการปฏิบัติงานของตนเอง ใช้เวลา 15 นาที/กลุ่ม จากนั้นให้ข้อมูลย้อนกลับทักษะการปฏิบัติเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลนำไปพัฒนาด้วยตนเอง

วันที่ 5: อภิปรายกลุ่มและการใช้ข้อความกระตุ้นคิด จำนวน 1 ครั้ง/แหล่งฝึก ผู้วิจัยมอบหมายกรณีศึกษา เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างอภิปรายร่วมกัน ระหว่างการอภิปรายผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างตามแบบสังเกตทักษะฯ ใช้เวลา 120 นาที/กลุ่ม เมื่อสิ้นสุดการอภิปรายผู้วิจัยใช้คำถามกระตุ้นคิดในกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณที่ควรปรับปรุง จากนั้นสรุปสาระสำคัญ และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ใช้เวลา 60 นาที/กลุ่ม

การฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม จำนวน 2 แหล่งฝึก (แหล่งฝึกละ 5 วัน รวม 10 วัน)

วันที่ 1: ทัศนศึกษาเป็นฐานและวางแผนการพยาบาล จำนวน 1 ครั้ง/แหล่งฝึก ผู้วิจัยมอบหมายกรณีศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์และวางแผนการพยาบาลตามหลักกระบวนการพยาบาล

วันที่ 2: ศึกษาด้วยตนเอง จำนวน 1 ครั้ง/แหล่งฝึก ผู้วิจัยมอบหมายให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาด้วยตนเองเรื่องการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์แบบคลิวิดิโอ พร้อมทำแบบประเมินทักษะการปฏิบัติ

วันที่ 3-4: ฝึกประสบการณ์ภาคปฏิบัติและการสะท้อนคิด รวมจำนวน 2 ครั้ง/แหล่งฝึก ผู้วิจัยมอบหมายให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติทักษะการพยาบาลกับผู้ป่วยบริการจริงบนหอผู้ป่วย และฝึกการแก้ปัญหาด้วยตนเองภายใต้การดูแลของผู้วิจัย ใช้เวลา 30 นาที เมื่อสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติผู้วิจัยสอบถามกลุ่มตัวอย่างด้วยข้อคำถามสะท้อนคิดถึงผลการปฏิบัติงานของตนเอง ใช้เวลา 15 นาที/กลุ่ม จากนั้นให้ข้อมูลย้อนกลับทักษะการปฏิบัติเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลนำกลับไปพัฒนาด้วยตนเอง

วันที่ 5: อภิปรายกลุ่มและการใช้ข้อคำถามกระตุ้นคิด จำนวน 1 ครั้ง/แหล่งฝึก ผู้วิจัยมอบหมายกรณีศึกษาเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างอภิปรายร่วมกัน ระหว่างการอภิปรายผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลา 120 นาที/กลุ่ม เมื่อสิ้นสุดการอภิปรายผู้วิจัยใช้คำถามกระตุ้นคิดในกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณที่ควรปรับปรุง จากนั้นสรุปสาระสำคัญร่วมกันใช้เวลา 60 นาที/กลุ่ม

เมื่อสิ้นสุดการจัดการเรียนการสอนตามโปรแกรมการสอนฯ ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำแบบประเมินทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณด้วยตนเองผ่านทางออนไลน์ ระยะเวลา 45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์คะแนนทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณในภาพรวม และรายด้านวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสอนฯ ด้วยสถิติ Paired sample t-test โดยผู้วิจัยทดสอบการแจกแจงปกติของข้อมูลด้วยวิธี Kolmogorov-Smirnov เท่ากับ 0.173 แสดงว่าข้อมูลผ่านการทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ Paired sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสอนฯ พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสอนฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณโดยรวม 12.57 คะแนน ($SD = 3.18$ คะแนน) จากคะแนนเต็ม 34 คะแนน แสดงว่ามีทักษะการคิดฯ อยู่ในระดับน้อย และหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสอนฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณโดยรวม 14.21 คะแนน ($SD = 3.34$ คะแนน) จากคะแนนเต็ม 34 คะแนน แสดงว่ามีทักษะการคิดฯ อยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสอนฯ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณโดยรวมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสอนฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 3.713, P = .001$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการอ้างอิงปัญหา การประเมินผล การให้เหตุผลแบบอุปนัย และการให้เหตุผลแบบนัยมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสอนฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ด้านการวิเคราะห์มีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสอนฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสอน (n = 53)

คะแนนเฉลี่ยทักษะการคิด อย่างมีวิจารณญาณ	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		t	p
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
คะแนนเฉลี่ยโดยรวม	12.57	3.18	14.21	3.34	3.713	.001*
คะแนนเฉลี่ยรายด้าน						
ด้านการวิเคราะห์	3.91	1.48	3.92	1.59	0.081	.468
ด้านการอ้างอิงปัญหา	5.00	1.74	5.75	1.63	2.625	.006*
ด้านการประเมินผล	3.66	1.72	4.62	1.59	3.725	.000*
ด้านการให้เหตุผลแบบอุปนัย	4.47	1.80	5.19	1.48	2.581	.006*
ด้านการให้เหตุผลแบบนิรนัย	6.85	2.09	7.70	2.28	2.605	.006*

*p < .05

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสอนเพื่อพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อธิบายได้ว่าโปรแกรมการสอน ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีกิจกรรมการสอนที่เป็นไปตามกระบวนการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง ได้แก่ การมอบหมายให้ศึกษาด้วยตนเองผ่านสื่อการเรียนรู้ร่วมกับแบบฝึกหัด การยกตัวอย่างกรณีศึกษาเพื่อใช้ในการอภิปรายกลุ่ม และการใช้ข้อคำถามกระตุ้นความคิดระหว่างการเรียนการสอน ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความสงสัยและกระตุ้นให้เกิดความกระตือรือร้นในการค้นหาคำตอบมากขึ้น การมอบหมายให้นักศึกษาพยาบาลศึกษาปัญหาผู้รับบริการและวางแผนการพยาบาล เพื่อนำความรู้มาประยุกต์ใช้สู่การปฏิบัติ และการฝึกปฏิบัติทั้งกับตุ๊กตาเด็ก/ผู้รับบริการจริงบนหอผู้ป่วยกรมเวชกรรมพร้อมกับการสะท้อนคิดผลการฝึกปฏิบัติของตนเองและเพื่อนในกลุ่ม เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลได้นำมุมมองใหม่ที่ได้จากการเรียนรู้ไปใช้จริง และเกิดการยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น สอดคล้องกับกรอบแนวคิด STAR ที่พัฒนาจากทฤษฎีการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงของ Mezirow (Mezirow, 2000; McAllister, 2011; Poohongthong, 2018) ที่กล่าวว่าบุคคลจะเปลี่ยนกรอบความคิดของตนเองได้นั้น ต้องมีการเรียนรู้จากสถานการณ์ ที่ทำให้เกิดความสงสัย เพื่อเรียนรู้สิ่งใหม่ด้วยการสะท้อนคิดเชิงวิพากษ์จนเกิดความเข้าใจและคิดที่จะเปลี่ยนแปลง และ สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพในอาจารย์พยาบาล และนักศึกษาพยาบาลที่มีการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริม การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ พบว่าช่วยพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลทั้ง ด้านความรู้ ทักษะ การคิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล รับผิดชอบต่อภาพการปฏิบัติของตนเอง รวมถึงการรับฟังผู้อื่นมากขึ้น (Dumrongkittikul & Keeratitanon, 2022) นอกจากนี้กิจกรรมการสอนกระตุ้นให้เกิดทักษะการคิดที่สำคัญ คือ การตีความ การวิเคราะห์ การอ้างอิงปัญหา การประเมินผล การอธิบาย และการควบคุมตนเองด้านการคิด สอดคล้อง กับแนวคิดของ Facione (1990) ที่กล่าวว่าทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณของแต่ละบุคคลขึ้นกับทักษะการคิดที่สำคัญ 6 ด้านที่จะกระตุ้นให้บุคคลเกิดกระบวนการคิดในการวิเคราะห์อย่างรอบด้าน และค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาได้อย่าง เหมาะสม และสอดคล้องกับการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ได้รับการสอนด้วยการเขียนบันทึกสะท้อนคิด หลังการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์ต่าง ๆ พบว่าคะแนนทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณเพิ่มขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ (Khorphon et al., 2019) อีกทั้งจำนวนครั้งและระยะเวลาที่เพียงพอจะส่งเสริมให้เกิดทักษะการคิด อย่างมีวิจารณญาณ สอดคล้องกับการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการสอนด้วยการใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน เป็นเวลา

70 นาที จำนวน 8 สัปดาห์ พบว่าคะแนนทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Roshangar et al., 2020) และการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลปีที่ 3 ที่ได้รับการสอนด้วยกรณีศึกษา การอภิปรายกลุ่มย่อย และการตั้งคำถามต่อเนื่องติดต่อกันเป็นระยะเวลา 3 ปี พบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mahmond, 2011) แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมการสอน ระยะเวลาและจำนวนครั้งในการจัดการเรียนการสอนส่งผลต่อการเพิ่มทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณในนักศึกษาพยาบาล

เมื่อพิจารณาารายด้าน พบว่าด้าน**การวิเคราะห์**อยู่ในระดับปานกลาง และมีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสอนเพื่อพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าทักษะด้านการวิเคราะห์เป็นความสามารถของบุคคลในการค้นหาประเด็นปัญหาสำคัญจากข้อมูลที่รวบรวมได้ถูกต้อง มองปัญหาอย่างรอบด้าน และได้แย้งว่าสิ่งที่คิดนั้นถูกต้องด้วยข้อมูลสนับสนุนจากหลักฐานที่น่าเชื่อถือ (Kusoom & Tongvichean, 2017) แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะได้รับการฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์จากการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 จนทำให้มีคะแนนเฉลี่ยทักษะด้านการวิเคราะห์ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสอน อยู่ในระดับปานกลาง แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถวิเคราะห์ปัญหาได้อย่างรอบด้าน และหาเหตุผลมาสนับสนุนความคิดของตนเองได้เท่าที่ควร ซึ่งอาจเกิดจากการมีทักษะการนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติน้อย รวมถึงประสบการณ์การเรียนรู้จากสถานการณ์ที่ไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้และอุปสรรคต่อการพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณในนักศึกษาพยาบาล ประเทศสิงคโปร์ พบว่าความรู้ที่ไม่เพียงพอเป็นอุปสรรคที่ทำให้ตนเองไม่สามารถนำองค์ความรู้ไปใช้ในการคิดวิเคราะห์หรือโต้แย้งด้วยเหตุผลกับผู้อื่นเท่าที่ควร อีกทั้งรู้สึกว่าการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ ไม่ใช่การสอนอย่างเดียวทำให้ตนเองมีทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณเพิ่มขึ้น และการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จะทำให้นักศึกษาพยาบาลได้ฝึกฝนการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติได้ดี (Wong & Kowitlawakul, 2020)

ด้านการ**อ้างอิงปัญหา** พบว่าอยู่ในระดับน้อย แต่มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสอนเพื่อพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อธิบายได้ว่าทักษะการอ้างอิงปัญหาเป็นความสามารถในการเชื่อมโยงข้อมูลจากองค์ความรู้กับข้อมูลที่รวบรวมได้เพื่อค้นหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นทักษะการคิดขั้นสูงที่นักศึกษาพยาบาลต้องใช้ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการอธิบายเหตุผลของการตัดสินใจเลือกทางในการแก้ไขปัญหา แต่การจัดการเรียนการสอนในปีที่ผ่านมาเป็นรายวิชาทฤษฎีส่วนใหญ่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเน้นการเรียนรู้ผ่านการท่องจำมากกว่าการใช้ความเข้าใจในเนื้อหา นักศึกษาพยาบาลจึงไม่สามารถอธิบายเหตุผลและเชื่อมโยงข้อมูลได้ แต่โปรแกรมการสอนเพื่อพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณมีการใช้ข้อคำถามกระตุ้นความคิดร่วมกับบทบาทผู้สอนที่สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นด้วยตนเองทำให้เกิดการพัฒนาทักษะดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ได้รับการสอนด้วยการสะท้อนคิด หลังการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์ต่าง ๆ พบว่ามีคะแนนด้านการอ้างอิงปัญหาอยู่ในระดับน้อย ดังนั้นการสอนด้วยการเขียนบันทึกสะท้อนคิดอาจไม่สามารถพัฒนาทักษะนี้ จึงควรมีการหาวิธีการสอนอื่น (Khorphon et al., 2019)

ข้อเสนอแนะ

1. **ด้านการวิจัย** ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสอน เปรียบเทียบกับการสอนแบบปกติ เพื่อให้สามารถอภิปรายประสิทธิผลของโปรแกรมการสอน ได้ชัดเจนขึ้น
2. **ด้านการสอน** อาจารย์พยาบาลสามารถนำโปรแกรมการสอน ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมการสอนที่ส่งเสริมทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทยที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัยภายใต้โครงการทุนส่งเสริมหัวหน้าโครงการวิจัยและนวัตกรรมรุ่นใหม่ จากสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

References

- Arpaichiraratana, C., & Attharos, T. (2021). Effect of small group discussion on critical thinking, self-directed learning, satisfaction on the learning of nursing students of The Thai Red Cross College of nursing. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 5(1), 19-31. [In Thai]
- Azizi-Fini, I., Hajibagheri, A., & Adib-Hajbaghery, M. (2015). Critical thinking skills in nursing students: A comparison between freshmen and senior students. *Nurse Midwifery Study*, 4(1), 2-5.
- Boso, C., Merwe, A. S., & Gross, J. (2020). Critical thinking skills of nursing students: Observations of classroom instructional activities. *Nursing Open*, 7, 581-588.
- Chidmongkol, R., Tongphet, P., & Khonyang, W. (2016). Teaching for enhancing critical thinking of nursing students in clinical practice. *Journal of Nursing and Public Health*, 3(3), 233-245. [In Thai]
- Dumrongkittikul, B., & Keeratitanon, P. (2022). Recommendation for developing transformative learning management for nursing students of Boromarajonani college of nursing, Saraburi. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin*, 12(2), 130-147. [In Thai]
- Facione, P. A (1990). Critical thinking: A statement of expert consensus for purposes of educational assessment and instruction – The delphi report. Millbrae, CA: California: Academic Press.
- Insight assessment. (2023). *California critical thinking skills test: 2023 user manual and resource guide*. California: The California Academic Press.
- Kamkhieo, W., Nantakaew, K., Kulnitichai, W., & Tachawong, K. (2018). Effects of concept mapping on critical thinking ability among nursing students of the University of Phayao. *Journal of Nursing and Education*, 11(3), 24-35. [In Thai]
- Khorphon, S., Pankeaw, J., Sarobol, T., Choopun, K., Chomchan, S., & Boonlue, N. (2019). Promoting of critical thinking skills in nursing students through reflective thinking. *Thai Journal of Nursing*, 46(1), 83-96. [In Thai]
- Kosawanon, S., Rungamornrat, S., & Panbangpra, S. (2015). Effect of case study teaching method on critical thinking in nursing students. *Nursing Science Journal of Thailand*, 33(3), 99-108. [In Thai]
- Kusoom, W., & Tongvichean, S. (2017). Developing critical thinking skill for nursing students. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 25(3), 1-8. [In Thai].
- Mahmond, A. K. (2011). Critical thinking skills of nursing students in lectured-based teaching and case-based learning. *International Journal of the Scholarship of Teaching and Learning*, 5(2), 1-18.
- McAllister, M. (2011). STAR: A transformative learning framework for nurse educators. *Journal of Transformative Education*, 9(1), 42-58.

- McAllister, M., Oprescu, F., Downer, T., Lyons, M., Pelly, F., & Barr, N. (2013). Evaluating star-a transformative learning framework: interdisciplinary action research in health training. *Educational Action Research*, 21(1), 90-106
- Mezirow, J. (2000). *Learning as transformation: Critical perspective on a therapy in progress*. San Francisco: jossey-Bass.
- Poohongthong, C. (2018). Transformative learning: Challenges for instructors in higher education. *Journal of Behavioral Science*, 24(1), 163-182. [In Thai]
- Rojanaprasert, P., & Boonpiamsak, T. (2013). The effect of computer-assisted instruction lessons with reflective thinking teaching in nursing care of the child with cardiac catheterization on knowledge and critical thinking among the nursing students. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 24(2): 17-28. [In Thai]
- Roshangar, F., Azar, E. F., Sarbakhsh, P., & Azarmi, R. (2020). The effect of case-based learning with or without conceptual mapping method on critical thinking and academic self-efficacy of nursing students. *Journal of Biochemical Technology*, 11(1), 37-44.
- Wong, S. H. V., & Kowitlawakul, Y. (2020). Exploring perceptions and barriers in developing critical thinking and clinical reasoning of nursing students: A qualitative study. *Nurse Education Today*, 2020(95), 1-6. doi: 10.1016/j.nedt.2020.104600.
- Yaemsuda, T. (1999). *The development of social cognitive learning instructional system in nursing education by using portfolio*. Doctoral Dissertation, Higher Education, Chulalongkorn University.

ผลของกระบวนการกำกับตนเองต่อ น้ำหนักตัว ทักษะคิด และพฤติกรรม การออกกำลังกายด้วยการเดินของอาสาสมัครสาธารณสุขหญิง ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

ศลิษา น้ำเหนือ, พย.ม.¹ สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ, ส.ด.^{2*} สมสมัย รัตนกริทากุล, ส.ด.³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกระบวนการกำกับตนเองต่อพฤติกรรม การออกกำลังกายด้วยการเดิน ทักษะคิดต่อการออกกำลังกาย และน้ำหนักตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขหญิงที่มีภาวะ น้ำหนักเกิน กลุ่มตัวอย่างเป็น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หญิงที่มีภาวะน้ำหนักเกิน อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 60 คน ซึ่งทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบอย่างง่าย เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมการพยาบาลและประชุม อบรมประจำเดือนตามปกติเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมกำกับตนเอง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมออกกำลังกายด้วยการเดิน แบบสอบถามทักษะคิดต่อการ ออกกำลังกายด้วยการเดิน และแบบบันทึกน้ำหนักและส่วนสูง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และการทดสอบค่าที่

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมออกกำลังกายด้วยการเดิน ทักษะคิด ต่อการออกกำลังกายด้วยการเดินเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัวลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ($t = 15.10, p < .05$; $t = 8.92, p < .05$; $t = 2.92, p < .05$; ตามลำดับ) จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาล สามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายด้วยการเดินเพื่อลดน้ำหนักใน อสม. ได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการกำกับตนเอง ออกกำลังกายด้วยการเดิน ทักษะคิด น้ำหนักตัว อาสาสมัครสาธารณสุขหญิง

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก e-mail: suwanna@go.buu.ac.th

Effects of Self-Regulation Program on Body Weight, Attitude, And Walking Exercise Behavior Among Overweight Female Health Volunteers

Salisa Namnuae, M.N.S.¹, Suwanna Junprasert, Dr.P.H.^{2*}, Somsamai Rattanaagreethakul, Dr.P.H.³

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of a self-regulation program on body weight, attitude, and walking exercise behavior among overweight female health volunteers. A simple random sampling method was used to recruit 60 central overweight health volunteers who met the inclusion criteria in Bang Pakong District, Chachoengsao Province. The participants were randomly assigned into either the experimental (n = 30) or the control (n = 30) groups. The experimental group received the self-regulation program for eight weeks, and the control group received the nurse's routine care. The research instrument included a self-regulation program and data collection tools comprising of walking exercise behavior and attitude about walking exercise questionnaires. Data were analyzed using descriptive and t-test statistics.

The results revealed that the experimental group had higher mean difference scores in walking exercise, attitude, and body weight loss than those of the control group at the significant level of $< .05$ ($t = 15.10, p < .05$; $t = 8.92, p < .05$; $t = 2.92, p < .05$, respectively). The findings suggested that nurses can apply this program to promote walking exercise behavior and aid in reducing weight in obese female health volunteers.

Key words: Self-regulation program, walking exercise, attitude, bodyweight, female health volunteer

¹ Student of Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Burapha University

² Assoc Professor, Faculty of Nursing Burapha University

³ Assistant Professor, Faculty of Nursing Burapha University

* Corresponding author e-mail: suwanna@go.buu.ac.th

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะน้ำหนักเกินเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ข้อมูลองค์การอนามัยโลกระบุว่าประชากร 4.7 ล้านคนทั่วโลกเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีสาเหตุมาจากภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน (Ritchie & Roser, 2017) จากข้อมูลองค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2019 พบว่ามีประชากรวัยผู้ใหญ่มีภาวะน้ำหนักเกินสูงถึงร้อยละ 38.9 (Elflein, 2019) และจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 ปี พ.ศ. 2557 พบความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ร้อยละ 37.5 และครั้งที่ 6 ปี พ.ศ. 2562 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 42.4 (Phitprasert, 2021) ซึ่งจะเห็นได้ว่าประชาชนไทยมีภาวะน้ำหนักเกินที่เพิ่มสูงมากขึ้น โดยจังหวัดฉะเชิงเทรามีการสำรวจข้อมูลสุขภาพประชากรวัยทำงานอายุระหว่าง 45-59 ปี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 พบว่า มีภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน ร้อยละ 46 และมีภาวะอ้วนลงพุงร้อยละ 41 (Chachoengsao Provincial PublicHealth Office, 2020) ภาวะน้ำหนักเกินส่งผลทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Thamrangsri, Phulkerd, & Ponguttha., 2011) โดยพบว่าผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินเสี่ยงจะเป็นโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคเมตซิงร้อยละ 58, 21 และ 42 ตามลำดับ (World Health Organization [WHO], 2002) ซึ่งอุบัติการณ์ของการเกิดโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น เมื่อมีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23 กิโลกรัม/เมตร² ขึ้นไป (Deerotwong, 2009) สาเหตุหลักของภาวะน้ำหนักเกิน คือ ความไม่สมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับจากการรับประทานอาหารกับพลังงานที่ใช้ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการออกกำลังกาย (Department of Health, 2007) โดยแนวทางในการแก้ไขภาวะน้ำหนักเกินคือการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย โดยการออกกำลังกายนั้นมีหลายรูปแบบ แต่รูปแบบที่ช่วยลดน้ำหนัก เพิ่มระดับการเผาผลาญในร่างกาย คือการออกกำลังกายแบบแอโรบิก

การเดินเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่ง่ายสะดวก ไม่ต้องใช้ทักษะความชำนาญเป็นพิเศษ อีกทั้งการเดินยังช่วยลดแรงกระแทกและการบาดเจ็บต่อข้อสะโพก ข้อเข่าและข้อเท้า มากกว่าการวิ่งเหยาะ ๆ (Department of Medical Services, 2012) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้แนะนำว่าผู้ใหญ่อายุ 18-64 ปี ควรมีกิจกรรมทางกายที่ระดับความหนักปานกลางอย่างน้อย 150 นาทีใน 1 สัปดาห์ (World Health Organization [WHO], 2010) โดยมีการศึกษาพบว่า การเดิน 10,000 ก้าว เทียบเท่ากับการออกกำลังกายขั้นต่ำ 30 นาที ของการออกกำลังกายในระดับปานกลาง (Office of the Health Promotion Fund, 2017) จึงกล่าวได้ว่า การออกกำลังกายด้วยการเดินอย่างน้อย สัปดาห์ละ 150 นาที หรือการเดินอย่างน้อยวันละ 10,000 ก้าว สามารถช่วยลดน้ำหนักในผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินได้

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นบุคคลสำคัญในการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน จึงควรดำรงตนเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการมีพฤติกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสมและถูกต้อง จากผลการตรวจสุขภาพประจำปี พ.ศ. 2562 ของ อสม. ในอำเภอบางปะกง พบว่ามีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 35.42 โดยพบว่าตำบลที่มีจำนวน อสม. ภาวะน้ำหนักเกินมากที่สุด คือ ตำบลท่าข้าม (Bang Pakong District Public Health Office, 2019) ซึ่งควรต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกาย โดยจังหวัดฉะเชิงเทรา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ. สต.) ได้มีการจัดโครงการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วนเป็นประจำ แต่ยังคงพบว่า อสม. หญิงยังคงมีภาวะน้ำหนักเกินอยู่เป็นจำนวนมาก อีกทั้งเพศหญิงมีแนวโน้มจะมีภาวะน้ำหนักเกินมากกว่าเพศชาย เนื่องจากมีปริมาณกล้ามเนื้อในร่างกายต่ำกว่าเพศชาย ทำให้อัตราการเผาผลาญน้อยกว่า (Ekplakorn, 2016) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกาย จำเป็นต้องอาศัย ความรู้ ความเข้าใจ และความตั้งใจในการปฏิบัติ ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับการกำกับตนเอง (Self-regulation) ของ Bandura (1986) เป็นแนวคิดที่จะช่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายโดยการกำหนดเป้าหมาย ลงมือกระทำ และเห็นผลลัพธ์ของการกระทำด้วยตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การใช้แนวคิดเกี่ยวกับการกำกับตนเองเพื่อช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การออกกำลังกายสามารถทำได้จริง (Chantawat, Toonsiri, & Rattanagreetakul, 2015) โดยในพื้นที่ยังไม่พบการศึกษาที่นำแนวคิดการกำกับตนเองมาใช้เพื่อแก้ปัญหาภาวะน้ำหนักเกินใน อสม. ที่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาโปรแกรมการกำกับตนเอง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายด้วยการเดิน เกิดทัศนคติที่ดีต่อ

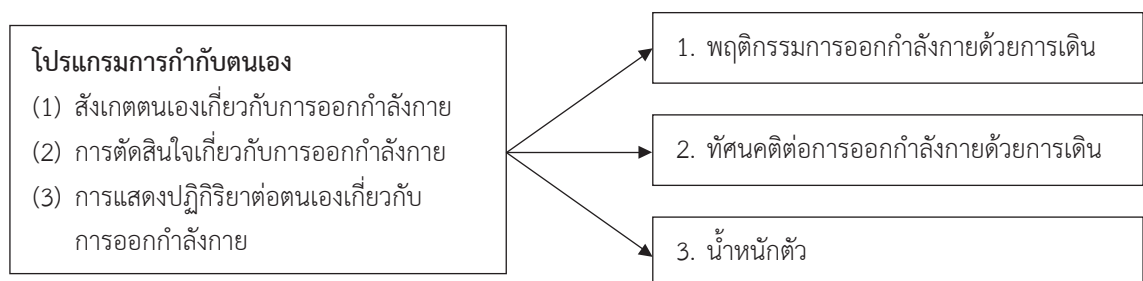
การออกกำลังกายด้วยการเดิน และสามารถลดน้ำหนักใน อสม. หญิงได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างพฤติกรรมออกกำลังกายด้วยการเดิน ของ อาสาสมัครสาธารณสุขหญิง ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในระยะก่อน และหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างทัศนคติต่อการออกกำลังกายด้วยการเดิน ของ อาสาสมัครสาธารณสุขหญิง ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในระยะก่อน และหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างน้ำหนักตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขหญิงที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในระยะก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์แนวคิดการกำกับตนเองของ (Bandura, 1986) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยซึ่งประกอบไปด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่ (1) การสังเกตตนเอง (Self-observation) ตั้งเป้าหมายเชิงบวก (Goal setting) ในระดับที่สามารถทำได้ และการเตือนตนเอง (Self-monitoring) โดยการบันทึกพฤติกรรมออกกำลังกายด้วยการเดิน และน้ำหนักตัว (2) การตัดสินใจ (Judgment process) โดยให้เปรียบเทียบผลลัพธ์กับเป้าหมายที่ตั้งไว้ เพื่อตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมนั้นต่อ (3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-reaction) โดยการให้รางวัลตนเอง เมื่อทำได้ตามเป้าหมาย ซึ่งทั้ง 3 กระบวนการจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมออกกำลังกายด้วยเดิน ทำให้เกิดทัศนคติต่อการออกกำลังกายด้วยการเดินและน้ำหนักตัว สรุปได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสุ่ม 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อสม. หญิงที่มีน้ำหนักเกิน ค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23 กิโลกรัม/เมตร² ขึ้นไป ในอำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา

กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. หญิงตำบลท่าข้าม ที่มีภาวะน้ำหนักเกินค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23 กิโลกรัม/เมตร² ขึ้นไป จากผลการประเมินภาวะสุขภาพใน อสม. อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 (Bang Pakong District Public Health Office, 2019) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ (1) อายุ 35-59 ปี (2) ไม่ได้เข้าร่วมในโปรแกรมลดน้ำหนักในโครงการอื่นใด (3) มีความสามารถในการรับรู้และสื่อความหมายได้ (4) ไม่มีโรคประจำตัว หรือภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย ได้แก่ โรคเบาหวานที่ควบคุมระดับ

น้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและมีปัญหาโรคกระดูกและข้อ ที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย (5) ใช้ Smart phone และสามารถดาวน์โหลด Application “เดินนับก้าว” ได้

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้วิธีวิเคราะห์อำนาจทดสอบ ตามสูตร ดังนี้ (Worapongsatorn, 2000)

$$n = \frac{2\sigma^2 (Z_\alpha + Z_\beta)^2}{(\mu_1 - \mu_0)^2}$$

แทนค่าในสูตรโดยกำหนดระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบ ($1-\beta$) เท่ากับ .90 และขนาดของอิทธิพล ค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายในกลุ่มทดลอง 23.52 กิโลกรัม/เมตร² กลุ่มควบคุม 24.36 กิโลกรัม/เมตร² และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง 0.96 กิโลกรัม/เมตร² ที่ได้จากผลการวิจัยของ Sonthirak (2013) ได้กลุ่มตัวอย่าง 23 คนต่อกลุ่ม ป้องกันการถอนตัวและการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์จึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 25 รวมเป็น 58 คน เป็นกลุ่มละ 30 คน รวม 2 กลุ่ม เป็น 60 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) ได้แก่ (1) เลือกตำบลท่าข้ามเป็นกลุ่มทดลองเนื่องจาก เป็นตำบลที่มี อสม. ภาวะน้ำหนักเกินมากเป็นอันดับหนึ่งของอำเภอบางปะกง และเลือกตำบลบางเกลือเป็นกลุ่มควบคุมเนื่องจากมีลักษณะภูมิประเทศและ แบบแผนการดำเนินชีวิตของ อสม. คล้ายคลึงกันกับตำบลท่าข้าม (2) ขอรับอาสาสมัครในตำบลท่าข้าม และตำบลบางเกลือเพื่อเข้าร่วมการวิจัย (3) จัดประชุมกลุ่มเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย (4) สุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จับฉลากแบบไม่คืนที่ ในตำบลท่าข้าม ขึ้นมา 30 คน เพื่อเป็นกลุ่มทดลอง ตำบลบางเกลือ 30 คน เพื่อเป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่

1.1 โปรแกรมการกำกับตนเอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดเกี่ยวกับการกำกับตนเอง (Self-regulation) ของ Bandura (1986) ซึ่งประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่ (1) การสังเกตตนเอง (2) การตัดสินใจ (3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง โดยดำเนินกิจกรรม 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 เข้าร่วมกิจกรรมวันเว้นวัน ครั้งละ 2 ชั่วโมง สัปดาห์ที่ 2-3 ฝึกกำกับตนเองที่บ้าน ผู้วิจัยติดตามผลผ่านการโทรศัพท์ติดตาม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง สัปดาห์ที่ 4-5 ฝึกกำกับตนเองที่บ้าน ผู้วิจัยติดตามผลผ่าน Line สัปดาห์ละ 1 ครั้ง สัปดาห์ที่ 6-8 ฝึกกำกับตนเองโดยผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะ ร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหา รวมระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์

1.2 แผนการสอน และและสไลด์ประกอบการสอนเรื่องภาวะน้ำหนักเกิน และอันตรายจากภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน เพื่อสร้างความตระหนัก และเห็นความสำคัญของการลดน้ำหนัก

1.3 คู่มือหมั่นก้าว สองเท้าพิชิตอ้วน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการออกกำลังกายด้วยการเดิน และตารางบันทึกการออกกำลังกายด้วยการเดิน

1.4 เครื่องชั่งน้ำหนักชนิดดิจิทัล ยี่ห้อ SHAPER รุ่น SD หน่วยเป็นกิโลกรัม มีการสอบเทียบเครื่องมือและมีใบแสดงผลผ่านเกณฑ์การตรวจมาตรฐานจากโรงงานผู้ผลิต และการตั้งมาตรฐานของเครื่อง นำสิ่งของออกทุกครั้ง ก่อนชั่งน้ำหนัก ปรับเครื่องชั่งน้ำหนักให้เป็น 0 ขณะยืนซึ่งไม่เคลื่อนไหวร่างกาย ก่อนอ่านค่าให้ตัวเลขอยู่นิ่งก่อนเสมอ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้แก่ ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบไปด้วย 4 ส่วน (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ อายุ ส่วนสูง ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ภาวะสุขภาพจำนวน 7 ข้อ ซึ่งเป็นลักษณะการเติมข้อความลงในช่องว่าง และให้เลือกตอบตามความเป็นจริง (2) แบบสอบถามพฤติกรรมออกกำลังกายด้วยการเดิน เป็นคำถามที่ใช้ประเมินการออกกำลังกายด้วยการเดิน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยปรับ

มาจากแบบวัดพฤติกรรมการออกกำลังกายของ Kusnitz and Fine (1995) ตามเกณฑ์ของการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ 3 ข้อ ลักษณะคำถามปลายเปิด 3 ระดับครอบคลุมถึงระยะเวลา ความแรง ความถี่ ในการออกกำลังกายด้วยการเดิน แผลผลเป็น 5 ระดับคือ พฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยการเดินระดับไม่ออกกำลังกาย น้อย ปานกลาง ดี และดีมาก (3) แบบสอบถามทัศนคติต่อการออกกำลังกายด้วยการเดิน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีทั้งหมด 17 ข้อ ลักษณะการวัด 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) แผลผลเป็น 5 ระดับคือ ทัศนคติต่อการออกกำลังกายด้วยการเดินระดับไม่ต้องการมาก ไม่ดี ปานกลาง ดี และดีมาก (4) แบบบันทึกน้ำหนักและส่วนสูง เครื่องมือนี้ได้ผ่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ค่า CVI ของแบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย ด้วยการเดินและทัศนคติต่อการออกกำลังกายด้วยการเดินเท่ากับ 0.66 และ 0.91 ตามลำดับ นำไปทดลองใช้ (Try out) กับ อสม. หญิง รพ. สต. เขตินที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จำนวน 30 คน พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยการเดินและทัศนคติต่อการออกกำลังกาย ด้วยการเดินเท่ากับ 0.89 และ 0.73 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา พิจารณา และให้การรับรองวันที่ 20 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 เลขที่รับรอง IRB3 - 050/2564 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจง รายละเอียดการทดลอง การรักษาความลับ ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อสิทธิและหน้าที่ใด ๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมจึงให้ลงนามเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการ รพ. สต. ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงรายละเอียดและขอความอนุเคราะห์ในการทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ของกลุ่มตัวอย่าง ทำแบบสอบถามส่วนบุคคล แบบสอบถามการออกกำลังกาย แบบสอบถามทัศนคติต่อการออกกำลังกาย ซึ่งน้ำหนักและ ส่วนสูง น้ำหนัก ที่ห้องประชุม รพ. สต. ที่ศึกษา โดยแต่ละคนนั่งห่างกัน 1 ช่วงแขน เมื่อตอบเสร็จใส่ซองปิดผนึก โดยผู้วิจัย เป็นผู้เก็บรวบรวม หลังการทดลอง (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 9 ทำแบบสอบถามการออกกำลังกาย ทัศนคติต่อการ ออกกำลังกาย ซึ่งน้ำหนักและส่วนสูง น้ำหนักตัว โดยนัดที่ห้องประชุมรพ. สต. ที่ศึกษา ทำการเก็บข้อมูลด้วยวิธีเดียวกัน กับก่อนการทดลอง

กลุ่มทดลอง

ในสัปดาห์ที่ 1 รวม 3 ครั้ง จัดกิจกรรมวันเว้นวัน ครั้งละ 2 ชั่วโมง ณ ห้องประชุม รพ. สต. ติดตามกระตุ้น การกำกับตนเองผ่านโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 และฝึกกำกับตนเองที่บ้าน โดยผู้วิจัยติดตามผล ช่วยแนะนำแนวทางเสริมแรงให้กลุ่มทดลองผ่าน Line ในสัปดาห์ที่ 4 และ 5 รวมระยะเวลาในการทดลอง 5 สัปดาห์ และ ในสัปดาห์ที่ 6-8 กลุ่มทดลองกำกับตนเองที่บ้าน มีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 กิจกรรม “รู้เท่าทันน้ำหนักเกิน” ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ณ ห้องประชุม รพ. สต. ให้ความรู้ ผ่าน Power point ที่มีเนื้อหาสถานการณ์ปัญหาของภาวะน้ำหนักเกินในระดับโลก ประเทศ และพื้นที่ การประเมินภาวะ น้ำหนักเกิน สาเหตุ ผลกระทบและการแก้ไขปัญหาภาวะน้ำหนักเกิน ให้ประเมินสุขภาพตนเองโดยการชั่งน้ำหนัก คำนวณ ค่าดัชนีมวลกายด้วยตนเอง สังเกตพฤติกรรมการออกกำลังกายและบันทึกลงในแบบบันทึกหมื่นก้าวสองเท่าพิชิตอ้วน สอนและสาธิตวิธีการเดินที่ถูกต้อง แนะนำวิธีการใช้ Application “เดินนับก้าว” พร้อมทั้งให้กลุ่มทดลอง Download และทดลองใช้

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 กิจกรรม “ลดน้ำหนักไม่ยากอย่างที่คิด” ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ณ ห้องประชุมรพ. สต. บรรยาย เกี่ยวกับผลกระทบของภาวะน้ำหนักเกิน ให้บุคคลต้นแบบด้านสุขภาพ ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการออกกำลังกาย

ด้วยการเดินบอกเล่าประสบการณ์เพื่อลดน้ำหนัก อธิบายเกี่ยวกับกระบวนการกำกับตนเอง ทบทวนวิธีการเดินและให้กลุ่มทดลองเดินจริง ประกอบกับการใช้ Application “เดินนับก้าว” และให้ตั้งเป้าหมายในการเดินเป็นจำนวนก้าว (เพื่อนำไปทดลองเดินจริงในกิจกรรมครั้งที่ 3)

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 3 กิจกรรม “หมื่นก้าว ง่ายนิดเดียว” ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ณ ลานอาคารเอนกประสงค์เทศบาล ทบทวนความรู้จากกิจกรรมในครั้งที่ 1 และ 2 ให้แต่ละคนทบทวนเป้าหมายในการลดน้ำหนักและการเดิน ฝึกการเดินในสถานที่จริง ประกอบกับการใช้ Application “เดินนับก้าว” ตามเป้าหมายที่แต่ละบุคคลได้ตั้งไว้ หลังจากเดินให้เปรียบเทียบผลลัพธ์กับเป้าหมายที่ตั้งไว้ หากไม่สามารถทำได้ตามเป้าหมายให้กลุ่มทดลอง วิเคราะห์สาเหตุ หาแนวทางใหม่ด้วยตนเอง โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้แนะนำ

สัปดาห์ที่ 2-3 ปฏิบัติตามแผนกำกับตนเองพร้อมการติดตามผลทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชัน Line ติดตามความก้าวหน้าในการกำกับตนเองโดยการโทรศัพท์และแอปพลิเคชัน Line สัปดาห์ละครั้ง

สัปดาห์ที่ 4-5 ปฏิบัติตามแผนการกำกับตนเองที่บ้าน กำกับตนเองในการออกกำลังกายด้วยการเดินพร้อมทั้งแบบบันทึก “หมื่นก้าวสองเท่าพิชิตอ้วน” ส่งผลผ่านแอปพลิเคชัน Line สัปดาห์ละครั้ง

สัปดาห์ที่ 6-8 ปฏิบัติตามแผนกำกับตนเองที่บ้านกำกับตนเองในการออกกำลังกายด้วยการเดินที่บ้าน

กลุ่มควบคุม ได้เข้าร่วมกิจกรรมของ อสม. ตามปกติ เช่น ประชุมประจำเดือน การอบรมให้ความรู้
การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (1) พรรณนาข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ภาวะสุขภาพ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลด้วย สถิติ Chi-square test และสถิติ Independent t-test (2) พรรณนาพฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยการเดินรายข้อ ทักษะคิดการออกกำลังกาย ค่าน้ำหนักตัวก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างพฤติกรรม การออกกำลังกายด้วยการเดิน ทักษะคิดต่อการออกกำลังกายด้วยการเดิน และค่าเฉลี่ยผลต่างน้ำหนักตัวของ อสม. ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ Independent t-test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ในช่วง 51-59 ปี สถานภาพสมรส กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีสถานภาพ หม้าย/หย่าร้าง แยกกันอยู่ กลุ่มควบคุมสถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จบระดับประถมศึกษา/มัธยมต้น ประกอบอาชีพ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว และไม่มีโรคประจำตัว ซึ่งข้อมูลทั่วไปของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 รายละเอียดดังในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความพึงพอใจของรายได้ ภาวะสุขภาพ

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (<i>n</i> = 30)		กลุ่มควบคุม (<i>n</i> = 30)		<i>P</i> (2-tailed)
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ					
ไม่เกิน 50 ปี	9	30.0	8	26.7	.23
51-59 ปี	21	70.0	22	73.3	
	Min 40 ปี	Max 59 ปี	Min 37 ปี	Max 59 ปี	
	<i>M</i> = 51.8 ปี	<i>SD</i> = 4.89 ปี	<i>M</i> = 52.9 ปี	<i>SD</i> = 5.57 ปี	
สถานภาพสมรส					
โสด	5	16.7	7	23.3	.24
สมรส	12	40.0	17	56.7	
หม้าย/หย่าร้าง-แยกกันอยู่	13	43.3	6	20.0	
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา/มัธยมต้น	18	60.0	14	46.7	.60
มัธยมปลาย/ปวช.	9	30.0	11	36.7	
อนุปริญญาและป.ตรี	3	10.0	5	16.6	
อาชีพปัจจุบัน					
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	17	56.7	13	43.4	.65
รับจ้าง/ลูกจ้าง/พนักงานบริษัท	9	30.0	7	23.3	
พ่อบ้าน-แม่บ้าน/ว่างงาน	4	13.3	10	33.3	
ภาวะสุขภาพ					
ไม่มี	17	56.7	16	53.3	.30
มี (เบาหวาน/ความดัน/ไขมันสูง)	13	43.3	14	46.7	

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างพฤติกรรมต่อการออกกำลังกายด้วยการเดิน ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีพฤติกรรมออกกำลังกายด้วยการเดินเลย ($M = 2.13, SD = 0.43; M = 2.30, SD = 0.70$ ตามลำดับ) หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมออกกำลังกายด้วยการเดินอยู่ในระดับดี ($M = 5.47, SD = 0.73$) ส่วนกลุ่มควบคุม ยังคงไม่มีพฤติกรรมออกกำลังกายด้วยการเดินเลย ($M = 2.40, SD = 0.89$) เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างด้วยค่าที (Independent *t*-test) พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างพฤติกรรมออกกำลังกายด้วยการเดินมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ ($t = 15.10, p < .001$) รายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และการเปรียบเทียบผลต่างพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายด้วยการเดิน ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการ ออกกำลังกาย	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			ผลต่าง (หลัง-ก่อน)		<i>t</i>	<i>P</i> (1-tailed)
	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ	<i>M</i> _(diff)	<i>SD</i> _(diff)		
กลุ่มทดลอง	2.13	0.43	ไม่ออกกำลังกาย	5.47	0.73	ดี	3.06	1.11	15.10	< .01
กลุ่มควบคุม	2.30	0.70	ไม่ออกกำลังกาย	2.40	0.89	ไม่ออกกำลังกาย	0.16	0.64		

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างทัศนคติต่อการออกกำลังกายด้วยการเดินก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองพบว่าทัศนคติต่อการออกกำลังกายด้วยการเดินทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.17$, $SD = 0.40$; $M = 3.08$, $SD = 0.14$ ตามลำดับ) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อการออกกำลังกายด้วยการเดินอยู่ในระดับดี ($M = 3.51$, $SD = 0.15$) ขณะที่กลุ่มควบคุมยังคงมีค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อการออกกำลังกายด้วยการเดิน อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.19$, $SD = 0.14$) เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างด้วยค่าที (Independent *t*-test) พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างทัศนคติต่อการออกกำลังกายด้วยการเดินก่อนและหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 8.92$, $p < .01$) รายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างทัศนคติต่อการออกกำลังกายด้วยการเดิน ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ทัศนคติ	ก่อนทดลอง		ระดับ	หลังทดลอง		ระดับ	ผลต่าง (หลัง-ก่อน)		<i>t</i>	<i>P</i> (1-tailed)
	<i>M</i>	<i>SD</i>		<i>M</i>	<i>SD</i>		<i>M</i> _(diff)	<i>SD</i> _(diff)		
กลุ่มทดลอง	3.17	0.40	ปานกลาง	3.51	0.15	ดี	0.34	0.26	8.92	< .01
กลุ่มควบคุม	3.08	0.14	ปานกลาง	3.19	0.14	ปานกลาง	0.11	0.43		

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างน้ำหนักตัวของ อสม. ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว ของ อสม. เท่ากับ 62.31 กิโลกรัม ($SD = 7.61$) ส่วนในกลุ่มควบคุม เท่ากับ 60.92 กิโลกรัม ($SD = 6.84$) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัวของ อสม. ลดลงค่าเฉลี่ยเท่ากับ 57.32 กิโลกรัม ($SD = 5.51$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 61.88 กิโลกรัม ($SD = 6.70$) เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว กลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัวเฉลี่ยลดลง เท่ากับ 4.57 กิโลกรัม ($M = 4.57$, $SD = 8.56$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.40 กิโลกรัม ($M = 1.40$, $SD = 10.70$) เมื่อเปรียบเทียบผลต่างน้ำหนักตัวของ อสม. ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการทดสอบค่าที (Independent *t*-test) พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างของน้ำหนักตัวลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .05 ($t = 2.92$, $p < .01$) รายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวของ อสม. ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

น้ำหนักตัว	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ผลต่าง (ก่อน-หลัง)		<i>t</i>	<i>P</i> (1-tailed)
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i> _(diff)	<i>SD</i> _(diff)		
กลุ่มทดลอง	62.31	7.61	57.32	5.51	4.57	8.56	2.92	< .01
กลุ่มควบคุม	60.92	6.84	61.88	6.70	-1.40	10.70		

การอภิปรายผล

1. หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างพฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยการเดินก่อนและหลังการทดลอง เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับกระบวนการกำกับตนเองเกี่ยวกับการออกกำลังกายด้วยการเดิน ซึ่งกิจกรรมได้ประยุกต์มาจากแนวคิดการกำกับตนเอง (Self-regulation) ของ Bandura (1986) โดยมีกิจกรรมคือการประเมินตนเอง (Self-observation) โดยการชั่งน้ำหนักตัว วัดส่วนสูง คำนวณค่าดัชนีมวลกายและจัดบันทึกลงในแบบบันทึกน้ำหนักตัว มีการตั้งเป้าหมายในการลดน้ำหนักและการออกกำลังกายด้วยการเดินเป็นจำนวนก้าวในแต่ละสัปดาห์ (Goal-setting) เติมนตนเอง (Self-monitoring) ผ่านการจดบันทึกผลการออกกำลังกายด้วยการเดินลงในคู่มือ “หมื่นก้าว สองเท่าพิชิตอ้วน” กลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติเดินจริงด้วยตนเอง เพื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Judgment-process) และมีการวิเคราะห์ตนเอง หาแนวทางการแก้ไขเมื่อไม่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย โดยถ้ากลุ่มทดลองออกกำลังกายด้วยการเดินได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Self-reaction) ก็จะมีการให้รางวัลตนเอง ซึ่งกระบวนการดังกล่าวนี้ จะทำให้กลุ่มทดลองเกิดแรงจูงใจและความท้าทาย ที่จะตั้งเป้าหมายในการลดน้ำหนัก เมื่อฝึกปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องจนทำให้เกิดเป็นพฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยการเดินอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ กลุ่มทดลองจึงมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยการเดินก่อนและหลังการทดลอง เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการวิจัยของ Chantawat et al. (2015) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมลดน้ำหนักและน้ำหนักตัวของบุคลากรสาธารณสุขหญิงที่มีภาวะน้ำหนักเกิน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างพฤติกรรมออกกำลังกายมากกว่ากลุ่มควบคุม และสอดคล้องการวิจัยของ Pomp, Fleig, Schwarzer, and Lippke (2013) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมกำกับตนเองเกี่ยวกับการออกกำลังกาย พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างพฤติกรรมออกกำลังกายมากกว่ากลุ่มควบคุม

2. หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างทัศนคติต่อการออกกำลังกายด้วยการเดินก่อนและหลังการทดลอง เพิ่มขึ้นมากกว่า เนื่องจาก กลุ่มทดลองได้รับกระบวนการกำกับตนเองเกี่ยวกับการออกกำลังกายด้วยการเดิน โดยมีกิจกรรมคือ การให้ความรู้เกี่ยวกับ ภาวะน้ำหนักเกิน การออกกำลังกายด้วยการเดิน รวมถึงการอธิบายถึงผลกระทบที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งตามทฤษฎี ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม ของ Roger (1978) ได้อธิบายว่าเมื่อผู้รับสารได้รับสาร ก็จะให้เกิดความรู้ขึ้น ก็จะให้เกิดทัศนคติที่ดี และทัศนคติที่ดีก็จะทำให้เกิดพฤติกรรมที่ดี เมื่อกลุ่มทดลองได้รับกระบวนการกำกับตนเองเกี่ยวกับการออกกำลังกายด้วยการเดิน มีการให้ความรู้และนำไปปฏิบัติจริงด้วยตนเอง โดยสะท้อนคิดความรู้สึกของตนเองหลังการเดิน ในกลุ่มทดลองที่ไม่สามารถทำได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยจะเสริมแรงสนับสนุนให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหากลุ่มทดลอง ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีทัศนคติต่อการออกกำลังกายด้วยการเดินที่ดีขึ้น จึงมีค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อการออกกำลังกายด้วยการเดินเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการวิจัยของ Kujapan and Janpech (2019) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายต่อการทรงตัวและการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อการออกกำลังกายดีกว่ากลุ่มควบคุม

3. หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างน้ำหนักตัวก่อนและหลังการทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมเนื่องจากกลุ่มทดลองมีทัศนคติต่อการออกกำลังกายที่ดี จึงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยการเดินอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ซึ่งการเดินนั้นถือว่าการใช้ความหนักในการออกกำลังกายไม่มาก (Low intensity) ทำให้ได้ระยะทางไกลกว่าและเผาผลาญไขมันได้ดี ทำให้น้ำหนักตัวของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมสอดคล้องกับการวิจัยของ Onsiri (2016) ที่ศึกษาผลของการเดินโดยกำหนดเป้าหมายที่มีต่อน้ำหนักตัวพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างน้ำหนักตัวลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

พยาบาลสามารถนำโปรแกรมกำกับตนเองเกี่ยวกับการออกกำลังกายด้วยการเดิน มาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยการเดิน ทำให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการออกกำลังกายด้วยการเดิน และลดน้ำหนักใน อสม. หญิงที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำโปรแกรมนี้ออกไปศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มอื่น ๆ เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะน้ำหนักเกิน กลุ่มที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่เสี่ยงทำให้เกิดโรคต่าง ๆ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยทุกท่านและอาสาสมัครสาธารณสุขหญิงในตำบลท่าข้าม และตำบลบางเกลือ ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี รวมถึงบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ได้มอบทุนอุดหนุนการทำวิจัยในครั้งนี้

References

- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action: A social of cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bang Pakong District Public Health Office. (2019). *Summary of health assessment results in the village health volunteer, ThaKham Subdistrict*. Retrieved from <http://203.157.123.7/ssobangpakong>
- Chachoengsao Provincial PublicHealth Office. (2020). *Percentage of the population of late working having a normal body mass index Chachoengsao Province*. Retrieved from <https://cco.hdc.moph.go.th>
- Chantawat, K., Toonsiri, C., & Rattanaagreeethakul, S. (2015). Effects of self-regulation program on weight loss behavior and bodyweight among overweight female health care personnel. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 24(3), 70-81. [In Thai].
- Deerotwong, C. (2009). *Internal Medicine 2009*. Bangkok: Citiprint. [In Thai].
- Department of Health . (2007). *Metabolic syndrome*. Bangkok: Agricultural Cooperative Association of Thailand Printing House. [In Thai].
- Department of Medical Services. (2012). *Exercise in patients with diabetes and hypertension*. Nonthaburi: Institute for Research and Evaluation of Medical Technology. [In Thai].

- Elflein, J. (2019). *Prevalence of people who were overweight worldwide as of 2019, by age*. Retrieved from <https://www.statista.com/prevalence-overweight-people>.
- Ekplakorn, W. (2016). *Report of the 5th survey of Thai people's health by physical examination*. Bangkok: Graphic and Design Publisher. [In Thai].
- Kujapan, J., & Janpech, P. (2019). Effects of exercise program using elastic coconut on improving the balance and movement for the elderly in Pho Chai district, Roi-Et province. *Journal of Nursing, Public Health, and Education*. 20(3), 119-218. [In Thai].
- Kusinitz, I., & Fine, M. (1995). *Your guide to getting fit* (3rd ed.). California: Mayfield Publishing.
- Office of the Health Promotion Fund. (2017), February 18). *Exercise by "walking" strong body and clear mind*. Retrieved from <https://www.thaihealth.or.th>.
- Onsiri, S. (2016). Effect of walking with goal setting on body weight, body fat percentage and physical fitness among Kasetsart University female students. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 17(1), 45-53. [In Thai].
- Phisprasert, V. (2018). *Obesity*. Khon Kaen: Klang Nana Wittaya Printing Press. [In Thai].
- Pomp, S., Fleig, L., Schwarzer, R., & Lippke, S. (2013). Effects of a self-regulation intervention on exercise are moderated by depressive symptoms: A quasi-experimental study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(1), 1-8.
- Ritchie, H., & Roser, M. (2017). *Obesity is one of the leading risk factors for early death*. Retrieved from <https://ourworldindata.org/obesity>.
- Rogers, D. (1978). *The psychology of adolescence*. New York: Appleton Century-Crofts.
- Sonthirak, D. (2013). *Effect of promoting physical activity through walking based on self-efficacy theory in overweight older adults*. Master's Thesis, Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University. [In Thai].
- Thamrangsi, T., Phulkard, S., & Ponguttha, S. (2011). Why obese? why obesity: situation of factors associated with overweight and obesity in Thai populations. *Journal of Public Health*, 20(1), 126-141. [In Thai].
- Worapongsathron, T. (2000). *Principles of research in public health sciences*. (4th ed.). Bangkok: Chulalongkorn University Printing House. [In Thai].
- World Health Organization [WHO]. (2002). *Reducing risks, promoting health life*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: World Health Organization.

ประสบการณ์ความกล้าหาญทางจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ

อาภา หวังสุขไพศาล, ปร.ด.^{1*} ภาณี พวงแก้ว, Ph.D.² โสรัตน์ วงศ์สุทธิธรรม, ปร.ด.³

บุญญาภา โพธิ์เกษม, Ph.D.³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์และค้นหาแก่นสาระของประสบการณ์ความกล้าหาญทางจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนาของ Giorgi ซึ่งยึดแนวการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาของฮัสเซิร์ล ผู้ให้ข้อมูลคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่ศึกษาของนักศึกษาพยาบาลแห่งหนึ่ง ได้มาจากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ผู้ให้ข้อมูลมีจำนวนทั้งสิ้น 18 คน ซึ่งเกือบทั้งหมดมีประสบการณ์การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในไม่น้อยกว่า 5 ปี เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวการวิเคราะห์ข้อมูลแบบ Empirical Phenomenological Analysis ของ Giorgi

ผลการวิจัยพบว่าประเด็นหลักของประสบการณ์ความกล้าหาญทางจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วยยึดมั่นในหลักการทางจริยธรรม เคารพในต่อผลลัพธ์ของการกระทำ ดำรงเป้าหมายแห่งจริยธรรม และพฤติกรรม การแสดงออกแบบผู้นำ การศึกษานี้เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาความกล้าหาญทางจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ โดยการส่งเสริมให้มีความรู้ ความเข้าใจด้านหลักการทางจริยธรรม และความไวทางจริยธรรม เพื่อจัดการกับประเด็น ความเสี่ยงทางจริยธรรมในสถานการณ์ทางการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: พยาบาลวิชาชีพ ความกล้าหาญทางจริยธรรม ประสบการณ์วิทยา

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นักวิจัยอิสระ

² อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก e-mail: awangsukpisan@gmail.com

Lived Experiences of Moral Courage among Professional Nurses

Apa Wangsukpisan, Ph.D.^{1*}, Paranee Pongkeow, Ph.D.², Sorut Wongsuttitham, Ph.D.³,
Boonyapa Pokasem, Ph.D.³

Abstract

This research objective was to describe and explore the essence of professional nurses' experiences of moral courage. The qualitative research methodology was based on Giorgi and Husserlians' descriptive phenomenology. The research informants were 18 professional nurses working at a teaching hospital. Almost all the informants had working experience in the inpatient unit for at least five years. The data were collected through in-depth interviews and analyzed using Giorgis' empirical phenomenological analysis.

The results showed that the lived experiences of moral courage among professional nurses included: 1) Adhering to ethical principles, 2) Facing the consequences of moral action, 3) Upholding moral goals, and 4) Leadership behaviors.

The results of this study can be used as general information for developing professional nurses' moral courage by promoting their understanding of moral principles and sensitivity to appropriately deal with ethical risk issues in critical situations.

Key words: Professional nurse, moral courage, phenomenology

¹ Assistant Professor, Independent Researcher

² Lecturer, Faculty of Nursing Burapha University

³ Assistant Professor, Faculty of Nursing Burapha University

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

ความเป็นมาและความสำคัญ

ความกล้าหาญทางจริยธรรม (Moral courage) หมายถึง ความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเอาชนะ ความกลัวอันตราย ความเสี่ยง และยืนหยัดต่อค่านิยมหลักของตนเอง เต็มใจที่จะพูดหรือกระทำในสิ่งที่ถูกต้องในวิถีที่อาจจะต้องเผชิญหน้ากับแรงกดดันที่จะนำพาให้บุคคลกระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดที่ทำให้ตนเองได้รับความเสี่ยง พิจารณาได้เป็น 2 ลักษณะ กล่าวคือ ความกล้าหาญที่เป็นคุณธรรมที่มีในบุคคลและวิชาชีพ ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะที่อยู่ในตัวมนุษย์ ความกล้าหาญทางจริยธรรมช่วยให้คุณธรรมของมนุษย์มีความเสถียร และเมื่อขาดความกล้าหาญทางจริยธรรม จะทำให้คุณธรรมของมนุษย์มีลดน้อยลง กล่าวในอีกลักษณะ คือ การเผชิญหน้ากับความยากลำบากซึ่งมีความกลัวที่จะจัดการกับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น โดยที่บุคคลต้องมีการตอบสนองที่เหมาะสมต่อความกลัวและการเอาชนะความกลัว รวมถึงการเผชิญกับประเด็นท้าทายเพื่อรักษาค่านิยมของตนเองไว้ (Sadooghiasl, Parvizy, & Ebadi, 2018)

ความกล้าหาญในการพยาบาลมักถูกมองเป็นการกระทำที่กล้าเสี่ยง โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้แน่ใจว่าการดูแลผู้ป่วยจะมีความปลอดภัย (Hawkins & Morse, 2017) การกระทำที่กล้าเสี่ยง ได้แก่ การกระตุ้นให้ทำสิ่งใหม่ ๆ กล้าพูดคุยกถึงสิ่งที่มีความยาก มีความมั่นใจในตนเอง และอุทิศตน เป็นตัวของตัวเอง และไม่มีความประมาท การปฏิบัติที่แสดงถึงความกล้าหาญทางจริยธรรม เช่น การคัดค้านการกระทำของผู้บริหารที่ไม่สอดคล้องกับพฤติกรรมที่เหมาะสมทางจริยธรรม (Sadooghiasl et al., 2018) การมีจิตใจที่พร้อมเผชิญหน้าหรือเอาชนะความกลัวจากการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคติดต่อ การเผชิญหน้ากับความขัดแย้งเมื่อสิทธิผู้ป่วยถูกละเมิด (Lachman, Murray, Iseminger, & Ganske, 2012) รวมถึงการปกป้องสิทธิของผู้ป่วย พยาบาลแสดงความกล้าหาญทางจริยธรรมต้องผ่านการคิดอย่างมีเหตุผล โดยใช้ความรู้ทางจริยธรรม หลักการทางจริยธรรม เพื่อนำมาใช้ในการตัดสินใจในการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม หากพยาบาลมีความกล้าหาญทางจริยธรรมไม่มากเพียงพอ การแสดงออกถึงหลักจริยธรรมด้านการปกป้องสิทธิของผู้ป่วยก็อาจจะถูกละเลยได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อพยาบาลถูกร้องเรียนจากการปฏิบัติที่ไม่ได้มาตรฐานวิชาชีพอาจได้รับผลกระทบทางลบด้านจิตใจ เกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัยในการปฏิบัติงาน และอาจขาดความกล้าหาญในการเผชิญปัญหาทางจริยธรรม จนกระทั่งเกิดพฤติกรรมวางเฉยต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ และสุดท้ายอาจลาออกจากวิชาชีพ (Leuter, Petrucci, Mattei, Tabassi, & Lancia, 2013)

ความกล้าหาญทางจริยธรรมเป็นคุณธรรมที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่ส่งเสริมการพัฒนาส่วนบุคคลและวิชาชีพ และการเสริมอำนาจ (Khatiban, Falahan, & Soltanian, 2021) แนวคิดความกล้าหาญทางจริยธรรมของนักวิชาการตะวันตก เห็นว่า ความกล้าหาญทางจริยธรรมเป็นความตั้งใจที่จะยืนหยัดต่อต้าน สิ่งที่เป็นปฏิปักษ์กับจริยธรรม โดยปราศจากความกังวล ความกลัว หรือความเครียด Phra Pariyattithada (Somnuk Thitamedho/Homruean), 2016) และเกิดขึ้นเมื่อพิจารณาแล้วว่าสิ่งที่ทำนั้นถูกต้อง Numminen, Repo, and Leino-Kilpi (2017) กล่าวว่า พยาบาลแสดงความกล้าหาญทางจริยธรรมเป็น 7 ลักษณะ ได้แก่ การแสดงตัวตนที่แท้จริงของพยาบาล ความมีคุณธรรม ความรับผิดชอบ ความซื่อสัตย์ การปกป้องสิทธิของผู้ป่วย ความมุ่งมั่นและความพากเพียร และความเสี่ยงของบุคคล การพัฒนาความกล้าหาญทางจริยธรรมไม่เพียงเป็นการปรับปรุงความมีคุณธรรมของพยาบาลเท่านั้น แต่ยังช่วยส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยและการพยาบาลที่ดีแก่ผู้ป่วยด้วย (Hawkins & Morse, 2017)

แนวคิดทางตะวันออกของความกล้าหาญทางจริยธรรม พระปริยัติธาดา Phra Pariyattithada (Somnuk Thitamedho/Homruean), 2016) กล่าวถึงความกล้าหาญทางจริยธรรมในพุทธศาสนาเถรวาทว่า เป็นการบูรณาการแนวคิดความกล้าหาญทางจริยธรรมของทางตะวันตกกับองค์ธรรมเวสารัชชรัตนธรรม หรือธรรมที่ทำให้เกิดความกล้าหาญ 5 ประการ ซึ่งประกอบด้วย 1) ศรัทธา ความเชื่อมั่นในสิ่งที่ควรเชื่อ 2) ศีล ความประพฤติที่เรียบร้อย ละเว้นจากการกระทำผิด 3) พาหุสัจจะ ความเป็นผู้ได้ศึกษามาก ฟังและอ่านมาก 4) วิริยารัมภะ เป็นผู้ปรารถนาความเพียรอยู่เสมอ และ 5) ปัญญา มีความฉลาดรอบรู้ และการเสริมสร้างความกล้าหาญทางจริยธรรมจะต้องเริ่มที่มีศรัทธา

ในความสามารถของตน มีความองอาจเพราะมีศีลที่ยึดถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัดอย่างไม่เป็นที่ยศสย ปฏิบัติด้วยความเพียร ทำให้มีศักยภาพเพิ่มพูนจนเกิดปัญญาเห็นแจ้ง

เมื่อบุคคลทราบว่าจะมีสิ่งที่จะต้องทำ แต่มีความจำกัดที่ขัดขวางการแสวงหาความถูกต้องอาจทำให้มีผลต่อการแสดงทางอารมณ์ (Restika, Haskas, & Suarnianti, 2021) เมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ปลอดภัยและเหมาะสมเพียงพอจากพยาบาล พยาบาลอาจจะเกิดประสบการณ์การรับรู้ถึงบรรยากาศทางจริยธรรมที่เป็นด้านลบในหน่วยที่ดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ บางครั้งอุปสรรคส่วนตัวหรือองค์กรทำให้พยาบาลไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามหลักจริยธรรมต่อผู้ป่วยได้สำเร็จและปฏิบัติตามค่านิยมของพยาบาล จนทำให้เกิดความทุกข์ทางจริยธรรมแก่พยาบาล (Gastmans, 2015) พยาบาลเป็นบุคลากรระดับวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ความกล้าตัดสินใจของพยาบาลอาจนำมาซึ่งความปลอดภัยหรือความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วยได้ หากพยาบาลมีความกล้าปฏิบัติในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง อาจพบกับความผิดพลาดหรืออุบัติเหตุทางการพยาบาล ปัญหาจริยธรรมของวิชาชีพหรือการปฏิบัติหน้าที่เกินขอบเขตวิชาชีพที่กำหนดไว้ในกฎหมาย อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน หรืออาการไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วย (Arpanantikul, Prapaipanich, Senadisai, & Orathai, 2014)

การศึกษาประสบการณ์ชีวิตด้านความกล้าหาญทางจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพจะช่วยสร้างความเข้าใจให้แก่พยาบาลและผู้สนใจถึงการมีอยู่ เป็นอยู่ และดำรงอยู่ของพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ยังไม่มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความกล้าหาญทางจริยธรรมของพยาบาลไทย มีเพียงการเรียบเรียงจากเอกสาร (Rongsawat, Trapsinsaree, & Leecharoen, 2020) จุดสนใจของการวิจัยครั้งนี้ จึงมุ่งที่โครงสร้างของการรับรู้ (Intentionality) ของพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ความกล้าหาญทางจริยธรรม เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ ค้นหาแก่นประสบการณ์ด้านความกล้าหาญเชิงจริยธรรม การทำความเข้าใจต่อการรับรู้ของพยาบาลจะช่วยสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการตัดสินใจในการเผชิญความกล้าหาญทางจริยธรรมของพยาบาล และเป็นตัวอย่างที่นำไปสู่การเบี่ยงเบนพฤติกรรมทางบวก (Positive deviance) ให้แก่พยาบาลในองค์กรพยาบาลต่อไปด้วย การศึกษาจะทำให้เห็นถึงการปฏิบัติและวิธีการที่พยาบาลกระทำเพื่อคงไว้ซึ่งความกล้าหาญทางจริยธรรม อันจะนำไปสู่ความเข้าใจความหมายเกี่ยวกับความกล้าหาญทางจริยธรรม ซึ่งเป็นการถ่ายทอดเรื่องราวโดยการสะท้อนของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาด้วยวิธีการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา ผลการวิจัยจะมีประโยชน์ต่อการส่งเสริม สนับสนุนพยาบาลให้เข้าใจการดำรงมโนทัศน์ความกล้าหาญเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายประสบการณ์และค้นหาแก่นสาระของประสบการณ์ความกล้าหาญทางจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ

ฐานแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ฐานแนวคิด 2 แนวคิด ได้แก่ 1) การตัดสินใจทางจริยธรรม เป็นการเลือกสิ่งที่ควรกระทำเมื่อเผชิญกับสถานการณ์นั้น ๆ ซึ่งการตัดสินใจต้องใช้เหตุผลทางจริยธรรม (Moral reasoning) ซึ่งหมายถึง กระบวนการทางความคิด (Cognitive process) ที่บุคคลเลือกจากคุณค่า (Values) ของตนเอง เพื่อตัดสินใจเลือกการกระทำที่เหมาะสมและแสดงออกว่ามีจริยธรรม (Fry & Johnstone, 2008) และ 2) รูปแบบการตัดสินใจของ Brunswik's Lens Model ที่ให้ความสำคัญกับผู้รับรู้หรือผู้มีอำนาจตัดสินใจและสภาพแวดล้อม ซึ่งในแต่ละสภาพแวดล้อมมีสิ่งชี้แนะหรือสิ่งที่บอกให้รู้เป็นนัย (Cues) อยู่มากมาย ผู้รับรู้ต้องทำให้สิ่งเหล่านี้มีความหมาย เพื่อใช้สิ่งแวดล้อมอย่างมีประสิทธิภาพ และการใช้สิ่งชี้แนะให้เป็นประโยชน์ คือการที่ผู้รับรู้สามารถตีความสิ่งแวดล้อมได้ใกล้เคียงความเป็นจริง (Thompson & Dowding, 2009) การบูรณาการสองแนวคิด เพื่อทำให้ผู้วิจัยมีความไวเชิงทฤษฎีขณะเก็บข้อมูล และสังเคราะห์ข้อมูลได้

อย่างฉับไวและตรงตามความหมายของผู้ให้ข้อมูล และสุดท้าย สามารถนำแนวคิดไปใช้วิเคราะห์และอภิปรายผลของสถานการณ์ของผู้ให้ข้อมูลได้ชัดเจนมากขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive phenomenology) ของ Giorgi (2010) ซึ่งยึดแนวการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาของฮุสเซอร์ล (Husserlian Phenomenology) วิธีดำเนินการวิจัยประกอบด้วย การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลและสถานที่ศึกษา กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการสร้างความน่าเชื่อถือให้กับงานวิจัย ดังนี้

สถานที่ศึกษา

เพื่อให้การวิจัยสามารถอธิบายปรากฏการณ์ได้ดีที่สุด จึงต้องจำกัดบริบทและพื้นที่ศึกษาให้ชัดเจนและมีความเฉพาะเจาะจง ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง และเป็นแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพให้แก่นักศึกษาจากสถาบันการศึกษาหลายแห่ง ในสาขาวิชาชีพต่าง ๆ และตั้งอยู่ในภาคตะวันออก

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่ศึกษา ได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญ แผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม สูติรีเวชกรรม และกุมารเวชกรรม และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งจากสภาการพยาบาล
2. มีประสบการณ์การปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 5 ปี ซึ่งผู้วิจัยกำหนดตามแนวคิดของ Benner (1984) คือเลือกจากพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในตำแหน่งงานเดิมมากกว่า 5 ปี หรือระดับชำนาญการ สามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และเหมาะสม
3. สามารถถ่ายทอดเรื่องราวและประสบการณ์ความกล้าหาญทางจริยธรรมได้โดยการเลือกผู้ให้ข้อมูลคนแรกจากการแนะนำของหัวหน้าหอผู้ป่วยแห่งหนึ่งที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และมีข้อมูลเกี่ยวกับบุคลากรพยาบาลเป็นอย่างดี สำหรับการสัมภาษณ์คนถัดมา ใช้วิธีขอคำแนะนำจากผู้ให้ข้อมูลก่อนสิ้นสุดการสัมภาษณ์ โดยพิจารณาจากข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูลก่อนหน้านี้
4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและให้การสัมภาษณ์ รวมทั้งการบันทึกเทประหว่างการสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 อย่าง ได้แก่ผู้วิจัย แนวทางการสัมภาษณ์ และแบบบันทึก รายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัย ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีความสำคัญที่สุดในการรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลด้วยตนเองและจดบันทึกระหว่างการสนทนา ซึ่งคณะผู้วิจัยเป็นผู้ที่ผ่านการทำวิจัยเชิงคุณภาพและมีประสบการณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมาแล้ว
2. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การปฏิบัติงาน (ปี) ตำแหน่งหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน และประสบการณ์การฝึกอบรมในหลักสูตรต่าง ๆ
3. แนวคำถามในการสัมภาษณ์เจาะลึก เป็นคำถามแบบไร้โครงสร้าง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากวัตถุประสงค์การวิจัยและแนวคิดการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา ผู้วิจัยออกแบบแนวคำถามและนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ 2 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์วิจัยเชิงคุณภาพและสนใจงานวิจัยด้านจริยธรรมและจิตวิญญาณ มีข้อเสนอแนะให้ปรับ

ภาษาของคำถาม 1 ข้อ ตัวอย่างแนวคำถามหลัก เช่น “เคยมีประสบการณ์ความกล้าหาญทางจริยธรรมหรือไม่ อย่างไร ช่วยยกตัวอย่างประสบการณ์ที่ประทับใจ” “เมื่อคุณทำไปแล้ว คุณมีความเข้าใจถึงสิ่งที่ทำอย่างไร/หรือคุณรู้สึกต่อสิ่งที่ทำอย่างไร” และ “คุณให้ความหมายประสบการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ว่าอย่างไร” เป็นต้น และการสัมภาษณ์ในลำดับต่อมา ผู้วิจัยจะปรับแนวคำถามเป็นระยะ ๆ เพื่อให้คำถามมีความสอดคล้องกับบริบทของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย

4. แบบบันทึกต่าง ๆ ประกอบด้วย แบบบันทึกภาคสนาม แบบบันทึกการถอดเทปและการให้รหัสข้อมูล และแบบบันทึกการสะท้อนคิดของผู้วิจัย

อุปกรณ์ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง และสมุดจดบันทึก

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ Hu 065/2560 และคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลโดยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการสัมภาษณ์ และแนวทางพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล จากนั้น จึงขอความร่วมมือเข้าร่วมโครงการ โดยแจ้งขั้นตอนการสัมภาษณ์อย่างไม่ปิดบัง มอบเอกสารอนุญาตเก็บข้อมูลของคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาลให้แก่ผู้ให้ข้อมูล ขออนุญาตจดบันทึกในสมุดและบันทึกเสียง ผู้วิจัยขอให้ผู้ให้ข้อมูลลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย ขอให้ผู้ให้ข้อมูลกำหนดสถานที่และวัน เวลาในการสัมภาษณ์ ซึ่งคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิไม่ตอบคำถามหรือยุติการสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยเผยแพร่ข้อมูลในภาพรวมเพื่อจุดมุ่งหมายในเชิงวิชาการ โดยไม่เปิดเผยชื่อจริงของผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลบันทึกเสียงจะถูกเก็บในที่ปลอดภัยและจะถูกทำลายเมื่อเผยแพร่งานวิจัยแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้สัมภาษณ์จะระมัดระวังท่าทีของตนเอง และมีสติระลึกรู้ถึงบทบาทในฐานะนักวิจัย เคารพในประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล โดยไม่วิพากษ์วิจารณ์หรือตัดสิน (Pre-judgment) สิ่งที่คุณให้ข้อมูลแสดงออกใช้เวลาในการสัมภาษณ์คนละประมาณ 60-75 นาที ภายหลังการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยบันทึกสะท้อนคิด ถอดเทปบันทึกเสียง และวิเคราะห์ข้อมูล สำหรับผู้ให้ข้อมูลรายถัดมาพิจารณาจากประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายก่อนหน้า จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว ทำให้ผู้วิจัยสนใจสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ทำงานเพียง 2 ปี จำนวน 1 ราย เพื่อศึกษาประสบการณ์ความกล้าหาญในการตัดสินใจในการดูแล ซึ่งเป็นสิ่งที่ยืนยันผู้วิจัยว่าการเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์สูงสามารถได้รับความเข้าใจเกี่ยวกับความกล้าหาญทางจริยธรรมได้มากกว่าผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์น้อย ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม 2561 ถึง เมษายน 2561 ผู้ให้ข้อมูลมีจำนวน 18 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวการวิเคราะห์ข้อมูลแบบ Empirical Phenomenological Analysis ของ Giorgi (2010) การวิเคราะห์ข้อมูลของ Giorgi จะให้ความสำคัญในความไม่มีอคติของผู้วิจัย (Bracketing) ผู้วิจัยจะไม่เกริ่นนำหรือชักโยงข้อมูลให้เป็นไปตามลักษณะที่ผู้วิจัยต้องการ โดยการเริ่มบรรยายปรากฏการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลได้ประสบทีละปรากฏการณ์ แล้วหาข้อสรุปของแต่ละปรากฏการณ์ จากนั้นจึงหาโครงสร้างหลักหรือแก่นสาระ (Theme) ผู้วิจัยจึงเริ่มจากการบรรยายปรากฏการณ์หรือบทสัมภาษณ์ แล้ววิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. อ่านคำบรรยายปรากฏการณ์นั้นรอบแรก เพื่อให้ได้ความเข้าใจรวบยอดเกี่ยวกับความกล้าหาญทางจริยธรรม
2. อ่านคำบรรยายนั้นอีกครั้งซ้ำ ๆ และพยายามสังเกต แยกแยะความหมายของคำ บรรยายทุกขั้นตอนอย่างตั้งใจ เพื่อมิให้ข้อมูลที่สำคัญหายไป
3. ตัดสิ่งที่ซ้ำซ้อนกันออกไปให้เหลือเฉพาะแก่น โดยหาสิ่งที่เป็นหลัก (Essential units) แล้วพิจารณาความสอดคล้องของหน่วยหลักเหล่านั้นร่วมกับปรากฏการณ์ทั้งหมด เพื่อเป็นการทดสอบความตรงตามเนื้อหา
4. พิจารณาหน่วยหลักที่ปรากฏจากภาษาที่ศึกษา พิจารณาความหมายของคำหรือข้อความของภาษานั้นว่า ให้ความหมายอะไรบ้างจากปรากฏการณ์ที่ศึกษา แล้วจึงแปลงภาษาเหล่านั้นเป็นภาษาตามเนื้อหาที่ศึกษา

5. สังเคราะห์และผสมผสานความเข้าใจที่ได้รับจากปรากฏการณ์ที่ศึกษาเป็นคำบรรยายโครงสร้างของปรากฏการณ์ที่ศึกษา

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ

คณะผู้วิจัยใช้หลักความน่าเชื่อถือ (Credibility) ได้แก่ การใช้เวลานานพอควรเพื่อสร้างความไว้วางใจต่อผู้ให้ข้อมูล โดยการบอกจุดมุ่งหมายของผู้วิจัย การให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามประเด็นที่ต้องการทราบก่อนที่จะนัดหมายเวลาในการสัมภาษณ์ นอกจากนี้ ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) โดยการใช้มุมมองของทฤษฎีหรือหลักจริยธรรมมาเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาข้อมูลชุดเดียวกัน และการประเมินความคงเส้นคงวาของการวิจัยอย่างเป็นระบบระหว่างเก็บข้อมูลโดยใช้ความสามารถในการพึ่งพาเกณฑ์อื่น ๆ (Dependability) ด้วยการตรวจสอบจากการบันทึกในสนามวิจัยอย่างละเอียด

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวนทั้งสิ้น 18 คน เพศหญิงทั้งหมด (ร้อยละ 100) การศึกษาปริญญาตรี 16 คน (ร้อยละ 88.89) ปริญญาโท 2 คน (ร้อยละ 11.11) ปฏิบัติงานตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย 5 คน (ร้อยละ 27.78) รองหัวหน้าหอผู้ป่วย 5 คน (ร้อยละ 27.78) พยาบาลวิชาชีพ 8 คน (ร้อยละ 44.44) ประสบการณ์การทำงาน 2 ปี จำนวน 1 คน (ร้อยละ 5.56) ระหว่าง 5-10 ปี จำนวน 5 คน (ร้อยละ 27.78) ประสบการณ์ทำงานระหว่าง 10.1-20 ปี จำนวน 5 คน (ร้อยละ 27.78) ระหว่าง 21.1-30 ปี มี 6 คน (ร้อยละ 33.33) และมากกว่า 30 ปี มี 1 คน (ร้อยละ 5.56) ปฏิบัติงานในแผนกหอผู้ป่วยรวม (ประกันสังคม) ห้องคลอด หลังคลอด และไอซียูเด็ก หน่วยละ 1 คน แผนกไอซียูอายุรกรรม 2 คน แผนกอายุรกรรม 4 คน แผนกศัลยกรรมกระดูก 2 คน และแผนกศัลยกรรม 6 คน

ผลการศึกษาแก่นสาระของประสบการณ์ความกล้าหาญทางจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพในการศึกษาค้นคว้าพบว่าเมื่อพยาบาลอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องใช้ความกล้าหาญทางจริยธรรม ประเด็นหลักที่ได้จากการวิจัยมี 4 ประเด็น ประกอบด้วย ยึดมั่นในหลักการทางจริยธรรม เผชิญหน้าต่อผลลัพธ์ของการกระทำ ดำรงเป้าหมายแห่งจริยธรรม และพฤติกรรมแสดงออกแบบผู้นำ รายละเอียดดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 ยึดมั่นในหลักการทางจริยธรรม จริยธรรมทางการแพทย์เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากการปฏิบัติที่รวมการใช้หลักการทางจริยธรรม (Ethical Principles) ซึ่งพยาบาลจะนำมาใช้เป็นเครื่องมือเมื่อเผชิญกับประเด็นความขัดแย้งและความท้าทายทางจริยธรรม ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการยึดมั่นในหลักการทางจริยธรรมเมื่อต้องใช้ความกล้าหาญทางจริยธรรมด้านรับผิดชอบ ปกป้องสิทธิผู้ป่วย ยุติธรรม ซื่อสัตย์ เคารพ/ศรัทธาต่อกัน เสียสละ เมตตากรุณา และไม่ทำให้เกิดอันตราย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ความรับผิดชอบ (Responsibility) หมายถึง ความมุ่งหมายต่องานที่มีคุณภาพ มุ่งให้ผู้ป่วยมีความสุข และมีศักดิ์ศรี ยอมรับข้อจำกัดของตน มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ และมีความเป็นผู้นำที่แท้จริง มีผู้ให้ข้อมูลด้านนี้จำนวน 6 คน ดังตัวอย่างคำพูดดังนี้

“พยาบาลมีความกล้าหาญเพราะยึดมั่นในการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและมีคุณภาพเป็นเลิศ ถ้าทำแล้วขัดแย้งกับความรู้สึกของเรา จริง ๆ คนไข้ไม่รู้ แต่จะติดในใจเราตลอดไป” (ID 4)

แม้จะมีความกลัวอันตรายที่จะเกิดกับตนเอง แต่ยังยึดมั่นต่อหน้าที่รับผิดชอบ ดังคำกล่าวที่ว่า “ทฤษฎีว่าไว้อย่าง แต่เราก็เป็นมนุษย์ มีความกลัว แต่เมื่อต้องดูแล ไม่กลัว ทำเต็มที่ เช็ดตัวทำความสะอาด (ผู้ป่วยเอดส์) ให้เขาสบาย เราต้องเซฟตัวเองด้วย ...และบอกเขาว่าไม่ควรนำไปแพร่คนอื่น” (ID 2)

พยาบาลมีความรับผิดชอบต่อการปฏิบัติหน้าที่ที่ปลอดภัยต่อผู้รับบริการ ดังคำพูดต่อไปนี้

“หมอบางคนบอกว่าโรงเรียนแพทย์สอนเขามาแบบนี้ เราจะไม่เถียงเขา แต่จะบอกว่าพี่ขอ confirm ถ้าหมอมั่นใจ” (ID 18)

“ถ้าคำสั่งการรักษาที่เรารับไม่ได้ เราจะ confirm staff ไม่กล้าทำตาม เช่น ถ้าคนไข้ heart rate เร็วต้องหาสาเหตุก่อน ไม่ใช่ให้ยาเลย คนไข้อาจได้รับอันตราย” (ID 14)

“เราจะปลูกฝังให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการดูแลและพูดคุยกับแพทย์ แต่เราต้องร่วมรับผิดชอบกับลูกน้อง ให้นั่นใจว่าสิ่งที่ทำถูกต้องก่อนจึงทำแก่ผู้ป่วย ถ้าไม่ได้คุยกับแพทย์ก็ถึง staff” (ID 1)

1.2 ปกป้องสิทธิผู้ป่วย (Advocacy) หมายถึง การที่พยาบาลปกป้องสิทธิและดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสิ่งที่เหมาะสม ให้ข้อมูลจำนวน 7 คน กล่าวถึงการปกป้องสิทธิผู้ป่วย ดังตัวอย่าง ดังนี้

“น้องถามว่าจะทำยังงัย หมอสั่ง KCl 60 mEq/L drip ในน้ำเกลือ 100 ซีซี เราจึงบอกหมอว่าไม่เคยเจอให้เยาะแบบนี้ หมอคุยกับอาจารย์หรือเภสัชก่อนได้ไหม แต่ถ้าหมอไม่ยอมแก้ไข จะคุยกับอาจารย์เอง หมอบางคนมีปัญหาแต่จะบอกลูกน้องว่าไม่ต้องกลัว ให้ยึดความปลอดภัยของผู้ป่วยมาก่อน” (ID 7)

พยาบาลปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วยด้านสิทธิพื้นฐานในการได้รับการบริการ และในฐานะเด็กอ่อนที่ไม่สามารถปกป้องสิทธิของตนเองต่อการได้รับอาหารที่เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย จึงหาวิธีการที่จะให้ทารกได้รับสารอาหาร ดังตัวอย่าง “สมัยมาทำงานใหม่ ๆ ไม่มีโครงการนมแม่ เด็กแรกคลอดตัวเล็ก เราอยากได้ TPN จึงปรึกษาเภสัชกร เขาบอกทำไมไม่ไหวไม่มีคน เราบอกรักน้อง amino acid มาผสมเองที่ไอซียู คำนวณน้ำหนักสารอาหารเอง หาขวด sterile 10 cc มาบรรจุ น้ำหนักเด็กก็ดีขึ้น” (ID16)

“คนไข้ CHF หมอให้เจาะเลือดทุกวัน คนไข้ไม่ไหว ก็คุยกับหมอให้” (ID 11)

1.3 ยุติธรรม (Justice) พยาบาลวิชาชีพพิจารณาความเป็นธรรมในด้านการจัดสรรภาระงานแก่แพทย์ โดยคำนึงถึงสภาพการทำงานของแพทย์ และการเรียกร้องค่าตอบแทนที่ไม่เป็นธรรมแก่พยาบาล พยาบาล 2 คน ให้ข้อมูลเกี่ยวกับด้านนี้ ตัวอย่างดังนี้

“เรื่องระบบการดูแล คนไข้มาหาหมอช่วงต่อเวร และมีข้อบ่งชี้ว่าต้องทำหัตถการสำคัญ เราต้องตัดสินใจว่าควรให้แพทย์เวรไหนดูแล เช่น ผู้ป่วยมา 8.25 น. แพทย์เวรตึกลงเวร 8.30 น. เราต้องดูว่าถ้าเร่งด่วนรอไม่ได้ ก็ต้องเป็นเวรตึกต้องยุติธรรม ไม่งั้นทะเลาะกัน” (ID 4)

“โอทีของพยาบาลได้ 600 บาท แต่เขา (ผู้บริหาร) จะเพิ่มให้แพทย์เกือบสองเท่า เราก็ต้องรวมตัวกันในระดับปฏิบัติการเกือบ 300 คน หัวหน้าไม่กล้ามาเตะ เขาจึงเพิ่มให้เป็น 720 บาท ถ้าไม่เรียกร้องเราก็คงเหนื่อยและได้เท่านี้ต่อไป” (ID 4)

“เราดูคนไข้หนัก อัตราค่าลงน้อยมาก ค่าโอทีควรเพิ่ม จึงขอต่อรองกับผู้บริหาร” (ID 8)

1.4 ซื่อสัตย์ (Fidelity) ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง ความกล้าหาญทางจริยธรรมที่มีจริยธรรมด้านความซื่อสัตย์ว่า ประกอบด้วย ไม่ต่อรองกับหลักการ ยึดหลักความจริง/ ความถูกต้อง ยึดค่านิยมวิชาชีพที่มีต่อเพื่อนร่วมงาน และตั้งคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมของเพื่อนร่วมงาน ดังคำพูดต่อไปนี้

1.4.1 ไม่ต่อรองกับหลักการ มีผู้ให้ข้อมูล 1 คน ที่กล่าวถึงด้านนี้ คือ

“ถ้าหมอไม่ล้างมือหลังจับคนไข้ เราต้องบอก บอกด้วยความจริงใจ มีกาละเทศะ” (ID 16)

“หมอสั่ง 5% D/W ทั้งที่ปกติต้องให้ 10% D/W พยาบาลก็อ้างว่าหมอสั่ง หรือให้ยาที่ Incompatible ทำให้เกิดผลึก พยาบาลไม่กล้าบอกหมอทั้งที่มีความรู้ แต่เลือกทำแบบนี้ ต้องถูกตำหนิ” (ID 16)

1.4.2 ยึดหลักความจริง/ความถูกต้อง โดยการแสดงผลตามความจริง มีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 6 คน กล่าวถึงด้านนี้ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

การปฏิบัติงานของพยาบาลบางครั้งอยู่ในสถานการณ์ที่มีความจำกัดด้านอัตราค่าลง จึงไม่สามารถปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ “คนไข้ SVT ถูกเบรคด้วย Adenosine ช่วงเวลาไม่กี่วินาที ยาอยู่แป๊บเดียว แล้วหมอยากทำ EKG Paper เอาปรีนท์เอาท์ 12 ลีด มันทำไม่ได้ ไม่ทัน เขาก็มีอาการมึนขึ้น บางทีก็ต้องเสียดัง เราไม่มีคนเยาะแยะจะ run EKG Paper ได้ทัน” (ID 14)

คัดค้านคำสั่งแพทย์ เมื่อแนวทางการดูแลไม่เป็นไปตามมาตรฐาน “แพทย์ชอบสั่งให้เคาะปอด ไม่สนใจว่าคนไข้บางคนเกร็ดเลือดต่ำ หรือเป็นโรคหัวใจ จนบางคน Tube หลุด เราต้องติดกับญาติจะทำอย่างไร ก็คุยกับแพทย์ ไม่นั่นโดนฟ้องแน่” (ID 8)

ในฐานะเพื่อนร่วมงาน ต้องแสดงศรัทธาในการประกอบวิชาชีพต่อกัน และต้องให้เกียรติซึ่งกันและกัน “แพทย์ต้องมีศรัทธาต่อเรา พยาบาลก็ต้องมีความรู้ ถ้าคิดว่าเราถูกแน่ ๆ เราจะไม่ถอย เพราะการแสดงความรู้จำเป็นกับลูกน้อง จึงต้องมีศรัทธาต่อกัน เคารพในความเป็นมนุษย์ ไม่ว่าจะอยู่ในตำแหน่งอะไร” (ID 1)

1.4.4 ตั้งคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมของเพื่อนร่วมงานเกี่ยวกับความซื่อตรงต่อหน้าที่ ดังคำพูดต่อไปนี้

“เพื่อนต่างวิชาชีพไม่มาดูคนไข้ไปทำงานส่วนตัว เสรีงานจึงมาดูคนไข้เราไม่ยอมแล้ว บอกตรง ๆ ว่าเป็นหน้าที่ของคุณที่ต้องทำ เพราะเราก็กินหน้าที่ของเรา” (ID 15)

1.5 การสร้างประโยชน์ต่อผู้ป่วย (Beneficence) พยาบาลวิชาชีพจำนวน 5 คน กล่าวไว้ดังตัวอย่างคำพูดดังนี้ พยาบาลให้ความสุขสบายแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย “ขอให้ผู้คุมผู้ป่วยที่เป็นนักโทษระยะสุดท้ายถอดตรวนออก เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย และจากไปโดยไม่มีพันธนาการ” (ID 6)

พยาบาลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายรับรู้ถึงความสำเร็จของลูกและจากไปอย่างมีความสุข “พ่อซี่ MC ถูกสลิ้อัดวันเดียวกัน ลูกได้รางวัลที่หนึ่งวาดภาพมาอวดพ่อ เคสนี้ยากที่จะคุยกับเด็ก ต้อง drip Dopamine เพื่อยื้อชีวิตวันสุดท้าย นิมนต์พระมาสวดให้ที่ตึก ทำบุญให้แก่เจ้ากรรมนายเวร” (ID 2)

1.6 ไม่ทำให้เกิดโทษ/ อันตรายแก่ผู้ป่วย (Non maleficence) พยาบาลวิชาชีพ 2 คนให้ข้อมูล ดังตัวอย่าง “เมื่อประเมินความก้าวหน้าเห็นว่าคนไข้คลอดเองได้ บางครั้งหมออยากให้อาแรง อยากให้ผ่าเลย เราก็กดกล่าบอกว่า เรามั่นใจว่าคนไข้คลอดเองได้ ขอเวลาสักชั่วโมง สองชั่วโมง” (ID 4)

“หมอให้ทุนใส่ tube จนส่งสารคนไข้ staff ก็ยังไม่มา จนต้องบอกหมอให้ทุนว่าพี่ให้โอกาสแค่ครั้งเดียว หรือจะให้ตาม staff คนอื่นใหม่คะ”

ประเด็นหลักที่ 2 เจริญต่อผลลัพธ์ของการกระทำ การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผลลัพธ์จากความกล้าหาญทางจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ทำให้พยาบาลได้รับผลบางประการ ทั้งในด้านการเจริญกับภาวะคุกคาม บางครั้ง พยาบาลสามารถเสนอมุมมองใหม่ ๆ ในการทำงาน หรือจัดการกับสถานการณ์ความเสี่ยง และยอมรับผลลัพธ์ที่ไม่สมบูรณ์ รายละเอียดดังคำพูดต่อไปนี้

2.1 เจริญกับภาวะคุกคาม พยาบาลวิชาชีพกล่าวถึง ผลของความกล้าหาญทางจริยธรรมที่ทำให้ต้องเผชิญกับภาวะคุกคามด้านจิตใจ การคุกคามต่อกาย จิตวิญญาณ และกระทบกับระบบ/ผู้บริหาร ดังรายละเอียดดังนี้

2.1.1 ภาวะคุกคามที่กระทบจิตใจ หลังจากการแสดงออกถึงความกล้าหาญทางจริยธรรม พยาบาลเผชิญกับการสูญเสียสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน และต้องอดทนต่อความเครียดที่เกิดขึ้น รายละเอียด ดังคำพูดต่อไปนี้

การสูญเสียสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน ให้ข้อมูลดังนี้ ดังตัวอย่าง

“บางทีทะเลาะกับหมอก็มีนะ คิดไปคิดมาเป็น conflict ในใจ เวลาที่ต้องทำงานกับหมอกันนี้ เราก็มึบแต่แผล แต่ไม่ทักทาย หน้าที่ใครหน้าที่มัน พูดกันดี ๆ ไม่ใช่อารมณ์ เราต้องใช้เวลาทำใจ เสียความรู้สึกถ้าเกิดขึ้น” (ID 14)

บางครั้ง พยาบาลต้องอดทนต่อความเครียดที่รับจากการทำหน้าที่ มีพยาบาลวิชาชีพ 2 คน ให้ข้อมูลดังนี้ ดังตัวอย่าง

“เราเป็นน้องแต่เป็น Incharge บอกให้พี่ไปส่งแล็บ เขาคิดว่าเขาเป็นพี่ พอให้เขาไป เขาชักสีหน้า บอกให้ไปใช้คนอื่น เราก็กดแก้ปัญหาคุยกับหัวหน้าตึก เพื่อให้งานเดินได้” (ID 9)

2.1.2 ภาวะคุกคามที่กระทบทางกาย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“คนไข้บางรายมีญาติมาคุกคาม หรือทะเลาะกัน เราก็ต้องเข้าไปขวาง เราต้องเอาคนไข้ของเราไว้ก่อน คุณมีอะไรไปทะเลาะกันที่บ้าน ต้องตามยาม ตามตำรวจ เพราะเราเสี่ยงต่อการโดนทำร้าย” (ID 2)

2.1.3 ภาวะคุกคามที่เป็นผลจากระบบ/ผู้บริหาร

“บางครั้งก็ท้อ เราถูกแต่ต้องขอโทษ ญาติไม่พอใจไปฟ้องผู้บริหาร ทั้งที่ญาติไม่ทำตามกฎระเบียบ เราแจ้งแล้วโกรธ เราถูกก็ขอโทษไปก่อน ตามระเบียบของโรงพยาบาล” (ID 2)

2.1.4 ภาวะคุกคามต่อจิตวิญญาณ

พยาบาลถูกคุกคามต่อความเชื่อต่อการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัย “อาจารย์โกรธ ว่าหนูโทรรายงานเคลสที่มาจาก ER ตอนตีสามตีสี่ หนูเห็น Bleed ไม่หยุด เขากล่าวหาหนูว่าถ้าพันผ้า Stop Bleeding ไม่ได้ก็ให้คนอื่นมาพัน เข้าเขามาตามหาว่าใครโทรรายงาน หนูชี้แจงว่าไม่โทรไม่ได้ เพราะเลือดไหลไม่หยุด หนูเชื่อมั่นในความถูกต้อง สุดท้ายโรงพยาบาลมีระเบียบปฏิบัติว่าคนไข้มาหลังสี่ทุ่มทุกรายให้ Notify Staff” (ID 13)

2.2 เสนอมุมมองใหม่ ๆ ในการทำงาน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน ให้ข้อมูล ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“เมื่อตามแพทย์แล้วไม่มาดูคนไข้ตกเลือด เราพยายามเสนอระบบกับแพทย์หัวหน้าแผนกในการรายงานข้อมูลผู้ป่วยที่ติดตามแพทย์ให้มาดูคนไข้แล้วยังไม่มาดู โดยรายงานและบันทึกทุก 15 นาที จนกว่าจะมีคำสั่งการรักษาและพยาบาลจะประเมินความก้าวหน้าทั้งแม่และลูก และจดบันทึก” (ID 4)

เมื่อพยาบาลตัดสินใจประเด็นปัญหาที่พบแล้ว เสนอแนวทางของตนเองกับผู้มีอำนาจตัดสินใจ “เราไม่เห็นด้วยที่แพทย์จะให้คนไข้สูดที่เป็นวันโรมาแผนกอายุรกรรม เพราะเราไม่มีห้องแยก ในขณะที่คนไข้นอนห้องแยกอยู่แล้วจึงโทรหาหัวหน้าแผนกให้ยอมรับความคิดของเรา” (ID 7)

2.3 จัดการกับสถานการณ์ความเสี่ยง ดังตัวอย่างคำพูดดังนี้

พยาบาลเรียนรู้จากสถานการณ์ความเสี่ยงที่เคยเผชิญและหาวิธีการที่จะทำให้อาการผู้ป่วยปลอดภัย “เวรดิก็จะให้หมอมาดูคนไข้ ต้องคิดว่าจะพูดอย่างไรกับเขา เช่น เคลสตกเลือด ต้องประเมินผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ถ้าไม่เป็นอย่างที่รายงานก็ถือว่า หมอจะได้ตอบสนองเร็ว และการรายงานถูกต้อง” (ID 4)

“พ่อผู้ป่วยโวยวายว่าแพทย์เจาะหลังผิด และไม่ใช่หมอเฉพาะทาง เพราะแม่ผู้ป่วยได้ยินอาจารย์แพทย์พูดว่าแพทย์ใช้เข็มเจาะหลังแล้วไม่ได้ผล จึงต้องอธิบายว่าบางครั้งอาจารย์ก็เจาะไม่ได้ ไม่ใช่ความผิดพลาด เขาจึงสงบลง” (ID 6)

พยาบาลแก้ไขสถานการณ์ที่ผู้ให้บริการพูดจาไม่ดี อาจก่อให้เกิดสถานการณ์ที่รุนแรงมากขึ้น และเสี่ยงต่อความเข้าใจผิดของญาติผู้ป่วย “เคยมีที่น้องพูดไม่ดี น่าจะเหนื่อย คนไข้ก็เยอะ ให้นานขึ้นทำนี่ ก็ต้องแยกน้อง แล้วพูดคุยกับญาติไม่ให้ปะทะ แล้วแจ้งหัวหน้าดี” (ID 10)

2.4 ยอมรับผลลัพธ์ที่ไม่สมบูรณ์ (ปล่อยวาง) เป็นการยอมรับว่าผลที่ได้อาจไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง พยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 คน ให้ข้อมูล ดังคำพูดต่อไปนี้

“มีเหมือนกันหลายครั้งที่ผู้ป่วยกลับมาที่เวิร์ดแล้วแยะเหมือนเดิม ไม่ได้ดีขึ้น กลับบ้านไม่มีคนดู เราคุยแล้วก็ไม่สามารถไปบังคับเขา (ญาติ) ได้ ต้องปล่อยวาง” (ID 10)

“เคยโดนอาจารย์แพทย์ดู เขาอาจมองว่ารายงานของเราสำคัญน้อยกว่าเคลสที่เขากำลังผ่าตัดอยู่ หนูรู้สึกแต่ไม่เก็บมาคิด เราทำหน้าที่ให้ดีที่สุด บางทีเขาอาจรู้แล้วว่าคนไข้ของเขาอาการทรุดลง” (ID 12)

“พอเรามีประสบการณ์มากขึ้น รู้ว่าคนเราตายกันได้ ก็ต้องไม่ยึดทุกราย เข้าใจความรู้สึกของญาติมากขึ้นก็ค่อย ๆ ให้ข้อมูลแก่ญาติจนกว่าเขาจะรับได้” (ID 18)

ประเด็นหลักที่ 3 ดำรงเป้าหมายแห่งจริยธรรม พยาบาลวิชาชีพกล่าวถึง การคงไว้ซึ่งความกล้าหาญทางจริยธรรมได้มากขึ้นนั้น จะต้องมีความรู้ต่อการทำความดี และมีแรงจูงใจที่จะทำตามพันธกิจวิชาชีพ ดังนี้

- 3.1 เข้าใจและมีศรัทธาต่อคุณค่าการทำความดี พยาบาลวิชาชีพจำนวน 2 คน ให้ข้อมูลในข้อนี้ ดังนี้
 “ให้มันใจว่าสิ่งที่ทำถูกต้อง แม้จะยากก็ต้องทำ” (ID 1)
 “เราไม่ได้ชอบวิชาชีพพยาบาล แต่เราก็จะไม่ทำงานเข้าขามเย็นขาม แม้บางทีเราจะเจ็บตัว บางคนอาจมองเราหัวแข็ง แต่เราก็ขอสู้เพื่อความถูกต้อง มีปัญหาเราจัดการทันที” (ID 15)
- 3.2 มีจุดมุ่งหมายในการปฏิบัติอย่างชัดเจน
 พยาบาล 2 คน กล่าวถึงเป้าหมายในการกระทำ ดังตัวอย่างต่อไปนี้
 “เวลามีปัญหาการทำงานเราต้องมาทำ RCA (root cause analysis) ดังนั้น ก่อนจะไปถึงปัญหา รับผิดชอบก่อนเลย คุยกับ staff หรือผู้มีอำนาจ สิ่งสำคัญคือต้องรู้เป้าหมายของตัวเอง ทำไปเพื่ออะไรต้องตอบได้” (ID 4)
 “เราต้องรักษาผลประโยชน์ของคนไข้ รู้เป้าหมายของเราว่าจะเป็นตัวแทนผลประโยชน์เหล่านั้นอย่างไร เช่นหมอไม่รับมาดูคนไข้ ต้องรู้ว่ารับเพราะอะไร บอกน้องว่าต้องตามมา ไม่ต้องกลัวถูกตำหนิ” (ID 7)
- 3.3 มีแรงจูงใจที่จะทำตามพันธกิจของวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพให้ข้อมูล 4 คน ตัวอย่างคำพูดมีดังนี้
 การตัดสินใจของพยาบาลอาจกระทบต่อความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน แต่ทำเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย
 “เราปฏิเสธบริษัทที่มีของแถมของแจก เพราะเราควรส่งเสริมเรื่องนมแม่ แรงด้านก็มีนะ จากบุคลากร เขาไม่อยากใช้เวลาให้แม่เข้าเต้า วิธีที่เราทำคือ ให้แพทย์เขียนคำสั่ง Breast Milk Only” (ID 16)
- ประเด็นหลักที่ 4 พฤติกรรมการแสดงออกแบบผู้นำ** พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน ให้ข้อมูล ดังคำพูดต่อไปนี้
 “ญาติถ่ายภาพขณะ CPR แพทย์จึงตวาดออกไปญาติตอบกลับด้วยคำว่าโวย เราเตือนแพทย์เบา ๆ ว่าพอแล้ว แล้วไปขอโทษญาติ” (ID 6)
 “คำนวณอัตราค่าล้างกับจำนวนผู้ป่วยเห็นว่า เราไม่สามารถทำให้มีคุณภาพได้ อีกทั้งเครื่องมือเต็มพื้นที่แล้ว เราจึงต้องคุยต่อรองกับผู้บริหาร” (ID 8)
 “ต้องชี้แจงกับกลุ่มหัวหน้าคิดว่าทำไมเราต้องการแบบนี้ ประเมินทั้งจำนวนผู้ป่วยทั้งแผนก ผู้ป่วยหนัก กึ่งหนัก จะบริหารอัตราค่าล้างอย่างไร คุยหลายรอบ ความร่วมมือจึงเกิดขึ้น” (ID 8)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบแก่นสาระซึ่งเป็นองค์ประกอบของความกล้าหาญทางจริยธรรม 4 ประเด็นหลัก เริ่มจากประเด็นหลักที่ 1 ยึดมั่นในหลักการทางจริยธรรม การที่พยาบาลมีหลักการทางจริยธรรมเมื่อต้องแสดงออกถึงความกล้าหาญทางจริยธรรม เนื่องจากหลักการทางจริยธรรมเป็นแนวทางในการแสดงพฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาล และใช้เป็นเหตุผลเมื่อพบประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม จากผลการวิจัย สะท้อนให้เห็นว่าการแสดงความกล้าหาญทางจริยธรรมของพยาบาลเกิดจากความยึดมั่นและความเพียร (Commitment and perseverance) ที่จะให้การดูแลที่ดี และแสดงความรับผิดชอบต่อวิชาชีพโดยไม่กลัวต่อผลที่จะตามมา ดังสังเกตได้จากผลการวิจัยประเด็นที่ 2 เฝียญต่อผลลัพธ์ของการกระทำ สอดคล้องกับ Thorup, Rundqvist, Roberts, and Delmar (2011) ที่กล่าวว่า ความกล้าหาญมีความหมายถึงการเตรียมพร้อมที่จะโดดเดี่ยวต่อการทำสิ่งที่ถูกต้องและไม่ต่อรองกับสิ่งคุกคามและความไม่ยุติธรรม ตัวอย่างจากผลการวิจัยพบว่า พยาบาลที่มีความกล้าหาญจะเป็นผู้ที่ทราบขอบเขตและความเข้มแข็งของตนเองในการปฏิบัติงาน ดังที่พยาบาลกล่าวว่า พยาบาลต้องมีความรู้ในการประกอบวิชาชีพและกล้ายืนหยัดหากสิ่งที่ทำถูกต้องโดยไม่กลัวการถูกกล่าวหาหรือตำหนิจากเพื่อนร่วมงาน นอกจากนี้ ยังมีความอดทนต่อความลำบาก เสียสละ ทุ่มเท และกล้าเสี่ยง หากการกระทำนั้นจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย (Numminen et al., 2017) แม้ว่าเมื่อปฏิบัติไปแล้ว อาจเกิดภาวะคุกคามต่อตนเองตามมาก็ตาม พยาบาลที่มีความกล้าหาญทางจริยธรรมจะเป็นผู้ที่ยึดมั่นในค่านิยมจริยธรรม (Lachman, 2010) ที่สามารถพบได้ในสถานการณ์ในคลินิก การจะมีคุณสมบัติเหล่านั้นได้ พยาบาลต้องมีความรู้ (ปัญญา) เปรียบได้กับการเข้าใจ

หลักการทางจริยธรรมในผู้ให้ข้อมูลสามารถควบคุมอารมณ์เมื่อเผชิญกับภาวะคุกคาม (Temperance) รวมทั้งมีการจัดการกับความเครียดหรือความกลัวที่เกิดขึ้น เมื่อประสบกับเหตุการณ์ที่คาดว่าจะจะเป็นประเด็นจริยธรรม นำไปสู่การหาทางออกโดยการเสนอมุมมองใหม่ ๆ ยอมรับผลลัพธ์การกระทำที่เกิดขึ้น โดยยึดมั่นเป้าหมายทางจริยธรรม Hunt (2020) ได้แสดงระยะของความกล้าหาญทางจริยธรรมไว้ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะของการใช้ทฤษฎี ระยะของการปฏิบัติ และระยะวิเคราะห้ขั้นสุดท้าย ซึ่งระยะของการปฏิบัติ Sadooghiasl et al. (2018) อธิบายว่า ประกอบด้วย การบรรลุความสำเร็จทางจริยธรรม (Moral self-actualization) และความกล้าเสี่ยง (Risk-taking) ซึ่งเป็นระยะที่พยาบาลรับรู้ว่าตนมีอำนาจ (Authority) ในการปฏิบัติ สามารถที่จะขอโทษ หรือยอมรับความผิดพลาด มีความรับผิดชอบ มีความมุ่งมั่นต่อการกระทำสิ่งที่ถูกต้อง และมีแนวทางที่ถูกต้อง

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า พยาบาลวิชาชีพสะท้อนให้เห็นถึงความไวทางจริยธรรม (Moral sensitivity) ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาความกล้าหาญทางจริยธรรม (Escolar-Chua, 2018) ซึ่งสังเกตได้จากความสามารถของพยาบาลที่เกิดจากการรับรู้ ประเมินและตีความสถานการณ์ โดยการวิเคราะห์จากข้อมูลที่พบในบริบทที่ปฏิบัติหน้าที่ และมีการตอบสนองในทิศทางที่เหมาะสม (Lachman, 2010) อีกทั้งเป็นแนวทางนำไปสู่การตัดสินใจแก้ปัญหาทางจริยธรรม และกรณีที่พยาบาลไม่สามารถตีความว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นมีประเด็นทางจริยธรรมแฝงอยู่ การแก้ปัญหาจริยธรรมที่พึงประสงค์ก็จะไม่เกิดขึ้น ซึ่งจากการศึกษาของ Khodaveisi et al. (2021) พบว่า ความกล้าหาญทางจริยธรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความไวทางจริยธรรม และการดูแลที่ปลอดภัย อีกทั้งประสบการณ์ของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความกล้าหาญทางจริยธรรมด้วย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ เพื่อให้มีความสามารถในการรับรู้ต่อสถานการณ์ที่ต้องวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทางจริยธรรมซึ่งมีความซับซ้อนในคลินิก โดยใช้แบบจำลองเลนส์ของบรูว์นสวิก (Brunswick's lens model) (Thompson & Dowding, 2009) ร่วมกับกระบวนการตัดสินใจทางจริยธรรม ผลการวิจัยพบสถานการณ์ที่น่าสนใจที่พอยกตัวอย่างสังเขป ได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลใช้ข้อมูลหลายประเภทเมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ที่ต้องใช้ความกล้าหาญทางจริยธรรม เช่น อาการ อาการแสดง และความเสี่ยงด้านร่างกายที่ผู้ป่วยอาจจะต้องเผชิญ การพยากรณ์โอกาสที่จะเกิดความรุนแรงของสถานการณ์ถ้าไม่ได้รับการแก้ไข ปัจจัยด้านครอบครัว พยาธิสภาพสัมพันธ์สภาพกับผู้ร่วมงาน เป็นต้น เมื่อพยาบาลต้องตัดสินใจ พยาบาลจำเป็นต้องมีข้อมูลที่ครอบคลุมที่สุด ซึ่งสะท้อนว่าพยาบาลต้องมีการกระบวนการทางปัญญา หาข้อมูลรอบด้านเพื่อนำมาใช้ในการตัดสินใจ จึงเป็นเหตุผลที่ทำให้พยาบาลมีความกล้าที่จะเสี่ยงในสถานการณ์ที่เผชิญ ซึ่งสถานการณ์เช่นนี้จะไม่เกิดในพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยเนื่องจากมีข้อมูลที่ไม่เพียงพอต่อการตัดสินใจ

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในฐานะผู้บริหาร หรือมีประสบการณ์ทางจริยธรรม และได้รับการสนับสนุนการปฏิบัติงานจากผู้บริหารจะส่งเสริมความกล้าหาญทางจริยธรรมได้ดี (Edmonson, 2015; Gibson, 2019) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ นอกจากนี้ ยังพบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์สูงจะมีวิธีเผชิญความกล้าหาญทางจริยธรรมได้ดี รวมทั้งการปฏิบัติบนค่านิยมแห่งจริยธรรม ความเต็มใจที่จะเสี่ยงตัดสินใจ การปกป้องสิทธิของผู้ป่วย ล้วนเป็นความกล้าหาญของพยาบาลที่มุ่งมั่นต่อการดูแลที่ดี (Numminen et al., 2017) และความมุ่งมั่นต่อการดูแลที่ดี หมายถึงคุณภาพการดูแลที่ดีด้วย (Numminen, Katajisto, & Leino-Kilpi, 2019)

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษานี้เลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ทำงานไม่น้อยกว่า 5 ปี ผลการวิจัยจึงเป็นข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์จากผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์สูง ดังนั้น การวิจัยครั้งต่อไป อาจศึกษาในกลุ่มพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อย หรือนักศึกษาพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลในการสร้างเกณฑ์วัดความกล้าหาญทางจริยธรรมในพยาบาลหลากหลายกลุ่ม

2. ควรส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์น้อยได้พัฒนาความกล้าหาญทางจริยธรรม โดยผ่านกรณีศึกษา ที่ช่วยส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการทางจริยธรรม ซึ่งเป็นองค์ประกอบเบื้องต้นที่ทำให้พยาบาลแสดงความสามารถด้านความกล้าหาญทางจริยธรรมได้

3. จากผลการวิจัยพบว่า พยาบาลที่แสดงความกล้าหาญทางจริยธรรม มีความไวต่อการรับรู้สถานการณ์เสี่ยง ดังนั้น จึงควรส่งเสริมพยาบาลวิชาชีพให้มีความไวทางจริยธรรม โดยการเพิ่มทักษะการสร้างเสริมความไวทางจริยธรรม เพื่อพัฒนาไปสู่ความกล้าหาญทางจริยธรรมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้ทุนอุดหนุนจากงบประมาณเงินรายได้ คณะพยาบาลศาสตร์ ประจำปี พ.ศ. 2560

References

- Arpanantikul, M., Prapaipanich, W., Senadisai S., & Orathai, P. (2014). Nursing administrators' perception of Thai registered nurses' professional ethics. *Thai Journal of Nursing Council*, 29(2), 5-20. [in Thai].
- Benner, P. (1984). *From novice to expert, excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing.
- Edmonson, C. (2015). Strengthening moral courage among nurse leaders. *Online Journal of Issues in Nursing*, 20(2), 9.
- Escolar-Chua, R. L. (2018). Moral sensitivity, moral distress, and moral courage among baccalaureate Filipino nursing students. *Nursing Ethics*, 25(4), 458-469.
- Fry, S. T., & Johnstone, M. J. (2008). *Ethics in nursing practice: A guide to ethical decision making* (3rd ed.). Massachusetts: Wiley-Blackwell Publishing.
- Gastmans, O. (2015). Moral distress experienced by nurses: A quantitative literature review. *Nurs Ethics*, 22(1), 15-31.
- Giorgi, B. M. (2010). Application of descriptive phenomenological research method to the field of clinical research. *Les Collectifs du Cirp*, 1, 119-129.
- Gibson, E. (2019). Longitudinal learning plan for developing moral courage. *Teaching and Learning in Nursing*, 14(2), 122-124.
- Hawkins, S. F., & Morse J. (2017). The praxis of courage as a foundation for care. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(4): 263-70. doi: 10.1111/jnu.12077.
- Hunt, F. (2020). Nursing ethics and moral courage in nursing practice. *Journal of Nursing Research and Practice*, 4(3), 1-2.
- Khatiban, M., Falahan, S. N., & Soltanian, A. R. (2021). Professional moral courage and moral reasoning among nurses in clinical environments: A multivariate model. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 14, 20.

- Khodaveisi, M., Oshvandi, K., Bashirian, S., Khazaei, S., Gillespie, M., Masoumi, S. Z., & Mohammadi, F. (2021). Moral courage, moral sensitivity and safe nursing care in nurses caring of patients with COVID-19. *Nursing Open*, 8, 3538-3546.
- Lachman, V. D., (2010). *Strategies necessary for moral courage*. Retrieved from <https://ojin.nursingworld.org/table-of-contents/volume-15-2010/number-3-september-2010/strategies-and-moral-courage/>
- Lachman, V. D., Murray, J. S., Iseminger, K., & Ganske, K. M. (2012). *Doing the right thing: Pathways to moral courage*. Retrieved from <https://americannursetoday.com/doing-the-right-thing-pathways-to-moral-courage/>
- Leuter, C., Petrucci, C., Mattei, A., Tabassi, G., & Lancia, L. (2013). Ethical difficulties in nursing, educational need attitudes about using ethics resources. *Nursing Ethics*, 20(3), 348-358.
- Numminen, O., Repo, H., & Leino-Kilpi, H. (2017). Moral courage in nursing: A concept analysis. *Nursing Ethics*, 24(8): 878-891.
- Numminen, O., Katajisto, J., & Leino-Kilpi, H. (2019). Development and validation of nurses' moral courage scale. *Nursing Ethics*, 26(7-8), 2438-2455.
- Phra Pariyattithada (Somnouk Thitamedho/Homruean). (2016). *The moral courage in Theravada Buddhism*. Retrieved from http://oldweb.mcu.ac.th/En/thesiscontent_desc.php?ct=1&t_id=2285 [in Thai]
- Restika, I., Haskas, Y., & Suarnianti. (2021). Moral courage among clinical nurses: A comparison of government hospital and private hospital. *International Journal of Nursing and Health Services*, 4(4), 385-391.
- Rongsawat, O., Trapsinsaree, D., & Leecharoen, P. (2020). Moral courage in nursing. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 7(3), 23-37. [in Thai]
- Sadooghiasl, A., Parvizy, S., & Ebadi. (2018). A concept analysis of moral courage in nursing: A hybrid model. *Nursing Ethics*, 25, 6-19.
- Thompson, C., & Dowding, D. (2009). *Essential decision making and clinical judgement for nurses*. London: Churchill Livingstone.
- Thorup, C., Rundqvist, E., Roberts, C., & Delmar, C. (2011). Care as a matter of courage: Vulnerability, suffering and ethical formation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 26. 427-35. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00944.x.

การสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากหลักสูตร การปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานในระบบการแพทย์ ฉุกเฉินของประเทศไทย ภายใต้ชีวิตวิถีใหม่

ไพรินทร์ พัสตุ, ปตด.^{1*} สุปราณี พลชนะ, ปตด.² เกษราวัลณ์ นิลวางกูร, Ph.D.³

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานหลักสูตรและให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการจัดหลักสูตรปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานที่ดำเนินงานโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ **ระเบียบวิธีวิจัย** : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงนโยบาย เพื่อศึกษาสถานการณ์การอบรมหลักสูตรปฐมพยาบาลฉุกเฉิน และนำมาร่างข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อสรุปเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย

ผลการวิจัยพบว่า การฝึกอบรมหลักสูตรปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานที่ดำเนินงานโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้รับความร่วมมือจากภาครัฐและเอกชน ผลการประเมินความพึงพอใจต่อหลักสูตรอยู่ในระดับมาก เนื่องจากการเรียนการสอนมุ่งเน้นพัฒนาผู้เรียนทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ความรู้ทันสมัยอยู่เสมอ มีรูปแบบเดียวกัน และนำไปใช้ได้จริง จากข้อมูลเชิงคุณภาพได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ดังนี้ 1) การปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานควรเป็นสมรรถนะหลักสำหรับประชาชน 2) บรรจุการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพพื้นฐานในทุกระดับการศึกษา 3) ใบประกาศนียบัตรผู้ผ่านการอบรมนำไปต่ออายุผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้ 4) ขับเคลื่อนโครงการพัฒนาทักษะการปฐมพยาบาลฉุกเฉินด้วยชุมชนเอง 5) ผลักดันให้เกิด “ศูนย์การเรียนรู้ด้านการกู้ชีพขั้นพื้นฐานประจำตำบล” ทุกพื้นที่ 6) ภาคเอกชนเข้าร่วมดำเนินงาน 7) ภาครัฐและเอกชนควรกำหนดให้เป็นสมรรถนะหลักของบุคคลที่จะรับเข้าทำงาน 8) ผลักดันให้บรรจุวิชา “การกู้ชีพขั้นพื้นฐาน” อยู่ในการระบอบศึกษาหรือกิจกรรมลูกเสือและเนตรนารี 9) หน่วยงานร่วมมือจัดทำบันทึกความร่วมมือ (MOU) ให้บุคคลเข้ารับการฝึกอบรมและ 10) สนับสนุนให้ทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน โดยปัจจัยความสำเร็จในการจัดหลักสูตรเกิดจากการดำเนินงานภายใต้แนวคิดของจิตอาสา สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติสามารถนำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายนี้ไปปรับปรุงหลักสูตรและพัฒนากระบวนการฝึกอบรมให้เหมาะสมกับสถานการณ์ภายใต้ชีวิตวิถีใหม่

คำสำคัญ: สังเคราะห์องค์ความรู้ หลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉิน ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

¹ อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

³ ศาสตราจารย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

* ผู้เขียนหลัก e-mail: Pairin.p@stin.ac.th

** งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

Knowledge Synthesis for Policy Recommendations from Emergency First Aid and Basic Resuscitation Courses in Thailand's Emergency Medical System Under the New Normal

Pairin Patsadu, Ph.D.^{1*}, Supranee Pholthana, Ph.D.², Kessarawan Nilvarangkul, Ph.D.³

Abstract

This research aims to describe the policy recommendations from Thailand's emergency first aid and basic resuscitation courses by The National Institute for Emergency Medicine. This policy research aimed to study the emergency first aid and training courses and to draft the policy proposals leading to the proposal assumption.

The results revealed that the training course has been supported and collaborated by the public and private sectors. The overall satisfaction is high because the instructional management focuses on participant development in theoretical and practical phases. The acquired knowledge is innovative and feasible in actual situations. According to the qualitative research, the suggestions are as follows. 1) Emergency first aid and basic resuscitation courses should be regulated as a core competency for all Thais, 2) The course should be added at all educational levels, 3) The certificate obtained should be approved by the practitioners in the emergency medical system, 4) The project should be driven by communities, 5) Municipal basic resuscitation learning center should provide training inclusively in all areas, 6) The private sector should take part in the management, 7) The public and private sectors should set core competency skills on recruitment, 8) The educational system and scout activities should include basic resuscitation courses at all levels, 9) Cooperating agencies should prepare an MOU for individuals to attend training, and 10) All subdistrict hospitals should be supported to develop their efficiency. In addition, local administrative organizations should support the budget management for Thailand's emergency first aid and basic resuscitation courses of the National Institute for Emergency Medicine. The success factor in organizing the course is operated under the concept of volunteerism. The findings suggest that National Institute for Emergency Medicine may consider applying the policy recommendations as the guidelines under the new normal policy.

Key words: Knowledge synthesis, emergency first aid course, emergency medical system

¹ Lecturer & Nursing Instructor, Department of Adult and Geriatric Nursing Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

² Assistant Professor, Royal Thai Navy College of Nursing

³ Professor Mae Fah Luang University

* Corresponding author e-mail: Pairin.P@stin.ac.th

** The research granted from National Institute for Emergency Medicine

บทนำ

เหตุการณ์ฉุกเฉินทางสุขภาพจากภัยพิบัติ อุบัติเหตุหรือการป่วยรุนแรง ส่งผลให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการเสียชีวิต สิ่งสำคัญคือผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ขณะนั้นสามารถทำการกู้ชีพและปฐมพยาบาล อย่างถูกต้อง รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น (Ponsen, Wachiradilok, Sirisamutr, & Khomnuanroek, 2015) จากสถานการณ์ดังกล่าวสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้จัดทำหลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน (Emergency first aid and basic life support training course) สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.) และอาสาฉุกเฉินชุมชน (อฉช.) (National Institute for Emergency Medicine, 2020) เพื่อผลิตบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการกู้ชีพและปฐมพยาบาลให้เพียงพอ และสามารถให้การช่วยเหลือบุคคลอื่นได้ จากการดำเนินงานของหลักสูตรดังกล่าวที่ผ่านมาพบว่าได้รับผลกระทบอย่างหนักจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากเป็นกิจกรรมการอบรมมีการรวมตัวของผู้เรียนและผู้สอนเป็นจำนวนมากในสถานที่ปิด และการสัมผัสใกล้ชิดระหว่างผู้สอน และผู้เรียนสำหรับการฝึกภาคปฏิบัติ ซึ่งอาจเกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้ จากสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้การดำเนินการอบรมหลักสูตรดังกล่าวต้องหยุดชะงักไปเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาด ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาสภาพปัจจุบัน การดำเนินงานและสถานการณ์ของหลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินรวมทั้งให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากหลักสูตรเพื่อนำมาปรับปรุงแนวทางการดำเนินงาน และการจัดการเรียนการสอนให้เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และการดำเนินการฝึกอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานที่ดำเนินการโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
2. เพื่อให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการจัดการอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานของประเทศไทยดำเนินการโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยนำแนวคิดของทฤษฎีระบบ (System theory) (Alexander & Stanley, 1998) มาใช้ในการสังเคราะห์องค์ความรู้จากการปฏิบัติ โดยผู้ศึกษาจะพิจารณาการนำเข้าของข้อมูล กระบวนการดำเนินการ และผลลัพธ์จากข้อมูลที่ได้จากการฝึกอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานที่ดำเนินการโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การนำเข้าของข้อมูลสถานการณ์ของการฝึกอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานที่ดำเนินการโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้แก่ ความพึงพอใจของผลการดำเนินโครงการ บริบทของพื้นที่ โครงการ วัตถุประสงค์โครงการ นโยบายที่เกี่ยวข้องในระดับชาติและองค์กร งบประมาณ แนวทางการบริหารจัดการหลักสูตร แนวทาง และขั้นตอนการดำเนินงาน รวมทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์ความรู้หรือหลักในปฏิบัติการ ได้แก่ การสร้างภาคีเครือข่าย/ยุทธศาสตร์ การดำเนินงานโดยการนำเอาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานหลักสูตร การบริหารจัดการ การสอน การวัดผลและประเมินผล การติดตามตรวจสอบ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการติดตามประเมินผลต่อเนื่อง ปัจจัยความสำเร็จเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการ

ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้ โดยจำแนกคำ หลักสำคัญ จากองค์ความรู้เกี่ยวกับการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน แนวคิดและหลักการหรือองค์ความรู้ประยุกต์ใช้ (Technical knowledge) ในปฏิบัติการนั้น ได้แก่ นโยบายที่เกี่ยวข้องในระดับชาติและองค์กร งบประมาณแนวทางการบริหารจัดการหลักสูตร และ

หาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบความรู้จากข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรระดับผู้ช่วยการฝึกอบรม ครูผู้สอน ผู้ช่วยครูผู้สอน และผู้ผ่านการอบรมการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน โดยคัดเลือกพื้นที่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ร้อยเอ็ด สระแก้ว เชียงราย และประจวบคีรีขันธ์

กลุ่มตัวอย่าง

1. **ผู้ให้ข้อมูลแบบสอบถาม (Questionnaire)** ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบสอบถามแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานทั้ง 4 ระดับ ได้แก่ ผู้อำนวยการฝึกอบรม (ระดับ 4) ครูผู้สอน (ระดับ 3) ผู้ช่วยครูผู้สอน (ระดับ 2) และผู้ผ่านการอบรม (ระดับ 1) ในเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานครและปริมณฑล จังหวัดร้อยเอ็ด สระแก้ว เชียงราย และประจวบคีรีขันธ์ โดยคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย กรณีประชากรกลุ่มเดียว วัดก่อน-หลัง (Two dependent means) (Chow, Shao, & Wang, 2003) คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย กรณีประชากรกลุ่มเดียว วัดก่อน-หลัง (Two dependent means) (Chow et al., 2003) ดังนั้นขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เท่ากับ 200 คน จากขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ จำนวน 200 คน ผู้วิจัยวางแผนการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) แบ่งชั้นภูมิตามตำแหน่งและพื้นที่วิจัย ได้แก่ กลุ่มผู้อำนวยการฝึกอบรม (ระดับ 4) ครูผู้สอน (ระดับ 3) ครูผู้ช่วยสอน (ระดับ 2) และผู้ผ่านการอบรมหลักสูตร (ระดับ 1) จำแนกตามพื้นที่กรุงเทพฯ และปริมณฑล ร้อยเอ็ด สระแก้ว เชียงราย และประจวบคีรีขันธ์ แต่เนื่องจากจำนวนของแต่ละกลุ่มมีจำนวนแตกต่างกัน หรือที่เรียกว่าประชากรของหน่วยย่อยที่ศึกษามีขนาดแตกต่างกัน (Measure of size) ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสในการถูกเลือกไม่เท่ากันทุกหน่วย ผู้วิจัยจึงคำนวณสัดส่วนจำนวนตัวอย่างของแต่ละหน่วยตามขนาดประชากร (Proportional to size) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสถูกเลือกเท่า ๆ กัน ซึ่งจะเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรได้สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

2. **ผู้ให้ข้อมูลในการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)** ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลในการสนทนากลุ่มจากการสุ่มแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) ดังนั้น กลุ่มผู้อำนวยการฝึกอบรม (ระดับ 4) มีเฉพาะในส่วนกลาง ซึ่งเป็นตำแหน่งที่มีความสำคัญและมีจำนวนน้อย จึงไม่นำมาคำนวณและเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเท่านั้น ดังนั้นจำนวนผู้ให้ข้อมูลจากผู้อำนวยการฝึกอบรม จำนวน 5 คน ครูผู้สอนพื้นที่ละ 10 คน ผู้ช่วยครูผู้สอน พื้นที่ละ 10 คน และผู้ผ่านการอบรมพื้นที่ละ 10 คน รวมทั้งสิ้น 155 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถาม (Questionnaire) แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (semi-structure interview) โดยมีการพัฒนาเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

1. **แบบสอบถาม (Questionnaire)** ประกอบไปด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และลักษณะงานหรือบทบาทหน้าที่ และ 2) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อหลักสูตรโดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า มี 5 ระดับ (Rating scale) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ระดับความพึงพอใจต่อโครงการ: ระดับ 5 = มากที่สุดหรือดีมาก 4 = มากหรือดี 3 = ปานกลางหรือพอใช้ 2 = น้อยหรือต่ำกว่ามาตรฐาน 1 = น้อยที่สุดหรือต้องปรับปรุงแก้ไข ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามตามขอบเขตของเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย การตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา รวมทั้งความครอบคลุมเรื่องและประเด็นที่ต้องการวิจัย แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เป็นเครื่องมือฉบับสมบูรณ์ โดยมีการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย โดยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา

โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารงานนโยบาย หรือการประเมินโครงการสาธารณสุข และตรวจความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น ก่อนนำไปเก็บข้อมูล ในส่วนของแบบสอบถามผู้วิจัยนำไปทดลองเก็บข้อมูล (Try out) อย่างน้อยจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .950

2. แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interview) เกี่ยวกับบริบท นโยบาย การดำเนินงานจากการอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานที่ดำเนินการโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ การบริหารจัดการ การสอน การวัดผลและประเมินผล การติดตามตรวจสอบ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการติดตามประเมินผลต่อเนื่อง ปัจจัยความสำเร็จโดยผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือกำหนดเป็นเค้าโครงของการสัมภาษณ์ และขอบเขตเนื้อหา โดยขอคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิและปรับปรุงทดลองใช้ก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังโครงการวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทรา สภาการศึกษาไทย เลขที่ COA No. 11/2021 เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการขอทำหนังสือเพื่อลงพื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ศึกษาบริบท การดำเนินงานของหลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานของการดำเนินงาน จากการวิเคราะห์เอกสาร งานวิจัย ได้แก่ ประเด็นด้านนโยบายที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตรในระดับชาติและองค์กร งบประมาณ แนวทางการบริหารจัดการหลักสูตร แนวทางการดำเนินงาน รวมทั้งผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยศึกษาตำรา เอกสาร บทความ แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง บริบท นโยบาย การดำเนินงาน แนวคิดและทฤษฎี เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน และสภาพการดำเนินงานในปัจจุบัน

3. ผู้วิจัยขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลในโครงการวิจัยนี้ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแนวทางจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โดยนำแบบสอบถาม (Questionnaire) เชิงปริมาณดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโครงการ หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างนำแบบสอบถามส่งคืน ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่มของผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเองจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. **การวิเคราะห์แบบสอบถาม** ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ ดังนี้

1.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้ค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)

1.2 วิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจโดยใช้ค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับสถานการณ์การดำเนินงานอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานที่ดำเนินการโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติตามประเด็นการสนทนากลุ่มโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และนำเสนอในรูปการบรรยายแบบความเรียง (Majchrzak, 1994) และนำมาตรวจสอบโดยใช้วิธีสามเส้า (triangulation) การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ยึดหลักการสำคัญของการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยผู้ศึกษาเป็นผู้ตีความ (Content analysis) โดยใช้หลักการตีความเนื้อหา 2 หลักการ คือ 1) การให้ความสำคัญกับเนื้อหาที่สำคัญที่สุดจากประเด็นที่ปรากฏ และ 2) การตีความตามความจริงที่คาดว่าจะมีนัยยะหรือแสดงว่าจะเป็นเช่นที่ให้อรรถาธิบาย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย เลขที่ COA No. 11/2021 เรียบร้อยแล้ว โดยผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ดำเนินการวิจัยโดยยึดหลักเคารพในบุคคล ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยผู้วิจัยได้ขอความยินยอมจากผู้ร่วมวิจัย บอกข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ กิจกรรม อธิบายผลที่อาจเกิดจากการเข้าร่วมการวิจัย สิทธิต่าง ๆ รวมทั้งตอบข้อซักถามอย่างละเอียดและชัดเจนเพื่อให้โอกาสเลือกและตัดสินใจอย่างอิสระในการเข้าร่วมโดยไม่มีการบังคับ และสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยและไม่ต้องตอบคำถามที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ รวมทั้งรักษาความลับของผู้ร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้นำเสนอในภาพรวม และทำลายไฟล์เสียงภายหลังเสร็จสิ้นการวิเคราะห์ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยไม่ใช้คำถามคุกคาม ทั้งทางวาจา ลักษณะกิริยาท่าทาง ในขณะสนทนากลุ่ม (Semi-structured interviews) และคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยโดยปราศจากอคติ ใช้เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และไม่แบ่งแยกความแตกต่างของบุคคล เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยซักถาม และให้ข้อคิดเห็น โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ที่จะได้จากการศึกษาวิจัยในการปรับปรุงรูปแบบให้ดีขึ้น

ผลการวิจัย

1. บริบท สถานการณ์การดำเนินงานฝึกอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานที่ดำเนินงานโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ผู้วิจัยศึกษาบริบท สถานการณ์การฝึกอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติของพื้นที่ดำเนินการวิจัย ได้แก่ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดเชียงราย กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล จังหวัดสระแก้ว และจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งการจัดอบรมได้รับความนิยม และความร่วมมือทั้งจากหน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลรัฐในพื้นที่ และภาคเอกชน เช่น จังหวัดเชียงราย ที่ดำเนินงานจากความร่วมมือของสมาคมกู้ภัยเอกชนของพื้นที่ และจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ได้รับความร่วมมือจากการโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่เช่นกัน แต่สำหรับพื้นที่กรุงเทพมหานครใช้งบประมาณโดยตรงจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โดยมีลักษณะการดำเนินการฝึกอบรมเพื่อขยายองค์ความรู้แบบบุคคล ซึ่งเป็นการขยายองค์ความรู้ด้วยตนเองเป็นหลัก เช่นเดียวกับจังหวัดสระแก้ว ที่ได้รับงบประมาณโดยตรงจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ผู้เข้ารับการอบรมเป็นตัวแทนจากหน่วยงานในจังหวัดสระแก้วที่เกี่ยวข้องกับการกู้ชีพ มีความหลากหลาย เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครกู้ชีพกู้ภัยในจังหวัด หลังจากนั้นมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ ณ ศูนย์สั่งการการแพทย์ฉุกเฉิน องค์การบริหารส่วนจังหวัดสระแก้วประสานความร่วมมือระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดคล้ายคลึงกับจังหวัดร้อยเอ็ด งบประมาณโดยตรงจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติในการจัดฝึกอบรมครูผู้สอนในจังหวัดร้อยเอ็ด โดยสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดให้มีการจัดการอบรมครูผู้สอนรุ่นที่ 5 หลังจากนั้นมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องโดยครูผู้สอนที่ผ่านการอบรมได้รับความช่วยเหลือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดเพื่อสร้างจำนวนครูผู้สอนในหลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานและดำเนินการถ่ายทอดองค์ความรู้ต่อไปสระแก้ว องค์การบริหารส่วนตำบลสระแก้ว และอาสาสมัครในจังหวัด ดำเนินการจัดฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง

ข้อมูลผู้ผ่านอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย จำนวนร้อยละ 51.50 อายุเฉลี่ย 36.09 ปี ($SD = 8.85$) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 68.50 ส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 49.00 และอยู่ในพื้นที่จังหวัดกรุงเทพฯ และปริมณฑล ร้อยเอ็ด สระแก้ว เชียงราย และประจวบคีรีขันธ์ เท่ากันร้อยละ 20.00 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n = 200)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	97	48.50
หญิง	103	51.50
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 30 ปี	53	26.50
30-39 ปี	76	38.00
40-49 ปี	51	25.50
50 ปีขึ้นไป	20	10.00
Mean (SD) = 36.09 (8.85)		
Median (Min, Max) = 34.5 (21, 59)		
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	14	7.00
อนุปริญญา/ปวส.	34	17.00
ปริญญาตรี	137	68.50
ปริญญาโท	15	7.50
ลักษณะงาน/บทบาท		
พยาบาลวิชาชีพ	98	49.00
พนักงานฉุกเฉินการแพทย์	54	27.00
เจ้าหน้าที่ฉุกเฉินการแพทย์	26	13.00
อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์	19	9.50
นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์	3	1.50

ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน
 กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน
 ในภาพรวมอยู่ในระดับพอใจมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.77 คะแนน (SD = 0.30) หรือคิดเป็นร้อยละ 95.40 ซึ่งบรรลุวัตถุประสงค์
 (Key Performance Indicator > ร้อยละ 80) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ามีรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน (n = 200)

ประเด็น	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล
ด้านเนื้อหาวิชาของหลักสูตร			
1. มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของหลักสูตร	4.93	0.25	พอใจมาก
2. มีความสอดคล้องกับภาระหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานอยู่	4.80	0.45	พอใจมาก
3. สามารถตอบสนองกับความต้องการของผู้เข้ารับการอบรม	4.88	0.36	พอใจมาก
4. ระยะเวลาการฝึกอบรมภาคทฤษฎีมีความเหมาะสม	4.67	0.55	พอใจมาก
5. ระยะเวลาการฝึกอบรมภาคปฏิบัติมีความเหมาะสม	4.69	0.53	พอใจมาก

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ประเด็น	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล
6. หลักสูตรที่ผ่านเรียนตรงกับภาระหน้าที่และความต้องการของท่าน	4.80	0.48	พอใจมาก
ภาพรวมด้านเนื้อหาวิชาหลักสูตร/โครงการ	4.79	0.33	พอใจมาก
ด้านความรู้ความเข้าใจในการฝึกอบรม			
7. เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้ารับการอบรมท่านคิดว่าได้รับความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น	4.86	0.37	พอใจมาก
8. คิดว่าความรู้ และทักษะที่ได้รับจากการฝึกอบรม สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน	4.86	0.37	พอใจมาก
9. มีความมั่นใจที่จะออกไปให้ความรู้	4.81	0.45	พอใจมาก
10. มีแนวความคิดที่จะไปจัดการอบรมให้กับเด็กและเยาวชนในพื้นที่	4.82	0.43	พอใจมาก
ภาพรวมด้านความรู้ความเข้าใจในการฝึกอบรม	4.83	0.33	พอใจมาก
ด้านวิทยากร/เทคนิคการฝึกอบรม			
11. มีความรอบรู้ในเนื้อหาวิชา	4.92	0.26	พอใจมาก
12. มีเทคนิค และถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจ	4.88	0.31	พอใจมาก
13. จัดลำดับความสัมพันธ์ของเนื้อหาที่บรรยายอย่างเหมาะสม	4.89	0.32	พอใจมาก
14. สร้างบรรยากาศ และมีเทคนิคจูงใจผู้เข้ารับการอบรม	4.85	0.37	พอใจมาก
15. ตอบข้อซักถาม ข้อสงสัยของผู้เข้ารับการอบรมได้อย่างครบถ้วน	4.89	0.31	พอใจมาก
16. มีการใช้สื่ออุปกรณ์การสอนที่เหมาะสมกับเนื้อหาสาระ	4.92	0.27	พอใจมาก
17. เอกสารประกอบการบรรยายมีความเหมาะสม	4.66	0.54	พอใจมาก
18. จำนวนวิทยากรภาคปฏิบัติมีจำนวนมากเพียงพอเหมาะสมกับจำนวนผู้เข้ารับการอบรม	4.90	0.31	พอใจมาก
ภาพรวมด้านวิทยากร/เทคนิคการฝึกอบรม	4.86	0.25	พอใจมาก
ด้านปัจจัยเกื้อหนุนในการจัดการฝึกอบรม			
19. สถานที่ฝึกอบรมและอุปกรณ์มีความสะดวกเพียงพอต่อการดำเนินการฝึกอบรม	4.53	0.71	พอใจมาก
20. การจัดสถานที่ฝึกอบรมมีความเหมาะสมกับรูปแบบการเรียนและกิจกรรมการอบรมรู้	4.55	0.68	พอใจมาก
21. สภาพแวดล้อมของสถานที่ฝึกอบรม เช่น อุณหภูมิ ระบบปรับอากาศ แสงสว่าง ระดับเสียง มีความเหมาะสม	4.44	0.74	พอใจ
22. ผู้จัดการฝึกอบรม มีการประสานงานและอำนวยความสะดวกในการจัดการฝึกอบรม	4.61	0.66	พอใจมาก
23. ผู้จัดการฝึกอบรม มีการแจ้งข้อมูลข่าวสารก่อนเข้ารับการฝึกอบรม	4.59	0.71	พอใจมาก
ภาพรวมด้านปัจจัยเกื้อหนุนในการจัดการฝึกอบรม	4.54	0.60	พอใจมาก
ภาพรวมความพึงพอใจฯ ทุกด้าน	4.77	0.30	พอใจมาก

ด้านเนื้อหาวิชาของหลักสูตร โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.79 คะแนน ($SD = 0.33$) และมีความพึงพอใจสูงสุดในประเด็น เนื้อหาวิชาของหลักสูตรมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของหลักสูตร ค่าเฉลี่ย 4.93 คะแนน ($SD = 0.25$) รองลงมาคือ สามารถตอบสนองกับความต้องการของผู้เข้ารับการอบรม ค่าเฉลี่ย 4.88 คะแนน ($SD = 0.36$) และมีความสอดคล้องกับภาระหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานอยู่และหลักสูตรที่ทบทวนเรียนตรงกับภาระหน้าที่และความต้องการ มีค่าเฉลี่ย เท่ากัน โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.80 คะแนน ($SD = 0.45$) และ 4.80 คะแนน ($SD = 0.48$) ตามลำดับ

ด้านความรู้ความเข้าใจในการฝึกอบรม โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.83 คะแนน ($SD = 0.33$) และมีความพึงพอใจสูงสุดในประเด็น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้ารับการอบรมท่านคิดว่าได้รับความรู้ ความเข้าใจเพิ่มขึ้น และ คิดว่าความรู้ และทักษะที่ได้รับจากการฝึกอบรม สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน ค่าเฉลี่ย เท่ากัน โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.86 คะแนน ($SD = 0.37$)

ด้านวิทยาการ/เทคนิคการฝึกอบรม โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.86 คะแนน ($SD = 0.25$) และมีความพึงพอใจสูงสุดในประเด็น วิทยาการมีความรอบรู้ในเนื้อหาวิชา ค่าเฉลี่ย 4.92 คะแนน ($SD = 0.26$) และมีการใช้สื่ออุปกรณ์การสอนที่เหมาะสมกับเนื้อหาสาระ ค่าเฉลี่ย 4.92 คะแนน ($SD = 0.26$)

ด้านปัจจัยเกื้อหนุนในการจัดการฝึกอบรม กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.54 คะแนน ($SD = 0.60$) และมีความพึงพอใจสูงสุดในประเด็น ผู้จัดการฝึกอบรม มีการประสานงานและอำนวยความสะดวกในการจัดการฝึกอบรม โดยมีค่าเฉลี่ย 4.61 คะแนน ($SD = 0.66$) รองลงมาคือ ผู้จัดการฝึกอบรม มีการแจ้งข้อมูลข่าวสารก่อนเข้ารับการฝึกอบรม ค่าเฉลี่ย 4.59 คะแนน ($SD = 0.71$) และกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่ำสุดในเรื่องสภาพแวดล้อมของสถานที่ฝึกอบรม เช่น อุณหภูมิ ระบบปรับอากาศ แสงสว่าง ระดับเสียง มีความเหมาะสม ค่าเฉลี่ย 4.44 คะแนน ($SD = 0.74$)

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากการอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานของประเทศไทยดำเนินงานโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

จากการสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจากการดำเนินการวิจัย พบว่า ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการดำเนินงานหลักสูตร มีดังนี้

1) ควรกำหนดให้การปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานเป็นสมรรถนะหลักสำหรับประชาชนคนไทยในทุกระดับ

สมรรถนะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน ถือเป็นสมรรถนะที่จำเป็นเพื่อให้สามารถช่วยเหลือบุคคลอื่น ครอบคลุมได้ ดังเช่นข้อมูลจากการสนทนากลุ่มของกลุ่มตัวอย่าง พบข้อความที่ว่า “อยากให้มีความรู้ในการช่วยเหลือน้อยกว่าครึ่ง” (ครูผู้สอน ท่านที่ 12)

2) บรรจุหลักสูตรอบรมการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพพื้นฐานเข้าไปไว้ในทุกระดับการศึกษา

ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม พบว่า กลุ่มตัวอย่างต้องการให้สมรรถนะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพพื้นฐานได้มีการเรียนรู้ตั้งแต่ในระดับปฐมวัย เนื่องจากการเรียนรู้เป็นการเรียนรู้ต่อเนื่องตลอดชีวิต (Life long learning) ดังเช่นตัวอย่างข้อความ “ผมคิดว่ามันไม่ใช่เรื่องไกลตัวนะ เด็กก็ต้องเรียนรู้ และทำ CPR เป็น อย่างน้อยเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน จะได้ร้องขอความช่วยเหลือได้ และถ้าระดับมหาวิทยาลัยยิ่งดีใหญ่เลย ช่วยคนได้มากขึ้น” (ผู้ช่วยครูผู้สอน ท่านที่ 5) อีกท่านกล่าวว่า “ตัวครูเองก็ควรทำเป็น ถ้ามีใครสักคนล้มลง ครูจะปั๊มเป็นมั้ย” (ครูผู้สอนท่านที่ 3)

3) ใบประกาศนียบัตรผ่านการอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานสามารถนำไปต่ออายุของผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้

จากข้อคิดเห็นที่ได้จากการสนทนากลุ่ม พบว่ามีผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพ

ขั้นพื้นฐานที่ดำเนินงานโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติและได้รับใบประกาศนียบัตรในระดับครูผู้สอน และผู้ช่วยครูผู้สอนยังไม่สามารถนำไปต่ออายุของผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้ จึงมีข้อเสนอแนะว่าให้สามารถนำไปใช้ต่ออายุของผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้ ดังตัวอย่างข้อความที่ว่า “มันน่าจะดีนะครับ ถ้าเราผ่านการอบรมแล้ว มันเอาไปใช้ได้ทั้งความรู้ ทักษะ และสามารถต่อใบอนุญาตได้ครับ ผাগถึงผู้บริหารด้วยครับ” (ครูผู้สอนท่านที่ 2)

4) ควรขับเคลื่อนการอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานภายในชุมชนด้วยชุมชนของตัวเอง

ภายหลังจากผ่านโครงการผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรสามารถจดจำและนำไปใช้ได้จริงทั้งในแง่ของการปฏิบัติและถ่ายทอดขยายต่อ ดังข้อความที่ว่า “ผมก็อยากให้องค์ความรู้ตรงนี้ เผยแพร่ให้มันเยอะที่สุด ใครเอาไปใช้ได้ มันเกิดประโยชน์ อยากให้ทุกชุมชนมีทุกที่เลย คนอื่นจะได้เรียนรู้ด้วย” (ครูผู้สอนท่านที่ 12)

5) ควรผลักดันให้เกิด “ศูนย์การเรียนรู้ด้านการกู้ชีพขั้นพื้นฐานประจำตำบล” ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และสามารถเข้าถึงได้ง่าย โดยมีการของบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมาใช้ในการดำเนินงาน

ดังจะเห็นได้จากข้อความที่ว่า “อยากให้ครอบคลุมทั่วประเทศและต่อเนื่องตลอดไป” (ครูผู้สอนท่านที่ 11) และข้อความที่กล่าวว่า “เป็นที่สนใจมากเพราะว่าของเรามันเป็นหลักสูตรที่มีอย่างอื่นด้วย มันไม่ใช่เน้นเฉพาะ CPR และ AED มันทำให้คนเค้ารู้สึกว่ามีประโยชน์กับเค้า คือเหมือนกับว่าเราไปดูแลชุมชน ดูแลคนที่คุ้นเคย คนที่ใกล้ตัวก็คนสนใจมาก คนสนใจมาก” (ผู้อำนวยการฝึกอบรม ท่านที่ 1) อีกท่านกล่าวว่า “ซึ่งเราคิดว่ามันมีความจำเป็น แล้วก็สำคัญมาก ๆ ครับ เพื่อเป็นการเพิ่มโอกาสรอดให้กับประชาชนที่อยู่ในประเทศนี้ครับ” (ผู้อำนวยการฝึกอบรม ท่านที่ 2)

6) การดำเนินงานโครงการหลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพพื้นฐานควรมีกลไกของภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมบริหารจัดการ

จากข้อมูลการสนทนากลุ่ม พบว่ามีผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผลักดันการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและมีงบประมาณมากเพียงพอในการบริหารจัดการโดยนำภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วม เช่น มูลนิธิกุ๊ยกัยเอกชน สมาคมเอกชนต่าง ๆ ในพื้นที่ บริษัทเอกชน เป็นต้น เนื่องจากสามารถให้การสนับสนุนทั้งรูปแบบของเงินสด บุคลากร สนับสนุนสถานที่ เป็นต้น ดังตัวอย่างข้อความที่ว่า “การฝึกอบรมของเราเนอะครับ เราได้รับการช่วยเหลือจากมูลนิธิ.....เพราะเขามีสถานที่ให้เรา เห็นความสำคัญของการสอน CPR ดีนะครูถ้าเขาร่วมมือกับเรา การทำงานจะง่ายขึ้น” (ครูผู้สอนท่านที่ 7)

7) องค์กรที่ได้มาตรฐาน องค์กรขนาดใหญ่ทั้งภาครัฐและเอกชน ควรกำหนดให้เป็นสมรรถนะหลักของบุคคลที่จะรับเข้าทำงาน

ในระบบการทำงาน หรือสถานที่ทำงาน ควรส่งเสริมให้บุคลากร เจ้าหน้าที่สมรรถนะด้านการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน เพื่อให้การช่วยเหลือในสถานการณ์ฉุกเฉิน ก่อนที่รถพยาบาลจะไปถึง ณ จุดเกิดเหตุ เพื่อให้เป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับแรงงาน ดังข้อความที่กล่าวว่า “อยากให้มีการอบรมให้ทุกจังหวัด และทุกบริษัทจะได้ถ่ายทอดให้ถึงประชาชนได้จริง ลดการเสียชีวิตได้” (ครูผู้สอนท่านที่ 5)

8) ระบบการศึกษาผลักดันให้มีการบรรจุการเรียนการสอนวิชา “การกู้ชีพขั้นพื้นฐาน” อยู่ในการศึกษา ตั้งแต่ระดับชั้นประถมศึกษา มัธยมศึกษา หรือบรรจุอยู่ในกิจกรรมลูกเสือและเนตรนารี และในระดับมหาวิทยาลัย

การเรียนรู้ด้านการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน ควรมีการปลูกฝังความรู้ ทักษะ และจิตสำนึก โดยบูรณาการเข้ากับการเรียนการสอนในหลักสูตร เพื่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และนำไปใช้ได้จริง ดังข้อความที่ว่า “เป็นโครงการที่สำคัญและจำเป็นอย่างมาก ในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินของประชาชนที่พบเหตุ เด็ก ๆ ต้องรู้ ช่วยคนอื่นได้นะ” (ครูผู้สอนท่านที่ 12)

9) ประสานความร่วมมือกับกระทรวง ทบวง กรม หน่วยงานต่าง ๆ รวมทั้งภาคเอกชนเพื่อจัดทำบันทึกความร่วมมือ (MOU) เพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนส่งเสริม และดำเนินการให้บุคลากรเข้ารับการฝึกอบรม

หรือเผยแพร่องค์ความรู้สู่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง

จากข้อมูลพบว่า หากจะก่อให้เกิดความต่อเนื่องยั่งยืนควรผลักดันให้เห็นเป็นรูปธรรมทั้งในระดับหน่วยงาน และบุคคลโดยประสานความร่วมมือทั้งภาครัฐ และภาคเอกชนเพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนส่งเสริม ดังข้อความ “อยากให้มีการผลักดันในส่วนของหน่วยงานราชการให้ผลักดันในเรื่องของ CPR ว่าการ CPR มีความสำคัญขนาดไหน ในส่วนของภาคประชาชนเองคือให้เขารับรู้ว่าการ CPR มีความสำคัญใหม่ ในส่วนของครอบครัว หรือชุมชน จะได้ให้ประชาชนตระหนักว่า เวลาในเรื่องของการสอนหรือการให้ความรู้ให้ประชาชนจะได้เห็นความสำคัญในเรื่องของการสอน” (ครูผู้สอน ท่านที่ 8)

10) สนับสนุนส่งเสริมให้ทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลศักยภาพบุคลากรด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานในระดับครูผู้สอนและผู้ช่วยครูผู้สอนฯ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลถือเป็นหน่วยบริการสุขภาพในระบบปฐมภูมิที่ใกล้ชิดประชาชน ในชุมชนมากที่สุด หากจะมีการเผยแพร่องค์ความรู้ควรสนับสนุนให้บุคลากรทางสุขภาพมีความรู้ และทักษะมากเพียงพอที่จะถ่ายทอดความรู้ให้กับชุมชนในพื้นที่ ดังเช่นข้อความ “อยากให้หมออนามัยมาสอน ถ้าเขามีความรู้ ชาวบ้านก็จะเข้าถึงได้ มาเรียนได้ ว่างตอนไหนก็มาเรียน น่าจะดีนะครับ” (ครูผู้สอน ท่านที่ 7)

นอกจากนี้ยังพบข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับการบริหารจัดการหลักสูตรและแนวทางการดำเนินงานต่อไปในยุคชีวิตวิถีใหม่เพิ่มเติม ดังนี้

1) การบริหารจัดการงบประมาณในการอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานในประเทศไทยที่ดำเนินการโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติควรได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อร่วมกันพัฒนาทรัพยากรบุคคลในพื้นที่

จากการดำเนินงานของหลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานในประเทศไทยที่ดำเนินการโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติที่ผ่านมา พบว่า งบประมาณเป็นปัจจัยหลักในการขับเคลื่อนการทำงานและขยายองค์ความรู้ ดังเช่นข้อความที่ว่า “คือปัญหาใหญ่ ๆ ตอนนี้ คือโควิด แต่ในส่วนอื่น แนวทางในการดำเนินการ ถ้าตัดโควิดออกไปนะครับ ปัญหาอุปสรรคเนี่ย อาจจะอยู่ในส่วนของงบประมาณ แต่ด้วยงบประมาณในการดำเนินการ เนื่องด้วยทาง สพล. เอง ได้รับงบประมาณมา ค่อนข้างจำกัด” (ผู้อำนวยการฝึกอบรม ท่านที่ 2)

2) แนวทางการจัดการเรียนการสอนในยุคชีวิตวิถีใหม่ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างให้ข้อเสนอแนะว่าในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ส่งผลกระทบต่อการจัดการเรียนการสอนจึงต้องการให้มีการปรับเปลี่ยนให้เป็นแบบผสมผสาน (Blended learning) เป็นการเรียนรู้ที่มีทั้งระบบออนไลน์และในห้องเรียน ดังตัวอย่างข้อความที่ว่า “สถานการณ์ปัจจุบัน เคยทดลองฝึกอบรมในแพลตฟอร์มของออนไลน์ดู ถ้าสถานการณ์ยังเป็นแบบนี้เพื่อไม่ให้โครงการเราหยุดชะงัก การออกแบบการฝึกอบรมในแพลตฟอร์มที่เป็นออนไลน์แล้วใช้ตัวกลไกที่ในต่างประเทศเขาใช้กัน อย่างเช่นเราอบรมภาคทฤษฎีที่เป็นออนไลน์ แล้วเราก็ขอให้เขามาสอบภาคปฏิบัติที่ สพล. เองหรือที่คนที่เป็นผู้จัด องค์การศูนย์การเรียนรู้ เช่น สว่าง เบญจธรรมเองก็เคยจัดไปแล้วครั้งหนึ่งที่จัดร่วมกับมหาวิทยาลัยกรุงเทพฯ” (ครูผู้สอน ท่านที่ 2) และ “เรื่องของแพลตฟอร์มที่จะปรับเปลี่ยนรูปแบบเป็น hybrid ก็คือเป็นออนไลน์เสร็จแล้วมาออฟไลน์ สอนออนไลน์ก่อน เรียนออนไลน์ก่อน เข้าคอร์สก่อน แล้วก็มาขอสอบ ใครผ่านปรินท์ใบที่ได้จากการเรียนออนไลน์เสร็จแล้วก็มาขอสอบภาคปฏิบัติที่ศูนย์การเรียนรู้ที่เราตั้งไว้ทุกที่เนี่ยผมว่าก็จะช่วยให้เราขยายผู้ช่วยครูก่อนก็ได้ครับ ผู้ช่วยหรือขยายคนที่จะได้เรียนรู้หลักสูตรนี้เพิ่มมากขึ้น” (ครูผู้สอน ท่านที่ 1) อีกท่านกล่าวว่า “วิธีเรียนถ้าเป็นออนไลน์มี 2 แบบ 1. ก็คือเรียนแบบ e-learning เป็นแบบทำคอร์สสอนเรียนให้จบคอร์ส หรือจะเรียนแบบ 2. live streaming รู้สึกว่าตอนหลังมานี้เรียนสดก็ได้ ออกแบบโดยให้เขาเรียนผ่าน zoom เรียนผ่าน Live stream แต่ส่วนใหญ่จะเรียนผ่าน zoom เพราะเราอยากเห็นท่าเขา อยากเห็นวิธีเขาทำ แต่ว่าเราก็ใช้เป็นหมอนแทน” (ครูผู้สอน ท่านที่ 10)

3) การจัดทำระบบ กำกับ ติดตามข้อมูล และมาตรฐานการสอน จากข้อมูลที่ได้จากการวิจัย พบว่าในช่วงเวลาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 ถึงปัจจุบัน มีการดำเนินงานจัดเก็บข้อมูลยังไม่เป็นระบบ และยังไม่เห็นภาพชัดเจน อีกทั้งการกำกับติดตามของผู้ผ่านโครงการในระดับครูที่ไปถ่ายทอด ขยายองค์ความรู้ต่อยังไม่ทราบจำนวน และแนวทางการติดตามคุณภาพการสอนที่เป็นรูปธรรม ดังตัวอย่างข้อความที่ว่า “อยากให้ทางตัวเจ้าของหลักสูตรเองก็คือ สพว. เอง อาจจะต้องมีระบบการ ประเมินมาตรฐานของการสอน เมื่อผ่านไปสักกระยะหนึ่งคนที่เรียนไปแล้ว ควรจะมีการประเมิน มาตรฐานการสอน ศูนย์การเรียนรู้เองก็ควรมีการประเมินมาตรฐานการสอน” (ครูผู้สอน ท่านที่ 1) อีกท่านกล่าวว่า “เรา ควรมีการกำกับมาตรฐาน ไม่ใช่กำกับเพื่อแบบว่ากีดกัน แต่มันคือเพื่อให้ เราเชื่อว่าเรียนแบบนี้ มันสามารถ CPR ได้จริง” (ครูผู้สอน ท่านที่ 5) และ “อยากให้จะมีคณะกรรมการในการจัดเก็บข้อมูลที่สามารถที่จะช่วยกันคิดวิเคราะห์และดึง ข้อมูลมาได้ไม่ใช่ใครคนใดคนเดียวหรือสองสามคนที่จะรู้เพียงข้อมูลนั้น” (ครูผู้สอน ท่านที่ 8)

อภิปรายผลวิจัย

1. สถานการณ์และการดำเนินงานฝึกอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานที่ ดำเนินงานโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

จากการดำเนินงานในหลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน แห่งชาติ พบว่า ลักษณะการจัดอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานในประเทศไทยของสถาบัน การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้รับความสนับสนุน และความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชนเข้ามามีบทบาท ในการขับเคลื่อน เช่น โรงพยาบาลรัฐ สาธารณสุขจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมูลนิธิองค์กรการกุศล ที่ดำเนินงานเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากกลุ่มคนในการขับเคลื่อนและดำเนินงาน ในหลักสูตรดังกล่าว ซึ่งเป็นการดำเนินงานด้วยพลังของจิตอาสา เนื่องจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินมีบทบาทหน้าที่หลัก ตามพันธกิจในการทำงานด้านระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย และมีเจ้าหน้าที่กู้ชีพกู้ภัยที่ทำงานด้วยหลักการ ของจิตอาสาส่วนบุคคล และในนามองค์กรเอกชนเป็นจำนวนมาก รวมทั้งแนวคิดของหน่วยฝึกอบรมหลักสูตรด้าน การแพทย์ฉุกเฉิน (EMPAC) มีดำริที่จะพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่กู้ภัยให้มีสมรรถนะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและ การกู้ชีพขั้นพื้นฐาน (National Institute for Emergency Medicine, 2020) จึงดำเนินการฝึกอบรมดังกล่าว และเมื่อ มีการขยายผล และดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง กลุ่มคนเหล่านี้จึงเข้ามามีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนดำเนินงานฝึกอบรม หลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ความพึงพอใจต่อหลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานที่ดำเนินงานโดยสถาบัน การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อหลักสูตรดังกล่าวในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และมีความพึงพอใจสูงสุดต่อ วัตถุประสงค์โครงการ รองลงมาคือ มีความพึงพอใจต่อการสอนภาคปฏิบัติ และมีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอน ตามแผนการดำเนินงานโครงการ และมีความพึงพอใจต่อการสอนที่เป็นหุ่น มีค่าเฉลี่ย เท่ากันจากผลการประเมินข้อมูลเชิงปริมาณความพึงพอใจต่อหลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานของประเทศไทยดำเนินงานโดย สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ด้านบริบท พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นถึงการดำเนินงานของหลักสูตร จากความคิดเห็นของผู้ผ่านโครงการ มีความพึงพอใจต่อการดำเนินโครงการในระดับมาก เนื่องจากจากรูปแบบการเรียน การสอนภายในโครงการดังกล่าวพบว่า มีการให้ความรู้ภาคทฤษฎีแก่ผู้เข้าร่วมโครงการ โดยลักษณะความรู้ส่งเสริม ให้ผู้เรียนเข้าใจได้ง่าย ง่ายต่อการจดจำ และมีการปรับให้ทันสมัยตามองค์ความรู้ในปัจจุบัน ผู้ที่ผ่านโครงการสามารถจดจำ และนำไปใช้ได้จริงทั้งในแง่ของการปฏิบัติ และถ่ายทอดขยายต่อ อีกทั้งกระบวนการจัดการเรียนการสอนมุ่งเน้นพัฒนา ผู้เรียนทั้งภาคทฤษฎี และปฏิบัติ อีกทั้งความรู้ที่ได้รับมีความทันสมัยอยู่เสมอ มีรูปแบบเดียวกัน และนำไปใช้ได้จริง เนื่องจากการฝึกอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานของประเทศไทยดำเนินงานโดยสถาบัน

การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ มีระยะเวลาในการฝึกอบรมทั้งหมด 3 วัน โดยแบ่งออกเป็นภาคทฤษฎีจำนวนครึ่งวัน และภาคปฏิบัติรวมทั้งเทคนิคการเป็นวิทยากรจำนวน 2 วันครึ่ง มีการประเมินผลด้านความรู้โดยการสอบก่อนเรียนและภายหลังการเรียนโดยผู้เข้ารับการอบรมจำเป็นต้องผ่านเกณฑ์การประเมินตามที่หลักสูตรกำหนดไว้ ในการประเมินภาคปฏิบัติ ผู้เข้ารับการอบรมต้องได้รับการทดสอบด้วยอุปกรณ์ CPR Wrist band ซึ่งนำมาวัดทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ (Cardiopulmonary Resuscitation: CPR) และต้องผ่านเกณฑ์การประเมินด้วยเช่นกัน (National Institute for Emergency Medicine, 2020) ทำให้ผู้เรียนมีความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องชาญ เข้าใจเทคนิคต่าง ๆ ได้มากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากหลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานของประเทศไทย ดำเนินงานโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

จากการผลการวิจัย พบประเด็นที่น่าสนใจเพื่อนำไปเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย ดังนี้ 1) ควรกำหนดให้การปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานเป็นสมรรถนะหลักสำหรับประชาชนคนไทยในทุกระดับ ในช่วงเวลาที่ผ่านมาพบว่าในการดำเนินงานหลักสูตรมุ่งเน้นให้ประชาชนมีองค์ความรู้ดังกล่าว แต่จากข้อมูลพบว่า หากจะก่อให้เกิดความต่อเนื่องยังย่นควรปรับเปลี่ยนแนวคิดของประชาชนให้ตระหนักถึงความสำคัญของการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน เพื่อให้สามารถช่วยเหลือบุคคลอื่น รวมทั้งครอบครัวอันเป็นที่รักได้ ทั้งนี้ควรมีการผลักดันให้เห็นเป็นรูปธรรมทั้งในระดับหน่วยงานและบุคคล 2) มีการบรรจุการอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานภายใต้การดำเนินงานของโครงการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานเข้าไปไว้ในทุกระดับการศึกษา 3) ใบประกาศนียบัตรผู้ผ่านหลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานสามารถนำไปต่ออายุของผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้ 4) ควรขับเคลื่อนโครงการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานภายในชุมชนด้วยชุมชนของตนเอง 5) ผลักดันให้เกิด “ศูนย์การเรียนรู้ด้านการกู้ชีพขั้นพื้นฐานประจำตำบล” ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่เพื่อจัดฝึกอบรมให้แก่ประชาชนในพื้นที่ โดยงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นเพื่อให้เกิดความเข้าถึงได้สะดวกซึ่งสอดคล้องกับแผนกลยุทธ์สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ที่จัดให้มีการศึกษาและฝึกอบรมการปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน (National Institute for Emergency Medicine, 2018) 6) การดำเนินงานหลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานควรมีกลไกของภาคเอกชนเข้ามาร่วมบริหารจัดการ 7) องค์กรขนาดใหญ่ทั้งภาครัฐและเอกชน ควรกำหนดให้เป็นสมรรถนะหลักของบุคคลที่จะรับเข้าทำงาน 8) ระบบการศึกษาผลักดันให้มีการบรรจุการเรียนการสอนวิชา “การกู้ชีพขั้นพื้นฐาน” อยู่ในหลักสูตรตั้งแต่ระดับชั้นประถมศึกษา หรือบรรจุอยู่ในกิจกรรมลูกเสือและเนตรนารี และในระดับมหาวิทยาลัย 9) ควรประสานความร่วมมือของภาครัฐกับภาคเอกชนเพื่อจัดทำบันทึกความร่วมมือ (MOU) ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนส่งเสริม และดำเนินการให้บุคลากรเข้ารับการฝึกอบรมหรือเผยแพร่องค์ความรู้สู่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะเป็นเครือข่ายความร่วมมือเกิดพลังที่เข้มแข็ง จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า การดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งได้รับความร่วมมือจากเครือข่ายทั้งจากภาครัฐ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน ได้แก่ มูลนิธิเอกชนต่าง ๆ มาช่วยในการทำงาน การจัดการอบรม ซึ่งการสร้างเครือข่ายในการทำงานเชิงพัฒนาเป็นสิ่งที่จำเป็น ซึ่งถือว่าการประสานงานรูปแบบหนึ่งที่โยงโยการทำงานของกลุ่มบุคคลหรือองค์กรหลายองค์กร ซึ่งมีทรัพยากร มีเป้าหมาย มีกลุ่มสมาชิกของตนเอง ที่มีความคิด มีปัญหา มีความต้องการในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเหมือนกันหรือคล้ายกัน มาติดต่อประสานงานหรือร่วมกันทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง เพื่อแก้ไขปัญหาหรือสนองความต้องการในเรื่องนั้น โดยยึดหลักการทำงานร่วมกันบนพื้นฐานของความเท่าเทียมกัน เคารพซึ่งกันและกัน มากกว่าการเชื่อฟังและปฏิบัติตามผู้มีอำนาจสั่งการจะช่วยให้การดำเนินโครงการประสบความสำเร็จภายใต้ทรัพยากรอันจำกัด และ 10) ส่งเสริมให้ทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จัดส่งเจ้าหน้าที่เข้ารับการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานในหลักสูตรครูผู้สอนฯ และผลิตอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้เป็นผู้ช่วยครูผู้สอนฯ ให้ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด นอกจากนี้ยังพบข้อเสนอแนะเชิงบริหารจัดการหลักสูตรเพิ่มเติม ดังนี้ การบริหารจัดการงบประมาณในการจัดฝึกอบรม

หลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานในประเทศไทยที่ดำเนินการโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ควรได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อร่วมกันพัฒนาทรัพยากรบุคคลในพื้นที่ โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จในการจัดฝึกอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน ได้แก่ กลุ่มผู้เข้ารับการอบรม มีความเชื่อมั่นในวิทยากรผู้สอน และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และการดำเนินงานภายใต้แนวคิดของจิตอาสา ด้วยการดำเนินงานภายใต้งบประมาณอันจำกัดส่งผลให้การกระจายงบประมาณเพื่อดำเนินโครงการยังพบปัญหาและอุปสรรค แต่ผู้ดำเนินโครงการมีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์เพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และแทรกซึมไปในทุกกลุ่มของประชาชนทุกระดับ จึงใช้การดำเนินงานแบบอาสาสมัคร หรือจิตอาสาเข้ามามีบทบาทสำคัญในการดำเนินงาน และขยายงานได้อย่างรวดเร็ว

การนำผลการวิจัยไปใช้

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติอาจพิจารณาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ได้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ไปปรับปรุงหลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยเนื่องจาก แนวทางการดำเนินงานอาจมีการเปลี่ยนแปลงภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด และช่วยให้หลักสูตรดังกล่าวที่เกิดการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง และพัฒนารูปแบบการฝึกอบรมทักษะด้านการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานให้เหมาะสมกับสถานการณ์ภายใต้ชีวิตวิถีใหม่เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินโครงการหลักสูตรการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐานที่เหมาะสมกับสถานการณ์เหมาะสมกับสถานการณ์ภายใต้ชีวิตวิถีใหม่เพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน มีความปลอดภัยทั้งผู้เรียนและวิทยากรต่อไป

References

- Alexander, L., & Stanley, K., (1998). *Systems theories: Their origins, foundations, and development: Advances in psychology*. Amsterdam: Elsevier Science.
- Chow, S., Shao, J., & Wang, H. (2003). *Sample size calculations in clinical research* (2nd ed.). New York: Chapman & Hall/CRC.
- Majchrzak, A. (1994). *Methods for policy research: Applied social research methods*. California: SAGE Publications.
- National Institute for Emergency Medicine. (2018). *Twenty-year national strategic plan for national institute for emergency medicine (2018-2037)*. Nonthaburi: NIEM.
- National Institute for Emergency Medicine. (2020). *Emergency first aid and basic life support training course for village health volunteer, prisoner health volunteer and community emergency volunteer 2020*. Nonthaburi: NIEM.
- Ponsen, K., Wachiradilok, P., Sirisamutr, T., & Khomnuanroek, N. (2015). *The situation and the factors that affect the use of emergency medical services at the emergency department of patient emergency in Thailand*. Nonthaburi: National Institute for Emergency Medicine, Ministry of Public Health. [In Thai]

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดหัวใจ

ชญานิ สุวรรณสา, พย.ม.^{1*} วารี กังใจ, พย.ด.² สหทัยา รัตนจรณะ, Ph.D.²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่คลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจำนวน 105 คน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองอยู่ในระดับมาก ($M = 67.17, SD = 6.85$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .571, .428, .284, p < .01$ ตามลำดับ)

การศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพ สามารถนำผลการวิจัยไปในการวางแผนการดูแลที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองให้ดียิ่งขึ้นและต่อเนื่อง โดยให้ความสำคัญกับการรับรู้สมรรถนะตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง และความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง

คำสำคัญ: พฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก e-mail: csuwannasa@gmail.com

Factors Related to Self-Management Behaviors Among Older Adults With Coronary Artery Disease

Chayanee Suwannasa, M.N.S.^{1*}, Waree Kangchai, D.N.S.², Sahattaya Rattanasarana, Ph.D.²

Abstract

This research aimed to study self-management behaviors and the related factors among older adults with coronary artery disease. The sample included 105 older adults aged 60 years and above diagnosed with coronary artery disease and undergoing treatment at the cardiology clinic, Somdej Phraborom Ratchathewi Hospital, Sriracha. Simple random sampling was used. Research instruments were the demographic data, health perception, knowledge about disease and self-management, self-efficacy perception, social support, and self-management behavior questionnaires. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product-moment correlation statistics.

The results revealed that the samples had higher mean scores in self-management behaviors ($M = 67.17$, $SD = 6.85$). Perceived self-efficacy, health perception, and knowledge about the disease and self-management behaviors were statistically positively correlated with self-management behaviors ($r = .571, .428, .284, p < .01$, respectively).

This study suggests that nurses and health care teams could apply these findings in planning appropriate care to encourage self-management behaviors among older persons with coronary artery disease, with an emphasis on perceived self-efficacy, health perception, and knowledge about disease and self-management.

Key words: Self-management behaviors, self-efficacy, health perception, knowledge about disease and self-management behaviors, older adults with coronary artery disease

¹ Student of the Master of Nursing Science Program in Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

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

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขทั่วโลกและพบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป (Eliopoulos, 2018; Touhy & Jett, 2016) รวมทั้งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของคนทั่วโลก ในสหรัฐอเมริกาพบว่า ใน 1 นาทีมีคนเสียชีวิต 1 คนจากโรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 69 และเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปี (World Health Organization [WHO], 2020) ในประเทศไทยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้สูงอายุในอัตรา 125.4 ต่อประชากรแสนคน (Strategy and Planning Division, the Ministry of Public Health, 2017) โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา มีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจในปี พ.ศ. 2563 ร้อยละ 6.9 และต้องเข้ารับการรักษาสูงถึง 1,213 ครั้งต่อปี (Annual Report Somdej Phraborom Ratchathewi Sriracha Hospital, 2020) สถิตินี้บ่งชี้ว่าสะท้อนความรุนแรงของปัญหาโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ ซึ่งต้องการการจัดการด้านสุขภาพที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่เกิดจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบตันหรือมีการอุดตันที่มีสาเหตุจากการสะสมของคราบไขมันและแคลเซียมภายในเยื่อผนังด้านในของหลอดเลือดแดงโคโรนารีเป็นระยะเวลานานจนทำให้เส้นผ่านศูนย์กลางด้านในของหลอดเลือดเกิดการตีบแคบ เมื่อหลอดเลือดมีการตีบแคบกว่าร้อยละ 50-70 ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (Miller, 2019) โรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผลกระทบด้านร่างกาย เช่น เหนื่อยง่าย หายใจลำบาก เจ็บแน่นหน้าอก ทำให้ผู้สูงอายุทุกซักรมาณจากอาการเจ็บหน้าอก ซึ่งอาจเกิดขึ้นแบบทันทีทันใด ผลกระทบด้านจิตใจ ได้แก่ วิตกกังวล กลัว หรือเครียด ส่งผลให้ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันลดลง และคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ (Eliopoulos, 2018) รักษาอย่างต่อเนื่องร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง และควบคุมภาวะของโรคหลอดเลือดได้จึงเป็นสิ่งจำเป็น อย่างไรก็ตาม พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจยังมีพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองในระดับที่ไม่ดี ประกอบด้วย การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม รวมทั้งยังมีการสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Huynh-Hohnbaum, Marshall, Villa, & Lee, 2015; Khatun et al., 2021; Willard-Grace et al., 2013) ซึ่งพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองที่ไม่เหมาะสมมีปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง (Chaiwong, Duangpaeng, & Masingboon, 2014; Jansrithong & Choowattanapakorn, 2018; Sirikutjatuporn, Wirojratana, & Jitramontree, 2017; Teeotid, Kunsongkeit, & Dungpaeng, 2019)

เนื่องจากการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจยังมีอยู่อย่างจำกัด โดยเฉพาะด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประเด็นดังกล่าว โดยประยุกต์แนวคิดการจัดการด้วยตนเองของ Kanfer and Gaelick (1991) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยทำการศึกษาที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ผลที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองที่เหมาะสม และถูกต้องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

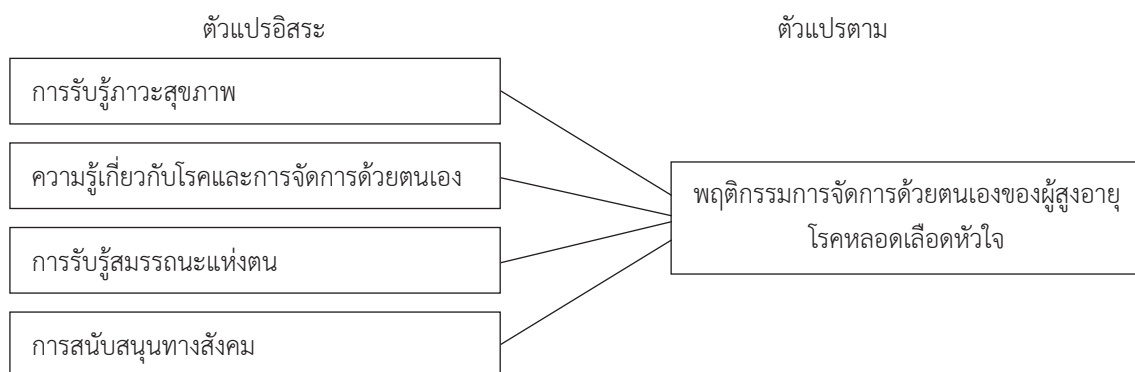
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ใช้ข้อกำหนดของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (Dehmer et al., 2020) ในการกำหนดตัวแปรตามคือ พฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองและใช้แนวคิดการจัดการด้วยตนเองของ Kanfer and Gaelick (1991) เป็นกรอบแนวคิดในการเลือกตัวแปรอิสระ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริการะบุว่า พฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ควรปฏิบัติอย่างเหมาะสม มี 4 ด้าน คือ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด และการปฏิบัติตามแผนการรักษา แนวคิดการจัดการด้วยตนเองอธิบายไว้ว่า การจัดการด้วยตนเองเป็นการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 3 ด้านคือ 1) ปัจจัยด้านการรู้คิด 2) ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และ 3) ปัจจัยด้านสรีรวิทยา (Kanfer & Gaelick, 1991; Karoly & Kanfer, 1982) ปัจจัยด้านการรู้คิด มีบทบาทความสำคัญในพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งโดยบุคคลจะมีความสามารถในการวางแผนและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้รางวัลตนเองเมื่อปรับพฤติกรรมได้ สามารถควบคุมสภาวะทางสังคมสิ่งแวดล้อมและกระบวนการทางสรีรวิทยาได้ การวิจัยครั้งนี้คัดสรรปัจจัยด้านการรู้คิดมาศึกษา 3 ปัจจัยคือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค และการจัดการด้วยตนเอง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ส่วนปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมจะช่วยให้บุคคลจัดการตนเองได้ ช่วยกระตุ้นให้มีการตอบสนองที่ดีขึ้น กระตุ้นการเรียนรู้ที่เป็นสื่อกลางทำให้เกิดการตอบสนองตามลำดับอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยคัดสรรมาศึกษา 1 ปัจจัยคือการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งคาดว่าทั้ง 4 ปัจจัยนี้ น่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ สรุปกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่คลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี ในเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 สุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากประชากรที่ศึกษา จำนวน 105 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ Class I และ Class II 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่วิกฤตจากโรคร่วม 3) สามารถอ่านออก เขียนได้ สื่อสารภาษาไทยรู้เรื่อง และ 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีความผิดปกติของการรู้คิด และสติปัญญา ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา ได้คะแนนตั้งแต่ 15 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนรวม 19 คะแนน (Jitapunkul, 1999) สำหรับขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบที่ระดับ .80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) .35 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Medium effect size) ที่ Cohen (1988) แนะนำว่าเหมาะสมกับงานวิจัยแบบหาความสัมพันธ์หรือปัจจัยทำนายที่ไม่สามารถหาค่าขนาดอิทธิพลได้โดยตรง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา ที่พัฒนาโดย Jitapunkul (1999) มี 13 ข้อคำถามหลัก และ 19 ข้อคำถามย่อย หากตอบคำถามถูกต้องได้ 1 คะแนน ถ้าตอบคำถามผิดได้ 0 คะแนน คะแนนอยู่ระหว่าง 0-19 คะแนน การตัดสินใจว่าผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมจะใช้คะแนนจุดตัดที่ 15 คือ ผู้สูงอายุที่ได้คะแนนตั้งแต่ 15 คะแนน ถือว่าเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาด้านความจำ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 5 ชุด ดังนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะเป็นชุดข้อคำถามเลือกตอบ และคำถามปลายเปิด จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประวัติการประกอบอาชีพ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และยาที่ใช้ในปัจจุบัน

2.2 แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ ใช้แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของ Hanhunakul (1997) มีข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันและอนาคต การรับรู้ความต้านทานโรค/การเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ และความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15-60 คะแนน คะแนนต่ำแสดงถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพไปในทิศทางที่ไม่ดี และคะแนนสูง แสดงถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพไปในทิศทางที่ดี

2.3 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค และการจัดการด้วยตนเอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการจัดการด้วยตนเองและการทบทวนวรรณกรรม เพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้สูงอายุเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการจัดการความเครียด และด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา มีข้อคำถาม 20 ข้อ ให้เลือกตอบ ถูก ผิด และไม่ทราบ ถ้าตอบถูกต้อง ได้คะแนน 1 คะแนน ถ้าตอบผิดหรือตอบว่าไม่ทราบ ได้คะแนน 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีความรู้มาก คะแนนน้อย หมายถึง มีความรู้น้อย

2.4 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Chaiwong et al. (2014) เพื่อวัดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง 4 ด้าน คือ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด และ ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา มีข้อคำถาม 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ มั่นใจมากที่สุด มั่นใจมาก มั่นใจปานกลาง มั่นใจเล็กน้อย ไม่มั่นใจเลย คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15-60 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองสูง คะแนนน้อย หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองต่ำ

2.5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ Wangnum (2017) ประเมินการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลสิ่งของ การเงิน/แรงงาน และ 4) การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ มีข้อคำถาม 17 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ไม่น่าสนใจ/เฉย ๆ เล็กน้อย และไม่เลย คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 17-85 คะแนน คะแนนเฉลี่ยมาก หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง ถ้าคะแนนเฉลี่ยน้อย หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

2.6 แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันของ Chaiwong et al. (2014) มีข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 19-76 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองสูง คะแนนน้อย หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค และการจัดการด้วยตนเอง ที่สร้างขึ้นใหม่ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลชำนาญการด้านหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 1 ท่าน หลังจากนั้นนำมาหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ได้ค่า CVI เท่ากับ .83

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และการจัดการด้วยตนเอง แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเอง แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient Cronbach) ส่วนแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค และการจัดการด้วยตนเองวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และการจัดการด้วยตนเอง แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเอง แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองเท่ากับ .84, .86, .76, .93, .83 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย หลังจากได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการของโรงพยาบาลแล้วผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคหัวใจของโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการสุ่มไว้ในแต่ละวันที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก อาคารอนุสรณ์ 100 ปี ชั้น 1 โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างรายคน แจกแบบประเมินที่ใช้ในการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างในห้องที่จัดเตรียมไว้ ซึ่งอยู่ใกล้กับห้องรอตรวจ ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบประเมินประมาณ 30-45 นาที เมื่อเสร็จสิ้นการทำแบบประเมินแล้วผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบประเมิน และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากในช่วงเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล อยู่ในระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยดำเนินการ

เก็บข้อมูลโดยปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19) ตามนโยบายของ
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา อย่างเคร่งครัด

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส G-HS-065-2563 ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลคณะผู้วิจัยได้แนะนำตนเอง ชี้แจง
วัตถุประสงค์ของการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายให้ทราบและเข้าใจถึงการเข้าร่วมวิจัยขึ้นอยู่กับความสมัครใจว่าจะยินยอม
เข้าร่วมหรือไม่ก็ได้ กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ การปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการรักษา ข้อมูลที่ได้จากการ
ศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยนำเสนอเป็นภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น การทำลายข้อมูลกระทำ
ภายหลังจากผลการวิจัยมีการตีพิมพ์เผยแพร่แล้ว 1 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ โดย
ใช้สถิติหาความสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson' s product moment correlation statistic) ก่อนวิเคราะห์ข้อมูล
ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสหสัมพันธ์เพียร์สันซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

ผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.2 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 51.4
อายุเฉลี่ย 69.20 ปี ($SD = 10.04$) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.6 ระดับการศึกษาสูงสุดจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 61.0
ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 75.2 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 77.1 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค
หลอดเลือดหัวใจน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 51.4 กลุ่มยาที่ใช้ในปัจจุบัน เป็นยารักษาโรคหัวใจ ร้อยละ 100
2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองเท่ากับ 67.17 คะแนน ($SD = 6.85$) ซึ่งอยู่ใน
ระดับมาก โดยมีพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 74.22 และระดับปานกลาง ร้อยละ 25.71
3. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพ เท่ากับ 50.04 ($SD = 3.66$) คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับ
โรคและการจัดการด้วยตนเอง เท่ากับ 19.55 ($SD = 0.91$) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เท่ากับ 52.00
($SD = 5.22$) และคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนสังคม เท่ากับ 74.29 ($SD = 4.71$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการ
ด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่าง ($n = 105$)

ตัวแปร	Range		M	SD
	Minimum	Maximum		
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	39	57	50.04	3.66
ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง	14	20	19.55	0.91
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	37	60	52.00	5.22
การสนับสนุนทางสังคม	63	84	74.29	4.71

4. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง
มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($r = .571, .428, .284, p < .01$) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง ($r = .077, p = .43$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n= 105)

ตัวแปร	พฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.571	< .01
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.428	< .01
ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง	.284	< .01
การสนับสนุนทางสังคม	.077	.43

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองในระดับมาก ($M = 67.17, SD = 6.85$) อาจเนื่องจากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.4 อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) ซึ่งเป็นช่วงแห่งการเป็นผู้สูงวัยที่ยังมีพลัง เป็นช่วงจุดสูงสุดทั้งในด้านประสบการณ์ ภูมิปัญญา และการคิดวิเคราะห์ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาไม่มีความผิดปกติของการรู้คิดและสติปัญญา ส่วนใหญ่มีโรคร่วมเพียง 1 โรคคือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 77.1) โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ และเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ Class I และ Class II ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ช่วยเหลือตนเองได้ดี ทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการกับความเครียด และการปฏิบัติตามแผนการรักษา นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.6) มีสถานภาพสมรสคู่ จึงได้รับการสนับสนุนดูแลช่วยเหลือจากคู่สมรส มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน พึ่งพาอาศัยกัน และผู้สูงอายุประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.4) มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่า 5 ปี ยังคงมาพบแพทย์ได้ตามเวลานัดจึงได้รับความรู้ และคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล ได้มีส่วนร่วมในการพิจารณาวิธีการดูแลตัวเอง ติดตามอาการของโรค สะท้อนผลของการดูแลตัวเองทุกครั้งที่มาตรวจตามนัดจึงเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมจัดการด้วยตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งอธิบายตามแนวคิดการจัดการด้วยตนเองได้ว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการด้วยตนเองประการหนึ่ง คือ การได้รับการสนับสนุนและเป็นหุ้นส่วน (Mutual investment) ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ (Kanfer & Gaelick, 1991) การที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจได้รับการสนับสนุน และการเป็นหุ้นส่วนระหว่างแพทย์และพยาบาลในระหว่างการรักษา นั้นเป็นการส่งเสริมและสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุมีการเริ่มต้นการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้มีความเหมาะสมถูกต้องยิ่งขึ้นทั้งด้านการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด และการปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อควบคุม ป้องกันการกำเริบ และการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

การรับรู้สมรรถนะตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .571, p < .01$) อธิบายได้ว่า ถ้าบุคคลมีความเชื่อมั่น มีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมแล้วจะแสดงออกถึง

พฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองที่เหมาะสมด้วยเช่นกัน ซึ่งการรับรู้สมรรถนะตนเองเป็นปัจจัยด้านการรู้คิดที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองตามแนวคิดของ Kanfer and Gaelick (1991) การรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นการรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีต่อความสามารถของตนเองในการจัดการต่อภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ด้วยตัวเอง การรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jansrithong and Choowattanapakorn (2018) พบว่าการรับรู้สมรรถนะตนเอง มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ($r = .738, p < .01$) รวมทั้งการศึกษาของ Phuaphae, Jitmontree, and Leelahakul (2015) พบว่าการรับรู้สมรรถนะตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ($r = .795, p < .01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chaiwong et al. (2014) ที่พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($r = .70, p < .01$)

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .428, p < .01$) อธิบายได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยด้านการรู้คิดซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากที่จะสามารถทำให้บรรลุเป้าหมายทั้งทักษะในการจัดการ และความคาดหวังที่มีผลต่อความสามารถในการจัดการ ทำให้เกิดการวางแผน ริเริ่มสร้างสรรค์ นำไปสู่การพัฒนาด้านพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง (Kanfer & Gaelick, 1991) การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง เนื่องจากมีผลต่อการรับรู้ความเข้าใจและความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดแรงจูงใจที่โน้มน้าวและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความรับผิดชอบ และเอาใจใส่ต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจ หากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี จะแสดงออกถึงพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองที่เหมาะสม มีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อควบคุมภาวะของโรคหลอดเลือดหัวใจเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับจากการศึกษาของ Chaiwong et al. (2014) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.167, p < .05$)

ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r = .284, p < .01$) อธิบายได้ว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง เป็นปัจจัยด้านการรู้คิด (Kanfer & Gaelick, 1991) ซึ่งข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจรวมถึงการจัดการตนเองในภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจนั้น เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจในการเจ็บป่วย ข้อมูลที่ผู้สูงอายุได้รับจากแพทย์และพยาบาลในขณะที่ไปรับการตรวจตามนัดสามารถใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาที่อาจเกิดจากการดูแลตัวเอง เป็นข้อมูลให้ผู้สูงอายุในการที่จะตัดสินใจไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง ทั้งในด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด และการปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับจากการศึกษาของ Phuaphae et al. (2015) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .684, p < .01$)

ด้านการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง ($r = .077, p = .43$) ซึ่งจากการพิจารณาคะแนนรายข้อที่กล่าวว่า ข้อที่ได้รับข้อมูลข่าวสารจาก ผู้ป่วย/บุคคล/สมาชิกในครอบครัว ($M = 3.86, SD = .693$) เมื่อมีอารมณ์หงุดหงิด คนใกล้ชิดคอยเตือนสติ ($M = 3.67, SD = .622$) มีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ จึงเป็นไปได้ว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจไม่ได้รับข่าวสารจากสมาชิกในครอบครัว และเมื่อมีอารมณ์หงุดหงิด ไม่มีคนใกล้ชิดคอยเตือนสติ ประกอบกับแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่นำมาใช้ในการวิจัยนี้เป็นการประเมินการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน และการประเมินเปรียบเทียบกับบุคคล

ในครอบครัว หรือเพื่อนในยามเจ็บป่วย จึงอาจจะยังไม่ครอบคลุมกับการสนับสนุนทางสังคมที่จะส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มนี้ ทำให้การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง

การนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ สามารถนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลในการวางแผนสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองให้ดียิ่งขึ้นและต่อเนื่องโดยเน้นการส่งเสริมปัจจัยการรับรู้สมรรถนะตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง และความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ จากปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง การรับรู้สมรรถนะตนเอง และความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง
2. ควรมีการวิจัยเพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ เช่น โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการพยาบาล และส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุให้ดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างเหมาะสม
3. ควรมีการออกแบบโปรแกรมพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง โดยออกแบบกิจกรรมที่พัฒนาการรับรู้สมรรถนะตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง และความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง

References

- Annual Report Somdej Phraborom Ratchathewi Sriracha Hospital. (2020). *Registration and statistics: Top 10 OPD patients aged 60 years and over, 2019*. Chonburi: Registration and Statistics.
- Chaiwong, N., Duangpaeng, S., & Masingboon, K. (2014). Factors influencing self-management behaviors among acute myocardial infarction patients. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 9(3), 112-119. [In Thai]
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science* (2nd ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Dehmer, G. J., Badhwar, V., Bermudez, E. A., Cleveland Jr, J. C., Cohen, M. G., D'Agostino, R. S., & Shahian, D. M. (2020). 2020 AHA/ACC key data elements and definitions for coronary revascularization: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on clinical data standards (writing committee to develop clinical data standards for coronary revascularization). *Journal of the American College of Cardiology*, 75(16), 1975-2088.
- Eliopoulos, C. (2018). *Gerontological nursing* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hanhunakul, W. (1997). *Effect of constructive adaptation activity on health perception and adaptation in myocardial infarction patients*. Master's Thesis, Nursing Science, Faculty of Nursing. Mahidol University. [In Thai]
- Huynh-Hohnbaum, A. L. T., Marshall, L., Villa, V. M., & Lee, G. (2015). Self-management of heart disease in older adults. *Home Health Care Services Quarterly*, 34(3-4), 159-172.

- Jansrithong, P., & Choowattanapakorn, T. (2018). Factors predicting self-management in older person with acute coronary syndrome in tertiary hospitals, Bangkok. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 30(2), 81-94. [In Thai]
- Jitapunkul, S. (1999). *Principles of geriatric medical* (2nd ed.). Bangkok: Faculty of Medical Chulalongkorn University. [In Thai]
- Kanfer, F. H., & Gaelick, L. (1991). Self-management method. In F. H. Kanfer, & A. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (4th ed., pp. 305-360). New York: Pergamon Press.
- Karoly, P., & Kanfer, F. H. (1982). *Self-management and behavior change: From theory to practice*. New York: Pergamon Press.
- Khatun, T., Maqbool, D., Ara, F., Sarker, M. R., Anwar, K. S., & Hoque, A. (2021). Dietary habits of patients with coronary artery disease in a tertiary-care hospital of Bangladesh: A case-controlled study. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 40(1), 1-6.
- Miller, C. A. (2019). *Nursing for wellness in older adults* (8th ed.). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Phuaphae, J., Jitmontree, N., & Leelahakul, V. (2015). Factor predicting self-management behaviors among older persons with cardiovascular risks. *Journal of Nursing Science*, 33(2), 41-50. [In Thai]
- Sirikutjatuporn, K., Wirojratana, V., & Jitramontree, N. (2017). Factor predicting self-management behavior of elderly type 2 diabetes patients. *Thai Journal of Nursing Council*, 32(1), 81-93. [In Thai]
- Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. (2017). *Public health statistics A.D.2017*. Retrieved from http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistics60.pdf
- Teeotid, W., Kunsongkeit, W., & Dungpaeng, S. (2019). Factor influencing self-management behaviors of sodium restriction among congestive heart failure patients. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 35(1), 120-129. [In Thai]
- Touhy, T. A., & Jett, K. F. (2016). *Ebersole & Hess' toward healthy aging: human needs and nursing response*. St. Louis: Elsevier Mosby.
- Wangnum, K. (2017). *Factor related to self-care agency of older people with cancer receiving chemotherapy*. Master's Thesis, Gerontological Nursing, Faculty of Nursing. Chulalongkorn University. [In Thai]
- Willard-Grace, R., Devore, D., Chen, E. H., Hessler, D., Bodenheimer, T., & Thom, D. H. (2013). The effectiveness of medical assistant health coaching for low-income patients with uncontrolled diabetes, hypertension, and hyperlipidemia: Protocol for a randomized controlled trial and baseline characteristics of the study population. *BioMed Central Family Practice*, 14(1), 1-10.
- World Health Organization [WHO]. (2020). *Cardiovascular diseases*. Retrieved from <https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases>

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

พนทิพย์ สีสรรค์, ส.ม.^{1*} วัลลภ ใจดี, ปร.ด.²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 186 คน ซึ่งได้มาด้วยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมในระดับดี (ร้อยละ 68.3) มีคะแนนเฉลี่ย 186.95 (26.50) มีพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับดี (ร้อยละ 66.1) มีคะแนนเฉลี่ย 37.65 (6.73) เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูล ($B_{adj} = 0.331$; 95%CI : 0.149 , 0.512) และด้านการบอกต่อ ($B_{adj} = 0.300$; 95%CI : 0.116 , 0.484) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = 0.215$, $p = <0.001$) จากผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรด้านสุขภาพควรนำความรอบรู้ด้านสุขภาพไปจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ พฤติกรรมการออกกำลังกาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² อาจารย์ประจำภาควิชาพื้นฐานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก e-mail: phonthipseesan@gmail.com

Predictors of Exercise Behavior of Older Adults in Bansuan Older People School, Chonburi Province

Phonthip Seesan, M.P.H.^{1*}, Wanlop Jaidee, Ph.D..²

Abstract

The objective of this research was to examine the predictors of exercise behavior in older adults in Bansuan older people school, Chonburi Province. A sample of 186 older adults aged above 60 years was randomly selected. The data was collected using a personal form, health literacy, and exercise behavior questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The study results showed that the older adults had overall health literacy at a good level (68.3%) with a mean score of 186.95 (26.50) and exercise behavior at a good level (66.1%) with a mean of 37.65 (6.73). The predictor analysis revealed that exercise behavior in older adults was influenced by the factors such as information access ($B_{adj} = 0.331$; 95% CI: 0.149, 0.512) and word of mouth ($B_{adj} = 0.300$; 95%CI: 0.116, 0.484) at a statistical significance ($R^2 = 0.215$, $p \leq 0.001$). The findings suggest that health literacy programs should be organized to promote exercise behavior in older adults.

Key words: Elderly, exercise behavior, health literacy

¹ Student of Master degree of Public Health, Faculty of Public Health, Burapha University

² Department of Fundamentals of Public Health, Lecturer, Faculty of Public Health, Burapha University

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

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้กลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” โดยในปี 2563 ประชากรสูงอายุได้เพิ่มเป็น 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.1 ของประชากรทั้งหมด (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2021) ผลจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ของประเทศไทยส่งผลให้มีผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาตนเองมากขึ้น ต้องเผชิญกับความเสื่อมของร่างกาย และโรคเรื้อรังต่าง ๆ โดยเมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น สภาพร่างกายย่อมเกิดการเสื่อมโทรมลง ร่างกายไม่แข็งแรง เกิดภาวะการเจ็บป่วย ทำให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องระมัดระวังในการดูแลสุขภาพ ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุนับเป็นสิ่งสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการจัดการอารมณ์ที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการออกกำลังกาย ถือเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุเพราะจะช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกาย ทำให้มีสุขภาพดี มีร่างกายจิตใจแข็งแรง (Sukwatjane, 2012) จากการศึกษาพบว่าเกือบร้อยละ 15 ของผู้สูงอายุที่ไม่ได้ออกกำลังกายจะก่อให้เกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคกระดูกพรุน เป็นต้น (Promsukon, Mansagan, Hongsuwan, & Charoensupmanee, 2021) แต่จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2560 พบว่า ผู้สูงอายุไทยยังมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ลดลง ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่เชื่อว่าเมื่อมีอายุมากขึ้นควรพักผ่อนให้มากไม่ควรเคลื่อนไหวร่างกายหรือออกกำลังกาย แต่ในความเป็นจริงการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสม ประกอบกับการมีความรู้ที่ดีจะช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นได้ (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2018)

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ (Nutbeam, 2009) ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพมีส่วนทำให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี กล่าวคือ ถ้าบุคคลสามารถอ่าน หรือฟังข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้อย่างเข้าใจ สามารถวิเคราะห์ข้อมูล และเลือกนำข้อมูลข่าวสารไปใช้ได้อย่างเหมาะสมก็จะสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ (Puttha & Chalardlon, 2020) แต่จากการศึกษาความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมินความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของกองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข ยังพบว่าผู้สูงอายุไทยมีความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ (Srithanee, 2017) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่พบว่าความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับไม่ดี (Junnual & Somchat, 2020) ดังนั้นการช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง ลดภาวะพึ่งพิง สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

ในปัจจุบันสังคมไทยมีอัตราการเกิดและการตายของประชาชนไทยไม่สมดุลกัน ทำให้มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับในอดีตที่ผ่านมา ทางหน่วยงานภาครัฐจึงเล็งเห็นความสำคัญของประชากรผู้สูงอายุ เพื่อให้การสร้างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมในการเรียนรู้ร่วมกัน จึงเกิดการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุขึ้น (Attanto, 2021) จากข้อมูลกรมกิจการผู้สูงอายุ พบว่าจังหวัดชลบุรี มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 216,578 คน แบ่งเป็น ผู้สูงอายุเพศชาย 92,053 คน ผู้สูงอายุเพศหญิง 124,525 คน ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุสูงสุดในภาคตะวันออก และในเขตอำเภอเมืองชลบุรี ประกอบไปด้วย 18 ตำบล พบว่า ตำบลบ้านสวน มีประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 10,649 คน ซึ่งเป็นจำนวนสูงที่สุดในเขตอำเภอเมืองชลบุรี จึงได้เกิดการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ ณ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรีขึ้น โดยดำเนินการภายใต้แนวคิดการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยมีหลักสูตรการเรียนการสอน ประกอบด้วย 4 กลุ่มวิชา ได้แก่ สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ พัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่อยู่บนพื้นฐานแนวคิดที่ว่า “ผู้สูงอายุมีคุณค่าและมีศักยภาพ ควรได้รับการส่งเสริม สนับสนุนให้มีส่วนร่วมทำประโยชน์ให้สังคม และส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุโดยเชื่อมโยงกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุ สารการเรียนรู้จะต้องทำให้ผู้สูงอายุสามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตเพิ่มโอกาสในการรวมกลุ่มในลักษณะ เครือข่าย หรือชุมชน” (Department of Older Persons, 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ยังมีน้อย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกาย และความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการวางแผนการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการออกกำลังกายเพื่อให้ผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถเป็นต้นแบบ และแกนนำด้านสุขภาพให้กับผู้อื่นได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

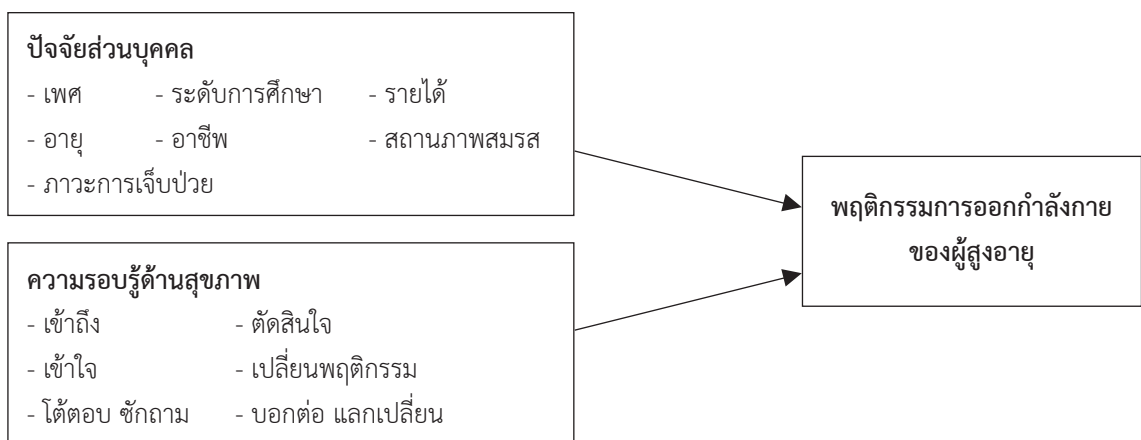
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกาย และความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกาย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล และความรอบรู้ด้านสุขภาพ

สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามแบบจำลอง V - Shape ของกรมนอนามัย ที่ประยุกต์มาจากแนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, 2000) แบบจำลอง V - Shape ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การโต้ตอบซักถามและแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ (Pengchan, 2017) เป็นการสร้างทักษะระดับตัวบุคคลเพื่อให้เกิดการแสวงหาข้อมูลจากช่องทางการเผยแพร่ต่าง ๆ จนสามารถแยกแยะข้อมูลที่เป็นจริงหรือข้อมูลที่ไม่เป็นจริงได้ และสามารถใช้ข้อมูลที่เป็นจริงให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนเองไปประกอบการตัดสินใจวางแผนการเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับผู้อื่นจนสำเร็จ และสามารถบอกเล่าความสำเร็จให้แก่ผู้อื่นได้ ประกอบกับหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่พบว่า การขาดความรู้ด้านสุขภาพจะส่งผลต่อสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวแปรที่สำคัญตัวหนึ่งที่จะทำนายสถานะสุขภาพ เช่นเดียวกับอายุ รายได้ การมีงานทำ ระดับการศึกษา เชื้อชาติ โดยความรู้ด้านสุขภาพนั้นเป็นทั้งวิธีการและผลลัพธ์ โดยมีเป้าประสงค์ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการสร้างพลังและการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน รวมถึงบุคลากรในระบบสุขภาพ (Department of Health, 2018)



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ สุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจากบัญชีรายชื่อของโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 280 คน ซึ่งได้คำนวณจากสูตรของแดเนียล (Danaiel, 2010) และเพิ่มขนาดตัวอย่าง 15% เพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูล ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 186 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้ 1. ผู้สูงอายุหญิง - ชายที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2. ไม่มีปัญหาเรื่องการฟังและการพูด 3. สามารถเข้าใจภาษาไทยและตอบแบบสัมภาษณ์ได้ 4. ยินดีให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ศึกษาใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล โดยสร้างแบบสอบถามสร้างตามกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (V-shape) ของกรมอนามัย และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา แบ่งเป็น 3 ตอน คือ ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ภาวะการเจ็บป่วย มีลักษณะเป็นการเติมข้อความลงในช่องว่างและเป็นข้อให้เลือกตอบตามความเป็นจริง ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 ด้าน ด้านละ 8 ข้อ สร้างตามมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด เกณฑ์การให้คะแนน 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ การแปลความหมายตามค่าเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1997) โดยคะแนนเต็มความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมเท่ากับ 240 คะแนน การแปลความหมาย ตามค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม หากมีคะแนนตั้งแต่ 176 ขึ้นไปจะอยู่ในระดับดี คะแนน 112 - 175 จะอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนต่ำกว่า 112 คะแนน จะอยู่ในระดับน้อย และคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในแต่ละด้าน คะแนนเต็มด้านละ 40 คะแนน การแปลความหมาย ตามค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพรายด้าน หากมีคะแนนตั้งแต่ 30 คะแนน ขึ้นไปจะอยู่ในระดับดี คะแนน 19 - 29 จะอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนต่ำกว่า 19 คะแนน จะอยู่ในระดับน้อย ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย สร้างตามมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ คือ ประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง ไม่เคย จำนวน 12 ข้อ คะแนนเต็ม 60 คะแนน โดยกำหนดคะแนน 1 - 5 ข้อความทางบวก (5 = ประจำ และ 1 = ไม่เคย) ข้อความทางลบ (1 = ประจำ และ 5 = ไม่เคย) การแปลความหมาย ตามค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย เป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1997) หากมีคะแนนตั้งแต่ 36 คะแนนขึ้นไปจะอยู่ในระดับดี คะแนน 23 - 35 คะแนน จะอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนต่ำกว่า 23 คะแนน จะอยู่ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

พิจารณาความถูกต้อง ความครอบคลุมตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา และความชัดเจนของแบบสอบถาม โดยอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน (IOC, item-objective congruence index) แล้วนำมาปรับแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ โดยตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้ค่า IOC = 0.905 ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้ค่า IOC = 0.722 และ ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ได้ค่า IOC = 0.901

หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้นำไปปรับปรุงแก้ไข แล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลบางปลาสร้อย อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี จำนวน 30 ราย แล้วนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตร (Cronbach's coefficient alpha) โดยได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.971 และค่า

ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย เท่ากับ 0.689

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย G-HS 115/2563 ลงวันที่ 28 เมษายน 2564 ผู้วิจัยทำหนังสือถึงนายกเทศมนตรีตำบลบ้านสวน เพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลในโรงเรียนผู้สูงอายุ พร้อมแนบวันลงเก็บข้อมูล เมื่อถึงวันลงเก็บข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาและประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา และจะไม่สูญเสียผลประโยชน์ใดทั้งสิ้น และข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยเก็บไว้ในที่ปลอดภัยและจะทำลายทิ้งเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยส่งเอกสารขอเก็บข้อมูล พร้อมแนบวันลงเก็บข้อมูลในโรงเรียนผู้สูงอายุในตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี เมื่อถึงวันเก็บข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตัวอธิบาย วัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองและหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาทำแบบสอบถาม เนื่องจากเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) จึงใช้แนวทางการวัดอุณหภูมิร่างกายก่อนเก็บข้อมูล (อุณหภูมิร่างกายต้องไม่เกิน 37.5 องศาเซลเซียส) ล้างมือด้วยแอลกอฮอล์ก่อนแจกแบบสอบถาม และล้างมือหลังส่งเอกสาร ในระหว่างดำเนินการเก็บข้อมูลสวมหน้ากากอนามัย หลังจากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์คุณลักษณะด้านประชากรของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด สำหรับตัวแปรเชิงปริมาณ (อายุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการออกกำลังกาย) และจำนวนร้อยละสำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพ (เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ภาวะการเจ็บป่วย)
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยสถิติ Simple linear regression และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุด้วยสถิติ Multiple linear regression โดยตรวจสอบเงื่อนไขแล้วเป็นไปตามเงื่อนไขของการใช้สถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากมีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 74.7) มีอายุเฉลี่ย 66.77 ปี ($SD = 5.80$) อายุต่ำสุด 60 ปี อายุสูงสุด 88 ปี ส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 79.0) มีสถานภาพ สมรส (ร้อยละ 50.0) จบการศึกษาชั้นประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 44.6) และปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 40.3) และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 37.6) โดยผู้สูงอายุมีภาวะการเจ็บป่วย (ร้อยละ 59.1) และไม่มีภาวะการเจ็บป่วย (ร้อยละ 40.9) โดยภาวะการเจ็บป่วยสามอันดับแรกได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 41.9) รองลงมาคือ เบาหวาน (ร้อยละ 41.9) และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 18.3) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
60 - 69	139	74.7
70 - 79	37	19.9
80 ปีขึ้นไป	10	5.4
(M = 66.77 ปี S.D. = 5.80 Max = 88 ปี Min = 60 ปี)		
เพศ		
หญิง	147	79.0
ชาย	39	21.0
สถานภาพสมรส		
คู่	93	50.0
โสด	44	23.7
หม้าย/หย่าร้าง	49	26.3
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ต่ำกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	31	16.7
จบชั้นประถมศึกษา	83	44.6
ชั้นมัธยม/ปวช./ปวส.	62	7.0
ปริญญาตรีขึ้นไป	10	5.4
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	75	40.3
รับจ้าง/ค้าขาย	68	36.6
ข้าราชการบำนาญ	13	7.0
อื่น ๆ	30	16.1
รายได้		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	70	37.6
5,001 - 10,000 บาท	57	30.6
10,001 - 20,000 บาท	41	22.0
20,000 บาทขึ้นไป	18	9.7
ภาวะการเจ็บป่วย		
มี	110	59.1
- ความดันโลหิตสูง	44	23.7
- เบาหวาน	34	18.3
- ไขมันในเลือด	5	2.7
- อื่น ๆ (เก๊าท์, ไทรอยด์, น้ำในหูไม่เท่ากัน)	7	3.8
ไม่มี	76	40.9

พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม
การออกกำลังกายอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 66.1) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.73 คะแนนสูงสุด 50 คะแนน คะแนนต่ำสุด
18 คะแนน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี
มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($M = 186.95$, $SD = 26.60$) มีคะแนนต่ำสุด 103 คะแนน คะแนน
สูงสุด 232 คะแนน และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน อยู่ในเกณฑ์ระดับดี ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสถิติความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($n = 186$)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	Mean	SD	Max	Min	ระดับ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ภาพรวม)	186.95	26.50	232	103	ดี
1. ด้านการเข้าถึงข้อมูล	31.40	5.68	40	13	ดี
2. ด้านความเข้าใจ	32.10	5.73	40	12	ดี
3. ด้านการโต้ตอบซักถามฯ	30.13	5.26	40	13	ดี
4. ด้านการตัดสินใจ	31.05	4.38	40	16	ดี
5. ด้านการเปลี่ยนพฤติกรรม	32.08	4.69	40	18	ดี
6. ด้านการบอกต่อข้อมูล	30.18	5.60	40	12	ดี

**การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ด้วย
สถิติถดถอยอย่างง่าย**

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ด้วย
สถิติถดถอยอย่างง่าย พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย
ต่อเดือน ภาวะการเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยความรู้
ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน และในภาพรวม มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย
ของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุในทางบวก ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย

ปัจจัย	R	B	S.E.	t	p-value
เพศ	0.002				
ชาย		-0.038	1.215	-0.031	0.975
หญิง		Ref.			
อายุ (ปี)	0.015	-0.017	0.086	-0.197	0.884
สถานภาพสมรส	0.066				
โสด		-0.172	1.191	-0.144	0.885
คู่		-1.136	1.401	-0.811	0.419
หม้าย/หย่าร้าง		Ref.			
ระดับการศึกษาสูงสุด	0.122				
ไม่ได้รับการศึกษา, ต่ำกว่าชั้นประถมศึกษา		Ref.			
ศึกษาปีที่ 4 และจบชั้นประถมศึกษา					
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 และชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือ ปวช.6		-2.024	1.222	-1.656	0.099
อนุปริญญา หรือ ปวส., ปริญญาตรี และปริญญาตรีขึ้นไป		-0.768	1.360	-0.565	0.573
อาชีพ	0.108				
ไม่ได้ทำงาน/ไม่ประกอบอาชีพ		Ref.			
กลุ่มอาชีพที่ใช้แรงงานน้อย		-1.572	1.176	-1.337	0.183
กลุ่มอาชีพที่ใช้แรงงานมาก		-1.350	1.206	-1.119	0.265
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.010				
รายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท		Ref.			
รายได้มากกว่าหรือเท่ากับ 5,001 ขึ้นไป		0.141	1.021	0.138	0.890
ภาวะการเจ็บป่วย	0.008				
ไม่มี		Ref.			
มี		0.112	1.006	0.111	0.911
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ภาพรวม)	0.460	0.117	0.017	7.025	<0.001
ด้านการเข้าถึงข้อมูล	0.412	0.488	0.080	6.140	<0.001
ด้านความเข้าใจ	0.389	0.457	0.080	5.725	<0.001
ด้านทักษะการโต้ตอบ ชักถามฯ	0.360	0.461	0.088	5.242	<0.001
ด้านการตัดสินใจ	0.383	0.587	0.104	5.622	<0.001
ด้านการเปลี่ยนพฤติกรรมฯ	0.387	0.554	0.098	5.685	<0.001
ด้านการบอกต่อ	0.399	0.480	0.081	5.896	<0.001

หมายเหตุ R คือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่าย

B คือ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยจากการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย

S.E. คือ ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard error) ของสัมประสิทธิ์ถดถอย

Ref. คือ กลุ่มที่ใช้เปรียบเทียบกับตัวแปรเชิงคุณภาพ

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ด้วยสถิติ Multiple linear regression

เมื่อวิเคราะห์สมการถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ ด้วยวิธี Stepwise (Multiple linear regression) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและด้านการบอกต่อข้อมูล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การออกกำลังกาย ของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี โดยมีค่า $B_{adj} = 0.331$ (95%CI : 0.149 , 0.512), 0.300 (95%CI : 0.116 , 0.484) ตามลำดับ โดยมีสมการทำนาย $y = 18.204 + 0.331$ (ด้านการเข้าถึงข้อมูล) + 0.300(ด้านการบอกต่อข้อมูล) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ด้วยสถิติ Multiple linear regression

ปัจจัย	B_{adj}	Std. B	95%CI for B_{adj}	p-value
ค่าคงที่	18.204		12.711 , 23.698	<0.001
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ				
ด้านการเข้าถึงข้อมูล	0.331	0.279	0.149 , 0.512	<0.001
ด้านการบอกต่อข้อมูล	0.300	0.250	0.116 , 0.484	0.002

หมายเหตุ R-square = 0.215 , Adjusted R-square = 0.206

B_{adj} คือ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยแบบปรับ (adjusted) จากกาวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (Multiple linear regression)

Std. B คือ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Standardized regression coefficient)

อภิปรายผล

ผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 68.3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิพร อังวัฒนา และสุกฤตา สวนแก้ว (Angwattana & Suankaew, 2020) ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในตำบลยางนึ่ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 28.95$, $SD = 2.60$) และสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี หงส์พานิช (Hongpanich, 2021) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและจิตวิทยาเชิงบวกต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญอยู่ในระดับมาก ($M = 3.70$, $SD = 0.33$) โดยเมื่อพิจารณาแบบสอบถามรายด้าน จะพบว่าด้านการเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดี มีคะแนนสูงสุด รองลงมา คือด้านความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูล ซึ่งตรงกับแนวคิดของนันทิม ที่กล่าวว่า ความรู้ความเข้าใจและทักษะทางสังคมเป็นสิ่งที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจและเลือกใช้ข้อมูลเพื่อการมีสุขภาพที่ดี รวมถึงการทำความเข้าใจในบริบทในด้านสุขภาพ มีทัศนคติและแรงจูงใจ เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง (Nutbeam, 2000)

และถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพแต่ละด้านอยู่ในระดับดี แต่ก็ยังมีด้านที่ได้คะแนนน้อย ได้แก่ ด้านความรอบรู้ด้านทักษะการโต้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ และด้านการบอกต่อข้อมูล ซึ่งตรงกับ ผลการศึกษาของวิลรัตน์ บุญเสถียร และอรทัย เจริญพิทยะสกุล ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุมีทักษะด้านการสื่อสารในระดับ ไม่ดี ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความเสื่อมถอยของร่างกาย ร่วมกับอิทธิพลของวัฒนธรรมไทยและสิ่งแวดล้อมที่หล่อหลอม ให้ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันมีนิสัยประนีประนอม และให้ความเกรงใจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดโอกาสในการสื่อสารสองทาง (Boonsatean & Reantipayasakul, 2020)

ในส่วนของการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 66.1) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการจัดหลักสูตรการเรียนการสอนในโรงเรียนผู้สูงอายุที่ครอบคลุมและให้ความสำคัญเกี่ยวกับการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ดีและสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของชลดา บุตรวิชา (Bootwicha, 2018) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ในชมรมเสริมสร้างสุขภาพและสิ่งแวดล้อมเขตสายไหม กรุงเทพมหานคร พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 54.20

จากนั้นทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multiple linear regression ด้วยวิธีการของ Stepwise พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูล ($B_{adj} = 0.331$; 95%CI : 0.149 , 0.512) และด้านการบอกต่อ ($B_{adj} = 0.300$; 95%CI : 0.116 , 0.484) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงข้อมูลและการบอกต่อข้อมูลที่เป็นไปตามลักษณะของความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่ในส่วนทางด้านอื่น ไม่ว่าจะเป็นคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพมากหรือน้อย พฤติกรรมที่แสดงออกก็ไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากการผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุบางส่วนยังได้คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยอยู่ ดังตารางที่ 2 ดังนั้นควรส่งเสริมทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพในเรื่องของการออกกำลังกาย ในผู้สูงอายุกลุ่มนี้เพื่อให้มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ดีตามไปด้วย

References

- Attanto, C. (2021). An elderly school: The pattern of an elderly using the buddhist way of the elderly school in Muang district, Lamphun province. *Journal of MCU Haripunchai Review*, 5(2), 14-22. [In Thai]
- Aungwattana, S., & Suankaew, S. (2020). The study of health literacy among Thai older adults In Yang Noeng sub-district, Saraphi district, Chiang Mai province. *Journal of Health And Nursing Research*, 37(2), 63-73. [In Thai]
- Best, J. W. (1997). *Research in education* (3rd ed.). New Jersey: Prentice hall.
- Boonsatean, W., & Reantippayasakul, O. (2020). Health literacy: Situation and impacts on Health status of the older adults. *APHEIT Journal of Nursing and Health*, 2(1), 1-19. [In Thai]
- Bootwicha, C. (2018). *Factors associated with exercise behaviors of elderly in the health and environment promotion club, Sai Mai district, Bangkok metropolitan*. Master's Thesis, Public Health, Krirk University, [In Thai]
- Daniel, W. W. (2010). *Biostatistics: Basic concepts and methodology for the health sciences*. New York: John Wiley & Sons.
- Department of Older Persons. (2019). *Measures to implement national agenda on aged society*. Bangkok: Amarin printing and publishing public. [In Thai]
- Department of Health. (2018). *The concept of health literacy organizations*. [n.p.] [In Thai]
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute [TGRI]. (2018). *Situation of the Thai elderly 2017*. Nakorn Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University. [In Thai]

- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute [TGRI]. (2021). *Situation of The Thai elderly 2020*. Bangkok: Amarin printing and publishing public. [In Thai]
- Hongpanich, P. (2021). Relationship between personal factors and positive psychology on health literacy among the elderly people of the Mon Tribe in Thailand. *Journal of Health and Health Management*, 7(2), 115-128. [In Thai]
- Junnual, N., & Somchat, S. (2020). Health literacy and health behaviors 3Aor 2Sor among Elderly In Pho Yai sub-district, Warin Chamrap district, Ubon Ratchathani province. *Journal of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University*, 3(2), 121-127. [In Thai]
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century. *Health Promotion International*, 15(3) 259-267.
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies. *International Journal of Public Health*, 54(5), 303-305.
- Pengchan, W. (2017). *Health knowledge in the capacity development workshop document department of Health personnel on health literacy towards Thailand*. Nonthaburi: Department of Health. [In Thai]
- Promsukon, P., Mansagan, S., Hongsuwan, C., & Charoensupmanee, T. (2021). Exercise behavior of the elderly in Chaiyaphum Municipality. *Journal of Research and Development Institute, Chaiyaphum Rajabhat University*, 3(1), 70-84. [In Thai]
- Puttha, N., & Chalardlon, P. (2020). The development of health literacy activities of self-care for elderly in the new normal Ban Lueak subdistrict, Photharam district, Ratchaburi province, *Journal of MCU Nakhondhat*, 9(3), 46-64. [In Thai]
- Srithanee, K. (2017). Relationship between health literacy and quality of the elderly's life at the central part of the North-East Thailand. *Journal of Health Systems Research*, 11(1), 26-36. [In Thai]
- Sukwatjane, A. (2012). Exercise for elders. *Srinakharinwirot Research and Development (Journal of Humanities and Social Sciences)*, 4(8), 216-223. [In Thai]

ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และประสบการณ์เรื่อง กัญชาเพื่อการบำบัด ของผู้รับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ : แนวทางของวิถีชาวบ้าน แบบไทย

เยาวเรศ ก้านมะลิ, คด.^{1*} นิตยา ดาวเจริญ, พย.ม.² วรณวิมล ทุมมี, พย.ม.³ พิชา คนกาญจน์, คด.⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ พฤติกรรมและประสบการณ์เรื่องกัญชาเพื่อการบำบัดของผู้รับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ : แนวทางของวิถีชาวบ้านแบบไทย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้รับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 60 คน ซึ่งได้มาด้วยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบทดสอบความรู้เรื่องกัญชาทางการแพทย์ 3) แบบวัดทัศนคติที่มีต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์และการให้บริการของคลินิก 4) แบบบันทึกพฤติกรรมของการใช้กัญชาทางการแพทย์ และ 5) แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ซึ่งเครื่องมือส่วนที่ 2 มีค่าความเชื่อมั่น (KR-21) เท่ากับ .70 เครื่องมือส่วนที่ 3 และ 4 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84 และ .58 ตามลำดับ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่า 1) ความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 6.08$, $SD = 1.93$) 2) ทักษะที่มีต่อการให้บริการของคลินิกกัญชาทางการแพทย์โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 4.04$, $SD = 0.45$) โดยเห็นว่าคลินิกกัญชาทางการแพทย์สามารถช่วยเหลือในการบำบัดอาการเจ็บป่วยมากที่สุด 3) พฤติกรรมการใช้กัญชาเพื่อการบำบัดรักษา ส่วนใหญ่ร้อยละ 100 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการใช้กัญชาและใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์เพื่อบำบัดอาการผิดปกติมาก่อน ภายหลังการใช้บริการของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ส่งผลให้รับประทานอาหารและนอนหลับได้มากขึ้น น้ำหนักเพิ่มขึ้น หายใจโล่งและเต็มอิ่ม แผลสะเก็ดเงินที่ผิวหนังแห้งและไม่เจ็บ อาการเครียดลดลง แต่ปวดศีรษะบ่อย

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า แพทย์ และบุคลากรประจำของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ควรใช้ผลการวิจัยเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน และควรเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลแก่ประชาชนเพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจใช้กัญชาทางการแพทย์เพื่อดูแลสุขภาพต่อไป

คำสำคัญ: กัญชาทางการแพทย์ ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

⁴ นักวิชาการอิสระ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ และผู้ทรงคุณวุฒิและที่ปรึกษาทางการแพทย์ประจำโรงพยาบาลสมิติเวช ชลบุรี

* ผู้เขียนหลัก e-mail: kyaowaret@hotmail.com

Knowledge, attitudes, behavior, and experiences towards therapeutic cannabis use among clients receiving treatment in a cannabis clinic: A Thai folkway

Yaowaret Kanmali, Ed.D.^{1*}, Nittaya Daochern, M.N.S.², Wanwimol Tummee, M.N.S.³,
Picha Konkanghana, Ed.D.⁴

Abstract

The purpose of this study was to examine the knowledge, attitudes, behaviors, and experiences of the therapeutic use of medical cannabis among clients receiving treatment in clinics. A simple random sampling technique was used to recruit 60 people at cannabis clinic, Kalasin hospital. The research instruments were (i) the personal data form, (ii) the medical therapeutic cannabis knowledge test, (iii) the medical therapeutic cannabis attitude test, and (iv) a semi-structured in-depth interview form. The content validity was ensured by three experts, and the CVI ranged from .80 to 1.00. The Cronbach's alpha reliability for the KR-21 questionnaire's parts II, III, and IV were .70, .84, and .58, respectively. The data was analyzed using the descriptive statistics.

The results showed that 1) the knowledge about medical cannabis was at a moderate level ($\bar{x} = 6.08$, $SD = 1.93$), 2) the attitude towards the use of medical cannabis in clinics was at a good level ($\bar{x} = 4.04$, $SD = 0.45$), most of the medical cannabis clinics can help treat patients, and 3) concerning cannabis behavior, all the participants (100%) had no experience of cannabis use in the past and had not used it for their illness treatment. It was reported that the participants had good eating and sleeping patterns, weight gain, normal breathing, and dry and painless psoriatic lesions in their skin after receiving treatment from the medical cannabis clinic.

These findings suggest that the physicians and staff in the medical cannabis clinics can use this as a guideline and consider it an alternative treatment option of modern medicine, and disseminating it to the public may aid in the decision-making process of using medical cannabis for future healthcare.

Key words: Medical cannabis, knowledge, attitudes, experiences

¹ Professional Nurse, Head of nursing quality assurance and research department, Kalasin Hospital

² Professional Nurse, Operation nursing department, Kalasin Hospital

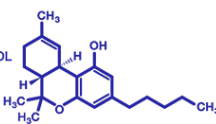
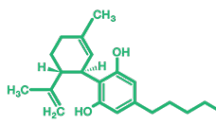
³ Professional Nurse, Operation nursing department, Kalasin Hospital

⁴ Assistance Professor of Nursing & Independent scholar, Consultant of Nursing Department, Samitivej Chonburi Hospital

* Corresponding author e-mail: k.yaowaret@hotmail.com

บทนำ

กัญชาเป็นพืชสมุนไพรซึ่งมีอยู่หลายสายพันธุ์ ตามวิถีชีวิตในอดีตคนไทยเราใช้ใบสุบปนกับยาสูบ มีสรรพคุณทำให้มีสมาธิ ทำให้เกิดภาวะเคลิ้มมีความสุข ผ่อนคลาย มีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น ผลข้างเคียงไม่พึงปรารถนาบางครั้งทำให้การคิดการตัดสินใจ ความจำระยะสั้นลดลง ทักษะการเคลื่อนไหวบกพร่อง รู้สึกหาวตาแฉะหรือวิตกกังวล มนุษย์รู้จักพืชชนิดนี้โดยนำมาใช้เป็นสรรพคุณทางยาตามตำรับยาโบราณเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยหลายโรคหลายอาการ ได้แก่ กลุ่มระบบทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ ต่อมาเมื่อกัญชาถูกควบคุมให้เป็นยาเสพติดจึงถูกระงับการใช้ในการแพทย์ไป (Medical Cannabis Committee of the Medical Council of Thailand, 2022) เมื่อมีนักวิทยาศาสตร์ ได้ให้ความสนใจศึกษาค้นคว้าทดลองจนเกิดเป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์สมัยใหม่ (Ministry of Public Health, 2022) ทำให้กัญชากลับมาเป็นพืชที่ได้รับความสนใจอีกครั้ง รวมถึงในประเทศไทยได้อนุญาตให้ปลูกและนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์และทำการบำบัดผู้ป่วยได้ สารสำคัญหลายชนิดที่พบในกัญชา ได้แก่ Tetrahydrocannabinol [THC], cannabidiol [CBD] และสารอื่น ๆ อีกกว่า 400 ชนิด เนื่องจากสารสำคัญที่ออกฤทธิ์มีผลต่อจิตและประสาทการนำมาใช้ทางการแพทย์จึงจำเป็นต้องมีการควบคุมคุณภาพในขบวนการผลิต

THC TETRAHYDROCANNABINOL  มีฤทธิ์ กระตุ้นระบบประสาท ทำให้เกิดความรู้สึกรื่นเริงเคลิ้มหรือเมา	CBD CANNABIDIOL  มีฤทธิ์ ระงับประสาท ทำให้ความรู้สึกรื่นเริงลดลง ลดความกังวล ลดความเจ็บปวด
--	---

ภาพที่ 1 ความแตกต่างของ THC กับ CBD ซึ่งเป็นสารที่มีอยู่ในกัญชาทั้งคู่ แต่ออกฤทธิ์ต่างกัน

ในอดีตประเทศไทยประกาศใช้กฎหมายควบคุมกัญชาฉบับแรก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2477 ได้ระบุให้สามารถมีไว้เพื่อประโยชน์ในทางโรคศิลปะได้ ต่อมาหลังจากที่ประเทศไทยได้เข้าเป็นภาคีของอนุสัญญาขององค์การสหประชาชาติฉบับดังกล่าวจึงได้มีการยกเลิกกฎหมายกัญชาฉบับเดิม การประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ที่บัญญัติให้กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 5 ทำให้การใช้กัญชาในประเทศไทยกลายเป็นสิ่งผิดกฎหมาย ด้วยคุณค่าในทางการแพทย์ของกัญชาทำให้ประชาชนยังมีการแอบใช้ แม้มีความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากการใช้กัญชาที่ไม่มีคุณภาพหรือมีสิ่งปนเปื้อนที่เป็นพิษ และยังทำให้เป็นอุปสรรคในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประโยชน์ของกัญชาทางการแพทย์แต่ในช่วง 20-30 ปีที่ผ่านมาหลายประเทศได้ดำเนินการปรับปรุงกฎหมายเพื่อแก้ไขข้อจำกัดเหล่านี้ สำหรับประเทศไทยได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2559 โดยภาคประชาสังคมได้มีการจัดกิจกรรมทางวิชาการและการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อเรียกร้องให้มีการแก้ไขกฎหมายเพื่อให้สามารถนำกัญชามาใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ การวิจัยและพัฒนาเพื่อความมั่นคงด้านยาของประเทศและประโยชน์ทางเศรษฐกิจ จนมีการประกาศใช้กฎหมายยาเสพติดให้โทษฉบับใหม่เมื่อปี 2562 รัฐบาลได้บรรจุเรื่องของกัญชาเป็นส่วนหนึ่งในเรื่องเร่งด่วนของรัฐบาล และกระทรวงสาธารณสุขได้แถลงนโยบายเกี่ยวกับกัญชา เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการใช้กัญชาและสมุนไพรทางการแพทย์ได้อย่างปลอดภัย เพื่อสร้างโอกาสทางการรักษาเศรษฐกิจ และการสร้างรายได้ของประชาชน กระทรวงสาธารณสุขจึงเร่งดำเนินการเพื่อให้ประชาชนทั่วประเทศสามารถเข้าถึงบริการกัญชาทางการแพทย์ได้อย่างทั่วถึง เริ่มเปิดให้บริการคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลนำร่องใน 12 เขตสุขภาพ โดยเปิดบริการการใช้กัญชาในทางการแพทย์แผนปัจจุบัน 12 แห่ง และการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 7 แห่ง รวม 19 แห่ง และต่อมาได้มีการขยายพื้นที่บริการเพิ่มขึ้นตามลำดับ เมื่อสิ้นสุดปี 2562 มีการสั่งการให้เปิดให้บริการกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลในสังกัดครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ อย่างไรก็ตาม จำนวนของประชาชนที่เข้าถึงบริการการใช้กัญชาทางการแพทย์ในคลินิกกัญชายังมีจำนวนเพิ่มขึ้นไม่มากนัก จึงทำให้กัญชาจำนวนมากไม่ได้ถูกส่งจ่ายเพื่อการรักษา (Department of Medical Service, 2022)

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เปิดดำเนินการคลินิกกัญชาเพื่อการบำบัดมาตั้งแต่ ปี 2562 มีผู้รับบริการโดยเฉลี่ย 50-80 คน ต่อเดือน โดยให้บริการในรูปแบบที่หลากหลาย จากการสำรวจนำร่องพบว่า มากกว่าร้อยละ 61 มีความพึงพอใจต่อการเข้ารับบริการจากคลินิกนี้ในระดับมาก เป็นเหตุผลประการแรกที่ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และประสบการณ์เรื่องกัญชาเพื่อการบำบัดของผู้รับบริการคลินิกกัญชา : แนวทางของวิชีชาวบ้านแบบไทย สำหรับเหตุผลประการที่สอง ผู้วิจัยต้องการค้นหาแนวทางที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้รับบริการของคลินิกด้วยการพิจารณาจากข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการทั้งด้านความรู้เรื่องกัญชา ทักษะ และประสบการณ์ของการใช้กัญชาเพื่อการบำบัดของผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และประสบการณ์เรื่องกัญชาเพื่อการบำบัดของผู้รับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ : แนวทางของวิชีชาวบ้านแบบไทย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิดแบบจำลอง KAP หมายถึง ความรู้ (Knowledge) ส่งผลให้เกิดทัศนคติ (Attitude) ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติ (Practice) โดยมีทัศนคติเป็นตัวกลางระหว่างความรู้กับการปฏิบัติคือ ทัศนคติจะเกิดจากความรู้ที่มีอยู่และการปฏิบัติจะแสดงออกไปตามทัศนคตินั้น ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กันหลายแบบทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเชื่อว่าทัศนคติที่ดีจะทำให้ผู้รับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์มีพฤติกรรมในการใช้กัญชาเพื่อการบำบัดอย่างต่อเนื่อง โดยความรู้และทัศนคติที่ดีจะช่วยนำเอาความรู้เกี่ยวกับการระวัง การป้องกัน ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม มีผลต่อเนื่องกัน เช่น ทัศนคติมีผลต่อพฤติกรรมและพฤติกรรมมีผลมาจากทัศนคติ ซึ่งทั้งหมดจะมีพื้นฐานมาจากความรู้ และมีความสัมพันธ์กันในหลายรูปแบบทั้งทางตรงและทางอ้อม มีผลต่อเนื่องกัน (Lagarde, Pison, & Enel, 1996, Kuruvila, Venugopalan, Sridhar, & Kumar, 1997) ภายใต้ความเชื่อว่า ทัศนคติที่ดีจะทำให้มีพฤติกรรมที่ดี ซึ่งจะส่งผลให้ผู้รับบริการมีความรู้สึกหรือทัศนคติที่ดี จะส่งผลให้แสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่ดีด้วย ดังบทสรุปที่ว่า ทัศนคติมีผลต่อพฤติกรรม และพฤติกรรมมีผลมาจากทัศนคติ ซึ่งทั้งหมดจะมีพื้นฐานมาจากความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมหรือหน้าที่ ความรับผิดชอบ รวมทั้งผลลัพธ์ที่เกิดภายหลัง จากกรอบแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยจึงนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดสำหรับการวิจัยครั้งนี้

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยในรูปแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Quantitative and qualitative method)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในรอบระยะเวลา 4-6 เดือน จำนวน 72 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามตารางของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าคือ ผู้รับบริการจากคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่เข้ารับบริการ 2 ครั้งขึ้นไป เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้รับบริการที่ไม่เต็มใจ ไม่ยินยอม หรือไม่สะดวกเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้การวิจัย ประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้เรื่องกัญชาและกัญชงทางการแพทย์ แบบวัดทัศนคติที่มีต่อการใช้กัญชาเพื่อการบำบัด แบบบันทึกพฤติกรรมของการใช้กัญชาทางการแพทย์ และแบบสัมภาษณ์ประสบการณ์ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเท่ากับ .80 - 1.00 ด้านความเที่ยงของเครื่องมือส่วนที่ 2 ด้วยวิธี KR-21 ได้ค่าเท่ากับ .70 เครื่องมือส่วนที่ 3 และ 4 ด้วยวิธีแอลฟาครอนบาคได้ค่าเท่ากับ .84 และ .58 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการวิจัย คณะผู้ศึกษาทบทวนและเก็บข้อมูลเชิงสำรวจนำร่องในคลินิกกัญชาทางการแพทย์โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ดำเนินการวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แนวคิดและวิธีการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาโรคด้วยกัญชา และการให้บริการของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ดำเนินการสร้างเครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล ขออนุญาตจากโรงพยาบาลกาฬสินธุ์เพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมทั้งการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมวิจัย

โครงร่างวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านความเห็นชอบตามมติคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ หมายเลข COA No. 008-2022 ครั้งที่ 3/2565 เมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม 2565 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิในการดำเนินการวิจัยของผู้ให้ข้อมูลโดย ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และสิทธิในการเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ และการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ผลกระทบบใด ๆ การรักษาความเป็นส่วนตัวและเป็นความลับของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลต่าง ๆ มีผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ประโยชน์ที่จะได้รับและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล การนำเสนอและเผยแพร่ผลการวิจัยทำในภาพรวม และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายหลังการเผยแพร่ผลการวิจัยเรียบร้อยแล้ว เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ระหว่าง 40-49 ปี สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาระดับปริญญาตรี ประกอบอาชีพรับราชการ รายได้โดยเฉลี่ย 10,000 - 15,000 บาทต่อเดือน จำนวนครั้งของการใช้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ 1 ครั้งมีจำนวนมากที่สุด
 2. ความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ และทัศนคติที่มีต่อการใช้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์
- ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ และทัศนคติที่มีต่อการใช้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ (n=60)

ข้อคำถาม	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1. เมื่อร่างกายได้รับสารออกฤทธิ์จากพืชกัญชา อาการในข้อใดบ่งบอกถึงอันตรายต่อชีวิตมากที่สุด	8.33	.38	ดีมาก
2. แหล่งเรียนรู้ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารเรื่องกัญชาคือมูลนิธิใด	8.00	.40	ดีมาก
3. กัญชามีผลกระทบและโทษต่อส่วนใดของร่างกายมากที่สุด	7.83	.42	ดี
4. โทษของการใช้กัญชาที่พบมากที่สุดในประเทศไทยคือข้อใด	7.83	.42	ดี
5. ผู้ใดสามารถอนุญาตให้ผู้ป่วยที่มีอาการเครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ สามารถเข้ารับการรักษาด้วยผลิตภัณฑ์น้ำมันกัญชา	7.50	.44	ดี
6. ข้อปฏิบัติที่ถูกต้องที่สุดในลำดับแรกก่อนการตัดสินใจใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์	7.20	.46	ดี
7. บุคคลทั่วไปไม่ควรสกัดน้ำมันกัญชามาใช้ด้วยตนเองเพราะเหตุใด	7.17	.45	ดี
8. บุคคลในข้อใดที่สามารถใช้กัญชาเพื่อการแพทย์	7.00	.46	ดี
รวม	7.61	.43	ดี

จากตารางที่ 1 พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ ด้านอันตรายต่อชีวิต มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุดในระดับดีมาก ($\bar{x} = 8.33, SD = .38$) รองลงมาคือ แหล่งเรียนรู้ข้อมูลข่าวสาร เรื่องกัญชา ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 7.83, SD = .42$) สำหรับคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 7.83, SD = .42$)

ตารางที่ 2 แสดงทัศนคติที่มีต่อการใช้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์

ข้อความ	$\bar{x}$ (SD)	ระดับทัศนคติ
1. คลินิกกัญชาทางการแพทย์สามารถช่วยเหลือในการบำบัดอาการเจ็บป่วย	4.12 (.69)	ดี
2. การมีโอกาเลือกวิธีการของการรักษาจากคลินิกกัญชาทางการแพทย์	4.10 (.67)	ดี
3. มีความประทับใจต่อการให้บริการของคลินิกกัญชาทางการแพทย์	4.08 (.67)	ดี
4. บุคลากรประจำคลินิกกัญชาทางการแพทย์ทุกท่านได้ให้คำแนะนำและคอยช่วยเหลือเป็นอย่างดี	4.07 (.73)	ดี
5. คลินิกกัญชาทางการแพทย์เป็นที่พึ่งเมื่อเกิดการผัดปดหรือมีความทุกข์ทรมานจากโรคที่ป่วย	4.06 (.70)	ดี
6. รู้สึกมีความสุขทุกครั้งที่ได้รับบริการจากคลินิกกัญชาทางการแพทย์	4.03 (.66)	ดี
7. ภายหลังได้รับการรักษาจากคลินิกความทรมานจากโรคที่เป็นอยู่ทุเลาลง	3.98 (.73)	ดี
8. มีความตั้งใจขอรับบริการจากคลินิกกัญชาทางแพทย์ทุกครั้งที่มีโอกาส	3.96 (.74)	ดี
9. ภาพรวมของคลินิกกัญชาทางแพทย์ให้การบริการดี	3.92 (.65)	ดี
10. บุคลากรประจำคลินิกกัญชาทางการแพทย์มีความเต็มใจในการตอบข้อสงสัย ปัญหา ข้อซักถามทุกครั้ง	3.90 (.54)	ดี
รวม	4.04 (.45)	ดี

จากตารางที่ 2 พบว่า ทัศนคติที่มีต่อการใช้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 4.04, SD = 0.45$) ทุกข้อมีค่าเฉลี่ยในระดับดี ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ คลินิกกัญชาทางการแพทย์สามารถช่วยเหลือในการบำบัดอาการเจ็บป่วย ($\bar{x} = 4.12, SD = 0.69$) รองลงไปคือ การมีโอกาเลือกวิธีการของการรักษาจากคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ($\bar{x} = 4.10, SD = 0.67$) สำหรับข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ บุคลากรประจำคลินิกกัญชาทางการแพทย์มีความเต็มใจในการตอบข้อสงสัย ปัญหา ข้อซักถามทุกครั้ง ($\bar{x} = 3.90, SD = 0.54$)

3. พฤติกรรมและประสบการณ์การใช้กัญชาเพื่อการบำบัดรักษา

ผลการศึกษาพฤติกรรมและประสบการณ์การใช้กัญชาเพื่อการบำบัดรักษา ดังตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 พฤติกรรมและประสบการณ์ที่มีต่อการใช้กัญชาเพื่อการบำบัดรักษา

ข้อความ	ไม่เคย ปฏิบัติ	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ เป็นประจำ
1. ท่านใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ช่วยบำบัดทุกครั้งที่มีอาการผิดปกติ	36 (60.00)	24 (40.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
2. ท่านเคยใช้ผลิตภัณฑ์จากกัญชาเพื่อบำบัดอาการผิดปกติมาก่อนหน้านี้	60 (100)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
3. ท่านใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์เมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น	60 (100)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
4. ท่านเคยใช้ผลผลิตจากกัญชา	60 (100)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
5. ท่านไม่เคยรับทราบว่ามีบริการของคลินิกกัญชาทางการแพทย์มาก่อน	43 (71.67)	17 (28.33)	0 (0.00)	0 (0.00)
6. ท่านเคยใช้บริการของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในสถานพยาบาลแห่งอื่น ๆ มาก่อน	42 (70.00)	18 (30.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
7. ท่านเคยมีประสบการณ์ในการใช้กัญชา	60 (100)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
8. ท่านแนะนำให้ผู้ป่วยอื่น ๆ ที่มีอาการเช่นท่านเข้ารับบริการจากคลินิกกัญชาทางการแพทย์	44 (73.33)	16 (26.67)	0 (0.00)	0 (0.00)

จากตารางที่ 3 พบว่า พฤติกรรมของผู้รับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่มีต่อการใช้กัญชาเพื่อการบำบัดรักษา กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 เป็นผู้ที่ไม่เคยใช้ผลิตภัณฑ์จากกัญชาเพื่อบำบัดอาการผิดปกติมาก่อนหน้านี้หรือไม่เคยมีประสบการณ์ในการใช้กัญชา ภายหลังเข้ารับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ผู้รับบริการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์เมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น และพบว่ามีจำนวน 17 ครั้งที่มีใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ช่วยบำบัดทุกครั้งที่มีอาการผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 40

ตารางที่ 4 ประสบการณ์ภายหลังการใช้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์

ประเด็น	ข้อมูลจากการสัมภาษณ์
1. การเข้าถึงและรับทราบถึงการให้บริการของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ประชาชน พบว่า ประชาชนทราบจากแพทย์ประจำตัวหรือแพทย์เจ้าของไข้จะเป็นผู้แนะนำเป็นหลัก มีบางส่วนที่ได้รับคำแนะนำจากเพื่อนผู้ป่วยมีลักษณะอาการคล้ายคลึงกันเป็นผู้บอก	“หมอผิงหนึ่งท่านได้แนะนำการใช้ผลิตภัณฑ์จากกัญชาจากคลินิกกัญชาเพื่อลดอาการอักเสบ” (ID5, 6, 23, 28, 32, 33) “เห็นเพื่อนบอกว่าที่โรงพยาบาลมีคลินิกกัญชาทางการแพทย์เปิดให้บริการ หนูเลยหาข้อมูลเพราะหนูทำงานเครียดแล้วนอนไม่ค่อยหลับมาหลายปีแล้ว” (ID17, 19, 35) “หมอที่รักษามะเร็งเป็นคนแนะนำให้ผมใช้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์” (ID18, 29, 44) “ผมมีปัญหาปวดบริเวณก้นตรวจพบริดสีดวงแต่มันยุบแล้วยังมีอาการปวด หมอบอกไม่เจอว่ามันอักเสบนะครับ หมอแนะนำให้ใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาเพื่อทุเลาอาการปวดระบมที่ผมยังเป็นอยู่ ทำให้รู้จักคลินิกกัญชาทางการแพทย์” (ID26, 49, 54)

ประเด็น	ข้อมูลจากการสัมภาษณ์
	“คิดว่าตัวเองเป็นโรคจิต เพราะเครียด ทำงานเหนื่อยง่ายตรวจก็ไม่พบอะไร หมอเลยแนะนำให้ใช้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ดูทำให้ได้รู้จักว่า โรงพยาบาลมีคลินิกลักษณะนี้ให้บริการ” (ID21, 30, 47) “จำไม่ได้ว่าใครแนะนำ ลองนึกดูน่าจะเป็นเพื่อนครับที่เขาใช้บริการคลินิกนี้มาก่อน” (ID40, 46, 56) “มาเพื่อรักษาโรคผิวหนังที่เกิดจากภูมิแพ้ครับ หมอท่านเลยแนะนำให้ใช้บริการคลินิกกัญชาเป็นทางเลือกให้ ดินะอาการที่เป็นอยู่ทุเลาไปเยอะ” (ID42, 51, 58)
2. ด้านประสบการณ์ในการใช้กัญชาในการบำบัดอาการที่ผื่นปกติหรือโรคที่ป่วยอยู่	“ไม่เคยใช้ผลิตภัณฑ์ที่ทำจากกัญชามาก่อน” (ทุก ID) “เคยเห็นเพื่อนนำกัญชามาผสมยาสูบแต่ผมไม่เคยสูบ ไม่คิดว่ากัญชาจะเป็นส่วนผสมของตำรับยาไทย ๆ ได้” (ID7, 12, 26, 38) “ไม่ทราบมาก่อนเลยว่ากัญชาจะสามารถใช้บำบัดอาการผื่นปกติของโรคภูมิแพ้ทางผิวหนังได้” (ID11, 15, 29, 30) “พอทราบมาบ้าง ว่ากัญชาใช้รักษาโรคได้แต่ไม่เคยลอง เพิ่งมาใช้เป็นครั้งแรก คาดว่าจะได้ผลดีในการช่วยให้นอนหลับสบายขึ้น” (ID6, 14, 32, 36, 48, 51) “ทราบ แต่ไม่เคยใช้กัญชาเพื่อบำบัดและลดอาการปวดแผล” (ID20, 54, 57) “ไม่เคยใช้อะไรที่เกี่ยวข้องกับกัญชาเพื่อการรักษาโรคเลย” (ID5, 9, 15, 19, 21, 39, 53) “ทราบและอยากลองดู” (ID21, 42, 50) “ไม่เคยใช้กัญชารักษาโรคที่เป็นอยู่เลย” (เกือบทุก ID) “ปวดหัวจนบ้านหมุนมานาน ลองใช้ดู” (ID30, 44, 52) “ไม่เคยใช้เลย ลองดู” (ID30, 44, 52)
3. ประโยชน์และ/หรือโทษกัญชาทางการแพทย์	“เท่าที่ทราบมีทั้งโทษและประโยชน์ เลยอยากลองใช้ดู” (ID17, 19, 35, 47) “ประโยชน์ของน้ำมันกัญชาน่าจะช่วยให้นอนหลับได้ดีขึ้น” (ID6, 14, 17, 30, 32, 36, 48, 51) “โทษน่าจะอยู่ในเรื่องของการใช้อย่างไม่มีขอบเขตและไม่ระมัดระวัง หรือไม่ก็ไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของหมอ” (ID30, 36, 53, 57) “เมื่อก่อนมองเห็นว่ามันเป็นยาเสพติดชนิดหนึ่ง ไม่กล้าใช้ แต่ตอนนี้พยายามใช้ตามที่แพทย์สั่งเท่านั้น” (ID21, 42, 29, 30)
4. อาการที่พบภายหลังการใช้กัญชาทางการแพทย์ในการบำบัดรักษา (สามารถบอกทั้งอาการปกติและผื่นปกติ)	“ช่วยให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น” (ID10, 21, 36, 48, 53) “บรรเทาอาการเครียด ปวดหัวบ่อย” (ID6, 14, 32, 36, 48, 51) “ทำให้แผลสะเก็ดเงินที่ผิวหนังแห้งและไม่เจ็บ” (ID11, 15, 29, 30)

ประเด็น	ข้อมูลจากการสัมภาษณ์
	“อาการจิตสับสนกำเริบลดลงไปมาก” (ID16, 41, 54) “กลางคืนหลับได้สบายขึ้น” (ID6, 14, 32, 36, 48, 51) “ผ่อนคลายจากความเครียดในที่ทำงาน” (ID6, 14, 32, 36, 48, 51) “การใช้น้ำมันกัญชาทำให้รู้สึกหายใจโล่ง เต็มอัม ไม่วิตกกังวลอะไร” (ID6, 14, 32, 36, 48, 51) “น้ำมันกัญชาช่วยให้นอนหลับได้ยาวนานขึ้น” (ID6, 14, 32, 36, 48, 51) “สูตรยาสุขไสยาสน์ช่วยให้นอนหลับได้ดี ทานข้าวได้มากขึ้น ตอนนี้ น้ำหนักเพิ่มมา 4 กิโล” (ID14, 36, 51)
5. การบริการอย่างอื่นใดเพิ่มเติมจากคลินิกกัญชาทางการแพทย์บ้าง	“อยากให้คลินิกกัญชาทางการแพทย์เพิ่มเติมการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยรับทราบประโยชน์ทางการแพทย์ที่เกิดจากการใช้กัญชาเพื่อการรักษาหรือบำบัดอาการผิดปกติของผู้ป่วย หมอและพยาบาล น่าจะมีข้อมูลพื้นฐานของประโยชน์ของกัญชาไว้ให้ผู้ป่วยได้รับรู้” (เกือบทุก ID) “น่าจะมีความ fast track ในรายที่สำคัญจำเป็นหรือต้องใช้กัญชาเพื่อการรักษาอย่างเร่งด่วน” (ID22, 37, 58) “สามารถโทรนัดพบแพทย์ล่วงหน้าได้” (ID8, 12, 37, 60) “คลินิกควรโฆษณาเชิงรุกเพื่อให้ผู้ป่วยรู้เรื่องกัญชาเพื่อการบำบัดมากขึ้น” (ID41) “น่าจะมีเว็บไซต์ของคลินิกเพื่อการติดต่อ สอบถามได้สะดวกมากขึ้น หรืออัปเดตข้อมูลที่ผู้ป่วยอยากรู้” (ID32) “ปัจจุบันการให้บริการดีอยู่แล้ว การรอคอยก็ไม่นานมากเกินไป” (เกือบทุก ID) “นำผู้ป่วยที่ประสบผลสำเร็จในการใช้กัญชาเพื่อการบำบัด มาเป็นตัวอย่างแก่ผู้ป่วยรายอื่น ๆ ที่มีอาการของโรคเดียวกัน” (เกือบทุก ID)

สรุปผลจากข้อมูลการเข้ารับการรักษาและดูแลสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ

(1) ด้านร่างกาย ใช้ลดหรือบรรเทาอาการปวด ฤทธิ์ช่วยลดการอักเสบในผู้ป่วยโรคผิวหนัง ลดอาการคัน ผื่นภูมิแพ้ ลดการชักเกร็ง ช่วยให้สงบ ผ่อนคลาย และมีคุณสมบัติยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์เนื้องอก บรรเทาอาการของผู้ป่วยจิตสับสนทวารหนัก ทุเลาอาการของมือชา เท้าชา การอ่อนแรงของร่างกายโดยเฉพาะเส้นที่มีความผิดปกติ บรรเทาอาการสั่นจากไข้ อ่อนเพลีย ร่างกายไม่มีแรง เบื่ออาหารเรื้อรัง

(2) ด้านจิตใจ ทำให้ผ่อนคลาย นอนหลับ ลดความวิตกกังวล คลายความเครียด ลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และกระตุ้นให้อยากอาหาร ช่วยให้นอนหลับ รับประทานอาหารได้มากขึ้น

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้รับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์เข้าถึงการบริการของคลินิกโดยคำแนะนำจากแพทย์เจ้าของไข้ บางรายได้รับคำแนะนำจากเพื่อนบ้าน อาการหรือโรคประจำตัวก่อนเข้ารับบริการของคลินิก ได้แก่ โรคจิตสับสนทวารหนัก โรคผิวหนังจากอาการภูมิแพ้ ความเครียด ความวิตกกังวล โรคมะเร็ง ด้านความคาดหวังในการใช้

กัญชาทางการแพทย์ คือ อาการหรือความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ในปัจจุบันทุเลาหรือหาย ลดความเจ็บปวด ทรมาน หรืออาการนอนไม่หลับ ซึ่งภายหลังการใช้บริการคลินิกอาการทุกอย่างเริ่มทุเลา นอนหลับพักผ่อนได้ดีขึ้น สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มากขึ้น รับประทานอาหารได้มากขึ้น น้ำหนักตัวเพิ่มอย่างเห็นได้ชัด ความเครียด ความวิตกกังวลจากการทำงานลดลงอย่างมาก ผลสะเก็ดเงินที่ผิวหนังแห้งและไม่เจ็บ อาการริดสีดวงทวารหนักอักเสบลดลง ข้อเสนอแนะในการพัฒนา ปรับปรุงการบริการของคลินิก ได้แก่ ต้องการให้คลินิกกัญชาทางการแพทย์เพิ่มเติมการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยทราบประโยชน์ทางการแพทย์ที่เกิดจากการใช้กัญชาเพื่อการรักษาหรือบำบัดอาการป่วย แพทย์และพยาบาลควรมีข้อมูลพื้นฐานของประโยชน์ของกัญชาไว้ให้ผู้รับบริการได้รับรู้ ควรมีคิว fast track ในรายชื่อสำคัญจำเป็นหรือต้องใช้กัญชาเพื่อการรักษาอย่างเร่งด่วน สามารถโทรนัดพบแพทย์ล่วงหน้าได้ คลินิกควรโฆษณาเชิงรุกเพื่อให้ผู้ป่วยรู้เรื่องกัญชาเพื่อการบำบัดมากขึ้น ควรมีเว็บไซต์ของคลินิกที่อัปเดตเพื่อการติดต่อ สอบถามได้สะดวกมากขึ้น หรืออัปเดตข้อมูลให้ผู้ป่วยอยากรู้ นำผู้ป่วยที่ประสบผลสำเร็จในการใช้กัญชาเพื่อการบำบัดมาเป็นตัวอย่างแก่ผู้ป่วยรายอื่น ๆ ที่มีอาการของโรคเดียวกัน

อภิปรายผล

1. ความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี เนื่องจากในอดีตกัญชาจัดเป็นพืชที่ผิดกฎหมายและถูกควบคุมให้เป็นยาเสพติดจึงถูกระงับการใช้ในวงการแพทย์ แต่ก็ยังมีประชาชนบางส่วนใช้เป็นยารักษาอาการและโรคบางอย่างตามตำรับยาแบบภูมิปัญญาชาวบ้านที่มีส่วนผสมของกัญชา เมื่อนักวิทยาศาสตร์ได้ทำการวิจัยศึกษาสรรพคุณของกัญชาจนเกิดเป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์สมัยใหม่ (Ministry of Public Health, 2022) กัญชาจึงถูกนำมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของตำรับยากันอย่างแพร่หลายอีกครั้ง มีการนำสูตรตำรับยาแพทย์แผนไทยมาปรุงเป็นตำรับยาใหม่ ๆ โดยมีกัญชาเป็นส่วนผสม เช่น ตำรับยาแก้ลมแก้เส้น ยาแก้อาการนอนไม่หลับ แก้ไข้ผอมเหลือง ยาทุเลาอาการริดสีดวงทวารหนัก โรคผิวหนัง ยาแก้โรคจิต รักษาภาวะเครียด วิตกกังวล รวมทั้งยาสุขไสยาสน์ เป็นต้น (Medical Cannabis Committee of the Medical Council of Thailand, 2022) แม้ว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในภาครัฐจะมีนโยบายส่งเสริมให้นำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ แต่ประชาชนที่มีสุขภาพดีและไม่เจ็บป่วยอาจมองว่าเป็นเรื่องไกลตัวจึงไม่ได้สนใจศึกษาข้อมูลของกัญชาเท่าที่ควร จึงปรากฏผลคะแนนความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนทัศนคติที่มีต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์โดยรวมอยู่ในระดับดี อาจเนื่องมาจากผู้รับบริการที่ได้รับการรักษาจากคลินิกกัญชาทางการแพทย์มีแนวคิดและมุมมองเชิงบวกต่อกัญชาทางแพทย์ โดยเฉพาะเมื่อการรักษาด้วยตำรับยาที่มีส่วนผสมของกัญชาแล้ว ปรากฏผลเชิงประจักษ์ในการบำบัดอาการต่าง ๆ ที่ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ ทำให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อกัญชาทางการแพทย์ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าทุกข้อมีค่าเฉลี่ยในระดับดี โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ คลินิกกัญชาทางการแพทย์สามารถช่วยเหลือในการบำบัดอาการเจ็บป่วย ($\bar{x} = 4.12, SD = 0.69$) อธิบายได้ว่า สถานบริการสุขภาพย่อมเป็นที่คาดหวังพึ่งพาแก่ประชาชนในการรักษา บรรเทาอาการเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ทำให้อาการผิดปกติทุเลาลงไป ประชาชนจึงมีความเชื่อ ความต้องการ และความคาดหวังในตำรับยาที่มีส่วนผสมของกัญชาน่าจะช่วยให้ ลำดับรองลงไปคือ การมีโอกาสเลือกวิธีการของการรักษาจากคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ($\bar{x} = 4.10, SD = 0.67$) ตามลำดับ อธิบายได้ว่า ผู้รับบริการของคลินิกกัญชาทางการแพทย์มีโอกาสเลือกวิธีการบำบัดรักษาอาการที่ผิดปกติของตนเองที่หลากหลายมากขึ้น ในทางตรงกันข้ามพบว่า บุคลากรประจำคลินิกกัญชาทางการแพทย์มีความเต็มใจในการตอบข้อสงสัย ปัญหา ข้อซักถามทุกครั้งมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{x} = 3.90, SD = 0.54$) อาจเนื่องจาก จำนวนผู้รับบริการเริ่มมากขึ้น การเข้าถึงการบริการเป็นได้ช้า ภารกิจของบุคลากรของคลินิกเพิ่มมากขึ้น ทำให้การตอบข้อสงสัยหรือข้อซักถามไม่ครบถ้วน หรือไม่ครบทุกคนหรือผู้รับบริการบางรายไม่สามารถสอบถามได้ทันทีตามความต้องการหรือข้อสงสัยของตน ทำให้เกิดประเด็นในการตอบข้อคำถามที่ล่าช้าได้

2. พฤติกรรมที่มีต่อการใช้กัญชาเพื่อการบำบัดรักษากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 100 เป็นผู้ที่ไม่เคยใช้ผลิตภัณฑ์จากกัญชาเพื่อบำบัดอาการผิดปกติมาก่อนหน้านี้ หรือไม่เคยมีประสบการณ์ในการใช้กัญชา สามารถอธิบายในแง่ของข้อกฎหมายได้ว่า ก่อนหน้านี้กัญชาถือเป็นสิ่งเสพติดที่ผิดกฎหมาย ไม่ได้มีการนำมาใช้ในทางการแพทย์แผนปัจจุบัน (Ministry of Public Health, 2022) ทำให้ผู้รับบริการเข้าใจว่าหากนำกัญชามาใช้เพื่อแก้หรือบรรเทาอาการของโรคที่ตนป่วยไม่สามารถทำได้ อย่างไรก็ตาม ในตำราแพทย์ทางเลือกหรือยาแผนโบราณกัญชายังถือว่าเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญขาดไม่ได้ในบางตำรับยา (Medical Cannabis Committee of the Medical Council of Thailand, 2022) ผลวิจัยสะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้เกี่ยวกับกัญชาในอดีตกาล นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 40 ของผู้รับบริการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์เมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น และพบว่านาน ๆ ครั้งที่มีใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ช่วยบำบัดทุกครั้งที่มีอาการผิดปกติ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ว่า กัญชาถือเป็นยาเสพติดประเภท 5 ที่ผู้ป่วยหลายคนไม่สามารถนำมาใช้เพื่อการรักษาตนเองเพราะถือว่าเป็นเรื่องที่ผิดกฎหมาย (Kanato, 2015) ในด้านประสบการณ์ถือเป็นวิถีประเทศไทยที่ได้มีการเรียนรู้ที่ใช้กัญชาเพื่อการรักษาด้วยแพทย์พื้นบ้านหรือแพทย์ทางเลือกมาเป็นระยะเวลานาน รวมทั้งการนำมาเป็นส่วนหนึ่งในการปรุงอาหาร ในอดีตคนไทยนำกัญชามาใช้ปรุงอาหารมาหลายชั่วอายุคน และยังถือเป็นสมุนไพรที่ช่วยขุสริให้อาหารมีรสชาติกลมกล่อมยิ่งขึ้น โดยมักนิยมใส่น้ำแกง ก๋วยเตี๋ยว หรืออาหารประเภทผัดต่าง ๆ ทั้งนี้ ตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ใบ ราก และลำต้นของกัญชา ไม่ถูกจัดว่าเป็นยาเสพติดสามารถนำมาใช้ประโยชน์เพื่อสุขภาพได้ แต่วัตถุดิบที่นำมาจากต้นกัญชาที่ได้รับอนุญาตให้ปลูกถูกต้องตามกฎหมาย (Tantisirin, Narayong, Chawanon, Tengapichat, & Loapiyasakul, 2022) สำหรับประสบการณ์ของผู้รับบริการนั้น ร้อยละ 100 ไม่เคยใช้ผลิตภัณฑ์จากกัญชามาก่อนและเริ่มมีการทดลองใช้เมื่อแพทย์เป็นผู้แนะนำ ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รู้จักคลินิกกัญชาทางการแพทย์มากขึ้น ประกอบกับภายหลังการเข้ารับการบำบัดผลที่ปรากฏอาการเจ็บป่วยทางร่างกาย ใช้ลดหรือบรรเทาอาการปวด ฤทธิ์ช่วยลดการอักเสบในผู้ป่วยโรคผิวหนัง ด้านจิตใจ ทำให้ผ่อนคลาย นอนหลับ ลดความวิตกกังวล คลายความเครียด รับประทานอาหารได้มากขึ้น แสดงให้เห็นว่า กัญชามีส่วนช่วยรักษาและทุเลาอาการไม่สุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลด้านวิชาการ (Vejchasart, 2023) 1) ด้านร่างกาย ใช้ลดหรือบรรเทาอาการปวด ฤทธิ์ช่วยลดการอักเสบในผู้ป่วยโรคผิวหนัง ลดอาการคัน ผื่นภูมิแพ้ ลดการชักเกร็ง ช่วยให้สงบ ผ่อนคลาย และมีคุณสมบัติยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์เนื้องอก บรรเทาอาการของผู้ป่วยโรคผิวหนัง ทวารหนัก ทูเลาอาการของมือชา เท้าชา การอ่อนแรงของร่างกายโดยเฉพาะเส้นที่มีความผิดปกติ บรรเทาอาการสั่นจากไข้ อ่อนเพลีย ร่างกายไม่มีแรง เบื่ออาหารเรื้อรัง (Ministry of Public Health, 2022) 2) ด้านจิตใจ ทำให้ผ่อนคลาย นอนหลับ ลดความวิตกกังวล คลายความเครียด ลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน และกระตุ้นให้อยากอาหาร ช่วยให้ผ่อนคลาย รับประทานอาหารได้มากขึ้น (Wall et al., 2019)

บทสรุป

ผลการวิจัยสามารถยืนยันได้ว่า กัญชาทางการแพทย์มีผลต่อร่างกายและจิตใจของผู้รับบริการให้เกิดภาวะทุเลาเบาบางของความเจ็บป่วยทุกขั้วทรมาณต่าง ๆ ได้ สร้างความตระหนักยิ่งต่อแพทย์ และบุคลากรประจำของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ให้ถือเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นโอกาสทางการรับการรักษาให้แก่ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคและอาการไม่พึงประสงค์ อนึ่งพบว่า ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยยังมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของกัญชาทางการแพทย์ไม่เพียงพอ แต่ยังคงมีทัศนคติที่ดีต่อกัญชาทางการแพทย์และการบริการของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ รวมทั้งยังขาดความมั่นใจในการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ ด้วยบริบทของกฎหมายดั้งเดิมยังคงปรากฏในความรู้สึก ความคิดของผู้รับบริการ ถือเป็นโอกาสของสถานบริการพยาบาลโดยเฉพาะคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่จะเปิดโลกทัศน์เรื่อง กัญชาทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยจากบริบทเบื้องต้นของผู้รับบริการที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์สามารถนำข้อมูลไปวางแผน
เพื่อให้บริการเชิงรุกมากขึ้น การให้ข้อมูลข่าวสารเชิงกฎหมายแก่ผู้ป่วยมีความจำเป็นยิ่ง และควรมีช่องทาง
การเผยแพร่ความรู้ให้หลากหลายมากขึ้น รวมทั้งการสร้างเจตคติที่ดีของผู้ป่วยต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ต่อไป

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยในครั้งต่อไปควรมุ่งเน้นการติดตามและประเมินผลของการให้บริการของคลินิกกัญชาทางการแพทย์
ในลักษณะของการศึกษาในระยะยาว (longitudinal study) หรือการวิจัยและพัฒนา (research and development)
เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการ รวมทั้งการติดตามผลการบำบัดรักษา โดยแบ่งเป็นระยะ ๆ หรือเป็นช่วง และบรรจุไว้ใน
แผนการวิจัยระยะยาวขององค์กรต่อไป

ประกาศขอบคุณ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างซาบซึ้งต่อผู้รับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ทุกท่านที่ยินยอมให้ความร่วมมือ
ในการให้ข้อมูลสำหรับวิจัยครั้งนี้อย่างเต็มที่ ขอบพระคุณ นพ.สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
นพ.สุนทร อธิพัฒน์พงศ์ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ ทีมงานบุคลากรคลินิกกัญชาทางการแพทย์ทุกท่าน และคณะ
กรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ที่สนับสนุนให้ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

References

- Department of Medical Service. (2022). *Guidance on Cannabis for medical use*. Retrieved From https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Publication/Attach/25651122182642PM_Guidance%20Updated%20V5_update%2029092022_edited2.pdf
- Kanato, M. (2015). *Management and policy of the cannabis: UK & USA. Research report*. Khonkaen: Khonkaen University, Narcotics Control Technology Center, North-eastern region, Thailand.
- Kuruwila, M., Venugopalan, P. P., Sridhar, K. S., & Kumar, S. (1997). K A P study on HIV / AIDS among first year MBBS students. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology*, 63, 225-228.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Lagarde, E., Pison, G., & Enel, C., (1996). Knowledge, attitudes and perception of AIDS in rural Senegal: Relationship to sexual behavior and behavior change. *AIDS*, 10(3), 327-334. doi: 10.1097/00002030-199603000-00012
- Medical Cannabis Committee of the Medical Council of Thailand. (2022). *Medical cannabis guideline for physician*. Retrieved from https://tmc.or.th/pdf/fact/guideline_cannabis_101062.pdf.
- Ministry of Public Health. (2022). *Medical cannabis*. Retrieved from <https://www.medcannabis.go.th/>
- Tantisirin K., Narayong K., Chawanon S., Tengapichat W. & Loapiyasakul K. (2020). *Handbook for cannabis cultivation permits for farmers*. Bangkok: Narcotics Control Division Food and Drug Administration Ministry of Public Health, Thailand.

- Vejchasart, C. (2023). *Medical cannabis: Alternative choice for relaxing*. Retrieved from <https://th.yanhee.net/>
- Wall, M. B., Pope, R., Freeman, T. P., Kowalczyk, O. S., Demetriou, L., Mokrysz, C., Hindocha, C., Lawn, W., Bloomfield, M. A., Freeman, A. M., Feilding, A., Nutt, D., & Curran, H. V. (2019). Dissociable effects of cannabis with and without cannabidiol on the human brain's resting-state functional connectivity. *Journal of Psychopharmacology*, 33(7), 822-30.

ผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องชนิดส่องกล้อง ที่ใช้ถุงรองรับขึ้นเนื้อที่ประติษฐ์ขึ้น

ณัฏฐิญา จินดากุล, พย.บ.*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องชนิดส่องกล้องและใช้ถุงรองรับขึ้นเนื้อที่ประติษฐ์ขึ้น กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในช่องท้องชนิดส่องกล้อง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ซึ่งได้มาด้วยการสุ่มอย่างง่ายได้กลุ่มควบคุม จำนวน 32 คน กลุ่มทดลอง จำนวน 64 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกอุบัติการณ์ แบบวัดความพึงพอใจ แบบบันทึกผลการปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตรฐานตามนัด และแบบวัดคุณภาพชีวิต ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ของเครื่องมือส่วนที่ 3 และ 5 เท่ากับ .78 และ .69 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติที และไค์สแควร์

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 50-59 ปี ไม่พบการรั่วของถุงรองรับขึ้นเนื้อ และพบการติดเชื้อในกลุ่มที่ไม่ได้ใช้ถุงรองรับขึ้นเนื้อมากกว่า คิดเป็นร้อยละ 12.50 มีความพึงพอใจต่อการให้การพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลและการมาตรวจตามนัด คิดเป็นร้อยละ 100 และคุณภาพชีวิตของทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับดีมากและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพหรือประสิทธิภาพของการพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: ผลลัพธ์การพยาบาล การผ่าตัดชนิดส่องกล้อง ถุงรองรับขึ้นเนื้อ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
ผู้เขียนหลัก e-mail: natteeya2508@gmail.com

Nursing outcomes of using an artificial specimen retrieval bag among patients after laparoscopic abdominal surgery

Natteeya Jindakul B.N.S.*

Abstract

The purpose of this research was to study the nursing outcomes of using an artificial specimen retrieval bag in patients after laparoscopic abdominal surgery. The subjects were patients who underwent laparoscopic abdominal surgery at Kalasin Hospital. The participants were assigned to the control (n = 32) and experimental (n = 64) groups using simple random sampling. The research instruments comprised five parts: the personal information form, the incident record form, the satisfaction form, the practice record form according to recommendations and follow-up, and the quality-of-life measurement form. The Cronbach's alpha reliability for the 3rd and 5th parts of the quality-of-life measurement questionnaire was .78 and .69, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics, an independent t-test, and a chi-square test.

The results revealed that most of the samples were female, aged 50-59 years, with a duration of illness of 3-5 years. No leakage of the artificial specimen retrieval bag was found. Around 12.5% of the participants in the control group who did not use an artificial specimen retrieval bag reported infections. The participants had satisfaction with nursing care at a higher level, and the scores were statistically significant at the .01 level. All the participants (100%) followed the nurse's advice and had regular follow-up visits on the appointment day. The quality of life in both groups was at a very good level and was statistically significant at the .05 level.

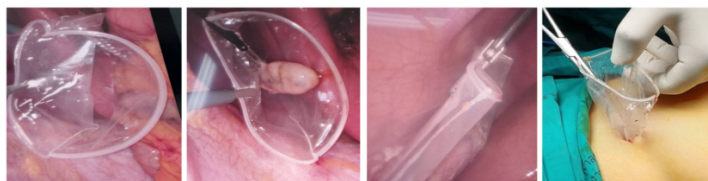
The finding suggests that nurses should apply the study results to the nursing process to further improve the quality or efficiency of nursing care.

Key words: Nursing outcomes, laparoscopy, specimen artificial retrieval bag

* Professional Nurse, Operation room nursing department., Kalasin Hospital
Corresponding author e-mail: natteeya2508@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันการผ่าตัดโดยวิธีส่องกล้อง (Laparoscopic surgery) เป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์หลายสาขาส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ลดระยะเวลาการผ่าตัด ลดขนาดแผลผ่าตัด ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็ว ใช้เวลารักษาหลังผ่าตัดสั้น และประหยัดค่าใช้จ่ายกว่าการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง (Exploratory Laparotomy) (Johnson et al., 2015) แต่การผ่าตัดผ่านกล้องจำเป็นต้องใช้ชุดอุปกรณ์และเครื่องมือที่ซับซ้อน มีความจำเพาะในการใช้งาน รวมถึงต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษของศัลยแพทย์ โดยเฉพาะถุงรองรับชิ้นเนื้อ (Specimen artificial retrieval bag) สำหรับการผ่าตัดช่องท้องผ่านกล้องซึ่งผลิตจากวัสดุหลายชนิด ถุงรองรับชิ้นเนื้อทำหน้าที่เป็นถุงบรรจุชิ้นส่วนจากการผ่าตัดและนำออกมาจากช่องท้องของผู้ป่วยผ่านทางแผลผ่าตัดหน้าท้อง เป็นอุปกรณ์เสริมที่ต้องนำเข้าจากต่างประเทศ ทำให้มีราคาแพงและค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง (Prathanvanich, 2016) ปัญหาของการใช้ถุงรองรับชิ้นเนื้อที่พบบ่อยคือ การที่ศัลยแพทย์ต้องกรีดแผลผ่าตัดให้กว้างขึ้น เพื่อให้ดึงถุงออกจากแผลผ่าตัดได้ และความไม่สะดวกต่อการผ่าตัดจากการดึงถุงออกจากแผลผ่าตัดยาก (Stavroulis, Memtsa, & Yoong, 2013) ในปี 2560 กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จึงได้ริเริ่มประดิษฐ์ถุงรองรับชิ้นเนื้อ โดยในระยะแรกนำถุงพลาสติกใสอาหารมาเย็บขอบถุงด้วย Silk 2/0 แล้วนำมาทำให้ปราศจากเชื้อ (Sterilization) ด้วยวิธีอบแก๊สเอทิลีนออกไซด์ (Ethylene Oxide) แต่เมื่อนำไปใช้งานจริงพบปัญหาว่าปากถุงติดกันเมื่อถุงสัมผัสกับน้ำ เลือด หรือสารคัดหลั่ง การเปิดปากถุงไม่สะดวก เกิดความยุ่งยากในการใช้งาน ระยะต่อมาจึงเปลี่ยนวัสดุจากถุงพลาสติกใสอาหาร เป็นถุงพลาสติกใสซิปล็อคสำหรับใส่ยาชนิดรับประทานในโรงพยาบาล ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อ ด้วยวิธีอบแก๊สเอทิลีนออกไซด์ นำมาทดลองใช้ครั้งแรกในการผ่าตัด Laparoscopic Appendectomy แต่ยังคงพบปัญหาซิปล็อคของปากถุงถูกหนีบปิดเมื่อนำถุงเข้าไปในช่องท้อง ก่อนที่จะใช้รองรับชิ้นเนื้อ จำเป็นต้องดึงปากถุงเปิดอีกครั้ง ไม่สะดวกต่อการใช้งาน จึงพัฒนาต่อโดยดัดแปลงกลับด้านถุงข้างในออกมาข้างนอก เพื่อไม่ให้ปากถุงถูกหนีบเมื่อนำถุงเข้าไปในช่องท้อง พบว่าใช้งานได้สะดวก ปากถุงเปิดอัดได้คงตัว ใส่ชิ้นเนื้อง่าย นำออกจากช่องท้องง่าย เริ่มนำไปใช้ในการผ่าตัดส่องกล้องอื่น ๆ เช่น Laparoscopic Cholecystectomy, Laparoscopic Cystectomy ที่หลากหลายขึ้น เป็นต้น (Teerapattanapong, 2022)



ถุงรองรับชิ้นเนื้อที่ประดิษฐ์ขึ้น (Specimen artificial retrieval bag) และนำมาใช้ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2563
ถึงปัจจุบัน (Teerapattanapong, 2022)

ด้วยเหตุดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะของพยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดังกล่าวด้วยวิธีการผ่าตัดช่องท้องชนิดส่องกล้อง จึงสนใจที่จะทำการศึกษาผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องชนิดส่องกล้องที่ใช้ถุงรองรับชิ้นเนื้อที่ประดิษฐ์ขึ้น ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ (1) ด้านความปลอดภัย (2) ด้านการได้รับการตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม (3) ด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วย และ (4) ผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิต (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2022) ภายใต้การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งในระหว่างเข้ารับการผ่าตัด (Association of Perioperative Registered Nurses, 2013) และภายหลังการผ่าตัดแบบส่องกล้อง เพื่อนำผลที่ได้ไปพัฒนารูปแบบการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในช่องท้องด้วยวิธีการส่องกล้องต่อไป

คำถามการวิจัย

ผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องที่ใช้ถุงรองรับชิ้นเนื้อที่ประดิษฐ์ขึ้นเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องด้วยการส่องกล้องและใช้ถุงรองรับชิ้นเนื้อที่ประดิษฐ์ขึ้นประกอบด้วย 4 ด้าน คือ (1) ด้านความปลอดภัย ได้แก่ การรั่วของถุงรองรับชิ้นเนื้อ อัตราการติดเชื้อของแผลผ่าตัด (2) ด้านการได้รับการตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการให้การพยาบาลทั้งในขณะผ่าตัดและหลังการผ่าตัด (3) ด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วย ได้แก่ การให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษาและการมาตรวจตามนัด และ (4) ผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิต

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามแนวคิดระบบจำแนกผลลัพธ์การพยาบาล (Nursing Outcomes Classification [NOC]) (Moorhead et al., 2022) ร่วมกับแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดของ Association of Perioperative Registered Nurses (2013) รวมถึงการทบทวนวรรณกรรม เอกสารทางวิชาการ และตำราที่เกี่ยวข้อง ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลเป็นข้อบ่งชี้สถานะที่เกิดขึ้นในผู้รับบริการที่มาจากการให้การพยาบาล ซึ่งสามารถวัดได้ และการวัดผลลัพธ์การพยาบาลเป็นสิ่งที่ช่วยให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแสดงได้จากการเกิดผลลัพธ์ที่ได้จากการปฏิบัติการพยาบาล ถือได้ว่ามีความสำคัญยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ประเภทของเครื่องมือวัดประกอบด้วย 3 ประเภท ได้แก่ 1) ตัวชี้วัดด้านโครงสร้าง (Structural indicators) เป็นการประเมินโครงสร้างการจัดบริการของระบบ 2) ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ (Process indicators) เป็นการประเมินกระบวนการกิจกรรม หรือขั้นตอนการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วย 3) ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ (Outcomes indicators) ประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอันเป็นผลลัพธ์จากกระบวนการให้บริการ เช่น การติดเชื้อที่แผลผ่าตัดที่ 72 ชั่วโมง (Singh, Singh, & Singh, 2009) รวมถึงผลลัพธ์ขั้นสุดท้าย ได้แก่ ความพิการ การเสียชีวิต ความพึงพอใจ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำกระบวนการพยาบาลมาร่วมประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม

นิยามศัพท์เฉพาะ

ตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาล หมายถึง ข้อบ่งชี้สถานะที่เกิดขึ้นในผู้รับบริการที่มาจากการให้การพยาบาล ซึ่งสามารถวัดได้ และการวัดผลลัพธ์การพยาบาลเป็นสิ่งที่ช่วยให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแสดงได้จากการเกิดผลลัพธ์ที่ดี ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ (1) ด้านความปลอดภัย ได้แก่ การรั่วของถุงรองรับชิ้นเนื้อ อัตราการติดเชื้อที่ 72 ชั่วโมงของแผลผ่าตัด (2) ด้านการได้รับการตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการให้การพยาบาลทั้งในขณะผ่าตัดและหลังการผ่าตัด (3) ด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วย ได้แก่ การให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษาและการมาตรวจตามนัด และ (4) ผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิต

การผ่าตัดแบบส่องกล้อง (Laparoscopic surgery) หมายถึง วิธีการผ่าตัดที่รุกรานต่ออวัยวะต่าง ๆ โดยใช้กล้องที่มีขนาดเล็กและลักษณะเป็นท่อเล็ก ๆ และมีแหล่งกำเนิดแสงในตัวใส่เข้าไปในร่างกายผ่านรอยแผลผ่าตัดที่มีขนาดเล็กมาก โดยศัลยแพทย์สามารถใส่เครื่องมือผ่าตัดผ่านกล้องเพื่อเข้าไปตัดและซ่อมแซมเนื้อเยื่อได้ ซึ่งการผ่าตัดด้วยการส่องกล้องจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้รวดเร็วกว่าการผ่าตัดเปิดหน้าท้องแบบปกติ

ถุงเก็บชิ้นเนื้อ หมายถึง ถุงสำหรับการผ่าตัดส่องกล้อง ทำหน้าที่เป็นถุงบรรจุชิ้นส่วนจากการผ่าตัดและนำออกมาจากช่องท้องของผู้ป่วย ที่เป็นนวัตกรรมจากถุงซิปล็อคใส่นานาทำให้ปราศจากเชื้อ (Sterilization) ด้วยวิธีอบแก๊สเอทิลีนออกไซด์ และใช้ในการผ่าตัดภายในช่องท้อง ที่ได้พัฒนาดัดแปลงโดยกลับด้านถุงข้างในออกมาข้างนอก ป้องกันฝาถุงถูกหนีบปิดก่อนใช้

กระบวนการพยาบาล หมายถึง วิธีการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยภายใต้ขั้นตอนทางการพยาบาลประกอบด้วย การวินิจฉัยและการกำหนดปัญหาทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลทางการพยาบาล

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยในรูปแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental design) เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องชนิดส่องกล้องและใช้ถุงรองรับชิ้นเนื้อที่ประคิษฐ์ขึ้น ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ (1) ด้านความปลอดภัย (2) ด้านการได้รับการตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม (3) ด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วย และ (4) ผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดช่องท้องแบบส่องกล้องโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนพฤษภาคม - พฤศจิกายน 2565 ผู้วิจัยสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับสลากแบบสลับกันและใช้วิธีการของ Double blind ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 96 คน กลุ่มที่ 1 เป็นผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดแบบส่องกล้องร่วมกับการไม่ใช้ถุงรองรับชิ้นเนื้อ (กลุ่มควบคุม) จำนวน 32 คน กลุ่มที่ 2 เป็นผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดแบบส่องกล้องและใช้ถุงรองรับชิ้นเนื้อ (กลุ่มทดลอง) จำนวน 64 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้าคือ เป็นผู้ป่วยที่ไม่เคยเข้ารับการผ่าตัดใด ๆ มาก่อน ผู้ป่วยไม่มีประวัติการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับโรคที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ทางอายุรกรรม เกณฑ์คัดออกคือ เป็นผู้ป่วยที่ไม่พร้อมเข้ารับการผ่าตัดตามคำแนะนำของศัลยแพทย์ผู้รักษา ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของสัญญาณชีพ ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตบนมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตล่างมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท หรืออัตราการหายใจมากกว่า 26 ครั้ง/นาที เมื่อผ่านการคัดกรองเรียบร้อยแล้ว กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการพยาบาลในรูปแบบเดียวกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาแบบวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลขึ้น ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบจำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ และอายุ 2) แบบบันทึกปฏิบัติการ เป็นแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการรู้ของถุงรองรับชิ้นเนื้อ และการติดเชือกของแผลผ่าตัดที่ 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด 3) แบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการให้การพยาบาลทั้งในขณะผ่าตัดและหลังการผ่าตัด ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผลโดยคำนวณหาค่าเฉลี่ยเป็นรายข้อแล้วนำมาเทียบกับเกณฑ์ 5 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด, 3.50 - 4.49 หมายถึง พึงพอใจมาก, 2.50 - 3.49 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง, 1.50 - 2.49 หมายถึง พึงพอใจน้อย และ 1.00 - 1.49 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด 4) แบบบันทึกผลการปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล และการมาตรวจตามนัด ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติ และ 5) แบบวัดคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผลเช่นเดียวกับส่วนที่ 3

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเท่ากับ .86, .87 และ .96 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ทุกข้อ สำหรับค่าเที่ยงด้วยวิธีของแอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha) ของเครื่องมือส่วนที่ 3 และ 5 มีค่าเท่ากับ .78 และ .69

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเสนอโครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตามใบอนุญาตเลขที่ COA No. 007-2022
2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธี Double blind และบางส่วนเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยใน บันทึกข้อมูลลงในเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยใส่รหัสเพื่อปกปิดข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้ถุงรองรับชิ้นเนื้อได้จากการบันทึกการผ่าตัดของผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้ ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองจนเข้าใจตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจ และซักถามได้ตลอดเวลาหากมีข้อสงสัย
3. ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถูกเก็บเป็นความลับ โดยนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมข้อมูลได้แล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบบันทึกข้อมูลทุกฉบับ สร้างคู่มือและลงรหัสข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์แล้วนำไปคำนวณด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติแบบสำเร็จรูป ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มที่ต่างกันโดยใช้สถิติ Independent t-test และสถิติไครส์แควร์

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (N = 96) จำแนกตามกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n = 32)	กลุ่มทดลอง (n = 64)	รวม (N = 96)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. เพศ			
ชาย	12 (12.50)	30 (31.25)	42 (43.75)
หญิง	20 (20.83)	34 (35.41)	54 (56.25)
2. อายุ			
อายุต่ำกว่า 39 ปี	3 (3.13)	1 (1.04)	4 (4.17)
40 - 49 ปี	7 (7.29)	18 (18.75)	25 (26.04)
50 - 59 ปี	12 (12.50)	25 (26.04)	37 (38.54)
60 - 69 ปี	9 (9.38)	19 (19.79)	28 (29.17)
70 ปีขึ้นไป	1 (1.04)	1 (1.04)	2 (2.08)
3. การรู้ของถุงรองรับชิ้นเนื้อ			
ไม่รู้	0	64 (100.00)	64 (100.00)
รู้	0	0	0
4. การติดเชื้อที่ 72 ชม.ของแผลผ่าตัด			
ไม่ติดเชื้อ	28 (87.50)	63 (98.43)	91 (94.79)
ติดเชื้อ	4 (12.50)	1 (1.56)	5 (5.21)

จากตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและอายุระหว่าง 50 - 59 ปี ไม่พบการร่วของถุงร่งรับชิ้นเนื้อของทั้งสองกลุ่ม แต่พบการติดเชื้อที่ 72 ชั่วโมงของแผลผ่าตัดในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ใช้ถุงร่งรับชิ้นเนื้อมากกว่ากลุ่มทดลอง

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบการติดเชื้อ 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด (N = 96)

รายการ	กลุ่มควบคุม (N = 32)	กลุ่มทดลอง (N = 64)	χ^2	df	p-value
การติดเชื้อที่ 72 ชั่วโมงของแผลผ่าตัด	4 (%)	1 (%)	2.25	3	.04

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบจำนวนการติดเชื้อที่ 72 ชั่วโมงของแผลผ่าตัดพบว่า การติดเชื้อที่ 72 ชั่วโมงของแผลผ่าตัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 2.25$, $df = 3$)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มควบคุม (n = 32)

ข้อความ	M(SD)	ระดับความพึงพอใจ
1. การเปิดโอกาสและยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย	4.69 (0.47)	มากที่สุด
2. การให้การพยาบาลด้วยความสุภาพอ่อนโยน	4.66 (0.48)	มากที่สุด
3. การเปิดโอกาสให้ซักถามและแสดงความคิดเห็น	4.53 (0.51)	มากที่สุด
4. การอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด	4.53 (0.54)	มากที่สุด
5. การให้รายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับเทคนิคการผ่าตัดตามที่ผู้ป่วยต้องการ	4.47 (0.51)	มาก
6. การให้เหตุผลในขณะปฏิบัติการพยาบาล	4.47 (0.62)	มาก
7. ความพึงพอใจโดยรวม	4.44 (0.62)	มาก
8. การใช้เทคนิคและวิธีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว	4.34 (0.48)	มาก
รวม	4.52 (0.30)	มากที่สุด

จากตารางที่ 3 กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.52$, $SD = .30$) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การเปิดโอกาสและยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.69$, $SD = .47$) รองลงมา คือ การให้การพยาบาลด้วยความสุภาพอ่อนโยน ($M = 4.66$, $SD = .48$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การใช้เทคนิคและวิธีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว ($M = 4.34$, $SD = .48$)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มทดลอง (n = 64)

ข้อความ	M(SD)	ระดับความพึงพอใจ
1. การเปิดโอกาสและยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย	4.84 (0.37)	มากที่สุด
2. การให้การพยาบาลด้วยความสุภาพอ่อนโยน	4.81 (0.38)	มากที่สุด
3. การเปิดโอกาสให้ซักถามและแสดงความคิดเห็น	4.80 (0.41)	มากที่สุด
4. การอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด	4.70 (0.53)	มากที่สุด
5. การให้รายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับเทคนิคการผ่าตัดตามที่ผู้ป่วยต้องการ	4.66 (0.48)	มากที่สุด
6. การให้เหตุผลในขณะปฏิบัติการพยาบาล	4.63 (0.60)	มากที่สุด
7. ความพึงพอใจโดยรวม	4.61 (0.61)	มากที่สุด
8. การใช้เทคนิคและวิธีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว	4.52 (0.50)	มากที่สุด
รวม	4.70 (0.32)	มากที่สุด

จากตารางที่ 4 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.70$, $SD = .32$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การเปิดโอกาสและยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.84$, $SD = .37$) รองลงมา คือ การเปิดโอกาสให้ซักถามและแสดงความคิดเห็น ($M = 4.81$, $SD = .38$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การใช้เทคนิคและวิธีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว ($M = 4.52$, $SD = .50$)

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($N = 96$)

	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	t	df	p -value
	($N = 32$)	($N = 64$)			
ความพึงพอใจ	4.52 (.30)	4.70 (.32)	-2.66	94	.01

จากตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = -2.66$, $df = 94$)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลและการมาตรวจตามนัด ($N = 96$)

กิจกรรม	กลุ่มควบคุม ($N = 32$)		กลุ่มทดลอง ($N = 64$)	
	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1. การปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล	32 (100)	0	64 (100)	0
2. การมาตรวจตามนัด	32 (100)	0	64 (100)	0

จากตารางที่ 6 พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลและการมาตรวจตามนัด คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุม ($n = 32$) และกลุ่มทดลอง ($n = 64$)

กิจกรรม	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ คุณภาพ ชีวิต	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ คุณภาพ ชีวิต
1. ความสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ตามปกติ และมีสัมพันธภาพที่ดี	4.78	.42	ดีมาก	4.91	.29	ดีมาก
2. การทำงานอดิเรก พักผ่อน และการเข้าสังคมอย่างมีความสุข	4.75	.44	ดีมาก	4.86	.35	ดีมาก
3. สามารถทำงานบ้าน งานประจำ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือกิจกรรมที่พึงประสงค์ได้	4.72	.46	ดีมาก	4.84	.37	ดีมาก
4. ร่างกายแข็งแรง ไม่มีอาการอ่อนเพลีย	4.62	.49	ดีมาก	4.78	.49	ดีมาก
5. การแต่งกายใส่เสื้อผ้าได้อย่างเหมาะสม	4.59	.50	ดีมาก	4.73	.45	ดีมาก
6. มีความสุขในการดำเนินชีวิต	4.59	.56	ดีมาก	4.72	.45	ดีมาก
7. การมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างปกติภายหลังการได้รับการผ่าตัด	4.53	.57	ดีมาก	4.67	.51	ดีมาก
8. การไม่แยกตัวจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด	4.47	.51	ดี	4.61	.49	ดีมาก
รวม	4.63	.29	ดีมาก	4.77	.22	ดีมาก

จากตารางที่ 7 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุมโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($M = 4.63$, $SD = .29$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ตามปกติ และมีสัมพันธภาพที่ดีอยู่ในระดับดีมาก ($M = 4.78$, $SD = .42$) รองลงมา คือ การทำงานอดิเรก พักผ่อน และการเข้าสังคมอย่างมีความสุข ($M = 4.75$, $SD = .44$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การไม่แยกตัวจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดอยู่ในระดับดี ($M = 4.47$, $SD = .51$)

สำหรับค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองโดยรวมพบว่าอยู่ในระดับดีมาก ($M = 4.77$, $SD = .22$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ตามปกติ และมีสัมพันธภาพที่ดีอยู่ในระดับดีมาก ($M = 4.91$, $SD = .29$) รองลงมา คือ ร่างกายแข็งแรง ไม่มีอาการอ่อนเพลีย ($M = 4.86$, $SD = .35$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การไม่แยกตัวจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดอยู่ในระดับดีมาก ($M = 4.61$, $SD = .49$)

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($N = 96$)

	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i> -value
	($N = 32$)	($N = 64$)			
ความพึงพอใจ	4.63 (.29)	4.77 (.22)	-2.48	94	.02

จากตารางที่ 8 พบว่า ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -2.48$, $df = 94$)

อภิปรายผล

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 50-59 ปี ไม่พบการรื้อของถุงรองรับชิ้นเนื้อ และพบการติดเชื้อในกลุ่มที่ไม่ได้ใช้ถุงรองรับชิ้นเนื้อมากกว่า อาจเนื่องมาจากผลของการคัดค้นถุงรองรับชิ้นเนื้อและใช้จริงโดยประดิษฐ์ขึ้นจากซองยาซึ่งดัดแปลงกลับด้านถุงข้างในออกมาข้างนอก สำหรับการผ่าตัดชนิดส่องกล้อง เพื่อไม่ให้ปากถุงถูกหนีบเมื่อนำถุงเข้าไปในช่องท้อง ที่พบว่าใช้งานได้สะดวก ปากถุงเปิดอัดได้คงตัว ใส่ชิ้นเนื้อง่าย นำออกจากช่องท้องง่าย สำหรับด้านคุณค่า ความโดดเด่น และประโยชน์ในการนำไปใช้ คือ คุณลักษณะของถุงใสไม่มีสี มองเห็นชัดเจน เนื้อพลาสติกเหนียว ทนทานต่อการฉีกขาด จากคุณสมบัติของถุงบรรจุยาในปัจจุบันมักจะผลิตจากสารในกลุ่มพอลิไวนิลคลอไรด์ (Polyvinylidene Chloride) ซึ่งมีความโปร่งใส มีความเป็นมันสูง มีค่าความเหนียว การต้านแรงดึง ด้านแรงกระแทกสูงมาก ทนทานต่อสารเคมี ยกเว้นต่าง ได้แก่ เอสเทอร์ และคีโตน ดูดซึมน้ำได้ดี ป้องกันการซึมของน้ำ แก๊ส และกลิ่นต่าง ๆ ได้ดีมาก ป้องกันการซึมผ่านของไขมันและน้ำมันได้ดี แต่ต้องใช้งานภายใต้อุณหภูมิ 15-135 องศาเซลเซียส (Food Network Solution, 2022) ราคาถูก และช่วยให้ศัลยแพทย์สามารถทำงานได้ง่ายขึ้น สะดวก สอดคล้องกับผลการศึกษานำร่องเรื่อง ผลการทดลองใช้นวัตกรรมถุงรองรับชิ้นเนื้อแผนกห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ที่พบว่าสามารถลดการปนเปื้อนของสารคัดหลั่งและจากชิ้นเนื้อปนเปื้อนบาดแผล ภาวะการติดเชื้อที่บริเวณแผลผ่าตัดลดลงมากกว่าร้อยละ 98 ศัลยแพทย์ผู้ใช้งานเกิดความพึงพอใจร้อยละ 98.09 สามารถผลิตถุงรองรับชิ้นเนื้อใช้เอง มีคุณภาพราคาถูก ได้มาตรฐาน ลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการนำเข้าถุงรองรับชิ้นเนื้อจากต่างประเทศ ซึ่งถุงรองรับชิ้นเนื้อที่ผลิตขึ้นเอง คิดต้นทุนในการผลิตเฉลี่ยถุงละ 16.70 บาท (ถุงใส่ชิ้นเนื้อที่นำเข้าจากต่างประเทศ ถุงละ 330-800 บาท) หลังจากนำไปใช้กับผู้ป่วยจำนวน 2,750 case ในระยะเวลา 3 ปี 3 เดือนพบว่า ประหยัดค่าใช้จ่ายได้ทั้งสิ้น = $2,200,000 - 45,925 = 2,154,075$ บาท หรือเฉลี่ยเดือนละ 55,232 บาท (Teerapattanapong, 2022)

ผลลัพธ์การพยาบาลด้านความพึงพอใจที่มีต่อการให้การพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจที่มีต่อการให้การพยาบาลระดับมากที่สุด แต่ทั้งสองกลุ่มมีความพึงพอใจที่มีต่อการให้การพยาบาลแตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากความพึงพอใจที่เกิดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มนั้น เป็นความพึงพอใจในภาพรวมของการให้การพยาบาลภายใต้ทักษะของการสื่อสาร ทักษะทางการพยาบาล พฤติกรรมการดูแลของพยาบาล และการรับรู้ถึงความพึงพอใจ แต่สิ่งที่ทำให้เกิดแตกต่างกันในความพึงพอใจของทั้งสองกลุ่มคือ กลุ่มทดลองได้รับการดูแลที่มีมุ่งให้เกิดความไว้วางใจและพึงพอใจมากกว่าปกติ ประกอบไปด้วย การพยาบาลเพื่อบรรเทา (relieving) สร้างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย (Attraction of patient participation) การเคารพอย่างลึกซึ้ง (Deep of respecting) และการสื่อสารที่สร้างสรรค์ (Constructive communication) ซึ่งทุกส่วนต้องประกอบกัน (Salmani, Hasanvand, Bagheri, & Mandegar, 2017) ดังนั้นในอนาคตควรจะต้องมีการพัฒนากลยุทธ์ทางการปฏิบัติการพยาบาล นอกจากนี้ พยาบาลห้องผ่าตัดต้องสามารถนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการประเมิน วินิจฉัย วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาล ให้เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด ซึ่งเป็นความรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัดที่ต้องพัฒนาตนเองให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคม ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปในยุคปัจจุบัน โดยอาศัยความรู้ ความสามารถ ความชำนาญเฉพาะทาง และคุณสมบัติส่วนบุคคลที่จำเป็นต้องได้รับการฝึกฝนทักษะการปฏิบัติงานเป็นพิเศษ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย การปฏิบัติงานพยาบาลผ่าตัดมีความเสี่ยงต่อความเป็นความตายของผู้ป่วย ลักษณะงานจึงมีความเร่งรีบ รวดเร็ว มีความถูกต้องแม่นยำ มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่สูง และอาจเกิดปัญหาเฉพาะหน้าได้ตลอดเวลา ถึงแม้ว่าจะมีการวางแผนหรือคาดการณ์การผ่าตัดไว้ล่วงหน้าก็ตาม การเกิดความผิดพลาดในทีมผ่าตัด การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ ความล่าช้าในการผ่าตัด จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้ จากลักษณะงานดังกล่าว พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความสามารถพร้อมรับสถานการณ์ต่าง ๆ สามารถจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมเพื่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ได้มาตรฐานใน

การดูแลผู้ป่วยตามขอบเขตบทบาทหน้าที่ (Association of Perioperative Registered Nurses, 2013) ครอบคลุมทุกระยะการผ่าตัด ได้แก่ การพยาบาล ระยะก่อนผ่าตัด การพยาบาลระยะผ่าตัด และการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด โดยมีเป้าหมายสำคัญอยู่ที่การสร้างผลลัพธ์การพยาบาลที่ดียิ่งขึ้น (Maleewong & Prachusilpa, 2019)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ได้นำกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดอย่างเต็มรูปแบบ ทั้งการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่จะรับการผ่าตัดเพื่อการรักษา กระบวนการเตรียมความพร้อมสามารถดำเนินการร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพ โดยบทบาทของพยาบาลที่สำคัญอย่างยิ่งคือ การให้ความรู้เพื่อเตรียมผู้ป่วยผ่าตัด การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจเนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจมีความวิตกกังวล บางรายเครียดเพราะกลัวไม่ปลอดภัย บางรายตื่นเต้นกับประสบการณ์การผ่าตัดครั้งแรกในชีวิต พยาบาลห้องผ่าตัดจึงต้องสามารถวินิจฉัยปัญหาและประเมินผู้ป่วย และดำเนินการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยให้ตรงประเด็น

สำหรับการวิจัยครั้งนี้มีปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหลักดังนี้ (Chinnoros, 2016)

1. ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลก่อนผ่าตัด

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 : ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดไม่เพียงพอ
การพยาบาล

(1) อธิบายวิธีเตรียมตัวของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ร่วมกับแผนการรักษาของแพทย์ ประกอบด้วย

- การเตรียมผิวหนังก่อนผ่าตัด โดยการทำความสะอาดด้วยน้ำยา Hibiscrub/Povidine scrub โทนชน และทาผิวหนังหลังโทนชนแล้วด้วยน้ำยา 0.5% Tr. Hibitain in alcohol หรือ Povidine paint เพื่อลดจำนวนแบคทีเรียบริเวณผิวหนัง ป้องกันการอักเสบติดเชื้อของแผลผ่าตัด

- การทำความสะอาดร่างกายตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า ได้แก่ อาบน้ำ สระผม ตัดเล็บ ลบสีทาเล็บ เพื่อใช้ประเมินสีเล็บดูการไหลเวียนเลือดที่ปลายนิ้วส่วนปลาย (capillary filling time) เป็นต้น

- การเตรียมลำไส้ ได้แก่ การให้ยาระบายก่อนนอน การสวนอุจจาระก่อนผ่าตัด เพื่อทำความสะอาดลำไส้ใหญ่ ลดการสัมผัสปนเปื้อนจากอุจจาระ และช่วยไม่ให้ท้องผูกหรือเกิดการอัดแน่นของอุจจาระในลำไส้

- การให้ยากล่อมประสาทเพื่อให้สามารถนอนหลับได้ นิยมใช้ยา Valium (Diazepam) Lorazepam (Ativan) ก่อนนอนคืนวันก่อนผ่าตัด และ/หรือก่อนไปห้องผ่าตัด

- การงดอาหารและน้ำทางปากก่อนผ่าตัด 6-8 ชั่วโมง หรือหลังเที่ยงคืนก่อนวันผ่าตัด เพื่อให้ทางเดินอาหารว่าง ป้องกันการสำลักเศษอาหารเข้าระบบทางเดินหายใจ

(2) สอนการออกกำลังกายบนเตียง (Bed exercise) ประกอบด้วย

- การหายใจเข้าออกลึก ๆ ยาว ๆ (Deep breathing) โดยการสูดหายใจเข้าทางจมูกยาว ๆ กลั้นไว้ และหายใจออกทางปากยาว ๆ ในลักษณะพ่นลมหายใจออกทางปาก เพื่อส่งเสริมถุงลมเล็ก ๆ ในปอดให้ขยายตัวเต็มที่ พื้นที่ในการแลกเปลี่ยนแก๊สออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ในปอดเพิ่มขึ้น ทำให้การไหลเวียนเลือดดีขึ้น ป้องกันภาวะปอดอักเสบและปอดแฟบได้

- การไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough) เพื่อให้เสมหะออกจากปอดและทางเดินหายใจ โดยการทำ deep breathing ก่อน 4-5 ครั้ง และเมื่อหายใจเข้าครั้งสุดท้ายให้อ้าปากไอออกจากส่วนลึกของลำคอ

- การออกกำลังกายทั้ง 2 ข้าง เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนเลือด ลดการคั่งของเลือดดำส่วนปลายขา ป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำส่วนลึกของขา และส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา

- การพลิกตะแคงตัวซ้ายขวา เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนเลือด ป้องกันแผลกดทับ ทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้เคลื่อนไหวลดอาการท้องอืดและท้องผูก

(3) สอนและแนะนำการลุกออกจากเตียงลงมาเดินโดยเร็ว (Early ambulation) หลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง เพื่อให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้และป้องกันการเกิดพังผืดรัดลำไส้ (Adhesive band) ในระยะยาว ป้องกันการเกิด

ลิ้มเลือดในหลอดเลือดดำส่วนลึกของขา ส่งเสริมการไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ทำให้มีเลือดมาเลี้ยงแผลผ่าตัดดีขึ้น แผลผ่าตัดหายเร็วขึ้น

วิธีทำเริ่มจากการค่อย ๆ ไขหัวเตียงให้สูงขึ้นอยู่ในท่า Fowler's position ให้ผู้ป่วยนั่ง 1-2 นาที หลังจากนั้นจัดให้นั่งห้อยขาข้างเตียง แกว่งขา และค่อย ๆ ลูกจากเตียงลงยืนข้างเตียง พยาบาลช่วยพยุงผู้ป่วยเริ่มเดิน โดยเดินรอบ ๆ เตียงเป็นระยะสั้น ๆ ก่อน แล้วจึงเพิ่มระยะทางการเดินมากขึ้น ทำวันละ 2 ครั้ง ตอนเช้าและเย็น โดยมีข้อควรระวังคือ ขณะที่ไขหัวเตียง/ขณะผู้ป่วยนั่ง/ขณะลงเดิน หากผู้ป่วยมีอาการวิงเวียนศีรษะ หน้ามืด รู้สึกจะเป็นลม ให้หยุดพัก และหากมีอาการมากควรให้นอนพักบนเตียง ก่อนและหลังทำต้องประเมินผลการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพด้วย

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 : วิดกกังวล/กลัวต่อการผ่าตัด/การได้รับยาระงับความรู้สึก

การพยาบาล

- (1) ประเมินระดับและสาเหตุของความวิตกกังวล ดูแลเอาใจอย่างใกล้ชิดและให้ครอบครัวมีส่วนร่วม
- (2) ให้ข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับการผ่าตัดตามความจำเป็น แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด สภาพของห้องผ่าตัด สภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัด การจัดการความปวดหลังผ่าตัด เป็นต้น
- (3) ส่งเสริมวิธีผ่อนคลายต่าง ๆ เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง ฟังเทปธรรมะ หรือให้พูดคุยกับผู้ที่เคยผ่าตัดมาก่อนและการผ่าตัดได้ผลดี เป็นต้น
- (4) ดูแลให้ได้รับยา pre-medication ที่มีฤทธิ์ลดความวิตกกังวล

2. ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระหว่างผ่าตัด

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 : เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัด (Surgical site infection) เนื่องจากการปนเปื้อนสัมผัสเชื้อขณะผ่าตัด

การพยาบาล

- (1) ดูแลไม่ให้เกิดการสัมผัสเชื้อ ซึ่งจะให้เกิดการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ดังนั้น บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด ควรปฏิบัติดังนี้
 - ดูแลสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัดให้สะอาด
 - ปฏิบัติตามหลักการทำให้ปราศจากเชื้ออย่างเคร่งครัด
 - หลีกเลี่ยงการสนทนาระหว่างผ่าตัด โดยใช้สัญลักษณ์แทนคำพูด
 - หลีกเลี่ยงการเข้าออกระหว่างภายในและภายนอกห้องผ่าตัดโดยไม่จำเป็น
 - ควบคุมจำนวนคนที่เข้ามาในห้องผ่าตัด

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 : เสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุตกเตียง หรืออันตรายจากการใช้อุปกรณ์ไฟฟ้า

การพยาบาล

- (1) รัดเข็มขัดให้ลำตัว แน่น ขา ผูกยึดติดกับเตียงตลอดเวลาเพื่อป้องกันการตกเตียง ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น แผลกดทับ เป็นต้น
- (2) ดูแลไม่ให้เกิดอันตรายจากอุปกรณ์ไฟฟ้า ซึ่งเป็นหน้าที่รับผิดชอบของทีมแพทย์และพยาบาลห้องผ่าตัด ดังนี้
 - ศึกษาคู่มือการใช้อุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ ให้เข้าใจ และปฏิบัติตามคู่มือ
 - ตรวจสอบอุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ ให้อยู่ในสภาพดี ใช้การได้
 - ทำความสะอาดและเก็บรักษาอุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ ให้ถูกวิธี

(3) การเตรียมความพร้อมด้านสถานที่และอุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ ในห้องผ่าตัด

- อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ประจำห้อง ต้องมีครบและพร้อมใช้งาน ประกอบด้วย เตียงผ่าตัด พร้อมอุปกรณ์ประกอบเตียง โต๊ะโค้งวางเครื่องมือ (instrument table) โต๊ะเล็กวางเครื่องมือ (Mayo table) โต๊ะสี่เหลี่ยม วางเสื้อกาวน์ ถุงมือ (Table for gown & gloves) ถังรองรับผ้าซับโลหิต ถังขยะทั่วไป เครื่องจี้ไฟฟ้า (Electrosurgical unit) ตู้ไฟสำหรับดูภาพถ่ายรังสี จอเครื่องเฝ้าระวังสัญญาณต่าง ๆ (Monitoring equipment) เครื่องดูดเสมหะ และ อุปกรณ์สำหรับให้ยาระงับความรู้สึก

- การเตรียมถุงรองรับชิ้นเนื้อที่ประดิษฐ์ขึ้นเพื่อการใช้งาน ตรวจสอบการรั่ว/ขาดของถุงรองรับชิ้นเนื้อ จากนั้นนำไปทำให้ปราศจากเชื้อด้วยวิธีอบแก๊ส Ethylene Oxide ตรวจสอบการรั่วของถุงที่ใช้ห่อหุ้มถุงรองรับชิ้นเนื้อ ก่อนใช้งาน หยิบใช้ด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ (Teerapattanapong, 2022)

- อุณหภูมิและความชื้นในห้องผ่าตัด โดยควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ระหว่าง 68-73 องศาฟาเรนไฮต์หรือ 20-22 องศาเซลเซียส ความชื้นสัมพัทธ์ 30-60% เพื่อลดการเจริญเติบโตของแบคทีเรีย และอันตรายจากไฟฟ้าสถิต ป้องกันการเกิดภาวะขาดน้ำ (Dehydration) ของผู้ป่วยและเนื้อเยื่อที่ทำผ่าตัด ลดการเสียเหงื่อและช่วยถ่ายเทยาสลบ มีให้คงอยู่ในห้องผ่าตัด

- แสงสว่างในห้องผ่าตัดจากไฟฝังเพดาน ไฟส่องผ่าตัด (Spot light) ที่อยู่เหนือเตียงผ่าตัด ปรับระดับ ได้รอบทิศทาง ส่องไฟได้ลึก ดูแลให้ความร้อนและเกิดงานน้อยที่สุด ไฟฉุกเฉินพร้อมใช้ทันที

- พื้นห้อง ผนังห้อง และเพดาน เป็นวัสดุผิวเรียบ ไม่เป็นตัวนำไฟฟ้า ไม่เกิดแสงสะท้อน ตู้เก็บวัสดุ ผึงอยู่ในผนังมีกระจกปิด สีทามันและเพดานในห้องผ่าตัดเป็นสีเย็นตา

- ความปลอดภัยของเครื่องใช้ไฟฟ้า เช่น ไฟผ่าตัด เครื่องจี้ไฟฟ้า (Electric cautery/Bovie machine) เครื่องใช้ไฟฟ้าที่ใช้ผ่าตัดเฉพาะอย่าง เช่น เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นต้น

- การทำความสะอาดห้องผ่าตัด โดยอุปกรณ์เครื่องใช้ทั่วไป ทำความสะอาดตอนเช้าทุกวันด้วย น้ำสะอาดและผงซักฟอก โดยทำให้เสร็จ 1-2 ชั่วโมงก่อนจึงเริ่มผ่าตัด กรณีทำความสะอาดสิ่งสกปรก สารคัดหลั่ง เลือด จากตัวผู้ป่วยโดยเช็ดและฆ่าเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ เมื่อผ่าตัดเสร็จเช็ดทำความสะอาดพื้นห้องและอุปกรณ์ที่ปนเปื้อน ก่อนเริ่มผ่าตัดรายต่อไป

- การทำให้ปราศจากเชื้อสำหรับเครื่องใช้ในห้องผ่าตัด โดย 1) นึ่งโดยใช้ความร้อนภายใต้ความดัน (Steam sterilization) ที่อุณหภูมิ 250°F หรือ 121°C ที่ความดันไอน้ำ 15 ปอนด์/ตารางนิ้ว ระยะเวลา 15 นาที หรือ อุณหภูมิ 270°F หรือ 132°C ที่ความดันไอน้ำ 27-30 ปอนด์/ตารางนิ้ว ระยะเวลา 3 นาที 2) ใช้สารเคมีที่เป็นสารละลาย เช่น alcohol 70-90%, Cidex 2%, Formalin 38%, Phenol 3%, Zephiran และ 3) อบแก๊ส ethylene oxide และ hydrogen peroxide ตรวจสอบประสิทธิภาพของการทำให้ปราศจากเชื้อ โดยใช้แถบกระดาษ (Autoclaving test tape) หรือ indicator ทดสอบ

3. ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหลังผ่าตัด

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 : การแลกเปลี่ยนแก๊สลดลง/เสี่ยงต่อภาวะร่างกายได้รับออกซิเจน ไม่เพียงพอ เนื่องจากทางเดินหายใจถูกปิดกั้นจากสาเหตุดังนี้ มีเสมหะคั่งค้างจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย สำลักเสมหะหรืออาเจียน ล้มตกลงไปข้างหลังและอุดกั้นทางเดินหายใจจากการควบคุมกล้ามเนื้อของกรามและลิ้นเสียไป การหดเกร็งของกล่องเสียง (larynx) จากการใส่ท่อทางเดินหายใจ หรือผลของยาระงับความรู้สึก การหดเกร็งของหลอดลม ปอดจากการเป็นโรคของทางเดินหายใจมาก่อน เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น

การพยาบาล

(1) ประเมินระดับความรู้สึกตัว ประเมินลักษณะผิดปกติของการหายใจ การอุดกั้นของทางเดินหายใจและ รีเฟล็กซ์ต่าง ๆ เช่น รีเฟล็กซ์การกลืน อาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน ได้แก่ กระสับกระส่าย ตัวเขียว

เล็บมือเล็บเท้าชิด หายใจลำบาก หายใจเสียงดัง รีบให้ออกซิเจนทันที และเตรียมเครื่องมือช่วยฟื้นคืนชีพ

(2) ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการจัดท่านอน ในระยะแรกที่ยังไม่รู้สีกตัว จัดนอนหงายราบเอียงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง หรือจัดให้อยู่ในท่านอนตะแคง เพื่อให้เสมหะในปากไหลออกได้ดี เมื่อรู้สึกตัวดีและสัญญาณชีพปกติ จัดให้นอนศีรษะสูง 30-45 องศา (ถ้าไม่มีข้อห้าม) กระตุ้นให้พลิกตัวทุก 1-2 ชั่วโมง

(3) ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา

(4) เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัว กระตุ้นให้ทำ deep breathing และ effective coughing ถ้าไม่รู้สึกตัวอาจจำเป็นต้องดูดเสมหะให้

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 : เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัด (Surgical site infection) เนื่องจากการปนเปื้อนสัมผัสเชื้อขณะผ่าตัด

การพยาบาล

(1) วัดสัญญาณชีพ ประเมินไข้

(2) ประเมินอาการของการติดเชื้อ ได้แก่ แผลผ่าตัดบวม แดง ร้อน มีหนองหรือสิ่งคัดหลั่งซึม

(3) ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล

(4) ดูแลความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อม

(5) แนะนำการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เช่น ไม่เปิดแผล ไม่ให้แผลถูกน้ำหรือสกปรก

4. ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลและการมาตรวจตามนัด คิดเป็นร้อยละ 100 เนื่องจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงโดยมีเป้าหมายให้ตนหายขาดจากโรคที่ป่วย ทั้งนี้ การปฏิบัติตนเกิดขึ้นได้จากสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่ง Becker and Maiman (1975) กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือการเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง สภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้นด้วยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ได้แก่ ระดับความสนใจ ความใส่ใจ ทศนคติและค่านิยมทางด้านสุขภาพ เป็นต้น

5. ด้านคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีมากและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยทุกคนต้องการให้สุขภาพของตนกลับสู่ความเป็นปกติสุข สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ซึ่งถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐานการดำรงชีวิต (Standard of living) มาตรฐานความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันเกี่ยวข้องกับตัวบุคคลโดยเฉพาะสุขภาพด้านร่างกาย (Physical domain) การรับรู้สุขภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เกิดการรับรู้สุขภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกาย การรับรู้ถึงผละกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าตนไม่ต้องพึ่งพายาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยทุกคนเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี (Becker & Maiman, 1975) อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่สำคัญอีกประการ คือ การรับรู้สุขภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า ความวิตกกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อ

ต่าง ๆ ของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต สามารถเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ได้ รวมทั้งการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย ปัจจัยเหล่านี้เป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยสามารถเป็นต้นแบบของการประติรูปคิดค้นนวัตกรรมทางการแพทย์อย่างง่าย ๆ ขยายสู่การทำวิจัยทางการพยาบาลอย่างเต็มรูปแบบ ซึ่งพัฒนากระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับนวัตกรรมถุงรองรับชิ้นเนื้อที่ประติรูปขึ้น ทั้งนี้ ทำให้ได้มาซึ่งองค์ความรู้ใหม่และต่อยอดงานวิจัยซึ่งมีคุณค่าต่อวิชาชีพการพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยในครั้งต่อไปควรมุ่งเน้นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ผลงานที่เป็นนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพมากขึ้น เพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ รวมทั้งการลดต้นทุนค่าใช้จ่ายเพื่อการให้บริการทางการแพทย์ องค์กรควรส่งเสริมโครงการวิจัยที่มีการต่อยอดองค์ความรู้ และดำเนินการวางแผน พร้อมจัดสรรงบประมาณสนับสนุนงานด้านนี้ในระยะยาว

References

- Association of Perioperative Registered Nurses. (2013). *Perioperative standards and recommended practices*. Denver (CO): AORN.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). The health belief model: Origins and correlation in psychological theory. *Health Education Monography*, 2, 336-385.
- Chinnoros, S. (2016). *Surgical nursing textbook No.4*. Bangkok: Ramathibodi school of nursing, Faculty of medicine, Mahidol university.
- Food Network Solution. (2022). *Polyvinyl chloride*. Retrieved from <http://www.foodnetworksolution.com>.
- Johnson, N., Barlow, D., Lethaby, A., Tavender, E., Curr, L., & Garry, R. (2015). Methods of hysterectomy: Systemic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMJ Journal*, 330(7506), 1478-85. doi: 10.1136/bmj.330.7506.1478.
- Maleewong, K., & Prachusilpa, G. (2019). A study of nursing outcome indicators for patients with intestinal ostomy. *Vajira Medical Journal*, 63(4), 271-82.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2022). *Nursing outcomes classification (NOC) measurement of health outcomes (7th)*. River port Land: Elsevier Inc.
- Prathanvanich, P. (2016). Single incision laparoscopic cholecystectomy: SILC. *Health Bangkok*, 4(2), 6-8.
- Salmani, N., Hasanvand, S., Bagheri, I., & Mandegar, S. (2017). Nursing care behaviors perceived by parents of hospitalized children: A qualitative study. *International Journal of Pediatrics*, 5(7), 5379-5389.
- Singh, S., Singh, P., & Singh, G. (2009). Systemic inflammatory response syndrome outcome in surgical patients. *Indian Journal of Surgery*, 71(4):206-9.

- Stavroulis, A., Memtsa, M., & Yoong, W. (2013). *Methods for specimen removal from the peritoneal cavity after laparoscopic excision*. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1111/j1744-4667.2012.00148>.
- Teerapattanapong, S. (2022). *Kalasin Specimen Retrieval Bag for Laparoscopic Surgery*. Khonkaen: Health District Office.

การพัฒนาโปรแกรมสุขภาวะของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตำบลปราสาท อำเภอบ้านดำน จังหวัดบุรีรัมย์

นนุช หอมเนียม, พย.ม.^{1*} มุขจรินทร์ สมคิด, พย.ม.¹ รัชณี ผิวผ่อง, พย.ม.¹ สุภาพร มะรังษี, พย.ม.¹
สุจิตรา ยางนอก, ศศ.ม.² เยี่ยม คงเรืองราช, พย.ม.³ วาสுகี สายเพ็ชร, ส.ม.⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาวะของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตำบลปราสาท อำเภอบ้านดำน จังหวัดบุรีรัมย์ ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสุขภาวะและสภาพปัญหา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง 175 คน และตัวแทนชุมชน 5 คน ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมสุขภาวะ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเองของ Bandura (1997) ประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของโปรแกรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 37 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามสุขภาวะแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบบันทึกสุขภาพ ดำเนินการวิจัยในช่วงเดือน มีนาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา วิเคราะห์เชิงเนื้อหา และสถิติ

ผลการวิจัย พบว่า 1) โปรแกรมสุขภาวะผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ชุดกิจกรรมประเมินตนเอง และสร้างความตระหนักรู้ในคุณค่าแห่งตน ชุดกิจกรรมฝึกปฏิบัติเพื่อสร้างสุขภาวะ และชุดกิจกรรมคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาวะ 2) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับสุขภาวะโดยรวมเฉลี่ย ($\bar{x} = 4.51$, $SD = 0.34$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{x} = 4.05$, $SD = 0.47$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -4.719$, $p < .001$) และมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($t = 4.262$, $p < .001$) ค่าความดันไดแอสโตลิกลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($t = 6.169$, $p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมสุขภาวะไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนาโปรแกรม สุขภาวะ ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง

¹ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

² อาจารย์ประจำคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

³ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

⁴ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปราสาท

* ผู้เขียนหลัก e-mail: nongnuch.hn@bru.ac.th

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ประจำปีงบประมาณ 2565 และมหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

The Development of a Well-being Program for The Elderly with Hypertension in the Prasat Sub-District, Bandan District, Buriram Province

Nongnuch Hormniam, M.N.S.^{1*}, Mukjarin Somkid, M.N.S.¹, Ratchanee Piwpong, M.N.S.¹,
Supaporn Marangsee, M.N.S.¹, Sujitra Yangnok, M.A.², Yiam Kongreungrat, M.N.S.³,
Wasugree Saipech, M.P.H.⁴

Abstract

This research aimed to develop and study the effects of a well-being program for the elderly with hypertension in the Prasat Sub-District, Bandan District, Buriram Province. This study was conducted from March to October 2022. This research had three phases: Phase 1: the well-being and disease conditions were examined. The study included 175 elderly hypertensive individuals and five community representatives. Phase 2: Developed a well-being program based on Bandura's self-efficacy theory (1997). Five experts estimated the appropriateness and feasibility of the programs. Phase 3: Trial and evaluation. The sample group consisted of elderly individuals with high blood pressure. The experimental and control groups comprised 37 individuals each. The research tools consisted of a well-being questionnaire, an in-depth interview, and a health record form. The data were analyzed using descriptive statistics, content analysis, and t-tests.

The findings were as follows: 1) The well-being program for the elderly with hypertension consisted of self-assessment and self-worth awareness activities, well-being practice activities, and well-being behavior maintenance activities. 2) Following the intervention program, the participants' overall well-being mean scores ($\bar{x} = 4.51$, $SD = 0.34$) were higher than those in the control group ($\bar{x} = 4.05$, $SD = 0.47$), which was statistically significant at the .05 level ($t = -4.719$, $p < .001$). The mean systolic blood pressure was lower after joining the intervention program ($t = 4.262$, $p < .001$) than the scores in the pre-intervention phase ($t = 6.169$, $p < .001$) at the level of statistical significance .05. When comparing the experimental group with the control groups, the mean blood pressure was not significantly different.

The findings suggest that nurses and healthcare providers could apply the results to develop programs to promote the health of older adults with hypertension and other non-communicable diseases.

Key words: Program development, well-being, elderly, hypertension

¹ Lecturer, Faculty of Nursing, Buriram Rajabhat University

² Lecturer, Faculty of Humanities and Social Sciences, Buriram Rajabhat University

³ Lecturer, Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

⁴ Director of Prasat Health Promoting Hospital

* Corresponding author e-mail: nongnuch.hn@bru.ac.th

บทนำ

ประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมที่มีผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ เมื่อปี พ.ศ. 2564 คือ มีผู้สูงอายุร้อยละ 20 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 และพบว่าร้อยละ 95 ของผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคและมีปัญหาสุขภาพ (Department of Health, 2021) ที่มาจากการเสื่อมของร่างกายหรือการหย่อนสมรรถภาพในด้านต่าง ๆ ที่เพิ่มขึ้นตามอายุ ส่งผลต่อการเพิ่มอุบัติการณ์โรคติดต่อไม่เรื้อรังอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดและมีความชุกตามอายุที่เพิ่มขึ้น (Chantakeeree, Sormunenc, Jullamate, & Turunena 2022) จากผลการสำรวจสุขภาพ พ.ศ. 2562 - 2563 พบว่าประชาชนไทยมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25.4 จากร้อยละ 24.7 ในปี 2557 (Division of Non Communicable Diseases, Ministry of Public Health, 2022) สาเหตุหลักร้อยละ 90 เกิดจากพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง ขาดการออกกำลังกาย น้ำหนักตัวเกิน มีภาวะเครียดสะสม มักไม่ปรากฏอาการในระยะเริ่มแรก จะมีอาการและอาการแสดงเมื่อค่าความดันโลหิตสูงในระดับปานกลางถึงระดับสูง เช่น อาการปวดศีรษะ ตามัวมองไม่เห็น เหนื่อยง่าย ใจสั่น มือเท้าชา แขนขาอ่อนแรง ซึ่งอาการดังกล่าวส่งผลต่อความสามารถของร่างกายในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ลดลง เกิดภาวะเครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพตนเอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและมีกิจกรรมทางปัญญา รวมทั้งคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้ป่วยที่ลดลง หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรได้ (Alencar & Sardinha, 2019; Songwatthanayuth & Sirikunwivat, 2019; Tudsri & Nakklung, 2018) สำหรับแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติมักรักษาด้วยยา แต่อาจเกิดผลข้างเคียงตามมาจากรับประทานยาเป็นเวลานาน ดังนั้น ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมด้วย (Supasri, Wungrath, & Boonchieng, 2021) ซึ่งการจัดกิจกรรมเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพให้ครอบคลุมมิติสุขภาพและมิติทั่วไปให้มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อกัน โดยมีมิติสุขภาพได้แก่ ด้านกายจิต สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณ เช่น การออกกำลังกาย การลดปริมาณโซเดียม การไม่ดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ การผ่อนคลายความเครียด การสนับสนุนจากครอบครัว การปรับเปลี่ยนทัศนคติในเชิงบวก เป็นต้น และมีมิติทั่วไปที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับชุมชน สังคมที่มีส่วนช่วยให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การส่งเสริมสุขภาพจากสถานบริการสุขภาพในชุมชน แหล่งอาหารที่เอื้อต่อสุขภาวะ เป็นต้น จะเป็นกุญแจสำคัญในการควบคุมระดับความดันโลหิต (Chantakeeree et al, 2022; Naidoo & Wills, 2016; Sukadisai, Malapoot, & Kittianusan, 2015; Sukolpuk, Thanirat, Radabutr, Dechpoonyachit, & Muntraporn, 2018) หากสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีจะส่งผลต่อระดับความผาสุกและสุขภาวะที่ดี (Alencar & Sardinha, 2019; Kim, Jang, Park, & Min, 2020; Tudsri & Nakklung, 2018) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพฤติกรรมสุขภาพจะสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยบุคคลมีความสามารถที่จะควบคุมความคิด การตั้งใจ และการกระทำของตนเองเมื่อได้รับการฝึกฝน ได้รับการสนับสนุน ได้เห็นตัวอย่างที่ดี และมีความพึงพอใจในการกระทำที่มีความสำเร็จนั้น (Bandura, 1997; Kim et al., 2020; Supasri et al., 2021) สอดคล้องกับการศึกษาถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น รวมทั้งมีระดับความดันโลหิตลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Nakklung & Tudsri, 2017; Supasri et al., 2021; Thaprawat, Apinundecha, & Limtoprasert, 2021)

ชุมชนตำบลปราสาท อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ มีประชากรผู้สูงอายุ 1,573 คน คิดเป็นร้อยละ 17.64 ของประชากรทั้งหมด มีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมากที่สุดจำนวน 1,378 คน (ร้อยละ 87.60) โดยกลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 320 คน (ร้อยละ 23.22) มีสถิติเข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่คิดเป็นร้อยละ 29 ซึ่งถือเป็นโรคที่มีอัตราการเกิดโรคและมีสถิติการเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพ

สูงที่สุดในปี พ.ศ. 2564 (Prasart Health Promoting Hospital, 2021) จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นพบว่าชุมชนมีที่ตั้งอยู่ติดกับเขตอำเภอเมือง มีวิถีการดำเนินชีวิตที่เน้นความสะดวกสบาย ร่วมกับยังมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงที่หาซื้อได้ง่ายจากตลาดชุมชน ขาดการออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นต้น หน่วยงานสาธารณสุขในชุมชนได้ดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพแต่ยังไม่ครอบคลุมสุขภาวะด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ร่วมกับอัตราการเกิดโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตัวแทนชุมชนต้องการให้ทุกภาคส่วนร่วมมือกันพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยเน้นการประยุกต์ให้ใช้ได้จริงในชุมชนและเกิดความยั่งยืน

ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมสุขภาวะของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลปราสาท โดยเน้นให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถของตนเองอันจะเป็นปัจจัยสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการลดค่าระดับความดันโลหิตอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

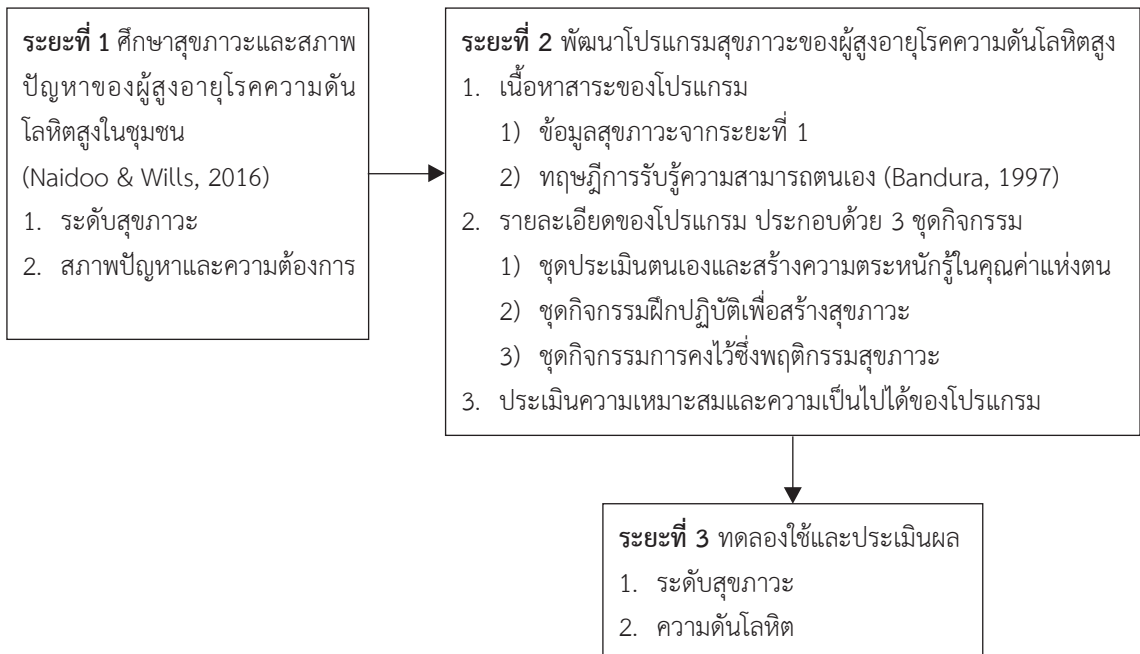
1. เพื่อศึกษาสุขภาวะและสภาพปัญหาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมสุขภาวะของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
3. เพื่อศึกษาระดับสุขภาวะและระดับความดันโลหิตหลังการใช้โปรแกรมสุขภาวะของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

สมมติฐาน

1. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาวะของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีระดับสุขภาวะโดยรวมเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาวะของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีค่าความดันซิสโตลิกและค่าความดันไดแอสโตลิก ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
3. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาวะของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีค่าความดันซิสโตลิกและค่าความดันไดแอสโตลิก ต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดสุขภาวะของไนตู และวิลส์ (Naidoo & Wills, 2016) เชื่อว่าการมีสุขภาวะมาจากการมีมิติสุขภาพที่ดี ประกอบด้วยด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณและสุขภาพทางเพศ และมิติทั่วไป ประกอบด้วย สุขภาวะด้านสังคมพื้นฐานและสิ่งแวดล้อม ที่มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงสัมพันธ์กันและมีอิทธิพลต่อกัน เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีผลกระทบจากสภาวะสุขภาพหรือมีความเสื่อมโทรมของร่างกายจะไม่สามารถทำกิจกรรมทางสังคมได้เหมือนเดิม การสนับสนุนจากชุมชน สังคมจึงมีความสำคัญ การส่งเสริมสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณเพื่อให้ผู้สูงอายุมีระดับสุขภาวะที่ดี จะเป็นการชะลอกระบวนการเสื่อมถอยของร่างกาย ยังเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อดำรงชีวิตที่มีคุณภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่เชื่อว่าเมื่อบุคคลมีความเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะดำเนินพฤติกรรมเสริมสร้างสุขภาพที่ดี จะเป็นปัจจัยสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้ไปในทางที่ดีขึ้นได้ ซึ่งมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุทั้งด้านการควบคุมระดับความดันโลหิตและลดภาวะแทรกซ้อน และการมีสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืนต่อไป ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยและพัฒนานี้ ดำเนินการวิจัยในช่วงเดือนมีนาคม ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 แบ่งระยะการวิจัยเป็น 3 ระยะ มีระเบียบวิธีการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ศึกษาสุขภาวะและสภาพปัญหา แบ่งประชากรและกลุ่มตัวอย่างได้ 2 กลุ่ม 1) ทำการศึกษาสุขภาวะในผู้สูงอายุ โดยประชากรเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคร่วมอื่น ๆ ที่มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในตำบลปราสาท จำนวน 320 คน กำหนดเกณฑ์ขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ได้จำนวน 175 คน มีเกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง สามารถอ่านออก เขียนภาษาไทยได้ และสมัครใจในการตอบแบบสอบถาม 2) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนาสุขภาวะกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านเวชกรรมสังคมในชุมชนจำนวน 1 คน แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 2 คน และแกนนำผู้สูงอายุจำนวน 2 คน รวมเป็นจำนวน 5 คน

ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมสุขภาวะของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของโปรแกรมเป็นผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมสังคม อาจารย์พยาบาลที่มีคุณวุฒิปริญญาเอกด้านการวิจัยและประเมินผล อาจารย์พยาบาลคุณวุฒิปริญญาเอกเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่ปฏิบัติงานในชุมชน และนักวิชาการสาธารณสุขระดับชำนาญการพิเศษ

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการร่วมกิจกรรม สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ และสมัครใจเข้าร่วมตลอดระยะเวลาในการวิจัยครั้งนี้ แล้วทำการสุ่มแบบไม่เจาะจง (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่คืนกลับ จากจำนวน 18 หมู่บ้านที่อยู่ในพื้นที่ของตำบลปราสาท เพื่อสุ่มหมู่บ้าน

เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้หมู่บ้านที่เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 9 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1-4 หมู่ 6 หมู่ 8 หมู่ 9 หมู่ 14 และหมู่ 18 แล้วคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างหมู่บ้านละ 8 - 9 คน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 74 คน ทำการจับคู่โดยพิจารณาจากอายุ ระดับความดันโลหิต และดัชนีมวลกาย (BMI) ที่ใกล้เคียงกัน โดยใช้ข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพชุมชนครั้งล่าสุด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 37 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามสุขภาวะของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 11 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบประเมินสุขภาวะของผู้สูงอายุ ครอบคลุมสุขภาวะด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยดัดแปลงจากงานวิจัยของ Sukadisai et al. (2015) ที่สร้างมาจากแนวคิดสุขภาวะของไนดูและวิลส์ (Naidoo & Wills, 2009) เป็นคำถามปลายเปิดจำนวน 42 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่มีพฤติกรรมมากที่สุด ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด เมื่อนำข้อมูลมาแจกแจงความถี่แล้วจะใช้คะแนนเฉลี่ยมาพิจารณาระดับสุขภาวะตามเกณฑ์ (Srisa-ad, 2012) ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง มีสุขภาวะอยู่ในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง มีสุขภาวะอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง มีสุขภาวะอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง มีสุขภาวะอยู่ในระดับน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง มีสุขภาวะอยู่ในระดับน้อยที่สุด นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน มีค่าเท่ากับ 0.92 และทดสอบค่าความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนใกล้เคียงจำนวน 30 คน มีค่าเท่ากับ 0.80

1.2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแนวคำถามปลายเปิดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ประกอบด้วย 1) สภาพปัญหาสุขภาวะของผู้สูงอายุ 2) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการเสริมสร้างสุขภาวะ 3) ความต้องการในการพัฒนาสุขภาวะ และ 4) ปัจจัย ปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลการเสริมสร้างสุขภาวะพร้อมการหาแนวทางแก้ไข นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน มีค่าเท่ากับ 1

1.3 แบบบันทึกสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้น มี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นความรู้ทั่วไปของโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้นำไปศึกษาและประเมินตนเอง ส่วนที่ 2 เป็นแบบบันทึกสุขภาพ ประกอบด้วยข้อมูลความดันโลหิต ชีพจร ของกลุ่มตัวอย่างขณะเข้าร่วมโปรแกรม ทำการบันทึกโดย อสม. และข้อมูลการรับประทานยา การออกกำลังกาย การฝึกสมาธิ/ เจริญสติ ทำการบันทึกโดยกลุ่มทดลอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

2.1 โปรแกรมสุขภาวะของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีรายละเอียด ดังนี้ วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินกิจกรรม ระยะเวลา อุปกรณ์ที่ใช้ และการประเมินผลจากกิจกรรม ที่ครอบคลุมกิจกรรมสุขภาวะทั้ง 5 ด้าน ตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ รวมพิจารณาถึงรูปแบบ ระยะเวลา กิจกรรม สื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย กับผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน

2.2 อุปกรณ์ที่ใช้ในโปรแกรมสุขภาวะของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ ยี่ห้อ OMRON รุ่น HEM-7121 ที่ควบคุมคุณภาพจาก รพ.สต. ในชุมชน

วิธีการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ศึกษาสุขภาวะและสภาพปัญหา โดยศึกษาสุขภาวะในมิติสุขภาพผ่านการสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 175 คน ซึ่งในการวิจัยไม่ได้นำสุขภาวะทางเพศมาศึกษาเนื่องจากผู้สูงอายุไม่พร้อมให้ข้อมูล และทำการศึกษาสภาพปัญหา และความต้องการพัฒนาสุขภาวะของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนจำนวน 5 คน โดยมีการดำเนินงาน ดังนี้

1. ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในตำบลหลังจากได้รับอนุมัติจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ เพื่อขอความร่วมมือให้คัดเลือกตัวแทนแกนนำ อสม. เพื่อเป็นผู้ช่วยนักวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. คณะผู้วิจัยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่ อสม. ที่เป็นผู้ช่วยนักวิจัย โดยอธิบายโครงการวิจัย ความรู้ทั่วไปของโรคความดันโลหิตสูง การเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต รายละเอียดเครื่องมือวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนฝึกทักษะการวัดความดันโลหิต ซึ่พจร รวมทั้งสร้างช่องทางออนไลน์สำหรับการติดต่อสื่อสาร

3. เก็บข้อมูลระดับสุขภาวะของผู้สูงอายุ โดยมีผู้ช่วยนักวิจัย ช่วยเก็บข้อมูล

4. คณะผู้วิจัยนัดหมายและดำเนินการสนทนาเชิงลึกกับผู้เกี่ยวข้องในชุมชนจำนวน 5 คน

ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมสุขภาวะของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาพัฒนาโปรแกรมตามความต้องการของชุมชน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง ทำการประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของโปรแกรม แล้วปรับโปรแกรมตามข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผล คณะผู้วิจัยดำเนินการโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่มาตรวจและรับยาตามนัดที่ รพ.สต. ในพื้นที่ที่กำหนดไว้ ดำเนินการ 8 สัปดาห์ ดังนี้

กลุ่มควบคุม โดยชี้แจงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งประเมินสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ วัดความดันโลหิต ซึ่พจร และประเมินระดับสุขภาวะครั้งที่ 1 (Pre test) รับการรักษาตามปกติ จากนั้นดำเนินการรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 (Post test) ในสัปดาห์ที่ 8 โดยมีคณะผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยช่วยเก็บข้อมูล

กลุ่มทดลอง ชี้แจงกระบวนการตามกิจกรรมในโปรแกรม โดยใช้สถานที่เป็นศาลาวัดบ้านปราสาท มีคณะผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูล มีการดำเนินงานตาม 3 ชุดกิจกรรม ประกอบด้วย

ชุดกิจกรรมที่ 1 ประเมินตนเองและสร้างความตระหนักรู้ในคุณค่าแห่งตน ดำเนินการสัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง โดยการสร้างสัมพันธภาพ ประเมินตนเองและการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 (Pre test)

ขั้นตอนที่ 2 ฝึกปฏิบัติเพื่อสร้างสุขภาพ ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2 - 4 ใช้ระยะเวลาสัปดาห์ละ 3 ชั่วโมง โดยมีกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพครอบคลุม 5 ด้าน

ขั้นตอนที่ 3 การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ ดำเนินกิจกรรมที่บ้านในสัปดาห์ที่ 5 - 8 โดยมีผู้ช่วยนักวิจัยติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 6 และ 8 และรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 (Post test) ในสัปดาห์ที่ 8

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยใช้วิธีการจับประเด็น และวิเคราะห์ความเชื่อมโยงของกลุ่มข้อมูล

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับสุขภาวะ และค่าความดันโลหิต ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test

4. การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองด้วยสถิติทดสอบ Dependent sample t-test

จริยธรรมการวิจัย

คณะผู้วิจัยดำเนินการวิจัยภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ หมายเลขใบอนุญาต เลขที่ 002/2565 ลงวันที่ 12 มกราคม 2565 และพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย และให้เซ็นลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ

ผลการวิจัย

1. สุขภาวะและสภาพปัญหาของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมโรคความดันโลหิตสูง จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่าง 175 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 60.7 มีอายุเฉลี่ย 70 - 79 ปี (ร้อยละ 39.9) จบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 82.1) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 61.3) อาศัยอยู่กับบุตรและหลาน (ร้อยละ 37) มีโรคประจำตัวอื่น ๆ นอกเหนือจากโรคความดันโลหิตสูง เช่น โรคภูมิแพ้ โรคกระดูกพรุน เป็นต้น (ร้อยละ 13.9) ไม่เคยมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ (ร้อยละ 85) แต่พบว่าปัจจุบันยังสูบบุหรี่ (ร้อยละ 9.2) ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 67.6) แต่พบว่ายังกินทุกวัน (ร้อยละ 6.4) และข้อมูลระดับสุขภาวะทั้ง 5 ด้านโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{x} = 4.01$, $SD = 1.13$) ส่วนสุขภาวะรายด้านเรียงตามลำดับ ดังนี้ ระดับสูงมากที่สุด คือ ด้านจิตวิญญาณ ($\bar{x} = 4.23$, $SD = 1.76$) ระดับสูงมาก ได้แก่ ด้านจิตใจ ($\bar{x} = 4.07$, $SD = 0.925$) ด้านร่างกาย ($\bar{x} = 3.97$, $SD = 0.97$) ด้านสังคม ($\bar{x} = 3.94$, $SD = 1.05$) และด้านอารมณ์ ($\bar{x} = 3.82$, $SD = 0.96$) และนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน สุขภาวะด้านร่างกายพบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากไม่ตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ และผู้สูงอายุบางส่วนไม่เห็นถึงความสำคัญของการมีพฤติกรรมสุขภาพ โดยมองว่าการรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตเป็นการรักษาที่ครอบคลุมอยู่แล้ว และยังมีผู้สูงอายุหลายรายไม่มาตามนัดเนื่องจากไม่มีอาการผิดปกติจากโรค สุขภาวะมิติทั่วไป พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาวะในชุมชนได้อย่างทั่วถึง มีการจัดกิจกรรมคัดกรอง และส่งเสริมสุขภาพประจำปี โดยให้คำแนะนำเบื้องต้นในการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การงดดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ เป็นต้น แต่ยังไม่ครอบคลุมด้านจิตใจ ด้านอารมณ์และจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุบางส่วนรู้สึกเหงาจากการต้องอยู่บ้านคนเดียวเนื่องจากลูกหลานไปประกอบอาชีพต่างถิ่น บางรายไม่สามารถประกอบอาหารเองได้ จึงต้องซื้อจากตลาดในชุมชนที่มีรสชาติเค็มและมีไขมันเป็นส่วนประกอบ อยากเข้าร่วมกิจกรรมโดยเฉพาะศาสนิกทางศาสนาตามความเชื่อจากพระอาจารย์ที่เลื่อมใส ศรัทธา ไม่มีข้อเสนอแนะด้านสิ่งแวดล้อม สำหรับความต้องการเพิ่มเติมคือ การนำหลักการดูแลสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในชุมชนให้ผู้สูงอายุนำไปปฏิบัติได้จริง เช่น การออกกำลังกายในบ้าน การรับประทานอาหารที่บ้านที่เหมาะสมกับโรค และการจัดการด้านอารมณ์ รวมทั้งการรวมกลุ่มทำกิจกรรมที่ส่งเสริมการคิด การพิจารณาสิ่งรอบข้างโดยใช้ปัญญา ดังนั้นจากข้อมูลจะเห็นได้ว่าชุมชนมีความต้องการในการพัฒนาสุขภาวะในมิติสุขภาพทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ สุขภาวะด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและด้านจิตวิญญาณ ส่วนมิติทั่วไปไม่สามารถดำเนินการได้ในงานวิจัยครั้งนี้

2. การพัฒนาโปรแกรมสุขภาวะของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

กิจกรรมในโปรแกรมได้จากการนำข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 โดยมีกิจกรรมสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา 4 ประการ คือ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ การชักจูงด้วยคำพูด และการกระตุ้นทางอารมณ์ มี 3 ชุดกิจกรรม โดยเริ่มต้นในทุกชุดกิจกรรมจะให้กลุ่มตัวอย่างได้ผ่อนคลายผ่านการสังเกตการหายใจ ก่อนการเริ่มต้นกิจกรรมการเรียนรู้ จัดสถานที่โดยใช้เก้าอี้ที่แข็งแรงให้กลุ่มตัวอย่างนั่งทำกิจกรรมเพื่อป้องกันการล้ม กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างอยากที่จะเรียนรู้โดยเน้นให้เห็นถึงความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต และเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น รายละเอียด ดังนี้

ชุดกิจกรรมที่ 1 ประเมินตนเองและสร้างความตระหนักรู้ในคุณค่าแห่งตน ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง มีรายละเอียดดังนี้

- 1) สร้างสัมพันธภาพผ่านกิจกรรมสนทนาการ คณะผู้วิจัยแนะนำตัวและแนะนำผู้ช่วยนักวิจัย
- 2) ประเมินประเมินสุขภาพ ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ชีพจร และระดับสุขภาวะ ครั้งที่ 1
- 3) ชมสื่อวีดิทัศน์ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง

4) ทำกิจกรรมเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยให้ตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างเล่าประสบการณ์ที่เคยประสบจากโรคความดันโลหิต อาการแสดงที่พบและการแก้ไขปัญหานั้นสามารถจัดการกับปัญหาดังกล่าวมาได้

5) ทำกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการใช้ตัวแบบที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจนสามารถลดระดับความดันโลหิตได้มาเล่าถึงวิธีการดูแลตนเอง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เห็นประสบการณ์ตัวแบบที่ดี และเกิดแรงบันดาลใจในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิต

6) สอนและเน้นย้ำให้เห็นถึงความสำคัญในการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานยาต่อเนื่อง การตรวจตามนัด อาการแทรกซ้อนและการแก้ไขเบื้องต้น ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบที่อาจเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพไม่ดีในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ชุดกิจกรรมที่ 2 ฝึกปฏิบัติเพื่อสร้างสุขภาวะ ดำเนินการ 3 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง ในสัปดาห์ที่ 2 - 4 เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ 5 ด้าน ให้กลุ่มตัวอย่างจับคู่เพื่อนช่วยเพื่อนตามความสมัครใจ ดำเนินการ ดังนี้

ครั้งที่ 1 สุขภาวะด้านกาย ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2 ประกอบด้วย 1) กิจกรรมออกกำลังกาย โดยแนะนำหลักและวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้เก้าอี้หรือ ผ้าขาวม้า ช่วยในการออกกำลังกาย หรือการเดินหรือการแกว่งแขน โดยให้ผู้สูงอายุเลือกวิธีการออกกำลังกายด้วยตนเอง ให้คู่เพื่อนช่วยเพื่อนพูดคุยแลกเปลี่ยนวิธีการออกกำลังกายและตกลงกันว่า จะออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที ประมาณ 3-5 ครั้ง/สัปดาห์ พร้อมทั้งพาผู้สูงอายุออกกำลังกายตามวิธีการดังกล่าว 2) กิจกรรมเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค โดยบรรยายประกอบสื่อการสอน เรื่อง อาหารพื้นบ้านสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง DASH Diet ทำกิจกรรมเล่นเกมผ่านคู่เพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อแข่งขันการเลือกอาหาร DASH Diet และอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง มอบของรางวัลสำหรับคู่ที่สามารถตอบคำถามได้คะแนนมากที่สุด

ครั้งที่ 2 สุขภาวะด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 3 ประกอบด้วย 1) การเจริญสติและฝึกสมาธิ โดยฟังพระเทศนาที่เน้นการพิจารณาสิ่งต่างๆ รอบตัวโดยใช้สติและปัญญา รวมทั้งฝึกปฏิบัติการเจริญภาวนาจิตจากพระอาจารย์ที่กลุ่มตัวอย่างเลื่อมใส ศรัทธา 2) กิจกรรมการจัดการอารมณ์ โดยให้ตัวแทนได้กล่าวประสบการณ์และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการด้านอารมณ์ ความเครียดของตนเอง เรียนรู้วิธีการฝึกหายใจที่ถูกต้องเพื่อคลายเครียด และ 3) กิจกรรมการช่วยเหลือ แบ่งปัน โดยจัดกิจกรรมอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา หากพบปัญหาให้กลุ่มช่วยหาแนวทางการแก้ไข

ครั้งที่ 3 สุขภาวะด้านจิตวิญญาณและการสำรวจตน ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 4 ประกอบด้วย 1) ฝึกการตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเอง โดยเน้นการเล่าประสบการณ์ของผู้ที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากการอบรมที่ผ่านมาไปปฏิบัติ และเน้นการกล่าวชมเชยเมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตามเป้าหมาย และให้กำลังใจ จูงใจเพื่อให้ปฏิบัติต่อเนื่อง 2) สำรวจตนโดยให้คู่เพื่อนช่วยเพื่อนสนทนาและตรวจสอบพฤติกรรมสุขภาพซึ่งกันและกันโดยตรวจสอบการบันทึกในแบบบันทึกสุขภาพคู่ของตนเอง เรื่อง รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การฝึกสมาธิ/เจริญสติ และให้พันธะสัญญาว่าจะนำไปปฏิบัติที่บ้านอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยในทุกวันพระ

ชุดกิจกรรมที่ 3 การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5 - 8 โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมที่บ้าน ผู้ช่วยนักวิจัยเยี่ยมบ้านตามที่มีมอบหมาย เพื่อติดตาม ชักถามข้อสงสัย และให้กำลังใจในสัปดาห์ที่ 6 ประเมินสุขภาพเบื้องต้น ระดับสุขภาวะครั้งที่ 2 (Post test) ในสัปดาห์ที่ 8

ผลการตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ มีข้อเสนอแนะ ดังนี้ (1) เพิ่มกิจกรรมสุขภาวะด้านจิตใจ และด้านอารมณ์โดยเพิ่มกิจกรรมการรักษาศีล และการฝึกสมาธิที่บ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือในทุกวันพระ หลังจากให้ผู้สูงอายุได้ฝึกปฏิบัติจากพระวิทยากรที่เลื่อมใสศรัทธาแล้ว และ (2) เพิ่มกิจกรรมการให้พันธะสัญญากับผู้สูงอายุว่าจะนำหลักการดังกล่าวนี้ไปปฏิบัติที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

3. ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาวะของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สามารถแสดงผลของการใช้โปรแกรมตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

3.1 เปรียบเทียบระดับสุขภาวะโดยรวมเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับสุขภาวะโดยรวมเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.719, p < .001$) โดยกลุ่มทดลองมีระดับสุขภาวะโดยรวมทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ($\bar{x} = 4.51, SD = 0.34$) กลุ่มควบคุมมีระดับสุขภาวะอยู่ในระดับสูงมาก ($\bar{x} = 4.05, SD = 0.47$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนสุขภาวะของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สุขภาวะโดยรวม	กลุ่มทดลอง (n = 37)			กลุ่มควบคุม (n = 37)			t	p-value
	$\bar{x}$	SD	ระดับคะแนน	$\bar{x}$	SD	ระดับคะแนน		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	4.12	0.41	สูงมาก	4.08	0.46	สูงมาก	460	.653
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.51	0.34	สูงมากที่สุด	4.05	0.47	สูงมาก	-4.719	< .001

3.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกโดยรวมเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าค่าเฉลี่ยของความดันซิสโตลิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันที่ระดับ .05 ($t = 1.063, p = .291$) ค่าเฉลี่ยของความดันไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันที่ระดับ .05 ($t = 2.624, p = .051$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกโดยรวมเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n = 37)		กลุ่มควบคุม (n = 37)		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ความดันซิสโตลิก						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	143.59	11.76	142.59	13.40	-.341	.734
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	137.35	13.75	140.57	12.23	1.063	.291
ความดันไดแอสโตลิก						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	82.05	7.79	83.41	8.23	.726	.470
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	76.70	9.61	82.22	8.43	2.624	.051

3.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($t = 4.262, p < .001$) ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($t = 6.169, p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=37)

ข้อมูล	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ความดันซิสโตลิก	143.59	11.76	137.35	13.74	4.262	< .001
ความดันไดแอสโตลิก	82.05	7.78	76.70	9.61	6.169	< .001

การอภิปรายผล

สุขภาวะและสภาพปัญหาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจากผลการสำรวจและการสนทนาเชิงลึกซึ่งเป็นตัวแทนจากชุมชนเพื่อให้ได้สภาพปัญหาและความต้องการของชุมชนมีความสอดคล้องกัน โดยพบว่า ผู้สูงอายุและชุมชนให้ความสำคัญกับสุขภาวะจำนวน 5 ด้าน ได้แก่ อารมณ์ สังคม ร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wolwat, Suwan, and Chanmolee (2019) ที่พบว่าการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยชุมชนมีประสิทธิภาพในการช่วยดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้

การพัฒนาโปรแกรมสุขภาวะของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองของ Bandura (1997) ทำให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองผ่านการประเมินสภาพ การพูดชักจูง การเล่าประสบการณ์ที่เคยประสบ การใช้ตัวแบบมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน การสนับสนุนและเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น และให้พันธะสัญญาว่าจะนำหลักการปฏิบัติเพื่อให้ง่ายซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ มีการรับรู้ความสามารถตนเอง มีความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Supasri et al., 2021) นอกจากนี้การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน จะทำให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นจนสามารถนำสู่การลดระดับความดันโลหิตได้ (Wolwat et al., 2019)

ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาวะของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่พัฒนาขึ้น

1. สุขภาวะของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับสุขภาวะโดยรวมเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมที่เกิดจากความต้องการและสภาพปัญหา ครอบคลุมมิติสุขภาพแบบองค์รวมจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุให้เกิดการยอมรับนับถือตนเอง รวมทั้งส่งเสริมศักยภาพให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ อันจะสามารถเพิ่มระดับสุขภาวะของผู้สูงอายุได้ (Jing, Fan, Lei, & Dongfu, 2020; Rojpaisarnkit, & Rodjarkpai, 2018; Thamma-Aphiphol et al., 2014)

2. ค่าเฉลี่ยของความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกโดยรวมภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลบ้านด่านและเจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. ในการตรวจรักษาความดันโลหิตสูง ซึ่งจะให้คำแนะนำในการปฏิบัติด้วยแล้ว ซึ่งในโปรแกรมนี้ไม่ได้ทำการประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมเพื่อลดระดับความดันโลหิตสูงทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้แก่ ปัจจัยภายใน เช่น ระดับความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังต่อผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยสภาพแวดล้อม เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามมา ซึ่งการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมใด ๆ ของบุคคลเกิดจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1997; Supasri et al., 2021) โดยในการศึกษารั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มเป็นผู้สูงอายุทั้งหมด ส่งผลต่อศักยภาพในการดูแลตนเองที่ลดลง ร่วมกับส่วนมากมีระดับการศึกษาคือ จบเพียงประถมศึกษา โดยกลุ่มควบคุมมีจำนวน 29 คน (ร้อยละ 78.4) กลุ่มทดลองมีจำนวน 33 คน (ร้อยละ 82.5) นอกนั้น

เป็นกลุ่มที่เรียนแต่ไม่จบประถมศึกษา ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่าจะมีพฤติกรรมการออกกำลังกายและการดูแลตนเองที่ดีกว่าจากการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การค้นหาความรู้ รวมถึงการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการเพิ่มทักษะในการดูแลตนเองที่ดีกว่า (Nunyapruk, Therawiwat, Kaedumkoeng, & Imamee, 2019) ซึ่งระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มถือว่าอยู่ในระดับต่ำใกล้เคียงกัน ส่งผลต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารไม่ดีพอ อีกทั้งการช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว เช่น การเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรค ซึ่งต้องอาศัยบุคลากรดำเนินการ (Tudsri & Nakklung, 2018) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวนี้อาจส่งผลต่อระดับความดันโลหิตเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มที่ไม่มีความแตกต่างกันได้

3. ค่าเฉลี่ยของความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลง จากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ทั้งนี้ข้อนี้ได้ว่าการได้รับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการจัดการเรื่องสุขภาวะทั้ง 5 ด้าน ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคและวัย สามารถปฏิบัติได้ทุกที่ ทุกเวลา และปลอดภัย ได้ลองปฏิบัติด้วยตนเอง พร้อมกับกลุ่ม ทำให้เกิดความสนุกเพลิดเพลิน มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนจากประสบการณ์การรับประทานยาของแต่ละคนที่ผ่านมา ได้ทราบถึงผลกระทบของการจัดการอารมณ์ที่ไม่มีประสิทธิภาพที่ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต ได้เรียนรู้ประสบการณ์จากบุคคลต้นแบบ การจัดการความเครียดที่สร้างสรรค์ การทำสมาธิที่มีประสิทธิภาพ และได้เรียนรู้วิธีการฝึกหายใจที่ถูกต้อง รวมทั้งฟังพระเทศนา เจริญภาวนาจิต มีการติดตามเยี่ยมบ้าน ชื่นชมการปฏิบัติเพื่อทำให้กลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติเพื่อลดระดับความดันโลหิตสูงได้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทราบประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาวะที่ดี จะทำให้กลุ่มทดลองเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความดันโลหิต ผลที่ตามมาคือ ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติและต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (Supasri et al., 2021; Thongsuk, Tipwareerom, & Supametaporn, 2020; Tudsri & Nakklung, 2018; Yang, Kim, & Lee, 2016)

การนำผลงานวิจัยไปใช้

พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมสุขภาวะไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ควรมีการพัฒนาโปรแกรมสุขภาวะของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ครอบคลุมปัจจัยปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง และทำการควบคุมปัจจัยส่วนบุคคลอย่างเคร่งครัดเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมเพิ่มเติม

References

- Alencar, L., & Sardinha, A. (2019). Hypertensive elderly people: Assessing the quality of life. *Acta Scientiarum Health Sciences*, 41, e44652.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W H Freeman: Henry Holt & Co.
- Chantakeeree, Ch., Sormunenc, M., Jullamateb, P., & Turunena, H. (2022). Understanding perspectives on health-promoting behaviours among older adults with hypertension. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 17(2103943). Retrieved from <https://doi.org/10.1080/17482631.2022.210394>

- Division of Non Communicable Diseases, Ministry of Public Health. (2022). *NCD annual report 2564*. Retrieved from <https://online.fliphtml5.com/bcbgj/flap/#p=1>
- Department of Health. (2021). *Bureau of elderly health annual report 2021*. Retrieved from <https://eh.anamai.moph.go.th/th/anniversary-report>
- Jing, X., Fan, Y., Lei, S., & Dongfu, Q. (2020). Do integrated health care interventions improve well-being among older adults with hypertension? Evidence from rural China. *Social Indicators Research*, 160(1), 825-843.
- Kim, A., Jang, M., Park, K., & Min, J. (2020). Effects of self-efficacy depression and anger on health-promoting behaviors of Korean elderly women with hypertension. *International Journal Environmental Research and Public Health*, 17(6296), 1-14. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7504112/>
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample sizes for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- Naidoo, J., & Wills, J. (2016). *Foundations for health promotion* (4th ed.). London: Elsevier.
- Nakklung, Y., & Tudsri, P. (2017). Effect of self-efficacy enhancement program on health behaviors among older adults with uncontrolled hypertension. *Apheit Journal*, 6(1), 27-35. [In Thai]
- Nunyapruk, Ch., Therawiwat, M., Kaeodumkoeng, K., & Iamee, N. (2019). Factors related to blood pressure control behaviors among hypertensive patients in Ranod hospital. Songkhla province. *Journal of Health Education*, 42(1), 190-203. [In Thai]
- Prasart Health Promoting Hospital. (2021). *Statistics of elderly patients with hypertension in responsible areas Prasart health promoting hospital, fiscal year 2022*. Babgkok: Prasart Health Promoting Hospital. [In Thai]
- Rojpaisarnkit, K., & Rodjarkpai, Y. (2018). Well-being of the elderly living in urban and rural areas of Thailand. *The Public Health Journal of Burapha University*, 13(1), 113-125. [In Thai]
- Srisa-ad, B. (2012). *The principle of research* (7th ed.) Bangkok: Suveeriyasarn. [In Thai]
- Sukadisai, P., Malapoot, Ch., & Kittiyanusan, R. (2015). Life style and guidelines for well-being of the elderly in the eastern region. *Journal of Education and Social Development*, 10(1), 90-102. [In Thai]
- Supasri, S., Wungrath, J., & Boonchieng, W. (2021). Effects of a health promotion program on perceived self-efficacy and outcome expectations on self-care among elderly with hypertension, Chiang rai province, Thailand. *Thai Journal of Public Health*, 51(1), 33-42. [In Thai]
- Songwatthanayuth, P., & Sirikunwiwat, J. (2019). Storyline for health promoting in persons with hypertension. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 20(3), 72-78. [In Thai]
- Sukolpuk, M., Thanirat, S., Radabutr, M., Dechpoonyachit, P., & Muntraporn, A. (2018). Health promotion strategies to prevent and control high blood pressure. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19(3), 54-61. [In Thai]

- Thamma-Aphiphol, K., Soonthorndhada, K., Pornsiripongse, S., Wirojratana, V., Winichagoon, P., Srisupan, W., & Srivanichakorn, S. (2014). Participatory action research on the holistic care model for the elderly. *Journal of Health Systems Research*, 8(2), 120-131. [In Thai]
- Thaprawat, S., Apinundecha, Ch., & Limtoprasert, S. (2021). The effectiveness of self- efficacy enhancement program on health behaviors of elderly hypertensive patients. *UMT Poly Journal*, 18(2), 290-303. [In Thai]
- Thongsuk, W., Tipwareerom, W., & Supametaporn, P. (2020). Effects of empowerment program on health behaviors, body mass index and blood pressure levels in patients with uncontrolled hypertension. *Nursing Journal*, 47(4), 229-241. [In Thai]
- Tudsri, P., & Nakkling, Y. (2018). Health promotion behaviors of persons with hypertension: Comparison between controlled and uncontrolled blood pressure. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 29(2), 157-169. [In Thai]
- Wolwat, K., Suwan, P., & Chanmolee, Ch. (2019). Development of the community elderly care model for hypertension, Wangwiset district, Trang. *EAU Heritage Journal Science and Technology*, 13(1), 210-221.
- Yang, S., Kim, S., & Lee, S. (2016). Effect of a South Korean community-based cardiovascular disease prevention program for low-income elderly with hypertension. *Journal of Community Health Nursing*, 33(3), 154-167.

คำแนะนำสำหรับผู้เขียนในการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

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

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

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 ตามระเบียบประกาศของคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลับูรพา โดยส่งจ่ายณณัติในนาม “เหรียญกษาณศรณะพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลับูรพา 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 ดังนั้นการอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็กจึงต้องใช้ผู้อบรมเลี้ยงดูที่มีความรู้ความสามารถเข้าใจเด็กทั้งด้านชีวจิตสังคม 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>

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



40th ANNIVERSARY
Faculty of Nursing
Burapha University