

The Journal of Boromarjonani College of Nursing, Suphanburi

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบงานวิจัย และบทความวิชาการ สาขาการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา และสนับสนุนให้บุคลากรในกระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาผลงานวิจัยที่ได้มาตรฐาน รวมทั้งเป็นฐานข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์ต่อไป

ที่ปรึกษา

ดร.พิศิษฐ์ พลชนะ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

บรรณาธิการ

ดร.เนติยา

แจ่มทิม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

กองบรรณาธิการ

1.ดร.จารุวรรณ สอนองญาติ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

2.นางขวัญฤทัย พันธุ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

3.นางเรวดี โพธิ์รัง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

4. ดร.ลักขณา ศิริถิกุล

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

/ 5. ดร.สมชาย ชัยจันทร์

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

6. ดร.เมทนี ระคาบุตร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

7.ดร.จักรกฤษณ์ สิริริน

ผู้อำนวยการ สายงานการศึกษา ฝึกอบรมและให้คำปรึกษา

สถานประกอบการ สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น)

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้พิจารณาและกรั่นกรองผลงานวิชาการ

1. รศ.ดร.สมใจ

พุทธาพิทักษ์ผล

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช

2. รศ.ดร.วันเพ็ญ

แก้วปาน

มหาวิทยาลัยมหิดล

3. รศ.ดร.พร้อมพิไล

บัวสุวรรณ

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

4. รศ.ดร.พิมพ์สุราง

เตชะบุญเสริมศักดิ์

มหาวิทยาลัยมหิดล

5. รศ.รศ.พุดสุข

หิงคานนท์

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

5. ผศ.ดร.ยุวดี

ลีลคณาวิระ

มหาวิทยาลัยบูรพา

6. ผศ.ดร.วรรณรัตน์

ลาวัง

มหาวิทยาลัยบูรพา

7. ดร.พรชัย

จุลเมตต์

มหาวิทยาลัยบูรพา

8. ผศ.ดร.สาโรจน์

เพชรมณี

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

9. ผศ.ดร.วรรณวดี	เนียมสกุล	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
10. ดร.สมชาย	ชัยจันทร์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
11. ดร.จักรกฤษณ์	สิริริน	ผู้อำนวยการ สายงานการศึกษา ฝึกอบรมและให้คำปรึกษา สถานประกอบการ สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น) สำนักพยาบาลมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
12. ดร.จอม	สุวรรณโณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
13. ดร.ภาวดี	เหมทานนท์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
14. ดร.จามจุรี	แซ่หลู่	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
15. ดร.จุฬารัตน์	ห้าวหาญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
16. ดร.ชูศักดิ์	ยี่นนาน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
17. ดร.บุศริน	เอี้ยวสีหยก	วิทยาลัยพยาบาล พระปกเกล้า จันทบุรี
18. ดร.เมทนี	ระดาบุตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
19. ดร.ทักษิภา	ชัยรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
20. ดร.สุภาวดี	นพจรจินดา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
21. ดร.ชุตिकाญจน์	ฉัตรรุ่ง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
22. ดร.จิรพรรณ	โพธิ์ทอง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
23. รอ.หญิง ดร.จรูญลักษณ์ ป้องเจริญ		วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
24. ดร.อาคม	โพธิ์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

เจ้าของ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
118 ม.1 ต.สนามชัย อ.เมือง จ.สุพรรณบุรี 72000

ฝ่ายจัดการ

- นางสาวเกศสรา ศีคำ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
- นายอมรเทพ ศรีวิเชียร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

กำหนดออกวารสาร ทุก 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ) มกราคม-มิถุนายน และกรกฎาคม – ธันวาคม

บทบรรณาธิการ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบบทความวิจัย และบทความวิชาการ สาขาการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา สนับสนุนให้อาจารย์บุคลากรในกระทรวงสาธารณสุข และบุคคลภายนอกได้เผยแพร่องค์ความรู้ มีการพัฒนาผลงานวิจัยที่ได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเป็นฐานข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์ต่อไป

วารสารปีที่ 4 ฉบับที่ 2 มีบทความวิจัย 8 เรื่อง เป็นผลงานการศึกษาจากผู้ปฏิบัติงานจริงที่ต้องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับประโยชน์สูงสุด ซึ่งมีคุณค่าทางวิชาการเป็นอย่างยิ่ง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ทางการศึกษา การดูแลผู้รับบริการ และการพัฒนาองค์กร

วารสารฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือจากหลายฝ่าย คือคณะที่ปรึกษาวารสาร คณะทำงานวารสาร ผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณาปรับปรุงแก้ไขบทความให้มีความสมบูรณ์ ขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

กองบรรณาธิการหวังว่าวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ทางวิชาการสำหรับผู้อ่านทุกท่าน หากท่านมีข้อเสนอแนะประการใด กองบรรณาธิการยินดีน้อมรับคำแนะนำ เพื่อจะนำไปปรับปรุงและพัฒนาวารสารให้มีมาตรฐานยิ่งขึ้นต่อไป

ดร.เนติยา แจ่มทิม

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชนชุมชนประตู่ข้างตก ตำบลไทยบุรี อำเภอบ้านลาด จังหวัดนครศรีธรรมราช	5
:สาโรจน์ เพชรมณี, จินตนา เพชรมณี, ศิราสรณ์ บรรจงเกลี้ยง, อัจฉรา ศรีแสง และศรีัญญา สีทอง	
ประสิทธิผลการจัดการศึกษาแบบสหวิชาชีพ เรื่อง อาหารสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน	23
:ธวัชชัย ยืนยาว, จุฬารัตน์ หัวหาญ และวรรณภา พรหมสวร	
ผลของการสอนปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในวิชาปฏิบัติบริหารทางการพยาบาลต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษาพยาบาล	38
:จรรยาฤกษ์ ป้อมเจริญ, จักรกฤษณ์ ลูกอินทร์, ดารินทร์ พนาสันต์, ลักษณา ศิริถิรกุล และศิริธิดา ศรีพิทักษ์	
พฤติกรรมการใช้น้ำและคุณภาพน้ำบริโภคของประชาชนในชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์	58
:นริศรา ศรีโพธิ์, มัตติกา ใจจันทร์, พันธุ์ศักดิ์ บัวลอย และประภา ยุทธไทร	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในอำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา	72
:ปัทมา ทรวงโพธิ์ และสุพร วงศ์ประทุม	
การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้นในระยะวิกฤต งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี	93
:มรรยาท ขาวโต และสุรเชษฐ์ กุคำใส	
การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโคกโคเฒ่า อำเภอมือง สุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี	111
:พรพจน์ บุญญสิทธิ	
การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง โรงพยาบาลนครปฐม	131
:สันทิศจิรา นิตย์แสวง	

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชน
ชุมชนประจักษ์ตัก ตำบลไทยบุรี อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครศรีธรรมราช

สาโรจน์ เพชรธณี, ศ.ค.*, จินตนา เพชรธณี, วทม.**

ศิวาสรณ์ บรรจงเกลี้ยง, ส.บ.***, อัจฉรา ศรีแสง, ส.บ.**** และศรีธัญญา สีทอง, ส.บ.*****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชนในชุมชนประจักษ์ตัก ตำบลไทยบุรี อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครศรีธรรมราช และเพื่อประเมินพฤติกรรมการใช้สมุนไพร โดยมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 182 คน ซึ่งได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling, SRS) รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ (Chi-square) และสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 67.6 มีรายได้ระหว่าง 5,001-10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 37.4 มีโรคประจำตัวหรืออาการหรือความผิดปกติของร่างกายร้อยละ 64.3 การศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าร้อยละ 48.9 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 28.1 มีประสบการณ์การใช้สมุนไพรร้อยละ 86.8 และเคยปลูกสมุนไพรร้อยละ 48.9 มีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ร้อยละ 84.6 และพบว่า ปัจจัยนำด้านความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเสริมและปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value >0.05)

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ พฤติกรรมการใช้สมุนไพร สมุนไพร

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยนครราชสีมา, **พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข, *** Stock Management, **** นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา, ***** นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา

E-mail : sarodhp@gmail.com

**Factors Related with Herbal Consumption Behavior of People in Pratumchangkong Community,
Thaiburi Sub-district, Thasala District, Nakhon Si Thammarat Province**

Sarodh Pechmanee, Ph.D., Jintana Pechmanee, M.Sc.

Sirasorn Bunchongleang, B.P.H., Adjara Seesang, B.P.H. and Saranya Sithong, B.P.H.

Abstract

Purposes of this research were to study the factors related to the herb use behavior of people in Pratum Chang Tok community, Thaiburi sub-district, Tha Sala district, Nakhon Si Thammarat province and to assess the behavior of herbal use with a sample of 182 people obtained by multi-stage sampling (SRS). The research model was a cross-sectional survey research, collect data as a questionnaire and statistics used in the analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation. The Chi-square statistic and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient statistic found that the majority of the sample was 67.6 % female. Their income between 5,001-10,000 baht/month, 37.4% have congenital disease or symptoms or physical disorder 64.3%, have primary education or less 48.9% , 28.1 % were farmers, 86.8 % had experience in using herbs and used to grow herbs 48.9%. The behavior of using herbs was at a moderate level 84.6%. It was found that the leading factor in knowledge was positive correlated with the herbal use behavior at the statistical significance at the 0.05 level. The relationship with herbal use behavior was not statistically significant. (p-value>0.05)

Keywords: Related Factors Herbal Use Behavior Herbs Herbal Consumption Behavior

บทนำ

ในช่วงศตวรรษที่ผ่านมา ทั่วโลกได้มีการพัฒนาและการผลิตยาที่ได้จากการสังเคราะห์ทางเคมีจำนวนมากได้ปฏิบัติการศึกษาคุณภาพในเกือบทุกด้านที่เกี่ยวข้องยา อย่างไรก็ตามประชากรส่วนใหญ่ในประเทศที่กำลังพัฒนายังคงต้องพึ่งพาแพทย์แผนโบราณและยาสมุนไพรเพื่อการดูแลเบื้องต้น ในแอฟริกา มีมากถึง 90% และในอินเดีย 70% ของประชากรที่มีการใช้สมุนไพรและยาสมุนไพรเพื่อช่วยตอบสนองความต้องการด้านการดูแลสุขภาพ ในประเทศจีน บัญชีแผนสมุนไพรมีประมาณ 40% การดูแลสุขภาพด้วยสมุนไพรมีมากกว่า 90% ของโรงพยาบาลทั่วไปในประเทศจีน (ยวดี วงษ์กระจ่าง และวสุ สุภรัตนสิทธิ, 2558) มีหน่วยสำหรับการแพทย์แผนโบราณเพื่อใช้สมุนไพร อย่างไรก็ตามการใช้ยาแผนโบราณไม่ได้ถูกจำกัดอยู่เฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ความสนใจของสาธารณชนในการบำบัดด้วยธรรมชาตินั้นเพิ่มขึ้นอย่างมากในประเทศอุตสาหกรรมที่มีการใช้พฤกษศาสตร์พื้นบ้านเพิ่มมากขึ้น ในสหรัฐอเมริกาผู้ใหญ่ประมาณ 38% และเด็กประมาณ 12% ใช้ยาสมุนไพร (รัตนพร ชูทอง, 2560) จากการสำรวจโดยศูนย์แห่งชาติเพื่อการแพทย์ทางเลือก การบำบัดด้วยสมุนไพรหรือการใช้ผลิตภัณฑ์จากธรรมชาตินอกเหนือจากวิตามินและแร่ธาตุเป็นยาทางเลือกที่ใช้กันมากที่สุด (18.9%) การสำรวจที่ดำเนินการในฮ่องกง

รายงานว่า 40% มีความเชื่อมั่นในการใช้สมุนไพรและยาสมุนไพรเมื่อเทียบกับการแพทย์ตะวันตก และในการสำรวจผู้ใหญ่ 21,923 คน ในสหรัฐอเมริกา 12.8% ได้รับอาหารเสริมสมุนไพร และ 42% ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือโภชนาการด้วยวิตามินรวม โดยเลือกตามความจำเป็นและปัจจัยที่มีผลต่างต่างๆรอบตัวทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยนำและปัจจัยเสริมเพื่อตอบสนองต่อร่างกาย (Benzie IFF & Wachtel-Galor S, 2011) ปัจจุบันสมุนไพรได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในชีวิตมากขึ้นในการใช้รักษาโรคหรือการใช้เป็นอาหารเสริม เนื่องจากสังคมได้ตระหนักถึงคุณค่าและประโยชน์ของสมุนไพร แต่หากมีการนำสมุนไพรมาใช้อย่างไม่ถูกต้อง ไม่ถูกวิธี สมุนไพรก็อาจจะก่อให้เกิดโทษต่อผู้ใช้ได้ ดังจะเห็นได้จากในปัจจุบันเริ่มมีรายงานทางคลินิกเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้สมุนไพรมากขึ้น

สำหรับสถานการณ์การใช้ยาสมุนไพรในประเทศไทย โดยรวมทั้งการใช้สมุนไพรในระบบสาธารณสุข และนอกระบบการสาธารณสุข ซึ่งเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรอาจยังเข้าไปดูแลการใช้ยาสมุนไพรได้ไม่ทั่วถึง ตลอดจนข้อจำกัดด้านองค์ความรู้ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการใช้ยาสมุนไพร จึงเป็นอุปสรรคที่ส่งผลต่อการดูแลการใช้ยาสมุนไพรอย่างปลอดภัยและเหมาะสมในภาพรวมระดับประเทศ (ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ สภาเภสัชกรรม, 2560) สำหรับยาแผนไทยและสมุนไพรที่ประชาชนรู้จัก ในการ

รักษาโรค 10 อันดับแรก คือ ว่านหางจระเข้ ยาหม่องสมุนไพร ยาหอม ยาคุมสมุนไพร ยาอมสมุนไพร ฟ้ายาทะลายโจร บัวบก ขมิ้นชัน ยาแก้ไอ ผสมมะขามป้อม และไพล (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) เปิดเผยผลสำรวจพฤติกรรม การดูแลรักษาตนเองด้วยแพทย์แผนไทยและสมุนไพรของครัวเรือนพบว่า ประชาชน ร้อยละ 41.6 ไม่รู้จักและไม่เคยใช้ยาแผนไทย/สมุนไพรในการรักษาโรค และเป็นผู้ที่ระบุว่า รู้จักแต่ไม่เคยใช้ ร้อยละ 36.5 ส่วนประชาชนที่รู้จักและเคยใช้มีสัดส่วนเพียง ร้อยละ 21.9 ส่วนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพส่วนใหญ่ของสมาชิกในครัวเรือนเมื่อเจ็บป่วย พบว่า ประชาชนเลือกใช้สมุนไพร/ยาแผนไทยรักษาอาการ (ร้อยละ 18.8) ขณะที่ ประชาชนเลือกที่จะไปพบแพทย์แผนไทย/หมอพื้นบ้าน มีเพียงร้อยละ 4.3 ประชาชนส่วนใหญ่กว่า ร้อยละ 70 ขึ้นไป เห็นด้วยถึงการนำยาแผนไทยมาใช้รักษาอาการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ หรืออาการระยะแรก ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และทำให้ประเทศไทยสามารถลดภาระรายจ่ายการนำเข้ายาได้ รวมทั้งยาแผนไทยเป็นภูมิปัญญาดั้งเดิมที่สืบทอดกันมา มีความเชื่อถือและไว้วางใจได้

สมุนไพรไทยเป็นส่วนหนึ่งที่ระบุไว้ในนโยบายและยุทธศาสตร์ชาติ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน เริ่มต้นในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 - 2529) โดยกำหนดให้มีการส่งเสริมให้มีการใช้ยาสมุนไพรที่เหมาะสม เนื่องจากนโยบายการ

สาธารณสุขมูลฐานขององค์การอนามัยโลก ต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2565) มีการพัฒนาสมุนไพรและงานการแพทย์แผนไทยในงานสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน โดยเพิ่มโครงการต่างๆ ทางด้านสมุนไพรเข้าไปในแผนพัฒนาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ร่วมจัดทำแผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560 - 2564 ประกอบด้วยวิสัยทัศน์ ยุทธศาสตร์ มาตรการ และแผนงานต่างๆ ที่ครอบคลุมการพัฒนาสมุนไพรไทยตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง เพื่อให้ใน 5 ปี ข้างหน้าประเทศไทยจะเป็นประเทศส่งออกวัตถุดิบสมุนไพรคุณภาพและผลิตภัณฑ์สมุนไพรชั้นนำของภูมิภาคอาเซียน อันจะนำมาสู่ความมั่นคงทางสุขภาพ และความยั่งยืนของเศรษฐกิจไทยต่อไป (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2559)

จังหวัดนครศรีธรรมราชมีวัฒนธรรมดั้งเดิมของชาวบ้านที่สั่งสมสืบทอดมาเป็นเวลานาน จนกลายเป็นพื้นฐานแนวความคิดสำคัญของภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยเฉพาะองค์ความรู้ในการป้องกันและดูแลสุขภาพด้วยสมุนไพรไทยแบบพื้นบ้านหรือการใช้แพทย์แผนโบราณตลอดจนแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ที่มีการอนุรักษ์และสืบทอดอยู่จนถึงปัจจุบัน (สาโรจน์ เพชรมณี, 2558) อำเภอท่าศาลาเป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดนครศรีธรรมราช มีพื้นที่ติดทะเลตลอดแนวชายฝั่งอ่าวไทยและพื้นที่ที่ราบลุ่มทุ่งนา

โรงพยาบาลในพื้นที่ คือ โรงพยาบาลท่าศาลา มีแผนกแพทย์แผนไทยทำหน้าที่ให้ความรู้และดูแลสุขภาพของประชาชนส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แบบองค์รวมโดยมีการใช้การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพของประชาชน รวมถึงชุมชนประจักษ์ตงในด้านการใช้สมุนไพรพื้นบ้านและแพทย์แผนไทย ภายในตำบลไทยบุรี มีหน่วยงานบริการสุขภาพ คือ รพ.สต.บ้านหาร และรพ.สต.บ้านชุมชนใหม่ ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของประชาชน ซึ่งประชาชนชุมชนประจักษ์ตงมีวิถีชีวิตโดยพึ่งพิงธรรมชาติเป็นหลัก มีความอุดมสมบูรณ์ทางด้านทรัพยากรต่างๆ มากมาย รวมทั้งสมุนไพรชนิดต่างๆ ในแบบชุมชนกึ่งเมือง ที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการบริโภคมากขึ้นและวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปส่งผลให้ภาวะสุขภาพของประชาชนในชุมชนเปลี่ยนแปลงไปเช่นกัน และเป็นการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมทำให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้นจากการมีร่างกายแข็งแรงมีภูมิคุ้มกัน และการป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป (สาโรจน์เพชรณี และสุปรีชา แก้วสวัสดิ์, 2557)

จากพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของคนไทยชนบทในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นมุ่งเน้นการใช้สมุนไพร 4 ประการ คือ 1) ใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 2) ใช้ในการบำบัดโรคเบื้องต้นเมื่อมีอาการผิดปกติ 3) ใช้เพื่อรักษาโรคหรือ

อาการเรื้อรัง และ 4) ใช้เพื่อฟื้นฟูสุขภาพสอดคล้องกับ 4 มิติของการดูแลสุขภาพเบื้องต้น (อุทัยวรรณ พงษ์บริบูรณ์, 2557) และเนื่องจากในพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช ยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นมาก่อน ดังนั้น เพื่อให้ผู้บริโภคเกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ไม่เกิดความเข้าใจที่ผิด ไม่หลงเชื่อและไม่คาดหวังสรรพคุณที่เกินจริงของสมุนไพร และเพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สมุนไพรของพื้นที่ ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นดังกล่าวขึ้น ซึ่งผู้วิจัยจะทำการศึกษา “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชนชุมชนประจักษ์ตง ตำบลไทยบุรี อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช” ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อประชาชนชุมชนประจักษ์ตงและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการกำหนดแนวทางในการส่งเสริมการอุปโภคบริโภคสมุนไพร การบริการด้านสมุนไพรและแพทย์แผนไทย และการจัดกิจกรรมโครงการส่งเสริมการใช้สมุนไพรตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินระดับของพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชนชุมชนประจักษ์ตง ตำบลไทยบุรี อำเภอ

ท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ชุมชนประตู่ข้างตก ตำบลไทยบุรี อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

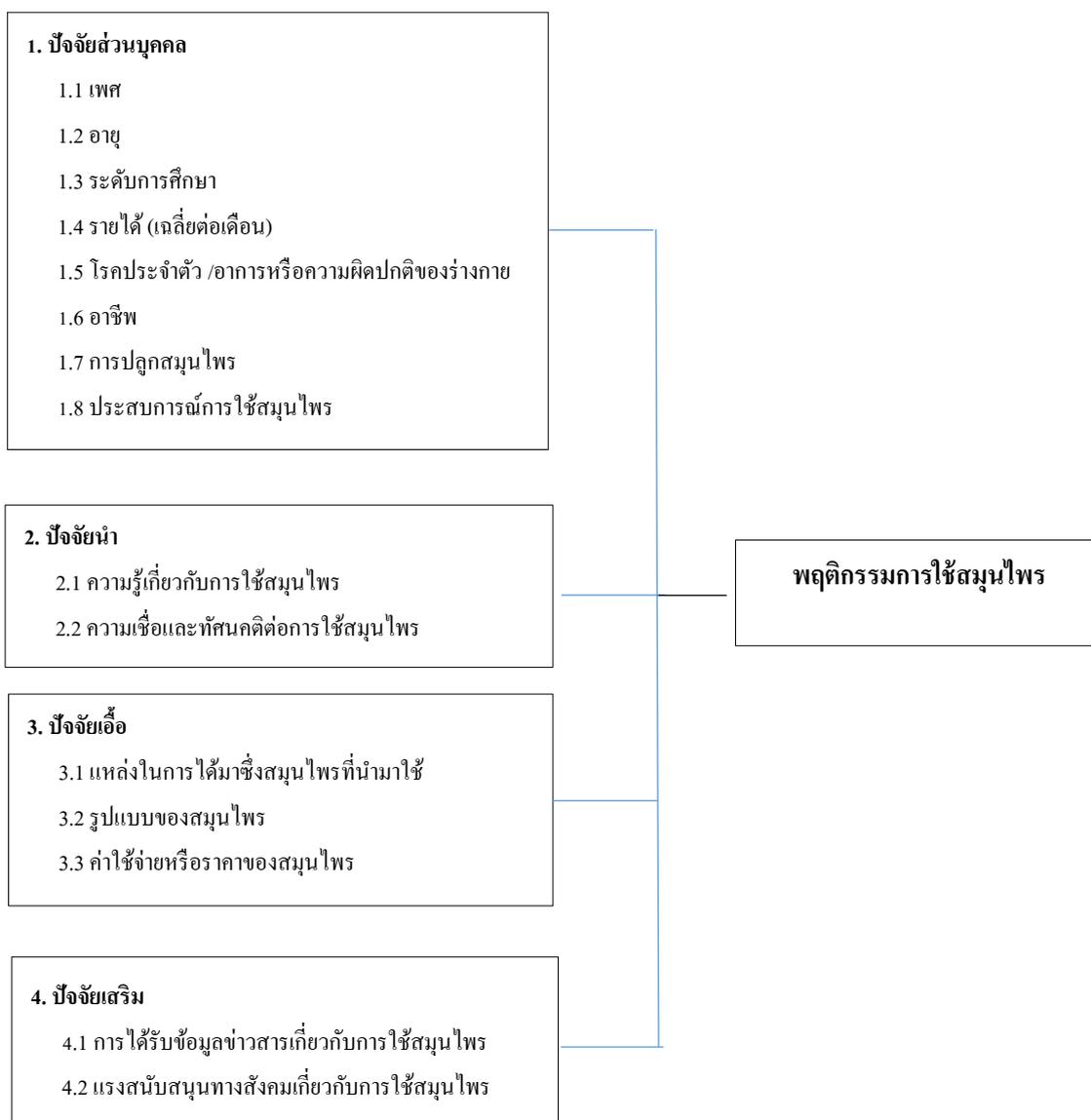
ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของ Green and Kreuter (2005)

ตัวแปรต้น

(Independent Variable)

ตัวแปรตาม

(Dependent Variable)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional survey study) ประชากรได้แก่ ประชาชนที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนประตู่ข้างตก ตำบลไทยบุรี อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 286 คน ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 182 คน ซึ่งคำนวณจากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของเครซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05

เกณฑ์สำหรับคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (inclusion criteria) เป็นประชาชนอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนประตู่ข้างตก ตำบลไทยบุรี อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ไม่มีปัญหาการพูด การมองเห็น และการฟัง สามารถเข้าใจภาษาไทยและสามารถตอบแบบสอบถามได้ เป็นผู้ที่มีสติและยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เกณฑ์สำหรับสำหรับการคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria) ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ หรือไม่สามารถให้ข้อมูลแบบสอบถามจนแล้วเสร็จ

การสุ่มตัวอย่าง โดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage Sampling) โดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified random sampling) และการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยวิธีจับฉลาก (lottery)

ใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) โดยดำเนินการสุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified random sampling) แบบเป็นสัดส่วน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่มจาก 3 ช่วงอายุ ตามสัดส่วนของประชากรแต่ละช่วงอายุ จากนั้นคำนวณหากลุ่มตัวอย่างจาก 3 ช่วงอายุตามสัดส่วนของประชากรให้ได้กลุ่มตัวอย่างครบตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

ตัวอย่างประชากรที่อาศัยอยู่ในชุมชนประตู่ข้างตก ตำบลไทยบุรี อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 286 คน ผู้วิจัยต้องการกลุ่มตัวอย่าง 182 คน (คิดเป็น 63.64% ของประชากรที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปทั้งหมด)

2. การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยวิธีจับฉลาก (lottery) จากรายชื่อผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนประตู่ข้างตก ตำบลไทยบุรี อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ให้เท่ากับจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 182 คน

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีจำนวนทั้งหมด 74 ข้อ แบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว/ อากาหรือความผิดปกติของร่างกาย ระดับการศึกษา รายได้ (เฉลี่ยต่อเดือน) อาชีพ

ประสบการณ์การใช้สมุนไพรและการปลูกสมุนไพร โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) และเติมข้อความ (open end)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องการใช้สมุนไพร จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน แบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 คำตอบ คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้

ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบว่า “ใช่” ในข้อความเกี่ยวกับสมุนไพรข้อที่ 1, 4, 6, 8, 9 และ 10 ถือว่าตอบได้ถูกต้องและมีความรู้ ได้ 1 คะแนน

ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบว่า “ไม่ใช่” ในข้อความเกี่ยวกับสมุนไพรข้อที่ 2, 3, 5 และ 7 ถือว่าตอบได้ถูกต้องและมีความรู้ ได้ 1 คะแนน

หากตอบผิดและไม่ทราบ ถือว่าผิดและไม่มีความรู้ ได้ 0 คะแนน ผู้วิจัยได้จัดความรู้เรื่องการใช้สมุนไพรของประชาชนชุมชนประตู่ซ้างตก เป็นแบบสอบถามให้เลือกใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ แล้วนำมาคิดเป็นร้อยละ โดยแบ่งแบบอิงเกณฑ์เป็น 3 ระดับ คือ ระดับความรู้ต่ำ ปานกลาง สูง โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1971) จากข้อคำถาม 10 ข้อคะแนนเต็ม 10 คะแนน มีเกณฑ์ระดับความรู้ดังนี้ (เสรี ลาขโรจน์, 2537)

ระดับต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (น้อยกว่า 6 คะแนน)

ระดับปานกลาง ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60-80 (6-8 คะแนน)

ระดับสูง ได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป (9-10 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อและทัศนคติต่อการใช้สมุนไพร จำนวน 9 ข้อ โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนแต่ละระดับ ประยุกต์ใช้จากงานวิจัยของธนพร สืบอินทร์ (2554)

แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อและทัศนคติต่อการใช้สมุนไพร เป็นข้อคำถามที่ข้อความมีทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตามแบบของลิเคิร์ต (Likert, 1967) ลักษณะคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบจำนวน 9 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามทางบวก (ข้อ 2,3,6,8,9) ข้อคำถามทางลบ (ข้อ 1,4,5,7) ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1967) ดังนี้ ระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33, ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.66, ระดับสูงมีค่าเฉลี่ย 3.67 - 5.00

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อต่อการใช้สมุนไพร จำนวน 9 ข้อ คำตอบ ประกอบด้วยแหล่งในการได้มาซึ่งสมุนไพรที่นำมาใช้ ค่าใช้จ่ายหรือราคาของสมุนไพร และรูปแบบของสมุนไพร คำถามลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ “ใช่” ให้ 1 คะแนน ตอบ “ไม่ใช่” ให้ 0 คะแนน ซึ่งผู้วิจัยนำมาคิดเป็นร้อยละ โดยแบ่งแบบอิงเกณฑ์เป็น 3 ระดับ คือ ระดับความรู้ต่ำ ปานกลาง สูง โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1971) จากข้อคำถาม 9

ข้อคะแนนเต็ม 9 คะแนนมีเกณฑ์ระดับความรู้
ดังนี้ (เสรี ลาขโรจน์, 2537)

ระดับต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60
(น้อยกว่า 5 คะแนน)

ระดับปานกลาง ได้คะแนนระหว่าง
ร้อยละ 60-80 (5-7 คะแนน)

ระดับสูง ได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80
ขึ้นไป (8-9 คะแนน)

**ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยเสริมต่อการ
ใช้สมุนไพร** จำนวน 20 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ตอน
ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามการได้รับข้อมูล
ข่าวสารเกี่ยวกับการใช้สมุนไพร จำนวน 15 ข้อ
ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating
scale) และเติมข้อความ (open end) ซึ่งมีคำตอบ
ให้เลือก 5 คำตอบ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง
น้อย น้อยที่สุด โดยให้คะแนน 5,4,3,2,1
ตามลำดับ ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับ
คะแนนของเบสท์ (Best, 1967) ดังนี้ ระดับต่ำมี
ค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33, ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.34
- 3.66, ระดับสูงมีค่าเฉลี่ย 3.67 - 5.00

ตอนที่ 2 แบบสอบถามแรงสนับสนุน
ทางสังคมเกี่ยวกับการใช้สมุนไพร จำนวน 5 ข้อ
ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating
scale) ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ คือ มากที่สุด
มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยให้คะแนน
5,4,3,2,1 ตามลำดับ ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่ง
ระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1967) ดังนี้ ระดับ

ต่ำมีค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33, ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย
2.34 - 3.66, ระดับสูงมีค่าเฉลี่ย 3.67 - 5.00

**ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้
สมุนไพร** จำนวน 18 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบ
เลือกตอบ และการเติมข้อความลงในช่องว่างตาม
ความเป็นจริงของแต่ละคน โดยลักษณะคำถาม
เป็นแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale)
มี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และ
ไม่เคยปฏิบัติเลย ให้คะแนน 3, 2 และ 1 ตามลำดับ
ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของ
เบสท์ (Best, 1967) ดังนี้ ระดับต่ำมีค่าเฉลี่ย 1.00 -
1.66, ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.67-2.33,
ระดับสูงมีค่าเฉลี่ย 2.34-3.00

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การ
ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)
เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of
consistency : IOC) จำนวนค่า IOC = 0.83
ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือการวิจัย
(reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่ม
ตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่
ทำการศึกษามากที่สุด คือ ประชาชนบ้านโลก
เหล็ก หมู่ที่ 9 ตำบลไทยบุรี อำเภอท่าศาลา
จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 30 คน ซึ่งไม่อยู่
ในกลุ่มประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ ความเชื่อมั่น
โดยรวมได้เท่ากับ 0.81 จริยธรรมในการเก็บ
ข้อมูล (research ethics) การศึกษาครั้งนี้จึง
พิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลเบื้องต้นของ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชนชุมชนประจักษ์ตง ตำบลไทยบุรี อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) ได้แก่ สถิติไคสแควร์ (Chi-square) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่วัดแบบกลุ่มกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชนชุมชนประจักษ์ตง ตำบลไทยบุรี อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ตารางที่ 1 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชนชุมชนประจักษ์ตง (n=182)

ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชน โดยใช้เกณฑ์ในการพิจารณาความสัมพันธ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

พบว่ากลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 67.7 และ 32.4 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว/อาการหรือความผิดปกติของร่างกาย ร้อยละ 64.3 ระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 48.9 มีรายได้มากที่สุดระหว่าง 5,001 - 10,000 บาท/เดือน และรองลงมา น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 37.4 และ 33.5 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 28.1 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การใช้สมุนไพร ร้อยละ 86.8 และเคยปลูกสมุนไพร ร้อยละ 48.9

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมการใช้สมุนไพร		รวม (n=182)	χ^2	p-value
	ต่ำและปานกลาง	สูง			
เพศ				0.258	0.611
ชาย	52(88.1)	7(11.9)	59		
หญิง	105(85.4)	18(14.6)	123		
อายุ				8.526	0.014*
20-39 ปี	66(93.0)	5(7.0)	71		
40-59 ปี	48(76.2)	15(23.8)	63		
60 ปีขึ้นไป	43(89.6)	5(10.4)	48		

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมการใช้สมุนไพร ต่ำและปานกลาง สูง		รวม (n=182)	χ^2	p-value
โรคประจำตัว/อาการหรือ ความผิดปกติของร่างกาย				1.732	0.188
ไม่มี	98(83.8)	19(16.2)	117		
มี	59(90.8)	6(9.2)	65		
ระดับการศึกษา				3.976	0.409
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	73(82.0)	16(18.0)	89		
มัธยมศึกษาตอนต้น	24(92.3)	2(7.7)	26		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	35(87.5)	5(12.5)	40		
ระดับอนุปริญญา / ปวส.	14(87.5)	2(12.5)	16		
ปริญญาตรีและสูงกว่า	11(100.0)	-	11		
รายได้ (เฉลี่ยต่อเดือน)				4.213	0.239
น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน	50(82.0)	11(18.0)	61		
5,001 - 10,000 บาท/เดือน	57(83.8)	11(16.2)	68		
10,001- 15,000 บาท/เดือน	32(94.1)	2(5.9)	34		
มากกว่า 15,001 บาท/เดือน	18(94.7)	1(5.3)	19		
อาชีพ				10.508	0.105
รับราชการและรัฐวิสาหกิจ	5(100.0)	-	5		
ค้าขาย	21(75.0)	7(25.0)	28		
เกษตรกร	40(78.4)	11(21.6)	51		
รับจ้างทั่วไป	41(91.1)	4(8.9)	45		
แม่บ้านหรือไม่ได้ประกอบ	22(91.7)	2(8.3)	24		
อื่นๆ	28(96.6)	1(3.4)	29		
ประสบการณ์การใช้สมุนไพร				2.137	0.144
เคยใช้	134(84.8)	24(15.2)	158		
ไม่เคยใช้	23(95.8)	1(4.2)	24		
การปลูกสมุนไพร				2.974	0.226
เคยปลูก	77(86.5)	12(13.5)	89		
ปลูก	48(81.4)	11(18.6)	59		
ไม่เคยปลูก	32(94.1)	2(5.9)	34		

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการใช้สมุนไพร (n=182)

พฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชนชุมชนประจวบฯ	จำนวน	(ร้อยละ)
ระดับสูง	25	13.7
ระดับปานกลาง	154	84.6
ระดับต่ำ	3	1.7
รวม	182	100

M = 2.12 , SD = 0.23 , Max = 2.67 , Min = 1.28

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพร (n=182)

ปัจจัยที่ศึกษา	พฤติกรรมการใช้สมุนไพร	
	r	p-value
ปัจจัยนำ		
ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพร	0.150	0.043*
ความเชื่อและทัศนคติต่อการใช้สมุนไพร	-0.053	0.476

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอื่นกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพร (n=182)

ปัจจัยที่ศึกษา	พฤติกรรมการใช้สมุนไพร	
	r	p-value
ปัจจัยอื่น		
แหล่งในการได้มาซึ่งสมุนไพรที่นำมาใช้	-0.034	0.653
รูปแบบของสมุนไพร	-0.072	0.336
ค่าใช้จ่ายหรือราคาของสมุนไพร	-0.108	0.147

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพร (n=182)

ปัจจัยที่ศึกษา	พฤติกรรมการใช้สมุนไพร	
	r	p-value
ปัจจัยเสริม		
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้สมุนไพร	0.128	0.085
แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการใช้สมุนไพร	0.080	0.282

อภิปรายผล

จากวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อประเมินพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชน พบว่าพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชนอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง (ร้อยละ 84.6) เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่มีฐานะค่อนข้างไม่ดี ไม่มีเวลาศึกษาหาความรู้และขาดการเผยแพร่ความที่ถูกต้องจากหน่วยงานอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับการศึกษาของ ชฎาธาร สระถึง และคณะ (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการรักษาบาดแผลของประชาชนตำบลกระดังงา อำเภอสีทิงพระ จังหวัดสงขลา พบว่า พฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการรักษาบาดแผลของประชาชนตำบลกระดังงา พบว่า ประชาชนตำบลกระดังงามีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 38.2)

จากวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชน สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลวรรณ

ชัยณรงค์ (2554) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรเพื่อรักษาโรคเบื้องต้นของประชาชน ในเขตอำเภอชัยภูมิบุรี จังหวัดปทุมธานี พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรเพื่อรักษาโรคเบื้องต้นประชาชนในเขตอำเภอชัยภูมิบุรี จังหวัดปทุมธานี สอดคล้องกับการศึกษาของ นกัสรัญญ์ ฤกษ์เรืองฤทธิ์ (2553) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาสมุนไพรที่สั่งจ่ายโดยแพทย์แผนปัจจุบันในโรงพยาบาลอุ้มทอง สอดคล้องกับการศึกษาของ สัจฉิตาพร กลิ่นทอง (2560) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชนในจังหวัดเพชรบุรี พบว่าเพศที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Gedif and Hahn (2003) ซึ่งศึกษาการใช้สมุนไพรในการดูแลตนเองของชาวชนบทตอนกลางของประเทศเอธิโอเปียพบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้สมุนไพรในการดูแลตนเอง และสอดคล้องกับ

การศึกษาของ Allabi (2011) ซึ่งศึกษาการใช้สมุนไพรในการดูแลตนเองในเขตอาณานิคมประเทศเบนิน พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้สมุนไพรในการดูแลตนเอง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.150$) และความเชื่อและทัศนคติต่อการใช้สมุนไพรมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.053$) สอดคล้องกับทศทางตรงข้ามกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อที่ว่าสมุนไพรรักษาหายช้ากว่ายาแผนปัจจุบันและกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ไม่เพียงพอในการเลือกใช้ วิธีการใช้ และสรรพคุณของสมุนไพร เพียงใช้สมุนไพรตามคำแนะนำของบุคคลอื่น ทำให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในระดับต่ำและความเชื่อทัศนคติต่อการใช้สมุนไพรในระดับปานกลาง ส่งผลต่อทัศนคติซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด PROCEED & PRECEDE Model ของกรีนและครูเธอร์ (Green and Kreuter, 1999) ได้กล่าวถึงความรู้ว่าเป็นปัจจัยนำที่สำคัญที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมและทัศนคติเป็นปัจจัยภายในที่เป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรม และสัมพันธ์กับแนวคิดเกี่ยวกับลักษณะทางประชากรศาสตร์ (ชูดภา ปุณณะหิตานนท์ 2541 อ้างถึงในภัทรพร ธนสาร

โสภณ, 2558) ที่กล่าวว่า การศึกษาทำให้บุคคลมีศักยภาพเพิ่มขึ้นแล้ว การศึกษายังทำให้เกิดความแตกต่างทางทัศนคติ ค่านิยม และคุณธรรม ความคิด พฤติกรรมการบริโภคที่แตกต่างกัน คนที่มีการศึกษาสูงก็ได้เปรียบเพราะมีข้อมูลความรู้กว้างขวาง เข้าใจในการตัดสินใจที่ดีกว่า และที่ได้ศึกษาของ Revers Peterson and Jensen, 1971 อ้างถึงในภัทรพร ธนสาร โสภณ (2558) พบว่าคนที่มีการศึกษาสูงมักมีความรู้กว้างขวางในหลายเรื่อง เป็นผู้รับสารที่ดีและสามารถเข้าใจสารได้ดี มีความได้เปรียบอย่างมากเมื่อเทียบกับคนที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า และการก่อให้เกิดการกระทำสอดคล้องที่แตกต่างกับผลวิจัยของ วรรณญา เมืองช้าง (2560) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพประชาชนในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา พบว่าความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของตนเองและทัศนคติต่อการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชนชุมชนประตู่ ช้างตอก ตำบลไทยบุรี อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ปัจจัยด้านแหล่งในการได้มาซึ่งสมุนไพรที่นำมาใช้มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรแตกต่างอย่างไม่มี

นัยสำคัญทางสถิติระดับ ($r=-0.034$) ปัจจัยด้านรูปแบบของสมุนไพรมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ ($r=-0.072$) และปัจจัยด้านค่าใช้จ่ายหรือราคาของสมุนไพรมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ ($r=-0.108$) กล่าวคือ ปัจจัยด้านแหล่งในการได้มาซึ่งสมุนไพร สอดคล้องกับงานวิจัยของชนพร สืบอินทร์ (2554) ที่ศึกษาปัจจัยด้านสังคมและจิตวิทยาและพฤติกรรมการซื้อผลิตภัณฑ์สมุนไพรของผู้บริโภคในจังหวัดปราจีนบุรี พบว่า ผู้บริโภคส่วนใหญ่ซื้อผลิตภัณฑ์เพราะประโยชน์ที่ได้รับและมีปัญหาด้านสุขภาพ โดยรู้จักผลิตภัณฑ์จากญาติพี่น้องแนะนำ เพื่อนแนะนำ และส่วนใหญ่ซื้อผลิตภัณฑ์จากศูนย์จำหน่ายภายในโรงพยาบาลเจ้าพระอรทัยเบรและจากผลการศึกษาปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชนชุมชนประจวบคีรีขันธ์ พบว่า ปัจจัยเสริมได้แก่ การได้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสมุนไพร และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลเกี่ยวกับสมุนไพรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) มีความสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากเมื่อบุคคลยังได้รับการสนับสนุนให้ใช้สมุนไพรมากเท่าไรก็จะทำให้มีการใช้สมุนไพรมากขึ้นตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชฎาธาร สระถึงและคณะ

(2561) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการรักษาบาดแผลของประชาชนตำบลกระดังงา อำเภอสตึงพระ จังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่าระดับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการรักษาบาดแผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการวิจัย ด้านปัจจัยนำ ด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในระดับสูงที่สุด เมื่อเทียบกับปัจจัยด้านอื่นๆ และยังพบว่า ส่วนใหญ่ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรอยู่ในระดับต่ำ หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญที่จะมีการส่งเสริมปัจจัยด้านนี้ ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมหรือส่งผลให้เกิดการใช้สมุนไพร เพื่อกำหนดหรือควบคุมปัจจัยนั้นๆ

เอกสารอ้างอิง

ชฎาธาร สระถึง กนกกร มอหะหมัดอัสมอา ออแซ

คอรีเยาะ อะแซ อุดมลักษณ์ คงประสม และศันสนียา ไทยเกิด. (2561). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการรักษาบาดแผลของประชาชน ตำบลกระดังงา อำเภอสตึงพระ จังหวัดสงขลา*. รายงานการประชุมวิชาการ ระดับชาติ ด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเครือข่ายภาคใต้ ครั้งที่3: ขับเคลื่อนวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีสู่นวัตกรรม สร้างมูลค่าเพื่อความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน. คณะวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและการเกษตร มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา.

ชนพร สืบอินทร์. (2554). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการซื้อผลิตภัณฑ์สมุนไพรของผู้บริโภคในจังหวัดปราจีนบุรี*. (การค้นคว้าอิสระ). (บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี).

นภัสรัญชน์ ฤกษ์เรืองฤทธิ. (2553). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์)

ภัทรพร ชนสาร โสภณณ. (2558). *การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการใช้ผลิตภัณฑ์ออร์แกนิก (Organic Beauty*

Product) ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. (การค้นคว้าอิสระ). สาขาวิชาการ การ การ จัด การ เชิง กล ยุ ท ธ์ . มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ยุวดี วงษ์กระจ่าง และวสุ สุภรัตน์สิทธิ. (2557). *สมุนไพรกับยาแผนปัจจุบัน*. วารสารหมอชาวบ้าน. 36 (428)

รัตนภรณ์ ชูทอง. (2564). *การแพทย์เสริมและการแพทย์ทางเลือก (Complementary and Alternative Medicine)*. ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ป้องกัน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วิริญญา เมืองช้าง (2560). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา*. (วิทยานิพนธ์ สาขา ญ สุข ศาส ต ร ม ห า บั ณฑิ ต , มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์).

วิไลวรรณ ชัยณรงค์ (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรเพื่อรักษาเบื้องต้นของประชาชนในเขตอำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์).

ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ สภาเภสัชกรรม. (2560). *การประชุมวิชาการโครงการเพิ่มพูนสมรรถนะด้าน*

- สมุนไพรให้แก่เภสัชกรทุกสายงาน. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สัจจิตาพร กลิ่นทอง (2560). พฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชนในจังหวัดเพชรบุรี. รายงานการประชุมวิชาการระดับชาติราชภัฏเพชรบุรีวิจัยเพื่อแผ่นดินไทยที่ยั่งยืน ครั้งที่ 7 “สหวิทยาการ สู่ไทยแลนด์ 4.0”. มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2559). แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ.2560-2564. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, กระทรวงสาธารณสุข.
- สาโรจน์ เพชรมณี. (2558). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาแหล่งเรียนรู้สมุนไพรเพื่อการดูแลสุขภาพในจังหวัดนครศรีธรรมราช. การประชุมวิชาการระดับชาติการแพทย์แผนไทย ครั้งที่ 1. จังหวัดนครศรีธรรมราช.
- สาโรจน์ เพชรมณี และสุปริษา แก้วสวัสดิ์. (2557). การพัฒนาศักยภาพกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนความดันโลหิตสูงในชุมชนประตูช้างตก ตำบลไทยบุรี อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 6(23), 1002-1012.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2557). ข่าวประชาสัมพันธ์สำนักงานสถิติแห่งชาติ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วยแพทย์แผนไทยและสมุนไพรของครัวเรือนศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติฯ. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครศรีธรรมราช. (2560). คู่มือมาตรฐานการใช้ยาสมุนไพร จังหวัดนครศรีธรรมราช (1). จังหวัดนครศรีธรรมราช.
- อุทัยวรรณ พงษ์บริบูรณ์. (2557). การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมด้วยภูมิปัญญาไทย. วารสารพยาบาลตำรวจ, 2(6), 250-262.
- ผกากรอง ขวัญข้าว. (2563). สารการประชุมประจำปี การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกครั้งที่ 17 . ศูนย์การค้าและการประชุมอิมแพคเมืองทองธานี.
- Allabi, A.C., Busia, K., Ekanmian, V., Bakiono, F. (2011)The use of medicinal plants in self-care in the Agonlin region of Benin. *Journal of Ethnopharmacology*. 133(1).
- Benzie IFF, & Wachtel-Galor S. (2011). Herbal Medicine: An Introduction to Its History, Usage, Regulation, Current Trends, and Research Needs. In *Herbal Medicine: Biomolecular and Clinical Aspects*: Francis Group, LLC.
- Krejcie, R. V., and Morgan, D. W. (1970). “Determining Sample Size for Research

Activities” *Educational and Psychological Measurement*. 30, 607 – 610

Gedif, T. and Hahn, H. (2003) The Use of Medicinal Plants in Self-Care in Rural Central Ethiopia. *Journal of Ethnopharmacology*, 87, 155-161.

Green, L. And M. Kreuter. 1999. *Health Promotion Planning An Education Approach(3ed)*.

Toronto: Mayfield Publishing Company.

Green, L.W. and Kreuter, M.W. (2005). *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*. 4th edition. NY: McGraw-Hill Higher Education.

การศึกษาผลของการจัดการศึกษาแบบสหวิชาชีพ เรื่องอาหารสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ในนักศึกษาอุดมศึกษา จังหวัดสุรินทร์

ธวัชชัย ยืนยาว, พย.ม.*

จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, Ph.D.**

วรรณถ พรหมสุวรรณ, ปร.ด.***

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (one group pretest-posttest design) เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้และเข้าใจบทบาทตามสาขาวิชาชีพ ความสามารถในการทำงานเป็นทีม และความรู้เกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้สูงอายุ ของนักศึกษาอุดมศึกษาก่อนและหลังการเรียนการสอน เครื่องมือในการวิจัยคือ รูปแบบการจัดการศึกษาแบบสหวิชาชีพ เรื่อง อาหารสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้และเข้าใจบทบาทตามสาขาวิชาชีพ แบบสอบถามความสามารถในการทำงานเป็นทีมของสหวิชาชีพ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้สูงอายุ ตัวอย่างในการศึกษาเป็นนักศึกษาของสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาในจังหวัดสุรินทร์ 3 สถาบัน ได้แก่ นักศึกษาของสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาในจังหวัดสุรินทร์ 3 สถาบัน ได้แก่ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ นักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ และนักศึกษาสาขาวิชาเทคโนโลยีการอาหาร คณะเกษตรศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสุรินทร์ รวมจำนวน 54 คน คัดเลือกตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนาและสถิติทดสอบที (Paired t-test)

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการศึกษาค่าเฉลี่ยการรับรู้และเข้าใจบทบาทตามสาขาวิชาชีพ ค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำงานเป็นทีมของสหวิชาชีพ และค่าเฉลี่ยความรู้ เรื่อง อาหารสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการศึกษาแบบสหวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p=.031$, $p<.001$, และ $p<.001$)

คำสำคัญ: การศึกษาแบบสหวิชาชีพ อาหารสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน), ** :*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวง

สาธารณสุข E-mail: thawatchai.yeun@gmail.com

**A study of Effectiveness of Interprofessional Education on Nutrition for Elderly in community
Among Undergraduate Students in Surin Province**

Thawatchai Yeunyow, M.N.S.

Chularat Howharn, Ph.D.

Woranart Promsuan, Ph.D.

Abstract

The aims of this quasi-experimental study with one group pretest-posttest design were to determine the effects of interprofessional educations on perception on interprofessional roles and responsibility, teamwork, and knowledge on nutrition for elderly in community. A research instrument was a model of interprofessional education entitled nutrition for elderly in community. Data collection tools composed of demographic information form, the role and responsibility perception questionnaire, teamwork perception questionnaire, and nutrition for elderly in community questionnaire. Samples were 54 students whom were purposive selected from students of Boromarajonani College of Nursing, Surin, Rajamangala University of Technology Isan Surin Campus, and Surin Rajabhat University. Select the sample using a simple random sampling. Data were analyzed by descriptive statistics and paired t-test.

The results shown that after a program means score of interprofessional roles, means score of teamwork, and means score of knowledge were statistically significant increased at $p=.031$, $p<.001$, $p<.001$; consecutively.

Keywords: Interprofessional Education Nutrition for Elderly in community

บทนำ

การพัฒนาการจัดการเรียนการสอน วิชาชีพวิทยาศาสตร์สุขภาพ มีการพัฒนาตาม วัฒนาการตั้งแต่ ปี 1900 เริ่มจากการจัดการศึกษา โดยใช้วิทยาศาสตร์เป็นฐาน (science-based) ปัญหาเป็นฐาน (problem-based) และการใช้ ระบบเป็นฐาน (systems-based) ซึ่งมีการพัฒนา เป็นลำดับ และในการจัดการศึกษาในศตวรรษที่ มีกรอบ 21 ความคิดเพื่อการเรียนรู้โดยมีเป้าหมาย ไปที่ผู้เรียนเกิดคุณลักษณะและสามารถใช้ความรู้ ในสาระหลักไปบูรณาการกับทักษะ 3 ทักษะ เพื่อ การดำรงชีวิต คือ 1. ทักษะด้านการเรียนรู้และ นวัตกรรม ได้แก่ การคิดสร้างสรรค์ การแก้ไขปัญหา การสื่อสาร การร่วมงานกับคนอื่น 2. ทักษะสารสนเทศ สื่อและเทคโนโลยี และ 3. ทักษะชีวิตและอาชีพ ได้แก่ การปรับตัว ทักษะ ทางสังคม การเรียนรู้ข้ามวัฒนธรรม (วิจารณ์ พานิช, 2555) ซึ่งการจัดการเรียนการสอนใน ศตวรรษที่ 21 สำหรับวิชาชีพวิทยาศาสตร์ สุขภาพนั้น เน้นให้เกิดสมรรถนะในด้านการ ทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการดูแลสุขภาพ หรือการรักษาบำบัดให้เกิดความปลอดภัยกับ ผู้ป่วย และจากการวิเคราะห์สถานการณ์การจัด การศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพใน ศตวรรษที่ 21 มีการเสนอแนวการศึกษาแบบสห สาขาวิชาชีพ (interprofessional Education: IPE) เป็นการศึกษาที่มีการร่วมมือระหว่างสองวิชาชีพ หรือมากกว่า หรือวิชาชีพอื่น ๆ นอกเหนือวิชาชีพ

สุขภาพ โดยเน้นกิจกรรมการเรียนรู้ที่ทำให้ผู้เรียน ได้มีโอกาสเรียนรู้และทำงานร่วมกันผ่าน กระบวนการเรียนรู้ที่ส่งเสริมการใช้ประสบการณ์ ตรง สร้างวงจรการเรียนรู้และตอบสนองต่อความ ต้องการของสังคม ส่งผลให้เกิดการสร้างกระบวนการ ทัศนคติใหม่ในการเรียนรู้ของบุคลากรสุขภาพและ เป้าหมายสูงสุด คือ เพื่อผลิตบุคลากรสุขภาพเพื่อ การทำงานร่วมกันแบบสหวิชาชีพในการบริการ ทางด้านสุขภาพอย่างมีคุณภาพและยั่งยืน ซึ่ง รูปแบบการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพนั้นเป็น การเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาที่ศึกษาด้าน วิชาชีพวิทยาศาสตร์สุขภาพทำงานร่วมกับวิชาชีพ อื่นๆ เกิดการรับรู้และเข้าใจบทบาทตามวิชาชีพ การทำงานเป็นทีม เกิดทักษะการสื่อสาร ภาวะ ผู้นำ และการสะท้อนคิด (วณิชชา ชื่นกองแก้ว, 2559) ซึ่งจะเห็นได้ว่าการศึกษาระบบสหวิชาชีพยังเป็น วิธีการเรียนที่ช่วยส่งเสริมการพัฒนา ความสามารถในการแบ่งปันความรู้ทักษะ เสริมสร้างความเข้าใจและความร่วมมือทั้งในด้าน การศึกษา การทำงานและการวิจัยร่วมกันระหว่าง สหวิชาชีพ (Della Freeth, Maggi Savin-Baden & Jill Thistlethwaite, 2018) และการจัดการศึกษา สำหรับบุคลากรด้านสุขภาพนั้นเป็นการเรียนรู้ ในด้านศาสตร์ทางวิชาชีพ การสร้างเสริมสุขภาพ แบบองค์รวม การดูแลสุขภาพที่มีปัญหาสุขภาพ แต่ละช่วงวัยตั้งแต่เด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มีความเสื่อมของร่างกายและมีปัญหา สุขภาพมากกว่าทุกกลุ่มวัย

การคาดการณ์แนวโน้มผู้สูงอายุขึ้นไปเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 12 เป็นร้อยละ 22 ในระยะเวลา 35 ปี (ระหว่าง ปี ค.ศ.2015 – 2050 WHO, 2016) ประเทศไทยซึ่งปัจจุบันมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเท่ากับ 9.4 ล้านคนหรือร้อยละ 14.57 และมีประชากรสูงอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 6.3 ล้านคน หรือร้อยละ 9.77 จึงเป็นโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมสูงอายุ (aging society) และอีกไม่เกิน 10 ปีประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (aged society) เมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 14 และจะเข้าสู่โครงสร้างสังคมสูงอายุนี้อายุระดับสุดยอด (super – aged society) ในปี พ.ศ. 2575 เมื่อประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558) ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุ พบว่าร้อยละ 35 ของผู้สูงอายุมีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) โดยพบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีภาวะอ้วนร้อยละ 47 และ ผู้สูงอายุชายมีภาวะอ้วนร้อยละ 23 ซึ่งมีภาวะโภชนาการเกินเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังตามมา และผู้สูงอายุที่มีฟันไม่ครบ 20 ซี่ และใส่ฟันปลอมมากกว่าร้อยละ 70 (สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) และทำให้เกิดปัญหาด้านโภชนาการในผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในด้านภาวะทุพโภชนาการ โดยอาจจะเกิดปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุตามมา ซึ่งบทบาทหน้าที่ในการประเมินภาวะโภชนาการ ความรู้ด้านการรับประทานอาหารในด้านผู้สูงอายุและพฤติกรรม

การรับประทานอาหารในผู้สูงอายุนั้นทีมสหสาขาวิชาชีพได้แก่ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข โภชนาการและวิชาชีพอื่นๆ และเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

จังหวัดสุรินทร์มีสถาบันการศึกษาอุดมศึกษาไม่ได้จัดการศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ ได้แก่ 1. มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ 2. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสุรินทร์และสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพที่ผลิตแพทย์ พยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุข ได้แก่ 1. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ 2. ศูนย์แพทยศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลสุรินทร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี 3. สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ และเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วบุคลากรด้านสุขภาพจะมีหน้าที่ในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของบุคคล ชุมชนและสังคมมีสุขภาพดีและยั่งยืน จึงจำเป็นในการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนได้ฝึกประสบการณ์จริงซึ่งเป็นการบูรณาการสร้างความรู้ ทักษะและเจตคติด้วยการนำเอาประสบการณ์เดิมของผู้เรียนมาบูรณาการเพื่อสร้างการเรียนรู้ใหม่ๆ (David A. Kolb, Richard E. Boyatzis, Charalampos Mainemelis, 2001) และการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพเป็นการเรียนการสอนแบบใหม่ที่เป็นความร่วมมือของสาขาวิชาชีพในการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนเพื่อให้มีประสิทธิภาพผลลัพธ์ในด้านต่าง ๆ

ได้แก่ 1. (roles/responsibilities) 2. การทำงานเป็นทีม (team work) 3. ภาวะผู้นำ (leadership) และ 4. การเรียนรู้และการสะท้อนคิด (learn and reflection) (WHO, 2510) ดังนั้นผู้วิจัยได้สังเกตเห็นปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงด้านโภชนาการของผู้สูงอายุในชุมชนมาบูรณาการกับการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยนำนักศึกษาที่จัดการศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ ได้แก่ 1. นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ 2. นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิตและเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ และนักศึกษาที่ไม่ได้จัดการศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ คือ นักศึกษาสาขาวิศวกรรมคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสุรินทร์ มาจัดกิจกรรมการวิจัยในด้านอาหารสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ ทักษะการทำงานเป็นทีม และรับรู้และเข้าใจบทบาทหน้าที่ตามวิชาชีพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนและยังเกิดประโยชน์ต่อบุคคลในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้และเข้าใจบทบาทตามวิชาชีพก่อนและหลังการศึกษาแบบสหวิชาชีพ เรื่อง อาหารสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำงานเป็นทีมของสหสาขาวิชาชีพก่อนและหลัง

การศึกษาแบบสหวิชาชีพ เรื่อง อาหารสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของสหสาขาวิชาชีพก่อนและหลังการศึกษาแบบสหวิชาชีพ เรื่อง อาหารสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

สมมุติฐาน

1. ภายหลังจากจัดการศึกษาแบบสหวิชาชีพ เรื่อง อาหารสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน นักศึกษามีคะแนนการรับรู้และเข้าใจบทบาทตามสาขาวิชาชีพเพิ่มมากขึ้น

2. ภายหลังจากจัดการศึกษาแบบสหวิชาชีพ เรื่อง อาหารสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน นักศึกษามีคะแนนความสามารถในการทำงานเป็นทีมของสหสาขาวิชาชีพเพิ่มมากขึ้น

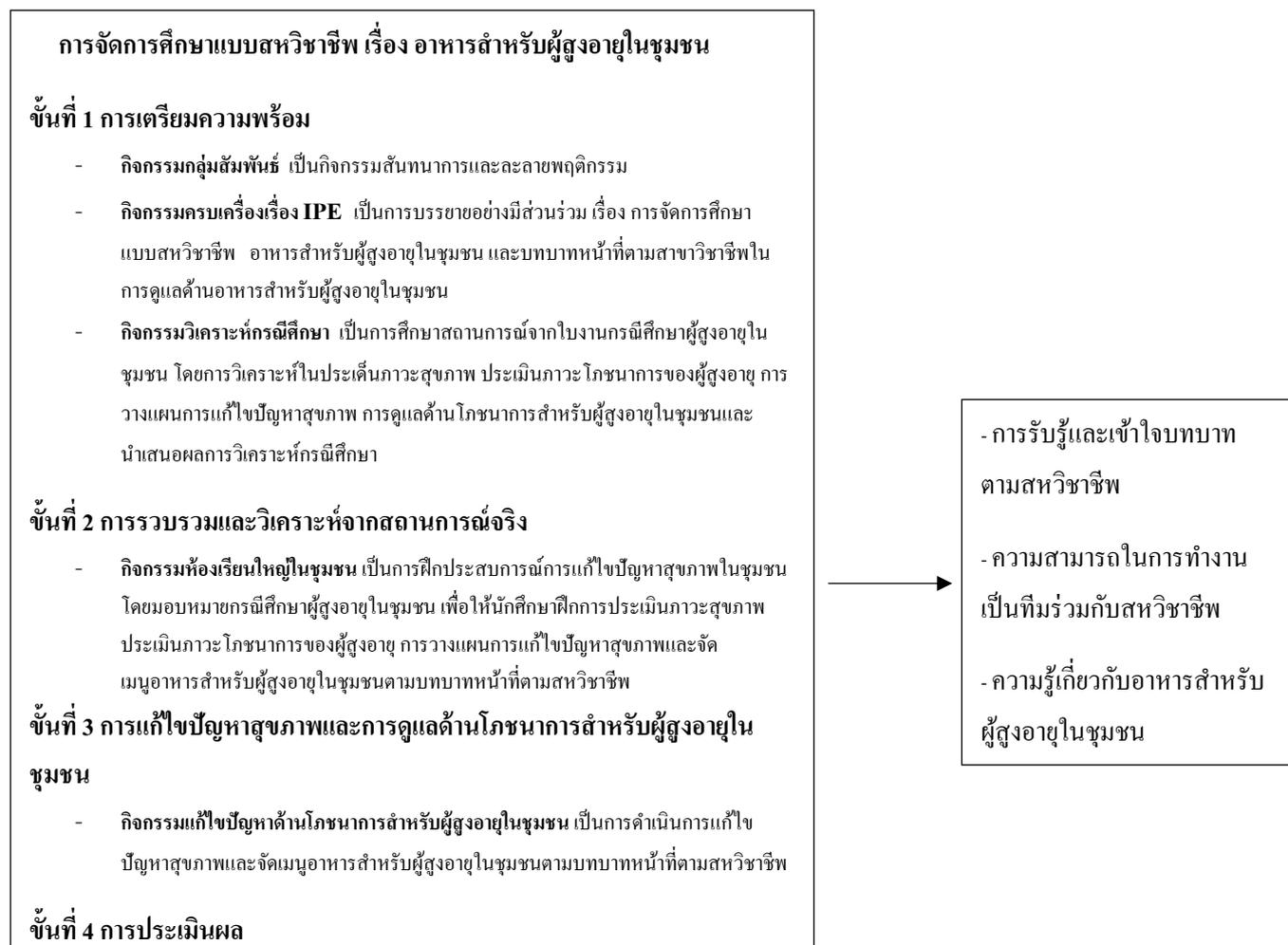
3. ภายหลังจากจัดการศึกษาแบบสหวิชาชีพ เรื่อง อาหารสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน นักศึกษามีคะแนนความรู้เกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนของสหสาขาวิชาชีพเพิ่มมากขึ้น

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพของประเทศไทย (conceptual framework of Thailand 4.0 ซึ่งพัฒนาจาก framework for action on interprofessional education and collaborative practice (WHO, 2010) ซึ่งประกอบด้วย 1. (roles/responsibilities) 2. การทำงานเป็นทีม (team work) 3. ภาวะผู้นำ (leadership) และ 4. การเรียนรู้และการสะท้อนคิด

(learn and reflection) ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดสำหรับนักศึกษา 4 ด้าน จากแนวคิดการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพของประเทศไทย (conceptual framework of Thailan 4.0) ได้แก่ .1 การรู้จักบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ และ .2การทำงานเป็นทีม และได้้นำแนวคิดด้านความรู้เกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเป็นตัว

แปรตามในการวิจัยครั้งนี้ ตัวแปรต้นผู้วิจัยได้ออกแบบเป็น การเตรียม 1 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 4 การรวบรวมและวิเคราะห์ 2 ความพร้อม ขั้นที่ 3 การแก้ไขปัญหา 3 จากสถานการณ์จริง ขั้นที่ 1 สุขภาพและการดูแลด้านโภชนาการสำหรับ จึงได้กรอบแนวคิด 4 ผู้สูงอายุในชุมชนและขั้นที่ 1.1 ดังภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาของสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาในจังหวัดสุรินทร์ปีการศึกษา 2563 ทั้ง 3 สถาบัน ได้แก่ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ จำนวน 432 คน นักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ จำนวน 62 คน และนักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาเทคโนโลยีการอาหาร คณะเกษตรศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสุรินทร์ จำนวน 46 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2555) คำนวณหาค่าขนาดอิทธิพล (effect size) โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านความสามารถในการทำงานเป็นทีมร่วมกับสหวิชาชีพของวิรัชชัย ยืนยาว (2562) ได้เท่ากับ 1.92 และกำหนด $\alpha = 0.05$, Power = .80 ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 12 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่างจึงเลือกตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 50 (6 คน) รวมจำนวนตัวอย่างกลุ่มละ 18 คน จาก 3 สถาบัน จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 54 คน และรับสมัครตัวอย่างตามความสมัครใจ (convenient or volunteer sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือขึ้นใหม่ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ คู่มือการจัดการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพ คู่มือการประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุ และใบงานกรณีศึกษา

2. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีจำนวนข้อคำถาม 9 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา สถาบันการศึกษา ชั้นปี เกรดเฉลี่ยสะสม ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้สูงอายุ

2.2 แบบสอบถามการรับรู้และเข้าใจ บทบาทตามสาขาวิชาชีพ ผู้วิจัยนำข้อคำถามมาจากคู่มือการจัดการศึกษาแบบสหวิชาชีพ (interprofessional education (IPE) guideline) (วณิชชา ชื่นทองแก้ว, 2561) มีจำนวน 9 ข้อ เป็นคำถามเลือกตอบ ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด 5 คะแนน 5 ให้, เห็นด้วยมาก ให้ คะแนน 4, เห็นด้วยปานกลาง ให้ คะแนน 3, เห็นด้วยน้อย ให้ คะแนน 2, เห็นด้วยน้อยที่สุด ให้ คะแนน 1 คะแนน ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไป 45 คะแนนเต็ม จะนำไปตรวจสอบหาดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) โดยผ่าน

ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.91

2.3 แบบสอบถามความสามารถในการทำงานเป็นทีมของสหสาขาวิชาชีพ ผู้วิจัยนำข้อคำถามมาจากคู่มือการจัดการศึกษาแบบสหวิชาชีพ (interprofessional education (IPE) guideline) (วนิษา ชื่นกองแก้ว, 2561) มีจำนวน 11 ข้อ เป็นคำถามเลือกตอบ 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด ให้ 5 คะแนน, เห็นด้วยมาก ให้ 4 คะแนน, เห็นด้วยปานกลาง ให้ 3 คะแนน, เห็นด้วยน้อย ให้ 2 คะแนน, เห็นด้วยน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน ผู้วิจัยได้นำ 1 เครื่องมือไปจะนำไปตรวจสอบหาดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.92

2.4 แบบสอบถามความรู้เรื่องอาหารสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุของกรมอนามัย, 2563 มีจำนวน 15 ข้อ เป็นคำถามเลือกตอบถูกผิด เป็นคำถามเชิงบวก 14 ข้อและคำถามเชิงลบ 1 ข้อ โดยกำหนดให้คะแนนคือ ถูก

ให้คะแนน 1 คะแนน และผิด ให้คะแนน 0 คะแนน มีคะแนนเต็ม 15 คะแนน ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปจะนำไปตรวจสอบหาดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และหาความเชื่อมั่นโดยวิธีของคูเดอริชชาร์ดสัน (Kude- Richardson: KR-20) เท่ากับ 0.84

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยจะดำเนินการเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ได้เลขจริยธรรมหมายเลข P-EC 01-01-63 ลงวันที่ 27 มีนาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2. วิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้และเข้าใจบทบาทตามสาขาวิชาชีพในการจัดการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพ ความสามารถในการทำงานเป็นทีมร่วมกับสหวิชาชีพและความรู้เกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้สูงอายุโดยค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

3. การเปรียบเทียบการรับรู้และเข้าใจบทบาทตามสาขาวิชาชีพ ความสามารถในการทำงานเป็นทีมของสหวิชาชีพและความรู้ เรื่อง

อาหารสำหรับผู้สูงอายุก่อนและหลังการศึกษา
แบบสหวิชาชีพ เรื่อง อาหารสำหรับผู้สูงอายุใน
ชุมชน ใช้สถิติสถิติทดสอบที (Paired t-test)
ผลการวิจัย

ตัวอย่างจำนวน 54 คน นักศึกษาของ
สถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาในจังหวัด
สุรินทร์ สถาบันในจังหวัดสุรินทร์ เป็นเพศหญิง 3

ร้อยละ 59.25 มีอายุระหว่าง 18-32 ปี อายุเฉลี่ย
21.10 ปี ($SD = 1.70$) สถานภาพโสด ร้อยละ 96.29
ศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.14 เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 2
มากที่สุด ร้อยละ 38.89 มีเกรดเฉลี่ยสะสมเฉลี่ย
2.87 เกรดเฉลี่ยสะสมระหว่าง 1.99 – 3.83
($SD = .38$) มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายुर้อย
ละ 59.25 มีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้สูงอายुर้อย
ละ 75.92 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (n= 54)

ข้อมูลส่วนบุคคล	พิสัย	ค่าเฉลี่ย		
		(ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน)	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
หญิง			32	59.25
ชาย			21	38.89
เพศทางเลือก			1	1.86
อายุ (ปี)	18 – 32	21.10 (1.70)		
สถานภาพสมรส				
โสด			52	96.29
คู่			2	3.71
ศาสนา				
พุทธ			53	98.14
อิสลาม			1	1.86
ชั้นปี				
ปี 1			13	24.07
ปี 2			21	38.89
ปี 3			14	25.93
ปี 4			6	11.11
เกรดเฉลี่ยสะสม	1.99 – 3.83	2.87 (.38)		

ข้อมูลส่วนบุคคล	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	
		(ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน)	ร้อยละ
ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ			
เคย			32
ไม่เคย			22
สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้สูงอายุ			
มี			41
ไม่มี			13

1. การเปรียบเทียบการรับรู้และเข้าใจ
บทบาทตามสาขาวิชาชีพก่อนและหลังการศึกษา
การเปรียบเทียบการรับรู้และเข้าใจ
บทบาทตามสาขาวิชาชีพก่อนและหลังการศึกษา

แบบสหวิชาชีพ พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้และเข้าใจ
บทบาทตามสาขาวิชาชีพหลังการศึกษาแบบ
สหวิชาชีพสูงกว่าก่อนการศึกษาแบบสหวิชาชีพ
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบการรับรู้และเข้าใจบทบาทตามสาขาวิชาชีพก่อนและหลังการศึกษาแบบ
สหวิชาชีพ ($n = 54$)

การรับรู้และเข้าใจ						
บทบาท ตามสาขาวิชาชีพ	M	SD	D	SD	t	p-value
ก่อนการศึกษา แบบสหวิชาชีพ	38.68	4.30	4.22	4.84	.333	.031
หลังการศึกษา แบบสหวิชาชีพ	40.84	4.15				

2. การเปรียบเทียบความสามารถในการทำงานเป็นทีมของสหวิชาชีพก่อนและหลังการศึกษา

การเปรียบเทียบความสามารถในการทำงานเป็นทีมของสหวิชาชีพก่อนและหลัง

การศึกษาแบบสหวิชาชีพ พบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำงานเป็นทีมของสหวิชาชีพหลังการศึกษาแบบสหวิชาชีพสูงกว่าก่อนการศึกษาแบบสหวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความสามารถในการทำงานเป็นทีมของสหวิชาชีพก่อนและหลังการศึกษาแบบสหวิชาชีพ (n = 143)

ความสามารถในการทำงานเป็นทีม	M	SD	D	SD	t	p-value
ก่อนการศึกษาแบบสหวิชาชีพ	46.65	6.19	5.82	5.93	.493	<.001
หลังการศึกษาแบบสหวิชาชีพ	49.23	5.56				

3. การเปรียบเทียบความรู้ เรื่อง อาหารสำหรับผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการศึกษา

การเปรียบเทียบความรู้ เรื่อง อาหารสำหรับผู้สูงอายุก่อนและหลังการศึกษาแบบสหวิชาชีพ เรื่อง อาหารสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้ เรื่อง อาหารสำหรับผู้สูงอายุหลังการศึกษาแบบสหวิชาชีพ เรื่อง อาหารสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน สูงกว่าก่อนการศึกษาแบบสหวิชาชีพ เรื่อง อาหารสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความรู้ เรื่อง อาหารสำหรับผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการศึกษาแบบสหวิชาชีพ (n=54)

ความรู้ เรื่อง อาหารสำหรับผู้สูงอายุ	M	SD	D	SD	t	p-value
ก่อนการศึกษาแบบสหวิชาชีพ	12.74	2.04	2.17	2.09	14.157	<.001
หลังการศึกษาแบบสหวิชาชีพ	14.58	2.28				

การอภิปรายผล

การเปรียบเทียบการรับรู้และเข้าใจ บทบาทตามสาขาวิชาชีพก่อนและหลังการศึกษา แบบสหวิชาชีพ พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้และเข้าใจ บทบาทตามสาขาวิชาชีพหลังการศึกษาแบบสหวิชาชีพสูงกว่าก่อนการศึกษาแบบสหวิชาชีพอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .0$ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอดิญา ศรีเกษตริณและคณะ ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลการจัดการเรียนรู้แบบมี (2563) ส่วนร่วมต่อทักษะการทำงานร่วมกันระหว่าง ทีมสหวิชาชีพ โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยบทบาท ของทีมสหวิชาชีพหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการ เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วม กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ซึ่งจากกิจกรรม 0.01 ตามกรอบแนวคิดการวิจัยที่ออกแบบกิจกรรมที่ ส่งเสริมให้นักศึกษามีการรับรู้และเข้าใจบทบาท ตามสาขาวิชาชีพได้แก่ 1. กิจกรรมครบเครื่อง เรื่อง IPE เป็นการบรรยายอย่างมีส่วนร่วม เรื่อง การจัดการศึกษาแบบสหวิชาชีพ อาหารสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนและบทบาทหน้าที่ตามสาขา วิชาชีพในการดูแลด้านอาหารสำหรับผู้สูงอายุใน ชุมชนและกิจกรรมกลุ่มต่างๆ จะเห็นว่าเมื่อนักศึกษาทำกิจกรรมหรือเรียนรู้ศึกษาปัญหาและ วางแผนแก้ไขปัญหาพร้อมกัน จะสามารถแสดง บทบาทตามวิชาชีพหรือความเชี่ยวชาญได้อย่างมี ประสิทธิภาพ และการจัดการเรียนการสอน แบบสหวิชาชีพควรเริ่มต้นทำภายหลังจากที่แต่ละ

สาขาวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจในศาสตร์เฉพาะ ของสาขาตนเอง (สุณี เศรษฐเสถียร, 2558) จาก การดำเนินกิจกรรมตามกรอบแนวคิดการวิจัยจึง ส่งผลให้นักศึกษามีการรับรู้และเข้าใจบทบาท ตามสาขาวิชาชีพเพิ่มมากขึ้น

การเปรียบเทียบความสามารถในการทำงานเป็นทีมของสหวิชาชีพก่อนและหลัง การศึกษาแบบสหวิชาชีพ เรื่อง อาหารสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถใน การทำงานเป็นทีมของสหวิชาชีพหลังการศึกษา แบบสหวิชาชีพสูงกว่าก่อนการศึกษาแบบสห วิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของธานี กล่อมใจ, นันทิกา อนันต์ชัยพัชฌาและทักษิภา ชัชรวัฒน์ ที่ (2562) ศึกษาการพัฒนาการจัดการเรียนรู้แบบสหสาขา วิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดย พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการ ทำงานเป็นทีมหลังการทดลองใช้กระบวนการ การจัดการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพเพิ่มขึ้นกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการออกแบบกิจกรรมที่ ประกอบไปด้วยการเตรียมความพร้อม โดยมี กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์จึงทำให้นักศึกษามี ความคุ้นเคยกันมากขึ้น รวมถึงกิจกรรมวิเคราะห์ กรณีศึกษาเป็นการศึกษาสถานการณ์จากใบงาน กรณีศึกษาผู้สูงอายุในชุมชน กิจกรรมห้องเรียน ใหญ่ในชุมชนเป็นการฝึกประสบการณ์การแก้ไข ปัญหาสุขภาพในชุมชนและกิจกรรมแก้ไขปัญหา ด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งเป็น

กิจกรรมที่ต้องดำเนินกิจกรรมเป็นกลุ่มในการวางแผน การมอบหมายหน้าที่และมีการสร้างกลุ่มใน application line เพื่อติดต่อสื่อสารในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้นักศึกษาสามารถทำงานเป็นทีมได้ดียิ่งขึ้น

การเปรียบเทียบความรู้ เรื่อง อาหารสำหรับผู้สูงอายุก่อนและหลังการศึกษาแบบสหวิชาชีพ เรื่อง อาหารสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้ เรื่อง อาหารสำหรับผู้สูงอายุหลังการศึกษาแบบสหวิชาชีพ เรื่อง อาหารสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน สูงกว่าก่อนการศึกษาแบบสหวิชาชีพ เรื่อง อาหารสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทรพิสิริ เสนิงค์ ณ อยุรยา, สรัจ ฤทธิรงค์ศักดิ์, นิศรา ระวียัน และวาสนา จักรแก้ว (2564) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนจากประสบการณ์ตามสภาพจริงตามรูปแบบกิจกรรมประสบการณ์ โดยอธิบายว่าการเรียนการสอนจากประสบการณ์ตามสภาพจริงเป็นวิธีการเรียนสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางแบบหนึ่ง ทำให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการเรียนรู้ องค์ความรู้และเข้าใจตนเองโดยชั้นประสบการณ์ (experiencing) เป็นขั้นลงมือทำกิจกรรมจากสภาพจริงและขั้นประยุกต์ใช้ (applying) เป็นขั้นของการนำสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ไปสู่การประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานต่อไป ซึ่งจากกรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ นักศึกษาได้รับความรู้จากกิจกรรมขั้นที่ 1 ได้แก่ 1. กิจกรรมครบเครื่องเรื่อง IPE เป็นการบรรยาย

อย่างมีส่วนร่วม เรื่อง การจัดการศึกษาแบบสหวิชาชีพ อาหารสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน และบทบาทหน้าที่ตามสาขาวิชาชีพในการดูแลด้านอาหารสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งบรรยายโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาแบบสหวิชาชีพและด้านการดูแลผู้สูงอายุ 2. กิจกรรมวิเคราะห์กรณีศึกษาเป็นการศึกษาสถานการณ์จากใบงานกรณีศึกษาผู้สูงอายุในชุมชน โดยการวิเคราะห์ในประเด็นภาวะสุขภาพ ประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ การวางแผนการแก้ไขปัญหาสุขภาพ การดูแลด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนและนำเสนอผลการวิเคราะห์กรณีศึกษา ขั้นที่ 2 คือ กิจกรรมห้องเรียนใหญ่ในชุมชน เป็นการฝึกประสบการณ์การแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน โดยมอบหมายกรณีศึกษาผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้นักศึกษาฝึกการประเมินภาวะสุขภาพ ประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ การวางแผนการแก้ไขปัญหาสุขภาพและจัดเมนูอาหารสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนตามบทบาทหน้าที่ตามสหวิชาชีพ และขั้นที่ 3 กิจกรรมแก้ไขปัญหาด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเป็นการดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพและจัดเมนูอาหารสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนตามบทบาทหน้าที่ตามสหวิชาชีพ โดยการดำเนินกิจกรรมต่างๆ จะมีอาจารย์ประจำกลุ่มในการให้ข้อเสนอแนะ สะท้อนคิดและเพิ่มเติมองค์ความรู้ในด้านอาหารสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนทำให้เกิดความรู้เรื่องอาหารสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นหลังดำเนินกิจกรรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในประเด็นปัญหาสุขภาพของกลุ่มวัยต่างๆ หรือสถานการณ์ทางสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทในปัจจุบัน เช่น การแก้ไขปัญหาสุขภาพในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่

2. ควรมีการจัดการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพเป็นหลักสูตรหรือในรายวิชาของสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาในจังหวัดสุรินทร์เพื่อเกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และตลอดจนเกิดเครือข่ายทางการศึกษาที่เข้มแข็ง

เอกสารอ้างอิง

- วิรัชชัย ยืนยาว, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, วรรณพร พรหมสุวรรณ. (2562). ผลการจัดการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพต่อการรับรู้และเข้าใจบทบาทตามสาขาวิชาชีพและความสามารถในการทำงานเป็นทีม. *วารสารพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา*, 20(1), 137-147.
- ธานี กล่อมใจ นันทิกา อนันต์ชัยพัชฌา และทักษิญา ชัชวรัตน์. (2562). การพัฒนาการจัดการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งเฟิง. *วารสารพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา*, 20(3), 125-138.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2555). วิธีการที่ถูกต้องและทันสมัยในการกำหนดขนาดตัวอย่าง .

ข้อจำกัด

การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาเฉพาะนักศึกษาของสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาในจังหวัดสุรินทร์ เพียง 3 สถาบันในจังหวัดสุรินทร์ ดังนั้นควรศึกษาในสถาบันการศึกษาอื่นๆ หรือสถาบันการศึกษาที่เทียบเท่าระดับอุดมศึกษา เช่น วิทยาลัยอาชีวศึกษา วิทยาลัยเทคนิค มหาวิทยาลัยรามคำแหง มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา มหามกุฏราชวิทยาลัย เพื่อเกิดเครือข่ายการจัดการศึกษาแบบสหวิชาชีพต่อไป

รายงานประกอบการบรรยายในโครงการ Research Zone จัดโดยศูนย์การเรียนรู้ทางการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, (12-20).

ทรัพย์สิริ เสนีวงศ์ ณ อยุธยา สรัฐ ฤทธิธรรณศักดิ์ นิศรา ระวียัน และวาสนา จักรแก้ว. (2564). การจัดการเรียนการสอนจากประสบการณ์ตามสภาพจริงตามรูปแบบกิจกรรมประสบการณ์. *วารสารธรรมศาสตร์*, 40 (2), 116-129.

วณิชชา ชื่นกองแก้ว. (2561). *คู่มือการจัดการศึกษาแบบสหวิชาชีพ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด.

วณิชชา ชื่นกองแก้ว. (2559). *คู่มือการจัดการศึกษาแบบสหวิชาชีพ*. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด.

- วิจารณ์ พานิช. (2555). *วิธีสร้างการเรียนรู้เพื่อศิษย์ในศตวรรษที่ 21*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสดศรี-สฤษดิ์วงศ์.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2558). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พศ.2557*. กรุงเทพฯ:อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ประจำปี 2559*. นครปฐม : พรินเทอริ์.
- สุณี เศรษฐเสถียร. (2558). รูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ ณ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลอุดรธานี. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*, 25(2), 65-70.
- อติญาณ ศรีเกษตรินและคณะ.(2563).ผลการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อทักษะการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 6(1), 125-135.
- David A. Kolb, Richard E. Boyatzis &Charalampos Mainemelis. (2001). *Experiential Learning Theory: Previous Research and New Directions*. In Robert J. Sternberg, Li-fang Zhang. (Eds.), *Perspectives on Thinking, Learning, and Cognitive Styles*. (pp. 22-29). New York: Routledge.
- Della Freeth Maggi Savin-Baden & Jill Thistlethwaite. (2018). Interprofessional Education. In Tim Swanwick, Kirsty Forrest & Bridget C. O'Brien.(Eds.), *Understanding Medical Education: Evidence, Theory, and Practice*, (3rd ed.). (pp. 191-206). London: The Association for the Study of Medical Education.
- World Health Organization. (2010). *Health Professions Networks Nursing & Midwifery Human Resources for Health*. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice, Geneva, Switzerland.
- World Health Organization. (2016). *World Health Statistics 2016: Monitoring health for the SDGs*. Age – data should cover the full life course, Villars-sous-Yens, Switzerland.

ผลของการสอนปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในวิชาปฏิบัติการบริหารทางการพยาบาล ต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษาพยาบาล

จรรยาลักษณ์ ป็องเจริญ,ปรด*, จักรกฤษณ์ ลูกอินทร์,วทม**
คารินทร์ พนาสันต์,วทม** และลักขณา ศิริถิรกุล, ปร.ด.****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Designs) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสอนปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในวิชาปฏิบัติการบริหารทางการพยาบาลต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ที่เรียนวิชาปฏิบัติการบริหารทางการพยาบาล จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*power 3.1.9.4 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) วิธีการจัดการเรียนการสอนตามขั้นตอนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของเฟลมมิ่งและเฟนตัน (Flemming, & Fenton, 2002) และ 2) แบบวัดทักษะทางปัญญาชุดที่ 1 และชุดที่ 2 มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ของแอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.79 และ 0.74 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่าค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนทักษะทางปัญญาหลังการสอนปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มทดลองโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในวิชาปฏิบัติการบริหารทางการพยาบาลมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่าค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนทักษะทางปัญญาหลังการสอนปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มทดลองโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในวิชาปฏิบัติการบริหารทางการพยาบาลมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ข้อเสนอแนะควรนำวิธีการสอนตามขั้นตอนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อเพิ่มทักษะทางปัญญาของนักศึกษาพยาบาล ไปใช้ในวิชาปฏิบัติการทางการพยาบาลอื่นๆ

คำสำคัญ: ทักษะทางปัญญา หลักฐานเชิงประจักษ์ ปฏิบัติบริหารทางการพยาบาล

****พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการสอน) , **พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน)
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
กระทรวงสาธารณสุข

E-mail: jeabsmart@hotmail.com

**The Effects of Evidence-Based Nursing Practice Teaching in Nursing Administration Practicum
Subject on Cognitive Skills of Nursing Students**

Charoonlux Pongcharoen, Ph.D., Chakkrit Luk-in, M.Sc.

Darin Panasant, M.Sc. and Lakana Siratirakul, Ph.D.

Abstract

The purpose of this quasi-experimental study (two group pretest – posttest design) was to compare cognitive skills of undergraduate nursing students at before and after teaching the Evidence-Based Nursing Practice (EBNP) in nursing administration practicum subject. The study samples were the fourth-year nursing students which were divided into 2 groups with 30 in the experimental group and 30 in the control group. The sample size was calculated using G*power 3.1.9.4 program and selected a specific sample group. The research instruments consisted of 2 parts: 1) Methods of teaching and learning according to the Evidence-Based Procedures of *Flemming & Fenton*. (2002) and 2) Cognitive skills scales 1 and 2, Cronbach's Alpha confidence coefficient were 0.79 and 0.74, respectively. Descriptive statistics, and t-test were used for data analysis.

The results showed that the mean and standard deviation of cognitive skill scores after teaching nursing practice of the experimental group using the evidence-based in the nursing administration practicum subject were higher than the normally taught control group statistically significant at the .01 level. Besides, It was found that the mean and standard deviation of cognitive skill scores after teaching nursing practice of the experimental group using the evidence-based in the nursing administration practice subject were higher than the control group taught by normal on all sides statistically significant at the .01 level when separated by aspects. The recommendation should be apply to enhance the cognitive skills of nursing students in other nursing practice subjects.

Keywords: Cognitive skill Evidence-based practice Nursing Administration Practicum subject

ความเป็นมาและความสำคัญ

วิชาชีพการพยาบาลมีการพัฒนาองค์ความรู้จากการวิจัยและตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการวิจัยทางการพยาบาล เริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ.1952 จนถึงปัจจุบัน โดยเป็นผลงานที่ตีพิมพ์ทั้งในประเทศและต่างประเทศจำนวนมาก แต่พยาบาลส่วนใหญ่ยังปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้วิธีการปรึกษาเพื่อร่วมงานหรือผู้ทรงคุณวุฒิมากกว่า การหาข้อมูลจากวารสาร ตำราหรือฐานข้อมูลสุขภาพ (Thiel & Ghosh , 2008) ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลจึงอาจจะไม่ได้ผลลัพธ์ตามที่มุ่งหวังและเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัยจากการรักษาพยาบาล จากประเด็นดังกล่าวจึงเกิดคำถามว่า “ทำไมพยาบาลจึงไม่ใช้ผลการวิจัยและเราจะปิดช่องว่างระหว่างการวิจัยกับการปฏิบัติได้อย่างไร?” ซึ่งในปัจจุบันมีความเชื่อว่าการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นกลวิธีหนึ่งที่น่าผลการวิจัยสู่การปฏิบัติในคลินิก เป็นวิธีการแก้ปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการโดยใช้หลักฐานที่ดีที่สุดจากการศึกษาค้นคว้าวิจัยข้อมูลผู้ป่วย ความเชี่ยวชาญของผู้ให้บริการและความต้องการของผู้รับบริการมาประกอบการพิจารณาตัดสินใจให้บริการภายใต้การสนับสนุนของสถานพยาบาล ซึ่งจะส่งผลให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลที่มีคุณภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการ นอกจากนี้จะช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลให้สูงขึ้น ช่วยเพิ่มผลลัพธ์ทางการพยาบาลและลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการ

รักษาพยาบาลในขณะที่ผู้ป่วยยังคงได้รับการดูแลที่เป็นมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง (Melnyk et al., 2015) สำหรับขั้นตอนของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่นิยมใช้คือ 5“A’s” ประกอบด้วย ประกอบด้วย 1)การตั้งคำถามจากสถานการณ์ปัญหาที่มีความไม่แน่นอนในประสิทธิผลของการปฏิบัติ (ask) 2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (acquire) 3)การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ (appraise) 4)การตัดสินใจและนำไปปฏิบัติโดยนำผลการวิจัยไปใช้เพื่อการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์หรือการแก้ปัญหา (apply) และ 5)การตรวจสอบผลการปฏิบัติ (assess) (ทศนีย์ เกริกกุลธร, 2555) ดังนั้นการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลในปัจจุบันและอนาคตจึงมุ่งสู่การนำ หลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อยืนยันประสิทธิผลการปฏิบัติหรือเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติแบบเดิมๆ ไปสู่การปฏิบัติวิธีใหม่ตามหลักฐานผลการวิจัย ทำให้เกิดความมั่นใจในผลลัพธ์และผู้รับบริการมีความปลอดภัย (Melnyk et al., 2010) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ เป้าหมายสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลคือการดูแลผู้รับบริการโดยคำนึงถึงความปลอดภัยและความพึงพอใจของผู้รับบริการ ตลอดจนสามารถประเมินผลลัพธ์ของการพยาบาล เพื่อที่จะพิจารณาว่าการพยาบาลที่ให้แกผู้ป่วยได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องใช้การรวบรวมข้อมูล

จากแหล่งต่างๆ มีการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล มีการคิดวิเคราะห์และประเมินคุณภาพของข้อมูล เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้รับบริการและบริบทของผู้รับบริการแต่ละราย ซึ่งความสามารถในการวิเคราะห์สถานการณ์และการนำความรู้ความเข้าใจในแนวคิด หลักการ ทฤษฎีและกระบวนการต่างๆ มาคิดวิเคราะห์ คิด วิจัยและคิดแก้ปัญหาเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ๆ ที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อนนั้นเป็นทักษะที่เรียกว่าทักษะทางปัญญา (cognitive skill) (คณะกรรมการอุดมศึกษา, 2552)

สำหรับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2552 กำหนดคุณภาพบัณฑิตทุกระดับคุณวุฒิและสาขาพยาบาลศาสตร์ให้เป็นไปตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ 6 ด้าน ได้แก่ 1) คุณธรรม จริยธรรม 2) ความรู้ 3) ทักษะทางปัญญา 4) ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5) ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และ 6) ทักษะทางวิชาชีพ สำหรับทักษะทางปัญญา มีองค์ประกอบย่อยด้วยกัน 6 องค์ประกอบ คือ 1) การตระหนักรู้ในศักยภาพและสิ่งที่เป็จุดอ่อนของตน เพื่อพัฒนาตนเองให้มีความสามารถเพิ่มมากขึ้น สามารถนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล การสอน การแสวงหาความรู้ที่มีประสิทธิภาพและการเป็นผู้นำที่เข้มแข็ง 2) สามารถสืบค้นและวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย 3) สามารถนำข้อมูล

และหลักฐานไปใช้ในการอ้างอิงและแก้ไขปัญหาอย่างมีวิจารณญาณ 4) สามารถคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบโดยใช้องค์ความรู้ทางวิชาชีพและที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งใช้ประสบการณ์เป็นฐานเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ปลอดภัยและมีคุณภาพในการให้บริการการพยาบาล 5) สามารถใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ทางการวิจัยและนวัตกรรมที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา และ 6) สามารถพัฒนาวิธีการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับสถานการณ์และบริบททางสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป (กระทรวงศึกษาธิการ, 2560) จากความสำคัญของทักษะทางปัญญาต่อการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย รวมทั้งการกำหนดให้บัณฑิตในระดับปริญญาตรี มีผลการเรียนรู้ด้านทักษะทางปัญญาดังกล่าว ประกอบกับผลการประเมินทักษะทางปัญญาของนักศึกษาพยาบาลซึ่งผู้ใช้บัณฑิตประเมินจากแบบสอบถามที่เป็นแบบตรวจสอบรายการทักษะทางปัญญาในปีการศึกษา 2562 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี พบว่าบัณฑิตมีคะแนนเฉลี่ยทักษะทางปัญญาดำกว่าด้านอื่นๆ ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี, 2563) จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาทักษะทางปัญญาให้แก่ นักศึกษาพยาบาล ซึ่งการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาทักษะทางปัญญานั้น ส่วนใหญ่มักเป็นจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาเฉพาะองค์ประกอบย่อยแต่ละด้านของทักษะทางปัญญา เช่น การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็น

หลัก (problem base learning) เป็นวิธีการจัดการเรียนการสอนที่มีแนวคิดในการส่งเสริมทักษะการคิดวิเคราะห์ (เกียรติกำจร กุศล เสาวลักษณ์ วงศ์นาถ และอุไร จเรประพาฬ, 2551; ธนพร เข้มสุตา, 2551) หากมีการจัดการเรียนการสอนที่สามารถพัฒนาทักษะทางปัญญาได้ครบทุกองค์ประกอบ ได้แก่ ทักษะการคิดวิเคราะห์ ทักษะการสืบค้นข้อมูล การคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นองค์ประกอบย่อยของทักษะทางปัญญาตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2552 น่าจะเกิดประโยชน์ยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการเรียนการสอนตามแนวคิดการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นการเรียนการสอนที่พัฒนาทักษะทางปัญญาได้ครบถ้วน มีสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลหลายแห่งได้มีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ตัวอย่างเช่น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ได้สนับสนุนให้มีการจัดการเรียนการสอนการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ มีการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนตามขั้นตอนของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของเฟลมมิงและเฟนต์ัน (Flemming, & Fenton, 2002) 6 ขั้นตอนประกอบด้วย 1) ระบุสถานการณ์ที่มีความไม่แน่นอน (identifying uncertainty) 2) ตั้งคำถาม (asking answerable question) 3) ค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ (searching for research evidence) 4) ประเมินคุณภาพผลงานวิจัย (critically appraising the research) 5) นำไปปฏิบัติ (Implementation)

และ 6) ตรวจสอบผลการปฏิบัติ (Auditing) (ทัศนีย์ เกริกกุลธร, 2555) ส่วนวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ได้นำแนวปฏิบัติการการสอนเพื่อพัฒนาทักษะทางปัญญามาใช้ในการเรียนการสอนทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ได้ผลลัพธ์เป็นที่น่าพึงพอใจ (พิชฌายีวีร์ สันตวัสถ์และชุมชนนักปฏิบัติ, 2560) นอกจากนี้ นุสรุ ประเสริฐศรี มณีรัตน์ จิรปภาและอภิรดี เจริญนุกูล (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนตามแนวคิดการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ต่อสมรรถนะการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในนักศึกษาพยาบาล พบว่าผลการใช้โปรแกรมการสอนการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 2 เพื่อพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBP) สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ระดับปริญญาตรี พบว่าหลังการสอนด้วยโปรแกรมการสอนการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ นักศึกษามีคะแนนการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBP) มากกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ นุสรุ นามเดชและคณะ (2560) พบว่าการสอนปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ทำให้ค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะทางปัญญาในภาพรวมหลังการเรียนสูงกว่าก่อนการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาตามขั้นตอนของการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐาน

เชิงประจักษ์ทุกขั้นตอนแล้ว หากนำมาสอนการปฏิบัติการพยาบาลในรายวิชาการบริหารทางการพยาบาลตามขั้นตอนดังกล่าว ผู้วิจัยคาดว่าจะสามารถพัฒนาทักษะทางปัญญาของนักศึกษาพยาบาลได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในวิชาปฏิบัติการบริหารทางการพยาบาลต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษาพยาบาลตามขั้นตอนของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อประโยชน์ทั้งต่อการพัฒนาทักษะทางปัญญาของนักศึกษาพยาบาล การเรียนการสอนและคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัย และเกิดผลลัพธ์ทางการบริการที่ดี

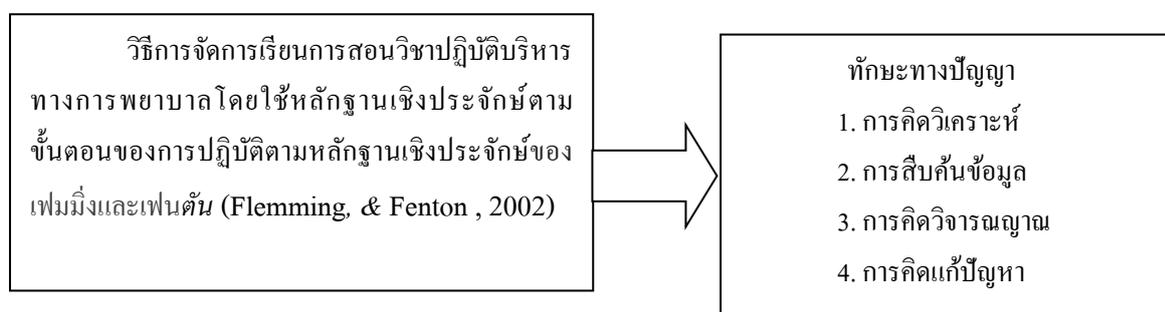
วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการสอนปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในวิชา

ปฏิบัติการบริหารทางการพยาบาลต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษาพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ใช้การจัดการเรียนการสอนปฏิบัติการบริหารทางการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามขั้นตอนของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ 6 ขั้นตอน ของ เฟมมิ่ง และ เฟนตัน (Flemming, & Fenton , 2002) ประกอบด้วย 1) ระบุสถานการณ์ที่มีความไม่แน่นอน (identifying uncertainty) 2) ตั้งคำถาม (asking answerable question) 3) ค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ (searching for research evidence) 4) ประเมินคุณภาพผลงานวิจัย (critically appraising the research) 5) นำไปปฏิบัติ (implementation) และ 6) ตรวจสอบผลการปฏิบัติ (auditing) แสดงดังแผนผังที่ 1



แผนผังที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดผลก่อนหลัง การทดลอง (two group pretest-posttest design) เรื่องผลของการสอนปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในวิชาปฏิบัติการบริหารทางการพยาบาลต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษาพยาบาล เริ่มดำเนินการตั้งเดือนตุลาคม 2563 จนถึงเดือนกันยายน 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 ที่ศึกษาในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2563 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมมราชชนนี สุพรรณบุรี จำนวน 126 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 ที่เรียนวิชาปฏิบัติการบริหารทางการพยาบาล ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2563 จำนวน 60 คน โดยผู้วิจัยกำหนดให้มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ t-independent two group ทดสอบแบบทางเดียวและกำหนดระดับนัยสำคัญให้มีค่า $\alpha = .05$ และค่าอำนาจการทดสอบ (power test = $1 - \beta$) ร้อยละ 90 และประมาณค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ชนิด difference between two mean เป็นขนาดใหญ่เท่ากับ 0.8 (Cohen, 1988) โดยใช้โปรแกรม G*power 3.1.9.4 (Faul et al., 2009) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 28 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของ

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกกลุ่มละ 2 คน จึงมีขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมเป็น 60 คน เลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 4 กลุ่มและกลุ่มควบคุม 4 กลุ่ม แต่ละกลุ่มประกอบด้วยนักศึกษาที่มีผลการเรียนดี ปานกลาง และอ่อนตามเกรดเฉลี่ย (GPA) ฝึกปฏิบัติในแต่ ละหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี ตามตารางการฝึกโดยกลุ่มทดลองจะได้รับการสอนการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 5 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการสอนตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือวิธีการจัดการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการบริหารทางการพยาบาลตามขั้นตอนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของเฟลมมิงและเฟนตัน (Flemming & Fenton, 2002) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ระยะเวลาในการสอน 2 สัปดาห์ จำนวน 5 ครั้ง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระบุสถานการณ์ที่มีความไม่แน่นอน (identifying uncertainty) โดยอาจารย์มอบหมายให้นักศึกษาแต่ละกลุ่มค้นหาความเสี่ยงจากบัญชีความเสี่ยง (risk profile) หรืออุบัติการณ์ของหอผู้ป่วยที่นักศึกษาขึ้นฝึกปฏิบัติ นำความเสี่ยงที่นักศึกษาสงสัยมาวิเคราะห์หาสาเหตุของการเกิดที่แท้จริงโดยใช้แผนผังก้างปลาและระดมสมอง อาจารย์ผู้สอนจะตั้งคำถามกระตุ้นและให้

นักศึกษาสรุปความเสี่ยงที่นักศึกษาเห็นว่าเป็นปัญหาและต้องการแก้ปัญหาในแต่ละหอผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 ตั้งคำถาม (asking answerable question) ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลา 2 ชั่วโมง (ใช้เวลาร่วมกับขั้นตอนที่ 1) โดยอาจารย์ให้นักศึกษานำสถานการณ์ของผู้ป่วยที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาตั้งคำถามโดยใช้หลักการตั้งคำถามตาม PICO เพื่อนำไปสู่การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ได้แก่

P : Population เป็นการระบุกลุ่มประชากรที่ศึกษาซึ่งเป็นประชากรกลุ่มเดียวกับผู้ป่วยที่นักศึกษาได้รับมอบหมาย

I : Intervention คือการระบุการช่วยเหลือหรือกิจกรรมการพยาบาลที่ต้องการนำมาใช้ในการช่วยเหลือให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย

C : Compare คือการเปรียบเทียบ การช่วยเหลือหรือกิจกรรมการพยาบาลกับวิธีที่เราต้องการนำมาใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายซึ่งอาจจะมีการเปรียบเทียบหรือไม่ก็ได้

O : Outcome คือผลที่ต้องการให้บรรลุหลังจากให้การช่วยเหลือหรือให้การพยาบาล

วิธีการสอนและกลยุทธ์การสอนที่สำคัญในขั้นตอนนี้คือ การใช้คำถามเพื่อให้นักศึกษามีความชัดเจนในปัญหาที่จะนำไปสู่การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ และการมอบหมายให้การนำเสนอผลงานจากกิจกรรมในขั้นตอนที่ 1 และ 2 ในการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลโดยใช้

หลักฐานเชิงประจักษ์ระหว่างนักศึกษาแต่ละกลุ่มเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และอภิปรายร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 3 ค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ (searching for research evidence) ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลา 2 ชั่วโมง โดยอาจารย์มอบหมายให้นักศึกษาสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อป้องกันหรือแก้ไขความเสี่ยงทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นบ่อยในหอผู้ป่วยโดยใช้หลักฐานการวิจัย (research evidence) โดยให้นักศึกษาสืบค้นข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตปรึกษาและให้คำแนะนำในการอ่านบทความวิจัยภาษาอังกฤษ

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินจากฐานข้อมูล/วารสาร โดยกำหนดให้เป็นบทความวิจัยภาษาอังกฤษ มีอาจารย์เป็นที่คุณภาพผลงานวิจัย (critically appraising the research) ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลา 2 ชั่วโมง โดยอาจารย์ให้นักศึกษาอ่านและประเมินคุณภาพงานวิจัยตามระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ของสถาบัน Joanna Briggs Institute network (2014) โดยอาจารย์ทำแนวทางการประเมินคุณภาพงานวิจัยให้นักศึกษาใช้เป็นแนวทางการประเมินงานวิจัยแต่ละประเภท และเมื่อตัดสินใจที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย อาจารย์และนักศึกษาร่วมกันอภิปรายข้อค้นพบจากงานวิจัย ประเด็นที่จะเลือกไปประยุกต์ใช้กับผู้รับบริการและวิธีการที่จะนำไปปฏิบัติ การตัดสินใจนำไปปฏิบัติจะมี 3 ประการคือ ความต้องการหรือการยอมรับของ

ผู้ป่วย ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติของพยาบาล และความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์และแหล่งทรัพยากร

ขั้นตอนที่ 5 นำไปปฏิบัติ (implementation) ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 2 ระยะเวลา 2 ชั่วโมง ปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วย โดยก่อนการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปปฏิบัติ อาจารย์มอบหมายให้นักศึกษาวางแผนการปฏิบัติและแผนการประเมินผลการปฏิบัติ เตรียมนัดหมายผู้ป่วย เตรียมความรู้และความพร้อมของนักศึกษานำมาอภิปรายกับอาจารย์ประจำกลุ่ม จากนั้นลงมือปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยมีอาจารย์ร่วมลงมือปฏิบัติการพยาบาลด้วยอย่างใกล้ชิด

ขั้นตอนที่ 6 ตรวจสอบผลการปฏิบัติ (auditing) ครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 2 ระยะเวลา 4 ชั่วโมง เมื่อสิ้นสุดการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์นักศึกษาจะประเมินผลตามแผนที่วางไว้ซึ่งการประเมินผล อาจจะมีทั้งระยะสั้นคือสามารถประเมินได้ทันทีหลังจากสิ้นสุดการปฏิบัติการพยาบาลทันที หรือประเมินภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้นำวิธีการไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จากนั้นนักศึกษานำผลการปฏิบัติมาอภิปรายกับอาจารย์และนำเสนอผลการปฏิบัติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบวัดทักษะทางปัญญาชุดที่ 1 และชุดที่ 2 ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดทักษะทางปัญญาของนุสรานามเดชและคณะ (2560) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ของแอลฟาครอนบาคของแบบวัดทักษะทางปัญญาชุดที่ 1 และชุดที่ 2

เท่ากับ 0.88 และ 0.83 ตามลำดับ สำหรับแบบวัดทักษะทางปัญญาที่ดัดแปลงครอบคลุมองค์ประกอบตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิอุดมศึกษาด้านทักษะทางปัญญา ได้แก่ 1) สามารถสืบค้นและวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย 2) สามารถคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบโดยใช้องค์ความรู้ทางวิชาชีพ และที่เกี่ยวข้องรวมทั้งใช้ประสบการณ์เป็นฐานเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ปลอดภัยและมีคุณภาพในการให้บริการการพยาบาล 3) สามารถนำข้อมูลและหลักฐานไปใช้ในการอ้างอิงและแก้ไขปัญหาอย่างมีวิจารณญาณ และ 4) สามารถพัฒนาวิธีการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับสถานการณ์และบริบททางสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ลักษณะแบบทดสอบเป็นแบบ ทดสอบอัตนัย โจทย์สถานการณ์ทางการพยาบาลที่เน้นการคิด แต่ไม่เน้นความรู้ จำนวน 2 ชุด ที่เป็นคู่ขนานกัน ผู้วิจัยปรับโจทย์ให้เหมาะสมกับการขึ้นฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วย แบบวัดทักษะแต่ละชุดประกอบด้วย โจทย์สถานการณ์ จำนวน 3 สถานการณ์ ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ รวมจำนวน 12 ข้อต่อชุด การให้คะแนน ข้อละ 5 คะแนน รวมเป็นคะแนนเต็ม 60 คะแนน เป็นคำถามกระตุ้นการคิดวิเคราะห์ การคิดวิจารณ์ คัดแก้ปัญหาและการสืบค้นข้อมูลให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการเรียนการสอนโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความ

ตรงตามเนื้อหาด้วยค่าดัชนีชี้วัดความสอดคล้อง (IOC) โดยเลือกค่าดัชนีความสอดคล้องที่มีคะแนนมากกว่า 0.5 ขึ้นไป แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปหาความเชื่อมั่นของแบบวัดทักษะทางปัญญา (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยบรมราชชนนีสุพรรณบุรี ที่ไม่ใช่กลุ่มอย่าง จำนวน 30 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ของแอลฟาครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทักษะทางปัญญาชุดที่ 1 และชุดที่ 2 เท่ากับ 0.79 และ 0.74 ตามลำดับ แล้วจึงนำไปใช้ในการทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมด้วยตนเอง หรืออย่างไร โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยบรมราชชนนีสุพรรณบุรี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย

2. ในชั่วโมงปฐมนิเทศรายวิชาผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็น 8 กลุ่มย่อย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 4 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 4 กลุ่ม ผู้วิจัยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย

3. ผู้วิจัยนำแบบทดสอบวัดทักษะทางปัญญาชุดที่ 1 จำนวน 12 ข้อ ให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มทำแบบทดสอบ โดยใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

4. หลังจากนั้นผู้วิจัยสอนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามขั้นตอน 6 ขั้นตอนกับนักศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 4 กลุ่ม ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 4 กลุ่มสอนตามปกติใช้ระยะเวลาในการสอน 2 สัปดาห์ตามการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ ในรายวิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาล และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในทุกขั้นตอนของการวิจัย โดยมีอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติประจำกลุ่ม จำนวน 3 คน คน ร่วมสังเกตการสอนขณะสอนนักศึกษาในกลุ่มใหญ่ และช่วยสอนปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยที่อาจารย์ได้รับมอบหมาย ซึ่งผู้วิจัยมีการควบคุมคุณภาพการจัดการเรียนการสอนของอาจารย์แต่ละคนให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ด้วยการเตรียมอาจารย์ผู้สอนก่อนดำเนินการวิจัย โดยจัดการประชุมทบทวนขั้นตอนการสอนตามขั้นตอน 6 ขั้นตอนของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้งในการเตรียมการสอน เทคนิคต่างๆ เช่น การกระตุ้นด้วยคำถาม การสะท้อนคิด วิธีการดำเนินการสอน และการประเมินผล และระยะเวลาที่ใช้ในการเรียนการสอน นอกจากนี้เตรียมสิ่งแวดล้อม เช่น จัดเตรียมทรัพยากรสนับสนุนการเรียนรู้ เช่น คอมพิวเตอร์ ฐานข้อมูล และวารสาร เลือกหอผู้ป่วยที่มีลักษณะผู้ป่วย

ใกล้เคียงกัน แหล่งฝึกให้การสนับสนุนในการเรียน และความร่วมมือของญาติและผู้ป่วย

5. ภายหลังจากสิ้นสุดการฝึกภาคปฏิบัติ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทำแบบทดสอบทักษะทางปัญญาชุดที่ 2 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้สอนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามขั้นตอน 6 ขั้นตอนกับนักศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมและนักศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 96 คน และตอบคำถามจนกว่านักศึกษาจะเข้าใจ

6. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลแล้วนำไปวิเคราะห์

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้คณะผู้วิจัยได้คำนึงถึงจริยธรรมของการทำการศึกษาในการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมศึกษาเป็นสำคัญ โดยผู้วิจัยส่งโครงการวิจัยเพื่อขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี เมื่อได้รับการรับรองตามหมายเลขที่รับรอง EC004/2564 แล้วจึงดำเนินการรวบรวมข้อมูลดังกล่าว โดยเข้าพบและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การปกปิดข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างซึ่งจะเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ผู้วิจัยได้ชี้แจงด้วยการพูดอธิบายและและใช้เอกสารชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างก่อนให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย โดยการเข้าร่วมในการวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือ

ถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ ไม่มีผลต่อการเรียนใดๆทั้งสิ้น หากนักศึกษาปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะจัดให้นักศึกษาไปเรียนในวิชาเดียวกันกับอาจารย์กลุ่มอื่น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป มีรายละเอียดดังนี้

1. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทักษะทางปัญญาก่อนและหลังการสอนปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติและกลุ่มทดลองโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในวิชาปฏิบัติการทางการพยาบาลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบที (paired t-test)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทักษะทางปัญญาหลังการสอนปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มทดลองโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติในวิชาปฏิบัติการทางการพยาบาลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบที (independent test)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทักษะทางปัญญารายด้านก่อนและหลังการสอนปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มทดลองโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในวิชาปฏิบัติการ

ทางการพยาบาลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบที (paired t-test)

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทักษะทางปัญญารายด้านก่อนและหลังการสอนปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติในวิชาปฏิบัติการทางการพยาบาล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบที (paired t-test)

5. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทักษะทางปัญญารายด้านหลังการสอนปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มทดลองโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติในวิชาปฏิบัติการทางการพยาบาล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบที (independent test)

ผลการวิจัย

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนทักษะทางปัญญาก่อนและ

หลังการสอนปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนทักษะทางปัญญาหลังการสอนปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่สอนตามปกติในวิชาปฏิบัติการทางการพยาบาล เพิ่มมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะทางปัญญาของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองเท่ากับ 35.03 คะแนน ($SD=45$) หลังการทดลองเท่ากับ 47.73 คะแนน ($SD=.26$) ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะทางปัญญาของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติในวิชาปฏิบัติการทางการพยาบาล ก่อนการทดลองเท่ากับ 35.07 คะแนน ($SD=44$) และหลังการทดลองเท่ากับ 38.27 คะแนน ($SD=.34$) อย่างไรก็ตามพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะทางปัญญาหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุมมาก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนทักษะทางปัญญาก่อนและหลังการสอนปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=60)

กลุ่ม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p
	M	SD	M	SD		
กลุ่มทดลอง	35.03	.45	47.73	.26	-9.88	.000*
กลุ่มควบคุม	35.07	.44	38.27	.34	-3.75	.001*

* $p < .01$

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยทักษะทางปัญญาหลังการสอนปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนทักษะทางปัญญาหลังการสอน

ปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มทดลองโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในวิชาปฏิบัติการบริหารทางการพยาบาลมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยทักษะทางปัญญาหลังการสอนปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (60)

กลุ่ม	หลังการทดลอง		t	p
	M	SD		
กลุ่มทดลอง	47.73	.26	-2.62	.011*
กลุ่มควบคุม	38.27	.34		

* $p < .01$

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนทักษะทางปัญญารายด้านก่อนและหลังการสอนปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนทักษะทางปัญญารายด้านหลังการสอนปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มทดลอง โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในวิชาปฏิบัติการ

ทางการพยาบาลเพิ่มมากกว่าก่อนทดลองทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยเพิ่มมากที่สุดได้แก่ ด้านการคิดแก้ปัญหา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.37 ($SD=1.50$) รองลงมาได้แก่ ด้านการคิดวิจารณ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.20 ($SD=1.42$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนทักษะทางปัญญารายด้านก่อนและหลังการสอนปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มทดลอง (n=30)

ทักษะทางปัญญา	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p
	M	SD	M	SD		
1. การคิดวิเคราะห์	4.97	1.40	6.70	1.06	-4.88	.000*
2. การสืบค้นข้อมูล	5.43	1.17	8.47	1.43	-8.27	.000*
3. การคิดวิจารณ์	12.70	3.13	16.20	1.42	-5.26	.000*
4. การคิดแก้ปัญหา	11.93	2.65	16.37	1.50	-6.82	.000*

* $p < .01$

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนทักษะทางปัญญารายด้านก่อนและหลังการสอนปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนทักษะทางปัญญารายด้านหลังการสอนปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติในวิชาปฏิบัติการ

ทางการพยาบาลส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกับก่อนสอน มีเพียง 2 ด้าน ได้แก่ การคิดแก้ปัญหาโดยมีคะแนนมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และด้านคิดวิเคราะห์ที่มีคะแนนมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนทักษะทางปัญญารายด้านก่อนและหลัง การสอนปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มควบคุม (n=30)

ทักษะทางปัญญา	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p
	M	SD	M	SD		
1. การคิดวิเคราะห์	4.97	1.40	5.73	1.72	-2.07	.047*
2. การสืบค้นข้อมูล	5.43	1.17	5.87	1.68	-1.15	.259
3. การคิดวิจารณ์	12.70	3.13	13.37	1.84	-1.17	.250
4. การคิดแก้ปัญหา	11.97	2.55	13.30	2.10	-4.49	.000*

* $p < .05$

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนทักษะทางปัญญารายด้านหลัง การสอน ปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานคะแนนทักษะทางปัญญารายด้านหลัง

การสอนปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มทดลองโดย ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ ได้รับการสอนตามปกติในวิชาปฏิบัติการ พยาบาลทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนทักษะทางปัญญารายด้านหลังการ ปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม(n=60)

ทักษะทางปัญญา	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p
	M	SD	M	SD		
1. การคิดวิเคราะห์	5.73	1.72	6.70	1.06	4.25	.000*
2. การสืบค้นข้อมูล	5.87	1.68	8.47	1.43	9.36	.000*
3. การคิดวิจารณ์	13.37	1.85	16.20	1.42	8.71	.000*
4. การคิดแก้ปัญหา	13.30	2.10	16.37	1.50	6.27	.000*

* $p < .01$

การอภิปรายผล

ผลการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะทางปัญญาของกลุ่มทดลองภายหลังการเรียนปฏิบัติการพยาบาลในวิชาปฏิบัติการบริหารทางการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่ากลุ่มทดลองหลังการเรียนปฏิบัติการพยาบาลในวิชาปฏิบัติการบริหารทางการพยาบาล โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะทางปัญญาในทุกด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงให้เห็นว่าวิธีการสอนการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งมีลักษณะการเรียนการสอนเป็นลำดับขั้นตอนชัดเจน ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การระบุสถานการณ์ที่มีความไม่แน่นอน 2) การตั้งคำถาม 3) การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ 4) การประเมินคุณภาพผลงานวิจัย 5) การนำไปปฏิบัติ และขั้นตอนสุดท้าย 6) การตรวจสอบผลการปฏิบัติ ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับวิธีการทางวิทยาศาสตร์ที่เป็นกระบวนการใช้ในการแก้ปัญหา (problem solving) และการหาคำตอบของปัญหานั้น ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดปัญหา 2) การตั้งสมมติฐาน 3) ทดสอบสมมติฐาน 4) การวิเคราะห์ข้อมูล และ 5) การสรุปผล (ทิสนา แคมมณี , 2550) ซึ่งในแต่ละขั้นตอนจะใช้ทักษะการ

คิดต่างๆ กัน เช่นในขั้นการกำหนดปัญหาในกระบวนการทางวิทยาศาสตร์นั้นตรงกับขั้นการระบุสถานการณ์ที่มีความไม่แน่นอนและการตั้งคำถาม สำหรับในขั้นตอนของการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ผู้เรียนต้องมีการคิดวิเคราะห์สถานการณ์ เหตุการณ์เพื่อสามารถระบุปัญหาและสาเหตุได้ชัดเจน เป็นต้น การจัดการเรียนการสอนอย่างเป็นขั้นตอนดังกล่าว จึงเป็นการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีการพัฒนาทักษะทางปัญญาแต่ละด้าน สำหรับทักษะที่ใช้ในการเรียนตามขั้นตอนของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ การตั้งคำถาม การพิจารณาเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ การตัดสินใจและการประยุกต์หลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ตลอดจนการประเมินผลเป็นทักษะที่กระตุ้นการคิดวิจารณ์ญาณ ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Fim, 2005) และเป็นองค์ประกอบหนึ่งของทักษะทางปัญญา นอกจากนี้การสอนให้นักศึกษาสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นการฝึกให้ผู้เรียนรู้จักแสวงหาข้อมูล ฝึกความสามารถในการรับรู้ การสังเกต การค้นหาข้อมูลอย่างหลากหลาย มีข้อมูลทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นเป็นพื้นฐานของการคิด นอกจากนี้การประเมินคุณภาพงานของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นมาได้เป็นการฝึกให้ผู้เรียนตรวจสอบความน่าเชื่อถือและความสำคัญของข้อมูล เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจในการเลือก

แนวทางเพื่อนำไปปฏิบัติการแก้ปัญหา เป็นการสอนการคิดวิเคราะห์ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของทักษะทางปัญญา (พริยลักษณ์ ศิริศุภลักษณ์, 2556) และถ้าพิจารณาตามขั้นตอนของการเรียนการสอนตามหลักฐานเชิงประจักษ์ 6 ขั้นตอน จะพบว่ามีการใช้ทักษะทางปัญญาในทุกขั้นตอน ตัวอย่าง เช่น ขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 การระบุสถานการณ์ที่มีความไม่แน่นอนและการตั้งคำถามเป็นการคัดเลือกหัวข้อหรือกำหนดปัญหา การคัดเลือกหัวข้อนั้นต้องเกิดจากการที่นักศึกษาพยาบาลมีความสนใจในปัญหาหรือประเด็นที่คล้ายคลึงกันตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ทักษะที่ใช้คือ การสังเกต การมองปัญหาในการปฏิบัติที่ต้องการแก้ไขและกำหนดรูปคำถาม การหาแนวทางที่ดีที่สุดในการแก้ปัญหา นอกจากนี้ นักศึกษาพยาบาลสามารถนำข้อมูลความเสี่ยงของหอผู้ป่วยที่ถูกจัดลำดับไว้มาใช้ในการตั้งต้นในการแก้ไขปัญหา ซึ่งความสามารถในการสังเกต การรวบรวมข้อมูลและการตั้งสมมติฐาน นับเป็นทักษะพื้นฐานในกระบวนการคิดแก้ปัญหา ส่วนในขั้นตอนที่ 3 และขั้นตอน 4 เป็นการรวบรวมหลักฐานและประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นมาได้ ซึ่งการประเมินหลักฐานและการสรุปเป็นองค์ความรู้ ต้องอาศัยทักษะการสืบค้นข้อมูล ความสามารถทางการวิจัย การอ่านและการประเมินงาน และต้องรู้ว่าหลักฐานงานวิจัยแต่ละเรื่องมีความน่าเชื่อถือในระดับใดสามารถนำมาใช้ได้ผลดีจริงหรือไม่ เป็นการคิดวิเคราะห์ในการเลือกงานวิจัยที่สามารถ

นำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่ตั้งไว้ได้ สำหรับขั้นตอนที่ 5 การนำไปปฏิบัติ เป็นการประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ การประยุกต์วิธีการปฏิบัติต่างๆ ที่สืบค้นได้สู่การปฏิบัติการพยาบาล ต้องสอดคล้องกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้ กลุ่มประชากรเป้าหมายมีความคล้ายคลึงกันหรือไม่ จำนวนผู้ป่วยที่จะได้รับประโยชน์มากเพียงพอหรือไม่ ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการเหมาะสมหรือไม่ นอกจากนี้ต้องประเมินความคุ้มค่า คุ่มทุนของการดำเนินการด้วย ไม่ใช่เฉพาะเนื้อหาหรือความรู้เท่านั้น แต่เป็นการสอนเพื่อพัฒนาทักษะการคิด ครูผู้สอนต้องวิเคราะห์ขั้นตอนของการคิดนั้นๆ และดำเนินการสอนให้ผู้เรียนคิดตามในแต่ละขั้นตอน (ทิสนา เขมมณี, 2554) สอดคล้องกับการศึกษานิธิภัทร บาลศิริ (2553) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณซึ่งถือว่าเป็นองค์ประกอบหนึ่งของทักษะทางปัญญาของนักศึกษาปริญญาตรี คือ วิธีการสอนที่มีลำดับขั้นตอน มีระบบ มีความสัมพันธ์สอดคล้องกับหลักการเรียนรู้ได้แก่ การแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง การใช้กิจกรรมกลุ่ม และการใช้คำถามกระตุ้นให้คิด ส่วนนุสรุ ประเสริฐศรี มณีรัตน์ จิรปภากาและอภิรดี เจริญนุ (2559) พบว่าภายหลังการทดลองนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ระดับปริญญาตรี มีคะแนนสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 2 สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีการพัฒนา

ทักษะด้านการแก้ปัญหา การตั้งข้อคำถาม มีการระบุปัญหา การสืบค้นข้อมูลวิจัยที่น่าเชื่อถือและการตัดสินใจเลือกงานวิจัย ซึ่งเป็นทักษะทางปัญญา และนุสรานามเดชและคณะ (2560) พบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะทางปัญญาในภาพรวมหลังการเรียนปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยทักษะทางปัญญาด้านการคิดวิเคราะห์ และด้านการสืบค้นข้อมูลหลังการเรียนสูงกว่าก่อนการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนคะแนนเฉลี่ยทักษะทางปัญญาด้านการคิดวิจารณ์และการคิดแก้ปัญหาหลังการเรียนสูงกว่าก่อนการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะทางปัญญาสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ทั้งนี้เพราะว่าการจัดการเรียนการสอนในวิชาปฏิบัติการบริหารทางการพยาบาล หลักสูตรได้กำหนดว่านักศึกษาต้องมีผลลัพธ์การเรียนรู้ทางทักษะปัญญาจึงทำให้ภายหลังนักศึกษาในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติมีคะแนนสูงกว่าก่อนได้รับการสอน แต่อย่างไรสูงน้อยกว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนปฏิบัติการพยาบาลโดย

ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนั้นการสอนทักษะทางปัญญาที่ประกอบด้วย การสืบค้นข้อมูล การคิดวิเคราะห์ การคิดแก้ปัญหาและการคิดวิจารณ์ ตามขั้นตอนของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการเรียนรู้ในสถานการณ์จริง ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะทางปัญญาเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. อาจารย์พยาบาลควรนำการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้สอนวิชาอื่นๆ เพื่อพัฒนาทักษะทางปัญญาซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นของนักศึกษาพยาบาล และขั้นตอนของการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ สามารถบูรณาการไปกับขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ซึ่งเป็นหัวใจของการสอนการพยาบาล และสถาบันการศึกษาควรสนับสนุนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ สนับสนุนแหล่งสืบค้นข้อมูลและฐานข้อมูลวิจัยทางสุขภาพที่สำคัญที่มีประสิทธิภาพและเพียงพอต่อการใช้งาน

2. ควรศึกษาและพัฒนาเครื่องมือวัดทักษะทางปัญญาในนักศึกษาพยาบาลให้ครอบคลุม เพื่อการประเมินที่ครอบคลุมองค์ประกอบย่อยตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิอุดมศึกษาแห่งชาติยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงศึกษาธิการ. (2560). *ประกาศเรื่อง มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ.2552.*

เกียรติกำจร กุศล เสาวลักษณ์ วงศ์นาค และอุไร จรประพาฬ. (2551). ผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ ปัญหาเป็นหลักต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น. *การพยาบาลและการศึกษา*, 1(2), 32-45.

คณะกรรมการการอุดมศึกษา. (2552). *ประกาศแนวทางการปฏิบัติตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2552.*

ทิตนา แคมมณี. (2550). *ศาสตร์การสอนองค์ความรู้เพื่อการจัดการกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ* พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทิตนา แคมมณีและคณะ. (2554). *ทักษะการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ สร้างสรรค์และการคิดอย่างมี วิจารณญาณ: การบูรณาการในการจัดการเรียนรู้*. กรุงเทพฯ: สำนักธรรมศาสตร์และการเมืองราชบัณฑิตยสถาน.

ทัศน์ย์ เกริกกุลธร. (2555). *การพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์: ขั้นตอนการปฏิบัติและกรณีศึกษา.*

พิมพ์ครั้งที่ 2 (ฉบับปรับปรุง). สระบุรี: โรงพิมพ์ไทยศิริ.

ชนพร เข้มสุดา. (2551). การพัฒนาการคิดอย่างมี วิจารณญาณทางพยาบาลศาสตร์. *สารวิทยาลัยพยาบาล กองทัพเรือ*, 7(3), 8-17.

นุสรานามเดชและคณะ. (2560). ผลของการสอนปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในวิชาปฏิบัติ การพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 33(2), 111-121.

นุสราน ประเสริฐศรี มณีรัตน์ จิรปภา และอภิรดี เจริญนุกูล. (2559). ผลของโปรแกรมการสอนตามแนวคิดการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ต่อสมรรถนะการพยาบาล ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 17(3), 145-155.

นิธิภัทร บาลศิริ. (2553). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาปริญญาบัณฑิต : การประยุกต์ใช้โมเดลพัฒนาการพหุระดับแบบผสม*. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พิชญายวีร์ สิ้นสวัสดิ์และชุมชนนักปฏิบัติ. (2560). *แนวปฏิบัติการการสอนเพื่อพัฒนาทักษะ*

- ทางปัญญา. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี.
- พริยลักษณ์ สิริศุภลักษณ์. (2556). การสอนนักศึกษาพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 19(2), 5-19.
- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี. (2563). รายงานผลคุณภาพบัณฑิตในการปฏิบัติงานของบัณฑิตที่จบในปีการศึกษา 2562 ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ สาขาพยาบาลศาสตร์. เอกสารอัดสำเนา.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analysis using G*Power 3.1: Test for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods*, 41(11), 49-60.
- Flemming, K., & Fenton, M. (2002). *Making sense of research evidence to inform decision making*. In C. Thompson & D. Dowding (Eds.). *Clinical decision making and judgment in nursing*. Edinburgh : Churchill Livingstone, 109-129.
- Fin, P. (2005). *Critical thinking: Knowledge and skills for Evidence-Based Practice. Language, Speech, and Hearing Service in School*, 42, 69-72.
- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Stillwell, S. B., & Williamson, K. M. (2010). Evidence-based practice: step by step: the seven steps of evidence-based practice. *AJN The American Journal of Nursing*, 110(1), 51-53.
- Melnyk B.M., Fineout-Overholt, E. (2015). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice*. 3rd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- The Joanna Briggs Institute. (2014). *Reviewers' Manual 2014 Edition*. Australia: Solito Fine Colour Printers. Retrieved May 1, 2016 from <http://www.joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual>.
- Thiel, L. & Ghosh, Y. (2008). Determining Registered Nurses' Readiness for Evidence-Based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 5(4), 182-192.

พฤติกรรมการใช้น้ำและคุณภาพน้ำบริโภคของประชาชนในชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์

นริศรา ศรีโพธิ์, พย.ม.*, มัตติกา ใจจันทร์, พย.ม.**

พันธุ์ศักดิ์ บัวลอย, วท.บ.*** และประภา ยุทธ ไตร, พย.ค.****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ในลักษณะของการศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เพื่อศึกษาคุณภาพน้ำบริโภคและพฤติกรรมการใช้น้ำบริโภคของประชาชนในชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์ ดำเนินการวิจัย 2 ส่วน ได้แก่ การวิเคราะห์คุณภาพน้ำโดยการเก็บตัวอย่างน้ำจากแหล่งน้ำบริโภค จำนวน 3 แห่ง คือ น้ำประปาหมู่บ้าน น้ำประปาภูเขา และน้ำบ่อตื้น ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ตัวอย่างน้ำด้วยวิธีการทางกายภาพ เคมีและทางจุลชีววิทยา การศึกษาพฤติกรรมการใช้น้ำบริโภคของประชาชนด้วยแบบสอบถาม โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์ที่มีอายุมากกว่า 20 ปี จำนวน 255 คน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและพฤติกรรมใช้น้ำบริโภคของประชาชนในชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพน้ำจากทั้ง 3 แห่ง มีการเจือปนของโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (coliform bacteria) และฟีคัล โคลิฟอร์มฟีคัล โคลิฟอร์มแบคทีเรีย (fecal coliform bacteria) เกินเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำดื่ม (>1.1เอ็มพีเอ็น/100 มล.)

ผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 53.70) อายุเฉลี่ย 50 ปี ($SD=15.52$) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 60) และประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 53.70) สำหรับพฤติกรรมใช้น้ำในการบริโภคเกือบทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างใช้แหล่งน้ำดื่มมาจากน้ำประปาภูเขา (ร้อยละ 98.80) รองลงมาคือบ่อน้ำตื้น (ร้อยละ 25.50) ก่อนนำมาดื่มไม่มีการปรับปรุงคุณภาพน้ำ (ร้อยละ 72.50) และส่วนใหญ่มีการเลี้ยงสัตว์รอบๆ บริเวณรองรับน้ำในระยะ 10 เมตร ซึ่งผลจากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการจัดการน้ำบริโภคในชุมชน และพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อของประชาชน

คำสำคัญ: คุณภาพน้ำบริโภค พฤติกรรมใช้น้ำ ชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์

*.,***,**** อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

** เจ้าหน้าที่กลุ่มน้ำยม-น่าน สถาบันสารสนเทศทรัพยากรน้ำ (องค์การมหาชน)

E-mail: narisara.sri@cra.ac.th

The water consumption consumption behaviors and and water quality for consumption among people living in the area of Sirikit dam

Narisara Sripo, M.N.S., Mattika Chaichan, M.N.S., Punsak Bourloy, B.S. and Prapa Yuttari, D.N.S.

Abstract

The aim of this descriptive cross-sectional research was to study the quality of water for consumption and water consumption behaviors among people living in the area of Sirikit dam. There were 2 parts in this study, the first part aimed to collect specimens from three areas of water consuming resources including tap water from the mountain, ponds, and water from Sirikit dam. The water was measured for its quality in term of physical, chemical and biological characteristic. The second part aimed to study water consumption behaviors using the questionnaire for data collection. The participants in this research were 255 individuals aged 20 years old and above who residing in the area of Sirikit dam. The sample was randomly sampling using simple random sampling technique. Descriptive statistics was used for data analysis.

The results revealed that quality of water from three areas were contaminated by Coliform bacteria (>1.1 MPN/100 ml. from standard criteria for safe drinking water) and Fecal coliform bacteria (>1.1 MPN/100ml. from standard criteria for safe drinking water). The figure demonstrated that the water was contaminated with bacteria over the criteria for safe drinking water. This water can be consumed only when it purified with standard water filter or other measures. Among 225 participants, 53.7% were male, the average age of all participants was 50 years ($SD = 15.52$) with the age range from 20 to 98 years. The majority of them (60%) had only primary school education and were farmers (53.7%). In regard to the water consumption behaviors of the participant, almost all of them (98.8%) use water sources from mountain water supply for drinking. It was found that 72.5 % drink the water from the water sources without any purify measure. Environmental impurity was found in the area surrounding the water sources whereas a herd of cattle, pig and buffalo were gathered within 10 meters.

The results from this study can serve as a suggestion for improving watering management system and water consumption behavior among people living in the area of Sirikit dam. Accordingly, the water borne diseases can be prevented among these people.

Keywords: water quality for consumption water consumption behaviors the area of Sirikit dam communities

บทนำ

น้ำเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของสิ่งมีชีวิต และเป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีพของมนุษย์โดยเฉพาะเพื่อการบริโภค การดื่มน้ำที่สะอาดและเพียงพอจึงถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้มนุษย์มีสุขภาพอนามัยแข็งแรงและลดความเสี่ยงในการเกิดโรคภัยไข้เจ็บ แต่ถึงแม้โลกจะประกอบไปด้วยน้ำมากถึง 7 ส่วน แต่ส่วนใหญ่เป็นน้ำเค็มจากทะเลและมหาสมุทร ส่วนน้ำจืดซึ่งจำเป็นต่อการดำรงชีพของประชากรโลกกว่า 6,000 ล้านคน มีเพียงร้อยละ 1 เท่านั้น การบริหารจัดการระบบน้ำเพื่อการบริโภคให้สะอาดและเพียงพอจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง (Kombo, Escuder & Chorda, 2021) แต่จากรายงานของยูนิเซฟและองค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2557 พบว่า ประชากรโลก 768 ล้านคน ไม่มีน้ำสะอาดบริโภค ประชากรกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีฐานะยากจนและอาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลในชนบท หรือชุมชนแออัด นอกจากนั้นยังพบว่าในแต่ละวันมีเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 1,400 คน เสียชีวิตจากโรคท้องร่วง ซึ่งมีสาเหตุมาจากการขาดแคลนน้ำสะอาดและสุขอนามัยที่ไม่เหมาะสม (ยูนิเซฟ ประเทศไทย, 2557)

การเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภคในครัวเรือนประเทศไทยโดยกรมอนามัย พ.ศ. 2551-2561 ซึ่งดำเนินการสุ่มเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภคทั่วประเทศเปรียบเทียบกับเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้ พบว่า น้ำบริโภคในครัวเรือน

ผ่านเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้ เฉลี่ย 10 ปี (2552-2561) มีเพียงร้อยละ 33.6 สำหรับสาเหตุที่ทำให้คุณภาพน้ำบริโภคในครัวเรือนของประเทศไทยไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้นั้นมาจากสาเหตุการปนเปื้อนทางด้านแบคทีเรีย โดยในรอบ 10 ปีมีค่าเฉลี่ยสูงมากถึงร้อยละ 76.6 ส่วนด้านกายภาพ และเคมี มีเพียงร้อยละ 27.8 และ 19.3 ตามลำดับ (สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ, 2563) ประเทศไทยได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDG) เป้าประสงค์ที่ 6.1 ตามมติของ สหประชาชาติ โดยกำหนดให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงน้ำดื่มที่ปลอดภัยและมีราคาที่สามารถหาซื้อได้ ดังนั้นแผนแม่บทการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) ได้ถูกกำหนดวิสัยทัศน์ไว้ว่า ทุกหมู่บ้านต้องมีน้ำกินน้ำใช้ที่สะอาด น้ำเพื่อการผลิตมั่นคง ความเสียหายจากอุทกภัยลดลง คุณภาพน้ำอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน บริหารจัดการน้ำอย่างยั่งยืน ภายใต้การพัฒนาอย่างสมดุลโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน แต่ปัจจุบันพบว่า ร้อยละ 10 ของหมู่บ้านทั้งหมดในประเทศไทยยังประสบปัญหาความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงระบบสาธารณสุขบริโภค รวมถึงการเข้าถึงแหล่งน้ำเพื่อการอุปโภคบริโภค (สำนักงานทรัพยากรน้ำแห่งชาติ, 2561)

เขื่อนสิริกิติ์ เป็นเขื่อนดินที่ใหญ่ที่สุดในประเทศไทย ตั้งอยู่ในพื้นที่อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ ก่อสร้างเมื่อปี พ.ศ. 2511 ตามโครงการพัฒนาลุ่มน้ำน่าน การก่อสร้างเขื่อนสิริกิติ์ส่งผล

ให้มีประชาชนบางส่วนอพยพจากพื้นที่ที่อยู่อาศัยเดิมมาอาศัยบริเวณรอบเขื่อน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2512 จนถึงปัจจุบัน หนึ่งในชุมชนที่ได้รับผลกระทบดังกล่าวคือชุมชนบ้านห้วยต้า ตั้งอยู่หมู่ 4 ต.นางพญา อ.ท่าปลา จ.อุตรดิตถ์ อยู่กลางหุบเขาเหนืออ่างเก็บน้ำเขื่อนสิริกิติ์ จากการสำรวจชุมชนและแหล่งน้ำเหนือเขื่อนสิริกิติ์ในระหว่างวันที่ 5-8 สิงหาคม พ.ศ. 2563 พบว่า มีประชากรทั้งหมด 570 คน 148 หลังคาเรือน เป็นหมู่บ้านที่อพยพออกจากพื้นที่เดิมเพื่อเสียดสละที่อยู่อาศัยที่สมบูรณ์ให้กับการสร้างเขื่อนสิริกิติ์ พื้นที่ของหมู่บ้านตั้งอยู่ในเขตป่าสงวนแห่งชาติ ไม่มีถนนสำหรับรถยนต์เพื่อเชื่อมกับโลกภายนอก การสัญจรต้องใช้เรือยาวนานกว่า 2 ชั่วโมง ไม่มีไฟฟ้า ขาดแคลนน้ำอุปโภคบริโภคที่สะอาด โดยใช้น้ำประปาภูเขาเป็นหลักและมักมีปัญหาขาดแคลนน้ำในช่วงหน้าแล้ง ทำให้ประชาชนในชุมชนต้องขุดบ่อน้ำตื้นข้างลำห้วยสำรองใช้ในครัวเรือน สำหรับน้ำในการบริโภคพบว่า ร้อยละ 100 ของครัวเรือนในชุมชนใช้น้ำจากน้ำประปาภูเขา และร้อยละ 99.32 บริโภคน้ำประปาภูเขาที่พักไว้ในท่อปูนขนาด 3 ลบ.ม. โดยไม่ผ่านการปรับปรุงคุณภาพน้ำและฆ่าเชื้อโรคก่อนนำมาบริโภค ซึ่งการบริโภคน้ำดื่มที่ไม่สะอาดนั้น นำไปสู่การเจ็บป่วยจากโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ (waterborne disease) ได้ อาทิ อหิวาต์ อหิวาต์เฉียบพลัน อหิวาต์โรค บิด ไข้ไทฟอยด์ โรคตับอักเสบเอ เป็นต้น (สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำดื่ม, 2556) จากผลการสำรวจชุมชนที่พบ คณะผู้วิจัยเห็นความสำคัญ

ของการตรวจสอบคุณภาพน้ำบริโภค ร่วมกับการศึกษาพฤติกรรมการใช้ น้ำบริโภคของประชาชน

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพน้ำที่ใช้ในการบริโภคของประชาชนในชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์เป็นอย่างไร
2. พฤติกรรมการใช้น้ำบริโภคของประชาชนในชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพน้ำที่ใช้ในการบริโภคของประชาชนในชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้น้ำบริโภคของประชาชนในชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ในลักษณะของการศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์ จำนวน 559 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของแดเนียล (Daniel, 2013) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 255 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับฉลากจากรายชื่อของประชากรทั้งหมดในชุมชนที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมโครงการ

ซึ่งต้องเป็นผู้ที่มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เชื้อชาติไทย อาศัยอยู่ในพื้นที่เหนือเขื่อนสิริกิติ์และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้

ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การวิเคราะห์คุณภาพน้ำ และแบบสอบถาม

1. การวิเคราะห์คุณภาพน้ำ ดำเนินการวิเคราะห์คุณภาพน้ำบริเวณชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์ โดยการเก็บตัวอย่างน้ำ กำหนดจุดการเก็บตัวอย่างน้ำจากแหล่งน้ำบริเวณ 3 จุด คือ น้ำประปาหมู่บ้าน น้ำประปาภูเขา และน้ำบ่อต้น โดยพิจารณาจากระบบประปาที่มีแหล่งน้ำดิบมาจากแหล่งเดียวกันเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพของน้ำ ผู้วิจัยส่งวิเคราะห์ตัวอย่างน้ำด้วยวิธีการทางกายภาพ เคมี และทางจุลชีววิทยา ณ ห้องปฏิบัติการสำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 3 จังหวัด พิษณุโลก

2. แบบสอบถาม การศึกษานี้ใช้แบบสำรวจที่ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว อาชีพ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบการมีตัวเลือกให้เลือกตอบและเติมข้อความแบบปลายเปิดสั้นๆ

2) แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้น้ำในการบริโภค ได้แก่ แหล่งน้ำดื่ม การมีภาชนะสำรองน้ำดื่ม และการปรับปรุงคุณภาพน้ำก่อนดื่ม

ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาข้อคำถามขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 3 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบ

3) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลสิ่งแวดล้อมบริเวณจุดรองรับน้ำ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาข้อคำถามขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 4 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบ

โดยแบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของแบบสอบถามในโครงการวิจัย คุณภาพน้ำ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อในชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์ ภายใต้ชุดโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบมีส่วนร่วมของชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์โครงการ ทู่นสนับสนุนโครงการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมจากการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย ซึ่งแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องสอดคล้องของเนื้อหาและภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว และได้นำแบบสอบถามที่แก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับประชาชนในชุมชนเหนือเขื่อนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 ฉบับ แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) พบว่าแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) 0.77 สำหรับ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคสำหรับ งานวิจัยครั้งนี้ เท่ากับ 0.79

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัย จุฬาลงกรณ์ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่เริ่มเก็บข้อมูลจนเสร็จสิ้นการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬาลงกรณ์ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย ตามรหัสโครงการวิจัย 014/2564 ดำเนินการจัดทำหนังสือถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้นำชุมชน เพื่อแจ้งรายละเอียดโครงการวิจัยและขอความอนุเคราะห์ในการเข้าถึงข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยลงพื้นที่เพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อสิ้นสุดผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ ครบถ้วนของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ทุกฉบับก่อนนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและพฤติกรรมการใช้ น้ำบริโภคของประชาชนในชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่จำนวน (frequency) ร้อยละ (percentages) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) เพื่อ

อธิบายคุณลักษณะทั่วไปและพฤติกรรมการใช้ น้ำของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณภาพน้ำที่ใช้ในการบริโภคของประชาชนในชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์

การศึกษาครั้งนี้ ทำการตรวจสอบคุณภาพน้ำในการบริโภคของประชาชนในชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์ โดยการเก็บตัวอย่างน้ำจากแหล่งน้ำบริโภค เมื่อวันที่ 19 เมษายน 2564 จำนวน 3 แห่ง คือ น้ำประปาภูเขา น้ำจากบ่อน้ำตื้น และน้ำในเขื่อนสิริกิติ์ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ตัวอย่างน้ำด้วยวิธีการกายภาพ เคมีและจุลชีววิทยา ณ ห้องปฏิบัติการสำนักงานสิ่งแวดล้อมภาค 3 พิษณุโลก โดยใช้พารามิเตอร์ ได้ผลการวิเคราะห์ ดังนี้

การตรวจทางกายภาพ พบว่า น้ำจากทั้ง 3 แห่ง ได้แก่ น้ำประปาภูเขา น้ำจากบ่อน้ำตื้น และน้ำในเขื่อนสิริกิติ์ มีค่าความเป็นกรด-ด่าง เท่ากับ 7.2, 7.2 และ 7.4 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน (ค่ามาตรฐาน = 6.5-8.5) และมีค่าสีของน้ำเท่ากับ 15, 5 และ 10 แพลตตินัมโคบอลต์ ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน (<15 แพลตตินัมโคบอลต์) เช่นเดียวกัน แต่ผลการตรวจค่าความขุ่นของน้ำในเขื่อนสิริกิติ์ และค่าปริมาณของแข็งที่ละลายน้ำได้ทั้งหมด พบว่าน้ำมีค่าเกินเกณฑ์มาตรฐาน (5.90 เอ็นทียู และ 2,402 มก./ล. ตามลำดับ)

การตรวจด้านเคมี ผลการตรวจวัดปริมาณโลหะหนักในน้ำได้แก่ โครเมียม (Cr) ตะกั่ว (Pb) แคดเมียม (Cd) และสารหนู (As) พบว่า ผลการทดสอบน้อยกว่าค่าความเข้มข้นต่ำสุดที่วิธีทดสอบสามารถทดสอบได้ (non detected: ND) ในน้ำทั้ง 3 แห่ง แสดงให้เห็นค่าผลการตรวจปริมาณโลหะหนักในน้ำ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำดื่มที่เหมาะสมในการบริโภค การตรวจทางจุลชีววิทยา พบว่า แหล่งน้ำจากทั้ง 3 แห่ง มีค่าแบคทีเรียกลุ่มโคลิฟอร์ม

(coliform) และฟีคัลโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (fecal coliform bacteria) ที่เกินค่ามาตรฐาน โดยน้ำจากบ่อน้ำตื้นมีค่าแบคทีเรียกลุ่มโคลิฟอร์ม (coliform) และ ฟีคัลโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (fecal coliform bacteria) มากที่สุด (>23 เอ็มพีเอ็น/100 มล., >23 เอ็มพีเอ็น/100 มล.) รองลงมาคือน้ำประปาภูเขา (23 เอ็มพีเอ็น/100 มล., 16 เอ็มพีเอ็น/100 มล.) และน้ำในเขื่อนสิริกิติ์ (23 เอ็มพีเอ็น/100 มล., 16 เอ็มพีเอ็น/100 มล.) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลตรวจคุณภาพน้ำในชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์ด้วยวิธีการทางเคมีและทางจุลชีววิทยาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานของน้ำที่บริโภค

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ค่ามาตรฐาน	หน่วย	น้ำประปาภูเขา	น้ำจากบ่อน้ำตื้น	น้ำในเขื่อน
การตรวจทางกายภาพ					
ความเป็นกรดด่าง (pH)	6.5-8.5	-	7.5	7.2	7.4
สี (Color)	<15	แพลตตินัมโคบอลท์	15	5	10
ความขุ่น (Turbidity)	<5	เอ็นทียู	1.10	2.10	5.90
ของแข็งที่ละลายน้ำได้ทั้งหมด (TDS)	<500	มก./ล.	83	60	2,402

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ค่ามาตรฐาน	หน่วย	น้ำประปา ภูเขา	น้ำจากบ่อ น้ำตื้น	น้ำในเขื่อน
การตรวจทางจุลชีววิทยา					
แบคทีเรียกลุ่ม โคลิฟอร์ม (Coliform)	<1.1	เอ็มพี เอ็น/100 มล.	23	>23	23
ฟีคัล โคลิฟอร์มแบคทีเรีย (Fecal coliform bacteria)	<1.1	เอ็มพี เอ็น/100 มล.	16	>23	16
การตรวจด้านเคมี: ปริมาณโลหะหนัก					
โครเมียม (Cr)		มก./ล.	ND	ND	ND
ตะกั่ว (Pb)		มก./ล.	ND	ND	ND
แคดเมียม (Cd)		มก./ล.	ND	ND	ND
สารหนู (As)		มก./ล.	ND	ND	ND

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการใช้น้ำในการบริโภค

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 53.70) มีอายุระหว่าง 20-98 ปี อายุเฉลี่ย 50 ปี ($SD = 15.52$) ปี สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 66.30) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 60) รองลงมาคือ ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 3 คน จำนวน (ร้อยละ 52.20) ด้านการประกอบอาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างในชุมชนส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นเกษตรกร (ร้อยละ 53.70) รองลงมาคือ รับจ้าง (ร้อยละ 22.40) และว่างงาน (ร้อยละ 17.60) ส่วนใหญ่มีภานะ

สำหรับรองรับน้ำดื่มในครัวเรือน (ร้อยละ 94.50) ในจำนวนนี้ใช้บ่อซีเมนต์เป็นภาชนะไว้สำหรับสำรองน้ำดื่มมากที่สุด จำนวน 126 คน (ร้อยละ 37.39)

สำหรับพฤติกรรมการใช้น้ำในการบริโภคของประชาชนในชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์ ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดใช้แหล่งน้ำดื่มมาจากน้ำประปาภูเขา จำนวน 252 คน (ร้อยละ 98.8) รองลงมาคือบ่อน้ำตื้น จำนวน 65 คน (ร้อยละ 25.50) ทั้งนี้พบว่าประมาณ 3 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีการปรับปรุงคุณภาพน้ำก่อนดื่ม จำนวน 185 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความถี่และร้อยละของข้อมูลของแหล่งน้ำดื่มที่ใช้ในการบริโภคของประชาชนในชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์ (n = 255)

การใช้น้ำในการบริโภค	จำนวน	ร้อยละ
แหล่งน้ำดื่ม		
น้ำประปาภูเขา	252	98.80
บ่อน้ำตื้น	65	25.50
น้ำฝน	33	12.90
น้ำเขื่อน	17	6.70
น้ำขุดจากราน้ำ	11	4.30
น้ำบาดาล	1	0.40
การปรับปรุงคุณภาพน้ำก่อนดื่ม		
ไม่มี	185	72.50
มี (เลือกได้มากกว่า 1 วิธี)	70	27.50
ต้ม	27	34.17
ใช้สารส้ม	24	27.84
ใช้เครื่องกรองน้ำ	22	30.77
อื่นๆ	6	7.58

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสิ่งแวดล้อมบริเวณจุดรองรับน้ำของประชาชนในชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์ เมื่อจำแนกเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการกั้นพื้นที่ไม่ให้

สัตว์เข้าไปใกล้แหล่งเก็บน้ำดื่มเป็นประจำ จำนวน 156 คน (ร้อยละ 61.20) มีการดูแลรางน้ำสำหรับรองน้ำสะอาดเป็นประจำ จำนวน 171 คน (ร้อยละ 67.10) มีการดูแลพื้นคอนกรีตใต้ก๊อกน้ำไม่ให้

ชำระ หรือสกปรกเป็นประจำ จำนวน 144 คน (ร้อยละ 56.50) ในและมีการเลี้ยงสัตว์ รอบบริเวณ

รองรับน้ำในระยะ 10 เมตร เป็นประจำ จำนวน 121 คน (ร้อยละ 47.50) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสิ่งแวดล้อมบริเวณจุดรองรับน้ำของประชาชนในชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์

(n = 255)

การดูแลสิ่งแวดล้อม	ไม่ปฏิบัติ	บางครั้ง	เป็นประจำ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. กั้นพื้นที่ไม่ให้สัตว์เข้าไปใกล้แหล่งเก็บน้ำดื่ม	45(17.60)	54(21.20)	156(61.20)
2. คูแครงน้ำสำหรับรองน้ำสะอาด	16(6.30)	68(26.70)	171(67.10)
3. คูแครงพื้นคอนกรีตได้กักน้ำไม่ให้ชำระ หรือสกปรก	21(8.20)	90(35.30)	144(56.50)
4. การเลี้ยงสัตว์ รอบบริเวณรองรับน้ำในระยะ 10 เมตร	83(32.50)	51(20)	121(47.50)

อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์คุณภาพน้ำที่ใช้ในการบริโภคของประชาชนในชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์ โดยการเก็บตัวอย่างน้ำที่ใช้ในการบริโภคของประชาชนในชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์ ทั้ง 3 จุด ได้แก่ น้ำประปาภูเขา น้ำบ่อตื้น และน้ำในเขื่อนสิริกิติ์ ได้ผลดังนี้ การตรวจทางกายภาพพบว่า น้ำในเขื่อนสิริกิติ์ ค่าความขุ่นของน้ำ และค่าปริมาณของแข็งที่ละลายน้ำได้ทั้งหมดเกินเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งอาจทำให้ผู้บริโภคสามารถเห็นสีของน้ำได้ และรสชาติของน้ำเปลี่ยนไป การตรวจด้านเคมี พบว่า ทั้งด้านเคมีทั่วไปและปริมาณโลหะหนัก ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำดื่ม แต่ผลการตรวจทางจุลชีววิทยา พบว่า

แหล่งน้ำจากทั้ง 3 แห่ง มีค่าแบคทีเรียกลุ่มโคลิฟอร์ม (coliform) และ ฟีคัล โคลิฟอร์มแบคทีเรีย (fecal coliform bacteria) ที่เกินค่ามาตรฐาน สรุปได้ว่า คุณภาพน้ำจากทั้ง 3 จุด ไม่เหมาะสมในการนำมาใช้บริโภคโดยที่ไม่ผ่านการกรองหรือฆ่าเชื้อโรคก่อนดื่ม เนื่องจากน้ำมีการเจือปนของโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (coliform bacteria) เกินเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำดื่ม ซึ่งตามเกณฑ์มาตรฐานไม่ควรพบค่าแบคทีเรียปนเปื้อนอยู่ (มันลิน ตันฑุลเวศน์, 2542) ซึ่งแบคทีเรียกลุ่มนี้เป็นกลุ่มแบคทีเรียแกรมลบที่สามารถเจริญเติบโตได้ดีในที่ที่มีอากาศและไม่มีอากาศ มักพบในสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับน้ำ หากพบว่ามี การเจือปนในน้ำดื่มมากเกินไปสามารถบ่งชี้ถึงความ

ไม่สะอาดและไม่ถูกสุขลักษณะของแหล่งน้ำดื่มได้ และนำไปสู่การเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อต่างๆ อาทิ เป็นไข้ ปวดท้อง ท้องเสีย เป็นต้น (Manetu & Karanja, 2021) ซึ่งการเจ็บป่วยเหล่านี้สามารถเกิดได้ในทุกกลุ่มวัย อย่างไรก็ตามถึงแม้โคลิฟอร์มแบคทีเรีย สามารถมีชีวิตอยู่ในน้ำได้นานกว่าจุลินทรีย์อื่นๆ แต่ไม่ทนความร้อน ดังนั้น วิธีการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อ โคลิฟอร์มแบคทีเรียจึงจำเป็นต้องผ่านกระบวนการทำความร้อน เช่น การต้มน้ำให้เดือด การใช้คลอรีนฆ่าเชื้อในน้ำ โดยมีความเข้มข้นประมาณ 0.2 – 0.5 ppm หรือผ่านระบบเครื่องกรองน้ำที่สามารถฆ่าเชื้อโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะสามารถช่วยกำจัดหรือควบคุมปริมาณของแบคทีเรียให้พอเหมาะและสามารถดื่มน้ำได้อย่างปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุพัต เหมทานนท์ และ ปิยวรรณ เนื่องมัจฉา (2560) ที่ศึกษาความเหมาะสมของคุณภาพน้ำประปาในการอุปโภคบริโภคในพื้นที่ตำบลละอาย อำเภอนาง จัหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า การตรวจคุณภาพน้ำด้านชีวภาพ พบค่าโคลิฟอร์มแบคทีเรียและความขุ่นซึ่งมีค่าสูงเกินเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำประปา (สุภัทรา ผาคำ, วนิดา วิชาชัย, กัญจน์ ศิลป์ประสิทธิ์ และศิริกุล ธรรมจิตรสกุล, 2558) เช่นเดียวกับการศึกษาคุณภาพน้ำในพื้นที่ลุ่มน้ำลี้ จังหวัดลำพูนที่พบว่าบริเวณต้นน้ำมีแนวโน้มนการปนเปื้อนของโคลิฟอร์มแบคทีเรียทั้งหมด และฟิโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (สามารถ ใจเตี้ย และพัฒนา บุญญาประภา, 2562)

และสอดคล้องกับผลการศึกษาโรคที่มีน้ำเป็นสื่อจำแนกตามพฤติกรรมการใช้ของประชาชนในชุมชน หมู่ที่ 7 ตำบลบางลูกเสือ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายกของสุภัทรา ผาคำ และคณะ ที่พบว่า คุณภาพน้ำในการอุปโภคบริโภคมีปริมาณแบคทีเรียกลุ่มคลอโรฟอร์มเกินเกณฑ์มาตรฐาน และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้น้ำจากแม่น้ำนครนายกเพื่อการบริโภคมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง (สุภัทรา ผาคำ และคณะ, 2558)

สำหรับการสำรวจข้อมูลพฤติกรรมการใช้บริโภคของประชาชนในชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์ พบว่า เกือบทั้งหมดดื่มน้ำจากน้ำประปาภูเขาเป็นหลัก รองลงมาคือมีการดื่มน้ำจากบ่อน้ำตื้น อธิบายได้ว่า เนื่องด้วยลักษณะทางภูมิศาสตร์ของชุมชนเป็นพื้นที่ห่างไกลและเป็นถิ่นทุรกันดาร ประกอบกับพื้นที่ของชุมชนเป็นเขตป่าสงวนแห่งชาติ ส่งผลให้ระบบท่อส่งน้ำจากอ่างเก็บน้ำสิริกิติ์ไม่สามารถส่งน้ำให้พื้นที่ชุมชนได้ ทำให้ประชาชนไม่มีน้ำประปาไว้ใช้เพื่อการอุปโภคบริโภค (บุญนำ เกิดแก้ว, 2560) ประชาชนจึงต้องอาศัยน้ำดื่มจากแหล่งน้ำธรรมชาติเป็นหลัก และต้องมีภาชนะสำหรับรองรับน้ำเพื่อเก็บน้ำไว้ดื่มในหน้าแล้ง นอกจากนี้ยังพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ไม่มีการปรับปรุงคุณภาพน้ำก่อนดื่ม และส่วนใหญ่มีการเลี้ยงสัตว์รอบบริเวณรองรับน้ำในระยะ 10 เมตรเป็นประจำ เนื่องจากปัจจัยทั้งด้านคุณภาพน้ำที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการบริโภค ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการปนเปื้อนเชื้อโรคจาก

สิ่งแวดล้อม ควบคู่กับพฤติกรรมการใช้น้ำบริโภคที่ไม่เหมาะสมทำให้เป็นทางผ่านของเชื้อก่อโรคเข้าสู่ร่างกายได้จากการดื่มน้ำที่ไม่สะอาด (กิตติมาไมตรีประดับศรี, มลวดี ศรีหะทัย และกัลยาณี อุดง, 2563) นำไปสู่การเจ็บป่วยจากโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ (waterborne disease) (สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำดื่ม, 2556) โดยเฉพาะประชากรที่มีฐานะยากจนและอาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลในชนบท หรือชุมชนแออัด (Kombo, Escuder, & Chordà, 2021; ยูนิเซฟ ประเทศไทย, 2557) สอดคล้องกับสถิติการเจ็บป่วยของประชาชนของสถานอนามัยนางพญา บ้านห้วยต้ำ ระหว่างปี 2553-2563 พบว่ามีประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยระบบทางเดินอาหาร เช่น ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน อาหารเป็นพิษ จำนวน 190 ครั้ง ซึ่งการเจ็บป่วยดังกล่าวมีสาเหตุเกี่ยวเนื่องมาจากการบริโภคน้ำดื่มที่ไม่สะอาดร่วมกับการมีพฤติกรรมด้านสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ไม่เหมาะสม

มติการประชุมขององค์การสหประชาชาติร่วมกับประเทศสมาชิก 194 ประเทศ กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals- SDGs) โดยให้บรรลุเป้าหมายภายในปี พ.ศ 2573 เป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสาธารณสุขหรือด้านสุขภาพโดยตรงคือเป้าหมายหลักที่ 3 การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีในทุกช่วงอายุ โดยเป้าหมายที่ 3.9 เป็นการลดจำนวนการตายและการป่วยจากสารเคมีอันตราย การปนเปื้อนและมลพิษจากอากาศ น้ำ และดินที่ปนเปื้อน เพื่อให้บรรลุตาม

เป้าหมายนั้น การพัฒนาระบบการจัดการน้ำที่ยั่งยืนจึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ดำเนินการด้วยองค์ความรู้แบบสหสาขาซึ่งพยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เพื่อการมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชนทุกช่วงวัย (พรรณี ปานเทวัญ, 2562; จิรณัฐ ชัยชนะ และกัญญาดา ประจุกิลป์, 2561) ทั้งนี้ต้องอาศัยการทำงานกับภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ อาทิ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้แทนของหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมคุณภาพน้ำ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีระบบการจัดการน้ำในชุมชนเพื่อปรับปรุงคุณภาพน้ำก่อนการบริโภคซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อในการศึกษาครั้งต่อไป
3. ควรมีการศึกษาคุณภาพน้ำและสำรวจปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ทุรกันดารอื่นๆ ในประเทศไทยเพิ่มเติม

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของชุดโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบมีส่วนร่วมของชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์ ซึ่งได้รับการสนับสนุนทุนการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมจากการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย (กฟผ.) ดำเนินการวิจัยด้วยความร่วมมือจากประชาชนในพื้นที่และ

เอกสารอ้างอิง

- กิตติมา ไผ่ตรีประดับศรี, มลวดี ศรีหะทัย และ กัลยาณี อุดง. (2563). ความชุกของแบคทีเรียก่อโรคและกลุ่มโคลิฟอร์มกรณีสอบสวนโรคอาหารเป็นพิษในเขตสุขภาพที่ 6. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี*, 3(2), 27-41.
- จิรณัฐ ชัยชนะ และกัญญาดา ประจุกิตติประ. (2561). การศึกษาบทบาทพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19 (ฉบับพิเศษ), 193-202.
- บุญนำ เกิดแก้ว. 'ห้วยด้าย' หมู่บ้านที่ถูกลืมนิยาม. *ถนน ขาดไฟฟ้า ชงกรม. ช่วย.* (16 ธันวาคม 2560). *หนังสือพิมพ์โพสต์ทูเดย์*. สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2563. จากวิกิพีเดีย <https://www.posttoday.com/social/local/>

ผู้เชี่ยวชาญจากสหสถาบัน ได้แก่ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ มูลนิธิอุทกพัฒน์ในพระบรมราชูปถัมภ์ สถาบันสารสนเทศทรัพยากรน้ำ (องค์การมหาชน) การไฟฟ้าฝ่ายผลิตเขื่อนสิริกิติ์และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยด้าย

- พรรณี ปานเทวัญ. (2562). บทบาทพยาบาลและเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(2), 33-43.
- ยูนิเซฟ ประเทศไทย. (2557). *ประชากรยากจน 768 ล้านคน ยังขาดน้ำสะอาด*. สืบค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2560. จากวิกิพีเดีย <https://www.unicef.org/thailand/tha/media>.
- สุภัทรา ผาคำ, วณิดา วิลาชัย, กัญจน์ ศิลป์ประสิทธิ์ และศิริกุล ธรรมจิตรสกุล. (2558). การศึกษาโรคที่มีน้ำเป็นสื่อจำแนกตามพฤติกรรมการใช้น้ำของประชาชนในชุมชน หมู่ที่ 7 ตำบลบางลูกเสือ อำเภอลำลูกเกด จังหวัดนครนายก. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 9(2), 17-23.
- สำนักงานทรัพยากรน้ำแห่งชาติ. (2561). *แผนแม่บทการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำ 20 ปี (2561-2580)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานทรัพยากรน้ำแห่งชาติ.

สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ. (2563). *คู่มือการดำเนินงานสำรวจคุณภาพน้ำบริโภคในครัวเรือน*. สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2563. จากวิกิพีเดีย

<http://foodsafety.anamai.moph.go.th/main>.

สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำดื่ม. (2556). *คู่มือประชาชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับการป้องกันโรคที่เกิดจากอาหารและน้ำเป็นสื่อ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

Daniel WW. (2013). *BIostatistics: A Foundation for Analysis in The Health Sciences*. 10th ed. Las Vegas: Edwards Brothers Molloy.

Kombo, M.G., Escuder, B.I., & Chordà R.E. (2021). Review on Emerging

Waterborne Pathogens in Africa: The Case of Cryptosporidium. *Water*, 13(21), 1-17.

Manetu, W.M., Karanja, A.M. (2021).

Waterborne Disease Risk Factors and Intervention Practices: A Review. *Open Access Library Journal*. 8(5): 1-11.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

ปัทมิตา ทรวงโพธิ์, พย.ม.*

สุพร วงศ์ประทุม, ปร.ด.**

บทคัดย่อ

การศึกษาวินิจฉัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (A cross-sectional study) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษา ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ขนาดใหญ่ 1 แห่ง และโรงพยาบาลขนาดเล็ก 5 แห่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 184 คน ซึ่ง สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วน บุคคล แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและแหล่งสนับสนุน แบบประเมินภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุไทย แบบทดสอบสภาพสมองไทย แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้น พื้นฐาน และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นต่อเนื่อง ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหาและมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.68, 0.63, 0.72, 0.90, 0.95 และ 0.89 ตามลำดับ วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ไคสแควร์และสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ (ร้อยละ 70.1) และ สภาพสมองปกติ (ร้อยละ 59.9) และปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้เฉลี่ยปัจจุบันของตนเอง ต่อเดือน และรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ($p = 0.006$, $p = 0.000$, $p = 0.005$, $p = 0.048$ ตามลำดับ) และ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานและขึ้นต่อเนื่องมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าใน เอง $r = -0.451$ และ $r = -0.292$ ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ผลการศึกษานี้ สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมการคัดกรองภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทุกรายขณะรักษาอยู่ ในโรงพยาบาลหรือก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อวางแผนติดตามในรายที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้าเป็น ระยะๆ และใช้ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด สมอง และสามารถนำไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้า

*อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

**ข้าราชการบำนาญ พยาบาลเชี่ยวชาญ สาขาการพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต

E-mail: patittas@g.swu.ac.th

**Factors Associated With Depression Among The Older Persons With Stroke In Mueang District,
Nakhon Ratchasima Province**

Pathitta Suangpho, M.N.S.

Suporn Wongkpratoom, Ph.D.

Abstract

This cross-sectional study aimed to describe the level of depression and the factors associated with depression among the older persons with stroke in Mueang District, Nakhon Ratchasima Province. Multistage sampling was used to obtain 184 subjects from one big hospital and five health promoting hospitals. The research instruments included personal questionnaire, stroke and source of support questionnaire, Thai Geriatric Depression Scale, Thai Mental State Examination, The Barthel Activity of Daily Living Index, and Chula Activities of Daily Living Index. The reliability of the questionnaires coefficient of Cronbach's alpha were 0.68, 0.63, 0.72, 0.90, 0.95 and 0.89 respectively. Descriptive statistics, Chi-square and Pearson Product Moment Correlation Coefficient were used to analyze the data.

The results revealed that depression in older persons with stroke were a normal level (70.1%) and normal cognitive function (59.9%). The personal factors associated with depression among the older persons with stroke at the statistical significantly included gender, age, personal average monthly incomes, and family average monthly incomes ($p = 0.006$, $p = 0.000$, $p = 0.005$, $p = 0.048$ respectively). The ability to perform basic daily activities, and daily routines on an ongoing basis were significantly correlated with depression ($r = -0.451$ and $r = -0.292$) $p < 0.01$ respectively. The results of this study can be used to promote screening for depression in older persons with stroke while in-hospital or before discharge from the hospital in order to plan for follow-up in patients with depression, periodically and used in the development of a program to promote daily activities of older persons with stroke and can be used to develop a nursing practice guideline for the prevention of post-stroke depression suitable for older persons with stroke

Keywords: Older Persons with Stroke Depression

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าเป็นผลกระทบทางประสาทจิตเวชศาสตร์ที่พบบ่อยที่สุดหลังโรคหลอดเลือดสมอง และส่งผลต่อการรักษาและการฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมอง โดยก่อให้เกิดความบกพร่องในการทำงาน เพิ่มโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ และ อัตราการเสียชีวิตด้วย (Aniwattanapong, 2018) ซึ่งพบว่า ในระยะ 1 ปี ภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ (Yuan et al., 2012) และมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตในระยะ 2-5 ปี (Bartoli et al., 2013) อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าพบในเพศหญิง ร้อยละ 5.9–78.3 และเพศชาย ร้อยละ 4.7–65.2 (Seesawang & Thongtang, 2016) ซึ่งพบในกลุ่ม early onset คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองไม่นาน ระยะ 3 เดือน ถึง 6 เดือน และกลุ่ม delay onset คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองในช่วงที่ตรวจติดตามการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกหรือ ในระยะ 1-2 ปี (Aniwattanapong, 2018; Llorca, Castilla-Guerra, Moreno, Doblado, & Hernandez, 2015) โดยเฉพาะผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมักจะเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะ 6-24 เดือน (Lokk & Delbari, 2010) ในต่างประเทศพบอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 33 (Lincoln et al., 2013) ในขณะที่ประเทศ

ไทยพบ ร้อยละ 12-72.5 ซึ่งความแตกต่างของความชุกนี้อาจเกิดจากเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยต่างกัน ระยะเวลาหลังโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มประชากรที่ศึกษา (Aniwattanapong, D. 2018) และจากการศึกษาของเสาวนีย์ เปรมทอง และจิราพร เกศพิชญวัฒนา (2561) เรื่องผลของการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 95.5 และระดับปานกลาง ร้อยละ 4.5 (Preamthong & Kespichayawattana, 2018)

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ (Seesawang & Thongtang, 2016) ได้แก่ 1) ความสามารถในการดำเนินชีวิตและกิจกรรมประจำวัน ในระยะ 6 เดือนแรก ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งระดับเล็กน้อยและรุนแรงจะเห็นคุณค่าในตนเอง (self-esteem) และมีความพึงพอใจในแรงสนับสนุนทางสังคม (social support satisfaction) ในระดับต่ำ จึงส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรม (functional abilities) ลดลง (Chau et al., 2010) 2) การฟื้นฟูสภาพด้านร่างกาย ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายช้ากว่าผู้ที่ไม่ใช่ภาวะซึมเศร้า อาจเนื่องจากขาดแรงจูงใจหรือไม่มีแรงในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย (Seesawang & Thongtang, 2016; Withatanang, Saneha, & Pinyopasakul, 2018) 3) การกลับเข้า

รับการรักษาและระยะเวลาในการอยู่รักษาในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการอยู่รักษาในโรงพยาบาลนานกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น รวมทั้งความร่วมมือในการรักษาไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร (Sugawara et al., 2015) 4) ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต จากความสามารถในการทำงานของร่างกายลดลง การจำกัดความสามารถในการทำกิจวัตร ทำให้สมรรถภาพสมองบกพร่อง และเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำจึงส่งผลให้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น (Sugawara et al., 2015)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ 1) ปัจจัยทางด้านร่างกาย เช่น พันธุกรรม อายุ เพศ ระดับการศึกษา ตำแหน่งพยาธิสภาพของโรค ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในอดีต การสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกาย เป็นต้น (Aniwattanapong, 2018; Aiamanan & Pattanarueangkul, 2021; Seesawang & Thongtang, 2016) และ 2) ปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม การสูญเสียพลังอำนาจ (Seesawang, & Thongtang, 2016; Suttupong & Sindhu, 2012) รายได้น้อย (Aiamanan & Pattanarueangkul, 2021) เป็นต้น จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง Tuyen, Jullamate, and Rosenberg (2017) พบว่า ผู้สูงอายุ

โรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย และปัจจัยด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แรงสนับสนุนทางสังคม และความมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และการศึกษาของ Suttupong and Sindhu (2012) พบว่า ผลกดทับและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ส่วนการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า และผลกดทับ ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองและการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้

จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาพบว่า อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เป็นพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และมีแนวโน้มมากขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2559-2561 พบว่ามีจำนวน 2021, 2,304 และ 2,543 คนตามลำดับ จากปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้บ่อย เนื่องจากมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยังมีน้อย และยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ใน

อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในประเด็นดังกล่าว โดยคาดหวังว่าจะได้ข้อมูลพื้นฐานเพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลในการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม ช่วยป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้าให้แก่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่นำไปสู่การเกิดภาวะพึ่งพา ทูพพลภาพและการเสียชีวิต และช่วยส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราความชุกภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถเชิงปฏิบัติกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

สมมติฐานการวิจัย

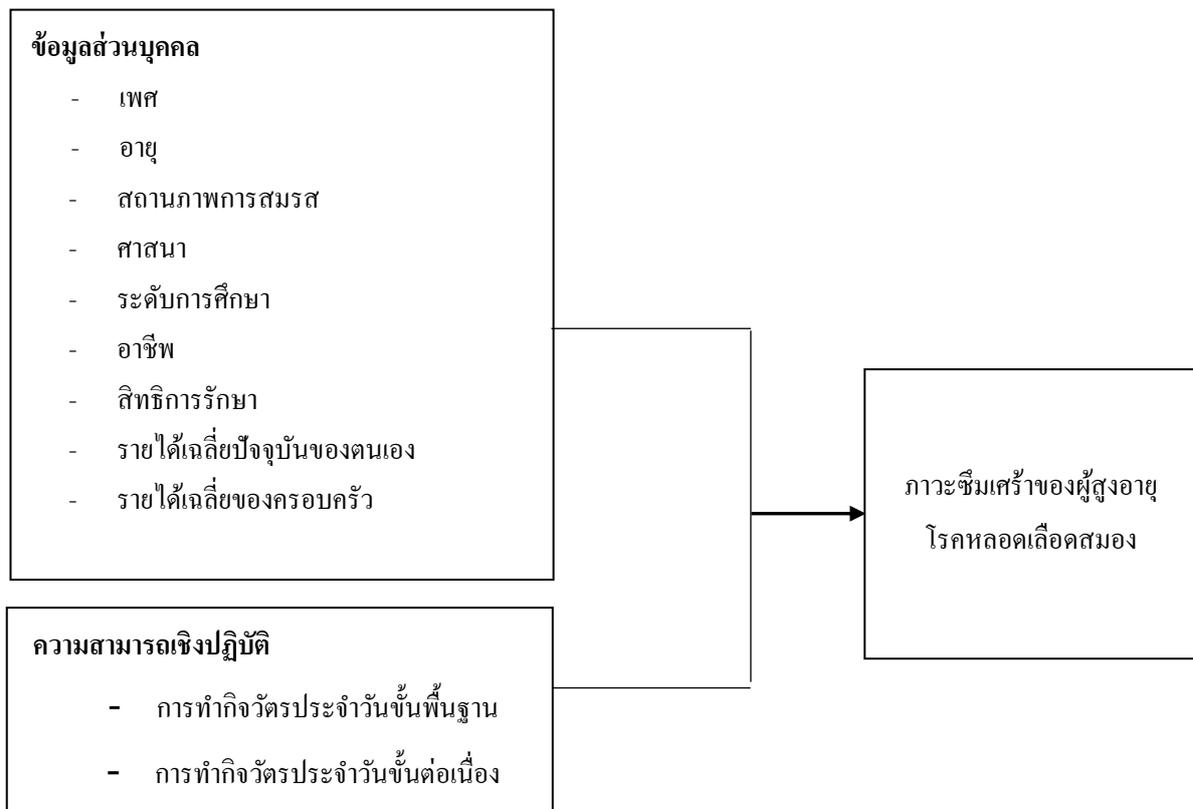
1. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
2. ความสามารถเชิงปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของเบ็ค (Beck, J.S., 1967 อ้างใน กาดาฟี หะยีเดและประชา ฤชตกุล, 2552) ที่กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นกระบวนการภายในจิตใจที่เกิดขึ้นเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ รวมถึงการเจ็บป่วยแล้วส่งผลต่อความคิดทางด้านลบของตนเองและก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสถานการณ์นั้น ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า เพิ่มความต้องการพึ่งพิงและอยากจะทำร้ายตนเอง ซึ่งผลกระทบสำคัญหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ คือภาวะซึมเศร้าและผลกระทบของภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ (Seesawang & Thongtang, 2016) ได้แก่ ความสามารถในการดำเนินชีวิตและกิจวัตรประจำวัน (Chau et al., 2010) โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ 1) ปัจจัยทางด้านร่างกาย เช่น พันธุกรรม อายุ เพศ ระดับการศึกษา ตำแหน่งพยาธิสภาพของโรค ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในอดีต การสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกาย เป็นต้น

(Aniwattanapong, Pattanarueangkul, 2018, Aiamanan &, 2021; Seesawang & Thongtang, 2016) และ 2) ปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม การสูญเสียพลังอำนาจ (Seesawang & Thongtang, 2016, Suttupong & Sindhu, 2012) รั ย ใ ค้ น้ อ ย (Aiamanan &

Pattanarueangkul, 2021) เป็นต้น จึงนำมาสู่กรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้รูปแบบเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) ระยะเวลาที่ศึกษาตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2563 ถึงเดือน มกราคม 2564

ประชากร เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง และพักอาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 2,543 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทั้งเพศชายและหญิง ที่เข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาล เขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วน (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2550)

$$n = \frac{p(1-p)}{\frac{e^2}{Z^2} + \frac{p(1-p)}{N}}$$

ได้จำนวน 184 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage Sampling) จากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ 6 แห่ง ซึ่งมีจำนวนผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 442 คน คิดเป็นร้อยละ 17.38 และโรงพยาบาลขนาดเล็ก ได้แก่ รพ.สต. และศูนย์การแพทย์ชุมชนเมือง รวมทั้งหมด 42 แห่ง มีจำนวนผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 2,101 คน คิดเป็นร้อยละ 82.62 หลังจากนั้นทำการแบ่งสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ 184 คน ได้กลุ่มตัวอย่างที่มาจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ 6 แห่ง ร้อยละ 17.38 เท่ากับ 31.97 หรือคิดเป็นจำนวน 32 คน และโรงพยาบาลขนาดเล็ก ได้แก่ รพ.สต. และศูนย์การแพทย์ชุมชนเมือง ร้อยละ 82.62 เท่ากับ 152.02 หรือคิดเป็น 152 คน รวมทั้งหมด 184 คน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากการจับฉลากรายชื่อแบบไม่แทนที่ โดยรายชื่อโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่ได้จากการสุ่ม คือ โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา และโรงพยาบาลขนาดเล็ก และ

ศูนย์การแพทย์ชุมชนเมือง ที่ได้จากการสุ่ม คือ 5 แห่ง คือ 1) รพ.สต. หลังก้อย จำนวน 30 คน 2) รพ.สต. โนนฝรั่ง จำนวน 30 คน 3) รพ.สต. ขนาย จำนวน 31 คน 4) รพ.สต. ระกาย จำนวน 31 คน และ 5) รพ.สต. โพนสูง จำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง (inclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองภายในระยะเวลา 5 ปี 3) รักษาโรคหลอดเลือดสมองโดยการรับประทานยา และ 4) สามารถฟังและพูดภาษาไทยได้ และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ และ 2) มีภาวะเจ็บป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็น

แบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และแบบประเมินที่เป็นมาตรฐาน แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้เฉลี่ยปัจจุบันของตนเอง และรายได้เฉลี่ยของครอบครัว เป็นคำถามแบบเลือกตอบ 6 ข้อ และเติมคำ 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและแหล่งสนับสนุน มีจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ประเภทโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดของการวินิจฉัยโรค โรคประจำตัว

ภาวะแทรกซ้อนที่พบในปัจจุบัน ปัญหาสุขภาพสำคัญ และแหล่งสนับสนุน เป็นคำถามแบบเลือกตอบทั้งหมด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 30 ข้อ มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ลักษณะข้อคำถามให้ตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ข้อคำถามที่เป็นความหมายทางบวก ได้แก่ ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 และ 30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ข้อละ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามที่เหลือเป็นความหมายทางลบ ถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ข้อละ 1 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ คะแนน 0-12 หมายถึง ปกติ คะแนน 13-18 หมายถึง ซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนน 19-24 หมายถึง ซึมเศร้าปานกลาง และคะแนน 25-30 หมายถึง ซึมเศร้ารุนแรง (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537 และ กรมสุขภาพจิต, 2564) และ 2) แบบทดสอบสภาพสมองไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) แบบทดสอบนี้มีคะแนนรวม 30 คะแนน ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้เวลา สถานที่ (orientation) 6 คะแนน ความจำ (registration) 3 คะแนน ความตั้งใจ (attention) 5 คะแนน การคำนวณ (calculation) 3 คะแนน ความเข้าใจภาษาและการแสดงออกทางภาษา (language) 10 คะแนน และความระลึกได้ (recall) 3 คะแนน หากคะแนนต่ำกว่า 23 คะแนน สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2536)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติ ได้แก่ 1) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (The Barthel Activity of Daily Living Index) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การลุกจากที่นอน การเดิน การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำเช็ดตัว สุขวิทยาส่วนบุคคล การใช้ห้องสุขา การขับถ่ายอุจจาระ การขับถ่ายปัสสาวะ และการขึ้นลงบันได มีคะแนนตั้งแต่ 0-100 คะแนน โดยแบ่งคะแนนการดูแลตนเองและการพึ่งพาผู้อื่นเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 0-20 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย 25-45 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย 50-70 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง 75-95 คะแนน หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มากและ 100 คะแนน หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด (สถาบันประสาทวิทยา, 2545) และ 2) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นต่อเนื่อง (Chula Activities of Daily Living Index: IADL) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ได้แก่ การเดินหรือเคลื่อนที่ภายในบ้าน การเตรียมอาหาร/หุงข้าว การทำความสะอาดบ้าน/ซักผ้า การทอนเงิน/แลกเงิน และการใช้บริการรถเมล์สาธารณะ/รถสองแถว คะแนนเต็ม 10 คะแนน การแปลผลคะแนน 0 - 8 หมายถึง ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้ ต้องมีผู้ช่วย

เหลือ 9 คะแนน หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้โดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ, 2537)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 3 ท่านยกเว้นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบทดสอบสภาพสมองไทย แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นแบบประเมินมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลาย หลังจากปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณแล้วได้นำไปตรวจหาความเที่ยง (reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการสุขภาพ ในรพ.สต. ใกล้เคียงกับพื้นที่วิจัย จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (reliability) ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและแหล่งสนับสนุน แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบทดสอบสภาพสมองไทย แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน และแบบ

ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นต่อเนื่อง มีค่าเท่ากับ 0.68, 0.63, 0.72, 0.90, 0.95 และ 0.89 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เลขที่ใบรับรอง 018/2020 วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2563 ถึงวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2564 ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ช่วยวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการวิจัย การแจ้งสิทธิ์ในการถอนตัวหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลที่ได้ครั้งนี้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลต่าง ๆ โดยคณะผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจอย่างละเอียดถึงวิธีการใช้เครื่องมือ และแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากโครงการวิจัยได้ผ่านจริยธรรมการวิจัยในคน และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลทุกแห่งแล้ว จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ห้องตรวจโรคของหอผู้ป่วยนอกที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมาติดตามผลการรักษา และหอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยเข้าอยู่รักษา ใช้ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลประมาณ 30 นาที จากนั้นคณะผู้วิจัยตรวจสอบ

ความสมบูรณ์ของการตอบแบบสัมภาษณ์จำนวน 184 ชุด แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและแหล่งสนับสนุน ภาวะซึมเศร้า สภาพสมองของไทย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นต่อเนื่อง ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย เพศ, สถานภาพการสมรส, ศาสนา, ระดับการศึกษา, อาชีพ และสิทธิการรักษาโดยใช้สถิติไคสแควร์ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกับอายุ, รายได้เฉลี่ยปัจจุบันของตนเอง, รายได้เฉลี่ยของครอบครัว, ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและขั้นต่อเนื่องโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.7 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 67.4 (Mean = 67.85, SD = 7.62)

สถานภาพการสมรสคู่ ร้อยละ 61.4 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.4 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 76.6 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 58.7 สิทธิการรักษาใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 86.4 รายได้เฉลี่ยปัจจุบันของตนเองน้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 62.0 และรายได้เฉลี่ยของครอบครัวมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 32.6

2. ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและแหล่งสนับสนุน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองประเภทเรื้อรัง ร้อยละ 71.7 ชนิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดไปเลี้ยง (Ischemic Stroke) ร้อยละ 48.4 และโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) ร้อยละ 46.7 โรคประจำตัว 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 85.3 รองลงมาคือ ไ้ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 52.2 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 33.7 ตามลำดับ บุคคลที่อาศัยในครอบครัวส่วนใหญ่คือ สามเณร/ภรรยา บุตร และหลาน ร้อยละ 67.9 ได้รับสนับสนุนด้านการเงินจากคู่สมรสและบุตร ร้อยละ 83.2 มีผู้ดูแลหลักเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 95.7 และผู้ดูแลหลักคือ คู่สมรสและบุตร ร้อยละ 32

3. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ ร้อยละ 70.7 รองลงมาคือ มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 23.9 และมีภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 4.9 ตามลำดับ และสภาพสมองปกติ ร้อยละ 59.9

4. ความสามารถเชิงปฏิบัติ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐาน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด ร้อยละ 35.9 รองลงมาคือ สามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้มาก ร้อยละ 30.4 กิจกรรมรายชื่อที่สามารถปฏิบัติได้มากที่สุดคือ ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล ร้อยละ 82.1 ส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันขึ้นต่อเนื่อง พบว่า

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถทำกิจกรรมได้เองมากที่สุด คือ การทอนเงิน/แลกเงิน ร้อยละ 72.9

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ

ซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า

5.1 ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ($p = 0.006$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ($n=184$)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน (%)	p-value
เพศ	เพศชาย	71 (38.6)	0.006*
	เพศหญิง	113 (61.4)	

5.2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้เฉลี่ยปัจจุบันของตนเอง รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และความสามารถเชิงปฏิบัติกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระดับต่ำ ($r=.176, p < 0.01$) รายได้เฉลี่ยปัจจุบันของตนเอง มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในเชิงลบในระดับต่ำ ($r=-.236, p < 0.01$) รายได้เฉลี่ยของ

ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในเชิงลบในระดับต่ำ ($r=-.275, p < 0.01$) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเชิงลบในระดับปานกลาง ($r=-.451, p < 0.01$) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันขึ้นต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเชิงลบในระดับต่ำ ($r=-.292, p < 0.01$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้เฉลี่ยปัจจุบันของตนเอง รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และความสามารถเชิงปฏิบัติกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (n=184)

ตัวแปร		จำนวน (%)	r	p-value
อายุ	60-69 ปี	124 (67.4)	.176	0.01
	70-79 ปี	37 (20.1)		
	80-89 ปี	23 (12.5)		
M±SD. : 67.85±7.62				
Median(Min., Max.) : 66(60, 89)				
รายได้ตนเอง < 1,000 บาท	1,000 - 5,000 บาท	26 (14.1)	-.236	0.01
	5,000 - 10,000 บาท	26 (14.1)		
	10,001 - 15,000 บาท	5 (2.7)		
	15,001 - 20,000 บาท	1 (.5)		
	>20,001 บาท	12 (6.5)		
		114 (62.0)		
M±SD. : 1.85 ± 1.39				
Median(Min., Max.) : 1.00 (5,1)				
รายได้เฉลี่ยครอบครัว < 1,000 บาท	1,000 - 5,000 บาท	36 (19.6)	-.275	0.01
	5,000 - 10,000 บาท	24 (13.0)		
	10,001 - 15,000 บาท	19 (10.3)		
	15,001 - 20,000 บาท	23 (12.5)		
	>20,001 บาท	60 (32.6)		
		22 (12.0)		
M±SD. : 21,435.33 ± 27,195.67				
Median(Min., Max.) : (500, 60,000)				
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน			-.451	0.01
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นต่อเนื่อง			-.292	0.01

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพการสมรสคู่ ซึ่งคู่สมรสเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การได้รับความเกื้อหนุนจากคู่สมรส การได้รับความช่วยเหลือให้กำลังใจ ทำให้ผู้สูงอายุมีที่พึ่งและไม่รู้สึกโดดเดี่ยว คู่สมรสจึงเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดมากที่สุด และเป็นแหล่งที่ให้การสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ จึงช่วยส่งเสริมการปรับตัวด้านจิตใจได้ดี (Singhad, 2014) รวมทั้งผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดมีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย และผู้ดูแลหลักคือ คู่สมรสและบุตร จึงได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดเมื่อต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมและต้องการขวัญและกำลังใจ หากได้รับการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวก็จะส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย (Chau et al., 2010) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ (Suttupong & Sindhu, 2012) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยด้านศาสนามีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (Pongkaset, Samaae, Wanitchanon, Pongkaset, & Vittayakul, 2019) โดยความเชื่อทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า

ในผู้สูงอายุ (Puttametta & Soonthornchaiya, 2016) ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาและเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาจะมีความซึมเศร้าน้อย เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับจิตใจอันเป็นนามธรรม เมื่อบุคคลมีความทุกข์ไม่ว่าจะทางด้านร่างกายหรือจิตใจมักจะใช้หลักธรรมทางพุทธศาสนาเยียวยารักษา และการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาจะทำให้มีที่สิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ศาสนาจึงช่วยกล่อมเกลาจิตใจไม่ให้คิดฟุ้งซ่านและช่วยลดภาวะซึมเศร้าลงได้ (Nirattisai, 2019)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล และความสามารถเชิงปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ดังนี้ เพศ มีความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและเพศชาย โดยการศึกษาในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาหลายเรื่องพบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพศหญิงเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย (Chunjam, Sangon, & Thaweekoon, 2011, 418; Seesawang & Thongtang, 2016) ทั้งนี้เนื่องจากผู้หญิงที่ต้องอยู่บ้าน ต้องปฏิบัติตัวตามบทบาทหน้าที่ของผู้หญิงทำให้ขาดโอกาสในการมีปฏิสัมพันธ์กับคนนอกบ้าน การอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม ๆ ทำให้ไม่มีสิ่งอื่น

มาหันเหความสนใจไปได้ จึงทำให้ผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย (Rungreangkulkij, Chirawatkul, Kongsuk, Sukavaha, Leejongpermpoon, & Sutatho, 2012) แต่มีงานวิจัยบางเรื่องพบว่า เพศชายมีภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง (Aniwattanapong, 2018; Oladiji, Akinbo, Aina, & Aiyejusunle, 2009) อาจเนื่องจากวัฒนธรรมสังคมไทยที่ยกย่องให้ความสำคัญกับผู้ชายในฐานะผู้นำครอบครัว เมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยเป็นอัมพาต จึงสูญเสียศักยภาพในการปฏิบัติหน้าที่ในบทบาทที่เคยทำมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ขาดรายได้และการยอมรับจากสังคม และทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าในที่สุด (Sathirapanya & Sathirapanya, 2005) นอกจากนี้ การศึกษาบางเรื่องพบว่าปัจจัยด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง (Tuyen, Jullamate, and Rosenberg, 2017)

อายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระดับต่ำ ($r=.176, p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Glamcevski and Pierson (2005) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท (neurotransmitters) โดยเฉพาะ นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) ซึ่งเป็น active precursor ของอีพิเนฟริน (epinephrine) ในก้านสมองมีระดับลดลง

จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดอาการซึมเศร้าได้ (Thongcharoen, 2011) รายได้เฉลี่ยปัจจุบันของตนเองและรายได้เฉลี่ยของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในเชิงลบในระดับต่ำ ($r=-.236, p < 0.01$ และ $r=-.275, p < 0.01$) เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ของตนเองและครอบครัวรวมกันมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน อธิบายได้ว่า การมีรายได้ที่เพียงพอกับรายจ่ายในครอบครัว ความเครียด ความวิตกกังวลต่าง ๆ เกี่ยวกับภาระค่าใช้จ่ายก็น้อยลง จึงส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงด้วย อีกทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากคู่สมรสและบุตร และใช้สิทธิการรักษาด้วยบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงทำให้ไม่มีความกังวลใจเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (Pongkaset, Samaae, Wanitchanon, Pongkaset, & Vittayakul, 2019) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเชิงลบในระดับปานกลาง ($r=-.451, p < 0.01$) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเชิงลบในระดับต่ำ ($r=-.292, p < 0.01$) เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว ซึ่งชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ความสัมพันธ์กับ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Pei et al., 2016) และมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเชิงลบ กล่าวคือ ค่าคะแนนประเมินภาวะซึมเศร้าน้อยก็จะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้ด้วยตนเอง และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นต่อเนื่องได้เอง ทำให้การพึ่งพาสังคมและคนรอบข้างน้อยลง และส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้าเล็กน้อย (Pumchan, Jitpanya, & Sasat, 2014) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพล และสามารถอธิบายการผันแปรผันของภาวะซึมเศร้า (Sathirapanya & Sathirapanya, 2005)

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำข้อมูลที่ได้ไปศึกษาพัฒนาเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การวางแผนและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะกลุ่มที่มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าปานกลางจนถึงระดับรุนแรง

2. พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟูหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

การทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยสำคัญอื่น ๆ ที่เป็นตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองให้ครอบคลุมเพื่อนำไปใช้ประโยชน์มากกว่านี้

2. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนอื่น ๆ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานต่อไป

3. ควรศึกษาวิจัยการพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2536). แบบทดสอบ สมรรถภาพสมองของไทย. *สารศิริราช*, 45(6), 359-374.
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. *สารศิริราช*, 46, (1), 1-9.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2550). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- กาดาลี หะยีเดและประชา ฤาษุดกุล. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดปัตตานี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสกลนคร).
- Aiamanan, M., & Pattanarueangkul, P. (2021). Post-stroke depression among older adult and management [Electronic Version]. *Thai Journal of Nursing*, 70(2), 55-61. Retrived from file:///C:/Users/HP%20B&O/Downloads/245597-Article%20Text-898163-1-10-20210622.pdf (in Thai).
- Aniwattanapong, D. (2018). Post-stroke depression [Electronic version]. *J Psychiatr Assoc Thailand*, 63(4), 383-384. Retrived from http://psychiatry.or.th/JOURNAL/63-4/07_Daruj.pdf (Thai)
- Ayerbe, L., Ayis, S., Rudd, A.G., Heuschmann, P.U., & Wolfe, C.D.A. (2011). Natural 43 histories, predictors, and associations of depression 5 years after stroke [Electronic version]. *Stroke*, 42(7), 1907–1911. Retrived from <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/STROKEAHA.110.605808>
- Bartoli, F., Lillia, N., Lax, A., Crocamo, C., Mantero, V., Carrà, G., ... Clerici, M. (2013). Depression after stroke and risk of mortality: a systematic review and meta-analysis [Electronic version]. *Stroke Res Treat*, 2013, 1-11. Retrived from <https://downloads.hindawi.com/journals/srt/2013/862978.pdf>
- Chau, J.P-C., Thompson, D.R., Chang, A.M., Woo, J., Twinn, S., Cheung, S.K., & Kwok, T. (2010). Depression Chinese stroke survivors six months after discharge from a rehabilitation hospital [Electronic version]. *Journal of Clinical Nursing*, 19(21-22), 3042-

3050. Retrived from
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2702.2010.03317.x>
- Chunjam, S., Sangon, S., & Thaweekoon, T. (2011). A survey of depression research in Thailand [Electronic version]. *Rama Nurs J*, 17(3), 412-429. Retrived from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/9046/7706> (in Thai)
- Glamcevski, Mihajlo Tome, and Jane Pierson. (2005) . “Prevalence of and Factors Associated with Poststroke Depression: A Malaysian Study.” *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* 14(4):157–61. doi: 10.1016/j.strokecerebrovasdis.2005.03.006.
- Lincoln, N.B., Brinkmann, N., Cunningham, S., Dejaeger, E., Weerdt, W.D., Jenni, W., ... De-wit, L. (2013). Anxiety and depression after stroke: a 5 year follow-up [Electronic version]. *Disabil Rehabil*, 35(2), 140-145. Retrived from <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09638288.2012.691939>
- Llorca, G.E., Castilla-Guerra, L., Moreno, M.C.F., Doblado, S.R., & Hernández, M.D.J. (2015). Post- stroke depression: an update [Electronic version]. *Neurologia*, 30(1), 23-31. Retrived from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22901370/>
- Lokk, J., & Delbari, A. (2013). Management of depression in elderly stroke patients [Electronic version]. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 6, 539-549. Retrived from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2938303/>
- Nirattisai, N. (2019). The Buddhism principles and depression therapy [Electronic version]. *Journal of Yanasangvorn Research Institute*, 10(2), 303-317. Retrived from [file:///C:/Users/HP%20B&O/Downloads/232467-Article%20Text-784987-1-10-20191227%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/HP%20B&O/Downloads/232467-Article%20Text-784987-1-10-20191227%20(1).pdf) (in Thai)
- Oladiji, J.O., Akinbo, S.R.A., Aina, O.F., & Aiyejusunle, C.B. (2009). Risk factors of post-stroke depression among stroke survivors in Lagos, Nigeria [Electronic version]. *Psychiatry*

- (Johannesbg), 12(1), 47-51. Retrived from doi: 10.4314/ajpsy.v12i1.30278
- Pei, L, Zang, X-Y., Wang, Y., Chai, Q-W., Wang, J-Y., Sun, C-Y., & Zhang, Q. (2016). Factors associated with activities of daily living among the disabled elders with stroke [Electronic version]. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 3(1), 29-34. Retrived from https://www.researchgate.net/publication/295101954_Factors_associated
- Pongkaset, A., Samaae, S., Wanitchanon, K., Pongkaset, K., & Vittayakul, S. (2019). Depressio among elderly in Yala City: a case study [Electronic version]. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 6(3), 14-26. Retrived from [20190808%file:///C:/Users/HP%20B&O/Downloads/171198-Article%20Text-649375-2-10-20\(5\).pdf](20190808%file:///C:/Users/HP%20B&O/Downloads/171198-Article%20Text-649375-2-10-20(5).pdf) (in Thai)
- Preamthong, S., & Kespichayawattana, j. (2018). The effect of using Humanitude concept by family caregivers care on depression in older persons with stroke [Electronic version]. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 19(Supplement), 221-230. Retrived from [he01.tci-thaijo.org](https://www.tci-thaijo.org) (in Thai)
- Pumchan, V., Jitpanya, C., & Sasat, S. (2014). Selected factors related to depression in post acute stroke patients [Electronic version]. *Journal of The Police Nurse*, 6(2), 33-43. Retrived from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/policenurse/article/view/27819/23918> (in Thai)
- Puttametta, M., & Soonthornchaiya, R. (2016). Selected factors related to depression of the older persons with depressive disorder in the central region [Electronic version]. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 30(2), 69-83. Retrived from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/issue/view/8278> (in Thai)
- Rungreangkulkij, S., Chirawatkul, S., Kongsuk, T., Sukavaha, S., Leejongpermpoon, J. & Sutatho, Y. (2012). Sex or gender leading to a high risk of depressive disorder in women [Electronic version]. *J Psychiatr Assoc Thailand*, 57(1), 61-74. Retrived from <file:///C:/Users/HP%20B&O/Download/s/06-Somporn.pdf> (in Thai)
- Sathirapanya, C., & Sathirapanya, P. (2005). Factors influencing depression among

- patients with stroke [Electronic version]. *Songkla Med J*, 23(Supp (2), 67-76. Retrived from http://medinfo.psu.ac.th/smj2/smj23_su ppl2/ pdf/07sathirapanya.pdf (in Thai)
- Seesawang, J., & Thongtang, P. (2016). Post-stroke depression among older adult stroke survivors [Electronic version]. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 8(2), 73-85. Retrived from [file:///C:/Users/HP%20B&O/Downloads/113480-Article%20Text-290925-1-10-20180226%20\(20\).pdf](file:///C:/Users/HP%20B&O/Downloads/113480-Article%20Text-290925-1-10-20180226%20(20).pdf) (in Thai)
- Singhad, S. (2014). Nursing of the elderly with depression [Electronic version]. *Journal of Scince and Tecnology, Ubol Ratchathani University* , 18 (3), 15-24. Retrived from https://li01.tci-thaijo.org/index.php/sci_ubu/article/view/84720/67471 (in Thai)
- Sugawara, N., Metoki, N., Hagii, J., Saito,S., Shiroto, H., Tomita. T., ... Yasui-Furukon, N. (2015). Effect of depressive symptoms on the length of hospital stay among patients hospitalized for acute stroke in Japan [Electronic version]. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 11, 2551–2556. Retrived from <https://www.dovepress.com/effect-of-depressive-symptoms-on-the-length-ofnbsphospital-stay-among-peer-reviewed-fulltext-article-NDT#>
- Suttupong, C., & Sindhu, S. (2012). Predicting factors of depression in older people post-stroke in Urban Communities [Electronic version]. *J Nurs Sci*, 30(1), 29-39. Retrived from <https://ns.mahidol.ac.th/english/journalNS/pdf/vol30/issue1/Chophaka.pdf> (in Thai)
- Withatanang, P., Saneha, C., & Pinyopasakul, Y. (2018). Factors Influencing Depression in Patients with First Ischemic Stroke [Electronic version]. *J NURS SCI*, 36(1), 45-56. Retrived from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/145499/107465>
- Tateno, A., Kimura, M., & Robinson, R.G. (2002). Phenomenological characteristics of poststroke depression: early- versus late-onset [Electronic version]. *Am J Geriatr Psychiatry*, 10, 575-582. Retrived from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12213692/>

Thongchareon, V. (2011). Older person anatomy and physiology. In Thongchareon, V. (Ed.), *Science and art of older persons nursing care* (1st ed., pp. 55-70). Bangkok: Faculty of Nursing, Mahidol University, Textbook Unit.

Tuyen, T.L.T., Jullamate, P., & Rosenberg, Ed. (2017). Factors related to post-stroke depression among older adults in Da Nang, Viet Nam [Electronic version]. *Journal of Nursing and Health care*, 11(3), 148-156. Retrived from

<http://www.nurse.nu.ac.th/Journal/data/Vol.11%20No.3/017.pdf> (in Thai)

Yuan, H.W., Wang, C.X., Zhang, N., Bai, Y., Shi, Y.Z., Zhou, Y., ... Wang, Y.J. (2012). Poststroke depression: and risk of recurrent stroke at 1 year in a Chinese cohort study [Electronic version]. *PLoS One*, 7(10), 1-7. Retrived from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3474769/>

พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น ในระยะวิกฤต งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

มรรยาท ขาวโต, พย.บ.*

สุรเชษฐ กุคำใส, พย.บ.**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น ในระยะวิกฤต และวิเคราะห์แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะวิกฤต งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี ขั้นตอนการศึกษาประกอบไปด้วย 4 ระยะ ตามแนวคิดการใช้วงจรการปฏิบัติการของเคมมิสและแมคแทกกาท (Kemmis & Mc Taggart, 1988) ได้แก่ ระยะรวบรวมข้อมูลและวางแผน ระยะการปฏิบัติการ ระยะสังเกตการณ์ และระยะการสะท้อนกลับ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการวิเคราะห์เอกสาร การสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม และแบบสังเกต และการสนทนากลุ่ม จากแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างโดยสถิติเชิงวิเคราะห์ได้แก่ Independent t-test

ผลจากการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาพบว่าผลจากการมีส่วนร่วมและการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างสร้างสรรค์ระหว่างทีมสหวิชาชีพได้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะวิกฤต งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี และผลการนำแนวปฏิบัติการดูแลไปใช้พบว่า ความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้นระยะวิกฤตอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 100 พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้นระยะวิกฤต โดยรวมอยู่ในระดับมีความครบถ้วน และการนำแนวปฏิบัติไปใช้ผู้ป่วยได้รับการเปิดหลอดเลือดด้วยยาละลายลิ่มเลือด (door to needle time) ภายใน 30 นาทีแตกต่างกับก่อนใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .05$

คำสำคัญ: ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การพัฒนาแนวปฏิบัติ วิจัยเชิงปฏิบัติการ

* พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการพิเศษ , ** พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช

E-mail: monyartkhowto@gmail.com

**Development of Practice Guideline for Patient with ST Elevation Myocardial Infarction
during the critical period, Emergency Department.**

Monyart Khowto, B.N.S.

Surachet Kukumsai, B.N.S.

Abstract

The Action Research aimed to develop and analyze clinical practice guideline care for patient with ST Elevation Myocardial Infarction during the critical period in the Emergency department, Chaopraya yommaraj Hospital, Suphanburi Province. Steps for this study consist of 4 steps follow by The Action Research Spiral (Kemmis & McTaggart, 1988). The 4 steps consist of plan action observe and reflect. The measurements for data collecting were patient' documents, interviews base on questionnaires, observational forms, and semi-structured for focus group discussion. Qualitative data were analyzed by content analysis. Quantitative data were analyze by descriptive statistic such as percentage, mean, standard deviation and comparing by analytical statistic use Independent t-test statistical.

The results were found that participation and creative action between multidisciplinary teams have a guideline for patients with ST-Elevation Myocardial Infarction during the critical period care in the Emergency department, Chaopraya yommaraj Hospital, Suphanburi Province. The results of the implementation of the clinical practice guidelines used were found that nurses who care for patients with ST-Elevation Myocardial Infarction during the critical period overall level completeness. The numbers of patients who have received coagulant drugs (door to needle time) in 30 minutes were statistically different from before the guideline was applied at p-value < .05.

Keywords: Myocardial Infarction Development of Practice Guideline Action Research

บทนำ

ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่มีลักษณะ ST segment ยกขึ้นอย่างน้อย 2 lead ที่ต่อเนื่องกัน (ST elevation acute coronary syndrome: STEMI) มีสาเหตุจากการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจอย่างเฉียบพลัน อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกคล้ายมีของหนักมาทับหรือมีอะไรมาบีบรัด อาจมีอาการร้าวไปบริเวณต่าง ๆ เช่น ไหล่หรือคอ จุกเสียดบริเวณใต้ลิ้นปี่ หายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ หมดสติหรือหยุดหายใจ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557) ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่สำคัญและส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตได้

ปัจจุบันสถานการณ์การเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจ (acute coronary syndrome) เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากรโลก ประมาณ 17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 31 จากการเสียชีวิตทั้งหมด (World Health Organization อ้างใน อรวดี กาลสงค์, 2563) สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในประเทศไทยโดยพบผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มสูงขึ้นจากปี พ.ศ.2560-2562 มีจำนวน 186,368 199,740 และ 209,420 คนตามลำดับ และจากสถิติของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ปี พ.ศ. 2561-2562 มีผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเข้ารับการรักษาจำนวน 369 และ 257 คน โดยเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 66 และ 44 คน คิดเป็นร้อยละ 17.88 และ 17.55 ตามลำดับ

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอัตราการตายสูงเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการตายจากโรคอื่นๆ โดยเฉพาะหากผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบบรุนแรงและทำให้เสียชีวิตในเวลาต่อมาได้ ซึ่งความล่าช้าของการรักษาจะขึ้นอยู่กับการเปิดหลอดเลือดหัวใจและจะสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่ 1 ปี ในทุก ๆ 30 นาทีที่เปิดหัวใจล่าช้าไม่ว่าจะเป็นแบบการขยายหลอดเลือดหัวใจหรือเปิดเส้นเลือดหัวใจด้วยยาละลายลิ่มเลือด ทำให้เพิ่มอัตราการเสียชีวิตที่ 1 ปีถึง 7.5% (De Luca G, Suryapranata H, Ottervanger JP& Antman EM อ้างใน โอษิษฐ์ บำบัด และปิยาภรณ์ ศิริจันทร์ชื่น, 2564) เป้าหมายสำคัญของการดูแลรักษา คือ ต้องการเพิ่มการไหลเวียนเลือดกลับไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจโดยเร็วที่สุดเพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอตลอดเวลา (ณรงค์กร ชัยวงศ์ และปณวัฒน์ สันประโคน, 2562) ผลที่ได้จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตที่ 1 ลงได้ รวมทั้งสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้สามารถมีชีวิตได้เป็นปกติหรือใกล้เคียงกับการใช้ชีวิตในภาวะปกติมากที่สุด ซึ่งโรคดังกล่าวแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเริ่มตั้งแต่ประเมินผู้ป่วย การให้การพยาบาล การรายงานแพทย์ จนกระทั่งการประสานงานเพื่อส่งต่อของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความสำคัญมาก

โดยเฉพาะการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาล เนื่องจากพยาบาลต้องเป็นผู้คัดกรอง ประเมิน อาการขั้นต้น ตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนให้การรักษาดูแลตามแผนการรักษาของ แพทย์โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดและให้การ พยาบาลในระยะวิกฤตที่รวดเร็ว เหมาะสม การมีประสบการณ์และความสามารถตัดสินใจ ในการพยาบาลดังกล่าวจึงนับว่าเป็นสิ่งที่ สำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

การให้การพยาบาลของผู้ป่วยที่มี ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้นในระยะวิกฤต งานผู้ป่วย อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเจ้าพระยาม ราชในปี พ.ศ. 2562 พบว่ามีผู้ป่วยที่ไม่สามารถ ให้ยาละลายลิ่มเลือดได้จำนวน 16 ราย คิดเป็น ร้อยละ 33.37 โดยสถานการณ์ดังกล่าวอาจ ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการได้รับยา ละลายลิ่มเลือดในเวลาที่กำหนด และส่งผล กระทบต่อชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยใน อนาคต

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ลักษณะสำคัญเป็นการวิจัยเชิง ทดลองที่ไม่มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน มุ่งนำผลการวิจัยมาใช้เพื่อแก้ปัญหา หรือนำ ผลการวิจัยมาพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนการ ดำเนินงานขององค์กร หน่วยงาน หรือชุมชน ซึ่งอาจกระทำโดยผู้วิจัยฝ่ายเดียวหรือบุคคล ฝ่ายต่าง ๆ มาร่วมหรือไม่ก็ได้ โดยใช้เทคนิค

การประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมมา พัฒนาแนวปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมและ สร้างสรรค์มาพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST segment ยกขึ้น ในระยะวิกฤต เพื่อวิเคราะห์ และสร้างแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ หัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะวิกฤต การมี ส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาด เลือดเฉียบพลันในระยะวิกฤต จึงมีความสำคัญ โดยมีความร่วมมือกันทั้งผู้ป่วย พยาบาล และ บุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ เกสัชกร การปฏิบัติที่ถูกต้อง รวดเร็วในทุก ขั้นตอนการทำงานจะส่งผลให้สามารถดูแล ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมในการรับการเปิด หลอดเลือดด้วยยาละลายลิ่มเลือด (door to needle time) ลดอัตราการตาย และสามารถ เพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยได้

ดังนั้นพยาบาลงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและ ฉุกเฉินจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อ ลดอัตราการเสียชีวิตหรือการฟื้นตัวจากโรค ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงพัฒนาแนว ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือด เฉียบพลัน เพื่อให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงการ ทำงานให้ดีขึ้นโดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วม ซึ่งแนวทางดังกล่าวจะส่งผลให้พยาบาลมี แนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ รวดเร็ว เหมาะสม สามารถพ้นจากภาวะวิกฤต

และลดการเสียชีวิตที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในอนาคตได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้นในระยะวิกฤต ที่เข้ารับการรักษาในผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี

2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้นในระยะวิกฤต งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี

3. เพื่อนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้นในระยะวิกฤตไปทดลองใช้ในการดูแลผู้ป่วย งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี

การทบทวนวรรณกรรม

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในประเด็นดังนี้

1. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือด
2. ระบบงานบริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
3. สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

4. แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

5. แนวคิดของเคมมิสและแมคทากาท (Kemmis & Mc Taggart, 1988)

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้นในระยะวิกฤต

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อวิเคราะห์และพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST segment ยกขึ้นในระยะวิกฤต งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยกับทีมผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น ในระยะวิกฤตประกอบด้วยพยาบาลงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤต โรคหัวใจ แพทย์เฉพาะทางด้านหัวใจ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน และเภสัชกร โดยมีส่วนร่วมในการวางแผน การปฏิบัติและสังเกต การสะท้อนผล การปฏิบัติ การปรับปรุง แนวปฏิบัติการดูแลทั้งระยะคัดกรองผู้ป่วย การวินิจฉัยและให้การพยาบาล การประสานส่งต่อ และการติดตามผล ซึ่งมีวิธีการดำเนินการดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย การวิเคราะห์เอกสารแบบสัมภาษณ์ แบบสังเกต และการสนทนา

กลุ่ม (focus group) จากแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เครื่องบันทึกเสียง สมุดจดบันทึก การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ซึ่งผู้วิจัยได้นำกระบวนการพัฒนาเชิงปฏิบัติการมาใช้โดยดัดแปลงจากแนวคิดของ เคมมิสและแมคทาากาท (Kemmis & Mc Taggart, 1988) ประกอบด้วยวงจรปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน คือ การรวบรวมข้อมูลและวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนกลับ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดชนิด ST segment ยกขึ้นในระยะวิกฤต งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี โดยแต่ละระยะของการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้กำหนด ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง วิธีการ เครื่องมือ และการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 รวบรวมข้อมูลและวางแผน

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 13 คน และพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ จำนวน 1 คน

2. ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางด้านหัวใจ จำนวน 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน 1 คน และเภสัชกร จำนวน 1 คน

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการ

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 25 คน

ระยะที่ 3 การสังเกตการณ์

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 25 คน

2. ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้นในระยะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช

ระยะที่ 4 การสะท้อนกลับ

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 13 คน และพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ จำนวน 1 คน

2. ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางด้านหัวใจ จำนวน 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน 1 คน และเภสัชกร จำนวน 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ระยะที่ 1 รวบรวมข้อมูลและวางแผน

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ เอกสารเวชระเบียนของผู้ป่วย และแนวทางในการการสนทนากลุ่ม (Focus Group) จากแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และ

แบบสอบถามวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้นในระยะวิกฤต

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดชนิด ST segment ยกขึ้น ในระยะวิกฤต

ระยะที่ 3 การสังเกตการณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้นในระยะวิกฤต โดยพัฒนาข้อคำถามมาจากแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557 ของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ จำนวน 20 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสังเกตการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น ในระยะวิกฤต

ระยะที่ 4 การสะท้อนกลับ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวทางในการสนทนากลุ่ม (focus group) จากแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดชนิด ST segment ยกขึ้น ในระยะวิกฤต ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

2. แบบสอบถามวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้นในระยะวิกฤต โดยพัฒนาข้อคำถามมาจากแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557 ของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย การประเมินอาการผิดปกติ การบริหารยา และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน มีตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) นำเครื่องมือกับผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการดูแลผู้ป่วยมีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น จำนวน 5 ท่าน นำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency: IOC) ได้ค่าเท่ากับ 0.88 และนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบนำไปทดลองใช้ (try out) กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะงานการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้นในระยะวิกฤต ในกลุ่มงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี

ยกขึ้นจำนวน 30 คน โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.87

1. แบบสังเกตการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น ในระยะวิกฤต นำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะงานการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้นในระยะวิกฤต ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 30 คน ได้ค่า มีความเที่ยงเท่ากับ 0.90

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ มราชสุพรรณบุรี ได้รับใบรับรองเลขที่ 35/2563 เพื่อให้ดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ

ของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์หรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ ก่อนลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ และผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ โดยการถอนตัวออกจากการวิจัยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตัวเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือญาติทั้งสิ้น นอกจากนี้ข้อมูลทั้งหมดในการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ไม่สามารถสืบค้นข้อมูลเป็นรายบุคคลได้

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนการปฏิบัติการ	ระยะเวลา	ขั้นตอนการดำเนินงาน
ระยะที่ 1 การรวบรวมข้อมูลและวางแผน	3 เดือน	1. ศึกษาสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้นในระยะวิกฤต ศึกษาศักยภาพ สภาวะพื้นฐานของทีมดูแลที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้นในระยะวิกฤต ปัญหา อุปสรรค บริบททั่วไป และวัดความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้นในระยะวิกฤต ของโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาฯ มราชสุพรรณบุรี 2. ประชุมแบบการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) กับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ในการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ใน

ขั้นตอนการปฏิบัติกร	ระยะเวลา	ขั้นตอนการดำเนินงาน
		<p>การวิจัย และแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้นในระยะวิกฤติ</p> <p>3. นำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาแนวปฏิบัติและเครื่องมือวัดความรู้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น และแบบสังเกตการปฏิบัติหน้าที่ และดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ ท่าน 5</p> <p>4. ได้เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้นในระยะวิกฤติ และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามวัดความรู้ แบบสังเกตการณ์การปฏิบัติงาน</p>
ระยะที่ 2 การปฏิบัติกร	6 เดือน	<p>1. นำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น ในระยะวิกฤติ ไปทดลองใช้ดังนี้</p> <p>1.1 ประชุมชี้แจงกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อสื่อสารวิธีการดำเนินการ และแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดชนิด ST segment ยกขึ้น ในระยะวิกฤติ ที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการใช้แนวปฏิบัติเพื่อการปฏิบัติงาน</p> <p>1.2 นำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดชนิด ST segment ยกขึ้น ในระยะวิกฤติ ไปใช้กับผู้ป่วยมีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น ในระยะวิกฤติ ในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร จังหวัดสุพรรณบุรี</p>
ระยะที่ 3 การสังเกตการณ์	6 เดือน (ดำเนินการพร้อมขั้นตอนการปฏิบัติกร)	<p>1.สังเกตการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น ในระยะวิกฤติ ของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเป้าหมาย ตามแนวปฏิบัติ</p> <p>2.ประเมินความรู้หลังใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยมีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้นในระยะวิกฤติ ของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มเป้าหมาย</p>

ขั้นตอนการปฏิบัติกร	ระยะเวลา	ขั้นตอนการดำเนินงาน
		<p>3.นิเทศติดตามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้นในระยะวิกฤต</p> <p>4.สรุปผลการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น ในระยะวิกฤต พร้อมทั้งหาสาเหตุของปัญหาและอุปสรรคของแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น ในระยะวิกฤต และปรับปรุงแก้ไข</p>
ระยะที่ 4 การสะท้อนกลับ	1 เดือน	<p>1. วิเคราะห์ และเปรียบเทียบความแตกต่างในการปฏิบัติการพยาบาลก่อนและหลัง ใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น ในระยะวิกฤต</p> <p>2. ประชุมชี้แจงผลการใช้แนวปฏิบัติ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง</p> <p>3. สรุปประเมินผลรวมทั้งปรับแนวปฏิบัติที่ได้จากการทดลองใช้และการแลกเปลี่ยนเรียนจากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เป็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น ในระยะวิกฤต ของงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรี</p>

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 รวบรวมข้อมูลและวางแผนใช้วิธีวิเคราะห์ตำรา เอกสาร ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทยของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่ง

ประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ปี พ.ศ. 2557 และจากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วย รวมทั้งการประชุมแบบการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) กับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย

ระยะที่ 3 การสังเกตการณ์

1. ประเมินความรู้หลังใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยมีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้นในระยช่ะวิกฤติของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มเป้าหมายโดยใช้แบบสอบถามวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้นในระยช่ะวิกฤติ

2. สังเกตการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น ในระยช่ะวิกฤติโดยใช้แบบสังเกตการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น ในระยช่ะวิกฤติ

ระยะที่ 4 การสะท้อนกลับ

นำข้อมูลและแนวทางที่ได้มาประชุมแบบการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) กับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ขึ้นตอนของการวิเคราะห์มีดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว สถานภาพสมรส และระดับ

การศึกษา วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2.2 ข้อมูลของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ อายุ ระยช่ะเวลาในการปฏิบัติราชการ และระยช่ะเวลาในการปฏิบัติในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

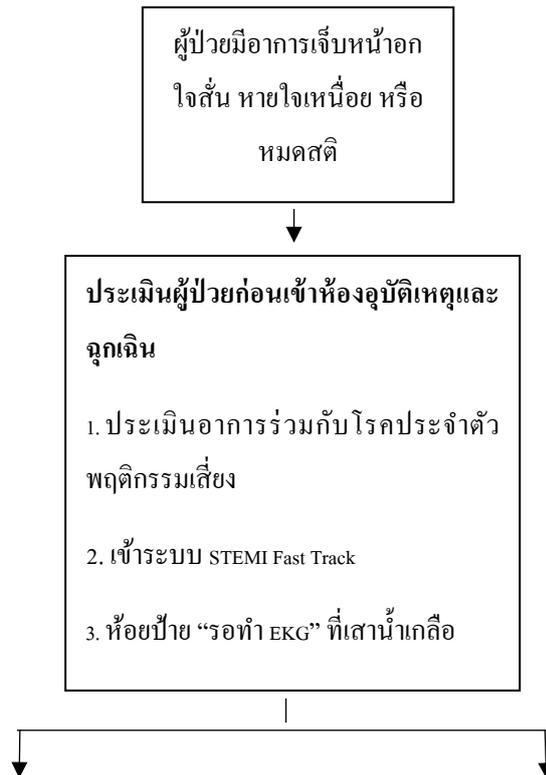
2.3 ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น ในระยช่ะวิกฤติ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (frequency) และ ร้อยละ (percentage)

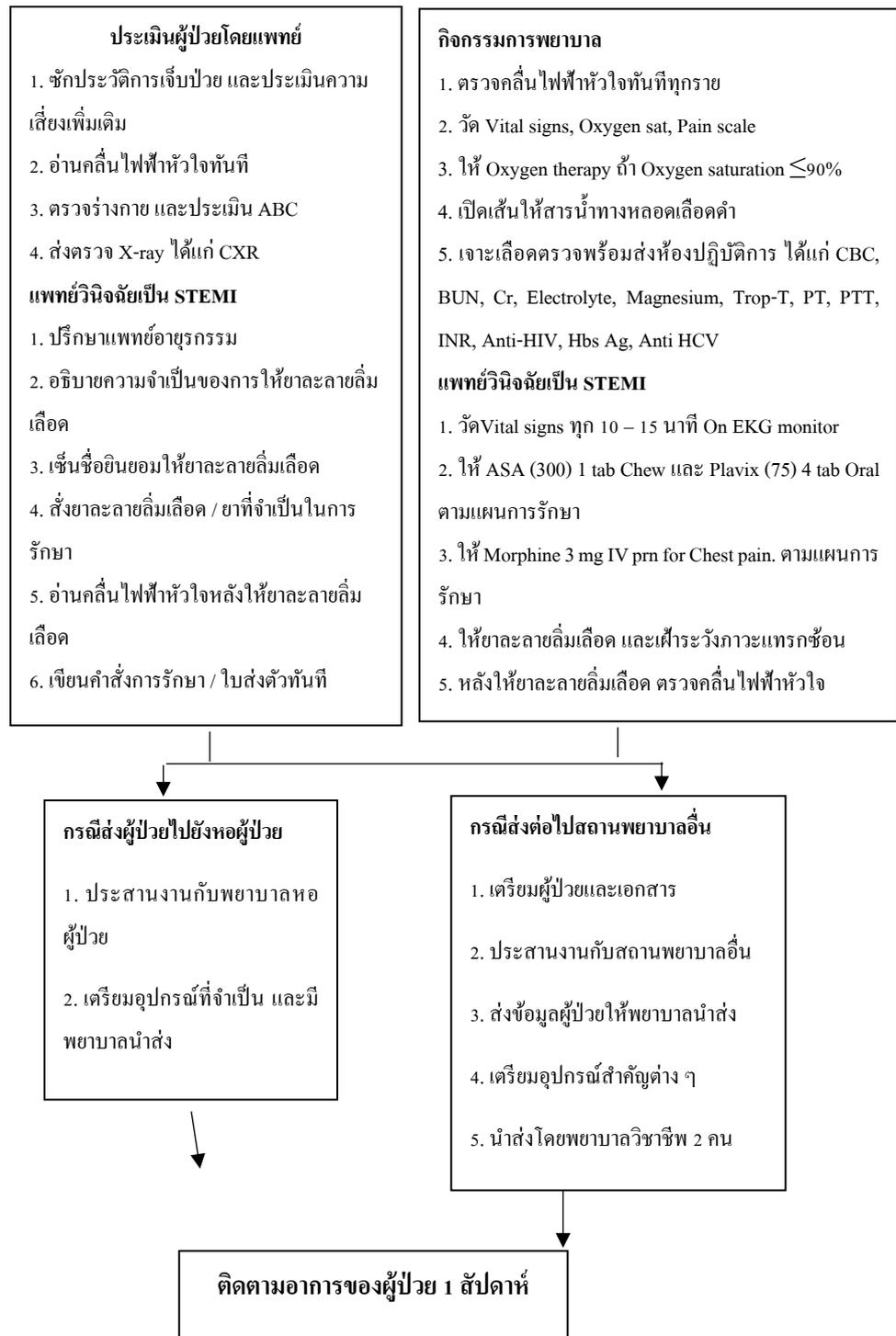
2.4 การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น ในระยช่ะวิกฤติ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2.5 เปรียบเทียบจำนวนของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการแปลผล (door to EKG) ภายใน 10 นาที และจำนวนของผู้ป่วยได้รับการเปิดหลอดเลือดด้วยยาละลายลิ่มเลือด (door to needle time) ภายใน 30 นาที วิเคราะห์ด้วยการทดสอบ Independent t-Test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติโดยกระบวนการมีส่วนร่วมได้แนวทางปฏิบัติ คือ แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น ในระยะวิกฤติ งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอรรษา จังหวัดสุพรรณบุรี ดังแผนภูมิที่ 1





แผนภูมิที่ 1 แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ST segment ยกขึ้น ในระยะวิกฤตงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น ในระยะวิกฤต ที่ใช้แนวปฏิบัติเดิมพบว่าเพศชายร้อยละ 81.80 อายุเฉลี่ย 64.95 ปี มีโรคประจำตัวร้อยละ 54.50 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 54.50 รองลงมาคือโรคเบาหวานร้อยละ 27.30 และโรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 13.60

ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้นที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่พบว่า เป็นเพศชายร้อยละ 77.30 อายุเฉลี่ย 61.18 ปี มีโรคประจำตัวร้อยละ 59.10 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 45.50 รองลงมาคือโรคเบาหวานร้อยละ 31.80 และโรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 4.50

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า พยาบาลวิชาชีพในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีอายุเฉลี่ย 34.2 ปี มีระยะเวลาในการปฏิบัติราชการเฉลี่ย 10.92 ปี และมีระยะเวลาในการปฏิบัติในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเฉลี่ย 10.64 ปี

4. ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้นในระยะวิกฤต ของพยาบาลวิชาชีพหลังใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับสูง จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00

5. ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาด

เลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้นของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า มีการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้นในระยะวิกฤตโดยรวม อยู่ในระดับมีความครบถ้วน จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 100

6. ผลการเปรียบเทียบการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้นในระยะวิกฤต พบว่าจำนวนของผู้ป่วยได้รับการเปิดหลอดเลือดด้วยยาละลายลิ่มเลือด (door to needle time) ภายใน 30 นาทีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p\text{-value} < .05$) และจำนวนของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการแปลผล (door to EKG) ภายใน 10 นาทีไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะวิกฤต งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะวิกฤตมีแนวปฏิบัติ 4 ระยะ คือ ระยะคัดกรองผู้ป่วย ระยะการวินิจฉัยและให้การพยาบาล ระยะการประสานส่งต่อ และระยะการติดตามผล ในการปฏิบัติการพยาบาลมีความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งสะดวกต่อการปฏิบัติงาน ทั้งของพยาบาลและทีมสุขภาพ ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดอย่างรวดเร็วและ

ทันเวลามากขึ้น เนื่องจากมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ในการปฏิบัติกรพยาบาลตั้งแต่ระยะคัดกรอง เพื่อเข้าสู่ระบบ Fast Track เมื่อมีประวัติว่ามี อาการ โรคประจำตัว และพฤติกรรมเสี่ยง ระยะการวินิจฉัยและให้การพยาบาล พยาบาล และทีมสุขภาพจะทำงานพร้อมกันในการ วินิจฉัยและให้การพยาบาล มีการปรับปรุงการ วินิจฉัยและมีระบบการ ปรีกษาแพทย ผู้เชี่ยวชาญตลอด 24 ชั่วโมง เมื่อแพทย์วินิจฉัย ว่าผู้ป่วยเป็นเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือด เฉียบพลันในระยะวิกฤต (STEMI) ที่ต้องให้ยา ละลายลิ่มเลือด พยาบาลให้การพยาบาล เกี่ยวกับการบริหารยา การเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อน การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หลังให้ยาละลายลิ่มเลือด และทบทวน อุบัติการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ ระยะการประสานส่งต่อ มีการรับผู้ป่วยไปยัง หอผู้ป่วยหากมีแพทย์เฉพาะทาง รวมทั้งมีการ ประสานการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่นเมื่อ ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง และระยะการติดตามผล มีการเพิ่มการติดตามอาการของผู้ป่วยใน 1 สัปดาห์

แต่จากผลของการนำปฏิบัติไปใช้ พบว่าจำนวนของผู้ป่วยได้รับการเปิดหลอดเลือดด้วยยาละลายลิ่มเลือด (door to needle time) ภายใน 30 นาที ก่อนและหลังใช้แนว ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือด เฉียบพลันในระยะวิกฤต งานผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราชไม่ แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากในช่วงของการ

ทดลองใช้แนวปฏิบัติเป็นช่วงของการเกิด สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้ต้องใช้ ระยะเวลาในการคัดกรองประวัติผู้ป่วยก่อน การคัดกรองโรคตามแนวปฏิบัติที่นานขึ้น ในขณะที่จำนวนของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจและการแปลผล (door to EKG) ภายใน 10 นาที ก่อนและหลังใช้แนว ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือด เฉียบพลันในระยะวิกฤต งานผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ .05 ซึ่งสอดคล้องกับประไพ บรรณทอง และคณะ (2555) ที่อัตราผู้ป่วยได้รับยา ละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีเมื่อมาถึง โรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง ทั้งนี้ เนื่องจากการปรับปรุงแนวปฏิบัติใหม่มีการคัด กรองที่รวดเร็ว กระชับและสะดวกต่อการ ปฏิบัติมากขึ้น มีช่องทางด่วนในการรับยา มีการปรับปรุงการวินิจฉัยและระบบการปรีกษา กับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่ง สอดคล้องกับคะเนิงนิจ ศรีษะโคตร และสุรัตน์ ทิพย์วัฒน์ (2561) ที่ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบ การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจ ขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกที่ได้รับยา ละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลมหาสารคาม ที่ มีการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแล ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา SK ของพยาบาลงาน ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยหนัก อายุรกรรม พบ มีการปฏิบัติได้ถูกต้องและ

ครบถ้วนทุกด้าน และวรรณิภา เสนุภักย์ และคณะ (2562) ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่พยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในทุกด้านตามข้อบ่งชี้ร้อยละ 100

จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่าการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น ในระยะวิกฤติ งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นสิ่งสำคัญเพราะการมีส่วนร่วมเป็นหัวใจของการพัฒนาซึ่งสามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพในทางที่ดีขึ้นได้ การพัฒนาระบบการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมเพื่อปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะวิกฤติ เป็นการร่วมมือกันระหว่างผู้วิจัยกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะวิกฤติ ซึ่งได้ร่วมในการวางแผน การปฏิบัติและสังเกต การสะท้อนผลการปฏิบัติการปรับปรุงในการดำเนินงาน การคัดกรองผู้ป่วย การวินิจฉัยและให้การพยาบาล การประสานส่งต่อ และการติดตามผล สอดคล้องกับงานวิจัยของสมใจ วิจิตรกุลและคณะ (2551) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมนั้นหมายถึงการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การปฏิบัติ การรับผลประโยชน์และการประเมินผล การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ผู้สูงอายุ พบว่าเกิดการพัฒนาสุขภาพอนามัยและการเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุหลายกิจกรรมและ งานวิจัยของกษพรพรรณ (2551) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับ กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ การดูแลกิจกรรมการพยาบาล การแลกเปลี่ยนข้อมูลและการตัดสินใจเกี่ยวกับ การดูแลผู้ป่วยที่มีส่วนร่วม อยู่ส่วนการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการดูแล ต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี ในระยะฟื้นฟูจนจำหน่ายและติดตาม ดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้รูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองที่ปฏิบัติตามระดับขั้น พบว่า ทำให้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นระบบมากขึ้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพเร็วขึ้น เมื่อประเมินเปรียบเทียบความพึงพอใจ ของผู้ดูแลทั้งก่อนและหลัง การใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลพบว่าระดับความพึงพอใจดีขึ้น (จำเนียร คุห์สุวรรณ, วนิดา หาญคุณากุล และศศิธร ศิริกุล, 2553)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำแนวปฏิบัติดังกล่าวไปทดลองใช้อย่างต่อเนื่องทั้งในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์ที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 และติดตามผลของการใช้แนวปฏิบัติอีกครั้ง

2. ควรมีการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะวิกฤตให้มากขึ้น ให้ครอบคลุมในกลุ่มอายุของผู้ป่วยอื่น ๆ เพิ่มมากขึ้น

3. ควรมีการศึกษาและพัฒนาการดูแลในกลุ่มประชากรอื่น ๆ เพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข HDC version 4. (2562).

สืบค้นเมื่อ 30 กันยายน 2562, จากวิกิพีเดีย <https://hdcservice.moph.go.th>.

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง

กระทรวงสาธารณสุข. (2561).

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ.

นนทบุรี : สำนักพิมพ์สี่ตะวัน.

ณรงค์กร ชัยวงศ์ และปณวัตร สันประโคน.

(2562). ภาวะหัวใจขาดเลือด

เฉียบพลัน: ความท้าทายของ

พยาบาลฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะ

วิกฤติ. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และ*

วิทยาการสุขภาพ, 43-51.

วรรณิภา เสนุภักย์ และคณะ. (2562). การพัฒนา

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรค

กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงขลา

นครินทร์. *วารสารมหาวิทยาลัย*

นราธิวาสราชนครินทร์, 11, 104-116.

ศศิธร ช่างสุวรรณ และคณะ. (2561). การ

พัฒนาระบบการพยาบาลระยะฉุกเฉิน

ในผู้ป่วย STEMI งานอุบัติเหตุและ

ฉุกเฉิน โรงพยาบาล

พระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวช*

ศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทยปีที่ 8,

372-384.

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ. (2549). *การวิจัย*

การตลาดฉบับปรับปรุงใหม่.

กรุงเทพมหานคร : บริษัท ธรรมสาร

จำกัด.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

(องค์การมหาชน). สืบค้นเมื่อ 30

กันยายน 2562, จากวิกิพีเดีย

<https://www.ha.or.th/TH/AboutUs>.

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยใน

พระบรมราชูปถัมภ์. (2557). *แนวทาง*

เวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

ขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับ

ปรับปรุง ปี 2557. พิมพ์ครั้งที่ 2.

กรุงเทพมหานคร : ศรีเมืองการพิมพ์.

สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวง

สาธารณสุข. (2551). *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

อรวดี กาลสงค์. (2563). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ไ้ด้ รั บ ย า Streptokinase ของโรงพยาบาลสะเดา. *ราชวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์*, 10 (2), 38-53.

ไ อ ย ม ช จู๋ บำบัด และปิยาภรณ์ ศิริจันทร์ชื่น. ผลของการพัฒนาระบบการส่งต่อ STEMI FAST PASS ในเครือข่ายโรคหัวใจเชียงราย-พะเยา. *เชียงรายเวชสาร*, 13(1).

Bloom, B.S. (1968). *Mastery learning*. UCLA – CSEIP Evaluation Comment. 1 (2) Losangeles. University of California at Los Angeles

Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planner (3rd ed.)*. Geelong, Australia: Deakin University Press

การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโคกโคเฒ่า

อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี

พรพจน์ บุญญสิทธิ์, ศ.ม.*

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและวัดผลในการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ได้พัฒนาขึ้น ขั้นตอนการศึกษาประกอบด้วย 6 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาโดยการศึกษาความรู้และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (R1) ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (D1) ระยะที่ 3 ทดลองโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (research: R2) ระยะที่ 4 ปรับปรุงโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (development: D2) ระยะที่ 5 ทดลองใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (research: R3) และระยะที่ 6 ประเมินโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยการสนทนากลุ่มเพื่อให้ได้ข้อตกลงร่วมกันเกี่ยวกับโปรแกรม (development: D3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้สูงอายุ แนวทางคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงเปรียบเทียบ โดยใช้ paired t-test และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัยพบว่าได้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้น โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการให้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งนี้เนื่องจากในโปรแกรมมีการให้ความสำคัญทั้งผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแลที่มีบทบาทในการกระตุ้นเตือนผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งให้การดูแลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง

* นักวิชาการสาธารณสุขระดับชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนามชัย

**The Development of Health Promotion Program in older persons with Hypertension
at Khok Kho Thao Sub-District, Mueang District, Suphanburi Province**

Pornpoj Boonyasit, M.P.H.

Abstract

This research is Research and Development. The objective is to develop and measure Health Promotion programs used in older persons with Hypertension. The study process consists of 6 phases: The first phase, the study of problem conditions by studying knowledge and health-promoting behaviors of older persons with Hypertension (R2). The second phase, Developing a Health Promotion Program for older persons with Hypertension (D1). The third phase, Tryout Health Promotion Program in older persons with Hypertension (D1). The fourth phase, Improving the health promotion program for older persons with Hypertension (Development: D2). The fifth phase, Tryout Health Promotion Program in older persons with Hypertension (Research: R3). And the sixth phase, Evaluating Health Promotion Program by a focus group discussion to reach a consensus on the program (Development: D3). Instrumental was used for data collection such as interview forms for older persons and Question Guide for focus group discussion. Data were analyzed with descriptive statistics and comparative statistics using a paired t-test. Analyzing content using content analysis.

The result found that Health Promotion Program for older persons with Hypertension was developed. The number of persons that received Health Promotion Program for older persons with Hypertension group was increased in knowledge scores about hypertension knowledge. The Health Promotion Behaviors of the older persons with Hypertension statistically significantly higher than before received program ($p < 0.05$). This is because in the program, there is an emphasis on both patients, relatives, and carers who play a role in encouraging the older persons to practice continual health promotion activities. including providing proper and effective health promotion for the elderly with high blood pressure.

Keywords: Health Promotion Program Older persons Hypertension

บทนำ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) ตั้งแต่ปี 2548 โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 10.4 และคาดการณ์ว่าอีก 20 ปีข้างหน้า สังคมไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ทำให้อัตราส่วนพึ่งพาของผู้สูงอายุ สูงขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (กรมสุขภาพจิต, 2563) แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุดังกล่าว มีผลกระทบโดยตรงต่อนโยบายและงานสาธารณสุขของประเทศ ผู้สูงอายุกลายเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ เนื่องจากเป็นผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมถอย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม สถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดสุพรรณบุรี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.11 เป็นร้อยละ 21.85 และร้อยละ 22.48 ใน 2558, 2559 และ 2560 ตามลำดับ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564)

จากการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน พบมีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 95.98 เพิ่มขึ้นจากปี 2559 (ร้อยละ 93.77) กลุ่มติดบ้านและติดเตียงร้อยละ 4.02 ลดลงจากปี 2559 (ร้อยละ 6.22) ผู้สูงอายุนับว่ามีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพสูงสุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 31.40) รองลงมา ได้แก่ หัวใจและหลอดเลือด และข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 18.59, 13.31 ตามลำดับ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย,

2559) ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี จากอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่มีผลการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ ย้อนหลัง 3 ปี (2560 - 2562) ร้อยละ 38.90, 44.61 และ 64.19 ตามลำดับ และผลการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพพื้นที่ของหมู่ที่ 3 บ้านสามหนอง และหมู่ที่ 4 บ้านลาดบัวขาว ตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า พบกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 118 คนคิดเป็นร้อยละ 20.85 และพบกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 3.39 (รายงานประจำปีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกโคเต่า, 2562) ซึ่งปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรมที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ หรือมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับ

ปัญหาผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของตำบลโคกโคเต่า พบเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคจากพฤติกรรมที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง โดยพบว่ารับประทานอาหารที่มีลักษณะเค็ม หวาน มีไขมัน การออกกำลังกายที่ไม่สม่ำเสมอ และการมีสถานะเครียดทางอารมณ์ ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ส่งผลให้เกิดเกิดความพิการ จำนวน

5 ราย (รายงานประจำปีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกโคเต่า, 2562) นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกได้ให้การสนับสนุนเรื่องของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า การที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพนี้ จะช่วยเร่งขบวนการต่างๆ ในการเกิดพยาธิสภาพหรือโรคต่างๆ ในผู้สูงอายุและทำให้อัตราการเสียชีวิตในผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น (WHO, 1998) ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และเป็นกลยุทธ์ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีสามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองโดยไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี ที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกโคเต่า ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่อยู่อันดับต้นของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 2006) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ทั้งนี้ผลของการวิจัยในครั้งนี้ เพื่อนำไปใช้ในการ

วางแผนในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ และแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
3. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ขอบเขตของการวิจัย

ด้านเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี ตามแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ 6 ด้าน (Pender et al., 2006) ประกอบด้วย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ด้านพื้นที่และระยะเวลาในการวิจัย
พื้นที่ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เขตพื้นที่ตำบลโคกโคเฒ่า อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี และระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย เริ่มตั้งแต่เดือน มกราคม 2563 ถึงตุลาคม 2563

ด้านประชากร

ประชากรแบ่งได้ออกเป็น 2 กลุ่มตามระยะของการวิจัย ดังนี้

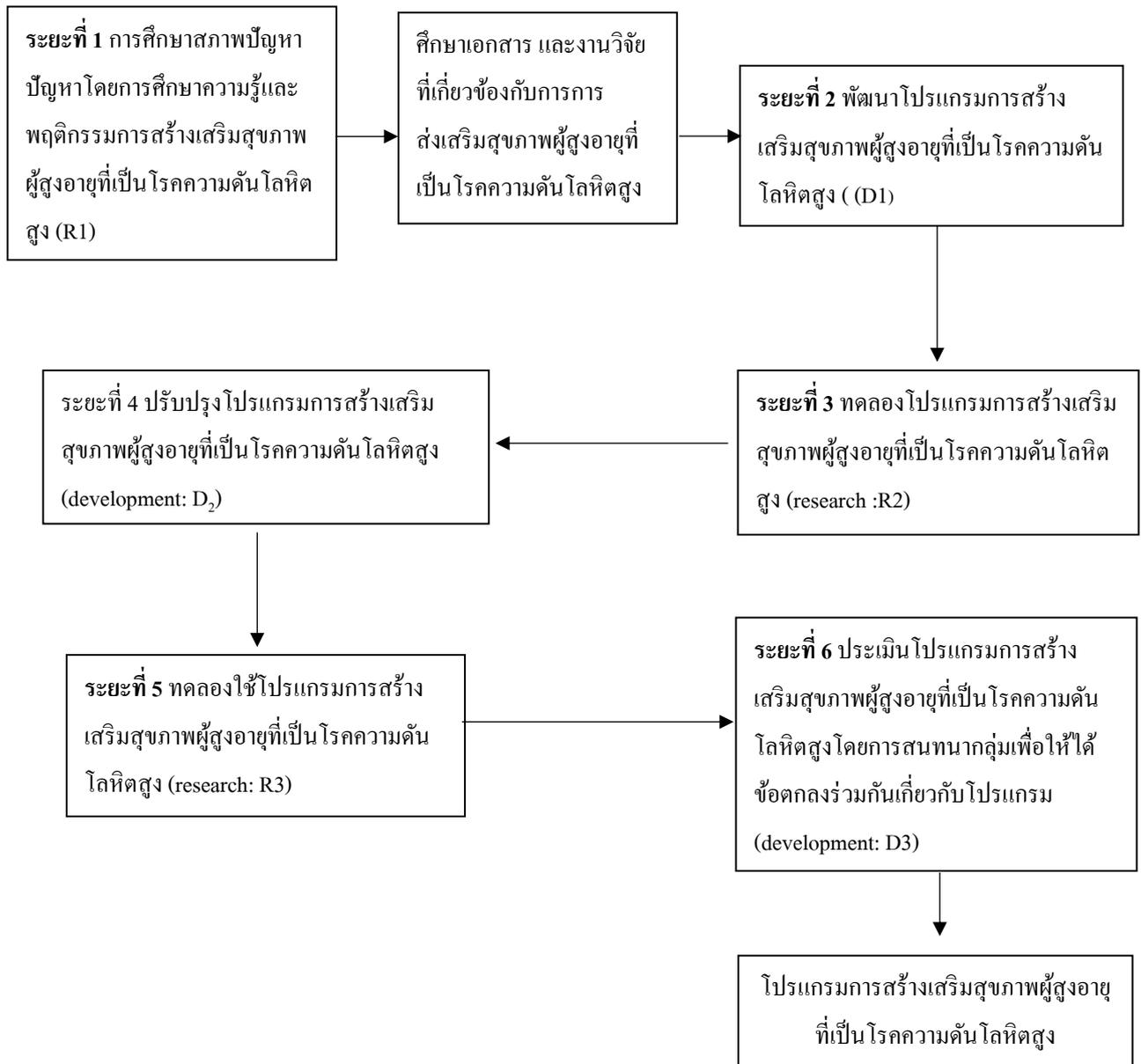
1. ระยะที่ 1 ระยะที่ 3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโคกโคเฒ่า อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกโคเฒ่า อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี

2. ระยะที่ 5 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโคกโคเฒ่า อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกโคเฒ่า อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโคกโคเฒ่า อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกโคเฒ่า อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี

3. ระยะที่ 6 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกโคเฒ่า อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 6 ระยะ ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหา ปัญหาโดยการศึกษาความรู้และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (R1) ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (D1) ระยะที่ 3 ทดลองโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (research: R2) ระยะที่ 4 ปรับปรุงโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (development: D2) ระยะที่ 5 ทดลองใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (research: R3) ระยะที่ 6 ประเมินโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยการสนทนากลุ่มเพื่อให้ได้ข้อตกลงร่วมกันเกี่ยวกับโปรแกรม (development: D3) ดังแสดงในแผนภาพที่ 1 ดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ศึกษา ประชากรแบ่งได้ออกเป็น 2 กลุ่ม ตามระยะของการวิจัย ดังนี้

1. ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหา ระยะที่ 3 ทดลองการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพครั้งที่ 1 และระยะที่ 5 ทดลองใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพครั้งที่ 2 การวิจัยครั้งนี้ศึกษาประชากรทั้งหมด โดยประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 50 คน

2. ระยะที่ 5 ทดลองการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพครั้งที่ 2

2.1 การวิจัยศึกษาประชากรทั้งหมด คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 50 คน

2.2 ญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัด

สุพรรณบุรี จำนวน 50 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นประจำและยินดีเข้าร่วมในโครงการวิจัย

3. ระยะที่ 6 ประเมินโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยการสนทนากลุ่มผู้ใช้โปรแกรม เพื่อให้ได้ข้อตกลงร่วมกันเกี่ยวกับโปรแกรมที่เหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ต่อไป ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 4 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ระยะที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยผู้วิจัยพัฒนาจากเครื่องมือวิจัยของของ สมรัตน์ ขำมาก (2559) โดยได้ทบทวนวรรณกรรม ศึกษาจากตำรา เอกสาร รายงานการวิจัยต่างๆ เพิ่มเติมเพื่อความสมบูรณ์และเหมาะสมกับการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 16 ข้อเป็นแบบเลือกตอบถูกหรือผิด

2. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากเครื่องมือวิจัยของของ ภราดา นุราณสาร (2546) และของพนมมาศ สุกีคำ (2551) โดยได้ทบทวนวรรณกรรม ศึกษาจากตำรา เอกสาร รายงานการวิจัยต่างๆ

เพิ่มเติมเพื่อความสมบูรณ์และเหมาะสมกับการวิจัยในครั้งนี้ แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ 6 ด้าน (Pender et al.,2006) ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ และส่วนที่ 7 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ

ระยะที่ 3

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษา ค้นคว้าจากเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้ร่วมกับสื่อการสอนทางวีดิทัศน์แก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และผู้ดูแลเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน โดยใช้สื่อสุขภาพ แผ่นพับ โปสเตอร์ โมเดลอาหาร

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

2.2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ระยะที่ 5

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษา ค้นคว้าจากเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้ร่วมกับสื่อการสอนทางวีดิทัศน์แก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และผู้ดูแลเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน โดยใช้สื่อสุขภาพ แผ่นพับ โปสเตอร์ โมเดลอาหาร มีการเพิ่มความรู้ออกกำลังกาย หรือผู้ดูแลร่วมด้วย

กิจกรรมที่ 2 ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่บ้าน โดยใช้นวัตกรรมประกอบด้วย นวัตกรรม “แผ่นเยี่ยมบ้าน ด้านความดัน” ร่วมกับใช้เครื่องวัดความเค็มของอาหารที่รับประทาน ติดตามการออกกำลังกายโดยการแกว่งแขน ทั้งนี้มีการติดตามเยี่ยมจาก 1 ครั้ง/เดือนเป็น 1 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง ในระยะเวลา 1 เดือน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

2.2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ระยะที่ 6 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเพื่อใช้ในการสนทนากลุ่ม (focus group)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

2. แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ โดยตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย ความเหมาะสมของภาษา (wording) ตรวจสอบ

ความตรง (validity) และให้ความเห็นชอบด้านความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) หากค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อสอบกับจุดประสงค์ (The Index of Item Objective Congruence หรือ IOC) ซึ่งต้องไม่ต่ำกว่า 0.5 ในแต่ละข้อ หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิได้พิจารณาแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปทดลองใช้ และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนมะสังข์ อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์หาความเที่ยง (reliability) ของแบบสัมภาษณ์ โดยได้ค่า reliability เท่ากับ .78 และ .86 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี กระทรวงสาธารณสุข ได้รับใบรับรองเลขที่ 35/2563 เพื่อให้ดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์หรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้

นี้ และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ ก่อนลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ และผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ โดยการถอนตัวออกจากโครงการวิจัยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตัวเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือญาติทั้งสิ้น นอกจากนี้ข้อมูลทั้งหมดในการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ไม่สามารถสืบค้นข้อมูลเป็นรายบุคคลได้

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาโดยศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี โดยการสำรวจความรู้และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมืองสุพรรณบุรี ใช้แบบสัมภาษณ์จำนวน 2 ชุด ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ 6 ด้าน (Pender et al., 2006) ประกอบด้วย การสร้างเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ

ด้านการออกกำลังกาย การสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ การสร้างเสริมสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การสร้างเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ และการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด และ 2) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตามแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ 6 ด้าน (Pender et al., 2006) ประกอบด้วย การสร้างเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย การสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ การสร้างเสริมสุขภาพด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การสร้างเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ และการสร้างเสริมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียด

ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 1) ให้ความรู้ร่วมกับสื่อการสอนทางวีดิทัศน์แก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง 2) ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่บ้าน โดยใช้นวัตกรรมประกอบด้วย นวัตกรรม “แผ่นเยี่ยมบ้าน ด้านความดัน” ร่วมกับใช้เครื่องวัดความเค็มของอาหารที่รับประทาน ติดตามการออกกำลังกาย โดยการแกว่งแขน ทั้งนี้ติดตามเยี่ยม 1 ครั้ง/เดือน จำนวน 1 ครั้ง ในระยะเวลา 1 เดือน

ระยะที่ 3 ทดลองโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมืองสุพรรณบุรี

ระยะที่ 4 ปรับปรุงโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยการวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และผลลัพธ์จากการใช้โปรแกรมกับกลุ่มเป้าหมาย โดยมีการปรับปรุงโปรแกรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้ร่วมกับสื่อการสอนทางวีดิทัศน์แก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และเพิ่มการให้ความรู้กับญาติหรือผู้ดูแล

กิจกรรมที่ 2 ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่บ้านโดยใช้นวัตกรรมประกอบด้วย นวัตกรรม “แผ่นเยี่ยมบ้าน ด้านความดัน” ร่วมกับใช้เครื่องวัดความเค็มของอาหารที่รับประทาน ติดตามการออกกำลังกายโดยการแกว่งแขน ทั้งนี้เพิ่มการติดตามเยี่ยมจาก 1 ครั้ง/เดือน จำนวน 1 ครั้ง ในระยะเวลา 1 เดือน เป็น 1 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง ในระยะเวลา 1 เดือน

ระยะที่ 5 ทดลองโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิต

สูง ที่พัฒนาปรับปรุง กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมืองสุพรรณบุรี และญาติหรือผู้ดูแล

ระยะที่ 6 ประเมินโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยการสนทนากลุ่มผู้ใช้โปรแกรมเพื่อให้ได้ข้อตกลงร่วมกันเกี่ยวกับโปรแกรมที่เหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ระยะที่ 1 ระยะที่ 3 และระยะที่ 5 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. จัดประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมืองสุพรรณบุรี เพื่อทำความเข้าใจที่ตรงกันในเรื่องของแบบสัมภาษณ์และวิธีการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ก่อนเก็บข้อมูลจริง

2. เก็บข้อมูลผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์

3. ดำเนินการเก็บข้อมูลในเดือน มกราคม - ตุลาคม 2563 และตรวจสอบความ

ถูกต้องครบถ้วนของแบบสัมภาษณ์แล้วจึงนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 6 ประเมินโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในเดือนธันวาคม 2563 โดยการสนทนากลุ่มผู้ใช้โปรแกรมเพื่อให้ได้ข้อตกลงร่วมกันเกี่ยวกับโปรแกรมที่เหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ขั้นตอนการวิเคราะห์มีลำดับดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วย ค่าร้อยละ มัชฌิมมาเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงด้วยสถิติ paired t-test

3. ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง อายุส่วนมากอยู่ในช่วง 70-79 ปี คิด รongลงมา 60-69 ปี (ร้อยละ 48.00,

36.00 ตามลำดับ) สถานภาพสมรส ส่วนมากสมรสคู่ รองลงมา หม้าย/หย่า/แยก (ร้อยละ 60.00, 32.00 ตามลำดับ) ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 80.00, 16.00 ตามลำดับ) ส่วนมากไม่ทำงาน รองลงมา ประกอบอาชีพเกษตรกร/ ทำสวน/ ทำไร่ (ร้อยละ 40.00, 38.00 ตามลำดับ) มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท รองลงมา 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 82.00, 16.00 ตามลำดับ) เป็นผู้ที่มิโรคประจำตัวอื่นๆ ร่วมด้วย ร้อยละ 78.00 ส่วนใหญ่เป็นโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 30.00 รองลงมาโรคเบาหวาน ร้อยละ 22.00

2. สภาพปัญหาความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

2.1 สภาพปัญหาความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโคกโคเฒ่า อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิเคราะห์พบว่า ความรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับ ปานกลาง-ดีมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.18 คะแนนจากคะแนนเต็ม 16 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.966 คะแนน โดยผู้สูงอายุ ร้อยละ 100 ระบุว่า

การกินยาต้องรับประทานยาให้ตรงตามเวลา ชนิดยา ขนาดยาตามที่แพทย์สั่ง และผู้สูงอายุ ร้อยละ 94 รู้ว่าควรหาวิธีการจัดการ ความเครียด เช่น ทำสมาธิ ดูหนัง ฟังเพลง เทียว ทำงานอดิเรก ปรัชญาคนสนิท เมื่อมีความเครียด และผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ควรงดสูบบุหรี่

2.2 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านความ รับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.95 คะแนน และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.57 คะแนน โดยมี พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออก กกำลังกาย ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.59 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.58) พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านโภชนาการอยู่ ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.06 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.55) พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ระดับปาน กลาง (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.55 และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.69) พฤติกรรมการ สร้างเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิต วิญญาณ ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.84 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.73) พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการ พัฒนาด้านความเครียด ระดับปานกลาง

(คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.62 และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานเท่ากับ 0.64)

3. โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดย ประยุกต์ใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender et.al., 2006) ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้ร่วมกับสื่อการ สอนทางวิดีโอ

1.1) ให้ความรู้ร่วมกับสื่อการสอนทาง วิดิทัศน์แก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิต สูง ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 1 ครั้ง 6 ด้าน คือ 1. ด้านโภชนาการ 2. ด้านการออกกำลังกาย 3. ด้านสุขนิสัย ประจำวัน 4. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 5. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น 6. ด้าน การจัดการกับความเครียด

1.2) ให้ความรู้ร่วมกับสื่อการสอนทาง วิดิทัศน์แก่ญาติ ผู้ดูแลและทำอาหารให้กับ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับ บริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมือง สุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 1 ครั้ง 6 ด้านคือ 1. ด้านโภชนาการ 2. ด้านการออก กกำลังกาย 3. ด้าน สุขนิสัยประจำวัน 4. ด้าน ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 5. ด้านการมี

ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น 6. ด้านการจัดการกับความเครียด

กิจกรรมที่ 2 ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่บ้าน โดยใช้นวัตกรรมประกอบด้วย นวัตกรรม “แผ่นเยี่ยมบ้าน ด้านความดัน” ร่วมกับใช้เครื่องวัดความเค็มของอาหารที่รับประทาน ติดตามการออกกำลังกายโดยการแกว่งแขน ทั้งนี้ติดตามเยี่ยม 1 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง ในระยะเวลา 1 เดือน

4. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

4.1 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี (n = 50)

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	M	SD	D	SD	t	p
- ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	13.180	1.965				
- หลังเข้าร่วมโปรแกรม	13.900	1.775	-.120	.085	-1.405	.163

*** = $p < .001$

ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงโดยเฉลี่ย เท่ากับ 13.180 คะแนน ($SD = 1.965$) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงโดยเฉลี่ย เท่ากับ 13.900 คะแนน ($SD = 1.775$) โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ดังแสดงในตารางที่ 1

4.2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรม การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริม

สุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้านออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านจิตวิญญาณ และด้านความเครียดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี (n = 50)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	M	SD	D	SD	t	p
1. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ						
- ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.80	.639				
- หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.14	.756				
			-0.340	.140	-2.429	.017
2. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุ						
- ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.62	.667				
- หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.16	.584				
			-0.540	.125	-4.308	.000
3. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านพฤติกรรมโภชนาการของผู้สูงอายุ						
- ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.04	.669				
- หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.44	.501				
			-0.400	.118	-3.384	.001
4. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านพฤติกรรมปฏิสัมพันธ์ของผู้สูงอายุ						
- ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.64	.722				
- หลังเข้าร่วมโปรแกรม	2.90	.614				
			-0.260	.134	-1.940	.055
5. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านพฤติกรรมด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ						
- ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.80	.782				
- หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.10	.678				
			-0.300	.146	-2.049	.043

พฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	M	SD	D	SD	t	p
6. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านพฤติกรรมด้านความเครียดของผู้สูงอายุ						
- ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.66	.658				
- หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.14	.535	-480	.120	-4.002	.000

4.3 ผลการประเมิน โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจากการสนทนากลุ่มของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ร้อยละ 100 ของเจ้าหน้าที่มีความคิดเห็นว่าเป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ สามารถนำไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2006) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้ร่วมกับสื่อการสอนทางวิดีโอ 1.1) ให้ความรู้ร่วมกับสื่อการสอนทางวิดีโอ แก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 1 ครั้ง 6 ด้าน คือ 1. ด้านโภชนาการ 2. ด้านการออกกำลังกาย 3. ด้านสุขนิสัยประจำวัน 4. ด้าน

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 5. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น 6. ด้านการจัดการกับความเครียด 1.2) ให้ความรู้ร่วมกับสื่อการสอนทางวิดีโอ แก่ญาติที่เป็นผู้ดูแลและทำอาหารให้กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกโคเต่า อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 1 ครั้ง 6 ด้านคือ 1. ด้านโภชนาการ 2. ด้านการออกกำลังกาย 3. ด้านสุขนิสัยประจำวัน 4. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 5. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น 6. ด้านการจัดการกับความเครียด ทั้งนี้การให้ความรู้กับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นการส่งเสริมให้ญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้ที่ถูกต้องสามารถให้การดูแลและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมที่ 2 ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยความดันโลหิตสูงที่บ้าน โดยใช้นวัตกรรม ประกอบด้วย ใช้นวัตกรรม “แผ่นเยี่ยมบ้าน ด้านความดัน” ใช้เครื่องวัดความเค็มของอาหารที่รับประทาน ติดตามการออกกำลังกาย โดยการแวงแชน โดยติดตาม

เยี่ยมเป็นจำนวน 1 ครั้ง/สัปดาห์ ในระยะเวลา 1 เดือน ทั้งนี้ความรู้คือสารสนเทศที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ (วิจารณ์ พานิช, 2546) ดังนั้นผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องได้รับความรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender et. al., 2006) เพื่อให้เกิดความเข้าใจและนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง เหมาะสม ในการนี้โปรแกรมได้ให้ความสำคัญกับการให้ความรู้กับญาติผู้ดูแลและทำอาหารให้กับผู้สูงอายุด้วย สืบเนื่องจากเป็นผู้ที่ต้องกระตุ้นเตือนผู้สูงอายุในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งการที่ญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การประกอบอาหารที่เหมาะสมกับโรคของผู้สูงอายุ รวมทั้งการให้คำแนะนำผู้สูงอายุเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2554) ที่พบว่า การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พัฒนาศักยภาพในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ควรมีการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ทั้งผู้สูงอายุบุคคลในครอบครัวและชุมชน

สำหรับกิจกรรมติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยความดันโลหิตสูงที่บ้าน โดยใช้นวัตกรรม ประกอบด้วย ใช้นวัตกรรม “แผ่น

เยี่ยมบ้าน ด้านความดัน” ร่วมกับใช้เครื่องวัดความเค็มของอาหารที่รับประทาน ติดตามการออกกำลังกาย โดยการแวงแขน ที่นำมาใช้ในโปรแกรมซึ่งเป็นการติดตามเยี่ยมสัปดาห์ละครั้ง และให้คำแนะนำเพิ่มเติม กระตุ้นเตือนให้กำลังใจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม รวมทั้งการเข้าติดตามเยี่ยมทุกสัปดาห์ทำให้ผู้สูงอายุตระหนักและเชื่อมั่นว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจะส่งผลต่อสุขภาพที่ดี ป้องกันโรคแทรกซ้อนได้ในการดูแลตนเอง นำไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรลดา ศีพร้อม และนิวัฒน์ วงศ์ใหญ่ (2562) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลชุมพร อำเภอ เมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าการติดตามเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ เพื่อสังเกตพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องพร้อมทั้งมีการให้กำลังใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงตามหลัก 3อ. 2ส. ที่ถูกต้อง โดยมีการบริโภคอาหารหลัก 5 หมู่ เพิ่มผัก ลดหวาน มัน เค็ม ผักและผลไม้ลดความดันโลหิต พร้อมส่งเสริมการทำอาหารรับประทานเองในครัวเรือน ร่วมกับออกกำลังกายเป็นประจำ ทำให้มีความเชื่อมั่นว่าพฤติกรรมนั้นๆ จะสามารถทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการได้ จะส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพนั้น

ต่อไป เป็นผลทำให้ภายหลังการให้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

ผลของการนำโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไปใช้ พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในระดับดีมาก โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติอาจเนื่องมาจากที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่รักษาตัวมาในระยะเวลาที่ยาวนานมักจะได้รับความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงและการควบคุมความดันโลหิตสูงอยู่เป็นประจำอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการควบคุมความดันโลหิตมากขึ้น และจากการวัดความรู้ก่อนได้รับ โปรแกรมพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ในระดับดี ทำให้คะแนนความรู้หลังการใช้โปรแกรมที่ถึงแม้จะเพิ่มจากก่อนใช้โปรแกรมจึงไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.05$) ทั้งนี้เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ชัดเจนที่สุดคือ

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.01$) ซึ่งพฤติกรรมที่สำคัญในการที่จะส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีในด้านอื่นๆ คือ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย เนื่องจากพฤติกรรมการออกกำลังกายส่งผลต่อการใช้ชีวิตอยู่ในสังคม และนำไปสู่การตัดสินใจของตนเองที่มีผลดีต่อสุขภาพ (Heath, G. W., & Liguori, G., 2015) จึงอาจส่งผลให้พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอื่นดีขึ้นไปด้วย

สำหรับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกโคเต่าเกี่ยวกับโปรแกรม ที่ได้จัดทำในระยะที่ 6 ของการวิจัย พบว่าโปรแกรมมีความเหมาะสมและเห็นด้วยกับการใช้โปรแกรมกับญาติผู้ดูแลร่วมด้วยเนื่องจากเป็นบุคคลสำคัญในการปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่จะทำให้เกิดความยั่งยืนสอดคล้องกับการศึกษาของ Siripitayakunkit et. al. (2008) ที่ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของญาติเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ที่เป็นเบาหวานปรับตัวมีชีวิตอยู่กับเบาหวานได้อย่างปกติสุข และการติดตามเยี่ยมทุกสัปดาห์จะเป็นการกระตุ้นและเพิ่มแรงจูงใจในการทำพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ จึงมีความเห็นที่สอดคล้องกันว่าโปรแกรมนี้มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ที่จะสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปผลการวิจัย

โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้ร่วมกับสื่อการสอนทางวีดิทัศน์ มี 2 กิจกรรมย่อย คือ การให้ความรู้กับผู้สูงอายุ และการให้ความรู้กับญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง กิจกรรมที่ 2 คือกิจกรรมติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน โดยใช้นวัตกรรม “แผ่นเยี่ยมบ้าน ด้านความดัน” การใช้เครื่องวัดความเค็มของอาหาร ติดตามการออกกำลังกาย โดยการแขวงแขน ทั้งนี้มีการติดตามเยี่ยม 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ในระยะเวลา 1 เดือน ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุตระหนักและปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้ประโยชน์

ผลของการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพื่อส่งเสริมการควบคุมโรคได้รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

จากผลการวิจัยพบว่าการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แนวคิดของเพนเดอร์ สามารถส่งเสริมพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ จึงควรมีการศึกษาการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในวัยผู้ใหญ่เพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. สังกมผู้สูงอายุในปัจจุบัน และเศรษฐกิจในประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 16 กรกฎาคม พ.ศ. 2564, จากวิกิพีเดีย <https://www.dop.go.th/th>.

กรมสุขภาพจิต. (2563). 93 วันสู่สังคม"คนชรา" 5 จังหวัด? คนแก่เยอะสุด-น้อยสุด . สืบค้นเมื่อ สืบค้น 16 กรกฎาคม พ.ศ. 2564, จากวิกิพีเดีย <https://www.dmh.go.th>.

นัตรลดา ดีพร้อม และนิวัฒน์ วงศ์ใหญ่ (2019). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลชุมพร อำเภอ เมวดี จังหวัดร้อยเอ็ด. *J Sci Technol MSU*, 38(4), 451-461

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. สืบค้นเมื่อ 16 กรกฎาคม พ.ศ. 2564, จากวิกิพีเดีย <https://www.dop.go.th/download/knowledge/th>.

วิจารณ์ พานิช. (2546). *การจัดการความรู้ในยุคสังคมและเศรษฐกิจบนฐานความรู้*. กรุงเทพฯ: สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม.

สุภัทสรุรา พิชญพงษ์ โสภณ และจุฬารณย์ โสดี๊ะ. (2561). *ผลของโปรแกรมสุข*

ศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น).

Heath, Gregory & Liguori, Gary. (2015).

Physical Activity and Health Promotion. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences.

Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA.

(2006). *Health promotion in nursing practice*. 5th ed.

New Jersey: Pearson Education.

Siripitayakunkit, A., Hanucharurnkul, S., D'

Eramo Melkus, G., Vorapongsathorn, T., Rattarasarn, C., & Arpanuntikul, M. (2008). Factors contributing to integrating lifestyle in Thai women with type 2 diabetes. *Thai Journal of Nursing Research*, 12, 166-178.

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มี

ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง โรงพยาบาลนครปฐม

สัณห์จิรา นิตย์แสง, พย.บ.*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง 2) ศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ 3) ศึกษาการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล 4) ศึกษาผลลัพธ์หลังการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 14 คน และกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง จำนวน 52 คน กรอบแนวคิดประยุกต์ตามแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) การพัฒนาแบ่งเป็น 2 ระยะ 1) การกำหนดประเด็น ปัญหา 2) การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้ แบบสอบถาม แบบสังเกต และแบบบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า 1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ประกอบด้วย 4 หมวดได้แก่ 1) ก่อนรับย้าย 2) การดูแลภายใน 24 ชั่วโมงแรก หลังคลอด 3) การดูแลภายหลัง 24 ชั่วโมง 4) การจำหน่ายและการติดตามหลังคลอด 2. ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.11, SD = 0.28$) 3. การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า สามารถปฏิบัติตามได้โดยรวมทั้ง 4 หมวด ร้อยละ 94.23 -100 4. ผลลัพธ์ทางการพยาบาลหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลพบว่า ไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนใด จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงมีความเหมาะสมในการนำไปใช้

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล มารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิด

รุนแรง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนครปฐม

E-mail: snitsawang@gmail.com

Development of Nursing Practice Guidelines for Nursing Care on Postpartum Mothers with Severe Preeclampsia, Nakhonpathom Hospital

Sanjira Nitsawang, B.N.S

Abstract

The objectives of this developmental research were to: 1) develop of Nursing Practice Guidelines (NPGs) for Nursing Care on Postpartum Mothers with Severe Preeclampsia 2) study the feasibility for implementation of the NPGs 3) study the implementation of registered nurses related to the NPGs 4) study the outcomes after using the NPGs. The population were 14 registered nurses and the sample of 52 postpartum mothers with severe preeclampsia. The framework was applied from the Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC, 1998). The development was divided into 2 phases: 1) the problem determination, and 2) the development of NPGs. Data were collected using: the opinion questionnaire, observational form, and record form. Data were analyzed by using the descriptive statistics

The results were as follows: 1. The NPGs for nursing care on postpartum mothers with severe preeclampsia consisted of four components including: A) Before moving into the ward B) postpartum care within 24 hours C) postpartum care after 24 hours, and D) discharge and follow up 2. The feasibility for implementation of the NPGs was at high level ($\bar{X} = 4.11$, S.D = 0.28) 3. The percentages registered nurses's implementation related to the NPGs were 85.00-100.00 4. There were no adverse consequences after using the NPGs. The findings of this study demonstrated that the NPGs for nursing care on postpartum mothers with severe preeclampsia are feasible and appropriate for implementation.

Keywords: Development of Nursing Practice Guidelines Postpartum Mothers with Severe Preeclampsia

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบบ่อยและรุนแรง โดยพบอุบัติการณ์ทั่วโลกประมาณร้อยละ 8-10 (WHO, 2013) รวมทั้งยังเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในมารดาหลังคลอดเป็นลำดับที่สาม รองจากการตกเลือดหลังคลอด และการติดเชื้อ (Cunningham et al., 2014) สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 10 โดยพบว่าในมารดาที่เสียชีวิตทั้งหมดจากปีพ.ศ 2560 -2562 เท่ากับ 21.8 19.9 และ 22.5 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน จะเป็นการเสียชีวิตที่เกิดจากความดันโลหิตสูง ระหว่างตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด เท่ากับ 3.0 3.5 และ 2.2 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข, 2563) ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ตามบัญญัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย (2558) โดยกลุ่มที่พบบ่อยและพัฒนาในระดับที่รุนแรงคือ pre-eclampsia ซึ่งแบ่งย่อยเป็น 2 ระดับคือ mild pre-eclampsia และ severe pre-eclampsia ซึ่งเป็นชนิดที่มีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกอย่างมาก

ภาวะ Severe pre-eclampsia ยังมีผลต่อเนื่องในระยะหลังคลอดทั้งในมารดา และทารก เช่น ทารกขาดออกซิเจนเรื้อรัง กล้ามเนื้ออ่อนล้าจากการได้รับแมกเนเซียมซัลเฟตมาก

เกินไปในระยะคลอด (Cunningham, 2014) ในระยะหลังคลอดยังคงมีความสำคัญในการดูแลภาวะ Severe pre-eclampsia เนื่องจากในช่วง 24-48 ชั่วโมงแรก onset และ progression ของโรคยังสามารถเกิดได้ (Pillitteri, 2014) โดยพบว่าระยะหลังคลอดช่วงแรกมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะชักได้ถึง ร้อยละ 25 (Ross, 2016) นอกจากนี้ ผลต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์และคลอด ทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆของร่างกายมารดาลดลง ซึ่งเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อหัวใจล้มเหลว ตับแตก ตกเลือดหลังคลอด เกิดภาวะ HELLP Syndrome ภาวะไตวายเฉียบพลัน รวมทั้งภาวะเลือดออกในสมอง (Cunningham et al., 2014)

เมื่อพิจารณาในบริบทของหอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลนครปฐม โดยการศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้น จากการทบทวนเวชระเบียนหอผู้ป่วยสูติกรรมย้อนหลัง ปีพ.ศ. 2561-2563 (ระบบฐานข้อมูลเวชระเบียน โรงพยาบาลนครปฐม, 2564) พบอุบัติการณ์ severe pre-eclampsia ร้อยละ 18.03 23.33 และ 21.79 ของการคลอดทั้งหมด ซึ่งในจำนวนนี้มีภาวะชักในระยะหลังคลอด ร้อยละ 3.17 3.33 และ 3.10 และพบภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มอาการ HELLP ร้อยละ 3.17 2.67 และ 3.88 ตามลำดับ จากข้อมูลปัญหาทั้งหมด พบว่าสามารถป้องกันได้ ซึ่งจากการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่ผ่านมายังไม่มีเอกสารที่เป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อเป็นแนวทาง

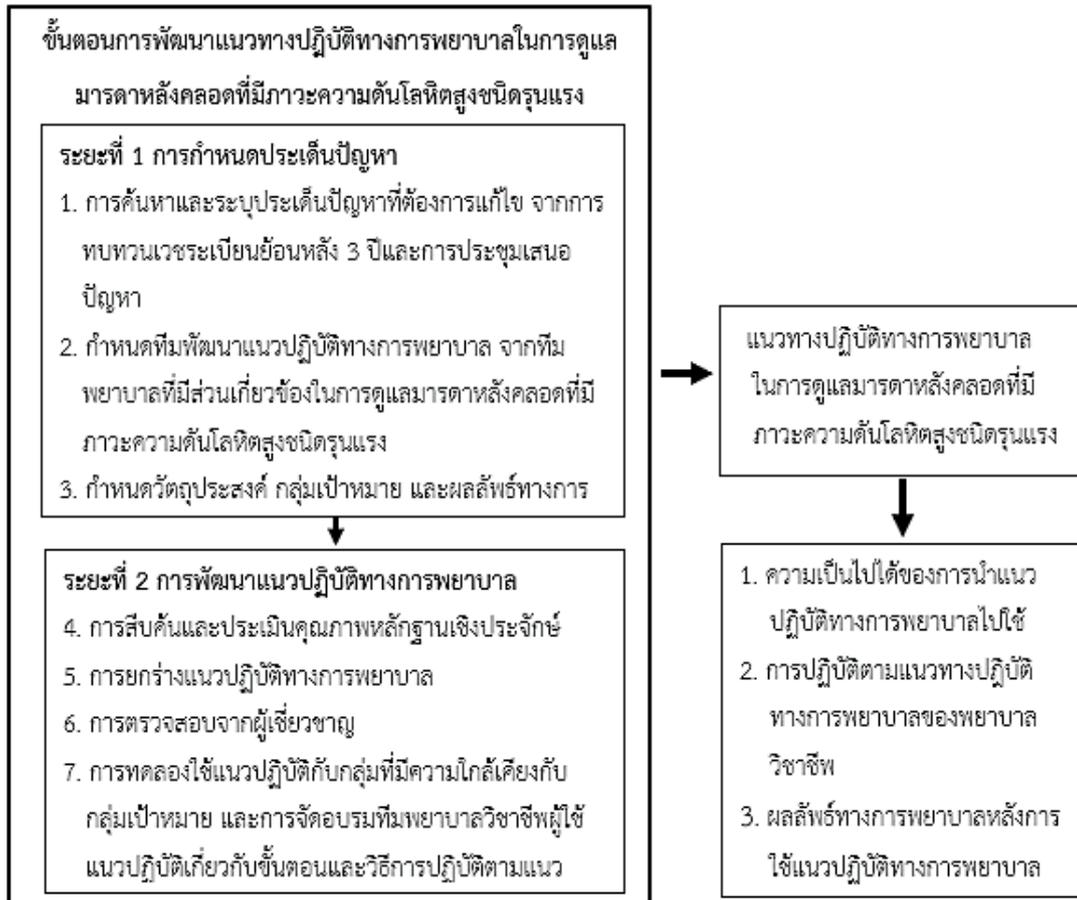
ปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ทำให้การปฏิบัติยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน เป็นผลให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ จากปัญหาที่พบ ผู้วิจัยพิจารณาว่า กระบวนการพยาบาลแบบเดิมที่เคยปฏิบัติ ยังไม่ตอบสนองต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม (จันทนา ธรรมธัญญารักษ์, 2563; สุธิดา ไชยสงคราม, 2558; พรศิริ เสนธิริ และคณะ, 2560) พบว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเป็นเครื่องมือให้พยาบาลใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นแนวทางเดียวกัน เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง โดยทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด และการมีส่วนร่วมของพยาบาลเป็นทีมพัฒนา ซึ่งประยุกต์ขั้นตอนการพัฒนาของแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาชีพทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) โดยแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ได้จะสามารถเป็นแนวทางในการดูแลพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อความเป็นไปได้ในการนำแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงไปใช้
3. เพื่อศึกษาการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงของพยาบาลวิชาชีพ
4. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลหลังการนำแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงไปใช้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้ได้ประยุกต์จากแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาชีพทางการแพทย์และสุขภาพ แห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) เป็นขั้นตอนในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน โดยแบ่งระยะการดำเนินงานเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การกำหนดประเด็นปัญหา ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental research) ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 14 คน และกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรง โดยเลือกแบบ

เจาะจงทุกรายที่สมัครใจและลงนามยินยอม เข้าร่วมการวิจัย โดยมารับบริการในหอผู้ป่วยสูติกรรมระหว่างเดือน สิงหาคม ถึง ตุลาคม 2564 จำนวน 52 คน การพัฒนาแนวปฏิบัติประยุกต์ตามแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพ แห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การกำหนดประเด็นปัญหา
โดยการประชุมร่วมกันของทีมพัฒนา 14 คน ประกอบด้วย ผู้วิจัย และพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยสูติกรรม จำนวน 13 คน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน

1.1 ขั้นตอนการค้นหาและระบุประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะ Severe preeclampsia โดยศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้น จากการทบทวนเวชระเบียน 3 ปี ย้อนหลัง พ.ศ. 2561-2563 โดยจากการวิเคราะห์ปัญหาดังนี้ 1) อุบัติการณ์เกิดภาวะชัก 2) ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ HELLP syndrome 3) อาการไม่พึงประสงค์จากการให้ยาแมกนีเซียมซัลเฟต โดยขั้นตอนนี้จะได้ปัญหาเพื่อระบุประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข

1.2 กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติฯ จำนวน 14 คน ประกอบด้วย ผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 13 คน

1.3 ทีมพัฒนาร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายและ ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ประกอบด้วย การดำเนินการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 การสืบค้นและประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยและทีม

พัฒนาสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดระยะเวลา ระหว่างปี ค.ศ. 2005 - 2021 และ พ.ศ. 2550 - 2564 คำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่ Hypertensive disorders of pregnancy, preeclampsia, eclampsia, pregnancy induced hypertension, Toxemia of pregnancy, preeclampsia nursing care, eclampsia nursing care, pregnancy induced hypertension, nursing care, nursing practice guideline preeclampsia, nursing practice guideline eclampsia, nursing practice guideline, ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์, ความดันโลหิตสูงหลังคลอด, ครรภ์เป็นพิษ, ภาวะชักขณะตั้งครรภ์ หลังคลอด, โดยการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากแหล่งต่างๆ ดังนี้ MEDLINE, EMBASE, ProQuest, Pub Med, Science Direct, CINAHL ข้อมูลออนไลน์ของสถาบัน หรือองค์กร ได้แก่ www.ahrg.gov, www.cochrance.org, www.rcn.org.uk, www.hcanj.org, www.joannabriggs.edu.au, www.guideline.gov, www.ncbi.nlm.gov/PubMed, www.thailist.com ผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะความดันโลหิตสูงในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด ผู้วิจัยและทีมพัฒนาได้ทำการตรวจสอบสังเคราะห์ที่เกี่ยวข้องกับ วิธีการปฏิบัติทางการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลจำนวน 25 เรื่อง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การคัดเลือกโดยจัดระดับความน่าเชื่อถือ และคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

ระดับ	สาระหลักฐานอ้างอิง(แหล่งวิจัยหรือบทความและตำราเอกสาร)	จำนวน
1	มาจากการทบทวนความรู้งานวิจัยอย่างเป็นระบบ โดยที่งานวิจัยทุกเรื่องที่น่าเข้าทั้งหมด ออกแบบให้มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และมีการสุ่ม	-
2	มาจากการทบทวนความรู้งานวิจัยอย่างเป็นระบบ โดยที่งานวิจัยที่น่าเข้าอย่างน้อย 1 เรื่อง ออกแบบให้มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และมีการสุ่ม (Ferreira et al., 2016; Kanyamura et al., 2018)	2
3.1	มาจากการวิจัยทดลองที่มีกลุ่มควบคุม และมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (พีริยา ทิวทอง, 2552)	1
3.2	มาจากการศึกษาเปรียบเทียบที่มีการควบคุม เช่น การศึกษาไปข้างหน้า หรือการศึกษาแบบกรณีศึกษาย้อนหลัง (วัชร จิตรนาวิ และคณะ, 2560; เปมิกา ใจสมุทร และ สิริยา กิติโยคม, 2560; สิริยา กิติโยคม และ เพ็ญวิมล ศรีทอง, 2561; สิริยา กิติโยคม, 2561; Raney et al., 2019)	5
3.3	มาจากการศึกษาติดตามระยะยาวโดยไม่มีกรทดลอง หรือการศึกษาตามช่วงระยะเวลาที่ไม่มีกลุ่มควบคุม (สิริยา กิติโยคม, 2557; พรศิริ เสนศิริ และคณะ, 2560)	2
4	มาจากผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก เช่น บทความทางวิชาการ การศึกษาเชิงพรรณนา เอกสารตำรา แนวทางปฏิบัติ และกรณีศึกษาเฉพาะราย (WHO, 2011; HDP, 2012; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2011; Department of Reproductive Health and Research, 2012; ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์, 2555; สุภานัน ชัยราช, 2555; ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2558; ACOG, 2015; จันทนา ธรรมธัญญารักษ์, 2563; จิตณัฐฐา สุทธิจันง และคณะ, 2559; รัตนา ค่านปรีดา, 2561; พัชราภรณ์ เจริญชนะกิจ, 2563; สีนวล รัตนวิจิตร, 2560; อรทัย ใจกว้าง, 2554; Silva et al., 2021)	15
สรุป หลักฐานเชิงประจักษ์ตามการจัดระดับคุณภาพและความน่าเชื่อถือ		25

ทีมพัฒนา พิจารณาจัดระดับข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ของหลักฐานโดยยึดตามสถาบันโจแอนนาบริกเกส (Joanna Briggs Institute, 2008) โดยกำหนดข้อเสนอแนะเป็น 2 ระดับคือ A-B ทั้งนี้เมื่อ

ทีมพัฒนาจัดระดับข้อเสนอแนะแนวปฏิบัติทุกข้ออยู่ในระดับ A ซึ่งหมายถึง ข้อเสนอแนะสามารถนำไปปฏิบัติได้ทันทีเป็นที่ยอมรับทางด้านจริยธรรม มีเหตุผลสนับสนุนเพียงพอในการปฏิบัติมาก มีประสิทธิภาพดีเลิศ และได้

พัฒนาแนวทางปฏิบัติทางการในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรงแบ่งเป็น 4 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1 ก่อนรับย้าย หมวดที่ 2 การดูแลภายใน 24 ชั่วโมง แรกหลังคลอด หมวดที่ 3 การดูแลภายหลัง 24 ชั่วโมง และ หมวดที่ 4 การจำหน่ายและการติดตามหลังคลอด

2.2 ทีมพัฒนาร่วมกันยกร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงเพื่อเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ

2.3 นำยกร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง เพื่อตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ประกอบด้วย สูติแพทย์ จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วยผู้มีประสบการณ์ในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จำนวน 4 คน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้ตามข้อเสนอแนะ

2.4 การทดลองใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล (try out) เพื่อดูความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ โดยทดลองกลุ่มที่ใกล้เคียงกับทีมพัฒนา และมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง โดยก่อนนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้จริง ได้จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อทบทวนความรู้ฝึกทักษะ และทำความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลแก่ทีมพัฒนาทั้งหมด 13 คน

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง และแบบประเมินและตรวจสอบการดูแลมารดาหลังคลอด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสังเกตและแบบบันทึกผลลัพธ์ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ จำนวน 6 ข้อ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ นำไปใช้ได้มากที่สุด= 5, นำไปใช้ได้มาก= 4, นำไปใช้ได้ปานกลาง= 3, นำไปใช้น้อย= 2, นำไปใช้น้อยที่สุด= 1 เกณฑ์การแบ่งระดับเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ช่วงคะแนน 1.00-2.33 = ระดับต่ำ, 2.34-3.66 = ระดับปานกลาง และ 3.67-5.00 = ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง จำนวน 18 ข้อหลัก เป็นข้อเลือกบันทึกปฏิบัติ-ไม่ปฏิบัติ

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และประวัติการคลอดของมารดาหลังคลอด จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกการเกิดผลลัพธ์ หลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง โดยติดตามจากแบบประเมิน และตรวจสอบการดูแลมารดาหลังคลอด ได้แก่ ระดับแมกนีเซียมในพลาสมา ภาวะเม็ดเลือดแดงแตก การเพิ่มขึ้นของเอ็นไซม์ตับ เกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 เซลล์/ไมโครลิตร ระดับความดันโลหิต ภาวะน้ำท่วมปอด และภาวะชัก

การตรวจคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา โดยนำเครื่องมือวิจัย และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาจำนวน 5 คน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ดังนี้ แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง เท่ากับ 0.93 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ เท่ากับ 0.93 แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง เท่ากับ 0.87 และแบบบันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาลหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล เท่ากับ 0.93

2. การหาความเชื่อมั่น (reliability) ภายหลังแก้ไขตามข้อเสนอแนะแล้ว นำเครื่องมือทั้งหมด ไปทดลองใช้ในกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็น

พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คน หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้เท่ากับ 0.82

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลนครปฐม เลขที่ COA No. 023/2021 NPH- REC 024/2021 ดำเนินการวิจัยโดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ โดยอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บข้อมูลให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจนเข้าใจ เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยสมัครใจโดยให้ลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม ไม่ได้ระบุตัวบุคคล และข้อมูลต่าง ๆ จะถูกเก็บเป็นความลับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง นำเสนอด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพ

2. ข้อมูลทั่วไป ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อความเป็นไปได้การนำแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ การปฏิบัติตามปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล แจกแจง

ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ที่พัฒนาขึ้นมีทั้งหมด 4 หมวด ดังนี้

หมวดที่ 1 ก่อนรับย้าย ประกอบด้วย 3 ข้อหลัก ได้แก่

1.1 รับแจ้งผู้ป่วยก่อนรับย้าย และแจ้งทีมเพื่อดำเนินการเตรียมความพร้อม ระดับ 4,A

1.2 เตรียมเตียงที่อยู่หน้าเคาน์เตอร์พยาบาล ระดับ 4, A

1.3 การเตรียมอุปกรณ์พร้อมใช้ ระดับ 3.2, A

หมวดที่ 2 การดูแลภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ประกอบด้วย 9 ข้อหลัก ได้แก่

2.1 แรกรับย้ายหัวหน้าเวรตรวจสอบแผนการรักษา ระดับ 4, A

2.2 ประเมินสภาพร่างกาย และสารน้ำต่างๆแรกรับ ระดับ 3.2, A

2.3 ประเมินด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ระดับ 2, A

2.4 อาการผิดปกติที่ต้องแจ้งพยาบาล ระดับ 3.2, A

2.5 ติดตามประเมินทุก 1 ชั่วโมง ระดับ 2, A

2.6 สังเกตและติดตามประเมิน ระดับแมกนีเซียม ระดับ 3.2, A

2.7 ด้านการให้นมแม่โดยใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ระดับ 3.2, A

2.8 การดูแลภาวะแทรกซ้อนอื่นๆอย่างใกล้ชิด 3.2, A

2.9 การดูแลพยาบาลเมื่อมีภาวะชัก ระดับ 2, A

หมวดที่ 3 การดูแลภายหลัง 24 ชั่วโมง ประกอบด้วย 2 ข้อหลัก ได้แก่

3.1 ติดตามประเมินภายหลังหยุดยาแมกนีเซียมซัลเฟต ระดับ 1, A

3.2 ประเมินความพร้อมด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ และแนะนำ ระดับ 3.1, A

หมวดที่ 4 การจำหน่ายและการติดตามหลังคลอด ประกอบด้วย 3 ข้อหลัก ได้แก่

4.1 แนะนำก่อนจำหน่าย ระดับ 3.1, A

4.2 ใบนำส่งและการตรวจวัดความดันโลหิตหลังคลอดทุก 1 สัปดาห์ ระดับ 3.1, A

4.3 ใบนัดตรวจหลังคลอด และติดตามความดันโลหิตสูงเรื้อรังหลังคลอด ระดับ 3.1, A

2. ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้

2.1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ อายุเฉลี่ย 32.07 ปี ($SD = 6.64$) ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 100.00 ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปฏิบัติงานเฉลี่ย 10.00 ปี ($SD = 7.17$) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสูติกรรมเฉลี่ย 8.93 ($SD = 6.01$)

2.2 ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ ต่อความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ($M= 4.29, SD = 0.47$)

รองลงมาคือ ความครอบคลุม ครบถ้วน ($M= 4.14, SD = 0.39$ และความคิดเห็นโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M= 4.11, SD = 0.28$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ จำแนกตามรายชื่อ และ โดยรวม ($n= 14$)

ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้	M	SD	ระดับ
1. รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล	4.07	0.27	สูง
2. ความครอบคลุม ครบถ้วนของแนวปฏิบัติ	4.14	0.39	สูง
3. ความชัดเจนของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล	4.14	0.36	สูง
4. ความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติ	4.00	0.27	สูง
5. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ได้ เหมาะสมและเป็นประโยชน์	4.07	0.27	สูง
6. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล	4.29	0.47	สูง
โดยรวม	4.11	0.28	สูง

3. การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น 4 หมวด ดังนี้

หมวดที่ 1 ก่อนรับย้าย พบว่า ทั้ง 3 ข้อหลักปฏิบัติตามได้ ร้อยละ 100.00 หมวดที่ 2 การดูแลภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด พบ

5 ข้อหลักปฏิบัติตามได้ ร้อยละ 100.00 และ 3 ข้อหลักที่ปฏิบัติตามได้เป็นส่วนใหญ่ หมวดที่ 3 พบ 1 ข้อหลักที่ปฏิบัติตามได้ครบ ร้อยละ 100.00 และ 1 ข้อหลักที่ปฏิบัติตามได้เป็นส่วนใหญ่ หมวดที่ 4 ทั้ง 3 ข้อหลักปฏิบัติตามได้ ร้อยละ 100.00 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอด
ที่มีภาวะความดันโลหิตชนิดรุนแรง จำแนกตาม 4 หมวด (n= 52)

แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
หมวดที่ 1 ก่อนรับย้าย		
1. การรับแจ้งเคสก่อนย้าย และแจ้งทีม	52 (100.00)	0 (0)
2. การแจ้งและเตรียมเตียงหน้าเคาน์เตอร์พยาบาล	52 (100.00)	0 (0)
3. การแจ้งและเตรียมอุปกรณ์	52 (100.00)	0 (0)
หมวดที่ 2 การดูแลภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด		
1. แรกรับย้ายหัวหน้าเวรตรวจสอบแผนการรักษา	52 (100.00)	0 (0)
2. ประเมินสภาพร่างกาย และสารน้ำต่างๆ แรกรับ	51 (98.08)	1 (1.92)
3. ประเมินด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม	49 (94.23)	3 (5.77)
4. อาการผิดปกติที่ต้องแจ้งพยาบาล	52 (100.00)	0 (0)
5. ติดตามประเมินทุก 1 ชั่วโมง	52 (100.00)	0 (0)
6. สังเกต และติดตามระดับแมกนีเซียมในพลาสมา	52 (100.00)	0 (0)
7. แผนการพยาบาลในด้านการให้นมแม่โดยใน 24 ชั่วโมงแรก	50 (96.15)	2 (3.85)
8. ติดตามประเมินเลือดทางช่องคลอดอย่างต่อเนื่อง	52 (100.00)	0 (0)
หมวดที่ 3 การดูแลหลัง 24 ชั่วโมง (ภายหลังหยุดยาแมกนีเซียมลเฟด)		
1. ติดตามประเมินทุก 2 ชั่วโมง	52 (100.00)	0 (0)
2. ประเมินความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม	49 (94.23)	3 (5.77)
หมวดที่ 4 การจำหน่ายและการติดตามหลังคลอด		
1. แนะนำก่อนจำหน่าย	52 (100.00)	0 (0)
2. เขียนใบนำส่งและอธิบายการตรวจความดันโลหิตหลังคลอดทุก 1 สัปดาห์	52 (100.00)	0 (0)
3. เขียนใบนัดและอธิบายความสำคัญของการมาตรวจหลังคลอด 1 เดือน	52 (100.00)	0 (0)

**4. ผลลัพธ์ทางการพยาบาลหลังการใช้
แนวปฏิบัติทางการพยาบาล พบว่า ข้อที่ไม่พบ
ผลลัพธ์การเกิดได้แก่ ระดับแมกนีเซียมซัลเฟต**

ในพลาสมาตั้งแต่ 8.4 มก./ดล. ภาวะเม็ดเลือด
แดงแตก เอ็นไซม์ตับ AST, ALT เพิ่มขึ้น เกือบ
เลือดต่ำกว่า 100,000 เซลล์/ไมโครลิตร

ความดันโลหิตตั้งแต่ 160/110 มม./ปรอท
ภาวะน้ำตาลท่วมปอด และภาวะชั้ ร้อยละ 100

ข้อที่พบผลลัพธ์การเกิดได้แก่ ระดับ
แมกนีเซียมซัลเฟตในพลาสมาต่ำกว่า 4.8 มก./
ดล. จำนวน 1 คนร้อยละ 1.92 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละ การพบผลลัพธ์หลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล (n = 52)

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล	ไม่พบผลลัพธ์		พบผลลัพธ์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ระดับแมกนีเซียมซัลเฟตในพลาสมาต่ำกว่า 4.8 มก./ดล.	51	98.08	1	1.92
2. ระดับแมกนีเซียมซัลเฟตในพลาสมา ตั้งแต่ 8.4 มก./ดล.	52	100.00	0	0
3. ภาวะเม็ดเลือดแดงแตก	52	100.00	0	0
4. เอ็นไซม์ตับ AST, ALT เพิ่มขึ้นจากค่าหลังสุด	52	100.00	0	0
5. เก็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 เซลล์/ไมโครลิตร	52	100.00	0	0
6. ความดันโลหิตตั้งแต่ 160/110 มม./ปรอท	52	100.00	0	0
7. ภาวะน้ำตาลท่วมปอด	52	100.00	0	0
8. ภาวะชั้	52	100.00	0	0

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยอภิปรายผลตาม
วัตถุประสงค์ ดังนี้

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการ
พยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะ
ความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง มีขั้นตอนการ
พัฒนาโดยยึดตามกรอบแนวปฏิบัติทางคลินิก
ของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ
ประเทศออสเตรเลีย (National Health and
Medical Research Council [NHMRC], 1998)
ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ซึ่งผู้วิจัยและพยาบาล
วิชาชีพในหอผู้ป่วยสูติกรรม ร่วมกันเป็นทีม
พัฒนา ดังนี้ 1) การระบุประเด็นปัญหาจาก
ทบทวนปัญหาจากข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี ของ

ภาวะแทรกซ้อนในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะ
ความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง 2) กำหนดทีม
พัฒนา 3) กำหนดวัตถุประสงค์ และผลลัพธ์
4) สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ และนำเสนอใน
ทีมพัฒนาเพื่อร่วมกันประเมิน และกำหนด
คุณภาพเป็น ระดับ 1-4 โดยแนวทางปฏิบัติใน
การดูแลมารดาหลังคลอดแบ่งเป็น 4 หมวด
คือ หมวดที่ 1 ก่อนรับย้าย หมวดที่ 2 การดูแล
ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด หมวดที่ 3 การ
ดูแลภายหลัง 24 ชั่วโมง หมวดที่ 4 การจำหน่าย
และการติดตามหลังคลอด ซึ่งทีมพัฒนาพิจารณา
ระดับของข้อเสนอแนะ ของสถาบันโจแอนนาบ
ริกเกส (JBI, 2008) พบว่า ทุกข้อของแนวปฏิบัติ
ที่พัฒนาขึ้นมีระดับของข้อเสนอแนะในระดับ A

5) การยกร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล 6) การตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ซึ่งผู้เชี่ยวชาญมีข้อเสนอแนะให้ปรับลด แนวทางปฏิบัติบางข้อ เนื่องจากเป็นการปฏิบัติทั่วไปของพยาบาล 7) หลังปรับปรุงแก้ไขแล้ว ทดลองใช้แนวทางปฏิบัติกับกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมายทั้ง 2 กลุ่ม โดยก่อนนำไปใช้จริงในหอผู้ป่วยสูติกรรม ได้จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการหลังจากนั้นจึงนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยใช้เวลา 3 เดือน

2. ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อความเป็นไปได้ในการนำแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ พบว่า ภายหลังจากนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นในระดับสูงทุกข้อ อธิบายได้ว่า เนื่องจากแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ทีมพัฒนาร่วมกันทบทวนปัญหา การสังเคราะห์คุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ ทำให้มีความตระหนักเห็นความสำคัญ เกิดความต้องการพัฒนา และให้ความร่วมมือในการพัฒนาจนได้แนวปฏิบัติที่เหมาะสมตามข้อเสนอแนะ จึงเป็นผลให้ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อความเป็นไปได้ในการนำแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ อยู่ในระดับสูงทุกข้อ สอดคล้องกับการการศึกษาของ จันทนา ธรรมธัญญารักษ์ (2563) พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วไปในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ทีมพัฒนาเป็นพยาบาลวิชาชีพ ร่วมกันประชุมระดมสมองเพื่อกำหนดร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกขึ้น พบว่า ภายหลัง

นำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้ พยาบาลวิชาชีพ มีความคิดเห็นในการนำไปใช้ใน ระดับสูงทั้งหมด

3. การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า จากการบันทึกในแบบสังเกต พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล ทั้ง 4 หมวด ได้ร้อยละ 94.23 -100อธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเป็นอย่างดี เนื่องจากแนวปฏิบัติที่พัฒนามาจากพื้นฐานงานประจำของหน่วยงาน กิจกรรมที่ระบุในสาระสำคัญก็เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำ ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติไม่เกิดความรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงมากเกินไป รวมทั้งได้จัดทำร่างแนวปฏิบัติเป็นรูปเล่มมีคำอธิบายไว้ชัดเจนเป็นทางเลือกในการปฏิบัติตาม ร่วมกับการมีแบบบันทึกที่เป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist) ทำให้ใช้ง่ายและสะดวกต่อการปฏิบัติ ร่วมกับการจัดอบรมเตรียมความพร้อมก่อนนำไปใช้ ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพจึงสามารถปฏิบัติตามได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ซีก และคณะ (Sheikh et al., 20165) ซิลวา และคณะ (Silva et al., 2021) รวมทั้ง รานีย์ และคณะ (Raney et al., 2019) ซึ่งทั้งหมดศึกษาการฝึกอบรมพยาบาล โดยจำลองสถานการณ์ในการดูแลพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ และผู้ที่มีภาวะชัก พบว่า ภายหลังจากอบรมทีมพยาบาล มีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะครรภ์เป็นพิษ และภาวะชัก เพิ่มมากขึ้น

4. ผลลัพธ์ทางการพยาบาลหลังการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ โดยประเมินจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการให้ยาป้องกันภาวะชักที่เกินขนาดการรักษา พบว่า ไม่พบการเกิด อุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงหลังคลอด อธิบายได้ว่า กระบวนการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลครั้งนี้ ทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทำงานที่ผ่านมา เพื่อนำมาวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันมีส่วนร่วมเป็นทีมพัฒนาของผู้ปฏิบัติงานทั้งหมด ซึ่งเปิดโอกาสให้ทุกคนแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ จนสามารถพัฒนาแนวทางปฏิบัติได้ นอกจากนี้การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ช่วยให้พยาบาลทราบถึงหลักการ และสามารถทำงานเป็นขั้นตอนที่ชัดเจน ทำให้ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับภาวะของโรค และปัญหาของผู้ป่วย ดังนั้นเมื่อนำแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ในมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง จึงมีประสิทธิผล โดยไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากภาวะของโรค สอดคล้องกับ พรศิริ เสนศิริ และคณะ (2560) โดยพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ โดยรูปแบบการพัฒนาและการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้เกิดความสำเร็จและนำไปสู่การดูแลอย่างมีคุณภาพ พบว่าเมื่อประเมินประสิทธิผลการนำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้ สามารถส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ดูแลตนเองได้ดีขึ้น ผลลัพธ์ทางการพยาบาลทำให้ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 จากผลการวิจัย ควรนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงที่พัฒนาได้ กำหนดเป็นแนวปฏิบัติเพื่อใช้ในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงในหอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลนครปฐม

1.2 ด้านการทำงานเป็นทีม ควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติโดยการมีส่วนร่วมต่อไป

1.3 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่ช่วยพยาบาลในการตัดสินใจ และให้การดูแลผู้รับบริการที่ครอบคลุม มีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังสะท้อนถึงความชัดเจนในบทบาทของพยาบาล ดังนั้นควรส่งเสริมการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากครั้งนี้เป็นการศึกษานำร่อง ใช้ระยะเวลาในการติดตามผลลัพธ์ 3 เดือน ดังนั้นควรมีการศึกษาเพื่อติดตามประเมินผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงอย่างต่อเนื่อง 1 ปี เพื่อประเมินผลลัพธ์ได้ชัดเจนมากขึ้น หรือศึกษาประสิทธิผลของแนวทางปฏิบัติโดยเปรียบเทียบการใช้แนวปฏิบัติที่ได้พัฒนาขึ้น และการพยาบาลแบบเดิม

ข้อจำกัดในการวิจัย

เนื่องจากการนำแนวทางที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับประชากรซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทราบว่า

กำลังทำการศึกษาวิจัย อาจส่งผลให้ได้ข้อมูลที่คลาดเคลื่อนได้ เช่น ข้อมูลที่ได้จากแบบสังเกต

เอกสารอ้างอิง

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2563). *สถิติสาธารณสุขพ.ศ. 2562*.

นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน.

จิตต์ภูษา สุทธิจ่างง, ศศิกานต์ กาละ และสุริย์พร กฤษเจริญ. (2559). ความต้องการการพยาบาลของ

หญิงตั้งครรภ์ความดันโลหิตสูงขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อก้าวข้ามภาวะวิกฤต. *วารสาร*

พยาบาลสงขลานครินทร์, 56, 132-145.

จันทนา ธรรมธัญญารักษ์. (2563). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการให้ยาระงับ

ความรู้สึกรั่วไปในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มารับการผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาล

นครนายก. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*, 7(1), 41-56.

ระบบฐานข้อมูลเวชระเบียน โรงพยาบาลนครปฐม.

สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2564, จากวิกิพีเดีย

<https://www.nkphospital.go.th>.

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2558).

แนวทางการปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ (Clinical practice guideline management of preeclampsia and eclampsia).

สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2564, จากวิกิพีเดีย <http://www.Med.cmu.ac.th>.

รัตนา ด้านปรีดา. (2561). กรณีศึกษาผู้คลอดเฉพาะราย เรื่อง การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์แฝดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงและผ่าตัดคลอด. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี*, 1(1), 70-89.

วัชร จิตรนาวิ, เบญจศิริ สกุลเทพ, ดวงใจ วุฒิชาน, และบุญญรัตน์ ชุงสุวรรณ. (2560). ผลของการวางแผนก่อนจำหน่ายมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 31(1), 165-170.

ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ (บรรณาธิการ). (2555). *การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 3 (พิมพ์ครั้งที่ 12)*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.

สิรยา กิติโยดม และ เพ็ญวิมลศรีทอง. (2561). ความคลาดเคลื่อนในการรักษาภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. *เวชสารโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา*, 43(2), 153-161.

สินวล รัตนวิจิตร (2560). *การพยาบาลฉุกเฉินในสตรีตั้งครรภ์ที่มีการชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ*. งานประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 9 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.

สุภานัน ชัยราช. (2555). บทบาทพยาบาลกับการพยาบาลมารดาที่มีภาวะชัก ภาวะครรภ์เป็นพิษที่รุนแรงขณะตั้งครรภ์ที่ไม่ครบกำหนด ใน เอกชัย

- โควาวิสารัช, ปัทมา พรหมสนธิ, บุญศรี จันทร์รัชชกุล (บรรณาธิการ) *วิกฤติทางสูติศาสตร์ที่รุนแรง: Sevrer Obstetric Crisis*. กรุงเทพมหานคร: ทรี-ดี สแกน.
- สุพัตรา ศิริโชติยะกุล และธีระ ทองสง. (2555). *ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ ใน ธีระ ทองสง (บรรณาธิการ)*. สูติศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร. ลักษณะมีรุ่ง.
- เปมิกา ใจสมุทร และ สิริยา กิติโยดม (2560) ผลของดัชนีมวลกายสตรีตั้งครรภ์ต่อระดับแมกนีเซียมในเลือดของสตรีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงหลังได้รับการรักษาด้วยแมกนีเซียมซัลเฟต โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 25(3), 159-166.
- พิริยา ทิวทอง. (2552). *ผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลและความรุนแรงของโรคในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องมาจากการตั้งครรภ์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล).
- พรศิริ เสนอศิริ, สุดใจ ศรีสงค์, รัศมีแข พรหมประกาย, เพียงเพ็ญ สร้อยสุวรรณ, และ ขวัญฤดี โกพลรัตน์. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์บุรีรัมย์*, 32(2), 117-129.
- พัชราภรณ์ เขียรนัยชนะกิจ. (2563). การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง: กรณีศึกษา. *วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล*, 33(2), 12-23.
- อรทัย ใจกว้าง. (2554). *การพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อลดความไม่สุขสบายในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง* โรงพยาบาลอุครธานี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น).
- Cunningham, FG., Leveno, KJ., Bloom, SL., Spong, CY., Dashe, JS., Hoffman, BL., Casey, BM., & Sheffield, JS. (2014). *Williams obstetrics (24th ed.)*. New York: McGraw-Hill.
- Department of Reproductive Health and Research. (2012). *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Ferreira MBG, Silveira CF, Silva SR, Souza DJ, Ruiz MT.(2016). Nursing care for women with pre-eclampsia and/or eclampsia: integrative review. *Rev Esc Enferm USP*, 50(2), 320-330.
- Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing & Midwifery.(2008). *Reviewers' manual*. Retrieved from <http://www.joannabriggs.edu.au>.
- HDP CPG Working Group. Association of Ontario Midwives. (2012). *Hypertensive Disorders of Pregnancy*. Retrieved from http://www.aom.on.ca/Health_Care_Professionals/Clinical_Practice_Guidelines/2012 (Clinical Practice Guideline. McKinney, E., James, R., Murray, R., & Ashwill, J. (2009). *Maternal-child nursing (3rd ed.)*. St Louis, MO: Saunders Elsevier.

National Institute for Health and Clinical Excellence.

Hypertension in pregnancy: the management of hypertensive disorder during pregnancy. *NICE clinical guideline*. Retrieved from <http://www.guideline.gov/content.aspx>.

Pillitteri, A. (2013). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family (7th ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Raney, JH, Morgan, MC, Christmas, A, Sterling, M, Spindler, H, Ghosh, R, Gore, A, et al. (2019). Simulation-enhanced nurse mentoring to improve preeclampsia and eclampsia care: an education intervention study in Bihar, India. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(3), 41.

Ross, M. G. (2016). *Eclampsia: Overview, Etiologic and Risk Factors for preeclampsia/ Eclampsia, Multiorgan System Effects*. Medscape Reference Drugs, Diseases & Procedures. *Medscape Reference drugs, Diseases & Procedures*. Retrieved from <http://emedicine.medscape.com>.

Sheikh, S, Qureshi, RN, Khowaja, AR, Salam, R, Vidler, M, Sawchuck, D, Dadelszen, P, et al. (2016).

Health care provider knowledge and routine management of pre-eclampsia in Pakistan. *Reproductive Health*, 13(2), 104.

Silva SCN, Alencar BR, Viduedo AFS, Ribeiro LM, Ponce de Leon CGRM, Schardosim JM. (2021). Management of severe preeclampsia in the puerperium: development and scenario validation for clinical simulation. *Rev Bras Enferm*, 74(6).

WHO. (2011). WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*. Retrieved from www.who.int/reproductivehealth/publications.



คำแนะนำ การส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

พ.ศ. 2561

คำแนะนำ การส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

พ.ศ. 2561

เพื่อให้การจัดทำวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีคุณภาพ คำแนะนำนี้ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 ดังนี้

ผู้ทรงคุณวุฒิ หมายถึง ผู้ที่มีความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญในสาขาวิชานั้นๆ

ผลงานวิชาการที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ หมายถึง ผลงานที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ อย่างน้อย 2 คน ที่มีความเห็นตรงกันว่าเป็นผลงานที่มีคุณภาพ สามารถลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารได้

ผลงานวิชาการที่รับตีพิมพ์ หมายถึง บทความวิจัย บทความวิชาการ หรือ บทความปริทรรศน์

คำแนะนำของการเตรียมบทความ

1. ข้อกำหนดการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี มีดังต่อไปนี้
 - 1.1. เป็นผลงานวิชาการทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษในสาขาการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา
 - 1.2. ผลงานวิชาการต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อน ยกเว้นเป็นผลงานวิชาการที่ได้นำ เสนอในการประชุมทางวิชาการที่ไม่มี Proceedings และผู้เขียนจะต้องไม่ส่งบทความเพื่อไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นในเวลาเดียวกัน
 - 1.3. ผลงานวิชาการจะได้รับการพิจารณาลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควร ไม่น้อยกว่า 2 คน
 - 1.4. กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาการลงตีพิมพ์ในวารสารหลังจากผ่านการประเมินจากโดยผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว
 - 1.5. หากผลงานวิชาการใดได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ เจ้าของผลงานวิชาการจะต้องแก้ไขต้นฉบับให้เสร็จและส่งคืนกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนด มิฉะนั้น จะถือว่าสละสิทธิ์การตีพิมพ์
 - 1.6. ผลงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันใด สถาบันหนึ่ง (เฉพาะวิจัยในมนุษย์)

2. การเตรียมต้นฉบับ บทความวิจัย มีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียน ดังนี้

- 2.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 2.2 บทคัดย่อ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (Abstract)
- 2.3 ชื่อ-สกุล และสถานที่ทำงานของผู้แต่ง (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)
- 2.4 คำสำคัญ (Keywords) ให้ผู้เขียนพิจารณา คำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ
- 2.5 บทนำ เป็นการเขียนความเป็นมาหรือความสำคัญ ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักการวิจัย เขียนให้กระชับ ตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญหรือปัญหาที่ต้องทำการศึกษ
- 2.6 วัตถุประสงค์การวิจัย กระชับและชัดเจน
- 2.7 ระเบียบวิธีการวิจัย เป็นการเขียนอธิบายกระบวนการทำวิจัยตามหลักระเบียบวิธีวิจัยที่มีคุณภาพ โดยมีรายละเอียดพอสังเขปที่แสดงให้เห็นถึงรายละเอียดของกระบวนการ
- 2.8 ผลการวิจัย เป็นการเขียนผลการวิเคราะห์ข้อมูลหรือข้อค้นพบจากการวิจัย หากจะมีการนำเสนอข้อมูลด้วยตาราง ควรออกแบบตารางให้เหมาะสม และให้นำเสนอข้อมูลได้ตารางตามที่จำเป็น การอธิบายข้อมูลควรหลีกเลี่ยงการกล่าวซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง
- 2.9 อภิปรายผล เป็นการแปลความหมายของผลการวิจัย และอธิบายเหตุผลว่าข้อค้นพบหรือสิ่งที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายด้วยหลักการหรือทฤษฎีใดบ้าง ผลการวิจัยสอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลการวิจัยของคนอื่นหรือไม่อย่างไร ทั้งนี้ในการอภิปรายควรสนับสนุนด้วยข้อมูลที่เป็นเหตุเป็นผลและอธิบาย โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์
- 2.10 ข้อเสนอแนะ ในการเขียนข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรเขียนข้อเสนอแนะเพื่อนำผล การวิจัยไปใช้หรือสำหรับการทำวิจัยต่อยอดในอนาคต ทั้งนี้ข้อเสนอแนะควรสืบเนื่องจากข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ ไม่ใช่ข้อเสนอแนะตามหลักการโดยทั่วไป
- 2.11 ในการนำผลงานของผู้อื่นมาใช้ในบทความ ขอให้ผู้เขียนใช้ข้อมูลจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือและทันสมัยไม่เกิน 10 ปี มีการระบุชื่อผู้แต่งและปีพิมพ์ปรากฏอย่างชัดเจน ควรอ้างอิงจากแหล่งหรือเอกสารที่เป็นต้นตอของข้อมูล และบทความใดที่มีการตรวจสอบพบว่าเข้าข่าย Plagiarism จะถูกตัดสิทธิ์ในการพิจารณาลงตีพิมพ์

3. การเตรียมต้นฉบับ บทความปริทัศน์(Review Article) มีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียน ดังนี้

- 3.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
 - 3.2 ชื่อผู้นิพนธ์ทุกคน และสถานที่ทำงาน โดยใช้ภาษาไทย
 - 3.3 บทคัดย่อ (Abstract) ให้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นความเรียงย่อหน้าเดียว
- ประกอบด้วยสาระสังเขปที่สำคัญและครบถ้วน คำสำคัญ (Key words) มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ
- 3.4 บทนำ เป็นการเขียนความสำคัญ ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักของเรื่องที่น่าสนใจ เขียนให้กระชับ ตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญว่าทำไมจึงนำเสนอบทความนี้

3.5 สารประพจน์ในประเด็นต่างๆ ที่ตรงกับชื่อเรื่อง โดยประเด็นที่นำเสนอจะต้องกระชับ ตรงประเด็น ไม่ซ้ำซ้อน

3.6 วิจารณ์ เป็นการสรุปสาระ และแสดงความคิดเห็นของผู้เขียนโดยจะอ้างอิงวรรณกรรม ต่างๆมาเพิ่มเติมหรือไม่ก็ได้

3.7. กิตติกรรมประกาศ (หากมี)

3.8 เอกสารอ้างอิง

4. การอ้างอิงเอกสาร

การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ท้ายบทความ สำหรับแนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิง โดยใช้ระบบของ APA ปี ค.ศ. 2011 รายละเอียดศึกษา จากหนังสือ Publication Manual of the American Psychological Association. มีรายละเอียด ดังนี้

ผู้แต่งเป็นชาวต่างประเทศให้ลงนามสกุลตามด้วยเครื่องหมาย และต่อด้วย อักษรย่อของชื่อต้น และชื่อรอง ดังตัวอย่าง

4.1 หนังสือ

ชื่อผู้พิมพ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์

บุญชม ศรีสะอาด. (2547). *วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่4). กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.

Kosslyn, S. M., & Rosenberg, R. S. (2004). *Psychology: The brain, the person, the world*. (2nd ed.). Essex, England: Pearson Education Limited.

Mussen, P., Rosenzweig, M. R., Aronson, E., Elkind, D., Feshbach, S., Geiwitz, P. J., et al. (1973). *Psychology: An introduction*. Lexington, Mass.: Health.

4.2 วารสาร

ชื่อผู้พิมพ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), หน้า.

เผชิญ กิจระการ และสมนึก กัททิยธนี. (2545). ดัชนีประสิทธิผล (Effectiveness Index : E.I.). *วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 8(1), 30-36.

Klimoski, R., & Palmer, S. (1993). The ADA and the hiring process in organizations. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 45(2), 10-36.

4.3 หนังสือรวมเรื่อง (Book Review)

ชื่อผู้พิมพ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. ใน ชื่อบรรณาธิการ (บรรณาธิการ), ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป, หน้า). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์

ประสม เนื่องเฉลิม. (2549). วิทยาศาสตร์พื้นฐาน: การจัดการเรียนรู้มิติทางวัฒนธรรมท้องถิ่น การบูรณาการ ความรู้พื้นฐานกับการจัดการเรียนรู้วิทยาศาสตร์เพื่อชุมชน : กรณีศึกษาจากแหล่งเรียนรู้ป่าปู้ตา. ใน ฉลาด จันทรสมบัติ (บรรณาธิการ), *ศึกษาศาสตร์วิจัย ประจำปี 2548 – 2549* (หน้า 127 – 140). มหาสารคาม : สารคาม-การพิมพ์-สารคามเปเปอร์

Cooper, J., Mirabile, R., & Scher, S. J. (2005). Actions and attitudes: The theory of cognitive dissonance. In T. C. Brock & M. C. Green (Eds.), *Persuasion: Psychological insights and perspectives* (2nd ed., pp. 63-79). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

4.4 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้พิมพ์. (วันที่ เดือน ปีที่ปรับปรุงล่าสุด). ชื่อเรื่อง. วันที่ทำการสืบค้น, ชื่อฐานข้อมูล สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (3 ธันวาคม 2548). *ธนาคารหลักสูตร*. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2550, จาก

<http://db.onec.go.th/thaigifted/lessonplan/index.php>

Wollman, N. (1999, November 12). *Influencing attitudes and behaviors for social change*. Retrieved July 6, 2005, from

<http://www.radpsynet.org/docs/wollmanattitude.html>

5. โปรดตรวจสอบ ต้นฉบับดูว่า ท่านได้เขียนหัวข้อต่างๆ และให้ข้อมูลครบถ้วน ใช้คำต่างๆถูกต้องตาม พจนานุกรมไทย และอังกฤษ รวมทั้งคำศัพท์ทางวิชาการ และระบบการอ้างอิง ได้ถูกต้อง

6. การตั้งค่าน้ำกระดาษ ให้ตั้งค่าน้ำกระดาษ A4 จัดหน้าให้มีช่องว่างด้านบน 1 นิ้ว ด้านล่าง 1 นิ้ว ด้านซ้าย 1.25 นิ้ว ด้านขวา 1 นิ้ว อักษรที่ใช้ในการพิมพ์ให้ใช้ฟอนต์ Angsana New ขนาด 16 และ single space และมีเนื้อหารวม บทคัดย่อและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 15 หน้า

7. บทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่ส่งมาตีพิมพ์ต้องยังไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ก่อนขอรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ซึ่งหากกองบรรณาธิการวารสารฯ ตรวจสอบว่าบทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่ส่งมาขอตีพิมพ์มีชื่อเดียวกันหรือมีการตีพิมพ์ซ้ำซ้อนกับที่ปรากฏในวารสารอื่นกองบรรณาธิการจะดำเนินการถอดถอนเรื่องของผู้พิมพ์ออกจากการลงตีพิมพ์ของวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรีทันทีที่พบความจริง รวมทั้งถอนรายชื่อของผู้พิมพ์ออกจากส่วนที่เกี่ยวข้องกับวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี และไม่รับบทความวิชาการหรือบทความวิจัยลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรีอีก

8. กรณีที่เป็นบทความวิจัยต้องผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และสัตว์ (Institutional Review Board: IRB) หรือในคน หรือชื่ออื่นที่เกี่ยวข้องโดยระบุชื่อเรื่อง เลขที่อนุมัติ วันอนุมัติ และวันสิ้นสุด การอนุมัติภายในเนื้อหาส่วนที่เป็นการพิทักษ์สิทธิ์ หรือแสดงหลักฐานการพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูลอื่น และแสดงให้เห็นว่าได้รับการยินยอมจากตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูลในการเข้าร่วมการวิจัยและให้แนบไฟล์เอกสารอนุมัติ IRB และเอกสารที่เกี่ยวข้อง ในรูปแบบของ pdf ไฟล์

9. ผลงานทางวิชาการทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ผู้พิมพ์จะได้รับวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี 1 ฉบับ ในกรณีที่ผู้พิมพ์ต้องการประสงค์จะซื้อเพิ่มเป็นรายฉบับ ราคาฉบับละ 100 บาท

10. การส่งต้นฉบับ ให้ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

10.1 ส่งต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัย มาที่ netiya12@gmail.com, netiya@snc.ac.th

10.2 เมื่อบทความผ่านประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจะมีหนังสือแจ้งจากกองบรรณาธิการวารสารให้ผู้เขียนดำเนินการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

10.3 โดยมีค่าธรรมเนียมตีพิมพ์ 2,500 บาท

สมาชิกหรือผู้อ่านท่านใดประสงค์จะขอข้อมูลหรือรายละเอียดเพิ่มเติม โปรดติดต่อกองบรรณาธิการ ได้
ดังนี้

กองบรรณาธิการวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี

118 หมู่ 1 ตำบลสนามชัย อำเภอเมือง

จังหวัดสุพรรณบุรี รหัสไปรษณีย์ 72000

โทรศัพท์ 0-35-535250 ต่อ 5206 , 2105 โทรสาร 0-35-535251

มือถือ 095-4591161 E-mail : netiya12@gmail.com, netiya@snc.ac.th

