

The Journal of Boromarajonani 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.จรรวธรรม สอนองญาติ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

2.นางขวัญฤทัย พันธุ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

3.นางเรวดี โพธิ์รัง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

4.ดร.สมชาย ชัยจันทร์

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

5.ดร.เมทนี ระดาบุตร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

6.ดร.จักรกฤษณ์ สิริริน

ผู้อำนวยการ สำนักงานการศึกษา ฝึกอบรมและให้คำปรึกษา

สถานประกอบการ สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น)

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้พิจารณาและกรั่นกรองผลงานวิชาการ

1. รศ.ดร.สมใจ

พุทธาพิทักษ์ผล

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมศาสตร์

2. รศ.ดร.วันเพ็ญ

แก้วปาน

มหาวิทยาลัยมหิดล

3. รศ.ดร.พร้อมพิไล

บัวสุวรรณ

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

4. รศ.ดร.พิมพ์สุราง

เดชะบุญเสริมศักดิ์

มหาวิทยาลัยมหิดล

5. ผศ.ดร.ยุวดี

ลีลักษณ์วีระ

มหาวิทยาลัยบูรพา

6. ดร.พรชัย

จุลเมตต์

มหาวิทยาลัยบูรพา

7. ผศ.ดร.สาโรจน์

เพชรเมธี

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

8. ผศ.ดร.วรรณวิ

เนียมสกุล

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

9. ดร.สมชาย

ชัยจันทร์

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

10. ดร.จักรกฤษณ์

สิริริน

ผู้อำนวยการ สำนักงานการศึกษา ฝึกอบรมและให้

คำปรึกษาสถานประกอบการ สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น)

11. ดร.ภาวดี	เหมทานนท์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
12. ดร.จามจุรี	แซ่หลู่	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
13. ดร.จุฬารัตน์	ห้าวหาญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
14. ดร.ชูศักดิ์	ยืนนาน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
15. ดร.บุศริน	เอี้ยวสีหยก	วิทยาลัยพยาบาล พระปกเกล้า จันทบุรี
16. ดร.เมทนี	ระดาบุตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
17. ดร.ทักษิภา	ชัชวรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
18. ดร.สุภาวดี	นพรุจจินดา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
19. ดร.สุติกาญจน์	ฉัตรรุ่ง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
20. ดร.จิรพรรณ	โพธิ์ทอง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
21. รอ.หญิง ดร.จรูญลักษณ์ ป้องเจริญ		วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
22. ดร.อาคม	โพธิ์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
23. ดร.ลักขณา	ศิริถิกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
24. ดร.บุญส่ง	สุประดิษฐ์	ราชวิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์

เจ้าของ

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

ฝ่ายจัดการ

1. นางสาวเกศสรา ศีคำ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
2. 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 5 ฉบับที่ 1 มีบทความวิชาการ 2 เรื่อง บทความวิจัย 8 เรื่อง เป็นผลงานการศึกษาจากผู้ปฏิบัติจริงที่ต้องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับประโยชน์สูงสุด ซึ่งมีคุณค่าทางวิชาการเป็นอย่างยิ่ง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ทางการศึกษา การดูแลผู้รับบริการ และการพัฒนาองค์กร

วารสารฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือจากหลายฝ่าย คือคณะที่ปรึกษาวารสาร คณะทำงานวารสาร ผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณาปรับปรุงแก้ไขบทความให้มีความสมบูรณ์ ขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

กองบรรณาธิการหวังว่าวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ทางวิชาการสำหรับผู้อ่านทุกท่าน หากท่านมีข้อเสนอแนะประการใด กองบรรณาธิการยินดีน้อมรับคำแนะนำ เพื่อจะนำไปปรับปรุงและพัฒนาวารสารให้มีมาตรฐานยิ่งขึ้นต่อไป

ดร.เนติยา แจ่มทิม

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
การปฏิบัติการพยาบาล: การเสริมสร้างความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาของอาจารย์พยาบาล :นางณภัทร รุ่งเนย, จันทร์จิรา สีสว่าง, เพ็ญแข คิชฐบรรจง, เพชรรุ่ง เดชบุญญจิตต์, ภคพร กลิ่นหอม และสาริศา อัครกุลพิชา	6
การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง: การนำมาประยุกต์ใช้ในการสอนทางการพยาบาล :ศิริพร ชูเดจือจิน, สุดารัตน์ วุฒิสักดิ์ไพศาล และวรางคณา คุ่มสุขุม	17
ผลของโปรแกรมกลุ่มเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	32
:เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์, สุนทรี ชะชาตย์, สุพัตรา จันทร์สุวรรณ และปวีดา โพธิ์ทอง	
การรายงานอุบัติการณ์เข็มทิ่มตำ การบาดเจ็บจากของมีคมและสัมผัสสารคัดหลั่ง ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี	49
:รุ่งทิพย์ ไชยโยียงยงค์, พชรินทร์ วิหคหาญ และกนกวรรณ ศิริพรรณ	
ความสุขและคุณภาพชีวิตในสถานการณ์โรคระบาดโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี	67
:สุรินทร์ มีลาภสัน และเขาวลัษณ์ มีบุญมาก	
ผลของการประคบร้อนร่วมกับประคบเย็นและการนวดหลังต่อความเจ็บปวดและพฤติกรรม การเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรก	79
:พิมพ์พรรณ จิราสุคนธ์ และพัชรินทร์ วิริยะศิริสกุล	
ผลของบทเรียนออนไลน์เรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็กต่อความรู้และทัศนคติของประชาชน :นฤมล เอกธรรมสุทธิ์, สิริรักษ์ เจริญศรีเมือง, ทับทิม ปัตตะพงศ์, ชลลดา คิยะวิสุทธิศรี, รุ่งทิวา หวังเรืองสถิตย์, สาวิตรี ลิ้มกมลทิพย์ และธิดิรัตน์ ราศรี	97
การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยมะเร็ง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	113
:วรรณภา พุกกะวัน, อรชร กันจัน๊ะ, ประไพศรี ปัญญาอินแก้ว, เสาวณีย์ ฤดี และเขาวภา พรเวียง	
ประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพด้านครอบครัว เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา	130
:ธนบดี โจทย์กั้ง	

สารบัญ(ต่อ)

เรื่อง	หน้า
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตการทำงานต่อประสิทธิภาพ การปฏิบัติตามมาตรการรพยบาลปลอดภัยของพนักงานขับรถพยาบาลในจังหวัดสุพรรณบุรี : กัมปนาท มาลัยศรี	142

การปฏิบัติการพยาบาล: การเสริมสร้างความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาของอาจารย์พยาบาล

นางนภัทร รุ่งเนย, ค.ด.* จันทร์จิรา สีสว่าง, พย.ด., ** เพ็ญแข ดิษฐบรรจง, พย.ม.*
เพชรรุ่ง เชนบุญญจิตต์, พย.ม.* ภคพร กลิ่นหอม, พย.ม.* และสาริศา อัครกุลพิชา, พย.บ.***

บทคัดย่อ

การพยาบาลเป็นศาสตร์ของการปฏิบัติ การปฏิบัติการพยาบาลเป็นบทบาทสำคัญประการหนึ่งของอาจารย์พยาบาลที่ต้องปฏิบัติร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อแสดงถึงความเป็นวิชาชีพและพัฒนาความเชี่ยวชาญในสาขาวิชาของตนเอง เป็นการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติทางคลินิกของอาจารย์ตามขอบเขตที่สภาการพยาบาลกำหนด สามารถปฏิบัติในลักษณะของผู้ปฏิบัติการพยาบาล การสอน การให้คำปรึกษา การวิจัย และการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายที่ตนเองสนใจหรือมีความเชี่ยวชาญ ซึ่งจะช่วยพัฒนาผลลัพธ์ทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้เกิดเครือข่ายความร่วมมือในการดูแลสุขภาพ และลดช่องว่างระหว่างทฤษฎีและการปฏิบัติได้เพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การปฏิบัติการพยาบาล ความเชี่ยวชาญ อาจารย์พยาบาล

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน), ** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดเจ้าสำราญ

E-mail: nongnaphat@pckpb.ac.th

Nursing faculty practice: developing expertise in specialty areas of nursing instructors.

Nongnaphat Rungnoei, Ph.D., Junjira Srisawang, Ph.D.

Penkhae Dithabunjong, M.S.N. , Petchrung Dechboonyachit, M.S.N.

Pakaporn Klinkhom, M.S.N. & Sarisa Aukrakhunphicha, B.S.N.

Abstract

Nursing is practical science. Nursing faculty practice is one of the important roles of nursing instructors working with a multidisciplinary team. The goals of doing faculty practice are to demonstrate professionalism and to develop expertise in their specialty areas. It can improve the nursing competencies of nursing instructors identified by Thailand Nursing and Midwifery Council. These practices are included a nursing clinical practicing, teaching, counseling, doing research, and service system management among specific target populations or areas of interest. It will improve clinical outcomes, enhance network of care, and bridge the gaps between theories and practices.

Keywords: faculty practice expertise nursing instructor

บทนำ

วิชาชีพ (Profession) หมายถึง อาชีพที่มีการศึกษาหรือฝึกอบรมเป็นระยะเวลานานในระดับอุดมศึกษา โดยมีค่านิยมและจรรยาบรรณ โดยเฉพาะ มีอิสระในการทำงานและยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพ (Catalano, 2019; Black, 2019; Chitty, & Black, 2014) ลักษณะสำคัญที่แสดงความเป็นวิชาชีพ (Professionalism) คือ มีการวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ที่เป็นศาสตร์เฉพาะสาขา การให้บริการแก่สังคม มีการศึกษาต่อเนื่องเพื่อพัฒนาสมรรถนะของตนเองอยู่เสมอ และสามารถตัดสินใจปฏิบัติตามขอบเขตของกฎหมายและจรรยาบรรณ โดยมีความเป็นเอกสิทธิ์หรืออิสระในการปฏิบัติ (Autonomy) (Leddy & Pepper, 2014; Miller, 1988) จากความหมายและลักษณะความเป็นวิชาชีพดังกล่าว อาชีพพยาบาลถือเป็นวิชาชีพหนึ่งเนื่องจากการศึกษาในระดับอุดมศึกษา มีองค์ความรู้ที่เป็นศาสตร์ทางการพยาบาล มีอิสระในการปฏิบัติการพยาบาลตามขอบเขตและจรรยาบรรณวิชาชีพ และมีบทบาทในการบริการด้านสุขภาพต่อบุคคล ครอบครัวและชุมชน ซึ่งควรมีการพัฒนาองค์ความรู้และคุณภาพบริการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เมื่อพิจารณาสถานการณ์ปัจจุบันพบว่า มีความก้าวหน้าทางวิทยาการและเทคโนโลยีด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีอุบัติการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคอุบัติใหม่และโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างมาก (McArthur, 2019; Milani, Bober, & Lavie, 2016) ทำให้มีความต้องการการดูแลสุขภาพที่ซับซ้อนเพิ่มขึ้น อาจารย์พยาบาลในฐานะนักวิชาการจึงควรมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเป็นที่พึ่งพาทางวิชาการของบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพ นอกเหนือจากบทบาทในด้านการสอน การวิจัยและบริการวิชาการแก่สังคมตามพันธกิจของสถาบันอุดมศึกษา การปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (Faculty practice) ของอาจารย์พยาบาล โดยพัฒนาคุณภาพบริการและระบบบริการสุขภาพร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ นับเป็นการเชื่อมโยงความรู้สู่การปฏิบัติและสร้างเครือข่ายความร่วมมือที่ดีกับหน่วยบริการสุขภาพในการดูแลผู้ใช้บริการ (Miller, 1997) ซึ่งจะช่วยให้เกิดการพัฒนาคูณภาพของการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และนำไปสู่การพัฒนาความเชี่ยวชาญในสาขาเฉพาะของอาจารย์พยาบาล ทำให้เกิดการยอมรับในวิชาชีพและช่วยให้เกิดการพัฒนาคูณภาพการบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น

ความจำเป็นของการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาล (Faculty practice) หมายถึง เป็นการนำความเชี่ยวชาญของอาจารย์พยาบาลไปให้บริการผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นรายบุคคล ครอบครัว กลุ่ม และชุมชน เพื่อเพิ่มพูนความเชี่ยวชาญทางการพยาบาลของตนเองอย่างต่อเนื่อง (สภาการพยาบาล, 2563) เป็นการพัฒนาความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติทางคลินิกและต้องมีความเชื่อมโยงระหว่างการสอน การวิจัย การปฏิบัติการพยาบาล และการบริการวิชาการ เพื่อพัฒนาความเป็นวิชาชีพที่ได้รับการยอมรับ (Taylor, 1996)

ศิริอร สีนธู (2564) กล่าวถึงการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาลว่าหมายถึง การปฏิบัติภาระกิจการบริการวิชาการเพื่อให้บริการการพยาบาลตามความเชี่ยวชาญของอาจารย์ สภาการพยาบาล (2562) ได้กำหนดข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยหลักเกณฑ์การรับรองสถาบันการศึกษาวิชาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2562 ว่า สถาบันการศึกษาต้องวางแผนและพัฒนาอาจารย์ทั้งจำนวน คุณวุฒิ ตำแหน่งทางวิชาการ พัฒนาอาจารย์ทั้งด้านวิชาการและวิชาชีพ รวมถึงการพัฒนาความเชี่ยวชาญทางคลินิก และในคู่มือการรับรอง

สถาบันการศึกษาวิชาการพยาบาลและการผดุงครรภ์กำหนดว่าตั้งแต่ปีการศึกษา 2563 เป็นต้นไป อาจารย์ต้องมีแผนการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์ การดำเนินการตามแผนและมีการกำกับติดตามให้ชัดเจน กำหนดเกณฑ์จำนวนชั่วโมงที่ปฏิบัติการพยาบาลในสาขาวิชาที่รับผิดชอบ อย่างน้อย 80 ชั่วโมงต่อปีการศึกษา โดยมีลักษณะที่สำคัญ ดังนี้ (สภาการพยาบาล, 2563)

1. มีจุดมุ่งหมายสำคัญ (Primary focus) ที่การดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ
2. มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มพูนหรือแสดงความเชี่ยวชาญทางการพยาบาล

จากปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนของประชาชนซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นในทุกเพศ ทุกวัย ทำให้ต้องการการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพและความเชี่ยวชาญที่หลากหลายสาขา (Marsilio, Torbica, & Villa, 2017) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นทางคลินิกที่ต้องการทีมสุขภาพที่มีศักยภาพสูง เพื่อลดช่องว่างระหว่างทฤษฎีและการปฏิบัติ (Budden, 1994) การปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์จึงเป็นสิ่งสำคัญ (Akram, Mohamad, & Akram, 2018) ในขณะเดียวกันการดำเนินงานตามพันธกิจของสถาบันอุดมศึกษาของอาจารย์พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญในทางวิชาการและการปฏิบัติ จากการศึกษาพบว่า การที่อาจารย์มีการปฏิบัติทางคลินิกอย่างสม่ำเสมอ ทำให้มีสมรรถนะในการสอนและถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์แก่ผู้เรียนได้ดีขึ้น (Good & Schubert, 2001; Krafft, 1998) อาจารย์พยาบาลจึงต้องปฏิบัติบทบาทหน้าที่ในฐานะผู้มีความเชี่ยวชาญในสาขาเฉพาะ มีการบูรณาการความเป็นนักวิชาการ ทั้งการเรียนการสอน การวิจัยและการปฏิบัติการพยาบาล (Bosold & Darnell, 2012) เพื่อแสดงให้เห็นความเชี่ยวชาญของอาจารย์ในสาขานั้นๆ และนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการศึกษาและการดูแลสุขภาพประชาชน

แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาของอาจารย์พยาบาล

แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาของอาจารย์พยาบาล สามารถปฏิบัติได้โดยตรงทั้งในคลินิก ชุมชนหรือเป็นที่ปรึกษาในหน่วยงานต่างๆ สามารถดำเนินการได้หลากหลายรูปแบบ อรสา พันธุ์พักดี และคณะ (2553) ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการศึกษาและการพัฒนาอาจารย์เพื่อผลิตพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในประเทศไทย พบว่า การพัฒนาความเชี่ยวชาญของอาจารย์พยาบาลปฏิบัติได้หลายวิธีการ เช่น การดูแลผู้ป่วยโดยตรงซึ่งปฏิบัติเองหรือปฏิบัติร่วมกับพยาบาลหรือแพทย์ ดำเนินโครงการร่วมกับแหล่งฝึกหรือชุมชน เป็นที่ปรึกษาในหน่วยงาน หรือพัฒนารูปแบบบริการในลักษณะการวิจัย และการร่วมทำ case conference เป็นต้น

ศิริอร สีนทุ (2564) เสนอแนวทางปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาล โดยให้กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน ใช้ความเป็นผู้เชี่ยวชาญของอาจารย์ในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มโรคเฉพาะโรค มีตารางเวลาการปฏิบัติงานที่ชัดเจน มีความเป็นประจำและต่อเนื่อง มีข้อตกลงระหว่างสถาบันการศึกษาและหน่วยบริการ ควรมีการต่อยอดพัฒนาเป็นงานวิจัยและพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เผยแพร่เป็นแนวทางด้านทักษะความเชี่ยวชาญทางการพยาบาลซึ่งอาจเป็นภารกิจที่ปฏิบัติพร้อมกับการฝึกอบรมเฉพาะทางหรือบัณฑิตศึกษาในสาขาที่เชี่ยวชาญ จากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์ของผู้เขียนสามารถสรุปแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาลได้ดังนี้

1. การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโดยตรงในกลุ่มเป้าหมายที่อาจารย์สนใจและมีความเชี่ยวชาญ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยหรือครอบครัวโดยตรง อาจารย์สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยในขณะที่ปฏิบัติการพยาบาล อาจปฏิบัติอย่างน้อย 1 วันต่อสัปดาห์ ทั้งในแหล่งฝึกภาคปฏิบัติหรือคลินิกอื่น รวมทั้งการปฏิบัติงานบริการวิชาการในหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ของมูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.) ซึ่งอาจารย์มีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ผู้เขียนในฐานะอาจารย์พยาบาลได้ร่วมปฏิบัติงานในหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอ.สว. ซึ่งเป็นการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยวางแผนร่วมกันทำงานในฐานะทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการจัดทำปฏิทินการเยี่ยมบ้านและร่วมประชุมปรึกษาหารือเยี่ยมบ้าน พร้อมทั้งติดตามผลลัพธ์การดูแลสุขภาพ พบว่าในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ทั้งแพทย์ พยาบาล เกษตรกร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และองค์กรท้องถิ่น เช่น นักพัฒนาชุมชน พัฒนาสังคม นับเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยขับเคลื่อนการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะในรายที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน และอาจารย์พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้คำปรึกษาและข้อชี้แนะในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว

2. เป็นผู้นำหรือผู้ร่วมทีมในการผลิตผลงานวิจัยเพื่อพัฒนาภาวะสุขภาพหรือระบบบริการสุขภาพ จากการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านในชุมชนทำให้อาจารย์พบปัญหาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนมาก ดังนั้นบทบาทของอาจารย์พยาบาลจึงได้ร่วมผลิตผลงานวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นาร่องต้นแบบ จังหวัดเพชรบุรี ทำให้ได้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและสามารถนำรูปแบบไปขยายผลใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ (สุกัญญา ปวงนิม, นงนภัทร รุ่งเนย และอุไรรัชต์ บุญแท้, 2562)

3. จัดทำโครงการบริการวิชาการแก่สังคมร่วมกับหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน โดยศึกษาข้อมูลปัญหาความต้องการของชุมชนและให้หน่วยบริการสุขภาพร่วมกับภาคีเครือข่าย จากการที่ผู้เขียนมีส่วนร่วมในการจัดทำโครงการเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในชุมชนเป้าหมายที่รับผิดชอบของวิทยาลัย พบว่า อาจารย์พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในขณะที่เยี่ยมบ้าน และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้เพิ่มขึ้น

4. การเป็นที่ปรึกษาวิจัยหรือที่ปรึกษาของหน่วยบริการสุขภาพ จากประสบการณ์ของผู้เขียนพบว่าอาจารย์พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเป็นที่ปรึกษาทั้งด้านการวิจัยและการปฏิบัติงาน ดังตัวอย่างต่อไปนี้ อาจารย์ท่านหนึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตและได้รับเชิญเป็นที่ปรึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจ หรือในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุซึ่งต้องอาศัยองค์ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในการจัดกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ มีอาจารย์ได้รับเชิญให้เป็นผู้ดำเนินการจัดกิจกรรมและเป็นที่ปรึกษาในการดำเนินโครงการ โรงเรียนผู้สูงอายุ และสำหรับอาจารย์พยาบาลที่เป็นผู้บริหารระดับสูง เช่น คณบดีหรือตำแหน่งอื่นที่เทียบเท่า อาจทำหน้าที่ในการให้คำปรึกษาแก่บุคลากรในองค์กร (สภาการพยาบาล, 2563)

ตัวอย่างการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

จากการปฏิบัติกิจกรรมการบริการวิชาการในหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอสว. ซึ่งเป็นการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง วิทยาลัยพยาบาลได้จัดทีมอาจารย์พยาบาลในการร่วมกิจกรรมเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องตามปฏิทินการเยี่ยมบ้านของสำนักงานสาธารณสุข โดยจัดอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยทั้งในด้านการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) การพยาบาลผู้ป่วยประสาทวิทยาและประสาทศัลยศาสตร์ และการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) เพื่อร่วมปฏิบัติงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ พบตัวอย่างกรณีศึกษาที่น่าสนใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผลลัพธ์จากการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1

ผู้ป่วยสูงอายุ สัญชาติไทย อายุ 69 ปี มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวานและมีภาวะไขมันในเลือดสูง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

6 เดือนก่อน ผู้ป่วยมีอาการเป็นไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะขุ่นไปนอนโรงพยาบาลด้วยโรคกรวยไตอักเสบเฉียบพลัน 1 สัปดาห์ หลังจากกลับมาจากโรงพยาบาลผู้ป่วยยังรู้สึกอ่อนเพลียตลอด ยังไปประกอบอาชีพไม่ได้

5 เดือนก่อน ผู้ป่วยมีอาการมีไข้ ชัด คลื่นไส้ อาเจียน เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ด้วยภาวะโรคโลหิตจางจากมีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน ตั้งแต่กลับมาจากโรงพยาบาลผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อยอ่อนเพลีย เดินไม่ได้ ญาติต้องอยู่ดูแล ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วย Barthel ADL index ได้ 9 คะแนน อยู่ในระดับภาวะพึ่งพาปานกลาง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธไม่แพ้ยาแพ้อาหาร

ประวัติครอบครัว ผู้ป่วยสถานภาพหย่าร้าง เป็นครอบครัวเดี่ยว อาศัยน้องสาว น้องสาวเป็นผู้ดูแลหลักฐานะของครอบครัวค่อนข้างยากจน มีรายได้น้อย อาศัยอยู่ในบ้านซึ่งเป็นบ้านส่วนตัวแต่บ้านตั้งอยู่ในพื้นที่ของบุคคลอื่น ต้องอาศัยน้ำและไฟฟ้าจากบ้านอื่น ซึ่งต้องเสียค่าเช่าและค่าใช้จ่ายให้เดือนละ 200 บาท น้องสาวเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยดี ยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตและการจัดอาหารที่เหมาะสมกับโรค

การประเมินสภาพและอาการปัจจุบัน รูปร่างสมส่วน ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ทำทางอ่อนเพลีย เชื้อบูดาซิด ผิวน้ำก่อนข้างแห้ง รับรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับการเลือกอาหารที่เหมาะสมกับโรค น้องสาวเป็นผู้ซื้ออาหารรับประทานให้รับประทาน ระดับน้ำตาลในเลือด 200-250 mg/dl อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ชีพจร 76 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 150/82 mmHg

รายการปัญหา (Problem lists)

1. มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
2. ปฏิบัติตนในการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง
3. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหกล้ม
4. มีประวัติโรคเรื้อรัง (NCD) : โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและมีภาวะไขมันในเลือดสูง
5. มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาต่อเนื่อง
6. สภาพบ้านเรือนต้องอาศัยน้ำและไฟฟ้าจากบ้านเรือนอื่น

การดูแลช่วยเหลือร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

1. ประเมินสภาพปัญหาความต้องการและเน้นให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ลดอาหารหวาน มัน เค็ม และแนะนำญาติผู้ดูแลในการเลือกชนิดของอาหาร และการจัดสรรสัดส่วนที่เหมาะสม การรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก และรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก เช่น เนื้อสัตว์ ปลา ผักใบเขียว ถั่ว เป็นต้น

2. แนะนำและแลกเปลี่ยนกับพยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. ในการส่งเสริมภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จากการทำอาจารย์พยาบาลมีประสบการณ์และความรู้เกี่ยวกับการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้สามารถให้ข้อชี้แนะพยาบาลวิชาชีพในการส่งเสริมโภชนาการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

3. ประสานงานกับสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) และองค์การบริหารส่วนตำบลในการขออนุญาตติดตั้งมิเตอร์น้ำประปาและไฟฟ้า และหาช่องทางในการช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายเรื่องน้ำประปาและไฟฟ้า และการเดินทางในการไปรับการรักษา

4. ดูแลป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ เช่น ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเพิ่มไฟฟ้าในจุดที่แสงสว่างไม่ค่อยเข้าถึงให้เพียงพอ และแนะนำการจัดของใช้ภายในบ้านให้เป็นระเบียบเรียบร้อย พร้อมทั้งแนะนำการออกกำลังกายเบาๆ เป็นประจำ เช่น การแกว่งแขนและขา การยืนย่ำเท้าอยู่กับที่หรือกอดอกแล้วยืนขึ้นโดยไม่ใช้มือยันช่วย เป็นการฝึกเพื่อให้มีการทรงตัวที่ดี

5. ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและบอกปัญหาความต้องการของตนเอง

ผลลัพธ์จากการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพโดยการติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่า จากการที่อาจารย์พยาบาลแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการให้คำแนะนำพยาบาลในการส่งเสริมภาวะโภชนาการสำหรับผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ลดอาหารหวาน มัน เค็ม และญาติผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญและสามารถเลือกชนิดของอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยได้ มีการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก เช่น เนื้อสัตว์ ปลา ผักใบเขียวเพิ่มขึ้น หลังจากติดตามต่อเนื่องภายใน 6 เดือน พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอยู่ในช่วง 130-140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 78 ปี โรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดสมองแตก อาศัยอยู่กับบุตรชายซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในช่วงกลางคืน ส่วนกลางวันจะมีบุตรสาวเป็นผู้ดูแล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน: ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงมา 8 ปี รับประทานยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง แต่ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และไม่รักษาต่อเนื่อง เนื่องจากญาติและผู้ป่วยไม่สะดวกมารับยาตามนัด หลังจากนั้น 3 ปีก่อนการไปเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยมีอาการแขนขาข้างขวาอ่อนแรง แพทย์วินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ซึ่งผู้ป่วยยังสามารถเดินได้เองโดยใช้ไม้ค้ำยัน แต่หลังจากนั้นผู้ป่วยไม่รักษาต่อเนื่องและไม่ได้รับประทานยา และ 1 เดือนก่อน ผู้ป่วยซึมลง แขนขาข้างขวาอ่อนแรง มีอาการอยู่ 3 วัน ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลชุมชน และถูกส่งตัวไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไป แพทย์วินิจฉัยว่าโรคหลอดเลือดสมองแตก

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ไม่มีประวัติบิดามารดาเรื่องโรคเรื้อรัง บุตรสาวที่ดูแลผู้ป่วยมีประวัติความดันโลหิตสูง มีรายได้จากการได้รับเบี้ยยังชีพผู้พิการและเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ รวม 1,500 บาท

การประเมินสภาพและอาการปัจจุบัน: หญิงไทย รูปร่างผอม รู้สึกตัวดี E4V1M6 ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ผิวหนังแห้ง แขนขาขวาและขาซ้ายอ่อนแรง แขนซ้ายมีกำลังกล้ามเนื้อ grade 4 รับประทานอาหารทางสายยาง โดยญาติเป็นผู้ให้อาหารทางสายยาง อาหารที่รับประทานเป็นโจ๊กผสมอาหารผงสำเร็จ วันละ 3 มื้อ มีแผลถลอกที่ก้น ขับถ่ายโดยการใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป

รายการปัญหา (Problem lists)

1. Hypertension with stroke และรับประทานไม่ต่อเนื่อง
2. แผลกดทับ
3. ทุพโภชนาการ
4. ข้อติดแข็ง
5. กล้ามเนื้อลีบและปลายเท้าตก
6. ผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง

การดูแลช่วยเหลือร่วมกับสหวิชาชีพ

1. ประเมินสภาพปัญหาความต้องการและเน้นญาติผู้ดูแลให้เข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

2. ร่วมกับนักกายภาพบำบัดในการสอนการทำ passive exercise แก่ญาติผู้ดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับ ภาวะข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบและปลายเท้าตก และแนะนำการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง

3. ให้คำแนะนำและแลกเปลี่ยนความรู้กับพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เกี่ยวกับการใช้นวัตกรรมเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น บาร์โหนสำหรับผู้ป่วย และเสนอแนะวิธีการดูแล

เพื่อรักษาและลดการเกิดแผลกดทับ นอกจากนี้ได้ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนในการจัดสรรที่นอนลมเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

1. แนะนำญาติให้จัดอาหารสำหรับผู้ป่วยรับประทานให้หลากหลายและเพิ่มปริมาณสารอาหารให้เพียงพอตามความต้องการ เช่น การปั่นไข่ขาวร่วมกับอาหารที่ให้กับผู้ป่วยทางสายยางเพื่อส่งเสริมการหายของแผล
2. ทบทวนการดูแลสุขวิทยาทั่วไป เช่น แนะนำให้ตัดเล็บให้สั้น ทาครีมบริเวณผิวหนังที่แห้ง และการแปรงฟัน ถูปาก เป็นต้น และแนะนำการใช้โลชั่นหรือวาสลีนทาผิวหนังผู้ป่วย ช่วยลดอาการคันและเพิ่มความชุ่มชื้น
3. แนะนำญาติเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง เช่น การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การไปตรวจตามนัด การควบคุมน้ำหนัก พร้อมทั้งให้กำลังใจญาติในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ผลลัพธ์จากการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพโดยการติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่า การที่อาจารย์พยาบาลแนะนำการใช้นวัตกรรมบาร์โหนดสำหรับผู้ป่วย ทำให้ญาติสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังของกล้ามเนื้อดีขึ้น แผลกดทับบริเวณก้นมีขนาดลดลง ส่วนญาติผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง ควบคุมอาหารและออกกำลังกายได้เพิ่มขึ้น

จากกรณีศึกษาทั้งสองราย อาจารย์พยาบาลได้ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการเยี่ยมบ้านตามโครงการหน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่ พอ.สว. และได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการประชุมปรึกษาเพื่อวางแผนการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งได้มีส่วนเสนอแนะการดูแลที่สำคัญรวมทั้งวิเคราะห์ค้นหาสาเหตุของปัญหาขณะเยี่ยมบ้าน และเสนอแนะกิจกรรมที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและส่งเสริมการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพตระหนักถึงความสำคัญในการร่วมมือกันในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และทีมสหสาขาวิชาชีพยอมรับบทบาทของอาจารย์พยาบาลในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังตัวอย่าง “อาจารย์ครับ กรณีศึกษาที่จะไปเยี่ยมนี้ เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ค่อนข้างยากจน มีปัญหาหลายอย่างทั้งเบาหวานความดันโลหิตสูง อยากให้อาจารย์ช่วยวิเคราะห์และให้ข้อเสนอแนะด้วยนะครับ ผมฝากเคสนี้ด้วยครับ” สะท้อนให้เห็นว่าการที่อาจารย์พยาบาลซึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและมีคุณวุฒิทั้งการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) การพยาบาลผู้ป่วยประสาทวิทยาและประสาทศัลยศาสตร์ และการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ส่งผลให้สมรรถนะในการวิเคราะห์ปัญหาและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น

จากการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาลดังกล่าว จะเห็นได้ว่า อาจารย์พยาบาลจำเป็นต้องวางแผนและจัดสรรเวลาให้เหมาะสม เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้ต่อเนื่อง และควรพัฒนาต่อยอดไปสู่การพัฒนาระบบบริการสุขภาพและการวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้หรือผลงานวิชาการ เพื่อยกระดับความเชี่ยวชาญของอาจารย์และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการและระบบสุขภาพ

บทสรุป

การปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกของอาจารย์พยาบาล ไม่ใช่การปฏิบัติการพยาบาลทั่วไป แต่มีการกำหนดเป้าหมายและแผนการปฏิบัติที่ชัดเจน มีการปฏิบัติต่อเนื่อง จำเป็นต้องบูรณาการเชื่อมโยงกับพันธกิจอุดมศึกษาทั้งด้านการสอน วิจัยและการบริการวิชาการแก่สังคมเพื่อเชื่อมโยงสู่การสอนและพัฒนาองค์ความรู้และนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อมุ่งสู่สุขภาวะของผู้ใช้บริการ ครอบครัวและสังคม

เอกสารอ้างอิง

- สภาการพยาบาล. (2562). *ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยหลักเกณฑ์การรับรองสถาบันการศึกษาวิชาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2562*. นนทบุรี: สภาการพยาบาล.
- สภาการพยาบาล. (2563). *คู่มือการรับรองสถาบันการศึกษาวิชาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2562*. นนทบุรี: บริษัทจุดทอง จำกัด.
- ศิริอร สีนรุ. (2564). การปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกของอาจารย์ (Faculty practice). *จดหมายข่าวสภาการพยาบาล*, 23(2), 7-9.
- อรสา พันธุ์กัคดี และคณะ. (2553). รูปแบบการจัดการศึกษาและการพัฒนาอาจารย์เพื่อผลิตพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในประเทศไทย. *วารสารสภาพารพยาบาล*, 25(3), 89-107.
- Akram, A. S., Mohamad, A., & Akram, S. (2018). The role of clinical instructor in bridging the gap between theory and practice in nursing education. *International Journal of Caring Sciences*, 11(2), 876-882.
- Black, B. (2019). *Professional nursing E-Book: Concepts & challenges* 9th ed. Elsevier Health Sciences.
- Bosold, C., & Darnell, M. (2012). Faculty practice: Is it scholarly activity?. *Journal of Professional Nursing*, 28(2), 90-95.
- Budden, L. (1994). Nursing faculty practice: Benefits vs costs. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1241-1246.
- Catalano, J. T. (2019). *Nursing Now: Today's Issues, Tomorrows Trends* 8th ed. Philadelphia: FA Davis.
- Chitty, K.K., & Black, B.P. (2014). *Professional nursing: Concepts and challenges* 7th ed. Missouri: Saunders.
- Good, D. M., & Schubert, C. R. (2001). Faculty practice: How it enhances teaching. *Journal of Nursing Education*, 40(9), 389-396.
- Krafft, S. K. (1998). Faculty practice: why and how. *Nurse Educator*, 23(4), 45-48.
- Leddy, S.K., & Pepper, J.M. (2014). *Conceptual bases of professional nursing* 8th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Marsilio, M., Torbica, A., & Villa, S. (2017). Health care multidisciplinary teams: the sociotechnical approach for an integrated system-wide perspective. *Health care management review*, 42(4), 303-314.
- McArthur, D. B. (2019). Emerging infectious diseases. *Nursing Clinics*, 54(2), 297-311.

- Milani, R. V., Bober, R. M., & Lavie, C. J. (2016). The role of technology in chronic disease care. *Progress in cardiovascular diseases*, 58(6), 579-583.
- Miller, B.K. (1988). A model for professionalism in nursing. *Today's OR Nurse* 10(1): 18-23.
- Miller, V. G. (1997). Coproviding continuing education through faculty practice: A win-win opportunity. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 28(1), 10-13.
- Taylor D. (1996). Faculty practice: Uniting advanced nursing practice and nursing education. In, Hamric A, Spross J, Hanson C (eds.) *Advanced nursing practice: An integrative approach*. Philadelphia: Saunders.

การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง: การนำมาประยุกต์ใช้ในการสอนทางการพยาบาล

ศิริพร ชูคเจื้อจิ้น, พย.ม.*

สุภารัตน์ วุฒิสักดิ์ไพศาล, พย.ม.*และวรางคณา คุ่มสุขุม พย.ม.*

บทคัดย่อ

การจัดการเรียนการสอนในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเป็นการจำลองสถานการณ์ที่มีความเหมือนกับสถานการณ์จริงมาให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ ปัจจุบันมีการนำการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองมาใช้ในการเรียนการสอนทางการพยาบาลมากขึ้น เนื่องจากการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูง จะช่วยพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ทักษะการตัดสินใจและทักษะแก้ปัญหาของผู้เรียนได้ดี การจัดการเรียนการสอนในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีขั้นตอนคือ ขั้นตอนเตรียมการ ประกอบด้วย การกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ต้องการ การออกแบบสถานการณ์จำลอง การออกแบบวิธีการประเมินผล การเตรียมสถานการณ์จำลอง การเตรียมผู้สอน การเตรียมผู้เรียน ขั้นตอนปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง ประกอบด้วย การให้คำแนะนำก่อนฝึกในสถานการณ์จำลอง การฝึกในสถานการณ์จำลองและการสรุปผลการเรียนรู้ และขั้นตอนประเมินผล การประเมินผลการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองสามารถประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้เรียนที่ได้แสดงออกมา ข้อมูลที่ได้จากการประเมินผลจะช่วยตรวจสอบว่าผู้เรียนบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ต้องการหรือไม่ ผู้สอนที่ต้องการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงควรศึกษาแนวคิด ขั้นตอนในการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง ข้อดีและข้อจำกัดของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง เพื่อให้ผู้สอนสามารถออกแบบการเรียนการสอนได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: สถานการณ์จำลองเสมือนจริง พยาบาลศาสตรศึกษา

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สุพรรณบุรี

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

E-mail: siriporn@snc.ac.th

Simulation Based-Learning: Application of nursing teaching

Siriporn Chudjuajeen, M.N.S.

Sudarat Wutisukpaisan, M.N.S. & Warangkana Khumsuk, M.S.N.

Abstract

Simulation-based learning (SBL) is simulations that are similar to real-world scenarios for students to practice. Recently, SBL has been used increasingly particularly in nursing education because it help to improve student's nursing skills and decision-making skill, and problem solving skill. The paper aim to review the knowledge of high-fidelity simulation based learning and to present the author's experience in high-fidelity simulation based learning. There is Mannequins and control program is used to create situations for learners to make decisions on solving problems in the situations that arise. There are 3 steps. The first is preparing step: determining the desired learning outcomes, scenario design, evaluation design, preparing simulation, preparing instructor, preparing learner. The second is scenario action step: pre-briefing, scenario training, debriefing. The third is evaluation step: the teacher assesses the learning outcomes by observing the behavior of the learners who have been shown in the simulation. The information obtained from the evaluation helps determine whether the learner achieves the desired learning outcome. Instructors who are interested in simulation based learning should study the concept, procedures, advantages and limitations of simulation based learning, therefore instructors can design teaching and learning appropriately and efficiently.

Key words: Simulation based-learning Nursing education

บทนำ

การจัดการเรียนการสอนในปัจจุบันเน้นการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 หรือทักษะแห่งอนาคตใหม่ ดังนั้นการเรียนการสอนแบบเดิมที่เน้นการสอนแบบบรรยายที่มีครูเป็นศูนย์กลาง (Teacher-centered) เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้และจำเนื้อหาการเรียนการสอนได้เพียงอย่างเดียว นั้นไม่เพียงพอที่จะดำรงชีวิตและปฏิบัติงานในศตวรรษที่ 21 แล้ว การเรียนการสอนต้องเปลี่ยนเป็นการเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (Student-centered) ผู้สอนมีหน้าที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ สามารถแสวงหาและสร้างความรู้ได้ด้วยตนเอง ความรู้ที่เกิดขึ้นนี้จะคงอยู่นาน ผู้เรียนสามารถนำความรู้ไปใช้ทำงานได้ทันที หลักสูตรการเรียนการสอนทางการพยาบาลนั้น มุ่งเน้นการปฏิบัติการพยาบาล มีการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อให้ผู้เรียนได้เรียนรู้และพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลจนชำนาญ สามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับไปใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างคล่องแคล่วเมื่อสำเร็จการศึกษา

วิธีการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลมีรูปแบบหลากหลายวิธี วิธีการจัดการเรียนการสอนรูปแบบหนึ่งที่เริ่มมีการนำมาใช้ในการเรียนการสอนทางการพยาบาลมากขึ้นคือการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง เนื่องจากสาเหตุสำคัญ 2 ประการ ประการแรกคือ สังคมให้ความสำคัญเรื่องของสิทธิและความปลอดภัยของผู้ป่วยมากขึ้น การสอนในสมัยก่อน จะให้นักศึกษาไปฝึกปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจริงบนหอผู้ป่วย ซึ่งในปัจจุบันถูกมองว่าเป็นการละเมิดสิทธิผู้ป่วยและอาจก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยได้ การจัดให้นักศึกษาฝึกในสถานการณ์จำลองให้มีความชำนาญก่อน จะช่วยให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจที่จะไปปฏิบัติการพยาบาลจริงกับผู้ป่วย ลดโอกาสที่จะเกิดอันตรายกับผู้ป่วยลงได้ สาเหตุประการที่สองคือ การจัดการเรียนการสอนในยุคปัจจุบันมุ่งเน้นการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีทักษะการเรียนรู้ผ่านกระบวนการลงมือกระทำ มากกว่าเรียนรู้จากในห้องเรียน ด้วยเชื่อว่าการให้ผู้เรียนได้ลงมือกระทำย่อมทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และจดจำสิ่งที่เรียนรู้ได้ดีกว่าการเรียนผ่านตัวหนังสือเพียงอย่างเดียว รวมทั้งสามารถนำความรู้ไปใช้ในอนาคตได้มากกว่าเพราะเคยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติมาแล้ว

การเรียนรู้ในสถานการณ์จำลอง เป็นการจัดให้ผู้เรียนได้เข้าไปเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองที่มีความเสมือนจริงมากกับหุ่นจำลองที่มีโปรแกรมควบคุม ส่งเสริมให้ผู้เรียนตัดสินใจแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นโดยใช้ความรู้ที่ได้จากในห้องเรียนมาปฏิบัติจริงในสถานการณ์จำลอง การจัดการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ของการเรียนรู้ที่สำคัญต่อผู้เรียน 5 ด้านคือด้านความรู้ ด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการคิดวิเคราะห์ ด้านความพึงพอใจ และด้านความมั่นใจในตนเอง (Jefferies, 2005; O'Donnell, Decker, Howard, Levett-Jones & Miller, 2014) ดังนั้นในบทความนี้ผู้เขียนมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนแนวคิดของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงและเสนอแนวทางการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสำหรับการเรียนการสอนด้านการพยาบาล

นักวิชาการด้านการศึกษาได้ให้ความหมายของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองไว้ดังนี้

ทิสนา แคมมณี (2552) กล่าวว่า การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองคือกระบวนการที่ผู้สอนช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด โดยให้ผู้เรียนลงไปอยู่ในสถานการณ์ที่มีบทบาท ข้อมูลและกติกาการเล่นที่สะท้อนความเป็นจริง และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งต่างๆ ที่อยู่ในสถานการณ์นั้นๆ โดยใช้ข้อมูลที่มีสภาพคล้ายกับข้อมูลในความเป็นจริงในการตัดสินใจและแก้ปัญหาต่างๆ ซึ่งการตัดสินใจนั้นจะส่งผลถึงผู้เล่นในลักษณะเดียวกับที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริง

Joyce, Well & Shower (2013) กล่าวว่า การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองคือ วิธีการเรียนที่ผู้สอนนำเอาสถานการณ์จริงมาจำลองไว้ในห้องเรียนหรือสถานที่ที่มีสภาพเหมือนจริง โดยกำหนด กติกา กฎ หรือเงื่อนไข แล้วแบ่งผู้เรียนออกเป็นกลุ่มเข้าไปเล่นในสถานการณ์ที่กำหนดขึ้น โดยมีการตัดสินใจแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และเชื่อมโยงเข้าสู่ชีวิตประจำวัน

กล่าวโดยสรุปคือ การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเป็นวิธีการสอนที่จำลองสถานการณ์จริงมาไว้ในชั้นเรียน เพื่อให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ว่าในความเป็นจริงเรื่องๆ นั้นเป็นอย่างไร สถานการณ์จำลองที่นำมาไว้ในชั้นเรียนจะเป็นบทเรียนให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาและฝึกฝนการตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ หากผู้เรียนได้รับการฝึกฝนในสถานการณ์จำลองจนชำนาญแล้ว เมื่อได้พบกับสถานการณ์จริง ผู้เรียนจะสามารถแก้ปัญหาและตัดสินใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม

ประโยชน์ของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองมีประโยชน์ (Cant & Cooper, 2010; Gore, Hunt, Parker & Raines, 2011; Hick, Coke & Li, 2009) ดังนี้

1. ลดความความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเพราะเป็นการปฏิบัติการพยาบาลกับหุ่นในสถานการณ์จำลอง แม้ผู้เรียนจะกระทำผิดพลาดจนอาจเกิดอันตรายในสถานการณ์จริง แต่ก็ไม่เกิดอันตรายต่อหุ่นจำลอง
2. ช่วยพัฒนาทักษะปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องการได้ เพราะผู้เรียนสามารถฝึกได้บ่อยจนเกิดความชำนาญ ดังนั้นถ้าผู้เรียนได้ฝึกในสถานการณ์จำลองบ่อยๆ ก็จะช่วยพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลให้มีความชำนาญมากขึ้น และยังช่วยพัฒนาทักษะอื่น เช่น การสื่อสาร การแก้ปัญหา การตัดสินใจ การคิดวิเคราะห์ เป็นต้น
3. พัฒนาความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลของผู้เรียน การฝึกในสถานการณ์จำลองจนเกิดความชำนาญจะทำให้ผู้เรียนเกิดความมั่นใจในการนำความรู้ไปใช้กับการปฏิบัติงานจริง เมื่อผู้เรียนพบเจอกับสถานการณ์จริงก็จะสามารถนำประสบการณ์การเรียนรู้จากสถานการณ์จำลองไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ
4. ลดความเครียดของผู้เรียนในการปฏิบัติงานจริงบนหอผู้ป่วย เพราะมีประสบการณ์จากสถานการณ์จำลองมาแล้ว
5. ช่วยให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์การเรียนการสอนที่เท่าเทียมกันจากสถานการณ์จำลองที่กำหนด ในการฝึกปฏิบัติงานจริงบนหอผู้ป่วย ผู้เรียนแต่ละคนอาจได้ประสบการณ์การเรียนรู้ที่แตกต่างกัน ขึ้นกับสถานการณ์ที่แต่

ผู้เรียนแต่ละคนพบเจอ แต่การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองจะสามารถจัดสถานการณ์จำลองให้กับผู้เรียนทุกคนได้เรียนรู้เหมือนกัน

ข้อจำกัดของการจัดการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง

แม้ว่าการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองจะมีประโยชน์หลายประการ แต่ก็มีข้อจำกัดในการจัดการเรียนการสอนเหมือนกัน ข้อจำกัดของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองมีดังนี้

1. ความเหมือนจริง บางสถานการณ์ผู้สอนอาจไม่สามารถจัดสภาพแวดล้อมได้ตรงกับสภาพการณ์จริงได้ทั้งหมด เช่น ห้องฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยหนัก จึงอาจต้องประยุกต์ใช้ เช่น การเขียนป้ายบอก

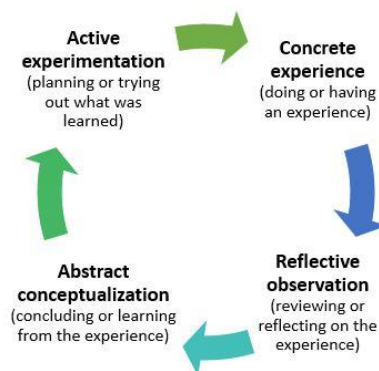
2. วัสดุอุปกรณ์ ผู้สอนอาจไม่สามารถจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่ต้องการใช้ตามสถานการณ์ที่กำหนดได้ครบถ้วนเนื่องจากอุปกรณ์ และวัสดุทางการแพทย์มีราคาแพง หรือไม่สามารถซื้อได้ เช่น ยาต่างๆ ผู้สอนอาจต้องหาอุปกรณ์มาทดแทน เช่น จัดทำป้ายชื่อยาที่ต้องการแปะบน sterile water แทนหรือใช้การเขียนป้ายบอกชนิดของอุปกรณ์แทนอุปกรณ์จริง

3. ขาดความเหมือนจริงด้านอารมณ์และจิตใจ หุ่นจำลองไม่สามารถมีชีวิตจิตใจ อารมณ์ได้เหมือนกับมนุษย์ทั้งหมด ผู้สอนอาจต้องพากย์เสียงหุ่นเพื่อตอบโต้กับผู้เรียน เพื่อให้มีความเหมือนจริงและช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยมากขึ้น

แนวคิดการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง

ผู้เขียนขอเสนอแนวคิดในการอธิบายปรากฏการณ์การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองที่นิยมใช้ 2 แนวคิด ได้แก่

1. ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลบ์ (Kolb's Experiential Learning Theory)



Kolb (1984) ให้ความหมายของการเรียนรู้ในฐานะกระบวนการที่ความรู้ถูกสร้างขึ้นจากการเปลี่ยนผ่านของประสบการณ์ (transformation of experience) ผู้เรียนจะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ อย่างเป็นกระบวนการ ดำเนินกันไปเป็นวงจรแต่ละขั้นตอนต่อเนื่องกัน มีขั้นตอน 4 ขั้นตอนคือ

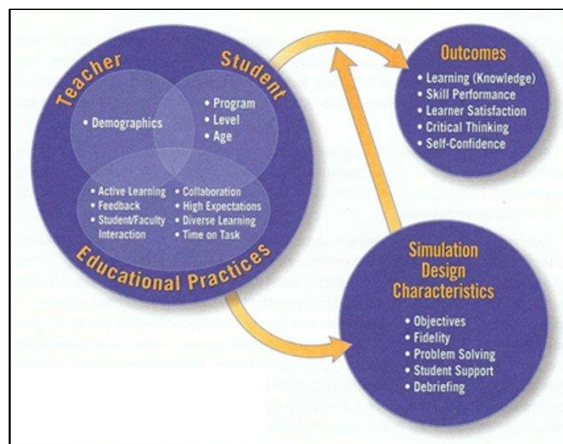
ขั้นที่ 1 การเรียนรู้ประสบการณ์รูปธรรม (concrete experience-CE) ประสบการณ์รูปธรรมเป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนเข้าไปมีส่วนร่วม และรับรู้ประสบการณ์ต่างๆ เน้นการใช้ความรู้สึกและยึดถือสิ่งที่เกิดขึ้นจริงตามที่ตนประสบในขณะนั้น

ขั้นที่ 2 การสังเกตอย่างใคร่ครวญ (reflection observation-RO) การสังเกตอย่างใคร่ครวญเป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนมุ่งที่จะทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ที่ได้รับโดยการสังเกตอย่างรอบคอบเพื่อการไตร่ตรองพิจารณา

ขั้นที่ 3 สร้างมโนทัศน์เป็นแนวคิดนามธรรม (abstract conceptualization-AC) เป็นขั้นที่ผู้เรียน ใช้เหตุผลและใช้ความคิดในการสรุปรวบยอดเป็นหลักการต่างๆ จากประสบการณ์ที่ได้รับ

ขั้นที่ 4 การทดลองปฏิบัติจริง (active experimentation-AE) เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนนำเอาความเข้าใจที่สรุปได้ในขั้นที่ 3 ไปทดลองปฏิบัติจริง เพื่อทดสอบว่าถูกต้องหรือขั้นตอนนี้เน้นที่การประยุกต์ใช้ จนเกิดประสบการณ์ในเชิงรูปธรรมที่วนกลับมาวงจรเดิม

2.การจัดการศึกษาทางการพยาบาลด้วยสถานการณ์จำลอง (The Nursing Education Simulation Framework) ของเจฟฟรี (Jefferies, 2005)



การจัดการศึกษาทางการพยาบาลด้วยสถานการณ์จำลอง (The Nursing Education Simulation Framework) มีองค์ประกอบ 5 องค์ประกอบ ได้แก่

1. ผู้สอน (Teacher) การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเป็นการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ครูผู้สอนทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ตามที่คุณเรียนต้องการ ให้คำแนะนำหรือชี้แนะแนวทางในการเรียนรู้ให้กับผู้เรียน ออกแบบสถานการณ์จำลอง เตรียมสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ในสถานการณ์จำลอง สิ่งสำคัญที่สุดคือผู้สอนต้องช่วยผู้เรียนในการสะท้อนคิดประสบการณ์ และสรุปผลการเรียนรู้ให้กับผู้เรียนเมื่อสิ้นสุดการฝึกในสถานการณ์จำลอง เพื่อให้ผู้เรียนสามารถสรุปแนวคิดรวบยอดที่ถูกต้องต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้

2. ผู้เรียน (Student) มีหน้าที่รับผิดชอบการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-directed) เป็นผู้ชี้แนะและสร้างแรงจูงใจในการเรียนรู้ด้วยตนเอง สุดท้ายผู้เรียนต้องเป็นผู้สะท้อนคิด และวิเคราะห์วิจารณ์สถานการณ์จำลองด้วยตนเองได้เมื่อสิ้นสุดการฝึกในสถานการณ์จำลอง

3. การปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง (Educational practices) ควรคำนึงถึงปัจจัยที่สำคัญ 7 ปัจจัยดังนี้

3.1 การให้ผู้เรียนได้ลงมือกระทำและได้ใช้กระบวนการคิดกับสิ่งที่ผู้เรียนทำลงไป (Active learning) ผู้เรียนต้องสามารถอธิบายสิ่งที่ตนเองได้เรียนรู้ เชื่อมโยงความรู้และประสบการณ์เดิมมาใช้ และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในอนาคต

3.2 การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) ผู้สอนต้องให้ข้อมูลย้อนกลับที่เป็นประโยชน์แก่ผู้เรียน เพื่อช่วยให้ผู้เรียนได้เกิดการเรียนรู้ และมีทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่ดีขึ้น

3.3 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนและผู้เรียน (Student/Faculty interaction) เป็นพื้นฐานที่สำคัญต่อการคงอยู่ของความรู้และความเชื่อมั่นในตนเอง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนและผู้เรียนที่ดี จะเป็นแรงจูงใจให้ผู้เรียนอยากเรียนรู้ และพัฒนาตนเองไปสู่การเรียนรู้ที่ซับซ้อนได้

3.4 การเรียนแบบร่วมมือ (Collaborative learning) เป็นการทำงานร่วมกันเป็นทีมของผู้เรียน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ผู้เรียนจะสามารถเรียนรู้ได้ดีขึ้นหากมีการเรียนรู้เป็นกลุ่มหรือมีความร่วมมือในการเรียนรู้ภายในกลุ่ม

3.5 ความคาดหวังในผลลัพธ์ (High expectation) ผู้สอนต้องกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นในผู้เรียน โดยกำหนดเป็นพฤติกรรมที่ต้องการเห็นในสถานการณ์จำลอง ผู้สอนควรกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ให้มีมาตรฐานสูงและจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ สภาพแวดล้อมที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนแสดงพฤติกรรมตามที่คาดหวัง

3.6 การเรียนรู้ที่หลากหลาย (Diverse learning) ผู้สอนต้องใช้วิธีการเรียนรู้ที่หลากหลาย เช่น การให้ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติ การให้ผู้เรียนได้เห็นภาพจริง เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และสรุปแนวคิดรวบยอดได้

3.7 เวลาในการจัดการเรียนรู้ (Time on task) ผู้เรียนต้องสามารถจัดการกับสถานการณ์จำลองได้ในเวลาที่เหมาะสม ดังนั้นผู้สอนต้องกำหนดช่วงระยะเวลาต่างๆ ในสถานการณ์จำลอง เพื่อกระตุ้นการเรียนรู้หรือกระตุ้นให้ผู้เรียนได้แสดงพฤติกรรมที่คาดหวังออกมาได้อย่างเหมาะสม

4. การออกแบบสถานการณ์จำลอง (Simulation design) มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

4.1 วัตถุประสงค์ (Objectives) ต้องกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้หรือพฤติกรรมที่คาดหวังให้เกิดขึ้นในผู้เรียนเมื่อสิ้นสุดสถานการณ์จำลอง เช่น ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ ความสามารถในการแก้ปัญหา ความสามารถในการตัดสินใจ เป็นต้น

4.2 ความเสมือนจริง (Fidelity) การออกแบบสถานการณ์จำลองให้มีความเสมือนจริง จะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียนให้บรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่กำหนดไว้ ความเสมือนจริงของสถานการณ์จำลองมีหลายระดับ การเลือกใช้แบบใดขึ้นกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

4.3 การแก้ปัญหา (Problem solving) การออกแบบสถานการณ์จำลองให้ผู้เรียนสามารถแสดงทักษะการแก้ปัญหาได้มีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพราะเป้าหมายของการจัดการเรียนการสอน โดยใช้สถานการณ์จำลองที่สำคัญอย่างหนึ่งคือการฝึกให้ผู้เรียนได้แก้ปัญหาในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง แล้วคาดหวังว่าเมื่อผู้เรียนได้พบเจอสถานการณ์จริงก็จะสามารถแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นการออกแบบสถานการณ์จำลองจึงควรออกแบบให้

สถานการณ์สามารถกระตุ้นให้ผู้เรียนคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจทางและแก้ปัญหาทางคลินิกได้ เหมาะสมกับระดับความรู้และประสบการณ์ของผู้เรียน

4.4 การสนับสนุนผู้เรียน (Student support) เช่น ข้อมูลผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้สอนต้องจัดให้มีสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้การดำเนินสถานการณ์จำลองบรรลุเป้าหมาย

4.5 การอภิปรายสรุปและสะท้อนคิด (Debriefing) เป็นการอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จำลองร่วมกันระหว่างผู้สอนและผู้เรียน ภายหลังเสร็จสิ้นการฝึกในสถานการณ์จำลอง การอภิปรายสรุปและสะท้อนคิดมีความสำคัญต่อการเรียนรู้ของผู้เรียน เพราะเป็นการกระตุ้นหรือชี้แนะให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการคิดที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์การเรียนรู้ การสรุปความคิดรวบยอดและนำความรู้ทางการพยาบาลที่ได้เรียนมาประยุกต์ใช้ในอนาคต

5. ผลลัพธ์จากการเรียนรู้ (Outcomes) ผลลัพธ์การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองประกอบด้วยผลลัพธ์ 5 ด้าน ได้แก่

5.1 ความรู้ (Knowledge) ความรู้ที่เกิดขึ้นจะสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่จัดให้กับผู้เรียน

5.2 ทักษะที่แสดงออก (Skill performance) การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง สามารถพัฒนาทักษะพิสัย (Psychomotor) ทักษะด้านเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาล (Technical skill) และทักษะที่ไม่ใช่เทคนิคด้านการปฏิบัติการพยาบาล (Non- technical skill) ได้เป็นอย่างดี

5.3 ความพึงพอใจของผู้เรียน (Learner satisfaction) ผู้เรียนที่ได้เรียนรู้ในสถานการณ์จะเกิดความพึงพอใจต่อวิธีดำเนินการจัดการเรียนการสอนและสิ่งแวดล้อมของการเรียนรู้

5.4 การคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) เป็นการคิดเชิงวิพากษ์วิจารณ์ การคิดเชิงเหตุผลสำหรับการตัดสินใจในคลินิก สามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ค้นหาและวิเคราะห์สิ่งที่ผิดปกติหรือปกติ การตัดสินใจควรให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไร

5.5 ความมั่นใจในตนเอง (Self-confidence) ความมั่นใจในตนเองจะช่วยส่งเสริมให้การตัดสินใจในคลินิกมีความถูกต้องเหมาะสมและเป็นปัจจัยที่ช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองทำให้ผู้เรียนมีความมั่นใจในตนเองมากขึ้นในเรื่องการคิดวิเคราะห์และความสามารถในการแก้ปัญหา

ขั้นตอนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง

Joyce, Weil & Showers (2010) ได้นำเสนอขั้นตอนกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การปฐมนิเทศ เป็นการนำเสนอภาพรวมทั้งหมดของสถานการณ์จำลอง เช่น วิธีการเรียนรู้หรือผลลัพธ์โดยรวมที่เกิดขึ้น 2) อธิบายให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าใจ เป็นการอธิบายกฎกติกาต่างๆในการเรียนรู้ การกำหนดบทบาทให้กับผู้เรียนในสถานการณ์ 3) ระหว่างการเรียนรู้ ผู้สอนจะเป็นผู้นำในการเรียนรู้ และคอยดูแลให้การเรียนรู้ดำเนินไปจนถึงสิ้นสุด อาจจะให้ผลสะท้อนการเรียนรู้เป็นระยะ พร้อมทั้งอธิบายถึงความคิดและความเข้าใจที่อาจคลาดเคลื่อน 4) การสรุปผล เป็นการสรุปร่วมกันระหว่างผู้สอนและผู้เรียน เป็นการสรุปเหตุการณ์ที่เกิดจากการ

รับรู้ของแต่ละคน บอกปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น วิเคราะห์กระบวนการของกิจกรรมทั้งหมดและเชื่อมโยงเข้าสู่สถานการณ์ที่เป็นจริงในชีวิตประจำวัน และ 5) ประเมินรูปแบบปรับปรุงสถานการณ์จำลองใหม่ให้สมบูรณ์

แนวทางการประยุกต์ใช้การจัดการเรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองไปใช้ในการเรียนการสอนด้านการพยาบาล

สำหรับในบทความนี้ผู้เขียนขอเสนอวิธีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงที่ผู้เขียนได้นำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ดังนี้

1. การนำไปใช้ในการพัฒนาความรู้ความเข้าใจของผู้เรียนหลังเรียนรู้ทฤษฎีในชั้นเรียน โดยนำไปใช้ในการเรียนการสอนภาคทฤษฎี รายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 2 ผู้สอนเลือกหัวข้อการเรียนรู้เรื่องการพยาบาลหญิงผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เพราะเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยและเหมาะสมจะนำมาใช้สอน ใช้เวลาในการเข้าสถานการณ์จำลอง 3 ชั่วโมง ซึ่งเวลา 3 ชั่วโมงนี้ไม่สามารถให้ผู้เรียนทุกคนเข้าฝึกในสถานการณ์จำลองได้ทั้งหมดเพราะมีข้อจำกัดในเรื่องเวลา มีเพียงผู้เรียนบางคนเท่านั้นที่จะได้มีโอกาสเข้าฝึกในสถานการณ์จำลอง แต่ผู้เรียนคนอื่นจะได้รับหน้าที่เป็นผู้สังเกตการณ์และผู้เรียนทุกคนจะได้ร่วมกันสะท้อนคิดและสรุปผลการเรียนรู้ภายหลังสิ้นสุดสถานการณ์จำลอง (Debriefing) ผู้สอนจะสุ่มเลือกผู้เรียนมา 2 กลุ่มๆละ 4 คน เพื่อเข้าสถานการณ์จำลอง ผู้เรียนที่เหลือจะได้รับมอบหมายให้เป็นผู้สังเกตการณ์ หลังเข้าสถานการณ์จำลองแล้วผู้สอนจะสรุปผลการเรียนรู้ภายหลังสิ้นสุดสถานการณ์จำลอง (Debriefing) ในกลุ่มใหญ่ โดยนำบันทึกวิธีโอการเข้าสถานการณ์จำลองมาเปิดให้ผู้เรียนช่วยกันสรุปการเรียนรู้

การให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ในสถานการณ์จำลองเช่นนี้ ทำให้ผู้เรียนสามารถทำความเข้าใจเนื้อหาการเรียนรู้ได้ดีขึ้นและเกิดภาพจำในสมองเกี่ยวกับการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เพราะผู้เรียนได้ลงมือกระทำ ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ การสะท้อนคิดและสรุปผลการเรียนรู้ (debriefing) ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ในขั้นตอนการสรุปผลการเรียนรู้ ผู้สอนจะช่วยให้ผู้เรียนสะท้อนคิดว่ามีอะไรเกิดขึ้นในสถานการณ์ สะท้อนความรู้สึกและประสบการณ์ที่ปฏิบัติได้ดีหรือประสบการณ์ที่ต้องการจะปฏิบัติให้ดีขึ้น โดยวิเคราะห์เชื่อมโยงความรู้จากทฤษฎีเข้ากับประสบการณ์การปฏิบัติที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จำลอง สรุปหลักการแนวคิดที่จะนำไปปฏิบัติหรือประยุกต์ในสถานการณ์ใหม่ มีการพัฒนาทักษะการให้เหตุผล การคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจทางคลินิก (Gates, Parr, & Huguen, 2012; Liaw, Scherpbier, Rethans, & Klainin-Yobas, 2012)

2. การนำไปใช้ในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ สำหรับการใช้การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองนั้น ภาควิชามีเป้าหมาย 2 ประการ คือ

2.1 เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนขึ้นฝึกภาคปฏิบัติ โดยเลือกสถานการณ์ที่พบบ่อยมาให้ผู้เรียนได้เข้าเรียนรู้ในสถานการณ์จำลอง ภาควิชาฯ ได้นำการจัดการเรียนการสอนในสถานการณ์จำลองมาเตรียมความพร้อมก่อนขึ้นฝึกภาคปฏิบัติรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 1 เนื่องจากการฝึกปฏิบัติงานในห้องคลอดมักก่อให้เกิดความเครียดกับนักศึกษา เพราะเป็นประสบการณ์แปลกใหม่ที่นักศึกษาไม่เคยพบเจอมาก่อน จึงขาดความรู้

และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่เพียงพอ การเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติห้องคลอด จึงมีความสำคัญมากที่จะช่วยให้นักศึกษา มีความเครียดน้อยลง มีความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย มีการวางแผนการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ สามารถปรับตัวเข้ากับเพื่อนร่วมงาน อาจารย์นิเทศ บุคลากรในทีมสุขภาพได้ (สมจิตต์ ลินธุชัย, กันยารัตน์ อุบลวรรณและสุนิษฐ์รัตน์ บุญศิลป์, 2559; สุดารัตน์ วุฒิสักดิ์ไพศาล, ศิริพร ชุตเจื้อจิ้นและเขมจิรา ท้าวน้อย, 2563)

2.2 เพื่อประเมินผลหลังฝึกภาคปฏิบัติ โดยเป็นการประเมินว่าผู้เรียนมีทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล ทักษะการตัดสินใจแก้ไขปัญหา ทักษะการสื่อสาร และทักษะการทำงานเป็นทีมมากน้อยเพียงใดหลังจากผ่านการฝึกในสถานการณ์จริงมาแล้ว ผู้เรียนจะได้เข้าสถานการณ์จำลองเมื่อสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารก และผดุงครรภ์ 1 และ 2

ขั้นตอนการจัดการเรียนการสอนในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ที่ภาควิชาฯดำเนินการแบ่งได้เป็น 3 ขั้นตอนคือขั้นเตรียมการ ขั้นปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง และขั้นประเมินผล ดังนี้

1.ขั้นเตรียมการ ขั้นตอนนี้ประกอบด้วย

1.1 การกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning outcomes) ที่ผู้สอนคาดหวังให้ผู้เรียนแสดงออกมาอย่างเป็นรูปธรรม ผู้เรียนต้องทำได้ (Active) เกิดผลสำเร็จ (Achievable) และสามารถวัดและประเมินผลได้ (Assessed) รวมทั้งต้องมีความเชื่อมโยงและสัมพันธ์กัน (Aligned) ในทุกระดับตั้งแต่บทเรียน รายวิชาและหลักสูตร ผู้สอนต้องกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่เหมาะสม โดยกำหนดให้สอดคล้องกับลักษณะของรายวิชา ทักษะและสมรรถนะของนักศึกษาในแต่ละชั้นปีที่ผู้สอนคาดหวังให้เกิดขึ้น ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่กำหนดควรครอบคลุมใน 3 มิติ ได้แก่ ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skills) และความสามารถในการประยุกต์ใช้และความรับผิดชอบ (Application and Responsibility) (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษาแห่งชาติ, 2560) มีการศึกษาพบว่านักศึกษาพยาบาลที่ได้เรียนรู้ในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงแบบ High-fidelity simulation จะเกิดการพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจในคลินิก ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลและเรียนรู้พฤติกรรมมารดาอย่างเอื้ออาทรมากขึ้น (Dove Ward, Robinson & Jower Ware, 2017)

1.2 การออกแบบสถานการณ์จำลอง (Scenario) เป็นขั้นตอนที่สำคัญเพราะสถานการณ์จำลองจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และแสดงพฤติกรรมที่ผู้สอนคาดหวังให้เกิดขึ้น สถานการณ์จำลองหนึ่งสถานการณ์สามารถสนับสนุนผลลัพธ์การเรียนรู้ได้หลายข้อ สถานการณ์จำลองที่ดีต้องมีความเหมือนจริง น่าสนใจหรือกระตุ้นให้ผู้เรียนอยากรับรู้ประสบการณ์นั้นและพยายามแสวงหาวิธีการแก้ปัญหา สถานการณ์ที่สร้างขึ้นต้องมีจุดหักเห (Trigger point) เพื่อให้ผู้เรียนใช้ความรู้และทักษะในการแก้ปัญหา

การเขียนสถานการณ์จำลองควรประกอบด้วยหัวเรื่องที่กล่าวถึงสถานการณ์จำลองที่เกิดขึ้น ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ต้องการ การเตรียมสถานที่และรายการอุปกรณ์ที่ต้องใช้ การเตรียมผู้ป่วยจำลองหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ ญาติ การเตรียมหุ่น โดยปกติการออกแบบสถานการณ์จำลองควรออกแบบให้ระยะเวลาของสถานการณ์อยู่ระหว่าง 15-20 นาที ระยะเวลาของสถานการณ์ที่สั้นเกินไป อาจไม่สามารถกระตุ้นให้

ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ตามที่ต้องการ สถานการณ์จำลองที่สร้างขึ้นควรได้รับการทดสอบคุณภาพเพื่อให้ได้สถานการณ์ที่มีความสมบูรณ์ โดยผู้สร้างสถานการณ์จำลองนำสถานการณ์จำลองไปทดลองสอนและปรับปรุงแก้ไขสถานการณ์หลังทดลองให้เหมาะสม เรียกว่า Alpha test หลังจากนั้นนำสถานการณ์จำลองที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองสอนอีกครั้งโดยผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเขียนสถานการณ์จำลอง และปรับปรุงแก้ไขให้สถานการณ์มีความสมบูรณ์มากขึ้น เรียกว่า Beta test สำหรับภาควิชาฯมีการสร้างสถานการณ์จำลอง จำนวน 10 สถานการณ์ โดยเป็นสถานการณ์ที่ผู้เรียนพบบ่อยและสถานการณ์ที่เป็นภาวะฉุกเฉิน ได้แก่ การดูแลผู้คลอด การช่วยคลอดปกติ การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง การพยาบาลผู้คลอดที่ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะสายสะดือพันคอต้ง การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะทารกขาดออกซิเจนในครรภ์ การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะมดลูกแตก การพยาบาลผู้คลอดที่มีถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดและการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะรกเกาะต่ำ

1.3 การออกแบบวิธีการประเมินผลให้สอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ต้องการ วิธีการประเมินผลที่เหมาะสมจะใช้ในการจัดการเรียนการสอนสถานการณ์จำลองคือ การประเมินผลภาคปฏิบัติ (Performance Assessment) เป็นการสะท้อนคุณภาพของผู้เรียนว่าสามารถแสดงพฤติกรรมได้ถูกต้องเมื่อเทียบกับมาตรฐานการปฏิบัติมากน้อยเพียงใด การประเมินผลนี้ควรประเมินทั้งในมิติของกระบวนการ (Process) และผลงาน (Product) การประเมินกระบวนการคือการประเมินวิธีการปฏิบัติงานของผู้เรียน เช่น ผู้เรียนสามารถปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอนและละเอียดรอบคอบ ผู้เรียนสื่อสารภายในทีมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนการประเมินผลงานคือประเมินว่าจากการปฏิบัติการพยาบาลของผู้เรียน เช่น ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน เครื่องมือในการประเมินภาคปฏิบัติอาจจะใช้แบบตรวจสอบรายการ (Check list) หรือแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยผู้สอนต้องกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนที่ชัดเจน (Scoring rubric) การประเมินผลจะช่วยให้ผู้สอนทราบว่าผู้เรียนบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ต้องการหรือไม่และใช้เป็นข้อมูลในการอภิปรายร่วมกันในช่วงสรุปผลการเรียนรู้

1.4 การเตรียมสถานการณ์จำลอง เป็นการเตรียมห้อง การเตรียมวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ หุ่นจำลอง และโปรแกรมควบคุมการทำงาน หากผู้สอนออกแบบสถานการณ์จำลองให้มีบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ เช่น แพทย์ ญาติผู้ป่วย ผู้สอนก็ต้องเตรียมบุคคลเหล่านี้ให้พร้อมด้วย สถานการณ์จำลองบางอย่างมีข้อจำกัดที่หุ่นไม่สามารถแสดงได้ ผู้สอนต้องปรับวัสดุอุปกรณ์ที่มีเพื่อให้สถานการณ์มีความเสมือนจริงมากที่สุด

1.5 การเตรียมผู้สอน ผู้สอนที่ควรได้รับการเตรียมความรู้ และทักษะเกี่ยวกับหลักและวิธีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง การออกแบบสถานการณ์จำลอง การสร้างเครื่องมือวัดประเมินผลและการสรุปผลการเรียนรู้ (Debriefing) เพื่อให้สามารถออกแบบการสอนและจัดการเรียนการสอนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้สอนควรมีการประชุมเตรียมความพร้อมร่วมกัน ชักชวนความเข้าใจในสถานการณ์จำลองที่ออกแบบไว้ แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้สอนแต่ละคนและทดลองใช้สถานการณ์จำลองจริงก่อนสอน หากทดลองใช้

สถานการณ์ที่ออกแบบไว้แล้วเกิดปัญหาหรือพบว่าสถานการณ์ที่ออกแบบไว้ยังไม่เหมาะสมก็จะได้ปรับแก้ก่อนนำไปใช้จริง เพื่อให้สถานการณ์สามารถกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนได้ตามต้องการ

1.6 การเตรียมผู้เรียน สิ่งที่คุณสอนต้องปฐมนิเทศผู้เรียน ได้แก่ ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คุณสอนคาดหวังให้เกิดขึ้น จุดมุ่งหมายของการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง วิธีการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง การมอบหมายบทบาทหน้าที่ในสถานการณ์จำลอง กฎ กติกาและมารยาทในการเรียน ผู้สอนต้องอธิบายให้ผู้เรียนเข้าใจว่าการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองนั้น ผู้สอนพยายามที่จะจัดสถานการณ์ให้เสมือนจริงมากที่สุด แต่ก็อาจมีข้อจำกัดในบางเรื่องที่ไม่อาจเหมือนสภาพการณ์จริงได้ เน้นย้ำหน้าที่ที่สำคัญของผู้เรียนคือตั้งใจในการฝึก ไม่ล้อเล่นกันในขณะฝึก แสดงตามบทบาทที่ได้รับมอบหมายให้เสมือนจริงมากที่สุดและต้องปฏิบัติตามหุ่นจำลองเสมือนเป็นผู้ป่วยจริง ในการมอบหมายบทบาทหน้าที่ให้กับผู้เรียน หากผู้สอนจัดให้มีผู้เรียนเป็นผู้สังเกตการณ์ (Observer) ผู้สอนต้องชี้แจงบทบาทหน้าที่ของผู้สังเกตการณ์ และประเด็นที่ผู้สังเกตการณ์จะต้องร่วมกันอภิปรายในช่วงสรุปผลการเรียนรู้ ห้องในสถานการณ์จำลองจะเป็นกระจกแบบมองด้านเดียว (One way mirror) โดยผู้สอนซึ่งเป็นผู้ควบคุมสถานการณ์ และผู้สังเกตการณ์จะเห็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จำลอง แต่ผู้เรียนในสถานการณ์จำลองจะไม่เห็นผู้สอนและผู้สังเกตการณ์ ทำให้สถานการณ์เหมือนผู้เรียนเรียนอยู่ตามลำพังเพื่อความสมจริงของเหตุการณ์

2. ขั้นตอนปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง มีดังนี้

2.1 การให้คำแนะนำก่อนฝึกในสถานการณ์จำลอง (Pre-briefing) เป็นการแนะนำผู้เรียนในห้องจำลองสถานการณ์ ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที เพื่อแนะนำเกี่ยวกับการใช้งานหุ่นจำลอง วัสดุอุปกรณ์ต่างๆภายในห้อง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์เบื้องต้นว่าสถานการณ์จำลองเป็นสถานการณ์ที่ในเวลาใด และให้ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้เรียนซักถามข้อสงสัย หลังจากนั้นให้เวลาผู้เรียนในการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและสำรวจวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อทำความคุ้นเคย

2.2 การฝึกในสถานการณ์จำลอง (Scenario period) ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ผู้สอนเป็นผู้ควบคุมสถานการณ์จำลอง มีผู้เรียนเป็นผู้อยู่ในสถานการณ์จำลองกลุ่มหนึ่ง 3-4 คน อาจมีผู้เรียนอีกกลุ่มหนึ่งเป็นผู้สังเกตการณ์ (Observer) ผู้เรียนที่ฝึกอยู่ในสถานการณ์จำลองจะได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่แตกต่างกันไป เช่น หัวหน้าทีมพยาบาล พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ผู้เรียนจะต้องแสดงบทบาทตามที่ได้รับมอบหมายโดยใช้กระบวนการพยาบาลและตัดสินใจให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเหมาะสม หากผู้เรียนแสดงออกถึงทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม หุ่นจำลองก็จะตอบสนองไปในทางที่ดีขึ้น ในทางตรงกันข้ามหากผู้เรียนแสดงออกถึงทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม หุ่นจำลองก็จะตอบสนองไปในทางที่แย่ลง ผู้เรียนที่เป็นผู้สังเกตการณ์จะทำหน้าที่สังเกตสถานการณ์จำลองที่เกิดขึ้น และร่วมสะท้อนคิดภายหลังสิ้นสุดสถานการณ์จำลอง

2.3 การสรุปผลการเรียนรู้ (Debriefing) ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที เป็นการสรุปผลการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้สอนและผู้เรียน ทั้งผู้เรียนที่เข้าฝึกในสถานการณ์จำลอง และผู้เรียนที่เป็นผู้สังเกตการณ์ การสรุปผลการเรียนรู้นับเป็นหัวใจสำคัญของการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองเพราะขั้นตอนนี้จะเป็นขั้นตอนที่ทำให้

ผู้เรียนได้ย้อนกลับไปพิจารณา และวิเคราะห์สถานการณ์จำลองที่เกิดขึ้นอย่างใคร่ครวญ เหมือนกับการมองย้อนกลับไปทบทวนเหตุการณ์ที่ผ่านมา โดยผู้สอนอาจนำวิดีโอบันทึกสถานการณ์จำลองมาเปิดทบทวนให้ผู้เรียนดูด้วยก็ได้ การที่ผู้เรียนได้ย้อนกลับไปพิจารณา และวิเคราะห์สถานการณ์อย่างใคร่ครวญ ได้สะท้อนคิดออกมาว่า เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นผู้เรียนรู้สึกนึกคิดอย่างไร และเหตุใดจึงตัดสินใจเช่นนั้น การตัดสินใจที่กระทำลงไปส่งผลอย่างไรต่อผู้ป่วย จะทำให้ผู้เรียนมองเห็นสิ่งที่ตนเองทำผิดพลาดหรือยังทำได้ไม่ดี รวมทั้งสิ่งที่ตนเองทำได้อีกต้องเหมาะสมและดีแล้ว ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากการกระทำที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จำลอง และสรุปเป็นแนวคิดรวบยอดของตนเองว่าเมื่อพบเจอเหตุการณ์เช่นนี้อีกจะอย่างไร เพื่อจะได้นำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในสถานการณ์จริงที่อาจพบเจอต่อไปในอนาคต

3.ขั้นประเมินผล ผู้สอนประเมินผลการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองโดยประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้เรียนที่ได้แสดงในสถานการณ์จำลอง โดยใช้เครื่องมือที่ออกแบบมา เช่น แบบตรวจสอบรายการ แบบมาตราส่วนประมาณค่า ที่มีการกำหนดเกณฑ์อย่างชัดเจน ข้อมูลที่ได้จากการประเมินผลจะช่วยตรวจสอบว่าผู้เรียนบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ต้องการหรือไม่และใช้เป็นข้อมูลในการสรุปผลการเรียนรู้

บทสรุป

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงถูกนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนด้านการพยาบาลมากขึ้นในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา เนื่องจากการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลจากสถานการณ์จำลองที่ใกล้เคียงกับสภาพการณ์จริงมากที่สุด ผู้เรียนสามารถฝึกปฏิบัติได้บ่อยตามที่ต้องการ และหากเกิดความผิดพลาดก็ไม่ก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย ดังนั้นการให้นักศึกษาเรียนรู้จากสถานการณ์จำลองเสมือนจริงจึงเป็นการพัฒนาให้นักศึกษาได้แสดงทักษะตามบทบาทพยาบาลวิชาชีพได้อย่างเต็มที่ โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่พบได้น้อย สถานการณ์ฉุกเฉินหรือภาวะวิกฤติ เกิดการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญสำหรับการเป็นพยาบาลวิชาชีพที่สมบูรณ์ในอนาคต ประโยชน์ของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงที่สำคัญคือการปฏิบัติการพยาบาลของผู้เรียนไม่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วยโดยตรง ลดความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญมากในยุคปัจจุบันที่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยมากขึ้น ผู้เรียนสามารถพัฒนาทักษะทางคลินิกที่ต้องการได้เร็วขึ้นจากการฝึกทำได้บ่อยตามที่ต้องการ นอกจากนี้ยังช่วยพัฒนาทักษะอื่นที่ไม่ใช่ทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล เช่น การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม การตัดสินใจ ส่งเสริมให้ผู้เรียนแต่ละคนได้รับประสบการณ์จากสถานการณ์จำลองที่เหมือนกัน ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้จากการสะท้อนคิด และฝึกการปรับตัวก่อนเผชิญกับสถานการณ์จริง ประโยชน์ของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงที่กล่าวมานี้ เป็นผลมาจากกระบวนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงได้ส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียนผ่านประสบการณ์ในสถานการณ์จำลองที่กำหนดให้ ผู้เรียนมีโอกาสนำความรู้ที่ได้ศึกษามาในภาคทฤษฎีเชื่อมโยงไปสู่การปฏิบัติจริง ผู้เรียนจะได้รับข้อมูลป้อนกลับและการสะท้อนคิดภายหลังเข้าเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองทันที

จึงก่อให้เกิดผลลัพธ์ของการเรียนรู้ที่สำคัญ 5 ด้านคือความรู้ ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล การคิดวิเคราะห์ ความพึงพอใจและเกิดความมั่นใจในตนเอง

เอกสารอ้างอิง

- ทิสนา แฉมมณี. (2552). *รูปแบบการเรียนการสอน : ทางเลือกที่หลากหลาย*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิตต์ สินธุชัย, กันยารัตน์ อุบลวรรณและสุนิษฐ์รัตน์ บุญศิลป์. (2559). ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้ในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 ในการฝึกปฏิบัติรายวิชาฝึกทักษะทางวิชาชีพก่อนสำเร็จการศึกษา. *รามารับดีพยาบาลสาร*, 23(1), 113-127
- สุภารัตน์ วุฒิสักดิ์ไพศาล, ศิริพร ชูเดื่อเงินและเข็มจิรา ท้าวน้อย. (2563). ผลการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อน ฝึกปฏิบัติงานต่อความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 14(2), 70-81.
- สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษาแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ. (2560). *กรอบคุณวุฒิแห่งชาติ ฉบับปรับปรุง*. กรุงเทพฯ: บริษัท พรักหวานกราฟฟิค จำกัด.
- Broussard, Myers & Lemoine. (2009). Preparing pediatric nurse: the role of simulation- based learning. *Comprehensive Pediatric Nursing*. 32(1), 4-15.
- Cant, R.P., & Cooper, S. J. (2010). Simulation-based learning in nurse education: Systematic review. *Journal of Advance Nursing*, 66(1), 3-15.
- Dove Ward, G., Robinson, L., & Jowers Ware, L. (2017). The Lived Experience of Nursing Students Participating in High-Fidelity Simulation at a School Grounded in Caring. *International Journal for Human Caring*, 21(4), 200–207. <https://doi.org/10.20467/HumanCaring-D-17-00027>
- Gates, M.G., Parr, M. B., and Hughen, J.E. (2012). Enhancing nursing knowledge using high-fidelity simulation. *J Nurs Educ*, 51(1), 9-15.
- Gore, T., Hunt, C. W., Parker, F., & Raines, K. H. (2011). The effects of simulated clinical experiences on anxiety: Nursing students perspectives. *Clinical Simulation in Nursing*, 7, e175-e180.
- Hick, F. D., Coke, L., & Li, S. (2009). The effect of high-fidelity simulation on nursing students knowledge and performance: A pilot study. *National Council of Boards of Nursing*, 40, 1-27.
- Jefferies, P.R. (2005). A framework for designing, implementing, and evaluating simulations used as teaching strategies in nursing. *Nurs Educ Perspect*, 26, 96-103.

- Joyce, B. R., Weil, M. & Showers, B. (2010). The effects of cooperative learning experience on eighth grade students's achievement and attitude toward science. *Education*, 2010, 131(1), 169-180.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. Englewood Cliffs. NJ: Prentice-Hall Inc.
- Liaw, S.Y., Scherpbier, A., Rethans, J., and Klainin-Yobas, P.(2012). Assessment for simulation learning outcomes: a comparison of knowledge and self-reported confidence with observed clinical performance. *Nurs EducToday*, 32, e35-e39.
- O'Donnell, J.M., Decker, S., Howard, V., Levett-Jones,T., and Miller, C.W. (2014). NLN/Jeffries simulation framework state of science project: Simulation learning outcomes. *Clinical Simulation in Nursing*,10, 373-382.

ผลของโปรแกรมกลุ่มเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความเครียด ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์, พย.ม.* สุนทรี ชะชาตย์, พย.ม.**

สุพัตรา จันทร์สุวรรณ, พย.ม.** และปวีดา โพธิ์ทอง, พย.ม.**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 จำนวน 52 คน สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการจับสลากแบบไม่คืนที่ โดยเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ประกอบด้วย กิจกรรมกลุ่มที่เสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตจำนวน 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลนักศึกษาตามปกติ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินเครียด ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีบรอนเฟอร์โรนี

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความเครียดในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ($p = < .001$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียด ระยะก่อนการทดลองหลังการทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p = < .001$)

คำสำคัญ: ความแข็งแกร่งในชีวิต ความเครียด นักศึกษาพยาบาล

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน), ** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

E-mail: saowalak@snc.ac.th.

The Effect of The Resilience Enhancement Program on Stress Among First Year Nursing Students of Nursing College under The Ministry of Public Health.

Saowalak Sripho, M.N.S., Soontaree Khachat, M.N.S.

Suphattra Chanchuwan, M.N.S. & Pawida Phothong, M.N.S.

Abstract

The purpose of this quasi-experimental study were to examine the effects of the Resilience Enhancement program on stress among nursing students. The sample included 52 persons with nursing students. They were randomly assigned into either the experimental and the control group (n = 26 in each group). The persons with nursing students in the experimental group participated in the Resilience Enhancement program. This program include the 8 session of activity group, twice times per week. Whereas, participants in the control group received routine students care. The research instruments include the Data recording form, the happiness in learning with Cronbach's alpha of .88. Descriptive statistics, independent t-test, repeated measures ANOVA and pairwise comparison using Bonferroni method were employed to analyze the data.

The results revealed that this program could effectively decrease stress problems among nursing students. Therefore, nurses and related health care providers could apply this program to promote stress among the another year of nursing students or another university students.

Keywords: Resilience Stress Nursing students

บทนำ

การศึกษาในวิชาชีพพยาบาลนักศึกษาจะต้องมีการปรับตัวหลายอย่าง ทั้งการปรับตัวในช่วงวัยของการเปลี่ยนจากวัยรุ่นสู่ผู้ใหญ่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากมากมาย เช่น รูปแบบการเรียนที่ยากขึ้น บรรยากาศที่แปลกใหม่ในสถานที่เรียนใหม่ ความหลากหลายของวัฒนธรรม การมีสังคมเพื่อนใหม่ สัมพันธภาพกับเพื่อน และการดำเนินชีวิตในวิทยาลัย เป็นต้น ซึ่งการที่นักศึกษาต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ เหล่านี้ หากนักศึกษาไม่สามารถเผชิญกับปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรคได้ ทำให้อาจมีปัญหาสุขภาพกายและจิตตามมาได้ (สุกัญญา สุรัมย์, ถัดดา เหลืองรัตนมาศ และสรวงทิพย์ ภู่อุณณา, 2562) โดยเฉพาะนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลมีความเครียดระดับสูง ร้อยละ 64.00 มีความแข็งแกร่งในชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 55.0 (อ้อยทิพย์ บัวจันทร์, ธมลวรรณ สวัสดิ์สิงห์, ณัฐปัทมย์ นวลสีทองและเทพไทย โชติชัย, 2562) มีปัญหาสุขภาพจิต ด้านความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 32 (ชนพล บรรดาศักดิ์, กนกกร ชาวเวียง, นฤมล จันทระเกษม, สมหวัง โรจนะและกนกพร เทียนคำศรี, 2560) มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำที่สุด (ณัฐภา ราชบุตร, จุฑจรีรา จันทะมุงคุณ, ลำพงษ์ ศรีวงษ์ชัย และธรณินทร์ คุณแขวน, 2562) มีความฉลาดทางจิตวิญญาณต่ำ (ชนพล บรรดาศักดิ์, กนกกร ชาวเวียง และนฤมล จันทระเกษม, 2561) และมีความสามารถในการบริหารเวลาน้อย (วิรงรองค์ ชมพูนิง, 2562) อีกทั้งเป็นวัยที่คาบเกี่ยวระหว่างวัยรุ่นตอนปลายสู่ผู้ใหญ่ตอนต้น ต้องปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ เพื่อน อาจารย์ และต้องย้ายเข้ามาอยู่ในหอพักของมหาวิทยาลัย มีกฎระเบียบ (ดวงใจ วัฒนสินธุ์, สิริพิมพ์ ชูปาน และภาภินี เดชชัยยศ, 2561) สิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้นักศึกษาต้องปรับตัว ซึ่งจะเห็นได้ว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 เป็นกลุ่มที่มีความเครียดได้ง่าย จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันหรือลดความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นและเป็นรากฐานที่ดีในชั้นปีที่สูงขึ้น (ทิวาพร พู่เฟื่อง และกัญญาวิรี โมกขาว, 2562)

วิธีการจัดการกับความเครียดมีหลากหลายวิธี อาทิความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นปัจจัยภายในตนเองที่สำคัญในการช่วยเสริมสร้างความต้านทานต่อความเครียด โดยความแข็งแกร่งในชีวิต เป็นความสามารถของบุคคลในการจัดการกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ส่งผลให้บุคคลพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งต่างๆ ได้อย่างมีความสุข (Grotberg, 1995) จากการศึกษาของ อนัญญา คูอาริยะกุล, วิมล อ่อนเล็ง, ศศิธร ชิดนาฮี, ศุภิสรา สุวรรณชาติ และณัฐธิดา สร้อยเพชร (2562) พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต มีอิทธิพลโดยตรงต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ($\beta = -.191, p < .001$) และปัจจัยภายนอก คือ สัมพันธภาพกับเพื่อน ($\beta = .537, p < .001$) และค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือน ($\beta = .146, p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทิศทางลบในระดับปานกลางกับความเครียด (อ้อยทิพย์ บัวจันทร์ และคณะ, 2562) อย่างไรก็ตามการสร้างความต้านทานต่อความเครียดในนักศึกษาพยาบาลควรมุ่งเน้นที่ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่สามารถปรับเปลี่ยน หรือสามารถจัดกระทำได้ เพื่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น และทำให้นักศึกษามีความเครียดลดลง ดังนั้นหากนักศึกษาพยาบาลได้รับการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตเพิ่มขึ้น ก็จะปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีความเครียด

ลดลง ซึ่ง Grotberg (1995) ได้แบ่งโครงสร้างของความแข็งแกร่งในชีวิตออกเป็น 3 องค์ประกอบหลักได้แก่ ฉันเป็น (I am) หมายถึงปัจจัยภายในเป็นคุณลักษณะที่ประกอบด้วยความเข้มแข็งภายใน พื้นอารมณ์ที่ดี ความมั่นคงเข้มแข็งทางใจ สามารถสงบใจได้เร็ว เป็นที่รักและยอมรับของผู้อื่น มีความภาคภูมิใจในตนเอง มีความรักเมตตาเห็นอกเห็นใจ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มีความรับผิดชอบ มีอารมณ์ขัน มีความเชื่อในสิ่งที่ดีงาม ฉันสามารถ (I can) เป็นปัจจัยภายในที่ประกอบด้วย ทักษะการจัดการกับปัญหา การจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม และสร้างสรรค์ทางออก มุ่งมั่นต่อผู้ให้งานสำเร็จ และทักษะการสร้างและรักษาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล สามารถประเมินอารมณ์และความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น ขอคำแนะนำและขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น และฉันมี (I have) หมายถึง ปัจจัยสนับสนุนภายนอก ได้แก่ คนที่สนิทสนม มีความสัมพันธ์ดี ผูกพันกันจนเชื่อใจไว้วางใจได้ คนที่ช่วยแนะนำ ดักเตือน และสอน เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจุบันมีการศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตในนักศึกษาพยาบาลค่อนข้างน้อย และยังไม่มีการพัฒนาในด้านความเครียดโดยตรงและพบการพัฒนาความแข็งแกร่งในชีวิตในประชากรที่หลากหลายซึ่งผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นสิ่งที่ช่วยให้นักศึกษาสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดี จัดการกับปัญหาได้ดี มีความเครียดลดลงและประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิตโดยพบว่า นักศึกษาพยาบาลที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ สามารถเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานได้ดีขึ้น (วันเพ็ญ แสงสงวน, 2562) มีความแข็งแกร่งในชีวิตเพิ่มมากขึ้น (สุกัญญา สุรัมย์และคณะ, 2561) อย่างไรก็ตาม การเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีการปรับตัว มีทักษะการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้น และมีผลทางบวกต่อภาวะสุขภาพจิต เช่น มีระดับความเครียด และภาวะซึมเศร้าลดลง โดยพบว่า นักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต มีภาวะซึมเศร้าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลง (อายุพร กัยวิทย์ โกศล, สุทธามาศ อนุชาตและพัชรินทร์ นินทจันทร์, 2558) ดังนั้น หากนักศึกษาพยาบาลได้รับการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตเพิ่มขึ้นก็จะสามารถปรับตัวได้ มีความเครียดลดลง และประสบความสำเร็จในชีวิต

ดังนั้นผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญของการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาล ซึ่งต้องเผชิญกับการปรับตัวในการเรียน และการใช้ชีวิตที่มีภาวะเครียดส่งผลให้นักศึกษาบางรายมีปัญหาสุขภาพจิต บางรายลาออกจากวิทยาลัย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ นักศึกษาได้รับการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต เพื่อฝึกให้นักศึกษาสำรวจตนเอง มองจุดดี มีทักษะในการแก้ปัญหา ส่งผลให้นักศึกษามีความเครียดลดลง และเรียนได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมกลุ่มเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคะแนนความเครียดระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคะแนนความเครียดระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ในกลุ่มทดลอง

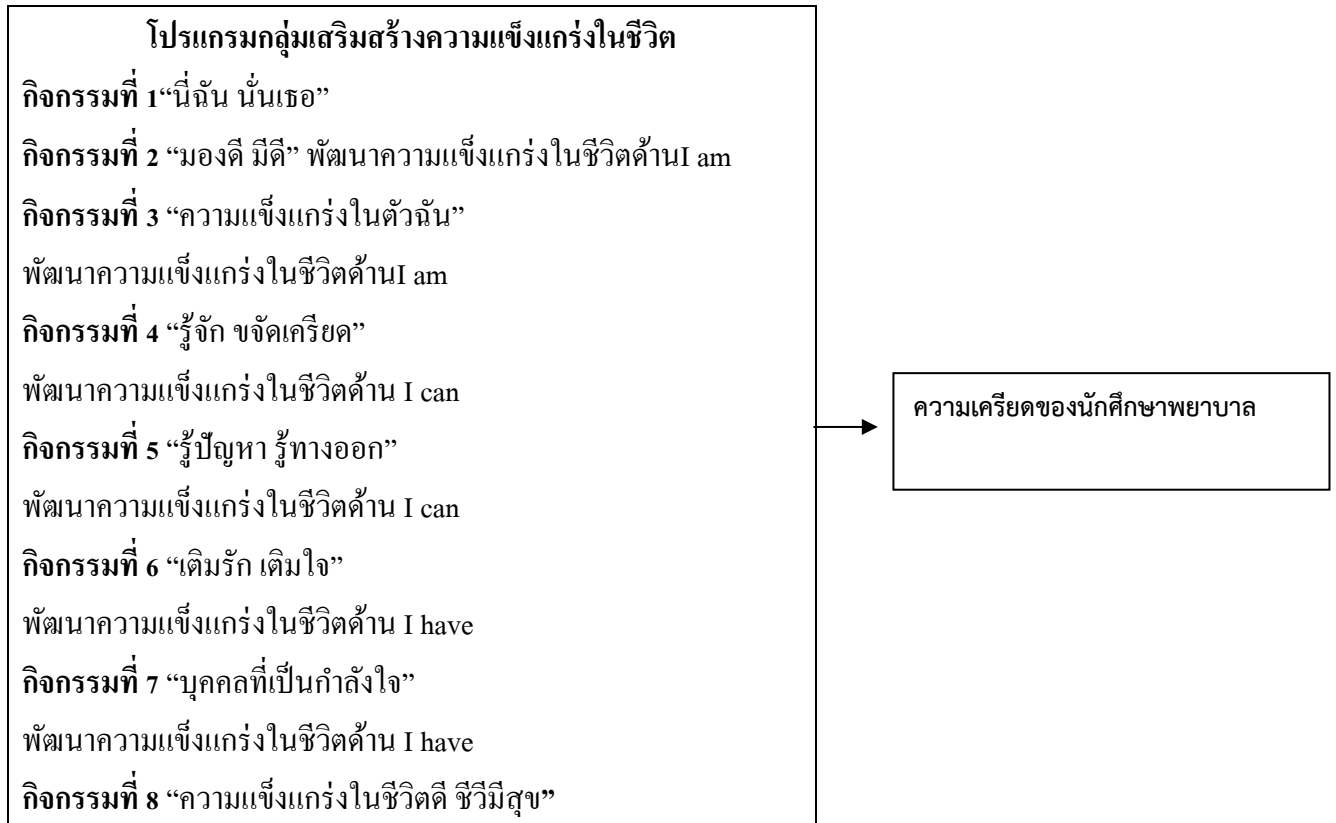
สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานในการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

1. นักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน
2. นักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือนต่ำกว่าในระยะก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

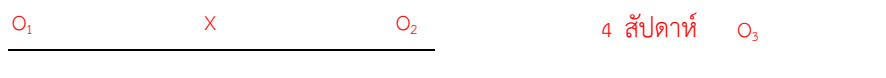
โปรแกรมกลุ่มเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตที่พัฒนามาจากการประยุกต์แนวคิดทฤษฎีความแข็งแกร่งในชีวิตของ Grotberg (1995) ซึ่งเป็นโปรแกรมสำหรับนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย กิจกรรม 8 กิจกรรมซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผ่านกระบวนการกลุ่ม เพื่อให้ให้นักศึกษาพยาบาลได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านกิจกรรม มีการถอดบทเรียน รวมถึงสอดแทรกความรู้ในแต่ละกิจกรรม และวัดด้วยแบบประเมินความเครียดซึ่งสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้



4 สัปดาห์

O₁ หมายถึง การประเมินความเครียด ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

O₂ หมายถึง การประเมินความเครียด หลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที

O₃ หมายถึง การประเมินความเครียด ระยะติดตามผล

X หมายถึง โปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ นักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 1 ที่ศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ประจำปีภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2564 จำนวน 100 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ประจำปีภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2564 โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวช
3. มีผลคะแนนความเครียดมีผลคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 24 คะแนนเป็นต้นไป

เกณฑ์ในการคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

ขณะเข้าร่วมการทดลองมีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรง เช่น มีอาการเครียดหรือซึมเศร้าจนไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ ซึ่งถ้านักศึกษาพยาบาลมีปัญหาสุขภาพจิตขึ้นจะมีระบบการส่งต่อนักศึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาไปรับคำปรึกษารายบุคคลกับอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช หากนักศึกษารายใดมีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรงก็จะส่งต่อเพื่อพบจิตแพทย์ต่อไป

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ได้จากการเปิดตารางขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Cohen (1992) โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนของการสุ่ม (ระดับ α) ที่ .05 ขนาดของอิทธิพล (power analysis) ที่ .80 อิทธิพลของการทดลอง (effect size) ที่ .80 จากงานวิจัยของไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ, กรรณิกา เรืองเดช, ชาวสวนศรีเจริญ และเสาวลักษณ์ คงสนิท (2562) และกชกร ฉายากุล (2561) จัดทำระเบียบรหัสนักศึกษาพยาบาลที่ได้จากแบบประเมินความเครียดมาเรียงคะแนนจากคะแนนน้อยที่สุดถึงคะแนนมากที่สุด และทำการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 52 คน จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ด้วยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย เพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 26 คน โดยกำหนดเลขคี่ เป็นกลุ่มทดลอง เลขคู่เป็นกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย ถ้านักศึกษาคนใดไม่ประสงค์จะเข้าร่วมวิจัยจะใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจนครบตามจำนวนที่ระบุไว้

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน มีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความเครียด มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัย ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย อายุ สถานภาพ สุขภาพ ภูมิฐานะของนักศึกษา ลักษณะของครอบครัว ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPA) และรายได้ของครอบครัว

1.2 แบบสอบถามความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดความเครียด โดยใช้แบบวัดความเครียดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (ให้คะแนน 1-2-3-4-5) ดังนี้

ตอบไม่รู้สึกรู้สึกเครียดให้คะแนน	1	คะแนน
ตอบเครียดเล็กน้อยให้คะแนน	2	คะแนน
ตอบเครียดปานกลางให้คะแนน	3	คะแนน
ตอบเครียดมากให้คะแนน	4	คะแนน
ตอบเครียดมากที่สุดให้คะแนน	5	คะแนน
ไม่ตอบให้คะแนน	0	คะแนน

การแปลผล

แบบวัดความเครียดของนักศึกษาพยาบาลมีจำนวน 20 ข้อ มีคะแนนรวม 100 คะแนน โดยผลรวมที่ได้แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ คะแนน 0-24 เครียดน้อย คะแนน 25-42 เครียดสูง คะแนน 43-62 เครียดปานกลาง คะแนน 63 ขึ้นไปเครียดรุนแรง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมกลุ่มเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ซึ่งผู้วิจัยมาจากการประยุกต์แนวคิดทฤษฎีความแข็งแกร่งในชีวิตของ Grothberg (1995) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบไปด้วยกิจกรรมจำนวน 8 กิจกรรมสำหรับกลุ่มทดลอง ใช้เวลากิจกรรมละ 90 นาที สัปดาห์ละ 2 กิจกรรม ในแต่ละกิจกรรมจะใช้กระบวนการกลุ่มให้เกิดการเรียนรู้ ดังตาราง

กิจกรรม	เนื้อหา	สิ่งที่ได้รับ
กิจกรรมที่ 1 “นี่ฉัน นั่นเธอ”	ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และให้สมาชิกในกลุ่มนั่งเป็นวงกลม และให้สมาชิกแต่ละคนได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องราวของตนเอง จากนั้นทำการสุ่มสมาชิก 1-2 คน สะท้อนคิดสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรม	เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีและสร้างความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่ม และสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง

กิจกรรม	เนื้อหา	สิ่งที่ได้รับ
กิจกรรมที่ 2 “มองดี มีดี”	ให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความประทับใจของตนเองที่ผ่านมาและเปิดโอกาสให้สมาชิกคนอื่นร่วมแสดงความรู้สึกชื่นชมกับสิ่งดีๆ หรือความประทับใจของคนที่น่าเสนอ จากนั้นแบ่งกลุ่มให้สมาชิกหาแนวทางในการส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง รวมถึงการมองโลกในแง่บวก ผู้วิจัยสรุปถึงสำคัญของการเห็นคุณค่าในตนเอง จากนั้นทำการสุ่มสมาชิก 1-2 คน สะท้อนคิดสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรม และมอบหมายการบ้าน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาความแข็งแกร่งในชีวิตด้าน I am	เพื่อให้สมาชิกเห็นคุณค่าในตนเอง
กิจกรรมที่ 3 “ความแข็งแกร่งในตัวฉัน”	ให้สมาชิกทบทวนการบ้าน และสำรวจความแข็งแกร่งของตนเองโดยประเมินความแข็งแกร่งในชีวิตที่มีอยู่ภายในตนเอง ซึ่งจะทำให้มีทักษะในการเผชิญปัญหาที่เพิ่มขึ้น สามารถยืนหยัด ผ่านพ้นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจ/ความเครียดในชีวิต ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากนั้นทำการสุ่มสมาชิก 1-2 คน สะท้อนคิดสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรม และมอบหมายการบ้าน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาความแข็งแกร่งในชีวิตด้าน I am	1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รู้จักตัวเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตนเอง 2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมีความแข็งแกร่งในชีวิตที่สูง 3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ประเมินความแข็งแกร่งในชีวิตที่มีอยู่ภายในตนเอง
กิจกรรมที่ 4 “รู้จัก จัดการ เครียด”	ให้สมาชิกทบทวนการบ้าน และเขียนถึงเหตุการณ์หรือประสบการณ์ที่ทำให้ตนเองรู้สึกเครียด ใบบาน “ความเครียดของฉัน” และวิธีการจัดการความเครียด บอกเล่าความคิดเชิงลบทำให้บุคคลพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งต่างๆ ได้อย่างมีความสุข จากนั้นทำการสุ่มสมาชิก 1-2 คน สะท้อนคิดสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรม และมอบหมายการบ้านซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาความแข็งแกร่งในชีวิตด้าน I can	1. เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหา อันเป็นการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตให้กับตนเอง เพื่อนำไปสู่ความสุขในการเรียนรู้ ลดความเครียด
กิจกรรมที่ 5 “รู้ปัญหา รู้ทางออก”	ให้สมาชิกทบทวนการบ้าน และฝึกแก้ปัญหาหรือตัดสินใจ แก้ปัญหาจากกรณีศึกษา และตรวจสอบผลการแก้ปัญหา และวิเคราะห์สถานการณ์แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน	1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสำรวจปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และ

กิจกรรม	เนื้อหา	สิ่งที่ได้รับ
	จากนั้นทำการสุ่มสมาชิก 1-2 คน สะท้อนคิดสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรม และมอบหมายการบ้าน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาความแข็งแกร่งในชีวิตด้าน I can	แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเองให้สมาชิกทราบ 2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการแก้ปัญหาต่างๆ และแนวทางในการเผชิญปัญหาอุปสรรค สามารถแก้ปัญหาได้
กิจกรรมที่ 6 “เติมรัก เติมใจ”	ให้สมาชิกทบทวนการบ้าน และเขียนชื่อเล่นของตนเองไว้บนหัวมุมขวาของกระดาษเขียน “ขอบคุณคนที่เรารัก หรือคิดถึง หรือมิตรภาพดีดี” จากนั้นสรุปความรู้เกี่ยวกับการสร้างกำลังใจที่ดีต่อกัน จากนั้นทำการสุ่มสมาชิก 1-2 คน สะท้อนคิดสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรม และมอบหมายการบ้าน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาความแข็งแกร่งในชีวิตด้าน I have	1. เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มรู้จักการสร้างมิตรภาพกับผู้อื่น 2. เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มเรียนรู้ที่จะเลือกรับและแสดงออกต่อมิตรภาพจากผู้อื่น
กิจกรรมที่ 7 “บุคคลที่เป็นกำลังใจ”	ให้สมาชิกทบทวนการบ้าน และทำใบงาน “บุคคลที่เป็นกำลังใจและเป็นต้นแบบของฉัน ” และเขียนประโยคที่ช่วยให้ตนมีกำลังใจ ทำให้สมาชิกได้มีจุดมุ่งหมายในชีวิตและเป็นกำลังใจสำคัญในการดำเนิน จากนั้นทำการสุ่มสมาชิก 1-2 คน สะท้อนคิดสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาความแข็งแกร่งในชีวิตด้าน I have	1. เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้มีต้นแบบที่ดีในการดำเนินชีวิต 2. เพื่อให้สมาชิกมีจุดมุ่งหมายในการดำเนินชีวิต 3. เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มแต่ละคนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของต้นแบบ
กิจกรรมที่ 8 “สิ่งที่เปลี่ยนแปลง”	ให้สมาชิกทบทวนกิจกรรมตั้งแต่ครั้งแรก จนมาถึงวันนี้ สมาชิกคิดว่าตนเองเกิดการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง โดยให้สมาชิกวาดภาพเพื่อสะท้อนเป็นภาพสายธารกับชีวิตที่เกิดการเปลี่ยนแปลง	เพื่อให้สมาชิกได้ทบทวนความรู้การพัฒนาความแข็งแกร่งในชีวิตเพื่อลดความเครียด

ระยะหลังการทดลอง

หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ผู้ช่วยวิจัยประเมินความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ต่อไป

ระยะติดตามผล

ในระยะติดตามผลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ผู้ช่วยวิจัยความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำโปรแกรมฯ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า Index of item objective Congruence (IOC) เท่ากับ 0.85 โดยแต่ละกิจกรรม IOC ไม่ต่ำกว่า 0.5 จากนั้นผู้วิจัยปรับตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปทดลองใช้ในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 คน เพื่อให้โปรแกรมฯ มีความชัดเจนเพิ่มขึ้น และนำแบบประเมินความเครียดไปทดลองใช้ในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ที่ไม่ใช่กลุ่มทดลองที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการอัลฟาครอนบาช ได้เท่ากับ .88

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล
2. สัปดาห์ที่ 1 เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย เป็นอาจารย์พยาบาลในสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีประสบการณ์การทำกลุ่มไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 2 คน ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างทำกิจกรรม พบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างจากนั้นให้ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความเครียด ระยะเวลาการทดลอง (pre-test). และในสัปดาห์ที่ 1-4 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติ และได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 8 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที เวลา 18.00 - 19.30 น.
2. สัปดาห์ที่ 4 ผู้ช่วยผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินความเครียดระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (post-test)
3. สัปดาห์ที่ 8 ผู้ช่วยผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินความเครียด ระยะติดตามผล 1 เดือน (follow-up)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-squar test) กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 18.46 ($SD = 0.58$) มีเกรดเฉลี่ยสะสมเท่ากับ 3.45 ($SD = 0.26$) และส่วนใหญ่มีสถานภาพอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 53.80

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 18.38 ($SD = 0.57$) มีเกรดเฉลี่ยสะสมเท่ากับ 3.48 ($SD = 0.31$) และมีสถานภาพอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 73.10

เมื่อทดสอบความแตกต่างลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า เพศ อายุ เกรดเฉลี่ยสะสม และสถานภาพ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. การเปรียบเทียบความเครียดของนักศึกษาพยาบาล

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของนักศึกษาพยาบาล

ระยะการทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	M	SD	M	SD
ก่อนการทดลอง	30.42	3.05	29.00	2.93
หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	28.34	2.17	28.50	2.53
ติดตามผล 1 เดือน	26.96	2.73	28.34	2.53

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดในระยะก่อนทดลองของนักศึกษาพยาบาล เท่ากับ 30.42 ($SD = 3.05$) ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที เท่ากับ 28.34 ($SD = 2.17$) และระยะติดตามผล 1 เดือน เท่ากับ 26.96 ($SD = 2.73$) ส่วนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดในการเรียนรู้ในระยะก่อนทดลองของนักศึกษาพยาบาล เท่ากับ 29.00 ($SD = 2.93$) ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที เท่ากับ 28.50 ($SD = 2.53$) และระยะติดตามผล 1 เดือน เท่ากับ 28.34 ($SD = 2.53$) เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองด้วยสถิติแบบอิสระที่ (Independent t -test) พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{50} = 1.72, p = .96$) แสดงให้เห็นว่า นักศึกษาพยาบาลก่อนเข้าร่วมการทดลองมีความเครียดที่ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของนักศึกษาพยาบาลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนทดลอง ($n=26$)

กลุ่ม	จำนวน	M	SD	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง	26	30.42	3.05	1.72	50	.96
กลุ่มควบคุม	26	29.00	2.93			

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง (n=26)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	1	127567.44	127567.44	7444.12	.000***
ความคลาดเคลื่อน	50	856.83	17.14		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	1	112.42	56.21	26.18	.000***
วิธีการทดลองกับระยะเวลา	1	51.50	28.37	11.99	.000***
ความคลาดเคลื่อน	50	214.74	2.15		

*** $p < .001$

จากตารางที่ 3 จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระหว่างระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จ และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลอง กับระยะเวลาของการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงว่า วิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง ส่งผลร่วมกันต่อคะแนนเฉลี่ยความเครียด และพบว่าวิธีการทดลองที่แตกต่างกัน และระยะเวลาของการทดลองที่แตกต่างกัน มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จ และติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากนั้นทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเครียด ระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ระยะก่อนการทดลองกับระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีกับระยะติดตามผล 1 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของนักศึกษาพยาบาล

Time	M	ระยะเวลา	
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง ระยะติดตามผล
ก่อนการทดลอง	30.42	1.27*	2.06*
หลังการทดลอง	28.34		0.77*
ระยะติดตามผล 1 เดือน	26.96		

*p < .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล และคะแนนความสุขในการเรียนรู้ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t-test ส่วนการเปรียบเทียบคะแนนความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมในระหว่างระยะก่อนการทดลอง ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติ two-way repeated measures ANOVA เมื่อพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของนักศึกษาพยาบาลมีความแตกต่างในแต่ละระยะ จึงทำการทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบรายคู่ของ Bonferroni

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมกลุ่มสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาล สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้ดังนี้

1. นักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมกลุ่มสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือนลดลงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อธิบายได้ว่าโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตที่พัฒนาขึ้น ส่งผลให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้และพัฒนาทั้งด้าน ฉันเป็น (I Am), ฉันมี (I Have), ฉันสามารถ (I Can) โดยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านกระบวนการกลุ่ม 8 กิจกรรม คือเป็นการที่บุคคลได้ตระหนักถึงสิ่งที่ฉันเป็น (I am) ได้แก่ ความรู้สึก ทศนคติและความเชื่อภายในตนเกี่ยวกับการเป็นที่รักของคนอื่น การเป็นผู้มีความภาคภูมิใจในตนเอง นักศึกษาได้ฝึกคิดถึงสิ่งที่ฉันมี (I have) อันได้แก่ การบอกวิธีการจัดการกับความเครียด ซึ่งเป็นการช่วยเสริมให้ทราบถึงแหล่งสนับสนุนที่บุคคลได้รับความรัก ได้รับการช่วยเหลือที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต และหาวิธีการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีการที่หลากหลาย ทำให้บุคคลได้พัฒนาทางด้านฉันสามารถ (I can) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า โปรแกรมที่จัดขึ้นเป็นการฝึกทักษะในการมีมุมมองทางบวกต่อปัญหาต่างๆ ในชีวิตการนึกถึงสิ่งดีๆ ที่ยังมีเหลืออยู่เมื่อต้องเผชิญกับปัญหา หรือสถานการณ์ลำบากในชีวิต (กชกร ฉายากุล, 2561) ซึ่งในขณะที่เป็นนักศึกษาพยาบาลนั้น ความเครียดของนักศึกษาอาจเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ ซึ่งหากไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ ย่อมส่งผลกระทบต่อตัว

นักศึกษาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวยุทธศาสตร์ สถาบันการศึกษาและสังคม (ฐมาพร เชื้อวชาญ และอภิฤดี พาผล, 2564) ดังนั้น โปรแกรมฯ จะฝึกให้นักศึกษาเผชิญกับสถานการณ์ที่กดดัน ทำให้นักศึกษาสามารถใช้สติ และดึงศักยภาพของตนเองมาแก้ไขปัญหาได้ ส่งผลให้นักศึกษาไม่รู้สึกกดดัน และมีความเครียดลดลง ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมินความเครียด จะเห็นได้จากค่าคะแนนเฉลี่ยของความเครียดภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ที่ลดลงกว่าในกลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธนพล บรรดาศักดิ์ (2560) ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความแข็งแกร่งในชีวิตมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงขึ้น ซึ่งการที่นักศึกษามีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงขึ้นต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่กดดันก็จะสามารถใช้สติ และศักยภาพของตนเองในการแก้ปัญหาหรือผ่านพ้นสถานการณ์นั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้มีความสุขมากขึ้น

2. นักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 แสดงให้เห็นว่าเมื่อนักศึกษาพยาบาลเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตสอดคล้องกับแนวคิดของความแข็งแกร่งในชีวิตของกรอทเบอร์ก (Grotberg, 1995) ที่ส่งเสริมให้บุคคลได้ทบทวน และค้นหาความแข็งแกร่งที่ตนมีทั้ง มี 3 ด้าน เพื่อให้บุคคลสามารถดึงศักยภาพมาใช้ในการจัดการกับปัญหาในชีวิต และผ่านพ้นกับอุปสรรคต่างๆ ได้ ก็คือ ฉันมี (I Have) เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริม ให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต ฉันเป็น (I Am) เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล และ ฉันสามารถ (I Can) เป็นปัจจัยด้านทักษะ ในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจากกระบวนการกลุ่มทั้ง 8 กิจกรรมได้ส่งเสริมให้นักศึกษาได้ค้นหา ทบทวน และทดลองสิ่งทั้ง 3 ด้านมาใช้ในการดำเนินตามกิจกรรมที่วางแผนไว้ ทำให้นักศึกษาได้ฝึกใช้ ทั้งเป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริม ให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต การใช้ความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล และความสามารถที่บุคคลมีมาใช้ในการแก้ปัญหา และสรุปการเรียนรู้ต่อยอดเรียนรู้จากนักศึกษาภายในกลุ่มทำให้นักศึกษาได้เกิดการพัฒนาความแข็งแกร่งของตนเองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ ทิพย์สูงเนิน (2562) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 พบว่าหลังการทดลองนักศึกษากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิต สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ วันเพ็ญ แสงสงวน (2562) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจด้วยการใช้การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานในนักศึกษาพยาบาล พบว่าความเข้มแข็งทางจิตใจของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ระดับ .01

ข้อเสนอแนะ

ผู้บริหารวิทยาลัยฯ สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปกำหนดเป็นนโยบายในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตให้กับนักศึกษาพยาบาลโดยเฉพาะนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเรื่องนี้ในรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ และศึกษาในระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อศึกษาแนวโน้มความคงทนของระดับความแข็งแรงในชีวิต
2. ควรศึกษาการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมความแข็งแรงในชีวิตสำหรับนักศึกษาพยาบาลในระยะยาว เพื่อติดตามผลว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ เช่น การปรับตัว, ผลการเรียนรู้ เป็นต้น และติดตามความแข็งแรงในชีวิตในระยะ 6 เดือน

เอกสารอ้างอิง

- กชกร ฉายากุล. (2561). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาล. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, 24(2), 96-107.
- ณัฐิกา ราชบุตร, จุลจิรา จันทะมุงคุณ, ลำพงษ์ ศรีวงษ์ชัย และธรรณิษฐ์ คุณแขวน. (2562). ผลของโปรแกรมออกกำลังกายเชิงประยุกต์ต่อการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ. วารสาร โรงพยาบาลสกลนคร, 22(1), 76-85.
- ดวงใจ วัฒนสินธุ์, สิริพิมพ์ ชูปาน และภาลิตินิ เดชชัยยศ. (2561). การแก้ปัญหาทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 29(1), 87-99.
- ฐมาพร เชื้อชาชาญ และอภิฤดี พาผล. (2564). ความเครียดในการขึ้นฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชียวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 15(1), 21-28.
- ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน, ภาลิตินิ โทอินทร์ และ วชิร แสงสาย. (2562). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแรงในชีวิตต่อความแข็งแรงในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาล และการสาธารณสุขภาคใต้, 6 (ฉบับพิเศษ), 153 – 166.
- ทิวาพร พู่เฟื่อง และกัญญาวิรุ้ โมกขาว. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 สถาบันอุดมศึกษาในกำกับของรัฐและเอกชน. วารสารพยาบาลทหารบก, 20(3), 373-382.
- ธนพล บรรดาศักดิ์, กนกอร ชาวเวียง และนฤมล จันทระเกษม. (2561). การศึกษาความฉลาดทางจิตวิญญาณของนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิชาการศรีปทุม ชลบุรี, 14(3), 48 – 55.
- ธนพล บรรดาศักดิ์, กนกอร ชาวเวียง, นฤมล จันทระเกษม, สมหวัง ไรจนะและกนกพร เทียนคำศรี. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของนักศึกษาพยาบาลระหว่างฝึกปฏิบัติงานหอผู้ป่วยหนัก. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตรคลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 30(1), 6-16.

ธนพล บรรดาศักดิ์, ชนิดดา แนนเกษร และดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2560). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความ
แข็งแกร่งในชีวิตต่อ ความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์*
มจร, 5(3), 195 – 208.

ไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ, กรรณิกา เรืองเดช, ชาวสวนศรีเจริญ และเสาวลักษณ์ คงสนิท. (2562). ประสิทธิภาพ
ของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความแข็งแกร่งในชีวิตการเห็นคุณค่าในตนเอง
ความฉลาดทางอารมณ์ และแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการเรียนของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยการ
สาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 20(2), 16-30.

วันเพ็ญ แสงสงวน. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจด้วยการใช้การเรียนรู้
โดยใช้ปัญหาเป็นฐานในนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(2), 186-194.

วิรงรองค์ ชมพูนิง. (2562). ความสามารถในการบริหารเวลาของนักศึกษาพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี.
วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 35(3), 199-210.

สุกัญญา สุรังษี, ลัดดา เหลืองรัตนมาศ และสรวงทิพย์ ภู่อุณณา. (2561). การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะ
ชีวิตเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลกระทรวง*
สาธารณสุข, 29(3), 194-204.

อนัญญา คูอาริยะกุล, วิมล อ่อนเสียง, ศศิธร ชิดนัย, ศุภิสรา สุวรรณชาติ และณัฐณิชา ศรีอัยเพชร.
(2562). ปัจจัยทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
อุตรดิตถ์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 11(2), 187-200.

อายุพร กัยวิทย์โกศล, สุทธามาศ อนุชาตุ และพัชรินทร์ นินทจันทร์. (2558). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้าง
ความแข็งแกร่งในชีวิตต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง. *วารสาร*
การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 29(1), 27-43.

อ้อยทิพย์ บัวจันทร์, ธมลวรรณ สวัสดิ์สิงห์, ณัฐปภัสน์ นวลสีทอง และเทพไทย โชติชัย. (2562).
ความแข็งแกร่งในชีวิตและความเครียดของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ. *วารสารบัณฑิตศึกษามหาจุฬาลงกรณ์*, 6(4), 257-269.

Grotberg, E.H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human
spirit*. The Hague: The Bernard van Leer Foundation.

การรายงานอุบัติการณ์เข็มทิ่มตำ การบาดเจ็บจากของมีคมและสัมผัสสารคัดหลั่ง

ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี

รุ่งทิพย์ ไชยโยยิ่งยงค์, พย.ม.*

พัชรินทร์ วิหคหาญ, พย.ม.* และกนกวรรณ ศิริพรรณ, วท.ม.**

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดเข็มทิ่มตำ การบาดเจ็บจากของมีคมและสัมผัสสารคัดหลั่ง และศึกษาเหตุผลของการรายงานหรือไม่รายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น ดำเนินการวิจัยแบบผสมผสานเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ 2 ระยะ คือ 1) การวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และ 4 ปีการศึกษา 2562 จำนวน 222 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับการเกิดอุบัติการณ์ถูกเข็มทิ่มตำ ของมีคมบาด หรือการสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วยและการปฏิบัติหลังได้รับเข็มทิ่มตำ การบาดเจ็บจากของมีคมและสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วย ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Index of item objective congruence: IOC) รายข้ออยู่ระหว่าง 0.66-1.00 ความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้ KR-20 คำนวณได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.72 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา 2) การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลเป็นตัวแทนนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และ 4 ที่มีประสบการณ์ในการเกิด อุบัติการณ์เข็มทิ่มตำ การบาดเจ็บจากของมีคมและสัมผัสสารคัดหลั่ง จำนวน 30 คน สัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้แบบสอบถามถึงโครงสร้าง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่า อุบัติการณ์ถูกเข็มทิ่มตำ ของมีคมบาด หรือการสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 39.64 ลักษณะของการเกิดอุบัติการณ์ส่วนใหญ่ถูกหลอดยา/เศษแก้วบาด ร้อยละ 90.91 เกิดขณะกำลังเตรียมอุปกรณ์ ร้อยละ 78.41 ตำแหน่งอวัยวะที่เกิดอุบัติการณ์ ร้อยละ 100 เกิดที่ปลายนิ้ว นักศึกษาไม่ได้สวมอุปกรณ์ป้องกัน ร้อยละ 69.32 การปฏิบัติหลังเกิดอุบัติการณ์ของนักศึกษาส่วนใหญ่ คือ ล้างบริเวณอวัยวะที่ได้รับอุบัติเหตุด้วยน้ำสะอาดทันที ร้อยละ 92.05 การได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้นหลังเกิดอุบัติการณ์ ส่วนใหญ่ได้รับการตรวจเลือด ร้อยละ 43.18 ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า เหตุผลที่นักศึกษารายงานเมื่อเกิดอุบัติการณ์คือ การคำนึงถึงผลกระทบต่อภาวะสุขภาพที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้ป่วย สำหรับเหตุผลที่นักศึกษาส่วนใหญ่ไม่รายงานเนื่องจากกลัวถูกตำหนิจากอาจารย์และพยาบาลพี่เลี้ยง และกังวลกับขั้นตอนในการรายงานอุบัติการณ์ ดังนั้นสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลควรส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลและสร้างความตระหนักถึงความสำคัญและทัศนคติที่ดีแก่นักศึกษาในการรายงานเมื่อเกิดอุบัติการณ์ เพื่อเฝ้าระวังและติดตามผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นตามมา

คำสำคัญ: อุบัติการณ์เข็มทิ่มตำ การบาดเจ็บจากของมีคม การสัมผัสสารคัดหลั่ง รายงานอุบัติการณ์

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน), ** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

E-mail: rungtip@bcnr.ac.th

Report of incidences of needle stick, sharp injuries and secretion contact among nursing students, Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi.

Rungtip Chaioyingyong, B.N.S

Phatcharin Wihokhan, B.N.S & Kanokwan Siripan, M.Sc.

Abstract

The purposes of this mixed method study were to examine the incidences of needle stick, sharp injuries and secretion contact and identify the reasons of reporting and no reporting of the incidences happened. The mixed method research was conducted through two phases. Firstly, the quantitative study was conducted. The samples were 222 nursing students year 3 and 4 in academic year 2019. The data were collected by using the questionnaire of incidences of needle stick, sharp injuries and secretion contact and practicing after the incidences of needle stick, sharp injuries and secretion contact. The questionnaire was tested for validity which the IOC was between 0.66-1.00. The reliability tested by using KR-20 was .72. The data were analyzed by using descriptive statistics. Secondly, the qualitative study which 30 nursing students year 3 and 4 having experiences of needle stick, sharp injuries and secretion contact. The researchers collected the data using the semi-structured interview guide; its validity was approved by three experts.

The quantitative data analysis shows that the percentage of incidences of needle stick, sharp injuries and secretion contact is 39.64. Most incidences (90.91%) were being cut by glass/ampules. Those incidences occurred as doing material preparation (78.41). All evidences happened with the fingers. About 69.32 percent of those students did not wear any protective device. After contacting, most samples (92.05%) reacted by washing the body organs with water immediately. 43.18 percent of the sample was cared by checking blood. The qualitative data analysis shows that the reason why the students reported after the incidences was aware of effects on health of themselves and patients. While, the reasons why they did not report were fear of being blamed by their teachers and preceptors and worrying about reporting procedure. Therefore, nursing education institutes should promote safety of students as working and encourage awareness, including good attitudes in reporting the incidences. This is for monitoring impacts of the issues.

Key words: incidences of needle stick, sharp injuries, secretion contact, incidence report

บทนำ

พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับการบาดเจ็บจากการถูกเข็มทิ่มตำ และของมีคมบาดมากที่สุดเมื่อเทียบกับบุคลากรวิชาชีพทางสุขภาพอื่นๆ เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และต้องปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้เข็มและของมีคมเป็นประจำ (พร บุญมี และคณะ, 2556) ทั้งนี้ นักศึกษาพยาบาลถือว่าเป็นบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มหนึ่งที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดอุบัติเหตุการเข็มทิ่มตำและของมีคมบาด จากการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วย เนื่องจากนักศึกษามีความจำเป็นต้องฝึกประสบการณ์เกี่ยวกับการพยาบาลในการทำหัตถการและสัมผัสกับเลือดและสารคัดหลั่งของผู้ป่วยโดยตรง อาทิ การเจาะเลือด การฉีดยา การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ อีกทั้งยังพบว่านักศึกษาพยาบาลมีทักษะและประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลยังไม่เพียงพอ รวมไปถึงมีความวิตกกังวล ตื่นเต้น และเกิดความเครียดที่ต้องปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยแม้ว่าจะได้ผ่านการเรียนภาคทฤษฎีและนักศึกษาได้รับการเตรียมความพร้อมในห้องปฏิบัติการพยาบาลก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการจริงบนหอผู้ป่วยแล้วก็ตาม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ขาดสมาธิในขณะทำหัตถการหรือปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วย นำไปสู่ความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุจากความผิดพลาดในการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาอยู่บ่อยครั้ง (Galazzi,A., Rancati,.S.,& Milos,R, 2014)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเกิดอุบัติเหตุการเกิดเข็มทิ่มตำ และของมีคมบาดในนักศึกษาพยาบาลในช่วง 10 ปีย้อนหลัง (พ.ศ.2554 ถึง พ.ศ.2564) พบว่า อุบัติการณ์การเกิดการบาดเจ็บจากเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดในนักศึกษาพยาบาลมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ อาทิ การศึกษาของ Bagnasco et al. (2020) ในประเทศอิตาลี พบอุบัติการณ์การเกิดการบาดเจ็บจากเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดอย่างน้อย 1 ครั้ง ร้อยละ 39 และการบาดเจ็บมากกว่า 1 ครั้ง (อยู่ในช่วง 2 ถึง 6 ครั้ง) ร้อยละ 48.90 การศึกษาของ Zhang et al. (2018) ในประเทศจีน พบอุบัติการณ์ร้อยละ 60.30 และจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยในประเทศไทยที่ได้ศึกษาอุบัติการณ์การเกิดเข็มทิ่มตำ ของมีคมบาดและการสัมผัสสารคัดหลั่งในนักศึกษาพยาบาล พบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสวรรค์ เคยได้รับอุบัติเหตุถูกเข็มทิ่มตำ ของมีคมบาดและสัมผัสสารคัดหลั่ง ร้อยละ 34.88 และส่วนใหญ่ถูกของแหลมคมที่ปนเปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่งจากผู้ป่วยทิ่มตำหรือบาด ร้อยละ 57.69 (พร บุญมี และคณะ, 2556) นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ถึงชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ มีอุบัติการณ์ของอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำและของมีคมบาด ร้อยละ 22.3 ส่วนใหญ่เกิดจากเข็มทิ่มตำ ร้อยละ 24.9 (นุสรา ประเสริฐศรี, 2562) และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรายงานเหตุการณ์การเกิดอุบัติเหตุการเข็มทิ่มตำ ของมีคมบาดและการสัมผัสสารคัดหลั่งในนักศึกษาพยาบาล พบว่า นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสวรรค์ พบนักศึกษาร้อยละ 84.62 ไม่ได้เขียนรายงานเมื่อได้รับอุบัติเหตุ ทั้งที่ระหว่างการฝึกได้รับการดูแลใกล้ชิดจากอาจารย์นิเทศ โดยสาเหตุของการไม่รายงานเนื่องจากเป็นเข็มหรือของมีคมที่ไม่เคยใช้กับผู้ป่วย และคิดว่าไม่ได้รับอันตราย นอกจากนี้ นักศึกษารู้สึกกังวลว่าจะมีผลต่อคะแนนการฝึกภาคปฏิบัติ (พร บุญมีและคณะ, 2556) เช่นเดียว

กับการศึกษาของ Smith Leggat (2005) พบว่า เหตุผลการไม่รายงานเมื่อได้รับอุบัติการณ์จากการฝึกปฏิบัติงาน เพราะนักศึกษาคิดว่าเป็นเข็มที่ยังไม่ได้ใช้ และรับรู้ว่าได้รับบาดเจ็บเพียงเล็กน้อยและเข็มไม่ได้ติดเชื้อ จากการศึกษาของจิตลดา บุญเดชและคณะ (2549) ศึกษาหาความชุกของการได้รับบาดเจ็บจากของมีคมหรือสัมผัสสารคัดหลั่งในนักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิกทั้งหมด 337 คน พบว่าในช่วง 6 เดือน มีนักศึกษาแพทย์ได้รับบาดเจ็บจากของมีคมหรือสัมผัสสารคัดหลั่งจากผู้ป่วยขณะปฏิบัติงานและส่วนใหญ่ไม่รายงานอุบัติการณ์ร้อยละ 80.3 (จิตลดา บุญเดช และคณะ, 2549)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรีให้ความสำคัญกับกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษา โดยมีกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัย ความเสี่ยงและการบริหารความเสี่ยงขณะฝึกปฏิบัติงาน การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และมีระบบกลไกในการดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติการจัดการการเกิดอุบัติการณ์ในการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล เนื่องจากการเกิดเข็มทิ่มตำ และของมีคมบาด และสัมผัสสารคัดหลั่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อที่ติดต่อผ่านทางเลือดหรือสารคัดหลั่งที่สำคัญ เช่น เอสไอวี ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบบีซี รวมถึงการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ที่ยังคงมีการแพร่ระบาดอยู่ในปัจจุบัน (ปราโมทย์ ถ่างกระโทกและคณะ, 2564) ถึงแม้ว่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี มีกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษา แต่ยังพบข้อมูลที่ได้รับจากการเขียนรายงานการเกิดอุบัติการณ์การเกิดเข็มทิ่มตำ ของมีคมบาดและการสัมผัสสารคัดหลั่งในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ซึ่งในปีการศึกษา 2561 พบร้อยละ 3.81 แต่ทั้งนี้ เป็นเพียงข้อมูลจากการเขียนรายงานภายหลังเกิดอุบัติการณ์ ซึ่งวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรียังไม่เคยมีการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดเข็มทิ่มตำ ของมีคมบาดและการสัมผัสสารคัดหลั่งในนักศึกษาพยาบาล จึงทำให้คณะผู้วิจัยเกิดคำถามขึ้นว่ายังมีนักศึกษาที่เคยเกิดอุบัติการณ์และไม่ได้รายงานอุบัติการณ์บ้างหรือไม่ และเหตุผลที่ทำให้นักศึกษาพยาบาลรายงานและไม่รายงานอุบัติการณ์ภายหลังการเกิดเข็มทิ่มตำ ของมีคมบาดและการสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วยคืออะไร เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปปรับปรุงแนวทางปฏิบัติขณะที่นักศึกษาฝึกปฏิบัติงานพยาบาล และพัฒนากระบวนการรายงานอุบัติการณ์ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นรวมทั้งการสร้างความตระหนักและเห็นความสำคัญของการรายงานอุบัติการณ์ของนักศึกษาพยาบาล เพื่อป้องกันความเสี่ยงและความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเกิดอุบัติการณ์การเกิดเข็มทิ่มตำ การบาดเจ็บจากของมีคมและสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วยในนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อศึกษาการปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลหลังเกิดอุบัติการณ์เข็มทิ่มตำ การบาดเจ็บจากของมีคมและสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วย

3. เพื่อศึกษาเหตุการณ์การรายงานหรือไม่รายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นของนักศึกษาพยาบาล

คำถามการวิจัย

1. การเกิดอุบัติการณ์ เช่น เข้มทึมดำ การบาดเจ็บจากของมีคมและการสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วย ในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 - 4 ขณะปฏิบัติงานเป็นอย่างไร
2. ภายหลังเกิดอุบัติการณ์เข้มทึมดำ การบาดเจ็บจากของมีคมและสัมผัสสารคัดหลั่ง ฯลฯ ของผู้ป่วย นักศึกษาดำเนินการอย่างไร
3. เหตุผลที่ทำให้นักศึกษาพยาบาลรายงานหรือไม่รายงานอุบัติการณ์ภายหลังเกิดอุบัติการณ์เข้มทึมดำ การบาดเจ็บจากของมีคมและสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วยคืออะไร

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Study) โดยศึกษาเชิงปริมาณก่อน แล้วนำผลการศึกษาเชิงปริมาณมาดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพต่อไป มีวิธีการดำเนินการวิจัยเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดเข้มทึมดำ การบาดเจ็บจากของมีคมและสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วยในนักศึกษาพยาบาล และการปฏิบัติหลังเกิดอุบัติการณ์เข้มทึมดำ การบาดเจ็บจากของมีคมและสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และ 4

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 และ 4 ปีการศึกษา 2562 จำนวน 222 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล ศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 และ 4 ปีการศึกษา 2562 ทั้งหมดที่ผ่านการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 222 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ ชั้นปี ประวัติการเกิดอุบัติการณ์ที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการเกิดอุบัติการณ์ขณะปฏิบัติงาน แบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (check list) เกี่ยวกับอุบัติการณ์ขณะปฏิบัติงานตามประสบการณ์ที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษา ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ด้าน แต่ละด้านมีข้อรายการ(check list) ให้เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ ประกอบไปด้วย

- 1) ด้านลักษณะของการเกิดอุบัติการณ์
- 2) ด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติและเกิดอุบัติการณ์
- 3) ด้านประเภทของแหลมมีคมและตำแหน่งที่ได้รับอุบัติเหตุ
- 4) ด้านการสวมอุปกรณ์ป้องกันการเกิดอุบัติการณ์
- 5) ด้านการปฏิบัติหลังจากเกิดอุบัติการณ์

- 6) ด้านการได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้นหลังเกิดอุบัติเหตุ
- 7) ด้านความรู้สึกลหลังจากเกิดอุบัติเหตุ
- 8) ด้านการรายงานอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาพยาบาล มีประสบการณ์การสอนภาคปฏิบัติอย่างน้อย 10 ปี จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม ด้วยดัชนีความตรง (Index of item objective congruence: IOC) ได้ค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.66-1.00 และได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ (try out) กับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 ที่ผ่านการฝึกปฏิบัติงานจำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้ KR-20 ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.72

การรวบรวมข้อมูล

- 1) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากการได้รับอนุมัติการดำเนินการวิจัย
- 2) พบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการทำแบบสอบถาม รวมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามในส่วนที่ยังไม่เข้าใจ
- 3) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษาพยาบาลโดยการตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 15-20 นาที ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนการนำไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ ชั้นปี และประวัติการเกิดอุบัติเหตุ โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ และคำนวณเป็นร้อยละ

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาสาเหตุของการรายงานหรือไม่รายงานอุบัติเหตุการเกิดเข็มทิ่มตำ การบาดเจ็บจากของมีคมและสัมผัสสารคัดหลั่งผู้ป่วย ในขณะที่ขึ้นฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 รวมจำนวน 30 คน ที่ได้จากการวิจัยเชิงปริมาณ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คนจากกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยรายงานอุบัติเหตุ (n=55) และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน จากกลุ่มตัวอย่างที่รายงานอุบัติเหตุทุกครั้ง (n=20 คน) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เกณฑ์การคัดเลือก

Inclusion criteria

- 1) ยินดีที่จะให้ข้อมูล
- 2) อยู่ในวิทยาลัยในช่วงที่ทำการศึกษา

Exclusion criteria

เจ็บป่วยจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ในช่วงที่ทำการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม (Guide for focus group) นักศึกษาพยาบาลในประเด็นสาเหตุของการรายงานหรือไม่รายงานอุบัติการณ์การเกิดเข็มทิ่มตำ การบาดเจ็บจากของมีคม และสัมพัสดลหลังผู้ป่วย ในขณะที่ขึ้นฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล โดยมีแนวคำถาม ดังนี้

นักศึกษาเป็นผู้ที่รายงานอุบัติการณ์/ไม่เคยรายงานแม้ว่ามีอุบัติการณ์ ขอให้นักศึกษาอธิบายว่า

- 1) เหตุผลของการรายงาน/ไม่รายงานอุบัติการณ์
- 2) คิดอย่างไรต่ออุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นและการรายงาน
- 3) การรายงานอุบัติการณ์จะมีผลอะไร ตามความคิดเห็นของนักศึกษา

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามถึงโครงสร้างที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คนและนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ แล้วนำข้อคำถามไปทดลองสัมภาษณ์กลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบว่า ข้อคำถามสามารถสื่อความให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เข้าใจได้ตรงประเด็น

การรวบรวมข้อมูล

- 1) ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างตามวัน เวลาที่สะดวกเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและรายละเอียดของการเก็บรวบรวมข้อมูล

2) ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus group) โดยแยกกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ นักศึกษาพยาบาลที่มีประสบการณ์การเกิดอุบัติการณ์ และมีการรายงานอุบัติการณ์ และนักศึกษาพยาบาลที่ไม่มีประสบการณ์การเกิดอุบัติการณ์ และไม่มีการรายงานอุบัติการณ์ โดยใช้เวลาในการสนทนากลุ่มประมาณ 1 ชั่วโมง บันทึกข้อมูลเหตุการณ์และปฏิกิริยาของผู้ร่วมการสัมภาษณ์ มีข้อตกลงเรื่องการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ช่วยวิจัยบันทึกเสียงโดยใช้เครื่องบันทึกเสียง โดยขอคำยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนา โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครบุรี เอกสารรับรองเลขที่ BCNR 015/2563 ลงวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2563

ผลการวิจัย

1.กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากที่สุดร้อยละ 97.95 เพศชายร้อยละ 2.25 เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 39.19 นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 60.81 กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 ชั้นปี เกิดอุบัติเหตุการเกิดเข็มทิ่มตำ การบาดเจ็บจากของมีคมและสัมผัสสารคัดหลั่งผู้ป่วย ร้อยละ 39.64 อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นการบาดเจ็บจากของมีคม ร้อยละ 77.27 รองลงมา คือ สัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วย ร้อยละ 51.14 และเข็มทิ่มตำร้อยละ 44.32 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างไม่เคยเกิดอุบัติเหตุการร้อยละ 60.36 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=222)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	5	2.25
หญิง	217	97.74
ชั้นปี		
ชั้นปีที่ 3	87	39.19
ชั้นปีที่ 4	135	60.81
ประวัติการเกิดอุบัติเหตุ		
เคย	88	39.64
เข็มทิ่มตำ	39	44.32
บาดเจ็บจากของมีคม	68	77.27
สัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วย	45	51.14
ไม่เคย	134	60.36

2. ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงานส่วนใหญ่ถูกหลอดยา/เศษแก้วบาด ร้อยละ 90.91 รองลงมาเกิดจากสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งจากการกระเด็น ร้อยละ 48.86 ถูกเข็มที่ใช้เตรียมยาทิ่มตำ ร้อยละ 47.73 ตามลำดับ ลักษณะงานที่ปฏิบัติและเกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดขณะเตรียมอุปกรณ์ ร้อยละ 78.41 รองลงมาเกิดขณะปลดเข็ม/ถอดอุปกรณ์ ร้อยละ 13.64 และเกิดขณะดูดเสมหะด้วยเครื่องดูดเสมหะ ร้อยละ 11.36 ประเภทของแผลคมที่เกิดขึ้นอุบัติเหตุจำนวนมากที่สุด คือหลอดยา ร้อยละ 59.09 รองลงมาคือเข็มฉีดยา ร้อยละ 27.27 ตำแหน่งอวัยวะที่เกิดอุบัติเหตุ มากที่สุดคือที่ปลายนิ้ว ร้อยละ 100 รองลงมาเกิดที่ตา ร้อยละ 5.68 ส่วนใหญ่ไม่ได้สวมอุปกรณ์ป้องกัน ร้อยละ 69.32 ที่สวมอุปกรณ์ป้องกันมีร้อยละ 21.59 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละการเกิดอุบัติเหตุ จำแนกตามลักษณะของการเกิดอุบัติเหตุ ลักษณะงานที่ปฏิบัติและเกิดอุบัติเหตุประเภทของแหลมมีคม ตำแหน่งอวัยวะที่เกิดและการสวมอุปกรณ์ป้องกัน (n = 88)

ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุ	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะของการเกิดอุบัติเหตุ (ตอบได้มากกว่า 1)		
ถูกเข็มที่ใช้กับผู้ป่วยแล้วทิ่มตำ	23	26.14
ถูกเข็มที่ใช้เตรียมยาทิ่มตำ	42	47.73
ถูกใบมีดที่ใช้กับผู้ป่วยบาด	16	18.18
ถูกหลอดยา/เศษแก้วบาด	80	90.91
น้ำลายผู้ป่วยกระเด็นเข้าตา	21	23.86
สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งจากการกระเด็น	43	48.86
สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งจากการที่ถุงมือขาด	36	40.91
อื่นๆ (อวัยวะที่มีบาดแผลสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งผู้ป่วย)	20	22.73
ลักษณะงานที่ปฏิบัติและเกิดอุบัติเหตุ (ตอบได้มากกว่า 1)		
ขณะกำลังเตรียมอุปกรณ์	69	78.41
ขณะกำลังปลดเข็ม/ถอดอุปกรณ์	12	13.64
ขณะดูดเสมหะด้วยเครื่องดูดเสมหะ	10	11.36
สวมปลอกเข็มกลับคืนหลังใช้แล้ว	9	10.23
อื่นๆ (ทั้งเข็มใส่กล่องใส่เข็ม)	20	22.73
ประเภทของแหลมมีคม (ตอบได้มากกว่า 1)		
เข็มฉีดยา	24	27.27
เข็มให้สารน้ำ	2	2.27
อุปกรณ์เจาะเลือดปลายนิ้ว	5	5.68
หลอดยา	52	59.09
กรรไกร	0	0.00
ใบมีดโกน	1	1.14
Hematocrit tube	1	1.14
อื่นๆ (เข็มเย็บแผล)	18	20.45

ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุ	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่งอวัยวะที่เกิดอุบัติเหตุ (ตอบได้มากกว่า 1)		
นิ้วมือ	88	100.00
ตา	5	5.68
แขน/ขา	4	4.55
ใบหน้า	0	0
ปาก	0	0
อื่นๆ (ผิวหนัง)	5	5.68
การสวมอุปกรณ์ป้องกันขณะเกิดอุบัติเหตุ		
ไม่ได้สวมอุปกรณ์ป้องกัน	61	69.32
สวมอุปกรณ์ป้องกัน	19	21.59
สวมอุปกรณ์ป้องกันแต่ไม่ครบ/ไม่เหมาะสม	8	9.09

3.การปฏิบัติหลังจากการเกิดอุบัติเหตุ

เมื่อเกิดอุบัติเหตุ นักศึกษาส่วนใหญ่ล้างบริเวณอวัยวะที่ได้รับอุบัติเหตุด้วยน้ำสะอาดทันที ร้อยละ 92.05 รองลงมา รายงานอาจารย์ผู้สอน ร้อยละ 14.77 และล้างด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ร้อยละ 12.5 การได้รับการดูแลเบื้องต้นหลังเกิดอุบัติเหตุ ส่วนใหญ่ได้รับการตรวจเลือด ร้อยละ 43.18 ได้รับยาต้านไวรัส ร้อยละ 21.59 ความรู้สึกหลังจากเกิดอุบัติเหตุ ส่วนใหญ่นักศึกษารู้สึกเฉยๆ ร้อยละ 57.95 รองลงมา กลัวว่าจะติดเชื้อ ร้อยละ 21.59 การรายงานอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น มีนักศึกษารายงานทุกครั้ง ร้อยละ 62.5 รายงานเป็นบางครั้ง ร้อยละ 14.77 และที่ไม่ได้รายงาน ร้อยละ 22.73

ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละการเกิดอุบัติเหตุจากการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล จำแนกตามการปฏิบัติ หลังจากการเกิดอุบัติเหตุ การได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้นหลังเกิดอุบัติเหตุ ความรู้สึกหลังจากเกิดอุบัติเหตุ และการรายงานอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น (n=88)

ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุ	จำนวน	ร้อยละ
การปฏิบัติหลังจากการเกิดอุบัติเหตุ (ตอบได้มากกว่า1)		
ล้างบริเวณอวัยวะที่ได้รับอุบัติเหตุด้วยน้ำสะอาดทันที	81	92.05
ล้างบริเวณอวัยวะที่ได้รับอุบัติเหตุด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ	11	12.5
บีบแผลให้เลือดออกให้มากที่สุด	3	3.41
รายงานอาจารย์ผู้สอน	13	14.77
รายงานพยาบาลที่เลี้ยงในแหล่งฝึก	4	4.55
อื่นๆ (ล้างแผลด้วยน้ำและสบู่)	7	7.95
การได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้นหลังเกิดอุบัติเหตุ		
ได้รับการตรวจเลือด	38	43.18
ได้รับยาต้านไวรัส	19	21.59
อื่นๆ (ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะที่เกิดอุบัติเหตุ)	31	35.23
ความรู้สึกหลังจากเกิดอุบัติเหตุ		
เฉยๆ	51	57.95
กลัวว่าจะติดเชื้อ	19	21.59
เครียด	18	20.45
การรายงานอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น		
รายงานทุกครั้ง	55	62.5
รายงานเป็นบางครั้ง	13	14.77
ไม่ได้รายงาน	20	22.73

4. การรายงานอุบัติเหตุ

จากการสนทนากลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างที่รายงานอุบัติเหตุ จำนวน 15 คน และที่ไม่รายงานอุบัติเหตุจำนวน 15 คน พบว่า เหตุผลของการรายงานหรือไม่รายงานอุบัติเหตุ โดยนักศึกษาให้เหตุผล ดังนี้

1) นักศึกษาพยาบาลที่รายงานอุบัติการณ์ เหตุผลการรายงานมี 2 เหตุผลหลัก ได้แก่

1.1) กลัวผลกระทบด้านสุขภาพ (n=11) เช่น กลัวการติดเชื้อ กลัวไม่ได้รับการดูแล ดังคำกล่าวของนักศึกษา ดังนี้

“เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากผู้รับบริการได้ทัน หากไม่รายงานก็อาจจะป้องกันความเสี่ยงได้ไม่ทัน”

“ที่รายงานเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วย หากมีเชื้อจะได้รับการแก้ไข ทานยาต้านอย่างรวดเร็ว”

“กลัวการติดเชื้อ โดยเฉพาะติดเชื้อโรคเอดส์”

“ต้องรายงานเพื่อตรวจป้องกันเชื้อ เพราะเราไม่รู้ว่าเชื้อที่ได้รับร้ายแรงมากหรือไม่”

“เพราะหากผู้ป่วยมีโรคที่ติดเชื้อผ่านเลือดจะสามารถป้องกันตนเองจากการเกิดอุบัติการณ์ได้ทันทั่วทั้งที่ ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง”

“เพราะช่วยให้ป้องกันโรคต่างๆที่อาจนำมาสู่ตัวเราได้ทันทั่วทั้งที่ และยังได้รับการตรวจเลือดทำให้ลดความวิตกกังวลได้หากผลตรวจปกติ”

1.2) การรายงานทำให้เพิ่มความระมัดระวังในการปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น (n=4) ดังคำกล่าวของนักศึกษา ดังนี้

“เพราะจะได้ทราบถึงอุบัติการณ์และจะได้ระมัดระวังตนเองมากยิ่งขึ้น”

“เพราะจะทำให้เราระวังตัวเพิ่มมากขึ้นจากความเสี่ยงต่างๆ”

“จะได้นำความเสี่ยงในการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นมาแก้ไข ไม่ให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำ”

“จะได้ทราบถึงสาเหตุ และผลที่ตามมาของอุบัติการณ์เพื่อให้ตัวเองเกิดการระมัดระวังและตระหนักมากขึ้น”

2) นักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่ไม่ได้รายงานอุบัติการณ์ สรุปเหตุผลของการไม่รายงานมี 3 เหตุผล ได้แก่

2.1) กลัวการถูกตำหนิจากอาจารย์และพยาบาลที่เลี้ยง (n=8) ดังคำกล่าวของนักศึกษา ดังนี้

“กลัวถูกดุจากอาจารย์ประจำกลุ่มและพี่พยาบาลที่ไม่ระมัดระวังในการปฏิบัติการพยาบาล”

“กลัวถูกลงโทษ และคิดว่าไม่น่าเป็นอะไร เลยไม่ได้รายงาน”

“ที่ไม่รายงานเพราะกลัวโดนอาจารย์ตำหนิ และต้องเขียนรายงานส่ง”

“กลัวถูกอาจารย์ตำหนิเรื่องความปลอดภัยขณะปฏิบัติงาน เลยไม่กล้ารายงานและกลัวว่าจะไม่ได้รับความไว้วางใจจากอาจารย์และพี่พยาบาล”

2.2) นักศึกษาคิดว่ามีความเสี่ยงต่ำ เป็นการบาดเจ็บเล็กน้อย (n=4) ดังคำกล่าวของนักศึกษา ดังนี้

“เห็นว่ามันไม่สำคัญ เพราะโดนเข็มทิ่มแค่เข็มเพียงแฉะ และยังไม่ได้ผ่านการใช้งาน ก็เลยไม่รายงาน”

“คิดว่าผู้ป่วยที่ไปสัมผัสสารคัดหลั่งไม่เป็นอะไร”

“คิดว่า ไม่มีผลขณะสัมผัสสารคัดหลั่ง ไม่มีช่องทางเข้าสู่ร่างกาย จึงไม่รายงาน”

“คิดว่าเล็กน้อย คิดว่าผู้ป่วยไม่ได้มีโรคติดต่อไม่ต้องรายงานก็ได้”

2.3) นักศึกษามีความคิดเห็นว่าขั้นตอนยุ่งยาก กลัวกระบวนการสอบสวนเมื่อเกิดอุบัติการณ์ และขาดความรู้ในขั้นตอนการรายงาน (n=3) ดังคำกล่าวของนักศึกษา ดังนี้

“การต้องเข้าตามขั้นตอนการรายงานของทางวิทยาลัย ซึ่งต้องมีการเขียนบันทึกรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นส่งให้อาจารย์นิเทศ ซึ่งต้องใช้เวลาในการเขียนรายงาน”

“กลัวขบวนการสอบสวน ยุ่งยาก”

“ไม่รู้ขั้นตอนในการที่จะต้องรายงานเมื่อเกิดอุบัติการณ์”

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. การเกิดอุบัติการณ์ถูกเข็มทิ่มตำ ของมีคมบาดและการสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วยในนักศึกษาพยาบาล จากผลการวิจัยพบ ประวัติการเกิดอุบัติการณ์ร้อยละ 39.64 ลักษณะของอุบัติการณ์ที่เกิดมากที่สุด ได้แก่ ถูกหลอดคา/เศษแก้วบาด ร้อยละ 90.91 อุบัติการณ์มักเกิดขณะกำลังเตรียมอุปกรณ์ ร้อยละ 78.41 และไม่ได้สวมอุปกรณ์ป้องกันร้อยละ 69.32 สอดคล้องกับการรายงานการวิจัยการเกิดอุบัติเหตุถูกเข็มทิ่มตำหรือของมีคมบาดและสัมผัสสารคัดหลั่งในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา ที่พบว่า นักศึกษาร้อยละ 34.88 มีประวัติการได้รับอุบัติเหตุถูกเข็มทิ่มตำ ของมีคมบาดและสัมผัสสารคัดหลั่ง ลักษณะของอุบัติเหตุส่วนใหญ่ถูกของแหลมคม ได้แก่ หลอดคา/เศษแก้วบาด และมักเกิดขณะกำลังเตรียมอุปกรณ์ (พร บุญมีและคณะ, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ Rubbi, et al (2018) พบว่า การเกิดเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดในนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่การบาดเจ็บเกิดขึ้นระหว่างการบริหารยาร้อยละ 65.52 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Bagnasco et al. (2020) พบว่า การบาดเจ็บส่วนใหญ่เกิดขึ้นระหว่างการบริหารยาร้อยละ 68 อุปกรณ์ที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บส่วนใหญ่คือขวดยาชนิดหลอดแก้ว ร้อยละ 68.50 ซึ่งอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำหรือของมีคมบาด สามารถเกิดได้ในทุกขั้นตอนของกิจกรรมนิตยา แต่ทั้งนี้ นักศึกษาพยาบาลมีประสบการณ์และทักษะทางคลินิกที่ไม่เพียงพอ จึงเป็นเหตุปัจจัยที่เกิดจากนักศึกษาปฏิบัติงานด้วยวิธีการที่ไม่ถูกต้อง และมีการหักหลอดคาด้วยมือเปล่า ซึ่งผลิตภัณฑ์ของหลอดคาที่ใช้แม้ว่าจะระบุว่าสามารถหักหลอดคาได้ง่าย แต่พบว่าบางครั้งไม่สามารถหักได้ง่ายทำให้แก้วแตกขณะหักเกิดคมทิ่มตำมือ อีกทั้งนักศึกษขาดความเชี่ยวชาญและความมั่นใจในการหักหลอดคาที่เป็นแก้ว (นุสรา ประเสริฐศรีและคณะ, 2562) นอกจากนี้ นักศึกษาพยาบาลมีพื้นฐานความรู้และความตระหนักต่อความเสี่ยงที่ยังไม่เพียงพอ ซึ่งการขาดความตระหนักเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำหรือของมีคมบาด และขาดความตระหนักถึงผลเสียที่เกิดขึ้น รวมทั้งความประมาทและความเคยชินในการปฏิบัติงาน (ธีรวรรณ สุวรรณกาญจน์, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาของชวดี ชาดีไทยและนพรัตน์ เรืองศรี (2545) ที่ศึกษาการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำ การสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของพยาบาลจำนวน 250 คน พบว่า การหักหลอดคาด้วยมือเปล่าทำให้พยาบาลได้รับบาดเจ็บ หลอดคาบาดมือร้อยละ 73.2 ของกิจกรรมที่ปฏิบัติขณะเกิดอุบัติเหตุจากของมีคมบาดทั้งหมด และการศึกษาประวัติการได้รับการบาดเจ็บจากเข็มทิ่มตำ หรือของมีคมบาดภายในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุ

ฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 14 คน ซึ่งพบว่าทุกคนมีประวัติการได้รับบาดเจ็บ ทั้งหมด และสาเหตุของการได้รับบาดเจ็บ เกิดจากการหกล้มลงด้วยมือเปล่ามากที่สุดร้อยละ 57.1 ดังนั้นนักศึกษาพยาบาลซึ่งมีประสบการณ์และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลน้อยกว่าพยาบาลย่อมมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้สูง ดังนั้นในการเตรียมความพร้อมนักศึกษาก่อนฝึกปฏิบัติงานทางคลินิกยังมีความจำเป็นในการฝึกทักษะการใช้อุปกรณ์ เสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงานด้วยวิธีการที่ถูกต้อง และสร้างความตระหนักแก่นักศึกษาในความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่นักศึกษา

2. การปฏิบัติหลังจากการเกิดอุบัติเหตุ การปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลที่ปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่ ล้างบริเวณอวัยวะที่ได้รับอุบัติเหตุด้วยน้ำสะอาดทันที ร้อยละ 92.05 รองลงมารายงานอาจารย์ผู้สอน ร้อยละ 14.77 การดูแลรักษาเบื้องต้นที่ส่วนใหญ่ นักศึกษาพยาบาลได้รับ ได้แก่ การตรวจเลือด ร้อยละ 43.18 อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น นักศึกษาพยาบาล จากผลการวิจัยที่นักศึกษาศึกษาปฏิบัติหลังเกิดอุบัติเหตุ โดยการล้างบริเวณอวัยวะที่ได้รับอุบัติเหตุทันทีและรายงานอาจารย์ผู้สอน เนื่องจากทุกปีการเรียนงานบริหารความเสี่ยงมีการจัดอบรมพัฒนาความรู้การบริหารความเสี่ยงขณะฝึกปฏิบัติงานให้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2-4 เพื่อให้นักศึกษาเข้าใจแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุ ทำให้นักศึกษาที่เกิดอุบัติเหตุสามารถปฏิบัติตัวภายหลังการเกิดอุบัติเหตุได้ สอดคล้องกับการวิจัยของศิริพร ครุฑทาศ และคณะ (2558) พบว่าร้อยละ 23.89 ทราบขั้นตอนการปฏิบัติตัวภายหลังได้รับอุบัติเหตุ ว่าต้องทำอะไร โดยนักศึกษาส่วนใหญ่จะแก้ปัญหาโดยการไปล้างด้วยน้ำสะอาด รองลงมาจะรีบไปแจ้งอาจารย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ นวลจันทร์ สุพรรณ (2548) ที่พบว่าพยาบาลที่ได้รับอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำและของมีคมบาด พยาบาลจะปฐมพยาบาลด้วยบีบเส้นเลือดออกและล้างตามด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อร้อยละ 88.89 หลังจากนั้นจะรายงานให้ผู้บังคับบัญชาทราบร้อยละ 88.89 ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวเป็นวิธีตามมาตรฐานการปฏิบัติเพื่อป้องกันอุบัติเหตุของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

3. เหตุผลการรายงานหรือไม่รายงานอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในนักศึกษาพยาบาล จากผลการวิจัย พบว่านักศึกษาที่เกิดอุบัติเหตุมีการรายงานทุกครั้งมีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 62.5 เหตุผลที่นักศึกษารายงานหลังเกิดอุบัติเหตุ มี 2 เหตุผลหลักๆ ได้แก่ 1) กลัวผลกระทบด้านสุขภาพ เช่น กลัวการติดเชื้อ กลัวไม่ได้รับการดูแล 2) การรายงานทำให้เพิ่มความระมัดระวังในการปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น จากเหตุผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีการรายงานหลังเกิดอุบัติเหตุเกิดความตระหนักถึงความปลอดภัยและผลกระทบที่จะตามมาและความกลัวต่อการติดเชื้อโรคจากการได้รับบาดเจ็บจากของมีคมและสัมผัสสารคัดหลั่ง สอดคล้องกับการวิจัยของมะลิวัลย์ เต็งสุจริตกุลและคณะ (2557) ที่พบว่าเหตุผลที่นักศึกษาแพทย์มีการรายงานหลังเกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คือ กลัวการติดเชื้อที่รุนแรง ร้อยละ 31.94 เนื่องจากการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของผู้ป่วยทำให้มีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อโรคที่สามารถแพร่กระจายทางเลือดและสารคัดหลั่งได้ ส่วนใหญ่กลัวการได้รับเชื้อโรคที่ร้ายแรง เช่น การติดเชื้อเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี และไวรัสตับอักเสบบี (วิลาลินีย์ โอภาสศิริกุลและคณะ, 2558) เหตุผลที่ทำให้นักศึกษาไม่รายงานหลังเกิดอุบัติเหตุ สรุปได้ 3 เหตุผล ได้แก่ 1) กลัวการถูกตำหนิจากอาจารย์และพยาบาลพี่เลี้ยง 2) คิดว่ามีความเสี่ยงต่ำ เป็นการบาดเจ็บเล็กน้อย และ

3) มีความคิดเห็นว่าขั้นตอนยุ่งยาก กลัวกระบวนการสอบสวนเมื่อเกิดอุบัติเหตุ และขาดความรู้ในขั้นตอนการรายงาน ซึ่งเหตุผลที่นักศึกษาส่วนใหญ่ไม่รายงานเพราะกลัวถูกตำหนิจากอาจารย์ สอดคล้องกับการศึกษาของวิลาวรรณ คริสต์รักษา และคณะ (2563) ที่พบว่าอาจารย์เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความเครียด โดยความเครียดที่เกิดขึ้นจากอาจารย์คือ การถูกตำหนิ การทอดทิ้งให้นักศึกษาเผชิญปัญหาตนเอง ส่งผลให้นักศึกษาเกิดความวิตกกังวล เบื่อไม่กล้าเข้าหาอาจารย์ และสอดคล้องกับคำตอบของนักศึกษาที่ผู้วิจัยได้สอบถามเชิงลึกกับนักศึกษาในเหตุผลที่นักศึกษากลัวอาจารย์ตำหนิ นักศึกษายกมาว่า “อาจารย์บางท่านดูไม่กล้าเข้าหา เลยไม่ได้รายงาน นอกจากคุยกับเพื่อนปรึกษาเพื่อน และไม่รายงานกลัวความผิด” ด้วยเหตุผลนี้ทำให้นักศึกษาไม่กล้ารายงานการเกิดอุบัติเหตุให้อาจารย์ทราบ สำหรับเหตุผลรองลงมาที่นักศึกษาไม่รายงานหลังเกิดอุบัติเหตุ เพราะคิดว่ามีความเสี่ยงต่ำ เป็นการบาดเจ็บเล็กน้อย อาจเนื่องจากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เกิดจากถูกหกลดขา/เศษแก้วบาด และที่โดนเข็มทิ่มตำเป็นเข็มที่เพิ่งแกะ ยังไม่ผ่านการใช้งาน ทำให้นักศึกษาไม่รายงาน เหตุผลสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสวรรค์ ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลร้อยละ 84.62 ไม่ได้เขียนรายงานเมื่อได้รับอุบัติเหตุถูกเข็มทิ่มตำ เนื่องจากเป็นเข็มหรือของมีคมที่ไม่เคยใช้กับผู้ป่วยและคิดว่าไม่ได้รับอันตราย (คณิงสุข พุพิสุทธิ์, 2539) สอดคล้องกับการการศึกษาของ Smith และ Leggat (2005) พบว่า เหตุผลที่พยาบาลไม่รายงานเหตุการณ์การเกิดอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำเพราะคิดว่าเป็นเข็มที่ไม่ได้ใช้ และรับรู้ว่าได้รับบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย และเข็มไม่ได้ติดเชื้อ นอกจากนี้ นักศึกษายังคิดว่าผู้ป่วยที่นักศึกษาสัมผัสหรือถูกสารคัดหลั่งไม่ได้มีโรคติดต่อ และนักศึกษาคิดว่าไม่มีแผลขณะสัมผัสสารคัดหลั่ง สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่รู้สึกเฉยๆกับอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น ร้อยละ 57.95 จึงเป็นเหตุผลที่ทำให้นักศึกษาไม่รายงาน สอดคล้องกับการศึกษาของมะลิวัลย์ เต็งสุจริตกุลและคณะ(2557) ที่ศึกษาในกลุ่มนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 กับเหตุผลที่ไม่รายงานอุบัติเหตุ คือ คิดว่าเป็นการบาดเจ็บที่ไม่รุนแรงหรือมีความเสี่ยงต่ำ ไม่จำเป็นต้องรายงาน ร้อยละ 33.83 ทราบผลเลือดของผู้ป่วยว่า anti-HIV และหรือ Hepatitis profile : negative ร้อยละ 24.81

นอกจากนี้นักศึกษาอีกส่วนหนึ่งที่ไม่รายงานหลังเกิดอุบัติเหตุด้วยเหตุผลเกี่ยวกับขั้นตอนการรายงาน เพราะนักศึกษารู้สึกว่าขั้นตอนยุ่งยาก และขาดความรู้ในขั้นตอนการรายงาน สอดคล้องกับการศึกษาของมะลิวัลย์ เต็งสุจริตกุลและคณะ(2557) ที่ศึกษาในกลุ่มนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 พบว่า นักศึกษาแพทย์ที่ไม่รายงานอุบัติเหตุ มีเหตุผลที่ไม่รายงานอุบัติเหตุที่เกี่ยวกับขั้นตอนการรายงาน เพราะคิดว่าขั้นตอนยุ่งยาก เสียเวลา ร้อยละ 24.06 และการศึกษาของ Farahnaz et al.(2018) ที่พบว่าเหตุผลของการไม่รายงานเมื่อเกิดอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำของบุคลากรทางสุขภาพ ส่วนหนึ่งมาจากเหตุผลที่ว่า ไม่รู้ว่าต้องรายงานอย่างไร ซึ่งในทางปฏิบัติของงานบริหารความเสี่ยงวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครบุรี นักศึกษาจะได้รับการให้ความรู้และการอบรมในการบริหารความเสี่ยงในขณะปฏิบัติงานในทุกปีอยู่แล้ว แต่อาจจะเกิดจากการจัดกิจกรรมดำเนินการพร้อมกันทุกชั้นปีทำให้นักศึกษาที่อยู่ระหว่างเรียนภาคทฤษฎียังไม่ได้ขึ้นฝึก

ภาคปฏิบัติ อาจจะลืมนั่นขั้นตอนปฏิบัติในการรายงานเมื่อเกิดอุบัติเหตุ และกระบวนการแจ้ง/รายงานเหตุการณ์ นักศึกษาจะต้องเขียนบันทึกรายงานเหตุการณ์ผ่านอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติหลังจากเกิดเหตุการณ์ภายใน 48 ชั่วโมง ทำให้นักศึกษารู้สึกยุ่งยากและต้องใช้เวลาในการเขียนรายงาน ผู้วิจัยจึงเห็นว่าการรายงานเมื่อเกิดอุบัติเหตุจึงเป็นประเด็นสำคัญที่จะต้องมีการดำเนินการทบทวนแนวปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุของนักศึกษาพยาบาลให้มีความชัดเจนและสร้างความเข้าใจแก่นักศึกษา และให้นักศึกษาพยาบาลเล็งเห็นถึงความสำคัญของระบบการรายงานอุบัติเหตุ แม้ว่าอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจะมีความเสี่ยงต่ำหรือความเสี่ยงสูงก็ตาม จำเป็นที่นักศึกษาพยาบาลจะต้องมีการรายงานเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. ด้านนโยบาย ผลจากการวิจัย พบว่าในการเกิดอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงาน มีนักศึกษาบางส่วนไม่รายงานเมื่อมีอุบัติเหตุเพราะ 1) กลัวการถูกตำหนิจากอาจารย์และพยาบาลที่เลี้ยง 2) ไม่ตระหนักถึงผลกระทบด้านสุขภาพ และ 3) กังวลกับขั้นตอนการรายงาน ดังนั้นสถาบันการศึกษาพยาบาลร่วมกับแหล่งฝึกภาคปฏิบัติมีนโยบายร่วมกันในการสร้างความตระหนักเกี่ยวกับความปลอดภัยในการปฏิบัติงานและมีทัศนคติที่ดีต่อการรายงานอุบัติเหตุ
2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล อาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติ มีการดูแลนักศึกษาอย่างใกล้ชิด และให้ข้อมูลแก่นักศึกษาในการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน
3. ด้านการจัดการเรียนการสอน ควรมีการแทรกเนื้อหาในประเด็น เรื่อง การป้องกันความเสี่ยงจากการปฏิบัติงาน ในการเตรียมความพร้อมนักศึกษาก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในทุกรายวิชา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

พัฒนารูปแบบในการพัฒนาพฤติกรรม ความปลอดภัยของนักศึกษาพยาบาลในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ และเปรียบเทียบอัตราอุบัติเหตุ การเกิดเข็มทิ่มตำ ของมีคมบาด และการสัมผัสสารคัดหลั่งก่อนและหลังการจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรม ความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- คณิงสุข พุฒิสุทธิ. (2539). การถูกเข็มทิ่มตำหรือ ของมีคมบาดจากการให้การพยาบาลของ นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครสวรรค์.สืบค้นเมื่อ 25 มกราคม 2565, จากวิกิพีเดีย <http://www.library.pi.ac.th>.
- จิตรลดา บุญเดช และคณะ. (2549). ความชุกของการบาดเจ็บต่อของมีคมหรือสัมผัสสารคัดหลั่งจากผู้ป่วยขณะปฏิบัติงานและเหตุผลที่มีผลต่อการมาหรือไม่มารายงานผลในนักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิก คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น (รายงานวิจัย). ขอนแก่น: ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธีรวรรณ สุวรรณกาญจน์. (2559). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บจากของมีคมในบุคลากรของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา.(วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาอาชีวเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์).
- นุสรรา ประเสริฐศรี วิไลลักษณ์ ดิยาพันธ์ อภิรดี เจริญนุกูล และ วราภรณ์บุตรศรี. (2562). ความรู้และการป้องกันอุบัติเหตุเข็มและของมีคมทิ่มตำของนักศึกษาพยาบาล.วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา, 20(1),160-171.
- นวลจันทร์ สุพรรณ. (2548). อุบัติการณ์เข็มทิ่มตำและของมีคมบาด กับการจัดการในบุคลากรพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปราโมทย์ ถ่างกระโทก อาบกก ทองแถม ณัฐชา พลาชีวะ คุณัสปรกรณ์ มัคคัปปถานนท์ และคณะ.(2564). การเกิดเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดในนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 14(3),1-9
- พร บุญมี กฤตพัทธ์ ฝีกฝน พงศ์พัชรา พรหมเผ่า.(2556). อุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำ ของมีคมบาด และการสัมผัสสารคัดหลั่งในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 6(2), 124-136.
- มะลิวัลย์ เต็งสุจริตกุล ณัฐภูมิ มิ่งขวัญ ธนากรวรรณกุล ปิยนุช รัตนโกเศศ และคณะ. (2557). อุบัติการณ์และเหตุผลที่รายงานหรือไม่รายงานอุบัติการณ์ภายหลังได้รับบาดเจ็บจากของมีคมหรือสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วยในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 ที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วย. วารสารการพัฒนาศาสนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2(4), 61-75.

- ยุวดี ชาติไทย และนพรัตน์ เรืองศรี. (2545). ศึกษาการเกิดอุบัติเหตุของมีคมที่มิดำ การสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งและพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของบุคลากรพยาบาล. *ตาสินเวชสาร*, 20(1), 50-61.
- วิลาวรรณ คริสต์รักษาและคณะ. (2563). คุณลักษณะของอาจารย์พยาบาลที่พึงประสงค์ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานตามความคาดหวังของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*. 40(3), 139-148.
- วิลาสินี โอภาสศิริกุล, ขวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และธานี แก้วธรรมมานุกูล. (2558). ภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. *พยาบาลสาร*. 40(2), 49-61.
- Bagnasco,A., Zanini,M., Catania,G., Watson,R.,Hayter,M., Dasso,N.,et al.(2020). Predicting needlestick and sharps injuries in nursing students :Development of the SNNIP scale. *Nursing Open*, 7(5), 1578-1587.
- Farahnaz,J., Fariborz M-G., MohammadReza N., Mehrnaz A.(2018). Needlestick Injuries Among Healthcare Workers: Why They Do Not Report their Incidence?. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23(5),382-387
- Galazzi,A., Rancati,S.,& Milos,R.(2014). A survey of accidents during the clinical rotation of syudents in a nursing degree program. *Giornale Italiano Di Medicina Del Lavoro Ed Ergonomia*, 36(1), 25-31.
- Rubbi,I.,Cremonini,V.,Butuc,A.,Cortini,C., Artioli,G.,Bonacaro.A.,et al.(2018). Incidence and type of health care associated injuries among nursing students : an experience in northern Italy. *Acta Bio-Medica*, 89(7), 41-49.
- Smith DR,Leggat PA. (2005). Needlestick and sharps injuries among nursing student. *Journal of Advanced Nursing*, 51(5), 449-455.
- Zhang,X., Chen.Y., Li.Y., Hu.J.,Z., ET AL. (2018). Needlestick and sharps injuries among nursing students in Nanjing, China. *Workplace Health and Safety*, 66(6), 276-284.

ความสุขและคุณภาพชีวิตในสถานการณ์โรคระบาดโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

สุรินทร์ มีลาภสัน, กศ.ม.* และเยาวลักษณ์ มีบุญมาก, PhD. **

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาระดับความสุขและคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี และเปรียบเทียบระดับความสุขและคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลในแต่ละชั้นปี ประชากรคือนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 -4 ที่ศึกษาในปีการศึกษา 2563 จำนวน 463 คน กลุ่มตัวอย่าง คือนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 -4 จำนวน 210 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละชั้นปี หลังจากได้จำนวนของกลุ่มตัวอย่างแล้ว ใช้วิธีการจับฉลากเลขที่ของนักศึกษาเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความสุข และแบบวัดคุณภาพชีวิต ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ 0.84 และ 0.81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน One-way ANOVA และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่โดยใช้สถิติเชฟเฟ

ผลการวิจัย พบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มีคะแนนความสุขสูงสุดโดยอยู่ระดับมีความสุขมากกว่าคนทั่วไป รองลงมาคือนักศึกษาชั้นปีที่ 1, ชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 2 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ระดับมีความสุขเท่ากับคนทั่วไป นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงสุดโดยอยู่ระดับคุณภาพชีวิตดี รองลงมาคือนักศึกษาชั้นปีที่ 3, ชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 1 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ระดับคุณภาพชีวิตกลางๆ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 – 4 มีคะแนนความสุขและคะแนนคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบรายคู่พบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2, 3 และ 4 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้นไม่แตกต่าง และนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1, 2 และ 4 มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้นไม่แตกต่าง

สรุป นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มีคะแนนความสุขและคุณภาพชีวิตสูงที่สุด และนักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปีมีคะแนนความสุขและคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ ผู้จัดการศึกษาพยาบาลควรจัดการเรียนการสอนโดยคำนึงถึงสมรรถนะที่พึงประสงค์และความสุข และคุณภาพชีวิตของนักศึกษาไปพร้อมกัน

คำสำคัญ: ความสุข คุณภาพชีวิต นักศึกษาพยาบาล

Happiness and Quality of Life to COVID-19 Epidemic among Nursing Students, Boromarajonani College of Nursing Ratchaburi

Surin Melarplont, M.Ed.

Yaowaluck Meebunmak , PhD.

Abstract

The purposes of this descriptive research were to examine the happiness and quality of life of nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, and compare the happiness and quality of life of nursing students each year. The population were 463 nursing students year 1-4 in academic year 2020. The samples were 210 nursing students year 1-4 selected by stratified random sampling, proportion allocating each class, and drawing student number. The research instruments consisted of a demographic questionnaire, happiness, and quality of life. The instrument's reliabilities checked by using Cronbach's alpha coefficient formula were 0.84 and 0.81, respectively. The data were analyzed using mean, standard deviation, and one-way ANOVA, and compared the pair differences using Scheffé's method. The results showed that:

1. The 4th-year nursing students had the highest happiness scores at the level of happiness more than others, followed by the first, the 3rd year, and the 2nd year, respectively, at the level of happiness as others.
2. The 4th - year nursing students had the highest quality of life scores at the level of good quality of life, followed by the 3rd year, the 2nd year, and the 1st year, respectively at the level of moderate quality of life.
3. Comparing the happiness in each year with Scheffé's method, it was found that the 4th year students had happiness scores differed to the 3rd year and the 2nd year nursing students with a statistical significance at the .05 level, but no difference was found when compared to the first-year nursing students.
4. Comparing the happiness in each year with Scheffé's method, it was found that the 4th year students' quality of life scores differed to the first year and the second year with a statistical significance at the .05 level, while the third-year students had no statistical significance.

Conclusion: The nursing students, year 4 had the highest level scores of happiness and quality of life. Each class of the nursing students had different scores of happiness and quality of life.

Recommendation: Nursing educators should organize teaching and learning with considerations about desired competencies and happiness and quality of life among the students altogether.

Keywords: Happiness Quality of life Nursing students

บทนำ

การผลิตพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของสถาบันพระบรมราชชนกเป็นจัดการศึกษาในระดับอุดมศึกษาเพื่อเตรียมบุคลากรทางการพยาบาล โดยวางเป้าหมายว่าบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาไปต้องมีคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามความต้องการของผู้ใช้บัณฑิต มีอัตลักษณ์บัณฑิตพยาบาล คือ “การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” ทั้งนี้การผลิตบัณฑิตให้มีอัตลักษณ์ดังกล่าว นักศึกษาต้องผ่านกระบวนการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎี ภาคปฏิบัติ และการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตร (นิจวรรณ วิรวัฒน์, บังอร ศิริสกุลไพศาล, พรฤดี นิธิรัตน์, ทิพวรรณ ตั้งวงศ์กิจ, และสุวัฒนา เกิดม่วง, 2562) ซึ่งการที่นักศึกษาต้องผ่านการปลูกฝังคุณลักษณะของบัณฑิตและอัตลักษณ์ของบัณฑิตเป็นระยะเวลา 4 ปี มีการเปลี่ยนแปลงความเป็นอยู่และวิธีการเรียนจากนักเรียนมัธยมปลายที่เข้าไปโรงเรียน หลังเลิกเรียนก็กลับบ้านมาเป็นนักเรียนประจำ ต้องพักอาศัยอยู่ในวิทยาลัยและหอพักเป็นส่วนใหญ่ ถูกปลูกฝังในเรื่องของความมีระเบียบวินัย เพื่อให้มีอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาลตามที่ถูกกำหนดเอาไว้ในหลักสูตรสิ่งเหล่านี้มีผลต่อนักศึกษาทั้งในด้านการปรับตัวความสุขและคุณภาพชีวิตของนักศึกษา

กรมสุขภาพจิต (2564) ให้ความหมายของความสุขว่า ความสุขหมายถึงความสบายกาย สบายใจ อยู่ดีมีสุข อยู่เย็นเป็นสุข หรือพบกับความสุขสมหวัง “ความสุข” ในมุมมองนี้เป็นการสื่อความหมายของความสุขทางกาย ทางใจ ความสมหวัง และความเป็นอยู่ที่ดี อย่างไรก็ตาม นักศึกษาพยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่เป็นที่คาดหวังจากผู้รับบริการในเรื่องการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพ และเมื่อใกล้สำเร็จการศึกษาก็อาจถูกคาดหวังจากสังคมว่าพยาบาลต้องเป็นผู้ที่มีความรู้และทักษะในการทำงานร่วมกับผู้อื่น สามารถนำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและภาวะสุขภาพของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไป ด้วย (ชุดิมา เฟิงใหญ่, ดวงพร ชุมประเสริฐ, และศรีวัฒนา เพ็ชรรัตน์, 2562) ในทางกลับกันการที่จะเตรียมนักศึกษาให้มีความพร้อมเพื่อให้สามารถให้การพยาบาลผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลตามความคาดหวังของสังคมนั้น นักศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องมีความสุขในการเรียนเป็นพื้นฐานสำคัญ (กรรณิการ์ กิจนพเกียรติ, กาญจนา เลิศถาวรธรรม, วรเดช ช้างแก้ว, และวิภารัตน์ ยมดิษฐ์, 2563) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบมีการศึกษาความสุขของนักศึกษาพยาบาลในสถาบันการศึกษาต่างๆ เช่น เกสร เกษมสุข และกรรณิกา วิชัยเนตร (2560) ที่รายงาน ว่า นักศึกษาพยาบาลทหารอากาศส่วนใหญ่มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป และเมื่อเปรียบเทียบความสุขจำแนกตามชั้นปี พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน แต่พบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยความสุขมากที่สุด รองลงมาคือชั้นปีที่ 4, 1 และ 3 ในขณะที่การศึกษานิตยากร ลุนพรม และอุมาพร เคนศิลา (2561) พบว่าระดับความสุขของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี ส่วนใหญ่มีระดับความสุขอยู่ในระดับปานกลาง โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสุขของนักศึกษาพยาบาลคือ ปัจจัยด้านรายได้

ทั้งนี้ “ความสุข” มักถูกนำมาใช้ร่วมกับ “คุณภาพชีวิต” อยู่บ่อยครั้ง โดยสามารถพบได้ในนิยามและแนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาคุณภาพชีวิต การวัดคุณภาพชีวิตสามารถสะท้อนการวัดความสุขของบุคคลในระดับที่น่าเชื่อถือได้ (สิรินันท์ กิตติสุขสถิต, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, กาญจนา ตั้งชลทิพย์, และจรัมพร ให้อย่าง, 2556) ธเนศ ถวิลหวัง (2558)

ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าหมายถึง สภาวะความพร้อมของบุคคลทั้งในด้านร่างกายและจิตใจและด้านอื่นๆที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตที่จะสามารถส่งผลให้เขาดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งในกรณีของนักศึกษาพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก สิ่งนี้นักศึกษาพบความแตกต่างจากบ้านที่ตนมาจากมา คือ นักศึกษาบางคนต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสถานที่ใหม่ ระเบียบของหอพักและกฎเกณฑ์อื่นๆอีกมาก ดังนั้นระดับความสุขขณะอยู่ในวิทยาลัยอาจแตกต่างไปจากครอบครัวที่เคยอาศัยอยู่ตั้งแต่วัยเด็ก อีกทั้งการให้บริการที่จัดให้นักศึกษาอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของนักศึกษาเช่นเดียวกัน งานวิจัยของเพ็ญมาศ คำธนะ, สรลรัตน์ พลอินทร์, ภคพร กลิ่นหอม, และ พงษ์ศักดิ์ ปานดี (2562) ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิต นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านอัตมโนทัศน์ รองลงมาคือด้าน สุขภาพและการทำงาน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เมื่อเปรียบเทียบกับนักศึกษาที่ขึ้นปีแตกต่างกันพบว่ามีความสัมพันธ์ด้านความพึงพอใจในชีวิตและการทำงานของร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรีเป็นสถาบันระดับอุดมศึกษามีหน้าที่ในการผลิตนักศึกษาพยาบาล ในระดับปริญญาตรี พันธกิจของสถาบันอุดมศึกษานอกจากมีหน้าที่ในการสอนทางวิชาการแล้วยังมีหน้าที่อื่นที่ถูกต้องกำหนดไว้คือ การวิจัย การบริการวิชาการแก่สังคม และการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม จุดมุ่งหมายการจัดการศึกษาระดับอุดมศึกษาเป็นการจัดการศึกษาที่มุ่งพัฒนาผู้เรียนให้มีคุณภาพสามารถตอบสนองต่อความต้องการของกำลังคนในการพัฒนาประเทศและการพัฒนาบุคลากรทางการศึกษาให้สอดคล้องกับระบบมาตรฐานวิชาชีพและการประกันคุณภาพ มีการพัฒนากำลังคนอย่างกว้างขวางไม่มีข้อจำกัด ครอบคลุมประชากรทุกเพศทุกวัย ทุกระดับ เป็นระบบเปิดสามารถเรียนรู้ได้ตลอดชีวิตมีคุณภาพตอบสนองเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2553 ที่ประสงค์จะให้จัดการศึกษาต้องเป็นไปเพื่อพัฒนาคนไทยให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ สติปัญญา ความรู้และคุณธรรม มีจริยธรรม และวัฒนธรรมในการดำรงชีวิต สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข (พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ, 2553) ในปี 2557 พิชาย์วีร์ สีนสวัสดิ์ และ เบญจวรรณ พิทาร์ต ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี พบว่าค่าเฉลี่ยโดยรวมคุณภาพชีวิตของนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี โดยรวมอยู่ในระดับดีแต่ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านที่อยู่อาศัย ผู้วิจัยยังได้เสนอแนะให้นำผลการวิจัยไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น เพราะปัจจุบันมีจำนวนนักศึกษามากขึ้น ขณะที่หอพักยังมีจำนวนเท่าเดิม ในปี 2563 กรรณิการ์ กิจนพเกียรติ และคณะ ได้ศึกษาความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความสุขในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยที่สามารถทำนายความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลได้ คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต สถานการณ์ในชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียดและภาวะสุขภาพกาย

ในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 และทำให้สถาบันการศึกษาต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดการเรียนการสอนจากการเรียนในชั้นเรียน และการฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและชุมชนมาเป็นการเรียนการสอนแบบออนไลน์ สิ่งเหล่านี้อาจมีผลกระทบต่อความสุข และคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลได้ ดังนั้น

ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของสถานการณ์ดังกล่าวจึงสนใจที่จะศึกษาความสุขและคุณภาพชีวิตของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการยกระดับความสุขและพัฒนาคุณภาพชีวิตของนักศึกษาในโอกาสต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความสุขและคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสุขและคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาสในแต่ละชั้นปี

สมมติฐานการวิจัย

นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส แต่ละชั้นปีมีค่าคะแนนเฉลี่ยความสุข และคะแนนคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 -4 ที่ศึกษาในปีการศึกษา 2563 จำนวน 463 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 210 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random sampling) ตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละชั้นภูมิ (Proportion Allocation) ดังแสดงในตารางที่ 1 หลังจากได้จำนวนของกลุ่มตัวอย่างแล้ว ใช้วิธีการจับสลากเลขที่ของนักศึกษาเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามชั้นปี

ชั้นปี	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (คน)	
	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
1	120	54
2	108	49
3	148	67
4	87	40
รวม	463	210

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ และ ชั้นปี

2. ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย (Thai Happiness Indicators: THI-15) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2545) ประกอบด้วยข้อความ 15 ข้อ ที่เป็นข้อความทางบวก 12 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14 และ 15 และข้อความทางลบ 3 ข้อ ได้แก่ข้อ 3, 8 และ 12 ให้เลือกตอบตามความรู้สึกของตนเอง 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่เลย เล็กน้อย มาก และ มากที่สุด ข้อความทางบวก ให้คะแนนดังนี้ ไม่เลย = 0 คะแนน เล็กน้อย = 1 คะแนน มาก = 2 คะแนน มากที่สุด = 3 คะแนน ส่วนข้อความทางลบให้คะแนนกลับกัน คะแนนรวมมีค่า 0 – 45 คะแนน มีเกณฑ์แปลผลดังนี้

33 - 45 คะแนน หมายถึง มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (Good)

27 - 32 คะแนน หมายถึง มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป (Fair)

26 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (Poor)

3. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2545) ประกอบด้วยข้อความ 26 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีข้อความทางบวก 23 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 และ 26 และข้อความทางลบ 3 ข้อ ได้แก่ข้อ 2, 9 และ 11 ให้เลือกตอบตามความรู้สึกของตนเอง 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และ มากที่สุด ข้อความทางบวก ให้คะแนนดังนี้ ไม่เลย = 1 คะแนน เล็กน้อย = 2 คะแนน ปานกลาง = 3 มาก = 4 คะแนน มากที่สุด = 5 คะแนน ส่วนข้อความทางลบให้คะแนนกลับกัน คะแนนรวมมีค่า 26 – 130 คะแนน มีเกณฑ์แปลผลดังนี้

26 - 60 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตไม่ดี

61 - 95 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตกลางๆ

96 - 130 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตดี

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบวัดความสุขของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และแบบวัดคุณภาพชีวิตไปทดลองใช้กับ นักศึกษาพยาบาล ของวิทยาลัยพยาบาลอื่นที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คน ประกอบด้วยนักศึกษาชั้นปีที่ 1 - 4 ชั้นปีละ 8 คนแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยใช้วิธีของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.84 และ 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทาง Google form

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้ ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติค่าร้อยละ ข้อมูลความสุขและคุณภาพชีวิตใช้สถิติค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลความสุขและคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลจำแนกตามชั้นปี ตรวจสอบการแจกปกติด้วย Kolmogorov Smirnov พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ แล้ววิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one – way ANOVA) เมื่อพบความแตกต่างนำมาเปรียบเทียบรายคู่โดยใช้สถิติเชฟเฟ (Scheffe post hoc comparison) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาด้านจริยธรรม โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี เลขที่ BCNR 027/2563

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 196 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33 จำแนกเป็น ชั้นปีที่ 1 จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 25.71 ชั้นปีที่ 2 จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 23.33 ชั้นปีที่ 3 จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 31.90 และชั้นปีที่ 4 จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 19.04

คะแนนความสุขและคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลจำแนกตามชั้นปี

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสุขของนักศึกษาพยาบาลจำแนกตามชั้นปี (n=210)

ชั้นปี	คะแนนความสุข		ระดับความสุข
	M	SD	
1	29.85	5.38	มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป
2	29.34	5.70	มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป
3	29.35	1.71	มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป
4	33.05	2.60	มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป
โดยรวม	30.39	4.16	มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป

จากตารางที่ 1 พบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มีคะแนนความสุขสูงสุด รองลงมาคือนักศึกษาชั้นปีที่ 1, ชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 2 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลจำแนกตาม
ชั้นปี (n=210)

ชั้นปี	คะแนนคุณภาพชีวิต		ระดับคุณภาพชีวิต
	M	SD	
1	90.93	15.41	คุณภาพชีวิตกลางๆ
2	92.42	9.28	คุณภาพชีวิตกลางๆ
3	92.94	10.66	คุณภาพชีวิตกลางๆ
4	99.33	7.88	คุณภาพชีวิตดี
โดยรวม	93.51	11.66	คุณภาพชีวิตกลางๆ

จากตารางที่ 2 พบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงสุด โดยอยู่ระดับคุณภาพชีวิตดี รองลงมาคือนักศึกษาชั้นปีที่ 3, ชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 1 ตามลำดับ

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขและคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปี

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขและคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล
จำแนกตามระดับชั้นปี ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA)
(n=210)

ตัวแปร	แบ่งกลุ่ม	Sum	df	Mean	F	p-value
		of squares		Squares		
คะแนนความสุข	ระหว่างกลุ่ม	202.91	3	67.64	4.07	.008
	ภายในกลุ่ม	3420.92	206	16.61		
	รวม	3623.83	209			
คะแนนคุณภาพชีวิต	ระหว่างกลุ่ม	1794.04	3	598.01	4.63	.004
	ภายในกลุ่ม	26610.42	206	129.18		
	รวม	28404.46	209			

$p < .05$

จากตารางที่ 3 พบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 – 4 มีคะแนนความสุขและคะแนนคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขและคุณภาพชีวิตของนักศึกษา
พยาบาลจำแนกตามชั้นปีด้วยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe's method)

ตัวแปร	ชั้นปี	Mean difference				
		M	ชั้นปีที่ 1	ชั้นปีที่ 2	ชั้นปีที่ 3	ชั้นปีที่ 4
คะแนน ความสุข	ชั้นปีที่ 1	29.85	-	0.511	0.503	0.850
	ชั้นปีที่ 2	29.34	-	-	-0.008	-2.610*
	ชั้นปีที่ 3	29.35	-	-	-	-2.601*
	ชั้นปีที่ 4	33.05	-	-	-	-
คะแนน คุณภาพชีวิต	ชั้นปีที่ 1	90.93	-	-1.494	-2.013	-8.399*
	ชั้นปีที่ 2	92.42	-	-	-0.519	-6.905*
	ชั้นปีที่ 3	92.94	-	-	-	-6.385
	ชั้นปีที่ 4	99.33	-	-	-	-

จากตารางที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบรายคู่พบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2, 3 และ 4 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้นไม่แตกต่าง และนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1, 2 และ 4 มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้นไม่แตกต่าง

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลโดยภาพรวมอยู่ระดับมีความสุขเท่ากับคนทั่วไป ($M=30.39, SD=4.16$) สอดคล้องกับงานวิจัยของกรรณิการ์ กิจนพเกียรติและคณะ (2563) ที่พบว่าคะแนนความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรีอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาผลการเปรียบเทียบความสุขของนักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปีพบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2, 3 และ 4 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้นไม่แตกต่าง โดยผลการวิจัยครั้งนี้พบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขสูงที่สุด รองลงมาคือนักศึกษาชั้นปีที่ 1, 3 และ 2 ตามลำดับ แตกต่างกับงานวิจัยของอมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโตะ, วิภาพร วรหาญ, และวิพร เสนารักษ์ (2554) ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น ชั้นปีที่ 1 มีคะแนนเฉลี่ยความสุขมากที่สุด รองลงมาคือชั้นปีที่ 4 ชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 3 ตามลำดับ ซึ่งอมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโตะ และคณะ (2554) ให้เหตุผลว่านักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 ยังไม่ต้องปรับตัวด้านการเรียนมากเท่ากับชั้นปีอื่นๆ เพราะในชั้นปีที่ 1 เป็นการเรียนรู้วิชาพื้นฐาน ยังไม่ได้เข้าสู่วิชาชีพเฉพาะ และยังไม่มีการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยจึงทำให้นักศึกษา ชั้นปีที่ 1 มีความสุขมากกว่าชั้นปีอื่นๆ สำหรับผลการวิจัยครั้งนี้พบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1, 2 และ 3 อยู่ในช่วงที่ศึกษาภาคทฤษฎีในรูปแบบออนไลน์โดยเรียนตามปฏิทินการศึกษาที่ปรับเปลี่ยนเน้นการเรียนภาคทฤษฎีหลายวิชาแบบต่อเนื่องเพราะยังไม่มีโอกาสไปฝึกปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลต่างๆ

จากผลกระทบของสถานการณ์โควิด - 19 ระบาด โดยเฉพาะการเรียนวิชาทางการแพทย์ที่มีเนื้อหาที่ซับซ้อนมากกว่าที่เคยเรียนมาก่อน รวมทั้งมีการเรียนภาคทดลองที่นักศึกษาต้องแสดงสมรรถนะบางอย่างทางออนไลน์ เช่น การให้ความรู้แก่ประชาชนผ่าน Google meet ที่ต้องมีการเตรียมการหลายประการ ก็อาจทำให้นักศึกษามีความเครียดหรือวิตกกังวลมากกว่าปกติ ทำให้นักศึกษารู้สึกว่ายากและมีความเหนื่อยล้ามาก ในขณะที่นักศึกษาชั้นปีที่ 4 ได้ผ่านการเรียนภาคทฤษฎีและปฏิบัติรายวิชาทางการแพทย์ที่ซับซ้อนเสร็จสิ้นแล้ว ซึ่งอาจทำให้นักศึกษารู้สึกมีความสุขมากกว่านักศึกษาในชั้นปีอื่นๆ

ผลการวิจัยประเด็นคุณภาพชีวิตพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตกลางๆ ($M=93.51$, $S.D.= 11.66$) ซึ่งมีความแตกต่างจากผลการวิจัยของพิชฌาย์วีร์ สันสวัสดิ์ และเบญจวรรณ พิททาร์ต (2557) ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาสมีคุณภาพชีวิตในระดับดี ทั้งนี้ อาจเป็นไปได้ที่บริบทการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ที่นักศึกษาจะต้องปรับตัวให้สามารถเรียนในรูปแบบออนไลน์ได้ อาจส่งผลให้การรับรู้คุณภาพชีวิตในการวิจัยครั้งนี้อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตกลางๆ เมื่อพิจารณาผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของนักศึกษาแต่ละชั้นปี พบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1, 2 และ 4 มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกนั้นไม่แตกต่าง โดยนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงสุด รองลงมาคือนักศึกษาชั้นปีที่ 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของจินตนา กิ่งแก้ว และ ณัฐชยานันท์ บุญมาก (2561) ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา จังหวัดสระบุรี ชั้นปีที่ 1 มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่านักศึกษาชั้นปี 2, 3 และ 4 ทั้งนี้จากผลการวิจัยที่พบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่านักศึกษาชั้นปีอื่นๆนั้น อาจเป็นเพราะนักศึกษาได้ผ่านประสบการณ์และมีความสำเร็จในการเรียนวิชาทางการแพทย์ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติมาแล้ว การเรียนในชั้นปีที่ 4 นับว่าเป็นความก้าวหน้าไปสู่เป้าหมายที่จะสำเร็จการศึกษาในอนาคตอันใกล้ การได้มีประสบการณ์แห่งความสำเร็จและได้เห็นความสำเร็จที่กำลังจะมาถึงอาจส่งผลให้นักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีกำลังใจและดำเนินชีวิตอย่างมีความหมายและมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ผู้บริหารควรกำหนดนโยบายให้สถาบันการศึกษาปรับรูปแบบการจัดการเรียนการสอนและการประเมินผลที่คำนึงถึงสมรรถนะผู้เรียนไปพร้อมกับคงไว้ซึ่งความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดีของนักศึกษา อาจพิจารณาเลือกสมรรถนะทางวิชาชีพที่จำเป็นและสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป
2. ผู้สอนควรออกแบบการเรียนการสอนรายวิชาโดยเปิดโอกาสให้ผู้เรียนแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับภาระงานที่มอบหมายและความเป็นไปได้ โดยอาจใช้วิธีการบูรณาการให้ผู้เรียนทำงานแล้วสามารถสะท้อนสมรรถนะได้หลายสมรรถนะ เป็นต้น
3. ผู้รับผิดชอบด้านการพัฒนานักศึกษาควรให้ความสำคัญกับการดูแลนักศึกษาให้สามารถจัดการด้านการศึกษาและการใช้ชีวิตให้มีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแม้อยู่ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. วิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลว่ามีรายละเอียดอย่างไร โดยเฉพาะในกลุ่มของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1, 2 และ 3 ที่มีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตกลางๆ
2. วิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขและคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล
3. จากวิจัยและพัฒนากิจกรรมหรือโปรแกรมที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลในระหว่างที่ศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 1, 2 และ 3

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2565). สิ่งเล็กๆ ที่เรียกว่าความสุข. สืบค้นวันที่ 2 มกราคม 2565 จากพิภพเดียว <https://www.dmh.go.th/news->
- กรณีการ์ กิจนพเกียรติ, กาญจนา เลิศถาวรธรรม, วรเดช ช่างแก้ว, และวิภารัตน์ ยมคิษฐ์. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 13(1), 71-82.
- เกสร เกษมสุข และกรณีกา วิชัยเนตร. (2560). การศึกษาความสุขของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(3), 228-235.
- จินตนา กิ่งแก้ว, และณัฐธยาน์ บุญมาก. (2561). คุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัย เกลิมกาญจนา จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสาร โรงพยาบาลสกลนคร*, 21(3), 105-117.
- ชุตินา เฟิงใหญ่, ดวงพร ชุมประเสริฐ, และ ศรีวัฒนา เพ็ชรรัตน์. (2562). การให้คุณค่าเชิงวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลกับการก้าวสู่วิชาชีพ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขเครือข่ายใต้*, 6(3), 221-228.
- ชเนศ ถวิลหวัง. (2558). *การพัฒนาคุณภาพชีวิตและองค์กร*. นครพนม: สำนักงานปศุสัตว์จังหวัดนครพนม.
- นิจวรรณ วีรวัฒน์โนคม, บังอร ศิริสกุลไพศาล, พรฤดี นิธิรัตน์, ทิพวรรณ ตั้งวงศ์กิจ, และสุวัฒนา เกิดม่วง. (2562). การพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตพยาบาล “การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์”. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง*, 8(2), 167-180.
- นิตยากร ลุนพรหม และอุมาพร เคนศิลา. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความสุขของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี, การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 3 “นวัตกรรมที่พลิกโฉมสังคมโลก” 25 พฤษภาคม 2561 อุบลราชธานี หน้า 555-563.
- ปัทมา ทองสม. (2553). การพัฒนาดัชนีชี้วัดความสุขในการเรียนของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4(1), 88-110.
- พิชญาวีร์ สิ้นสวัสดิ์ และ เบญจวรรณ พิทาร์ต. (2557). คุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 7(1), 97-108.

- เพ็ญจมาศ คำชนะ, สรลรัตน์ พลอินทร์, ภกพร กลิ่นหอม, และ พงษ์ศักดิ์ ป้านดี. (2562). คุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 20(38), 123-133.
- มาลีวัล เลิศสาครศิริ และ วิลาวัณย์ เพ็งพานิช. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาล สถาบันอุดมศึกษาเอกชน. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*, 6(2), 16-27.
- ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, เณริมพล แจ่มจันทร์, กาญจนา ตั้งชลทิพย์, และจรัมพร ไหล่ลายอง. (2556). *คุณภาพชีวิต การทำงาน และความสุข*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ธรรมดาเพรส จำกัด.
- อภิชัย มงคล, ขงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, ทวี ตั้งเสรี, วัชนิ หัตถพนม, ไพรวลัย รมชัย, และ วรวรรณ จูทา. (2552). *การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007): กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโคะ, วิภาพร วรหาญ, และวิพร เสนารักษ์. (2554). ความสุขของนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(2), 70-79.
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities, *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.

ผลของการประคบร้อนร่วมกับประคบเย็นและการนวดหลังต่อความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญ ความเจ็บปวดของผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรก

พิมพ์พรรณ จิราสุคนธ์, ป.พย.*

พัชรินทร์ วิริยะศิริสกุล, ศศ.ค.**

บทคัดย่อ

การบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาในระยะคลอด เป็นวิธีปลอดภัยที่พยาบาลผดุงครรภ์ควรปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรกสามารถเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของการประคบร้อนร่วมกับประคบเย็นและการนวดหลัง ต่อความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดของผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรก กรอบแนวคิดประยุกต์ทฤษฎีควบคุมประตุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดอายุ 15-19 ปี แบ่งเป็น 3 กลุ่มๆ ละ 22 คน ได้แก่ 1. กลุ่มประคบร้อนร่วมกับประคบเย็น 2. กลุ่มนวดหลัง และ 3. กลุ่มการพยาบาลตามปกติด้วยเทคนิคการหายใจ รวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเจ็บปวดด้วยตนเอง และแบบประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด โดยวัดผลหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ One Way ANOVA

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มประคบร้อนร่วมกับประคบเย็น และกลุ่มนวดหลัง มีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดโดยรวม น้อยกว่ากลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติด้วยเทคนิคการหายใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M=5.13, 4.88, 6.16$ ตามลำดับ, $p<.001$) และมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดโดยรวม มากกว่ากลุ่มการพยาบาลตามปกติด้วยเทคนิคการหายใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M=7.62, 7.37, 6.63$ ตามลำดับ, $p<.001$) แสดงให้เห็นว่า การประคบร้อนร่วมกับประคบเย็น และการนวดหลังโดยประยุกต์ทฤษฎีควบคุมประตุ มีผลทำให้ความเจ็บปวดของผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์แรกลดลง และทำให้มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสม

คำสำคัญ: การประคบร้อนร่วมกับประคบเย็น การนวดหลัง ความเจ็บปวดระยะคลอด

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน

** อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Email: patcharin.thaijo@gmail.com

Effect of Heat with Cold Compression and Lower Back Massage on Labour Pain and Pain Coping Behavior in Primiparouse Adolescents.

Pimpam Jirasukon, Dip in N
Patcharin Viriyasirisakul, D.A.

Abstract

The nonpharmacological pain relief in labour stage are more safety method, midwives should perform to reduce the pain and encourage appropriate pain coping behaviors in the first stage of labour on the primiparous adolescent. The objectives of this quasi-experimental study were investigated the effects of warm and cold compression, lower back massage on labour pain and pain coping behaviors. The conceptual framwork was applied the Gate control theory. The 15-19 year samples were divided into 3 groups, each group consisted of 22 adolescent pregnant, including heat with cold compression, lower back massage and routine nursing care of breathing technique group. The post-test measures was employed after the intervention. The experiment began when cervix dilated 4 centimeters., and conducted in 5 times every 1 hour on the first stage of labour. Data were collected by using : 1) Demographic data , 2) pain score, 3) pain coping behaviors score. Descriptive data were analyzed using frequencies, percentage, mean and standard deviation; while comparison date were analyzed using One way ANOVA.

The results revealed that after intervention, the overall mean score on labour pain of the warm and cold compression, the lower back massage group were significantly lower than the routine nursing care of breathing technique group (mean= 5.13, 4.88, 6.16, respectively, $p < .001$) and the overall pain coping behaviors significantly higher than the routine nursing care group (mean= 7.62, 7.37, 6.63, $p < .001$). Thus, these investigations indicated that warm and cold compression, and the lower back massage method were effective in reducing labour pain and decreasing pain coping behaviors on the primiparous adolescent.

Key words : heat with cold compression lower back massage labour pain

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นวัยที่ยังไม่มีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด เช่น ภาวะโลหิตจาง การคลอดก่อนกำหนด ภาวะศีรษะของทารกไม่ได้สัดส่วนกับช่องเชิงกรานมารดา ภาวะตกเลือดหลังคลอด หรือภาวะปวยทางจิต (WHO, 2010) นอกจากนี้ผลกระทบที่สำคัญในผู้คลอดวัยรุ่นคือ ความสามารถในการเผชิญกับกระบวนการคลอดที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย และความทุกข์ทรมาน (Lowdermilk, 2012) การคลอดในวัยรุ่นถือว่าการเป็นภาวะวิกฤติตามวุฒิภาวะ (Maturation crisis) เพราะเป็นวัยที่ยังไม่บรรลุวุฒิภาวะทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งเป็นภาวะวิกฤติตามสถานการณ์ (Situation crisis) เพราะผู้คลอดยังไม่มีความสามารถในการควบคุมตนเอง และการเผชิญต่อเหตุการณ์ในระยะคลอดได้ (Sauls, 2010)

ระยะคลอดนับว่าเป็นระยะเวลาที่ยาวนานในการเผชิญกับความเจ็บปวด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อกระบวนการคลอดมีความก้าวหน้า ความเจ็บปวดก็ทวีมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งมักจะทำให้ผู้คลอดวัยรุ่นไม่สามารถเผชิญความเจ็บปวดได้ โดยมีพฤติกรรมร้องเสียงดัง โวยวาย บิดตัวไปมา จนไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ จากการศึกษาพบว่า ผู้คลอดวัยรุ่นมีความกลัวและความกังวลต่อการคลอดบุตรในระดับรุนแรง โดยความกลัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเจ็บปวดในระหว่างคลอด รวมทั้งมีความต้องการความช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอดมากที่สุด (พุทธชาด แก้วยา และ ศิลปชัย ผึ้งพะยอม, 2561; Anderson & McGuinness, 2008) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้คลอดวัยรุ่นมักจะขาดความรู้ ทักษะ และการรับรู้เกี่ยวกับวิธีการบรรเทาความเจ็บปวด ส่งผลให้มีความต้องการยาเพื่อระงับปวดมากกว่าผู้คลอดวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวิธีบรรเทาปวดที่เสี่ยงต่อการภาวะแทรกซ้อนและผลข้างเคียงทั้งในมารดาและทารก (Murray & McKinney, 2010)

การบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา นับว่าเป็นทางเลือกที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ (ศศิธร พุ่มดวง, 2551) นอกจากนี้ยังเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลผดุงครรภ์ในการปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อสนับสนุนการบรรเทาปวดและความสุขสบาย รวมทั้งการประคับประคองด้านจิตใจของผู้คลอดให้สามารถเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม พบว่า การบรรเทาปวดระยะคลอดในผู้คลอดวัยรุ่นมีหลากหลายวิธี เช่น การปรับการเรียนรู้โดยเน้นการให้ความรู้ และการเตรียมตัวเพื่อให้ผู้คลอดเกิดความรู้ความเข้าใจในกระบวนการคลอด การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการลดความเจ็บปวด และการเสริมสร้างพลังอำนาจ (เบญจมาภรณ์ ชูช่วย, 2558; จุฬารักษ์ คำวงษา, 2561) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาอย่างแพร่หลายโดยวิธีการกระตุ้นประสาทสัมผัสที่ผิวหนัง ซึ่งเป็นการบรรเทาความเจ็บปวดตามทฤษฎีควบคุมประตู (Gate Control Theory) เช่น การประคบร้อน ประคบเย็น และการนวด โดยพบว่าผู้คลอดกลุ่มที่ได้รับการประคบร้อน ประคบเย็น หรือการนวด โดยการใช้วิธีเดียว หรือบูรณาการร่วมกัน มีประสิทธิภาพสามารถลดความเจ็บปวดได้ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับ (จิราวรรณ คล้ายวิเศษ และคณะ, 2559; ทศนีย์ คล้ายจำ, 2557; รังสิณี พูลเพิ่ม และคณะ, 2556)

จากความสำคัญของการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลผดุงครรภ์ในแผนกห้องคลอด ได้สำรวจปัญหาเบื้องต้นโดยสังเกตและบันทึกพฤติกรรมผู้คลอดด้วยรุ่นเมื่อเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว จำนวน 17 คน พบว่า ร้อยละ 88.24 มีพฤติกรรมร้องเอะอะเสียงดัง ร้อยละ 82.35 ไม่สามารถฟังและปฏิบัติตามคำแนะนำ ร้อยละ 76.47 เรียกร้องให้ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เพราะไม่สามารถทนต่อภาวะเจ็บครรภ์ที่เพิ่มขึ้นได้ ทั้งนี้นโยบายของแผนกห้องคลอดโรงพยาบาลกระทุ่มแบนในผู้คลอดด้วยรุ่นทุกราย จะได้รับการเตรียมตัวทั้งด้านข้อมูลความรู้ การประคับประคองด้านอารมณ์ และจิตใจแบบรายบุคคล รวมทั้งการสนับสนุนให้สามีหรือญาติมีส่วนร่วมในระยที่ 1 ของการคลอดตามความจำเป็น

ทั้งนี้จากปัญหาที่พบ ผู้วิจัยพิจารณาว่านโยบายที่มีอยู่เดิม อาจยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้คลอดด้วยรุ่นส่วนใหญ่สามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้ ทำให้ไม่มีความพร้อมในการปฏิบัติตามคำแนะนำ รวมทั้งเมื่อเผชิญกับความเจ็บปวดจะแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวิธีการบรรเทาปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด ซึ่งเป็นระยะที่ผู้คลอดต้องเผชิญกับความเจ็บปวดเป็นเวลานาน จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การประคบร้อน ประคบเย็น และการนวดหลัง ซึ่งเป็นการบรรเทาปวดโดยประยุกต์ตามทฤษฎีควบคุมประตู (Melzack & Wall, 2003) มีประสิทธิผลลดความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดได้ รวมทั้งเป็นวิธีที่ไม่ยุ่งยาก ใช้ง่าย โดยผลการวิจัยที่ได้จะเป็นแนวทางในการนำไปใช้เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้คลอดด้วยรุ่น สามารถเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

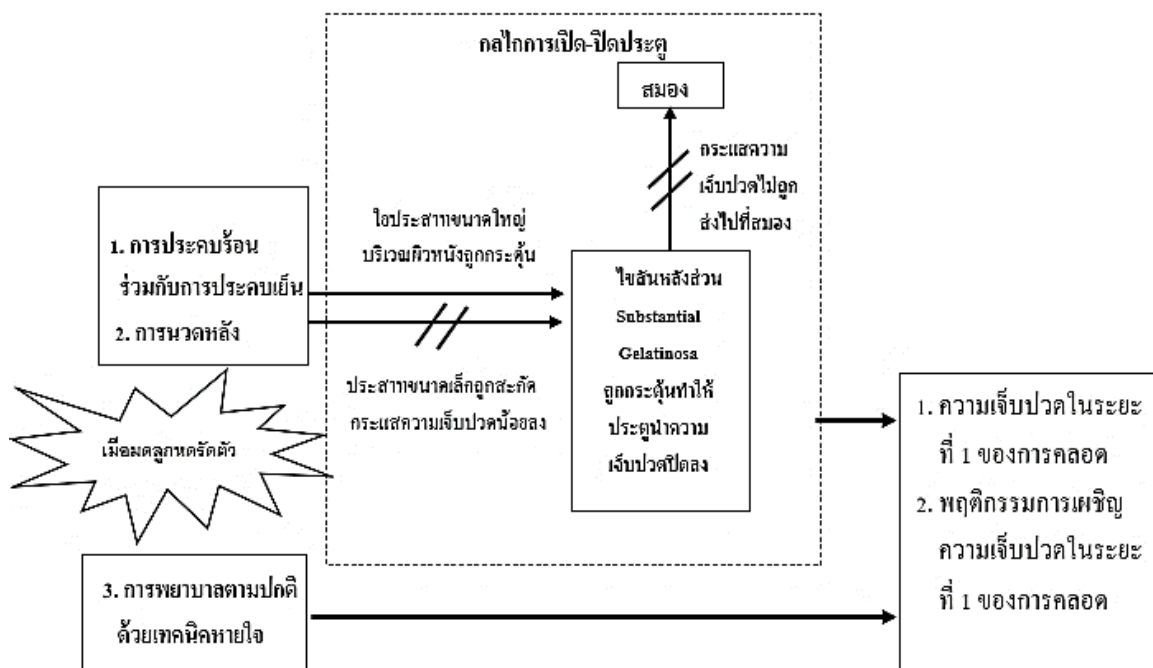
1. เพื่อศึกษาความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ในระยะที่ 1 ของการคลอด ในกลุ่มที่ได้รับการประคบร้อนร่วมกับการประคบเย็น การนวดหลัง และการพยาบาลตามปกติด้วยเทคนิคการหายใจ หลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการประคบร้อนร่วมกับการประคบเย็น กลุ่มที่ได้รับการนวดหลัง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติด้วยเทคนิคการหายใจ
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการประคบร้อนร่วมกับการประคบเย็น กลุ่มที่ได้รับการนวดหลัง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติด้วยเทคนิคการหายใจ

สมมุติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด ของกลุ่มที่ได้รับการประคบร้อนร่วมกับการประคบเย็น และการนวดหลัง หลังการทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติด้วยเทคนิคการหายใจ
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด ของกลุ่มที่ได้รับการประคบร้อนร่วมกับการประคบเย็น และการนวดหลัง หลังการทดลอง สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติด้วยเทคนิคการหายใจ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate Control Theory) ของเมลเช็คและวอลล์ (Melzack & Wall, 2003) โดยหลักการตามทฤษฎีควบคุมประตู ประกอบด้วยใยประสาทสำคัญ 2 ส่วนคือ 1) เส้นใยประสาทขนาดเล็ก ที่นำกระแสความเจ็บปวดเข้าสู่ไขสันหลังที่มีกลุ่มเซลล์ยับยั้งสแตนเซียล เจลาติโนซา ทำหน้าที่ปิด-เปิดประตู และนำกระแสความเจ็บปวดไปสู่สมอง ซึ่งจะแปลงเป็นความรู้สึกเจ็บปวด และแสดงปฏิกิริยาตอบโต้ความเจ็บปวดนั้นทันที 2) เส้นใยประสาทขนาดใหญ่ซึ่งมีเป็นจำนวนมากที่บริเวณกล้ามเนื้อและผิวหนัง สามารถเพื่อปรับกระแสความเจ็บปวดเมื่อได้รับการสัมผัสการกระตุ้นบริเวณผิวหนัง เช่น การนวด การใช้ความร้อน ความเย็น จึงทำให้ระบบควบคุมประตูปิด และกระแสความเจ็บปวดจะไปไม่ถึงสมองจึงไม่เกิดความเจ็บปวด ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ที่มา: ประยุกต์จากทฤษฎีควบคุมประตู (Melzack & Wall, 2003)

นิยามตัวแปร

กลุ่มที่ได้รับการประคบร้อน และประคบเย็น หมายถึง กลุ่มที่ได้รับการประคบร้อน และประคบเย็นด้วยแผ่นเจล ร่วมกับเทคนิคการหายใจ ซึ่งการประคบจะเริ่มเมื่อเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว 4 เซ็นติเมตรและมดลูกหดรัดตัว ประคบในลักษณะที่ผู้คลอดนั่ง หรือนอนตะแคง ศรีษะหนุนหมอน

กลุ่มที่ได้รับการนวด หมายถึง กลุ่มที่ได้รับการนวด 2 ท่า ร่วมกับเทคนิคการหายใจ การนวด ได้แก่ การนวดบริเวณหลัง-บั้นเอว-สะโพก และการนวดก้นกบ ซึ่งการนวดหลังจะเริ่มเมื่อเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว 4 เซ็นติเมตร และมดลูกหดรัดตัว

กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หมายถึง กลุ่มที่ได้รับคำแนะนำโดย เมื่อมีการหดรัดตัวของมดลูก ให้สูดหายใจเข้าและออกลึกๆ และหายใจขึ้นตามความเจ็บปวด โดยให้นับการหายใจเข้าและออกเรื่อย จนกว่ามดลูกจะคลายตัว เมื่อมดลูกคลายตัวให้หายใจปกติ ทำซ้ำเหมือนเดิมเมื่อมดลูกหดรัดตัว

ความเจ็บปวดของผู้คลอด หมายถึง การประเมินความทุกข์ทรมาน ความไม่สุขสบายทางด้านร่างกายด้วยตนเองของผู้คลอดด้วยรุ่นครรภ์แรก โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดแบบตัวเลข (Numeric rating Scale: NRS) ของ Hartrick และคณะ (Hartricket al., 2007)

พฤติกรรมในการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอด หมายถึง การแสดงออกของผู้คลอดด้วยรุ่นครรภ์แรกที่ตอบสนองต่อการหดรัดตัวของมดลูกในระยะที่ 1 ของการคลอด ประเมินด้วยแบบสังเกตพฤติกรรมในการเผชิญความเจ็บปวด ที่ประยุกต์ของฉวี เบาทรวง (2526) ซึ่งแปลจากแบบสังเกตพฤติกรรมในการเผชิญภาวะเครียดในระยะคลอดของสเตอร์รอก (Sturrock Labour Coping Scale) โดยสังเกตพฤติกรรมที่ผู้คลอดแสดงออกทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การแสดงออกของเสียง การแสดงออกของคำพูด การแสดงออกของใบหน้า การควบคุมการหายใจ การแสดงออกด้านการ เคลื่อนไหวร่างกาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสามกลุ่ม วัดผลหลังการทดลอง (Three groups posttest design)

ประชากรในการศึกษาเป็น หญิงตั้งครรภ์แรก อายุระหว่าง 15-19 ปี อายุครรภ์ 37-40 สัปดาห์ มารับบริการแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จำนวนประชากร 80 คน

กลุ่มตัวอย่างเป็น หญิงตั้งครรภ์แรก อายุระหว่าง 15-19 ปี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกเข้า มารับบริการแผนกห้องคลอด ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2563 ถึง มีนาคม 2564 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้ค่า Eta square (η^2) ซึ่งเป็นค่าดัชนีที่แสดงถึงสัดส่วนของความแปรปรวนที่สามารถอธิบายได้ (Explained Variance) ในการวิเคราะห์ด้วย ANOVA กำหนดค่าที่ได้จากงานวิจัยที่ผ่านมาของ ดาริกา วรวงศ์ (2554) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ ได้ค่า $SSB = 18.60$ และ $SST = 110.70$ นำไปแทนค่าในสูตร โดยกำหนด $\alpha = 0.05$ และ Power ($1-\beta$) = 0.80 จะได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 19 คน รวมเป็น 57 คน ทั้งนี้เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดจากการคัดออกจากการศึกษาทำให้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีกำลังในการทดสอบทางสถิติ จึงได้ปรับเพิ่มขนาดตัวอย่าง ร้อยละ 20 โดยจะเป็นกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 66 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่มๆละ 22 คน และใช้การสุ่มอย่างง่ายโดยจับสลากเลือกเข้าเป็นกลุ่มทดลองแต่ละกลุ่ม (Random assignment)

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. คลอดบุตรครั้งแรก
2. อายุระหว่าง 15-19 ปี นับถึงวันมาคลอด
3. อายุครรภ์ 37-40 สัปดาห์
4. ปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3 เซนติเมตรเมื่อแรกจับ
5. สัญชาติไทย
6. สามารถอ่าน และเขียนภาษาไทยได้
7. เป็นผู้มิติดัมภ์ปัญญาสมบูรณ์ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า ไม่ติดสารเสพติด
8. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์
9. ตั้งครรภ์เดี่ยว และทารกอยู่ในท่าปกติมีศีรษะเป็นส่วนนำและท้ายทอยอยู่ทางด้านหน้าของอุ้งเชิงกรานมารดา

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. ขอยุติก่อนสิ้นสุดการทดลอง
2. ระหว่างการศึกษาได้รับยาบรรเทาความเจ็บปวด หรือยาเร่งการคลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด
3. ระยะคลอดยาวนาน
4. ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง
5. ได้รับการทดลองครบ 5 ครั้ง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ตระหนักถึงการเคารพสิทธิมนุษยชน โดยได้ยื่นขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของโรงพยาบาลกระทุ่มแบน เลขที่รับรอง 030/63 ภายหลังได้รับการรับรอง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการบริการพยาบาลหรือการบำบัดรักษาใดๆ หากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัย สามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ทันที โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับจะถือเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยเฉพาะในภาพรวมโดยไม่มีการเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วยรายบุคคล แบบบันทึกข้อมูลจะถูกทำลายหลังจากตีพิมพ์เผยแพร่วิจัยแล้ว

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้รวมของครอบครัว ความสูง น้ำหนักผู้คลอด และข้อมูลการตั้งครรภ์ ได้แก่ จำนวนการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ กำหนดการคลอด ประวัติการฝากครรภ์

1.2 แบบประเมินความเจ็บปวดด้วยตนเองเป็นมาตรวัดความเจ็บปวดแบบตัวเลข (Numeric rating Scale: NRS) 10 ระดับ หมายเลข 0 หมายถึง ไม่รู้สึกมีความเจ็บปวด หมายเลข 5 หมายถึงรู้สึกเจ็บปวดปานกลาง และหมายเลข 10 หมายถึง เจ็บปวดจนทนไม่ได้ โดยผู้คลอดขีดกากบาท (X) ทับที่ตัวเลขที่ตรงกับระดับความรู้สึกเจ็บปวดในขณะนั้น

1.3 แบบประเมินพฤติกรรมและการเผชิญความเจ็บปวด โดยประยุกต์ใช้แบบประเมินการสังเกตพฤติกรรมในการเผชิญความเจ็บปวดของฉวี เบาทรวง (2526) แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การแสดงออกของเสียง คำพูด สีหน้า การหายใจ และการเคลื่อนไหวร่างกาย การให้คะแนน 3 ระดับคือ 0, 1, 2

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 แผ่นเจลสำหรับประคบร้อน และประคบเย็น ได้พัฒนาขึ้นจากการศึกษาของ นุชสรา อึ้งอภิธรรม (2554) โดยควบคุมอุณหภูมิในการประคบร้อนโดยผ่านความร้อนจากไมโครเวฟกำลังไฟ 800 วัตต์ ได้อุณหภูมิ 48 องศาเซลเซียส และเมื่อสวมในผ้าคาดเอวจะมีอุณหภูมิประมาณ 45 องศาเซลเซียส รักษาระดับอุณหภูมิได้นาน 20 นาที ส่วนการประคบเย็นควบคุมอุณหภูมิด้วยการแช่ได้ช่องแช่แข็งให้มีระดับอุณหภูมิ 8 องศาเซลเซียส และเมื่อสวมในผ้าคาดเอวจะมีอุณหภูมิประมาณ 10 องศาเซลเซียส รักษาระดับอุณหภูมิได้นาน 20 นาที

2.2 โปรแกรมการนวดหลัง มี 2 ท่า ได้แก่ การนวดบริเวณหลัง-บั้นเอว-สะโพก และการนวดก้นกบ แต่ละท่าใช้เวลาขนาดประมาณ 10 นาที จนครบ 20 นาที

2.3 เครื่องมืออื่นๆ ได้แก่ เทอร์มิเตอร์ที่สามารถวัดอุณหภูมิ ตั้งแต่ 0 - 100 องศาเซลเซียส นาฬิกาจับเวลาแบบดิจิทัล โดยใช้เครื่องเดียวกันตลอดการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงตาม (validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ได้คำดัชนีความสอดคล้อง (IOC) แบบประเมินความเจ็บปวดด้วยตนเอง เท่ากับ 0.90 แบบประเมินพฤติกรรมในการเผชิญความเจ็บปวด เท่ากับ 0.90 เครื่องมือประคบร้อน ประคบเย็นและโปรแกรมการนวดหลัง เท่ากับ 1.00

2. หาความเชื่อมั่น (reliability) แบบสังเกตพฤติกรรมในการเผชิญความเจ็บปวด โดยทดลองใช้ (try out) กับผู้คลอดที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter-Rater Reliability: IRR) จำนวน 2 คน ที่เป็นอิสระต่อกันโดยประเมินในครั้งเดียวกัน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87

ขั้นตอนดำเนินการวิจัยและการรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 กลุ่มๆ ละ 22 คน แบ่งเป็นกลุ่มได้รับการประคบร้อนร่วมกับการประคบเย็น กลุ่มได้รับการนวดหลัง กลุ่มการพยาบาลตามปกติด้วยเทคนิคการหายใจ ของแผนกห้องคลอด โดยมีขั้นตอนดำเนินการวิจัย และการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

เริ่มการทดลองเมื่อปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร (1) แพทย์เจาะถุงน้ำทันทันหัว (2) วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง (3) พังเสียงหัวใจทารก และประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 1 ชั่วโมง (4) ตรวจภายในทุก 2 ชั่วโมง (ปากมดลูกเปิด 4-7 ซม.) และทุก 1 ชั่วโมง (เมื่อปากมดลูกเปิดตั้งแต่ 8 ซม.) การตรวจภายในตลอดการวิจัยโดยพยาบาลแผนกห้องคลอดคนเดียวในแต่ละเวร เพื่อป้องกันการลำเอียง (5) การทดลองจะดำเนินการทั้งหมด 5 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง และเพื่อควบคุมให้มีความใกล้เคียงกันก่อนทดลองทั้ง 3 กลุ่มจะได้รับการประเมินการหดตัวของมดลูก และการเปิดของปากมดลูก (กรณีที่การทดลองครั้งนั้นครบตรวจทุก 2 ชม.) เมื่อประเมินแล้วความก้าวหน้าการคลอดเป็นตามเกณฑ์จึงจะเริ่มการทดลองกรณียังไม่เข้าเกณฑ์จะประเมินใหม่ทุก 30 นาที โดยเกณฑ์การประเมินความก้าวหน้าการคลอด ก่อนดำเนินการทดลองแต่ละครั้ง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เกณฑ์การประเมินความก้าวหน้าการคลอด ก่อนดำเนินการทดลองแต่ละครั้ง

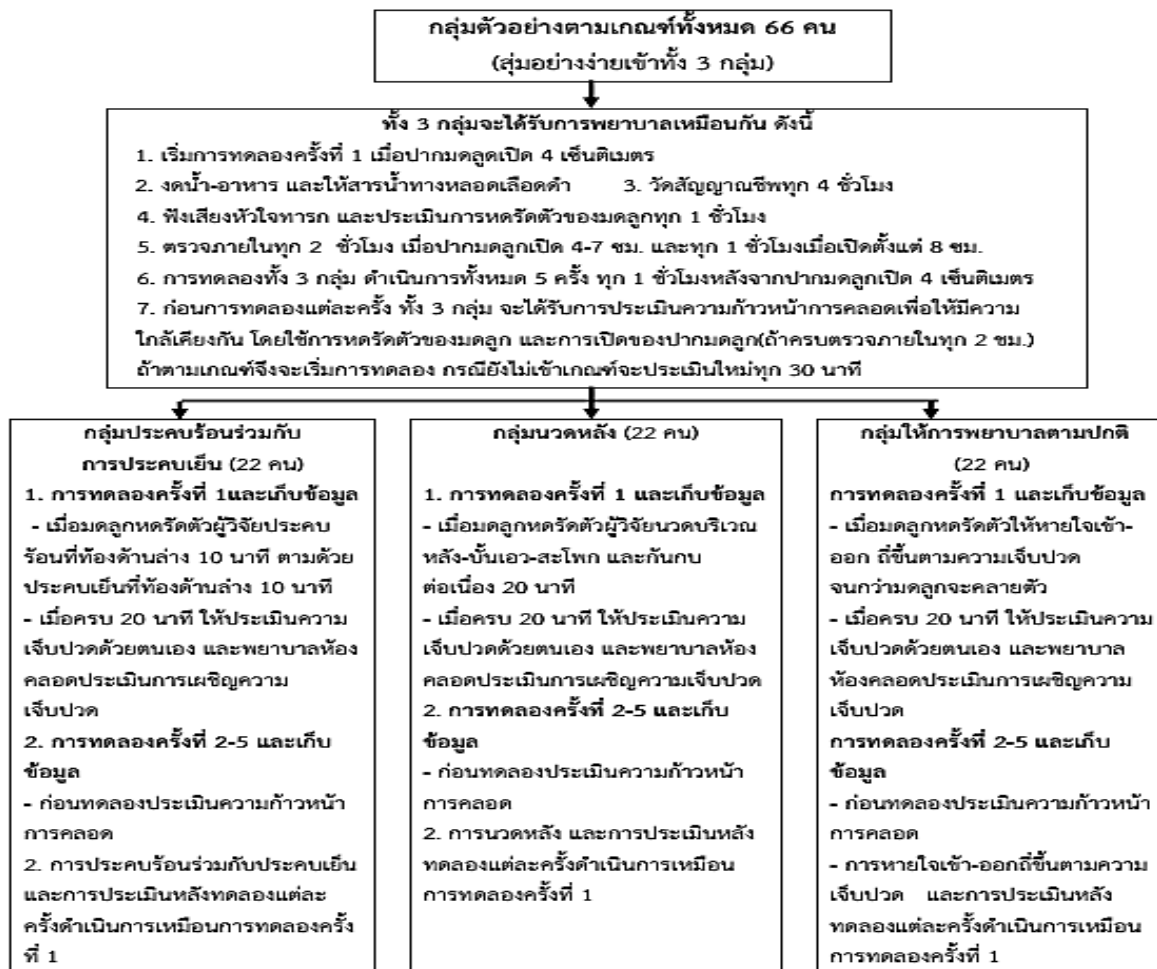
ก่อนทดลอง ที่	ปากมดลูกเปิด (ซม.)	มดลูกหดตัวนาน วินาที)	ห่างกันครั้งละ(นาที/ วินาที)	ความแรง
1	4	30 - 60	3-5	ปานกลาง
2	-	40 - 60	3-5	ปานกลาง
3	5-6	45 - 60	3-4	ปานกลาง-แรงมาก
4	-	50 - 80	2-3	แรงมาก
5	8-9	60 - 90	2-3	แรงมาก

2. การทดลองในกลุ่มประคบร้อนร่วมกับการประคบเย็น และการรวบรวมข้อมูล ดังนี้ การทดลองครั้งที่ 1 เมื่อผู้คลอดเริ่มมีการหดตัวของมดลูก ผู้วิจัยประคบร้อนด้วยแผ่นเจลอุณหภูมิ 40 - 45 องศาเซลเซียส สวมผ้าสำหรับคาดเอวชุบน้ำหมาด และนำมาวางบริเวณหน้าท้อง และแผ่นหลังส่วนล่างต่อเนื่องกัน 10 นาที แล้วประคบเย็นด้วยแผ่นเจลอุณหภูมิ 10 - 15 องศาเซลเซียส สวมผ้าสำหรับคาดเอวชุบน้ำหมาด 10 นาที ระยะเวลาประคบร้อนและเย็น 20 นาที การประเมินหลังการทดลองครั้งที่ 1 โดยให้ผู้คลอดประเมินความเจ็บปวดด้วยตนเองทันที และพยาบาลห้องคลอดเป็นผู้ประเมินพฤติกรรมและการเผชิญความเจ็บปวดผู้คลอด และการทดลองครั้งที่ 2-5 จะดำเนินการทุก 1 ชั่วโมงโดยก่อนทดลองจะประเมินความก้าวหน้าการคลอด ถ้าครบตามเกณฑ์ดังข้างต้น จะดำเนินการประคบร้อนร่วมกับประคบเย็น และการประเมินความเจ็บปวดเหมือนขั้นตอนการทดลองครั้งที่ 1

3. การทดลองในกลุ่มนวดหลัง และการรวบรวมข้อมูล ดังนี้ การทดลองครั้งที่ 1 เมื่อผู้คลอดเริ่มมีการหดตัวของมดลูก ผู้วิจัยนวดหลัง 2 ท่า ได้แก่ การนวดบริเวณหลัง-บั้นเอว-สะโพก และการนวดก้นกบ แต่ละท่าใช้เวลา นวดต่อเนื่องประมาณ 10 นาที รวมเวลาทั้งหมด 20 นาที การประเมินหลังการทดลองครั้งที่ 1 โดยให้ผู้คลอดประเมินความเจ็บปวดด้วยตนเองทันที และพยาบาลห้องคลอดเป็นผู้ประเมินพฤติกรรมและการเผชิญความเจ็บปวดผู้คลอด และการ

ทดลองครั้งที่ 2-5 จะดำเนินการทุก 1 ชม. โดยก่อนทดลองจะประเมินความก้าวหน้าการคลอด ถ้าครบตามเกณฑ์ดังข้างต้น จะดำเนินการนัดหลัง 2 ทำ และการประเมินความเจ็บปวดเหมือนขั้นตอนการทดลองครั้งที่ 1

4. ดำเนินการในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติของแผนกห้องคลอด และการรวบรวมข้อมูล ดังนี้ การทดลองครั้งที่ 1 เมื่อมีการหดตัวของมดลูก ให้ผู้ดูแลใจเข้าและออกลึกๆ และหายใจถี่ขึ้นตามความเจ็บปวด โดยให้นับการหายใจเข้าและออกเรื่อย จนกว่ามดลูกจะคลายตัว ทำซ้ำเหมือนเดิมเมื่อมดลูกหดตัว โดยเมื่อครบ 20 นาที ให้ผู้คลอดประเมินความเจ็บปวดด้วยตนเอง และผู้วิจัยได้สังเกตและบันทึกคะแนนพฤติกรรมและการเผชิญความเจ็บปวดผู้คลอด ซึ่งเป็นการประเมินหลังการทดลองชั่วโมงที่ 1 และ การทดลองครั้งที่ 2-5 จะดำเนินการทุก 1 ชั่วโมงหลังการทดลองแต่ละครั้ง โดยก่อนทดลองจะประเมินความก้าวหน้าการคลอด ถ้าครบตามเกณฑ์ดังข้างต้น จะดำเนินการและประเมินความเจ็บปวดเหมือนขั้นตอนการทดลองครั้งที่ 1



แผนภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และระดับความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด หลังการทดลอง วิเคราะห์และแจกแจงด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ในระยะที่ 1 ของการคลอด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบรรเทาปวดด้วยการประคบร้อนร่วมกับประคบเย็น การนวดหลัง และการพยาบาลตามปกติด้วยเทคนิคการหายใจ หลังการทดลอง ด้วยสถิติ One-Way ANOVA

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มประคบร้อนร่วมกับประคบเย็นมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 17.86 ปี กลุ่มนวดหลังมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 17.64 ปี กลุ่มการพยาบาลตามปกติ มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 17.68 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ทั้ง 3 กลุ่มมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72.73 63.64 และ 72.73 ตามลำดับ ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 50.00 40.19 และ 50.00 ตามลำดับ รายได้ครัวเรือนกลุ่มประคบร้อนร่วม กับประคบเย็น เฉลี่ยเท่ากับ 13,636.36 บาท กลุ่มนวดหลัง เฉลี่ยเท่ากับ 13,363.64 บาท กลุ่มพยาบาลตามปกติ เฉลี่ยเท่ากับ 15,227.27 บาท อาชีพพบว่า ทั้ง 3 กลุ่มส่วนใหญ่อาชีพรับจ้าง/ค้าขาย ร้อยละ 45.46 50.00 และ 45.46 ตามลำดับ

2. ระดับความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด ของกลุ่มที่ได้รับการประคบร้อนร่วมกับการประคบเย็น การนวดหลัง และการพยาบาลตามปกติ หลังการทดลอง

2.1 ระดับความเจ็บปวด ในระยะที่ 1 ของการคลอด ในกลุ่มที่ได้รับการประคบร้อนร่วมกับการประคบเย็น การนวดหลัง และการพยาบาลตามปกติ หลังการทดลอง พบว่า หลังทดลองครั้งที่ 1 ทั้ง 3 กลุ่ม เจ็บปวดระดับน้อย โดยกลุ่มประคบร้อนร่วมกับการประคบเย็นมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด หลังทดลองครั้งที่ 2 ทั้ง 3 กลุ่ม เจ็บระดับปานกลาง โดยกลุ่มนวดหลังมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด หลังทดลองครั้งที่ 3 ทั้ง 3 กลุ่ม เจ็บปวดระดับปานกลาง โดยกลุ่มนวดหลังมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด หลังทดลองครั้งที่ 4 กลุ่มนวดหลัง เจ็บปวดระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด หลังทดลองครั้งที่ 5 กลุ่มประคบร้อนร่วมกับการประคบเย็น และกลุ่มนวดหลัง เจ็บปวดระดับมาก โดยกลุ่มนวดหลังมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด หลังทดลองโดยรวม กลุ่มประคบร้อนร่วมกับการประคบเย็น และกลุ่มนวดหลัง เจ็บปวดระดับปานกลาง โดยกลุ่มนวดหลังมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (ตารางที่ 2)

2.2 ระดับพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ในระยะที่ 1 ของการคลอด ในกลุ่มที่ได้รับการประคบร้อนร่วมกับการประคบเย็น การนวดหลัง และการพยาบาลตามปกติ หลังการทดลอง พบว่า หลังทดลองครั้งที่ 1 ทั้ง 3 กลุ่ม พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดเหมาะสมระดับมาก โดยกลุ่มประคบร้อนร่วมกับการประคบเย็น และกลุ่มนวดหลัง คะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด หลังทดลองครั้งที่ 2 ทั้ง 3 กลุ่ม พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดเหมาะสมระดับมาก โดยกลุ่มประคบร้อนร่วมกับการประคบเย็น คะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด หลังทดลองครั้งที่ 3 กลุ่มประคบร้อนร่วมกับการประคบเย็น พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดเหมาะสมระดับมาก หลังทดลองครั้งที่ 4 ทั้ง 3 กลุ่ม พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดเหมาะสมระดับน้อย โดยกลุ่มนวดหลัง คะแนนเหมาะสมสูงที่สุด หลังทดลองครั้งที่ 5 ทั้ง 3 กลุ่ม พฤติกรรม

การเผชิญความเจ็บปวดเหมาะสมระดับน้อย โดยกลุ่มประคบร้อนร่วมกับประคบเย็น และกลุ่มนวดหลัง คะแนนเหมาะสมสูงสุด หลังทดลองโดยรวม ทั้ง 3 กลุ่ม พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดเหมาะสมระดับปานกลาง โดยกลุ่มประคบร้อนร่วมกับประคบเย็น คะแนนเหมาะสมสูงสุด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด หลังการทดลอง จำแนกตามชนิดการบรรเทาความเจ็บปวด

ครั้งที่/ ชนิดการบรรเทาความเจ็บปวด	ความเจ็บปวด			พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
ครั้งที่ 1						
การประคบร้อนร่วมกับการประคบเย็น (n=22)	2.95	0.72	น้อย	10.00	0.00	มาก
การนวดหลัง (n=22)	3.05	0.72	น้อย	10.00	0.00	มาก
การพยาบาลตามปกติ(n=22)	3.00	0.00	น้อย	9.27	0.83	มาก
ครั้งที่ 2						
การประคบร้อนร่วมกับการประคบเย็น (n=22)	4.23	0.43	ปานกลาง	9.77	0.43	มาก
การนวดหลัง (n=22)	4.05	0.72	ปานกลาง	9.18	0.85	มาก
การพยาบาลตามปกติ(n=22)	4.77	0.43	ปานกลาง	9.05	0.42	มาก
ครั้งที่ 3						
การประคบร้อนร่วมกับการประคบเย็น (n=22)	5.23	0.43	ปานกลาง	8.32	1.13	มาก
การนวดหลัง (n=22)	4.77	0.43	ปานกลาง	7.18	1.10	ปานกลาง
การพยาบาลตามปกติ(n=22)	6.00	0.00	ปานกลาง	5.27	0.46	น้อย
ครั้งที่ 4						
การประคบร้อนร่วมกับการประคบเย็น (n=22)	6.23	0.43	มาก	5.00	0.00	น้อย
การนวดหลัง (n=22)	5.77	0.43	ปานกลาง	5.50	0.51	น้อย
การพยาบาลตามปกติ(n=22)	7.77	0.43	มาก	5.00	0.00	น้อย
ครั้งที่ 5						
การประคบร้อนร่วมกับการประคบเย็น (n=22)	7.00	0.00	มาก	5.00	0.00	น้อย
การนวดหลัง (n=22)	6.77	0.43	มาก	5.00	0.00	น้อย
การพยาบาลตามปกติ(n=22)	9.27	0.46	มากที่สุด	4.55	0.86	น้อย
โดยรวม						
การประคบร้อนร่วมกับการประคบเย็น (n=22)	5.13	0.38	ปานกลาง	7.62	0.29	ปานกลาง
การนวดหลัง (n=22)	4.88	0.52	ปานกลาง	7.37	0.38	ปานกลาง
การพยาบาลตามปกติ(n=22)	6.16	0.22	มาก	6.63	0.51	ปานกลาง

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบรรเทาปวดด้วยการประคบร้อนร่วมกับประคบเย็น การนวดหลัง และการพยาบาลตามปกติ หลังการทดลอง

3.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวด ในระยะที่ 1 ของการคลอด ระหว่าง 3 กลุ่ม หลังการทดลอง พบว่า หลังทดลองครั้งที่ 1 ไม่พบความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่ม หลังทดลองครั้งที่ 2 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) รายคู่ที่คะแนนแตกต่างกันคือ กลุ่มประคบร้อนร่วมกับประคบเย็น คะแนนต่ำกว่า การพยาบาลตามปกติ และกลุ่มนวดหลัง คะแนนต่ำกว่า การพยาบาลตามปกติ หลังทดลองครั้งที่ 3 และ ครั้งที่ 4 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$ และ $p = .026$ ตามลำดับ) โดยมีรายคู่ที่คะแนนแตกต่างกันคือ กลุ่มประคบร้อนร่วมกับประคบเย็น คะแนนต่ำกว่า การพยาบาลตามปกติ กลุ่มนวดหลัง คะแนนต่ำกว่า กลุ่มประคบร้อนร่วมกับการประคบเย็น และต่ำกว่า การพยาบาลตามปกติ หลังทดลองครั้งที่ 5 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) รายคู่ที่คะแนนแตกต่างกันคือ กลุ่มประคบร้อนร่วมกับประคบเย็น คะแนนต่ำกว่า การพยาบาลตามปกติ และกลุ่มนวดหลัง คะแนนต่ำกว่า การพยาบาลตามปกติ หลังการทดลองโดยรวม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) รายคู่ที่คะแนนแตกต่างกันคือ กลุ่มประคบร้อนร่วมกับประคบเย็น คะแนนต่ำกว่า การพยาบาลตามปกติ และกลุ่มนวดหลัง คะแนนต่ำกว่า การพยาบาลตามปกติ (ตารางที่ 3)

3.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ในระยะที่ 1 ของการคลอด ระหว่าง 3 กลุ่ม หลังการทดลอง พบว่า หลังทดลองครั้งที่ 1 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) รายคู่ที่คะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันคือ กลุ่มประคบร้อนร่วมกับประคบเย็น คะแนนสูงกว่า การพยาบาลตามปกติ และกลุ่มนวดหลัง คะแนนสูงกว่า การพยาบาลตามปกติ หลังทดลองครั้งที่ 2 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .002$) รายคู่ที่คะแนนแตกต่างกันคือ กลุ่มประคบร้อนร่วมกับประคบเย็น คะแนนสูงกว่า กลุ่มนวดหลัง และสูงกว่า การพยาบาลตามปกติ หลังทดลองครั้งที่ 3 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) รายคู่ที่คะแนนแตกต่างกันคือ กลุ่มประคบร้อนร่วมกับประคบเย็น คะแนนสูงกว่า กลุ่มนวดหลัง และสูงกว่าการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มนวดหลัง คะแนนสูงกว่า การพยาบาลตามปกติ หลังทดลองครั้งที่ 4 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .002$) รายคู่ที่คะแนนแตกต่างกันคือ กลุ่มนวดหลัง คะแนนสูงกว่า คะแนนสูงกว่า กลุ่มประคบร้อนร่วมกับประคบเย็น และสูงกว่าการพยาบาลตามปกติ หลังทดลองครั้งที่ 5 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .004$) รายคู่ที่คะแนนแตกต่างกันคือ กลุ่มประคบร้อนร่วมกับประคบเย็น คะแนนสูงกว่า การพยาบาลตามปกติ และกลุ่มนวดหลัง คะแนนสูงกว่า การพยาบาลตามปกติ หลังการทดลองโดยรวม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .002$) รายคู่ที่คะแนนแตกต่างกันคือกลุ่มประคบร้อนร่วมกับประคบเย็น คะแนนเฉลี่ย คะแนนสูงกว่า การพยาบาลตามปกติ และกลุ่มนวดหลังคะแนนเฉลี่ย คะแนนสูงกว่า การพยาบาลตามปกติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด ระหว่างกลุ่มประคบร้อนร่วมกับประคบเย็น (n=22) กลุ่มนวดหลัง (n=22) และกลุ่มการพยาบาลปกติ (n=22) หลังการทดลอง

หลังการทดลอง	ความเจ็บปวด			พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด		
	Mean	SD	F, p-value	Mean	SD	F, p-value
ครั้งที่ 1						
ประคบร้อนร่วมกับประคบเย็น	2.96	0.72		10.00*	0.00	
นวดหลัง	3.05	0.72	F= 0.13	10.00*	0.00	F= 17.01
การพยาบาลปกติ	3.00	0.00	p= .878	9.27*	0.83	p= .000*
ครั้งที่ 2						
ประคบร้อนร่วมกับประคบเย็น	4.23*	0.43		9.78*	0.43	
นวดหลัง	4.05*	0.72	F= 10.63	9.18*	0.75	F= 6.88
การพยาบาลปกติ	4.77*	0.43	p= .000*	9.05*	0.72	p= .002*
ครั้งที่ 3						
ประคบร้อนร่วมกับประคบเย็น	5.23*	0.43		8.32*	1.13	
นวดหลัง	4.77*	0.43	F= 69.05	7.18*	1.10	F= 58.19
การพยาบาลปกติ	6.00*	0.00	p= .000*	5.27*	0.46	p= .000*
ครั้งที่ 4						
ประคบร้อนร่วมกับประคบเย็น	6.23*	0.43		5.00*	0.00	
นวดหลัง	5.77*	0.43	F= 131.46	5.50*	0.51	F= 21.00
การพยาบาลปกติ	7.77*	0.43	p= .026*	5.00*	0.00	p= .000*
ครั้งที่ 5						
ประคบร้อนร่วมกับประคบเย็น	7.00*	0.00		5.00*	0.00	
นวดหลัง	6.77*	0.43	F= 321.96	5.00*	0.00	F= 6.18
การพยาบาลปกติ	9.27*	0.46	p= .000*	4.55*	0.86	p= .004*
โดยรวม						
ประคบร้อนร่วมกับประคบเย็น	5.13*	0.38		7.62*	0.29	
นวดหลัง	4.88*	0.52	F= 65.82	7.37*	0.38	F= 35.91
การพยาบาลปกติ	6.16*	0.22	p= .000*	6.63*	0.51	p= .000*

Mean* = มีความแตกต่างรายคู่, p* = มีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปราย

จากผลการวิจัย นำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด ในกลุ่มได้รับการประคบร้อนร่วมกับประคบเย็น และการนวดหลัง หลังการทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติด้วยเทคนิคการหายใจ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดโดยรวม กลุ่มประคบร้อนร่วมกับการประคบเย็น และกลุ่มนวดหลัง

มีคะแนนต่ำกว่า การพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า กลุ่มที่ได้รับการบรรเทาปวดโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีควบคุมประตุ มีความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดน้อยกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มทดลองได้รับการประคบร้อนที่บริเวณหน้าท้องและหลังส่วนล่าง ทำให้อุณหภูมิที่ผิวหนังบริเวณนั้นสูงขึ้น จนเกิดการกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ส่วนหน้าท้องและหลังส่วนล่าง ทำให้ลดการนำของกระแสประสาทความเจ็บปวด ที่จะส่งไปที่ไขสันหลังน้อยลง ความเจ็บปวดจึงถูกบรรเทาลง ส่วนการประคบเย็น ความเย็นจะทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดฝอย ทำให้ใยประสาทขนาดใหญ่ที่อยู่บริเวณกล้ามเนื้อและผิวหนังถูกกระตุ้นเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ความเย็นจะไปลดการทำงานของตัวรับสัมผัสปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวด ทำให้รับความรู้สึกช้าลง และกลุ่มที่ได้รับการนวดหลัง ที่บริเวณสะโพก กระเบนเหน็บและก้นกบ เมื่อมดลูกหดตัวส่วนนี้จะถูกดึงรั้งด้วยการส่งกระแสประสาทจะผ่านข่ายประสาทของก้น และก้นกบ ดังนั้นการนวดบริเวณดังกล่าว จึงเป็นการกระตุ้นตั้งแต่ชั้นผิวหนังถึงกล้ามเนื้อส่วนบน ทำให้ใยประสาทขนาดใหญ่บริเวณดังกล่าวถูกกระตุ้นส่งผลให้การนำของกระแสประสาทความเจ็บปวดที่จะส่งไปที่ไขสันหลังน้อยลง การรับรู้ต่อความเจ็บปวดจึงลดลงเช่นเดียวกัน (Melzack & Wall, 2003)

ผลการวิจัยสอดคล้องกับ Turkmen & Oran (2020) เปรียบเทียบการประคบร้อน การนวด และการให้คำแนะนำตามปกติ พบว่า เมื่อปากมดลูกเปิด 6-7 เซนติเมตร กลุ่มที่ได้รับการประคบร้อนและการนวด มีผลทำให้ความเจ็บปวดน้อยลงกว่า กลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ รวมทั้งการศึกษาที่ใช้วิธีประคบร้อนของ รังสิณี พูลเพิ่ม และคณะ (2556) Taavoni และคณะ (2016) โดยวิธีประคบหน้าท้องอย่างต่อเนื่อง ด้วยผ้าขนหนูชุบน้ำอุ่นอุณหภูมิ 40 - 45 องศาเซลเซียส พบว่า คะแนนความเจ็บปวดเฉลี่ยในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ต่ำกว่าผู้คลอดกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ ส่วนการศึกษาเปรียบเทียบวิธีนวดหลัง และ เทคนิคการหายใจ พบว่า การนวดหลัง มีผลลดความเจ็บปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว มากกว่าการใช้เทคนิคการหายใจ (Cevik & Karaduman, 2019; Gallo et al., 2013) ส่วนการศึกษาที่มีความแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ของคาริกา วรวงศ์ (2554) โดยศึกษาเปรียบเทียบผลการใช้เทคนิคการหายใจ การนวดก้นกบ และการลูบหน้าท้อง พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดทั้ง 3 วิธีไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะขั้นตอนการดำเนินการทดลองที่แตกต่างกัน เนื่องจากให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัย โดยญาติเป็นผู้ดำเนินการควบคุมการหายใจ การลูบหน้าท้องและการนวดก้นกบ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สอนและคอยให้คำแนะนำ

สมมติฐานที่ 2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด ในกลุ่มที่ได้รับการประคบร้อนร่วมกับประคบเย็น และการนวดหลัง หลังการทดลอง สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติด้วยเทคนิคการหายใจ ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความเหมาะสมในการเผชิญความเจ็บปวดโดยรวม กลุ่มประคบร้อนร่วมกับประคบเย็น และกลุ่มนวดหลัง มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า การพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานโดยสรุปและอภิปรายได้ว่า กลุ่มที่ได้รับการประคบร้อนร่วมกับประคบเย็น และนวดหลัง เมื่อได้รับการบรรเทาปวดโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีควบคุมประตุ มีผลทำให้ความเจ็บปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดลดลง ทำให้สามารถปรับตัวให้คงสภาพความสมดุลของร่างกาย จิตใจและอารมณ์ และแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด

ที่บ่งบอกถึงความสามารถในการควบคุมตนเองได้ โดยประเมินได้จากการแสดงปฏิกิริยาออกมาในขณะที่กล้ำเนื้อมดลูกมีการหดตัว ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงออกอย่างเหมาะสม ประเมินได้จากการแสดงปฏิกิริยาในขณะที่กล้ำเนื้อมดลูกมีการหดตัว โดยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บป่วยที่เหมาะสม ประกอบด้วย 5 ด้านคือ ด้านการออกเสียง เช่น การร้องครางเบา ด้านร่างกาย เช่น เกร็งมือ-เท้า, กำมือ-บิดมือ-บิดเท้า หรือมือชิดขอบเตียง ด้านการควบคุมการหายใจ เช่น หายใจถี่ๆ กลั้นหายใจเป็นครั้งคราว ด้านการแสดงของใบหน้า เช่น หน้ามึนคิ้วขมวด หรือเม้ม-ขบริมฝีปาก และด้านคำพูด เช่น แสดงคำพูดที่บอกความอดทนหรือปลอบตนเอง หรือเพียงบ่นถึงความเจ็บปวด (Hodnett et al., 2009; Lowdermilk, 2012; Ricci, 2009)

สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (ทัศนีย์ คล้ายขำ, 2555; Turkmen & Oran, 2020) โดย เปรียบเทียบการบรรเทาปวดในระยะคลอด ด้วยวิธีผสมผสานระหว่างการประคบร้อนร่วมกับนวดหลัง พบว่า กลุ่มที่ได้รับการประคบร้อนร่วมกับการนวดหลัง มีผลทำให้แสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดเหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุม รวมทั้งการศึกษามือเปรียบเทียบการบรรเทาปวดหลายวิธีระหว่างการนวดก้นกบ การลูบหน้าท้อง และเทคนิคการหายใจ พบว่า การนวดก้นกบ มีผลต่อความพึงพอใจ รวมทั้งแสดงพฤติกรรมความวิตกกังวล ในระยะที่ 1 ของการคลอด น้อยกว่าการดูแลตามปกติมากที่สุด (Cevik & Karaduman, 2019; Gallo et al., 2013; Ranjbaran et al., 2017)

ข้อเสนอแนะ

จากประสิทธิผลของการประคบร้อนร่วมกับประคบเย็น และการนวดหลังต่อความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ในระยะที่ 1 ของการคลอด ในผู้คลอดวัยรุ่นครั้งแรก ครั้งนี้ แผนกห้องคลอดควรสนับสนุนการบรรเทาปวดโดยวิธีประคบร้อนร่วมกับประคบเย็น และการนวดหลัง เพื่อลดความเจ็บปวดในระยะคลอด สามารถรับฟังคำแนะนำและให้ความร่วมมือในกระบวนการคลอด รวมทั้งเป็นการส่งเสริมให้ผู้คลอดวัยรุ่นมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดอย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

- จิราวรรณ คล้ายวิเศษ, ศรีสมร ภูมณสกล และ จรัสศรี ชีระกุลชัย. (2560). ผลของการนวดและ/หรือการประคบร้อน ต่อระดับความปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครั้งแรก. *Rama Nurs J.*, 26(3), 263-276.
- จุฬารักษ์ คำวงษา. (2561). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงวัยรุ่นครั้งแรกโรงพยาบาลบึงกาฬ. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 26(3), 164-175.
- ฉวี เบาทรวง. (2526). ผลของการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนและการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวล และพฤติกรรม การเผชิญความเครียดในระยะคลอด. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).
- ดาริกา วรวงศ์. (2554). ผลการใช้เทคนิคการหายใจ การลูบหน้าท้องและการนวดก้นกบต่อการลดความเจ็บ ปวดและความพึงพอใจในมารดาที่ไม่เคยผ่านการคลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).
- ทัศนีย์ คล้ายขำ. (2555). ผลของการนวดร่วมกับการประคบร้อนต่อความเจ็บปวด และการเผชิญความเจ็บปวดของผู้ คลอดครั้งแรก. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยมหิดล).
- นุชศรา อึ้งอภิธรรม. (2554). ผลของการประคบเย็นและการประคบร้อนต่อความเจ็บปวดในการคลอดของผู้คลอด ครรภ์แรก. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).
- เบญจมาภรณ์ ชูช่วย. (2558). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอดโดยพยาบาลต่อระดับความ เจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในหญิงวัยรุ่นครั้งแรก. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์).
- พุทธชาด แก้วยา และ ศิลปชัย ฝั้นพะยอม. (2561). ความกลัวการคลอดบุตรของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอดและ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *พยาบาลสาร*, 45(4), 26-36.
- รังสิณี พูลเพิ่ม, อุบลรัตน์ ระวังโค และ ขวัญเรือน ค่วนดี. (2556). ผลของการใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำอุ่นประคบหน้าท้องต่อ การลดความเจ็บปวดและการลดระยะเวลาของระยะปากมดลูกเปิดเร็วในมารดาครรภ์แรก. *วารสารพยาบาล ทหารบก*, 14(3), 67-76.
- ศศิธร พุ่มดวง. (2551). การลดปวดในระยะคลอดโดยไม่ใช้ยา. สงขลา: บริษัท อัลลายด์เพรส จำกัด.
- Anderson, C., & McGuinness, T. (2008). Do teenage mothers experience childbirth as traumatic. *Journal Of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 46(4), 21-24
- Cevik, S.A., Karaduman, S. (2019). The effect of sacral massage on labor pain and anxiety: A randomized controlled trial. *Japan Academy of Nursing Science*, 17(1), e12272.
- Gallo, SR., Santana, L.S., Jorge Ferreira, C.S., Marcolin, C.A., PoliNeto, B.O., Duarte, G,

- Quintana, S.M. (2013). Massage reduced severity of pain during labour: a randomised Trial. *Journal of Physiotherapy*, 59(2), 109-116.
- Hartrick, C. T., Kovan, J. P., & Shapiro, S. (2003). The numeric rating scale for clinical pain measurement: A ratio measure?. *Pain Practice J*, 3(4), 310-316.
- Lowdermilk, D.L. (2012). *Labour and birth process*. In D.L. Lowdermilk, S.E. Perry, K. Cashion, & K.R. Alden (eds). *Maternity and woman' health care (10 th ed)*. St.Louis: Mosby.
- Murray, S. S., & McKinney, E. S. (2010). *Foundations of maternal - newborn and women's health nursing (5 " ed)*. Maryland Heights: Saunders.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (2003). *Pain management*. China: Churchill Livingstone.
- Ranjbaran M, Khorsandi M, Matourypour P, Shamsi M. (2017). Effect of Massage Therapy on Labor Pain Reduction in Primiparous Women: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Clinical Trials in Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 22(4), 257-261.
- Sauls, D. J. (2010). Promoting a positive childbirth experience for adolescents. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 39(6), 703-712.
- Taavoni, S., Sheikhan, F., Abdolahian, S., Ghavi, F. (2016). Birth ball or heat therapy? A randomized controlled trial to compare the effectiveness of birth ball usage with sacrum-perineal heat therapy in labor pain management. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 24, 99-102.
- WHO. (2010). *Position paper on mainstreaming adolescent pregnancy in efforts to make pregnancy safer*. Geneva : World Health Organization.

ผลของบทเรียนออนไลน์เรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็กต่อความรู้และทัศนคติของประชาชน

นฤมล เอกธรรมสุทธิ์, กศ.ด., สิริรักษ์ เจริญศรีเมือง,ส.ด.*

ทับทิม ปัตตะพงษ์, ปร.ด.*, ชลลดา ดิยะวิสุทธิศรี,ปร.ด.,

รุ่งทิพา หวังเรืองสถิตย์,พย.ด.*, สาวิตรี ลีมกมลทิพย์,พย.ม.* และธิดารัตน์ ราศิริ,ส.ด.**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Designs) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนเรียนและหลังเรียน มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของบทเรียนออนไลน์เรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็กต่อความรู้และทัศนคติของประชาชน กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนตำบลคอนทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 370 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1)บทเรียนออนไลน์เรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็ก 2) แบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็ก และ 3)แบบสอบถามทัศนคติเรื่องภาวะโภชนาการเกิน แบบสอบถามทั้ง 2 ชุด มีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.76 และ 0.83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Paired Samples t- test

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของประชาชนหลังเรียนบทเรียนออนไลน์เรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็กหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และคะแนนเฉลี่ยทัศนคติของประชาชนเมื่อเรียนออนไลน์เรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็กหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า บทเรียนออนไลน์เรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็ก สามารถพัฒนาความรู้และทัศนคติของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อเสนอแนะควรพัฒนาบทเรียนออนไลน์ในเรื่องอื่นๆให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชนเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้และทัศนคติที่ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ภาวะโภชนาการเกินในเด็ก บทเรียนออนไลน์ ทัศนคติ ความรู้

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

E-mail: naruemon@bcnb.ac.th

The Effect of Childhood Overweight Online Lesson on knowledge and attitude of people

Naruemon Ekthamasut, Ph.D., Sirarak Charonesrimaung, Ph.D.

Tubtim Pattapong, Ph.D., Chollada Tiyawisutsri, Ph.D.

Rungtiwa Wangruangsatid, D.N.S., Sawitree Limkamontip, M.N.S. & Thitirat Rasiri, Ph.D.

Abstract

This quasi-experimental research one group pretest-post design aimed to compare knowledge and attitudes of people before and after online learning towards of Childhood Overweight. The sample was 370 participants and selected a specific sample group from one Subdistrict, Mueang District, Phitsanulok Province. Intervention tool was the 30 minutes online of Childhood Overweight. Assessment tools were 1) the knowledge in childhood overweight questionnaires and 2) the attitude toward childhood overweight questionnaires. Cronbach's Alpha confidence coefficient were 0.76 and 0.83, respectively. Data were analysed using descriptive statistic and Paired Samples t- test

The results showed that the average score for learner's knowledge when using virtually on child overweight after online class was statistically significantly higher than before online class. ($p < .001$) and the average score of the learner's attitude when studying online on child overweight after online class was statistically significantly higher than before online class. The results suggested that online classes on childhood overweight could develop participants' knowledge and attitude effectively. The recommendation should be apply Online Lesson to enhance the knowledge and attitude of people in other subjects.

Key word: childhood overweight Online Learning attitude knowledge

บทนำ

ภาวะโภชนาการเกิน (Overweight) หรือโรคอ้วน (Obesity) เป็นภาวะที่เกิดจากการที่ร่างกายได้รับสารอาหารมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย (จักรินทร์ ปริมาณนท์, ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์ และสมเกียรติยศ วรเดช, 2561) สถานการณ์โรคอ้วนในเด็กวัยเรียนมีแนวโน้มสูงอย่างต่อเนื่องและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก (WHO, 2018) จากรายงานของ World Obesity Federation ปี 2565 พบว่าทั่วโลกมีคนเป็นโรคอ้วน ประมาณ 800 ล้านคน ในจำนวนนี้ 39 ล้านคน เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และอีกประมาณ 340 ล้านคน เป็นเด็กและวัยรุ่นอายุ 5-19 ปี สำหรับประเทศไทยตั้งแต่ปี 2557 ถึงปัจจุบัน พบคนไทยที่มีภาวะอ้วน 19.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 34.1 สถานการณ์โรคอ้วนในเด็กโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สสช.) และองค์การยูนิเซฟ (UNICEF) ประเทศไทย พบว่า ในปี 2561 เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีภาวะอ้วนร้อยละ 8.8 และในปี 2562 โรคอ้วนเพิ่มเป็นร้อยละ 9.2 และข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี พ.ศ.2564 ความชุกของโรคอ้วน และน้ำหนักเกินในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี อยู่ที่ 9.07% ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลกที่ 5.7% และในเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะอ้วนและโรคอ้วน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.7 ในปี 2561 เพิ่มเป็นร้อยละ 12.4 ในปี 2564 (กรุงเทพมหานคร, 2565, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

การที่เด็กวัยเรียนเป็น โรคอ้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตั้งแต่การเคลื่อนไหว การเรียนรู้ที่ช้ากว่าเด็กทั่วไป จนถึงการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตั้งแต่วัยเด็ก (จิรนนท์ ช่วยศรีนวล ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์ และสมเกียรติยศ วรเดช, 2562) แบ่งได้เป็น ด้านร่างกาย มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง มีปัญหาของข้อและกระดูก ที่รับน้ำหนักมาก โดยเฉพาะข้อเข่า บางคนมีอาการ นอนกรนหรือหยุดหายใจตอนกลางคืนจากภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น หากเป็นเรื้อรังอาจมีภาวะหัวใจวาย นอกจากนี้ยังพบโรคเบาหวาน ซึ่งในปัจจุบันเริ่มพบในกลุ่มเด็กอายุน้อยลงเรื่อยๆ (มณีนันท์ วรชนะนันท์, 2561) ด้านจิตใจ สังคม เด็กวัยเรียนและวัยรุ่นมักสนใจรูปร่าง หน้าตาของตนเอง ทำให้มีปัญหาบุคลิกภาพ ขาด ความมั่นใจ ไม่เป็นที่ยอมรับในกลุ่มเพื่อน เกิดการแยกตัว ไม่เป็นที่สนใจของเพื่อนต่างเพศ บางคน วิตกกังวลมาก อาจทำให้มีภาวะซึมเศร้า (กัลยาณี โนอินทร์, 2560) นอกจากนี้ ด้านเศรษฐกิจ โรคอ้วน ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจอีกด้วย 13.2% ของงบประมาณสาธารณสุขทั่วโลก คิดเป็นเงิน 9.9 แสนล้านดอลลาร์ หรือประมาณ 29 ล้านล้านบาท สูญเสียไปกับปัญหาน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน ซึ่งเศรษฐกิจประเทศไทยก็โดนผลกระทบเช่นเดียวกัน (กรุงเทพมหานคร, 2565)

สาเหตุของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กเกิดจากสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกันหลายปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยเสี่ยงด้านพันธุกรรม เป็นความผิดปกติของยีนบางชนิด 2) ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม ได้แก่ การมีพฤติกรรม การรับประทานอาหารที่ไม่ดี เช่น การไม่รับประทานอาหารมื้อเช้า การรับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ด เป็นต้น การมีพฤติกรรมนั่งหรือพฤติกรรมที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย การนอนหลับการมีระยะเวลาในการนอนหลับสั้น สัมพันธ์กับการเกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็ก (Brown CL, Halvorson EE, Cohen GM, Lazorick S, Skelton JA., 2015) และปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม เช่น การมีเศรษฐกิจต่ำ ความยากในการเข้าถึงอาหาร/การซื้อผัก

และผลไม้การอยู่ห่าง ห่างไกลจากสถานที่ออกกำลังกายหรือสวนสาธารณะ รวมถึงชาติพันธุ์ (Chaisri J, Klungtumneim K, Buajarean H. Clinical, 2015)

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสังคมเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เด็กมีโภชนาการเกิน ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจะช่วยแก้ไขหรือป้องกันปัญหาโรคอ้วนในเด็กได้ จึงเป็นหน้าที่ของพ่อแม่ ผู้ปกครอง ผู้ดูแล ชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม จัดสภาพแวดล้อมที่ดี ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินในเด็กแก่ประชาชนจึงเป็นสิ่งจำเป็น เมื่อประชาชนมีความรู้ มีแนวโน้มทัศนคติที่ดี และน่าจะนำไปสู่การปฏิบัติที่ดีในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินเด็กในครอบครัวและชุมชนต่อไป จากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีในการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในโลก สื่อคอมพิวเตอร์และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในวิถีชีวิตของมนุษย์ทั่วโลก ส่งผลให้ เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางบวกและทางลบ เด็ก เยาวชน และพลเมืองของประเทศในศตวรรษที่ 21 จึงต้องมีชีวิตอยู่ท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปอย่างรวดเร็ว การใช้ชุดความรู้เดิมที่เคยได้เรียนรู้มา คงไม่เพียงพอต่อคุณภาพชีวิตที่ดี จำเป็นต้องมีชุดความรู้ใหม่ที่มีความเหมาะสมกับสภาพการณ์ในศตวรรษที่ 21 (ทิสนา แคมมณี, 2557) การเรียนการสอนแบบออนไลน์ และเป็นวิธีการถ่ายทอดเนื้อหา รูปภาพ วิดีโอ การใช้สื่อหลายๆประเภท (Multimedia) ร่วมกับการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นผ่านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ และเทคโนโลยี สมัยใหม่ (Alibak M, Talebi H, Neshatdoost H., 2019) ผู้เรียนสามารถเข้าถึงได้ง่าย ไม่มีค่าใช้จ่าย รองรับกลุ่มผู้เรียนขนาดใหญ่ เป็นแบบเปิด สามารถคุมการเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง เปิดให้ผู้เรียนสามารถเข้าเรียนผ่านอินเทอร์เน็ต ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ด้วยตนเอง เป็นการเรียนรู้แบบเรียนได้ทุกที่ทุกเวลา ผ่านสมาร์ตโฟน คอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต (วิทยา วาโย, อภิรติ เจริญกุล, ฉัตรสุดา กานกายนต์ และจรรยา คนใหญ่, 2563) และจากสถานการณ์ของโรคระบาดในปัจจุบันจำเป็นต้องปรับวิธีการเรียนการสอนแบบในชั้นเรียนหรือการเรียนการสอนโดยผู้สอนและผู้เรียนสามารถมีปฏิสัมพันธ์กันภายในชั้นเรียนลงเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ ดังนั้นการเรียนแบบออนไลน์จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่น่าสนใจและสามารถทำให้เกิดประสิทธิภาพในการเรียนการสอน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของบทเรียนออนไลน์เรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็กต่อความรู้และทัศนคติของประชาชน ซึ่งการวิจัยนี้เป็นการบูรณาการกับการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น (พย.1307) กับการบริการวิชาการแก่สังคม โดยนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 70 ปีการศึกษา 2563 มีส่วนร่วมในการสร้างบทเรียนออนไลน์ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

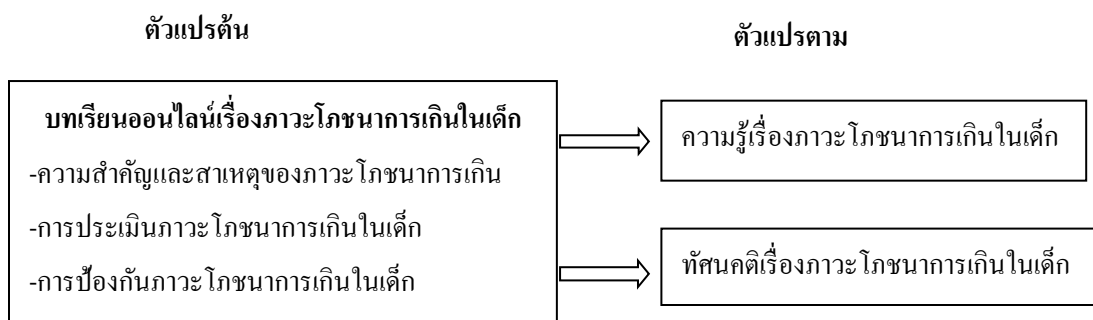
1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็กของประชาชนก่อนเรียนและหลังเรียน
2. เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติเรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็กของประชาชนก่อนเรียนและหลังเรียน

สมมุติฐานการวิจัย

1. ภายหลังเรียนบทเรียนออนไลน์เรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็ก ประชาชนมีความรู้สูงกว่าก่อนเรียน
2. ภายหลังเรียนบทเรียนออนไลน์เรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็ก ประชาชนมีทัศนคติสูงกว่าก่อนเรียน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ มาใช้ในการสร้างบทเรียนออนไลน์ เพื่อให้ประชาชนผู้สนใจสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตัวเอง เรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็กซึ่งเป็นตัวแปรต้นและหาประสิทธิภาพของบทเรียนออนไลน์โดยการประเมินความรู้และทัศนคติของผู้เรียนซึ่งเป็นตัวแปรตาม ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ดำเนินการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของบทเรียนออนไลน์เรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็กต่อความรู้และทัศนคติของประชาชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ประชาชนตำบลคอนทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ที่มีอายุระหว่าง 18 - 20 ปี จำนวน 4,850 คน

โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) คือ

1. สมัยใจและยินดีเข้าร่วมโปรแกรมจนสิ้นสุดการทดลอง
2. สามารถอ่านและฟัง ภาษาไทยได้
3. สามารถใช้อินเตอร์เน็ตผ่าน Computer , Lab Top หรือ Smart Phone ได้
4. ไม่เป็นผู้ที่กำลังได้รับหรือเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินในเด็กด้วยวิธีอื่นๆ

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria) คือ

1. ไม่สามารถเรียนบทเรียนออนไลน์จนจบเนื้อหา
2. ตอบแบบสอบถามไม่ครบทุกข้อ

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคำนวณ Effect Size ของงานวิจัยของศิริดา เสนพริก(2560) พบว่า Effect ที่คำนวณได้ = 0.8 นำไปเปิดตารางของ Cohen (1988) โดยกำหนดค่า Power Analysis = 0.8 ค่าความคลาดเคลื่อน (α) = 0.05 จะได้กลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 60 คน แต่เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ได้บูรณาการกับการเรียนการสอน และการบริการวิชาการแก่สังคมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตนราชธานี โดยวิทยาลัยได้มีพันธสัญญาความร่วมมือกับเทศบาลตำบลคอนทองในการพัฒนาให้เป็นชุมชนเข้มแข็งและเป็นชุมชนเพื่อการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล และเพื่อเป็นการบริการวิชาการแก่สังคม จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 370 คน โดยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ บทเรียนออนไลน์เรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็ก และเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็ก และแบบสอบถามทัศนคติเรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็ก ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ บทเรียนออนไลน์เรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็ก ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการบูรณาการการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น (พย.1307) บทที่ 2 เรื่อง การส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2563 โดยนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 70 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตนราชธานี ได้มีส่วนร่วมกับอาจารย์ภาควิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ในการเตรียมเนื้อหาและร่วมผลิตสื่อมัลติมีเดียบทเรียนออนไลน์สำหรับประชาชนเรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็ก และร่วมเผยแพร่บทเรียนออนไลน์ให้กับประชาชน ผ่านลิงค์ บทเรียนออนไลน์เรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็ก เนื้อหาประกอบไปด้วย 3 ตอน ได้แก่ 1) ความสำคัญและสาเหตุของภาวะโภชนาการเกินในเด็ก 2) ประเมินและการคัดกรอง และ 3) การป้องกันภาวะโภชนาการเกินในเด็ก รวมระยะเวลาเรียน 30 นาที

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็ก และแบบสอบถามทัศนคติเรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็ก โดยประชาชนผู้เรียนจะทำแบบประเมินก่อนเรียนทางลิงค์ของบทเรียนออนไลน์ และทำแบบประเมินอีกครั้งภายหลังเรียนบทเรียนจบแล้ว ระยะเวลาห่างกัน 30-45 นาที โดยใช้เวลาทำแบบประเมินทั้ง 2 ฉบับ รวมระยะเวลาประมาณ 10 นาที รายละเอียดเครื่องมือมีดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา และอาชีพ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็ก โดยข้อคำถามประกอบด้วย ความสำคัญและสาเหตุของภาวะโภชนาการเกินในเด็ก การประเมินภาวะโภชนาการเกิน และการป้องกัน ภาวะโภชนาการเกินในเด็ก ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 1 คำตอบ มี 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ จำนวน 15 ข้อ คะแนนเต็ม 15 คะแนน โดยตอบถูกต้องให้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูกต้องหรือตอบไม่แน่ใจให้ 0 คะแนน คะแนนที่ได้นำมาจัดกลุ่ม โดยใช้รูปแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom(1975) ดังนี้

ความรู้ระดับสูง หมายถึงคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (12-15 คะแนน)

ความรู้ระดับปานกลาง หมายถึงคะแนนร้อยละ 60-79 (9-11 คะแนน)

ความรู้ระดับต่ำ หมายถึงคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (1-8 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติเรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็ก ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วยมาก (3 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (2 คะแนน) และเห็นด้วยน้อย (1 คะแนน) จำนวน 20 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมดคำนวณเป็นคะแนนเฉลี่ย (Arithmetic means: $\bar{X}$) จัดระดับคะแนนค่าเฉลี่ยทัศนคติ กำหนดเป็นช่วงคะแนนค่าเฉลี่ยโดยการคำนวณ ดังนี้

อันตรภาคชั้น = (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด) ÷ จำนวนชั้น

$$= (3 - 1) \div 3$$

$$= 0.67 \text{ คะแนน}$$

สามารถกำหนดระดับทัศนคติ ดังนี้

ทัศนคติระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.35 – 3.00

ทัศนคติระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.68 – 2.34

ทัศนคติระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.00 – 1.67

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ไปหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบโครงสร้างของเนื้อหาที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความหมาย และ การใช้ภาษา โดยวิธีการตรวจสอบดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence Index : IOC) ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67 – 1 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาและแก้ไขเรียบร้อยแล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยนำแบบสอบถาม คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอน บาค (Conbach' s Alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็ก เท่ากับ 0.76 และแบบสอบถามทัศนคติเรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็ก ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประสานเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ของแต่ละหมู่บ้าน นัดหมายลงพื้นที่ประชุมชี้แจงทำความเข้าใจในการดำเนินงาน

2. จัดตั้งกลุ่มไลน์แต่ละหมู่บ้าน โดยมีผู้วิจัยและอสม.ของแต่ละหมู่เชิญชวนประชาชนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่สนใจเข้าร่วมกลุ่มไลน์ เพื่อเป็นช่องทางในการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ต่างๆ

3. ผู้วิจัยเผยแพร่บทเรียนออนไลน์เรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็ก (ลิงค์ URL) ผ่านช่องทางไลน์ กลุ่มแต่ละหมู่บ้าน

4. ประชาชนเรียนบทเรียนออนไลน์เรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็ก ซึ่งภายในบทเรียนออนไลน์ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นก่อนเรียน

- ศึกษาเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเรียนเข้าร่วม และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

- กดเมนูคำสั่งถัดไป เมื่อยินดีเข้าร่วมวิจัย หรือกดเมนูคำสั่งออก เมื่อไม่ยินดีเข้าร่วมวิจัย

- ตอบคำถามข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย 5 ข้อ

- ทำแบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็ก 15 ข้อ และทำแบบสอบถาม

ทัศนคติเรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็ก 20 ข้อ ใช้เวลาทำ 5-10 นาที กดเมนูคำสั่งถัดไป

ขั้นเรียน

- เรียนบทเรียนออนไลน์เรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็ก ในรูปแบบสื่อมัลติมีเดีย มี 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1) ความสำคัญและสาเหตุของภาวะโภชนาการเกินในเด็ก ตอนที่ 2) ประเมินและการคัดกรอง และตอนที่ 3) การป้องกันภาวะโภชนาการเกินในเด็ก ตอนละประมาณ 10 นาที รวมระยะเวลาเรียน 30 นาที กดเมนูคำสั่งถัดไป

ขั้นสิ้นสุดการเรียน

- ทำแบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็ก 15 ข้อ และทำแบบสอบถาม

ทัศนคติเรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็ก 20 ข้อ ใช้เวลาทำ 5-10 นาที กดเมนูคำสั่งถัดไป

- แสดงคะแนนความรู้ก่อนและหลังเรียน

- กดเมนูคำสั่งออกจากบทเรียน

5. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่สมบูรณ์จากกลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามคุณสมบัติที่วิจัยกำหนดไว้เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย

ใช้เวลาดำเนินการวิจัยในปีการศึกษา 2563 ระหว่าง กันยายน 2563 ถึง กรกฎาคม 2564

จริยธรรมในการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เอกสารรับรองเลขที่ SCPHPL 4/2563-8 ลงวันที่ 25 สิงหาคม 2563 โดยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยมีการชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ลักษณะและขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล การลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งสามารถถอนตัวจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม และการนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวิจัยเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ (frequency) และ ร้อยละ (percentage)
2. วิเคราะห์ข้อมูลความรู้และทัศนคติก่อนและหลังเรียนบทเรียนออนไลน์ โดยค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ระหว่างก่อนเรียนและหลังเรียนบทเรียนออนไลน์ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติระหว่างก่อนเรียนและหลังเรียนบทเรียนออนไลน์ โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) สำหรับเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน ได้แก่ Paired Samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 370 คน เป็นประชาชนตำบลหนึ่งในจังหวัดพิษณุโลก เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.3 อายุระหว่าง 30 - 39 ปี มากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 30.0 รองลงมา 40-49 ปี ร้อยละ 27.8 สถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด ร้อยละ 49.1 รองลงมาสถานภาพโสด ร้อยละ 38.1 ระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง มากที่สุด ร้อยละ 47.6 รองลงมาปริญญาตรี ร้อยละ 32.9 อาชีพพนักงานบริษัทและห้างร้านมากที่สุด ร้อยละ 26.2 รองลงมาเป็นนักเรียน นิสิต นักศึกษา ร้อยละ 19.5 และอาชีพค้าขาย กิจการส่วนตัว ร้อยละ 18.4 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (n=370)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1.เพศของท่าน		
ชาย	95	25.7
หญิง	275	74.3
2.อายุ		
20 - 29 ปี	81	21.9
30 - 39 ปี	111	30.0
40 - 49 ปี	103	27.8
50-60 ปี	75	20.3
3.สถานภาพสมรส		
โสด	141	38.1
สมรสคู่	164	44.3
หม้าย/ หย่า / แยก	65	17.6
4. ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	35	9.5
มัธยมศึกษาตอนต้น / ปวช.	28	7.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวส.	176	47.6
ปริญญาตรี	122	32.9
สูงกว่าปริญญาตรี	9	2.4
5.อาชีพ		
เกษตรกร	44	11.9
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/พนักงานของรัฐ	55	14.9
ค้าขาย /กิจการส่วนตัว	68	18.4
นักเรียน/นิสิต/นักศึกษา	72	19.5
พนักงานบริษัท ห้างร้าน	97	26.2
อื่นๆ	34	9.1

2. การเปรียบเทียบความรู้เรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็กของประชาชนก่อนเรียนและหลังเรียน

ความรู้เรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็กของประชาชน พบว่า ก่อนเรียนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 11.79 คะแนน ระดับปานกลาง และภายหลังเรียนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ 13.28 คะแนน ระดับสูง จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็กของประชาชนระหว่างก่อนและหลังเรียน พบว่า สูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็กของประชาชนระหว่างก่อนและหลังเรียนของกลุ่มตัวอย่าง (n=370)

ความรู้	M	SD	t-test	p-value
ก่อนเรียน	11.79	2.49	14.64	< .001
หลังเรียน	13.28	1.63		

1. เปรียบเทียบทัศนคติเรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็กของประชาชนก่อนเรียนและหลังเรียน

ทัศนคติเรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็กของประชาชน พบว่า ก่อนเรียนและหลังเรียนมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติอยู่ระดับสูง โดยก่อนเรียนมีคะแนน 2.68 คะแนน และหลังเรียนมีคะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 2.81 คะแนน จากคะแนนเต็ม 3 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็กของประชาชนระหว่างก่อนและหลังเรียน พบว่า สูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็กของประชาชนระหว่างก่อนและหลังเรียน (n=370)

ทัศนคติ	M	SD	t-test	p-value
ก่อนเรียน	2.68	0.26	12.05	< .001
หลังเรียน	2.81	0.22		

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของบทเรียนออนไลน์เรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็กต่อความรู้และทัศนคติของประชาชน เปรียบเทียบระหว่างก่อนเรียนและหลังเรียนบทเรียนออนไลน์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้และทัศนคติหลังเรียนบทเรียนออนไลน์สูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ สอดคล้องกับการศึกษาของ คมสิทธิ์ สิทธิประการ, วิกรม ฉันทรางกูร และภัญญา ทองใส (2561) ผลการวิจัยพบว่า ผลสัมฤทธิ์หลังเรียนการภาษาอังกฤษของผู้เรียนที่เรียนด้วยบทเรียนออนไลน์สูงกว่าผลสัมฤทธิ์ก่อนเรียนด้วยบทเรียนออนไลน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอยู่ที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับอัจฉรานาเมืองและพรณิปัญชรหัตถกิจ (2563) เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการเข้าถึงความรู้ การสื่อสาร การตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคอ้วน มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) การที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทัศนคติเรื่องภาวะโภชนาการเกินในเด็กอภิปรายได้ ดังนี้

บทเรียนออนไลน์เรื่องภาวะ โภชนาการเกินในเด็กเป็นสื่อการเรียนรู้ที่ดี สามารถสรุปเป็นได้ ดังนี้

1. ด้านเนื้อหา กระชับ น่าสนใจมีเนื้อหาเข้าใจง่ายเหมาะสำหรับประชาชนทั่วไป ทั้งนี้เพราะปัญหาโภชนาการเกินในเด็ก เป็นปัญหาที่กำลังเกิดขึ้นจริงในสังคม เป็นเรื่องใกล้ตัว สอดคล้องกับ บุญทิพย์ สิริรังศรี (2563) สื่อออนไลน์สามารถนำไปเป็นสื่อการเรียนการสอนในชั้นเรียนและสามารถนำไปใช้ในในภาคประชาชนได้

2. รูปแบบการนำเสนอที่น่าสนใจ การเรียนการสอนแบบออนไลน์เป็นวิธีการถ่ายทอดเนื้อหา รูปภาพ วิดีโอ การใช้สื่อหลายๆประเภท (Multimedia) ร่วมกับการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นผ่านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์และเทคโนโลยี สมัยใหม่ เพื่อให้ผู้เรียนได้เข้าถึงแหล่งเรียนรู้ที่มีความหลากหลาย ทันสมัย และ 3) สามารถเรียนรู้ด้วยตนเองได้ตามความต้องการ (Alibak M, Talebi H, Neshatdoost, 2019) สะดวกในการเรียน เข้าถึงได้ง่าย ใช้เวลาเรียนไม่นาน สามารถบริหารจัดการเวลาได้

ดังนั้น การเรียนแบบออนไลน์ เป็นสื่อที่น่าสนใจมีภาพและเสียงจากคลิปวิดีโอและการ์ตูนแอนิเมชันที่น่าสนใจ เนื้อเรื่องชวนให้ติดตาม ใช้ภาษาที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจได้ง่าย เหมาะสมกับผู้เรียนสามารถที่จะจดจำและเกิดการเรียนรู้ที่ดีได้ ร่วมกับการนำเอาเทคโนโลยีที่ปัจจุบันใช้งานได้ง่าย เช่น การใช้โทรศัพท์เป็นปัจจัยที่สำคัญในวิถียุคปัจจุบันจึงทำให้การเรียนในรูปแบบนี้เกิดความสะดวก รวดเร็วและดูทันสมัยสำหรับผู้เรียน สอดคล้องการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล อินเทอร์เน็ตและสื่อออนไลน์มีผลให้รูปแบบการสื่อสารเปลี่ยนไป กระบวนการสื่อสารทำได้หลากหลายรูปแบบมากขึ้น ไม่จำกัดสถานที่และเวลา ทำให้เกิดโลกเสมือนจริง (virtual world) ที่นอกเหนือไปจากพื้นที่จริง ซึ่งการเรียนรู้ในรูปแบบออนไลน์เพิ่มการเรียนรู้ส่งผลให้เกิดความรู้ในการดูแลสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการทำวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การพัฒนารูปแบบบทเรียนออนไลน์ให้มีความทันสมัย และหาช่องทางการเผยแพร่หลากหลายช่องทาง
ยิ่งขึ้น อาทิเช่น เฟซบุ๊ก อินสตาแกรม เป็นต้น
2. ปรับเปลี่ยนเนื้อหาตามปัญหาและความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชน

เอกสารอ้างอิง

- กัลยาณี โนอินทร์. (2560). ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในวัยรุ่นไทย. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(พิเศษ), 1-8.
- กมลรัฐ อินทรทัศน์. (2557). *ทฤษฎีการสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ*. นนทบุรี. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- กรุงเทพธุรกิจ. (2565, 4 มีนาคม). "โรคอ้วน" กระทบเศรษฐกิจ 13.2% ของงบประมาณสาธารณสุขทั่วโลก. สืบค้นวันที่ 2 มกราคม 2565 จากวิกิพีเดีย <https://www.bangkokbiznews.com>
- คมสิทธิ์ สิทธิประการ, วิกรม ฉันทรางกูร และภัชญา ทองใส. (2561). ผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้การอ่านขั้นสูง โดยการเรียนรู้ด้วยบทเรียนออนไลน์. *คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยี* สืบค้นวันที่ 2 มกราคม 2565 จากวิกิพีเดีย <https://riss.rmuts.ac.th>.
- จักรินทร์ ปริมาณนธ์, ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์ และสมเกียรติยศ วรเดช. (2561). ภาวะโภชนาการและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี: การทบทวนวรรณกรรม. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(1), 329-342.
- จิรนนท์ ช่วยศรีนวล, ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์ และสมเกียรติยศ วรเดช. (2562). ความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนในเด็กวัยรุ่น. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*. 5(1), 1-13.
- ชัชวาลย์ เพ็ชรทอง และพรณี บัญชรหัตถกิจ. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. *วารสารสุขภาพศึกษา*, 42(2), 23-32.
- คารินทร์ ซอโสตถิกุล. (2564, 28 กรกฎาคม). โรคอ้วนในเด็กกับยุค New Normal. สืบค้นวันที่ 2 มกราคม 2565 จากวิกิพีเดีย <https://chulalongkornhospital.go.th>.
- ทิสนา แคมมณี. (2557). *ปลูกโลกการสอนให้มีชีวิตสู่ห้องเรียนแห่งศตวรรษที่ 21*. กรุงเทพฯ: สำนักงานส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้และคุณภาพเยาวชน (สสค.).
- ธัญลักษณ์วดี ก้อนทองถม, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม และอาภาวรรณ หนูคง. (2561). ผลของโปรแกรมการควบคุมน้ำหนักต่อพฤติกรรมบริโภคและพฤติกรรมทางกายของเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกิน. *วารสารพยาบาลศาสตรจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 30(2), 28-40.
- บุญทิพย์ สิริรังศรี. (2563). การจัดการเรียนการสอนออนไลน์สู่กรอบมาตรฐานวิชาชีพการสอนและสนับสนุนการเรียนรู้ระดับอุดมศึกษา. *วารสารวิชาการราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์*, 2(3), 1-17.

- ประศักดิ์ สันติภาพ. (2562). การเปลี่ยนทัศนคติด้วยการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงในการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพ. *วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา*, 2(4), 13-21.
- ผลิดา หนูดละ, ปิยะนุช จิตตุนนท์ และกาญจน์สุนภัส บาลทิพย์. (2560). ผลของโปรแกรมการเตือนตนเองด้านการบริโภคอาหารโดยใช้อินเทอร์เน็ตต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำหนักตัวในวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกิน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 32(1), 32-46.
- มณีเนตร วรชนะนันท์. (2564). การศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติของวัยรุ่นไทยในเขตกรุงเทพมหานครที่มีต่ออาหารไทยโดยใช้ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์. *วารสารสวนสุนันทาวิชาการและวิจัย*, 15(2) (กรกฎาคม-ธันวาคม), 26-40.
- วิทยา วาโย, อภิรดี เจริญนุกูล, ฉัตรสุดา กานกายนต์ และจรรยา คนใหญ่. (2563). การเรียนการสอนแบบออนไลน์ภายใต้สถานการณ์แพร่ระบาดของไวรัส COVID-19 : แนวคิดและการประยุกต์ใช้จัดการเรียนการสอน. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 14(34), 285-298.
- เยวานรธ พันธุ์เพ็ง. (2563). การสื่อสารสุขภาพผ่านสื่อสังคมเครือข่ายกับกลุ่มโรค NCDs ตามแนวคิด “สร้างนำซ่อม” *วารสารสหศาสตร์ศรีปทุมชลบุรี*, 6(1), 56-67.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). รายงานภาวะโภชนาการงานอนามัยโรงเรียน. สืบค้นวันที่ 2 มกราคม 2565 จากวิกิพีเดีย <https://hdcservice.moph.go.th>.
- ศิริดา เสนพริก. (2560). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองในเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ระดับประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนจจรเกียรติศึกษา จังหวัดภูเก็ต. *วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 5(2), 297-314.
- อรณิชา โพธิ์หมื่นทิพย์. (2564). ประสิทธิผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. สืบค้นวันที่ 2 มกราคม 2565 จากวิกิพีเดีย <https://www.mnrh.go.th>.
- อัจฉรา นามเมือง และพรพรรณ ปัญชรหัตถกิจ. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ร่วมกับสื่อสังคมออนไลน์ ในการป้องกันโรคอ้วนของบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกินของศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 13(3), 78-89.
- เอกราช ดีเลิศ และ พรพรรณ ประจักษ์เนตร. (2558). ผลของนวัตกรรมการสื่อสารเรื่องภาวะโภชนาการเกินที่มีผลต่อความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติของเด็กประถมศึกษาตอนปลาย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร).
- Alibak M, Talebi H, Neshatdoost H. (2019). Development and Validation of a Test Anxiety Inventory for Online Learning Students. *Journal of Educators Online*: 16(2). 112-121.

- Brown CL, Halvorson EE, Cohen GM, Lazorick S, Skelton JA. Addressing Childhood Obesity: Opportunities for Prevention. *Pediatr Clin North Am.* 2015;62(5):1241-1261.
- Bloom, B.S. (1975). *Taxonomy of Education*. David McKay Company Inc., New York.
- Bureau of Nutrition, Ministry of Public Health. (2006). The fifth national nutrition survey of Thailand 2003 Report. Bangkok: Express Transportation Organization Printing.(in Thai)
- Chaisri J, Klungtumneim K, Buajarean H. Clinical Nursing Practice Guideline for Management of Obesity in Children: the Synthesis of Thesis. *Journal of The Royal Thai Army Nurses.* 2014;15(2):360-367. (in Thai)
- World Health Organization. (2018, June). Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health [Internet]. Retrived form: <http://who.int/Dietphysicalactivity/childhood/en/>

การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยมะเร็ง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

วรรณภา พุกษะวัน, ศศ.ม.*, อรชร กันจัน๊ะ, วท.ม**

ประไพศรี ปัญญาอินแก้ว, พย.ม.** , เสาวณีย์ ฤดี, พย.ม.** และ เขียวภา พรเวียง, อพย.**

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย มะเร็ง และประเมินประสิทธิผลการใช้รูปแบบการนิเทศ ศึกษาในหอผู้ป่วยทางมะเร็ง 5 หอ โรงพยาบาลราชวิถี ระหว่าง เดือนพฤศจิกายน 2564 - มกราคม 2565 เลือกตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มผู้นิเทศ 20 คน และ ผู้รับการนิเทศ 45 คน ดำเนินการศึกษา 4 ขั้นตอน 1) ศึกษาสภาพการณ์และประเมินความต้องการที่จำเป็น 2) พัฒนารูปแบบการนิเทศ 3) ทดลองใช้รูปแบบการนิเทศ 4) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการนิเทศและปรับปรุงพัฒนา เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ รูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยมะเร็ง และแบบรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบทดสอบ ความรู้ของผู้นิเทศ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับการนิเทศ แบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม ใช้สถิติเชิงพรรณนาและ paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า 1) รูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยมะเร็งที่พัฒนา โดยใช้หลัก สัมพันธภาพตามรูปแบบของ Proctor ประกอบด้วย การประชุมอบรมเชิงปฏิบัติการ การนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการ พลัดตกหกล้มของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คู่มือการใช้รูปแบบการนิเทศ และแผนการดำเนินการใช้ รูปแบบการนิเทศ 2) คะแนนความรู้เฉลี่ยของผู้นิเทศ หลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 3) คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยของผู้รับการนิเทศ หลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4) ค่าเฉลี่ยอัตราการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยมะเร็งก่อนและหลังใช้รูปแบบ แตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: รูปแบบการนิเทศทางคลินิก การป้องกันพลัดตกหกล้ม ผู้ป่วยมะเร็ง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี

E-mail: che3733@gmail.com

Development of a Clinical Supervision Model for Prevention Falls in Hospitalized Cancer patients.

Wannapa Pruksawan, M.A., Orachon Kungeena, M.S.

Prapaisri Panyainkaew, M.N.S., Saowanee Ruedee, M.A. & Yaowapa Ponwiang, M.N.S.

Abstract

The research and development aimed to develop a clinical supervision model to prevent falls in cancer patients, and evaluate the effectiveness of the model. It was conducted in 5 cancer wards of Rajavithi hospital during November 2021 - January 2022. The purposive sampling method was used to select sample of 20 clinical nurse supervisors, 45 registered nurses who received clinical supervision. The study was conduct 4 steps 1) situation analysis and needs assessment, 2) design and develop the model, 3) implement the model, and 4) evaluate and improve the model. The research instruments were 1) clinical supervision model for prevention falls of cancer inpatients, 2) knowledge questionnaires for supervisor and satisfaction questionnaires for registered nurses, and 3) fall incidence report form. The statistics used were descriptive statistics and paired t-test.

The findings revealed that 1) the developed clinical supervision model was based on Proctor model, consisted of workshop clinical supervision to prevent falls of cancer inpatients, instruction manual and action plan using clinical supervision model 2) the knowledge of nurse increase after implementing the model was significantly different ($p<.05$) 3) the satisfaction of registered nurses significantly increase after implementing the model was significantly different ($p<.05$) 4) the fall rate of cancer inpatients decreased after implementing the model, differed not statistically.

Keywords: Clinical Supervision Model Prevention Falls Cancer Patients

บทนำ

การพลัดตกหกล้ม เป็นการเปลี่ยนตำแหน่งของร่างกายจากการล้ม ถลาหรือตกไปสู่พื้นหรือพื้นผิวที่ต่ำกว่าร่างกาย ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจและไม่สามารถควบคุมได้ อาจส่งผลให้ร่างกายของผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหรือไม่ได้รับบาดเจ็บก็ตาม (บุปผา จันทจรัส, 2546) ในสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ป่วยพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลแต่ละปีประมาณ 700,000 ถึง 1,000,000 คน (AHRQ, 2564) ทั้งนี้ Morse (2002) แบ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) ปัจจัยภายนอก (Extrinsic factors) พบร้อยละ 14 ได้แก่ สภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม 2) ปัจจัยภายใน/การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่คาดการณ์ได้ (Intrinsic factors / anticipated Physiological falls) พบร้อยละ 78 เป็นปัจจัยเกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย เช่น อายุมาก ประวัติเคยหกล้ม มีภาวะสับสน และ 3) ปัจจัยภายใน /การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่คาดการณ์ไม่ได้ (intrinsic factors / unanticipated Physiological falls) พบร้อยละ 8 เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกะทันหัน ไม่คาดคิด การพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รายงานบ่อยที่สุดและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บในผู้ป่วยอายุ 65 ปีขึ้นไป ในผู้ป่วยมะเร็งการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มมักจะรุนแรงเนื่องจากสภาวะทางการแพทย์ แนวโน้มที่จะเกิดกระดูกหักเนื่องจากการแพร่กระจายของโรคมะเร็ง หรือเลือดออกที่ไม่สามารถควบคุมได้ จากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ หรือยาที่ใช้ในการป้องกันลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำลึก ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด เพิ่มเวลาพักรักษาในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่าย กระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัว (NE Kline, 2008)

โรงพยาบาลราชวิถีเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและสูงกว่า ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อนของโรค ใน พ.ศ. 2561-2563 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน มากถึง 18,769 19,327 และ 18,248 ราย ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งมากถึง 7 อันดับ จาก 10 อันดับแรกของกลุ่มโรค ได้แก่ มะเร็งรังไข่ มะเร็งลำไส้ มะเร็งมดลูก มะเร็งตับ และท่อน้ำดี มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ตรง (งานเวชระเบียนและสถิติ กลุ่มงานดิจิทัลทางการแพทย์ โรงพยาบาลราชวิถี, 2562, 2563) อุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม เท่ากับ 0.18, 0.20 และ 0.18 ครั้งต่อ 1000 วันนอน ตามลำดับ ทั้งนี้ในปี 2563 การบาดเจ็บจากพลัดตกหกล้มระดับ F (major injury) เพิ่มขึ้นจากปี 2562 มากถึง 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.36 มากที่สุด คณะกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันพลัดตกหกล้ม ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงอายุ ร้อยละ 58.21 โดยในกลุ่มนี้พบเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งสูงถึงร้อยละ 58.97 โดยที่พยาบาลมีบทบาทสำคัญประเมินและบ่งชี้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง รวมถึงการใช้กระบวนการพยาบาลในการกำหนดแผนดูแลป้องกันพลัดตกหกล้ม แต่จากการวิเคราะห์เวชระเบียน พบการประเมินปัจจัยเสี่ยงยังไม่ครบถ้วน ไม่ต่อเนื่อง การใช้กระบวนการพยาบาลการเชื่อมโยงความรู้ด้านพยาธิสภาพโรค ผลข้างเคียงรักษาไม่ครอบคลุมความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม

ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี เป็นองค์กรพยาบาลมีบทบาทในการกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ การนิเทศกำกับดูแล ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย มีการพัฒนาการป้องกันพลัดตกหกล้มในหอผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ พ.ศ. 2550 จนถึงปัจจุบัน ได้แก่ ประกาศนโยบายการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากพลัดตกหกล้ม จัดตั้งคณะกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันพลัดตกหกล้ม พัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม การแต่งตั้งพยาบาลแกนนำประจำหอผู้ป่วย

แต่ผลจากการตรวจเยี่ยมหอผู้ป่วยโดยคณะกรรมการบริหารการพยาบาล ระหว่างเมษายน-พฤษภาคม 2564 เพื่อเตรียมพร้อมรับการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA ครั้งที่ 4 พบว่า การนิเทศความเสี่ยงทางคลินิกในหอผู้ป่วยไม่สม่ำเสมอ หัวหน้าหอมีภาระงานด้านบริหารและเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพหลายคณะ หัวหน้าทีมและสมาชิกทีมพยาบาลพร้อมความรู้ทักษะการนิเทศ มักมุ่งเน้นปฏิบัติกิจกรรมการรักษาพยาบาลและการบันทึกเอกสาร รายงานให้เสร็จทันเวลา การนิเทศโดยการประชุมปรึกษาก่อนปฏิบัติการพยาบาลเป็นลักษณะการสั่งงาน การตรวจสอบติดตามงาน การประชุมปรึกษาหลังปฏิบัติการพยาบาลทำไม่สม่ำเสมอ การชมเชยหรือเสริมแรงผู้รับการนิเทศน้อย บางครั้งผู้นิเทศมีท่าทีตำหนิมากกว่าสอนแนะนำงาน การนิเทศขาดการยืดหยุ่น ผู้รับการนิเทศไม่ได้รับการแจ้งล่วงหน้าเพื่อเตรียมความรู้ร่วมอภิปรายในการนิเทศ จึงมักหลีกเลี่ยงการเข้าร่วมการนิเทศ ขณะเดียวกันพยาบาลผู้นิเทศบางรายขาดความรู้เชิงลึกในประเด็นนิเทศเกี่ยวกับพยาธิสภาพ ผลข้างเคียงการรักษาโรค มะเร็งที่ส่งเสริมให้เกิดความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม ทำให้การประเมินและวางแผนการพยาบาลไม่ครอบคลุม ทำให้สัมพันธภาพและบรรยากาศการนิเทศไม่ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้เพื่อพัฒนางาน

แนวการนิเทศทางการพยาบาลตามแนวคิดของ Proctor มีจุดเด่นในด้านความยืดหยุ่น สามารถนำมาปรับใช้ในการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้ม โดยสอดคล้องกิจกรรมและผสมผสานการนิเทศทั้ง 3 องค์ประกอบเข้าด้วยกัน ได้แก่ 1) การนิเทศตามแบบแผน (Formative clinical supervision) มุ่ง

พัฒนาเพิ่มความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลของผู้รับการนิเทศ 2) การนิเทศตามมาตรฐาน (Normative clinical supervision) มุ่งเน้นประเด็นการจัดการ รวมถึงการรักษามาตรฐานวิชาชีพ และ 3) การนิเทศตามหลักสมานฉันท์ (Restorative clinical supervision) เน้นการสนับสนุนเพื่อบรรเทาความเครียดที่เกิดจากการทำงานของพยาบาล (Sloan & Watson, 2002) รูปแบบของ Proctor เป็นการให้หลักสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสะท้อนคิดเชิงสร้างสรรค์เพื่อการเรียนรู้ พัฒนาค้นและการปฏิบัติงาน ซึ่งผู้นิเทศสามารถนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์และประสบการณ์ของผู้รับการนิเทศ (Sloan & Watson, 2002, Cutcliffe et al., 2011)

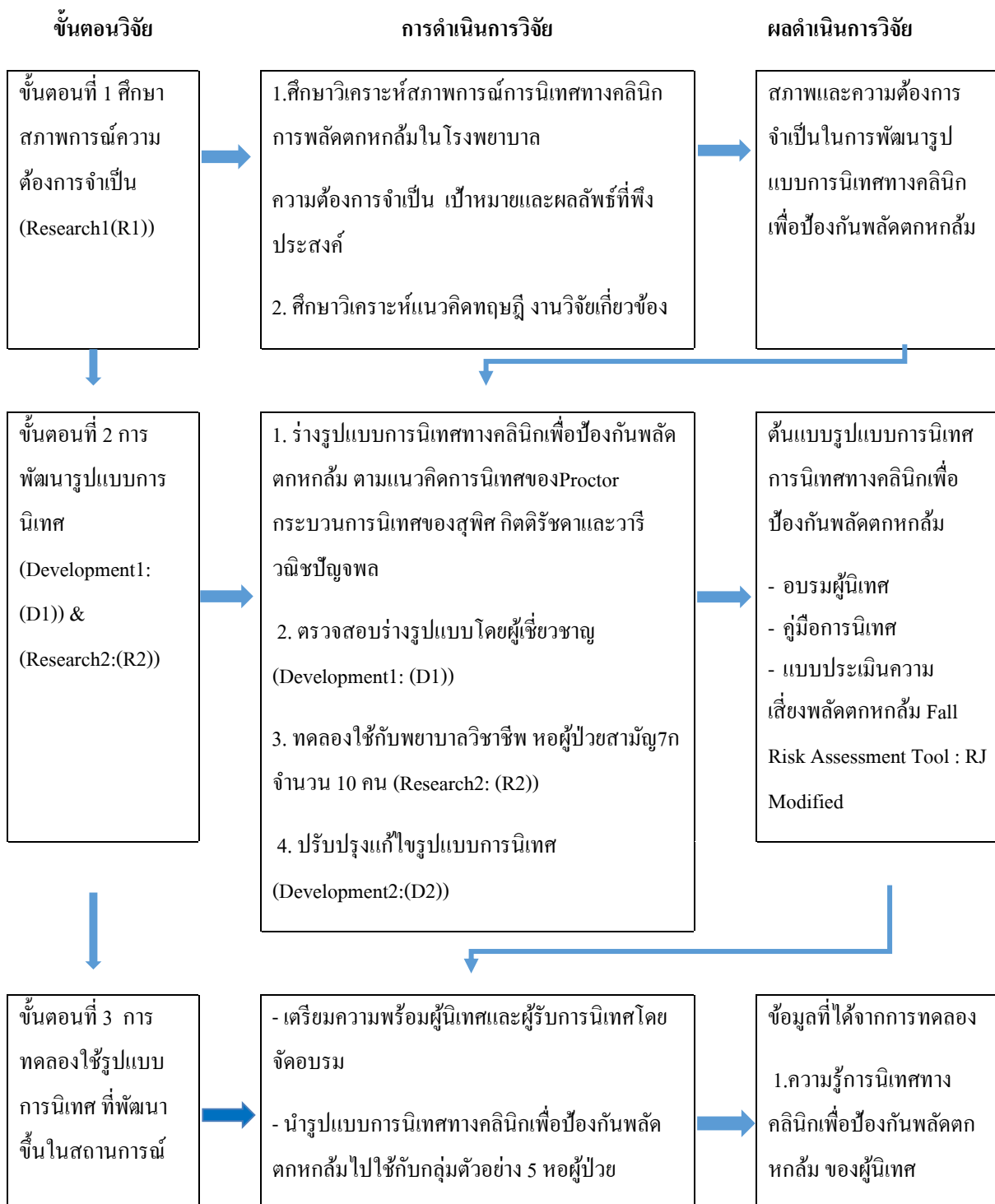
จากความสำคัญและประเด็นปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล การกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี จึงสนใจศึกษาพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้แนวคิดการนิเทศทางคลินิกของ Proctor เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพผู้นิเทศมีความรู้ความสามารถในการนิเทศ ช่วยเหลือแก้ปัญหา สนับสนุนให้ผู้รับการนิเทศเกิดการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งนำไปสู่การลดอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มและการบาดเจ็บรุนแรงของผู้ป่วย เพิ่มความพึงพอใจของผู้รับการนิเทศ ส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายการกำกับติดตามตัวชี้วัดที่สำคัญทางการพยาบาลและพัฒนาระบบบริการที่เป็นเลิศ

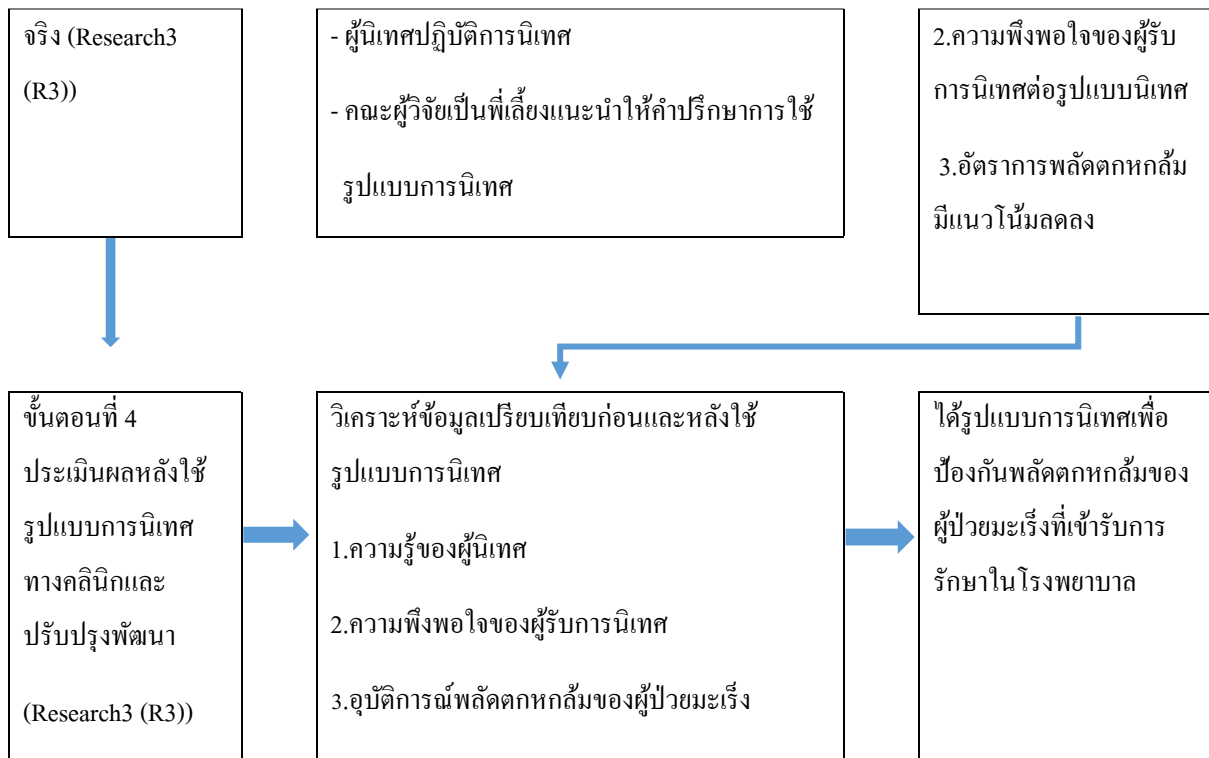
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี

2. เพื่อประเมินผลของรูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี

ขั้นตอนดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้หลักการและขั้นตอนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) 4 ขั้นตอน ดังแผนภาพที่ 1 รายละเอียด ดังนี้





แผนภาพที่ 1 แสดงขั้นตอนการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพและความต้องการจำเป็น (Research 1: (R1))

ประกอบด้วย 1) ศึกษาหลักการ แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานสภาพปัญหาการพลัดตกหกล้มใน โรงพยาบาลราชวิถี โดยรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล ประธานคณะกรรมการความเสี่ยง การกีดกันด้านการพยาบาล ประธานคณะกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันพลัดตกหกล้ม หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน และหัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล ร่วมกันวางแผนและดำเนินการศึกษาสภาพปัญหาการพลัดตกหกล้มของกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี 3 ปี ย้อนหลัง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561-2563 รวมทั้งปัญหาด้านการนิเทศทางคลินิกและความต้องการพัฒนา เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการวิเคราะห์เอกสาร แบบรายงานอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม รายงานการวิเคราะห์ Root cause Analysis รายงานการดำเนินการของคณะกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันพลัดตกหกล้ม และการศึกษาโดยการสนทนากลุ่มในประเด็น สภาพปัญหาการพลัดตกหกล้มและผลกระทบ ความต้องการพัฒนาปรับปรุง

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ 1) แบบบันทึกการสังเคราะห์งานวิจัย 2) ประเด็นสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนาการนิเทศทางคลินิก เป้าหมายและผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และสรุปประเด็นปัญหาที่ต้องการปรับปรุง

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบและพัฒนาารูปแบบการนิเทศทางคลินิก

การดำเนินการวิจัยในขั้นตอนนี้วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อตรวจสอบแก้ไขปรับปรุงรูปแบบการนิเทศ

การศึกษาโดย

1) นำผลการศึกษาในขั้นที่1 มาวิเคราะห์และร่างรูปแบบจากการสังเคราะห์งานวิจัยที่มีคุณภาพ โดยเน้นถึงบทบาทของผู้นิเทศตามแนวคิดของ Proctor 3 ด้าน คือ 1) ด้านการทำให้ความรู้ (Formative) 2) ด้านการปฏิบัติตามมาตรฐาน (Normative) และ 3) ด้านการสนับสนุนและให้กำลังใจ (Restorative)

2) ตรวจสอบร่างรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ (Development1: (D1)) 3) นำร่างรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วยสามัญรื้อเวช ระหว่างวันที่ 18-25 ตุลาคม 2564 พบว่า เครื่องมือมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและบริบทในหอผู้ป่วย ในการนิเทศสอนงาน ผู้นิเทศสามารถใช้ทักษะการฟัง การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflective practice) การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยโรคเมเร็งเฉพาะราย

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบคือ ความเป็นไปได้ และความสอดคล้องของร่างรูปแบบการนิเทศทางคลินิกต่อการเกิดแผลกดทับและผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิไปปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือ

ขั้นตอนที่ 3 การนำรูปแบบไปทดลองใช้ในสถานการณ์จริง เป็นการนำรูปแบบที่สร้างขึ้นในขั้นที่2 ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในสถานการณ์จริง (Research3 (R3)) ใน 5 หอผู้ป่วย เป็นระยะเวลา 3 เดือน ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2564 - มกราคม 2565 โดยเริ่มจาก

1) การเตรียมความพร้อมผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้แก่ผู้นิเทศ เรื่องการนิเทศทางคลินิกตามแนวคิดของ Proctor กระบวนการนิเทศ โรคเมเร็งและปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มระหว่างเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล มาตรฐานปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย และทำความเข้าใจรูปแบบการนิเทศและคู่มือการนิเทศทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น

2) ผู้วิจัย ผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ ร่วมกันวางแผนการนิเทศทางคลินิก โดยพิจารณาและกำหนดประเด็นการนิเทศความเสี่ยงทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพลัดตกหกล้ม วัตถุประสงค์การนิเทศ กิจกรรมการนิเทศที่สอดคล้องกับบริบทของหอผู้ป่วย

3) ดำเนินการนิเทศตามรูปแบบการนิเทศทางคลินิกใน 5 หอผู้ป่วย ตามระยะเวลาที่กำหนดไว้

4) ติดตามการใช้รูปแบบการนิเทศ ใน 1-2 สัปดาห์แรกของการทดลอง และ ติดตามหลังทดลอง 1 เดือน โดยสะท้อนผลการปฏิบัติการนิเทศ และนำเสนอผลการวิเคราะห์แก่ผู้นิเทศ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ วางแผนการพยาบาล ปรับการบริหารจัดการ โดยผู้วิจัยเป็นผู้เฝ้าสังเกต ติดตามการปฏิบัติและสะท้อนผลการปฏิบัติการนิเทศ ในเดือนที่ 2 และเดือนที่3 ของการทดลองใช้รูปแบบนิเทศ สรุปรูปแบบการนิเทศและการแก้ปัญหา

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลของรูปแบบและพัฒนา ประกอบด้วย

1) การประเมินผลก่อนการนิเทศ เป็นการประเมินความรู้ของผู้นิเทศ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ประโยชน์ในการวางแผนจัดการเรียนรู้ การเตรียมความพร้อมโดยให้ความรู้และทักษะที่จำเป็นแก่ผู้นิเทศ

2) การประเมินผลระหว่างการนิเทศ เป็นการประเมินผลการใช้แผนการนิเทศ โดยการประเมินเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลผู้นิเทศและพยาบาลผู้รับการนิเทศ

3) การประเมินผลหลังสิ้นสุดการนิเทศ เมื่อกระบวนการนิเทศเสร็จสิ้น เพื่อประเมินความรู้การนิเทศของผู้นิเทศ ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลผู้รับการนิเทศ และอัตราการลดตกหล่นในหอผู้ป่วยทางมะเร็ง 5 หอ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบแผนแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความเฉพาะเจาะจง ซึ่งผู้วิจัยได้มีการทดสอบก่อนและหลังทดลอง (pretest-posttest)

ประชากร/ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานประจำในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะพิเศษรวมบริเวณ โสต คอ นาสิก รังสี ก และรังสี ข โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 70 คน แบ่งเป็น กลุ่มผู้นิเทศ 20 คน กลุ่มผู้รับการนิเทศ 45 คน รวมทั้งสิ้น 65 คน เนื่องจากระหว่างการศึกษา พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มผู้รับการนิเทศลาออกและย้ายหน่วยงาน รวม 5 คน ระยะเวลาศึกษา 1 พฤศจิกายน 2564 - 31 มกราคม 2565 รวม 3 เดือน

เกณฑ์คัดเข้า

- กลุ่มผู้นิเทศ ได้แก่ เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการขึ้นไป หรือพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการที่มีประสบการณ์ทำงานด้านการพยาบาล 7 ปีขึ้นไป
- กลุ่มผู้รับการนิเทศ เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ศึกษา
- ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยและสามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้จนสิ้นสุดการศึกษา

เกณฑ์คัดออก

- ลาออกหรือย้ายหน่วยงานระหว่างการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบ 2 ส่วน ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรงวารสาร เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันลดตกหล่นของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ใช้สำหรับผู้นิเทศ โดยผู้วิจัยจัดประชุมอบรมเชิงปฏิบัติการเตรียมความพร้อมแก่ผู้นิเทศจัดทำคู่มือการใช้รูปแบบการนิเทศประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการลดตกหล่นและปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยมะเร็ง รูปแบบการนิเทศของ Proctor (2001) หลักการและกระบวนการนิเทศทางคลินิก และแนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันลดตกหล่น 3) แผนการดำเนินการใช้รูปแบบการนิเทศ เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาล อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 คน ประธานอนุกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันลดตกหล่น ภารกิจด้านการพยาบาล และอายุรแพทย์ประธานกรรมการลดตกหล่น ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลราชวิถี ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับแก้ไขเครื่องมือให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น โดยคู่มือการนิเทศ มีค่า CVI = 0.88

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ชุด ได้แก่

2.1 แบบสอบถามความรู้ของพยาบาลวิชาชีพผู้นิเทศทางคลินิก ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้นิเทศทางคลินิก จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงานพยาบาลวิชาชีพ การเป็นแกนนำพลัดตกหกล้ม ได้รับการอบรมการนิเทศ ได้รับอบรมเกี่ยวกับพลัดตกหกล้ม ความรู้การนิเทศ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการนิเทศทางคลินิกของผู้นิเทศ ลักษณะของแบบทดสอบเป็นแบบปรนัย จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 4 ตัวเลือก เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกเท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิดเท่ากับ 0 คะแนน แปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของ Bloom และคณะ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2553) แบ่งคะแนนความรู้เป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 16-20 หมายถึง มีความรู้ระดับดี, คะแนน 12-15 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง, และคะแนน 0-11 หมายถึง มีความรู้ระดับน้อย

2.2 แบบรวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม สำหรับใช้เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและรายงานอุบัติการณ์ ประกอบด้วย อายุ วินิจฉัยโรค วันที่เวลาเริ่มเข้ารับรักษา / รับย้าย การรักษา วันที่เวลาเกิดพลัดตกหกล้ม สถานที่เกิดเหตุ การประเมินความเสี่ยงพลัดตกหกล้มแรกเริ่มเข้ารับรักษา บรรยายสรุปเหตุการณ์ อาการบาดเจ็บ / ระดับความรุนแรง การแก้ไข บังคับ/สาเหตุของการพลัดตกเพียง สะดุด ลื่น หกล้ม

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้รับการนิเทศ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ความพึงพอใจของผู้รับการนิเทศทางคลินิก จำนวน 23 ข้อ ได้แก่ ด้านการให้ความรู้ 5 ข้อ ด้านการปฏิบัติตามมาตรฐาน 7 ข้อ ด้านการสนับสนุนให้กำลังใจ 11 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตั้งแต่ ระดับ 1-5 โดยให้ความหมายพึงพอใจน้อยที่สุดถึงมากที่สุด เกณฑ์แปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 3.67 - 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.66 หมายถึงความพึงพอใจในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึงมีความพึงพอใจในระดับน้อย

ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้ของผู้นิเทศ และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับการนิเทศ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ชุดเดิม 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมของเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.95, 1.0 ตามลำดับ นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพผู้นิเทศในหอผู้ป่วยนิเวศและหอผู้ป่วยทางศัลยกรรมที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าความเที่ยง (KR - 20) เท่ากับ 0.78 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient) เท่ากับ 0.98 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมทางการวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี ในวันที่ 15 ตุลาคม 2564 เอกสารเลขที่ 237/2564 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและประโยชน์ที่จะได้รับ รวมถึงการป้องกันอันตรายอันเกิดจากการทดลอง กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนดได้โดยไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด ข้อมูลจะได้รับการปกปิดและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมและนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น รวมทั้งจะทำลายข้อมูลทันทีหลังจากได้รายงานวิจัยที่เสร็จสมบูรณ์แล้ว และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จึงให้อ่านแบบคำชี้แจงและลงนามยินยอม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากสนทนากลุ่มใช้วิธีสรุปเนื้อหาเพื่อนำมาใช้ในการออกแบบรูปแบบการนิเทศทางคลินิกสำหรับหัวหน้าหอและหัวหน้าทีมการพยาบาล
2. ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป แบ่งเป็นข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนาวิเคราะห์แจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพผู้นิเทศก่อนและหลังใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิก เปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการนิเทศทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพผู้รับการนิเทศก่อนและหลังใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิก และเปรียบเทียบอัตราการลดตกหล่นของผู้ป่วยมะเร็งก่อนและหลังใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกใช้สถิติ paired t- test

ผลการวิจัย

นำเสนอผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันลดตกหล่นของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลราชวิถี

1.1 การศึกษาสภาพและความต้องการจำเป็นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพและความต้องการจำเป็น พบประเด็นปัญหาคือ 1) รูปแบบการนิเทศ ไม่มีแผนการนิเทศการพยาบาลทางคลินิกและความเสี่ยงลดตกหล่นของผู้ป่วยรายโรคมะเร็ง ผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศขาดการเตรียมความพร้อมก่อนการนิเทศ ผู้รับการนิเทศไม่ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการนิเทศ การกำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขตประเด็นและวิธีการนิเทศ 2) ไม่มีคู่มือการนิเทศสำหรับผู้นิเทศใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการนิเทศเพื่อป้องกันผู้ป่วยลดตกหล่น 3) ด้านเวลา ขาดการนัดหมายวันเวลา สถานที่เพื่อการนิเทศล่วงหน้า 4) บรรยากาศในการนิเทศ ส่วนใหญ่เป็นการตรวจสอบหาข้อผิดพลาดในการปฏิบัติงานมากกว่าการสอนงาน รู้สึกไม่ปลอดภัย ไม่เกิดขวัญกำลังใจ 5) ด้านผู้นิเทศไม่ทราบบทบาทของผู้นิเทศ ไม่มีการเตรียมความพร้อมก่อนปฏิบัติการนิเทศ ขาดความรู้และทักษะการนิเทศ ขาดความสนใจในการแก้ปัญหาอย่างแท้จริง จัดสรรเวลาไม่เหมาะสม และ 6) ด้านผู้รับการนิเทศ ไม่ทราบบทบาทตนเองไม่เข้าใจวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการนิเทศต่อผู้รับการนิเทศและคุณภาพงานการพยาบาล ทักษะการนิเทศต่อการนิเทศว่าเป็นการไปจับผิดผู้ปฏิบัติงาน การนิเทศทำให้เสียเวลาทำงานทำงานไม่ทัน ไม่ได้เตรียมตัว ไม่มีความอยากรับการนิเทศ ขาดความเชื่อถือในความสามารถของผู้นิเทศ

สำหรับความต้องการ คาดหวังด้านการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันลดตกหล่น ของผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ มีดังนี้ 1) กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ 2) กำหนดคุณสมบัติของผู้นิเทศทางการพยาบาล 3) การมอบหมายงานผู้ป่วยให้รับผิดชอบ และนัดหมายแจ้งให้ผู้รับการนิเทศทราบล่วงหน้าเพื่อเตรียมความรู้ร่วมอภิปรายในการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล 4) สร้างบรรยากาศการนิเทศการพยาบาลเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ส่งเสริมผู้รับการนิเทศได้มีโอกาสร่วมแสดงความคิดเห็น 5) การสะท้อนกลับการปฏิบัติงานทางบวก สร้างขวัญกำลังใจ สนับสนุนช่วยเหลือ ไม่ตำหนิ 6) มีแผนหรือคู่มือปฏิบัติการนิเทศการป้องกันลดตกหล่น 7) ผู้รับการนิเทศมีส่วนร่วมในการประเมินผลการนิเทศและร่วมกำหนดแผนพัฒนาสมรรถนะในงาน และ 8) มีบันทึกรายงานผลการนิเทศเพื่อเป็น

ข้อมูลสำหรับผู้นิเทศติดตามความก้าวหน้า และเพื่อผู้รับการนิเทศใช้เป็นแนวทางการพัฒนาการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยนำผลการศึกษามำกำหนดรูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลคลินิก

1.2 สร้างรูปแบบการนิเทศทางคลินิกรูปแบบที่ได้ประกอบด้วย

1. ขั้นเตรียมการนิเทศ เป็นการศึกษาสภาพปัญหา กำหนดวัตถุประสงค์การนิเทศและกิจกรรมการนิเทศพยาบาล กำหนดประเด็นการนิเทศ กำหนดตัวผู้นิเทศและบทบาทหน้าที่ การแจ้งนัดหมาย วันเวลาและสถานที่ที่จะทำการนิเทศล่วงหน้า

2. ขั้นปฏิบัติการนิเทศ นิเทศโดยใช้หลักสัมพันธภาพ โดยใช้การนิเทศ 3 ขั้นตอนได้แก่ 1) Pre Conference เพื่อมอบหมายงาน ซึ่งแนะแนวทางปฏิบัติการพยาบาล 2) Nursing care conference เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน นำสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล และ 3) Post Conference เป็นการประเมินผลการปฏิบัติงาน โดยเยี่ยมบุคลากรสอนแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับแก่ผู้รับการนิเทศเพื่อโอกาสในการพัฒนา

3. ขั้นประเมินผล โดยผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาจากการปฏิบัติการพยาบาล และนำข้อมูลมาสรุปผลการนิเทศ เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาอย่างยั่งยืนและกำหนดให้มีการบันทึกสรุปเป็นรายงาน

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อประเมินผลของรูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี

2.1 เปรียบเทียบความรู้ของผู้นิเทศก่อนและหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลการวิจัยดังนี้

2.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คน เพศหญิง ร้อยละ 95.0 อายุระหว่าง 30-40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 45.0 อายุเฉลี่ย 41.6 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.47 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 70 ประสบการณ์ทำงานพยาบาลวิชาชีพ ในช่วง 11-20 ปี ร้อยละ 35.0 เฉลี่ย 18.5 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.29 เคยได้รับอบรมการนิเทศและการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 60.0 และ 80.0 ตามลำดับ ร้อยละ 65.0 ไม่ได้เป็นพยาบาลแกนนำพลัดตกหกล้ม

2.1.2 เปรียบเทียบความรู้ของผู้นิเทศเกี่ยวกับการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลการวิจัยดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้ของผู้นิเทศ ก่อนและหลังใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิก (n = 20)

ประเด็นการเปรียบเทียบ	ก่อนใช้รูปแบบการนิเทศ			หลังใช้รูปแบบการนิเทศ			t	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ความรู้การนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้ม	12.80	0.95	ปานกลาง	17.70	0.73	สูง	18.12	.000*

*p< 0.05

จากตารางที่ 1 พบว่า ความรู้ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนการใช้รูปแบบ เท่ากับ 12.80 และเพิ่มเป็น 17.70 หลังการใช้รูปแบบ

2. เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้รับการนิเทศต่อรูปแบบการนิเทศทางคลินิก เพื่อป้องกันพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างเป็น พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 45 คน เพศหญิง ร้อยละ 97.8 อายุ 25-30 ปี ร้อยละ 64.5 อายุเฉลี่ย 26.84 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.65 การศึกษาระดับปริญญาตรีทั้งหมด ประสบการณ์ทำงาน พยาบาลวิชาชีพ ในช่วง 0-2 ปี และ 5-7 ปี เท่ากัน ร้อยละ 31.1 เฉลี่ย 4.33 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.57 ไม่เคยได้รับอบรมการป้องกันพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 55.6

2.2 เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้รับการนิเทศ เพื่อป้องกันพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ผลการวิจัยดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังใช้รูปแบบนิเทศทางคลินิก (n = 45)

ความพึงพอใจการนิเทศ	ก่อนใช้รูปแบบการนิเทศ			หลังใช้รูปแบบการนิเทศ			t	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
1.ด้านการสนับสนุนเชิงวิชาชีพ	3.34	0.40	ปานกลาง	4.13	0.34	สูง	10.64	.000*
2.ด้านการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน	3.53	0.45	ปานกลาง	4.18	0.34	สูง	7.77	.000*
3.ด้านสร้างการเรียนรู้จากการปฏิบัติ	3.51	0.45	ปานกลาง	4.17	0.38	สูง	8.59	.000*
โดยรวม	3.43	0.41	ปานกลาง	4.16	0.32	สูง	9.72	.000*

*p< 0.05

จากตารางที่ 2 พบว่าความพึงพอใจก่อนและหลังใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยก่อนการใช้รูปแบบเท่ากับ 3.43 และเพิ่มเป็น 4.16 หลังการใช้รูปแบบ

1. เปรียบเทียบอัตราการพลัดตกหกล้ม ก่อนและหลังใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิก เพื่อป้องกันพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ผลการวิจัยดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอัตราการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยมะเร็งก่อนและหลังใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิก

	ก่อนใช้รูปแบบ					หลังใช้รูปแบบ					t	p-value
	M	SD	ระดับ-ครั้ง			M	SD	ระดับ-ครั้ง				
			D	E	F			D	E	F		
อัตราการพลัดตกหกล้ม	0.94	0.99	2	2	1	0.36	0.36	1	2	-	1.39	0.24

*p<0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า อัตราการพลัดตกหกล้มก่อนและหลังใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิก ไม่แตกต่างกัน โดยพบว่าค่าเฉลี่ยอัตราการพลัดตกหกล้มในหอผู้ป่วยทางมะเร็งทั้ง 5 หอ ก่อนการใช้รูปแบบ เท่ากับ 0.94 ครั้งต่อ1000วันนอนโรงพยาบาล และลดลงเป็น 0.36 ครั้งต่อ1000วันนอนโรงพยาบาล หลังการใช้รูปแบบ และเมื่อพิจารณาจำนวนครั้ง การเกิดอุบัติเหตุและระดับการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิก เกิดอุบัติเหตุ 5 ครั้ง ระดับการบาดเจ็บ ระดับ D 2 ครั้ง ระดับ E 2 ครั้ง และระดับ F 1 ครั้ง ส่วนหลังการใช้รูปแบบการนิเทศ จำนวนอุบัติเหตุลดลงเป็น 3 ครั้ง ระดับการบาดเจ็บ ระดับ D 1 ครั้ง ระดับ E 2 ครั้ง ซึ่งต่ำกว่าก่อนใช้รูปแบบ

อภิปรายผล อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิก เพื่อป้องกันพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลราชวิถี รูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่ได้ ประกอบด้วย 1) การประชุมอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล เพื่อเตรียมความพร้อม ผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ ทำความเข้าใจรูปแบบการนิเทศและคู่มือการนิเทศทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น 2) คู่มือการนิเทศทางคลินิก สำหรับผู้นิเทศ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม ปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยมะเร็ง รูปแบบการนิเทศของ Proctor หลักการและกระบวนการนิเทศทางคลินิก และแนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้มโดยใช้การประชุมปรึกษาทางพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้เหมาะกับบริบทงานประจำ ไม่เป็นการเพิ่มภาระงาน ผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ Pre Conference, Nursing care conference, Post Conference และประเมินผลโดยผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาจากการปฏิบัติการพยาบาล และนำข้อมูลมาสรุปผลการนิเทศเพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาอย่างยั่งยืนและกำหนดให้มีการบันทึกสรุปเป็นรายงาน 3) แผนการดำเนินการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกใน 5 หอผู้ป่วย โดยผู้วิจัย ผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ ร่วมกันวางแผนกำหนดวัตถุประสงค์ ประเด็นการนิเทศความเสี่ยงทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการเกิดพลัดตกหกล้ม และกิจกรรมนิเทศที่สอดคล้องกับบริบทของหอผู้ป่วย โดยสะท้อนผลการปฏิบัติการนิเทศแก่ผู้นิเทศ

ซึ่งการศึกษาสอดคล้องกับรัชนีวรรณ กุตระกุลและคณะ (2562) ที่พัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง ประกอบด้วย การกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้นิเทศ การกำหนดประเด็นในการนิเทศทางคลินิก การวางแผนและการดำเนินกิจกรรมการนิเทศทางคลินิกร่วมกันระหว่างหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ และการประเมินผลการนิเทศทางคลินิก และสอดคล้องกับการศึกษาของ ผ่องพรรณ ธนา, กนกรัตน์ แสงอำไพ , สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2560) ศึกษาการนิเทศทางคลินิกต่อการใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้กิจกรรมการนิเทศทางคลินิก ประกอบด้วย การประชุมปรึกษาเชิงเนื้อหา การสอนแนะ การให้คำปรึกษา และการประชุมปรึกษาทางพยาบาล โดยรูปแบบการนิเทศที่พัฒนาและทดลองใช้นี้ ใช้แนวคิดของ Proctor ซึ่งยึดหลักการสร้างสัมพันธ์ที่ดีเชิงวิชาชีพ (Relationship) เป็นการสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศยอมรับความแตกต่างของความรู้ความสามารถ มีความสุภาพอ่อนโยน ให้ความนับถือและยอมรับความคิดเห็นของกันและกัน

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อประเมินผลของรูปแบบการนิเทศทางคลินิก เพื่อป้องกันพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี ขออภิปรายใน 3 ประเด็น ได้แก่

2.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยมะเร็ง ของพยาบาลผู้นิเทศก่อนและหลังใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิก

พบว่า ความรู้ของผู้นิเทศหลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยก่อนใช้รูปแบบความรู้ในระดับปานกลาง และหลังใช้รูปแบบความรู้ในระดับสูง อธิบายได้ว่ารูปแบบการนิเทศทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นสามารถพัฒนาความรู้ของผู้นิเทศ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา สงฆรักษ์ (2564) ศึกษาผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกสำหรับผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น โดยใช้แนวคิดของ Proctor สามารถเพิ่มความรู้ให้กับผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น หลังเข้าร่วมโปรแกรม เช่นเดียวกับ Nadia & Permanasari (2018) ศึกษาในหอผู้ป่วยและห้องฉุกเฉินพบว่า พยาบาลจำนวนมากไม่ได้ประเมินผู้ป่วยเรื่องความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ทั้งนี้การปฏิบัติตามหน้าที่ของพยาบาลได้รับอิทธิพลจากการสอนงาน การอบรมตามขั้นตอนมาตรฐานการปฏิบัติงานโดยหัวหน้างาน การเรียนรู้จากประสบการณ์การทำงานและการทำงานเป็นทีม ดังนั้นหากมีการนิเทศงานแล้วจะช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลดีขึ้น

2.2 เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้รับการนิเทศต่อรูปแบบนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี

พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลผู้รับการนิเทศหลังใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิก เพิ่มขึ้นในระดับสูงทั้งโดยรวมและรายด้าน มากกว่าก่อนใช้รูปแบบซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าการนิเทศทางคลินิกตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ทำให้ผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน บรรยากาศการนิเทศเป็นการสอน แนะนำ ให้คำปรึกษา สนับสนุน ช่วยแก้ปัญหาและร่วมปฏิบัติการ มีการนัดหมาย วัน เวลา สถานที่การนิเทศล่วงหน้า ทำให้ได้มีการเตรียมศึกษาข้อมูลผู้ป่วย ประสพการณ์ด้านการพยาบาลและความรู้วิชาการหรือนวัตกรรมการพยาบาลมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้ผู้รับการนิเทศพัฒนาความรู้การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความมั่นใจ จึงทำให้มีความพึงพอใจในระดับสูง สอดคล้องกับผลการศึกษาของผ่องพรรณ ธนา กนกรัตน์ แสงอำไพ และ สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2560) ซึ่งให้เห็นว่าการนิเทศทางคลินิกทำให้พยาบาลได้พัฒนาการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและมีความพึงพอใจในการนิเทศ เช่นเดียวกับการศึกษา ของสุพัตรา สงฆรักษ์ (2561) นำแนวคิดของ Proctor ไปใช้ในการนิเทศทางคลินิกทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน การนิเทศสอนงานเพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถ และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล การมีคู่มือการปฏิบัติงาน การติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานและคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นว่าการนิเทศทางคลินิกของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นอยู่ในระดับดีมาก

2.3 เปรียบเทียบอัตราการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยก่อนและหลังใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิก

พบว่า อัตราการพลัดตกหกล้มก่อนและหลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า รูปแบบการนิเทศที่พัฒนา ผู้นิเทศมีบทบาทพัฒนา

ความรู้ ทักษะของผู้รับการนิเทศ เริ่มจากการวิเคราะห์งานและประสบการณ์ตรงของผู้รับการนิเทศ ร่วมกันกำหนดแนวทางการนิเทศ ติดตามและประเมินผลการเรียนรู้ตลอดกระบวนการและมีการปรับกระบวนการเรียนรู้เพื่อให้เกิดการพัฒนา รวมถึงบทบาทการนิเทศเพื่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน ยังให้ความสำคัญในเรื่อง ความรับผิดชอบด้านจริยธรรม จรรยาบรรณของผู้รับการนิเทศที่มีต่อผู้รับบริการ การคุ้มครองสวัสดิภาพของบุคคลที่มีส่วนร่วมในเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทั้งผู้รับการนิเทศ ผู้รับบริการและองค์กรวิชาชีพ บทบาทนี้ยังช่วยในการติดตาม กำกับดูแล และทบทวนการปฏิบัติของผู้รับการนิเทศเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤติหรือสถานการณ์ที่มีปัญหา ทำให้ผู้รับการนิเทศรู้สึกปลอดภัยในสถานการณ์การนิเทศ มีความเข้าใจในการปฏิบัติงานและสามารถปฏิบัติงานได้ตามเป้าหมายขององค์กร

จากการศึกษาของ Sandra Cruza , Luís Carvalhoa, Elsa Lopesb (2015) ในการพัฒนาทักษะของพยาบาลเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยและเพื่อปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วยและคุณภาพของการพยาบาล ผ่านการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิก พบว่า มีการใช้แบบประเมิน Morse Fall risk assessment Scale ถูกต้องเพิ่มขึ้นร้อยละ 69.2 และการติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงพลัดตกหกล้มทุก 48 ชั่วโมง มากขึ้นถึงร้อยละ 98.5 จากเดิมร้อยละ 33.3 และ 84.1 ตามลำดับ และจากการศึกษาของรัชนิวรรณ กุตระกุลและคณะ (2562) ที่พบว่าผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงที่พัฒนาโดยใช้แนวคิดของ Procter กล่าวคือ มีอัตราการดักจับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ อัตราการเจาะเลือดเพาะเชื้อก่อน ให้ยาต้านจุลชีพ อัตราการได้รับยาต้านจุลชีพภายใน 1 ชั่วโมง และอัตราผู้ป่วยที่การไหลเวียนโลหิตสู่อวัยวะต่าง ๆ อย่างเพียงพอภายใน 6 ชั่วโมง สูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p < .01$)

ดังนั้นแม้ว่าอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยก่อนและหลังใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิก ในการศึกษานี้จะแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบจำนวนอุบัติการณ์และระดับความรุนแรงบาดเจ็บที่ลดลง สะท้อนให้เห็นแนวโน้มผลลัพธ์การพยาบาลที่ดีขึ้นและเป็นผลจากการนิเทศทางคลินิก

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรส่งเสริมให้มีการนิเทศทางการพยาบาลคลินิกโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการจัดการความเสี่ยงทางคลินิกการพลัดตกหกล้มอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งที่สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง เนื่องจากพยาธิสภาพโรคมะเร็งมีการเปลี่ยนแปลงทุกระบบ และจากผลของการรักษาซึ่งส่งเสริมให้เกิดความบกพร่องด้านการทรงตัวและเคลื่อนไหวร่างกาย เสี่ยงต่อการหกล้มและบาดเจ็บอันตรายรุนแรงอาจถึงแก่ชีวิต

2. ควรจัดทำแนวทางการนิเทศทางคลินิกเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ครอบคลุมในผู้ป่วยโรคที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคทางออโรปิติกส์ ผู้ป่วยโรคระบบประสาทและสมอง เป็นต้น

ข้อเสนอแนะด้านการบริหารการพยาบาล

1. กำหนดเป็นนโยบายให้พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าทีม หัวหน้าเวร เข้ารับการอบรมพัฒนาความรู้และทักษะการนิเทศทางการพยาบาล ทุก 2 ปี

2. กำหนดเป็นตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานรายบุคคลด้านการนิเทศในหอผู้ป่วย เพื่อการประเมินและสนับสนุนพยาบาลวิชาชีพให้มีการพัฒนาเรียนรู้ มีทักษะความเชี่ยวชาญในงานบริการและส่งเสริมให้มีความก้าวหน้าในวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง ดังนั้นควรมีการวิจัยเพิ่มเติม โดยการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง การใช้รูปแบบการนิเทศที่พัฒนา เพื่อให้ทราบประสิทธิผลของรูปแบบการนิเทศที่น่าเชื่อถือมากขึ้น
2. ควรมีการศึกษารูปแบบการนิเทศทางคลินิก อื่นๆ เช่น การป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ

ข้อจำกัดในการวิจัย

เนื่องจากผลการศึกษา พบว่าอัตราการพลัดตกหกล้มและการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในหอผู้ป่วยก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แต่พบแนวโน้มการพลัดตกหกล้มที่ลดลงหลังจากใช้รูปแบบ อาจเนื่องมาจากระยะเวลาในการเก็บข้อมูลมีความจำกัดและอยู่ในช่วงสถานการณ์ COVID-19 ซึ่งมีการแบ่งอัตรากำลังพยาบาลส่วนหนึ่งไปปฏิบัติงานหอผู้ป่วย COVID จึงทำให้อัตรากำลังที่คงเหลือกับปริมาณภาระงานมาสมมูล จึงยังต้องมีการติดตามและประเมินผลการใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกต่อไปเมื่อสถานการณ์ COVID-19 ทุเลา และมีการส่งคืนอัตรากำลังกลับหอผู้ป่วยเดิม

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ที่ให้คำปรึกษาทางวิชาการจนงานวิจัยแล้วเสร็จ

เอกสารอ้างอิง

- คณะอนุกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันพลัดตกหกล้ม การกีดกันการพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี. รายงานการเฝ้าระวังและป้องกันพลัดตกหกล้ม 2562-2563.
- งานเวชระเบียนและสถิติ กลุ่มงานดิจิทัลทางการแพทย์ โรงพยาบาลราชวิถี.(2562) รายงานสถิติประจำปี 2561. สืบค้นวันที่ 2 มกราคม 2565 จากวิกิพีเดีย <https://www.rajavithi.go.th>.
- งานเวชระเบียนและสถิติ กลุ่มงานดิจิทัลทางการแพทย์ โรงพยาบาลราชวิถี. (2563). รายงานสถิติประจำปี 2562. วันที่ 2 มกราคม 2565 จากวิกิพีเดีย <https://www.rajavithi.go.th>.
- นารีรัตน์ จิตมนตรี. (2554). การหกล้มในผู้สูงอายุ. ใน วิลาวรรณ ทองเจริญ. ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ. โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2553). เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ : จามจุรีโปรดักท์.
- บุปผา จันทร์จิรัส. (2546). การพัฒนาแบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).

- ผ่องพรรณ ธนา, กนกรัตน์ แสงอำไพ และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2018). ผลของการนิเทศทางคลินิกต่อการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความพึงพอใจของพยาบาล. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(4), 52-60.
- ผ่องศรี สุวรรณพ่าย. (2556). การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาล พระปกเกล้า. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 6(1), 12-26.
- รัชนิวรรณ คุณตระกูล, พิชญพันธ์ จันทระ, พัชรียัมแย้ม, สุริย์พร กุมภาคา และรัชนิ นามจันทรา. (2562). การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางคลินิก การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 30(2), 193-209.
- สุพัตรา สงฆรักษ์, สุนันท์ ไช้แก้ว และเบญจวรรณ พุทธิอังกูร. (2018). ผลของโปรแกรมการนิเทศทางคลินิกสำหรับผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรี. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*, 14(2), 35-47.
- Agency for healthcare Research and Quality. *Preventing Falls in Hospitals*. Retrieved Nov 10, 2021, from <https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/fall-prevention/toolkit/overview.html#Problem>
- John R. Cutcliffe, Kristiina Hyrkas, John Fowler. (2011). Routledge Handbook of Clinical Supervision Fundamental International Themes. [Internet]. [cited 2011]. Available from: <https://www.routledge.com/Routledge-Handbook-of-Clinical-Supervision-Fundamental-International-Themes/Cutcliffe-Hyrkas-Fowler/p/book/9781138954908>
- Morse, J. M. (2002). Enhancing the safety of hospitalization by reducing patient falls. *American Journal of Infection Control*, 30(6), 376-380.
- Nancy E Kline, Bridgette Thom, Wayne Quashie, Patricia Brosnan, and Mary Dowling. (2008). *A Model of Care Delivery to Reduce Falls in a Major Cancer Center*. Retrieved July 6, 2021, from https://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances2/vol1/Advances-Kline_32.pdf
- Proctor, B. (2001). *Training for the supervision alliance attitude, skills and intention*. In J.R. Cutcliffe, T. Butterworth, and B. Proctor, (eds.), *Fundamental themes in clinical supervision*. London: Routledge.
- Putri Nadia and Vetty Yulianty Permanasari (2018). Compliance of the Nurse for Fall Risk Assessment as a Procedure of Patient Safety: A Systematic Review. *KnE Life Sciences*. Retrieved Jan 10, 2021, from <https://knepublishing.com/index.php/KnELife/article/view/3573/7480>
- Sandra Cruza , Luís Carvalhoa, Elsa Lopesb.(2015). *Improving the Evaluation of Risk of Fall through Clinical Supervision: An Evidence*. Retrieved Jan 10, 2021, from https://www.researchgate.net/publication/293808376_Improving_the_Evaluation_of_Risk_of_Fall_through_Clinical_Supervision_An_Evidence
- Sloan, G., & Watson, H. (2002). Clinical supervision models for nursing: structure, research and limitations. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, 17, 41-46. doi:10.7748/ns2002.10.17.4.41.c3279

ประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพด้านครอบครัว เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ทางถนน อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา

ธนบดี โจทยักัง, พย.บ., รป.ม

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพด้านครอบครัว เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อ 1) พัฒนาศักยภาพด้านครอบครัว ในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน 2) ประเมินประสิทธิผลศักยภาพด้านครอบครัว ในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน กลุ่มตัวอย่างคือ ตัวแทนหน่วยงานภาครัฐ 21 คน และ ประชาชนจากครัวเรือนในพื้นที่ 4 ตำบล ของอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 115 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยทำการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (cluster random sampling) เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และแบบสอบถาม ทำการศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth Interview) การสนทนากลุ่ม (focus group discussion) และการจัดโครงการอบรม ทำการศึกษาระหว่างเดือน มกราคม – ธันวาคม พ.ศ. 2564

ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาศักยภาพด้านครอบครัว ในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างความรู้ (Appreciation: A) 2) การสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence: I) 3) การสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C) ประสิทธิภาพศักยภาพด้านครอบครัว ในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน พบว่า หลังการเข้าโครงการอบรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน สูงกว่าก่อนเข้าร่วมการอบรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพของด้านครอบครัว การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำทะเมนชัย

E-mail: tanabadeejotking@gmail.com

Effectiveness of developing family checkpoint potential to prevent road accidents in Lam thamenchai District Nakhon Ratchasima Province.

Tanabadee Jotking, M.P.A.

Abstract

This research is participatory action research (PAR) to study the effectiveness of developing family checkpoint potential to prevent road accidents. Lam Thamenchai District, Nakhon Ratchasima Province, with research objectives to 1) Develop family checkpoint potential to prevent road accidents 2) Assess the effectiveness of family checkpoint potential to prevent road accidents, to prevent road accidents of family members. The samples included 21 representatives of government agencies and 115 people from households in 4 sub-districts of Lam Thamenchai District, Nakhon Ratchasima Province, Select by cluster random sampling. Research instruments include semi-structured interviews and questionnaires, conducted by in-depth interviews, focus group discussions, and training programs conducted between January and December 2021.

The results showed that the development of family checkpoint potential to prevent road accidents consists of 3 stages: 1) Appreciation (A) 2) Creating a Development Approach (Influence: I) 3) Establishing Guidelines (Control: C). Effectiveness Family checkpoint Potential to prevent road accidents, it was found that after entering the training program, they were able to do so. The sample had a higher average knowledge of road accident prevention than before the training session, statistically significantly different at .05,

Keywords: Effectiveness Effectiveness of family checkpoint Road Accident prevention

บทนำ

อุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุการตายสูงสุด 1 ใน 3 อันดับแรกของไทย ทั้งนี้ จากรายงานของศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุเพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน ระบุว่า ในปี 2563 ที่ผ่านมา ประเทศไทยมีจำนวนผู้ประสบเหตุทางท้องถนนจำนวน 1,030,261 ราย ในจำนวนนี้แบ่งเป็นบาดเจ็บจำนวน 1,014,513 ราย และ เสียชีวิต จำนวน 15,748 ราย เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์ทั้งในจังหวัดพบว่า ในปี 2563 จังหวัดนครราชสีมามีจำนวนผู้ประสบเหตุรวมทั้งสิ้น 43,865 ราย แบ่งเป็นบาดเจ็บจำนวน 43,320 ราย และเสียชีวิต จำนวน 545 ราย โดยผู้ประสบเหตุส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย อายุไม่เกิน 14 ปี ช่วงเวลาที่มักเกิดอุบัติเหตุคือ 18.00 – 21.59 น. ทั้งนี้จังหวัดนครราชสีมาถูกจัดอันดับสถิติผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตทุกจังหวัดอยู่ในลำดับที่ 3 ของประเทศไทย (ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุเพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน, 2563)

ในส่วนของอำเภอลำทะเมนชัยพบว่า สถิติการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในปี 2563 มีจำนวนทั้งสิ้น 225 ครั้ง มีผู้ประสบเหตุรวมทั้งสิ้น 307 ราย แบ่งเป็นผู้บาดเจ็บจำนวน 306 ราย และเสียชีวิต จำนวน 1 ราย (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำทะเมนชัย, 2564) ซึ่งการเกิดอุบัติเหตุดังกล่าว สัมพันธ์กับพฤติกรรมของตัวบุคคล สิ่งแวดล้อม ถนน พาหนะ รวมไปถึงนโยบายและการบริหารจัดการต่างๆ อำเภอลำทะเมนชัยจำเป็นต้องมีมาตรการในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง เนื่องจากพื้นที่อำเภอลำทะเมนชัย มีลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ราบ มีอาณาเขตทิศเหนือติดกับพื้นที่อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา และอำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ ทิศใต้ติดต่อกับพื้นที่อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ ทิศตะวันออกติดต่อกับพื้นที่อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ และทิศตะวันตก ติดต่อกับพื้นที่อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา มีทางหลวงแผ่นดิน จำนวน 1 สาย ได้แก่ ทางหลวงสายแผ่นดินหมายเลข 2226 จังหวัดนครราชสีมา – อำเภอพิมาย – อำเภอชุมพวง – อำเภอลำทะเมนชัย ระยะทางประมาณ 118 กิโลเมตร มีทางหลวงชนบท 3 สาย ได้แก่ ทางหลวงชนบทเส้นที่ 1 คือ สายอำเภอลำทะเมนชัย – ตำบลบ้านยาง ระยะทางประมาณ 27 กิโลเมตร เป็นถนนที่ต้องได้รับการพัฒนาเพิ่ม เนื่องจากมีการคมนาคมไม่สะดวก เป็นหลุมเป็นบ่อตลอดสาย ทางหลวงชนบทเส้นที่ 2 คือ สายอำเภอลำทะเมนชัย – ตำบลช่องแมว ระยะทางประมาณ 35 กิโลเมตร เป็นถนนที่ต้องได้รับการพัฒนาเพิ่มเนื่องจากมีการคมนาคมไม่สะดวก เป็นหลุมเป็นบ่อตลอดสาย และทางหลวงชนบทเส้นที่ 3 สายอำเภอลำทะเมนชัย – อำเภอเมืองยาง ระยะทางประมาณ 10 กิโลเมตร เป็นถนนที่ต้องได้รับการพัฒนาเพิ่มเนื่องจากมีการคมนาคมไม่สะดวก เป็นหลุมเป็นบ่อตลอดสาย เช่นกัน การมีถนนผ่านตัวอำเภอดังกล่าว จึงมีประชาชนทั้งที่เป็นคนในอำเภอและต่างอำเภอหรือต่างจังหวัด เดินทางผ่านไปมาเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะในช่วงเทศกาลสำคัญๆ ได้แก่ เทศกาลช่วงปีใหม่ และเทศกาลช่วงสงกรานต์ จึงเป็นปัจจัยเอื้อปัจจัยหนึ่งที่น่าไปสู่การสัญจรด้วยยานพาหนะรถยนต์ รถจักรยานยนต์ หรือยานพาหนะอื่นๆบนถนนอย่างคับคั่งตลอดเวลา ทั้งนี้ นอกจากพฤติกรรมส่วนบุคคล ไม่ว่าจะเป็นการใช้ความเร็วในการขับขี่แล้ว การฝ่าฝืนกฎจราจรหรือไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร ยังมีความหนาแน่นของการสัญจรบนท้องถนน ก็ถือเป็นปัจจัยหลักอีกหนึ่งปัจจัยในการเกิดอุบัติเหตุของอำเภอลำทะเมนชัย

ครอบครัวเป็นสถาบันหลักในสังคมที่มีความสำคัญอย่างมากในการหล่อหลอมพัฒนาตนเองของบุคคลในครอบครัว ครอบครัวเป็นเป้าหมายที่สำคัญให้มนุษย์ได้รับการพัฒนาแบบองค์รวมเพื่อการเป็นทุนมนุษย์ที่สมบูรณ์ (เมธิกา ไกรนที วันชัย ธรรมสังการ และอุทิศ สังขรัตน์, 2563) พบว่ารูปแบบการเลี้ยงดูมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น เช่น พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ พฤติกรรมความรุนแรง พฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย พฤติกรรมการใช้ยาเสพติด (สิริทรัพย์ สีหะวงษ์ และ สุพัตรา คีตวงพันธ์, 2560) ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นด่านแรกและด่านสำคัญในการป้องกันเหตุที่ไม่พึงประสงค์ จากศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุเพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนนในปี 2563

เกี่ยวกับสถิติการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนในประเทศไทย ส่วนใหญ่ผู้ประสบเหตุอายุไม่เกิน 14 ปี เพศชายประสบอุบัติเหตุมากกว่าเพศหญิง และประเภทรถของการประสบอุบัติเหตุมากที่สุดคือ รถจักรยานยนต์ อีกทั้งเวลาในการเกิดอุบัติเหตุมากที่สุดคือ ช่วงเวลา 18.00 น. – 21.59 น. ซึ่งเวลาดังกล่าว ชาวชนเหล่านี้ควรพักอาศัยอยู่ที่บ้านพักกับครอบครัว ซึ่งด้านครอบครัวเป็นด้านแรกและด้านสำคัญในการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน เพราะผู้ใหญ่หรือบุคคลในครอบครัวสามารถดูแล ว่ากล่าวตักเตือน โน้มน้าว และควบคุมไม่ให้คนในบ้านมีพฤติกรรมเสี่ยงจากการใช้รถใช้ถนนได้ เช่น พฤติกรรมเสี่ยงโดยการขับจักรยานยนต์โดยไม่สวมหมวกนิรภัย ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์แล้วมีอาการมีเมฆาจนควบคุมสติไม่ได้ ดังนั้นหากผู้ใหญ่ที่อยู่ในบ้านคอยดูแล เอาใจใส่ ว่ากล่าวตักเตือนและควบคุมคนในบ้านเรื่องการใช้รถบนท้องถนนจะทำให้การเกิดอุบัติเหตุลดลง

ผู้วิจัยเล็งเห็นว่า การพัฒนาศักยภาพด้านครอบครัว ถือเป็นเครื่องมือสำคัญและเป็นด้านแรกในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา หากมีการพัฒนาศักยภาพด้านครอบครัวได้อย่างเป็นรูปธรรม ด้านครอบครัวจะช่วยป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนได้ และจะนำไปสู่การป้องกันการบาดเจ็บ การเสียชีวิตของสมาชิกในครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาศักยภาพด้านครอบครัว ในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลศักยภาพด้านครอบครัว ในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) (Kemmis & Wilkinson, 1998)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ตัวแทนหน่วยงานราชการสายวิชาการ และตัวแทนภาคประชาสังคม ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป และประชาชนจากครัวเรือนในพื้นที่ 4 ตำบล ของอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

กลุ่มแรก เป็นตัวแทนหน่วยงานราชการสายวิชาการ และตัวแทนภาคประชาสังคมที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 21 ราย

กลุ่มที่สอง เป็นประชาชนจากครัวเรือนในพื้นที่ 4 ตำบล ของอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power (Cohen, 1977) กำหนด Power analysis ที่ระดับนัยสำคัญ .05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of the test) เท่ากับ 0.95 และกำหนดขนาดของอิทธิพลขนาดกลาง (Medium effect size) เท่ากับ 0.3 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 115 ราย ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยทำการสุ่มแบบแบ่งกลุ่มใน 4 ตำบล (cluster random sampling)

เครื่องมือวิจัย เป็นแบบเก็บข้อมูล 2 ชุดได้แก่

ชุดแรก เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการพัฒนาศักยภาพด้านครอบครัว ในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง แนวคำถามการสนทนากลุ่ม

ชุดที่สอง เป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาประสิทธิผลศักยภาพด้านครอบครัว ในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ แบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2

แบบวัดความรู้ก่อน - หลัง การเข้าโครงการฝึกอบรม และส่วนที่ 3 แบบวัดการทำหน้าที่การดูแลสมาชิกในครอบครัวในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

การตรวจสอบคุณภาพแบบสัมภาษณ์ในชุดแรก ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพโดยอาศัยดุลพินิจของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คนเป็นผู้พิจารณา แล้วนำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ (เท่ากับ .92) และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในชุดที่สอง ได้แก่ แบบสอบถาม ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และพิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามเป็นรายข้อ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ให้ครอบคลุมเนื้อหาและความสอดคล้องเหมาะสมของข้อคำถาม โดยอาศัยดุลพินิจของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คนเป็นผู้พิจารณา แล้วนำแบบสอบถามมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ (เท่ากับ .94) จากนั้นจึงนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่าง ที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยการวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ Discrimination power และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) (Cronbach, 1951) ได้ค่าเท่ากับ .98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) ในครั้งนี้ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 ในพื้นที่ 4 ตำบล ของอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มเป้าหมายแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มพัฒนาศักยภาพด้านครอบครัว ได้แก่ ตัวแทนหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนภาควิชาการ และตัวแทนภาคประชาสังคม จำนวน 21 คน ซึ่งกลุ่มเหล่านี้จะใช้ศึกษาในส่วนของพัฒนาศักยภาพด้านครอบครัว และ 2) กลุ่มประชาชนจากครัวเรือนในพื้นที่ 4 ตำบล ของอำเภอลำทะเมนชัย เพื่อใช้ในการศึกษาการพัฒนา ศักยภาพด้านครอบครัว

วิธีดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

1. ขั้นตอนที่ 1 กระบวนการค้นหาปัญหาแบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาให้ทราบถึงสภาพความเป็นจริงของปัญหาและสภาพความคาดหวังในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยการสัมภาษณ์ ตัวแทนภาควิชาการ และตัวแทนภาคประชาสังคม และผู้นำชุมชน จำนวน 21 คน ซึ่งใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และการประเมินความต้องการจำเป็นในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ในสภาพความเป็นจริงและสภาพความคาดหวัง เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 21 คนแล้วจึงนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ และนำผลที่ได้จากขั้นตอนนี้ นำมาเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาชุดฝึกอบรมในด้านการกำหนดเนื้อหาสาระ การจัดรูปแบบและกิจกรรมที่เหมาะสม

2. ขั้นตอนที่ 2 กระบวนการพัฒนาแนวทางการพัฒนาศักยภาพด้านครอบครัวแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยนำผลที่ได้จากการสัมภาษณ์ในระยะที่ 1 มาเป็นแนวทางในการสร้างโครงสร้างในด้านการกำหนดเนื้อหาสาระ การจัดรูปแบบและกิจกรรมในการฝึกอบรมในศักยภาพด้านครอบครัวเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนให้สัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ และเหมาะสมกับระยะเวลาในการฝึกอบรม โดยในการพัฒนาศักยภาพด้านครอบครัวเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ผู้วิจัยนำกระบวนการ AIC เพื่อการระดมสมอง (ลินธุ์ สโรบล, 2552) และแนวคิดในการสร้างชุดฝึกอบรม (นิพนธ์ สุขปรีดี, 2537) มาใช้ในการพัฒนาชุดฝึกอบรม โดยมีวิธีดำเนินการ ดังนี้

2.1 การสร้างชุดฝึกอบรมศักยภาพด้านครอบครัวเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน (ฉบับร่าง) โดยศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุดฝึกอบรมศักยภาพด้านครอบครัวเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน และศึกษาแนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการเรียนรู้แบบ Active learning หลังจากนั้นนำองค์ประกอบที่สกัดได้จากการสัมภาษณ์ใน

ขั้นตอนที่ 1 มาใช้เป็นแนวทางในการร่างโครงร่างของชุดฝึกอบรมเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ทำการกำหนดโครงร่างเนื้อหาสาระสำคัญ และทำการสร้างโครงร่างชุดฝึกอบรม โดยมีขั้นตอน ดังนี้ 1) กำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการ เป้าหมายที่คาดหวัง 2) กำหนดเนื้อหาของกิจกรรม สื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ในการฝึกอบรม 3) จัดทำกิจกรรมฉบับร่าง 4) การประเมินผลการฝึกอบรม

2.2 การตรวจสอบคุณภาพของชุดฝึกอบรมฉบับร่าง ในขั้นตอนนี้เป็นการตรวจสอบคุณภาพของเอกสารชุดฝึกอบรม ในด้านองค์ประกอบต่างๆ ของชุดฝึกอบรมว่ามีความเหมาะสมสอดคล้อง ครบคลุม และถูกต้องตามหลักการพัฒนาชุดฝึกอบรมหรือไม่ เพียงใด เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายหรือไม่ การใช้ภาษามีความชัดเจน เข้าใจง่าย สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริงหรือไม่ โดยผู้วิจัยนำชุดฝึกอบรมฉบับร่าง ที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคุณภาพด้านความเหมาะสม จะพิจารณาจากองค์ประกอบต่างๆ ได้แก่ ปัญหาและความจำเป็น หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ โครงสร้างเนื้อหา เวลาที่ใช้ในการฝึกอบรม สื่อ วัสดุ/อุปกรณ์ ขั้นตอนและวิธีดำเนินการฝึกอบรม การวัดและประเมินผล ว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ ด้วยการจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group) โดยผู้ทรงคุณวุฒิตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยระบุไว้ จำนวน 21 คน ซึ่งเป็นตัวแทนหน่วยงานภาคราชการสายวิชาการ และตัวแทนภาคประชาสังคม และผู้นำชุมชนที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

3. ขั้นตอนที่ 3 กระบวนการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้ศักยภาพด้านครอบครัว ในขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องจากขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 คือ การวางแผนเพื่อศึกษาปัญหา ความต้องการ การพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์กับผู้นำชุมชน ตัวแทนภาคประชาสังคม และตัวแทนภาควิชาการ หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ สรุปและสร้างชุดฝึกอบรมเพื่อนำชุดฝึกอบรมมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างโดยการลงมือปฏิบัติ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ หลักสูตรและคู่มือแนวทางป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ทำการฝึกอบรม 3 วัน รวม 18 ชั่วโมง หลังจากนั้นทำการสังเกตการณ์ และติดตามผลหลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์

4. ขั้นตอนที่ 4 กระบวนการติดตาม และประเมินผลด้านครอบครัวแบบมีส่วนร่วมและการสะท้อนการปฏิบัติ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินความรู้ก่อน – หลังการฝึกอบรม แบบวัดการทำหน้าที่การดูแลสมาชิกในครอบครัวในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)
2. ข้อมูลเชิงปริมาณ นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบความรู้ก่อน - หลัง การเข้าโครงการ โดยใช้สถิติทดสอบค่าที

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาเลขที่โครงการวิจัย NRPH 17 เมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2564 และผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตนเอง พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการเข้าร่วมวิจัยให้ทราบทุกราย และขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลโดยชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับ หรือปฏิเสธในการตอบแบบสอบถามในการศึกษาครั้งนี้ โดยไม่เกิดความเสียหายแต่อย่างใดในระหว่างเข้าร่วมวิจัย สามารถออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ ทั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่องาน ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

จากการศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพด้านครอบครัว เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยได้แบ่งการนำเสนอเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการพัฒนาศักยภาพด้านครอบครัวเพื่อการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน พบว่าการพัฒนาศักยภาพด้านครอบครัว ในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างความรู้ (Appreciation: A) 2) การสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence: I) 3) การสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C) ดังนี้

1. การสร้างความรู้ (Appreciation: A) ขั้นตอนการสร้างความรู้ ในขั้นตอนนี้จะเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมทุกคนร่วมแสดงความคิดเห็น และสรุปประเด็นสำคัญที่ต้องการพัฒนา พบว่าองค์ประกอบศักยภาพด้านครอบครัวเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านภารกิจ ความรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ 2) องค์ประกอบด้านการสื่อสารกับบุคคลในครอบครัว 3) องค์ประกอบด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

2. การสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence: I) ในขั้นตอนนี้เป็นการพัฒนาตามประเด็นปัญหา/องค์ประกอบของศักยภาพด้านครอบครัว ในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของสมาชิกในครอบครัวที่กลุ่มร่วมกันสรุปประเด็นที่ต้องการพัฒนา ร่วมกันกำหนดโครงการ กำหนดเป้าหมาย กิจกรรมในการพัฒนา ซึ่งแบ่งกิจกรรมออกเป็น 2 ช่วงคือ 1) การคิดโครงการ/กิจกรรมที่จะทำให้เกิดบรรลุวัตถุประสงค์ 2) การดำเนินการกิจกรรมตามแผนที่วางไว้

3. การสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C) เป็นการดำเนินการตามแผนในโครงการ/กิจกรรมที่วางไว้ โดยการจัดโครงการอบรม 3 วัน รวม 18 ชั่วโมง ทำการอบรมเกี่ยวกับการทำหน้าที่การดูแลสมาชิกในครอบครัวในหัวข้อ 1) ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน 2) ภารกิจ ความรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ 3) เทคนิคการสื่อสารกับบุคคลในครอบครัว หลังจากนั้นติดตามผลหลังเข้าร่วมโครงการอบรม 2 สัปดาห์เกี่ยวกับการให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินตนเองก่อนและหลังการฝึกอบรม

ตอนที่ 2 ผลการทดลองใช้ศักยภาพด้านครอบครัวเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ทำการวัดความรู้ก่อน – หลัง การเข้าโครงการฝึกอบรม และวัดการทำหน้าที่การดูแลสมาชิกในครอบครัวในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ก่อนและหลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์ นำเสนอผลการวิจัย ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้มี 115 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 65.21 เพศหญิงร้อยละ 34.79 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40 – 49 ปี ร้อยละ 30.43 สถานภาพในครอบครัวส่วนใหญ่ สมรส การศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 30.43 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่เฉลี่ย 3,001 – 4,000 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะประชากร (n=115)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	75	65.21
หญิง	40	34.79
อายุ		
20 – 29	15	13.04
30 - 39	30	26.09
40 – 49	35	30.43
50 – 59	25	21.74
60 ปีขึ้นไป	10	8.70
สถานภาพสมรส		
สมรส	85	73.92
หม้าย	5	4.34
หย่า/แยก	25	21.74
การศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	34	29.57
มัธยมศึกษาตอนต้น	35	30.43
มัธยมศึกษาตอนปลาย	30	26.09
ปริญญาตรี	15	13.04
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.87
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1 – 3 คน	38	33.05
4 – 6 คน	42	36.52
7 – 9 คน	35	30.43
อาชีพ		
เกษตรกรรวม	95	82.61
รับจ้างทั่วไป	20	17.39
รายได้ต่อเดือน		
1,000 – 2,000	30	26.09
2,000 – 3,000	25	21.74
3,000 – 4,000	35	30.43
4,001 บาทขึ้นไป	25	21.74

เปรียบเทียบความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับศักยภาพด้านครอบครัว เฉลี่ยหลังฝึกอบรมสูงกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้นเท่ากับ 7.45 คะแนน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการทดสอบความรู้เกี่ยวกับศักยภาพด้านครอบครัวก่อนและหลังการฝึกอบรม (n=115)

	n	M	SD	z	p
ก่อนการอบรม	115	8.08	1.83	-32.72	.00
หลังการอบรม	115	15.53	1.53		

ประสิทธิผลการพัฒนาศักยภาพด้านครอบครัวเพื่อการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยการเปรียบเทียบ การทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างในการดูแลสมาชิกในครอบครัวในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนก่อนและหลังเข้าร่วม โครงการอบรม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การทำหน้าที่การดูแลสมาชิกในครอบครัวในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนก่อนและหลังเข้าร่วม โครงการอบรม

การทำหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างในการดูแล สมาชิกในครอบครัว	ก่อนการอบรม			หลังการอบรม 2 สัปดาห์		
	M	SD	แปลผล	M	SD	แปลผล
ด้านการกิจ ความรับผิดชอบตามบทบาท หน้าที่	3.09	.49	ปานกลาง	4.77	.42	มากที่สุด
ด้านการสื่อสารกับบุคคลในครอบครัว	3.15	.52	ปานกลาง	4.66	.47	มากที่สุด
ด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิด อุบัติเหตุทางท้องถนน	2.97	.71	ปานกลาง	4.62	.48	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ย	3.07	.09	ปานกลาง	4.68	.07	มากที่สุด

อภิปรายผล

วัตถุประสงค์การวิจัยในครั้งนี้เพื่อ 1) พัฒนาศักยภาพด้านครอบครัว ในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน 2) ประเมินประสิทธิผลศักยภาพด้านครอบครัว ในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน อภิปรายผลใน 2 ประเด็น ดังนี้

การพัฒนาศักยภาพด้านครอบครัว ในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของสมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างความรู้ (Appreciation: A) 2) การสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence: I) 3) การสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C) ดังนี้ ในขั้นตอนการสร้างความรู้จะเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนร่วมแสดงความคิดเห็น และสรุปประเด็นสำคัญที่ต้องการพัฒนา และร่วมกันสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence: I) ตามประเด็นปัญหาที่กลุ่ม

ร่วมกันสรุปประเด็นที่ต้องการพัฒนา ร่วมกันกำหนดโครงการ กำหนดเป้าหมาย กิจกรรมในการพัฒนา ซึ่งแบ่งกิจกรรมออกเป็น 2 ช่วงคือ 1) การคิดโครงการ/กิจกรรมที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ 2) การดำเนินการกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ และสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C) ร่วมกัน ซึ่งเป็นการดำเนินการตามแผนในโครงการ/กิจกรรมที่วางไว้ ซึ่งการพัฒนาศักยภาพด้านครอบครัวในครั้งนี้เป็นไปตามกระบวนการ AIC ที่เน้นความเป็นกระบวนการ ดำเนินการตามขั้นตอนที่วางไว้ เน้นการระดมความคิดเห็น สร้างกิจกรรมร่วมกันในการพัฒนาและเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาอันเป็นพลังเชิงสร้างสรรค์ในการพัฒนา สอดคล้องกับการศึกษาของ ไชยภูมิ ลิทธิวัจ (2555) ที่ใช้กระบวนการ AIC ในการจัดทำแผนงานชุมชนแบบมีส่วนร่วม (PAR) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความสำคัญ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนา มีความรู้ ความเข้าใจ มีการประสานงานกับหน่วยงาน/องค์กรภายนอกเพื่อขอรับการช่วยเหลือและสนับสนุนกิจกรรมของชุมชน และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพิมล ขอบผล และคณะ (2557). ที่ใช้กระบวนการ AIC ในการประชุมกลุ่มและการวางแผน ดำเนินการแก้ปัญหาของโครงการพบว่า ชุมชนมีความพึงพอใจจากการเข้าร่วมดำเนินการในโครงการและกระตุ้นให้ชุมชนหาแนวทางแก้ไขปัญหของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและนำไปใช้เป็นต้นแบบในชุมชนอื่นได้ จะเห็นได้ว่าการใช้กระบวนการ AIC โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมนั้นทำให้ประชาชนในพื้นที่เห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือเกิดการเรียนรู้และพัฒนาาร่วมกันของคนในชุมชน ซึ่งจะทำให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

ประสิทธิผลศักยภาพด้านครอบครัว ในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้หลังการฝึกอบรมสูงกว่าก่อนการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 กล่าวได้ว่า ความรู้ของผู้เข้าอบรมได้รับการพัฒนาเพิ่มขึ้นจากการใช้ศักยภาพด้านครอบครัว ในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน และการทำหน้าที่การดูแลสมาชิกในครอบครัว ในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนหลังเข้าร่วมโครงการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรม ซึ่งสัมพันธ์กับจำนวนการเกิดอุบัติเหตุทางถนนที่ลดลงจากปี 2563 สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลวรรณ บัวชุม (2559) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการจัดการความปลอดภัยทางถนนตามยุทธศาสตร์ SE เพื่อลดอุบัติเหตุทางถนนของสำนักงานขนส่งจังหวัดเพชรบุรี พบว่า การจัดการความปลอดภัยทางถนนมีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลของการจัดการความปลอดภัยทางถนน ซึ่งทำให้จำนวนการเกิดอุบัติเหตุลดลง และการศึกษาของ สมบูรณ์ จิตต์พิมาย (2564) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลการจัดการด้านชุมชนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา พบว่า การที่จะจัดการด้านชุมชนให้มีประสิทธิภาพได้นั้นมีปัจจัยหลายประการ และการสร้างพฤติกรรมการขับขี่ที่ถูกต้องทั้งผู้ขับขี่และผู้โดยสารเป็นแนวทางสำคัญในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ซึ่งสอดคล้องกับศักยภาพด้านครอบครัวที่เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนและการขับขี่ยานพาหนะที่ถูกต้องเพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุ

ข้อเสนอแนะ ผลจากการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะ 3 ด้าน ดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. นโยบายระดับอำเภอ ควรสนับสนุนให้มีการดำเนินงานแบบบูรณาการร่วมกันในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีการบริหารจัดการ วางแผนดำเนินงาน และเป้าหมายร่วมกันให้สอดคล้องเป็นหนึ่งเดียว
2. นโยบายระดับตำบล ควรสนับสนุนให้มีการดำเนินงานแบบบูรณาการร่วมกันในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับตำบล ได้มีการบริหารจัดการ วางแผนดำเนินงาน และวางเป้าหมายร่วมกัน

3. นโยบายระดับหมู่บ้าน ควรบริหารจัดการในระดับหมู่บ้าน ในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนและประสานงานในระดับตำบลเพื่อวางแผนร่วมกัน

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับในพื้นที่ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ควรให้ความร่วมมือและสร้างเครือข่ายให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม และพร้อมให้ความช่วยเหลือและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน
2. สนับสนุนหน่วยงานในพื้นที่ ที่มีบทบาทสำคัญในชุมชน เช่น องค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่ เป็นแกนนำหลักในการสนับสนุนการดำเนินงาน และประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภายในและภายนอกต่อการดำเนินงาน และควรให้การสนับสนุนกิจกรรมชุมชนที่มีส่วนผลักดันให้เกิดกิจกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน รวมทั้งควรมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อส่งผลต่อการดำเนินงานอย่างยั่งยืน
3. พัฒนาระบบฐานข้อมูลด้านการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนไว้เป็นศูนย์กลางของอำเภอ รวมทั้งสร้างระบบการเฝ้าระวัง ติดตามและประเมินผล
4. พัฒนาศักยภาพแกนนำระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ให้เกิดความรู้ แนวคิดเชิงระบบเพื่อเป็นส่วนผลักดันในการบริหารจัดการ การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมในพื้นที่
5. พัฒนาระบบการสื่อสารระหว่างหน่วยงานภายในและภายนอก
6. นำ Best Practice หรือผลการดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จมาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พร้อมทั้งยกย่องเชิดชูบุคคล และองค์กรเครือข่ายที่ร่วมกันทำให้เกิดความสำเร็จในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนนอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นการให้กำลังใจให้กับคนทำงานต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไปทำการศึกษา หรือเปรียบเทียบกับเขตอำเภออื่นๆ เพื่อนำข้อค้นพบที่ได้ไปปรับปรุงและประยุกต์ใช้กับพื้นที่อื่นๆ ได้อย่างเหมาะสมกับการพัฒนาและขับเคลื่อนงานด้านการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน
2. ควรมีการจัดการความรู้ด้านกระบวนการบริหารจัดการ การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน เพื่อเป็นแนวทางและวิธีการต่อการนำไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่อื่นๆ ในการดำเนินงานป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน รวมทั้งสามารถนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการพัฒนาระบบการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบคุณ นายแพทย์สุรชัย จิตต์ดำรงค์ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลลำทะเมนชัย นางสมควร จันทร์ทอง หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลลำทะเมนชัย และนายวันสุกรี แวมามะ นายอำเภอลำทะเมนชัย ที่ให้คำปรึกษารวมถึงข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยชี้แนะงานวิจัยครั้งนี้เสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

- ไชยภูมิ สิทธิวัง. (2555). การจัดทำแผนงานชุมชนแบบมีส่วนร่วม (PAR) โดยการประยุกต์ใช้เทคนิค A-I-C. สืบค้นเมื่อ 30 เมษายน 2565 จากวิกิพีเดีย <https://www.dmcr.go.th>.
- นิพนธ์ ศุภปรีดี. (2537). *ประมวลสาระชุดวิชาเทคโนโลยีและสื่อสารการฝึกอบรมหน่วยที่ 8-11*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- เมธิกา ไกรนที วันชัย ธรรมศักดิ์ และอุทิศ สังขรัตน์. (2020). ครอบครัว: สถาบันหลักทางสังคมกับบทบาทการพัฒนา มนุษย์แบบองค์รวม. *วารสารปริชาต มหาวิทยาลัยทักษิณ*, 33(1), 1 – 16.
- วิไลวรรณ บัวชุม. (2559). *ประสิทธิผลการจัดการความปลอดภัยทางถนนตามยุทธศาสตร์ 5E เพื่อลดอุบัติเหตุทางถนนของ สำนักงานขนส่งจังหวัดเพชรบุรี*. (ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ, มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์).
- ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุเพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน. (2563). การเปรียบเทียบทางสถิติการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 30 เมษายน 2565 จากวิกิพีเดีย <https://www.thairsc.com>.
- สมบูรณ์ จิตต์พิมาย. (2564). ผลการจัดการด้านชุมชนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัด นครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*, 7(1), 237 – 255.
- สินธุ์ สโรบล. (2552). *วิธีวิทยาวิจัยเพื่อการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาชุมชน: บทสังเคราะห์งานวิจัยเพื่อท้องถิ่นในประเทศไทยและประสบการณ์จากต่างประเทศ*. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- สิริทรัพย์ สีหะวงษ์ และ สุพัตรา คีดวงพันธ์. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเลี้ยงดูกับพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 19(3), 165 – 172.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำทะเมนชัย. (2563). *รายงานอุบัติเหตุ 2562 – 2563*. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา.
- สุพิมล ขอสผล และคณะ. (2557). การใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการดื่มสุราใน ชุมชนหมู่บ้านหนองเต่าคำใหม่ ตำบลป่าไผ่ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารการพัฒนาชุมชนและ คุณภาพชีวิต*, 2(3), 313 – 324.
- อุทัยทิพย์ เจียวิวรรณกุล. (2553). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม: แนวคิด หลักการ และบทเรียน*. กรุงเทพฯ. พี.เอ.ลิฟวิ่ง.จำกัด.
- Cohen J. (1977). *Statistical power for the behavioral sciences*. 2nd ed. New York: Academic Press.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Kemmis, S and Ma Taggart, R. (Eds.). (1988). *The Action Research Planner*. 3rd ed. Geelong, Australia: Deakin University Press.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตการทำงานต่อประสิทธิภาพ การปฏิบัติตามมาตรการรพยาบาลปลอดภัยของพนักงานขับรถพยาบาลในจังหวัดสุพรรณบุรี

กัมปนาท มาลัยศรี, วท.บ.*

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) วัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษา ระดับความรู้ด้านสุขภาพคุณภาพชีวิตการทำงาน และประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการรพยาบาลปลอดภัยของ พนักงานขับรถพยาบาลและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตการทำงานต่อ ประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการรพยาบาลปลอดภัยของพนักงานขับรถพยาบาลในจังหวัดสุพรรณบุรี ประชากรที่ ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พนักงานขับรถพยาบาลของหน่วยงานพาหนะโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 81 คน เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการ รพยาบาลปลอดภัยของพนักงานขับรถพยาบาล คุณภาพชีวิตโดยรวม คุณภาพชีวิตด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ คุณภาพชีวิตด้านความก้าวหน้าในการทำงาน คุณภาพชีวิตด้านความภาคภูมิใจในอาชีพ คุณภาพชีวิตด้านความปลอดภัยใน การทำงาน และ คุณภาพชีวิตด้านการสื่อสารข้อมูล มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการ รพยาบาลปลอดภัยของพนักงานขับรถพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ ดังนี้ 0.001, 0.039, 0.008, 0.858, 0.010, 0.010, 0.000 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.354, 0.229, 0.294, 0.283, 0.283 และ 0.497 ตามลำดับ ซึ่งมีความสัมพันธ์กันในระดับน้อย

ผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะ ในด้านความรู้ด้านสุขภาพ ควรส่งเสริมให้พนักงานขับรถพยาบาลมีความรู้ ด้านสุขภาพในด้านความรู้ความเข้าใจ จัดกิจกรรมส่งเสริมให้พนักงานขับรถมีทักษะในการสื่อสาร ส่งเสริมด้านคุณภาพ ชีวิตการทำงานของพนักงานขับรถในด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการอย่างเหมาะสม มีความก้าวหน้าในการทำงาน ให้ ความสำคัญและจัดกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงาน และ จัดให้มีช่องทางการสื่อสารข้อมูลหลากหลาย ช่องทาง เพื่อเข้าถึงแหล่งข้อมูลโดยง่าย

คำสำคัญ : ความรู้ด้านสุขภาพ, คุณภาพชีวิตการทำงาน, พนักงานขับรถพยาบาลจังหวัดสุพรรณบุรี

*นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี

E-mail: mobilechy@gmail.com

**A Study of the Relationship between Health Literacy, Quality of Working Life, and Efficiency
in Complying with the Ambulance Safety Measures among Ambulance Drivers
in Suphanburi Province.**

Kampanat Malaisri, B.Sc.

Abstract

This study is a descriptive research. The objective is to study the level of knowledge in health, quality of work life, and the effectiveness of ambulance safety measures for ambulance drivers and analyze the relationship between health literacy, and quality of working life affecting efficiency of ambulance compliance with safety measures of ambulance drivers in Suphan Buri Province. The population used in this research was ambulance drivers of the Chao Phraya Yommarat Hospital Vehicle Unit, general hospital and 81 community hospitals in Suphan Buri Province. Data were collected by questionnaires. The data were analyzed using Pearson's correlation coefficient.

The results of the study revealed that the relationship between health literacy and efficiency of ambulance drivers' compliance with safety measures, overall quality of life. Quality of life in terms of compensation and benefits. Quality of life in terms of progress at work. Quality of life in regards to professional pride. Quality of life in safety at work and quality of life in information communication. There was a positive correlation with the efficiency of ambulance drivers' compliance with safe ambulance measures, statistically significant $p\text{-value} < 0.05$ as follows: 0.001, 0.039, 0.008, 0.858, 0.010, 0.010, 0.000, with the correlation coefficient (r) being 0.354, 0.229, 0.294, 0.283, 0.283 and 0.497, respectively, which relationship to a lesser extent.

The research findings suggest, in terms of health literacy. Ambulance drivers should be encouraged to have knowledge of health in terms of cognition. Organize activities to promote communication skills for drivers. Promote the quality of working life of drivers in terms of appropriate compensation and welfare progress in work. Give importance to and organize activities to promote safety at work and provide various information communication channels for easy access to resources.

Key words: health literacy quality of work life ambulance driver in Suphan Buri Province

บทนำ

พนักงานขับรถพยาบาลในโรงพยาบาล เป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญต่อการดำเนินงาน ด้านสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติหลักในการนำส่ง ผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บ จากโรงพยาบาล ไปยังสถานพยาบาล ที่สามารถให้การดูแล รักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการปฏิบัติการเข้าช่วยเหลือผู้ที่มีอาการเจ็บพลัน รุนแรง ทั้งผู้เจ็บป่วยและ ผู้บาดเจ็บนอกโรงพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ ร่วมกลับวิชาชีพอื่นๆ ซึ่งต้องขับรถด้วยความรวดเร็วเพื่อไปรับผู้ป่วยวิกฤต ณ สถานที่เกิดเหตุ และนำส่งสถานพยาบาลภายในระยะเวลา ที่เหมาะสม ด้วยลักษณะการทำงานที่เร่งรีบเช่นนี้ ทำให้ บุคลากรกลุ่มนี้ได้รับความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจราจร ระหว่างการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น องค์การอนามัยโลก รายงานว่าในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนถึง 1.3 ล้านคน และในแต่ละวันประชากรโลกกว่า 3 หมื่นคน ได้รับบาดเจ็บ จากอุบัติเหตุทางถนน (WHO,2015) จากข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางถนน ของรถพยาบาล จากสถาบันการแพทย์ จุกเงินแห่งชาติ ระหว่างปีงบประมาณ 2559-2562 (สถาบันการแพทย์จุกเงินแห่งชาติ,2564) พบว่า รถพยาบาลในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข เกิดอุบัติเหตุ รวมทั้งสิ้น 115 ครั้ง ผู้บาดเจ็บ 294 คน เสียชีวิต 21 คน สำหรับสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 67 มีสาเหตุจาก ปัจจัยด้านพฤติกรรมพนักงานขับรถพยาบาลเช่น หลับใน ขับรถเร็วเกินกำหนด ฝ่าไฟแดง รองลงมาคือ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ถูกคู่กรณีชน ฝนตก ถนนลื่น วัสดุตกหน้า แสงสว่างไม่เพียงพอ ร้อยละ 31 และ ปัจจัยจากตัวรถพยาบาล เช่นยางระเบิด จากข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุดังกล่าว จะเห็นได้ว่า ส่งผลกระทบทั้งจากผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่ในการรับส่งต่อผู้ป่วย กระทรวงสาธารณสุข จึงได้ออกนโยบายและข้อสั่งการ กำหนดมาตรการความปลอดภัยรถพยาบาลให้โรงพยาบาลภาครัฐทุกแห่งถือปฏิบัติโดยเคร่งครัด เช่น ให้มีการตรวจสอบ สภาพรถพยาบาลทุกประเภทพร้อมใช้งาน มีความปลอดภัยและบำรุงรักษาสม่ำเสมอ ติดตั้งอุปกรณ์ GPS ที่ได้มาตรฐาน ของกรมการขนส่ง ติดตั้งกล้องวงจรปิดบันทึกภาพด้านหน้าและบริเวณคนขับ ต้องมีเข็มขัดนิรภัยที่ได้มาตรฐานทุกที่นั่ง พนักงานขับรถพยาบาล ต้องจำกัดความเร็วของรถไม่เกิน 80 กม./ชั่วโมง และต้องผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรของ กระทรวงสาธารณสุข และตรวจสอบสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และ ให้มีระบบการรายงานกรณีเกิดอุบัติเหตุจุกเงินให้ สาธารณสุขจังหวัดดำเนินการสอบสวนสาเหตุปัญหาพร้อมเสนอแนวทางป้องกัน และส่งผลไปยังต้นสังกัดรถพยาบาลและ กองสาธารณสุขจุกเงิน เป็นต้น ในกรณีที่ไม่นับปฏิบัติตามมาตรการข้างต้น และเกิดอุบัติเหตุร้ายแรงจนทำให้มีการบาดเจ็บ และเสียชีวิต ต้องมีการตั้งกรรมการสอบสวน และดำเนินการทางวินัย ตามฐานความผิด ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สุพรรณบุรี ซึ่งมีบทบาทด้านการบริหาร ตอบสนองนโยบาย โดยสั่งการให้โรงพยาบาลภาครัฐในสังกัดได้ถือปฏิบัติตาม นโยบายอย่างเคร่งครัด

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการรถพยาบาลปลอดภัยที่ผ่านมา โดย ภารณี วสุเสถียร (2559) ผลการศึกษา พบว่า ประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการรถพยาบาลปลอดภัย ของ พนักงานขับรถพยาบาล เขตสุขภาพที่ 6 อยู่ในระดับดี ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการรถพยาบาล คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกกับประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการรถพยาบาลปลอดภัย เช่นเดียวกับผลการวิจัยของ แสงเดือน กิ่งแก้ว และ นุสรา ประเสริฐศรี (2559) ที่พบว่า ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในระดับสูงหรือเพียงพอ จะมีพฤติกรรมสุขภาพดี เนื่องจากสามารถแสวงหา ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง จากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย และเข้าใจความรู้/ข่าวสารทางสุขภาพ

สามารถตัดสินใจเลือกข้อมูลทางสุขภาพเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้เหมาะสม รวมทั้งสามารถนำความรู้มาสู่การดูแลสุขภาพของตนเองให้เหมาะสมกับสุขภาพได้

การปฏิบัติตามนโยบายมาตรการรพพยาบาลปลอดภัยของจังหวัดสุพรรณบุรี ที่ผ่านมา ยังไม่มีการประเมินประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการของพนักงานขับรถพยาบาล ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของมาตรการดังกล่าว จึงมีแนวคิดที่จะประเมินประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการของพนักงานขับรถพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดจังหวัดสุพรรณบุรี รวมทั้งศึกษาระดับความรู้ และ คุณภาพชีวิตของพนักงานขับรถพยาบาล ว่าเป็นอย่างไร เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับเสนอผู้เกี่ยวข้องในการวางแผนพัฒนาในประเด็นต่างๆ อันจะทำให้ประสิทธิภาพการปฏิบัติตามนโยบายหรือมาตรการรพพยาบาลปลอดภัยของโรงพยาบาลในจังหวัดสุพรรณบุรี สูงขึ้น อัตราการเกิดอุบัติเหตุจากการจราจรของรพพยาบาล การสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินของบุคลากรสาธารณสุข ผู้ป่วยและญาติ ลดลง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพตนเอง คุณภาพชีวิตการทำงาน และประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการรพพยาบาลปลอดภัยของพนักงานขับรถของโรงพยาบาลในจังหวัดสุพรรณบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพตนเอง คุณภาพชีวิตการทำงานกับประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการรพพยาบาลปลอดภัยของพนักงานขับรถพยาบาลในจังหวัดสุพรรณบุรี

ระเบียบวิธีการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ รูปแบบเป็นการวิจัยพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) ประชากรที่ใช้ในการวิจัย เป็นพนักงานขับรถพยาบาลของหน่วยงานพาหนะ โรงพยาบาลในสังกัดจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 85 คน โดยศึกษาทุกหน่วยประชากร โดยมีคุณสมบัติ เป็นพนักงานขับรถพยาบาลของหน่วยงานพาหนะ โรงพยาบาล ในสังกัดจังหวัดสุพรรณบุรี และปฏิบัติงานหน้าที่พนักงานขับรถพยาบาลระหว่างปีงบประมาณ 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เป็นแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา การประสบปัญหาเครื่องยนต์เสียระหว่างการเดินทาง ประสบการณ์ในการเกิดอุบัติเหตุขณะขับรถพยาบาล การได้รับการปฐมพยาบาลก่อนการปฏิบัติหน้าที่พนักงานขับรถพยาบาล การอบรมเสริมความรู้ด้านความปลอดภัย และมาตรการขับรถพยาบาลปลอดภัย และ ความรู้เกี่ยวกับการบำรุงรักษาเครื่องยนต์ หรือแก้ไขปัญหาคือเครื่องยนต์เสีย และลักษณะคำถามเป็นแบบเติมข้อความข้อ

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของพนักงานขับรถพยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถามความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการตัดสินใจ ด้านทักษะการจัดการตนเอง และ ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ระดับการวัด 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และ มากที่สุด

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงานขับรถพยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ประเด็น คือ ค่าตอบแทนและสวัสดิการ ความก้าวหน้าในการทำงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ความภาคภูมิใจในอาชีพ

ความปลอดภัยในการทำงาน การสื่อสารข้อมูล ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ระดับการวัด 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และ มากที่สุด

ส่วนที่ 4 คำถามเกี่ยวกับประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการรพพยาบาลปลอดภัยของพนักงานขับรถพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์มาจากข้อกำหนดมาตรการรพพยาบาลปลอดภัยซึ่งเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ การเตรียมความพร้อมรพพยาบาลก่อนออกปฏิบัติงานการปฏิบัติตัวขณะขับรถพยาบาล การเข้ารับการอบรมเพิ่มทักษะ การตรวจสุขภาพ และการทำความสะอาดรพพยาบาลตามมาตรฐานงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ ภายหลังการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ระดับการวัด 3 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง และปฏิบัติทุกครั้ง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำหนังสือ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และ โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อขออนุญาตเข้าพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย หลังจากนั้น ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และ โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อขอความร่วมมือในการนัดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูล ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล และรายละเอียดของข้อคำถาม ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และส่งมอบแบบสอบถามการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อตอบข้อมูลโดยกำหนดระยะเวลาตอบแบบสอบถาม 1 สัปดาห์ และเมื่อตอบข้อมูลในแบบสอบถามเสร็จแล้วให้ส่งแบบสอบถามกลับคืนให้กับหัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไปในสังกัดตนเอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 15 มกราคม 2565 –วันที่ 15 มีนาคม 2565 รวม 45 วัน มีแบบสอบถามที่สมบูรณ์สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล 81 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 95.29 ของประชากรทั้งหมด นำแบบสอบถามทุกฉบับที่มีความสมบูรณ์ ไปลงบันทึกข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS

ขั้นตอนวิธีการเก็บข้อมูล

ชี้แจงรายละเอียดของข้อคำถาม พร้อมทั้งสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อได้รับการยินยอมเข้าร่วมวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อโดยใช้ลายเซ็นในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่อ่านและเขียนหนังสือได้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะแจกแบบสอบถามพร้อมทั้งอธิบายแนวทางการตอบแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างให้เข้าใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถใช้เวลาคิดและตัดสินใจในการทำแบบสอบถามโดยไม่มีข้อจำกัดหรือการบังคับใดๆ และในระหว่างทำแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา ซึ่งใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเฉลี่ย 30 นาทีต่อราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยคำนึงถึงคุณธรรมและจริยธรรมในการทำวิจัยตลอดจนปกป้องสิทธิ คุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างเท่าเทียมกัน โดยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่ ym 006/2565 ผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ หรือ Belmont Report คือ หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person หลักคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และ หลักความยุติธรรม (Justice) ตั้งแต่เริ่มเก็บข้อมูลจนเสร็จสิ้นการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากรของพนักงานขับรถพยาบาล จังหวัดสุพรรณบุรี

พนักงานขับรถพยาบาล ทุกคน เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 40.07 ปี ต่ำสุด 23 ปี สูงสุด 59 ปี รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 13,032.10 บาท รายได้ต่ำสุด 7,500 บาท สูงสุด 28,000 บาท ประสบการณ์ขับรถพยาบาลเฉลี่ย 8.38 ปี ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 36 ปี ร้อยละ 88.89 ไม่เคยประสบปัญหาเครื่องยนต์เสียระหว่างการเดินทาง ช่วง 3 ปี ที่ผ่านมา (พ.ศ.2562-2564) ร้อยละ 91.36 ไม่เคยประสบอุบัติเหตุขณะขับรถพยาบาล ร้อยละ 81.48 เคยได้รับการปฐมพยาบาลก่อนการปฏิบัติหน้าที่พนักงานขับรถ ร้อยละ 88.89 ได้รับการอบรมเสริมความรู้ด้านความปลอดภัยและมาตรการขับรถพยาบาลปลอดภัย พนักงานขับรถพยาบาล ร้อยละ 87.65 มีความรู้ในระดับที่สามารถแก้ไขปัญหาเครื่องยนต์เสียเบื้องต้นได้ และร้อยละ 09.88 มีความรู้ในระดับดีในการแก้ไขปัญหาเครื่องยนต์เสีย

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของพนักงานขับรถพยาบาล

พนักงานขับรถพยาบาล ร้อยละ 64.20 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพ รายด้าน พบว่า พนักงานขับรถพยาบาล มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง มากที่สุด คือด้านความรู้ความเข้าใจ ร้อยละ 91.36 รองลงมาคือด้านทักษะการสื่อสาร และด้านทักษะการตัดสินใจ ร้อยละ 87.65 และ ร้อยละ 85.19 ตามลำดับ พนักงานขับรถพยาบาลมีความรอบรู้ระดับสูง น้อยที่สุดคือด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ดังตารางที่ 1

ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน (n=81)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ความรอบรู้โดยรวม		
น้อย	1	01.23
ปานกลาง	28	34.57
สูง	52	64.20
ความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ		
น้อย	0	0
ปานกลาง	32	39.51
สูง	49	60.49

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของพนักงานขับรถพยาบาล จังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน (n=81) (ต่อ)

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ด้านความรู้ความเข้าใจ		
น้อย	0	0
ปานกลาง	7	08.64
สูง	74	91.36
ความรู้ด้านทักษะการสื่อสาร		
น้อย	0	0
ปานกลาง	10	12.35
สูง	71	87.65
ความรู้ด้านทักษะการตัดสินใจ		
น้อย	0	0
ปานกลาง	12	14.81
สูง	69	85.19
ความรู้ด้านทักษะการจัดการตนเอง		
น้อย	0	0
ปานกลาง	62	76.54
สูง	19	23.46
ความรู้ด้านการทักษะการรู้เท่าทันสื่อ		
น้อย	0	0
ปานกลาง	26	32.10
สูง	55	67.90

3.คุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงานขับรถพยาบาล

พนักงานขับรถพยาบาล ร้อยละ 51.86 มีคุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตการทำงาน of พนักงานขับรถพยาบาล รายด้าน พบว่า พนักงานขับรถพยาบาล มีคุณภาพชีวิตการทำงานระดับสูง มากที่สุดในด้านความปลอดภัยในการทำงาน และด้านความภาคภูมิใจในอาชีพ จำนวนเท่า ๆ กัน คือร้อยละ 88.89 สำหรับคุณภาพชีวิตการทำงานด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ พบว่า มีระดับสูง น้อยที่สุดเมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ คือ มีเพียงร้อยละ 14.82 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของพนักงานขับรถพยาบาล จังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมและรายด้าน (n=81)

ระดับคุณภาพชีวิตการทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตโดยรวม		
น้อย	1	01.23
ปานกลาง	42	51.86
สูง	38	46.91
คุณภาพชีวิตด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ		
น้อย	18	22.22
ปานกลาง	51	62.96
สูง	12	14.82
คุณภาพชีวิตด้านความก้าวหน้าในการทำงาน		
น้อย	2	02.47
ปานกลาง	44	54.32
สูง	35	43.21
คุณภาพชีวิตด้านความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน		
น้อย	0	0
ปานกลาง	48	59.26
สูง	33	40.74
คุณภาพชีวิตด้านความภาคภูมิใจในอาชีพ		
น้อย	0	0
ปานกลาง	9	11.11
สูง	72	88.89
คุณภาพชีวิตด้านความปลอดภัยในการทำงาน		
น้อย	0	0
ปานกลาง	9	11.11
สูง	72	88.89
คุณภาพชีวิตด้านการสื่อสารข้อมูล		
น้อย	0	0
ปานกลาง	21	25.93
สูง	60	74.07

4.ประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการรพพยาบาลปลอดภัย

พนักงานขับรถพยาบาล ร้อยละ 77.78 มีประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการรพพยาบาลปลอดภัย อยู่ในระดับสูง รองลงมามีประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการรพพยาบาลปลอดภัย อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 22.22 ไม่พบพนักงานขับรถพยาบาล มีประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการรพพยาบาลปลอดภัยอยู่ในระดับน้อย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของพนักงานขับรถพยาบาล จังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกตามระดับประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการรถพยาบาลปลอดภัย (n=81)

ระดับประสิทธิภาพการปฏิบัติ ตามมาตรการรถพยาบาลปลอดภัย	จำนวน	ร้อยละ
น้อย (0-09.33 คะแนน)	0	0
ปานกลาง (09.34-18.67 คะแนน)	18	22.22
สูง (18.68-28.00 คะแนน)	63	77.78
M = 22.91 SD = 3.29 Min = 15 Max = 29		

5.ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ คุณภาพชีวิตการทำงาน กับประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการรถพยาบาลปลอดภัยของพนักงานขับรถพยาบาล

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการรถพยาบาลปลอดภัยของพนักงานขับรถพยาบาล พบว่า ความรู้ด้านความรู้ความเข้าใจ และความรู้ด้านทักษะการสื่อสาร มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการรถพยาบาลปลอดภัยของพนักงานขับรถพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r = 0.258, 0.341$) ตามลำดับ ซึ่งมีความสัมพันธ์กันในระดับน้อย ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ กับ ประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการรถพยาบาลปลอดภัยของพนักงานขับรถพยาบาล จังหวัดสุพรรณบุรี (n=81)

ประเด็นความรู้ด้านสุขภาพ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ระดับนัยสำคัญ Sig (2 tails)	ระดับความสัมพันธ์
ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	0.195	0.081	น้อยมาก
ความรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	0.054	0.632	น้อยมาก
ความรู้ด้านความรู้ความเข้าใจ	0.258	0.020*	น้อย
ความรู้ด้านทักษะการสื่อสาร	0.341	0.002**	น้อย
ความรู้ด้านทักษะการตัดสินใจ	0.195	0.081	น้อยมาก
ความรู้ด้านทักษะการจัดการตนเอง	-0.125	0.268	น้อยมาก
ความรู้ด้านการทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	0.141	0.208	น้อยมาก

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงานกับประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการรถพยาบาลปลอดภัยของพนักงานขับรถพยาบาล พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวม คุณภาพชีวิตด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ คุณภาพชีวิตด้านความก้าวหน้าในการทำงาน คุณภาพชีวิตด้านความภาคภูมิใจในอาชีพ คุณภาพชีวิตด้านความปลอดภัยในการทำงาน และคุณภาพชีวิตด้านการสื่อสารข้อมูล มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการรถพยาบาลปลอดภัย

ของพนักงานขับรถพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r = 0.354, 0.229, 0.294, 0.283, 0.283, 0.497$) ตามลำดับ ซึ่งมีความสัมพันธ์กันในระดับน้อย ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงาน กับ ประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการ
รถพยาบาลปลอดภัยของพนักงานขับรถพยาบาล จังหวัดสุพรรณบุรี (n=81)

ประเด็นคุณภาพชีวิตการทำงาน	ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ (r)	ระดับ นัยสำคัญ Sig (2 tails)	ระดับ ความสัมพันธ์
คุณภาพชีวิตโดยรวม	0.354	0.001	น้อย
คุณภาพชีวิตด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ	0.229	0.039	น้อย
คุณภาพชีวิตด้านความก้าวหน้าในการทำงาน	0.294	0.008	น้อย
คุณภาพชีวิตด้านความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน	0.020	0.858	น้อยมาก
คุณภาพชีวิตด้านความภาคภูมิใจในอาชีพ	0.283	0.010	น้อย
คุณภาพชีวิตด้านความปลอดภัยในการทำงาน	0.283	0.010	น้อย
คุณภาพชีวิตด้านการสื่อสารข้อมูล	0.497	0.000	น้อย

*ระดับนัยสำคัญ 0.05 **ระดับนัยสำคัญ 0.01

อภิปรายผลการวิจัย

1. ประเด็นการเกิดอุบัติเหตุจราจรระหว่างการรับ-ส่งผู้ป่วยจากผลการวิจัย พนักงานขับรถพยาบาลเกือบร้อยละ 10 เคยประสบอุบัติเหตุจราจรระหว่างการเดินทาง และมากกว่าครึ่งขับรถพยาบาลด้วยความเร็วเกิน 80 กม./ชม. หรือเกินกว่าที่กฎหมายกำหนด ในบางครั้งที่ขับรถพยาบาลออกปฏิบัติงานร้อยละ 70 มีการขับรถฝ่าไฟแดง ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุจราจรระหว่างการขับรถรับส่งผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นักสุวรรณ พชรชนสาร (2559) ที่พบว่า สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุจราจรที่เกิดขึ้น ส่วนใหญ่ ร้อยละ 67.8 ของอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นทั้งหมด เกิดจากการขับรถยนต์ด้วยความเร็วในการขับขี่ 81-100 กิโลเมตร/ชั่วโมง เช่นเดียวกับ อนุชา เศรษฐเสถียร (2558) ซึ่งสรุปสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุจราจรของรถพยาบาลประเทศไทย พบว่า ส่วนใหญ่เกิดจาก พนักงานขับรถด้วยความเร็วมากกว่า 90 กม./ชม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์อุบัติเหตุ และพฤติกรรมความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินกับรถพยาบาล ของ รัตติยากร ถิ์วัน และ สมคิด ปราบภัย (2564) ซึ่งพบว่าปัจจัยเสี่ยงต่ออุบัติเหตุเกิดจากพนักงานขับรถพยาบาลมีสภาพร่างกายอ่อนเพลีย ขับรถด้วยความเร็วมากกว่า 80 กม./ชม. และฝ่าสัญญาณจราจร

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของพนักงานขับรถพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า พนักงานขับรถพยาบาล ส่วนใหญ่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 64.20 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 34.57 และ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง มากที่สุด ในด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านทักษะการสื่อสาร และด้านทักษะการตัดสินใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาณี วสุเสถียร (2559) พบว่าพนักงานขับรถพยาบาล มีระดับความรู้ด้านสุขภาพ ทั้งภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี เช่นเดียวกัน ประเด็นสำคัญที่พบจากงานวิจัยในครั้งนี้ ประเด็นแรกคือพนักงานขับรถพยาบาลมากกว่า ร้อยละ 90 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากและมากที่สุดในเรื่อง สามารถอ่าน ทำความเข้าใจ และปฏิบัติตามคู่มือ หรือ

มาตรการด้านความปลอดภัยในการขับรถที่โรงพยาบาลกำหนดได้อย่างถูกต้อง ประเด็นที่สอง พนักงานขับรถมากกว่าร้อยละ 90 มีความสามารถสื่อสารที่ระหว่างเพื่อนร่วมงาน ครอบครัวและบุคคลอื่น และประเด็นที่สาม พบว่าเกือบร้อยละ 90 พนักงานขับรถพยาบาลมีระดับความสามารถในการตัดสินใจได้ดีเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินขณะขับรถพยาบาล ความรอบรู้ในสามประเด็นดังกล่าว อาจส่งผลทำให้พนักงานขับรถพยาบาลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง

3. คุณภาพชีวิตการทำงาน of พนักงานขับรถพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า กว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.86) ของพนักงานขับรถพยาบาล มีคุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา มีคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ระดับสูง ร้อยละ 46.91 พบพนักงานขับรถพยาบาลมีคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับต่ำ ประมาณร้อยละ 1 สอดคล้องกับงานวิจัยของ มาริสา จันทรขุนทด (2560) พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงาน of พนักงานขับรถอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ประเด็นสำคัญที่พบจากงานวิจัยครั้งนี้คือ พนักงานขับรถพยาบาลกว่าร้อยละ 10 ยังมีความคิดเห็นว่าอาชีพที่ทำมีผลกระทบกับวิถีชีวิตของครอบครัว และเกือบครึ่งของพนักงานขับรถพยาบาล มีความพึงพอใจกับสวัสดิการที่ได้รับสำหรับตนเองและครอบครัว อยู่ในระดับน้อย-น้อยที่สุด และ มากกว่าร้อยละ 30 ยังได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้าหน่วยงาน น้อยในเรื่องความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน จากเหตุผลดังกล่าว จึงอาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของพนักงานขับรถพยาบาล ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

4. ประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการรถพยาบาลปลอดภัย ของพนักงานขับรถพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า พนักงานขับรถพยาบาล เกือบร้อยละ 80 มีประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการรถพยาบาลปลอดภัย อยู่ในระดับสูง รองลงมา ประมาณร้อยละ 20 มีประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการรถพยาบาลปลอดภัย อยู่ระดับปานกลาง ไม่พบพนักงานขับรถพยาบาล มีประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการรถพยาบาลปลอดภัยอยู่ในระดับน้อย สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ภาณี วสุเสถียร (2559) ซึ่งได้ศึกษาประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการรถพยาบาลปลอดภัยของพนักงานขับรถพยาบาล เขตสุขภาพที่ 6 ผลการศึกษา พบว่าพนักงานขับรถพยาบาล มีการปฏิบัติงานขับรถพยาบาลตามมาตรการรถพยาบาลปลอดภัยทั้งภาพรวมและ รายด้านอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องจากความปลอดภัยในการรับส่งต่อผู้ป่วยถือเป็นเรื่องสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตและทรัพย์สินของผู้ป่วย ญาติ รวมทั้งบุคลากรสาธารณสุข ประกอบกับเป็นประเด็นร้อน (Hot Issue) ที่มีการกล่าวถึงกันในระดับประเทศ ที่ทำให้กระทรวงสาธารณสุข ต้องกำหนดนโยบายมาตรการรถพยาบาลปลอดภัยและมีคำสั่งแจ้งเวียนให้ทุกโรงพยาบาลถือปฏิบัติตามนโยบายอย่างเคร่งครัด เช่น ให้มีการตรวจสอบสภาพรถพยาบาลทุกประเภทพร้อมใช้งาน มีความปลอดภัยและบำรุงรักษาสม่ำเสมอ ติดตั้งอุปกรณ์ GPS ที่ได้มาตรฐานของกรมการขนส่ง ติดตั้งกล้องวงจรปิดบันทึกภาพด้านหน้าและบริเวณคนขับ ต้องมีเข็มขัดนิรภัยที่ได้มาตรฐานทุกที่นั่ง พนักงานขับรถพยาบาล ต้องจำกัดความเร็วของรถไม่เกิน 80 กม./ชั่วโมง และต้องผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข และตรวจสอบสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และ ให้มีระบบการรายงานกรณีเกิดอุบัติเหตุฉุกเฉินให้สาธารณสุขจังหวัดดำเนินการสอบสวนสาเหตุปัญหาพร้อมเสนอแนวทางป้องกัน และส่งผลไปยังต้นสังกัดรถพยาบาล และกองสาธารณสุขฉุกเฉิน เป็นต้น และมีบทกำหนดโทษในกรณีไม่ปฏิบัติตามนโยบาย ส่งผลให้พนักงานขับรถพยาบาล ต้องถือปฏิบัติตามมาตรการภายใต้การควบคุมกำกับของหัวหน้าหน่วยงานในแต่ละระดับ สิ่งต่างๆเหล่านี้ส่งผลให้ประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการรถพยาบาลปลอดภัยของพนักงานขับรถพยาบาลอยู่ในระดับสูง

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตการทำงานกับประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการรถพยาบาลปลอดภัยของพนักงานขับรถพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านความรู้ความเข้าใจ ความรอบรู้ด้านทักษะการสื่อสาร คุณภาพชีวิตโดยรวม คุณภาพชีวิตด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ คุณภาพชีวิตด้านความก้าวหน้า

ในการทำงาน คุณภาพชีวิตด้านความภาคภูมิใจในอาชีพ คุณภาพชีวิตด้านความปลอดภัยในการทำงาน และ คุณภาพชีวิตด้านการสื่อสารข้อมูล มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการรพพยาบาลปลอดภัยของพนักงานขับรถพยาบาล สอดคล้องกับ ผลการวิจัยของ ภารณี วสุเสถียร (2559) ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการรพพยาบาลปลอดภัยของพนักงานขับรถพยาบาล เขตสุขภาพที่ 6 ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตการทำงาน มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกกับประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการรพพยาบาลปลอดภัย ทั้งนี้ จากข้อมูลผลการวิจัยในครั้งนี้จะเห็นว่า พนักงานขับรถพยาบาล ส่วนใหญ่มีทักษะในการอ่านทำความเข้าใจ และปฏิบัติตามคู่มือ หรือมาตรการด้านความปลอดภัยในการขับรถ ข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อต่างๆ โดยเฉพาะการสื่อออนไลน์ (face book, line) รวมทั้งการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้านสุขภาพหรือความปลอดภัยก่อนที่จะเชื่อและตัดสินใจ และสามารถตัดสินใจได้ดี เมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินขณะขับรถพยาบาล นอกจากนี้ พนักงานขับรถ ส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่ออาชีพ เช่น มีความภูมิใจในอาชีพสามารถทำประโยชน์ให้กับสังคม มีความสุขเมื่อได้ขับรถเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลให้มีการบำรุงรักษารถยนต์อย่างสม่ำเสมอ จากข้อมูลดังกล่าว อาจส่งผลต่อการปฏิบัติตามมาตรการรพพยาบาลปลอดภัย ดังนั้นการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตการทำงานจะส่งผลทำให้ประสิทธิภาพการปฏิบัติตามนโยบายมาตรการรพพยาบาลปลอดภัยอยู่ในระดับสูง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ข้อเสนอระดับนโยบาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ในฐานะที่เป็นหน่วยงานระดับจังหวัด ที่มีหน้าที่ในการควบคุมกำกับกำกับการดำเนินงานมาตรการรพพยาบาลปลอดภัย ควรมีการกำหนดนโยบายหรือมาตรการความปลอดภัย ที่ชัดเจนในระดับจังหวัด และจัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติตามนโยบายหรือมาตรการรพพยาบาลปลอดภัยมอบให้กับโรงพยาบาลในสังกัด และมีการนิเทศติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติตามมาตรการหรือนโยบาย

2. ข้อเสนอแนะเชิงบริหาร ในการเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติตามนโยบายมาตรการรพพยาบาลปลอดภัย โรงพยาบาลต้นสังกัดควรมีการสื่อสารสร้างความรู้เข้าใจ และสร้างความตระหนักในการปฏิบัติตามมาตรการ โดยเริ่มจากการปฐมนิเทศสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานใหม่ จัดให้มีการชี้แจงรายละเอียดและแนวปฏิบัติในแต่ละมาตรการ และทบทวนแนวปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งจัดให้มีบุคลากรทำหน้าที่ในการควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามมาตรการรพพยาบาลปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ ในส่วนของคุณภาพชีวิตพนักงานขับรถพยาบาลโรงพยาบาลต้องให้ความสำคัญประเด็นค่าตอบแทนและสวัสดิการ ที่จะจัดให้กับพนักงานขับรถต้องมีความเหมาะสม ส่งเสริมให้พนักงานขับรถมีความก้าวหน้าในการทำงาน นอกจากนี้โรงพยาบาล ควรส่งเสริมให้พนักงานขับรถมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะประเด็นทักษะการสื่อสาร เช่น การอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาทักษะการสื่อสาร การใช้กระบวนการกลุ่มพัฒนาทักษะการเป็นผู้ฟังที่ดี เรียนรู้เรื่องภาษากาย และ การให้ความรู้ด้านการสื่อสารผ่านไลน์กลุ่ม อย่างต่อเนื่อง เป็นต้น

3. พนักงานขับรถพยาบาลต้องมีความตระหนักและเห็นความสำคัญของมาตรการรพพยาบาลปลอดภัย เนื่องจากเป็นนโยบายที่ดีในการป้องกันและลดอุบัติเหตุจราจรที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบกับชีวิตและทรัพย์สินของบุคลากร หรือ ผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากพนักงานขับรถ บางส่วน ไม่ปฏิบัติตามมาตรการรพพยาบาลปลอดภัยในหลายประเด็น ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดอุบัติเหตุขณะขับรถพยาบาล เช่น พนักงานขับรถไม่ตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์

จากลมหายใจทุกครั้งก่อนออกปฏิบัติงาน มีการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ก่อนออกปฏิบัติงาน ขับรถพยาบาลด้วยความเร็วเกิน 80 กม./ชม. หรือเกินกฎหมายกำหนด และ ขับรถฝ่าไฟแดง ในบางครั้งที่ยังรถออกปฏิบัติงาน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อให้เห็นสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ในประเด็นของการเกิดอุบัติเหตุขณะขับรถพยาบาล เช่น สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ ช่วงเวลาและรูปแบบของการเกิดอุบัติเหตุ ความเสียหายจากการเกิดอุบัติเหตุ ทั้งชีวิตและทรัพย์สิน โดยเฉพาะผลต่อสภาวะสุขภาพของพนักงานขับรถ ผู้ป่วยและญาติ หรือประชาชนที่อาจได้รับผลกระทบ รวมทั้งการแก้ไขปัญหาภายหลังการเกิดอุบัติเหตุของโรงพยาบาลต้นสังกัดว่าดำเนินการอย่างไร มีการกำหนดนโยบายอย่างไรในเชิงป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561) *แนวทางการดำเนินงานสุศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ปีงบประมาณ 2561*. นนทบุรี , โรงพิมพ์กองสุศึกษากระทรวงสาธารณสุข.
- ดวงพงศ์ พงศ์สยาม.(2552). *มานุษยวิทยาสุขภาพ*. กรุงเทพฯ : โอ.เอส.พรีนติ้ง เฮาส์
- การณี วสุเสถียร(2561).ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติตามมาตรการรถพยาบาลปลอดภัยของพนักงานขับรถพยาบาล เขตสุขภาพที่ 6. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 35; (1) :65-76.
- นภัสวรรณ พชรนสาร. (2559). สิ่งคุกคามต่อสุขภาพและอุบัติเหตุจราจรระหว่างการปฏิบัติงานของคนขับรถปฏิบัติการฉุกเฉิน. *วารสารควบคุมโรค*, 42 (4) : 303-313.
- มาริสา จันทร์ขุนทด. (2560). ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงานขับรถเทรลเลอร์ในเขตพื้นที่ท่าเรือแหลมฉบัง. *ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา*.
- ศิเบญญา พุฒศิริอาภากร, สุพัฒสร พิมกุล และณรงค์ชัย วงศ์วาร (2560) . *การประเมินผลการติดตั้ง GPS Tracing ในระบบรถพยาบาล*.นนทบุรี,สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2551). *ตำราตรวจโรคการรักษาโรคทั่วไป*. พิมพ์ครั้งที่ 4.กรุงเทพฯ ฯ : พิมพ์ดี.
- อนุชา เศรษฐเสถียร. (2558). สถานการณ์และสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุรถพยาบาลในประเทศไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 9 (3) : 9-23.
- Ginggeaw, S. & Prasertsri, N. (2015). The relationship between health literacy and health behaviors among older adults who have multi-morbidity. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 25(3), 43-54.



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 บทความปริทัศน์

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 ตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญหรือปัญหาที่ต้องทำการศึกษา

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 ควรเขียนข้อเสนอแนะเพื่อการนำผล การวิจัยไปใช้ หรือสำหรับการทำวิจัยต่อยอดในอนาคต 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 ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักของเรื่องที่นำเสนอ เขียนให้กระชับ ตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญว่าทำไมจึงนำเสนอบทความนี้

3.5 สารประพจน์ในประเด็นต่างๆ ที่ตรงกับชื่อเรื่อง โดยประเด็นที่น่าสนใจจะต้องกระชับ ตรงประเด็น ไม่ซ้ำซ้อน

3.6 วิจารณ์ เป็นการสรุปสาระ และแสดงความคิดเห็นของผู้เขียนโดยจะอ้างอิงวรรณกรรม ต่างๆมาเพิ่มเติมหรือไม่ก็ได้

3.7. กิตติกรรมประกาศ (หากมี)

3.8 เอกสารอ้างอิง

4. การอ้างอิงเอกสาร

การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ทำความ สำหรับแนวทางของการเขียนเอกสารอ้างอิง โดยใช้ ระบบของ 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.: Heath.

4.2 วารสาร

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

เผชิญ กิจระการ และสมนึก ภัททิยธนี. (2545). ดัชนีประสิทธิผล (Effectiveness Index : E.I.). *วารสารการวัดผลการศึกษามหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 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 เนืองเฉลิม. (2549). วิทยาศาสตร์พื้นฐาน: การจัดการเรียนรู้มิติทางวัฒนธรรมท้องถิ่น
การบูรณาการ ความรู้พื้นฐานกับการจัดการเรียนรู้วิทยาศาสตร์เพื่อชุมชน :
กรณีศึกษาจากแหล่งเรียนรู้ป่าปูลูตา. ใน ตลาด จันทรมบัตติ (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 ให้ตั้งค่าขนาดกระดาษ 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 หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ใน
วารสารอื่น ก่อนขอรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ซึ่งหากกองบรรณาธิการ
วารสารฯ ตรวจพบว่าบทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่ส่งมาขอตีพิมพ์มีชื่อเดียวกันหรือมีการตีพิมพ์ซ้ำซ้อนกับที่
ปรากฏในวารสารอื่นกองบรรณาธิการจะดำเนินการถอดถอนเรื่องของผู้ยื่นขอออกจากวารสารวิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรีทันทีที่พบความจริง รวมทั้งถอนรายชื่อของผู้ยื่นขอออกจากส่วนที่เกี่ยวข้องกับวารสาร
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี และไม่รับบทความวิชาการหรือบทความวิจัยลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรีอีก

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

9. ผลงานทางวิชาการทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ผู้พิมพ์จะได้รับวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิ สุพรรณบุรี 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

สมาชิกหรือผู้อ่านท่านใดประสงค์จะขอข้อมูลหรือรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อกองบรรณาธิการ ได้
ดังนี้

กองบรรณาธิการวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิ สุพรรณบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิ สุพรรณบุรี

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

