

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบงานวิจัย และบทความวิชาการ สาขาการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา และสนับสนุนให้บุคลากรในกระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาผลงานวิจัยที่ได้มาตรฐาน รวมทั้งเป็นฐานข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์ต่อไป

ที่ปรึกษา

ดร.พิศิษฐ์ พลธนะ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

นางสาววรางคณา คุ่มสุข

รองผู้อำนวยการกลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ

บรรณาธิการ

ดร.เนติยา

แจ่มทิม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

กองบรรณาธิการ

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1. นางสาวขวัญฤทัย ธรรมกิจไพโรจน์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี |
| 2. ดร.บุญส่ง สุประดิษฐ์ | ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ |
| 3. ดร.เมทนี ระดาบุตร | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี |
| 4. นางเรวดี โพธิ์รัง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี |
| 5. ดร.สมชาย ชัยจันทร์ | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 4. ดร.เมทนี ระดาบุตร | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี |
| 6. ผศ.ดร.องค์อร ประจันเขตต์ | วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก |

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้พิจารณาและกรั่นกรองผลงานวิชาการ

- | | | |
|---------------------|--------------------|--|
| 1. รศ.ดร.สมใจ | พุทธาพิทักษ์ผล | มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช |
| 2. รศ.ดร.วันเพ็ญ | แก้วปาน | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. รศ.ดร.พร้อมพิไล | บัวสุวรรณ | มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ |
| 4. รศ.ดร.พิมพ์สุราง | เตชะบุญเสริมศักดิ์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5. ผศ.ดร.ยุวดี | ลีลันนาวิระ | มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 6. ผศ.ดร.สาโรจน์ | เพชรมณี | มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ |
| 7. ผศ.ดร.วรรณวดี | เนียมสกุล | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 8. ดร.ภาวดี | เหมทานนท์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช |
| 9. ดร.จามจุรี | แซ่หลู่ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช |
| 10. ดร.จุฬารัตน์ | ห้าวหาญ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ |
| 11. ดร.ชูศักดิ์ | ยืนนาน | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ |

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi

12. ดร.บุศริน	เอี้ยวสีหยก	วิทยาลัยพยาบาล พระปกเกล้า จันทบุรี
13. ผศ.ดร.นงนภัทร	รุ่งเนย	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
14. ดร.ปริญญารักษ์	ธนะบุญปวง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
15. ดร.สุภาวดี	นพรุจจินดา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
16. ดร.ชุตินาฏ	ฉัตรรุ่ง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
17. ผศ.ดร.จิรพรรณ	โพธิ์ทอง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
18. รอ.หญิง ดร.จรรยาภรณ์	ป้องเจริญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
19. ดร.อาคม	โพธิ์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
20. ดร.จารุวรรณ	สนองญาติ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
21. ดร.ลักขณา	ศิริกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
22. ผศ.ดร.สุภาภรณ์	วรอรุณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
23. ดร.ปริญทร์	ศรีศลักษณ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
24. ดร.วาสนา	อุปป้อ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
25. ดร.จักรกฤษณ์	สิริริน	สายงานการศึกษา ฝึกอบรมและให้คำปรึกษา สถานประกอบการ สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น)

เจ้าของ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

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

ฝ่ายจัดการ

1. นางสาวศรีแพร พุ่มมัน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
2. นางสาวเกศสรา ศีคำ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
3. นายอมรเทพ ศรีวิเชียร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

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

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สุพรรณบุรี

The Journal of Boromarjonani College of Nursing, Suphanburi

บทบรรณาธิการ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สุพรรณบุรี มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบบทความวิจัย และบทความวิชาการ สาขาการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา สนับสนุนให้อาจารย์บุคลากรในกระทรวงสาธารณสุข และบุคคลภายนอกได้เผยแพร่องค์ความรู้ มีการพัฒนาผลงานวิจัยที่ได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเป็นฐานข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์ต่อไป

วารสารปีที่ 6 ฉบับที่ 2 มีบทความวิชาการ 1 เรื่อง บทความวิจัย 9 เรื่อง เป็นผลงานการศึกษาจากผู้ปฏิบัติงานที่ต้องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับประโยชน์สูงสุด ซึ่งมีคุณค่าทางวิชาการเป็นอย่างยิ่ง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ทางการศึกษา การดูแลผู้รับบริการ และการพัฒนาองค์กร

วารสารฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือจากหลายฝ่าย คือคณะที่ปรึกษาวารสาร คณะทำงานวารสาร ผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณาปรับปรุงแก้ไขบทความให้มีความสมบูรณ์ ขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

กองบรรณาธิการหวังว่า วารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ทางวิชาการสำหรับผู้อ่านทุกท่าน หากท่านมีข้อเสนอแนะประการใด กองบรรณาธิการยินดีน้อมรับคำแนะนำ เพื่อจะนำไปปรับปรุงและพัฒนาวารสารให้มีมาตรฐานยิ่งขึ้นต่อไป

ดร.เนติยา แจ่มทิม

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi

สารบัญ

	หน้า
การใช้ห้องเรียนกลับด้านพัฒนาผลการเรียนรู้และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน: บทบาทของผู้เรียนและผู้สอน	5
:ดวงเนตร ธรรมกุล, พิมพ์ขวัญ แก้วเกลื่อน และลัดดาวัลย์ เตชะขงูร	
ผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการบริบาลภิกษุใช้ ต่อความรู้และทักษะการบริบาลในพระสงฆ์เขตพื้นที่	14
จังหวัดเพชรบูรณ์	
:วรรณฤติ เมืองอินทร์, เสกสรร นิยมเพ็ง, พระราชพัชรธรรมเมธี, สุรรัตน์ ณ วิเชียร, ศุภสิทธิ์ สุขี	
และวิภาพร สิทธิศาสตร์	
ผลของโปรแกรมการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยใช้สหสาขาวิชาชีพต่อความสำเร็จของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ	25
ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอ	
:วนิดา ปันจักษ์, นงนภัทร รุ่งเนย, อัญชนา จุลศิริ, ศันสนีย์ พงษ์วิริยะธรรม และฉัตรพร สมรมิตร	
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท	39
:พิมพ์นภา ชมชื่น, วิสุทธิ์ โนจิตต์, ดวงใจ เกริกชัยวัน และรุ่งนภา ต่อโชติ	
ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือด	53
ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง	
:สุนันทา ภักดีอำนาจ, เขาวกิจ ศรีเมืองวงศ์ และสุรรัตน์ ณ วิเชียร	
ปัญหาและสาเหตุการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดในชุมชน	67
:สุพัตรา จันทร์สุวรรณ, วรางคณา จำปาเงิน, สุนทรี ชะชาติย์, ปวีดา โพธิ์ทอง และเสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์	
การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	78
โรงพยาบาลสมุทรสาคร	
:บุบผาชาติ เพ็ญสุข, พชรินทร์ นาเมืองรักษ์ และมัลลิกา นวมเจริญ	
รูปแบบการจ้างงานพยาบาลเกษียณอายุในบทบาทผู้จัดการระบบสุขภาพการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ	98
ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในทัศนะผู้บริหาร	
:วันเพ็ญ แก้วปาน, สุรินทร์ กลัมพากร และจุฑาธิป ศีลบุตร	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์	115
:รัชติดา สุวงษา และจิตกัณันท์ ศรีจักรโคตร	
ประเมินประสิทธิภาพชุดตรวจ SARS-CoV-2 Ag และชุดตรวจ POCT ชนิด real-time RT-PCR กับ วิธีมาตรฐาน	131
real-time RT PCR ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่างโรคโควิด-19	
ระบาดใหญ่ ปี 2022	
:วิทยา เกาตะคุ	

การใช้ห้องเรียนกลับด้านพัฒนาผลการเรียนรู้และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน:

บทบาทของผู้เรียนและผู้สอน

ดวงเนตร ธรรมกุล, ค.ด.*

พิมพ์ขวัญ แก้วเกลื่อน, วท.ม.* และลัดดาวัลย์ เตชะขงกูร, พย.ม.*

บทคัดย่อ

การเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้านเป็นแนวทางการสอนที่ช่วยให้ผู้เรียนเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้อันพึงประสงค์ ด้วยหลักการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) พิจารณาเลือกเทคโนโลยีที่เหมาะสมเพื่อใช้ในการเรียนรู้ผ่านอุปกรณ์สื่อสาร 2) ใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีในการสื่อสาร เพื่อตอบข้อสงสัย ตั้งคำถาม หรือแจ้งให้ผู้เรียนสืบค้นในเรื่องที่ต้องการ และ 3) ใช้เวลาในห้องเรียน ส่งเสริมความเข้าใจผ่านกิจกรรม การอภิปราย วิเคราะห์ วิพากษ์วิจารณ์ และอธิบายสาระสำคัญเพิ่มเติม ผู้สอนใช้องค์ประกอบ 4 ด้านหมุนเวียนเป็นระบบอย่างต่อเนื่อง คือ 1) การกำหนดยุทธวิธีเพิ่มพูนประสบการณ์ ครูผู้สอนเป็นผู้ชี้แนะวิธีการเรียนรู้ให้กับผู้เรียนผ่านเกม สถานการณ์จำลอง สื่อปฏิสัมพันธ์ การทดลอง หรือการวิจัย 2) การสืบค้นเพื่อให้เกิดมโนทัศน์รวบยอด ครูสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้เรียนสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลที่ทันสมัยและน่าเชื่อถือ 3) การสร้างองค์ความรู้ที่มีความหมาย ผู้เรียนเป็นผู้บูรณาการสร้างทักษะองค์ความรู้จากสื่อที่ได้รับจากการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านการสะท้อนคิดและการชี้แนะ และ 4) การสาธิตและประยุกต์ใช้ ผู้สอนสามารถสร้างสรรค์และส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีตอบสนองกับผู้เรียนได้มากยิ่งขึ้น ประกอบกับการแพร่ระบาดของสถานการณ์โควิด-19 การเรียนรู้ห้องเรียนกลับด้านจะช่วยลดการเรียนรู้ในห้องเรียน ช่วยให้มีการเว้นระยะห่างทางสังคม ลดการรวมกลุ่ม และเพิ่มการพูดคุยกันผ่านทางสื่อออนไลน์มากขึ้น ช่วยพัฒนาทักษะและทัศนคติการเรียนรู้ด้วยตนเอง เกิดความพึงพอใจในการเรียน และพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนได้

คำสำคัญ: ห้องเรียนกลับด้าน ผลการเรียนรู้ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

Corresponding author E-mail: pimkhun_gaw@dusit.ac.th

(Received: August 25, 2023; Revised: October 1, 2023; Accepted: December 1, 2023)

Using the flipped classroom to improve learning outcomes and learning achievements: Roles of learners and teachers

Doungnetre Thummakul, Ph.D.*

Pimkhun Gawglaun, M.Sc.* & Laddawan Tejangkura, M.N.S.*

Abstract

The flipped classroom approach is a teaching method that fosters meaningful learning behaviors among students through a three-step principle. First, educators select appropriate technologies for learning using communication devices. Second, they leverage technology to communicate, answer queries, pose questions, or prompt students to explore desired topics. Third, classroom time is utilized to enhance comprehension through activities, discussions, analysis, interpretation, and supplementary explanations of essential content. Teachers utilize a continuous and cyclical system encompassing four interconnected components. Firstly, "Experiential Engagement" involves teachers guiding students in learning methods through games, simulations, interactive media, experiments, or research. Secondly, "Concept Exploration" encourages learners to explore up-to-date and credible information through research. Thirdly, "Meaning Making" empowers students to construct knowledge skills from self-directed learning, encouraging reflection and guidance. Lastly, "Demonstration & Application" allows instructors to creatively and progressively foster learning by utilizing advanced technological approaches that cater to individual learners' needs. Moreover, amid the COVID-19 pandemic, the flipped classroom approach aids in reducing in-person classroom learning, promoting social distancing, reducing group gatherings, and increasing online communication. It helps develop self-learning skills and attitudes, boosts satisfaction with the learning process, and enhances learning outcomes and learning efficacy.

Keywords: Flipped classroom learning outcomes learning achievements

* Faculty of Nursing Suan Dusit University

บทนำ

แนวคิดห้องเรียนกลับด้านมีกำเนิดจาก Jonathan Bergman และ Aaron Sams เมื่อปี ค.ศ.2007 ทั้งคู่เป็นครูวิทยาศาสตร์ที่ต้องการช่วยนักเรียนที่ตามเนื้อหาในชั้นเรียนไม่ทัน จึงทำเนื้อหาเป็นวิดีโอการสอน นำไปไว้ในอินเทอร์เน็ตให้นักเรียนที่ขาดเรียนเข้าไปเรียนรู้ด้วยตนเองที่บ้าน แล้วนำผลการเรียนรู้มาอภิปราย สรุป ตรวจสอบความถูกต้อง และสอนเพิ่มเติมในชั้นเรียน โดยครูทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวกให้ความช่วยเหลือ โดยนักเรียนกลับไปทบทวนทำความเข้าใจและทำแบบฝึกหัดที่บ้าน (Bergmann & Sams, 2012) ต่อมาห้องเรียนกลับด้านได้พัฒนาและขยายขอบข่ายไปกว้างขวางใช้กับนักเรียนหลายกลุ่ม ไม่เฉพาะกับนักเรียนที่มีปัญหาเท่านั้น และปรับใช้กับสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (information and communication technology: ICT) ได้หลากหลายประเภท วิธีการห้องเรียนกลับด้านจึงตรงข้ามกับชั้นเรียนแบบเดิมที่ครูสอนเนื้อหาในชั้นเรียน แนวการจัดการเรียนรู้เพื่อการดำรงชีวิตสำหรับศตวรรษที่ 21 ได้ปรับรูปแบบการเรียนรู้ ให้ผู้เรียนทบทวนเนื้อหาจากที่บ้านผ่านการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัยที่ผู้สอนเตรียมไว้ให้ก่อนเข้าชั้นเรียน แล้วมาทำกิจกรรม ถามตอบปัญหาในชั้นเรียน ผู้สอนมีหน้าที่ออกแบบ การสอน ช่วยเหลือแนะนำ (coaching) ประเมินผลการสอน ตอบสนองการจัดการเรียนรู้เพื่อให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ สนใจใฝ่รู้ สร้างความรู้ ประยุกต์ความรู้ การลงมือปฏิบัติจริง และสร้างทักษะการเรียนรู้ (Limvong, & Saengri, 2019) ซึ่งการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนตามแนวคิดนี้ สามารถสร้างให้ผู้เรียนใน Generation Z ที่อยู่ในสังคมดิจิทัลในศตวรรษที่ 21 เกิดผลกระทบทางบวกต่อความรู้ ทักษะ ความพึงพอใจ และการมีส่วนร่วมของผู้เรียน ช่วยเพิ่มศักยภาพในการหางานของผู้เรียน (Murillo-Zamorano, López Sánchez, & Godoy-Caballero, 2019)

การเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้าน: แนวคิดสู่การปฏิบัติในห้องเรียน

ห้องเรียนกลับด้าน ประกอบด้วยหลักการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) พิจารณาเลือกเทคโนโลยีที่เหมาะสมเพื่อนำมาใช้กับผู้เรียน โดยเรียนรู้ผ่านอุปกรณ์สื่อสาร เช่น คอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต หรือสมาร์ทโฟน เป็นต้น ซึ่งเหมาะกับบริบทที่มีการใช้เทคโนโลยีกันอย่างมากมายในปัจจุบัน 2) ใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีในการสื่อสาร เช่น รับส่งอีเมลกับผู้เรียนเพื่อตอบข้อสงสัยหรือตั้งคำถาม หรือใช้ระบบแชทกลุ่มเพื่อแจ้งให้ผู้เรียนสืบค้นในเรื่องที่ต้องการ เป็นต้น และ 3) ใช้เวลาในห้องเรียน ส่งเสริมความเข้าใจผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ เช่น การอภิปราย วิเคราะห์ วิพากษ์วิจารณ์ และอธิบายสาระสำคัญเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้เรียนมีความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น จะเห็นว่าความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทำให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้สะดวกสบายมากขึ้น เรียนรู้ได้ตลอดเวลา และในทุกสถานที่ (Tan, Yue & Fu, 2017; Tsai, Liao, Chang & Chen, 2020) เพราะต้องเรียนรู้ด้วยตัวเองก่อนที่จะไปเรียนรู้เพิ่มเติมในห้องเรียน ทำให้การใช้เทคโนโลยีสื่อสารออนไลน์ตอบโจทยการเรียนรู้ ช่วยลดการเรียนในห้องเรียน เพิ่มการเรียนรู้นอกห้องเรียน และสอดคล้องกับสถานการณ์ที่ต้องมีการเว้นระยะห่างทางสังคม ลดการรวมกลุ่ม และเพิ่มการพูดคุยกันผ่านทางสื่อออนไลน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลลัพธ์การเรียนรู้จากการใช้ห้องเรียนกลับด้าน

การออกแบบการจัดการเรียนการสอนแบบกลับด้าน ได้ปฏิวัติการเรียนการสอนทั่วโลก สามารถนำไปใช้จัดการเรียนการสอนได้จริง และทำให้เกิดผลเชิงบวกต่อการเรียนรู้และการแก้ปัญหา (Strelan, Osborn & Palmer, 2020)

นักศึกษามีส่วนร่วมในห้องเรียนที่กลับด้านมากขึ้นเมื่อเทียบกับห้องเรียนแบบดั้งเดิม นอกจากนี้ยังใช้แนวคิดที่ผู้เรียนมุ่งมั่นในการเรียนรู้แห่งตน (heutagogical learning) ทำให้ผู้เรียนเกิดประสบการณ์มองเห็นแนวทาง เกิดการเรียนรู้ ทำทนายเกิดความสัมพันธ์ มีความรับผิดชอบ และเกิดความเชี่ยวชาญ (Green & Schlairet, 2017) ก่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความพึงพอใจของผู้เรียน ทั้งในด้านการยอมรับ ทำให้จดจำงานที่มีมากมาย และการจัดการเรียนการสอนแบบนี้ควรนำมาใช้กับผู้เรียนทางวิทยาศาสตร์ (El-Banna, Whitlow & McNelis, 2017; Nja, Orim, Neji, Ukwetang, Uwe, & Ideba, 2022) ทำให้เกิดการคิดวิเคราะห์หรือความสามารถในการคิดวิจารณ์ญาณที่ดีขึ้น (Dehghanzadeh & Jafaraghaee, 2018; Xu, Chen, Nie, Wang, Song, Li, et al., 2019; Zhu, Lian & Engström, 2020) ทำให้คะแนนทักษะการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับวิธีการสอนแบบเดิม เกิดความร่วมมือและความรู้สึกของการทำงานเป็นทีม มีการแสดงออกและการสื่อสารที่ดีขึ้น (Xu, et al., 2019; Zhu, Lian & Engström, 2020; Öz & Abaan, 2021) และยังสามารถพัฒนาทักษะการเป็นผู้นำได้ดีขึ้น (Öz & Abaan, 2021)

นอกจากนี้ผลการวิจัยการจัดการเรียนการสอนแบบกลับด้าน ช่วยปรับทัศนคติของนักศึกษาที่มีต่อการทำงานเป็นทีม และการสื่อสารระหว่างมืออาชีพ สร้างความพร้อมสำหรับการเรียนรู้ความเป็นมืออาชีพของวิชาชีพผ่านการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Ohtake, Lyons, Glogowski, Stellrecht, Aronoff, Grabowski, et al., 2018) ห้องเรียนกลับด้านเป็นกลยุทธ์การสอนที่ส่งเสริมการคิดวิเคราะห์และประยุกต์ใช้ความรู้ที่ได้รับไปใช้ในสถานการณ์จริง ทำให้เกิดนวัตกรรม และส่งเสริมให้ผู้เรียนรับรู้ความสามารถของตนเอง (Barbour & Schuessler, 2019)

สำหรับการใช้ห้องเรียนกลับด้านในการพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในประเทศไทยนั้น มีงานวิจัยหลายชิ้นรายงานผลว่าสามารถพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนผู้เรียนได้ เช่น การศึกษาวิจัยในรายวิชาคณิตวิเคราะห์ คณะศึกษาศาสตร์และนวัตกรรมการศึกษา ในนักศึกษาสาขาวิชาคณิตศาสตร์ในรายวิชาคณิตวิเคราะห์ ชั้นปีที่ 2 (Yonwilad, 2020) และรายวิชาวิจัยและนวัตกรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต (Thummakul & Pongkiachai, 2022) นอกจากนี้ยังมีการนำรูปแบบการสอนแบบห้องเรียนกลับด้านมาใช้ผสมผสานกับการจัดการเรียนรู้รูปแบบโครงงาน หรือรูปแบบอื่นๆ พบว่าสามารถพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และพัฒนาทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์ของผู้เรียนในระดับอุดมศึกษาได้ (Channgam & Piriyasurawong, 2018) อย่างไรก็ตามมีงานวิจัยที่พบว่าห้องเรียนกลับด้านขัดขวางการมีส่วนร่วมทางพฤติกรรมการเรียนรู้ของผู้เรียนใน 5 ประการ ได้แก่ 1) มีความตึงเครียดระหว่างการเรียนรู้ 2) วิดีโอน่าเบื่อ 3) ผู้เรียนไม่มีส่วนร่วมในการอภิปรายในห้องเรียน 4) ผู้เรียนไม่มีเวลาที่เพียงพอสำหรับกิจกรรมในห้องเรียน และ 5) ครูขาดทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้เรียน (Lai, Hsieh, Uden & Yang, 2021)

บทบาทของผู้เรียนและผู้สอนในการเรียนการสอนโดยใช้ห้องเรียนกลับด้าน

บทบาทของผู้สอนโดยใช้ห้องเรียนกลับด้าน ต้องเปลี่ยนแปลงบริบทของครูผู้สอนจากการสอนเพียงอย่างเดียว เป็นการจัดเตรียมแหล่งการเรียนรู้และกิจกรรมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของผู้เรียน เพราะ การเรียนรู้จากรูปแบบห้องเรียนกลับด้าน จะเน้นกิจกรรมที่ผู้เรียนต้องทำความเข้าใจจากเนื้อหาที่ครูจัดเตรียมให้นอกห้องเรียน หรือจากแหล่งการเรียนรู้สารสนเทศอื่นๆ เพื่อนำความรู้ที่ได้จากการศึกษา มาสรุปเป็นองค์ความรู้ด้วยตัวเอง กลับมาทำกิจกรรมในห้องเรียนร่วมกับเพื่อนและครูผู้สอน ในลักษณะ “เรียนที่บ้าน ทำการบ้านที่โรงเรียน” มุ่งเน้นการสร้างสรรค์องค์ความรู้ด้วยตัวผู้เรียนเอง ตามทักษะ ความรู้ ความสามารถและสติปัญญาของเอ็กต์บุคคล (individualized competency) จากประสบการณ์ที่ครูจัดให้ผ่านสื่อเทคโนโลยี ICT หลากหลายประเภทที่ทันสมัยในปัจจุบัน ครูไม่ใช่ผู้ถ่ายทอดความรู้แต่จะมี

บทบาทเป็นติวเตอร์ (tutors) หรือโค้ช (coach) เป็นผู้จุดประกายและสร้างความสนุกสนานในการเรียน รวมทั้งเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการเรียน (facilitators) ในชั้นเรียน

ผู้สอนต้องใช้องค์ประกอบ 4 ด้านในการจัดการเรียนการสอนให้หมุนเวียนเป็นระบบอย่างต่อเนื่องกัน ได้แก่ 1) การกำหนดยุทธวิธีเพิ่มพูนประสบการณ์ (experiential engagement) ครูผู้สอนเป็นผู้ชี้แนะวิธีการเรียนรู้ให้กับผู้เรียน เพื่อเรียนเนื้อหาโดยอาศัยวิธีการที่หลากหลายทั้งการใช้กิจกรรมที่กำหนดขึ้นเอง เกม สถานการณ์จำลอง สื่อปฏิสัมพันธ์ การทดลอง หรือกำหนดการค้นหาข้อมูลความรู้จากฐานข้อมูลที่ทันสมัยและน่าเชื่อถือ ซึ่งครูจัดแหล่งการเรียนรู้ที่มีประโยชน์ให้ 2) การสืบค้นเพื่อให้เกิดมโนทัศน์รวบยอด (concept exploration) ครูสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้เรียนสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูล เว็บไซต์ หรือสื่อออนไลน์ที่น่าเชื่อถือ ครูคอยชี้แนะแนวทาง ช่วยเหลือ ชี้แจง และบอกแหล่งประโยชน์ที่มีให้นักศึกษาสามารถค้นหาได้และมีความทันสมัย 3) การสร้างองค์ความรู้อย่างมีความหมาย (meaning making) ผู้เรียนเป็นผู้บูรณาการสร้างทักษะองค์ความรู้จากสื่อที่ได้รับจากการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยการสร้างกระดานความรู้ (blogging) การจัดทำวิดีโอทัศน์ผ่านการสะท้อนคิด (reflective videos) การสะท้อนผ่านภาพและเสียง (audio-visual reflections) สะท้อนความรู้ผ่านการทดสอบ (tests) การใช้สื่อสังคมออนไลน์และกระดานสำหรับอภิปรายแบบออนไลน์ (social networking & discussion boards) และ 4) การสาธิตและประยุกต์ใช้ (demonstration & application) ผู้เรียนสร้างองค์ความรู้เชิงสร้างสรรค์เอง โดยการจัดทำเป็นโครงการ (project) จัดทำเป็นรายงาน โครงการวิจัย มีกระบวนการนำเสนอผลงาน (presentations) ที่เกิดจากการรังสรรค์งานเหล่านั้นด้วยตัวผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้แบบรอบด้าน (mastery learning) และสามารถจดจำได้นาน

สำหรับผู้เรียนต้องใช้กระบวนการคิดวิเคราะห์ในการศึกษาข้อมูลจากแหล่งสารสนเทศ เพื่อให้เกิดมโนทัศน์รวบยอด สามารถใช้สื่อ ICT ที่อยู่บนอินเทอร์เน็ต เรียนล่วงหน้าหรือทบทวนการเรียนรู้ในเรื่องที่ไม่เข้าใจได้ง่ายขึ้น ฝึกการจัดสรรเวลาที่เหมาะสมในการเรียนรู้ โดยเรียนรู้ด้วยตนเองที่บ้านมาก่อนเข้าห้องเรียนตามที่ครูให้การชี้แนะ/ใบงาน เกิดการขวนขวายความรู้ และวางแผนการเรียนรู้ได้ ซึ่งเหมาะสมกับนักศึกษาระดับอุดมศึกษาที่มีความรับผิดชอบ อีกทั้งสามารถพัฒนาความรับผิดชอบต่อตนเองเพิ่มมากขึ้น ฝึกภาวะผู้นำในการบริหารจัดการ และการตัดสินใจในการเรียนรู้ ก่อนจะสำเร็จการศึกษาออกไปทำงานที่ต้องมีความรับผิดชอบในสังคมต่อไป ผู้เรียนสามารถพัฒนาทักษะในการสร้างสัมพันธภาพในระหว่างผู้เรียน และกับผู้สอน ด้วยต้องมีการซักถาม อภิปรายและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันตลอด รวมทั้งได้ฝึกการแปลงข้อมูลที่ค้นหามาให้เป็นข่าวสารที่มีคุณภาพ ผ่านการสื่อสาร การนำเสนอในห้องเรียน ฝึกการพูดและฟังในห้องเรียนผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ในห้องเรียน บทบาทผู้เรียนจะได้ฝึกฝนการคิดผ่านข้อมูลที่ได้ค้นหามาจากที่บ้าน ฝึกการพูดที่ผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์ในห้องเรียน และฝึกการฟัง สรุปความและคิดอย่างมีเหตุผล ทำให้กระบวนการในห้องเรียนเป็นห้องเรียนที่มีชีวิต ผู้เรียนได้ลงมือทำและได้ใช้กระบวนการคิด เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกันเอง และระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน ซึ่งจะขอแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้ใช้ห้องเรียนเรียนกลับด้านในการจัดการเรียนการสอนต่อไป

ประสบการณ์การใช้ห้องเรียนกลับด้านในการจัดการเรียนการสอนทางพยาบาล

จากประสบการณ์ตรงของผู้เขียนการใช้ห้องเรียนกลับด้านกับผู้เรียนในระดับอุดมศึกษา ก่อนการตัดสินใจว่าจะใช้วิธีการสอนแบบห้องเรียนกลับด้าน ผู้สอนมีการเตรียมตัวโดยการศึกษาแนวคิดของห้องเรียนกลับด้านจนเกิดความมั่นใจในผลของการจัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้านต่อผู้เรียน วิธีการที่ใช้ในการกระตุ้นการเรียนรู้ที่เหมาะสม

กับผู้เรียนและผู้สอน รวมทั้งอุปกรณ์สนับสนุนในการจัดการเรียนการสอน เช่น สื่อสัญญาณอินเทอร์เน็ต แหล่งความรู้ที่ผู้เรียนสามารถเข้าถึงและใช้ศึกษา ค้นคว้า อ้างอิง หลังจากนั้นผู้สอนวางแผนกลยุทธ์เพื่อให้ผู้เรียนมีการศึกษาบทเรียนล่วงหน้า ซึ่งเป็นเรื่องยากสำหรับผู้เรียนที่คุ้นชินกับการเรียนแบบเดิมซึ่งเน้นการเข้าฟังการบรรยาย การวางแผนจัดกิจกรรมในห้องเรียนที่อาจต้องมีความหลากหลาย เช่น การใช้สถานการณ์จริงที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้เรียนและมีเนื้อหาชวนคิด ซึ่งสิ่งสำคัญคือต้องสามารถตอบวัตถุประสงค์ของหน่วยการเรียนรู้ มีความเชื่อมโยงกับบทเรียน ขณะที่ดำเนินกิจกรรมในชั้นเรียน ผู้สอนทำหน้าที่กระตุ้นให้เกิดความคิด ผูกวิเคราะห์และนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาล่วงหน้ามาใช้ แก่สถานการณ์ อำนวยความสะดวก (facilitator) เสริมแรง (empower) ด้วยการชื่นชม เมื่อผู้เรียนเกิดความคิดสร้างสรรค์ หรือนำแนวคิดที่ได้ศึกษามาใช้ในการแก้ปัญหาหรืออธิบายสถานการณ์ เหล่านี้ทำให้ผู้เรียนได้เรียนรู้อย่างมีความสุข

จากการศึกษาของ Joseph et al (Joseph, Roach, Natarajan, Karkada, & Cayaban, 2021) พบว่า วิธีการจัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้านช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ และเพิ่มความสนใจในการเรียนในนักศึกษาพยาบาลชาวโอมานในวิชากายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา นอกจากนี้ยังพบว่าการจัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้านช่วยให้นักศึกษามีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนดีขึ้น มีผลลัพธ์การเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (Thai Qualifications Framework for Higher Education, TQF: HEd) สูงขึ้นทั้งด้านคุณธรรมจริยธรรม ความรู้ ทักษะทางปัญญา ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ และทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ (Thummakul, & Pongkiachai, 2022; Tejangkura, & Chobarunsitti, 2023) ผู้เรียนและผู้สอนมีปฏิสัมพันธ์ จากการรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ไม่ว่าจะเป็นการเรียนรู้ในห้องเรียน หรือการเรียนรู้ทางห้องเรียนออนไลน์

สำหรับการนำวิธีการจัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้านมาใช้ในวิชาวิจัยและนวัตกรรม วิชาศัลยกรรม การนำและการบริหารจัดการทางคลินิก พบว่า การใช้ห้องเรียนกลับด้านช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนมีผลการเรียนรู้ดีขึ้น (Thummakul, & Pongkiachai, 2022; Tejangkura, & Chobarunsitti, 2023) ทั้งนี้ ครูผู้สอนต้องจัดเตรียมสื่อการสอนที่หลากหลาย น่าสนใจและมีความทันสมัยล่วงหน้า นำใส่ในระบบออนไลน์ ซึ่งทั้ง 2 รายวิชา นำสื่อการสอนเข้าระบบออนไลน์ (Work-Based Blended learning and technology Scaffolding system: WBSC) ดังนั้น การใช้ห้องเรียนกลับด้านสามารถนำมาพัฒนาผู้เรียนในระดับอุดมศึกษาที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิตได้เป็นอย่างดีและเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการจัดการเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับด้าน

การจัดการเรียนการสอนในยุคปัจจุบัน ควรมีความหลากหลาย และกระตุ้นผู้เรียนให้มีพฤติกรรม Active Learning ไม่เฉื่อยนิ่ง เพราะจะทำให้ห้องเรียนไม่มีชีวิต ผู้เรียนมีโอกาสนั่งหลับ และไม่เกิดการเรียนรู้ที่ดี ดังนั้น การใช้ห้องเรียนกลับด้าน เป็นอีกหนึ่งวิธีที่ครูผู้สอนสามารถเลือกนำมาใช้จัดการเรียนการสอน เพราะสามารถช่วยให้ผู้เรียนเกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ดี มีการคิดวิเคราะห์ สามารถเลือกใช้และสืบค้นข้อมูลที่มีประโยชน์ และเกิดทักษะการสื่อสารจากการฝึกฝนด้วยวิธีการจัดการเรียนการสอนแบบนี้ได้ โดยผู้สอนต้องมีการเตรียมสื่อการสอนที่มีความหลากหลาย น่าสนใจ ทันสมัยไว้ให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ตลอดเวลา ซึ่งผู้สอนสามารถใช้สื่อการสอนที่ผลิตขึ้นเองหรือรวบรวมสื่อที่เป็นประโยชน์จากเว็บไซต์ เฟสบุ๊ค ฯลฯ อย่างไรก็ตาม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้เรียน ครูผู้สอนควรใช้เวลาก่อนจัดการเรียน

การสอน ดำเนินการเตรียมสอนอย่างเต็มที่ รวมทั้งใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้เรียนมีการถาม-ตอบในห้องเรียน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้รายวิชาอย่างแท้จริง

บทสรุป

ห้องเรียนกลับด้านเป็นการประสานการใช้ประโยชน์ระหว่างการเรียนรู้แบบออนไลน์ และการเรียนระบบพบหน้าได้ นอกจากนี้ยังสามารถใช้ประโยชน์กับการเรียนแบบออนไลน์ในสถานการณ์ที่ต้องมีการเว้นระยะห่างทางสังคม ลดการรวมกลุ่ม และเพิ่มการพูดคุยกันผ่านทางสื่อออนไลน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากมีการวางแผนดำเนินการอย่างเป็นระบบ ผู้สอนมอบหมาย ชี้นำ และจัดสรรสื่อการเรียนรู้ที่หลากหลายผ่านสื่อเทคโนโลยี ICT ในการส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียน ทั้งนี้ห้องเรียนกลับด้านเน้นทักษะการคิดขั้นสูง การคิดวิเคราะห์ การคิดสังเคราะห์ และการประยุกต์ใช้ ซึ่งเหมาะสมกับการจัดการเรียนการสอนที่ต้องการพัฒนานักศึกษาพยาบาล ให้มีคุณลักษณะพร้อมสำหรับการรับมือความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นเนื่องจากโลกที่ไร้พรมแดน ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการสื่อสาร การสืบค้นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ ทำให้เกิดการรู้จริงผ่านประสบการณ์ มีการแปลงข้อมูลที่ค้นหามาให้เป็นข่าวสารที่มีคุณภาพ เพื่อนำเสนอให้เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Barbour, C., & Schuessler, J. B. (2019). A preliminary framework to guide implementation of The Flipped Classroom Method in nursing education. *Nurse Education in Practice*, 34, 36-42.
- Bergmann, J., & Sams, A. (2012). *Flip your classroom: Reach every student in every class every day*. Eugene, OR: International Society for Technology in Education.
- Channgam, S., & Piriyasurawong, P. (2018). Learning model via a flipped classroom merge with augmented reality for analytical thinking skills of undergraduate students. *Journal of Thonburi University*, 12(29), 229-240. (In Thai)
- Dehghanzadeh, S., & Jafaraghaee, F. (2018). Comparing the effects of traditional lecture and flipped classroom on nursing students' critical thinking disposition: A quasi-experimental study. *Nurse Education Today*, 71, 151-156. DOI: 10.1016/j.nedt.2018.09.027
- El-Banna, M. M., Whitlow, M., & McNelis, A. M. (2017). Flipping around the classroom: Accelerated Bachelor of Science in Nursing students' satisfaction and achievement. *Nurse Education Today*, 56, 41-46.
- Green, R. D., & Schlairet, M. C. (2017). Moving toward heutagogical learning: Illuminating undergraduate nursing students' experiences in a flipped classroom. *Nurse Education Today*, 49, 122-128.
- Joseph, M. A., Roach, E. J., Natarajan, J., Karkada, S., & Cayaban, A. R. R. (2021). *Flipped classroom improves Omani nursing students' performance and satisfaction in anatomy and physiology*. BMC Nursing, 20:1. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00515-w>.

- Lai, H. M., Hsieh, P. J., Uden, L., & Yang, C. H. (2021). *A multilevel investigation of factors influencing university students' behavioral engagement in flipped classrooms*. *Computers & Education*, 175, 104318.
- Limvong, T., & Saengri, Y. (2019). Flipped Classroom: new learning for 21st Century Skills. *Mahidol R2R e-Journal*, 6(2), 9-17. (In Thai)
- Murillo-Zamorano, L. R., López Sánchez, J. A., & Godoy-Caballero, A. L. (2019). *How the flipped classroom affects knowledge, skills, and engagement in higher education: Effects on students' satisfaction*. *Computers & Education*, 141, 103608. (18 pages).
- Ohtake, P. J., Lyons, A., Glogowski, M., Stellrecht, E., Aronoff, N., Grabowski, J., et al. (2018). Using an interprofessional flipped classroom educational strategy for developing evidence-based practice knowledge and skills. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 11, 7-11.
- Öz, G. Ö., & Abaan, S. (2021). Use of a flipped classroom "Leadership in Nursing" course on nursing students' achievement and experiences: A quasi-experimental study. *Journal of Professional Nursing*, 37(3), 562-571.
- Riddle, E., Gier, E., & Williams, K. (2020). Utility of the Flipped Classroom When Teaching Clinical Nutrition Material. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 120(3), 351- 358.
- Strelan, P., Osborn, A., & Palmer, E. (2020). The flipped classroom: A meta-analysis of effects on student performance across disciplines and education levels. *Educational Research Review*, 30, 100314. (22 pages).
- Tan, C., Yue, W. G., & Fu, Y. (2017). Effectiveness of flipped classrooms in nursing education: Systematic review and meta-analysis. *Chinese Nursing Research*, 4, 192-200.
- Tejangkura, L., & Chobarunsitti, C. (2023). Improving of Learning Outcomes for Nursing Students by Using Flipped Classrooms in Leadership and Clinical Nursing Management Subject. Proceeding the 5th Suan Dusit National Academic Conference 2023 "Innovation and Artificial Intelligence for Education in the Digital Age" at Raktakanit Building, Suan Dusit University, pp 548-556. (In Thai)
- Thummakul, D., & Pongkiachai, R. (2022). Development of Learning Outcomes of Nursing Students by using the Flipped Classroom in Research and Innovation Subject. *Princess of Naradhiwas University Journal, Science*, 14(2): 193-214. (In Thai)
- Tsai, M. N., Liao, Y. F., Chang, Y. L., & Chen, H. C. (2020). A brainstorming flipped classroom approach for improving students' learning performance, motivation, teacher-student interaction and creativity in a civics education class. *Thinking Skills and Creativity*, 38, 100747.

- Xu, P., Chen, Y., Nie, W., Wang, Y., Song, T., Li H., et al. (2019). The effectiveness of a flipped classroom on the development of Chinese nursing students' skill competence: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, 80, 67-77.
- Yonwilad, W. (2020). Effect of Flipped Classroom on Learning Achievement and Instructional Satisfaction of Mathematics Students in Mathematical Analysis Courses. *Journal of Curriculum and Instruction, Sakon Nakhon Rajabhat University*, 12(33), 115-122. (In Thai)
- Zhu, L., Lian, Z., & Engström, M. (2020). Use of a flipped classroom in ophthalmology courses for nursing, dental and medical students: A quasi-experimental study using a mixed-methods approach. *Nurse Education Today*, 85, 104262. (8 pages).

ผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการบริหารภิกษุใช้ ต่อความรู้และทักษะการบริหารในพระสงฆ์ เขตพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์

วรรณฤดี เมืองอินทร์, น.ม.* , เสกสรร นิยมเพ็ง, ศศ.ด.**

พระราชพัชรธรรมเมธี, พธ.ด.*** , สุริรัตน์ ณ วิเชียร, พย.ม.****

ศุภสิทธิ์ สุชี, พ.บ.***** และวิภาพร สิทธิศาสตร์, ส.ด.*****

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการบริหารภิกษุใช้ ต่อความรู้และทักษะการบริหารในพระสงฆ์ เขตพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ พระสงฆ์จำนวน 70 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 35 รูป กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาทักษะการบริหารภิกษุใช้ โปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ทักษะการวัดสัญญาณชีพ การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง และการช่วยฟื้นคืนชีพ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้ในการบริหารพระภิกษุใช้ และแบบประเมินทักษะการบริหารพระภิกษุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบผลของโปรแกรมด้วยสถิติ Wilcoxon-signed rank test และ Mann Whitney U test

ผลการวิจัย พบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการบริหารในพระสงฆ์ กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาทักษะการบริหารภิกษุใช้ในพระสงฆ์ เขตพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ มีคะแนนมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการบริหารในพระสงฆ์ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาทักษะการบริหารภิกษุใช้ในพระสงฆ์ เขตพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ มีคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ จะเห็นได้ว่าโปรแกรมพัฒนาทักษะการบริหารภิกษุใช้ มีผลต่อการพัฒนาความรู้และทักษะการบริหารในพระสงฆ์ เขตพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำโปรแกรมพัฒนาทักษะการบริหารภิกษุใช้ ไปใช้ในการให้ความรู้ ส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพในพระสงฆ์อาพาธต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการพัฒนาทักษะการบริหารภิกษุใช้ พระสงฆ์ จังหวัดเพชรบูรณ์

* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์

** สำนักงานเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์

***วัดมหาธาตุ จังหวัดเพชรบูรณ์

****วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

*****โรงพยาบาลเขาค้อ

*****วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding author E-mail: sureerat@bcnb.ac.th

(Received: July 20, 2023; Revised: September 2, 2023; Accepted: December 1, 2023)

The effect of skill development program for caring of monks with illness on knowledge and taking care skills of the monks, Phetchabun Province.

Wanrudee Maungintr, LL.M.^{*}, Sakesan Niyompong, D.A.^{**}

Phraratphatcharathammethee, Ph.D.^{***}, Sureerat Na Wichian, M.N.S.^{****}

Supasit Sukee, M.D.^{*****} & Vipaporn Sittisart, Dr.P.H.^{*****}

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of skill development program for caring of monks with illness on knowledge and taking care skills of the monks in Phetchabun province. Samples were 70 monks and were divided into 2 groups as experimental group and control group. Each group included 35 monks. An experimental group was enrolled to the program. On the other hand, the control group did the ordinary way to take care the monks with illness. Skill development program for caring of monks with illness composed of education for health promotion, skills in measuring vital signs, dressing wounds, feeding through tubes and resuscitation. Data collection tools were personal information questionnaire, an assessment form of knowledge and taking care skills. Data were analyzed for describing the characteristic of samples by means, standard deviation and comparing the difference of results between experimental group and control group by Wilcoxon-signed rank test and Mann Whitney U test.

The results showed that: 1) an average score of knowledge and taking care skills of the experimental group after participating the program were statistical significantly higher than before at $p < 0.05$. 2) an average score of knowledge and taking care skills in an experimental group were statistical significantly higher scores than control group at $p < .05$. In conclusion, the Skill development program for caring of monks with illness can improve the knowledge and taking care skills in the monks. Therefore, health personnel can apply this program for caring of monks with illness and used to promote health care in monks with illness.

Key words: skill development program for caring of monks with illness the monks Phetchabun Province

^{*} Phetchabun Provincial Public Health Office, ^{**} Phetchabun Municipality Office

^{***} Wat Mahathat Phetchabun Provincial

^{****}, ^{*****} Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, ^{*****} Khao Kho Hospital

บทนำ

ภาวะเศรษฐกิจและสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงของประเทศไทยส่งผลกระทบต่อการศึกษาและสุขภาพของพระภิกษุสามเณรเกิดโรคเรื้อรังและพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม จากรายงานสถานการณ์พระสงฆ์ในปัจจุบัน พระสงฆ์และสามเณร ปี 2565 รวม 334,013 รูป พบว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน พระสงฆ์สุขภาพดีลดลงจาก 10 ปีที่แล้ว มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมได้แก่ การสูบบุหรี่ ฉันทาอาหารรสจัด ไม่ออกกำลังกาย (กรมอนามัย, 2566) โดยที่ข้อมูลสถิติพระภิกษุสงฆ์อาพาธในเขตสุขภาพที่ 2 ได้แก่ จังหวัดเพชรบูรณ์ ตาก พิชณุโลก สุโขทัย อุตรดิตถ์ พบโรคประจำตัว 3 ลำดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 24.3 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 19.8 และโรคเบาหวานร้อยละ 14.8 (ศูนย์อนามัยที่ 2, 2565) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานโรงพยาบาลสงฆ์ พบโรคเรื้อรังในพระสงฆ์อาพาธ คือ 1. โรคไขมันในเลือดสูง 2. โรคความดันโลหิตสูง 3.โรคเบาหวาน 4.โรคไตวายเรื้อรัง 5.โรคต่อกระฉก (โรงพยาบาลสงฆ์, 2562) และจากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์เขตสุขภาพที่ 2 มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ครบทั้ง 7 ด้าน ร้อยละ 7.3 มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์รายด้านจากมากไปหาน้อย คือ ด้านที่ 1 ทนตกระหม่อม ร้อยละ 91.0 ด้านที่ 2 การไม่สูบบุหรี่หรือยาเส้น ร้อยละ 63.8 ด้านที่ 3 การฉันทาน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้วร้อยละ 59.8 ด้านที่ 4 ด้านการนอนหลับอย่างเพียงพอ 6-8 ชั่วโมง ร้อยละ 59.3 ด้านที่ 5 กิจกรรมทางกาย อย่างน้อยวันละ 30 นาที มากกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ร้อยละ 59.0 ด้านที่ 6 หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มชูกำลัง ชา กาแฟ น้ำอัดลม ร้อยละ 58.3 7. การฉันทผักและผลไม้สด ร้อยละ 42.5 (อาณิ บานเช้า, 2564) ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นมีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพและประสิทธิภาพในการประกอบกิจกรรมทางพระพุทธศาสนา

ปัญหาสุขภาพของพระภิกษุพบว่าเกิดจากการขาดความรู้และความตระหนัก พระสงฆ์มีภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 65 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพของพระสงฆ์ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล สภาพแวดล้อม และเชิงนโยบาย (โกนิญฐ์ ศรีทอง, ชลวิทย์ เจียรจิตต์, เบญจมาศ สุขสถิต, และชัยวัชร พรหมจิตติพงศ์, 2565) นอกจากนี้ยังพบว่าการศึกษารื่องพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ จำนวน 129 รูป พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี แต่ยังพบพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้แก่ มีการผ่อนคลายความเครียดด้วยการใช้ยา สูบบุหรี่ ดื่มสุรา เป็นการผ่อนคลายที่ไม่ถูกวิธี ($M=3.78$, $SD=1.39$) ฉันทาอาหารเสริมเครื่องดื่มบำรุงสุขภาพวิตามินเสริม ($M=2.36$, $SD=1.06$) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการบริหารกายระดับดี แต่ยังพบการออกกำลังกายโดยใช้อุปกรณ์มีคะแนนต่ำสุด ($M=1.89$, $SD=1.11$) นอกจากนี้ พระภิกษุต้องรักษาศีล การสำรวมกายใจ มีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพของตนเอง จึงมีแนวโน้มเสี่ยงต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ (กุญช์พลีญฐ์ เสาะหาอึ้ง, กาญจนา พนมรัมย์, กาญจนา รัตด่านจาก, กุณฑิกา ด่านกระโทก, ญัฐกานต์ พลศรี, และคมวัฒน์ รุ่งเรือง, 2564) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นเร่งด่วนในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วยในพระสงฆ์ เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อันจะนำมาซึ่งความสามารถในการส่งเสริม ทำนุบำรุงและเผยแผ่พระพุทธศาสนาให้มั่นคงและยั่งยืน (เกียรติศักดิ์ สุขเหลือง, เบญจมาศ สุขสถิต, วัชรพงษ์ วัชรปัญญา, วรรตม เสมอเชื้อ และชมพูนุท สิงห์มณี, 2561)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า รูปแบบการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในสังคมไทย จำเป็นต้องบูรณาการพัฒนากิจกรรมร่วมกันของสหวิชาชีพทั้งคณะสงฆ์ สถาบันการศึกษา และหน่วยงานด้านสาธารณสุข (โกนิญฐ์ ศรีทอง, ชลวิทย์ เจียรจิตต์, เบญจมาศ สุขสถิต, และชัยวัชร พรหมจิตติพงศ์, 2565) การส่งเสริมความรู้ส่วนใหญ่ใช้วิธีการหรือรูปแบบการถ่ายทอดความรู้แก่พระภิกษุสงฆ์ พบในการศึกษาดังเช่น จากการศึกษาเรื่องการพัฒนา

รูปแบบถวายเป็นความรู้การดูแลด้านสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์ แบ่งเป็น 4 ระยะ ประกอบด้วยการศึกษาวิเคราะห์สภาพ และความต้องการโดยศึกษาแนวคิด และนำมาใช้ในการออกแบบและพัฒนารูปแบบโดยใช้แนวคิดความสามารถของตนเองร่วมกับการใช้โมเดลการส่งเสริมสุขภาพ และนำมาทดลองใช้รูปแบบ ประเมินผล ผลการศึกษาพบว่าพระสงฆ์ที่ได้รับการถวายเป็นความรู้มีคะแนนสูงกว่าก่อนการถวายเป็นความรู้ (มัญญวรรณ ลียุทธานนท์, ผกาสรณ์ อุไรวรรณ, จริญญา แก้วสกุลทอง, และปภาสินี แซ่ตัว, 2562)

จากปัญหาและความสำคัญข้างต้น ยังพบว่าพระสงฆ์ในเขตจังหวัดเพชรบูรณ์ได้รับการถวายเป็นความรู้เรื่อง การบริหารภิกษุใช้มีไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ของ 11 อำเภอในจังหวัดเพชรบูรณ์ และในภาวะการเจ็บไข้ทำให้ขาดผู้ดูแล และเพื่อจากการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ ผู้วิจัยและทีมผู้ร่วมวิจัยจากคณะสงฆ์ สถาบันการศึกษา และหน่วยงานด้านสาธารณสุข เห็นความสำคัญในการสร้างองค์ความรู้ในการดูแลตนเองของพระสงฆ์ เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยของพระสงฆ์และเพิ่มบทบาทในการเป็นผู้ดูแลพระสงฆ์รูปอื่นๆ ได้ ทีมผู้วิจัยจึงศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนา ทักษะการบริหารภิกษุใช้ ต่อความรู้และทักษะการบริหารในพระสงฆ์ เขตพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อให้เกิดโปรแกรมการ ส่งเสริมความรู้ให้พระสงฆ์ในการดูแลตนเองและพระสงฆ์ในวัด ลดการเกิดโรค เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการบริหารภิกษุใช้ ต่อความรู้และทักษะการบริหารในพระสงฆ์ เขตพื้นที่ จังหวัดเพชรบูรณ์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการบริหารในพระสงฆ์ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาทักษะการบริหารภิกษุใช้ในพระสงฆ์ เขตพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการบริหารในพระสงฆ์หลังการเข้าร่วม โครงการ ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาทักษะการบริหารภิกษุใช้ใน พระสงฆ์ เขตพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์

สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานในการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการบริหารในพระสงฆ์ ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับพัฒนาทักษะ การบริหารภิกษุใช้ในพระสงฆ์เขตพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์มีความแตกต่างกัน
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการบริหารในพระสงฆ์หลังการเข้าร่วมโครงการ ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ รับโปรแกรมและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาทักษะการบริหารภิกษุใช้ในพระสงฆ์ เขตพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์มี ความแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความหมายของการบริหารภิกษุใช้ ความรู้และ ทักษะในการบริหารพระสงฆ์ การดูแลตนเองของพระสงฆ์ การคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น นำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมพัฒนา ทักษะการบริหารภิกษุใช้ต่อความรู้และทักษะการบริหารในพระสงฆ์ เขตพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยประกอบด้วยการ

ประเมินความรู้และทักษะในการบริหารในพระสงฆ์ เพื่อคาดหวังว่ากิจกรรมดังกล่าวจะส่งผลต่อการเพิ่มความรู้และทักษะการบริหารในพระสงฆ์ เขตพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest – posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการบริหารภิกษุใช้ ต่อความรู้และทักษะการบริหารในพระสงฆ์ เขตพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ พระอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่บวชและจำพรรษาในเขตพื้นที่ จังหวัดเพชรบูรณ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ พระที่บวชและจำพรรษาในเขตพื้นที่ จังหวัดเพชรบูรณ์ ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จ G* power คำนวณจากขนาดอิทธิพลที่ .8 ค่าอัลฟาที่ .05 ค่าอำนาจทดสอบที่ .95 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 70 คน แบ่งออกเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 รูป สุ่มเข้ากลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ไม่ใช้โปรแกรม กลุ่มละ 35 รูป รวม 70 รูป

โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) พระสงฆ์ อายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป 2) พระที่บวชและจำพรรษามากกว่า 1 พรรษา ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ 3) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) คือ 1) พระภิกษุสงฆ์อายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป 2) พระภิกษุสงฆ์ที่มีภาวะอาพาธอย่างรุนแรงทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการต่อเนื่องได้

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมโครงการ ดังนี้ 1) พระสงฆ์ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ครบตามโครงการ 3 เดือน 2) เกิดการเจ็บป่วยจนไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ 3) มีความต้องการออกจากโปรแกรม การวิจัยในครั้งนี้ไม่พบการคัดออกและไม่มีการยุติการเข้าร่วมโครงการ

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพระสงฆ์ในเขตจังหวัดเพชรบูรณ์ที่อยู่ภายใต้ความดูแลของเจ้าคณะจังหวัดเพชรบูรณ์ ทำการสุ่มจากรายนามพระสงฆ์โดยวิธีการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง 35 รูป และกลุ่มควบคุม 35 รูป รวมจำนวน 70 รูป

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน มีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การศึกษา วัดในเขตอำเภอ โรคประจำตัว

1.2 แบบประเมินความรู้ในการบริหารพระภิกษุใช้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นทั้งหมด 20 ข้อ แบบ 2 ตัวเลือก ถูกผิด ระดับการให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน โดยคะแนนเต็ม 20 คะแนน

1.3 แบบประเมินทักษะในการบริหารพระภิกษุใช้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 4 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินสัญญาชีพ 7 ข้อ 7 คะแนน 2) การทำแผล 3 ข้อ 3 คะแนน 3) การให้อาหารทางสายยาง 4 ข้อ 4 คะแนน 4) การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน 6 ข้อ 6 คะแนน การให้คะแนน ปฏิบัติถูกต้องได้ 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้องได้ 0 คะแนน แปลผลคะแนนรวม 20 คะแนน

1.4 แบบประเมินความพึงพอใจในการเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 15 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมพัฒนาทักษะการบริหารภิกษุใช้ ต่อความรู้และทักษะการบริหารในพระสงฆ์ เขตพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ ประกอบด้วย การถวายนความรู้และฝึกทักษะการบริหารภิกษุใช้ 4 ทักษะ ได้แก่ 1) การประเมินการให้อาหารทางสายยาง 2) การประเมินช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน 3) การประเมินสัญญาณชีพ 4) การประเมินการทำแผล เป็นระยะเวลา 5 วัน และการปฏิบัติฝึกการให้ความรู้และฝึกทักษะการบริหารภิกษุใช้ที่วัดของพระสงฆ์ 3 เดือน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินความรู้ในการบริหารพระภิกษุใช้ และแบบประเมินทักษะในการบริหารพระภิกษุใช้ ผู้วิจัยหาความตรงขอเนื้อหาโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ท่าน หาความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยดัชนีของความสอดคล้องที่มีค่า Index of item-objective congruence (IOC) เท่ากับ 0.67-1.00 จึงนำมาหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .76

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ เอกสารรับรองเลขที่ IEC-18-2566 วันที่ 18 เมษายน 2566 ผู้วิจัยเข้าพบเจ้าคณะจังหวัดเพชรบูรณ์เพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลการวิจัยดังนี้

ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลโปรแกรม วัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการ พร้อมทั้งให้ลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการ ในกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. กลุ่มควบคุม

1.1 สอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพระสงฆ์ และ ประเมินความรู้และทักษะในการบริหารพระภิกษุใช้ ครั้งที่ 1 (pre-test)

1.2 ใช้ชีวิตประจำวันตามปกติ เป็นระยะเวลา 3 เดือน

1.3 เมื่อครบ 3 เดือน เข้าพบพระสงฆ์ ประเมินความรู้และทักษะในการบริหารพระภิกษุใช้ ครั้งที่ 2 (post-test) สำหรับพระสงฆ์ในกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยได้ถวายนความรู้โปรแกรมพัฒนาทักษะการบริหารภิกษุใช้ทุกรูป

2. กลุ่มทดลอง

2.1 สอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพระสงฆ์ และ ประเมินความรู้และทักษะในการบริหารพระภิกษุใช้ ครั้งที่ 1 (pre-test)

2.2 ให้โปรแกรมพัฒนาทักษะการบริหารภิกษุใช้ในพระสงฆ์ เป็นระยะเวลา 5 วัน โดยจะได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะเกี่ยวกับการสร้างองค์ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบริหารภิกษุใช้ ได้แก่ การวัดสัญญาณชีพ การเช็ดตัวลดไข้ หลักการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน การดูแลการรับประทานยา การดูแลแผล การออกกำลังกาย การยกเคลื่อนย้าย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น และนำไปปฏิบัติต่อเนื่องที่วัดของพระสงฆ์ เป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยผู้วิจัยได้ติดตามพระสงฆ์เดือนละ 1 ครั้ง และสอบถามปัญหาอุปสรรคในการฝึกปฏิบัติทักษะในการบริหารพระภิกษุใช้

2.3 เมื่อครบ 3 เดือน เข้าพบพระสงฆ์ประเมินความรู้และทักษะในการบริหารพระภิกษุใช้ ครั้งที่ 2 (post-test) และประเมินความพึงพอใจในโครงการ

ผู้วิจัยได้มีการติดตามพระสงฆ์ที่เข้าร่วมโครงการ สอบถามปัญหา อุปสรรคและประสบการณ์การเข้าร่วมโครงการอบรมอื่นๆในช่วง 3 เดือนทั้ง 70 รูป ในช่วงระยะเวลาการเข้าร่วมโครงการไม่มีการเข้ารับถวายความรู้ในเรื่องอื่นจากหน่วยงานอื่นนอกเหนือจากโครงการ และผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลของโปรแกรมก่อนหลังของกลุ่มที่ใช้โปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ใช้โปรแกรม ด้วยสถิติ Wilcoxon match pairs signed-Ranks test เปรียบเทียบผลของโปรแกรมหลังการเข้าร่วมโครงการระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Mann Whitney U test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 และวิเคราะห์ผลประเมินความพึงพอใจด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 20-79 ปี อายุเฉลี่ย 42.43 ปี ($SD=14.36$) กลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 21-79 ปี อายุเฉลี่ย 45.88 ปี ($SD=14.32$) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 57.14 รองลงมา คือ ประถมศึกษา ร้อยละ 14.29 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42.86 รองลงมา คือ มัธยมศึกษา ร้อยละ 34.29 กลุ่มควบคุมวัดในเขตอำเภอเมืองเพชรบูรณ์มากที่สุด ร้อยละ 54.29 รองลงมาอำเภอหนองไผ่ ร้อยละ 14.29 กลุ่มทดลองมีวัดในเขตอำเภอเมืองเพชรบูรณ์มากที่สุด ร้อยละ 34.29 รองลงมาอำเภอหล่มสัก ร้อยละ 17.14 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 77.14 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 65.71

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการบริหารในพระสงฆ์ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาทักษะการบริหารภิกษุใช้ในพระสงฆ์ เขตพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการบริหารในพระสงฆ์มีคะแนนมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการบริบาลในพระสงฆ์ ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาทักษะการบริบาลภิกษุใช้ในพระสงฆ์ เขตพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์

กลุ่ม / รายการเปรียบเทียบ	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Wilcoxon Signed Ranks Test (Z)	p- value
	M	SD	M Rank	M	SD	M Rank		
กลุ่มควบคุม								
ความรู้	7.22	4.45	28.11	7.22	4.45	18.71	.00	1.00 ^{NS}
การประเมินสัญญาณชีพ	3.74	1.12	31.43	3.74	1.19	18.89	.00	1.00 ^{NS}
การทำแผล	2.31	.72	45.14	2.14	.65	23.00	-2.44	.014 [*]
การให้อาหารทางสายยาง	1.80	1.05	43.03	1.71	1.07	19.41	-1.73	0.83 ^{NS}
การช่วยฟื้นคืนชีพ	2.51	1.50	39.87	2.51	1.50	18.76	.00	1.00 ^{NS}
กลุ่มทดลอง								
ความรู้	10.63	3.76	42.89	17.63	2.67	52.29	-5.16	.00 [*]
การประเมินสัญญาณชีพ	4.14	.88	39.57	6.46	.56	52.11	-5.14	.00 [*]
การทำแผล	1.51	.66	25.86	3.00	.00	48.00	-5.12	.00 [*]
การให้อาหารทางสายยาง	1.14	.55	27.97	3.77	.42	51.59	-5.27	.00 [*]
การช่วยฟื้นคืนชีพ	1.94	1.37	31.13	5.82	.38	52.24	-5.18	.00 [*]

*p-value < .05, ^{NS} p-value > .05

3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการบริบาลในพระสงฆ์ ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาทักษะการบริบาลภิกษุใช้ในพระสงฆ์ เขตพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการบริบาลในพระสงฆ์ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีความแตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการบริบาลในพระสงฆ์หลังการเข้าร่วมโครงการระหว่างกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาทักษะการบริบาลภิกษุใช้ในพระสงฆ์ เขตพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์

หัวข้อ	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			Mann-Whitney U	p-value
	M	SD	M Rank	M	SD	M Rank		
ความรู้	7.22	4.45	18.71	17.63	2.67	52.29	25.00	.00 [*]
การประเมินสัญญาณชีพ	3.74	1.19	18.89	6.46	.56	52.11	31.00	.00 [*]
การทำแผล	2.14	.65	23.00	3.00	.00	48.00	175.00	.00 [*]
การให้อาหารทางสายยาง	1.71	1.07	19.41	3.77	.42	51.59	49.50	.00 [*]
การช่วยฟื้นคืนชีพ	2.51	1.50	18.76	5.82	.38	52.24	26.50	.00 [*]

*p-value < .05, ^{NS} p-value > .05

4. ความพึงพอใจต่อการได้รับโปรแกรมพัฒนาทักษะการบริหารการบัญชีในพระสงฆ์ เขตพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า ความพึงพอใจโดยภาพรวม ค่าเฉลี่ย 4.74 ($SD=0.31$) ข้อที่มีคะแนนมากที่สุดคือ วิทยาการผู้ถวายความรู้ ค่าเฉลี่ย 4.89 ($SD 0.32$) ข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ โสตทัศนูปกรณ์ ค่าเฉลี่ย 4.29 ($SD=0.57$)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย คือ 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการบริหารในพระสงฆ์ ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับพัฒนาทักษะการบริหารการบัญชีในพระสงฆ์เขตพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์มีความแตกต่างกัน 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการบริหารในพระสงฆ์ ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาทักษะการบริหารการบัญชีในพระสงฆ์ เขตพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์มีความแตกต่างกัน การใช้โปรแกรมพัฒนาทักษะการบริหารการบัญชี ต่อความรู้และทักษะการบริหารในพระสงฆ์ เขตพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ จากผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลอง ($M=10.63$, $SD=3.76$) หลังการทดลอง ($M=17.63$, $SD=2.67$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการบริหารในพระสงฆ์มีคะแนนมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ เป็นโปรแกรมที่สามารถสร้างองค์ความรู้และทักษะในการบริหารพระสงฆ์ 4 ทักษะ ได้แก่ การประเมินสัญญาณชีพ การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง การช่วยฟื้นคืนชีพ เป็นแนวทางในการดูแลตนเองและพระสงฆ์ในวัด ยังเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างดี เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบถวายความรู้การดูแลด้านสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์ ผลการศึกษาพบว่าพระสงฆ์ที่ได้รับการถวายความรู้มีคะแนนสูงกว่าก่อนการถวายความรู้ (มีภูธรธรณ ลียุทธานนท์, ผกาสรณ์ อุไรวรรณ, จริญญา แก้วสกุลทอง และปภาสินี แซ่ตี๋, 2562) การถวายความรู้ในการบริหารการบัญชีเป็นการส่งเสริมความรู้และทักษะการบริหารการบัญชีจะเห็นได้จากผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความรู้และทักษะการบริหารการบัญชีในพระสงฆ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ โปรแกรมพัฒนาทักษะการบริหารการบัญชี ต่อความรู้และทักษะการบริหารในพระสงฆ์ เขตพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ ยังสอดคล้องความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของ สบช โมเดล ในการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 3 ลด ได้แก่ อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย ลดเหล้า ลดบุหรี่ และลดความอ้วน และเป็นการสร้างองค์ความรู้ในการป้องกันการเกิดภาวะเสี่ยงจากโรคเรื้อรังที่พบบ่อย คือ โรคความดันโลหิตสูง เช่นเดียวกับการศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามแนวคิด สบช โมเดลในประชาชนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (นสพ. เอ็ม, วิภาพร สิทธิศาสตร์, และสุริรัตน์ ณ วิเชียร, 2565) เนื้อหาในโปรแกรมพัฒนาทักษะการบริหารการบัญชี ทำนองเดียวกับการศึกษาการพัฒนาต้นแบบวิทยาการพระธรรมทูตสุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันกลุ่มอาการอ้วนลงพุงในพระสงฆ์จังหวัดน่าน จำนวน 193 รูป สัมภาษณ์เชิงลึก 10 รูป และสนทนากลุ่มเฉพาะพบว่าแนวทางในพัฒนาหลักสูตรอบรมประกอบด้วย 5 องค์ประกอบคือ 1) ความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพในพระสงฆ์ 2) หลักทางพระพุทธศาสนากับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3) ด้านการถวายความรู้ 4) กรณีศึกษาตัวอย่าง 5) การพัฒนาต้นแบบธรรมบรรยาย 40 รูป และนำธรรมเทศนาที่เน้นคำสอนเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการอ้วนลงพุงที่สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติได้จริง (เกียรติศักดิ์ สุขเหลือง, เบญจมาศ สุขสถิตย์, วัชรพงษ์ วชิรปัญญา, วโรดม เสมอเชื้อ และชมพู พุฒ สิมหิณี, 2561)

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมพัฒนาทักษะการบริหารการบัญชี ต่อความรู้และทักษะการบริหารในพระสงฆ์ เขตพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการถวายความรู้พระสงฆ์และสร้างองค์ความรู้ ทักษะบริหารของพระสงฆ์ได้ ทำให้ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรังและเกิดความตระหนักในการดูแล

ตนเอง ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำโปรแกรมพัฒนาทักษะการบริหารบาลิกษุใช้ ไปใช้ในการให้ความรู้ ส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพในพระสงฆ์อาพาธต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ส่งเสริมให้เกิดความรู้และทักษะการบริหารบาลิกษุใช้

1.2 พระสงฆ์ที่ได้รับการอบรมมีศักยภาพในการดูแลตนเอง และสามารถให้บริบาลพระสงฆ์รูปอื่นได้

1.3 ผู้บริหารสามารถนำไปวางแผนนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพในพระสงฆ์ การถวายเป็นบุญ การถวายเป็นกุศล การถวายเป็นทาน บริบาลิกษุใช้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำผลของการศึกษามาเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความรู้และทักษะในการ บริบาลไข้ของพระภิกษุได้โดยขยายผลให้ครอบคลุมพระสงฆ์กลุ่มอื่น

เอกสารอ้างอิง

บุญชูพิสิษฐ์ เสหาหิยัง, กาญจนา พนมรัมย์, กาญจนา รัตต่านจาก, กุณจิตา ด่านกระโทก, ณัฐกานต์ พลศรี และคมวิวัฒน์ รุ่งเรือง. (2564). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ในเขตเทศบาลเมือง สุรินทร์. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 9(1), 59-71.

กรมอนามัย. (2566, 15 สิงหาคม). *สถานการณ์พระสงฆ์ในปัจจุบัน*.

<https://healthtemple.anamai.moph.go.th/public/knowledge/viewClip/23>

เกียรติศักดิ์ สุขเหลือง, เบญจมาศ สุขสถิตย์, วัชรพงษ์ วชิรปัญญา, วโรตม เสมอเชื้อ และชมพูนุท สิงห์มณี. (2561). การพัฒนาต้นแบบวิทยาการพระธรรมทูตสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันกลุ่มอาการอ้วนลงพุงในพระสงฆ์ จังหวัดน่าน. *วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์*, 7(3), 112-119.

โกนิษฐ์ ศรีทอง, ชลวิทย์ เจียรจิตต์, เบญจมาศ สุขสถิต และชัยวัชร พรหมจิตติพงศ์. (2564). สถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในสังคมไทย. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 9(5), 1793-1804.

นสพ. เอโอ, วิภาพร สิทธิศาสตร์ และสุริรัตน์ ณ วิเชียร. (2565). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามแนวคิด สบซ โมเดล ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสมอแข อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี*, 5(2), 129-139.

มัญจวรรณ ลียุทธานนท์, ผกาสรณ์ อุไรวรรณ, จริยญา แก้วสกุลทอง และภาสินี แซ่ดี. (2562). การพัฒนา รูปแบบ ถวายความรู้การดูแลด้านสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 25(2), 104-117.

โรงพยาบาลสงฆ์. (2562, 17 ตุลาคม). รายงานประจำปี 2562 โรงพยาบาลสงฆ์.

<https://www.priest-hospital.go.th/pdf/2562/>

ศูนย์อนามัยที่ 2. (2565, 15 เมษายน). ข้อมูลวัดและพระสงฆ์ สามเณร เขตสุขภาพที่ 2.

<https://hpc2service.anamai.moph.go.th/lcdata/behavior02.php>

อานี บานเช้า. (2564, 15 เมษายน). ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ เขตสุขภาพที่ 2.

<https://hpc2service.anamai.moph.go.th/researchhpc2/file/227.pdf>

ผลของโปรแกรมการหยาเครื่องช่วยหายใจโดยใช้สหสาขาวิชาชีพต่อความสำเร็จของการหยา เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอ

วนิดา ปันจักษ์, พย.บ.*, นางณภัทร รุ่งเนย, ค.ด.** , อัญชนา จุลศิริ, ปร.ด***

คันสนีย์ พงษ์วิริยะธรรม, พบ.**** และฉัตรพร สมรมิตร, วท.บ.*****

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการหยาเครื่องช่วยหายใจโดยใช้สหสาขาวิชาชีพต่อความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอ ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและใส่เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำแนกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการหยาเครื่องช่วยหายใจที่พัฒนาขึ้นและแบบบันทึกการหยาเครื่องช่วยหายใจ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน วิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องได้เท่ากับ 0.80-1.00 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม 2564 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ยมัถฐาน และสถิติเปรียบเทียบด้วย Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า

1. จำนวนวันที่ใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจของกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการหยาเครื่องช่วยหายใจโดยใช้สหสาขาวิชาชีพน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการหยาเครื่องช่วยหายใจวิธีเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ระยะเวลาในการหยาเครื่องช่วยหายใจของกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการหยาเครื่องช่วยหายใจโดยใช้สหสาขาวิชาชีพน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการหยาเครื่องช่วยหายใจวิธีเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. จำนวนการกลับมาใส่ท่อหลอดลมคอซ้ำของกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการหยาเครื่องช่วยหายใจโดยใช้สหสาขาวิชาชีพไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการหยาเครื่องช่วยหายใจวิธีเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อค้นพบจากการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การใช้โปรแกรมการหยาเครื่องช่วยหายใจโดยใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพ ช่วยเพิ่มความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวได้

คำสำคัญ: การหยาเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอ โปรแกรมการหยาเครื่องช่วยหายใจ

* , ****, ***** โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

*** วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding author E-mail: nongnaphat@bcnsurat.ac.th

(Received: May 7, 2023; Revised: September 24, 2023; Accepted: December 1, 2023)

Effects of Mechanical Ventilator Weaning Protocol Driven by Multidisciplinary Team on Weaning Success in Patients with Endotracheal tube

Wanida Panjak, B.N.S. *, Nongnaphat Rungnoei, Ph.D. **, Anchana Julsiri, Ph.D., ***

Sansanee Pongviriyatam, M.D. **** & Chadporn Samonmit, B.Sc. *****

Abstract

This quasi-experimental research aimed to evaluate the effect of mechanical ventilator weaning protocol driven by multidisciplinary team among patients with endotracheal tube admit in intensive care unit ward, Prachomklao hospital, Phetchaburi province. The patient samples consisted of sixty respiratory failure patients who were on mechanical ventilator. Purposive sampling technique was used to recruit the samples, and they were divided into 2 groups: an experimental group and a control group, 30 people each. Research instruments consisted of mechanical ventilator weaning protocol driven by multidisciplinary team, and a record of mechanical ventilator weaning, which its content validity were investigated by five experts (Item of congruence 0.80-1.00). The experiment was conducted and data were collected between April 2021 and February 2022. The data were analyzed using descriptive statistics: mean, median, and Mann-Whitney U test.

The results showed that:

1. The duration of using endotracheal tube and mechanical ventilator, it was found that the multidisciplinary weaned group had less than the conventional ventilator weaned group at a statistically significant level .05.
2. The duration of weaning from mechanical ventilation, it was found that the multidisciplinary weaning group had less time than the conventional mechanical ventilation group at a statistically significant level .05.
3. Number of reintubated patients, it was found that the number of reintubations in the multidisciplinary weaned group was not different from the conventional mechanical ventilation group at a significant level .05.

These findings suggest that using mechanical ventilator weaning protocol driven by multidisciplinary team can increase weaning success rate for respiratory failure patients.

Keywords: ventilator weaning patient with endotracheal tube mechanical ventilator weaning protocol

***** King Mongkut's Hospital Phetchaburi Province, ** Boromarajonani College of Nursing, Surat Thani,

*** Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health.

บทนำ

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักและมีภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สาเหตุจากโรคระบบทางเดินหายใจเองและระบบอื่นๆ ส่งผลให้มีภาวะพร่องออกซิเจนในเลือดและต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ การทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายหลายระบบล้มเหลวเฉียบพลัน และส่งผลให้มีอุบัติการณ์เสียชีวิตเพิ่มขึ้น (Kapil & Wilson, 2019) โดยเฉพาะในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 35-46 (Auld et al., 2020) การรักษาโดยการใส่ท่อหลอดลมคอ (Endotracheal tube) และการใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อช่วยการระบายอากาศในถุงลมและส่งเสริมการแลกเปลี่ยนก๊าซ โดยการเพิ่มออกซิเจนความเข้มข้นสูงให้แก่ผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งจำเป็น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ได้แก่ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator Associated Pneumonia; VAP) กล้ามเนื้อหายใจลีบ ปอดแฟบ (Peñuelas et al., 2019; Powers, Wiggs, Sollanek, & Smuder, 2013) มีปัญหาด้านการสื่อสาร ความวิตกกังวล ความไม่สุขสบาย และการพักผ่อนไม่เพียงพอ รวมทั้งเกิดผลกระทบด้านเศรษฐกิจสังคม ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง ดังนั้น เมื่อสาเหตุของการหายใจล้มเหลวได้รับการแก้ไขแล้ว การหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อหลอดลมคอจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ควรดำเนินการโดยเร็วที่สุด (Papazian, Klompas, & Luyt, 2020; van Diepen et al., 2017) กล่าวได้ว่า ภาวะหายใจล้มเหลวเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ระบบสุขภาพและสังคม การดูแลให้ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้จึงเป็นกระบวนการที่สำคัญที่ต้องใช้บุคลากรที่มีศักยภาพในการประเมิน ดูแลและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การหย่าเครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย แนวปฏิบัติ 3 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ 2) ระยะหย่าเครื่องช่วยหายใจ และ 3) ระยะหลังหย่าเครื่องช่วยหายใจ (ทันทชัย บุญบุรพงค์, 2561) ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย คือ ความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ 2) ปัจจัยด้านการรักษาพยาบาล คือ การมีแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่ชัดเจน บุคลากรมีความรู้ในเรื่องการหย่าเครื่องช่วยหายใจและความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด แนวปฏิบัติที่ใช้ในประเทศไทยส่วนใหญ่ประกอบด้วย การสร้างความรู้ ความตระหนักแก่บุคลากร การใช้เกณฑ์การหย่าเครื่องช่วยหายใจ การดูแลขณะหย่าและการประเมินความพร้อมในการถอดท่อช่วยหายใจ สามารถลดระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นิภาดา ธารีเพียร, ฐิตินันท์ วัฒนชัย และมนพร ชาติขันธ์, 2562) สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การใช้แนวปฏิบัติเพื่อการหย่าเครื่องช่วยหายใจช่วยให้ระยะเวลาที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจสั้นลง ระยะเวลาการรับไว้รักษาในหอผู้ป่วยหนักลดลง สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ นอกจากนี้พบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจมีความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (อุดมลักษณ์ เตียสวัสดิ์ และคณะ, 2560; Hirzallah, Alkaissi, & do Céu Barbieri-Figueiredo, 2019; Tingsvik, Johansson, & Mårtensson, 2015) การประสานความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพจะช่วยให้เกิดความสำเร็จของ

การหยาเครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้น (Rose, Dainty, Jordan, & Blackwood, 2014) จะเห็นได้ว่า แนวปฏิบัติในการหยาเครื่องช่วยหายใจนั้นมีผลดีต่อผู้ป่วยที่ได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจ

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาของระบบทางเดินหายใจที่รับไว้ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งมีจำนวนเตียงรับผู้ป่วย 10 เตียง เป็นผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจถึงร้อยละ 90 ของจำนวนผู้ป่วยในแต่ละวัน และผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากสถิติปี พ.ศ. 2561-2563 คิดเป็นร้อยละ 87.52, 89.10 และ 94.18 ตามลำดับ ซึ่งแนวทางปฏิบัติในการหยาเครื่องช่วยหายใจใช้ความชำนาญ และประสบการณ์การปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์เป็นสำคัญ โดยแพทย์ร่วมกับพยาบาลเป็นผู้ประเมินความพร้อมและเลือกวิธีการหยาเครื่องช่วยหายใจให้แก่ผู้ป่วย และพยาบาลทำหน้าที่ประเมินสภาพผู้ป่วย และดูแลผู้ป่วยขณะหยาเครื่องช่วยหายใจ จากการปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจที่ผ่านมาพบว่าจำนวนผู้ป่วยสามารถหยาเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจได้ เฉลี่ย 3 ปีซ้อนหลัง คิดเป็นร้อยละ 31.33 และมีจำนวนผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจก่อนการหยาเครื่องช่วยหายใจคิดเป็นร้อยละ 25.50 (หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม, 2563) จากการทบทวนสถานการณ์ที่เกิดขึ้นพบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จหรือสำเร็จแต่ใช้เวลานานนั้น ประกอบด้วยปัจจัยด้านผู้ป่วยและปัจจัยด้านการรักษาพยาบาล โดยปัจจัยด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย พยาธิสภาพของโรค เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ปอดจากโรคปอดเรื้อรัง (chronic lung diseases) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้ใช้ระยะเวลาหยาเครื่องช่วยหายใจนานกว่าปกติ ส่วนปัจจัยด้านการรักษาพยาบาลพบว่า แนวปฏิบัติในการหยาเครื่องช่วยหายใจยังไม่ชัดเจน ทำให้ไม่สามารถบันทึกและติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วย และรายงานเพื่อการหยา รวมทั้งการถอดเครื่องช่วยหายใจได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ไม่มีทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ทำให้ความสำเร็จของการหยาเครื่องช่วยหายใจไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมการหยาเครื่องช่วยหายใจโดยให้ทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วม มีการประเมินสภาพและบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ รวมทั้งมีกระบวนการเตรียมความพร้อมและเผื่อระงับอาการเปลี่ยนแปลง และเพิ่มสมรรถนะในการหยาโดยการออกกำลังกายและส่งเสริมการหยาใจและไออย่างมีประสิทธิภาพ โดยพัฒนาจากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการแก้ไขปัญหาการหยาเครื่องช่วยหายใจในหน่วยงาน เพื่อเพิ่มความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจและส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการหยาเครื่องช่วยหายใจโดยใช้สหสาขาวิชาชีพต่อความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจ โดยประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ดังนี้

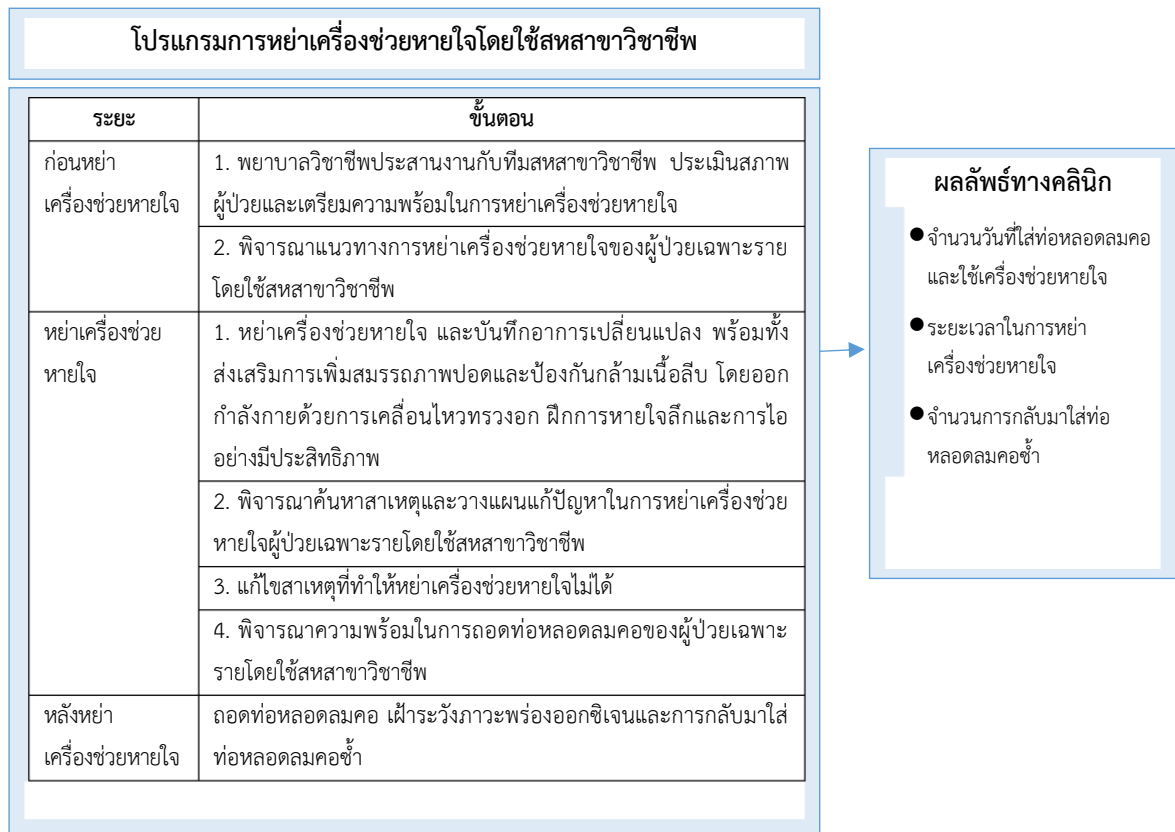
1. เปรียบเทียบจำนวนวันที่ใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจของกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการหยาเครื่องช่วยหายใจโดยใช้สหสาขาวิชาชีพและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการหยาเครื่องช่วยหายใจวิธีเดิม
2. เปรียบเทียบระยะเวลาในการหยาเครื่องช่วยหายใจของกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการหยาเครื่องช่วยหายใจโดยใช้สหสาขาวิชาชีพและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการหยาเครื่องช่วยหายใจวิธีเดิม
3. เปรียบเทียบจำนวนการกลับมาใส่ท่อหลอดลมคอซ้ำของกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการหยาเครื่องช่วยหายใจโดยใช้สหสาขาวิชาชีพและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการหยาเครื่องช่วยหายใจวิธีเดิม

สมมติฐานการวิจัย

1. จำนวนวันที่ใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจของกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยใช้สหสาขาวิชาชีพน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการหย่าเครื่องช่วยหายใจวิธีเดิม
2. ระยะเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจของกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยใช้สหสาขาวิชาชีพมีเวลาน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการหย่าเครื่องช่วยหายใจวิธีเดิม
3. จำนวนการกลับมาใส่ท่อหลอดลมคอซ้ำของกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยใช้สหสาขาวิชาชีพน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการหย่าเครื่องช่วยหายใจวิธีเดิม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดเกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (ทนนชัย บุญบุรพงค์, 2561; Blackwood, Burns, Cardwell, & O'Halloran, 2014; Hirzallah, Alkaissi, & do Céu Barbieri-Figueiredo, 2019; Ladeira, Vital, Andriolo, Andriolo, Atallah, & Peccin, 2014) เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยใช้สหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วม ซึ่งการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Pre-weaning stage) ระยะที่ 2 ระยะหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Weaning process stage) และระยะที่ 3 ระยะหลังหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Weaning outcome stage) (ทนนชัย บุญบุรพงค์, 2561) ซึ่งต้องประเมินความพร้อมก่อนหย่า เพื่อระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและบันทึกอย่างเป็นระบบ มีการค้นหาสาเหตุและแก้ปัญหาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Blackwood, Burns, Cardwell, & O'Halloran, 2014; Hirzallah, Alkaissi, & do Céu Barbieri-Figueiredo, 2019; Ladeira, Vital, Andriolo, Andriolo, Atallah, & Peccin, 2014) โดยในทุกกระยะเน้นการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ (Rose, Dainty, Jordan, & Blackwood, 2014) และประเมินความสำเร็จของการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ชนิดวัดก่อนและหลังการทดลอง มีกลุ่มเปรียบเทียบ (The pretest-posttest design with a comparison group)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ในช่วงเดือนมีนาคม 2564 – เดือนกุมภาพันธ์ 2565 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power version 3.1.9.7 (Faul, Erdfelder, Lang & Buchner, 2007) สำหรับ Independent t-test โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ .05 อำนาจในการทดสอบ (Power of Test) ($1-\beta$) เท่ากับ .80 ขนาดอิทธิพลของประชากร (Effect size) ขนาดใหญ่ เท่ากับ 0.80 (Cohen, 2013) ซึ่งได้ค่าขนาดอิทธิพลจากการศึกษางานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายกันของเพ็ญศรี ละออง, สุภาภรณ์ ดั่งแพง, วัลภา คุณทรงเกียรติ, และเขมรดี มาสิงบุญ (2550) มีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.82 เพื่อให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือขึ้น ผู้วิจัยลดขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.80 ได้จำนวนกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 26 คน และเพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่างการ

ทดลอง ได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 (Polit & Beck, 2022) เป็นกลุ่มละ 30 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน

การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา คือ อายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารได้ ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย โดยใช้วิธีการจับคู่เข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยพิจารณาจากเพศ อายุ การวินิจฉัยโรคและโรคร่วม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด

เกณฑ์การคัดออก คือ ย้ายไปหาผู้ป่วยสามัญก่อนเอาท่อหลอดลมคอออก ไม่สมัครใจรับการรักษาต่อในโรงพยาบาลหลังจากใส่ท่อช่วยหายใจ และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการเจาะคอ

เกณฑ์การยุติการเป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ ไม่สามารถเข้าร่วมการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยใช้สหสาขาวิชาชีพได้ทั้ง 3 ระยะ เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรก หลังใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยใช้สหสาขาวิชาชีพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 1 ก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ เป็นการประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในช่วงเวรเช้า โดยแพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัด จะประเมินอาการทางคลินิก ความพร้อมของระบบหายใจ ระบบไหลเวียน และระบบประสาท รวมทั้งพิจารณาสาเหตุของการหายใจล้มเหลวของผู้ป่วยว่าดีขึ้นแล้ว ในกรณีที่ผ่านเกณฑ์ประเมินทุกข้อ แพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัด จะพิจารณาแนวทางในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ กรณีไม่ผ่านเกณฑ์ประเมินทุกข้อ จะประเมินใหม่ในวันต่อไป

ระยะที่ 2 หย่าเครื่องช่วยหายใจ เป็นการดำเนินการหย่าเครื่องช่วยหายใจตามแผนที่สหสาขาวิชาชีพวางแผนไว้ โดยจะเริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจด้วย CPAP mode เมื่อ PEEP $\leq$ 5-8 cmH₂O ขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจพยาบาลจะเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจนหลังจากเริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจที่เวลา 5, 15, 30 นาที และทุก 1 ชั่วโมง

กรณีไม่ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ จะเปลี่ยนเป็น On ventilator setting เดิมก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ และทีมสหสาขาวิชาชีพจะค้นหาสาเหตุและวางแผนแก้ปัญหาต่อไป โดยมีนักกายภาพบำบัดทำ chest mobilization, deep breathing exercise, และ effective cough กรณีมีเสมหะจะทำ postural drainage และ percussion เมื่อแก้ไขสาเหตุได้แล้ว จะประเมินความพร้อมและดำเนินการหย่าเครื่องช่วยหายใจอีกครั้ง

กรณีที่หย่าเครื่องช่วยหายใจติดต่อกันเป็นเวลา 30-120 นาที และผ่านเกณฑ์การประเมินทุกข้อ แพทย์และพยาบาลจะประเมินความพร้อมในการถอดท่อช่วยหายใจ กรณีผ่านเกณฑ์ประเมินทุกข้อ จึงจะถอดท่อช่วยหายใจ กรณีไม่ผ่านเกณฑ์ข้อ cuff leak test แพทย์จะเป็นผู้พิจารณา

ระยะที่ 3 หลังหย่าเครื่องช่วยหายใจ เป็นการดูแลผู้ป่วยหลังถอดท่อช่วยหายใจ โดยพยาบาลจะเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจน และติดตามการใส่ท่อหลอดลมคอซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง

2. แบบบันทึกการหยาเครื่องช่วยหายใจโดยใช้สหสาขาวิชาชีพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค วันที่เริ่มหยาเครื่องช่วยหายใจ ชนิดของเครื่องช่วยหายใจ วันที่ผู้ป่วยเริ่มหยาและถอดท่อหายใจ ผลการหยาเครื่องช่วยหายใจและประเภทของการหยาเครื่องช่วยหายใจ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพร้อมในการหยาเครื่องช่วยหายใจ ประกอบด้วย การประเมินความพร้อมด้านร่างกาย ได้แก่ สาเหตุของการหายใจล้มเหลว hemodynamic คงที่ การแลกเปลี่ยนก๊าซเพียงพอ ระดับความรู้สึกตัว GCS>8 ภาวะ metabolic และ electrolyte ปกติ สมรรถนะปอดของผู้ป่วยดี การประเมินทางกายภาพบำบัดโดยใช้เกณฑ์ผ่านหรือไม่ผ่านและการประเมินความพร้อมด้านจิตใจใช้คำถามปลายปิดในการสอบถามความรู้สึกของผู้ป่วยว่าใช่หรือไม่ใช่

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกขณะหยาเครื่องช่วยหายใจ ด้วยวิธีให้ผู้ป่วยทดลองหายใจด้วย O₂ T-Piece หรือด้วยวิธีการหายใจแบบ CPAP PEEP $\leq$ 5-8 cmH₂O แล้วจึงประเมินตามเกณฑ์ โดยเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและประเมินที่เวลา 5, 15, 30 นาที และทุก 1 ชั่วโมง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพร้อมในการถอดท่อช่วยหายใจ ประกอบด้วย การประเมินความพร้อมในการถอดท่อช่วยหายใจ โดยประเมินจากการไอที่มีประสิทธิภาพ จำนวนเสมหะน้อยลง และ cuff-leak test

ส่วนที่ 5 แนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังถอดท่อช่วยหายใจ ประกอบด้วย การให้ออกซิเจน การงดอาหารและน้ำ การสังเกตภาวะพร่องออกซิเจน การประเมินการไอและการมีเสมหะคั่งค้าง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองทั้ง 2 ชุด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้แก่ แพทย์ที่เชี่ยวชาญระบบการหายใจ จำนวน 2 คน พยาบาลที่เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 2 คน และนักกายภาพบำบัดที่เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาของระบบการหายใจ จำนวน 1 คน วิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้เท่ากับ 0.80-1.00 และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน หลังจากนั้นนำโปรแกรม และแบบบันทึกการหยาเครื่องช่วยหายใจโดยใช้สหสาขาวิชาชีพมาปรับปรุงแล้วนำไปใช้จริง

วิธีดำเนินการวิจัย การดำเนินการทดลอง แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนการทดลอง ดำเนินการดังนี้

1.1 ประชุมและวางแผนการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และนักกายภาพบำบัด กำหนดแนวทางในการทำงาน ร่วมกันพัฒนาโปรแกรมการหยาเครื่องช่วยหายใจโดยใช้สหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอ พร้อมทั้งจัดทำแบบบันทึกการหยาเครื่องช่วยหายใจโดยใช้สหสาขาวิชาชีพ

1.2 ทดลองใช้โปรแกรมการหยาเครื่องช่วยหายใจโดยใช้สหสาขาวิชาชีพ และแบบบันทึกการหยาเครื่องช่วยหายใจโดยใช้สหสาขาวิชาชีพ โดยนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย และปรับปรุงโปรแกรมและแบบบันทึกก่อนนำไปใช้จริง

2. ระยะทดลอง ดำเนินการดังนี้

2.1 ตรวจสอบเวชระเบียนของผู้ป่วยที่รับไว้ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ถ้ามีผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการ

ทำวิจัย และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการทำวิจัย พร้อมทั้งสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัย และให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมก่อนระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนสิงหาคม 2564 แล้วจึงเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง ระหว่างเดือนกันยายน 2564 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2565 โดยดำเนินการทดลองดังนี้

2.2.1 กลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการหยาเครื่องช่วยหายใจวิธีเดิม โดยแพทย์ประเมิน และตัดสินใจในการเริ่มการหยาเครื่องช่วยหายใจให้แก่ผู้ป่วย หลังจากนั้นพยาบาลประเมินความพร้อมในการหยาเครื่องช่วยหายใจตามแนวปฏิบัติในการหยาเครื่องช่วยหายใจที่ประกอบด้วย การประเมินด้านร่างกายและด้านจิตใจ ก่อนการหยาเครื่องช่วยหายใจ ขณะหยาเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งไม่มีการประเมินทางกายภาพบำบัด และการประเมินหลังการถอดท่อช่วยหายใจ เมื่อสามารถถอดท่อหลอดลมคอได้ ได้ติดตามการใส่ท่อหลอดลมคอเข้าภายใน 48 ชั่วโมง พร้อมทั้งบันทึกการใส่ท่อหลอดลมคอซ้ำ และจำนวนวันที่ใส่ท่อหลอดลมคอ

2.2.2 กลุ่มทดลองดำเนินการหยาเครื่องช่วยหายใจโดยใช้โปรแกรมการหยาเครื่องช่วยหายใจโดยใช้สหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย การประเมินสภาพร่วมกันโดยสหสาขาวิชาชีพ โดยพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประเมินความพร้อม และประสานงานกับนักกายภาพบำบัดร่วมกับรายงานแพทย์เพื่อวางแผนการหยาเครื่องช่วยหายใจในขั้นตอนการหยาเครื่องช่วยหายใจร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ และนักกายภาพบำบัดร่วมกันส่งเสริมการออกกำลังกายด้วยการเคลื่อนไหวทรวงอก (chest mobilization) ฝึกการหายใจลึก (deep breathing exercise) และการไออย่างมีประสิทธิภาพ (effective cough) เพื่อให้ผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจได้เร็วที่สุด และเมื่อสามารถถอดท่อหลอดลมคอได้ พยาบาลวิชาชีพได้ติดตามการใส่ท่อหลอดลมคอเข้าภายใน 48 ชั่วโมง พร้อมทั้งบันทึกการใส่ท่อหลอดลมคอซ้ำและจำนวนวันที่ใส่ท่อหลอดลมคอ

การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมก่อนระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนสิงหาคม 2564 แล้วจึงรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มทดลองตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน

2. เปรียบเทียบจำนวนวันที่ใส่ท่อหลอดลมคอของผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาการหยาเครื่องช่วยหายใจ และจำนวนผู้ป่วยที่มีการใส่ท่อหลอดลมคอซ้ำด้วยสถิติ ทดสอบด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากผลการแจกแจงข้อมูลเป็นแบบไม่ปกติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.5

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน อายุระหว่าง 51-80 ปี อายุเฉลี่ย 60.50 ปี ได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารได้ ผลการทดสอบไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ Independent t-test จึงใช้สถิติ Mann-Whitney U test ในการทดสอบความแตกต่างของจำนวนวันที่ใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจ การไม่กลับมาใส่ท่อหลอดลมคอซ้ำ และระยะเวลาในการหยาเครื่องช่วยหายใจ

ความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ผลการเปรียบเทียบความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจระหว่างกลุ่มที่หย่าเครื่องช่วยหายใจโดยใช้สหสาขาวิชาชีพ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการหย่าเครื่องช่วยหายใจวิธีเดิมสรุปได้ดังนี้

1. จำนวนวันที่ใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่า ค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของจำนวนวันที่ใส่ท่อหลอดลมคอ และใช้เครื่องช่วยหายใจของกลุ่มที่หย่าเครื่องช่วยหายใจโดยใช้สหสาขาวิชาชีพ เท่ากับ 3.47 และ 2 วัน ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการหย่าเครื่องช่วยหายใจวิธีเดิม เท่ากับ 9.27 และ 6 วัน ค่าเฉลี่ยและค่ามัธยฐานของระยะเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจของกลุ่มที่หย่าเครื่องช่วยหายใจโดยใช้สหสาขาวิชาชีพ เท่ากับ 1,560 และ 1,440 นาที ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการหย่าเครื่องช่วยหายใจวิธีเดิม เท่ากับ 5,197 และ 4,320 นาที จำนวนวันที่ใส่ท่อหลอดลมคอ และใช้เครื่องช่วยหายใจของกลุ่มที่หย่าเครื่องช่วยหายใจโดยใช้สหสาขาวิชาชีพน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการหย่าเครื่องช่วยหายใจวิธีเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ระยะเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ พบว่า ระยะเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจของกลุ่มที่หย่าเครื่องช่วยหายใจโดยใช้สหสาขาวิชาชีพน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการหย่าเครื่องช่วยหายใจวิธีเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. จำนวนการกลับมาใส่ท่อหลอดลมคอซ้ำ พบว่าไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่หย่าเครื่องช่วยหายใจโดยใช้สหสาขาวิชาชีพ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการหย่าเครื่องช่วยหายใจวิธีเดิม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจระหว่างกลุ่มที่หย่าเครื่องช่วยหายใจโดยใช้สหสาขาวิชาชีพ และกลุ่มที่หย่าเครื่องช่วยหายใจวิธีเดิม ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

	กลุ่มที่หย่าเครื่องช่วย หายใจโดยใช้สหสาขา วิชาชีพ			กลุ่มที่หย่าเครื่องช่วย หายใจวิธีเดิม			Mann-Whitney U test	
	n	M	Media	n	M	Media	Z	Two-tailed
			n			n		p
จำนวนวันที่ใส่ท่อหลอดลมคอและ ใช้เครื่องช่วยหายใจ	30	3.47	2	30	9.27	6	-4.040	<.001*
ระยะเวลาในการหย่าเครื่องช่วย หายใจ	30	1,560	1,440	30	5,197	4,320	-4.287	<.001*
การกลับมาใส่ท่อหลอดลมคอซ้ำ	30	0.00	0.00	30	0.07	0.00	1.426	.154

*p-value < .05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ 4/2564 ลงวันที่ 1 มีนาคม 2564 และกลุ่มตัวอย่างได้รับการสอบถามความสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดยแนะนำตัวแก่กลุ่มตัวอย่าง อธิบายข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการทำวิจัยอย่างละเอียด เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจดีแล้ว จึงให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับผู้เข้าร่วมวิจัยถูกเก็บเป็นความลับ และเผยแพร่ผลสรุปของการวิจัยในภาพรวม และใช้เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในเชิงวิชาการเท่านั้น อีกทั้งผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถยุติการเข้าร่วมงานวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่กระทบต่อการดูแลรักษาพยาบาลและการรับบริการใดๆ

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลของโปรแกรมการหยาเครื่องช่วยหายใจโดยใช้สหสาขาวิชาชีพต่อความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ดังนี้

ผลการเปรียบเทียบจำนวนวันที่ใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจ และระยะเวลาในการหยาเครื่องช่วยหายใจ พบว่า กลุ่มที่หยาเครื่องช่วยหายใจโดยใช้สหสาขาวิชาชีพมีจำนวนวัน และระยะเวลาในการหยาเครื่องช่วยหายใจน้อยกว่ากลุ่มที่หยาเครื่องช่วยหายใจวิธีเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากการใช้โปรแกรมการหยาเครื่องช่วยหายใจโดยทีมสหสาขาวิชาชีพนั้น แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และนักกายภาพบำบัดร่วมกันประเมินความพร้อมในการหยาเครื่องช่วยหายใจ โดยพยาบาลวิชาชีพซึ่งดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง เป็นผู้บันทึกอาการและปรักษานักกายภาพบำบัดพร้อมทั้งรายงานแพทย์เพื่อประเมินความพร้อมในการหยาเครื่องช่วยหายใจ และบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ และทีมสหสาขาวิชาชีพได้ร่วมกันดูแลผู้ป่วยขณะหยาเครื่องช่วยหายใจโดยใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเป็นแนวปฏิบัติเดียวกัน มีการทำงานแบบร่วมมือ ซึ่งแต่ละวิชาชีพได้ใช้องค์ความรู้ของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโดยมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน ทำให้คุณภาพในการดูแลดีขึ้นและเกิดผลลัพธ์ที่ดี (Rose, Dainty, Jordan, & Blackwood, 2014; Stonehouse, 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของ White, Currey, & Botti (2011) ซึ่งศึกษาวิจัยทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดยใช้แนวคิดของ Cochrane เกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติในการหยาเครื่องช่วยหายใจโดยใช้สหสาขาวิชาชีพ พบว่า แนวปฏิบัติดังกล่าวช่วยลดระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจ ลดระยะเวลาในการพักรักษาตัวที่ห้องผู้ป่วยวิกฤต และลดการใส่ท่อหลอดลมคอซ้ำ ประกอบกับโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นกำหนดให้พยาบาลวิชาชีพ และนักกายภาพบำบัดร่วมกันดูแลผู้ป่วยโดยส่งเสริมการออกกำลังกายด้วยการเคลื่อนไหวทรวงอก (chest mobilization) ฝึกการหายใจลึก (deep breathing exercise) และการไออย่างมีประสิทธิภาพ (effective cough) เป็นวิธีการที่ช่วยสนับสนุนให้หยาเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ และช่วยลดระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Andrade, Duarte & Gosselink, 2018; Bruton, & McPherson, 2004; Haas & Loik, 2012; Magalhães, Camillo, Langer,; Rose, 2015) สอดคล้องกับการศึกษาของ Norisue, Santanda, Nabeshima, Tomita, Saito, Kataoka, & et.al. (2021) พบว่า การไออย่างมีประสิทธิภาพช่วยสนับสนุนให้การหยาเครื่องช่วยหายใจประสบความสำเร็จได้ ส่วนการหายใจลึกจะช่วยเพิ่มการเคลื่อนไหวของกะบังลมและกล้ามเนื้อซี่โครง ทำให้เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (ทนancy บุญบุรพงค์, 2561) การออกกำลังกายด้วยการเคลื่อนไหวทรวงอกจะช่วยทำให้ผนังทรวงอกขยายได้ดีขึ้น กล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงทำงานได้ดีขึ้น การระบายอากาศเพิ่มขึ้น ช่วยเสริมระบายออกมามากขึ้น เพิ่มการแลกเปลี่ยนก๊าซ

ในอุดมให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (Rose, 2015) สำหรับผลการเปรียบเทียบจำนวนการกลับมาใส่ท่อหลอดลมคอซ้ำ พบว่าไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่หยาเครื่องช่วยหายใจโดยใช้สหสาขาวิชาชีพ และกลุ่มที่หยาเครื่องช่วยหายใจวิธีเดิม ทั้งนี้เนื่องจากการปฏิบัติการพยาบาลในการถอดท่อช่วยหายใจมีการประเมินผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์เดียวกัน ซึ่งเป็นสิ่งที่ได้รับการยืนยันว่าหลอดลมไม่บวม

ข้อค้นพบจากการวิจัย กล่าวได้ว่า การใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นทำให้เกิดความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางการหยาเครื่องช่วยหายใจวิธีเดิม เนื่องจากมีการดูแลผู้ป่วยร่วมกันด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการประเมินสภาพและประสานงานเพื่อเตรียมการหยาเครื่องช่วยหายใจร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งแพทย์ และนักกายภาพบำบัด มีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีการสื่อสารและวางแผนร่วมกัน ทำให้กระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วย และมีระบบการเฝ้าระวังติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยขณะหยาเครื่องช่วยหายใจอย่างต่อเนื่องและบันทึกอย่างเป็นระบบ ทำให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจ และสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้เร็วขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. **ด้านการบริหาร** ผู้บริหารควรส่งเสริมการนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปใช้ และพัฒนาต่อยอดให้เป็นมาตรฐานในการหยาเครื่องช่วยหายใจของโรงพยาบาล ซึ่งในการนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ควรพัฒนาความรู้ของทีมสหสาขาวิชาชีพให้เข้าใจตรงกัน โดยจัดทำคู่มือการใช้งานและสรุปแนวปฏิบัติที่ชัดเจน และเสริมสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น รวมทั้งประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งแพทย์ พยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง และเกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีและปลอดภัยต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้สำเร็จ และไม่เกิดอุบัติการณ์ใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ

2. **ด้านการปฏิบัติการพยาบาล** พยาบาลวิชาชีพควรนำโปรแกรมการหยาเครื่องช่วยหายใจที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ โดยเน้นการประเมินความพร้อม และประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเป็นระบบ โดยบันทึกข้อมูลที่ชัดเจนและสื่อสารกับทีมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถหยาเครื่องช่วยหายใจได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป โปรแกรมการหยาเครื่องช่วยหายใจโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ทีมผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน และศึกษาในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคทางอายุรกรรม ดังนั้นการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรขยายกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ เพื่อให้สามารถในอ้างอิงในประชากรกลุ่มอื่นได้เพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- ทนนชัย บุญบุรพวงศ์. (2561). *การบำบัดระบบหายใจในเวชปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิภาดา ธารีเพียร, ฐิตินันท์ วัฒนชัย และมนพร ชาติขันธ์. (2562). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(1), 70-79.
- เพ็ญศรี ละออ, สุภาภรณ์ ดั่งแพง, วัลภา คุณทรงเกียรติ, และเขมรติ มาสิงบุญ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวต่อความสำเร็จของการหย่าเครื่องช่วยหายใจและระยะเวลาการหย่าเครื่องช่วยหายใจ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 15(2), 11-22.
- หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม. (2563). *สรุปผลงานประจำปี 2563*. โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี.
- อุดมลักษณ์ เตียสวัสดิ์, ดลวิวัฒน์ แสนโสม, อัจฉราวรรณ นาเมืองจันทร์, สุภาพรณัฏ์ ตันธุ์สุระ, ยุวดี บุญลอย และอภิสราส่งเสริม. (2560). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจในงานดูแลผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลขอนแก่น. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(1), 194-206.
- Auld, S. C., Caridi-Scheible, M., Blum, J. M., Robichaux, C., Kraft, C., Jacob, J. T., ... & Murphy, D. J. (2020). *ICU and ventilator mortality among critically ill adults with coronavirus disease 2019*. Critical care medicine.
- Blackwood, B., Burns, K. E., Cardwell, C. R., & O'Halloran, P. (2014). Protocolized versus non-protocolized weaning for reducing the duration of mechanical ventilation in critically ill adult patients. *Cochrane database of systematic reviews*, (11).
- Bruton, A. & McPherson, K. (2004). Impact of the introduction of a multidisciplinary weaning team on a general intensive care unit. *International journal of therapy and rehabilitation*, 11(9), 435-440.
- Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Academic press.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Haas, C. F., & Loik, P. S. (2012). Ventilator discontinuation protocols. *Respiratory care*, 57(10), 1649-1662.
- Hirzallah, F. M., Alkaissi, A., & do Céu Barbieri-Figueiredo, M. (2019). A systematic review of nurse-led weaning protocol for mechanically ventilated adult patients. *Nursing in critical care*, 24(2), 89-96.
- Kapil, S., & Wilson, J. G. (2019). Mechanical ventilation in hypoxemic respiratory failure. *Emergency Medicine Clinics*, 37(3), 431-444.
- Ladeira, M. T., Vital, F. M. R., Andriolo, R. B., Andriolo, B. N., Atallah, Á. N., & Peccin, M. S. (2014). Pressure support versus T-tube for weaning from mechanical ventilation in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).

- Magalhães, P. A., Camillo, C. A., Langer, D., Andrade, L. B., Maria do Carmo, M. B., & Gosselink, R. (2018). Weaning failure and respiratory muscle function: what has been done and what can be improved?. *Respiratory medicine*, 134, 54-61.
- Norisue, Y., Santanda, T., Nabeshima, T., Tomita, S., Saito, S., Kataoka, J., ... & Fujitani, S. (2021). Association of diaphragm movement during cough, as assessed by ultrasonography, with extubation outcome. *Respiratory Care*, 66(11), 1713-1719.
- Papazian, L., Klompas, M., & Luyt, C. E. (2020). Ventilator-associated pneumonia in adults: a narrative review. *Intensive care medicine*, 45(5), 888-906.
- Peñuelas, O., Keough, E., López-Rodríguez, L., Carriedo, D., Gonçalves, G., Barreiro, E., & Lorente, J. Á. (2019). Ventilator-induced diaphragm dysfunction: translational mechanisms lead to therapeutical alternatives in the critically ill. *Intensive care medicine experimental*, 7, 1-25.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2022). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Powers, S. K., Wiggs, M. P., Sollanek, K. J., & Smuder, A. J. (2013). Ventilator-induced diaphragm dysfunction: cause and effect. *American journal of physiology. Regulatory, integrative and comparative physiology*, 305, R464-R477.
- Rose, L., Dainty, K. N., Jordan, J., & Blackwood, B. (2014). Weaning from mechanical ventilation: a scoping review of qualitative studies. *American Journal of Critical Care*, 23(5), e54-e70.
- Rose, L. (2015). Strategies for weaning from mechanical ventilation: a state of the art review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(4), 189-195.
- Stonehouse, D. (2013). Support workers: key members of the multidisciplinary team. *British Journal of Healthcare Assistants*, 7(10), 512-514.
- Tingsvik, C., Johansson, K., & Mårtensson, J. (2015). Weaning from mechanical ventilation: factors that influence intensive care nurses' decision-making. *Nursing in Critical Care*, 20(1), 16-24.
- van Diepen, S., Sligl, W. I., Washam, J. B., Gilchrist, I. C., Arora, R. C., & Katz, J. N. (2017). Prevention of critical care complications in the coronary intensive care unit: protocols, bundles, and insights from intensive care studies. *Canadian Journal of Cardiology*, 33(1), 101-109.
- White, V., Currey, J., & Botti, M. (2011). Multidisciplinary team developed and implemented protocols to assist mechanical ventilation weaning: a systematic review of literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 8(1), 51-59.

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท

พิมพ์นภา ชมชื่น, พย.ม*, วิสุทธิ์ โนจิตต์, พย.ด*

ดวงใจ เกริกชัยวัน, วท.ม* และรุ่งนภา ต่อโชติ, พย.ม*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท กลุ่มตัวอย่างจำนวน 195 คน คัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นเก็บข้อมูลระหว่างกรกฎาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2565 โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาค่าความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคซ์ เท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป หาค่าจำนวน ร้อยละ และวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับสูง ($M=2.77$, $SD=.26$) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านที่มีระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านโภชนาการ และการทำกิจกรรมทางกายและออกกำลังกาย ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพขององค์กร โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ ร้อยละ 22.30

ผลการศึกษาครั้งนี้ คณะผู้บริหารของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท ควรสนับสนุนให้นักศึกษามีการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น โปรแกรมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีการกำหนดนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพในองค์กร โดยเฉพาะด้านการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกายและออกกำลังกายทั้งในการเรียนการสอนและกิจกรรมเสริมหลักสูตร

คำสำคัญ : พฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ นักศึกษาพยาบาล

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding author E-mail: wnochit@gmail.com

(Received: February 16, 2023; Revised: November 20, 2023; Accepted: December 1, 2023)

Factors Predicting Health Promotion Behaviors among Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing, Chainat

Phimnapha Chomchuen, M.S.* , Wisut Nochit, Ph.D.*

Doungjai Kirkchaiwan, M.S.* & Runghapa Tochot, M.S.*

Abstract

This research aimed to investigate health promotion behaviors and factors predicting health promotion behaviors among nursing students in Boromarajonani College of Nursing, Chainat. A stratified random sampling method was used to recruit a sample of 240 nursing students. Data collection was held on July - August 2022. The content validity of the research instrument was examined by three experts. The reliability of the instrument was tested using the coefficient alpha Cronbach and the value was 0.84. The data was analyzed by descriptive statistic and multiple linear regression analysis.

The results showed that the sample had scores of health promotion behaviors at high level ($M=2.77$, $SD=.26$). In terms of each aspect, nutrition, physical activity, and exercise were perceived at moderate level. The perceived of self-efficacy on health promotion behaviors and health promotion policy of organization can predict 22.30 of health promotion behaviors. ($p\text{-value}<.05$)

The results of this study suggested that the administrators of Boromarajonani College of Nursing, Chainat should encourage the perceived self-efficacy on health promotion such as perceived self-efficacy promoting program on health promotion behaviors and also make the health promotion policy for the nursing students especially nutrition, physical activity and exercise aspects both in learning and extra-curricular activities.

Keywords : Behaviors Health promotion Nursing students

* Boromarajonani College of Nursing, Chainat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health.

บทนำ

องค์การอนามัยโลกระบุว่าสาเหตุการตายของประชากรในโลก ประมาณร้อยละ 70 หรือกว่า 40 ล้านคน ต่อปี เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases :NCDs) (สมาพันธ์เครือข่าย NCDs ประเทศไทย, 2562) สอดคล้องกับข้อมูลภาวะสุขภาพของคนไทย พบว่า มีประชากรกว่า 14 ล้านคนที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิตมากกว่า 300,000 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 73 ของการเสียชีวิตของประชากรทั้งหมด (กองโรค ไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) รัฐบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในการดูแลรักษาประชาชนในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประมาณ 4 แสนล้านบาทต่อปี หรือร้อยละ 13 ของรายจ่ายทั้งประเทศ (ณัฐนันท์ วิจิตรอักษร, 2561) จะเห็นได้ว่ากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัญหาสุขภาพระดับโลก ดังนั้น สถาบันการศึกษา ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ควรให้ความสำคัญกับการเตรียมนิสิต นักศึกษาให้เป็นแบบอย่างในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การผลิตนักศึกษาพยาบาลให้เป็นแบบอย่างที่ดีในด้านการส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติเป็นอย่างยิ่ง เป็นการสนับสนุนนโยบายของสถาบันพระบรมราชชนก (สบข.) ที่ได้กำหนด สบข. โมเดล ให้เป็นนโยบายในการทำงาน เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประชาชน จัดการศึกษาและส่งเสริมให้นักศึกษาในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เป็นแบบอย่างที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพ (วิชัย เทียนถาวร และณรงค์ ใจเที่ยง, 2565) การส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม และต่อเนื่องจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะนักศึกษาพยาบาลควรเป็นแบบอย่างที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพ ก่อนที่จะไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชน อย่างไรก็ตาม การที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาได้นั้น จำเป็นต้องมีการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และค้นหาสาเหตุของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อจะนำไปสู่การกำหนดกลวิธีการส่งเสริมสุขภาพ

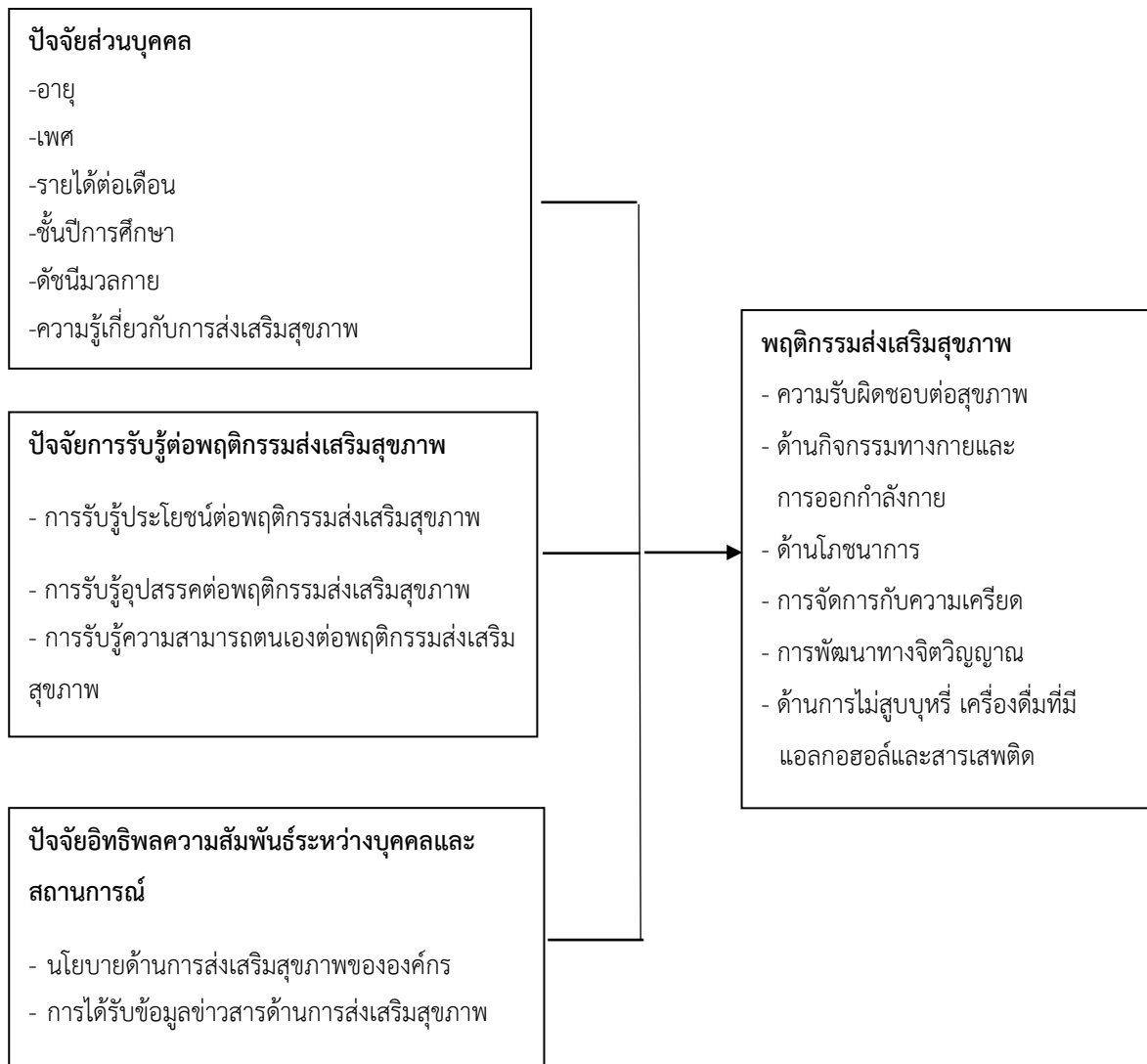
เมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา จากการศึกษาของ (ศิริธรรมะโนคา, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์ และนิรัตน์ อิมามี, 2562) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในภาพรวมในระดับควรปรับปรุง สอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพวัยรุ่นและเยาวชนไทย (อายุ 13-24 ปี) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเลือกบริโภคอาหารโดยคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการเพียงร้อยละ 8.1 ส่วนใหญ่รับประทานตามความชอบ ความอยากรับประทานและรสชาติ คิดเป็น ร้อยละ 27.7, 18.80 และ 18.80 ตามลำดับ ขณะที่การเล่นกีฬาและออกกำลังกาย พบว่า มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเพียงร้อยละ 18.80 ส่วนใหญ่ปฏิบัติบางครั้งคิดเป็นร้อยละ 63.70 และไม่ทำเลย คิดเป็นร้อยละ 17.50 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.), 2564) สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นและนักศึกษาไทย สามารถแบ่งออกได้เป็นปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ต่อเดือน ชั้นปีการศึกษา ดัชนีมวลกาย และความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ (ศุภกร หวานกระโทก และจุไรรัตน์ วัชรอาสน์, 2561) ปัจจัยด้านการรับรู้และความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเอง (ศิริธรรมะโนคา และคณะ, 2562) การรับรู้ประโยชน์จากการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม (ติยาพร คำสนิท, บดินทร์ ปันบำรุงกิจ และธีระชัย วัฒนากลาง, 2560) และอุปสรรคของการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม (ศิริธรรมะโนคา และคณะ, 2562) ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม (ศุภกร หวานกระโทก

และจุไรรัตน์ วัชรอาสน์, 2561) การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (สุริยา พองเกิด, สรวงทิพย์ ภูักฤษณา และมนตรา ตั้งจิรวพัฒนา, 2561) การมีนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยด้านบริหารจัดการ (สุรัชยา น้อยสกุล, สุทธิวรรณ ตันติรจนาวงค์ และศจี จิระโร, 2563) จะเห็นได้ว่า ปัจจัยดังกล่าวข้างต้น ส่วนใหญ่เป็นองค์ประกอบของแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, Murdaugh & Parson, 2002)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท ควรส่งเสริมให้นักศึกษาเป็นแบบอย่างที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพ แต่กลับพบว่า ยังขาดการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การกำหนดรูปแบบสำหรับการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม รวมทั้งเพื่อตอบสนองนโยบาย สบช.โมเดลของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในนักศึกษาพยาบาลที่กำลังศึกษาที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท โดยการประยุกต์แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาใช้เป็นกรอบในการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในครั้งนี้ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านคุณลักษณะของบุคคล (Individual characteristics) ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ เพศ ชั้นปีการศึกษา รายได้ต่อเดือน ดัชนีมวลกาย และความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ) ปัจจัยการรับรู้ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (การรับรู้ประโยชน์ต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ) ปัจจัยอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสถานการณ์ (การมีนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพขององค์กร และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการส่งเสริมสุขภาพ) ผลการศึกษาครั้งนี้จะทำให้ผู้วิจัยได้ทราบปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การวางแผนและกำหนดกลวิธีในการส่งเสริมสุขภาพนักศึกษาพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท
2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสถานการณ์ที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2565

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ที่กำลังศึกษาอยู่ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท ปีการศึกษา 2565 จำนวน 460 คน จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ใช้วิธีการ G*POWER กำหนดค่า Effect size ระดับกลาง = 0.15 (Cohen, 1977), $\alpha = 0.05$, power = 0.95 Number of predictors = 11 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 178 คน และเพื่อป้องกันความสูญเสียของข้อมูลที่ได้ ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกอย่างน้อย 10 % รวมเป็น 195 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณตามสัดส่วนของนักศึกษาแต่ละชั้นปี โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) ตามชั้นปี และการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยวิธีการจับสลากเลขที่นักศึกษาแต่ละชั้นปี แบบไม่ใส่คืน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

ชั้นปี	จำนวน (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
ชั้นปี 1	110	47
ชั้นปี 2	120	51
ชั้นปี 3	116	49
ชั้นปี 4	114	48
รวม	460	195

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ชั้นปี น้ำหนัก ส่วนสูง รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โดยให้เลือกตอบในหัวข้อที่ตรงกับผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ แบบเลือกตอบคำถามเดียวจาก 4 คำตอบ เกณฑ์ในการแปลผลคะแนนแบบอิงเกณฑ์ คะแนน $\geq$ ร้อยละ 60 หมายถึง ผ่าน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยการรับรู้ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เกณฑ์ในการแปล ความหมายคะแนน จำนวนข้อคำถามด้านละ 6 ข้อ มาตรฐานเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) จำนวน 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด/ไม่เห็นด้วยเลย ค่าคะแนน 1-4 คะแนน แปลผลคะแนนเฉลี่ยรายด้านออกเป็น 3 ระดับ 1-2 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ 2.01-3 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และ 3.01-4 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลและสถานการณ์ มาตรฐานเป็นแบบประมาณค่า ประกอบด้วย นโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพขององค์กร จำนวน 4 ข้อ และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการส่งเสริมสุขภาพจำนวนข้อคำถาม จำนวน 3 ข้อ มาตรฐานเป็นแบบประมาณค่า จำนวน 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยน้อย

ไม่เห็นด้วย ค่าคะแนน 1-3 คะแนน แปลผลคะแนนเฉลี่ยรายด้านออกเป็น 3 ระดับ 1-1.66 คะแนน ระดับต่ำ 1.67-2.32 คะแนน หมายถึง ระดับ ปานกลาง และ 2.33-3 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มาตรวัดเป็นแบบประมาณค่า จำนวน 4 ระดับ ได้แก่ ท่านปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ ท่านปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่สม่ำเสมอ ท่านปฏิบัติเป็นครั้งคราว นานๆ ครั้ง ท่านไม่เคยทำสิ่งนั้นเลย หรือน้อยมาก ค่าคะแนน 1-4 คะแนน จำนวน 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการกับความเครียด การพัฒนาทางจิตวิญญาณ การสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และสารเสพติด ด้านละ 8-10 ข้อ รวมจำนวน 54 ข้อ แปลผลคะแนน เฉลี่ยรายด้านออกเป็น 3 ระดับ 1-2 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ 2.01-3 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และ 3.01-4 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย แบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน ได้รับการตรวจสอบความตรงเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์รายด้านที่ต้องการวัด (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 1 และ นำแบบสอบถามไปทดสอบความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) กับกลุ่มตัวอย่างที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แบบสอบถามการรับรู้ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลและสถานการณ์ แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งฉบับ ได้เท่ากับ 0.77, 0.87, 0.89 และ 0.84 ตามลำดับ ส่วนแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ทดสอบค่าอำนาจจำแนกได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.68

การวิจัยเรื่องนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสันนาท หมายเลข BCNC-IRB 013/2564 ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ประโยชน์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบ การยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง การปฏิเสธไม่เข้าร่วมในการวิจัยจะไม่มีผลต่อการศึกษา และสิทธิในการได้รับบริการอื่นๆ แต่อย่างใด ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกนำเสนอในภาพรวมที่เป็นประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ในแบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อ - นามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง เอกสารแบบสอบถามทุกอย่างถูกเก็บมิดชิดในซองกระดาษ ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทุกอย่างถือเป็นความลับ มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่จะได้อ่านและรับทราบข้อมูลการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และจะถูกทำลายภายหลังจากผลการวิจัยมีการเผยแพร่และตีพิมพ์แล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูล โดยวิธีแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 195 คน ระหว่างเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2565 แล้วนำแบบสอบถามที่ได้รับคืน มาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของการตอบ และนำมาวิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่ออธิบายข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลและสถานการณ์ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ (multiple linear

regression analysis) ตัวแปรอิสระเข้าสู่สมการ (stepwise method) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 มีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นตามเงื่อนไขการวิเคราะห์การถดถอยก่อนวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ โดยพิจารณาจากตาราง residuals statistic พบว่า ค่า Mean เท่ากับ 0 (เกณฑ์คือ $M = 0$) และค่า SD เท่ากับ 0.995 (เกณฑ์คือ SD เข้าใกล้ 1) ซึ่งสอดคล้องกับการแปลผลจากกราฟ normal probability plot ค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระจากกัน โดยพิจารณาค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.84 (เกณฑ์คือ 1.50–2.50) และค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (homoscedasticity) โดยพิจารณาจากกราฟ scatter plot ซึ่งพบว่าค่าความคลาดเคลื่อนกระจายรอบๆ ค่า 0 และค่อนข้างคงที่ ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป (multicollinearity) โดยพิจารณาจาก correlation matrix ดังตารางที่ 2 พบว่า ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีค่า น้อยกว่า 0.80

$$\hat{Y} = a + b_1 x_1 + b_2 x_2 + \dots + b_k x_k$$

เมื่อ $\hat{Y}$ แทนคะแนนพยากรณ์ของตัวเกณฑ์ (ตัวแปรตาม)

a แทนค่าคงที่ของสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$b_1 b_2 \dots b_k$ แทนค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์ตัวที่ 1 ถึงตัวที่ k ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ตัวแปร	X_1	X_2	X_3	X_4	X_5	X_6	X_7	X_8	X_9	X_{10}	X_{11}	Y
X_1	1	-.04	.27**	.49**	.13	-.14	.14*	-.05	.07	-.05	.01	.09
X_2		1	.09	-.05	-.11	.22**	.01	.05	-.11	-.03	.03	-.10
X_3			1	.11	.18*	.11	.07	-.02	-.05	-.16*	.12	-.15*
X_4				1	.06	-.11	.15	-.25	-.04	-.03	.08	.12
X_5					1	.06	.01	.11	-.11	-.10	-.03	.02
X_6						1	.07	.01	-.01	-.18	.07	-.11
X_7							1	.03	.19**	-.06	.01	.13
X_8								1	.06	-.11	-.12	-.09
X_9									1	.12	.10	.40**
X_{10}										1	.72**	.29**
X_{11}											1	.27**

ตัวแปรอิสระ: อายุ (X_1) เพศ (X_2) รายได้ต่อเดือน (X_3) ชั้นปีการศึกษา (X_4) ดัชนีมวลกาย (X_5) ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ (X_6) การรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (X_7) การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (X_8) การรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (X_9) นโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพขององค์กร (X_{10}) การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการส่งเสริมสุขภาพ (X_{11})

ตัวแปรตาม : พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Y)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 186 คน (ร้อยละ 95.40) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 20.26 ปี ดัชนีมวลกาย ส่วนใหญ่สมส่วน (BMI=18.51-22.99) จำนวน 107 คน (ร้อยละ 54.90) รองลงมาได้แก่ น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (BMI<18.50) จำนวน 49 คน (ร้อยละ 25.10) และมีน้ำหนักเกิน (BMI=23.00-24.99) โรคอ้วน (BMI=25.00-29.99) และโรคอ้วนอันตราย (≥ 30) เท่ากับ 14 คน (ร้อยละ 7.20), 19 คน (ร้อยละ 9.70) และ 6 คน (ร้อยละ 3.10) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 2,001-4,000 บาทต่อเดือน จำนวน 110 คน (ร้อยละ 56.40) รองลงมา 4,001-6,000 บาทต่อเดือน จำนวน 63 คน (ร้อยละ 32.30) และความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ พบว่าผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 60) จำนวน 129 คน (ร้อยละ 66.20) คะแนนความรู้เฉลี่ย เท่ากับ 3.82 คะแนน ส่วนใหญ่คะแนนความรู้อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 138 คน (ร้อยละ 70.80) รองลงมา อยู่ในระดับสูง และต่ำ จำนวน 41 และ 16 คน คิดเป็น ร้อยละ 21 และ 8.20 ตามลำดับ

ปัจจัยการรับรู้ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับสูง และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการรับรู้ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (n= 195)

ปัจจัยการรับรู้ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	M	SD	การแปลผล
การรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	3.56	.39	สูง
การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	2.98	.53	ปานกลาง
การรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	3.22	.43	สูง

ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลและสถานการณ์ พบว่า นโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพขององค์กรในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีการประกาศและชี้แจงนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพที่ชัดเจน การจัดสภาพแวดล้อมและสนับสนุนสถานที่สำหรับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์สำหรับการออกกำลังกายได้อย่างพอเพียง และสนับสนุนให้สโมสรนักศึกษามีส่วนร่วมในการวางแผนและกำหนดกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพนักศึกษาอยู่ในระดับ ปานกลางทุกด้าน และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการส่งเสริมสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ด้านการส่งเสริมสุขภาพในการเรียนการสอน และกิจกรรมเสริมหลักสูตรอยู่ในระดับสูง ขณะที่มีการจัดหาบุคลากรที่มีความสามารถด้านการส่งเสริมสุขภาพมาให้ความรู้และฝึกสอนทักษะการส่งเสริมสุขภาพ และมีการส่งเสริมให้นักศึกษามีการเผยแพร่ข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลและสถานการณ์ (n= 195)

ปัจจัย	M	SD	การแปลผล
1. นโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพขององค์กร	2.19	.60	ปานกลาง
2. การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการส่งเสริมสุขภาพ	2.09	.57	ปานกลาง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ด้านการไม่สูบบุหรี่ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และสารเสพติดอยู่ในระดับสูง ในขณะที่ด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายและด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (n=195)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	M	SD	การแปลผล
1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	3.28	.46	สูง
2. ด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย	2.83	.61	ปานกลาง
3. ด้านโภชนาการ	2.82	.36	ปานกลาง
4. การจัดการกับความเครียด	3.18	.44	สูง
5. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ	3.16	.51	สูง
6. ด้านการไม่สูบบุหรี่ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และสารเสพติด	3.04	.30	สูง
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในภาพรวม	3.05	.19	สูง

ตารางที่ 6 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยการถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple Linear Regression Analysis Stepwise Method) (n=195)

ปัจจัย	b	S.E	β	t	p-value
(Constant)	1.815	.133		13.616	< .01
การรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	.225	.038	.374	5.847	< .01
นโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพขององค์กร	.108	.028	.251	3.923	< .01
R=.472 R ² =.223 F=15.393 P < .01					

ตัวแปรต้นที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 ตัวแปร ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถตนเองการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (X_1) และนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพขององค์กร(X_2) โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 22.30

โดยสามารถเขียนเป็นสมการในรูปคะแนนดังนี้

$$\hat{Y} = 1.815 + .225 (X_1) + .108 (X_2)$$

และสมการในรูปคะแนนมาตรฐาน ดังนี้

$$Z = .160 (X_1) + .223 (X_2)$$

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือนักศึกษาระดับปริญญาตรี ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในภาพรวมในระดับดี (ฐปรัตน์ รักษัณณสิทธิ์, นฤมล จินเมือง และนันทิยา ไชยนิ่ง, 2561) แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านของการศึกษาร้านนี้ พบว่า ด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายและด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง อาจมาจากสาเหตุที่ยังขาดการกำหนดกลวิธีที่เหมาะสมเพื่อทำให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายอยู่ในระดับที่ควรปรับปรุง ร้อยละ 76.3 และ 72.8 ตามลำดับ (ศิริธร มะโนคา และคณะ, 2562) การที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังกายและบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลางนั้น เป็นเพราะว่าการเรียนในระดับอุดมศึกษาเป็นช่วงวัยที่ต้องใช้เวลาในการค้นคว้าความรู้ โดยเฉพาะรูปแบบการเรียนการสอนของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ที่จัดให้นักศึกษาเรียนทฤษฎีควบคู่ไปกับการฝึกภาคปฏิบัติตั้งแต่ชั้นปีที่ 2 โดยเฉพาะระหว่างการฝึกภาคปฏิบัติที่ต้องรับผิดชอบในการค้นคว้าหาความรู้เพื่อนำไปใช้ในการวางแผน และลงมือปฏิบัติการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วย ทำให้นักศึกษารู้สึกอ่อนล้าจากการเรียนและฝึกภาคปฏิบัติ ใช้เวลากับการพักผ่อนและทำกิจกรรมอย่างอื่น เช่น เล่นอินเทอร์เน็ต และพูดคุยกับเพื่อน เป็นต้น สอดคล้องกับผลการศึกษาร้านนี้ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีคะแนนสูงที่สุด คือ การไม่มีเวลามากพอที่จะออกกำลังกาย รองลงมาได้แก่ การขาดอุปกรณ์ในการออกกำลังกาย และขาดการจัดสภาพแวดล้อมภายในวิทยาลัยที่เอื้ออำนวยต่อการส่งเสริมสุขภาพ เช่นเดียวกับการบริโภคอาหาร การต้องใช้เวลาในการรีบเร่งในแต่ละวัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับประทานอาหารสำเร็จรูป เช่น บะหมี่สำเร็จรูป โจ๊กซอง และรับประทานขนมขบเคี้ยวหรือน้ำอัดลมในระดับสูง เพราะมีความสะดวกรวดเร็วและราคาถูก ประกอบกับสภาพแวดล้อมของร้านอาหารที่ตั้งอยู่ในวิทยาลัยฯ จำนวน 3 ร้าน มีร้านค้าอาหารตามสั่งและก๋วยเตี๋ยวจำนวน 1 ร้าน ร้านค้าจำหน่ายเครื่องดื่ม น้ำอัดลม ขนม ของขบเคี้ยว จำนวน 1 ร้าน และร้านขายกาแฟ น้ำปั่น จำนวน 1 ร้าน ซึ่งอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดในการเลือกบริโภคอาหารที่มีคุณภาพ

ปัจจัยการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพขององค์กรสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 22.30

การรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยแรกที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ($\beta = .374$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจว่าตนเองจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้สำเร็จ โดยอัลเบิร์ต แบนดูรา (Bandura, 1982) อธิบายแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเองว่า เป็นความเชื่อมั่นใน

ความสามารถของบุคคลในสิ่งที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามที่ตนเองตั้งความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมตามที่คาดหวังผลลัพธ์ไว้ในระดับสูงจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมตามความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นมากกว่าบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองระดับต่ำ โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองขึ้นอยู่กับระดับความเข้มแข็งของบุคคล ความยากและง่ายของการปฏิบัติ และการพบความสำเร็จด้วยตนเองจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ รวมทั้งการได้รับข้อมูล ความรู้ คำแนะนำที่จะเป็นฐานความคิดที่สำคัญต่อการปฏิบัติกิจกรรม ยิ่งถ้าบุคคลนั้นประสบความสำเร็จมาแล้วจะส่งผลต่อความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมอื่นๆต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเองและอิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายได้ร้อยละ 19.6 (ชนพร แยมศรี ชนัญชิตา ดุษฎีทูลศิริ และยุวดี ลีลคณาวิระ, 2560) และการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยสุ่มศึกษาเฉพาะนักศึกษาระดับปริญญาตรี พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศิริธรรม โนคาและคณะ, 2562) และการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำหนักรุนแรงเกินของนักศึกษาปริญญาตรี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นนักศึกษาปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ชั้นปีที่ 1-4 พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองและทัศนคติที่ถูกต้องในการป้องกันภาวะน้ำหนักรุนแรงเกินสามารถพยากรณ์พฤติกรรม การป้องกันภาวะน้ำหนักรุนแรงเกินได้ร้อยละ 88.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (อภิชัย คุณิพงษ์, 2560)

ปัจจัยด้านการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพขององค์กร เป็นปัจจัยที่ 2 ที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้ ($\beta = .251$) เป็นเพราะว่า หากองค์กรใดต้องการบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กรส่งเสริมสุขภาพ (สร้างสุขภาพ) ต้องกำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพในองค์กรให้ชัดเจน เป็นรูปธรรม มีความต่อเนื่อง เพราะนโยบายเป็นแนวทางหรือวิธีการที่องค์กรหรือกลุ่มคนเลือกจากทางเลือกหลายๆทางเพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติ เป็นการสื่อสารให้คนในองค์กรเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ สร้างสมดุลระหว่างการทำงาน การปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สูงสุดกับสุขภาพที่ดี ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งในองค์กร (ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม, ดวงเนตร ธรรมกุล และอัจฉรา ประเสริฐสิน, 2558) สถานศึกษาที่มีนโยบายการบริหารและการปฏิบัติในการพัฒนาสุขภาพในสถานศึกษาที่ชัดเจน มีการตั้งคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพ กำหนดนโยบายและแผนปฏิบัติการให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา พร้อมทั้งกำหนดเป้าหมายการดำเนินงาน รูปแบบกิจกรรม บทบาทที่เกี่ยวข้อง มีตัวชี้วัดในการติดตาม ประเมินผล การประสานความร่วมมือระหว่างสถานศึกษากับชุมชน สังคม มีระบบรายงานสุขภาพอย่างชัดเจน มีการปฏิบัติตามแผนงานโครงการที่กำหนดไว้ นักศึกษามีการประเมินตนเอง เพื่อค้นหาสิ่งที่ยังไม่ได้ดำเนินการหรือดำเนินงานไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อปรับปรุงให้บรรลุตัวชี้วัดตามเกณฑ์ที่กำหนด มีการสร้างขวัญกำลังใจในการดำเนินงานจะให้เกิดทักษะการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมของนักเรียนและนักศึกษา (สุรัชยา น้อยสกุล, สุทธิวรรณ ตันติรจนาวงศ์ และศัจจิระโร, 2563) สอดคล้องกับชนพร แยมศรี และคณะ (2560) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคลที่ประกอบด้วย เพื่อน ครู ครอบครัว การมีนโยบายของสถานศึกษาร่วมกับปัจจัยการรับรู้ความสามารถตนเองสามารถทำนายพฤติกรรม การออกกำลังกายได้ร้อยละ 19.60 และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี พบว่า การมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพของ

องค์กรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพราะการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมโดยผ่านทั้งการเรียนและกิจกรรมโครงการทำให้นักศึกษาได้เข้าร่วมกิจกรรมตามความสมัครใจ ก็จะส่งผลให้นักศึกษามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น (ฐปรัตน์ รักษานุสิทธิ และคณะ, 2561)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ในขณะที่พฤติกรรมรายด้าน พบว่า ด้านโภชนาการและด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง โดยปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพขององค์กร ดังนี้

1.1 ส่งเสริมให้นักศึกษามีการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการออกกำลังกายและโภชนาการ เช่น โปรแกรมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การให้ข้อมูลความรู้การส่งเสริมสุขภาพด้านออกกำลังกายและโภชนาการ การเสนอตัวแบบที่พบความสำเร็จจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคลโดยจากระดับง่ายไปยาก และประเมินความสำเร็จด้วยตนเอง เช่น สมุดบันทึกน้ำหนัก รอบเอว เป็นต้น และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการดำเนินกิจกรรม 1 ครั้งต่อเดือน

1.2 วิทยาลัยฯโดยคณะผู้บริหารกำหนดนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพนักศึกษา โดยเฉพาะด้านกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกายและโภชนาการ ให้นักศึกษามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย วางแผน ดำเนินกิจกรรมและประเมินผล

2. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

วิจัยทดลองหรือกึ่งทดลองหรือการวิจัยแบบมีส่วนร่วม โดยนำสมการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพขององค์กรไปใช้ในการออกแบบโปรแกรม หรือเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยเพื่อให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับนักศึกษาพยาบาลในภาพรวม หรือเฉพาะกลุ่มนักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วนและโรคอ้วนอันตราย

เอกสารอ้างอิง

กองโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563, 27 พฤษภาคม). รายงานประจำปี 2563

https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1115820_210305082338.pdf

ฐปรัตน์ รักษานุสิทธิ นฤมล และนันทยา ไชยเนื่อง. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี. วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 29 (3), 170-178.

ณัฐนันท์ วิจิตรอักษร. (2561, 29 พฤษภาคม). ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนไทยในอนาคต.

<https://www.bltbangkok.com/lifestyle/work-wellness/4228/>

ติยาพร คำสนธิ บดินทร์ ปันบำรุงกิจ ปณิวิศฎ์ โพธิ์ภาส และธีระชัย วัฒนกลาง. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี. วารสารวิจัยรำไพพรรณี, 11 (1), 111-121.

- ธนพร แยมศรี ชัญญิตาคุชฎีทูลศิริ และยุวดี สีสักนาวิระ. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35 (2), 158-168.
- ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม, ดวงเนตร ธรรมกุล, อัจศรา ประเสริฐสิน, จริยา ชื่นศิริมงคลและศิริพร ครุฑทาศ. (2558). ปัจจัยพัฒนาองค์กรแห่งความสุข (ภาครัฐ): การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 9 (1), 52-62.
- วิชัย เทียนถาวรและณรงค์ ใจเที่ยง (2565). บทบาทการดำเนินงานการผลิตบัณฑิตด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพในทศวรรษหน้าของสถาบันพระบรมราชชนก. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 5(1), 236-264.
- ศิโรธร มะโนคา, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์และนิรัตน์ อิมามี. (2019). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. *วารสารสุขภาพศึกษา* 42 (1), 146-156.
- ศุภกร หวานกระโทก และ จุไรรัตน์ วัชรอาสน์. (2018). ปัจจัยสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น สังกัดเขตพื้นที่การศึกษาเขต 18 จังหวัดชลบุรี. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 10 (1), 132-141.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2564, 3 กุมภาพันธ์). *สุขภาพคนไทย 2563*.
<https://infocenter.nationalhealth.or.th/Ebook/ThaiHealth2563/book.html#p=1>
- สมาพันธ์เครือข่าย NCDs ประเทศไทย. (2562, 26 พฤษภาคม). *สมาพันธ์เครือข่าย NCDs ตื่นตัวหาแนวร่วมแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับประเทศ จับมือพรรคการเมืองขับเคลื่อนนโยบายลดอัตราการเสียชีวิตด้วยโรค NCDs*. <https://www.bangkokbiznews.com/pr-news/biz2u/256700>
- สุรัชยา น้อยสกุล, สุทธิวรรณ ตันติรัตนวงศ์และศจี จิระโร (2563, 11 ตุลาคม). *ปัจจัยการบริหารที่ส่งผลต่อการพัฒนาสุขภาพของนักเรียนในสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 34 จังหวัดแม่ฮ่องสอน*.https://www.stou.ac.th/thai/grad_std/Masters.
- สุริยา ฟองเกิด, สรวงทิพย์ ภู่อุณา, มนตรา ตั้งจิรวัดนา และสิบตระกูล กันตลานกุล. (2561, 26 พฤษภาคม). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทย*.
<https://he02.tcithaijo.org/index.php/tnaph/article/view/112285/87505>.
- อภิชัย คุณิพงษ์. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินของนักศึกษาปริญญาตรี. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ*, 10 (37), 58-66.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychology*, 6 (3), 241-244.
- Cohen J. *Statistical power for the behavioral sciences*. 2nd ed. New York: Academic Press; 1977.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., and Parson, M.A. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice*. 4 th ed. Upper Saddle River, N.J. : Prentia Hall.

ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง

สุนันทา ภัททิอำนาจ, พย.ม.*

เชาวกิจ ศรีเมืองวงศ์, พ.บ.** และสุรรัตน์ ณ วิเชียร, พย.ม.***

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 40 คน และกลุ่มทดลอง 40 คน กลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระยะเวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 2) เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดอัตโนมัติ fasting blood glucose และแบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด 3) แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเบาหวาน ผลของคะแนนความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ เท่ากับ 0.67-1.00 มีค่าความเชื่อมั่น 0.84 4) แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคเบาหวาน ผลของคะแนนความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ เท่ากับ 0.67-1.00 มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบที่ได้แก่ paired t-test, Independent t-test และสถิติทดสอบแบบนอนพาราเมตริก ได้แก่ Wilcoxon-signed rank test และ Mann Whitney U test

ผลการวิจัย พบว่า 1) ภายหลังการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลต่อระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง ดีกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .05$ 2) ภายหลังการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลต่อระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง กลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .05$ จึงเห็นได้ว่าโปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง มีผลต่อการพัฒนาความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการลดลงของระดับน้ำตาลปลายนิ้วของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพควรนำโปรแกรมไปใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับน้ำตาลในเลือด

*, ** โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

*** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding author E-mail: sureerat@bcnb.ac.th

(Received: August 23, 2023; Revised: October 19, 2023; Accepted: December 1, 2023)

Effect of Health Knowledge and Behavior Changing Program on Knowledge, Health Behavior and Blood glucose Level among type 2 Diabetic Patients in urban area.

Sunanta Pakdeemnat, M.N.S.*

Chaowakit Srimuangwong, M.D.** & Sureerat Na-Wichian, M.N.S.***

Abstract

This study is quasi-experimental research. The study aimed to examine the effectiveness of Health Knowledge and Behavior Changing Program on Knowledge, Health Behavior and Blood glucose Level among type 2 Diabetic Patients in urban area. The subjects were 80 type 2 diabetic patients. They were divided into two groups: a control group (n=40) and an intervention group (n=40). The control group did not receive the program. The intervention group participated in the health knowledge and behavior changing program in 8 weeks period. The tools used in the research include: 1) a health knowledge and behavior changing program. 2) automatic fasting blood glucose measuring device and blood sugar level recording form 3) the diabetes knowledge test and the result of Item objective congruence (IOC) was 0.67-1.00, reliability test was 0.84. 4) a questionnaire about health behaviors for diabetes control and the result of Item objective congruence (IOC) was 0.67-1.00, reliability test was 0.95. Data were analyzed using descriptive statistics including mean and standard deviation, t-test statistics including paired t-test, independent t-test, and non-parametric test statistics including Wilcoxon-signed rank test and Mann Whitney U test.

Results showed that: 1) After using the health knowledge and behavior changing program affecting the mean scores of knowledges, behavior, and blood sugar levels of type 2 diabetic patients in urban areas better than before using the program statistically significant ($p < .05$). 2) After using the health knowledge and behavior changing program affecting the mean scores of knowledges, behavior, and blood sugar levels of type 2 diabetic patients in urban areas, the experimental group was better than the control group statistically significant ($p < .05$). Therefore, the knowledge development and health behavior change program on knowledge, behavior, and blood glucose levels of type 2 diabetic patients in urban areas had an effect on knowledge development, behavior modification and the reduction of fingertip sugar levels in patients with type 2 diabetes. Therefore, health personnel should use the program in public health care services.

Key words: type 2 Diabetic Patients Health Knowledge and Behavior Changing Program
Blood glucose Level

*,** Buddhachinnarat Hospital, Phitsanulok

*** Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรค NCDs อีกมากมาย เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไต ฯลฯ สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกมีผู้ป่วยจำนวน 463 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 629 ล้านคน สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวาน 3.2 ล้านคน ก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย จากรายงาน Health Data center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565 พบจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปีจากปี พ.ศ. 2563-2565 ดังนี้ 3,024,077 ราย 3,173,405 ราย และ 3,325,397 ราย ตามลำดับ และพบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ร้อยละ 1.92, 2.03 และ 2.19 ตามลำดับ และอัตราการรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร คือ 432.71, 443.01 และ 505.39 ตามลำดับ และร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 28.91, 28.05 และ 29.75 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) และสอดคล้องกับสถานการณ์โรคเบาหวานในจังหวัดพิษณุโลกปี พ.ศ. 2563-2565 ซึ่งพบผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเช่นกัน คือ 52,567 ราย 55,068 ราย และ 62,856 ราย ตามลำดับ และอัตราการควบคุมโรคได้ (น้ำตาลสะสมในเลือดน้อยกว่า 7 เปอร์เซ็นต์) ร้อยละ 42.84, 38.46 และ 38.66 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลในพื้นที่ให้บริการของศูนย์สุขภาพเมืองพิษณุโลก โรงพยาบาลพุทธชินราช ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ในปี พ.ศ. 2563-2565 มีผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการ 4,980 ราย 5,365 ราย และ 6,726 ราย พบผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ (น้ำตาลสะสมในเลือดน้อยกว่า 7 เปอร์เซ็นต์) จำนวน 2,314 ราย 2,218 ราย และ 2,442 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.47, 47.36 และ 36.31 (ศูนย์สุขภาพเมืองพิษณุโลก, 2565) โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ต้องมีพฤติกรรมที่ดีในการดูแลตนเองไปตลอดชีวิต ผู้ที่เป็นเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสำคัญ ดังการศึกษาความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสำคัญในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ รพ.สต. หอนงปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีความเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 68.75 ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง โดยไม่ใช้ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีความเสี่ยงสูง ร้อยละ 47.62 ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับเสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงสูง ร้อยละ 46.67 ซึ่งการเกิดภาวะแทรกซ้อนอาจทำให้ผู้ป่วยพิการหรือเสียชีวิตได้ (Akaratanapol et al., 2021)

จากการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพเมืองพิษณุโลก โรงพยาบาลพุทธชินราช ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบครบวงจร ตั้งแต่การคัดกรองสุขภาพ ดูแลรักษา และตรวจค้นหาภาวะแทรกซ้อน ให้ความรู้ในการดูแลตนเองในคลินิก และก่อนกลับบ้าน ตามมาตรฐานการรักษาของกระทรวงสาธารณสุข จัดให้มีคลินิกให้คำปรึกษาผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่ และผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ทำให้อัตราการควบคุมโรคได้ (น้ำตาลสะสมในเลือดน้อยกว่า 7 เปอร์เซ็นต์) เพิ่มขึ้น แต่ยังต่ำกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพของกระทรวงสาธารณสุข และพบปัญหาการควบคุมโรคเบาหวานไม่ได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องดังที่กล่าวมาข้างต้น (ศูนย์สุขภาพเมืองพิษณุโลก, 2565) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจแนวคิดป้องกันภาวะแทรกซ้อน 7 สี (Vichai's 7 color balls Model) (วิชัย เทียนถาวร, 2556) มาประยุกต์ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานตามสีป้องกัน ได้แก่ กลุ่มไม่ป่วยและผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย สีขาว คือ ผู้ที่มีระดับน้ำตาลน้อยกว่าหรือเท่ากับ 100 mg%. สีเขียวอ่อน ระดับน้ำตาล 100-125 mg% และกลุ่มที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ได้แก่ สีเขียวเข้ม ระดับน้ำตาลน้อยกว่า 125 mg% สีเหลือง ระดับน้ำตาล 125-154 mg% สีส้ม ระดับน้ำตาล 155-182 mg% สีแดงเป็นผู้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนแต่ระดับน้ำตาลมากกว่า 183 mg% และสีดำเป็นผู้มีภาวะแทรกซ้อนและระดับน้ำตาลมากกว่า

183 mg% และเมื่อคัดกรองแล้วจึงนำแนวคิด สบซ โมเดล (สถาบันพระบรมราชชนกโมเดล) เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และลดความรุนแรงของโรคเรื้อรัง ตามหลัก 3 อ. (อาหาร, อารมณ์, ออกกำลังกาย) 3 ลด (ลดอ้วน, ลดบุหรี่, ลดเหล้า) (วิชัย เทียนถาวร, 2556) มาใช้ในการพัฒนาความรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ และมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้เหมาะสม สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติหรือใกล้เคียงค่าปกติที่ยอมรับได้ตามสภาวะโรคของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อลดและยืดเวลาการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือด ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

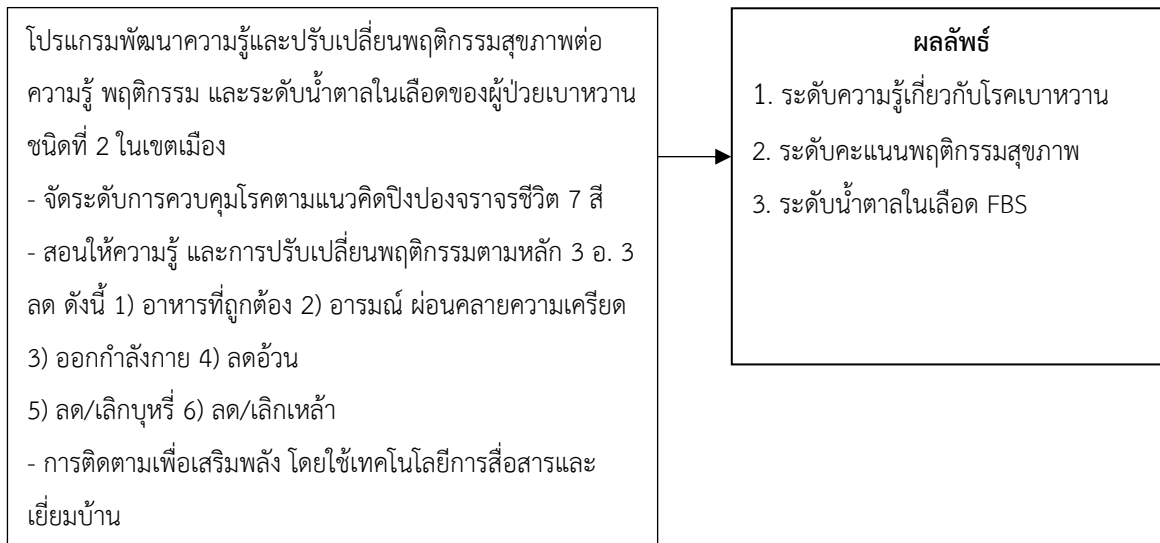
สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานในการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

1. ภายหลังการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลต่อระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง ดีกว่าก่อนการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
2. ภายหลังการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลต่อระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง กลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และแนวคิด สบซ โมเดล (วิชัย เทียนถาวร, 2556) เพื่อคาดหวังว่ากิจกรรมดังกล่าวจะส่งผลต่อพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผลต่อระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest – posttest Design) เพื่อเปรียบเทียบของโปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา (Population) คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพเมืองพิษณุโลก และมีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวนผู้ป่วย 6,726 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพเมืองพิษณุโลก อายุตั้งแต่ 20-65 ปี ขึ้นไป และมีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้อ้างอิงจากการศึกษาที่มีลักษณะคล้ายกัน ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามแนวคิด สบช โมเดล (สถาบันราชชนกโมเดล) (AYoh, Sittisart, Na-Wichian, 2022) กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 ค่าอัลฟาที่ .05 โดยเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของ Cohen (1988) ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 35 คน เพื่อป้องกันการสูญหายผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เป็นกลุ่มละ 40 คน รวมการศึกษานี้เป็น 80 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 6,726 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้สุ่มอย่างง่าย ตามเกณฑ์การคัดเข้า เข้ากลุ่มควบคุม 40 คน กลุ่มทดลอง 40 คน

โดยการจับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลองมากที่สุด ในด้านเพศ (ชาย,หญิง) อายุ (20- 39 ปี, 40-59 ปี, 60 ปีขึ้นไป) และสีปองระดับน้ำตาลในเลือด (เขียวเข้ม,เหลือง, ส้ม, แดง, ดำ)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ณ ที่ตั้งโรงพยาบาลรังสีรักษา ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มป้องกันจรรยา สีสเขียวเข้ม, สีเหลือง, สีส้ม และสีแดง เท่านั้น โดยสีเขียวเข้ม ระดับน้ำตาลน้อยกว่า 125 mg%, ระดับ 1 สีเหลือง ระดับน้ำตาล 125-154 mg%, ระดับ 2 สีส้ม ระดับน้ำตาล 155-182 mg% และระดับ 3 สีแดง ระดับน้ำตาลมากกว่า 183 mg% 3) สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ 4) พูดภาษาไทยได้ดี สามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ 5) ยินยอมเข้าร่วมการโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง เกิดข้อใดข้อหนึ่ง คือ 1) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ไตวาย ตาบอด เท้าเบาหวาน 2) การเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบ

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 4 ส่วน มีรายละเอียด ดังนี้

1. โปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่ผู้วิจัยปรับมาจากแนวคิด สบซ โมเดล ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี ของ ศ.พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร (วิชัย เทียนถาวร, 2556) และแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและลดความรุนแรงของโรคตามหลัก 3 อ. (อาหาร,อารมณ์, ออกกำลังกาย) 3 ลด (ลดอ้วน, ลดบุหรี่, ลดเหล้า) โดยพัฒนาโปรแกรมจากคณะผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วย กิจกรรมจัดระดับการควบคุมโรคตามแนวคิดป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี ผู้วิจัยสอนให้ความรู้กลุ่มตัวอย่าง 1 ครั้ง (2 ชั่วโมง) เรื่องความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามหลัก 3 อ. 3 ลด ดังนี้ 1) อาหารที่ถูกต้อง 2) อารมณ์ ผ่อนคลายความเครียด 3) ออกกำลังกาย 4) ลดอ้วน 5) ลด/เลิกบุหรี่ 6) ลด/เลิกเหล้า และให้กลับไปปฏิบัติที่บ้าน พร้อมทั้งการติดตามเพื่อเสริมพลัง โดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสารและเยี่ยมบ้าน ระยะเวลา 8 สัปดาห์

2. เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดอัตโนมัติ Fasting blood glucose และแบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด โดยแบ่งระดับน้ำตาลในเลือดตามเกณฑ์ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน การศึกษานี้ต้องเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มป้องกันจรรยา สีสเขียวเข้ม, สีเหลือง, สีส้ม และสีแดง เท่านั้น ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงระดับความรุนแรงของโรคเบาหวานตามเกณฑ์ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี

สี	ความรุนแรง	ค่าน้ำตาลในเลือด
สีขาว	ปกติ	< 100 mg/dl
สีเขียวย่อน	เสี่ยง	100-125 mg/dl
สีเขียวเข้ม	ควบคุมได้	≤ 125 mg/dl
สีเหลือง	ป่วยระดับ 1	126-154 mg/dl, HbA1C<7%
สีส้ม	ป่วยระดับ 2	155-182 mg/dl, HbA1C 7-8%
สีแดง	ป่วยระดับ 3	≥183 mg/dl, HbA1C > 8%
สีดำ	มีโรคแทรกซ้อน Stroke, STEMI, ไตวาย, ตาบอด, เนื้อตาย	

3. แบบสอบถามความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคเบาหวาน โดยแบบสอบถามมี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานะสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การรับประทานยา ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน น้ำหนัก ส่วนสูง และรอบเอว

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ตามแนวทางป้องกันปัจจัยเสี่ยงชีวิต 7 สี จำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบ 2 ทางเลือก คือ ถูกหรือผิด เนื่องจากลักษณะดังกล่าวสามารถวัดเนื้อหาได้มาก ใช้เวลาน้อยและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายโดยมีหลักเกณฑ์ในการให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและลดความรุนแรงของโรคตามหลัก 3 อ. (อาหาร, อารมณ์, ออกกำลังกาย) 3 ลด (ลดอ้วน, ลดบุหรี่, ลดเหล้า) จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ โดยให้เลือกคำตอบเดียว มีคะแนนระหว่าง 0-3 คะแนน กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ 1) ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆ เป็นประจำ 4-7 ครั้งต่อสัปดาห์หรือทุกวัน ให้ 2 คะแนน 2) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆ เป็นประจำ 1-3 ครั้งต่อเดือน หรือเป็นส่วนน้อย ให้ 1 คะแนน 3) ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆ ให้ 0 คะแนน การแปลผล คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-40 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง (30-40 คะแนน) ระดับปานกลาง (20-29 คะแนน) ระดับต่ำ (0-19 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. โปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พัฒนาโปรแกรมโดยคณะผู้ร่วมวิจัย กระบวนการพัฒนาโปรแกรม ดังนี้ 1) ศึกษาทบทวนโปรแกรม 2) สร้างกรอบแนวคิด และ 3) ออกแบบโปรแกรม ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมที่สร้างขึ้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ คือ ปรับรูปแบบการสอนให้มีเนื้อหาการสอนที่เข้าใจง่าย และเพิ่มเรื่องของการสอนด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด โดยการติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์ หรือการเยี่ยมบ้าน เป็นต้น และนำโปรแกรมไปทดลองนำร่องกับผู้ป่วยเบาหวานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 5 คน พบว่าโปรแกรมฯ มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้

2. แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเบาหวาน และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคเบาหวาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเนื้อหาจากเอกสารตำรา และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาสร้างข้อคำถาม ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ท่าน ประเมินและตรวจสอบความถูกต้องของภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขให้มีความชัดเจน และครอบคลุมเหมาะสมมากยิ่งขึ้นตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง ผลของคะแนนความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item objective

congruence: IOC) ของทั้ง 2 แบบประเมิน พบว่าดัชนีความสอดคล้องรายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00 หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดและลักษณะโครงสร้างทางสังคมวัฒนธรรมการดำเนินชีวิต คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเบาหวาน มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.84 และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคเบาหวาน มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.95

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการโครงการวิจัยหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เลขที่โครงการวิจัย 001/2566 HREC No. 085/2566 ลงวันที่ 23 พฤษภาคม 2566 ดังนี้

ผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือผ่านคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตรวบรวมข้อมูล

2. ประชาสัมพันธ์เพื่อรับสมัครอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง พิษณุโลก โรงพยาบาลพุทธชินราช และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้สุ่มอย่างง่าย เข้ากลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มควบคุม 40 คน โดยการจับคู่ (matching) ให้กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลองมากที่สุด ในด้านเพศ (ชาย,หญิง) อายุ (20- 39 ปี, 40-59 ปี, 60 ปีขึ้นไป) และสีปิงปองระดับน้ำตาลในเลือด (เขียวเข้ม, เหลือง, ส้ม, แดง, ดำ

3. ขั้นตอนการและการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับกลุ่มเป้าหมาย และพื้นที่ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตต่อพื้นที่ และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายวิธีการดำเนินการ ขั้นตอนการดำเนินการตามโปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ดำเนินกิจกรรม ดังนี้

กลุ่มควบคุม

1. ก่อนเข้าร่วมสัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ กล่าวทักทาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความยินยอมการเข้าร่วมโครงการโดยการลงนามใน informed consent form รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความรู้ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน (pre-test) และประเมินระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ครั้งที่ 1

2. สัปดาห์ที่ 2-4 ปฏิบัติตัวตามปกติที่บ้าน และสัปดาห์ที่ 4 ติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์

3. สัปดาห์ที่ 5-8 ปฏิบัติตัวตามปกติที่บ้าน

4. สัปดาห์ที่ 8 ติดตามผลโดยการเยี่ยมบ้าน ประเมินความรู้ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ประเมินระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (ครั้งที่ 2)

กลุ่มทดลอง

1. ก่อนเข้าร่วมสัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ กล่าวทักทาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความยินยอมการเข้าร่วมโครงการโดยการลงนามใน Informed Consent Form รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความรู้ ประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน (pre-test) และประเมินระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ครั้งที่ 1

ให้โปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน (2 ชั่วโมง) แล้วให้กลับไปปฏิบัติตัวที่บ้าน ตั้งไลน์กลุ่มเพื่อให้ข้อมูลเพิ่มเติมและตอบข้อซักถาม

2. สัปดาห์ที่ 2-4 ให้ปฏิบัติตามโปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน และสัปดาห์ที่ 4 ติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์

3. สัปดาห์ที่ 5-8 ให้ปฏิบัติตามโปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน

4. สัปดาห์ที่ 8 ติดตามผลโดยการเยี่ยมบ้าน ประเมินความรู้ (ครั้งที่ 2) ประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน (ครั้งที่ 2) และประเมินระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (ครั้งที่ 2)

ตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองทำการประเมินการกระจายตัวของข้อมูลพบว่า ข้อมูลคะแนนเฉลี่ย ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคเบาหวานเป็นโค้งไม่ปกติ จึงใช้สถิติ Wilcoxon-signed rank test และข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดเป็นโค้งปกติใช้ paired t-test

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองทำการประเมินการกระจายตัวของข้อมูลพบว่า ข้อมูลคะแนนเฉลี่ย ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคเบาหวานเป็นโค้งไม่ปกติ จึงใช้สถิติ Mann Whitney U และข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือดเป็นโค้งปกติใช้ independent t-test

ผลการวิจัย

1. ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงร้อยละ 52.50 โดยกลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 32-73 ปี อายุเฉลี่ย 57.32 ปี (*SD* 10.58) กลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 33-71 ปี อายุเฉลี่ย 56.60ปี (*SD* 9.59) ได้ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลพบว่าข้อมูลด้านเพศ ช่วงอายุ และสีของปิงปองระดับน้ำตาลไม่ต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างลักษณะข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=80)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มควบคุม (n=40)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					1.00 ^ก
ชาย	19	47.50	19	47.50	
หญิง	21	52.50	21	52.50	
อายุ					1.00 ^ก
20- 39 ปี	2	5.00	2	5.00	
40-59 ปี	17	42.50	17	42.50	
60 ปีขึ้นไป	21	52.50	21	52.50	
การศึกษา					.98 ^ข
ไม่ได้ศึกษา	15	37.50	15	37.50	
ประถมศึกษา	12	30.00	11	27.50	
มัธยมศึกษา	3	7.50	4	10.00	
อนุปริญญา	10	25.00	10	25.00	
สถานภาพสมรส					.49 ^ข
โสด	5	12.50	3	7.50	
คู่	21	52.50	26	65.00	
หม้าย/หย่า/แยก	14	35.00	11	27.50	
อาชีพ					.63 ^ข
ไม่ประกอบอาชีพ	9	22.50	5	12.50	
รับจ้างทั่วไป	12	30.00	12	30.00	
ค้าขาย	12	30.00	13	32.50	
รับราชการ	7	17.50	10	25.00	
ระยะเวลาการเจ็บป่วย					.18 ^ข
น้อยกว่า 1 ปี	3	7.50	5	12.50	
มากกว่า 1 ปี	8	20.00	14	35.00	
5 ปี ขึ้นไป	29	72.50	21	52.50	
ดัชนีมวลกาย					.56 ^ข
ปกติสมส่วน (18.5-22.90)	6	15.00	7	17.50	
น้ำหนักเกิน (23-24.90)	11	27.50	8	20.00	
อ้วนระดับ 1 (25-29.90)	12	30.00	14	35.00	
อ้วนระดับ 2 (>30)	11	27.50	11	27.50	
สีปองระดับน้ำตาล					1.00 ^ก
เขียวเข้ม	9	22.50	9	22.50	
เหลือง	10	25.00	10	25.00	

ส้ม	13	32.50	13	32.50
แดง	8	20.00	8	20.00

ก= Fisher's Exact Test, ข= Chi-Square

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด ภายในกลุ่มทดลองและเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มที่ใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าคะแนนความรู้ พฤติกรรม มากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมืองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		p-value
	M	SD	M	SD	
กลุ่มทดลอง					
ความรู้ โรคเบาหวาน	13.13	2.26	15.98	1.64	.00*
พฤติกรรม ในการควบคุมโรคเบาหวาน	26.08	3.83	30.35	2.75	.00*
ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	151.30	29.37	131.75	18.76	.00*
กลุ่มควบคุม					
ความรู้ โรคเบาหวาน	13.23	2.27	12.98	1.85	.16 ^{NS}
พฤติกรรม ในการควบคุมโรคเบาหวาน	26.58	3.74	26.83	3.71	.25 ^{NS}
ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	151.70	32.24	148.97	27.71	.31 ^{NS}

*p-value< .05, ^{NS} p-value> .05

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมในการควบคุมโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

รายการเปรียบเทียบ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	M	SD	M	SD	
ก่อนการทดลอง					
ความรู้ โรคเบาหวาน	13.13	2.26	13.23	2.27	.81 ^{NS}
พฤติกรรม ในการควบคุมโรคเบาหวาน	26.08	3.83	26.58	3.74	.51 ^{NS}
ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2	151.30	29.37	151.70	32.24	.95 ^{NS}
หลังการทดลอง					
ความรู้ โรคเบาหวาน	15.98	1.64	12.98	1.85	.00*
พฤติกรรม ในการควบคุมโรคเบาหวาน	30.35	2.75	26.83	3.71	.00*
ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2	131.75	18.76	148.97	27.71	.00*

*p-value < .05, ^{NS} p-value > .05

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย คือ 1) ภายหลังการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลต่อระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง ดีกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ 2) ภายหลังการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลต่อระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง กลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม ด้วยเหตุผลที่ว่า การใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง เป็นโปรแกรมที่มีการนำแนวคิดของ ศาสตราจารย์พิเศษ ดร. นายแพทย์วิชัย เทียนถาวร โดยคัดกรองภาวะสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ ตั้งแต่ อายุ 15-65 ปี ประกอบด้วย การคัดกรองโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยแบ่งระดับความรุนแรงของโรคเป็นสี่ของปีงปองจรรจรชีวิต 7 สี ได้แก่ กลุ่มปกติเป็นสีขาว กลุ่มเสี่ยงเป็นสีเหลืองอ่อน กลุ่มป่วยเป็นสีเหลืองเข้ม สีเหลือง สีส้ม สีแดง และสีดำ การเฝ้าระวังความดันโลหิตสูงและเบาหวานของประชาชน เพื่อประเมินติดตามภาวะสุขภาพ ยังเป็นแนวทางในการช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ลดความเสี่ยงการเกิดโรคเรื้อรัง และส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 3 ลด ได้แก่ 3 อ. คือ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ และ 3 ลด คือ ลดเหล้า ลดบุหรี่ และลดความอ้วน (วิชัย เทียนถาวร, 2556) โปรแกรมฯ ได้มีการคัดกรองสุขภาพโรคเรื้อรังให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานทำให้ทราบความรุนแรงของโรคตามแนวคิด สบซ โมเดล โดยแยกความรุนแรงของโรคจำแนกตามสี่ปีงปองจรรจรชีวิต 7 สี ทำให้ประชาชนลดความเสี่ยง

ในการเกิดโรคแทรกซ้อน เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพมากขึ้น ดังเช่นการศึกษาผลของการประเมินผลโครงการการใช้ปีงปองจรรจรชีวิต 7 สี ในการเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาทำให้ทราบจำนวนผู้ป่วยจากการคัดกรองสุขภาพโดยใช้ปีงปองจรรจร 7 สี เป็น

แนวทางที่นำมาใช้ในการคัดกรองสุขภาพโรคเรื้อรัง เพื่อเป็นข้อมูลการนำเข้าในการหาแนวทางในการป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังในประชาชนเพื่อให้เกิดความครอบคลุมมากขึ้น (Jamjumroon & Phatisena, 2017)

ผู้วิจัยได้นำแนวคิด สบซ โมเดล มาปรับใช้ในการสอนและให้ความรู้และสอดแทรกวิธีการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามแนวคิด สบซ โมเดล ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสมอแข อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพได้นั้นต้องมีความรู้เป็นพื้นฐาน ประชาชนจึงจะสามารถเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ (AYoh, Sittisart & Na-Wichian, 2022) เช่นเดียวกับการศึกษาของนางลักษณ์ ตุ่นแก้ว, พิมพ์ใจ อุ่นบ้าน และศรีณญาณรณ์ จันท์ดีแก้วสกุล (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส.1ย. และการใช้ป้องกันปัจจัยเสี่ยง 7 สี ต่อความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว ทดสอบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ การวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แบบทดสอบความรู้และพฤติกรรมสุขภาพการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นและมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (นางลักษณ์ ตุ่นแก้ว, พิมพ์ใจ อุ่นบ้าน และศรีณญาณรณ์ จันท์ดีแก้วสกุล, 2561)

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ต่อความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนที่มีโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ทำให้ช่วยลดอัตราการเกิดความเสี่ยงของโรคเบาหวาน และลดภาวะแทรกซ้อน ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำโปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปใช้พัฒนาความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตเมือง
2. เป็นแนวทางในการวางแผนนโยบายการพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการให้บริการระดับปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. นำผลของการศึกษามาเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มอื่นๆ
2. ควรมีการศึกษาการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานในระยะยาว เช่น ใช้โปรแกรมนาน 3-6 เดือนขึ้นไป เพื่อติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แก่ประชาชนของอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564, 13 พฤศจิกายน). *กรมควบคุมโรค เผยสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลก มีผู้ป่วยแล้ว 537 ล้านคน มีส่วนทำให้เสียชีวิต สูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุกๆ 5 วินาที*.
<https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/181256/>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *ทบทวนตัวชี้วัดเพื่อกำกับติดตามคุณภาพบริการด้านโรคไม่ติดต่อ พ.ศ.2563-2566*.
 นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- นงลักษณ์ ตุ่นแก้ว, พิมพใจ อุ่นบ้าน และ ศรีนิญภรณ์ จันทร์ดีแกวสกุล. (2561). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส.1ย.และการใช้ป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรค 7 สี ต่อความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ*. 24(2), 83-96.
- วิชัย เทียนถาวร. (2556). *ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย : นโยบายสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- วิชัย เอกพลากร. (บรรณาธิการ). (2559). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศูนย์สุขภาพเมืองพิษณุโลก. (2565). *สถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการปี 2563-2565*. พิษณุโลก: ศูนย์สุขภาพเมืองพิษณุโลก.
- Akaratanapol, P., Aumaor, T., Khungtumneam, K., Limteerayos, P., Pidet, K., Phuangprasonka, R., Phuthasane, C., ... & Kompayak, J. (2021). Risk to major complications among diabetic and hypertensive Patients in Nong-Prue health promoting hospital, Bangphli, Samutprakan. *APHEIT Journal of Nursing and Health*, 3(2), 37-52.
- AYoh, N., Sittisart, V., Na-Wichian, S. (2022). The effectiveness of health promoting program on behavior modification based on PBRI's model for patients with hypertension in Samokhae Sub-district, Muean District, Phitsanulok Province. *The Journal of Boromarjornani College of Nursing, Suphanburi*, 3(2), 129-139. (in Thai)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Jamjumroon, P., Phatisena, T. (2017). Using the 7 colors diabetes mellitus self- awareness evaluation project in preventing and controlling diabetes in subdistrict health promotion hospitals in Nakhon Ratchasima. *Ratchaphruek*, 15(2), 125-34. (in Thai)
- Tienthavorn, V. (2013). *Surveillance, control, prevention, diabetes, high blood pressure in Thailand*. Bangkok: Division of health education, department of health service support. Bangkok: Ministry of health Thailand.

ปัญหาและสาเหตุการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดในชุมชน

สุพัตรา จันทร์สุวรรณ, พย.ม.*, วรางคณา จำปาเงิน, พย.ม.**

สุนทรี ชะชาตย์, พย.ม.*, ปวีดา โพธิ์ทอง, พย.ม.*และเสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์, พย.ม.*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัญหาและสาเหตุของการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติด อายุตั้งแต่อายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 11 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ตรวจสอบความเชื่อถือได้ด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลถ่ายทอดประสบการณ์ จากความรู้สึกนึกคิด และความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและสาเหตุการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดในชุมชน แบ่งเป็นประเด็นหลัก ประกอบด้วย 3 ประเด็น ดังนี้ 1) สาเหตุการใช้สารเสพติด มีประเด็นย่อย ได้แก่ 1. เพื่อนชวน 2. อยากลอง 2) สาเหตุการกลับเป็นซ้ำ มีประเด็นย่อย ได้แก่ 1. หยุดกินยาทางจิตเวช 2. กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ 3. ต้มเครื่องต้มชูกำลังและสูบบุหรี่ 3) การดูแลตนเองป้องกันการกลับเป็นซ้ำ มีประเด็นย่อย ได้แก่ 1. การกินยาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง 2. การจัดการความเครียด 3. การมีความตั้งใจจริง เพื่อเลิกใช้สารเสพติด

เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวช สิ่งสำคัญคือ เรื่องของการรับประทานยาจิตเวชอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ครอบครัวและชุมชน หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เข้าใจสาเหตุและปัญหาที่สำคัญของการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย ได้ร่วมกันดูแลและพัฒนารูปแบบให้ผู้ป่วยจิตเวชได้กินยาจิตเวชอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวช และลดปัญหาต่างๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อสังคมต่อไป

คำสำคัญ : ปัญหาการใช้สารเสพติด สาเหตุการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติด

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

** โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

Corresponding author E-mail: supattra@snc.ac.th

(Received: April 16, 2023; Revised: November 1, 2023; Accepted: December 1, 2023)

Problems and causes of recurrence among psychiatric patients use substance in the community

Supattra Chansuvarn, M.N.S.*, Varangana Champangern, M.N.S.**

Soontaree kachat, M.N.S.*, Prawida Photong, M.N.S.* &Saowalak Sripheo, M.N.S.*

Abstract

The purpose of this qualitative research is to study the problems and causes of recurrence among psychiatric patients use substance in the community. Suphanburi Province. The main informants are psychiatric patients who used drugs. Aged from the age of 30 and over, 11 people. The data are collected by an in-depth interview, non-participant observation and field survey. Content analysis, along with triangulation methods, are used.

The results of the study found that The informant conveys the experience. from the feeling and opinions on problems and causes of recurrence among psychiatric patients use substance in the community. Divided into three main themes: 1) Causes of substance abuse There are sub-issues such as friends inviting and wanting to try. 2) Cause of recurrence. There are sub-issuse issues, stop taking psychiatric drugs. return to substance abuse and drinking energy drinks and smoking. 3) Self-care to prevent recurrence. There are sub-issues, namely, continued ingestion of psychiatric drugs. stress management and having a serious intention to stop using drugs.

To prevent the recurrence of psychiatric patients The important thing is the continued use of psychiatric drugs. Therefore, families and communities Various agencies involved Understand the causes and important problems of patient recurrence. They have worked together to take care of and develop a model for psychiatric patients to take psychiatric drugs continuously. To prevent the recurrence of psychiatric patients and reduce various problems that may have an impact on society in the future

Keywords: Substance use problems causes of recurrence psychiatric patients use substances

* Boromarjonani College of Nursing, Suphanburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

** Samchuk Hospital, Suphanburi Province

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคทางจิตเวชเป็นกลุ่มโรคที่มีความเรื้อรัง และโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อย คือ โรคจิตเภท โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า และโรคจากการติดสารเสพติด จากรายงานของกรมสุขภาพจิต (2564) ผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช ประจำปีงบประมาณ 2564 ทั้งหมด 2,328,308 คน พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดจำนวน 545,660 คน คิดเป็นร้อยละ 23.43 แบ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ติดแอลกอฮอล์จำนวน 185,045 คน คิดเป็นร้อยละ 7.95 ผู้ป่วยจิตเวชที่ติดยาบ้าจำนวน 155,631 คน คิดเป็นร้อยละ 6.68 ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดอื่นๆ จำนวน 204,984 คน คิดเป็นร้อยละ 8.80 ซึ่งโรคทางจิตเวชเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการรักษา การดูแลที่ต่อเนื่องและเป็นเวลานาน ผู้ป่วยจิตเวชบางรายต้องใช้เวลาตลอดชีวิตในการรักษา เพราะการรักษาให้หายขาดเป็นไปได้ยาก นอกจากนี้การดำเนินโรคของผู้ป่วยจะมีการรับรู้ความเป็นจริงเสียไป ทำให้เกิดอาการหวาดระแวง ประสาทหลอน อารมณ์ก้าวร้าว ซึมเศร้า ไม่สนใจดูแลตนเอง ไม่สนใจประกอบอาชีพ และผู้ป่วยจิตเวชโดยส่วนใหญ่จะไม่ยอมรับการเจ็บป่วยด้วยอาการทางจิต และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา และการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ล้วนแต่ส่งผลให้มีอาการทางจิตรุนแรงที่มีอาการกำเริบและรุนแรงมากขึ้น ในปัจจุบันพบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคทางจิตเวชรวมกับการใช้สารเสพติดเป็นจำนวนมาก และกลับมามีอาการทางจิตกำเริบซ้ำหรือกลับมารักษาซ้ำมากขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยโรคจิตเวชรวมกับการใช้สารเสพติด ควรมีความรู้ในการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม ได้รับการช่วยเหลือ คำแนะนำ การให้คำปรึกษา เสริมสร้างกำลังใจและสร้างแรงจูงใจ ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ ลดปัญหาการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ (กรมสุขภาพจิต, 2563)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบสาเหตุการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวช คือ 1) ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและยาจิตเวช 2) ขาดความตระหนักในการรับประทานยา ท้อแท้ ขาดแรงจูงใจในการรักษา ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา 3) การใช้สารเสพติดอื่นๆทดแทน เช่น บุหรี่ สุรา เพื่อลดความเครียดและความกังวล 4) ความเครียดของผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับความเครียด ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวไม่ดี 5) ญาติหวาดกลัว เบื่อหน่าย ต่ำหนิ 6) สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ ส่งผลให้ไม่ได้รับยาต่อเนื่องและกลับเป็นซ้ำ (ณัฐติกา ชูรัตน์, 2559 ; Verdoux, Gindre, & Sorbara, 2002 ; สินเงิน สุขสมปอง, ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์, พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ, 2559) นอกจากนี้ในท่ามกลางสถานการณ์การระบาดของไวรัสโควิด-19 ผู้ป่วยจิตเวชที่ยังไม่เลิกใช้สารเสพติด อาจสามารถเข้าถึงสารเสพติดที่ต้องการได้ง่ายขึ้น สามารถนำไปสู่การเกิดภาวะวิกฤตทางจิตเวชและมีพฤติกรรมก้าวร้าวเพิ่มมากขึ้นได้ และมีแนวโน้มกลับเป็นซ้ำได้มากขึ้น

การกลับเป็นซ้ำทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลงร่วมกับมีผลต่อความคิด ความเชื่อในการดูแลตนเองบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ในครอบครัว การงานและสังคม อีกทั้งส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยและญาติแย่ลง และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาซ้ำอีกด้วย (Sadock & Sadock, 2000) จากสภาพปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาและสาเหตุ และหาแนวทางในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดในชุมชน เพื่อหาแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดในชุมชน เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และสามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัว ชุมชน สังคมของตนเองได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัญหาและสาเหตุของการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี

คำถามการวิจัย

ปัญหาและสาเหตุของการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรีมีอะไรบ้าง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (descriptive qualitative research) มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้
ผู้ให้ข้อมูลหลักและการเลือกผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล (key informants) ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติ จำนวน 11 ราย โดยพิจารณาถึงความสามารถในการถ่ายทอดประสบการณ์ รวมทั้งเวลาที่มีให้ในการสัมภาษณ์ เพื่อสัมภาษณ์แบบเจาะลึกจนข้อมูลอิ่มตัว (data saturation) คือข้อมูลที่เริ่มได้ประเด็นซ้ำๆ เมื่อนำมาพิจารณาแล้วไม่สามารถค้นหาข้อสรุปเพิ่มขึ้นได้ ผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติผู้ให้ข้อมูลดังนี้

1. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ด้วยกลุ่มรหัส F10-F19 คือความผิดปกติทางจิตใจที่มีสาเหตุ เนื่องจากการใช้วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

2. ผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการรักษาอย่างน้อย 1 ปี แบบผู้ป่วยนอก ณ คลินิกจิตเวชและยาเสพติด

3. สนทนาได้ตอบรู้เรื่องและสื่อสารภาษาไทยได้

4. ยินดีเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการเป็นผู้ให้ข้อมูลในงานวิจัย

ดังนั้นผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยด้วยกลุ่มรหัส F10-F19 มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกไม่สม่ำเสมอ สื่อสารกับผู้วิจัยไม่เข้าใจและไม่ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ถือว่าไม่มีคุณสมบัติเป็นผู้ให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structure interview) ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยทบทวนวรรณกรรมจากแนวคิดที่เกี่ยวข้อง คือ แนวคิดการกลับเป็นซ้ำทางจิตเวชของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด โดยลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถตอบคำถามได้ตรงประสบการณ์และความรู้สึกที่แท้จริง ตัวอย่างแนวคำถามในการสัมภาษณ์ 1) ท่านช่วยเล่าสาเหตุที่ทำให้ท่านป่วยด้วยโรคทางจิตเวช 2) อาการทางจิตที่กำเริบของท่าน มีอาการอย่างไรบ้าง เป็นต้น โดยไม่จำกัดจำนวนคำถามและลำดับของคำถาม เพื่อเป็นข้อมูลเชิงลึกและครอบคลุมตรงประเด็นที่ต้องการศึกษา หลังจากนั้นได้นำแนวคำถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คือ จิตแพทย์ อาจารย์พยาบาลและพยาบาลวิชาชีพสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ตรวจสอบความเหมาะสมของแนวคำถาม และปรับปรุงแก้ไขแนวคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำแนวคำถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติด จำนวน 1 ราย ที่มีคุณสมบัติตรงตามที่ต้องการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้วิจัย ผู้วิจัยได้มีการเตรียมทีมวิจัยก่อนลงพื้นที่ในเรื่องการเตรียมความพร้อมด้านเทคนิคการสัมภาษณ์ เทคนิคการฟัง เทคนิคการใช้คำถามในการค้นหาข้อมูล โดยคำนึงถึงสิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล มีรายละเอียดในการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ทีมผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับพยาบาลจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกที่รับผิดชอบดูแลคลินิกจิตเวชและยาเสพติด โดยเก็บข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดที่เป็นผู้ให้ข้อมูล

2. ทีมผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ และได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขอความยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

3. ทีมผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง พร้อมทั้งบันทึกการสัมภาษณ์ โดยขออนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งทางวาจา การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที โดยการสัมภาษณ์และนั่งพูดคุยกับผู้ให้ข้อมูลในสถานที่ที่แสดงถึงความเป็นส่วนตัวไม่มีผู้คนเดินพลุกพล่าน

4. ทีมผู้วิจัยแนะนำตนเองกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อเป็นการสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ โดยทีมผู้วิจัยบอกชื่อจริง และให้เกียรติผู้ให้ข้อมูลโดยเรียกว่าคุณแล้วตามด้วยชื่อผู้ป่วย ทีมผู้วิจัยแต่งกายด้วยความสะดวก และในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยวางตัวเป็นผู้มาขอข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล ระวังที่จะไม่แสดงตนว่าเป็นผู้ให้การพยาบาลและผู้รักษาแก่ผู้ให้ข้อมูล แม้ว่าบางครั้งผู้ให้ข้อมูลจะย้อนถามข้อสงสัยย้อนกลับในเรื่องสุขภาพ ผู้วิจัยจะใช้วิธีการเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นของตนเองตามความรู้และความรู้สึกโดยไม่ขัดแย้ง แล้วจึงแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยน โดยตระหนักว่าไม่เป็นการให้คำแนะนำ หรือชี้นำการตัดสินใจ

5. หลังสัมภาษณ์ทีมผู้วิจัยจะทำการบันทึกภาคสนาม (field note) ทุกครั้ง เพื่อช่วยในการสังเกตและจดบันทึกปฏิกิริยาของผู้ให้ข้อมูลขณะสัมภาษณ์ให้กับผู้วิจัย และผู้วิจัยจดข้อมูลสำคัญ เกี่ยวกับสิ่งที่ผู้วิจัยสังเกตพบ การแสดงสีหน้า ท่าทาง ประเด็นที่น่าสนใจ หรือบันทึกย่อในขณะที่ฟัง เพื่อป้องกันการลืม แล้วนำข้อมูลที่ได้อ่านบันทึกรายละเอียดเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี เลขที่ EC-027/2564 ลงวันที่ 25 เมษายน 2565 ให้ทำการพิจารณา โดยการวิจัยในครั้งนี้ยึดหลักการพิทักษ์ทางจริยธรรมในการศึกษาของสภาวิจัยแห่งชาติ และคำนึงถึงความเปราะบางของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล และเมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัยจึงจะเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล ซึ่งการรายงานผลการวิจัยจะถูกรายงานโดยภาพรวมของการศึกษาวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) (Burnard, 1991) ดังนี้

1. นำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปบันทึกเสียงสัมภาษณ์มาถอดเทปแบบคำต่อคำ ประโยคต่อประโยค (verbatim transcriptions) อ่านคำบรรยายหรือข้อมูลทั้งหมดที่ได้หลายๆ ครั้ง เพื่อให้เข้าใจเนื้อหาที่สำคัญ

2. หลังจากนั้นให้รหัสข้อความ (code) แล้วพิจารณาคำต่างๆ ที่ถอดรหัสออกมา จัดประเภทของข้อมูลที่ได้จากการให้รหัสสามารถรวมจัดประเภท โดยข้อมูลที่มีรหัสคล้ายคลึงกันจะนำมารวมไว้เป็นกลุ่มเดียวกัน

3. ผู้วิจัยทำการจัดประเด็น (category) มารวบรวมเป็นเรื่องหรือกลุ่มเรื่องเดียวกันซึ่งเรียกขั้นตอนนี้ว่า การสรุปประเด็นหลัก (theme) เขียนอธิบายประเด็นให้เป็นความเรียง ให้มีความต่อเนื่องกลมกลืนที่ได้จากการสัมภาษณ์

4. นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้วิธีรายงานเชิงพรรณนา จัดลำดับตามเนื้อหาที่ศึกษา เขียนเรียงลำดับตามแนวทางของการวิเคราะห์พร้อมกับยกตัวอย่างตารางการวิเคราะห์ข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

เป็นการตรวจสอบความสอดคล้องเกี่ยวกับความเป็นจริงและการตีความของผู้วิจัย (Lincoln & Guba, 1985) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบทุกขั้นตอนของการวิจัย (member checking) โดยสอบถามกลับไปยังผู้ให้

ข้อมูลในประเด็นเหล่านั้น ว่าความคิดเห็นมีความถูกต้องกับข้อมูลเบื้องต้นหรือไม่ โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้เสนอข้อเสนอนี้ หากข้อมูลที่ได้ไม่ถูกต้องตามความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล และหากมีประเด็นที่ไม่เข้าใจตรงกันจะพยายามอธิบาย และปรับความเข้าใจให้ตรงกันมากที่สุด และผู้วิจัยได้นำผลการวิเคราะห์ตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ทีมผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเป็นเพศชาย จำนวน 11 ราย มีอายุอยู่ระหว่าง 30-50 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 2 ราย ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 6 ราย ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ จำนวน 2 ราย ระดับปริญญาตรี 1 ราย และประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 5 ราย อาชีพค้าขาย จำนวน 2 ราย อาชีพรับจ้าง จำนวน 2 ราย และไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 2 ราย มีโรคประจำตัวทางกาย จำนวน 3 ราย และมีโรคประจำตัวทางจิตเวช จำนวน 11 ราย สารเสพติดที่ใช้อย่างน้อย 7 ราย ใช้เฮโรอีน จำนวน 4 ราย จำนวนปีที่เจ็บป่วยทางจิตที่น้อยกว่า 5-10 ปี จำนวน 4 ราย และ 10-15 ปี จำนวน 7 ราย จำนวนครั้งการกลับเป็นซ้ำ น้อยกว่า 3 ครั้ง จำนวน 5 ราย และมากกว่า 3 ครั้ง จำนวน 6 ราย มีสถานภาพคู่ จำนวน 1 ราย โสด จำนวน 8 ราย หม้าย 2 ราย และมีความเพียงพอของรายได้พอใช้ จำนวน 7 ราย ไม่พอใช้ จำนวน 4 ราย

2. ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและสาเหตุการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี

ประเด็น (Theme)	หมวดหมู่ (category)
สาเหตุการใช้สารเสพติด	เพื่อนชวน อยากลอง
สาเหตุการกลับเป็นซ้ำ	หยุดกินยาทางจิตเวช กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังและสุบุนหรี
การดูแลตนเองป้องกันการกลับเป็นซ้ำ	การกินยาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง การจัดการความเครียด

1) สาเหตุการใช้สารเสพติด

1.1 เพื่อนชวน

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในงานวิจัยนี้ ถึงสาเหตุของการใช้สารเสพติด โดยส่วนใหญ่เริ่มใช้สารเสพติดมานาน ตั้งแต่สมัยเรียน โดยการชักชวนจากกลุ่มเพื่อนแถวบ้านและใช้มาอย่างต่อเนื่อง และบางส่วนเพิ่งมาใช้สารเสพติดตอนทำงาน โดยการชักชวนจากเพื่อนกลุ่มทำงาน

ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“เพื่อนมาชวนผม เพื่อนที่มาทำงานที่บ้าน เพราะว่าแม่ของผมจ้างเพื่อนมารดน้ำที่สวนมะม่วง มันเสพยากันแล้ว มันมาชวนผมเสพยาด้วยกัน ผมเสพยาผมหลอนเลย สั่งตัวเองไม่ได้เลย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1, 2565)

“ผมเริ่มเสพยาอยู่ในช่วงเป็นวัยรุ่น วัยศึกษาตอนด้วย ผมไม่ฟังใคร ผมคบเพื่อนที่ใช้สารเสพติดด้วย มันเลยชวนผมไปเสพยา และผมก็ใช้มาต่อเนื่อง ไข้ๆ เลิกๆ จนถึงปัจจุบันผมก็ยังเลิกไม่ได้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4, 2564)

“เพื่อนชวนให้เสพยาตั้งแต่อายุ 16 ครับ ก็เลยเสพยามาเรื่อยๆ จนไปทำงานกรุงเทพก็เลิกได้ แล้วกลับมาบ้านมาเจอเพื่อนแถวบ้านก็กลับมาเสพยาอีก” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11, 2565)

1.2 อายากลอง

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในงานวิจัยนี้ ถึงสาเหตุของการใช้สารเสพติด นอกจากการที่มีเพื่อนชวนแล้วยังพบว่า เกิดจากความอยากลองใช้สารเสพติด จากการได้เห็นเพื่อนในกลุ่มใช้สารเสพติด อายากลองจึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีการใช้สารเสพติด และปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลบางคนแม้เจ็บป่วยแล้ว ก็ยังไม่สามารถเลิกใช้สารเสพติดได้

ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“อยากลองครับ อยากรู้ว่ามันเป็นอย่างไร ลองเสพยาตั้งแต่สมัยเรียนแล้วครับ ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8, 2565)

“ตอนวัยรุ่นอยากลอง เสพยามา 2-3 ปี เริ่มมีหงุดหงิด แม่บอกว่าผมพูดคนเดียว ผมคุยกับกุมารนะครับ แล้วเริ่มอาการไม่ดี แม่ผมพาส่งโรงพยาบาลตอนนั้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10, 2565)

“เพราะเพื่อนมันยืมตังไป 40 บาทตอนปี 2 มันไม่คืนตัง มันให้ยามาดูดแทน ก็เลยลองครับ จากตัวเดียวต่อวัน เป็น 3 ตัวต่อวัน วัยรุ่นด้วยอยากลอง ดิตเลย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6, 2565)

2) สาเหตุของอาการกำเริบทางจิต

2.1 หุดกินยาทางจิตเวช

สาเหตุที่ผู้ให้ข้อมูลกลับมามีอาการกำเริบทางจิตเวชซ้ำ ส่วนหนึ่งเกิดจากการหยุดยาทางจิตเวชเอง เพราะรู้สึกไม่สบายจากอาการข้างเคียงของยาจิตเวช หรือเมื่ออาการทางจิตเวชดีขึ้น ผู้ให้ข้อมูลหยุดกินยาจิตเวชด้วยตนเองโดยไม่ได้รับการปรึกษาแพทย์ และในผู้ป่วยจิตเวชบางรายกินยาจิตเวชไม่สม่ำเสมอ เพราะผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงการกินยาจิตเวชที่ถูกต้องและต่อเนื่อง

ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“ผมเคยหยุดกินยาจิตเวชเองครับ กินแล้วง่วงนอนมาก ทำงานไม่ได้เลย จึงทำให้ผมมีอาการกำเริบ คือ ผมเดินเรื่อยเปื่อย ร้องไห้ตลอดเลย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3, 2565)

“ผมมีอาการกำเริบเมื่อปีที่แล้ว ผมกลับไปเสพกัญชาเพราะกัญชาช่วยให้ผมนอนหลับดี กินแทนยาจิตเวชเลยครับ ก็เลยไม่กินยาจิตเวชเลย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2, 2565)

“ผมจัดยากินเอง มีหยุดยาบ้าง พอผมลืมกินยา พอจำได้ผมก็กิน ตอนนี้อยากกินยาไม่มีผลข้างเคียง ไม่ง่วงเลย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1, 2565)

2.2 กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ

สาเหตุที่ผู้ให้ข้อมูลกลับมามีอาการกำเริบทางจิตเวชซ้ำ ส่วนหนึ่งเกิดจากการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ คือ การที่ผู้ป่วยอยู่บ้านเฉยๆ และไม่มีการทำ เหมือนรู้สึกชีวิตซ้ำซากจำเจ หรือเมื่อมีปัญหาไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ เครียดกับปัญหา จึงทำให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ทำให้ผู้ป่วยกลับไปหาไปใช้สารเสพติดซ้ำอีกครั้ง

ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“ผมเครียด แล้วผมเห็นเพื่อนๆ ที่เสพยาด้วยกัน มันชวนคิดกลับไปใช้อีกครับ มันอยากจริงจังนะครับ หงุดหงิดถ้าไม่ได้เสพยา” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9, 2565)

“ตอนนี้บางครั้งยังกลับไปเสพยาอยู่ พอเครียดๆ ก็ไปหาเพื่อนๆ แถวบ้านเพื่อนๆ ยังเสพกันอยู่เลย แต่ยังไม่ป่วยเป็นโรคจิตกันนะเพื่อนๆ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11, 2565)

“ผมกลับไปใช้สารเสพติดอีกแต่ไม่บ่อยครับนานๆ ครั้ง และผมจะดื่มเครื่องดื่มชูกำลังแทนครับ เช่น พวกคาราบาว หรือ M100 ครับ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5, 2565)

2.3 ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังและสูบบุหรี่

สาเหตุที่ผู้ให้ข้อมูลกลับมามีอาการกำเริบทางจิตซ้ำ ส่วนหนึ่งเกิดจากดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ดื่มเหล้า และการสูบบุหรี่ ที่เป็นตัวกระตุ้นให้กลับไปใช้สารเสพติดตัวอื่นๆ ซ้ำ ถึงแม้ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้มีปัญหาที่จะทำให้เกิดความเครียดใดๆ แต่การดื่มเครื่องดื่มชูกำลังวันละหลายขวด และการสูบบุหรี่ เป็นความเคยชินของผู้ให้ข้อมูลในการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งเครื่องดื่มชูกำลังและการสูบบุหรี่ เป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญ ในการทำให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำได้ง่ายขึ้น

ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“ผมกินทุกวันเป็นปกติ กินคาราบาวแดง 3 ขวด สูบบุหรี่ด้วย เลิกยาสูบทำอย่างไรก็เลิกไม่ได้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9, 2565)

“ผมกิน M150 วันละ 2 ขวด กินกาแฟซองวันละ 3 ซอง และสูบบุหรี่ซองวันละ 3 ซอง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7, 2565)

“ผมดื่มเครื่องดื่มชูกำลังเยอะครับ คาราบาววันละหลายขวดครับ บุหรี่ยังสูบอยู่นะครับเลิกไม่ได้สักทีบุหรี่เนี่ย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5, 2565)

3) การดูแลตนเองป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

3.1 การกินยาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง

การเจ็บป่วยทางจิตเวชที่เกิดจากการใช้สารเสพติดร่วม ย่อมมีผลต่อสารสื่อประสาทในสมองที่ทำให้สารสื่อประสาทเกิดการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นการรักษาด้วยยาจิตเวช จะช่วยลดอาการทางจิตของผู้ป่วยที่เกิดจากความไม่สมดุลของสารเคมีในสมอง เช่น ก้าวร้าว หลงผิด ประสาทหลอน และพฤติกรรมต่างๆ ที่ไม่เหมาะสมได้ หากผู้ป่วยกินยาจิตเวชอย่างต่อเนื่อง จะช่วยลดอาการทางจิตเวช และสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ดีขึ้น ช่วยทำให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ ครอบครัวยุติและชุมชนไม่หวาดกลัวหรือเบียดเบียนในพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวช

ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“ผมจัดยากินเองครับ กินยาตลอด ตอนนี้มีอาการข้างเคียงของยา ผมจะนอนมาก นอนตื่นสาย แต่ก็กินยานะครับไม่หยุด ถึงจะตื่นสายก็กินยาครับ เพราะยาช่วยให้ผมไม่มีอาการกำเริบ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2, 2565)

“ผมกินยาทางจิตเวชที่หมอให้กินแล้วอาการไม่กำเริบ ไม่หงุดหงิดแล้วครับ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1, 2565)

“ผมกินยาจิตเวชครบครับ ไม่เคยลืมนะครับ ผมมีอาการข้างเคียงของยาจิตเวชบ้าง มีหัวน้ำบ่อยครับ แต่ยาช่วยให้ผมไม่เครียดนะครับ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10, 2565)

3.2 การจัดการความเครียด

ภาวะเครียดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ หากผู้ป่วยจิตเวชรับรู้อารมณ์ว่าตนเองกำลังมีภาวะเครียด และสามารถจัดการกับความเครียดได้ ย่อมทำให้ลดปัจจัยเสี่ยงในการการกำเริบกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ และช่วยป้องกันอาการทางจิตกำเริบซ้ำได้

ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“ถ้าเครียดก็จะสวดมนต์ นั่งสมาธิ ผมทำทุกวันนะครับ ก่อนนอนครับ จิตใจดีขึ้นครับ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2, 2565)

“ถ้าเจอปัญหา ผมจะเครียดเลย อารมณ์ร้อนเลย ผมต้องหลีกเลี่ยงเดินหนีไปซะ ไม่งั้นผมจะโมโห และจะออกไปหาเพื่อนๆ ที่เสพยาอีก” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9, 2565)

“เมื่อผมเครียด ผมจะไปเที่ยว หาอะไรทำซะ ผมต้องลดเครียดให้ได้ ไม่งั้นผมก็จะวนเวียนกลับไปเสพยาอีก เพราะว่าแถวบ้านเพื่อนๆ ยังเสพยากันเยอะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11, 2565)

3.3 การมีความตั้งใจจริง เพื่อเลิกใช้สารเสพติด

การที่จะทำให้ผู้ป่วยเลิกกลับไปใช้สารเสพติดสำเร็จนั้น ต้องเกิดจากความตั้งใจจริงของผู้ป่วยเอง ไม่ใช่เกิดจากความคิดที่จะทำเพื่อคนอื่น หรือไม่ใช่จากการถูกบีบบังคับ เพราะสุดท้ายก็จะพ่ายแพ้ใจตนเองและกลับมาใช้สารเสพติดซ้ำไปซ้ำมาอีก ซึ่งต้องขึ้นอยู่กับความอดทน ความตั้งใจจริง และพลังใจของผู้ป่วยที่ต้องทำเพื่อตัวเองให้ได้เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“จิตใจเราต้องหนักแน่น เราต้องเริ่มต้นชีวิตใหม่ มีเพื่อนกลับมาชวนผม ผมต้องบอกปฏิเสธ บอกเพื่อนไม่เอาๆ แล้ว” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9, 2565)

“ทุกวันนี้ ยังมีการเสพยาของเพื่อนๆ แวดล้อมผมไปหมด ผมตั้งใจขอเลิก ตั้งใจจริง ปฏิญาณกับตัวเองแล้ว บอกไอ้ตัวนี้ (ยาบ้า) มันทำให้เราไม่เป็นคน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7, 2565)

“ไม่เอาแล้วครับ ดูแล้วบ้าครับ ผมเห็นเพื่อนๆ ที่เคยเสพด้วยกัน ก็ไม่ได้อยากกลับไปเสพแล้ว มันหลอนครับ ผมอยากใช้ชีวิตเหมือนคนอื่นในสังคม ผมอยากเริ่มต้นชีวิตใหม่” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4, 2565)

อภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัยนี้ พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดในชุมชน เริ่มใช้สารเสพติดในวัยรุ่น ช่วงอายุประมาณ 13-15 ปี และสาเหตุที่เริ่มใช้สารเสพติด คือ การอยู่รวมกลุ่มกับเพื่อน โดยรูปแบบการเริ่มทดลองที่คล้ายคลึงกัน คือ เที่ยวกลางคืน งานเลี้ยง และร่วมวงเหล้า การเลียนแบบเพื่อน หรือพบเห็นจากเพื่อนหรือรุ่นพี่ที่ใช้อยู่แล้ว จากนั้นจึงชวนกันทดลองหรือทดลองเองจนใช้ต่อเนื่อง และทำให้ติดสารเสพติดในที่สุด ประกอบกับสารเสพติดชนิดต่างๆ ลดราคาลงอย่างมากในทุกระดับทั้งขายส่งและขายปลีก ส่งผลให้บุคคลทุกกลุ่มวัยสามารถเข้าถึงสารเสพติดได้ง่าย รวมทั้งปัจจุบันสารเสพติดสามารถหาซื้อได้ในการขายแบบระบบออนไลน์ ให้ผู้ป่วยสามารถหาซื้อสารเสพติดมาใช้ซ้ำได้ง่าย สะดวกและรวดเร็ว (กรมสุขภาพจิต, 2563) ปัจจุบันผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติด ยังกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ สาเหตุไม่ได้เกิดจากความคึกคะนองหรือความอยากลองเหมือนตอนก่อนป่วยทางจิตเวช แต่ผู้ป่วยขาดความตระหนักในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช เพราะการเจ็บป่วยทางจิตเวชผู้ป่วยต้องดูแลตนเองในการรับประทานยาจิตเวชต่อเนื่อง สามารถจัดการกับอารมณ์และจัดการกับความเครียดของตนเองที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมโดยไม่หันกลับไปพึ่งพาสารเสพติดที่เป็นตัวกระตุ้นสำคัญให้ผู้ป่วยกลับมาป่วยซ้ำทางจิตเวช

การกลับเป็นซ้ำ (relapse) ไม่ได้เกิดขึ้นทันทีแต่มีสัญญาณเตือนจากพฤติกรรมและความคิด และอารมณ์ของผู้ป่วยก่อนที่จะเกิดการเจ็บป่วยซ้ำทางจิตเวช เช่น หงุดหงิดง่าย เก็บตัว หูแว่ว ประสาทหลอน หวาดระแวง เป็นต้น ปัจจุบันสถานการณ์การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวช มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเวช มีหลายปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ส่งผลกระทบต่อการรักษา ต่อการฟื้นฟู ก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชได้ จากการวิจัยนี้ พบสาเหตุการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติด ได้แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) หยุดกินยาทางจิตเวช 2) กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ 3) ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังและสุบบุหรี่ ผู้ให้ข้อมูลเกือบทุกราย ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช และหลังจากออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องด้วยการรับประทานยาจิตเวชเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำทางจิตเวช แต่สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดในชุมชน เกิดจากการลืมรับประทานยาและรับประทานยาไม่ตรงเวลา และไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงของยาจิตเวช ผู้ป่วยจึงหยุดรับประทานยาจิตเวชเอง

และการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำนั้น ผู้ป่วยมีข้ออ้างในการหาเหตุผลกลับไปเสพซ้ำ ซึ่งเป็นกระบวนการในจิตใจของผู้ป่วย และหาเหตุผลอย่างแยบยล นอกจากนี้หากผู้ป่วยดื่มเครื่องดื่มชูกำลังและสูบบุหรี่เป็นปกติในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยอยากหวนคืนไปใช้สารเสพติดอีก และทำให้เกิดอาการกำเริบทางจิตเวชได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐติกา ชูรัตน์ และคณะ (2563) พบว่า การสร้างความตระหนักในการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยการส่งเสริมการรับยาใกล้บ้าน สามารถป้องกันการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาสได้

การกลับเป็นซ้ำทางจิตเวช เป็นผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชลดลงรวมทั้งมีผลต่อความคิด ความเชื่อในการดูแลตนเอง บกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ในครอบครัว การงานและสังคม อีกทั้งส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยและญาติแย่ลง และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาซ้ำอีกด้วย (Sadock et al., 2015) หากผู้ป่วยจิตเวชสำรวจตนเอง มองเห็นสิ่งที่ต้องหลีกเลี่ยง หรือสิ่งที่ต้องปฏิบัติ ย่อมช่วยให้การกลับเป็นซ้ำทางจิตเวชลดน้อยลงได้ จากการวิจัยนี้ พบการดูแลตนเองป้องกันการกลับเป็นซ้ำทางจิตเวช ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) การกินยาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง 2) การจัดการความเครียด 3) การมีความตั้งใจจริงจังเพื่อเลิกใช้สารเสพติด ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุกคนยังขาดความรู้ความเข้าใจ และขาดความตระหนักในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำทางจิตเวช และเมื่อต้องเผชิญกับความเครียดแล้วไม่สามารถจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม จึงใช้วิธีเดิมในการแก้ปัญหาคือวนกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบทางจิตเวชได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้การค้นหาแรงจูงใจและความตั้งใจในการเลิกใช้สารเสพติดเป็นสิ่งสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของปิยวรรณ ทัศนัญชลี (2554) พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ไม่ไปใช้สารเสพติดซ้ำ คือ ตัวของผู้ป่วยเองที่ต้องมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง มุ่งมั่นต่อการเลิกเสพยา นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐติกา ชูรัตน์ (2559) พบว่า แนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ คือ 1) ให้ความรู้ที่ครอบคลุม ได้แก่ สาเหตุ อาการ วิธีการรักษา ยาและผลข้างเคียง การสังเกตอาการกำเริบซ้ำ สถานพยาบาลที่รักษา 2) สร้างความตระหนักในการรักษาอย่างต่อเนื่อง 3) ลดละเลิกสารเสพติด 4) จัดการอารมณ์ให้เป็น 5) ชุมชนร่วมดูแลอย่างกัลยาณมิตร 6) ไม่สร้างตราบาปให้กัน และการเสริมสร้างกิจกรรมชีวิตฉันวันนี้ยังมีค่าให้กับผู้ป่วย ซึ่งสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้ และกลับมาใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุขต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การรับประทานยาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งที่ผู้เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญ และนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาระบบกำกับติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชน และการเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลที่ครอบคลุมต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ
2. ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยาจิตเวชต่อเนื่อง การจัดการความเครียด และสร้างแรงจูงใจไม่กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการปรับความคิดและปรับพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาการพัฒนาแบบเครือข่ายที่ช่วยในการกำกับติดตามผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดในชุมชนที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ป่วยจิตเวช
2. ควรทำการศึกษาในประเด็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดในชุมชน ครอบคลุม ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2564, 18 ตุลาคม). รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช ข้อมูลจากคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC) ประจำปีงบประมาณ 2564.
<https://dmh.go.th/report/datacenter/hdc/reds.asp>
- กรมสุขภาพจิต. (2563). แนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด (ฉบับทดลองใช้). นนทบุรี: บริษัทพรอสเพอริสพลัส จำกัด.
- ณัฐติกา ชูรัตน์, มุสลิมห์ โตแปะราษะ. (2563). รูปแบบการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาสโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในวิถีวัฒนธรรม. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 12(3), 213-228.
- ณัฐติกา ชูรัตน์. (2559). การศึกษาสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปืเหล้งที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 3(1), 24-36.
- ปิยวรรณ ทศนาญชลี. (2554). ผลของโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสานต่อการเสพยาบ้าในวัยรุ่นที่เสพยา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(2), 76-90.
- สินเงิน สุขสมปอง, ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์, พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 61(4), 331-340.
- Burnard, P. (1991). A method of analyzing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11(6), 461-466.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. California: SAGE.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry behavioral sciences / clinical psychiatry*. (11th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Willkins.
- Sadock & Sadock. (2000). *Kaplan and Sadocks Comprehensive Textbook. Of Psychiatry* (7th ed). Philadelphia : Lippincott.
- Verdoux, Gindre, & Sorbara. (2002). Cannabis use and the expression of psychosis vulnerability in daily life. *European Psychiatry*, 17(1), 180-181.

การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาล สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลสมุทรสาคร

บุบผาชาติ เพ็ญสุข, ป.พ.ส*

พัชรินทร์ นาเมืองรักษ์, ศศ.ด** และมัลลิกา นวมเจริญ พย.บ***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2. ประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพหลังนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้ 3. ประเมินผลทางการพยาบาลในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพโดยเลือกแบบเจาะจง 22 คน และสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามเกณฑ์คัดเข้า 50 คน กรอบแนวคิดประยุกต์ตามแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) การพัฒนาแบ่งเป็น แบ่งเป็น 3 ระยะ 1) ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล 2) การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ 3) การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามความคิดเห็น แบบสังเกต แบบประเมินความเครียดด้วยสายตา และแบบบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบผลลัพธ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดกลุ่มก่อนใช้ และหลังใช้แนวปฏิบัติด้วย Paired t-test Independent t-test และ Chi-squar test

ผลการวิจัยพบว่า 1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วย 5 หมวด คือ 1) ระยะก่อนรับใหม่ 2) ระยะการพยาบาล 24 ชั่วโมงแรก 3) ระยะการพยาบาลหลัง 24 ชั่วโมง 4) ระยะจำหน่าย และ 5) ระยะติดตาม 2. การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ และความคิดเห็นหลังนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 2.97 \pm 0.10$ และ $M = 2.96 \pm 0.21$ ตามลำดับ) 3. การประเมินผล พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหลังใช้แนวปฏิบัติมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดวันที่ 2 น้อยกว่าวันแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ผลลัพธ์ทางการพยาบาลระหว่างกลุ่มก่อนใช้ และกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ พบความแตกต่างทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ดังนี้ อัตราการคลอดภายใน 48 ชั่วโมง, อัตราการคลอดครบกำหนด, อายุครรภ์ที่คลอด และ น้ำหนักทารกแรกคลอด ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีประสิทธิผลในการนำไปใช้ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อมารดาและทารก

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล สตรีตั้งครรภ์ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

* , *** โรงพยาบาลสมุทรสาคร

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเมธาร์ธย์

Corresponding author E-mail: patcharin.thaijo@gmail.com

(Received: August 27, 2023; Revised: October 19, 2023; Accepted: December 1, 2023)

Development and Evaluation the Clinical Nursing Practice Guidelines for Pregnant Women with Preterm Labour at Samutsakhon Hospital

Buphachat Pensuk, Dip in Nursing Science

Patcharin Namuangrak, D.A & Mullika Nuamcharoen, B.N.S.

Abstract

The objectives of this research were to: 1. Develop Nursing Practice Guidelines (CNPBs) for pregnant women with preterm labor. 2. Study the nurse's ability for implementations and pinions after using the CNPBs. 3. Study the nursing outcomes after using the CNPBs. The sample consisted of 22 nurses by purposive sampling and 50 pregnant women with preterm labor by included criteria. The framework was applied by the Australian National Health and Medical Research Council. The development was divided into 3 phases: 1) The development of CNPBs. 2) Implementation. and 3) Evaluation after using the CNPBs. Data were collected using: The opinion questionnaire, observation, visual stress assessment, and record form. Data were analyzed by using descriptive statistics, Paired t-tests, Independent t-tests, and Chi-square tests.

The results were as follows: 1. The CNPBs for pregnant women with preterm labor at Samutsakhon Hospital consisted of 5 parts: 1) Before admission 2) The first 24 hours of nursing care 3) Post 24 hours of nursing care 4) Discharging 5) Continuous follow-up 2. The overall nurse's ability for implementations and the opinions after using the CNPBs were high level ($M = 2.97 \pm 0.10$ and $M = 2.96 \pm 0.21$ respectively) 3. The nursing outcomes after using the CNPBs: The mean score on the second-day stress was significantly lower than the first day in the operating CNPBs group ($p\text{-value} < .001$). The comparative outcome before and after using the CNPBs group were statistical differences ($p\text{-value} < .05$) as follows: 48-hour delivery rate, term delivery rate, gestational age, and birth weight. The findings of this study demonstrated that The clinical nursing practice guidelines for pregnant women with preterm labor are effective for implementation and good outcomes for mothers and infants.

Key words: Development Nursing Practice Guidelines Pregnant Women Preterm Labour

* , *** Samut Sakhon Hospital

** Faculty of Nursing, Metharath University

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากทารกคลอดก่อนกำหนด จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากอวัยวะต่างๆ ยังทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์ ร่วมกับน้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน ซึ่งส่วนใหญ่จะนำไปสู่การเสียชีวิตในช่วง 5 ปีแรก ส่วนทารกที่รอดชีวิตยังต้องเผชิญกับความพิการ ความผิดปกติของการได้ยินและการมองเห็น รวมทั้งพัฒนาการล่าช้า (WHO, 2018) สำหรับประเทศไทย การคลอดก่อนกำหนดยังนับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ โดยได้เริ่มบรรจุไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 7 (ปีพ.ศ. 2535-2539) จนถึงปัจจุบัน นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เพิ่มขึ้นในระหว่างปีพ.ศ. 2562-2564 คือ ร้อยละ 9.92, 9.52 และ 9.87 ตามลำดับ ซึ่งกำหนดเกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 7 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2565) กล่าวได้ว่าปัญหาการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย เป็นปัญหาสำคัญเร่งด่วนที่ท้าทายของทีมสุขภาพที่รับผิดชอบด้านอนามัยแม่และเด็ก ที่ต้องหาแนวทางแก้ไขอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด

สำหรับข้อมูลการคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลสมุทรสาคร (2565) โดยพิจารณาจากการคลอดที่อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ต่อการเกิดมีชีพระหว่างปี พ.ศ 2563-2565 พบอุบัติการณ์ ร้อยละ 9.16, 9.27 และ 9.89 ตามลำดับ และในช่วงปีดังกล่าวยังพบแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ดังนี้ ร้อยละ 9.26, 10.02 และ 10.11 ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศ และเกินเกณฑ์ชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่มิหน้าที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กในแผนกห้องคลอด จากการทบทวนเวชระเบียนแผนกห้องคลอดระหว่างปี พ.ศ.2563-2565 (ระบบฐานข้อมูลเวชระเบียน โรงพยาบาลสมุทรสาคร, 2565) ยังพบปัญหาที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในสตรีเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้แก่ อัตราการคลอดภายใน 48 ชั่วโมง ร้อยละ 25.00, 28.00 และ 31.00 ตามลำดับ และอัตราทารกคลอดก่อนกำหนดมีภาวะหายใจลำบาก (APGAR score ที่ 1 นาที < 7) ร้อยละ 31.00, 34.00 และ 41.00 ตามลำดับ นอกจากนี้ในการประชุมร่วมกันในทีมพยาบาลห้องคลอดเพื่อทบทวนปัญหาด้านมาตรฐานการพยาบาลในสตรีที่ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดพบปัญหา ได้แก่ ระบบการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีแผนการพยาบาลดูแลสตรีคลอดก่อนกำหนด แต่ยังไม่มีความปฏิบัติบนหลักฐานเชิงประจักษ์ของการดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เชื่อมโยงกับความรู้และประสบการณ์สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน ซึ่งจะช่วยให้มีการพัฒนาคุณภาพในการดูแลสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดให้มีประสิทธิภาพดี

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างเป็นขั้นตอนและติดตามอย่างต่อเนื่อง (ชลธิชา รักษาธรรม, 2561; ธรรมวรรณ บุณยสรรค์ และสายใย ก้อนคำ, 2564) หรือการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของสามีหรือบุคคลในครอบครัวเพื่อลดความเครียดระหว่างรักษาในโรงพยาบาล (จันทร์จิรา กลมมา, 2558; Kao et al., 2020) การลดสิ่งก่อความเครียดโดยจัดสภาพแวดล้อมให้สงบขณะนอนโรงพยาบาล (สุริพร กัฬหะสุต และคณะ, 2565) รวมทั้งการวางแผนจำหน่ายที่คำนึงถึงการประเมินสิ่งแวดล้อมเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน (นวรรตน์ ไชยมภู และอาภรณ์ คงช่วย, 2558) ซึ่งจากการทบทวนข้างต้นทั้งหมด พบว่า สตรีที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ลดความเครียด ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ยึดระยะเวลาการคลอดได้นานขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย จึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับสตรีที่

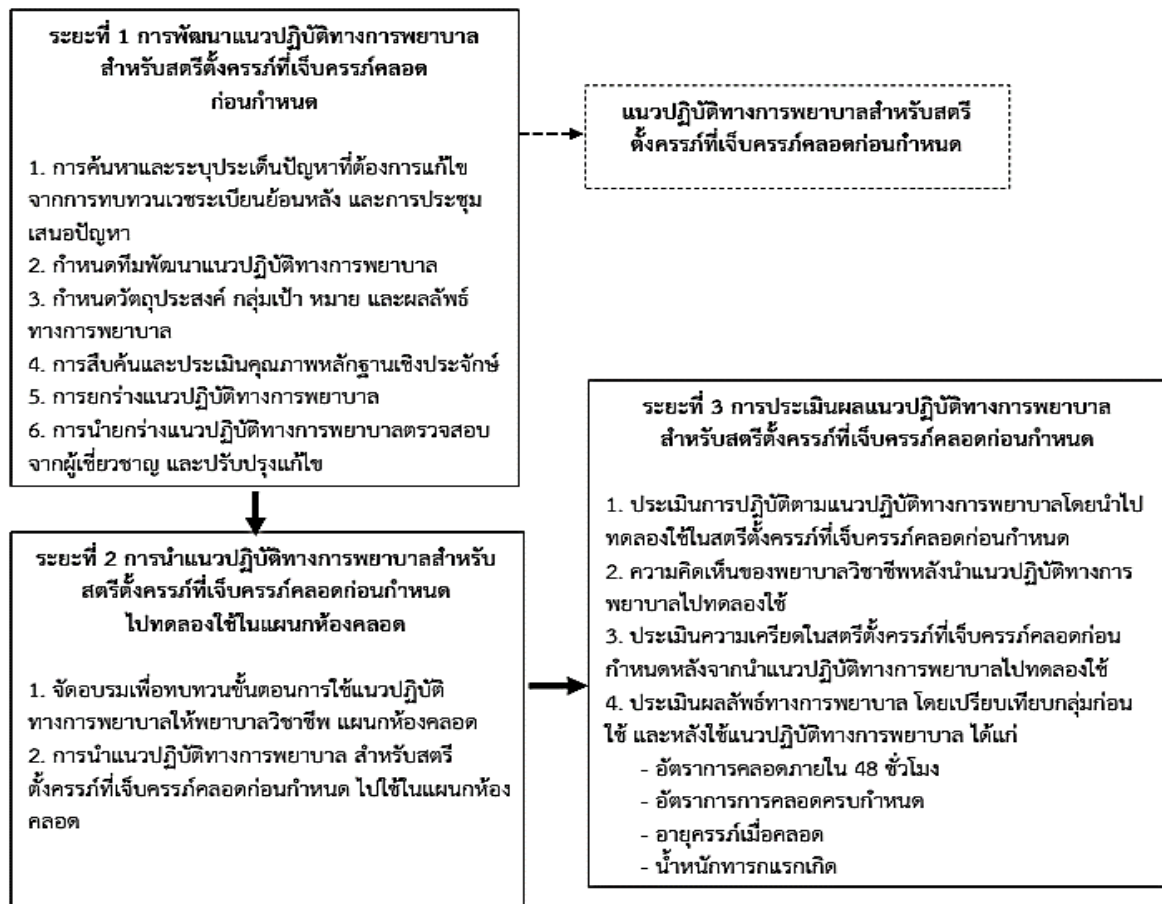
เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดในการพยาบาลสตรีที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการมีส่วนร่วมของพยาบาลห้องคลอดเป็นทีมพัฒนา โดยประยุกต์ขั้นตอนการพัฒนาของแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ซึ่งแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ได้จะสามารถพัฒนาเป็นแนวทางในการดูแลพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แผนกห้องคลอด เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ให้บริการ มารดา และทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลสมุทรสาคร
2. เพื่อประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โดยนำไปทดลองใช้ในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แผนกห้องคลอด
3. เพื่อประเมินความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ ด้านประโยชน์ต่อพยาบาลและผู้รับบริการ เนื้อหาความครอบคลุมและความชัดเจน และความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล
4. เพื่อประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

กรอบแนวคิดการวิจัย

ขั้นตอนในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลได้ประยุกต์จากแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2. การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ได้ไปทดลองใช้ 3. การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and development) ประชากรในการศึกษามี 2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 พยาบาลวิชาชีพ ประจำแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยเลือกแบบเจาะจงทั้งหมดที่ปฏิบัติงาน โดยเป็นผู้ร่วมพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลระหว่างเดือน ตุลาคม 2565-กุมภาพันธ์ 2566 และเป็นผู้นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ ระหว่างเดือน เมษายน 2566 -กรกฎาคม 2566 จำนวน 22 คน

กลุ่มที่ 2 สตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่มารับบริการในแผนกห้องคลอด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- 1) กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล รวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า ระหว่างเดือน เมษายน 2565-กรกฎาคม 2566 จำนวน 25 ราย
- 2) กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลหลังจากนำไปทดลองใช้ ระหว่างเดือน เมษายน 2566- กรกฎาคม 2566 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 25 ราย

การหาขนาดกลุ่มตัวอย่างยึดหลักการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ ได้จากการเปิดตารางอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติของ Polit and Hungler (1999) โดยกำหนดให้อำนาจการทดสอบ ($1-\beta$ error prob) เท่ากับ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α error prob) เท่ากับ 0.05 และขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ต้องการศึกษา (effect size) เท่ากับ 0.50 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 44 คน และได้คำนวณปรับเปลี่ยนขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ร้อยละ 15 เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการศึกษา และเป็นตัวแทนของประชากร จะเป็นกลุ่มตัวอย่าง 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 25 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ดังนี้ 1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และในครรภ์นี้ไม่เคยมีประวัติเข้ารับการรักษาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมาก่อน 2. อายุ 20-40 ปี 3. อายุครรภ์ระหว่าง 26-34 สัปดาห์ 4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ ตั้งครรภ์แฝด รกลอกตัวก่อนกำหนด รกเกาะต่ำ ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด ภาวะซีด และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 5. ทารกในครรภ์ไม่มีความผิดปกติ 6. ได้รับยายับยั้งการเจ็บครรภ์คือ Terbutaline 2.5 mg. ผสมใน 5 % D/W 500 ml ให้ทางหลอดเลือดดำในอัตรา 30 ml/hr. โดย titrate ครั้งละ 5 ml/hr จนกระทั่ง Uterine contraction > 10 นาที

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) 1. ได้รับยายับยั้งการเจ็บครรภ์ชนิดอื่นๆ เพิ่มเติม หรือ เปลี่ยนชนิดยายับยั้งการเจ็บครรภ์ 2. ไม่สามารถสืบค้นข้อมูลในเวชระเบียนได้ครบถ้วน

เครื่องมือในการวิจัย

1. แนวปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และแบบประเมินการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งทางการพยาบาล การฝึกอบรม/เฉพาะทาง ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในแผนกห้องคลอด บทบาทหน้าที่

2.2 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพหลังนำแนวปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลไปทดลองใช้ ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 5 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับได้แก่ น้อย (1 คะแนน), ปานกลาง (2 คะแนน) และมาก (3 คะแนน) โดยแบ่งระดับความคิดเห็นเป็น 3 ระดับคือ 1.00–1.67 เท่ากับ น้อย, 1.68–2.34 เท่ากับ ปานกลาง และ 2.35–3.00 เท่ากับ มาก

2.3 แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลเมื่อนำไปทดลองใช้ ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็นการปฏิบัติ 5 ระยะ ได้แก่ 1. ระยะก่อนรับใหม่ 1 ข้อ 2. ระยะการพยาบาล 24 ชั่วโมงแรก 14 ข้อ 3. ระยะการพยาบาลหลัง 24 ชั่วโมง 7 ข้อ 4. ระยะจำหน่าย 2 ข้อ และ 5. ระยะติดตาม 2 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับได้แก่ น้อย (1 คะแนน), ปานกลาง (2 คะแนน) และมาก (3 คะแนน) โดยแบ่งระดับความคิดเห็นเป็น 3 ระดับคือ 1.00–1.67 เท่ากับ น้อย, 1.68–2.34 เท่ากับ ปานกลาง และ 2.35–3.00 เท่ากับ มาก

2.4 แบบบันทึกข้อมูลสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลตั้งครรภ์ ประวัติฝากครรภ์

2.5 แบบประเมินความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยประเมินในกลุ่มที่นำแนวปฏิบัติไปใช้ และวัดก่อนและหลังการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทดลองใช้ เป็นมาตรวัดแบบ Visual Analog Scale (VAS) เป็นเส้นตรงที่มีตัวเลขกำกับ 0-10 โดยเลข 0 ซ้ายมือ เท่ากับ ไม่มีความเครียด และเลข 10 ขวามือ เท่ากับ มากที่สุด ให้ประเมินความเครียดตนเองโดยกากบาท (X) ลงบนตัวเลขตามความรู้สึกตัวเอง การแบ่งระดับเป็น 5 ระดับ (ละอองดาว ชุ่มฉิ, 2554) ดังนี้ 0.00-1.99 เท่ากับ ไม่มีความเครียดเลย, 2.00-3.99 เท่ากับ น้อย, 4.00-5.99 เท่ากับ ปานกลาง, 6.00-7.99 เท่ากับ มาก และ 8.00-10.00 เท่ากับ มากที่สุด

2.6 แบบบันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาล ประกอบด้วย อัตราการคลอดภายใน 48 ชั่วโมง อัตราการการคลอดครบกำหนด อายุครรภ์เมื่อคลอด และน้ำหนักทารกแรกเกิด

การตรวจคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยนำเครื่องมือวิจัย และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน พิจารณาได้แก่ สูติแพทย์ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาและทารก และหัวหน้ากลุ่มงานผู้คลอด ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ดังนี้ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เท่ากับ 1.00 ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพหลังนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ เท่ากับ 1.00 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยนำไปทดลองใช้ในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เท่ากับ 0.97 และแบบบันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาล เท่ากับ 0.95

2. การหาความเชื่อมั่น (reliability) ภายหลังแก้ไขตามข้อเสนอแนะนำเครื่องมือไปทดลองใช้ ในกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ แผนกห้องคลอด จำนวน 15 คน และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ดังนี้ ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ เท่ากับ 0.87 และแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เท่ากับ 0.89

จริยธรรมการวิจัย

ก่อนนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้ในแผนกห้องคลอด ผู้วิจัยได้ยื่นขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสมุทรสาคร เลขที่ SKH REC 37/25669/V.1 วันที่รับรอง 29 มีนาคม 2566 เมื่อผ่านการรับรองผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือโดยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย และให้เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยให้ลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ การเสนอข้อมูลต่างๆ ในภาพรวม ไม่เปิดเผยชื่อและนามสกุล

ขั้นตอนดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ระยะ

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทีมพัฒนาเป็นพยาบาลวิชาชีพ แผนกห้องคลอด 22 คน ดำเนินการวันที่ 1 ตุลาคม 2565–28 กุมภาพันธ์ 2566 ระยะเวลา 5 เดือน การประชุมเป็นแบบ onsite ร่วมกับ online ดังนี้

ประชุมครั้งที่ 1 การค้นหาและระบุประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข และกำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

ประชุมครั้งที่ 2 กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายและ ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ประชุมครั้งที่ 3-4 การสืบค้นและประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์

ประชุมครั้งที่ 5-6 การยกร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะเป็นแนวปฏิบัติเพื่อนำไปทดลองใช้ในแผนกห้องคลอด

ระยะที่ 2 การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ได้ไปทดลองใช้ ดำเนินการวันที่ 1 เมษายน 2566–31 กรกฎาคม 2566 ระยะเวลา 4 เดือน ดังนี้ การประกาศใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยอบรมเพื่อทบทวนขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้พยาบาลวิชาชีพ แผนกห้องคลอด และการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ในแผนกห้องคลอด

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ในแผนกห้องคลอด

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
 ทีมพัฒนาประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ แผนกห้องคลอด จำนวน 22 คน
 ดำเนินการวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2566 ระยะเวลา 5 เดือน

ประชุมครั้งที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาและระบุประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข
 ขั้นตอนที่ 2 กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

ประชุมครั้งที่ 2 ขั้นตอนที่ 3 กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายและ ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ประชุมครั้งที่ 3-4 ขั้นตอนที่ 4 การสืบค้นและประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์

ประชุมครั้งที่ 5-6 ขั้นตอนที่ 5 การยกร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล
 ขั้นตอนที่ 6 การตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ และปรับปรุงแก้ไข

ระยะที่ 2 การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ได้ไปทดลองใช้ในแผนกห้องคลอด
 ดำเนินการวันที่ 1 เมษายน 2566 ถึง 31 กรกฎาคม 2566 ระยะเวลา 4 เดือน

1. จัดอบรมเพื่อทบทวนขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้พยาบาลวิชาชีพ แผนกห้องคลอด
2. การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไปใช้ ในแผนกห้องคลอด

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลหลังนำไปทดลองใช้โดยเก็บรวบรวมข้อมูล
 ดำเนินการรวบรวมเมื่อให้การพยาบาลครบทุกระยะ และสิ้นสุดการตั้งครรภ์ทุกกรณี

1. ประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยนำไปทดลองใช้ในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
2. ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพหลังนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้ ได้แก่ ด้านประโยชน์ต่อพยาบาลและผู้รับบริการ เนื้อหาความครอบคลุมและความชัดเจน และความพึงพอใจ ต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล
3. ประเมินความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหลังจากนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้
4. ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มก่อนใช้ และกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ได้แก่ อัตราการคลอดภายใน 48 ชั่วโมง อัตราการคลอดครบกำหนด อายุครรภ์เมื่อคลอด และน้ำหนักทารกแรกเกิด

ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด นำเสนอด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพ
2. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล และสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ความคิดเห็นพยาบาลวิชาชีพหลังนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้ และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยนำไปทดลองใช้ในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แจกแจงด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มก่อนใช้ และหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ด้วยสถิติ Independent t test และ Chi-square test

ผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลสมุทรสาครที่พัฒนาขึ้นมีทั้งหมด 5 หมวด ดังนี้ หมวดที่ 1 ระยะก่อนรับใหม่ หมวดที่ 2 ระยะการพยาบาล 24 ชั่วโมงแรก (แรกรับ-24 ชม.) หมวดที่ 3 ระยะการพยาบาลหลัง 24 ชั่วโมง (หลังจาก 24 ชม.-วันก่อนจำหน่าย) หมวดที่ 4 ระยะจำหน่าย (วันจำหน่าย) และหมวดที่ 5 ระยะติดตาม (หลังจำหน่าย 1 วัน และทุก 1 สัปดาห์) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลสมุทรสาคร

แนวปฏิบัติ	ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์, ข้อเสนอแนะ
หมวดที่1 ระยะก่อนรับใหม่ 1. บันทึกรับแจ้งข้อมูล 2. แจ้งเตรียมสถานที่เตียงสงบ 3. ทีมเตรียมอุปกรณ์พร้อมรับ	ระดับ 1,A: สุภาพร เลิศกวินอนันต์(2557); Staneva et al.(2015)
หมวดที่2 ระยะการพยาบาล 24 ชั่วโมงแรก 1. ตรวจสอบแผนการรักษาของแพทย์ 2. สร้างสัมพันธภาพ 3. ประเมินสภาพแรกรับร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม 4. ช่วยแพทย์อัลตราซาวด์-เก็บสิ่งส่งตรวจ 5. bed rest 6. อัตราการเต้นของหัวใจทารก และการหดตัวของมดลูก 7. On fetal monitor 8. เก็บสิ่งส่งตรวจ ติดตามและรายงานแพทย์ 9. ให้ยาตามแผนการรักษา Double check) และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้ยา อาการข้างเคียง 10. ประเมิน PR, BP, การหดตัวของมดลูก, อาการข้างเคียง และ FHR ทุก 15 นาที 4 ครั้งหลังจากนั้นทุก 30 นาที และทุก 1 ชม. (วัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชม.) 11. ตรวจปริมาณน้ำที่เข้าและออก 12. ให้ข้อมูลการพยาบาลตามแผนการรักษาให้ญาติรับทราบ	ระดับ 1,A: สุภาพร เลิศกวินอนันต์ (2557) ระดับ 3-I,A: จันทร์จิรา กลมมา(2558); เบญจวรรณ ละหุการ (2560); อัญชลี จิตราภิรมย์ และคณะ (2561); สุรีพร กัฬหะสุต และคณะ (2565); Chuang et al.(2012); Rhman et al. (2019); Kao et al.(2019); Alita et al.(2020) ระดับ 3-II,A: ณัฐธรมณ์ โกศัย(2553); สุภาพร ชุณหปราณ(2554); สุรัชชา พงษ์ปรัสสุวรรณ (2557); นวรัตน์ ไชยมภู (2558) ระดับ 4,A: ปิยาณี นักบุญ(2554); จุฬารัตน์ ท้าวหาญ และคณะ (2564); Perinatal services (2011)
หมวดที่ 3 ระยะการพยาบาลหลัง 24 ชั่วโมง 1. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ต่อเนื่อง 2. วัด PR, BP, การหดตัวของมดลูก, อาการข้างเคียง และ FHR ทุก 1 ชม. หลังจากนั้นหากไม่ได้รับยาแล้วยังการหดตัวของมดลูก ประเมินทุก 4 ชม. 3. การผ่อนคลายความเครียด โดยให้เลือกกิจกรรมการผ่อนคลายที่ตนเองถนัด สามารถลุกเดินจากเตียงได้ (ยกเว้นในกรณีที่ขัดต่อแผนการรักษาของแพทย์) 4. ให้ความรู้ โดยใช้ภาพพลิกประกอบ และเอกสารให้อ่านทบทวน 5. ให้สามี หรือญาติมีส่วนร่วมในการรับความรู้ เพื่อส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และให้การสนับสนุนทางจิตใจ 6. วางแผนและแก้ไขปัญหา	ระดับ 1,A: สุภาพร เลิศกวินอนันต์ (2557) ระดับ 3-I,A: จันทร์จิรา กลมมา(2558); เบญจวรรณ ละหุการ(2560); อัญชลี จิตราภิรมย์ และคณะ (2561); สุรีพร กัฬหะสุต และคณะ (2565); Chuang et al. (2012); Rhman et al. (2019) Kao et al. (2019); Alita et al. (2020) ระดับ 3-II,A: ณัฐธรมณ์ โกศัย (2553); สุภาพร ชุณหปราณ (2554); สุรัชชา พงษ์ปรัสสุวรรณ (2557); นวรัตน์ ไชยมภู (2558)

แนวปฏิบัติ	ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์, ข้อเสนอแนะ
เพื่อคลายความวิตกกังวล 7. ก่อนจำหน่าย 1 วัน เป็นการวางแผนจำหน่ายตามวิธี M-E-T-H-O-D โดยให้สามี/ญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย และให้ซักถาม	ระดับ 4,A: ปิยาณี นักบุญ, 2554; จุฬารัตน์ ห้าวหาญ และคณะ, 2564; Perinatal services BC, 2011
หมวดที่ 4 ระยะจำหน่าย (วันจำหน่าย) 1. ทบทวนการจำหน่ายตามวิธี M-E-T-H-O-D 2. ทบทวนการนัดหมายโดยการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม และการฝากครรภ์ตามนัด 3. ส่งเสริมให้กำลังใจในการปฏิบัติตัวที่บ้านต่อเนื่อง	ระดับ 3-II,A: นวรัตน์ ไชยมภู และ อาภรณ์ คงช่วย, 2558 ระดับ 4,A: ปิยาณี นักบุญ (2554); ชลธิชา รักษาธรรม (2561); ธรรมวรรณ บุณสรณ์ (2564); จุฬารัตน์ ห้าวหาญ และคณะ (2564); ศิริวรรณ แสงอินทร์ (2557)
หมวดที่ 5 ระยะติดตาม หลังจำหน่าย 1 วัน 1. ส่งต่อข้อมูลหน่วยบริการฝากครรภ์ 2. ติดตามทางโปรแกรมไลน์/โทรศัพท์โดยพยาบาลห้องคลอด 3. สอบถามปัญหา/การหดตัวของมดลูก-อาการผิดปกติ-ลูกดิ้น/ การปฏิบัติตัว/ให้คำปรึกษารายบุคคล การติดตามทุก 1 สัปดาห์ 1. ติดตามทางโปรแกรมไลน์/โทรศัพท์ 2. สอบถามปัญหา/การหดตัวของมดลูก-อาการผิดปกติ-ลูกดิ้น/ การปฏิบัติตัว/ให้คำปรึกษารายบุคคล 3. แจ้งเตือนมาฝากครรภ์ตามนัด	ระดับ 4,A: ชลธิชา รักษาธรรม (2561); ธรรมวรรณ บุณสรณ์ (2564); จุฬารัตน์ ห้าวหาญ และคณะ (2564); ศิริวรรณ แสงอินทร์ (2557)

2. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพหลังนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้ แผนกห้องคลอด

2.1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่ อายุเฉลี่ย 31.09 ปี ($SD=8.38$) ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ร้อยละ 81.82 ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปฏิบัติงานเฉลี่ย 9.00 ปี ($SD=8.43$) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในแผนกห้องคลอดเฉลี่ย 8.05 ปี ($SD=7.61$) ไม่จบหลักสูตรเฉพาะทางการผดุงครรภ์ ร้อยละ 90.91 ผ่านการอบรมด้านการพยาบาลมารดาและทารก ร้อยละ 100 โดยระยะเวลาที่อบรมหลังสุดอยู่ระหว่าง 1-2 ปี ร้อยละ 63.64 และส่วนใหญ่หน้าที่ในงานเป็นผู้ปฏิบัติการ ร้อยละ 81.82

2.2 การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสตรี้ตังครรรที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่า ทั้ง 5 หมวดพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 2.97, $SD=0.10$) โดยหมวดที่ปฏิบัติตามได้มากที่สุดมีคะแนนเฉลี่ย 3.00 ($SD=0.00$) คือ หมวดที่ 1 ระยะก่อนรับใหม่ และหมวดที่ 4 ระยะจำหน่าย (วันจำหน่าย) รองลงมาคะแนนเฉลี่ย 2.97 ($SD=0.10$) คือหมวดที่ 2 ระยะการพยาบาล 24 ชั่วโมงแรก ดังตารางที่ 2

2.3 ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพหลังนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้ พบว่า ความคิดเห็นโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 2.96 ($SD=0.21$) โดยข้อที่มีความคิดเห็นสูงสุดคะแนนเฉลี่ย 3.00 ($SD=0.00$) คือ ฟังขั้นตอนการปฏิบัติมีความชัดเจน ครอบคลุม ปฏิบัติตามได้ง่าย ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพหลังนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้

	M	SD	ระดับ
การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยนำไปใช้ในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (n=25)			
หมวดที่1 ระยะก่อนรับใหม่	3.00	0.00	มาก
หมวดที่2 ระยะการพยาบาล 24 ชั่วโมงแรก	2.97	0.10	มาก
หมวดที่ 3 ระยะการพยาบาลหลัง 24 ชั่วโมง	2.94	0.15	มาก
หมวดที่ 4 ระยะจำหน่าย	3.00	0.00	มาก
หมวดที่ 5 ระยะติดตาม	2.92	0.27	มาก
รวม	2.97	0.10	มาก
ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพหลังนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้ (n=22)			
1. มีประโยชน์ต่อพยาบาลทำให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ	2.96	0.21	มาก
2. คู่มือมีเนื้อหาความครอบคลุม ครบถ้วน ไม่ซับซ้อน	2.96	0.21	มาก
3. ฟังขั้นตอนการปฏิบัติมีความชัดเจน ครอบคลุม ปฏิบัติตามได้ง่าย	3.00	0.00	มาก
4. มีประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ทำให้เกิดผลดีต่อมารดา และทารก	2.96	0.21	มาก
5. มีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล	2.96	0.21	มาก
รวม	2.96	0.12	มาก

3. ข้อมูลทั่วไป และการประเมินความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

3.1 ข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยแบ่งเป็น กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ 25 ราย และกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ 25 ราย พบว่า ทั้งสองกลุ่มอายุเฉลี่ย 28.62 ($SD=5.39$) และ 28.96 ($SD=5.65$) ตามลำดับ สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เฉลี่ย 23.75 ($SD= 4.64$) และ 22.96 ($SD=4.23$) ตามลำดับ น้ำหนักแรกคลอดเฉลี่ย 61.42 ($SD=9.83$) และ 58.94 ($SD=9.94$) ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ร้อยละ 52.00 เคยคลอดบุตรแล้ว 1 ครั้ง ร้อยละ 52.00 และ 56.00 ตามลำดับ ไม่เคยแท้งบุตร ร้อยละ 76.00 และ 92.00 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มไม่มีประวัติเจ็บครรภ์ และคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 100.00 อายุครรภ์แรกคลอดเฉลี่ย 31.13 ($SD=2.41$) และ 31.42 ($SD=2.21$) ตามลำดับ ฝากครรภ์ 1-5 ครั้ง ร้อยละ 52.00 และ 60.00 ปากมดลูกเปิด 1 ซม. ร้อยละ 76.00 และ 68.00

และปากมดลูกบาง 50 % เท่ากันร้อยละ 68.00 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป พบว่า ทั้งหมดไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ($p\text{-value}>0.05$)

3.2 ผลการประเมินความเครียดในกลุ่มที่นำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยวัดก่อน-หลังการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทดลองใช้ พบว่า แกรับมีความเครียดระดับมาก ($M=6.96$, $SD=1.31$) วันที่ 2 มีความเครียดระดับปานกลาง ($M=4.00$, $SD=1.16$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียด พบว่า วันที่ 2 มีความเครียดเฉลี่ยน้อยกว่าวันแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความเครียดและเปรียบเทียบความเครียดก่อน-หลังการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทดลองใช้ ($n=25$)

	ระดับความเครียด	M (SD)	t	p-value
แรกรับ	มาก	6.96 (1.31)	13.47	0.000
วันที่ 2	ปานกลาง	4.00 (1.16)		

4. ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยเปรียบเทียบระหว่าง กลุ่มก่อนใช้ และหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ทุกด้าน ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มก่อนใช้ และหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ($n = 50$)

ผลลัพธ์ทางการพยาบาล		กลุ่มก่อนใช้ แนวปฏิบัติ ($n = 25$)	กลุ่มหลังใช้ แนวปฏิบัติ ($n = 25$)	p-value
คลอดภายใน 48 ชั่วโมง	จำนวน (ร้อยละ)	9 (36.00)	2 (8.00)	0.037 ^F
คลอดครบกำหนด	จำนวน/ร้อยละ	3 (12.00)	12 (48.00)	0.012 ^F
อายุครรภ์เมื่อคลอด (สัปดาห์)	$M \pm SD$	33.38 (2.66)	35.42 (2.79)	0.011 ^T
น้ำหนักทารกแรกเกิด (กรัม)	$M \pm SD$	1983.00 (636.56)	2367.60 (380.92)	0.013 ^T

F = Fisher exact test, T = Independent t test

อภิปรายผล

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลสมุทรสาคร ในส่วนเนื้อหา จากการสืบค้นและประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์มี 2 ส่วนคือ การจัดระดับความน่าเชื่อถือหลักฐานเชิงประจักษ์ และการจัดระดับข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ โดยคัดเลือกเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทั้งหมด 23 ฉบับ นำไปมาจัดระดับความน่าเชื่อถือ และคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามแนวทางของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) การประชุมเพื่อพัฒนายกร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยทีมพัฒนาทั้งหมดมีความเห็นสอดคล้องกันทั้งหมดเพราะส่วนใหญ่เป็นขั้นตอนที่ปฏิบัติอยู่ก่อนแล้ว โดยได้ปรับแนวปฏิบัติให้ชัดเจนมากขึ้น สามารถปฏิบัติได้รวดเร็วและครอบคลุม ลดความซ้ำซ้อน มี Flow chart ที่สามารถทบทวนได้ง่าย และชัดเจน มีการประเมินผลทั้งในพยาบาลวิชาชีพ และในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด นำให้ผู้เชี่ยวชาญร่วมพิจารณาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลได้แก่ สูติแพทย์ อาจารย์พยาบาล และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด โดยข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญดังนี้ ควรปรับลดข้อปฏิบัติที่ซ้ำซ้อนกับแพทย์เพื่อให้ลดขั้นตอนการทำงาน โดยปรับให้เป็นการเตรียมและช่วยแพทย์ หลังปรับปรุงและแก้ไข ประกาศใช้แนวปฏิบัติในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด และอบรมเชิงปฏิบัติการ ก่อนนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ แผนกห้องคลอด

การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โดยนำไปทดลองใช้ในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แผนกห้องคลอด พบว่า พยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลได้ในระดับมากทุกหมวด และทุกรายข้อ อธิบายได้ว่า เนื่องจากขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งนี้ พยาบาลทุกคนมีส่วนร่วมเป็นทีมพัฒนาและการยกร่างแนวปฏิบัติ โดยผ่านขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ครบทุกขั้นตอนตามแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) โดยร่วมกันทบทวนปัญหา การกำหนดวัตถุประสงค์และผลลัพธ์ทางการพยาบาล ผ่านการสังเคราะห์ความน่าเชื่อถือตามคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ และการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ ทำให้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีความครอบคลุม ชัดเจน และเข้าใจง่าย ซึ่งการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของทีมพยาบาลทำให้เห็นความสำคัญเกิดความต้องการพัฒนา และให้ความร่วมมือในการพัฒนาจนได้แนวปฏิบัติที่เหมาะสมตามข้อเสนอแนะ การทำร่างแนวปฏิบัติเป็นรูปเล่มมีคำอธิบายไว้ชัดเจนสำหรับอ่านทบทวน และมี Flow chart แสดงขั้นตอนการปฏิบัติที่ครบถ้วน กระชับและเข้าใจง่าย การเสริมสร้างทักษะก่อนนำไปใช้ในสถานการณ์จริง โดยอบรมเชิงปฏิบัติเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้เป็นแนวทางเดียวกัน ดังนั้นเมื่อนำแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้ในแผนกห้องคลอด พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดจึงสามารถปฏิบัติตามได้ในระดับมากทุกกิจกรรมการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของปิยาณี นักบุญ (2554) โดยพัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่ายหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของงานห้องคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันพัฒนาแนวทางการจำหน่ายตามบทบาทหน้าที่ ผลการนำแนวทางการวางแผนจำหน่ายไปใช้ พบว่า ร้อยละ 100 ของทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้ในระดับมาก รวมทั้งการศึกษาของอนงค์ เอื้อวัฒนา (2557) โดยพัฒนาระบบการพยาบาลมารดาที่คลอดทารกก่อนกำหนด ผู้พัฒนาและนำระบบการพยาบาลไปใช้

ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพงานห้องคลอด หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม หออภิบาลทารกแรกเกิด และกลุ่มงานเวชกรรมสังคม รวม 10 คน ภายหลังจากนำไปใช้ พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจต่อระบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นร้อยละ 83.7 และสามารถปฏิบัติตามแนวทางพยาบาลในระดับสูง ร้อยละ 83.3

ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพหลังนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความเห็นโดยรวมอยู่ในระดับมากทุกหมวด และทุกรายข้อ อธิบายได้ว่า เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพเห็นความสำคัญของการมีแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น และมีส่วนร่วมในการพัฒนาทุกขั้นตอน ทำให้มีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการพัฒนา จึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลอยู่ในระดับมากดังข้อมูลข้างต้น จึงเป็นผลให้ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อความเป็นไปได้ในการนำแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้จริงอยู่ในระดับมากทุกหมวด และทุกรายข้อ สอดคล้องกับรัศมี พิริยะสุทธิ์ และคณะ (2561) โดยพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1. การวิเคราะห์ปัญหา และสถานการณ์โดยพยาบาลวิชาชีพ แผนกห้องคลอด 2. การพัฒนารูปแบบการดูแลและนำรูปแบบไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 3. การติดตามและประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลที่ได้พัฒนาขึ้น พบว่า ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก 3 ลำดับแรกคือ เนื้อหามีความชัดเจน มีประโยชน์ต่อหน่วยงานและต่อผู้ป่วย หรือการศึกษาของกัลยา มณีโชติ และนิจีสากร นังคลา (2560) ได้พัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยความร่วมมือของพยาบาล ประจำห้องคลอด ประกอบด้วย 1. พยาบาลเจ้าของไข้มีหน้าที่ประเมินปัญหา ประสานกับสูติแพทย์วางแผนการรักษา วางแผนการพยาบาลร่วมกับหญิงตั้งครรภ์และสามี/ญาติ ให้การพยาบาลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง วางแผนจำหน่าย และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์/ไลน์ 2. แนวทางการมอบหมายงาน 3. แนวปฏิบัติดูแล 4. แนวทางการประสาน/ให้ข้อมูลแก่ทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องเป็นเครือข่าย ด้านผลลัพธ์หลังนำไปทดลองใช้ พบว่า พยาบาลมีความคิดเห็นต่อรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก

ความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยเปรียบเทียบความเครียดในวันที่ 2 พบว่า มีความเครียดเฉลี่ยน้อยกว่าวันแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ส่งเสริมการผ่อนคลายความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ โดยหมวดที่ 1 คือ ก่อนรับใหม่ ที่มีการเตรียมสถานที่เงียบสงบแยกจากห้องรอคลอดและเตรียมเครื่องมือให้พร้อมในห้อง เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่สงบ ลดสิ่งก่อความเครียดขณะนอนโรงพยาบาล หมวดที่ 2 ระยะการพยาบาล 24 ชั่วโมงแรก จะมีขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ อธิบายการพยาบาลที่จะได้รับตามแผนการรักษา รวมทั้งอาการไม่สุขสบายต่างๆ เพื่อคลายความเครียดที่จะเกิดจากการได้รับยาช่วยการหดตัวของมดลูก (Maloni, 2011) การให้นอนพักและปฏิบัติกิจกรรมบนเตียง และลดสิ่งรบกวนมากที่สุด (Sciscione, 2010) โดยมีพยาบาลติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง หมวดที่ 3 ระยะการพยาบาลหลัง 24 ชั่วโมง จะเริ่มให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การปฏิบัติตัวและการเฝ้าระวังอาการ ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคมด้านการให้ข้อมูลร่วมกับให้สามีหรือญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการรับทราบข้อมูลความรู้ และสนับสนุนทางจิตใจ (สุภาพร เลิศกวินอนันต์, 2557) กิจกรรมการคลายเครียด โดยให้เลือกกิจกรรมการผ่อนคลายที่ตนเองถนัด การพูดคุยสอบถาม และรับฟังปัญหาของผู้ป่วย

เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย โดยเฉพาะปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียด และวางแผนการแก้ไขปัญหาเพื่อคลายความวิตกกังวล โดยกิจกรรมตามแนวปฏิบัตินี้จะได้รับครบถ้วนในวันที่ 2 หลังจากนอนรักษาในโรงพยาบาล เพื่อมุ่งเน้นให้สตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผ่อนคลายความเครียดมากที่สุด ซึ่งผลจากกิจกรรมตามแนวปฏิบัติทางโรงพยาบาลที่ได้รับ ทำให้วันที่ 2 หลังนอนรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จึงความเครียดลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับวันแรก ผลการศึกษาสอดคล้องกับสุภาพร ชุณหปราณ (2554) โดยให้สามีมีส่วนร่วมส่งเสริมพูดคุยให้กำลังใจ พบว่า ความเครียดของกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากสามี น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ และการศึกษาของ สุรشنا พงษ์ปรสุวรรณ์ (2557) ลดความเครียดโดยให้กลุ่มทดลองที่หญิงที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ติดต่อสื่อสารกับครอบครัวเป็นเวลา 3 วัน พบว่า คะแนนความเครียดของกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนทดลอง ส่วนการศึกษาของจันทร์จิรา กลมมา (2558) ศึกษาทดลองโดยกลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ข้อมูลความรู้และบริการ หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดต่ำกว่าก่อนทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมหรือการศึกษาของสุริพร กัฬหะสุต และคณะ (2565) โดยลดสิ่งก่อความเครียดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมของหญิงที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดขณะนอนโรงพยาบาล ได้แก่ 1. สานสายสัมพันธ์เพื่อลดความเครียด 2. กิจกรรมตกแต่งสถานที่ เพื่อลดความเครียดด้านสภาพแวดล้อมโรงพยาบาล 3. กิจกรรมเข้าใจอาการ และการรับมือกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 4. กิจกรรม Relax เป็นกิจกรรมเพื่อลดความเครียดด้านการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ และด้านภาวะอารมณ์ ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ อารมณ์ การประเมินค่าข้อมูลข่าวสาร และทรัพยากร หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง และลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม และมีค่าเฉลี่ยอายุครรภ์เมื่อคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการศึกษาของแอลิต้า และคณะ (Alita et al., 2020) เป็นการผ่อนคลายโดยสื่อสารผ่านทางแอปพลิเคชันทางโทรศัพท์ ได้แก่ การสะกดจิตตัวเอง ฟังเสียงดนตรี ลดความวิตกกังวล และป้องกันการหดรัดตัวซ้ำ แนะนำให้สตรีมีครรภ์และครอบครัวทำการบำบัดผ่อนคลายต่อไปที่บ้านต่อหลังจากออกจากโรงพยาบาล พบว่า ความวิตกกังวล ซึ่พจร อัตราการเต้นของหัวใจ และความถี่ในการหดรัดตัวของมดลูก หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง

ด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาลในสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลพบผลลัพธ์ที่ดีกว่ากลุ่มก่อนนำแนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้านคือ อัตราการคลอดภายใน 48 ชั่วโมง อัตราการการคลอดครบกำหนด อายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อคลอด และน้ำหนักทารกแรกเกิด อธิบายได้ว่า จากผลการศึกษาครั้งนี้ เมื่อพยาบาลวิชาชีพแผนกห้องคลอด ได้นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปทดลองใช้ โดยสามารถปฏิบัติตามได้อย่างครบถ้วนในระดับมาก ทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ครอบคลุมและต่อเนื่องทั้งในหมวดที่ 1 ระยะก่อนรับใหม่ ที่มุ่งเน้นการเตรียมสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมเพื่อลดสิ่งก่อความเครียด หมวดที่ 2 ระยะการพยาบาล 24 ชั่วโมงแรก โดยดูแลได้รับยาช่วยป้องกันการหดรัดตัวของมดลูกตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง หมวดที่ 3 ระยะการดูแลหลัง 24 ชั่วโมง โดยมุ่งเน้นการสนับสนุนทางสังคมด้านให้ข้อมูลความรู้ แนวทางการปฏิบัติตัว และการวางแผนจำหน่ายโดยให้สามีและบุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมสนับสนุนทางจิตใจ และส่งเสริมร่วมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งการศึกษาจะพบว่า สตรี

ตั้งครรภ์มีความเครียดลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับวันแรก ซึ่งทำให้ลดการกระตุ้นเซลล์บริเวณเนื้อรกและเยื่อหุ้มทารกลง (สายฝน ขวาลไพบุลย์, 2553) นอกจากนี้การรับรู้ความเครียดรวมทั้งความรุนแรงในชีวิตประจำวัน มีผลส่งเสริมร่วมกับฤทธิ์ยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูกให้ยืดระยะการตั้งครรภ์ได้ (ฐิติกานต์ ณ ปั่น และคณะ, 2557; Simpson, & Creehan, 2008) รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคมมีผลในการลดระดับความเครียดในสตรีที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนได้ (สุภาพร เลิศกวินอนันต์, 2557)

ส่วนกิจกรรมหมวดที่ 4 การจำหน่ายตามวิธี M-E-T-H-O-D เน้นการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลายเครียดที่บ้าน หมวดที่ 5 การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ให้มีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอด ป้องกันการติดเชื้อ และการเลือกรับประทานอาหารเหมาะสม ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับชลธิชา รักษาธรรม (2561) โดยพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง 3 ขั้นตอน คือ 1. การประเมินที่ห้องคลอด 2. การพยาบาลและวางแผนจำหน่ายที่ห้องคลอด 3. การดูแลติดตามต่อเนื่องที่บ้าน หลังการใช้แนวปฏิบัติ พบว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติฯ มีอัตราการกลับเป็นซ้ำและคลอดน้อยกว่า และสามารถตั้งครรภ์ครบกำหนดมากกว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนการศึกษาของธรรมาวรรณ บุณยสรรค์ และสายใย ก้อนคำ (2564) โดยพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน 3 ระยะ คือ 1. การพยาบาลที่ห้องคลอด 24 ชม.แรก 2. ระยะหลังให้การรักษา 24 ชม. 3. ระยะติดตามเยี่ยมต่อเนื่องหลังจำหน่าย 5 วัน และทุก 1 สัปดาห์ ผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบว่า อัตราการกลับมารักษาซ้ำและการคลอดก่อนกำหนดลดลง และสอดคล้องกับบุศรินทร์ เขียนแมน และคณะ (2565) พัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 3 องค์ประกอบ 1) โครงสร้าง 2) กระบวนการพัฒนารูปแบบการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล ผลการศึกษาเมื่อนำไปทดลองใช้ พบว่า อัตราหญิงตั้งครรภ์คลอดครบกำหนดเพิ่มเป็น อัตราเข้ารับการรักษาลดลง และอัตราทารกแรกคลอดน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการพยาบาล จากผลการศึกษาควรนำแนวทางปฏิบัติสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มาใช้ในแผนกห้องคลอด และการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพของการดูแลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อมารดาและทารกอย่างต่อเนื่อง
2. ควรอบรมเชิงปฏิบัติในพยาบาลที่ปฏิบัติงานใหม่ทุกราย ก่อนใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล
3. ด้านการบริหารการพยาบาล ควรกำหนดเป็นนโยบายให้มีการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยมีการดำเนินงานเป็นเครือข่ายทั้งในระดับโรงพยาบาล ตั้งแต่การฝากครรภ์ การติดตามอย่างต่อเนื่องโดยวางแผนการดูแลร่วมกับชุมชน เพื่อให้การดำเนินงานมีความสอดคล้องเป็นแนวทางเดียวกัน
4. ด้านวิชาการควรมีการศึกษาพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน ด้านอื่นๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กัลยา มณีโชติ และ นิธิสาร นังคลา. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. *วารสารกองการพยาบาล*, 44 (2), 7-25
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *สถิติสาธารณสุขพ.ศ. 2562*. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน.
- จันทร์จิรา กลมมา. (2558). *ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)
- จุฬารัตน์ ท้าวหาญ, พรจิต จันโทภาส, คีตรา มยุขโชติ, บุญคืบ ไสโสสม, และ ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง. (2564). รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามกรอบมิติคุณภาพการบริการผู้คลอด. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรัมย์*, 36(3), 503-511.
- ชลธิชา รักษาธรรม. (2561). *แนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่อง*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยหัวเฉียว)
- จิตติกันต์ ณ ปั่น, รุ่งทวรรณ ช้อยจ่อหอ, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, เอมพร รตินธร, และเอกชัย โควาวาสารัช. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลอมก๋อย อ.อมก๋อย จ.เชียงใหม่. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 1(2), 142-150.
- ธรรมวรรณ บุณสรณ์ และ สายไย ก้อนคำ. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน สำหรับหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา*, 4(3), 50-56.
- นวรรตน์ ไชยมภู และ อารณ คงช่วย. (2558). การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 2(3), 114-128.
- บุศรินทร์ เขียนมั่น, เยาวเรศ ก้านมะลิ, และ วรรณวิมล ทุมมี. (2565). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 15(3), 286-300.
- เบญจวรรณ ละหุการ. (2560). *ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าต่อความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์)
- ปิยาณี นักบุญ. (2554). *การพัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่ายหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของงานห้องคลอดโรงพยาบาลนครพนม*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น)
- โรงพยาบาลสมุทรสาคร. (2565, 2 กันยายน). *ระบบฐานข้อมูลเวชระเบียน*. [https:// smkh.moph.go.th/skh/](https://smkh.moph.go.th/skh/).
- รัศมี พิริยะสุทธิ, สุนันทา สงกา, พณวรรณ พาณิชย์. (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิชาการสถาบันวิทยาการจัดการแห่งแปซิฟิก*, 4 (2), 376-388.

- ละอองดาว ชุ่มฉิ. (2554). ผลของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าต่อการลดระดับความเครียดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น)
- ศิริวรรณ แสงอินทร์. (2557). การพยาบาลมารดาที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 22(1), 27-38.
- สุภาพร เลิศกวินอนันต์. (2557). การทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดการความเครียดในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)
- สุรشنا พงษ์ประสุวรรณ. (2557). การลดความเครียดโดยการใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ติดต่อสื่อสารกับครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น)
- สุรีพร กัฬหะสุต, พนิดา เชียงทอง, สุรشنا พงษ์ประสุวรรณ, นุชมาศ แก้วกุลชล, และ ศุจิรัตน์ ศรีทองเหลือง. (2565). ผลของโปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและอายุครรภ์เมื่อคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาในห้องคลอดโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครราชสีมา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 14(1), 59-74.
- สายฝน ขวาลไพบูลย์. (2553). คลอดก่อนกำหนด. กรุงเทพมหานคร: พีเอ.ลิฟวิ่ง.
- อนงค์ เอื้อวัฒนา. (2557). การพัฒนาระบบการพยาบาลมารดาที่คลอดทารกก่อนกำหนด. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 32(3), 127-136.
- Alita, R, Setyowati, Rachmawati, I.N. (2020). Relaxation Therapy in Pregnant Women With Premature Contractions: Evidence-Based Nursing Practice. *Advances in Health Sciences Research*, 34(1), 406-412.
- Kao, M.H, Hsu, P.F, Tien, S.F, Chen, C.P. (2019). Effects of Support Interventions in Women ospitalized With Preterm Labor. *Clinical Nursing Research*. 2019, 28(6):726-743.
- Maloni, J. A. (2010). Antepartum bed rest for pregnancy complications: Efficacy and safety for preventing preterm birth. *Biological Research for Nursing*, 12(2), 106-124.
- NHMRC, (1998). *A guide to the development, Implement and evaluation of clinical practice guidelines*. Available from: http://www.nhmrc.gov.au/publications/_files/cp๓๐.pdf.
- Polit, D.F, & Hungler, B.P. (1999). *Nursing research: principles and methods*. (6th ed.) Philadelphia: J.B. Lippincott; 1999.
- Sciscione, A. C. (2010). Maternal activity restriction and the prevention of preterm birth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202, 1-5.

Simpson, K. R., & Creehan, P. A. (2008). *Perinatal nursing*. Philadelphia : Lippincott Williams

Staneva A, Bogossian F, Pritchard M, Wittkowski, A. (2015). The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review. *Women and Birth*, 28(1), 179–193.

WHO. (2018, 2 March). *Preterm birth* [Internet]. [http: who.int/newroom/factsheet/detail/preterm-birth](http://who.int/newroom/factsheet/detail/preterm-birth).

รูปแบบการจ้างงานพยาบาลเกษียณอายุในบทบาทผู้จัดการระบบสุขภาพการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในทัศนะผู้บริหาร

วันเพ็ญ แก้วปาน, ส.ด.*

สุรินทร์ กลัมพากร, Ph.D.(Nursing)* และจุฑาธิป ศีลบุตร, Ph.D.**

บทคัดย่อ

รายงานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการจ้างงานพยาบาลเกษียณอายุตามบทบาทผู้จัดการระบบสุขภาพการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในทัศนะผู้บริหาร รูปแบบเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริหารส่วนกลางและส่วนภูมิภาคซึ่งมีส่วนในการกำหนดนโยบาย โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นกลุ่มผู้บริหารที่กำหนดนโยบายในหน่วยงานส่วนกลาง จำนวน 9 คน ส่วนภูมิภาค จำนวน 43 คน และกรรมการบริหารกองทุน จำนวน 38 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ผู้บริหารในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคเห็นว่าเป็นไปได้ในการจ้างงานพยาบาลเกษียณอายุในการเป็นผู้จัดการระบบสุขภาพ รูปแบบการจ้างงาน มี 2 รูปแบบ คือ รูปแบบทีมพยาบาลและแบบรายบุคคล โดยควรใช้งบประมาณในส่วนของท่าน้องถิ่นเป็นหลัก อัตราค่าจ้างประมาณ 15,000-30,000 บาทต่อเดือน ลักษณะการทำงานเป็นแบบยืดหยุ่นและแบบเต็มเวลา การกำหนดคุณสมบัติของผู้จัดการระบบสุขภาพมี 2 แนวทาง คือ 1) ควรเป็นพยาบาลวิชาชีพเท่านั้น และ 2) ไม่จำเป็นต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพ โดยเหตุผล 2 ประการ ประการแรก ผู้บริหารเชื่อว่าอาชีพอื่นที่ทำงานในชุมชนเป็นเวลานานสามารถทำหน้าที่ได้ ประการที่สองหน่วยงานสามารถค้นหาบุคคลที่มีความสามารถตามที่ต้องการได้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการจ้างงานพยาบาลเกษียณ สามารถดำเนินการจ้างงานได้แต่ควรมีการแก้ไขกฎระเบียบให้สอดคล้องกับสถานการณ์ความเป็นจริง ควรพิจารณาแนวทางที่เหมาะสมในการจ้างงานพยาบาลเกษียณ รวมทั้งส่งเสริมสมรรถนะในการทำงานการดูแลผู้สูงอายุโดยจัดอบรมแก่พยาบาลเกษียณอายุ

คำสำคัญ : การจ้างงาน พยาบาลเกษียณอายุ ผู้จัดการระบบสุขภาพการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

* ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Corresponding author E-mail: wonpen.kae@mahidol.ac.th

(Received: July 9, 2023; Revised: September 1, 2023; Accepted: December 1, 2023)

Employment Pattern of Retirement Nurses of Long-Term Care for Working as Health Care Managers in the Community from the Management Perspective

Wonpen Kaewpan, Dr.P.H.*

Surintorn Kalampakorn, Ph.D.(Nursing)* & Juthatip Silabootra, Ph.D.**

Abstract

The aim of this study was to explore the employment patterns of retirement nurses of long-term care for working as health care manager in the community from the management perspective. The qualitative study was used to conducted in this study. Collected data from central and regional administrators who were involved in policy formulation and plans for employing retired nurses as managers of the long-term care system for the dependent elderly in the community by specific selection from 9 executives who set policy in central agencies and regional total 43 people, 38 members of the fund's executive committee. Data were collected by in-depth interviews. Data were analyzed by content analysis.

The results of the study revealed that most executives in the central and regional areas agreed to employ retired nurse acting as care manager. The employment was suggested into 2 patterns, team employment and individual employment by do the contract on term of reference for the care manager in community. For the budget, it should be based on the local area. The wage rate should be approximately 15,000-30,000 baht per month. The employment pattern is flexible and full time. The qualifications of health system managers were 2 opinions. 1) Some of them would like to have only register nurse and 2) some of them would not like to specific only register nurse by two reasons. First, executives believed that the people who lived in community for long time could also be care manager due to ability of care manager. Second, there could be find another people with the required abilities.

Policy recommendations for hiring retired nurses can be hired, but the regulations should be revised to be consistent with the actual situation. Appropriate approaches to hiring retired nurses should be considered. In additions, it should be promote competence in caring for the elderly by organizing training for retired nurses.

Keywords: Employment a retired nurse health care manager of long-term care for the dependent elderly in the community

* Department of Public Health, Nursing Faculty of Public Health, Mahidol University

** Department of Biostatistics, Faculty of Public Health, Mahidol University

บทนำ

ปัจจุบันโครงสร้างประชากรของประเทศไทยเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging society) ที่มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งนำมาสู่ปัญหาการพึ่งพิงที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหากขาดการดูแลที่มีคุณภาพ รัฐบาลตระหนักถึงปัญหาของผู้สูงอายุจึงมีนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ระบบบริการดังกล่าวมุ่งเน้นการฟื้นฟูบำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพบนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) ทั้งนี้รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยสถานพยาบาลตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในประเทศไทย ดำเนินงานโดยมีระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและครอบครัวจากสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลัก ส่วนบุคลากรด้านวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัดฯ เป็นต้น จะเป็นผู้สนับสนุนในการจัดระบบการดูแลเพื่อการเข้าถึงบริการและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวจำเป็นต้องมี “ผู้จัดการระบบ” เป็นผู้มีความสำคัญในการดำเนินงานโดย มีบทบาทหน้าที่หลัก คือ การค้นหาประเมินความต้องการการดูแลช่วยเหลือ ทั้งเชิงรับและเชิงรุก ประเมินคัดกรอง วางแผนและจัดการให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม ดำเนินการวางแผนการดูแลรายบุคคล จัดทำ case conference ประสานการปฏิบัติงานตามแผน รวมทั้งการประสานงาน มอบหมายภารกิจแก่ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในภาคทางการ และสรุปผลการดำเนินงาน ดังนั้น ผู้จัดการระบบสุขภาพจำเป็นต้องมีความสามารถในการทำงานเป็นทีม บริหารจัดการ ควบคุมกำกับงานของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (care giver) ทั้งนี้คุณสมบัติของ “ผู้จัดการระบบ” กำหนดระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีองค์ความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจำนวนของผู้จัดการระบบขึ้นกับขนาดของประชากรที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแลเป็นหลักในสัดส่วนผู้จัดการระบบ 1 คนต่อผู้ช่วยเหลือดูแล 5-10 คน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

บทบาทภาระหน้าที่ดังกล่าวพบว่า พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีความสามารถดำเนินการได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ สำนักงานการพยาบาลได้ดำเนินการเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลชุมชนให้เป็นพยาบาลผู้จัดการสุขภาพ ชุมชนดำเนินการส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน (สำนักงานการพยาบาล, 2557) กอปรกับพยาบาลมีจำนวนสัดส่วนมากที่สุดในระบบบริการสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นวิชาชีพที่มีคุณสมบัติเหมาะสมต่อการเป็นผู้จัดการในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันประเทศไทยยังพบปัญหาความขาดแคลนพยาบาลในระบบบริการสุขภาพเนื่องจากสาเหตุหลายประการ ได้แก่ การผลิตไม่เพียงพอต่อความต้องการและการลาออกของพยาบาลอื่นเนื่องจากปัญหาการจัดการระบบการบริหารบุคคล นอกจากนี้ในอนาคตหากพิจารณาโครงสร้างอายุของพยาบาลพบว่า มีพยาบาลที่เข้าสู่วัยแรงงานสูงอายุเพิ่มขึ้นโดยข้อมูลกำลังคนทางการพยาบาลในปี พ.ศ.2555-2563 พบว่าอายุเฉลี่ยของพยาบาลจะอยู่ช่วงประมาณ 45.7 ปีถือว่าสูงอายุและกำลังทยอยเกษียณอายุมากขึ้นโดยมีกลุ่มอายุ

มากกว่า 55 ปีขึ้นไปเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 6 เพิ่มเป็นร้อยละ 8 ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2559-2563 (กฤษดา แสงดี, 2015; วิจิตร ศรีสุพรรณ และกฤษดา แสงดี, 2555; วันเพ็ญ แก้วปาน, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, สุรินทร์ กลัมพากร, และ จุฑาธิป ศีลบุตร, 2564) และการวิเคราะห์กำลังคนของสภาการพยาบาลพบว่า โครงสร้างอายุของผู้มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งในประเทศไทยในปี พ.ศ.2564 ประมาณหนึ่ง ในสามเป็นผู้ที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป ซึ่งองค์การอนามัยโลกจัดเป็นกำลังคนสูงอายุ (ageing health workforce) (World Health Organization for South-East Asia, 2004) และอยู่ในวัยใกล้เกษียณ (55-59 ปี) สูงถึง 21,326 คน คิดเป็นสัดส่วนเกือบครึ่งหนึ่งของพยาบาลที่จะสำเร็จการศึกษาใหม่ในช่วงเวลาเดียวกัน คือ ประมาณ 40,000 คน ตามแผนการผลิต ซึ่งจะส่งผลกระทบทำให้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลทวีความรุนแรงมากขึ้นหากไม่มีนโยบาย การขยายอายุเกษียณ หรือการสร้างงานที่เหมาะสมสำหรับพยาบาลในวัยใกล้เกษียณหรือหลังเกษียณ เพราะนอกจากเป็นการสูญเสียกำลังคนทางการพยาบาลในเชิงจำนวน หรือขนาดกำลังคนแล้ว ยังเป็นการสูญเสีย พยาบาลที่มีทักษะและความชำนาญ ที่ไม่อาจทดแทนได้ด้วยพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ (กฤษดา แสงดี, 2560; สภาการพยาบาล, 2565) ซึ่งอาจส่งผลต่อปัญหาความขาดแคลน และการทดแทนกำลังคนในอนาคต รวมทั้งสาเหตุสำคัญของการสูญเสียพยาบาลออกจากวิชาชีพ ได้แก่ การเกษียณอายุ โดยไม่มีการจ้างงานหลังเกษียณ การขาดแรงจูงใจในการทำงาน ความก้าวหน้าในงานค่อนข้างน้อย งานหนัก เสี่ยงอันตราย ค่าตอบแทนที่ไม่เป็นธรรม ทำงานหนักแต่ได้ค่าตอบแทนต่ำ รวมทั้งมีปัจจัยจุดที่ทำให้เกิดการสูญเสียออกจากภาคบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น เช่น การที่พยาบาลมีทางเลือกหลากหลายในการทำงาน ได้ทำงานที่มีความท้าทาย การพัฒนาประเทศเป็นศูนย์กลางสุขภาพโลก หรือประกอบอาชีพอื่นที่ชอบหรือมีรายได้มากกว่า (สภาการพยาบาล, 2565)

ดังนั้น การจ้างงานพยาบาลเกษียณอายุจึงน่าจะเป็นแนวทางหนึ่งในการแก้ไขปัญหาความขาดแคลนพยาบาลในปัจจุบัน สอดคล้องกับข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับการขยายอายุการทำงานสำหรับพยาบาลที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญในบางตำแหน่งของวิจิตร ศรีสุพรรณ และกฤษดา แสงดี (2555) โดยมีข้อเสนอเชิงนโยบายจ้างงานแบบไม่เต็มเวลา (part time) เพื่อขยายโอกาสการทำงานแก่พยาบาลเกษียณอายุที่ยังสามารถประกอบอาชีพได้ เพื่อสามารถสร้างรายได้ให้แก่ตนเองและครอบครัวโดยไม่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นหรือภาครัฐ และเป็นการสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งมีส่วนร่วมช่วยเหลือสังคมรอบเท่าที่ศักยภาพจะเอื้ออำนวย ทั้งนี้การส่งเสริมการจ้างงานพยาบาลเกษียณอายุให้กลับมาทำงานเป็นแนวโน้มที่เกิดขึ้นในต่างประเทศ โดยอายุเกษียณมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ โดยต่างประเทศกำหนดที่อายุ 65 ปี (Gavrilov & Heuveline, 2003) ส่วนประเทศไทยเกณฑ์อายุเกษียณในภาคราชการครบ 60 ปี ส่วนภาคเอกชนประมาณ 55-60 ปี ขึ้นกับนโยบายของหน่วยงานนั้น ทั้งนี้ การทำงานภายหลังการเกษียณอายุทำให้ผู้สูงอายุได้ใช้ความรู้ความสามารถถ่ายทอดประสบการณ์แก่บุคลากรรุ่นใหม่ และการทำงานมีผลต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจโดยช่วยให้รู้สึกว่ามีคุณค่าจากการทำประโยชน์ทั้งต่อตนเองและสังคม และเป็นตัวชี้วัดการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะพลุดพลัง (Active Aging) รวมทั้งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพมากขึ้น

การจ้างงานพยาบาลเกษียณอายุในประเทศไทยในทางปฏิบัติแม้ว่าจะยังไม่มีนโยบายการขยายอายุเกษียณแก่พยาบาลอย่างเป็นระบบ แต่ปรากฏการณ์ในสังคมไทยพบว่า มีพยาบาลเกษียณปฏิบัติงานในหลากหลายบทบาทหน้าที่ในสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน โดยรายงานวิจัยพบว่า มีการจ้างงานพยาบาลเกษียณในสถาบันการศึกษาพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ศูนย์บริการสาธารณสุขของสำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร และในโรงงาน เป็นต้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, วรรณภา ศรีธัญรัตน์, เรมวล นันทศุภวัฒน์, วันเพ็ญ แก้วปาน, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ และแสงอรุณ อิศระมาลัย, 2555; วันเพ็ญ แก้วปาน, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, สุรินทร์ กลัมพากร, และจุฑาธิป ศีลบุตร, 2564) สอดคล้องกับรายงานการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า พยาบาลเกษียณทำงานในสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนในรูปแบบการจ้างงานและอาสาสมัคร (Kaewpan & Peltzer, 2019) อย่างไรก็ตามการทำงานต่อเนื่องภายหลังเกษียณอายุจำเป็นต้องมีการกำหนดรูปแบบการทำงานที่เหมาะสมแก่ศักยภาพของผู้สูงอายุและบริบทขององค์กร รวมทั้งเสริมสร้างความสามารถในการทำงานแก่แรงงานสูงอายุ เพื่อประสิทธิภาพการทำงานและคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโดยรวมและเพื่อคงไว้ซึ่งศักยภาพให้นานที่สุด

จากสถานการณ์ดังกล่าว ในอนาคตจะมีพยาบาลเข้าสู่วัยเกษียณเพิ่มขึ้นในขณะที่การทดแทนของแรงงานใหม่ยังไม่เพียงพอ จะมีความเป็นไปได้หรือไม่หากมีการจ้างงานพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานต่อเนื่องภายหลังเกษียณในบทบาทผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในสถานบริการสาธารณสุขในชุมชน (Case manage: CM) ดังนั้นข้อเสนอเชิงนโยบายและรูปแบบสำหรับการจ้างงานจ้างงานพยาบาลเกษียณควรเป็นอย่างไร ซึ่งในประเทศไทยยังมีการศึกษาน้อย ทั้งนี้ผู้วิจัยคาดหวังว่าผลการศึกษาคจะเป็นแนวทางในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายรวมทั้งผลลัพธ์การจ้างงานจะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตแก่ประชาชนที่มีปัญหาสุขภาพทั้งผู้พิการด้อยโอกาส และผู้สูงอายุที่มีปัญหาเจ็บป่วยในชุมชนให้มีโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นในที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นและความเป็นไปได้ในการจ้างงานพยาบาลเกษียณอายุในบทบาทผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในทัศนะของผู้มีส่วนได้เสียทั้งในกลุ่มผู้บริหารที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบาย (Demand side)

2. เพื่อศึกษาแนวทางรูปแบบการจ้างงานพยาบาลเกษียณอายุในบทบาทผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนโดยพิจารณาในด้านคุณสมบัติ สมรรถนะในการทำงาน ค่าจ้างค่าตอบแทนงบประมาณรูปแบบการทำงาน และความคุ้มค่าคุ้มทุนในทัศนะของผู้บริหารที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายและการจ้างงานในชุมชน

ขอบเขตของการวิจัย

ศึกษาในกลุ่มผู้บริหารที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายและการดำเนินงานด้านการจัดการในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระดับกระทรวง จังหวัด อำเภอ และตำบล ในรอบปีงบประมาณ 2562 โดยดำเนินการศึกษาในช่วงรอบปีงบประมาณ 2562

ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research design) เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบบริการการดูแลระยะกลางและระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการเสริมสร้างสมรรถนะ และการจ้างงานพยาบาลเกษียณอายุในบทบาทผู้จัดการระบบสุขภาพในชุมชน ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหิดลประเภทเงินรายได้แผ่นดิน ปีงบประมาณ 2561 โดยประชากร มี 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้บริหารสถานบริการสาธารณสุข ในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยผู้บริหารส่วนกลาง ได้แก่ ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย และคณะกรรมการกองทุนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้กำหนดนโยบายและเป็นผู้จ้างงาน หรือฝ่าย Demand side ในระบบบริการสุขภาพ โดยส่วนกลาง คัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงระบุตามตำแหน่ง รวม 5 คน ประกอบด้วย ปลัดกระทรวงสาธารณสุขหรือผู้แทนจำนวน 1 คน ผู้อำนวยการสำนักงานการพยาบาลหรือผู้แทนจำนวน 1 คน ผู้แทนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำนวน 1 คน นายกสมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทยหรือผู้แทน จำนวน 1 คน และนายกสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน จำนวน 1 คน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้บริหารส่วนภูมิภาค ซึ่งเป็นผู้แทนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานในระดับเขตและจังหวัด คัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง โดยขั้นตอนที่ 1 เลือกพื้นที่วิจัยโดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกเป็นจังหวัดในทุกภาคของประเทศไทยและผู้บริหารยินดีให้ความร่วมมือ จำนวน 5 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ นนทบุรี เพชรบุรี นครราชสีมา และสุราษฎร์ธานี ขั้นตอนที่ 2 สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยระบุตามตำแหน่งอย่างเฉพาะเจาะจง รวม 98 คน ประกอบด้วย 1) คณะกรรมการระดับเขตบริการสุขภาพ รวม 43 คน ได้แก่ ผู้ตรวจราชการเขตบริการสุขภาพ จำนวน 5 เขต จำนวน 5 คน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด 3 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 3 คนต่อจังหวัดเท่ากับ 15 คนผู้บริหารสังกัดอื่นๆ ของสำนักงานในเขต จำนวน 1 คน ต่อจังหวัด รวม 5 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1 คน ต่อจังหวัด รวม 5 คน สาธารณสุขอำเภอ จำนวน 1 คน ต่อจังหวัด รวม 5 คน ผู้แทน รพ.สต. จำนวน 1 คน ต่อจังหวัด รวม 5 คน 2) คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น (สาขาเขตและจังหวัด) รวม 45 คน ได้แก่ ประธานกรรมการ จำนวน 1 คน ต่อจังหวัด รวม 5 คน รองประธานกรรมการ จำนวน 1 คน ต่อจังหวัด รวม 5 คน กรรมการสมาชิกสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สภามอบหมาย จำนวน 1 คน ต่อจังหวัด รวม 5 คน หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ จำนวน 3 คน ต่อจังหวัด รวม 15 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 1 คน ต่อจังหวัด รวม 5 คนผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชน จำนวน 2 คน ต่อจังหวัด รวม 10 คน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมอบหมายเป็นกรรมการและเลขานุการ จำนวน 1 คน ต่อจังหวัด รวม 5 คน ผู้อำนวยการหรือหัวหน้ากองสาธารณสุขและ

สิ่งแวดล้อม หรือส่วนสาธารณสุขหรือที่เรียกชื่ออื่น ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ผู้บริหารสูงสุดของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมอบหมายเป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ จำนวน 1 คน ต่อจังหวัด รวม 5 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) คือสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดีมี สติสัมปชัญญะปกติ เกณฑ์การคัดผู้เข้าร่วมการวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria) เป็นผู้ไม่ประสงค์ตอบข้อมูล ในวันที่เก็บข้อมูลเจ็บป่วยไม่อยู่ที่บ้านหรือเสียชีวิตในช่วงวิจัย เกณฑ์การให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria) เป็นผู้ยินยอมตนที่เกิดความไม่สบายใจที่จะตอบคำถาม หรือเกิดความอึดอัด หรือปฏิเสธ ภายหลังการเข้าร่วมการศึกษา สามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ กับผู้ยินยอมตนทั้ง การงาน และการได้รับการบริการสาธารณสุข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก มีข้อความ 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อนโยบายการจ้างงานพยาบาลเกษียณอายุในบทบาทผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะ ฟังฟังในชุมชนเกี่ยวกับความจำเป็น และความเป็นไปได้ในการกำหนดนโยบายการจ้างงานพยาบาลเกษียณอายุในบทบาท ผู้จัดการระบบสุขภาพการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟังฟังในชุมชน รูปแบบการจ้างงาน บทบาทในการทำงาน สมรรถนะในการปฏิบัติงานของพยาบาลเกษียณอายุ ความคุ้มค่าในการจ้างงานพยาบาลเกษียณอายุ

การพัฒนาคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ การพยาบาล ทางด้านบริหาร ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา แล้วนำไปปรับข้อความตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปใช้ ภายหลังผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพเครื่องมือแล้ว

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุข ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับการรับรองตามเอกสารเลขที่ COA MUPH 2019-038 และการดำเนินการภายหลังผ่าน การรับรอง ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลตามแนวทางที่กำหนดในโครงการวิจัยที่นำเสนอแก่คณะกรรมการฯ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว โดยประสานงานกับ เจ้าหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานเพื่อนัดหมายผู้บริหารในการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งผู้วิจัยเดินทางไปเก็บด้วยตนเอง การเก็บ ข้อมูลใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละไม่เกิน 1 ชั่วโมง โดยวิธีการบันทึกแบบเสียง โดยระยะเวลาการเก็บข้อมูลในกลุ่ม ผู้บริหาร ตั้งแต่ มีนาคม 2562-เมษายน 2562 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้บริหารในส่วนกลาง ได้แก่ ผู้อำนวยการกองการ พยาบาล (ให้ข้อมูลในนามผู้แทนปลัดกระทรวงสาธารณสุขและผู้อำนวยการกองการพยาบาล) 2) ผู้อำนวยการสำนัก อนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 3) ผู้แทนอธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย 4) ผู้แทนนายกสมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย 5) ผู้ตรวจราชการเขตบริการสุขภาพ 4 เขต โดยเป็นผู้แทนใน เขตภาคเหนือ ภาคกลางและภาคตะวันออก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ รวม 9 คน ผู้บริหารในส่วนภูมิภาค

ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลในโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่วิจัย ในจังหวัดที่เป็นตัวแทน 4 ภาค ได้แก่ จังหวัดเพชรบุรี นนทบุรี สุราษฎร์ธานี นครราชสีมา และเชียงใหม่ รวม 5 จังหวัด สาธารณสุขอำเภอ นายกเทศมนตรี และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่วิจัยทั้ง 5 จังหวัด รวมจำนวน 43 คน 4) กรรมการบริหารกองทุน ซึ่งเป็นผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานโครงการฯ ในชุมชน ในทุกภาค จำนวน 38 คน ซึ่งผู้บริหารส่วนมากเป็นเพศชาย และเพศหญิงใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 47.4 และ 52.6) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 48-57 ปี ร้อยละ 47.4 รองลงมาคือ 38-47 ปี และ 58 ปีขึ้นไป ร้อยละ 36.8 และ 15.8 ตามลำดับ มีตำแหน่งส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 44.5 รองลงมาคือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และคณะกรรมการ ร้อยละ 33.3 และ 22.2 ตามลำดับ วุฒิการศึกษาจบการศึกษาระดับปริญญาโทและตรี ร้อยละ 42.1 และ 36.8 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีบทบาทการทำงานที่เกี่ยวข้องกับพยาบาล คือ เป็นคณะกรรมการกองทุน ร้อยละ 77.8 รองลงมาคือ บทบาทอื่นๆ และผู้บริหารระดับเขตบริการสุขภาพ ร้อยละ 16.6 และ 5.6 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยการวิเคราะห์เชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยตรวจสอบจากผู้ให้ข้อมูล ผู้ที่เกี่ยวข้อง เอกสารที่เกี่ยวข้อง กำหนดรหัสข้อมูลและจัดกลุ่มข้อมูล กำหนดประเด็นเพื่อวิเคราะห์ต่อไป

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละประเด็น มีรายละเอียดดังนี้

1. นโยบายการจ้างงานพยาบาลเกษียณอายุ โดยพิจารณาเกี่ยวกับความจำเป็นและความเป็นไปได้ในการจ้างงานในทัศนะของผู้บริหารส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและกรรมการกองทุน สรุปดังนี้

1.1. ความจำเป็น และความเป็นไปได้ในการจ้างงานพยาบาลทำงานหลังเกษียณอายุ

กลุ่มผู้บริหารส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและกรรมการกองทุน ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการให้พยาบาลเกษียณอายุกลับมาทำงานและเห็นว่า “มีความจำเป็นในการจ้างงานพยาบาลเกษียณ” เหตุผล คือ 1) ปัญหาด้านความขาดแคลนบุคลากรในการทำงานด้านสาธารณสุข โดยบางแห่งมีพยาบาลไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยและมีการกิจอื่น อาจส่งผลกระทบต่อทำให้การดูแลบริการผู้ป่วยไม่ดี 2) หากใช้ผู้สูงอายุช่วยดูแลผู้สูงอายุจะทำให้เกิดความเข้าใจในด้านการให้บริการกับผู้สูงอายุด้วยกันง่ายขึ้น 3) พยาบาลเกษียณยังเป็นบุคลากรที่มีประสิทธิภาพในการทำงานด้านนี้ และ 4) เนื่องจากลักษณะงานดังกล่าวต้องอาศัยผู้มีประสบการณ์และรู้จักมักคุ้นกับคนจำนวนมาก จึงเหมาะกับพยาบาลเกษียณมากกว่าการจ้างกลุ่มงานพยาบาลรุ่นใหม่

1.2 คุณสมบัติของผู้จัดการระบบสุขภาพ ว่าควรเป็นพยาบาลวิชาชีพหรือไม่ พบว่า กลุ่มผู้บริหารทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคมีข้อคิดเห็นแตกต่างกันเป็น 2 กลุ่ม คือ มีทั้งผู้เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย โดยมีเหตุผลในแต่ละกลุ่ม ดังนี้

-**กลุ่มที่เห็นสมควรระบุว่าต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพ** เนื่องจากประสบการณ์ที่ผ่านมากลุ่มอาชีพอื่นทำหน้าที่ CM เกิดความผิดพลาดมากกว่าการใช้ทีมสหวิชาชีพ เช่น การเขียน care plan การประเมิน ADL ดังนั้นจึงมีแนวโน้มสนับสนุนให้มีการจ้างงานพยาบาลเกษียณ หรือกลุ่มสหวิชาชีพมากกว่ากลุ่มอาชีพอื่น

-**กลุ่มที่ไม่เห็นสมควรระบุคุณสมบัติว่าเป็นพยาบาลวิชาชีพ** เนื่องจากการทำหน้าที่ CM มุ่งเน้นเรื่องการบริหารจัดการ ประสานงาน การค้นหาสิทธิที่พึงได้ของผู้สูงอายุ การซ่อมแซมหรือปรับสภาพแวดล้อมให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งหากเป็นเฉพาะกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ อาจทำให้การประสานงานช่วยเหลืออยู่ในวงจำกัด เหตุผลที่ไม่ควรระบุการจำกัดคุณสมบัติมี 2 ประการได้แก่ 1) อาชีพอื่นสามารถทำหน้าที่ CM ได้ โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในพื้นที่มานาน เนื่องจากบทบาทหน้าที่ของ CM ไม่เพียงแต่เขียน Care Plan เท่านั้น แต่ยังต้องประสานงานเรื่องสิทธิและสวัสดิการด้านอื่นๆ ซึ่งคุณสมบัติเฉพาะของพยาบาล อาจไม่เพียงพอ และ 2) เพื่อให้หน่วยงานสามารถค้นหาบุคคลที่มีความสามารถเข้ามาทำงานในบทบาท CM ในชุมชนได้ ดังคำอธิบาย

“คือ CM จะให้พยาบาล ถ้าเรื่องวิชาชีพโอเคเลย แต่ว่า สัมมองเรื่องสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมต้องไปด้วยกัน ส่วนกาย จิต ใจอารมณ์ อันนี้ทางด้านสุขภาพ พยาบาลดูแล อันนี้ประสานงาน ถ้าเป็นทีมพยาบาล ถามว่าเหมาะสมไหม แต่ถ้าเผื่อว่า สิ่งแวดล้อมเนี่ยพยาบาลมีจุดอ่อน หนึ่งทางงบประมาณไปช่วยเขาไม่ได้ หาเองก็ไม่ได้ ถ้า CM ต้องมองแบบองค์รวม” (ผู้บริหารส่วนกลางคนที่ 5)

-**กลุ่มคณะกรรมการกองทุนหมู่บ้าน** พบว่า เห็นด้วยในประเด็นเกี่ยวกับการจ้างงานพยาบาลเกษียณในบทบาท CM ในหมู่บ้าน เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงและมีภาวะติดเตียงหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เพิ่ม มากขึ้น ในขณะที่ ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Care giver : CG) มีจำนวนไม่เพียงพอ จึงเห็นว่ามีคามจำเป็นในการเพิ่มบุคลากรทางการแพทย์มาช่วยเหลือกลุ่ม CG

2. รูปแบบการจ้างพยาบาลเกษียณ พบว่า ผู้บริหารทั้ง 3 กลุ่มเห็นว่า รูปแบบของการจ้างพยาบาลเกษียณมีความเป็นไปได้ 2 รูปแบบ คือ

2.1 **การจ้างแบบทีม** คือ การปฏิบัติงานแบบสหวิชาชีพ มีเครือข่ายพยาบาลเกษียณที่เข้ามาร่วมกันดำเนินการ แบ่งบทบาทหน้าที่ตามตกลงหรือตามเขตพื้นที่ มีข้อดี คือ การทำงานที่รวดเร็ว ผู้รับบริการได้รับบริการอย่างทั่วถึง การทำงานมีระบบและคุณภาพ การติดต่อประสานงานกับ CG และหน่วยงานอื่นๆ รวมถึงการช่วยเหลือให้บริการสามารถทำได้อย่างหลากหลาย ไม่กำหนดเพียงแค่กลุ่มพยาบาลวิชาชีพเท่านั้น อาจประกอบด้วยนักกายภาพ เทคนิคการแพทย์ แนวทางนี้เหมาะสำหรับชุมชนขนาดใหญ่ ที่มีจำนวนประชากรจำนวนมาก โดยรูปแบบนี้ยังสามารถจัดตั้งเป็นลักษณะหน่วยงานให้บริการในภาคเอกชน

“ถ้าเกิดกลุ่มเป้าหมายเยอะ คนไข้เยอะ พี่ก็อาจจะมียาม 2-3 คนแล้วก็หมุนเวียนกันไป มีการ ออกแบบ แต่ TOR ก็ต้องมีการตั้งเอาไว้ ต้องครอบคลุมก็ครัวเรือน ก็บ้าน เช้า สาย บ่าย เย็น เราจะไปเยี่ยมอย่างไร ก็ต้องมีกำหนด plan ไว้

ชัดเจน ในกลุ่มที่เรารับผิดชอบน่าจะเป็นแนวนั้นมากกว่า ในการทำ ก็ขึ้นอยู่กับเป้าหมายเรา” (ผู้บริหารส่วนภูมิภาค คนที่ 1)

“....ใช้หลายๆ คน ทำเป็นทีม คนเดียวไม่ไหว ถ้ามาหลากหลาย ก็คือมาเปรียบเทียบในการทำงานเนอะ คนที่ ด้อยก็จะพยายามทำตัวให้ได้ง่าย คือถ้าคนเดียวก็จะเฉื่อยๆ เราว่าเป็นแบบทีมดีกว่า อาจจะไม่ได้ต้องทำงานทุกวัน ให้คน อื่นช่วยดูแลก็ได้ แต่ว่าทุกเคสเราต้อง Join กัน” (คณะกรรมการกองทุน)

2.2 การจ้างแบบรายคนตามหน้าที่ โดยมีการเขียน TOR เพื่อระบุการจัดจ้างแบบเหมาบริการให้บุคคลเข้า มารับผิดชอบบทบาท CM ในชุมชน มีข้อดี คือ สามารถบริหารจัดการได้คล่องตัวและเบ็ดเสร็จภายในตัวเอง รูปแบบการ จ้างแบบรายบุคคล สามารถแบ่งลักษณะการจ้างออกเป็น 3 แบบ ได้แก่

2.2.1 การจ้างเป็นอาสาสมัครบริบาล โดยจ้างด้วยระเบียบของกรมการปกครองท้องถิ่น กำหนดให้เป็น บุคคลในพื้นที่ และปฏิบัติหน้าที่ตามแผนการที่ อบต. กำหนดให้เป็นรายชั่วโมง อย่างไรก็ตามระเบียบดังกล่าวไม่ได้ เชื่อมโยงกับระเบียบของกระทรวงสาธารณสุข ผู้ปฏิบัติงานได้รับค่าตอบแทนไม่คุ้มค่าหรือไม่พอใจให้ทำงานได้มากพอ โดยเฉลี่ยแล้วได้ค่าตอบแทนอยู่ที่ 6,000 บาท/คน และบทบาทนี้ไม่ใช่บทบาท CM

“แนวทางการจ้างคือกรมมีช่องทางในการว่าจ้างแรงงาน ให้สามารถจ้างเหมาบริการได้ ใช้ได้กับองค์กรบริหาร ปกครองส่วนท้องถิ่น ในโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพราะฉะนั้นเอาตัวนี้มาใช้ กระทรวง สาธารณสุขเขาใช้ระเบียบข้าราชการพลเรือน ไม่ใช่ของเรา ซึ่งระเบียบข้าราชการปกครองส่วนท้องถิ่นก็มีระเบียบจ้าง เหม่า ซึ่งถ้าดูและระยะกลางและระยะยาวเราก็มี อาสาสมัครบริบาล ซึ่งมีคุณสมบัติคือเป็นคนในพื้นที่ และการเป็นต้อง ปฏิบัติการตามแผนตามที่ อบต. กำหนดให้ เป็นรายชั่วโมง ด้านสุขภาพดูแลอย่างไร แต่ไม่ได้เป็นเรื่องของการรักษา...ซึ่ง ค่าตอบแทนขั้นต่ำคือ 6,000 บาทที่เรากำลังคุยกันเป็นเงินอุดหนุนของรัฐ ไม่ใช่ของสำนักงาน...ขั้นสูงสุดยังไม่ได้กำหนด รัฐ สนับสนุนให้ 6,000 แต่คุณจะไปจ้างเท่าไรหามาเอง โดยกระทรวงมหาดไทยจะกำหนดแล้วค่อยแจ้งไปให้ อบต. ทราบ ถึง CM จะเข้ามาร่วมก็ต้องไปอบรมหลักสูตรนะ เรามีประกาศมาตรฐานหลักเกณฑ์ หลักสูตรบริบาลท้องถิ่น...ถ้าจ้าง ผู้เชี่ยวชาญ นางพยาบาลวิชาชีพระดับ 9 หรือเทียบเท่า อายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่เกิน 70 ปี คุณต้องทำงานใน อบต. มาไม่ต่ำกว่า 20 ปี” (ผู้บริหารส่วนกลางคนที่ 5)

2.2.2 การจ้างแบบจ่ายค่าตอบแทนแบบรายเดือน พบว่า ในบางพื้นที่ ได้ดำเนินการจ้างแบบเต็มเวลา จ่ายค่าตอบแทนเป็นรายเดือน โดยใช้งบประมาณจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น มีขอบเขตที่กำหนดจำนวนของผู้สูงอายุ ที่ต้องดูแล อย่างไรก็ตามการจ่ายค่าตอบแทนนี้ อาจจะเป็นรูปแบบ “เหมาจ่ายรายเดือน” โดยคำนวณจากปริมาณคนไข้ และประเมินจำนวนการทำงานต่อสัปดาห์ที่ต้องใช้กับกลุ่มคนไข้ที่คัดเลือกไว้ โดยสัดส่วนของ CM กับจำนวนคนไข้ คือ 1: 5 คน และอัตราค่าจ้างเป็นรายเดือน คือ 10,000-15,000 บาท ข้อดีของการจ้างเป็นแบบรายเดือนหรือทำงานเต็ม เวลา คือ เป็นรูปแบบที่หน่วยงานราชการคุ้นชิน สามารถติดตามการทำงานหรือสอบถามขอคำปรึกษาได้ง่ายกว่าการจ้าง บุคลากรทำงานนอกเวลา

“เหมาเป็นเดือนไป แล้วก็เอาจำนวน ปริมาณของคนไข้มาคำนวณอีกที ต้องมีเกณฑ์ในการคำนวณ ต้องมีเกณฑ์หลักมาในระดับภาคนโยบายก่อนนะค่ะว่าคุณจะต้องดูแล Case ในแต่ละ Case คุณจะต้องไปประเมินกี่วัน 5 Case ต่อหนึ่งวันก็ว่ากันไป เพราะว่าเกณฑ์คนเรา วันหนึ่งไม่ควรเกิน 5 Case มันจะหนักเกิน” (ผู้บริหารส่วนกลางคนที่ 5)

2.2.3 การจ้างเหมาบริการ เป็นการจ้างลักษณะของการทำงานแบบบางเวลาหรือจ้างในลักษณะโครงการที่เหมาะสมส่วนของการทำงาน กำหนด TOR เพื่อแก้ปัญหาเรื่องการติดระเบียบทางราชการ แต่อย่างไรก็ตามเพื่อให้ท้องถิ่นสามารถจ้างได้ต้องมีการแก้ไขระเบียบของกระทรวงมหาดไทยรองรับ หรือทำข้อตกลงกับกระทรวงสาธารณสุขเรื่องภารกิจ รวมถึงต้องมีการเชื่อมโยงกับกระทรวงการคลัง, สำนักงบประมาณ ในการตีกรอบการจ้างกับกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตามการจ้างในลักษณะนี้ กระทรวงมหาดไทยควรมีการปรับเปลี่ยนระเบียบ โดยมีข้อความระบุเพื่อให้ท้องถิ่นสามารถจ้างพยาบาลเกษียณได้ ในขณะที่บางพื้นที่มีการจ้าง CM ในท้องถิ่น ในรูปแบบจ้างเหมาบริการ อย่างไรก็ตามเมื่อ สตง. ยังเข้ามาตรวจสอบผู้บริหารส่วนท้องถิ่นยังต้องมีการชี้แจงและจัดเตรียมเอกสารจำนวนมากเพื่อชี้แจง ทำให้เกิดความยุ่งยากในการจัดจ้างดังกล่าว ดังนั้นการดำเนินการจึงขึ้นอยู่กับผู้นำในพื้นที่

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่มมีการเสนอแนวทางการจัดจ้างด้วยรูปแบบการจ้างเหมาบริการมากกว่ารูปแบบอื่น

3. งบประมาณการจ้าง แหล่งงบประมาณ “ควรใช้งบประมาณในส่วนของท้องถิ่นเป็นหลัก” โดยอัตราการคิดค่าจ้างควรคำนวณจากจำนวนประชากรครัวเรือน ดังคำอธิบาย

“รูปแบบการจ้าง ถ้าพินิจมองว่าในชุมชน ที่จะมองเป็นฐานเป็น community based เป็นประชากร รูปแบบการจ้างก็ต้องเป็นการจ้างในรูปแบบของประชากร ตอนนี้นำประชากรมาเป็นครอบครัว เราเอารัฐธรรมนูญเป็นตัวตั้ง เรามีแพทย์ประจำครอบครัว พินิจมองว่าคำนวณการจ้างก็น่าจะจ้างเป็นจำนวนครอบครัว จำนวนครอบครัวเท่านั้นนะ น่าจะเป็นเช่นนั้น ครอบครัวเป็น POP based ก็เป็นจำนวนประชากร จำนวนครัวเรือนที่เราจะมาดูว่าเราจะจ้างเป็นในรูปแบบไหนที่รับผิดชอบ” (ผู้บริหารส่วนกลางคนที่ 6)

สรุปอัตราค่าตอบแทนและลักษณะการทำงานของพยาบาลเกษียณ สรุปว่า ควรมีความยืดหยุ่นเป็นไปตามสัดส่วนของจำนวนประชากรผู้สูงอายุ และไม่ควรเป็นลักษณะของงานประจำที่ทำให้พยาบาลต้องเกิดความเครียดภายหลังจากเกษียณ ควรเป็นเหมือนงานเสริมที่เพิ่มจากการรับเงินบำนาญ แต่สามารถสนใจให้กลับมาทำงานได้ ดังนั้นผู้บริหารส่วนกลางส่วนใหญ่มองว่าอัตราค่าจ้างในลักษณะต่างๆ หากคิดเฉลี่ยแล้วควรมีการจ้างอยู่ในอัตรา 15,000-30,000 บาท/เดือน หรือ รับผิดชอบเคสละ 500 บาท เป็นต้น จากผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการจ้างเหมาบริการเป็นแนวทางที่ผู้บริหารและกลุ่มกองทุนหมู่บ้าน ให้ความเห็นชอบมากที่สุด

“ถ้าเอา Full time จ้างรายเดือน ปริมาณตรีขั้นต่ำ อิงข้าราชการบรรจุใหม่ 15,000 นะ อันนี้คือตำแหน่งบวก 3,500 ก็ค่าตำแหน่ง หรือ 5,600 หรือ 7,200 พูนเข้าไปเพราะเค้ามีประสบการณ์สูง ก็ 20,000 กว่านะ หรือจะ Part time ก็ได้รับการพิจารณาแบบยืดหยุ่นก็ได้” (ผู้บริหารส่วนกลางคนที่ 5)

4. ความคุ้มค่าในการจ้างงานพยาบาลเกษียณ ทั้ง 3 กลุ่ม ส่วนใหญ่มีความเห็นว่ามีค่าคุ้มค่า ทั้งนี้เห็นว่าการจ้างงานพยาบาลเกษียณมีประโยชน์ คือ 1) ช่วยลดภาระทางสังคมในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ โดยการนำพยาบาลที่เป็น

ผู้สูงอายุกลับมาทำงาน 2) ช่วยทำให้พยาบาลสูงอายุยังคงมีสุขภาพดี 3) พยาบาลเกษียณมีประสบการณ์สูง บางรายมีการทำหน้าที่ CM มาก่อน และมีความเข้าใจพื้นที่สูง 4) พยาบาลเกษียณมีความเข้าใจผู้สูงอายุด้วยกัน รวมถึงเข้าใจถึงอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ 5) มีความน่าเชื่อถือ คนในชุมชนเชื่อคำพูดของพยาบาลที่มีอาวุโส 6) มีเวลาว่างมากกว่าพยาบาลที่ยังไม่เกษียณซึ่งยังคงทำงานในสถานบริการ ขณะเดียวกัน มีข้อคิดเห็นเกี่ยวกับความไม่คุ้มค่าในการจ้างพยาบาลเกษียณเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ โดยเห็นว่า 1) พยาบาลเกษียณไม่ตื่นตัวและเรียนรู้ด้านเทคโนโลยี ไม่เชี่ยวชาญในการใช้โปรแกรมต่างๆ ทำให้เพื่อนร่วมงานคนอื่นต้องมาทำงานอีกรอบ 2) มีปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงาน หรือบางครั้งอาจส่งผลกระทบต่อคนไข้ และ 3) ไม่สามารถเดินทางในพื้นที่ได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องยานพาหนะไม่สามารถขับรถได้

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความจำเป็นและความเป็นไปได้ในการจ้างงานพยาบาลเกษียณอายุในบทบาทผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ในทัศนะของกลุ่มผู้บริหารที่กำหนดนโยบาย (Demand side) ในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค รวมทั้งผู้บริหารที่เป็นกรรมการกองทุน พบว่า มีความเป็นไปได้และมีความจำเป็น เนื่องจากเห็นว่ามีค่าความคุ้มค่า โดยการจัดหาบุคลากรด้านสาธารณสุขมาเพิ่ม เป็นการลดภาระและรักษากลุ่มพยาบาลปัจจุบันไว้ได้ เนื่องจากปัจจุบัน พยาบาลทั้งที่จบใหม่และปฏิบัติงานมานานมีภาระงานและปริมาณงานมากส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้า ไม่สามารถปฏิบัติภารกิจหลักได้อย่างมีคุณภาพ ผู้รับบริการไม่ได้รับบริการอย่างทั่วถึง จนเกิดปัญหาเรื่องการลาออกหรือเกษียณอายุราชการก่อนกำหนด และมีปัญหาค่าตอบแทนที่ไม่ยุติธรรมส่งผลกระทบต่อการทำงานและคุณภาพของบุคลากรมากขึ้น ส่วนหนึ่งเกิดจากค่าตอบแทน และการรับภาระหนักเกินไป ซึ่งเป็นปัญหาที่สะสมต่อเนื่องยาวนานมากกว่า 10 ปี โดยมีผลการศึกษาของกฤษฎา แสงวดี (2015) วิจิตร ศรีสุพรรณและกฤษฎา แสงวดี (2555) และรายงานสภาการพยาบาลที่พบว่า พยาบาลลาออกเพราะการจัดการที่ด้อยประสิทธิภาพทั้งค่าตอบแทนที่ไม่จูงใจ ภาระงานหนัก ไม่ได้บรรจุเป็นข้าราชการ มีปัญหาด้านความก้าวหน้าและเหตุผลด้านการเกษียณอายุตามระเบียบราชการ และการจ้างงานพยาบาลเกษียณ พยาบาลกลุ่มนี้สามารถทำงานได้ โดยสอดคล้องกับรายงานการศึกษาของวันเพ็ญ แก้วปาน และคณะ (2564) ที่พบว่า สถานบริการสุขภาพในประเทศไทย มีการจ้างงานพยาบาลเกษียณอายุทำงานต่อภายหลังเกษียณ และพยาบาลเกษียณอายุยังสามารถทำงานได้ โดยทำงานในลักษณะงานที่หลากหลาย ทั้งเป็นงานบริการพยาบาลและงานอื่นที่ไม่ใช่การพยาบาลโดยตรง เช่น ในแผนกประชาสัมพันธ์ งานคุณภาพ และในสถานประกอบการ (โรงงาน) รวมทั้งศูนย์บริการสุขภาพของสำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร เพื่อแก้ไขปัญหาความขาดแคลนพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า พยาบาลเกษียณอายุยังสามารถทำงานได้ต่อเนื่องทั้งในสถานบริการสุขภาพและในชุมชน และการให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการดูแลผู้สูงอายุ (McGilton, Tourangeau, Kavcic, & Wodchis, 2013; Squires et al., 2019; Maurits, de Veer, van der Hoek, & Francke, 2015; Bratt & Gautun, 2018; Dhaini et al., 2017; Yamaguchi, Inoue, Harada & Oike, 2016; Mazurenko, Gupte, & Shan, 2015; Knecht, Milone-Nuzzo, Kitko, Hupcey, & Dreachslin, 2015; McGilton, Boscart, Brown, & Bowers, 2014; Chu, Wodchis, & McGilton, 2014;

Agosti, Andersson, Ejlertsson, & Janlöv, 2015; Sulander et al., 2016; Tourangeau et al., 2017) สะท้อนว่าพยาบาลยังมีศักยภาพในการทำงานและสามารถปฏิบัติงานได้แม้ว่าจะสิ้นสุดการทำงานในภาครัฐภายหลังการเกษียณอายุ

2. แนวทางรูปแบบการจ้างงานพยาบาลเกษียณอายุ พบว่า มีรูปแบบดำเนินการได้ 2 รูปแบบ คือ รูปแบบที่ 1 การจ้างงานเป็นผู้จัดการระบบแบบคนเดียว และรูปแบบที่ 2 การจ้างงานพยาบาลเกษียณอายุในบทบาทผู้จัดการระบบในรูปแบบทีมพยาบาลทั้ง 2 รูปแบบ สามารถดำเนินการได้ตามความเหมาะสมในบริบทของสถานบริการและความสมัครใจของพยาบาล สำหรับอัตราค่าตอบแทนพยาบาลเกษียณ สรุปว่า ควรมีความยืดหยุ่นเป็นไปตามสัดส่วนของจำนวนประชากรผู้สูงอายุ จำนวนอำเภอของพื้นที่ อัตราค่าจ้างที่เสนอควรเป็นค่าจ้างที่มีความเหมาะสมกับพยาบาลเกษียณ ทั้งนี้ควรเป็นเหมือนงานเสริมที่เพิ่มจากการรับเงินบำนาญ แต่สามารถจูงใจให้กลับมาทำงานได้ และพบว่ารูปแบบการจ้างเหมาบริการเป็นแนวทางที่ผู้บริหารและกลุ่มกองทุนหมู่บ้าน ให้ความเห็นชอบมากที่สุด ลักษณะการทำงานเป็นแบบยืดหยุ่น สอดคล้องกับรายงานการศึกษาในต่างประเทศพบว่าแนวโน้มการจ้างงานพยาบาลเกษียณมีทั้ง full-time, part-time และ casual ดังนั้น การทำงานในรูปแบบเป็นกะ หรือรูปแบบ Part-time จะช่วยให้เกิดความสมดุลของการใช้ชีวิตและการทำงานมากยิ่งขึ้น มีส่วนช่วยเพิ่มความพึงพอใจในงาน และเป็นปัจจัยส่งเสริมให้พยาบาลพึงพอใจในงาน (McGilton, Tourangeau, Kavcic, & Wodchis, 2013); Squires et al., 2019); McGilton, Boscart, Brown, & Bowers, 2014); Tourangeau et al., 2017) แต่หากสภาพแวดล้อมการทำงาน เช่น ภาระงานมากเกินไป เจ้าหน้าที่และอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ความกังวลเกี่ยวกับเวลา (Knecht, Milone-Nuzzo, Kitko, Hupcey, & Dreachslin, 2015) โดยพยาบาลสูงวัยที่รับรู้สภาพแวดล้อมการทำงาน เช่น มีภาระงานที่มากเกินไป ไม่สามารถควบคุมงานได้ มีเจ้าหน้าที่และอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ขาดเจ้าหน้าที่และส่งผลต่อการเข้าถึงความร่วมมือในการทำงานเพื่อสนองตอบกับความต้องการในการดูแลผู้พักอาศัย ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดความไม่พึงพอใจในงานและอาจทำให้พยาบาลเกษียณตัดสินใจไม่ทำงานได้

3. งบประมาณ ความคุ้มค่าต้นทุนในการจ้างงานพยาบาลเกษียณ พบว่า งบประมาณควรใช้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นแหล่งทุนโดยตรงและพิจารณาตามความเหมาะสมตามความเห็นของชุมชน ความคุ้มค่าในการจ้าง มีทั้งความเห็นว่าคุณค่า และไม่คุ้มค่าเพราะมีข้อจำกัดด้านสุขภาพและทักษะใหม่ๆ โดยเฉพาะการใช้เทคโนโลยี สอดคล้องกับรายงานการศึกษาเกี่ยวกับการทำงานของพยาบาลเกษียณใน home health care พบว่า มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ รวมทั้งการทำงานเกินขอบเขต (Rossman, 2011) ปัจจัยด้านสุขภาพและศักยภาพทางร่างกาย (Duffie, Graham, Donoghue, Griffiths, Bichel-Findly & Dimitrelis, 2007) และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ปัญหาสุขภาพมีผลต่อการตัดสินใจทำงานต่อหรือไม่ต่อของแรงงานสูงอายุได้ (ปิยพัฒน์ ประทุมธรรารัตน์, 2559; ศุภชัย ศรีสุชาติ, 2560)

สรุปผลการศึกษา ผู้บริหารส่วนกลางและส่วนภูมิภาคมีความเห็นว่า มีความจำเป็นและเป็นไปได้ในการจ้างงานพยาบาลเกษียณในบทบาทผู้จัดการระบบการดูแลและเยี่ยมเยียนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยมีรูปแบบการจ้างงาน 2 รูปแบบ คือ รูปแบบรายบุคคลและรูปแบบทีม โดยงบประมาณควรพิจารณาใช้งบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยควรมีการแก้ไขระเบียบการใช้งบประมาณเพื่อสามารถจ้างงานพยาบาลเกษียณในการปฏิบัติงานตาม

บทบาทได้หรือการจัดทำโครงการเสนอเพื่อใช้งบประมาณ ความคุ้มค่าเห็นว่ามีคุณค่าในการจ้างงาน แต่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและทักษะการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆในการทำงาน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการจ้างงานพยาบาลเกษียณ ผู้บริหารในระดับสูงที่กำหนดนโยบายควรเสนอแผนงานการจ้างงานพยาบาลเกษียณในบทบาทผู้จัดการระบบสุขภาพได้โดย ควรมีการเสนอแก้ไขกฎระเบียบการเงินและการจ้างงานเพื่อให้สามารถจ้างพยาบาลปฏิบัติงานได้โดยจัดทำเป็นโครงการหรืออาจดำเนินการแก้ไขขยายโอกาสการทำงานต่อเนื่องในระบบราชการเช่นเดียวกับสาขาขาดแคลน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรมีการเตรียมข้อมูลจำนวนพยาบาลเกษียณที่ต้องการทำงานอย่างเป็นระบบ รวมทั้งควรมีการเตรียมความพร้อมในการทำงานแก่พยาบาลเกษียณโดยการจัดทำโครงการฝึกอบรมเพิ่มทักษะที่จำเป็น (up-skill & re-skill) แก่พยาบาลที่ต้องการทำงานหลังเกษียณในงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชนก่อนเกษียณอายุ และพยาบาลควรมีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่องก่อนเกษียณเพื่อการมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

ควรมีการทดลองศึกษาในรูปแบบประสิทธิผลการจ้างงานพยาบาลเกษียณในบทบาทผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนทั้ง 2 รูปแบบโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ที่มีความพร้อมในการดำเนินการ และจัดโปรแกรมเสริมทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุแก่พยาบาลก่อนเกษียณอายุ

เอกสารอ้างอิง

กฤษดา แสงดี. (2015, 2 สิงหาคม). *อีก10 ปีวิกฤตหนักขาดแคลนพยาบาล*

<https://www.hfocus.org/content/2015/04/9830>

ผ่องพรรณ อรุณแสง, วรณภา ศรีธีรัตน์ , เรมวณ นันทศุภวัฒน์, วันเพ็ญ แก้วปาน และคณะ. (2555). สถานการณ์การทำงานและสุขภาพของอาจารย์พยาบาลไทยที่ปฏิบัติงานในสถาบันการศึกษาพยาบาลภายหลังเกษียณอายุราชการ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(2), 63-80.

ปิยพัฒน์ ประทุมธารรัตน์. (2559). *การศึกษาความเป็นไปได้ในการขยายอายุเกษียณการทำงาน กรณีศึกษา บริษัท ซีพี ออลล์ จำกัด (มหาชน)*. (การค้นคว้าอิสระหลักสูตรเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์ธุรกิจ). คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วรเวศม์ สุวรรณระดา, ดาริ เถลิวงค์, วิลาวัลย์ คำจตุติ , สุภาภรณ์ คำเรืองฤทธิ์, จริยภัทร บุญมา, ญัฐพงษ์ พบสมัย, กิตติพร สินธุประภา, ะมนต์ สุขสมิตร, ประภาพร พรหมเมตจิตผล และตินา กนกธนาพร. (2553). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ *โครงการวิจัยระบบการดูแลระยะยาวเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อวัยสูงอายุ*. บริษัท ศักดิโสภาคการพิมพ์ จำกัด.

วันเพ็ญ แก้วปาน, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, สุรินทร์ กลัมพากร และจุฑาธิป ศีลบุตร. (2563). สถานการณ์การจ้างงานพยาบาลเกษียณอายุในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 14 (4), 417-430.

- วันเพ็ญ แก้วปาน, สุรินทร์ กลัมพากร, จุฑาธิป ศีลบุตร, สุปรีดา มั่นคง, และธีรพร สติธองกร. (2564). รายงานฉบับสมบูรณ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบบริการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการเสริมสร้างสมรรถนะและการจ้างงานพยาบาลเกษียณอายุในบทบาทผู้จัดการระบบสุขภาพในชุมชน. เมตตาพรินต์ติ้ง จำกัด.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ และ กฤษดา แสงดี. (2555). ข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(1), 5-12.
- ศุภชัย ศรีสุชาติ. (2559, 12 พฤษภาคม). กรอบแนวคิดการจ้างงานผู้สูงอายุ. เอกสารเสนอในการประชุมสัมมนาเรื่อง แรงงานสูงวัย หมายเหตุของอนาคต. <http://thaitgri.org/?p=37647>
- สภาการพยาบาล. (2565). แผนกลยุทธ์การพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2565-2569 สภาการพยาบาล. บริษัท สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด.
- สำนักการพยาบาล, สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข. (2557). หลักสูตรการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลผู้จัดการสุขภาพชุมชน. ห้างหุ้นส่วนจำกัดเทพเพ็ญวานิชย์.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปี 2559.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2553). รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย. ทิควิพีจำกัด.
- Agosti, M. T., Andersson, I., Ejlertsson, G., & Janlöv, A. (2015). Shift work to balance everyday life – A salutogenic nursing perspective in home help service in Sweden. *BMC Nursing*, 14, 2.
- Bratt, C., & Gautun, H. (2018). Should I stay or should I go? Nurses' wishes to leave nursing homes and home nursing. *Journal of Nursing Management*, 26(8), 1074-1082.
- Chu, C. H., Wodchis, W. P., & McGilton, K. S. (2014). Turnover of regulated nurses in long-term care facilities. *Journal of Nursing Management*, 22(5), 553-562.
- Dhaini, S. R., Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Simon, M., Kunz, R., De Geest, S., & Schwendimann, R. (2017). Are nursing home care workers' health and presenteeism associated with implicit rationing of care? A cross-sectional multi-site study. *Geriatric Nursing*, 38(1), 33-38.
- Duffield, C., Graham, E., Donoghue, J., Griffiths, R., Bichel-Findlay, J., & Dimitrelis, S. (2015). Why older nurses leave the workforce and the implications of them staying. *J Clin Nurs*, 24(5-6), 824-831. <https://doi.org/10.1111/jocn.12747>
- Gavrilov, L. A., & Heuveline, P. (2003). Aging of Population. In P. Demeny & G. MacNicoll (Eds.), *Encyclopedia of Population* (pp. 32-37). Macmillan Reference.

- Kaewpan, W., Peltzer, K., Kalampakorn, S., & Moolsart, S. (2017). Professional quality of life among postretired academic university employees in Thailand. *Social Behavior and Personality: An international Journal*, 45(4), e5913. <http://doi:10.2224/sbp.5913>
- Knecht, P., Milone-Nuzzo, P., Kitko, L., Hupcey, J. E., & Dreachslin, J. (2015). Key attributes of LPN job satisfaction and dissatisfaction in long-term care settings. *Journal of Nursing Regulation*, 16(2), 17-24.
- Maurits, E. E. M., de Veer, A. J., van der Hoek, L. S., & Francke, A. L. (2015). Autonomous home-care nursing staff are more engaged in their work and less likely to consider leaving the healthcare sector: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 52(12), 1816-1823.
- Mazurenko, O., Gupte, G., & Shan, G. (2015). Analyzing U.S. nurse turnover: Are nurses leaving their jobs or the profession itself? *Journal of Hospital Administration*, 44(4), 48-56.
- McGilton, K. S., Boscart, V. M., Brown, M., & Bowers, B. (2014). Making tradeoffs between the reasons to leave and reasons to stay employed in long-term care homes: Perspectives of licensed nursing staff. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 917-926.
- McGilton, K. S., Tourangeau, A., Kavcic, C., & Wodchis, W. P. (2013). Determinants of regulated nurses' intention to stay in long-term care homes. *Journal of Nursing Management*, 21(5), 771-781.
- Rossman TL. Older home health registered nurses: Work perceptions and satisfaction. Dissertation Submitted to the School of Graduate Studies and Research in Partial Fulfilment of the Requirements for the Degree Doctor of Philosophy, Indiana University of Pennsylvania. August 2011. Google Scholar
- Squires, J. E., Baumbusch, J., Varin, M. D., MacDonald, I., Chamberlain, S., Boström, A., Thompson, G., Cummings, G., & Estabrooks, C. A. (2019). A profile of regulated nurses employed in Canadian long-term care facilities. *Canadian Journal on Aging*, 38(2), 130-142.
- Sulander, J., Sinervo, T., Elovainio, M., Heponiemi, T., Helkama, K., & Aalto, A. (2016). Does organizational justice modify the association between job involvement and retirement intentions of nurses in Finland? *Research in Nursing & Health*, 39(5), 364-374.

- Tourangeau, A. E., Patterson, E., Saari, M., Thompson, H., & Cranley, L. (2017). Work-related factors influencing home care nurse intent to remain employed. *Health Care Management Review, 42*(1), 87-97.
- Yamaguchi, Y., Inoue, T., Harada, H., & Oike, M. (2016). Job control, work-family balance and nurses' intention to leave their profession and organization: A comparative cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies, 64*, 52-62

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

รัชลิตา สุขงษา* และจิตภินันท์ ศรีจักรโคตร, Ph.D.**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 374 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามแบบสอบถามประสบการณ์ของผู้ป่วย และแบบสอบถามปัจจัยด้านคุณภาพบริการตามประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ซึ่งแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์เท่ากับ 1.00 วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.90 และ 0.95 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า ระดับประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.73 ($SD=0.39$) ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์ผู้ป่วยที่มารับบริการประกอบด้วย ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ ด้านด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ และ ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ สามารถพยากรณ์ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ได้ร้อยละ 76.5 ($R^2= 0.765$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

คำสำคัญ: ประสบการณ์ผู้ป่วย ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ คุณภาพบริการ

*นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Corresponding author E-mail: jonsri@kku.ac.th

(Received: July 26, 2023; Revised: October 19, 2023; Accepted: December 1, 2023)

Factors influencing the experience of patients receiving services at the computed tomography examination room at Srinagarind Hospital

Ratchalita Suwongsa* & Jitpinan Srijakkot, Ph.D.**

Abstract

This research aims to study the experience of patients undergoing computed tomography at Srinagarind Hospital and to study factors that influence the experience of patients undergoing computed tomography at Srinagarind Hospital. The samples consisted of 374 people in patients who received services at the computed tomography examination room at Srinagarind Hospital. The instruments used in this study were divided into 3 parts about personal information questionnaire, a questionnaire on the experience of patients and a questionnaire on service quality factors based on the experience of patients receiving services at the computed tomography examination room Srinagarind Hospital. It was verified by five experts for content validity. The Index of Item Objective Congruence (IOC) for all items was 1.00. The questionnaires were tested for reliability with Cronbach's Alpha Coefficient, which was 0.90 and 0.95 respectively. Data analysis was done using descriptive statistics including mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis.

The results of this study found that level of experience of patients undergoing computed tomography at Srinagarind Hospital was at highest level with averages of 4.73 ($SD=0.39$). In addition, it was found factors that influence the experience of patients undergoing computed tomography at Srinagarind Hospital consisted of responsiveness to service, empathy, reliability and assurance. These factors could predict the experience of patients undergoing computed tomography at Srinagarind Hospital at 76.5 % ($R^2 = 0.765$) (p- value 0.05).

Keywords: Experience of patient Computed tomography room Service quality

* Master's degree students, Nursing Administration, Faculty of Nursing Khon Kaen University

** Faculty of Nursing Khon Kaen University

บทนำ

ปัจจุบันการให้บริการที่มีประสิทธิภาพของโรงพยาบาลศรีนครินทร์มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วย (focus care) ที่ให้ความสำคัญกับประสบการณ์ของผู้มารับบริการ ตั้งแต่ก่อนเข้ารับบริการ จนถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับระบบบริการสุขภาพ บุคลากรในโรงพยาบาล แพทย์ พยาบาล สิ่งอำนวยความสะดวก ความตรงเวลาในการเข้าตรวจ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การสื่อสารกับผู้ให้บริการ จนกระทั่งกลับบ้าน (The Agency for healthcare Research and Quality, 2016) การมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วย (focus care) สอดคล้องกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 (สถาบันรับรองคุณภาพสถานบริการ (องค์การมหาชน), 2565) ในมาตรฐานตอนที่ 1 ภาพรวมของการบริหารองค์กร (organization management overview) หัวข้อ I-3.1 ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยหรือผู้รับผลงาน (patient/customer needs and expectations) ซึ่งสถาบันรับรองคุณภาพสถานบริการ (องค์การมหาชน) ได้ส่งเสริมให้สถานพยาบาลเรียนรู้ประสบการณ์ผู้ป่วยเพื่อนำไปพัฒนาหรือปรับปรุงระบบบริการในสถานบริการ โดยการรับฟังประสบการณ์ผู้ป่วยเพื่อช่วยให้สถานบริการได้เรียนรู้ความต้องการ และความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มต่างๆ รวมทั้งการรับฟังข้อมูลป้อนกลับทันทีหลังการเข้ารับบริการ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนจัดบริการ และปรับปรุงพัฒนากระบวนการทำงาน

ประสบการณ์ของผู้ป่วย (patient experience) ที่มารับบริการจะสะท้อนคุณภาพการบริการของระบบการดูแลสุขภาพ คุณภาพการบริการที่ดี ซึ่งเป็นการบริการตรงตามมาตรฐานและตรงตามความคาดหวังขององค์กร สามารถจับต้องได้และไม่สามารถจับต้องได้ เป็นที่รับรู้ของผู้รับบริการและผู้ให้บริการที่ตรง หรือเหนือ ความคาดหวังของผู้รับบริการที่ตั้งไว้ Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988) กล่าวถึง การวัดคุณภาพการให้บริการตามความคาดหวังของผู้รับบริการ ประกอบด้วยปัจจัยสำคัญ 5 มิติ คือ 1) ความเป็นรูปธรรมของการบริการ (tangible) 2) การตอบสนองต่อความต้องการการบริการ (responsiveness) 3) ความน่าเชื่อถือในการให้บริการ (reliability) 4) การสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ใช้บริการ (assurance) 5) ความเห็นอกเห็นใจ (empathy) ซึ่งแนวคิดประสบการณ์ผู้ป่วยแสดงให้เห็นถึงความต้องการทางด้านสังคม วัฒนธรรม อารมณ์ ความเป็นปัจเจกบุคคล รวมถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว โดยสถานพยาบาลต้องคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละราย แนวคิดประสบการณ์ผู้ป่วยเป็นขั้นตอนในการทำความเข้าใจประสบการณ์ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อใช้ในการตรวจสอบคุณภาพการบริการพยาบาล โดยยึดหลักการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งถือเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับระบบการดูแลสุขภาพ (Bastemeijer et al., 2020)

โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นโรงเรียนแพทย์ที่ให้บริการผู้ป่วยระดับเหนือตติยภูมิ ปัจจุบันโรงพยาบาลศรีนครินทร์ผ่านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (re-accredit) 5 ครั้ง มีนโยบายการพัฒนาเพื่อการรับรองขั้นก้าวหน้า (advanced HA) เพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศ ในปัจจุบันโรงพยาบาลศรีนครินทร์ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพบริการเป็นอันดับต้นๆ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจในผู้รับบริการ ลดข้อร้องเรียน การปรับปรุงผลลัพธ์ และคุณภาพของการบริการช่วยลดต้นทุน เพิ่มความปลอดภัย และเป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ (The Agency for healthcare Research and Quality, 2016) การปรับปรุงคุณภาพการบริการ

ให้มีประสิทธิภาพในปัจจุบันจึงเน้นที่การประเมินประสิทธิภาพของผู้รับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 (สถาบันรับรองคุณภาพสถานบริการ (องค์การมหาชน), 2565) การประเมินประสิทธิภาพของผู้รับบริการเป็นเรื่องใหม่ยังมีการนำการประเมินประสิทธิภาพในผู้ป่วยไปใช้น้อย อีกทั้งยังไม่มีองค์ความรู้เกี่ยวกับประสิทธิภาพที่เพียงพอ ต้องมีการศึกษาแนวคิดประสิทธิภาพเพิ่มเติม ในปัจจุบันโรงพยาบาลศรีนครินทร์มีการประเมินความพึงพอใจโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับการมารับบริการ ประเมินเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ซึ่งพบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยไม่ได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงที พบข้อร้องเรียนหลังจากเกิดเหตุการณ์ขึ้นแล้ว จากสถิติจำนวนครั้งของผู้มารับบริการ ในแผนกงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก พบว่าในปี พ.ศ. 2562-2564 จำนวนครั้งของผู้มารับบริการ 1,036,882, 954,713 และ 942,800 ตามลำดับ และพบว่าอัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการในปี พ.ศ. 2562-2564 คิดเป็นร้อยละ ดังนี้ 98.36, 98.65 และ 98.43 ของผู้ป่วยทั้งหมด (งานบริการพยาบาล, 2565)

แม้ว่าผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการในการมารับบริการจะอยู่ในระดับสูงแต่ยังพบว่า ยังมีผู้ป่วยที่ไม่พึงพอใจในการให้บริการ มีข้อร้องเรียนเรื่องการรอคิว การต้องติดต่อประสานงานหลายห้องตรวจ พฤติกรรมบริการ ลำดับขั้นตอนการตรวจ เป็นต้น อยู่ตลอดเวลา (จากการสัมภาษณ์/การสังเกตผู้รับบริการ) จะเห็นได้ว่าปัญหาที่ผู้ป่วยพบเจอขณะมาตรวจไม่ได้รับการแก้ไข ทางผู้บริหารแผนกงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกได้เล็งเห็นความไม่สอดคล้องของการประเมินนี้จึงมีนโยบายสนับสนุนการศึกษาวิจัยในเรื่องประสิทธิภาพการรับบริการของผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เป็นห้องตรวจที่ให้บริการการตรวจพิเศษทางรังสีวินิจฉัยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนโดยใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการตรวจวินิจฉัย ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ให้บริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในแถบภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จากสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในปี พ.ศ. 2562-2564 พบว่า มีผู้มารับบริการจำนวน 14,827, 13,297 และ 13,113 ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 35.95, 32.25 และ 31.80 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และพบว่าอัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการในปี พ.ศ. 2562-2564 คิดเป็นร้อยละดังนี้ 89.05, 93.82 และ 98.68 ของผู้ป่วยทั้งหมด (หน่วยรังสีวิทยา, 2564)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการทางการแพทย์ของอภิญญา จำปามูล และคณะ (2566) ที่พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลเชิงบวกต่อประสิทธิภาพของผู้รับบริการ ได้แก่ การให้บริการของแพทย์และพยาบาล ที่ให้ความสำคัญและตระหนักใส่ใจให้การช่วยเหลือผู้ป่วยทันที มีการปฏิบัติงานที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เติบโตในการอธิบายข้อมูลต่างๆ ด้วยวิธีที่สามารถเข้าใจได้ การสร้างความมั่นใจ และความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ให้แก่ผู้ป่วย รวมถึงปัจจัยด้านรูปธรรมที่เป็นสภาพแวดล้อมโดยเน้นความปลอดภัยและความสะอาดเป็นหลักสำคัญ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของบัณฑิต สวรรยาวิสุทธิ์ (2561) ที่พบว่า ปัจจัยในการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์ส่งผลเชิงบวกต่อประสิทธิภาพที่ดีโดยรวมของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ

ด้วยความเป็นมาและปัญหาข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษา เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และลดความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล

ศรีนครินทร์และเข้มมุ่งงานบริการพยาบาลประจำปี 2565 ในด้านการพัฒนาระบบการบริการพยาบาลสู่ Smart hospital มีเป้าหมายเพื่อลดความไม่พึงพอใจให้เป็นศูนย์

วัตถุประสงค์การวิจัย

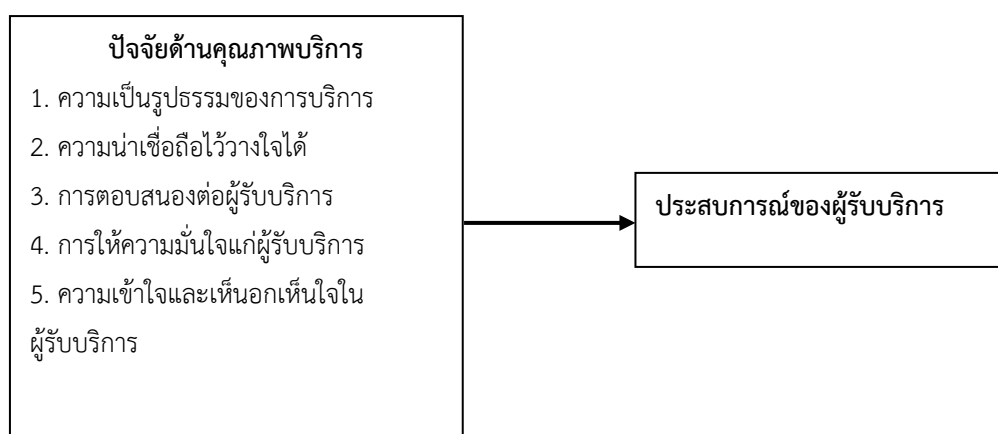
เพื่อวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยด้านคุณภาพบริการที่มีต่อประสบการณ์ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

สมมติฐานการวิจัย

ตัวแปรพยากรณ์ จำนวน 5 ตัวแปร ซึ่งได้แก่ ปัจจัยด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ ปัจจัยด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ ปัจจัยด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ ปัจจัยด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ และปัจจัยด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการสามารถร่วมกันพยากรณ์ประสบการณ์ของผู้รับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการวิจัย ดังนี้ ปัจจัยด้านคุณภาพบริการ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของ Parasuraman et al. (1988) ประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้ 1) ความเป็นรูปธรรมของการบริการ 2) ความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ 3) การตอบสนองต่อผู้รับบริการ 4) การให้ความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการ และ 5) การเอาใจใส่ต่อผู้รับบริการ สำหรับประสบการณ์ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้รับบริการของ Picker's Institute (1999) ซึ่งได้กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยไว้ ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ซึ่งมีจำนวนผู้มารับบริการ 13,113 คน (สถิติทะเบียนผู้มารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ หน่วยรังสีวิทยา, 2564)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ตั้งแต่วันที่ 10 เมษายน 2566–30 มิถุนายน 2566 โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างประเภทที่ทราบจำนวนประชากรของ Weiers (2005) ซึ่งได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 374 คน จากจำนวนประชากร 13,113 คน โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นไว้ที่ 95% และยอมให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ 1 ส่วนใน 10 ส่วนของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากร (σ)

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

- 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
- 2) ไม่มีการเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคในการสื่อสาร
- 3) เข้ารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์
- 4) สมควรใจที่จะเข้าร่วมในงานวิจัย

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ พฤติกรรม รวมถึงความจำและสติปัญญา ผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม โดยการศึกษาจากเอกสาร บทความ ทฤษฎีหลักการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา ลักษณะของคำถามเป็นการตรวจสอบรายการ (check list) จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประสบการณ์ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ วัดจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดของ Picker Institute (1999) ลักษณะคำตอบมี 5 ระดับเป็นคำถามประเภทมาตราส่วนประมาณค่า (rating Scale) ในรูปแบบของลิเคิร์ต (Likert's Scale) จำนวน 16 ข้อ 8 มิติ (แต่ละมิติประกอบด้วยคำถามจำนวน 2 ข้อ) ประกอบไปด้วย มิติการให้ความเคารพในความเป็นบุคคล มิติการประสานการดูแล มิติการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ มิติความสะดวกสบายทางกายภาพ มิติการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ มิติการมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ดูแล มิติการเปลี่ยนแปลงและการดูแลต่อเนื่องและมิติการเข้าถึงการดูแล

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านคุณภาพบริการตามประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากข้อดาว เมืองพรหม (2562) ตามกรอบแนวคิดของ Parasuraman, Zeithaml, & Berry. (1988) ลักษณะคำตอบมี 5 ระดับ เป็นคำถามประเภทมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ในรูปแบบของลิเคิร์ต (Likert's scale) มีข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ ประกอบด้วยด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ จำนวน 5 ข้อ ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ จำนวน 5 ข้อ ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ จำนวน 5 ข้อ ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ จำนวน 5 ข้อ และด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ จำนวน 5 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของแบบสอบถาม โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันการศึกษา จำนวน 3 ท่าน และ จากสถานบริการพยาบาล จำนวน 2 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ที่ได้รับการปรับปรุงและแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (try-out) กับผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 30 คน ที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา และนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ในส่วนข้อคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มารับบริการเท่ากับ 0.90 และข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านคุณภาพบริการตามประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มารับบริการเท่ากับ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อโครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยจัดเตรียมเอกสารแบบสอบถามใส่ซองให้เรียบร้อย และประสานงานกับผู้ที่รับผิดชอบในหน่วยงาน เพื่อขอความร่วมมือกับผู้มารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม และส่งคืนผู้ประสานงานที่รับผิดชอบ เพื่อนำส่งผู้วิจัยทุกวัน ซึ่งระยะเวลาการเก็บข้อมูลใช้ระยะเวลา 3 เดือนโดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 374 ฉบับ ได้รับแบบสอบถามตอบกลับ จำนวน 374 ฉบับ (ร้อยละ 100) เอกสารมีความสมบูรณ์ 374 ฉบับ (ร้อยละ 100)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลคุณภาพบริการของผู้มารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ การหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ นำมาวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิเคราะห์ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายระหว่างตัวแปรอิสระทั้งหมด คือ ปัจจัยด้านคุณภาพบริการ เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระมากกว่า 1 ตัวกับตัวแปรตาม 1 ตัว (multivariate relationship) โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้เสนอโครงการจริยธรรมต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หมายเลขสำคัญโครงการ HE661099 และได้รับการอนุมัติโครงการ ณ วันที่ 17 มีนาคม 2566 จึงดำเนินการวิจัยโดยการจัดทำใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมหนังสือชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัยถึงผู้ตอบแบบสอบถามทุกคน แนบไปพร้อมกับแบบสอบถามแต่ละชุด โดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและรับทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับการตัดสินใจยินยอมเป็นกลุ่มตัวอย่างต้องเป็นการตัดสินใจด้วยความสมัครใจไม่มีการบังคับ และมีเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็น และมีการลงลายมือชื่อเป็นหลักฐานในแบบฟอร์มยินยอมเป็นกลุ่มตัวอย่าง คำตอบที่ได้จะถูกนำไปใช้ในการวิเคราะห์ทางสถิติและการแปลผลข้อมูล ไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาวิจัยและการรักษาพยาบาล และจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลในแบบสอบถามจะถูกทำลายภายใน 3 ปี หลังผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่มีเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 52.94 โดยอยู่ในช่วงอายุ 52-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 59.63 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 34.22 มีสิทธิรักษาพยาบาลของสวัสดิการข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 51.07 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 30.48

1. ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่าระดับประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M=4.73$, $SD=0.39$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ให้ความเคารพและใส่ใจความรู้สึกของผู้รับบริการในการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ($M=4.81$, $SD=0.42$) รองลงมาคือ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ให้การดูแลผู้รับบริการอย่างเท่าเทียมและไม่เลือกปฏิบัติ ($M=4.80$, $SD=0.41$) และ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลหรือแนะนำวิธีการตรวจและขั้นตอนในการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ให้กับผู้รับบริการด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายและชัดเจน ($M=4.80$, $SD=0.41$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ พยาบาลและเจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของผู้รับบริการและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้รับบริการหลังการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ($M=4.66$, $SD=0.56$)

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยการใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) ซึ่งจำเป็นจะต้องมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ ดังนั้นก่อนการวิเคราะห์ผลจะต้องตรวจสอบข้อมูลของตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ ดังนี้

2.1 ตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม มีมาตรวัดเป็นอันตรภาค (interval) ขึ้นไปทุกตัว

2.2 ค่าความคลาดเคลื่อนแต่ละค่าเป็นอิสระกัน (autocorrelation) ซึ่งวิธีการตรวจสอบผู้วิจัยจะพิจารณาจากค่าสถิติ Durbin-Watson โดยถ้าค่า Durbin-Watson มีค่าเข้าใกล้ 2 กล่าวคือ มีค่าอยู่ในช่วง 1.65–2.35 จะสามารถสรุปได้ว่าค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระกัน (วรรณชนก จันทชุม, 2560) โดยจากการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้พบว่าค่า Durbin-Watson มีค่าเท่ากับ 1.94 ซึ่งอยู่ระหว่าง 1.65–2.35 จึงสรุปได้ว่าตัวแปรอิสระที่นำมาใช้ในการทดสอบไม่มีความสัมพันธ์ภายในตัวเอง

2.3 การตรวจสอบค่า multicollinearity ของตัวแปรอิสระ พบว่า ค่า tolerance ที่มีค่าน้อยที่สุดคือ 0.125 ซึ่งไม่ต่ำกว่า 0.1 หรือถ้า VIF ที่มีค่ามากที่สุดคือ 8.025 ซึ่งน้อยกว่า 10 ดังนั้นแสดงว่า ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันหรือไม่เกิด multicollinearity นั้นเอง (O'Brien & Marakas, 2006)

จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) พบว่า ตัวแปรอิสระสามารถพยากรณ์ประสบการณ์ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยตัวแปรอิสระที่มีอำนาจพยากรณ์ที่ดีที่สุด คือปัจจัยด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ ($\text{Beta}=0.303$) รองลงมา คือปัจจัยด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ ($\text{Beta}=0.249$) ปัจจัยด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ ($\text{Beta}=0.206$) และปัจจัยด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ ($\text{Beta}=0.167$) โดยตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปรนี้มีค่า p-value น้อยกว่า 0.05 และสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของประสบการณ์ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ได้ร้อยละ 76.5 หรือ มีอำนาจพยากรณ์ร้อยละ 76.5 และมีค่าความคลาดเคลื่อนของการพยากรณ์ที่ ± 0.192 ส่วนปัจจัยด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการพบว่าค่า p-value มากกว่า 0.05 (ไม่ Sig.) ซึ่งไม่สามารถนำมาใช้ในการพยากรณ์ประสบการณ์ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ในครั้งนี้ได้ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) ของสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้พยากรณ์ประสบการณ์ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

ตัวพยากรณ์	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p-value
	b	Std. Error	Beta		
ค่าคงที่	0.472	0.130		3.622	0.000
1. ปัจจัยด้านการให้ความมั่นใจแก่ ผู้รับบริการ (x_1)	0.162	0.69	0.167	2.338	0.020
2. ปัจจัยด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ (x_2)	0.272	0.056	0.303	4.889	0.000
3. ปัจจัยด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ (x_3)	0.248	0.053	0.249	4.685	0.000
4. ปัจจัยด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ (x_4)	0.212	0.058	0.206	3.653	0.000
R=0.874, $R^2=0.765$, Adjusted $R^2=0.762$, $SE_{est}=0.192$ $F=13.343$, p-value=0.000					

โดยสามารถสร้างสมการพยากรณ์ประสบการณ์ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ได้ดังนี้

สมการพยากรณ์ ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$\hat{Z} = 0.167 (x_1) + 0.303 (x_2) + 0.249 (x_3) + 0.206 (x_4)$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$\hat{Y} = 0.472 + 0.162 (x_1) + 0.272 (x_2) + 0.248 (x_3) + 0.212 (x_4)$$

การอภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยมาอภิปรายผลดังนี้

1. ประสบการณ์ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์จากผลการวิจัยพบว่า ระดับประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยประสบการณ์ที่ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการบริการเป็นอย่างดี คือ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ให้ความเคารพและใส่ใจความรู้สึกของผู้ป่วยในการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ตลอดจนพยาบาลและเจ้าหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมและไม่เลือกปฏิบัติ ทั้งนี้โรงพยาบาลศรีนครินทร์เป็นโรงพยาบาลระดับเหนือตติยภูมิ และเป็นโรงเรียนแพทย์ที่ให้ความสำคัญกับคุณภาพบริการ ซึ่งโรงพยาบาลศรีนครินทร์ผ่านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (re-accredit) 5 ครั้ง และมีนโยบายการพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อการรับรองขั้นก้าวหน้า (advanced HA) เพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศ จึงมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยและเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สอดคล้องกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการ

สุขภาพ ฉบับที่ 5 (สถาบันรับรองคุณภาพสถานบริการ (องค์การมหาชน), 2565) จึงมีนโยบายเรื่องการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง ทำให้บุคลากรในองค์กรมีความตระหนักในเรื่องการบริการที่มีคุณภาพ จึงทำให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ส่วนใหญ่มีความใส่ใจต่อผู้รับบริการ อีกทั้งยังได้รับการอบรมเกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยเป็นอย่างดี ประกอบกับพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์เป็นวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์ มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความทุกข์จากการเจ็บป่วยให้บรรเทาจากความทุกข์ ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์จึงจำเป็นต้องยึดถือคุณธรรมและจริยธรรมเป็นหลักปฏิบัติในการทำงาน ดูแลผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมไม่แบ่งชนชั้น วรณะ โดยมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ คือ เพื่อสร้างสรรค์คุณภาพความดีให้แก่สังคม และสร้างประโยชน์ให้แก่ส่วนรวม สอดคล้องกับงานวิจัยของรีนฤดี แก่นนาค และคณะ (2561) ที่ศึกษาประสบการณ์การรับบริการแผนกการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยพบว่า ประสบการณ์ของผู้รับบริการในแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ มีประสบการณ์อยู่ในระดับดีถึงดีมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ Zachary & GradDipHlthSc (2010) ที่ศึกษาเรื่อง ประสบการณ์ของผู้ป่วยในการถ่ายภาพทางการแพทย์: การทบทวนเชิงระบบเชิงคุณภาพ (โปรโตคอล) ซึ่งสำรวจประสบการณ์ของผู้ป่วยในการถ่ายภาพทางการแพทย์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประสบการณ์ที่ดีกับการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ซึ่งข้อมูลที่ได้สอดคล้องกับประสบการณ์ในด้านที่ผู้รับบริการประทับใจบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลและให้คำปรึกษาทางสุขภาพเป็นอย่างดี

2. ตัวแปรพยากรณ์ที่ร่วมกันทำนายประสบการณ์ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์

จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (stepwise multiple regression) พบว่า ปัจจัยที่ร่วมกันพยากรณ์ประสบการณ์ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีจำนวน 4 ปัจจัย โดยตัวแปรอิสระที่มีอำนาจพยากรณ์ที่ดีที่สุด คือ ปัจจัยด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ ($Beta=0.303$) รองลงมา คือ ปัจจัยด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ ($Beta=0.249$) ปัจจัยด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ ($Beta=0.206$) และปัจจัยด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ ($Beta=0.167$) ตามลำดับ แยกอภิปรายดังนี้

2.1 ปัจจัยด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ จากผลการวิจัยพบว่า เป็นปัจจัยที่มีอำนาจพยากรณ์ที่ดีที่สุดต่อประสบการณ์ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์โรงพยาบาลศรีนครินทร์ อภิปรายได้ว่า เนื่องจากโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มีการกำหนดนโยบายให้มีการจัดทำแนวปฏิบัติในการทำงานในแต่ละห้องตรวจเพื่อให้การทำงานหรือการประสานงานมีความชัดเจนและถูกต้อง การทำงานเป็นไปในแนวทางเดียวกัน จึงทำให้การทำงานเป็นไปอย่างราบรื่น รวดเร็วทันท่วงที การมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนทำให้แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ ทำงานได้ง่าย สะดวกรวดเร็วขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้มากขึ้น การมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนส่งผลให้แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ห้องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์มีความพร้อม และความเต็มใจที่จะให้บริการ มีการบริการด้วยอัธยาศัยไมตรีอันดี ใบหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส มีความเอาใจใส่ ให้บริการที่รวดเร็วทันท่วงที ตลอดจนบุคลากรห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สามารถให้การดูแลรักษาพยาบาล ตอบปัญหาสุขภาพ ให้คำแนะนำ และให้ความช่วยเหลือเป็น

อย่างดี ส่งผลให้การบริการตรวจวินิจฉัยโรคและตรวจรักษาพยาบาลตรงกับปัญหาสุขภาพ และความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้รับบริการมีประสบการณ์ที่ดีต่อการมารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ สอดคล้องกับงานวิจัยของสำเริง งามสม และจันทนา แสนสุข (2560) ที่พบว่า ผู้รับบริการทางการแพทย์สามารถรับรู้ถึงความพร้อมและความเต็มใจในการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์ได้ เมื่อผู้รับบริการได้รับรู้ถึงคุณภาพของการบริการทางการแพทย์ในด้านต่างๆ จนเกิดความพึงพอใจเกิดความรู้สึกประทับใจต่อการบริการเหล่านั้น จนทำให้เกิดความภักดี และต้องการที่จะมาใช้บริการอีกในโอกาสต่อไป ทั้งนี้ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ยังมีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลารอคอยที่ยาวนานจากการรอคิวตรวจ อีกทั้งผู้ป่วยต้องนั่งรออาหารมาเป็นเวลา 6-8 ชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยเพลียจึงเป็นอีกหนึ่งในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ให้เร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Mulisa, Tessema & Merga (2017) ที่ศึกษาเรื่อง ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการทางรังสีและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลการสอนและการส่งต่อของมหาวิทยาลัยฮาวาสซาทางตอนใต้ของเอธิโอเปีย พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยลดลง เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ระยะเวลารอคิวการตรวจนาน ผู้ป่วยมีจำนวนมาก และเป็นโรงพยาบาลหลักเพียงแห่งเดียวที่มีเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในภาคใต้

2.2 ปัจจัยด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า ปัจจัยด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการมีผลในทิศทางเดียวกันกับประสบการณ์ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ กล่าวคือ หากบุคลากรทางการแพทย์ให้ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ และให้บริการดุจประหนึ่งญาติในครอบครัว จะส่งผลให้เกิดประสบการณ์ที่ดีกับผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ทั้งนี้โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มุ่งเน้นการให้บริการดูแลรักษาพยาบาลและสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม และได้กำหนดเป็นพันธกิจของโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับฝ่ายการพยาบาลที่มุ่งเน้นการดูแลรักษาพยาบาลแบบองค์รวม คือ การดูแลผู้ป่วยแบบมองให้ครบทั้ง 4 ด้านของความเป็นมนุษย์ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ให้มีภาวะสมดุล รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยอย่างเท่าเทียม จึงทำให้บุคลากรของโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีความตระหนักถึงการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ซึ่งผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่แผนกงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกเป็นผู้ป่วยที่แพทย์นัดมาเนื่องจากเป็นการติดตามการรักษาหรือการตรวจพิเศษต่างๆ ที่ต้องดูแลต่อเนื่อง ทำให้แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์มีความใส่ใจผู้รับบริการตามความต้องการที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล ใช้คำพูดที่ไพเราะ สุภาพอ่อนโยน เอาใจใส่และกระตือรือร้นในการให้บริการ รับฟังผู้รับบริการอย่างตั้งใจและเปิดโอกาสให้ซักถาม มีความเอื้ออาทร ให้บริการด้วยความเสมอภาคเท่าเทียม และความสามารถในการติดต่อสื่อสารให้ผู้รับบริการเข้าใจได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้รับบริการมีประสบการณ์ที่ดีต่อการมารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ สอดคล้องกับงานวิจัยของดวงสมร บุญผดุง และคณะ (2562) ที่พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ยังคงมีจิตวิญญาณในการทำงาน โดยมีความใส่ใจผู้รับบริการ ใช้คำพูดที่ไพเราะ สุภาพอ่อนโยน ให้ความเคารพและใส่ใจความรู้สึกของผู้ป่วยที่มารับบริการ ตลอดจนการให้บริการแก่ผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมกัน การศึกษาของช่อดาว เมืองพรหม (2562) พบว่า แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ ใส่ใจให้เกียรติและเห็นความสำคัญของผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมกัน ใส่ใจบริการ ใช้คำพูดที่ไพเราะ แสดงออกด้วยความสุภาพอ่อนโยน และอังคณา วังทอง และคณะ (2557)

ศึกษามุมมองผู้รับบริการต่อการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในพื้นที่ต่างวัฒนธรรม พบว่า แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล มีความเห็นอกเห็นใจปรารถนาให้ผู้อื่นมีความสุข ให้ความสำคัญกับการดูแลที่เท่าเทียมกัน ให้บริการได้เหมาะสมกับสภาพของแต่ละบุคคลด้วยความเป็นมิตร เคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

2.3 ปัจจัยด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า ปัจจัยด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ มีผลในทิศทางเดียวกันกับประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ กล่าวคือ หากบุคลากรทางการแพทย์สามารถสร้างความน่าเชื่อถือและทำให้ผู้ป่วยที่มารับบริการเกิดความไว้วางใจได้ จะส่งผลให้เกิดประสบการณ์ที่ดีกับผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการทำงานในบริบทของโรงเรียนแพทย์ทำให้เกิดการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย และมีการสนับสนุนทางด้านวิชาการต่างๆ เช่น การสนับสนุนการทำวิจัย การทำ R2R การนำเสนอผลงานคุณภาพทั้งในและต่างประเทศ การประชุมอบรมทางด้านวิชาการ การสนับสนุนงบประมาณการศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา และการอบรมเฉพาะทางการแพทย์บาลรังสีวิทยา ทำให้แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ มีความสามารถในการให้บริการอย่างถูกต้องแม่นยำ มีบุคลิกภาพที่น่าเชื่อถือไว้วางใจได้ มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการทั้งก่อน ขณะและหลังการตรวจ มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในการดูแลรักษาพยาบาล บริการที่ให้บริการทุกครั้งมีความสม่ำเสมอ มีมาตรฐานถูกต้องตามหลักวิชาการ ผู้รับบริการปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการตรวจ ให้บริการที่ตรงกับสัญญาที่ให้ไว้กับผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกไว้วางใจในมาตรฐานการให้บริการเมื่อมารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้รับบริการมีประสบการณ์ที่ดีต่อการมารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ สอดคล้องกับงานวิจัยของบุษกร คงพอม และวิวัฒน์ชัย อัทธการ (2562) ที่พบว่า ความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้เกิดจากบุคลากรทางการแพทย์สามารถตรวจวินิจฉัยโรคและตรวจรักษาได้อย่างถูกต้องไม่เกิดความผิดพลาด ตลอดจนมีบุคลิกภาพและใช้คำพูดที่น่าเชื่อถือในการให้คำแนะนำทางการแพทย์ การศึกษาของบัณฑิต สวรรยาวิสุทธิ (2561) ที่พบว่า แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ มีความรู้ความเชี่ยวชาญ มีบุคลิกภาพที่เหมาะสมน่าเชื่อถือ ให้คำแนะนำเป็นอย่างดี ซึ่งสิ่งเหล่านี้สร้างประสบการณ์ที่ดีแก่ผู้รับบริการ

2.4 ปัจจัยด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่า ปัจจัยด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ มีผลในทิศทางเดียวกันกับประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ กล่าวคือ หากบุคลากรทางการแพทย์สามารถสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้รับบริการได้ จะส่งผลให้เกิดประสบการณ์ที่ดีกับผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ และทำให้ผู้ใช้บริการกลับมาใช้บริการซ้ำในครั้งต่อไปได้ ทั้งนี้เนื่องจากภาควิชารังสีวิทยา เป็นสถานที่จัดการเรียนการสอนสำหรับแพทย์เฉพาะทางรังสี นักรังสีเทคนิคระดับปริญญาตรี หลักสูตรอบรมการพยาบาลทางรังสี จึงมีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านรังสีวิทยา ประกอบด้วย รังสีแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา พยาบาลทางรังสี นักรังสีการแพทย์ วิทยุแพทย์-พยาบาล (กรณีผู้ป่วยดมยาสลบ) ซึ่งการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เป็นการตรวจทางรังสีที่ซับซ้อน และมีภาวะเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับการฉีดสารทึบรังสี ในทุกขั้นตอนการตรวจจะมีแนวปฏิบัติในการป้องกันและ

ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โดยมีการจัดทำแนวปฏิบัติร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเป็นแนวปฏิบัติที่ครอบคลุมและได้มาตรฐาน จึงทำให้แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์มีทักษะความรู้ ความสามารถ ความชำนาญและความเชี่ยวชาญเฉพาะทางที่จำเป็นในการบริการ สามารถอธิบายถึงขั้นตอนการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ความจำเป็น และเสนอทางเลือกให้ผู้รับบริการตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม มีกิจกรรมรยาพที่สุภาพและเป็นมิตรกับผู้รับบริการ มีความซื่อสัตย์ รักษาความลับและคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย สามารถสร้างความมั่นใจและความมั่นคงปลอดภัยให้กับผู้รับบริการ รวมถึงผู้รับบริการมีการส่งต่อข้อมูลแนะนำญาติหรือบุคคลที่รู้จัก ให้มารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้รับบริการมีประสบการณ์ที่ดีต่อการมารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ สอดคล้องกับงานวิจัยของรุ่งทิพย์ นิลพัท (2561) ที่ศึกษาคุณภาพการให้บริการและความพึงพอใจที่มีความสัมพันธ์กับการกลับมาใช้บริการซ้ำของผู้รับบริการโรงพยาบาลเปาโลรังสิต โดยพบว่า การสร้างความมั่นใจในการบริการให้แก่ผู้รับบริการ การบริการนั้นจะต้องมีความถูกต้องแม่นยำและเหมาะสม ตั้งแต่ครั้งแรก รวมทั้งมีความสม่ำเสมอ คือ บริการทุกครั้งต้องได้ผลเช่นเดิม ซึ่งจะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าคุณให้การมีความรู้ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน สามารถพึ่งพาได้และเกิดความรู้สึกว่าต้องการกลับมาใช้บริการซ้ำในครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะเพื่อเพิ่มประสบการณ์ที่ดีของผู้ป่วยในการมารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ดังนี้

1.1 นำข้อมูลที่ได้ ทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ และ ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ ที่ได้จากการวิจัยไปพัฒนาระบบคุณภาพบริการ

1.2 นำข้อมูลที่ได้ไปสู่การพัฒนาระบบการเชื่อมประสานการดูแลผู้ป่วยกับหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล เช่น ระบบ Telemedicine

1.3 นำข้อมูลที่ได้ไปใช้ส่งเสริมพฤติกรรมบริการ และการพัฒนาบุคลากร เพื่อให้ผู้รับบริการมีประสบการณ์ที่ดีในการมารับบริการ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาต่อไปควรใช้การวิจัยเชิงคุณภาพร่วมด้วยเพื่อให้ได้รายละเอียดมากขึ้นและเกิดมุมมองในหลากหลายมิติ เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม เป็นต้น

2.2 ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ความทันสมัยของเทคโนโลยี สภาพแวดล้อมภายในห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ระบบการบริหารจัดการ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- งานบริการพยาบาล. (2565). *สถิติจำนวนครั้งของผู้มารับบริการ ในแผนกงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ในปี พ.ศ. 2562-2564*. ขอนแก่น: โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ช่อดาว เมืองพรหม. (2562). *ความพึงพอใจของประชาชนต่อคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลธนบุรี*. [การค้นคว้าอิสระปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. มหาวิทยาลัยสยาม.
- ดวงสมร บุญผดุง, ฤเดช เกิดวิชัย, ณัฐพงษ์ เตชะรัตนเสถียร, สุรมน จันทร์เจริญ และชาญเดช เจริญวิริยะกุล. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อจิตวิญญาณในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช. *วารสารสมาคมนักวิจัย*, 24(2), 40-50.
- บัณฑิต สวรรยาวิสุทธิ. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีนครินทร์. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 33(5), 451-456.
- บุษกร คงหอม และวิวัฒน์ชัย อัทธการ. (2562). *ความพึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการต่อคุณภาพการให้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุข 50 ปีกรุงเทพมหานคร: สำนักอนามัย*.
- รีนฤติ แก่นนาค และคณะ. (2561). ประสบการณ์การรับบริการของผู้มารับบริการแผนกการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (การศึกษานำร่อง). *Srinagarind Medical Journal*, 33(5), 38-44.
- รุ่งทิพย์ นิลพัท. (2561). *คุณภาพการให้บริการและความพึงพอใจที่มีความสัมพันธ์กับการกลับมาใช้บริการซ้ำของผู้รับบริการโรงพยาบาลเปาโลรังสิต*. [การค้นคว้าอิสระปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.
- วรรณชนก จันทชุม. (2560). *การเลือกตัวอย่างและการกำหนดตัวอย่าง*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2565). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)*. นนทบุรี: หนังสือดีวัน.
- สำเริง งามสม และจันทนา แสนสุข. (2560). การรับรู้คุณภาพการบริการทางการแพทย์ส่งผลต่อความพึงพอใจและความภักดีของผู้ประกันตนในสถานพยาบาลภายในเขตจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารอิเล็กทรอนิกส์ Veridian มหาวิทยาลัยศิลปากร (มนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์และศิลปะ)*, 10(3), 1393-1408.
- หน่วยรังสีวิทยา. (2564). *สถิติทะเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ประจำปี 2562-2564*. ขอนแก่น: ภาควิหารังสีวิทยา โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อภิญา จำปามูล และคณะ. (2566). ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม และออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *วารสารการวัดผลการศึกษา*, 40(107), 386-398.

- อังคณา วังทอง, อนุชิต วังทอง, ส่วนฮานาณี วัดเส้น และวันดี สุทธิรังสี. (2557). มุมมองผู้รับบริการต่อการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในพื้นที่ต่างวัฒนธรรมบริบทอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 23(3), 35-44.
- Bastemeijer, C.M., Boosman, H., Zandbelt, L., Timman, R., de Boer, D., & Hazelzet, J. A. (2020). Patient experience monitor (Pem): The development of new short-form Picker experience questionnaires for hospital patients with a wide range of literacy levels. *Patient Related Outcome Measures*, 11, 221.
- Mulisa, T., Tessema, F., & Merga, H. (2017). Patients' satisfaction towards radiological service and associated factors in Hawassa University Teaching and referral hospital, Southern Ethiopia. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1-11.
- O'Brien, J.A., & Marakas, G.M. (2006). *Enterprise information systems*. New York: McGraw-Hill.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., & Berry, L.L. (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64, 12-40.
- Picker Institute. (1999). *The Picker Institute implementation manual*. Boston: Picker Institute.
- The Agency for healthcare Research and Quality. (2016). *What Is Patient Experience?*. Retrieved August 5, 2022, from <https://kku.world/4akuc>
- Weiers, R.M. (2005). *Introduction to Business Statistics*. Pennsylvania: Duxbury Press.
- Zachary, M.Bm., & GradDipHlthSc. (2010). The Patient Experience in Medical Imaging: A Qualitative Systematic Review (protocol). *JBIC Evidence Synthes*

ประเมินประสิทธิภาพชุดตรวจ SARS-CoV-2 Ag และชุดตรวจ POCT ชนิด real-time RT-PCR กับ
วิธีมาตรฐาน real-time RT PCR ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี
ระหว่างโรคโควิด-19 ระบาดใหญ่ ปี 2022

วิทยา เกาตะคุ, วท.บ. (เทคนิคการแพทย์)

บทคัดย่อ

ในสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ที่เกิดจากไวรัส SARS-CoV-2 มีความรุนแรงสูงและแพร่หลายอย่างรวดเร็ว การวินิจฉัยคัดแยกผู้ติดเชื้อเพื่อเข้าสู่การกักกัน รักษาและควบคุมโรคต้องอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่มีศักยภาพในการการตรวจหาเชื้อที่แม่นยำและรวดเร็ว เพื่อการสนับสนุนการวินิจฉัยโรค ให้การคัดแยกผู้ติดเชื้อเข้าสู่ การตรวจหาเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 วิธีมาตรฐาน คือการตรวจหาเชื้อไวรัสแบบ real-time RT-PCR ซึ่งถึงแม้จะ มีความไว ความจำเพาะสูง แต่ใช้เวลาการตรวจนาน ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาประสิทธิภาพชุดตรวจ SARS-CoV-2 Antigen และชุดตรวจ POCT Standard RT-PCR for SARS-CoV-2 เปรียบเทียบกับ ชุดตรวจ Standard real-time RT-PCR for SARS-CoV-2 ใน Nasopharyngeal swab และ/หรือ Throat swab ในน้ำยารักษาสภาพสิ่งส่งตรวจ(viral transport media: VTM)จำนวน 80 ตัวอย่าง ระหว่างการระบาดโรคติดเชื้อ COVID-19 ตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน 2565 ซึ่งเป็นระยะที่มีค่าประมาณของปริมาณเชื้อไวรัส (Cycle Threshold: CT) ของ E gene สูงสุด 36.75

ผลการศึกษา พบว่า ประสิทธิภาพชุดตรวจเชื้อไวรัสโคโรนา โดยชุดตรวจ SARS-CoV-2 Antigen และชุดตรวจ POCT Standard RT-PCR for SARS-CoV-2 เมื่อเทียบกับชุดตรวจ Standard real-time RT-PCR for SARS-CoV-2 มีความไว 85.66%, 91.66% ความจำเพาะ 90.00%, 100% และความถูกต้อง 87.50%, 93.75% ตามลำดับ โดยกลุ่มที่ CT ของ E gene ไม่เกิน 30 มีความไว 97.50%, 100% ความจำเพาะ 95.00%, 100% และความถูกต้อง 96.66%, 100% ตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่ CT ของ E gene เกิน 30 มีความไว และ ความถูกต้อง 60.00%, 80.00%

สรุปว่าชุดตรวจ POCT Standard RT-PCR for SARS-CoV-2 มีความไว ความจำเพาะ และความถูกต้องมากกว่าการตรวจด้วยชุดตรวจ SARS-CoV-2 Antigen รวมทั้งมีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับวิธีมาตรฐาน real-time RT-PCR ในสิ่งส่งตรวจที่มีค่า CT ของ E gene ไม่เกิน 30 แต่จะมีค่าความไวและความถูกต้องลดลง เมื่อค่า CT เกิน 30 ดังนั้น ชุดตรวจ POCT Standard RT-PCR for SARS-CoV-2 จึงมีประสิทธิภาพในการใช้ตรวจการติดเชื้อ SARS-CoV-2 เพื่อคัดแยกผู้ติดเชื้อในระยะเริ่มแรกและช่วงการแพร่กระจายเชื้อได้อย่างดี และยังช่วยลดระยะเวลารอคอยจาก 6-12 ชั่วโมง เป็น 45-60 นาที ทำให้การรักษาได้ไวขึ้น แต่ยังไม่เหมาะสมในการเลือกใช้เพื่อตรวจหาเชื้อในระยะท้ายของการติดเชื้อ

คำสำคัญ : โรคโควิด-19 POCT ที่ใช้ real-time RT-PCR Standard real-time RT-PCR SARS-CoV-2, SARS-CoV-2 Antigen viral transport media.

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 E-mail: ngaotakuw@gmail.com

(Received: October 3, 2023; Revised: November 1, 2023; Accepted: December 1, 2023)

Evaluating the efficiency of SARS-CoV-2 assay by the POCT; real-time RT-PCR with Standard real-time RT PCR at Somdej Prasangkharach 17th Hospital, Suphan Buri Province, during the COVID-19 pandemic in 2022

WITHAYA NGAOTAKU, MSc. (Medical Technology)

Abstract

In the outbreak of The COVID-19 outbreak caused by the SARS-CoV-2 virus is severe and spreading rapidly and with high severity. Diagnosing and separating infected people for quarantine, treatment, and disease control requires laboratory tests that must have the potential to detect pathogens accurately and quickly to support diagnosis. The standard method for detecting the SARS-CoV-2 virus is real-time RT-PCR. Although it has high sensitivity and specificity, but it takes a long time.

The researcher studied the efficiency of the SARS-CoV-2 Antigen test kit and the POCT Standard RT-PCR for SARS-CoV-2 test kit were compared to the Standard real-time RT-PCR for SARS-CoV-2 test kit in nasopharyngeal swab and throat swab in viral transport media: VTM by cross-sectional descriptive research study in a sample group of 80 cases, during the COVID-19 outbreak from May to June 2022, which is the period with the highest. Cycle Threshold (CT) value of E gene 36.75.

The result showed the efficiency of the coronavirus test kit by the SARS-CoV-2 Antigen test kit and the POCT Standard RT-PCR for SARS-CoV-2 test kit compared to the Standard real-time RT-PCR for SARS-CoV-2 test kit is more sensitivity of 85.66% , 91.66%, a specificity of 90.00, 100% and an accuracy of 87.50%, 93.75%, respectively. The group with CT of E gene not more than 30 had a sensitivity of 97.50%, 100%, a specificity 95.00, 100% and an accuracy of 96.66%, 100%, respectively. For the group with CT of E gene exceeded 30 the sensitivity and an accuracy were 60.00% and 80.00%.

In conclusion, the POCT Standard RT-PCR for SARS-CoV-2 test kit has sensitivity, specificity and accuracy better than testing with the SARS-CoV-2 Antigen assay, when compared to the standard real-time RT-PCR test kit in specimens with a CT value of E gene less than 30 but decreased sensitivity and accuracy when the CT value exceeds 30. Therefore, the POCT Standard RT-PCR for SARS-CoV-2 test kit is effective for SARS-CoV-2 infection to screening for isolate the infected person in the initial stage and during the spread of infection. It also reduces waiting time from 6-12 hours to 45-60 minutes, making treatment faster. and promote disease control more effectively, but it is not suitable for selection to detect bacteria in late stages of infection.

Keywords: COVID-19 POCT real-time RT-PCR Standard real-time RT-PCR SARS-CoV-2 Antigen

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ยังไม่สามารถควบคุมได้ เป็นโรคติดเชื้อที่เกิดจากไวรัสโคโรนา SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome-corona virus-2) เป็นตระกูลของไวรัสที่ก่อให้เกิดอาการป่วยตั้งแต่โรคไข้หวัดธรรมดาไปจนถึงโรคที่มีความรุนแรงมาก เช่น โรคระบบทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS-CoV) และโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS-CoV) เป็นต้น ซึ่งไวรัสโคโรนา SARS-CoV-2 เป็นสายพันธุ์ใหม่ที่ไม่เคยพบมาก่อนในมนุษย์ก่อให้เกิดอาการป่วยระบบทางเดินหายใจในคน และสามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้ (WHO, 2019) โดยเชื้อไวรัสนี้พบครั้งแรกในการระบาดในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน ในช่วงปลายปี 2019 ปัจจุบันมีประชากรมากกว่า 460 ล้านคน เป็นโรค COVID-19 กระจายอยู่ทุกประเทศทั่วโลก และมากกว่า 6 ล้านคน ตายจากโรคนี้ ซึ่งในประเทศไทย มีประชากรติดเชื้อมากกว่า 3 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคนี้มากกว่า 2 หมื่นคน (ณัฐวรรณ คำแสน, 2564) และคาดว่าจะพบจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ (กรมควบคุมโรค, 2565)

วิธีตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา SARS-CoV-2 ในห้องปฏิบัติการที่เป็นวิธีมาตรฐานได้แก่ real-time Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction (RT-PCR) ซึ่งเป็นการตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อ SARS-CoV-2 เพื่อใช้ยืนยันการติดเชื้อ (confirmatory test) ที่มีความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) สูงมาก วิธี Standard Real-time RT-PCR for SARS-CoV-2 นี้ เป็นการตรวจสารพันธุกรรมของไวรัสโคโรนา ซึ่งเป็นกรดไรโบนิวคลีอิก (Ribonucleic acid: RNA) ไวรัสไม่สามารถทำปฏิกิริยาลูกโซ่พอลิเมอเรส (Polymerase Chain Reaction; PCR) ได้โดยตรง ต้องเปลี่ยนกลับเป็นสารพันธุกรรม หรือดีเอ็นเอ (deoxyribonucleic acid; DNA) ก่อน โดย enzyme reverse transcriptase เรียกว่าการถอดรหัสย้อนกลับ (reverse transcription) แล้วทำ PCR ซึ่งทำได้เฉพาะ DNA โดยการทำให้ PCR เป็นการเพิ่มจำนวนไวรัส แบบทวีคูณ (ยง ภู่วรรณ, 2563) จาก 1 เป็น 2 จาก 2 เป็น 4 จาก 4 เป็น 8 ในแต่ละรอบจะเพิ่มเป็นทวีคูณไปเรื่อยๆ ถ้ามีปริมาณ DNA น้อย ต้องใช้จำนวนรอบมาก จึงจะตรวจพบและถ้าปริมาณ DNA มากใช้เพียงไม่กี่รอบ ก็เพิ่มจำนวนและตรวจพบได้ จำนวนรอบในการเพิ่มปริมาณ DNA นี้ เรียกว่าค่าประมาณของปริมาณเชื้อไวรัส (Cycle Threshold: CT) ดังนั้น ถ้า CT ที่ต่ำ จะมีปริมาณไวรัสสูง CT ที่สูงจะมีปริมาณไวรัสต่ำ การทำการตรวจ PCR ในปัจจุบันดูจำนวนรอบได้แบบ real time จึงเรียกว่า Real time PCR ดังนั้นการตรวจไวรัสโคโรนา (SARS-CoV-2) ที่ เป็น RNA ไวรัส จึงเรียกว่า real time RT-PCR (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2565)

วิธี Standard real-time RT-PCR for SARS-CoV-2 นี้ ถือเป็นวิธี “Gold standard” ใช้เวลาตรวจ 3 ถึง 5 ชั่วโมงและแสดงผลได้ ใน 24 ชั่วโมง ซึ่งขึ้นกับปริมาณสิ่งส่งตรวจ จำนวนบุคลากร และเครื่องตรวจ ดังนั้นจึงมีการพัฒนาเครื่องมือตรวจแบบ POCT ซึ่งย่อมาจาก point-of-care testing เป็นการตรวจแบบ “Rapid Real-time RT-PCR” หมายถึง การตรวจหาโรคหรืออาการ ณ สถานที่ดูแลผู้ป่วย เช่น คลินิกหรือโรงพยาบาล ซึ่งการตรวจแบบ POCT สำหรับ SARS-CoV-2 มีหลายประเภท เช่น การทดสอบแอนติเจน (Ag) และการทดสอบระดับสารพันธุกรรม (DNA) อย่างไรก็ตามการตรวจพบสารพันธุกรรมไม่สามารถบอกถึงการเข้าเซลล์และเพิ่มจำนวนได้ (infectivity) โดยอาจตรวจพบ RNA ของ SARS-CoV-2 จากผู้ป่วยได้เป็นเวลานานหลายเดือนหลังการติดเชื้อ แต่ไม่ใช่ไวรัสที่ก่อโรคต่อไปแล้ว ดังนั้น

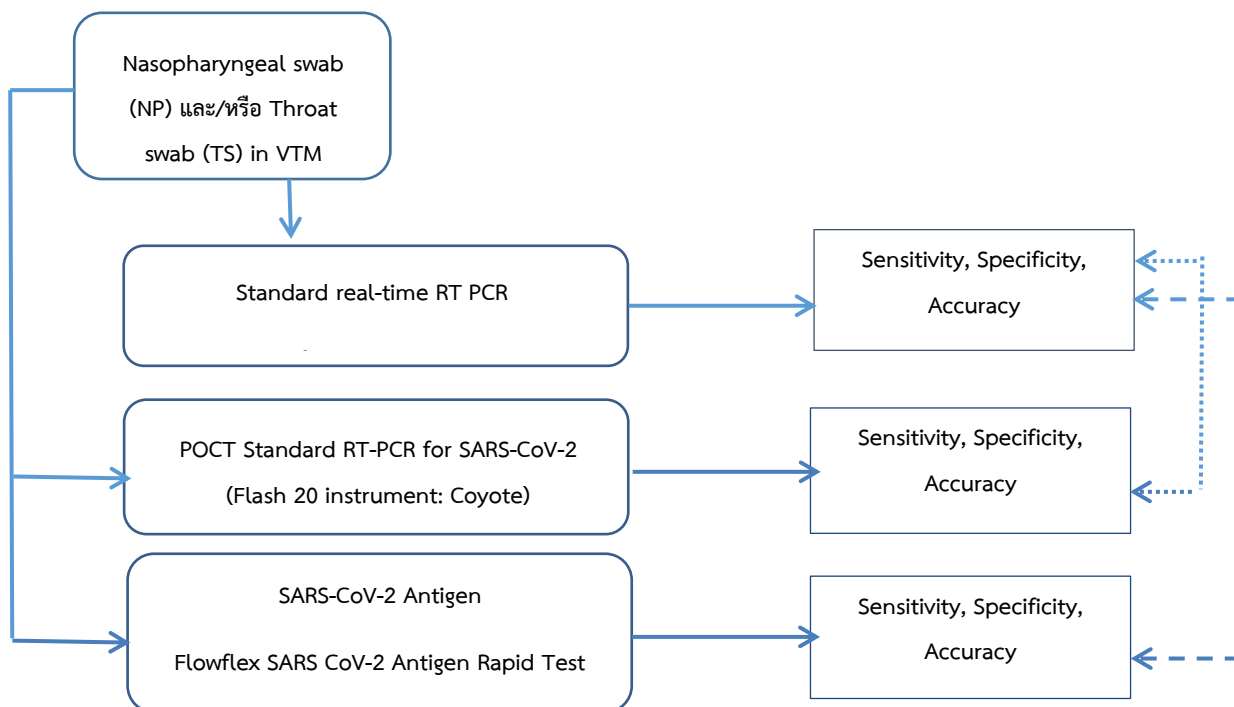
การตรวจนี้จึงใช้เพื่อการวินิจฉัย และไม่แนะนำให้ใช้เพื่อติดตามการรักษา นอกจากนี้ไม่ควรตรวจซ้ำในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าเป็นผู้ติดเชื้อ ยกเว้นการตรวจเพื่องานวิจัย นอกจาก Standard real-time RT-PCR for SARS-CoV-2 และ POCT Standard RT-PCR for SARS-CoV-2 แล้ว มีการตรวจด้วยชุดตรวจ SARS-CoV-2 Antigen โดยใช้หลักการอิมมูโนโครมาโตกราฟี ซึ่งเป็นวิธีที่สะดวก ราคาถูก เข้าถึงง่าย สามารถอ่านผลได้รวดเร็ว โดยตัวอย่างสิ่งส่งตรวจที่ใช้ตรวจได้แก่ สารคัดหลั่งทางจมูก ลำคอ ทางเดินหายใจ (NP: Nasopharyngeal swab, TS: Throat swab) ที่อยู่ใน VTM: viral transport media (ศูนย์ปฏิบัติการข้อมูลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, 2565)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการศึกษาประสิทธิภาพของ ชุดตรวจ SARS-CoV-2 Antigen หลักการอิมมูโนโครมาโตกราฟี และชุดตรวจ POCT Standard RT-PCR for SARS-CoV-2 กับชุดตรวจ Standard real time RT-PCR for SARS-CoV-2 ที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่างการระบาดใหญ่ โรคโควิด-19 ปี 2565 เพื่อเป็นแนวทางการวางระบบทางห้องปฏิบัติการในการตรวจโรค COVID-19 ให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพชุดตรวจ SARS-CoV-2 Antigen และ ชุดตรวจ POCT Standard RT-PCR for SARS-CoV-2 เปรียบเทียบกับ ชุดตรวจ Standard real-time RT-PCR for SARS-CoV-2 ในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพชุดตรวจ SARS-CoV-2 Antigen หลักการอิมมูโนโครมาโตกราฟี และชุดตรวจ POCT Standard RT-PCR for SARS-CoV-2 เปรียบเทียบกับชุดตรวจ Standard real-time RT-PCR for SARS-CoV-2 ในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี ตั้งแต่ศึกษาเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนมิถุนายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ สิ่งส่งตรวจที่ได้จากสารคัดหลั่งทางจมูก ลำคอ ทางเดินหายใจ (NP: Nasopharyngeal swab, TS: Throat swab) ที่อยู่ในน้ำยานำส่งสิ่งส่งตรวจ สำหรับเชื้อไวรัส (VTM: viral transport media) ของผู้รับบริการที่มาตรวจคัดกรองไวรัส SARS-CoV-2 จากห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนมิถุนายน 2565

กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยใช้ตัวอย่างที่เหลือจากการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย ด้วยวิธี Standard real-time RT PCR for SARS-CoV-2 ในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี ในปี 2565 (ระหว่างเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน 2565) นำมาทำการทดสอบกับชุดตรวจ POCT Standard RT-PCR for SARS-CoV-2 (Flash 20 instrument: Coyote) และชุดตรวจ SARS-CoV-2 Antigen หลักการอิมมูโนโครมาโตกราฟี

แบ่งเป็นสิ่งส่งตรวจที่ทดสอบด้วย Standard real-time RT PCR for SARS-CoV-2 ได้ผลตรวจเป็นลบ (not detected) จำนวน 20 ตัวอย่าง มีผลตรวจเป็นบวก (detected) ที่มีค่า CT ของ E gene < 20 จำนวน 20 ตัวอย่าง ที่มีค่า CT ของ E gene 20-30 จำนวน 20 ตัวอย่าง และที่มีค่า CT ของ E gene > 30 จำนวนอย่างละ 20 ตัวอย่าง รวมทั้งหมด 80 ตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. ชุดตรวจ SARS-CoV-2 Antigen ประกอบด้วย น้ำยาตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อ SARS-CoV-2 หลักการ Standard real-time RT PCR for SARS-CoV-2 ประกอบด้วยน้ำยาสกัดสารพันธุกรรม Nucleic Acid Extraction Kit (Magnetic Bead Method) B-200 ยี่ห้อ Zybion เครื่องสกัดสารพันธุกรรมยี่ห้อ/รุ่น Biobase BK-HS32 น้ำยาตรวจวิเคราะห์ Aridia COVID-19 Real-Time PCR Test เครื่อง Real-time PCR ยี่ห้อ/รุ่น Bio-Rad CFX96 Touch Real-time PCR system สารพันธุกรรมเป้าหมาย ORF1ab gene, N gene และ E gene ซึ่งได้รับการอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มีค่าความไว 99.18% ค่าความจำเพาะ 100% ค่าสัมประสิทธิ์แคปปา 0.9915 ชุดตรวจนี้ใช้เวลาตรวจ 3 ถึง 5 ชั่วโมง ออกผลได้ใน 24 ชั่วโมง

2. ชุดตรวจ POCT Standard RT-PCR for SARS-CoV-2 ประกอบด้วย น้ำยาตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อ SARS-CoV-2 หลักการ POCT Standard RT-PCR for SARS-CoV-2 (Flash 20 instrument: Coyote) ได้รับการอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มีค่าความไว 92% (95% CI 78.55-98.8) ค่าความจำเพาะ 100% (95% CI 86.9-100) ใช้ปิเปตอัตโนมัติดูด VTM 15 ไมโครลิตรลงในน้ำยาสกัด 37 ไมโครลิตร ในกระบวนการ Extra CT

แล้ว pipette 52 ไมโครลิตร Solution mix ลงใน PCR tube แล้วนำไปเข้ากระบวนการ PCR Amplification ใช้เวลา 30 นาที

3. ชุดตรวจ SARS-CoV-2 Antigen หลักการอิมมูโนโครมาโตกราฟี (Flowflex SARS-CoV-2 Antigen Rapid Test) บริษัท Acon Biotech ได้รับการอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มีค่าความไว 93% (95% CI 78-99) ค่าความจำเพาะ 100% (95% CI 95-100) วิธีทดสอบ ใช้ปิเปตอัตโนมัติดูด VTM ที่เหลือลงในน้ำยาสกัด 100 ไมโครลิตร ปิดฝาและผสมให้เข้ากัน หยดบนหลุมหยดตัวอย่างบน ตลับตรวจ ปริมาตร 4 หยด จับเวลา 15 นาที อ่านผลที่ 15-20 นาที

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีแล้ว เลขที่โครงการวิจัย 12/65 วันที่ 28 เมษายน 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

ค่าเปอร์เซ็นต์ ค่าความไว ความจำเพาะ และ ค่าความถูกต้อง ของชุดตรวจ SARS-CoV-2 Antigen หลักการอิมมูโนโครมาโตกราฟี และชุดตรวจ POCT Standard RT-PCR for SARS-CoV-2 โดยเปรียบเทียบกับชุดตรวจ Standard real-time RT PCR for SARS-CoV-2

ผลการศึกษา

ผลการทดสอบด้วยชุดตรวจ SARS-CoV-2 Antigen หลักการอิมมูโนโครมาโตกราฟี เทียบกับชุดตรวจ Standard real-time RT PCR for SARS-CoV-2 ในสิ่งส่งตรวจทั้งหมด 80 ตัวอย่าง (ค่า CT ของ E gene สูงที่สุด = 36.75) มีความไว 85.66% ความจำเพาะ 90.00% และความถูกต้อง 87.50 % ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความไว ความจำเพาะ และความถูกต้องของ ชุดตรวจ SARS-CoV-2 Antigen กับชุดตรวจ Standard real-time RT PCR for SARS-CoV-2 ค่า CT ของ E gene สูงที่สุด = 36.75 (n= 80)

Assays		Standard real-time RT PCR for SARS-CoV-2		Total
		Positive	Negative	
SARS-CoV-2 Antigen หลักการอิมมูโนโครมาโตกราฟี	Positive	52 (a)	2 (b)	54
	Negative	8 (c)	18(d)	26
Total		60	20	80
Sensitivity	= (a/ a+c) x 100	= (52/60) x 100	=	85.66%
Specificity	= (d/ b+d) x 100	= (18/20) x 100	=	90.00%
Accuracy	= (a+d/ a+b+c+d) x 100	= (70/80) x 100	=	87.50%

ผลการทดสอบด้วยชุดตรวจ SARS-CoV-2 Antigen หลักการอิมมูโนโครมาโตกราฟี เทียบกับชุดตรวจ Standard real-time RT PCR for SARS-CoV-2 ในสิ่งส่งตรวจ 60 ตัวอย่าง ที่มีค่า CT ของ E gene ไม่เกิน 30 พบว่ามีความไว 97.50 % ความจำเพาะ 95.00 % และความถูกต้อง 96.66 % ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความไวความจำเพาะ และความถูกต้อง ของชุดตรวจ SARS-CoV-2 Antigen หลักการ อิมมูโนโครมาโตกราฟี กับชุดตรวจ Standard real-time RT PCR for SARS-CoV-2 ค่า CT ของ E gene สูงที่สุด = 30.00 (n=60)

Assays		Standard real-time RT PCR for SARS-CoV-2		Total
		Positive	Negative	
SARS-CoV-2 Antigen หลักการ อิมมูโนโครมาโตกราฟี	Positive	39 (a)	1 (b)	40
	Negative	1 (c)	19 (d)	20
Total		40	20	60
Sensitivity	= $(a / a+c) \times 100$	= $(39/40) \times 100$	=	97.50 %
Specificity	= $(d / b+d) \times 100$	= $(19/20) \times 100$	=	95.00 %
Accuracy	= $(a+d / a+b+c+d) \times 100$	= $(58/60) \times 100$	=	96.66 %

ผลการทดสอบด้วยชุดตรวจ SARS-CoV-2 Antigen หลักการอิมมูโนโครมาโตกราฟี เทียบกับชุดตรวจ Standard real-time RT PCR for SARS-CoV-2 ในสิ่งส่งตรวจ 20 ตัวอย่าง ที่มีค่า CT ของ E gene เกิน 30 พบว่ามีความไว 60% ความจำเพาะ 60.00 % และความถูกต้อง 100 % ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความไวความจำ และความถูกต้องของ ของ ชุดตรวจ SARS-CoV-2 Antigen หลักการ อิมมูโนโครมาโตกราฟี กับชุดตรวจ Standard real-time RT PCR for SARS-CoV-2 ค่า CT ของ E gene ระหว่าง 30.01- 36.75 (n=20)

Assays		Standard real-time RT PCR for SARS-CoV-2		Total
		Positive	Negative	
SARS-CoV-2 Antigen หลักการ อิมมูโนโครมาโตกราฟี	Positive	6 (a)	4 (b)	10
	Negative	4 (c)	6(d)	10
Total		10	10	20
Sensitivity	= $(a / a+c) \times 100$	= $(6/10) \times 100$	=	60%
Specificity	= $(d / b+d) \times 100$	= $(6/10) \times 100$	=	60%
Accuracy	= $(a+d / a+b+c+d) \times 100$	= $(12/20) \times 100$	=	60 %

ผลความไวและความถูกต้อง ของชุดตรวจ SARS-CoV-2 Antigen หลักการอิมมูโนโครมาโตกราฟี กับชุดตรวจ Standard real-time RT PCR for SARS-CoV-2 ตามระดับค่า CT ของ E gene ในสิ่งส่งตรวจทั้งหมด 80 ตัวอย่าง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความไวและความถูกต้อง ของชุดตรวจ SARS-CoV-2 Antigen หลักการ อิมมูโนโครมาโตกราฟี กับชุดตรวจ Standard real-time RT PCR for SARS-CoV-2 ตามระดับค่า CT ของ E gene

CT value cut-offs	Sensitivity	Accuracy	N
< 20	100.00	100.00	20
20 -30	97.50	96.66	40
> 30	60.00	60.00	20

ผลการทดสอบด้วยชุดตรวจ POCT Standard RT-PCR for SARS-CoV-2 เทียบกับชุดตรวจ Standard real-time RT PCR for SARS-CoV-2 ในสิ่งส่งตรวจทั้งหมด 80 ตัวอย่าง (ค่า CT ของ E gene สูงที่สุด = 36.75) มีความไว 91.66 % ความจำเพาะ 100 % และความถูกต้อง 93.75% ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความไวความจำเพาะ และความถูกต้อง ของชุดตรวจ POCT Standard RT-PCR for SARS-CoV-2 กับชุดตรวจ Standard real-time RT PCR for SARS-CoV-2 ค่า CT ของ E gene สูงที่สุด = 36.75 (n=80)

Assays		Standard real-time RT PCR for SARS-CoV-2		Total
		Positive	Negative	
POCT Standard RT-PCR for SARS-CoV-2	Positive	55 (a)	0 (b)	55
	Negative	5 (c)	20(d)	25
Total		60	20	80
Sensitivity	= (a/ a+c) x 100	= (55/60) x 100	=	91.66 %
Specificity	= (d/ b+d) x 100	= (20/20) x 100	=	100.00 %
Accuracy	= (a+d/ a+b+c+d) x 100	= (75/80) x 100	=	93.75 %

ผลการทดสอบด้วยชุดตรวจ POCT Standard RT-PCR for SARS-CoV-2 กับชุดตรวจ Standard real-time RT PCR for SARS-CoV-2 ในสิ่งส่งตรวจ 60 ตัวอย่าง ที่มีค่า CT ของ E gene ไม่เกิน 30 พบว่ามีความไว ความจำเพาะ และความถูกต้อง 100% ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความไวความจำเพาะและความถูกต้องของชุดตรวจ POCT Standard RT-PCR for SARS-CoV-2 กับชุดตรวจ Standard real-time RT PCR for SARS-CoV-2 ค่า CT ของ E gene สูงที่สุด = 30.00 (n=60))

Assays		Standard real-time RT PCR for SARS-CoV-2		Total
		Positive	Negative	
POCT Standard RT-PCR for SARS-CoV-2	Positive	40 (a)	0 (b)	40
	Negative	0 (c)	20(d)	20
Total		40	20	60
Sensitivity	=	$(a / a+c) \times 100$		= 100%
Specificity	=	$(d / b+d) \times 100$		= 100%
Accuracy	=	$(a+d / a+b+c+d) \times 100$		= 100%

ผลการทดสอบด้วย POCT Standard RT-PCR for SARS-CoV-2 กับชุดตรวจ Standard real-time RT PCR for SARS-CoV-2 ในสิ่งส่งตรวจ 20 ตัวอย่าง ที่มีค่า CT ของ E gene เกิน 30 พบว่ามีความไว ความจำเพาะ และความถูกต้อง 80 % ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความไวความจำเพาะ และความถูกต้องของ ชุดตรวจ POCT Standard RT-PCR for SARS-CoV-2 กับชุดตรวจ Standard real-time RT PCR for SARS-CoV-2 ค่า CT ของ E gene (n=20)

Assays		Standard real-time RT PCR for SARS-CoV-2		Total
		Positive	Negative	
POCT Standard RT-PCR for SARS-CoV-2	Positive	8 (a)	2 (b)	10
	Negative	2 (c)	8(d)	10
Total		10	10	20
Sensitivity	=	$(a / a+c) \times 100$		= 80 %
Specificity	=	$(d / b+d) \times 100$		= 80 %
Accuracy	=	$(a+d / a+b+c+d) \times 100$		= 80 %

ผลความไวและความถูกต้อง โดยชุดตรวจ POCT Standard RT-PCR for SARS-CoV-2 กับชุดตรวจ Standard real-time RT PCR for SARS-CoV-2 ตามระดับค่า CT ของ E gene ในสิ่งส่งตรวจทั้งหมด 80 ตัวอย่าง ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ความไวและความถูกต้อง โดยชุดตรวจ POCT Standard RT-PCR for SARS-CoV-2 กับชุดตรวจ Standard real-time RT PCR for SARS-CoV-2 ตามระดับค่า CT ของ E gene

CT value cut-offs	Sensitivity	Accuracy	N
< 20	100	100	20
20 -30	100	100	40
> 30	80	80	20

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ชุดตรวจ POCT Standard RT-PCR for SARS-CoV-2 มีความไว ความจำเพาะ และความถูกต้อง มากกว่าการตรวจด้วยชุดตรวจ SARS-CoV-2 Antigen เมื่อประสิทธิภาพเทียบกับวิธีมาตรฐาน real-time RT-PCR ในสิ่งส่งตรวจที่มีค่า CT ของ E gene ไม่เกิน 30 แต่จะมีค่าความไวและความถูกต้องลดลง เมื่อค่า CT เกิน 30

การวินิจฉัยระดับโมเลกุลโดยวิธี Standard RT-PCR for SARS-CoV-2 เป็นแนวทางหลักที่ใช้ในการวินิจฉัยโรค COVID-19 โดยไวรัส SARS-CoV-2 (Gupta et al, 2021) สำหรับ POCT Standard RT-PCR for SARS-CoV-2 ซึ่งเป็นการวิเคราะห์แบบรวดเร็วโดยหลักการมาตรฐาน ณ จุดดูแลผู้ป่วย โดยรายงานนี้ ตรวจใน Nasopharyngeal swab และ/หรือ Throat swab ใน viral transport media: VTM โดยชุดตรวจ POCT Standard RT-PCR for SARS-CoV-2 เทียบกับ Standard real-time RT-PCR for SARS-CoV-2 พบว่ามีความไว 91.66% ความจำเพาะ 100% และความแม่นยำ 93.75% โดยกลุ่ม E gene CT ไม่เกิน 30 มีความไวและความจำเพาะ และความแม่นยำ 100% ในขณะที่ผู้ที่มี CT ของยีน E มากกว่า 30 จะมีความไวและความแม่นยำ 50% ใกล้เคียงสอดคล้องกับการรายงานของ (Strömer et al, 2020) ที่ประเมินการติดเชื้อจากปริมาณไวรัสโดยการฉีดวัคซีนเซลล์ในตัวอย่างทางเดินหายใจส่วนบน (n=64, CT 17-34) ความไวของ POCT แปรผันตั้งแต่ 100% (CT < 25) ถึง 73.1% (CT ≤ 30) ตัวอย่างทั้งหมดที่มีค่า CT > 30 มีความไวและความแม่นยำลดลง (ชาญณัฐ พรหมพิงค์ และคณะ, 2565) คัดเลือกสิ่งส่งตรวจ ที่ให้ผล not detected 10 ราย ให้ผล detected ที่มีค่า CT ของ E gene < 20, 20-30 และ > 30 อย่างละ 10 ราย รวม 40 ราย แล้วนำไปทดสอบด้วยวิธี POCT; real-time RT-PCR (Standard™ M10 system) คำนวณหาความไว ความจำเพาะ และความถูกต้อง พบว่าการทดสอบ ด้วยวิธี POCT; real-time RT-PCR เมื่อเทียบกับวิธี Reference; real-time RT-PCR ในภาพรวมสิ่งส่งตรวจ 40 ตัวอย่าง (ค่า CT ของ E gene สูงสุด = 36.81) มีความไว 80% ความจำเพาะ 100% และความถูกต้อง 85%

แต่เมื่อวิเคราะห์ที่ตัวอย่างที่มีค่า CT ของ E gene ไม่เกิน 30 พบว่ามีความไว ความจำเพาะ และความถูกต้อง 100% ตัวอย่างที่มีค่า CT ของ E gene เกิน 30 พบว่ามีความไวและความถูกต้อง 40%

ชุดตรวจ POCT Standard RT-PCR for SARS-CoV-2 (SARS –CoV-2 testing in Flash 20 instrument (Coyote)) มีความไว ความจำเพาะ และความถูกต้องเทียบเท่ากับชุดตรวจ Standard real-time RT PCR for SARS-CoV-2 (Aridial COVID-19 Real-Time PCR Test) ในสิ่งส่งตรวจสารคัดหลั่งทางจมูก ลำคอ ทางเดินหายใจ ที่อยู่ใน VTM: viral transport media ที่มีค่า CT ของ E gene ไม่เกิน 30 ถ้าหากค่า CT เกิน 30 จะมีค่าความไวและความถูกต้องลดลง ดังนั้น POCT Standard RT-PCR for SARS-CoV-2 จึงมีประสิทธิภาพในการใช้ตรวจการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ในระยะเริ่มแรกและช่วงของการแพร่กระจายเชื้อได้ดีเพื่อคัดแยกผู้ติดเชื้อ แต่ไม่ควรใช้ตรวจหาเชื้อในระยะท้ายของการติดเชื้อหรือใช้ตัดสินใจในการจำหน่ายผู้ป่วยจากภาวะการติดเชื้อ นอกจากนั้น ยังช่วยลดระยะเวลารอคอยจาก 6-12 ชั่วโมง เป็น 45-60 นาที ทำให้การรักษา และควบคุมโรคทำได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางระบบการตรวจในห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 และประสิทธิภาพในการใช้ตรวจการติดเชื้อ SARS-CoV-2 เพื่อคัดแยกผู้ติดเชื้อ ในระยะเริ่มแรก และช่วงการแพร่กระจายเชื้อได้ดีและยังช่วยลดระยะเวลารอคอยจาก 6-12 ชั่วโมง เป็น 45-60 นาที ทำให้การรักษาได้ไวขึ้น แต่ยังไม่เหมาะสมในการเลือกใช้เพื่อตรวจหาเชื้อในระยะท้ายของการติดเชื้อ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ปัจจุบันชุดตรวจ POCT Standard RT-PCR for SARS-CoV-2 และ SARS-CoV-2 Antigen ถูกนำเข้ามาจำหน่ายหลายยี่ห้อ ห้องปฏิบัติการควรทำการทดสอบเพื่อทดสอบประสิทธิภาพ รวมทั้งประเมิน Price performance ร่วมด้วยก่อนนำมาใช้
2. การเก็บตัวอย่างที่ถูกต้องมีผลต่อการตรวจวิเคราะห์ กรณีที่ พบว่า ค่า CT>30 และผลชุดตรวจ POCT Standard RT-PCR for SARS-CoV-2 และ SARS-CoV-2 Antigen ผลอาจเป็นลบปลอม
3. การใช้ ชุดตรวจ POCT Standard RT-PCR for SARS-CoV-2 และ SARS-CoV-2 Antigen ในกลุ่มเสี่ยง ควรสังเกตอาการ และตรวจคัดกรองซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2565, 15 พฤษภาคม). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19).
<https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>
- กรมควบคุมโรค. (2565, 15 พฤษภาคม). COVID-19 (EOC-DDC Thailand) โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.
<https://ddcportal.ddc.moph.go.th/portal/apps/opsdashboard/index.html>
- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2565, 15 พฤษภาคม). การตรวจวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
http://nih.dmsc.moph.go.th/data/data/64/covid/covid_lab16102020.pdf
- ชาญณัฐ พรหมพิงค์, ราชนัน ขุนชนะธวัช และธาริณี ทิพย์วงศ์. (2565). การประเมินและวางระบบการตรวจหาเชื้อ SARS-CoV-2 ด้วยวิธีการทดสอบ POCT; real-time RT-PCR แบบรวดเร็วในสถานการณ์การระบาด. *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเทคนิคการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข จ.ตรัง*.
- ณัฐวรรณ คำแสน. (2564). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุ้มผาง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 4(1), 33-48.
- ยง ภู่วรรณ. (2563, 15 พฤษภาคม). *โครงสร้างของไวรัส SARS-CoV-2 โควิด-19 และระบาดวิทยา*. สำนักบริการคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. <https://learningcovid.ku.ac.th/course/?c=1&l=5>
- ศูนย์ปฏิบัติการข้อมูลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. (2565, 15 พฤษภาคม). สถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย. <https://www.facebook.com/informationcovid19/>
- Gupta, N., Augustine, S., Narayan, T., O’Riordan, A., Das, A., Kumar, D., ... & Malhotra, B. D. (2021). Point-of-care PCR assays for COVID-19 detection. *Biosensors*, 11(5), 141.
- Strömer, A., Rose, R., Schäfer, M., Schön, F., Vollersen, A., Lorentz, T., ... & Krumbholz, A. (2020). Performance of a point-of-care test for the rapid detection of SARS-CoV-2 antigen. *Microorganisms*, 9(1), 58.
- World Health Organization. (2019). *Coronavirus disease (COVID19)*. Retrieved 21/3 from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>



คำแนะนำ การส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

พ.ศ. 2561

คำแนะนำ การส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

พ.ศ. 2561

เพื่อให้การจัดทำวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีคุณภาพ คำแนะนำนี้ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 ดังนี้

ผู้ทรงคุณวุฒิ หมายถึง ผู้ที่มีความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญในสาขาวิชานั้นๆ

ผลงานวิชาการที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ หมายถึง ผลงานที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ อย่างน้อย 2 คน ที่มีความเห็นตรงกันว่าเป็นผลงานที่มีคุณภาพ สามารถลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารได้

ผลงานวิชาการที่รับตีพิมพ์ หมายถึง บทความวิจัย บทความวิชาการ หรือ บทความปริทรรศน์

คำแนะนำของการเตรียมบทความ

1. ข้อกำหนดการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี มีดังต่อไปนี้

1.1. เป็นผลงานวิชาการทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษในสาขาการพยาบาล การสาธารณสุข วิทยาศาสตร์ สุขภาพและการศึกษาพยาบาลและสุขภาพ

1.2. ผลงานวิชาการต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อน ยกเว้นเป็นผลงานวิชาการที่ได้นำ เสนอในการประชุมทางวิชาการที่ไม่มี Proceedings และผู้เขียนจะต้องไม่ส่งบทความเพื่อไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นในเวลาเดียวกัน

1.3. ผลงานวิชาการจะได้รับการพิจารณาลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควร ไม่น้อยกว่า 2 คน

1.4. กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาการลงตีพิมพ์ในวารสารหลังจากผ่านการประเมินจากโดยผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

1.5. หากผลงานวิชาการใดได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ เจ้าของผลงานวิชาการจะต้องแก้ไขต้นฉบับให้เสร็จ และส่งคืนกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนด มิฉะนั้น จะถือว่าสละสิทธิ์การตีพิมพ์

1.6. ผลงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง (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 จะถูกตัดสิทธิ์ในการพิจารณาผลงานตีพิมพ์

3. การเตรียมต้นฉบับ บทความปริทัศน์ (Review Article) มีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียน ดังนี้

3.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2 ชื่อผู้นิพนธ์ทุกคน และสถานที่ทำงาน โดยใช้ภาษาไทย

3.3 บทคัดย่อ (Abstract) ให้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นความเรียงย่อหน้าเดียว ประกอบด้วยสาระสังเขปที่สำคัญและครบถ้วน คำสำคัญ (Key words) มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

3.4 บทนำ เป็นการเขียนความสำคัญ ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักของเรื่องที่น่าสนใจ เขียนให้กระชับ ตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญว่าทำไมจึงนำเสนอบทความนี้

3.5 สาระปริทัศน์ในประเด็นต่างๆ ที่ตรงกับชื่อเรื่อง โดยประเด็นที่น่าสนใจจะต้องกระชับ ตรงประเด็น ไม่ซ้ำซ้อน

3.6 วิจารณ์ เป็นการสรุปสาระ และแสดงความคิดเห็นของผู้เขียนโดยจะอ้างอิงวรรณกรรมต่างๆมาเพิ่มเติมหรือไม่ก็ได้

3.7. กิตติกรรมประกาศ (หากมี)

3.8 เอกสารอ้างอิง

4. การอ้างอิงเอกสาร

การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ท้ายบทความ สำหรับแนวทางของการเขียนเอกสารอ้างอิง โดยใช้ระบบของ APA 7th รายละเอียดศึกษา จากหนังสือ Publication Manual of the American Psychological Association. มีรายละเอียด ดังนี้

ผู้แต่งเป็นชาวต่างประเทศให้ลงนามสกุลตามด้วยเครื่องหมาย และต่อด้วย อักษรย่อของชื่อต้น และชื่อรอง ดังตัวอย่าง

4.1 หนังสือ

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์)./ ชื่อเรื่อง/ (พิมพ์ครั้งที่)./ สำนักพิมพ์.

Author, A. A. (Year)./ *Title of the book* (Edition ed.)/ Publisher.

สุกัญญา รอส. (2561). *วัสดุชีวภาพ*. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2563). *พฤติกรรมสุขภาพ : แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 3). สำนักพิมพ์
////////มหาวิทยาลัยนเรศวร.

Schmidt, N. A., & Brown, J. M. (2017). *Evidence-based practice for nurses: Appraisal and
////////application of research* (4th ed.). Jones & Bartlett Learning, LLC.

4.2 วารสาร

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์)./ ชื่อบทความ./ ชื่อวารสาร./ เลขของปีที่./ (เลขของฉบับที่)./ เลขหน้า.

วิชัย พานิชย์สวຍ, สุมณ ไวยบุญญา, พัชรพร ศุภกิจ, และรัตนกร หลวงแก้ว. (2562). ผลของการใช้บทเรียน PISA
////////ที่มีต่อความสามารถด้านทักษะกระบวนการทางคณิตศาสตร์ ของนักเรียนระดับประถมศึกษา.

////////วารสารการวิจัยพัฒนาชุมชน (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์), 12(3), 133-160.

4.3 วิทยานิพนธ์

ชื่อ นามสกุล./ (ปีที่เผยแพร่)./ ชื่อวิทยานิพนธ์/ [วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์หรือวิทยานิพนธ์
////////ปริญญามหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์]./ ชื่อมหาวิทยาลัย.

Author, A. A. (Year)./ Title/[Unpublished doctoral or master's thesis]./ Name of the Institution
////////awarding the degree.

สรญา แสงเย็นพันธ์. (2559). *การพัฒนาแบบการเขียนบรรณานุกรมออนไลน์* [วิทยานิพนธ์ปริญญา
////////มหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยนเรศวร

Stewart, Y. (2000). *Dressing the tarot* [Unpublished master's thesis]. Auckland University of
////////Technology.

4.4 รายงานการประชุม

รายงานการประชุม/ การสัมมนา/ อภิปราย

ชื่อหน่วยงานที่จัดประชุม./ (ปีพิมพ์)./ ชื่อเรื่องการประชุม./ ชื่อการประชุม./ สถานที่จัดประชุม.

ที่ประชุมคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยของรัฐ. (2565). การประชุมสามัญที่ประชุมคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

////////มหาวิทยาลัยของรัฐ และมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ. *การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับ.*

////////บัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 53 ก. มหาวิทยาลัยนเรศวร

4.5 เว็บไซต์

ชื่อ นามสกุลผู้เขียน./(วัน/เดือน/ปีที่เผยแพร่)./ชื่อบทความ./ชื่อเว็บไซต์./URL

Author, A. A./ (Year, Month date)./ *Title of the work*: Subtitle./Website name./URL

สรญา แสงเย็นพันธ์. (18 กันยายน 2561). *มาทำความเข้าใจระบบสี CMYK กับ RGB*. สำนักพิมพ์

มหาวิทยาลัย////////นเรศวร. <https://www.nupress.grad.nu.ac.th/cmyk-and-rgb/>

Sparks, D. (2019). Women's wellness: *Lifestyle strategies ease some bladder control problems*.

////////Mayo Clinic. <https://newsnetwork.mayoclinic.org/discussion/womens-wellness-lifestyle-////////strategies-ease-some-bladder-control-problems/>

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

6. การตั้งค่านำกระดาษ ให้ตั้งค่าขนาดกระดาษ A4 จัดหน้าให้มีช่องว่างด้านบน 1 นิ้ว ด้านล่าง 1 นิ้ว ด้านซ้าย 1.25 นิ้ว ด้านขวา 1 นิ้ว อักษรที่ใช้ในการพิมพ์ให้ใช้ฟอนต์ TH Sarabun ขนาด 16 และ single space และมี เนื้อหารวมบทความและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 15 หน้า

7. บทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่ส่งมาตีพิมพ์ต้องยังไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ ในวารสารอื่น ก่อนขอรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ซึ่งหากกองบรรณาธิการ วารสารฯ ตรวจสอบว่าบทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่ส่งมาขอตีพิมพ์มีชื่อเดียวกันหรือมีการตีพิมพ์ซ้ำซ้อนกับที่ปรากฏใน วารสารอื่นกองบรรณาธิการจะดำเนินการถอดถอนเรื่องของผู้นิพนธ์ออกจากการลงตีพิมพ์ของวารสารวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี สุพรรณบุรีทันทีที่พบความจริง รวมทั้งถอนรายชื่อของผู้นิพนธ์ออกจากส่วนที่เกี่ยวข้องกับวารสารวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี สุพรรณบุรี และไม่รับบทความวิชาการหรือบทความวิจัยลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี สุพรรณบุรีอีก

8. กรณีที่เป็นบทความวิจัยต้องผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และ สัตว์ (Institutional Review Board: IRB) หรือในคน หรือชื่ออื่นที่เกี่ยวข้องโดยระบุชื่อเรื่อง เลขที่อนุมัติ วันอนุมัติ และวัน สิ้นสุด การอนุมัติภายในเนื้อหาส่วนที่เป็นการพิทักษ์สิทธิ์ หรือแสดงหลักฐานการพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูลอื่นและแสดง ให้เห็นว่าได้รับการยินยอมจากตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูลในการเข้าร่วมการวิจัยและให้แนบไฟล์เอกสารอนุมัติ IRB และเอกสารที่ เกี่ยวข้อง ในรูปแบบของ pdf ไฟล์

9. ผลงานทางวิชาการทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ผู้นิพนธ์จะได้รับวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี 1 ฉบับ ในกรณีที่ผู้นิพนธ์ต้องการประสงค์จะซื้อเพิ่มเป็นรายฉบับ ราคาฉบับละ 100 บาท

10. การส่งต้นฉบับ ให้ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

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

10.2 เมื่อบทความผ่านประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจะมีหนังสือแจ้งจากกองบรรณาธิการวารสารให้ผู้เขียนดำเนินการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

10.3 โดยมีค่าธรรมเนียมตีพิมพ์ 3,500 บาท/เรื่อง

สมาชิกหรือผู้อ่านท่านใดประสงค์จะขอข้อมูลหรือรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อกองบรรณาธิการ ได้ดังนี้

กองบรรณาธิการวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี 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

