ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2567

ISSN: 2985-0916 (Online)

JNPHR

Journal of Nursing and Public Health Research

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr/index

Journal of Nursing and Public Health Research

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

Journal of Nursing and Public Health Research

วัตถุประสงค์

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข จัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการในด้าน การพยาบาลในคลินิก การพยาบาลในชุมชน การศึกษาทางการพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ประเภทบทความ

บทความวิจัย (Research Article)

บทความวิชาการ (Academic Article)

บทความปริทัศน์ (Review Article)

กระบวนการพิจารณา

ทุกบทความจะผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยกองบรรณาธิการจะส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) จำนวน 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านเนื้อหานั้น ๆ การประเมินคุณภาพผลงานของผู้ทรงคุณวุฒิเป็นระบบไม่เปิดเผยชื่อผู้แต่ง (Double-Blind Peer Review) โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่งไม่ทราบชื่อกันและกัน

กำหนดเผยแพร่

ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม - เมษายน

ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม - สิงหาคม

ฉบับที่ 3 เดือน กันยายน - ธันวาคม

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

201 หมู่ 4 ตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม เชียงใหม่ 50180

โทร. 053-121121 ต่อ 203, 063-7988805 โทรสาร 053-121125

E-mail: jnphr@bcnc.ac.th

JNPHR
Journal of Nursing and Public Health Research
วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2567

ที่ปรึกษา	กองบรรณาธิการ	
ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร	ศาสตราจารย์ ดร.อารีวรรณ กลั่นกลิ่น	คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัตน์
อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก	รองศาตราจารย์ ดร.รัชนี สรรเสริญ	สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ศาสตราจารย์ ร.อ. พญ.วณิชา ชื่นกองแก้ว	รองศาสตราจารย์ ดร.อาทิตย์ พวงมะลิ	คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก	รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
ดร.อมาวสี อัมพันศิริรัตน์	รองศาตราจารย์ ทันตแพทย์ ดร.เอกรัฐ ภัทรธราธิป	คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
	ผู้ช่วยศาตราจารย์ ดร.วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีสุดา รัศมีพงศ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒ ประสานมิตร
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัศนี วันชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พยงค์ เทพอักษร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
	ผู้ช่วยศาตราจารย์ ดร.ภญ. เบญจวรรณ พูนธนานิวัฒน์กุล	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก
	ดร.นภชา สิงห์วีรธรรม	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
	แพทย์หญิงสุภารัชต์ กาญจนะวณิชย์	โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่
	เภสัชกรหญิง ดร.อรรัตน์ หวั่งประดิษฐ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
	ดร.ชลธิชา อมาตยคง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
	ดร.พิมลพรรณ เนียมหอม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
	Mr.William Leslie	นักวิชาการอิสระ (ที่ปรึกษาด้านภาษาอังกฤษ)

บรรณาธิการ
ดร.อัมภิชา นาไวย์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

ผู้ช่วยบรรณาธิการ
ผู้ช่วยศาตราจารย์ ดร.ปุลวิชช์ ทองแตง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

กองจัดการ
นางสาวปนัสยา พรมดี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

กำหนดออก
ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้
ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม
ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

เจ้าของ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 3 ท่านต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารวิจัยการพยาบาลและสาธารณสุข ที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

JNPHR
Journal of Nursing and Public Health Research
วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

Journal of Nursing and Public Health Research

Vol.4 No.1 January - April 2024

Editorial advisor	Editorial Board	
Professor Dr. Vichai Tienthavorn President of Praboromarajchanok Institute	Professor Dr.Areewan Klanklin	Panyapiwat Institute of Management School of
Professor Wanicha Chuenkongkaew Vice President of Praboromarajchanok Institute	Assoc.Prof. Dr.Rachanee Sunsern	Health Science, Mae Fah Luang University
Dr.Amavasee Ampansirirat Director of Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai	Assoc.Prof. Dr.Aatit Paungmali	Faculty of Associated Medical Science
	Assoc.Prof. Dr.Siripant Siripant	Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University
	Assoc.Prof.Ekarat Phattarataratip	Faccullty of Dentistry, Chulalongkorn University
	Assist.Prof. Dr.Vanida Durongritichai	Faculty of Nursing, Phetchaburi Rajabhat University
	Assist.Prof. Dr.Wilawan Chomnirat	Faculty of Nursing, Khon Kaen University
	Assist.Prof. Dr.Srisuda Ratsameepong	Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University
	Assist.Prof. Dr.Sutthida Phongphanngam	Faculty of Nursing, University of Phayao
	Assist.Prof. Dr.Ausanee Wanchai	Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj
	Assist.Prof. Dr.Kittiporn Nawsuwan	Boromarajonani College of Nursing, Songkhla
	Assist.Prof. Dr.Phayong Thepaksorn	Sirindhorn College of Public Health, Trang
	Assist.Prof. Dr.Benjawan Poonthananiwatkul	Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology
	Dr.Noppcha Singweratham	Faculty of Public Health, Chiang Mai University
	Dr.Suparat Kanjanavanit	Nakornping Hospital
	Dr.Orarat Wangpradit	Sirindhorn College of Public Health Chonburi
	Dr.Chonticha Amattayakong	Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai
	Dr.Pimonpan Niamhom	Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai
	Mr.William Leslie	Independent Scholar (English Language Consultant)

Editor

Dr.Ampicha Nawai
Boromarajonani College of Nursing,
Chiang Mai

Assistant Editor

Assist.Prof. Dr.Pulawit Thongtaeng
Boromarajonani College of Nursing,
Chiang Mai

Journal Manager

Ms.Panutsaya Promdee
Boromarajonani College of Nursing,
Chiang Mai

Publish

3 issues per year
No.1 January – April
No.2 May – August
No.3 September - December

Copyright

Boromarajonani College of Nursing,
Chiang Mai

บทบรรณาธิการ (Editor Note)

เรียน ผู้นิพนธ์ และผู้อ่านวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุขทุกท่าน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ได้ดำเนินการจัดทำวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข (Journal of Nursing and Public Health Research (JNPHR)) ฉบับนี้เป็นปีที่ 4 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เดือนเมษายน 2567 แล้ว โดยยังคงมุ่งมั่นการทำหน้าที่เป็นพื้นที่เปิดทางวิจัยและวิชาการสำหรับคณาจารย์ นักวิจัย นักวิชาการ รวมถึงผู้ที่สนใจได้ใช้เป็นเวทีในการนำเสนอผลงานการศึกษาค้นคว้าด้านการพยาบาล และการสาธารณสุข

สำหรับเนื้อหาบทความในวารสารฉบับนี้ มีบทความวิจัย จำนวน 13 เรื่อง กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาสาระของบทความที่วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ จะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่าน เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนางานวิจัยทางสุขภาพของท่านให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ในนามคณะกรรมการกองบรรณาธิการฯ ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงต่อผู้เขียนผลงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณาผลงาน และผู้ประสานงาน ในนามตัวแทนกองบรรณาธิการและกรรมการท่านอื่น ๆ ที่ไม่สามารถเอ่ยนามได้หมด ตลอดจนผู้ให้การสนับสนุนหลายฝ่ายด้วยกัน และในโอกาสนี้ทางวารสารขอเชิญชวนนักวิจัย นักวิชาการ รวมทั้งผู้สนใจทั่วไปส่งบทความวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความปริทัศน์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่เกี่ยวข้องกับด้านการพยาบาลในคลินิก การพยาบาลในชุมชน การศึกษาทางการพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ การแพทย์และการสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินคุณภาพบทความก่อนการตีพิมพ์กับวารสาร โดยศึกษารายละเอียดเพิ่มเติม และสามารถส่งผลงานวิชาการผ่านทางระบบออนไลน์ได้ที่ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr/index

ดร.อัมภิชา นาไวย์

บรรณาธิการ

สารบัญ

บทความวิจัย :

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะที่ 3A ถึง ระยะที่ 4 ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และอัตราการกรองของไต โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว.....e262291

The Effects of a Self-Management Program in Chronic Kidney Disease Stages 3A to 4 Patients on Knowledge, Self- Management Behaviors, and Glomerular Filtration Rate, Sakaeo Crown Prince Hospital

กศิมา สง่ารัตนพิมาน, คมสันต์ อาษา, รุ่งนภา เขียวชะอ่ำ

Kasima Sa-ngrattanapiman, Khomsun Arsa, Rungnapha Khiewchaum

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการฝึกปฏิบัติงานในคลินิกครั้งแรกของนักศึกษาพยาบาลยุคใหม่: การวิจัยเชิงคุณภาพ.....e264109

Factors Affecting the Success of Generation Z Nursing Students During Their First Clinical Placement: A Qualitative Study

ชลธิชา อมาตยคง, โรชินี อุปรา, เอกชัย กันธะวงศ์, Kenda Crozier

Chonticha Amattayakong, Roshinee Oupra, Eakachai Kantawong, Kenda Crozier

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับศักยภาพการวิจัยของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์.....e265546

Factors Related to Nurses' Research Capacity in Regional Hospitals

วันทนา บุญคง, สมใจ ศิระกมล, อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์

Wantana Boonkong, Somajai Sirakamon, Apiradee Nantsupawat

ผลของการฝึกหายใจแบบช้าต่อการขยายตัวของทรวงอก สมรรถภาพปอด และการฟื้นตัวของอัตราการเต้นของหัวใจในผู้ที่เป็นโรคอ้วน อายุ 18-35 ปี.....e264105

Effect of Slow Deep Breath on Chest Expansion, Pulmonary Function, and Heart Rate Recovery in Obese Persons Aged between 18 and 35 Years

อารีวรรณ บุญเดชารักษ์, ปรียานุช อนุภาพรังสี, ผุสชา อิงคนันท์, ถนอมศักดิ์ เสนาคำ, อิสริยาภรณ์ เนตรพระ, ประภาวดี ภิรมย์พล

Areewan Boondecharuk, Preeyanut Anuphaprangsee, Pussacha Ingkanun, Tanormsak Senakham, Issariyapon Natepra, Prapawadee Pirompol

สารบัญ

บทความวิจัย :

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านโภชนาการร่วมกับการใช้เครื่องวัดความเค็มต่อการลดการบริโภคโซเดียม ระดับความดันโลหิตและอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้.....e264377

Effects of the Dietary Education Program in Conjunction with the Salt Meter on Reducing Sodium Intake, Blood Pressure Levels, and Glomerular Filtration Rate Among Uncontrolled Hypertension Patients

สาคร เสริญไธสง

Sakhorn Sernthaisong

ผลการประเมินหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น....e265494

The Evaluation on the Training Program Curriculum in Nursing Specialization in Child and Adolescent Mental Health and Psychiatric Nursing

เกศราภรณ์ ชูพันธ์, กานต์รวี คำชั่ง, พนิดา พาลี, พรทิพย์ ธรรมวงศ์, อมาวสี อัมพันศิริรัตน์

Kesaraporn Choopun, Karnrawee Khamchang, Panida Palee,

Ponthip Thammawong, Amavasee Ampansirirat

ผลของเกมมิฟิเคชั่นร่วมกับเพื่อนช่วยเพื่อนต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชากระบวนการพยาบาลและการประเมินภาวะสุขภาพ.....e267472

Effects of Cooperative Gamification with Peer-assisted Learning on Learning Achievement Outcomes in the Nursing Process and Health Assessment Course

ศรัทธา ประกอบชัย, ชญานิศ ชอบอรุณสิทธิ, เรณู ขวัญยืน, ประภัสสร เสงี่ยมกุลถาวร

Sattha Prakobchai, Chayanis Chobarunsitti, Renu Kwanyuen,

Prapassorn Sangiamkulthavorn

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย e265928

Factors Related to the Intention to Implement Evidence-Based Practice by Nurses in University Hospitals

ภานุพงศ์ ศรีทิพย์, อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์, เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล

Panupong Sritip, ApiradeeNantsupawat, Petsunee Thungjaroenkul

สารบัญ

บทความวิจัย :

อิทธิพลของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการวางแผนการพยาบาลต่อการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล.....e266832

The Influences of Stress, Social Support, and Nursing Care Plan Capability on Nursing Practice among Nursing Students

สุภาณี คลังฤทธิ์, สุวรรณี สร้อยสงค์, ปิยพงศ์ สอนลบ, จินดาวรรณ เงารัศมี, สมาภรณ์ เทียนขาว, นันทวรรณ ธีรพงศ์, ฉันทนา โสวัตร

Supanee Klungrit, Suwannee Sroisong, Piyapong Sornlob, Jindawan Ngaoratsamee, Samaphorn Theinkaw, Nantawan Teerapong, Chantana Sowat

ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะกับความผาสุกของแกนนำผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน จังหวัดเพชรบุรี.....e265745

The Relationship between Competency and Well-Being of Elderly Leaders in Family and Community in Phetchaburi Province

วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, กิติศักดิ์ รุจิกาญจนรัตน์, ณัฐพัชร นามจัด

Vanida Durongrittichai, Kitisak Rujiganjanarat, Nuttaphat Namjud

ประสบการณ์ของสตรีที่ติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์: การวิจัยเชิงคุณภาพ.....e264916

Women's experience of living with covid-19 during pregnancy: A qualitative study

ภารดี บุญเพิ่ม, พัชรินทร์ เงินทอง, ปุลวิชช์ ทองแตง, สุจิตรา ชัยวุฒิ, ชฎาภรณ์ วัฒนวิไล, นงเยาว์ ลาวิณห์

Paradee Boonperm, Patcharin Ngoenthong, Pulawit Thongtaeng, Sujitra Chaiwuth, Chadaporn Wattanawilai, Nongyao Lawin

บทความวิชาการ :

จิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการของพยาบาลวิชาชีพ.....e264564

Entrepreneurial Mindset of Professional Nurses

คุณัสปกรณ์ มัคคัปผลานนท์, นัฐิยา เพียรสูงเนิน, จุฑามาศ วงจันทร์, วีรวัฒน์ ทางธรรม, ณัฐชยา พลาชีวะ, ปราโมทย์ ถ่างกระโทก

Khunatpakorn Makkabphalanon, Nattiya Peansungnern, Jutamast Wongjan, Weerawat Thangthum, Natchaya Palacheewa, Pramote Thangkrarok

ความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัย: กลยุทธ์ส่งเสริมการคงอยู่ในงานของพยาบาล.....e265727

Subjective Career Success: Strategies for Nurse Retention

ณัฐวัตร วงค์จันทร์, กุลวดี อภิชาตบุตร

Natthawat Wongchan, Kulwadee Abhicharttibutra

JNPHR
Journal of Nursing and Public Health Research
วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

e262291

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะที่ 3A ถึง ระยะที่ 4 ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และอัตราการกรองของไต โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

The Effects of a Self-Management Program in Chronic Kidney Disease Stages 3A to 4 Patients on Knowledge, Self- Management Behaviors, and Glomerular Filtration Rate, Sakaeo Crown Prince Hospital

กศิมา สง่ารัตนพิมาน[1*], คมสันต์ อาษา[1], รุ่งนภา เขียวชะอ่ำ[2]

Kasima Sa-ngrattanapiman[1*], Khomsun Arsa[1], Rungnapha Khiewchaum[2]

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว[1*], วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข[2]

Sakaeo Crown Prince Hospital[1*],

Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health[2]

(Received: April 7, 2023; Revised: December 6, 2023; Accepted: December 26, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3A ถึง ระยะที่ 4 ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และอัตราการกรองของไต ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คลินิกโรคไต โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3A ถึงระยะที่ 4 จำนวน 66 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่ม ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกันยายนถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างความรู้ทางสุขภาพ 2) การพัฒนาการจัดการตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไต และ 3) การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ของผู้ป่วยไตเรื้อรัง แบบบันทึกอัตราการกรองของไต และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และอัตราการกรองของไตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความรู้เรื่องไตเรื้อรัง พฤติกรรมการจัดการตนเองและอัตราการกรองของไตมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไตมีประสิทธิผลที่ดี ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังนี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และอัตราการกรองไตของผู้ป่วยไตเรื้อรังในหน่วยงานของตนเองได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการตนเอง, ความรู้, พฤติกรรม, ชะลอความเสื่อมของไต, ผู้ป่วยไตเรื้อรัง

*ผู้ให้การติดต่อ กศิมา สง่ารัตนพิมาน e-mail: kasima_2010@hotmail.com

Abstract

The objective of this quasi-experimental study was to examine the effects of a self-management program in chronic kidney disease stages 3a–4 patients on knowledge, self-management, and glomerular filtration rate at Sakaeo Crown Prince Hospital. Participants were 66 patients with chronic kidney disease stages 3A–4 who were selected by a random sampling technique. The study was conducted between September and November 2022. The research instrument was a self-management program, including three processes: 1) creating health knowledge; 2) developing self-management to slow down kidney deterioration; and 3) monitoring and evaluating behavioral performance in self-management to delay kidney deterioration. Data collection instruments were a demographic data questionnaire, a knowledge assessment form, a glomerular filtration rate recording form, and a self-management behavior assessment to slow down kidney deterioration. Data were analyzed using descriptive analysis to compare knowledge, self-management behavior, and the glomerular filtration rate before and after receiving the self-management program using paired t-test statistics.

The results showed that after receiving a self-management program, participants had a knowledge score about chronic kidney disease, self-management behaviors, and glomerular filtration rate that were higher than before receiving the self-management program (*p-value* < 0.001). It has been shown that a self-management program for patients with chronic kidney disease to slow down kidney deterioration has effectiveness. Nurses and other health providers can apply this self-management program to chronic kidney failure patients to promote knowledge, self-care behavior, and glomerular filtration rate in their own units.

Keywords: A Self-Management Program, Knowledge, Behaviors, Slow Down Kidney Deterioration, Chronic Kidney Disease Patients

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกรวมถึงประเทศไทยที่มีแนวโน้มสูงขึ้น และทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ปัจจุบันพบว่าความชุกของโรคไตเรื้อรังทั่วโลกโดยเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 13.40 และมีผู้ป่วยในระยะที่ 3-5 คิดเป็นร้อยละ 10.60 (Hill et al., 2016) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2561-2563 พบอัตราการเสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรังจำนวน 14.93, 17.41 และ 16.49 ต่อประชากรแสนรายตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2564 ข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้ป่วยไตเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในระยะที่ 1-3 ร้อยละ 14.08 และเป็นผู้ป่วยไตเรื้อรัง

ที่คลินิกชะลอไตเสื่อมอยู่ในระยะที่ 3A -5 ร้อยละ 25.77 (กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, 2565) โรคไตเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด ดังนั้นการชะลอภาวะไตเสื่อมให้เกิดช้าที่สุดจึงถือว่าเป็นการรักษาที่สำคัญมาก โดยมีเป้าหมาย คือ ลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคไตเรื้อรังโดยการค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงให้ได้รับการวินิจฉัยเริ่มแรก และดูแลให้ได้รับการรักษาในระยะแรก โดยผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่เริ่มแรกโดยได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตตามมาตรฐาน ทำให้ได้รับการติดตามความเสื่อมของไตเป็นระยะ ๆ อย่างไรก็ตามพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่จะนำไปสู่โรคไตเรื้อรัง ได้แก่ การใช้ยาหรือสารที่ส่งผลต่อไต การดื่มน้ำน้อย การสูบบุหรี่ ภาวะน้ำหนักเกิน การรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง อาหารที่มีรสเค็มจัด เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับการส่งเสริมความรู้ และพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไต (Herrington et al., 2017; Xie et al., 2018; ศิริลักษณ์ ถุงทอง, 2560)

การรักษาโรคไตวายเรื้อรังจะเน้นการบำบัดทดแทนการทำงานของไต ได้แก่ การฟอกเลือดและการผ่าตัดเปลี่ยนไต ที่เพิ่มความซับซ้อนในการดูแลและค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ จากข้อมูลระหว่างปี ค.ศ. 1999-2020 พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเสียชีวิต 1,938,505 ราย เกิดจากโรคหัวใจและหลอดเลือดถึง ร้อยละ 31.2 (Kobo et al., 2023) สอดคล้องกับการสำรวจ ในปี ค.ศ. 2017 ที่พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีการสูญเสียปีสุขภาวะ 35.8 ล้าน DALYs ซึ่งส่วนใหญ่เกิดในประเทศที่มีเศรษฐานะระดับต่ำ (GBD Chronic Kidney Disease Collaboration, 2020) ทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคที่เกิดจากการสูญเสียหน้าที่ของไต โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรถึง 25.30 DAYs อีกทั้งยังทำให้เกิดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น (Hill et al., 2016) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต มีภาระค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตทางช่องท้องเฉลี่ย 240,000 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งค่าใช้จ่ายนี้ยังไม่รวมค่ายา และค่าใช้จ่ายทางอ้อมอื่น ๆ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องใช้งบประมาณสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ในปีงบประมาณ 2558-2559 สูงถึง 5,247 และ 6,318 ล้านบาท ตามลำดับ (ธิดารัตน์ อภิญญา, 2559) นอกจากความสูญเสียทางด้านร่างกายและเศรษฐกิจแล้ว ยังพบว่า โรคไตเรื้อรังยังส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวต้องเปลี่ยนแปลงไป ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ทำให้เกิดความเครียด บทบาททางสังคมลดลง และต้องพึ่งพิงครอบครัวในที่สุด (กวิศรา สอนพูด และสัฆวี ปิยะบัณฑิตกุล, 2563) ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ผู้ป่วยจะถูกจำกัดในด้านการทำบทบาทหน้าที่ทั้งในบ้านและในสังคม มีปัญหาด้านอารมณ์ และการรับรู้ถึงพลังชีวิตลดลง จากการที่ร่างกายอ่อนแอ (รุ้งลาวัลย์ ยี่สุ่นแก้ว, สุรชาติ ณ หนองคาย, ชัยรัตน์ ฉายากุล และดุสิต สุจิรารัตน์, 2559) ดังนั้นบทบาทสำคัญของทีมสหวิชาชีพ คือ ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม และดูแลโรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุสำคัญของโรคไตเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามความสำเร็จของการชะลอไตเสื่อมไม่สามารถทำได้โดยการรักษาด้วยยาเท่านั้น ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยด้วย ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพจึงต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองอย่างเหมาะสมกับสภาวะของโรค ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลและประเมิน

ข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนตนเอง (Creer, 2000) ทีมสหสาขาวิชาชีพช่วยสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต ควบคุมอาหาร ควบคุมความดันโลหิต และควบคุมการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งแนวทางปฏิบัติเหล่านี้ผู้ป่วยไตเรื้อรังจำเป็นต้องรับผิดชอบในการจัดการตนเองที่เหมาะสม จากการศึกษาของ ปิยะดา ด้วงพิบูลย์ (2565) ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของเคลียร์ (Creer, 2000) เพื่อเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 พบว่า อัตราการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยไตเรื้อรัง เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 55.17 เป็นร้อยละ 69.23 ใน 2 ปี และ อัตราการกรองของไตไม่ลดลงจากเดิมเกิน 5 มล./นาที/1.73 ตร.ม ดังนั้นพยาบาลจึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการตนเองให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งเป็นการช่วยชะลอการเสื่อมของไต ป้องกันการดำเนินโรคไปสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุนิสา สีผม, 2556; ศิริลักษณ์ ถุงทอง, 2560)

จากสถิติคลินิกชะลอไตเสื่อม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในปี พ.ศ. 2562, 2563 และ 2564 มีผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคไตเรื้อรังที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ร้อยละ 45.52, 50.27 และ 49.61 ตามลำดับ และระยะที่ 4 ร้อยละ 34.09, 34.03 และ 33.53 ตามลำดับ (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ซึ่งสถิติดังกล่าวอยู่ในระดับสูง และถ้าผู้ป่วยไม่สามารถจัดการตนเองในการชะลอไตเสื่อมได้ ก็จะเข้าสู่กระบวนการทดแทนไต จากการทบทวนการปฏิบัติงานในคลินิกชะลอไตเสื่อมโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว พบว่า ยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยไตเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ซึ่งจะช่วยประคับประคองการทำหน้าที่ของไตเพื่อให้ไตส่วนที่ยังดีอยู่คงความสามารถในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยลดหรือชะลอจำนวนผู้ป่วยที่ต้องทำบำบัดทดแทนไต ซึ่งจะทำให้การปฏิบัติงานในหน่วยงานมีประสิทธิภาพและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ช่วยลดค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพ และช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและชีวิตยืนยาวขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3A ถึง ระยะที่ 4 ต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองและอัตราการกรองของไต

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมจัดการตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมจัดการตนเอง
3. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมจัดการตนเอง

สมมติฐานการวิจัย

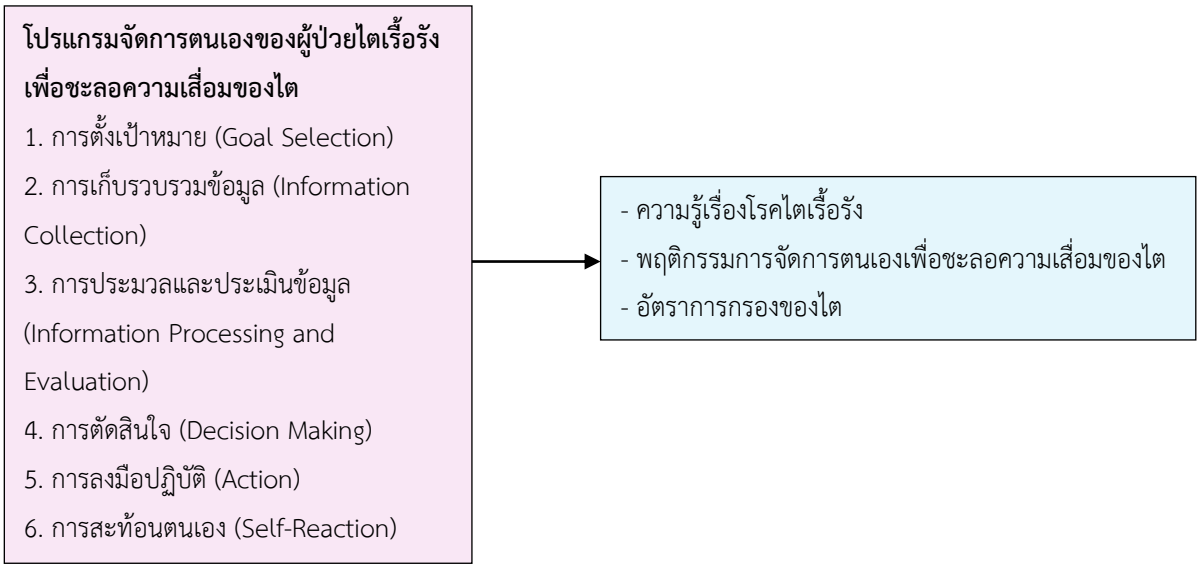
1. หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

3. หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีอัตราการกรองของไตดีขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self- Management Theory) (Creer, 2000) มาเป็นแนวทางในการพัฒนาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อของไตระยะที่ 3A ถึง ระยะที่ 4 ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal Selection) ในการชะลอความเสื่อมของไต 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล (Information Collection) 3) การประมวลและประเมินข้อมูล (Information Processing a Evaluation) 4) การตัดสินใจ (Decision Making) 5) การลงมือปฏิบัติ (Action) และ 6) การสะท้อนตนเอง (Self-Reaction) ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) แบบกลุ่มเดียวก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pre-Post Test Design) ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกันยายนถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ณ คลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มาตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องที่คลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3A-4 ที่มาตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องที่คลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่เดือนกันยายนถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้โปรแกรมคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง G-Power (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test Family เลือก t-test เลือก Means: Differences Between Two Dependent Means (Matched Paired) กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 0.40 ความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.90 ผลการคำนวณได้ขนาดตัวอย่าง 55 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่างขณะทดลองโปรแกรม จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 15 ได้ตัวอย่างทั้งหมด 66 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3A-4 โดยใช้เกณฑ์ในการวินิจฉัย คือ ค่า e-GFR ตั้งแต่ 15 ถึง 59 ml/min/1.73 m^2

2. สื่อสารด้วยการพูดและการฟังด้วยภาษาไทยเข้าใจ

3. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. เจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ เช่น ติดเชื้อในกระแสเลือดต้องพักรักษาในโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากโรคหลอดเลือดสมอง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นต้น

2. ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบทุกระยะร้อยละ 100

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง เพื่อชะลอความเสื่อมของไตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างความรู้ทางสุขภาพ 2) การพัฒนาการจัดการตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไต และ 3) การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ

2.2 แบบประเมินความรู้ของผู้ป่วยไตเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจาก แบบประเมินความรู้เรื่องไตเสื่อมจากเบาหวานของ ศิริลักษณ์ ถุงทอง, 2555 อ้างถึงใน อัมพร จันทชาติ, มาลี มีแป้น และเพ็ญศรี จาบประไพ (2560) ลักษณะคำตอบเป็นแบบถูก ผิด หากตอบถูก ให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน ข้อคำถามมีทั้งหมด 16 ข้อ

แบ่งระดับคะแนนดังนี้ คือ คะแนนน้อยกว่า 8 หมายถึง ระดับความรู้ไม่ดี คะแนนระหว่าง 9-11 หมายถึง ระดับความรู้พอใช้ และ คะแนนระหว่าง 12-16 หมายถึง ระดับความรู้ดี

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม แบบประเมินชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในการจัดการเกี่ยวกับชีวิตประจำวันเพื่อชะลอไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 3A- 4 ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานของศิริลักษณ์ ถุงทอง, 2555 อ้างถึงใน อัมพร จันทชาติ, มาลี มีแป้น และเพ็ญศรี จาบประไพ (2560) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการตนเองทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ด้านการจัดการตนเองเรื่องการรับประทานอาหาร จำนวน 13 ข้อ ด้านการจัดการตนเองเรื่องการออกกำลังกาย จำนวน 2 ข้อ และด้านการจัดการเรื่องการใช้ยาอย่างเหมาะสม จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ดังนี้ 5 คะแนน หมายถึง ทำเป็นประจำ (ทำทุกวันใน 1 สัปดาห์) 4 คะแนน หมายถึง ทำบ่อย (ทำกิจกรรมนั้น 5-6 วัน/สัปดาห์) 3 คะแนน หมายถึง ทำพอๆ กับไม่ทำ (ทำกิจกรรมนั้น 3-4 วัน/สัปดาห์) 2 คะแนน หมายถึง ทำนาน ๆ ครั้ง (ทำกิจกรรมนั้น 1-2 วัน/สัปดาห์) และ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยทำเลย (ไม่ทำกิจกรรมนั้นเลยในรอบ 1 สัปดาห์)

2.4 แบบบันทึกข้อมูลตัวชี้วัดทางคลินิก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อบันทึกข้อมูลผลการตรวจต่าง ๆ ประกอบด้วย eGFR (อัตราการกรองของไต) ใช้บันทึกก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

2.5 สมุดบันทึกการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม สำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3A-4 ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบบันทึกพฤติกรรมการจัดการตนเอง เพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวาน ศิริลักษณ์ ถุงทอง, 2555 อ้างถึงใน อัมพร จันทชาติ, มาลี มีแป้น และเพ็ญศรี จาบประไพ (2560) เพื่อให้ผู้ป่วยบันทึกพฤติกรรมเป้าหมาย ได้แก่ การวัดความดันโลหิต การตรวจน้ำตาลในเลือดให้ผู้ป่วยบันทึกค่าความดันโลหิตและค่าน้ำตาลในเลือดที่ตรวจพบจากการไปตรวจวัดกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ ส่วนพฤติกรรมเป้าหมายได้แก่ การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานยาอย่างถูกต้อง การรับประทานอาหารเสริม ให้ผู้ป่วยบันทึกโดยการทำเครื่องหมายกากบาทในวันที่ผู้ป่วยมีการปฏิบัติในพฤติกรรมเป้าหมายและให้ผู้ป่วยนำมาในวันเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้ทีมสหสาขาวิชาชีพประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรังเพื่อชะลอความเสื่อมของไต แบบประเมินความรู้ของผู้ป่วยไตเรื้อรัง และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index (CVI)) ได้เท่ากับ 0.80, 0.86 และ 0.89 ตามลำดับ

หลังจากนั้นได้นำแบบประเมินความรู้ของผู้ป่วยไตเรื้อรังไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย หาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น ของKuder-Richardson (KR-20) เท่ากับ 0.80 ส่วนแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม หาค่าความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ใช้ระยะเวลาในการดำเนินงานวิจัยทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความรู้ทางสุขภาพ ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1. บรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะกรดยูริกในเลือดสูงและโรคไตเรื้อรัง

2. ฝึกทักษะการอ่านคู่มือ

3. แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การจัดการกับปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิตสูง กรดยูริกสูงในเลือดและประสบการณ์โรคไต จากกลุ่มทดลองที่คะแนนประเมินความรู้ระดับสูง

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาการจัดการตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2-11 ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การรวบรวมข้อมูล 3) การประมวล และการประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การปฏิบัติการจัดการตนเอง และ 6) การประเมินและเสริมแรงตนเอง โดยมีกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 2-11 ดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1 - กิจกรรมครั้งที่ 3

กิจกรรมครั้งที่ 1

1) การปฏิบัติตัวในการป้องกันและชะลอการเสื่อมของไตประกอบด้วย ความหมาย หน้าที่ของไต สาเหตุของโรคไตเรื้อรังอาการของโรคไตเรื้อรัง การรักษาโรคไตเรื้อรัง การควบคุมเบาหวานความดันโลหิต และกรดยูริก การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและชะลอการเสื่อมของไต การรักษาโรคไตเรื้อรัง และการบำบัดทดแทนไต โดยพยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลประจำคลินิก/พยาบาลผู้จัดการรายกรณี

2) แบบบันทึกแสดงกราฟค่าระดับไตเสื่อม eGFR รายบุคคล โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แจ้งบอกกับผู้ป่วยถึงระยะของไตเสื่อม อธิบายรายบุคคล ลงกราฟแสดงแสดงค่าระดับไตเสื่อม eGFR แจ้งระยะของไตทีละบุคคล โดยพยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลประจำคลินิก/พยาบาลผู้จัดการรายกรณี

3) ระบบสารสนเทศคอมพิวเตอร์พร้อมอุปกรณ์ในการลงระบบ POP UP ในระบบคอมพิวเตอร์เพื่อแจ้ง เตือนระยะของการกรองไต ของผู้ป่วยแต่ละราย โดยผู้วิจัยคิดสร้างขึ้นเองร่วมกับ IT โดยพยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลประจำคลินิก/พยาบาลผู้จัดการรายกรณี

4) เปิดวีดีโอ ความรู้เรื่องไตเรื้อรัง การรักษาโรคไตเรื้อรัง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและชะลอการเสื่อมของไต การรักษาโรคไตเรื้อรัง และการบำบัดทดแทนไต โดยพยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลประจำคลินิก/พยาบาลผู้จัดการรายกรณี

5) เล่าประสบการณ์จากผู้ป่วยที่ควบคุมได้ดีได้เป็นแรงกระตุ้นสำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังพูด แบบโน้มน้าวใจให้ปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ได้ โดยผู้ป่วยที่ควบคุมได้และพยาบาลวิชาชีพ/พยาบาล ประจำคลินิก/พยาบาลผู้จัดการรายกรณี

6) ทำข้อตกลงร่วมกัน เพื่อวางเป้าหมายร่วมกันในเรื่องการดูแลตนเองที่บ้าน โดยพยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลประจำคลินิก/พยาบาลผู้จัดการรายกรณี

7) สอนเรื่องการจัดการด้านอาหาร การกำจัดโซเดียมการควบคุมอาหารโปรตีน คำนวณอาหารแต่ละบุคคลที่ควรจะได้รับ (รายบุคคล) โดยนักโภชนาการ นักกำหนดอาหาร

8) สอนการใช้ยาสมเหตุสมผล โดยการงดยากลุ่มยาแก้ปวด NSAID/Cox2 inhibitor งดการกินสมุนไพรและนำยา Tramadol มาใช้แทน NSAID (รายบุคคล) โดยเภสัชกร

กิจกรรมครั้งที่ 2

1) ประเมินผลประเมินข้อมูลโดยโทรศัพท์หรือไลน์ติดตามผล ในเรื่องการปฏิบัติตัว เรื่องอาหารและอื่นที่พบ ปัญหาที่ทำไม่ได้ อื่นๆ กระตุ้นเตือน ให้ ตระหนักในการควบคุมอาหาร การดูแลตนเองการจัดการตนเอง

2) โทรศัพท์หรือไลน์พูดคุยทุก 1 สัปดาห์ ในเรื่องการไปวัดความดันโลหิตที่บ้านกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอื่น ๆ ทุกวันพฤหัสบดี ทั้งหมด 4 ครั้ง 1 เดือน

กิจกรรมครั้งที่ 3

3) ให้กำลังเสริมแรงการดูแลตนเองหลังจากกลุ่มตัวอย่างทำตามโปรแกรมการจัดการตนเองซ้ำในทุกด้าน อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย โดยพยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลประจำคลินิก/พยาบาลผู้จัดการรายกรณี

4) โทรศัพท์หรือไลน์ติดตาม ทุก 2 สัปดาห์ ทุกวันพฤหัสบดี ตลอด 2 เดือน ทั้งหมด 4 ครั้ง โดยพยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลประจำคลินิก/พยาบาลผู้จัดการรายกรณี

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามประเมินผลโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 12 ในกิจกรรมครั้งที่ 4 และ กิจกรรมครั้งที่ 5

สัปดาห์ที่ 12 ดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 4 และกิจกรรมครั้งที่ 5

กิจกรรมครั้งที่ 4

1) พบแพทย์ตามนัดมาตรวจ 3 เดือน ตาม F/U ติดตามผลการรักษา ของแต่ละบุคคล

2) พบพยาบาลวิชาชีพ แจ้งผลเลือด บอกระยะการทำงานของไตหลังได้ปฏิบัติตามโปรแกรมการจัดการตนเองดูแลไตเรื้อรัง ลงกราฟแสดงแสดงค่าระดับไตเสื่อม
โดย/พยาบาลประจำคลินิก/พยาบาลผู้จัดการรายกรณี

3) เพิ่มแรงจูงใจ เสริมแรงให้กลุ่มตัวอย่างในการจัดการตนเองการปฏิบัติตัวอย่างยั่งยืนตลอดไปและคงอยู่ โดยพยาบาลวิชาชีพ/ พยาบาลประจำคลินิก/พยาบาลผู้จัดการรายกรณี

กิจกรรมครั้งที่ 5

ติดตามผลต่อเนื่องทุกครั้งเมื่อนัดพบแพทย์ครั้งต่อ ๆ ไปและมีการกระตุ้นเตือนเสริมแรงเพื่อไม่ให้กลับไปสู่พฤติกรรมเดิม (ไม่ดูแลตนเอง ไม่เปลี่ยนพฤติกรรมอย่างที่เคยทำ เป็นต้น) อย่างต่อเนื่องที่มาติดตามการรักษาเพื่อชะลอการล้างไตหรือชะลอการเสื่อมของไตให้มากที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และอัตราการกรองของไตของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และอัตราการกรองของไตเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว รหัสโครงการ S017q/65 Exempt ลงวันที่ 20 กรกฎาคม 2565 ผู้วิจัยได้แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นของการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างทราบพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย ทั้งนี้ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองตามความสมัครใจ โดยการลงลายมือชื่อในแบบสอบถาม และชี้แจงให้ทราบว่าหากเข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างนำมาใช้เฉพาะในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น การเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมและจะใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.10 มีอายุเฉลี่ย 55.80 (S.D. = 13.43) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 60.60 และมีอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 34.80 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=66)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	29	43.90
หญิง	37	56.10
อายุ (ปี) (Mean = 55.80, S.D. = 13.43)		
น้อยกว่า 30 ปี	8	26.70
30-39	13	43.30
40-49	7	23.30
50-59	2	6.70
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	40	60.60
มัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา	16	24.20
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	10	15.20
อาชีพ		
รับราชการ	3	4.50
รับจ้าง	23	34.80

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เกษตรกร	17	25.80
นักเรียนหรือนักศึกษา	1	1.50
ธุรกิจส่วนตัว	7	10.60
อื่น ๆ	15	22.70

2. เปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 6.48 (S.D = 4.37) และหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นเท่ากับ 14.03 (S.D = 1.41) เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value* < 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไต (n=66)

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		t	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรู้เรื่องไตเรื้อรัง	6.48	4.37	14.03	1.41	13.61	< 0.001*

**p-value* < 0.05

3. เปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเท่ากับ 86.54 (S.D = 5.55) และหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นเท่ากับ 105.35 (S.D = 21.16) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value* < 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไต (n=66)

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		t	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
พฤติกรรมการจัดการตนเอง	86.54	5.55	105.35	21.16	7.62	< 0.001*

**p-value* < 0.05

4. เปรียบเทียบอัตราการกรองของไตก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตเท่ากับ 34.61 (S.D = 14.88) และหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นเท่ากับ 38.80 (S.D = 16.81) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value* < 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบอัตราการกรองของไตก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไต (n=66)

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		t	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
อัตราการกรองของไต	34.61	14.88	38.80	16.81	4.02	< 0.001*

**p-value* < 0.05

การอภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง (*p-value* < 0.001) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4 โรงพยาบาลโนนสูงของ ปุญญิศา วัจฉละอนันท์ (2562) ที่พบว่า หลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่าการกรองของไต ค่าความดันโลหิต การทำงานของไต และคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษา ของ เบญจวรรณ กล้าถิ่นภู, นงนุช โอบะ และสุภาพร แนวบุตร (2563) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง พบว่า หลังการทดลองอัตราการกรองของไต สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามลำดับ นั่นคือ โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง เพื่อชะลอความเสื่อมของไต สามารถช่วยให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังมีความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง การให้ความรู้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตรตามความต้องการของบุคคลทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งความรู้ที่ได้รับนี้เมื่อนำลงสู่การปฏิบัติจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมได้ดีขึ้น (Creer, 2000)

นอกจากนี้ยังพบว่าคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง (*p-value* < 0.001) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง ของ เบญจวรรณ กล้าถิ่นภู, นงนุช โอบะ และสุภาพร แนวบุตร (2561) ที่พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา สูงกว่า

ก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามลำดับ และสอดคล้องกับการศึกษาของลดาวัลย์ มาลัยเจริญ (2564) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้แถบสีสื่อสารต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 1-3a พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไตเรื้อรังในระยะ 1-3a ภายหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้แถบสีสื่อสาร มีการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นและแตกต่างจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง เพื่อชะลอความเสื่อมของไต ได้มีกิจกรรมที่ฝึกให้ผู้ป่วยสามารถตั้งเป้าหมายการควบคุมระดับการกรองของไตร่วมกับพยาบาล โดยใช้เกณฑ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เช่น การควบคุมอาหารประเภทโปรตีน การควบคุมอาหารประเภทไขมัน การบริโภคน้ำ การลดบริโภคอาหารที่มีโซเดียม การออกกำลังกายและควบคุมน้ำหนัก การงดสูบบุหรี่ และการลดใช้ยาและสารที่มีผลต่อไต ซึ่งเมื่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้เรียนรู้เกี่ยวกับโรคและอาการแทรกซ้อนที่ต้องเฝ้าระวัง และฝึกการลงบันทึกด้วยตัวเอง จะทำให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงของตนเองได้เมื่อนำข้อมูลเหล่านั้นมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งเป้าหมายไว้ เมื่อพบว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบของโรคไต ก็สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามที่ได้เรียนรู้จากโปรแกรม ซึ่งการกระทำตามที่ตนเองได้เรียนรู้และปรับให้เหมาะสมกับบริบทของตัวเอง จะทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไตได้อย่างยั่งยืน และกลับมารับการรักษาได้ถูกต้องตามระยะเวลาที่เหมาะสม (ศิริลักษณ์ ถุงทอง, 2560)

สำหรับอัตราการกรองของไตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีอัตราการกรองของไตดีกว่าก่อนใช้โปรแกรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-$value$ < 0.001) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งอัตราการกรองของไตดีขึ้นเป็นผลจากกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยรูปแบบโปรแกรมโปรแกรมการจัดการตนเองในการศึกษานี้ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดจอง Creer (2000) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมระดับความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองและมีการฟื้นฟูสภาพอัตราการกรองของไต ซึ่งกิจกรรมของโปรแกรมนี้ได้เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการมาพบแพทย์ตามนัด การจัดการตนเองเป็นวิธีการที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการควบคุม กำกับ ดูแลตนเองเพื่อให้สามารถอยู่กับโรคที่เป็นอยู่ได้อย่างมีความสุข โดยอาศัยความรู้และทักษะต่าง ๆ ซึ่งอาจได้มาจากการเรียนรู้ของตัวบุคคลหรือรวมถึงได้รับมาจากโปรแกรมการจัดการตนเองในการศึกษานี้ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นการช่วยชะลอการเสื่อมของไต ป้องกันการดำเนินโรคไปสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุนิสา สีผม, 2556; ศิริลักษณ์ ถุงทอง, 2560)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังนี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และอัตราการกรองไตในหน่วยงานของตนเองได้

2. ด้านบริหารการพยาบาล ผู้บริหารการพยาบาล สามารถนำโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังนี้ เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในหน่วยงาน ให้มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อติดตามระดับความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และอัตราการกรองไตอย่างต่อเนื่อง และควรมีการศึกษาเปรียบเทียบแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนหลังการทดลอง เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิผลยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล. (2565). *ระบาดวิทยาและการทบทวนมาตรการป้องกันโรคไตเรื้อรัง*. นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค.

กวิศรา สอนพูด และสัฆวี ปิยะบัณฑิตกุล. (2563). การดูแลสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงและประชาชนในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, *40*(1), 101-114.

ธิดารัตน์ อภิญญา. (2559). *คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง*. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์กรสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.

เบญจวรรณ กล้าถิ่นภู, นงนุช โอบะ และสุภาพร แนวบุตร. (2563). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, *26*(1), 58-70.

ปิยะดา ด้วงพิบูลย์. (2565). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างทักษะในการจัดการตนเอง ด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรัง คลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลวัดเพลง. *วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*, *2*(3), 13-24.

ปุญญิศา วัจฉละอนันท์. (2562). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4 โรงพยาบาลโนนสูง. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, *4*(3), 15-25.

ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *ข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว*. สืบค้นเมื่อ 3 กันยายน 2565 จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php)

รุ้งลาวัลย์ ยี่สุ่นแก้ว, สุรชาติ ณ หนองคาย, ชัยรัตน์ ฉายากุล และดุสิต สุจิรารัตน์. (2559). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามสิทธิที่กฎหมายกำหนด กรณีศึกษาโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง. *วารสารวิชรสารการพยาบาล*, *18*(1), 79-88.

ลดาวัลย์ มาลัยเจริญ. (2564). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้แถบสีสื่อสาร ต่อความรู้ เจตคติและการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 1-3a. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, *4*(3), 109-121.

ศิริลักษณ์ ถุงทอง. (2560). การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. *วารสารพยาบาลทหารบก*, *18*(พิเศษ), 17-24.

สุนิสา สีผม. (2556). การจัดการตนเองในผู้ป่วยไตเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, *6*(1), 12-18.

อัมพร จันทชาติ, มาลี มีแป้น และเพ็ญศรี จาบประไพ. (2560). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ ป้องกันแห่งประเทศไทย*, *7*(3), 280-291.

Creer, L. T. (2000). *Self-management of chronic illness*. In Boekaerts, M., Printrich, P. R., & Zeidner, M. (Eds.). Handbook of self-regulation. pp. 601-629. San Diego, CA: 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*, 175-191. https://doi.org/10.3758/bf03193146

GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. (2020). Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, *395*(10225), 709-733. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30045-3

Herrington, W. G., et al. (2017). Body-mass index and risk of advanced chronic kidney disease: Prospective analyses from a primary care cohort of 1.4 million adults in England. *PLoS One*, *12*(3), e0173515. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173515

Hill, N. R., et al. (2016). Global prevalence of chronic kidney disease: A Systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, *11*(7), e0158765. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158765

Kobo, O., et al. (2023). CKD-associated cardiovascular mortality in the United States: Temporal trends from 1999 to 2020. *Kidney Medicine*, *5*(3), 1-9. https://doi.org/10.1016/j.xkme.2022.100597

Xie, Y., et al. (2018). Analysis of the global burden of disease study highlights the global, regional, and national trends of chronic kidney disease epidemiology from 1990 to 2016. *Kidney International*, *94*(3), 567-581. https://doi.org/10.1016/j.kint.2018.04.011

JNPHR
Journal of Nursing and Public Health Research
วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

e264109

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการฝึกปฏิบัติงานในคลินิกครั้งแรกของนักศึกษาพยาบาลยุคใหม่: การวิจัยเชิงคุณภาพ

Factors Affecting the Success of Generation Z Nursing Students During Their First Clinical Placement: A Qualitative Study

ชลธิชา อมาตยคง[1], โรชินี อุปรา[1*], เอกชัย กันธะวงศ์[1], Kenda Crozier[2]

Chonticha Amattayakong[1], Roshinee Oupra[1*], Eakachai Kantawong[1], Kenda Crozier[2]

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข[1*],
มหาวิทยาลัยอีสต์แองเกลีย[2]

Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health[1*],
University of East Anglia[2]

(Received: July 11, 2023; Revised: August 18, 2023; Accepted: December 26, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการฝึกปฏิบัติงานครั้งแรกของนักศึกษาพยาบาลยุคใหม่ ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ จำนวน 24 คน ประกอบด้วยหญิง 20 คนและชาย 4 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับประสบการณ์การฝึกปฏิบัติงานครั้งแรก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์แก่นสาร

ผลการวิเคราะห์แก่นสารพบว่า ปัจจัยที่มีผลความสำเร็จของนักศึกษาพยาบาลยุคใหม่ในการฝึกปฏิบัติครั้งแรก ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การมีความหวังและมองโลกในแง่ดี 2) ได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจและจิตวิญญาณจากบุคคลใกล้ตัว 3) และการได้รับการยอมรับ จากผลการศึกษาดังกล่าวสถานศึกษาพยาบาลและแหล่งฝึกปฏิบัติมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องส่งเสริมสภาพแวดล้อมทางคลินิกที่ดีสำหรับนักศึกษาพยาบาลเพื่อส่งเสริมประสบการณ์และความสำเร็จการฝึกปฏิบัติของนักศึกษา รวมถึงการหล่อหลอมให้นักศึกษาก้าวไปสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพในอนาคต

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีความสำเร็จ, นักศึกษาพยาบาลยุคใหม่, การฝึกปฏิบัติงานครั้งแรก, สิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน, การศึกษาเชิงคุณภาพ

*ผู้ให้การติดต่อ โรชินี อุปรา e-mail: roshinee@bcnc.ac.th

Journal of Nursing and Public Health Research

Abstract

The objective of this qualitative study was to explore factors related to factors affecting the success of generation Z nursing students during their first clinical placement. The key informants were undergraduate second-year nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, comprising 20 females and 4 males. The research instrument was a semi-structured interview regarding the experiences and views on clinical placements of generation Z nursing students during their first clinical placement. The data were analyzed by thematic analysis.

The results from thematic analysis showed that factors affecting the success of generation Z nursing students during their first clinical placement included three themes: 1) being hopeful and self-optimistic; 2) receiving mental and spiritual support from surrounding people; and 3) experiencing trustworthy. The findings demonstrate that it is imperative for nursing schools and clinical placements to provide nursing students with a positive and supportive environment in which to study and gain experience. This will enhance their academic success and enable them to become registered nurses in the future.

Keywords: Factors Affecting the Success, Generation Z Nursing Students, First-Time Nursing Practice, Clinical Environment, Qualitative Research

Introduction

Studies have found that there is a significant turnover rate in the nursing profession and that there are serious nurse shortages worldwide (Marć, Bartosiewicz, Burzyńska, Chmiel, & Januszewicz, 2019). The World Health Organization identified that there was a shortage globally of 5.9 million (World Health Organization, 2020). In many countries, the response has been a drive to increase recruitment to nursing schools. It is important to ensure that students have high-quality learning experiences that provide practical application of knowledge, therefore preparing them for the real world of nursing practice (Torbjørnsen, Hessevaagbakke, Grov, & Bjørnnes, 2021). In the UK, Willis's report in 2015 identified the need to improve the way that student nurses learn within the clinical practice environment in hospital and community practice. In order to improve nursing education as well as decrease the high turnover rate of registered nurses, the report recommends better management of the way graduates transition

from nursing school to practice (Lobo, Paul, & Crozier, 2021). Therefore, the profession has to be mindful of the need to support nursing students so that they can successfully graduate and build up nursing numbers. Russ, Whiteing, and Aggar (2023) conducted an integrative review that identified that support in clinical placements was a key component of students successfully completing their degree and entering the workplace.

Today, the typical undergraduate nursing student is a member of Generation Z nurses, being the first generation to grow up without experiencing a period before the internet, may be classified as digital natives who extensively utilize and engage with technology throughout their day (Chicca & Shellenbarger, 2018). Members of this generation range in age from early to mid-20s, having been born between the turn of the millennium (1995–2001) and the middle of the 2010s (2012–2018) (Allen, 2021). Schmitt and Lancaster (2019) identified traits that may need to be addressed in nursing practice for this generation of learners, including a short attention span and an underdeveloped ability to communicate face-to-face with patients and others. Nursing practice requires face-to-face social interaction and soft communication skills. Although nursing students come from different generations, the clinical practicum remains the central component of nursing education (Lobo, Paul, & Crozier, 2021).

Students cannot apply what they have learned in the classroom without first gaining hands-on experience in a clinical setting (Hashemiparast, Negarandeh, & Theofanidis, 2019). Additionally, analysis and critical reflection on nursing students' clinical experiences will make explicit the areas in which they need more knowledge and experience (Lobo, Paul, & Crozier, 2021). Those experiences in clinical practice play an important role in developing nursing students' learning, so clinical experience provides students with opportunities to practice the theory they have learned outside the practice setting and helps them develop a professional identity (Brown et al., 2021). Clinical placement can enhance the student's engagement in a clinical area and increase their ability to apply clinical reasoning to the situation. Furthermore, nursing students develop their cognitive ability as well as psychomotor skills (Gaberson, Oermann, & Shellenbarger, 2015). through 'hands-on' approaches to caring. To enhance the clinical experience for nursing students, it is necessary to provide students with appropriate support and supervision in the clinical setting (Lobo, Paul, & Crozier, 2021).

From this point of view, the clinical placement provides the possibility for the nursing student to be able to apply theories to practice, provide patient care in a real setting, optimize

communication with patients and families, and develop critical thinking and decision-making skills (Lobo, Paul, & Crozier, 2021). This, in turn, creates opportunities to develop a professional identity (Schmitt & Lancaster, 2019). However, there are many and varied reasons why students leave or stay in nursing, but among them is the exposure to clinical skills development in the real-world healthcare environment (Lobo, Paul, & Crozier, 2021). Our aim in this study was to identify Generation Z student nurses' perceptions of facilitators of success during their first clinical placement. To date, this topic has been little studied in Thailand.

Objective

This qualitative descriptive study aimed to explore factors related to factors affecting the success of generation Z nursing students during their first clinical placement.

Conceptual Framework

The study was based on the global assumptions of interpretivism by emphasizing individuals' subjective experiences of the external world and the ontological belief that reality is socially constructed (Creswell, 2008). It was therefore important to explore the subjective experiences of individual students through interviews and, by doing so, create new knowledge and concepts (Cresswell, 2008). Understanding Generation Z and the challenge of one-on-one interviews made the choice of focus groups a more suitable method to gather experiences. The goal was to learn more about the experiences of nursing students based on the following assumptions: (a) there are multiple social realities because people have different experiences; (b) personal, interactive data collection is the best way to learn.

Methods

Population and Sample

The setting was a nursing college in northern Thailand. The homeroom teacher provided a list of volunteers, and the principal investigator (PI) subsequently contacted prospective participants to discuss the study in their class. It is thought that choosing individuals who are similar to one another in terms of their experiences, viewpoints, and traits will encourage open dialogue and engagement (Gray, 2017). Second-year students who were progressing as expected in the year and who were due to go to their first clinical placement were eligible to join the

study. The researchers selected second-year nursing students because they had no previous clinical placement experience. Volunteers who satisfied the inclusion criteria were asked to participate in the study focus groups after their clinical placement had concluded.

Measurement

A qualitative descriptive approach was conducted by using focus group discussions (FGDs) to gather data. This is a practical method of choice when a straightforward description of the phenomenon is required without concentrating on the interpretation of the meaning of what participants say. Focus groups are a very efficient way to elicit opinions and gain a rapid and early understanding of an area (Morse& Niehaus, 2016).

Validity and Reliability of Measurement

To establish whether the findings are trustworthy, credibility and verification must be examined (Streubert & Carpenter, 2011). Through the use of member checking, we were able to verify the accounts of students within each focus group. Individual participants were asked if they recognized the findings as a reasonable account of the discussion that took place. The team also used peer debriefing to clarify disputes around the analysis of findings. Each theme was discussed in the group to reach consensus among the researchers. Thus, this study's credibility was established (Holloway & Galvin, 2016).

Data Collection

There were 24 participants who were divided into four groups of six. Each group took part in one focus group discussion (FGD). A research assistant acted as a note-taker, and all groups agreed to have audio recorded. The research team carefully developed the discussion's guiding questions using pertinent literature (Holloway & Wheeler, 2013).

Data Analysis

The researcher verbatim transcribed recordings of each FGD. The transcriptions and other notes taken during FGDs by the research assistant were content analyzed by the researchers using the process described by Graneheim and Lundman (2004). The data were prepared and verified through member checking prior to data analysis. This involved three main phases: preparation, organization, and reporting of results, and began as soon as possible following each FGD. All transcribed data was read repeatedly until familiarity with the data was achieved. The keywords, phrases, and sentences about facilitators in successful practice were extracted and underlined as meaning units, and then they were coded and condensed by reading the

transcript data line-by-line. When all interview transcripts had been coded, themes were developed by clustering together the condensed meaning units that shared common content (Graneheim & Lundman, 2004). These codes and themes were then reviewed by the researcher and her co-researchers until consensus was reached.

Ethical Consideration

This study was approved by the Research Ethics Committee of the Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, and the research settings. The participants heard verbal information regarding the study before each group discussion. They were informed of their rights to confidentiality and anonymity, as well as the purpose and methodology of the study. All students consented in writing and were given the opportunity to withdraw if they wanted.

Results

The selected participants comprised 20 female and 4 male students. Ages ranged from 19 to 21 years old with a mean age of 20 years old. Data analysis resulted in three major themes.

Being Hopeful and Positive About Myself

Being hopeful and positive about myself is the participant's sense of good things happening to them every day and a genuine self optimism about life. Even in the face of adversity, participants' attitudes toward themselves were optimistic. For whatever endeavor they undertake in life, they strive to do their best.

Sub- theme 1: Believing good things will happen was part of participants' perception of themselves. Believing good things will happen is a personality trait for certain people, they said, especially when confronted with an unpleasant or unexpected occurrence: for example:

"...Although it was extremely exciting, I had a lot of laboratory experience before I gave the patient my first fluid infusion. I told myself, "I can do this," to myself. Finally, I'm capable of doing it correctly..." (FGD2).

Sub- theme 2: Self-optimism refers to participants' perception of how individuals feel they have adjusted to their new surroundings. They described clinical wards as the settings where they had to practice caring for patients. Students were clear that to be successful they needed to follow the clear steps for each procedure. This would ensure acceptance as a 'good student' by the clinical staff. One of them said, in part:

"...Because each patient ward has somewhat distinct working processes, I strive to understand how the nurses carry out their duties in each operation. The staff nurses will accept me if I follow each procedure exactly as it is supposed to be done...". (FGD2).

Mental and Spiritual Support from Surrounding People

Mental and spiritual support from surrounding people refers to the participants' impressions of the help they felt they got from surrounding people such as instructor and friends in terms of mental and spiritual support. They stressed the value of having a confidante or friend at their side under trying circumstances. The participants' opinions of the assistance that instructor and friends provided when they needed it. Instructor and friends offered a variety of forms of help for their mental and spiritual support. Spiritual support forms an importance part of Thai culture so going to pray in their mind and ask for help for ways to manage difficulty is an accepted way of being. The majority of participants talked about how they dealt with their concerns and worries:

"...There were numerous problems that stressed me out during my time of clinical practice. Every night, with a friend who practices alongside me, we would discuss our experiences while supporting one another, so we both cheer up and get back on track...". (FGD3)

"...I am going to the temple with my friend and make a wish from the Buddha. I hope that whatever is being obstructed or troubled during clinical practice, I could go through it with peace of mind and without trouble...". (FGD1)

"Friends always support me during the clinical placement. We supported and helped each other not only on clinical placement but also when we did a nursing care plan" (FDG4)

Being Perceived as Trustworthy

In practice placements, students valued having their supervisors view them as trustworthy. This sense of value improved their personal self-regard and their professional self-esteem.

Sub- theme 1: Being perceived as trustworthy by nursing instructors refers to participants' perceptions of the instructors' teaching methods. They perceived that instructors always supported them. Even when participants could answer some questions, instructors continued to teach directly without asking. This teaching method empowered their confidence. Many of the participants explained as follows:

"...When I was practicing in the medical ward... the instructor asked about other related points that I had not read...but she continued to teach...I thought, 'it's good to teach me like that because I am not under the pressure mode..." (FDG2).

"...When the second time that I prepared an intravenous fluid for a newly admitted patient, the instructor let me do it by myself, I was very proud that she trusted me...I will not forget that moment" (FDG1)

Sub- theme 2: The behavior of the staff nurses during clinical training refers to participants' perception toward the staff nurses' behavior. They perceived that sometimes in the ward nurses were friendly with them during clinical practice time. This situation makes them relax. More than half of participants revealed their feelings as follows:

"...Some staff nurses looked at student nurses like they were a novice. Some of them try to teach nursing procedure for us. ... doing something with a real patient with us. It was good to have senior nurses like them..." (FDG4).

"...For my first practice, I got an assignment from the instructor to do an intravenous injection, staff nurse helped me to do it .... I felt good with them..." (FDG1).

Discussion

Participants perceived that being hopeful and optimistic facilitated their success during their first-time clinical placement. Amattayakong and colleagues (2020) stated that optimism could be attained if a positive attitude was applied to life situations, and self-optimism boosts life satisfaction and makes one more willing and able to persevere through difficult times (Kupcewicz, Mikla, Kadučáková, Schneider-Matyka, & Grochans, 2022). When they were going to be participating in an activity in clinical practice, students who were naturally inclined in this way used the technique to enhance their self-belief and confidence to achieve the tasks that were in front of them.

Generation Z suffers from increasing rates of anxiety and depression, which may be linked to the amount of time spent in front of screens, and the majority of them are not obtaining proper treatment for their conditions. Only one out of every five adolescents who suffer from anxiety receives treatment for it (Allen, 2021). The results of this study indicated, however, that even though almost everyone experienced stress during clinical placement, having emotional and spiritual support from others around them increased the likelihood of success. Students who had good social support and identified having someone to do something

enjoyable with boosted their ability to cope. Having friends that would be there when they needed help (Hashemiparast, Negarandeh, & Theofanidis, 2019) appeared important. Almost all participants were female; indeed, Baldwin-White, Kiehne, Umaña-Taylor, & Marsiglia (2017) found that women had a significantly higher need for belonging than men. Pålsson and colleagues (2017) pointed out that nursing students who were able to work with a friend during their real-life training felt more confident in their abilities.

Because nurse educators' instructional strategies should build on the skills of their students, support from a nursing instructor is necessary. Both remediation and orientation to the learning process are necessary for student achievement in relation to anxiety. Students also require assistance (Brown et al., 2021). Encouraging each other during clinical placement from surrounding people was leading to a positive clinical environment. Hence, these environments affect the achievement of learning outcomes and have an impact on preparation for practice as a nurse as well as student satisfaction with the nursing profession (Flott & Linden, 2016). Once the clinical environment is positive, it could create four attributes that affect nursing students learning experiences. These include 1) the physical space; 2) psychological and interaction factors; 3) the organizational culture; and 4) teaching and learning competencies. These attributes often determine the achievement of learning outcomes and students' self-confidence, according to Flott & Linden (2016). This fosters an increased capacity for self-direction and initiative, and an environment that stimulates, offers opportunities, and facilitates learning.

Findings revealed that being perceived as trustworthy by instructors and staff nurses affected their intellectual skills and their abilities to learn about caring for a patient. Hence, in the context of nursing education, trust is essential for teaching and learning. Poor academic performance among nursing students may be due to a lack of trust and trusting relationships in nursing education (van Dyk, van Rensburg, & van Rensburg, 2021). Due to a high workload, their free time to do other activities was limited, and they felt that they should encourage each other during clinical placement. Studies mention the characteristics and behaviors of faculty members that lead nursing students to trust them (Varagona & Hold, 2019; Barrett &Harris, 2020). Moreover, trust and trusting relationships are the foundation of human relationships and are crucial to the existence of humanity. In contrast, a lack of trust may have a negative impact on educators' and students' self-esteem and academic achievements (van Dyk, van Rensburg, & van Rensburg, 2021).

Nursing students learned how to take care of patients in real life and in various situations. It would help them in terms of developing their nursing competencies (Atakro et al., 2019). Anderson and colleagues (2016) revealed that there are things that help and things that make it hard for nurses to help students learn in the hospital. Some helpful things are having enough time and feeling ready to teach; therefore, nurses should know what they need to do to help students learn well. This study provides valuable insight related to the perception of success during their first time from the participant perspective. The hospital administrators need to promote policies to promote a training environment where students are supported and inspired.

Nursing instructors allowed nursing students to perform care and judge the situation for themselves. This develops decision-making skills in nursing students while providing a safe supervisory space. Decision-making is used to guide the nurse in assessing, assimilating, evaluating, and/or discarding components of information to make good judgments in clinical situations, but it can be challenging to do in new situations, so nursing instructor support is vital. Johansen and O'Brien (2016) claimed that decision-making is an important factor in educating nurses so that they develop good problem-solving skills.

Some methodological issues limit the study's findings. First, the generalization of these findings is limited by the differences in geographical background of the participants who took part in this study, and this alone may affect their own perception of success during their first clinical practice. Second, the majority of the group of participants were female, but the data from male students who took part did not diverge. Last but not least, the researchers focused on facilitators to success, but we did identify some barriers that needed to be overcome to achieve success, such as the behavior of instructors and the clinical environment. Those students who had experienced success in similar environments found it challenging that the same level of success was not immediate when faced with real patients in a clinical setting. Students needed support to overcome this sense of disappointment.

Implication

According to the findings of this study, nursing students will reap the benefits of being immersed in an atmosphere that is encouraging and supportive of their professional development; therefore, creating a clinical environment where students feel safe to stretch their abilities supported by trustworthy practitioners is key to success in practice.

Recommendation for Further Study

Comparing traditional teaching methods with the effective utilization of instructional materials among nursing students may yield valuable insights into the impact of various approaches on learning outcomes and student engagement. Other approaches to learning in practice to bridge the gap between simulation and real life require further study.

References

Allen, E. (2021). *Supporting the generation Z nursing student in professional identity formation.* Retrieved May 12, 2023 from https://www.ajj.com/sites/default/files/fall2021.

Amattayakong, C., Klunklin, A., Kunawiktikul, W., Kuntaruksa, K., & Turale, S. (2020). Wellness among nursing students: A qualitative study. *Nurse Education in Practice*, *48*, 102867. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102867

Anderson, C., Moxham, L., & Broadbent, M. (2016). Providing support to nursing students in the clinical environment: A nursing standard requirement. *Contemporary Nurse*, *52*(5), 636-642. https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1215774

Atakro, C. A., et al. (2019). Clinical placement experiences by undergraduate nursing students in selected teaching hospitals in Ghana. *BMC Nursing, 18*, 1. https://doi.org/10.1186/s12912 018-0325-8

Baldwin-White, A. J. M., Kiehne, E., Umaña-Taylor, A., & Marsiglia, F. F. (2017). In pursuit of belonging: acculturation, perceived discrimination, and ethnic-racial identity among Latino youths. *Social Work Research, 41*(1), 43–52. https://doi.org/10.1093/swr/svw029

Barrett, D. & Harris, M. (2020). Nurse educators must demonstrate care, competence and integrity to enhance students' trust in them. *Evidence-Based Nursing, 23*(2), 46. https://doi.org/10.1136/ebnurs-2018-103042

Brown, J., et al. (2021). Nursing students' academic success factors: A quantitative cross-sectional study. *Nurse Educator, 46(2),* E23-E27 https://doi.org/10.1097/nne.0000000000000882

Chicca, J. & Shellenbarger, T. (2018). Connecting with generation Z: Approaches in nursing education. *Teaching and Learning in Nursing, 13,* 180-184. https://doi.org/10.1016.j.teln.2018.03.008

Creswell, J. (2008). *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Flott, E. A. & Linden, L. (2016). The clinical learning environment in nursing education: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 72*(3), 501-513. https://doi.org/10.1111/jan.12861

Gaberson, K. B., Oermann, M. H., & Shellenbarger, T. (2015). *Clinical teaching strategies in nursing*. New York, NY: Springer.

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, *24*(2), 105-112. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001

Gray, J. R. (2017). Qualitative Research Methods. In J. R. Gray, S. K. Grove, & S. Sutherland (Eds.), *Burns and Grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (8th ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier.

Hashemiparast, M., Negarandeh, R., & Theofanidis, D. (2019). Exploring the barriers of utilizing theoretical knowledge in clinical settings: A qualitative study. *International Journal of Nursing Sciences*, *6*(4), 399-405. https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.09.008

Holloway, I., & Wheeler, S., (2013). *Qualitative research in nursing and healthcare*, *3rd*. New Jersey, United States: Wiley-Blackwell.

Holloway, I. & Galvin, K. (2016). *Qualitative research in nursing and health care, 4th*. New Jersey, United States: Wiley-Blackwell.

Jafarian-Amiri, S. R., Zabihi, A., & Qalehsari, M. Q. (2020). The challenges of supporting nursing students in clinical education. *Journal of Education and Health Promotion*, *9*, 216. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_13_20

Johansen, M. L. & O' Brien, J. L. (2016). Decision making in nursing practice: A concept analysis. *Nursing Forum, 51*(1), 40–48. https://doi.org/10.1111/nuf.12119

Kupcewicz, E., Mikla, M., Kadučáková, H., Schneider-Matyka, D., & Grochans, E. (2022). Health behaviours and the sense of optimism in nursing students in Poland, Spain and Slovakia during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(4), 2388. https://doi.org/10.3390/ijerph19042388

Lobo, C., Paul, R., & Crozier, K. (2021). *Collaborative learning in practice: Coaching to support student learners in healthcare.* John Wiley & Son, Ltd.

Marć, M., Bartosiewicz, A., Burzyńska, J., Chmiel, Z., & Januszewicz, P. (2019). A nursing shortage a prospect of global and local policies. *International Nursing Review*, *66*(1), 9-16. https://doi.org/10.1111/inr.12473

Morse, J, M. & Niehaus, L. (2016). *Mixed method design principle and procedure*. Routledge.

Pålsson, Y., Mårtensson, G., Swenne, C. L., Ädel, E., & Engström, M. (2017). A peer learning intervention for nursing students in clinical practice education: A quasi-experimental study. *Nurse Education Today, 51*, 81–87. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.01.011

Russ, D. Whiteing, N. Aggar, C. (2023). An integrative review of nursing students' clinical placement experiences throughout their nursing degrees. *Collegian, 30*(1), 154-162 https://doi.org/10.1016/j.colegn.2022.07.002

Schmitt, C.A. & Lancaster, R.L. (2019). Readiness to practice in Gen Z Nursing Students. *Journal of Nursing Education*, *58*(10), 604-606. https://doi.org/10.3928/01484834-20190923-09

Torbjørnsen, A., Hessevaagbakke, E., Grov, E. K., & Bjørnnes, A. K. (2021). Enhancing students learning experiences in nursing programmes: An integrated review. *Nurse Education in Practice*, *52*, 103038. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103038

van Dyk, E. C., van Rensburg, G. H., & van Rensburg, E. S. J. (2021). A model to foster and facilitate trust and trusting relationships in the nursing education context. *Health SA=SA Gesondheid*, *26*, 1645. https://doi.org/10.4102/hsag.v26i0.1645

Varagona, L. M. & Hold, J. L. (2019). Nursing students' perceptions of faculty trustworthiness: thematic analysis of a longitudinal study. *Nurse Education Today*, *72*, 27-31. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.10.008

Willis, L. (2023). *Shape of caring: A review of the future education and training of registered nurses and care assistants*. Retrieved January 12, 2023 from https://www.nmc.org.uk/news/press-releases/2015/shape-of-caring-review-publishes finalrecommendations/.

World Health Organisation. (2020). *State of the world's nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership*. Retrieved August 10, 2023 from https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279.

JNPHR
Journal of Nursing and Public Health Research
วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

e265546

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับศักยภาพการวิจัยของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์

Factors Related to Nurses' Research Capacity in Regional Hospitals

วันทนา บุญคง[1*], สมใจ ศิระกมล[2], อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์[2]

Wantana Boonkong[1*], Somajai Sirakamon[2], Apiradee Nantsupawat[2]

โรงพยาบาลลำปาง[1*], คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่[2]

Lampang Hospital[1*], Faculty of Nursing, Chiang Mai University[2]

(Received: September 26, 2023; Revised: January 23, 2024; Accepted: January 29, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาศักยภาพการวิจัยของพยาบาลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับศักยภาพการวิจัยของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ ในเขตภาคเหนือ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่ง ในเขตภาคเหนือ จำนวน 446 คน คัดเลือกโดยใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการวิจัย (Research Participation Questionnaire (RPQ)) และ 3) แบบวัดศักยภาพและวัฒนธรรมการวิจัย (Research Capacity and Culture Tool (RCC Tool)) ซึ่งแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการวิจัยได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 (KR-20)) เท่ากับ 0.86 และแบบวัดศักยภาพและวัฒนธรรมการวิจัยได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับศักยภาพการวิจัยของพยาบาลโดยสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า ศักยภาพการวิจัยของพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ ในเขตภาคเหนือ โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ (Median = 3, IQR = 1.27-6.15) ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักยภาพการวิจัยในระดับต่ำ ($r = 0.13$, $p\text{-value} < 0.01$) และการมีส่วนร่วมในการวิจัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักยภาพการวิจัยในระดับปานกลาง ($r = 0.54$, $p\text{-value} < 0.001$) จากผลการศึกษานี้ ผู้บริหารการพยาบาลควรมีการพัฒนากลยุทธ์เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการวิจัยของพยาบาล และควรสนับสนุน ให้พยาบาลมีโอกาสพัฒนาระดับการศึกษาให้อยู่ในระดับที่สูงขึ้น เพื่อเพิ่มศักยภาพในการวิจัยของพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ปัจจัย, ศักยภาพการทำวิจัย, พยาบาล, โรงพยาบาลศูนย์

*ผู้ให้การติดต่อ วันทนา บุญคง email: naluckae1975@gmail.com

Journal of Nursing and Public Health Research

Abstract

The objective of this descriptive research was to examine nurses' research capacity and factors related to the research capacity of nurses in regional hospitals in the Northern Region. Participants were 446 registered nurses working in three northern regional hospitals, selected using a multistage random sampling technique. The research tools consisted of 1) a personal data questionnaire, 2) the Research Participation Questionnaire (RPQ), and 3) the Research Capacity and Culture Tool (RCC Tool). The reliability of the RPQ was tested using Kuder-Richardson 20 (KR-20), with a value of 0.86. The reliability of the RCC tool was tested using the Cronbach's Alpha Coefficient, which was 0.96. The general data were analyzed using descriptive statistics. Analyzing factors related to the research capacity of nurses using Sperman's correlation coefficient test.

The results showed that the research capacity of nurses in regional hospitals in the Northern Region, overall, was at a low level (Median = 3, IQR = 1.27-6.15). Education levels had a positive correlation with research capacity at a low level (r = 0.13, *p-value* < 0.01). Research participation was moderately positively correlated with research capacity (r = 0.54, *p-value* < 0.001). This study suggests that nursing administrators should develop strategies to promote nurses' participation in research and provide opportunities for nurses to further their education in order to the research potential of nurses.

Keywords: Factors, Research Capacity, Nurses, Regional Hospitals

บทนำ

การศึกษาวิจัยทางการพยาบาลเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ถือเป็นหนึ่งในภารกิจในการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล จากสถิติของการทำวิจัยทางการพยาบาลในระดับโลก พบว่า ผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ทั้งหมด 34,275 รายการ โดยประเทศที่มีผลงานวิจัยมากที่สุด ได้แก่ สหรัฐอเมริกา (15,155 รายการ) ออสเตรเลีย (2,439 รายการ) จีน (2,076 รายการ) บราซิล (1,803 รายการ) และสหราชอาณาจักร (1,602 รายการ) ตามลำดับ (Zeng & Wu, 2022) องค์การอนามัยโลกให้คำแนะนำว่าควรสนับสนุนพยาบาล ให้มีการสร้างงานวิจัยทางการพยาบาลรวมทั้งส่งเสริมความรู้และศักยภาพในการทำวิจัยของพยาบาล เพื่อให้บริการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลและชุมชน (Wilson et al., 2016) สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขระยะ 20 ปี ของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีแผนยุทธศาสตร์สนับสนุนการพัฒนางานวิจัย และที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจนในแผนที่ 15 ว่าด้วยการพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2560) และที่สำคัญสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขยังได้เพิ่มกลุ่มงานวิจัยและพัฒนาทางการพยาบาลในกรอบโครงสร้างใหม่ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค

ในประเทศไทย สภาการพยาบาลยังได้กำหนดในประกาศของสภาการพยาบาลให้สมรรถนะด้านการวิจัยเป็นหนึ่งในสมรรถนะของผู้ประกอบ วิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ระดับปริญญาตรีซึ่งพยาบาลวิชาชีพไทยทุกคนควรมี และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปก็ส่งเสริมให้พยาบาลต้องมีสมรรถนะด้านการวิจัยเพื่อช่วยสนับสนุนและพัฒนาการสร้างงานวิจัยและนวัตกรรมของพยาบาลวิชาชีพ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2560)

การทำวิจัยทางการพยาบาลมีความสำคัญเนื่องจากเป็นการสร้างองค์ความรู้ใหม่ ๆ ทางการพยาบาล ซึ่งเป็นประโยชน์ในการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล งานวิจัยทางการพยาบาลช่วยให้มีการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลและส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพของผู้รับบริการ ดังนั้นศักยภาพการวิจัยในพยาบาลจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง (McKee, Codd, Dempsey, Gallagher, & Comiskey, 2017) แม้จะเป็นที่ยอมรับว่างานวิจัยทางการพยาบาลมีความสำคัญ อย่างไรก็ตามพบว่าการผลิตงานวิจัยทางการพยาบาลยังมีอยู่น้อย ในประเทศไทยพบสถิติการทำวิจัยทางการพยาบาลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 ถึง พ.ศ. 2563 จำนวนเพียง 1,121 ฉบับ (สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ, 2564) และจากการศึกษาของเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ฐิติพร อิงคถาวรวงศ์, ปาริชาติ หนุนพระเดช และสุทิศา เจริญสิน (2559) พบว่า งานวิจัยทางการพยาบาลร้อยละ 80 เป็นการศึกษาในระดับมหาบัณฑิตและดุษฎีบัณฑิตในมหาวิทยาลัย สำหรับการวิจัยของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐยังมีน้อยมาก และเมื่อสำรวจงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์และเผยแพร่ของโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ 5 ปีย้อนหลัง พบว่า มีการทำวิจัยทางการพยาบาลเพียงร้อยละ 2.48 เท่านั้น (สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ, 2564) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพยาบาลยังขาดศักยภาพในการทำวิจัย ดังจะเห็นได้ว่าเหตุผลหนึ่งที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพยังผลิตผลงานวิจัยได้น้อย คือ การขาดความรู้และประสบการณ์การทำวิจัย (เยาวเรศ ก้านมะลิ และนิตยา ดาวเชิญ, 2563) นอกจากนี้พยาบาลขาดทักษะและความมั่นใจในการทำวิจัยและยังมีความต้องการเสริมสร้างทักษะและความมั่นใจในการทำวิจัยด้วย (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ฐิติพร อิงคถาวรวงศ์, ปาริชาติ หนุนพระเดช และสุทิศา เจริญสิน, 2559) ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการที่พยาบาลทำวิจัยที่น้อยนั้นอาจมีสาเหตุมาจากการที่พยาบาลยังมีศักยภาพในการทำวิจัยไม่เพียงพอ

ศักยภาพการวิจัย (Research Capacity) หมายถึงความสามารถในการดำเนินการวิจัยซึ่งครอบคลุมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับทั้งการใช้และการทำวิจัย (Dorgan, 2018) สอดคล้องกันกับแนวความคิดของคุก (Cooke, 2005) ที่สะท้อนให้เห็นว่าศักยภาพการวิจัยของบุคคล เป็นเป้าหมายของการสร้างศักยภาพการวิจัยโดยเป็นทั้งการพัฒนาทักษะความสามารถในการทำวิจัยในระดับบุคคลและการนำไปสู่การปฏิบัติด้วย ดังนั้นศักยภาพการทำวิจัยในพยาบาลจึงมีความสำคัญ เนื่องจากผลจากการทำวิจัยจะนำไปสู่การปฏิบัติทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพที่มากขึ้นและส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพของผู้ป่วย (Cooke, 2005; Chen, Sun, Tang, & Castro, 2019) สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับศักยภาพการวิจัยโดยเฉพาะในพยาบาลพบว่ายังมีไม่มากนัก ในประเทศออสเตรเลียมีการศึกษาศักยภาพการวิจัยในแพทย์ พยาบาล และบุคลากร ด้านสุขภาพในเขตซิดนีย์ตะวันตก โดยใช้เครื่องมือประเมินศักยภาพในการวิจัยและวัฒนธรรม (Research Capacity in Context Tool (RCCT)) ของโฮล์เดน และคณะ (Holden, Pager, Golenko, Ware, & Weare, 2012) พบว่า ศักยภาพด้านการวิจัยในระดับบุคคลของพยาบาลและแพทย์มีความแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ โดยศักยภาพการวิจัยของแพทย์มีค่าเฉลี่ย 6.24 (S.D. = 1.57) ในขณะที่ศักยภาพการวิจัยของพยาบาลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.90 (S.D. = 0.94) นอกจากนี้ หมิงจุ และคณะ (Ming-zhu, Ri-hua, Qiao-cong, Jie-fen, & Li-mei, 2019) ศึกษาเกี่ยวกับตัวกำหนดศักยภาพในการวิจัยของพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในประเทศจีน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยของศักยภาพการวิจัย คือ 49.64 (S.D. = 23.60) โดยพยาบาล ส่วนใหญ่ ร้อยละ 89.2 มีศักยภาพการวิจัยที่ต่ำ

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การมีส่วนร่วมในการวิจัย (Research Participation) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อศักยภาพการวิจัยของพยาบาล ซึ่งการมีส่วนร่วมในการวิจัย หมายถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกขั้นตอนของการวิจัย ไม่ว่าจะเป็นการร่วมทำวิจัยกับบุคคลอื่นหรือการดำเนินการวิจัยด้วยตนเอง (Tsai, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของฮาวเวิร์ด และคณะ (Howard, Ferguson, Wilkinson, & Campbell, 2013) ที่ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการวิจัยและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อศักยภาพในการวิจัยของนักโภชนาการ ในควีนส์แลนด์ ประเทศออสเตรเลีย พบว่า การมีส่วนร่วมในการวิจัยส่งผลให้นักโภชนาการมีศักยภาพการวิจัยเพิ่มขึ้น และการศึกษาของอลิสัน และคณะ (Alison, Zafiropoulos, & Heard, 2017) ที่พบว่าระดับการศึกษาสูงสุดมีความสัมพันธ์กับศักยภาพการวิจัย

โรงพยาบาลศูนย์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้บริการสุขภาพในระดับซับซ้อนแก่ประชาชนรวมทั้งเป็นแหล่งฝึกสำคัญของนักศึกษาพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์สนับสนุนการทำวิจัยและนำผลการวิจัยมาพัฒนาคุณภาพการดูแล เช่น พันธกิจของโรงพยาบาลศูนย์ลำปางด้านการศึกษาที่มุ่งถึงการผลิตบุคคลากรทางการแพทย์ส่งเสริมงานทำวิจัยที่สอดคล้องกับสังคมไทยเป็นต้น แต่จากสถิติ 5 ปีย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559-2563 พบผลงานวิจัยทางการพยาบาลที่ได้รับการตีพิมพ์ระดับประเทศเพียง 54, 33, 16, 5 และ 4 เรื่องตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง ส่วนการนำเสนอรายงานวิจัยและการตีพิมพ์พบว่าทำได้สำเร็จเพียง 112 เรื่องใน 5 ปี (กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาโรงพยาบาลลำปาง, 2564) การผลิตผลงานวิจัยที่ไม่มากนักของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ อาจเป็นผลสะท้อนของศักยภาพการวิจัยของพยาบาลซึ่งยังต้องการพัฒนาอย่างเป็นระบบ และขาดผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเพื่อทำวิจัย โดยสิ่งสำคัญ คือ การตระหนักถึงศักยภาพของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย (Cooper, Sanders, & Pashayan, 2021) การศึกษาศักยภาพการวิจัยและปัจจัยที่คาดว่าเกี่ยวข้องกับศักยภาพการวิจัยในพยาบาลจะทำให้เข้าใจสถานการณ์ปัญหารวมถึงการนำไปสู่การหาแนวทาง หรือกลยุทธ์ในการพัฒนาศักยภาพการวิจัยของพยาบาลได้ อย่างไรก็ตามยังไม่พบว่ามีการศึกษาดังกล่าวในประเทศไทยและรวมถึงในโรงพยาบาลศูนย์มาก่อน และแม้จะพบว่ามีการศึกษาวิจัยในต่างประเทศ แต่โดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาระดับศักยภาพการวิจัยหรือการศึกษาในแง่มุมอื่น และเป็นการศึกษาในสหสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพ สำหรับประเทศไทยพบว่ายังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ในพยาบาลโดยตรง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาศักยภาพการวิจัยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับศักยภาพการวิจัยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งผลจากการวิจัยจะทำให้ทราบระดับศักยภาพการวิจัยของพยาบาล และความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือระดับการศึกษาและการมีส่วนร่วมในการวิจัยกับศักยภาพการวิจัยของพยาบาล ซึ่งจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยและการพัฒนาศักยภาพการวิจัยของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ต่อไป

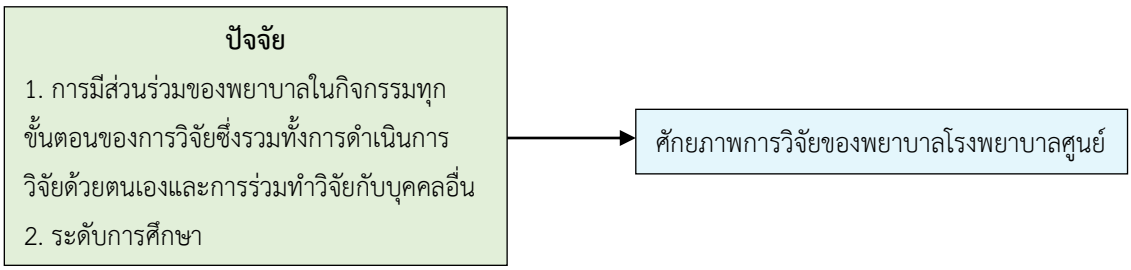
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาศักยภาพการวิจัยของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคเหนือ

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมในการวิจัย ระดับการศึกษา และศักยภาพการวิจัยของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคเหนือ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาศักยภาพการวิจัยตามกรอบแนวคิดการประเมินการสร้างศักยภาพการวิจัยของคุก (Cooke, 2005) ในระดับบุคคล ซึ่งศักยภาพการวิจัย หมายถึง ความสามารถในการดำเนินการวิจัยของพยาบาล โดยครอบคลุมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับทั้งการทำวิจัยและการใช้ผลงานวิจัย ส่วนการมีส่วนร่วมในการวิจัย หมายถึง การมีส่วนร่วมของพยาบาลในกิจกรรมทุกขั้นตอนของการวิจัยไม่ว่าจะเป็นการดำเนินการวิจัยด้วยตนเอง หรือการร่วมทำวิจัยกับบุคคลอื่น และการมีส่วนร่วมในการสัมมนาวิจัย การอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการวิจัยและการเผยแพร่ผลการวิจัยทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ เป็นต้น จากแนวคิดของคุก (Cooke, 2005) และการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ระดับการศึกษาแบ่งเป็น ปริญญาตรี ปริญญาโท และปริญญาเอกซึ่งเป็นปัจจัยระดับบุคคลและการมีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นปัจจัยที่มีเกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพการวิจัยในบุคคล ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) ดำเนินการศึกษาระหว่าง วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2566 ถึง วันที่ 20 มิถุนายน 2566 ณ โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลนครพิงค์ และโรงพยาบาลอุตรดิตถ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลนครพิงค์ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ โรงพยาบาลพุทธชินราช และโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จำนวน 5,314 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ เขตภาคเหนือ คำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรทาโร่ยามาเน่ (บุญใจ ศรีสถิตย์, 2553) กำหนดค่าความคาดเคลื่อนที่ร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 372 คน และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างสำหรับกรณีข้อมูลสูญหายอีกร้อยละ 20 เท่ากับ 74 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 446 คน ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) โดยการสุ่มโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ ใช้อัตราส่วน 2 : 1 ได้จำนวน 3 โรงพยาบาล จากทั้งหมด 6 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลนครพิงค์ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยคำนวณตามสัดส่วนเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาลและแต่ละงานการพยาบาลตามลำดับ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่มีประสบการณ์การทำงานมาเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในระหว่างการลาป่วย ลาคลอด หรือลาศึกษาต่อ ในระหว่างการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลสำหรับงานวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ประสบการณ์การทำงานในแผนกปัจจุบัน สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และการฝึกอบรมด้านการวิจัย

2. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการวิจัย (Research Participation Questionnaire (RPQ)) ของไช่และคณะ (Tsai, 2000) แปลและดัดแปลงข้อคำถามเป็นภาษาไทยโดยผู้ศึกษา ประกอบด้วยข้อคำถามการมีส่วนร่วมในการวิจัยทั้งหมด 30 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นการประเมินโดยคำตอบใช่หรือไม่ใช่ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 30 คะแนน คำตอบ "ใช่" เท่ากับ 1 คะแนนและ “ไม่ใช่” เท่ากับ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนการมีส่วนร่วมในการวิจัยของพยาบาลวิชาชีพ มีการแปลผลโดยนำค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนชั้น (บุญใจ ศรีสถิตนรากูร, 2553) การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 20.01-30.00 หมายถึง การมีส่วนร่วมในการวิจัยของพยาบาลอยู่ในระดับสูง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 10.01-20.00 หมายถึง การมีส่วนร่วมในการวิจัยของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 0-10.00 หมายถึง การมีส่วนร่วมในการวิจัยของพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ

3. แบบวัดศักยภาพและวัฒนธรรมการวิจัย (Research Capacity and Culture Tool (RCC Tool)) ของโฮล์เดนและคณะ (Holden, Pager, Golenko, Ware, & Weare, 2012) แปลข้อคำถามเป็นภาษาไทยโดยผู้ศึกษา ประกอบด้วยข้อคำถามการวัดศักยภาพการวิจัยของพยาบาล ทั้งหมด 15 ข้อคำถาม ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert Scale) ที่มีคะแนน 1-10 โดยคะแนน 1 หมายถึง ระดับทักษะหรือความสำเร็จที่ต่ำที่สุด ส่วนคะแนน 10 เป็นระดับทักษะหรือความสำเร็จสูงสุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยใช้กระบวนการแปลย้อนกลับ (Back-Translation) ตามขั้นตอนของ Hilton & Skrutkowski (2002) หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.96

แบบวัดศักยภาพและวัฒนธรรมการวิจัย ผู้วิจัยใช้กระบวนการแปลย้อนกลับ (Back-Translation) ตามขั้นตอนของ Hilton & Skrutkowski (2002) หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือ ไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพจำนวน 15 คน ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองภายหลังการได้การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ตามขั้นตอนดังนี้

1. หลังจากโครงร่างได้ผ่านการรับรองจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะบดีพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพิงค์ โรงพยาบาลลำปางและโรงพยาบาลอุตรดิตถ์เพื่อขออนุญาตในการรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับอนุญาตให้รวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อขอพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และกระบวนการวิจัย และขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งของจำนวนพยาบาลที่ปฏิบัติงานเพื่อทำการสุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของพยาบาลในแต่ละแผนกของกลุ่มงานการพยาบาล

3. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อชี้แจงเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ วิธีการสุ่มตัวอย่าง วิธีการแจกแบบสอบถาม วิธีการรวบรวมแบบสอบถาม วิธีการส่งแบบสอบถามกลับและวิธีการติดต่อผู้วิจัย

4. ผู้วิจัยจัดเตรียมชุดแบบสอบถามบรรจุในซองสีน้ำตาล ซึ่งประกอบด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และซองสีน้ำตาลสำหรับส่งแบบสอบถามกลับคืน โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและกำหนดเวลาให้ 2 สัปดาห์ เมื่อครบกำหนด 2 สัปดาห์ ให้ผู้ตอบแบบสอบถามคืนแบบสอบถามโดยใส่ซองปิดผนึกแยกเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และแบบสอบถามอย่างละ 1 ซอง นำมาใส่กล่องที่เตรียมไว้ โดยผู้วิจัยเดินทางไปรับแบบสอบถามกลับคืนด้วยตนเอง

5. ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนด้วยตัวผู้วิจัยเอง จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับคืนทุกฉบับจำนวน 446 ฉบับ ซึ่งมีเนื้อหาครบถ้วนสมบูรณ์ สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และศักยภาพการวิจัยของพยาบาล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยควอไทล์

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับศักยภาพการวิจัยของพยาบาล และการมีส่วนร่วมในการวิจัยกับศักยภาพการวิจัยของพยาบาล โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบโคลโมโกรอฟ-สเมอร์นอฟ (Kolmogorov- Smirnov Test) และพบว่าข้อมูลการมีส่วนร่วมในการวิจัย ศักยภาพการวิจัยมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2565- EXP103) และจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ และโรงพยาบาลนครพิงค์ ตามหนังสือรับรองเลขที่ 014/66, 16/2566 และ 013/66 ตามลำดับ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยทำหนังสือแนะนำตัวและชี้แจงการวิจัย ขอความร่วมมือ และให้เซ็นหนังสือยินยอมก่อนการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจัดทำเอกสารแบบสอบถามเป็นรายบุคคลโดยแยกซองปิดผนึกของแบบสอบถามและแบบเซ็นยินยอมการเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงให้ทราบว่าข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ และผลการวิจัยนำเสนอเป็นแบบภาพรวมในเชิงวิชาการและนำไปใช้ประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ในระหว่างที่เข้าร่วมวิจัยผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถออกจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 446 คน มีอายุเฉลี่ย 45.72 ปี และอยู่ในช่วง 41-50 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.80 (Mean = 45.72, S.D. = 2.50) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 94.40 มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 46.20 มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 91.70 มีตำแหน่งที่ปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ คิดเป็นร้อยละ 61.70 และมีประสบการณ์ทำงานอยู่ในช่วง 1-10 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 41.10 หน่วยงานที่ปฏิบัติงานมากที่สุดใน 3 อันดับแรก ได้แก่ หอผู้ป่วยศัลยกรรม คิดเป็นร้อยละ 20.00 รองลงมาเป็นหอผู้ป่วยอายุรกรรม คิดเป็นร้อยละ 16.00 และอื่น ๆ (หอผู้ป่วยหนัก, หน่วยตรวจพิเศษ) คิดเป็นร้อยละ 12.10 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงาน 8 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 74.20 และมีโอกาสเข้ารับการประชุม/อบรมเกี่ยวกับกระบวนการทำวิจัยปีละครั้งมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 31.80

2. ศักยภาพการวิจัยของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ เขตภาคเหนือ

พบว่า ศักยภาพการวิจัยของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ อยู่ในระดับต่ำ (Median = 3, IQR = 1.27-6.15) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ศักยภาพการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง (n=446)

ตัวแปร	Median	IQR	ระดับ
ศักยภาพการวิจัยของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์โดยรวม	3	1.20-6.15	ต่ำ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา การมีส่วนร่วมในการวิจัย และศักยภาพการวิจัยของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ เขตภาคเหนือ

พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักยภาพการวิจัยของพยาบาลในระดับต่ำ (r = 0.13, *p-value* < 0.01) และการมีส่วนร่วมในการวิจัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักยภาพการวิจัยของพยาบาลในระดับปานกลาง (r = 0.54, *p-value* < 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา และการมีส่วนร่วมในการวิจัยกับศักยภาพการวิจัยของพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ (n=446)

ตัวแปร	ศักยภาพการวิจัยของพยาบาล	P-value
ระดับการศึกษา	0.13	<0.01*
การมีส่วนร่วมในการวิจัย	0.54	<0.001**

**p-value* < 0.01, ***p-value* < 0.001

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับศักยภาพการวิจัยของพยาบาล ในโรงพยาบาลศูนย์ เขตภาคเหนือ สามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

ด้านศักยภาพการวิจัยของพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ พบว่า ศักยภาพการวิจัยของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์อยู่ในระดับต่ำ (Median = 3, IQR = 1.27-6.15) สอดคล้องกับการศึกษาของ หมิงจู้ และคณะ (Ming-zhu, Ri-hua, Qiao-cong, Jie-fen, & Li-mei, 2019) ที่พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 89.20 มีความสามารถในการวิจัยต่ำ และการศึกษาของคาโซกะ และคณะ (Kazoka, Pilmane, & Edelmers, 2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเพิ่มศักยภาพการวิจัยในสถาบันอุดมศึกษาในแทนซาเนีย ประเทศออสเตรเลีย ซึ่งผลการศึกษานี้พบเช่นกันว่าศักยภาพการวิจัยของพยาบาลส่วนใหญ่ (60.90%) อยู่ในระดับต่ำ ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าศักยภาพการวิจัยของพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากการขาดความรู้ ทักษะในการดำเนินการวิจัย โดยพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลศูนย์มีวุฒิการศึกษาในระดับปริญญาตรี ถึงร้อยละ 91.70 ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งระดับการศึกษาดังกล่าว

อาจส่งผลให้ศักยภาพในการวิจัยของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ต่ำได้ และยังพบว่าพยาบาลมีโอกาสเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับกระบวนการทำวิจัยน้อย โดยผลการศึกษานี้พบว่ามีพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์เข้ารับการประชุมหรือร่วมอบรมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเพียงปีละ 1 ครั้ง ร้อยละ 31.80 และปีละ 2 ครั้ง ร้อยละ 29.40 การที่พยาบาลส่วนใหญ่ได้รับการอบรมด้านการวิจัยค่อนข้างน้อย อาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ส่งผลทำให้ศักยภาพการวิจัยของพยาบาลต่ำ การฝึกอบรมการทำวิจัยจะช่วยเพิ่มศักยภาพการวิจัยของพยาบาล ดังนั้นการที่พยาบาลเข้ารับการอบรมน้อยจึงอาจทำให้มีความรู้และประสบการณ์ไม่เพียงพอต่อการดำเนินการวิจัยได้เนื่องจากขาดการพัฒนาทักษะและความสามารถในการวิจัย สอดคล้องกับการศึกษาของคุก (Cooke, 2005) กล่าวไว้ว่าศักยภาพการวิจัยถูกสร้างขึ้นได้โดยการพัฒนาทักษะและความมั่นใจผ่านการฝึกอบรมและการสร้างโอกาสในการประยุกต์ใช้ทักษะต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมประสบการณ์หรือกิจกรรมในด้านการวิจัย รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดทัศนคติเชิงบวกต่อการทำวิจัยด้วย

นอกจากนี้ยังพบว่าในโรงพยาบาลศูนย์มีโครงสร้างสนับสนุนการทำวิจัยไม่เพียงพอ โดยในส่วนของระบบการสืบค้นวรรณกรรมของพยาบาลพบว่าทำได้น้อยมาก เนื่องจากโรงพยาบาลศูนย์ไม่มีฐานข้อมูล ที่สามารถเข้าไปสืบค้นได้เมื่อเทียบกับพยาบาลที่กำลังศึกษาในระดับปริญญาโทที่สามารถใช้ฐานข้อมูลจากมหาวิทยาลัยที่ศึกษาเข้าสืบค้นข้อมูลได้ง่ายมากกว่า ประกอบกับพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ มีเวลาในการทำวิจัยน้อยจากการที่ต้องขึ้นเวรและมีภาระงานมากทำให้ขาดความกระตือรือร้นในการทำวิจัย จึงส่งผลให้พยาบาลส่วนใหญ่รับรู้ว่าตนมีศักยภาพการวิจัยหรือมีความสามารถในการดำเนินการวิจัยในระดับต่ำ (Duncombe, 2018; Rojaye & Netangaheni, 2023) ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของคุก (Cooke, 2005) ที่กล่าวว่าปัจจัยส่งเสริมศักยภาพการวิจัยในด้านการอำนวยความสะดวก รวมถึงโครงสร้างพื้นฐานและกระบวนการที่จัดตั้งขึ้นเป็นสิ่งช่วยส่งเสริมให้โครงการวิจัยดำเนินไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับศักยภาพการวิจัย พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักยภาพการวิจัยของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ ($r = 0.13$, *p-value* < 0.01) สอดคล้องกับการศึกษาของอลิสัน และคณะ (Alison, Zafiropoulos, & Heard, 2017) ที่พบว่าข้อมูลส่วนบุคคลที่มีผลต่อศักยภาพการวิจัยประการหนึ่งคือ ระดับการศึกษา โดยพยาบาลที่มีการศึกษาสูงจะยิ่งมีศักยภาพการวิจัยสูง รวมทั้งสอดคล้องกับงานของหลี่ และคณะ (Li, Chen, Wang, Kong, & Ying, 2019) ที่พบว่า พยาบาลระดับปริญญาโทถึงร้อยละ 91 มีศักยภาพการวิจัยที่ดีหรือดีเยี่ยม ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าหลักสูตรการเรียนในระดับปริญญาโทจะมีกระบวนการให้นักศึกษาได้เรียนรู้กระบวนการในการดำเนินการวิจัย ซึ่งรวมถึงการทบทวนวรรณกรรม การวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยเชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย การออกแบบแบบสอบถาม โดยในรายวิชาวิจัยการพยาบาล และวิทยานิพนธ์หรือสารนิพนธ์หรือการค้นคว้าอิสระ (IS) กำหนดให้นักศึกษาทุกคนต้องเรียนรู้และลงมือฝึกปฏิบัติเพื่อให้มีประสบการณ์ ในการทำวิทยานิพนธ์จริง จึงทำให้พยาบาลที่ศึกษาในระดับปริญญาโทมีความรู้ ทักษะและความสามารถในการทำวิจัยสูงเป็นการเพิ่มศักยภาพการวิจัยให้ดียิ่งขึ้น

ผลการศึกษานี้ยังพบว่าความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการมีส่วนร่วมในการวิจัยกับศักยภาพการวิจัยโรงพยาบาลศูนย์ อยู่ในระดับปานกลาง ($r= 0.54$, *p-value* < 0.001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแม็กกี้ และคณะ

(McKee, Codd, Dempsey, Gallagher, & Comiskey, 2017) ที่พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการมีส่วนร่วมในการวิจัยและศักยภาพการวิจัยของพยาบาลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเฟลนาดี และคณะ (Flenady, Dwyer, Kahl, Sobolewska, Reid-Searl & Signal, 2022) ที่พบว่า ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยจะสร้างและส่งเสริมความรู้ ทักษะ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการวิจัยซึ่งจะช่วยให้นักวิจัยมือใหม่มีศักยภาพเพิ่มขึ้น (Hawke et al., 2020) ดังนั้นกลยุทธ์ในการพัฒนาศักยภาพการวิจัยทางการพยาบาล คือ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรม การวิจัย นอกจากนี้การศึกษาของโอ'ไบรอัน และคณะ (O'Brien, Furlong, Coughlan, Fox, & Darley, 2022) ยังพบว่า การมีส่วนร่วมในการวิจัยในทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัยตั้งแต่การออกแบบคำถามไปจนถึงการเผยแพร่ผลการวิจัย ส่งผลต่อศักยภาพการวิจัยของพยาบาล หากพยาบาลมีส่วนร่วมในการวิจัยจะทำให้เกิดทักษะและความรู้เกี่ยวกับการทำวิจัย ซึ่งความรู้และทักษะที่ได้รับนี้จะนำไปสู่การไตร่ตรองและการรับรู้อื่น ๆ โดยผลลัพธ์สุดท้าย คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยสามารถปฏิบัติการวิจัยได้ (Montgomery, Ward, Raybin, Balian, Gilger, & Smith, 2021) สอดคล้องกับแนวคิดของคุก (Cooke, 2005) ที่แสดงให้เห็นความเชื่อมโยงของการมีส่วนร่วมในการวิจัยในลักษณะของการเป็นหุ้นส่วน (Partnership) และความร่วมมือ (Collaboration) ในการวิจัย ซึ่งช่วยสนับสนุนกระบวนการสร้างศักยภาพการวิจัยโดยเป็นการส่งเสริมให้บุคลากรผู้ปฏิบัติได้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยและมีส่วนร่วมในการวิจัย ซึ่งการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการวิจัย ย่อมช่วยให้แต่ละบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัยนั้นมีประสบการณ์ ทักษะ และความรู้ในกระบวนการของการดำเนินการวิจัยซึ่งเป็นการเพิ่มศักยภาพการวิจัยรวมถึงเพิ่มประสิทธิภาพการใช้งานวิจัยและผลการวิจัยด้วย ดังนั้นการมีส่วนร่วมในการวิจัยจึงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อศักยภาพการวิจัยของพยาบาล โดยการมีส่วนร่วมในการวิจัยทำให้มีโอกาสเข้าร่วมในกิจกรรมและขั้นตอนการวิจัย ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาการทบทวนวรรณกรรม การประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติ ไปจนถึงการเป็นผู้นำหรือการดูแลโครงการวิจัยขนาดใหญ่ (Migliorini, McDowell, Turville, Bevilacqua, & Harvey, 2022) ดังนั้นการที่พยาบาลมีส่วนร่วมในกิจกรรมวิจัยต่าง ๆ ในกระบวนการวิจัย ไม่ว่าจะเป็นการเป็นผู้ร่วมวิจัยหรือการเป็นผู้ช่วยวิจัยก็ตาม โดยมีส่วนร่วมในขั้นตอนต่าง ๆ ของการวิจัยจะทำให้พยาบาลเกิดความรู้ ความเข้าใจในกระบวนการวิจัย เกิดทักษะและความสามารถในการทำวิจัย ส่งผลต่อความมั่นใจในการทำวิจัยจึงทำให้ศักยภาพการวิจัยเพิ่มขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. สำหรับผู้บริหารการพยาบาล ผู้บริหารกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการทำวิจัยของพยาบาล และมีการอำนวยความสะดวกในการวิจัย เช่น การสนับสนุนฐานข้อมูลในการสืบค้นวรรณกรรม การจัดตั้งทีมที่ปรึกษางานวิจัย และการสนับสนุนเวลาเข้าอบรมโครงการวิจัย นอกจากนี้ ผู้บริหารควรหากลยุทธ์หรือแนวทางอื่น ๆ ในการพัฒนาศักยภาพการวิจัยของพยาบาลร่วมด้วย เช่น การส่งเสริมสนับสนุนให้มีการเรียนในระดับสูงกว่าปริญญาตรี เป็นต้น

2. สำหรับพยาบาลผู้ปฏิบัติการ ควรจะแสวงหาโอกาสในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะในการวิจัย หรือเข้าร่วมในกิจกรรมการวิจัย เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพการวิจัยของตนเองมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับศักยภาพการวิจัยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับอื่น ๆ ในประเทศไทย เพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึกและเป็นประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพการวิจัยของพยาบาลต่อไป

2. ควรศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพการวิจัยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์

เอกสารอ้างอิง

กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาโรงพยาบาลลำปาง. (2564). *สถิติการทำวิจัยของพยาบาล*. สืบค้นเมื่อวันที่ 6 มกราคม 2564 จาก https://lphnd.com/rnd/

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ฐิติพร อิงคถาวรวงศ์, ปาริชาติ หนุนพระเดช และสุทิศา เจริญสิน. (2559). ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพนักวิจัยต่อการใช้ผลการวิจัยและความพอใจของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้. *วารสารอัล-ฮิกมะฮ์ มหาวิทยาลัยฟาฏอนี*, *4*(8), 23-34.

เยาวเรศ ก้านมะลิ และนิตยา ดาวเชิญ. (2563). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการผลิตผลงานวิจัยของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 17*(1), 49-57.

บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2560). *แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2560.* นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2564 จาก https://drive.google.com/file/d/1aU3786pUaLOfinYXrCmqK2PJ4RusVSl8/view?pli=1

สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ. (2564). *สถิติการทำวิจัยของไทย*. สืบค้นเมื่อ 1 มกราคม 2564 จาก https://catalog-data.nrct.go.th

Alison, J. A., Zafiropoulos, B., & Heard, R. (2017). Key factors influencing allied health research capacity in a large Australian metropolitan health district. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, 10*, 277–291. https://doi.org/10.2147/jmdh.s142009

Chen, Q., Sun, M., Tang, S., & Castro, A. R. (2019). Research capacity in nursing: A concept analysis based on a scoping review. *BMJ Open*, *9*(11), e032356. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032356

Cooke, J. (2005). A framework to evaluate research capacity building in health care. *BMC Family Practice, 6*(1), 44. https://doi.org/10.1186/1471-2296-6-44

Cooper, S., Sanders, J., & Pashayan, N. (2021). Implementing a novel programme for nurses and allied health professionals to develop capacity for evidence-informed clinical practice. *Journal of Research in Nursing*, *26*(5), 395-404. https://doi.org/10.1177/17449871211013074

Dorgan, S. (2018). Building research capacity and capability in the nursing, midwifery and allied health professions. *British Journal of Nursing, 27*(11), 634-635. https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.11.634

Duncombe, D. C. (2018). A multi-institutional study of the perceived barriers and facilitators to implementing evidence-based practice. *Journal of Clinical Nursing*, *27*(5-6), 1216-1226. https://doi.org/10.1111/jocn.14168

Flenady, T., Dwyer, T., Kahl, J., Sobolewska, A., Reid-Searl, K., & Signal, T. (2022). Research capacity-building for clinicians: Understanding how the research facilitator role fosters clinicians' engagement in the research process. *Health Research Policy and Systems*, *20*(1), 45. https://doi.org/10.1186/s12961-022-00849-8

Hawke, L. D., et al. (2020). INNOVATE Research: Impact of a workshop to develop researcher capacity to engage youth in research. *Health expectations: An international journal of public participation in health care and health policy*, *23*(6), 1441-1449. https://doi.org/10.1111/hex.13123

Hilton, A., & Skrutkowski, M. (2002). Translating instruments into other languages: Development and testing processes. *Cancer Nursing*, *25*(1), 1-7. https://doi.org/10.1097/00002820-200202000-00001

Howard, A. J., Ferguson, M., Wilkinson, P., & Campbell, K. L. (2013). Involvement in research activities and factors influencing research capacity among dietitians. *Journal of Human Nutrition and Dietetics: The Official Journal of the British Dietetic Association*, *26 Suppl 1*, 180-187. https://doi.org/10.1111/jhn.12053

Holden, L., Pager, S., Golenko, X., Ware, R. S., & Weare, R. (2012). Evaluating a team-based approach to research capacity building using a matched-pairs study design. *BMC Family Practice, 13*, 16. https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-16

Kazoka, D., Pilmane, M., & Edelmers, E. (2021). Facilitating student understanding through incorporating digital Images and 3D-printed models in a human anatomy course. *Education Sciences, 11*(8), 380. https://doi.org/10.3390/educsci11080380

Li, X. D., Chen, H. J., Wang, L., Kong, X. Y., & Ying, J. (2019). Scientific research capability and continuing education needs for nurses with master's degrees in China. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, *50*(2), 61-68. https://doi.org/10.3928/00220124-20190115-05

McKee, G., Codd, M., Dempsey, O., Gallagher, P., & Comiskey, C. (2017). Describing the implementation of an innovative intervention and evaluating its effectiveness in increasing research capacity of advanced clinical nurses: Using the consolidated framework for implementation research. *BMC Nursing, 16*(1), 21. https://doi.org/10.1186/s12912-017-0214-6

Migliorini, C., McDowell, C., Turville, M., Bevilacqua, J., & Harvey, C. (2022). Research capacity and culture in an Australian metropolitan public mental health service: Scoping the skills and experience of social workers and occupational therapists. *BMC Medical Education*, *22*(1), 864. https://doi.org/10.1186/s12909-022-03936-0

Ming-zhu, W., Ri-hua, X., Qiao-cong, L., Jie-fen, O., & Li-mei, G. (2019). Determinants of research ability among nurses in a tertiary hospital in China: A cross-sectional survey. *Journal Education Research Review*, *7*(10), 206-212. https://doi.org/10.33495/jerr_v7i10.19.149

Montgomery, K. E., Ward, J., Raybin, J. L., Balian, C., Gilger, E. A., & Smith, C. (2021). Building capacity through integration of advanced practice nurses in research. *Nursing Outlook*, *69*(6), 1030–1038. https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.06.013

O'Brien, C., Furlong, E., Coughlan, B., Fox, P., & Darley, A. (2022). Building research capacity and culture: Exploring nurses' experience of implementing a nurse-led clinical trial. *Journal of Nursing Management*, *30*(4), 1002-1010. https://doi.org/10.1111/jonm.13576

Rojaye, J. O. & Netangaheni, R. T. (2023). Participation of nurses in research development. *Health SA Gesondheid*, *28*, a2360. https://doi.org/10.4102/hsag.v28i0.2360

Tsai, S. L. (2000). Nurses' participation and utilization of research in the Republic of China. *International Journal of Nursing Studies, 37*(5), 435-444. https://doi.org/10.1016/s0020-7489(00)00023-7

Wilson, L., et al. (2016). "Global health" and "global nursing": Proposed definitions from the global advisory panel on the future of nursing. *Journal of Advanced Nursing, 72*(7), 1529-1540. https://doi.org/10.1111/jan.12973

Zeng, G., & Wu, Q. (2022). Global production of nursing research: A 10-year survey of subspecialty nursing journals. *International Journal of Nursing Practice*, *28*(1), e13027. https://doi.org/10.1111/ijn.13027

JNPHR
Journal of Nursing and Public Health Research
วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

e264105

Journal of Nursing and Public Health Research

ผลของการฝึกหายใจแบบช้าต่อการขยายตัวของทรวงอก สมรรถภาพปอด และการฟื้นตัวของอัตราการเต้นของหัวใจในผู้ที่เป็นโรคอ้วน อายุ 18-35 ปี

Effect of Slow Deep Breath on Chest Expansion, Pulmonary Function, and Heart Rate Recovery in Obese Persons Aged between 18 and 35 Years

อารีวรรณ บุญเดชารักษ์[1], ปรียานุช อนุภาพรังสี[1], ผุสชา อิงคนันท์[1], ถนอมศักดิ์ เสนาคำ[2], อิสริยาภรณ์ เนตรพระ[3], ประภาวดี ภิรมย์พล[1*]

Areewan Boondecharuk[1], Preeyanut Anuphaprangsee[1], Pussacha Ingkanun[1], Tanormsak Senakham[2], Issariyapon Natepra[3], Prapawadee Pirompol[1*]

คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ[1*], คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ[2], ศูนย์โรคปอดและโรคระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์[3]

Faculty of Physical Therapy, Srinakharinwirot University[1*], Faculty of Physical Education, Srinakharinwirot University[2], Pulmonary Center, Bumrungrad International Hospital[3]

(Received: July 10, 2023; Revised: November 30, 2023; Accepted: February 1, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงการขยายตัวของทรวงอก สมรรถภาพปอด และการฟื้นตัวของอัตราการเต้นของหัวใจในผู้ที่เป็นโรคอ้วน ภายหลังการฝึกหายใจแบบช้าโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นกลุ่มบุคคลที่เป็นโรคอ้วน มีช่วงอายุระหว่าง 18-35 ปี จำนวน 19 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ด้วยวิธีการสุ่มแบบลำดับชั้น ได้แก่ กลุ่มควบคุม จำนวน 9 คน โดยดำรงพฤติกรรมสุขภาพเดิมเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ และกลุ่มทดลอง จำนวน 10 คน ทำฝึกการหายใจแบบช้าโดยใช้กล้ามเนื้อกะบังลม (Diaphragmatic Breathing Exercise (DBE)) จำนวน 6 ครั้ง ใน 1 นาที พัก 1 นาที ฝึก 10 นาที/ครั้ง ทำทุกวันเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ทั้ง 2 กลุ่มได้รับประเมินการขยายของทรวงอก (Chest Expansion) ร้อยละของปริมาตรอากาศจากการเป่าออกอย่างแรงและเร็วจนหมดหลังการหายใจเข้าเต็มที่ (%Predicted Forced Vital Capacity (FVC)) ร้อยละของปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างเร็วแรงในวินาทีที่ 1 (%Predicted Forced Expiratory Volume in One Second (FEV1)) ร้อยละของปริมาตรของอากาศที่เป่าออกมาได้ในวินาทีที่ 1 ต่อปริมาตรของอากาศที่เป่าออกมาได้มากที่สุดอย่างเร็วแรง (%Predicted of the Ratio of the Forced Expiratory Volume in One Second to the Forced Vital Capacity (%FEV1/FVC)) ปริมาตรอากาศทั้งหมดที่หายใจเข้าออกเต็มที่ในเวลา 1 นาที (Predicted Maximal Voluntary Ventilation (MVV)) และการฟื้นตัวของอัตราการเต้นของหัวใจ (Heart Rate Recovery (HRR)) ก่อนและหลังการทดลองเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทาง (Two-way ANOVA)

ผลการวิจัย พบว่า เมื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลองเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการขยายตัวของทรวงอกส่วนล่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ก่อนการทดลอง: Mean ± SEM=2.20 ± 0.32 cm, หลังการทดลอง: Mean ± SEM= 2.95 ± 0.24 cm, *p-value* = 0.001) และกลุ่มควบคุม มีค่า %Predicted FVC ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ก่อนการทดลอง: Mean ± SEM=101± 3.45, หลังการทดลอง: Mean ± SEM= 96.70 ± 3.32, *p-value* = 0.001) แต่ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของการเปลี่ยนแปลงค่า %Predicted FEV1/FVC, Predicted MVV และ HRR ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สรุปได้ว่าการฝึกหายใจแบบช้าโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ มีผลต่อการขยายตัวของทรวงอกเพิ่มขึ้น โดยไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพปอด และความสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติ ในผู้ที่เป็นโรคอ้วนช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

คำสำคัญ: โรคอ้วน, ปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างเร็วแรง, อัตราการเต้นของหัวใจภายหลังออกกำลังกาย, การหายใจแบบช้า

*ผู้ให้การติดต่อ ประภาวดี ภิรมย์พล email: prapawad@g.swu.ac.th

Abstract

The objective of this randomized control trial research was to examine the change in chest expansion, pulmonary function, and heart rate recovery among obese persons after four weeks of diaphragmatic breathing exercise training. Participants were 19 obese persons, aged 18-35 years old, divided into two groups using stratified sampling. The control group included nine participants who were required to maintain daily health behaviors for four weeks. The intervention group consisted of 10 participants who practiced diaphragmatic breathing exercise training (DBE) six times in one minute, rested one minute, practiced 10 minutes per time, and practiced every day for four weeks. Both groups measured the change in chest expansion, predicted forced vital capacity (FVC), predicted forced expiratory volume in one second (FEV1), predicted ratio of the forced expiratory volume in one second to the forced vital capacity (FEV1/FVC), predicted maximum voluntary ventilation (MVV), and heart rate recovery (HRR) before and after the experiment. The data were analyzed using a two-way analysis of variance (Two-way ANOVA).

The results showed that when comparing the results before and after the 4-week experiment, the intervention group had a statistically significant increase in the mean chest expansion (before the experiment: Mean ± SEM=2.2 ± 0.32 cm, after the experiment: Mean ± SEM= 2.95 ± 0.24 cm, *p-value* = 0.001). The control group had a statistically significant decrease in %predicted FVC (before the experiment: Mean ± SEM=101± 3.45, after the experiment: Mean ±

SEM= 96.70 ± 3.32, *p-value* = 0.001). There were no statistically significant differences in the changes in %predicted FEV1/FVC, predicted MVV, and HRR values in both the experimental and control groups. It was concluded that practicing diaphragmatic breathing exercises for four weeks effectively enhanced chest expansion without changing pulmonary function and autonomic imbalance in obese persons in early adulthood.

Keywords: Obesity, Force Vital Capacity, Heart Rate Recovery, Slow Deep Breathing

บทนำ

โรคอ้วน (Obesity) คือ ภาวะที่ร่างกายมีการสะสมของไขมันในส่วนต่างๆ ของร่างกายมากกว่าปกติ จนเกิดเป็นปัจจัยเสี่ยงหรือเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคตามระบบต่าง ๆ ดังนี้ โรคระบบหัวใจและระบบไหลเวียนเลือด เช่น โรคเส้นเลือดอุดตัน โรคหลอดเลือดแข็งตัว โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจวาย โรคหลอดเลือดสมอง และ โรคหรือภาวะอื่น ๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไต โรคนิ่วในถุงน้ำดี โรคข้อเข่าเสื่อม นอนไม่หลับ มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับ เป็นต้น (Ansari, Haboubi, & Haboubi, 2020; Kinlen, Cody, & O'Shea, 2018) จนอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต (Bhaskaran, Dos-Santos-Silva, Leon, Douglas, & Smeeth, 2018) ในทางการแพทย์ประเมินโรคอ้วนจากการวัดเปอร์เซ็นต์ไขมัน โดยที่มีเปอร์เซ็นต์ไขมันเกินในเพศชายมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 25% ในเพศหญิงมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 32 ถือว่าเป็นโรคอ้วน (Gallagher et al., 2000) ทางเอเชียแบ่งโรคอ้วนโดยใช้ดัชนีมวลกาย โรคอ้วนระดับสองมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ที่ 30-39.90 kg/m2 และโรคอ้วนระดับที่สามมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 40 kg/m2 งานวิจัยที่มีมาก่อนหน้านี้กล่าวว่า บุคคลที่มีโรคอ้วนจะมีไขมันอยู่ที่บริเวณท้องและพื้นผิวของกระบังลม ส่งผลให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลงได้น้อย ดังนั้น ปริมาตรช่องอกจึงขยายตัวได้ลดลง (Dixon & Peters, 2018; Mehari et al., 2015) มีการเคลื่อนไหวของผนังทรวงอกลดลงรูปแบบการหายใจที่แสดงออกมามีลักษณะการหายใจแบบสั้นตื้น ส่งผลให้เพิ่มงานในการหายใจ (Dixon & Peters, 2018; Melo, Silva, & Calles, 2014) González และคณะ (2022) ได้ทำการศึกษาลักษณะของสมรรถภาพปอด (Pulmonary function test) ในผู้ที่เป็นโรคอ้วน พบว่า บุคคลที่มี Severe Obesity (ระดับสาม) จะมีค่า Forced Vital Capacity (FVC) และ Forced Expiratory Volume ใน 1 วินาที (FEV1) ลดลง และมีการเพิ่มขึ้นของ Residual volume (RV) ที่พบ Airway Narrowing นั้น และจะมีความสัมพันธ์กับโรคอ้วน (González et al., 2022) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจของผู้ที่เป็นโรคอ้วนในอนาคต เช่น Chronic Bronchitis, Asthma, และ Emphysema (Barcelar et al., 2014; Mendonça, Pereira, Xará, Santos, & Abelha, 2014)

การรักษาโรคอ้วนที่เป็นสาเหตุของโรคระบบทางเดินหายใจมีหลากหลายวิธี ไม่ว่าจะเป็นการลดน้ำหนัก และการออกกำลังกาย ซึ่งมีข้อจำกัดมากในผู้ที่เป็นโรคอ้วนและการฝึกหายใจในผู้ที่เป็นโรคอ้วนเป็นทางเลือกหนึ่งที่น่าสนใจ การฝึกหายใจในทุกรูปแบบไม่ว่าจะเป็น Intermittent Positive Pressure และ Incentive Spirometer สามารถเพิ่ม

ประสิทธิภาพในการหายใจ (Hough, 2014) ได้ แต่การศึกษาผลของการฝึกหายใจในผู้ที่เป็นโรคอ้วนถูกจำกัดเฉพาะในระยะเฉียบพลัน จากการศึกษาของ Olsén และคณะ (Olsén, Lönroth, & Bake, 1999) ได้ทำการศึกษาการหายใจทั้งหมด 3 แบบ คือ การหายใจลึกโดยไม่มีแรงต้าน การหายใจออกโดยมีแรงดันบวกร่วมกับแรงต้านอากาศ 15 เซนติเมตรน้ำ และการหายใจเข้าและหายใจออกโดยมีแรงดันบวกร่วมกับแรงต้านอากาศ 10 เซนติเมตร ผู้ทดสอบได้รับการวัดปริมาตรปอดในท่านั่งใน Body Plethysmography พบว่า ค่า Tidal Volume, Alveolar Ventilation และ Peak Inspiratory Volume มีค่ามากที่สุดในขณะที่ฝึกหายใจลึกโดยไม่มีแรงต้าน จึงอาจกล่าวได้ว่าการหายใจลึกโดยไม่มีแรงต้านเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยทำให้เพิ่มประสิทธิภาพของสมรรถภาพปอดในผู้ที่เป็นโรคอ้วน นอกจากนี้โรคอ้วนนั้นจะมีการสะสมของไขมันที่บริเวณท้องและกล้ามเนื้อกระบังลมส่งผลทำให้ความยอมตามของปอดลดลง ดังนั้นการฝึกหายใจด้วยกล้ามเนื้อกระบังลมเป็นเทคนิคที่มีการหายใจลึก อาจส่งผลต่อการเพิ่มความยอมตามของกล้ามเนื้อกระบังลมและปอดส่วนล่างโดยตรง

นอกจากนี้ การลดการขยายตัวของทรวงอก ทำให้ปริมาตรปอดลดลง เพิ่มงานในการหายใจ และการหายใจแบบสั้นตื้นในโรคอ้วน จะมีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ โดยจะเป็นการเพิ่ม Sympathetic Activity และลด Parasympathetic Activity (Barbosa Lins, Valente, Sobral Filho, & Barbosa e Silva, 2015) การฟื้นตัวของอัตราการเต้นของหัวใจ (Heart Rate Recovery) เป็นตัวแปรหนึ่งที่บอกการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ สามารถทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (Hirakawa et al., 2016; Mendonca, Pereira, & Fernhall, 2013) โรคอ้วนเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการทางเมตาบอลิกซึ่งพบได้บ่อยว่ามีการฟื้นตัวของอัตราการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ (Barbosa Lins, Valente, Sobral Filho, & Barbosa e Silva, 2015) และเป็นที่ทราบกันอยู่แล้วว่าการหายใจช้านั้นส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงระบบประสาทอัตโนมัติ โดยพบว่าการหายใจแบบช้าด้วยความถี่ 6 ครั้งต่อนาที จะมีผลในการลด Sympathetic Activity และเพิ่ม Parasympathetic Activity มากที่สุด (Paprika, Gingl, Rudas, & Zöllei, 2014) ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการฝึกหายใจแบบช้าโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลม 6 ครั้งต่อนาที เป็นเวลา 10 นาที ต่อการขยายตัวของทรวงอก การเพิ่มสมรรถภาพปอด การขยายตัวของทรวงอก และการฟื้นตัวของอัตราการเต้นของหัวใจในผู้ที่เป็นโรคอ้วนเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

วัตถุประสงค์การวิจัย

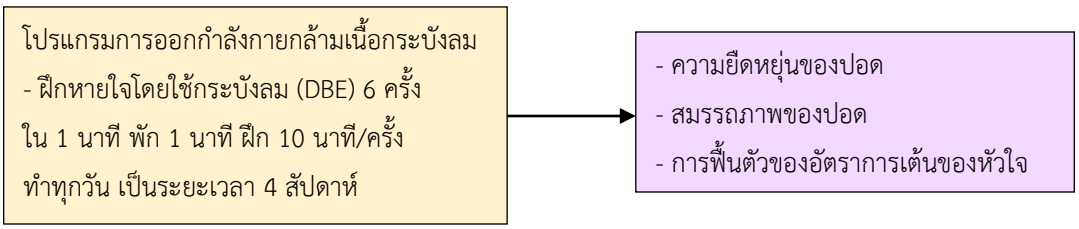
เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงการขยายตัวของทรวงอก สมรรถภาพปอด และการฟื้นตัวของอัตราการเต้นของหัวใจในผู้ที่เป็นโรคอ้วน ภายหลังการฝึกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

สมมติฐานการวิจัย

การฝึกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมในผู้ที่เป็นโรคอ้วนส่งผลให้มีการขยายตัวของทรวงอก และสมรรถภาพปอดดีขึ้น และมีการฟื้นตัวของอัตราการเต้นของหัวใจดีขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการฝึกหายใจด้วยกล้ามเนื้อกระบังลมในผู้ที่เป็นโรคอ้วนในการศึกษานี้ ส่งผลดีต่อกล้ามเนื้อหายใจ ทำให้ความยืดหยุ่นของปอดเพิ่มขึ้น และทำให้เกิดเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพของปอดและการฟื้นตัวของอัตราการเต้นของหัวใจไปในทางที่ดีขึ้น ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Randomized Control Trial (RCT)) โดยใช้การสุ่มแบบลำดับชั้น เพื่อลดความลำเอียงในการจัดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจัดเก็บผลการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในคอมพิวเตอร์เพื่อไม่ให้ทราบว่าอาสาสมัครที่เข้ามาอยู่ในกลุ่มใด (Allocation Concealment) นอกจากนี้ยังมีการอำพรางไม่ให้อาสาสมัครและผู้เก็บข้อมูลตัวแปรผลลัพธ์ทราบว่าอยู่กลุ่มใด (Double-Blind) ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนธันวาคม 2558 ถึงเดือนพฤษภาคม 2559 ณ คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่เป็นโรคอ้วนลงพุง ระดับ 2 และ 3 อายุ 18-35 ปี ที่ไม่มีโรคร่วม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีเป็นโรคอ้วนลงพุง ระดับ 2 และ 3 อายุ 18-35 ปี ที่ไม่มีโรคร่วม ที่เป็นนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่เดือนธันวาคม 2558 ถึง เดือนพฤษภาคม 2559 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยโปรแกรม G*power เวอร์ชั่น 3.1.9.4 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) การวิจัยครั้งนี้ต้องการอาสาสมัครที่มีภาวะอ้วนทั้งชายและหญิง อายุ 18-35 ปี จำนวน 24 คน อ้างอิงจากงานวิจัย (Chlif, Keochkerian, Choquet, Vaidie, & Ahmaidi, 2009) กำหนดค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 1.18 ค่าความเชื่อมั่น 0.95 และค่าอำนาจการทดสอบมีค่าเท่ากับ 0.80 โดยใช้สถิติการคำนวณแบบ Independent t test ได้ตัวอย่างทั้งหมด 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 12 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 12 คน แต่เนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบระยะเวลา 4 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลองจำนวน 2 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 3 คน จึงเหลือผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้น จำนวน 19 คน เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 10 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 9 คน ดังแสดงแผนผังการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย ดังภาพที่ 2 เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย มีดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. อายุระหว่าง 18-35 ปี

2. เป็นโรคอ้วนลงพุงระดับ 2 ขึ้นไป

3. ค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 kg/m2

4. ระดับเปอร์เซ็นต์ของไขมันในร่างกายเพศชาย ≥25% และเพศหญิง ≥32%

5. มีค่าเส้นรอบเอวในเพศชาย ≥90 cm และเพศหญิง≥80 cm

6. ไม่มีโรคร่วม

เกณฑ์การคัดออก

1. ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาว่ามีสภาวะโรคไต หรือโรคเบาหวาน หรือโรคไทรอยด์

2. มีอาการบาดเจ็บทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

3. ได้รับยาสเตียรอยด์และยาฮอร์โมน

4. ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ก่อนเข้าร่วมงานวิจัยภายใน 24 ชั่วโมง

5. ผู้ที่สูบบุหรี่

6. มีระดับความดันโลหิตสูง (Systolic Blood Pressure > 180 mmHg หรือ Diastolic Blood Pressure >110 mmHg)

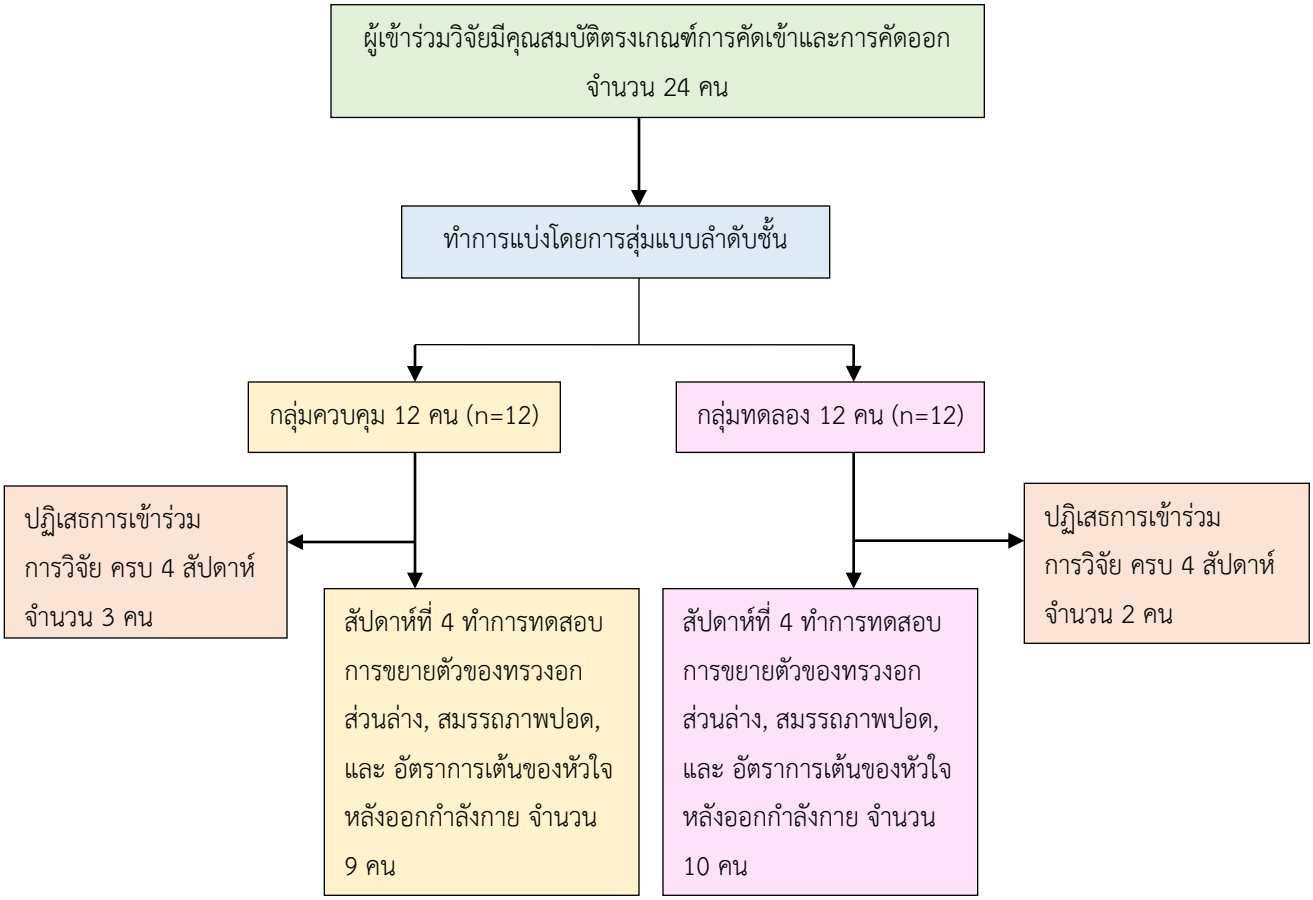
7. มีอาการเจ็บหน้าอก เป็นโรคหัวใจและปอดที่ควบคุมไม่ได้

8. ผู้ที่มีโรคเกี่ยวกับระบบหัวใจและปอดเช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้องรัง โรคหอบหืด มีภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดที่ไม่ได้เข้ารับการรักษา มีภาวะเส้นเลือดแดงโป่งพอง (Aneurysm) ในทรวงอก ท้องหรือในสมอง หรือมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

9. ผู้ที่เพิ่งได้รับการผ่าตัดตามาไม่นาน

10. ผู้ที่เพิ่งได้รับการผ่าตัดช่องอก หรือ ช่องท้อง

11. สตรีมีครรภ์



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวัดความดันโลหิตใช้เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ รุ่น HEM-7221 (OMRON) ผ่านการตรวจเช็คมาตรฐานและได้รับการรับรองมาตรฐานว่ามีความแม่นยำในการวัดความดันโลหิตจากบริษัทผู้ผลิต สำหรับค่าการขยายตัวของทรวงอกใช้สายวัดในการวัด สำหรับค่าสมรรถภาพปอดใช้เครื่องมือ KoKo Spirometer and KoKo DigiDoser สำหรับการวัดค่าอัตราการเต้นของหัวใจใช้เครื่องวัดอัตราการเต้นของหัวใจ POLAR® Pro Team 2 Heart Rate Monitoring

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องตรวจสมรรถภาพปอดเพื่อให้ได้ค่าที่เป็นมาตรฐานจึงมีการ Calibrate ก่อนการใช้งานในแต่ละครั้ง โดยใช้กระบอกสูบสำหรับ Calibrate ปริมาตร 3 ลิตร ต่อเข้ากับเครื่องและสูบอากาศเข้า 3 ครั้ง เพื่อดูค่า FVC โดยค่าไม่ควรแปรปรวนมากกว่าร้อยละ 3 หรือ ค่าที่ได้อยู่ระหว่าง 2.91 ถึง 3.09 ลิตร

การวัดการขยายตัวของทรวงอกส่วนล่าง ได้หาความเที่ยงในการวัด (Intra-tester Reliability) 2 ครั้ง ห่างกัน 2 วัน พบว่า ค่า Intraclass Correlation (ICC) เท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะก่อนการทดลอง

1. ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนเมื่อผ่านการคัดเลือกเข้าร่วมโครงการวิจัย จะได้รับคำอธิบายวัตถุประสงค์โครงการวิจัย ขั้นตอนการทดสอบสมรรถภาพปอด การขยายตัวของทรวงอก และการฟื้นตัวของอัตราการเต้นของหัวใจ รวมถึงอาการที่ไม่พึงประสงค์ขณะทำการทดสอบ หลังจากนั้นผู้เข้าร่วมวิจัยจะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

2. ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนจะได้รับการทดสอบสมรรถภาพปอด การขยายตัวของทรวงอก และการฟื้นตัวของอัตราการเต้นของหัวใจ ดังนี้

2.1 ผู้เข้าร่วมวิจัยเว้นระยะเวลาการรับประทานอาหารก่อนเข้ารับการทดสอบอย่างน้อย 2 ชั่วโมง และไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีนในวันที่เข้าร่วมการทดสอบ

2.2 ก่อนทำการทดสอบ ผู้เข้าร่วมวิจัยการทดสอบนั่งพักที่เก้าอี้มีพนักพิงในห้องที่ปราศจากเสียงรบกวนเป็นเวลา 5 นาที เพื่อผ่อนคลายและลดอาการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อเท้าทั้ง 2 ข้างวางราบลงที่พื้น

2.3 ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการทดสอบการขยายตัวของทรวงอก โดยผู้เข้าร่วมวิจัยยืนเท้าวางราบกับพื้น ลำตัวและศีรษะตรง มือและแขนทั้งสองข้างประสานกันไว้ที่ท้ายทอย ทำการวัดโดยใช้สายวัดทาบให้แนบกับลำตัวของผู้เข้าร่วมวิจัย ตรงระดับที่ทำเครื่องหมายไว้ (บริเวณ Costal Cartilage ที่ 10 เมื่อวัดจาก Mid-Clavicular Line) บันทึกค่าการขยายตัวของทรวงอกเทียบระหว่างการหายใจออกสุดและหายใจเข้าเต็มที่ พัก 20 วินาที วัดซ้ำ ทำซ้ำ 3 ครั้ง นำทั้ง 3 ค่ามาเฉลี่ย และหลังจากนั้นพักเป็นระยะเวลา 5 นาที แล้วทำการทดสอบสมรรถปอด

2.4 วันรุ่งขึ้นผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบประเมินก่อนการออกกำลังกาย (หากมีความเสี่ยงตามข้อใดข้อหนึ่ง จะงดทำการทดสอบในวันนั้น) จากนั้นผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการติดเครื่องวัดอัตราการเต้นของหัวใจบริเวณใต้ราวนมด้านซ้ายและปรับให้กระชับเพื่อป้องกันการหลุดขณะทำการทดสอบและให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทดสอบนั่งพักที่เก้าอี้มีพนักพิงในห้องที่ปราศจากเสียงรบกวนเป็นเวลา 5 นาที เพื่อผ่อนคลายและลดอาการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อเท้าทั้ง 2 ข้างวางราบลงที่พื้น ทำการวัดความดันโลหิต อัตราการเต้นหัวใจ

2.5 ผู้เข้าร่วมวิจัยทำการทดสอบโดยการเดินลู่วิ่ง โดยใช้ Bruce-Ramp Protocol จนกระทั่งอัตราการเต้นของหัวใจขณะออกกำลังกายถึงเป้าหมายที่กำหนด (70% Maximum Heart Rate) จากนั้นให้อาสาสมัครนั่งพักและวัดอัตราการเต้นของหัวใจภายหลังการออกกำลังกายนาทีที่ 1 และ 5

2.6 นำค่าอัตราการเต้นของหัวใจภายหลังการออกกำลังกายในนาทีที่ 1 และ 5 มาคำนวณการฟื้นตัวของอัตราการเต้นของหัวใจ (Heart Rate Recovery)

ระยะทดลอง

แบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยโดยการสุ่มออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มควบคุม (Control Group) โดยกลุ่มนี้จะดำรงพฤติกรรมสุขภาพเดิม โดยไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกาย การลดน้ำหนัก เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

กลุ่มทดลอง (Intervention Group) โดยกลุ่มนี้จะควบคุมพฤติกรรมสุขภาพใน 4 สัปดาห์ ร่วมกับการสอนวิธีฝึกการหายใจแบบช้าโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลม โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยวางมือข้างขวาไว้บนกึ่งกลางหน้าท้อง (Mid Rectus Abdominal Area) และวางมือข้างซ้ายที่บริเวณกึ่งกลางอก (Mid Sternal Area) จากนั้นสูดหายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ โดยให้ท้องป่องพร้อมกับฟังเสียงตามเครื่องกำหนดจังหวะ ตามจังหวะนับ 1, 2, 3, 4 จากนั้นหายใจออกช้า ๆ โดยให้ท้องยุบ ฟังเสียงเครื่องกำหนดจังหวะตามจังหวะนับ 5, 6, 7, 8, 9, 10 ในใจ 1 นาที สลับกับการพัก 1 นาที ฝึกจนครบ 10 นาที ทำทุกวัน เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

ระยะหลังการทดลอง

หลังจากเสร็จสิ้นการทดลองในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการทดสอบสมรรถภาพปอด การขยายตัวของทรวงอก และทดสอบการฟื้นตัวของอัตราการเต้นของหัวใจที่ 1 และ 5 เหมือนก่อนการทดลองอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ SPSS ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า ข้อมูลการกระจายตัวแบบปกติ จึงเปรียบเทียบข้อมูลปัจจัยพื้นฐานและค่าตัวแปรตามก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent T-Test และเปรียบเทียบปัจจัยด้านเวลา ปัจจัยด้านกลุ่ม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทาง (Two-way ANOVA) โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยภายหลังการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ รหัส PTPT 2016-018

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

พบว่า ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 2 กลุ่ม ได้แก่ เพศ อายุ ส่วนสูง น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย เปอร์เซ็นต์ไขมัน ความยาวรอบเอว ความยาวรอบสะโพก ความยาวรอบคอ สมรรถภาพทางกายและสัดส่วนรอบเอวต่อรอบสะโพก และค่าตัวแปรตามก่อนการทดลองของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของปัจจัยพื้นฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=9)	กลุ่มทดลอง (n=10)	P-value
ปัจจัยพื้นฐาน			
อายุเฉลี่ย (ปี)	20.44 ± 0.47	19.60 ± 0.40	0.27
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2)	37.18 ± 2.33	32.86 ± 0.92	0.16
น้ำหนัก (kg)	102 ± 6.89	85.50 ± 3.25	0.15
ส่วนสูง (cm)	1.65 ± 0.17	1.61 ± 0.60	0.76
เปอร์เซ็นต์ไขมัน (%)	46.56 ± 1.81	43.93 ± 1.11	0.84
ความยาวรอบคอ (cm)	36.39 ± 0.16	36 ± 0.18	0.58
ความยาวรอบเอว (cm)	107.28 ± 6.26	94.95 ± 13.22	0.80
ความยาวรอบสะโพก (cm)	124.56 ± 5.36	115.80 ± 2.87	0.59
สัดส่วนรอบเอวต่อรอบสะโพก	0.85 ± 0.02	0.82 ± 0.21	0.45
VO_2 max (mL/min/kg)	29.37 ± 1.93	31.33 ± 1.48	0.26
ค่าตัวแปรตามก่อนการทดลอง			
Chest expansion (cm)	2.28 ± 0.43	2.20 ± 0.23	0.17
%predicted FVC (%)	101.11 ± 2.58	103.70 ± 4.00	0.22
%predicted FEV_1 (%)	97 ± 2.42	98.90 ± 3.48	0.48
%predicted FEV_1/FVC (%)	96.44 ± 2.02	96.70 ± 1.61	0.67
predicted MVV (%)	105.87 ± 4.20	100.55 ± 7.31	0.21
HRR 1 minute (bpm)	31.33 ± 4.84	30.40 ± 3.66	0.98
HRR 5 minute (bpm)	62.33 ± 6.08	62.70 ± 2.58	0.35

Data are means±SEM. *p-value* < 0.05

Abbreviation: VO_2 Max = Maximal Oxygen Consumption; FVC = Forced Vital Capacity; FEV1 = Forced Expiratory Volume in One Second; FEV1/FVC = The Ratio of the Forced Expiratory Volume in One Second to the Forced Vital Capacity; MVV = Maximal Voluntary Ventilation; HRR 1 minute = Heart Rate Recovery in 1 Minute after Exercise; HRR 5 minute = Heart rate Recovery in 5 Minute after Exercise

2. ค่าดัชนีมวลกาย อัตราส่วนรอบเอวต่อรอบสะโพกของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังโปรแกรม 4 สัปดาห์

พบว่า หลังการทดลองในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ค่าดัชนีมวลกายและอัตราส่วนรอบเอวต่อรอบสะโพกไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของดัชนีมวลกาย อัตราส่วนรอบเอวต่อรอบสะโพกของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังเสร็จสิ้นการทดลองระยะเวลา 4 สัปดาห์

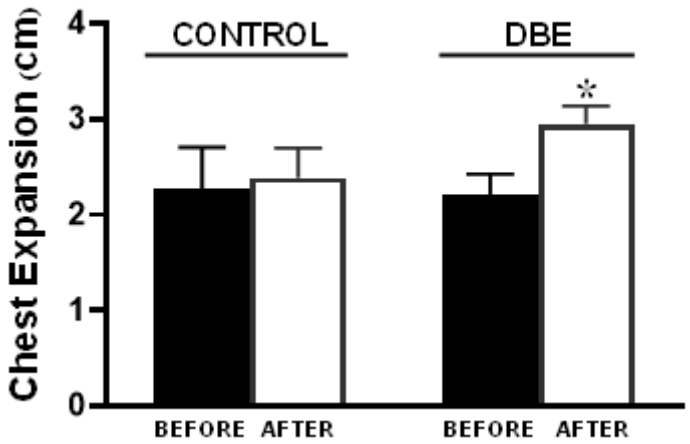
Variables	Time	Control Group (n=9)	Intervention Group (n=10)	P-value (Intervention vs control)	P-value
BMI	Pre-training	37.20 ± 1.75	32.86 ± 1.66	0.09	0.18
	post-training	43.70 ± 3.21	33.35 ± 3.05	0.03*	
W/H ratio	Pre-training	0.86 ± 0.02	0.81 ± 0.02	0.18	0.43
	post-training	0.88 ± 0.02	0.82 ± 0.02	0.03*	

Data are means±SEM. *p-value < 0.05

Abbreviation: BMI = Body Mass Index; W/H ratio = Weight to Hip Ratio

3. ผลของการฝึกหายใจต่อการขยายตัวของทรวงอก (Chest Expansion)

พบว่า ภายหลังการฝึกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลม กลุ่มทดลองมีการขยายตัวของทรวงอกส่วนล่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง (ก่อนการทดลอง: Mean ± SEM=2.20 ± 0.32 cm, หลังการทดลอง: Mean ± SEM= 2.95 ± 0.24 cm, p-value = 0.001) ขณะที่ในกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของการขยายตัวของทรวงอกส่วนล่างก่อนและหลังการทดลอง (p-value > 0.05) ดังแสดงในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 กราฟแสดงการการขยายตัวของทรวงอกส่วนล่างก่อนและหลังการทดลองระยะเวลา 4 สัปดาห์

4. ผลของการฝึกหายใจต่อสมรรถภาพปอด (Pulmonary Function)

จากการศึกษาผลของการฝึกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมต่อค่าสมรรถภาพปอด (% Predicted FVC และ % Predicted FEV1) เป็นเวลา 4 สัปดาห์ พบว่า %Predicted FVC ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม (ก่อนการทดลอง: Mean ± SEM=101±3.45, หลังการทดลอง: Mean ± SEM=96.70±3.32, *p-value* = 0.001) แสดงให้เห็นว่าภาวะอ้วนอาจทำให้เกิดการลดลงของปริมาตรอากาศภายในปอด ในขณะเดียวกันไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังการฝึกหายใจในกลุ่มทดลอง แสดงให้เห็นว่าการฝึกหายใจเป็นเวลา 4 สัปดาห์ไม่มีผลต่อค่า FVC ค่า %Predicted FEV1 ภายหลังการฝึกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value* = 0.01) สำหรับค่า % Predicted FEV1/FVC และ Predicted MVV ภายหลังการฝึกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่า ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสิติ (*p-value* > 0.05) ซึ่งผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการหายใจแบบช้าโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ยังไม่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ % Predicted FEV1/FVC และ Predicted MVV ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของ %Predicted FVC, %Predicted FEV_1, %Predicted FEV_1/FVC, และ Predicted MVV ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังเสร็จสิ้นการทดลองระยะเวลา 4 สัปดาห์

Variables	Group	Pre-training	Post-training	P-value (Pre vs Post)	P-value (Intervention vs control)
% Predicted FVC	Intervention	103 ± 3.28	102± 3.15	0.09	0.45
	Control	101± 3.45	96.70 ± 3.32	0.001*	
% Predicted FEV_1	Intervention	98.90 ± 2.98	95.20 ± 2.69	0.01*	0.66
	Control	97.00 ± 3.14	93.40 ± 2.84	0.02*	
% Predicted	Intervention	96.70 ± 1.76	95.60 ± 1.52	0.33	0.88
FEV_1/FVC	Control	96.40 ± 1.86	96.60 ± 1.60	0.92	
Predicted MVV	Intervention	100 ± 5.98	110 ± 4.15	0.12	0.38
	Control	106 ± 6.30	99.40 ± 4.37	0.28	

Data are means±SEM. **p-value* < 0.05

Abbreviation: FVC = Forced Vital Capacity; FEV1 = Forced Expiratory Volume in One Second; FEV1/FVC = The Ratio of the Forced Expiratory Volume in One Second to the Forced Vital Capacity; MVV =Maximal Voluntary Ventilation

5. อัตราการเต้นของหัวใจหลังออกกำลังกาย (Heart Rate Recovery)

จากการศึกษาผลของการฝึกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมต่ออัตราการเต้นของหัวใจหลังออกกำลังกายที่ 1 นาที และ 5 นาที เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value* > 0.05) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของค่า Heart Rate Recovery (HRR) ที่ 1 นาที และ Heart Rate Recovery (HRR) ที่ 5 นาทีของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนและหลังเสร็จสิ้นการทดลองระยะเวลา 4 สัปดาห์

Variable	Group	Pre-training Mean ± SEM	post-training Mean ± SEM	P-value (Pre vs Post)	P-value (Intervention vs control)
HRR 1 minute	Intervention	30.40 ± 4.13	30.50 ± 2.74	0.98	0.95
	control	31.30± 4.35	33.10 ± 2.89	0.70	
HRR 5 minute	Intervention	62.70 ± 4.38	62.60 ± 3.18	0.98	0.79
	control	62.30 ± 4.62	57.90 ± 3.35	0.19	

Data are means±SEM. *p-value* < 0.05

Abbreviation: HRR = Heart rate recovery

การอภิปรายผล

การศึกษาผลของการฝึกหายใจแบบช้าโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมต่อการเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพปอด การขยายตัวของทรวงอก และการฟื้นตัวของอัตราการเต้นของหัวใจในผู้ที่เป็นโรคอ้วน อายุ 18-35 ปี คณะผู้วิจัยทำการเปรียบเทียบ สมรรถภาพปอด การขยายตัวของทรวงอก และการฟื้นตัวของอัตราการเต้นของหัวใจก่อนและภายหลังการฝึกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ในกลุ่มควบคุม พบว่าเมื่อระยะเวลาผ่านไป 4 สัปดาห์ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงการขยายตัวของทรวงอก และพบค่า FVC ลดลง แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ส่วนกลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกหายใจ พบว่า ฝึกหายใจแบบช้าด้วยกล้ามเนื้อกระบังลมเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ สามารถเพิ่มการขยายตัวของทรวงอก แต่ยังไม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงค่า FVC และระบบประสาทอัตโนมัติ ทั้งนี้สามารถอภิปรายได้ว่า เมื่อพิจารณาผลของภาวะอ้วนลงพุงที่มีผลต่อสมรรถภาพปอด โดยปกติการลดลง FEV1 และ FVC นั้นสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของภาวะอ้วนลงพุงและภาวะการอักเสบของปอดต่อการหลั่งสารที่ต่อมไขมัน ในขณะที่ผู้ร่วมวิจัยไม่มีการเปลี่ยนแปลงของภาวะอ้วนลงพุง แต่พบค่า FEV1 และ FVC ลดลงในกลุ่มควบคุม และพบค่า FEV1 ลดลง ในกลุ่มทดลอง ดังนั้นการลดลงของ FEV1 และ FVC นั้นอาจจะเกิดจากการหลั่งสารกระตุ้นการอักเสบที่บริเวณปอดทำให้มีภาวะจำกัดการขยายตัวของปอด (Zammit, Liddicoat, Moonsie,

& Makker, 2010) ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรวัดการเปลี่ยนแปลงของสารที่หลั่งจากต่อมไขมันที่ทำให้เกิดการอักเสบของปอดร่วมด้วย

ผลการวิจัยที่พบว่าการฝึกหายใจด้วยกล้ามเนื้อกระบังลมเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ สามารถเพิ่ม การขยายตัวของทรวงอกบริเวณปอดส่วนล่างได้ การเพิ่มขึ้นของการขยายตัวของทรวงอกทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะของการขยายตัวของทรวงอกส่วนล่างของทั้งสองกลุ่มมีความผิดปกติโดยมีค่าการขยายตัวน้อยกว่าค่ามาตรฐานเป็นส่วนใหญ่ (กลุ่มควบคุม: ร้อยละ 66.7, กลุ่มทดลอง: ร้อยละ 70) ดังนั้นการฝึกหายใจด้วยกล้ามเนื้อกระบังลมเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ทำให้อัตราการหายใจสูงสุดเมื่อหายใจออกและเข้าอย่างลึกและเร็วที่สุดเท่าที่ทำได้ ซึ่งสามารถประเมินความทนทานของกล้ามเนื้อหายใจได้ โดยกล่าวว่าในผู้ที่เป็นโรคอ้วนกล้ามเนื้อหายใจต้องทำงานหนัก เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของ Lung Mechanic ที่เปลี่ยนแปลงไปได้ (Shah & Kaltsakas, 2023) โดยท้ายที่สุดคนอ้วนจะมีค่า MVV ที่ลดลง แต่จากงานวิจัยนี้พบว่าไม่มีผู้ร่วมวิจัยคนใดที่มีค่า MVV ที่ผิดปกติ และหลังจากการฝึกหายใจเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของค่า MVV แต่เมื่อพิจารณาร้อยละของความผิดปกติของความทนทานของกล้ามเนื้อหายใจ ผู้ร่วมวิจัยไม่มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อหายใจ (MVV>80% Predicted) และเมื่อระยะเวลาผ่านไป 4 สัปดาห์ พบว่า ผู้ร่วมวิจัยที่มีค่า MVV ลดลงจนมีความผิดปกติ จำนวนร้อยละ 11.1 แต่ในขณะที่กลุ่มทดลองฝึกการหายใจแบบช้าด้วยกล้ามเนื้อกระบังลมเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ไม่พบการลดลงของ MVV จนเกิดความผิดปกติในผู้ร่วมวิจัยทุกราย

ถึงแม้ว่าจะไม่พบการเปลี่ยนแปลงของค่าดัชนีมวลกาย อัตราส่วนรอบเอวต่อรอบสะโพกเมื่อระยะเวลาผ่านไป 4 สัปดาห์ ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แต่จากผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มควบคุมมีค่า BMI มากกว่ากลุ่มที่ฝึกหายใจแบบช้าโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลม อาจสะท้อนถึงวิธีการควบคุมกิจกรรมด้วยการให้ผู้ร่วมวิจัยควบคุมกิจกรรมให้เหมือนปกติตอนก่อนทำวิจัยและบันทึกในสมุดกิจกรรมนั้นอาจไม่เพียงพอ ดังนั้น ในการศึกษาหน้านอกเหนือจากการควบคุมกิจกรรมทางกายควรควบคุมปริมาณแคลอรี่ที่ผู้ร่วมวิจัยได้รับในแต่ละวัน

นอกจากนี้ผลงานวิจัยพบว่าผลของการฝึกหายใจแบบช้าโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงค่าอัตราการเต้นหัวใจหลังการออกกำลังกายที่เป็นตัวบ่งชี้ Cardiac Autonomic Activity นั้น อาจจะเกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการฝึกที่ยังน้อยเกินไป การหายใจแบบช้าสามารถปรับระบบประสาทอัตโนมัติโดยการเพิ่ม Inhibitory Impulse จากการทำงานของ Stretch Receptors ของปอดขณะหายใจเข้า (Jerath, Edry, Barnes, & Jerath, 2006) Pal และคณะ ในปี 2004 พบว่า การฝึกการหายใจแบบช้าในคนปกติวัยหนุ่มสาว อายุ 17-19 ปี เป็นระยะเวลา 3 เดือน ถึงจะส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของ Parasympathetic และการลดลงของ Sympathetic Activity (Pal, Velkumary, & Madanmohan, 2004).

ข้อกำจัดในการวิจัยนี้ พบว่า ผู้ร่วมวิจัยในระยะหลังการฝึกหายใจ 4 สัปดาห์ มีจำนวนน้อยลง การศึกษาครั้งต่อไปควรคำนึงถึงจำนวนอาสาสมัครที่มากขึ้น ระยะเวลาในการฝึกหายใจเพียงแค่ 4 สัปดาห์ ซึ่งอาจจะยังไม่ส่งผลทางสรีรวิทยาและการทำงานของกล้ามเนื้อหายใจที่ชัดเจน ดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มระยะเวลาในการฝึกหายใจให้มากขึ้น เป็น 8 สัปดาห์ อีกทั้งงานวิจัยนี้มีกลุ่มอาสาสมัครที่หลากหลายโดยมีผู้ที่เป็นโรคอ้วนระดับ 2

เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่พบความผิดปกติของทางเดินหายใจ ดังนั้น ในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษา การฝึกหายใจด้วยกล้ามเนื้อกระบังลมในกลุ่มคนอ้วนระดับ 3 ที่มีความผิดปกติของทางเดินหายใจเพียงกลุ่มเดียว

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ควรนำโปรแกรมการฝึกหายใจแบบช้าโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมมาฝึกในผู้ที่เป็นโรคอ้วนเพื่อเพิ่มการขยายตัวของทรวงอกและเพิ่มสมรรถภาพปอด ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ควรฝึกการหายใจแบบช้าโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมเป็นเวลาอย่างน้อย 4 สัปดาห์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในผู้ที่เป็นโรคอ้วนระดับ 3 ที่มีปัญหาของระบบทางเดินหายใจ

2. เพิ่มระยะเวลาฝึกการหายใจแบบช้าโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมเป็น 8 สัปดาห์ ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของกล้ามเนื้อหายใจ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณภาควิชากายภาพบำบัด คณะกายภาพบำบัด และ ภาควิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาคณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ให้การสนับสนุนเรื่องสถานที่และเครื่องมือในการทำวิจัย และขอขอบคุณอาสาสมัครทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

Ansari, S., Haboubi, H., & Haboubi, N. (2020). Adult obesity complications: Challenges and clinical impact. *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism, 11*, 204201882093495. https://doi.org/10.1177/2042018820934955

Barbosa Lins, T. C., Valente, L. M., Sobral Filho, D. C., & Barbosa e Silva, O. (2015). Relation between heart rate recovery after exercise testing and body mass index. *Revista Portuguesa de Cardiologia, 34*(1), 27-33. https://doi.org/10.1016/j.repc.2014.07.006

Barcelar J. dem., et al. (2014). The expansion of the pulmonary rib cage during breath stacking is influenced by age in obese women. *PLoS One, 9*(11), e110959. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0110959

Bhaskaran, K., Dos-Santos-Silva, I., Leon, D. A., Douglas, I. J., & Smeeth, L. (2018). Association of BMI with overall and cause-specific mortality: A population-based cohort study of 3·6 million adults in the UK. *Lancet Diabetes Endocrinol, 6*(12), 944-953. https://doi.org/10.1016/s2213-8587(18)30288-2

Chlif, M., Keochkerian, D., Choquet, D., Vaidie, A., & Ahmaidi, S. (2009). Effects of obesity on breathing pattern, ventilatory neural drive and mechanics. *Respiratory Physiology & Neurobiology, 168*(3), 198-202. https://doi.org/10.1016/j.resp.2009.06.012

Dixon, A. E., & Peters, U. (2018). The effect of obesity on lung function. *Expert Review of Respiratory Medicine, 12*(9), 755-767. https://doi.org/10.1080/17476348.2018.1506331

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. https://doi.org/10.3758/bf03193146

Gallagher, D., et al. (2000). Healthy percentage body fat ranges: An approach for developing guidelines based on body mass index. *The American Journal of Clinical Nutrition, 72*(3), 694-701. https://doi.org/10.1093/ajcn/72.3.694

González, Y., et al., (2022). Pulmonary function test in obese patients. *European Respiratory Journal, 60*(suppl 66), 3060. https://doi.org/10.1183/13993003.congress-2022.3060

Hirakawa, Y., et al. (2016). The impact of body mass index on the associations of lipids with the risk of coronary heart disease in the Asia Pacific region. *Preventive Medicine Reports, 3*, 79-82. https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2015.12.012

Hough. (2014). *Physiotherapy in Respiratory and Cardiac Care: A problem-solving approach to respiratory and cardiac management* (2 ed.). Oxford Singular Publishing Group.

Jerath, R., Edry, J. W., Barnes, V. A., & Jerath, V. (2006). Physiology of long pranayamic breathing: Neural respiratory elements may provide a mechanism that explains how slow deep breathing shifts the autonomic nervous system. *Medical Hypotheses, 67*(3), 566-571. https://doi.org/10.1016/j.mehy.2006.02.042

Kinlen, D., Cody, D., & O'Shea, D. (2018). Complications of obesity. *QJM: An International Journal of Medicine, 111*(7), 437-443. https://doi.org/10.1093/qjmed/hcx152

Mafort, T. T., Rufino, R., Costa, C. H., & Lopes, A. J. (2016). Obesity: Systemic and pulmonary complications, biochemical abnormalities, and impairment of lung function. *Multidisciplinary Respiratory Medicine, 11*, 28. https://doi.org/10.1186/s40248-016-0066-z

Mehari, A., et al. (2015). Obesity and Pulmonary Function in African Americans. *PLoS One, 10*(10), e0140610. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0140610

Melo, L. C., Silva, M. A., & Calles, A. C. (2014). Obesity and lung function: A systematic review. *Einstein (Sao Paulo), 12*(1), 120-125. https://doi.org/10.1590/s1679-45082014rw2691

Mendonça, J., Pereira, H., Xará, D., Santos, A., & Abelha, F. J. (2014). Obese patients: Respiratory complications in the post-anesthesia care unit. *Revista Portuguesa de Pneumologia, 20*(1), 12-19. https://doi.org/10.1016/j.rppneu.2013.04.002

Olsén, M. F., Lönroth, H., & Bake, B. (1999). Effects of breathing exercises on breathing patterns in obese and non-obese subjects. *Clinical Physiology and Biochemistry, 19*(3), 251-257. https://doi.org/10.1046/j.1365-2281.1999.00167.x

Pal, G. K., Velkumary, S., & Madanmohan. (2004). Effect of short-term practice of breathing exercises on autonomic functions in normal human volunteers. *Indian Journal of Medical Research, 120*(2), 115-121.

Paprika, D., Gingl, Z., Rudas, L., & Zöllei, E. (2014). Hemodynamic effects of slow breathing: Does the pattern matter beyond the rate? *Acta Physiologica Hungarica, 101*(3), 273-281. https://doi.org/10.1556/aphysiol.101.2014.3.2

Shah, N. M., & Kaltsakas, G. (2023). Respiratory complications of obesity: From early changes to respiratory failure. *Breathe (Sheff), 19*(1), 220263. https://doi.org/10.1183/20734735.0263-2022

Zammit, C., Liddicoat, H., Moonsie, I., & Makker, H. (2010). Obesity and respiratory diseases. *International Journal of General Medicine, 3*, 335-343. https://doi.org/10.2147/ijgm.s11926

JNPHR
Journal of Nursing and Public Health Research
วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

e264377

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านโภชนาการร่วมกับการใช้เครื่องวัดความเค็มต่อการลดการบริโภคโซเดียม ระดับความดันโลหิตและอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

Effects of the Dietary Education Program in Conjunction with the Salt Meter on Reducing Sodium Intake, Blood Pressure Levels, and Glomerular Filtration Rate Among Uncontrolled Hypertension Patients

สาคร เสริญไธสง*

Sakhorn Sernthaisong*

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลบ้านผือ*

Department of Internal Medicine, Ban Phue Hospital*

(Received: July 26, 2023; Revised: February 12, 2024; Accepted: February 19, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านโภชนาการร่วมกับการใช้เครื่องวัดความเค็ม ต่อการลดการบริโภคโซเดียม ระดับความดันโลหิตและอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ณ คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านผือ จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ด้านโภชนาการร่วมกับการใช้เครื่องวัดความเค็มเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับเฉพาะด้านโภชนาการโปรแกรมการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้ด้านโภชนาการร่วมกับการใช้เครื่องมือวัดความเค็มเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกความดันโลหิต และแบบบันทึกผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง และอัตราการกรองของไต วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ระดับความดันโลหิตและอัตราการกรองของไต ด้วยสถิติ Independent t -test

ผลการศึกษา พบว่าค่าเฉลี่ยค่าความดันโลหิต Systolic Blood Pressure ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัปดาห์ที่ 8 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value* = 0.02) อย่างไรก็ตามค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ความดันโลหิต Diastolic Blood Pressure และอัตราการกรองของไต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัปดาห์ที่ 8 ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value* > 0.05) ผลงานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฯ นี้สามารถนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ต่อไป

คำสำคัญ: เครื่องวัดความเค็ม, ปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง, อัตราการกรองของไต, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

*ผู้ให้การติดต่อ สาคร เสริญไธสง e-mail: jumtuya@yahoo.com

Abstract

The objective of this quasi-experimental research was to examine the effects of the dietary education program in conjunction with the salt meter on reducing sodium intake, blood pressure levels, and glomerular filtration rate among uncontrolled hypertension patients. Participants were 50 uncontrolled hypertension patients who received services from the chronic non-communicable disease clinic, Ban Phue Hospital, and were divided into an experimental group of 25 people and a control group of 25 people. The experimental group received the dietary education program in conjunction with the salt meter for a period of 8 weeks. The control group received only the dietary education program. The research instrument was the dietary education program in conjunction with the salt meter. The data collection tools included a general data recording form, a blood pressure record form, and laboratory test results records, including 24-hour urine sodium content and glomerular filtration rate. The data were analyzed using descriptive statistics. Comparing the mean 24-hour urine sodium content, blood pressure level, and glomerular filtration rate with independent t-test statistics.

The results showed that the mean systolic blood pressure values between the experimental group and the control group before and after the program at the 8th week were statistically significantly different (*p-value* = 0.02). However, the mean 24-hour urine sodium content, the mean diastolic blood pressure, and the mean glomerular filtration rate between the experimental group and the control group before and after receiving the program at the 8th week showed no statistically significant differences. (*p-value* > 0.05). This research shows that this program can be used in patients with high blood pressure to promote healthy behaviors in order to control levels of blood pressure and prevent various complications that may occur in the future.

Keywords: A Salt Meter, 24-Hour Urine Sodium, Glomerular Filtration Rate, Uncontrolled Hypertension Patients

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองตีบ/แตกอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นการลดระดับความดันโลหิตสามารถช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคดังกล่าวได้ ในประเทศไทยแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่มีเพิ่มขึ้นทุกปี และมีเพียงร้อยละ 30 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ได้ (Grillo, Salvi, Coruzzi, Salvi, & Parati, 2019) ปัจจัยหลัก

ที่ทำให้ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ได้แก่ การไม่ออกกำลังกาย การบริโภคแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ โดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง (มากกว่า 2 กรัม ต่อวันเท่ากับ เกลือ 5 กรัมต่อวัน) ซึ่งทำให้ระดับความดันโลหิตสูงและเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (Grillo, Salvi, Coruzzi, Salvi, & Parati, 2019; Nguyen, Bauman, & Ding, 2019) นอกจากนี้การบริโภคเกลือเกิน 5 กรัมต่อวัน หรือการบริโภคโซเดียมเกิน 2.3 กรัมต่อวัน มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตของโรคหลอดเลือดและหัวใจ (He, Pombo-Rodrigues, & Macgregor, 2014; Nguyen, Bauman, & Ding, 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในปี พ.ศ. 2562 ประชากรไทยอายุ18 ปีขึ้นไป บริโภคโซเดียมเฉลี่ย 3,636 มิลลิกรัม หรือเท่ากับเกลือถึง 1.8 ช้อนชา โดยประเมินการบริโภคโซเดียมได้จากการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง (Chailimpamontree et al., 2021) ซึ่งเกินกว่าปริมาณที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ 1.5-2 เท่า หรือ 5 กรัมต่อวัน และยังไม่มีแนวโน้มลดลง (Campbell et al., 2019) ดังนั้นการบริโภคโซเดียมจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรไทย จากข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบว่า ค่าเฉลี่ยของการบริโภคโซเดียมในประชากรไทยในภาคใต้มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (4,107.80 มิลลิกรัม/วัน) รองลงมาคือ ภาคกลาง (3,759.70 มิลลิกรัม/วัน) ภาคเหนือ (3,562.70 มิลลิกรัม/วัน) กรุงเทพมหานคร (3,495.90 มิลลิกรัม/วัน) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (3,315.80 มิลลิกรัม/วัน) ตามลำดับ (วิชัย เอกพลากร, 2564) และข้อมูลจากแหล่งของการได้รับโซเดียมจากการบริโภคอาหาร พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับโซเดียมจากการรับประทานอาหารที่ผ่านกระบวนการผลิต และการรับประทานอาหารนอกบ้าน แบ่งออกเป็น การเติมขณะปรุงอาหาร (ร้อยละ 71) อาหารตามธรรมชาติ (ร้อยละ 18) การปรุงรสเพิ่มบนโต๊ะอาหาร (ร้อยละ 11) (วิชัย เอกพลากร, 2564) นอกจากนี้การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงของผู้ใหญ่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 84.20 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง ได้แก่ เพศชาย รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ดัชนีมวลกายเท่ากับหรือมากกว่า 23 กก.ต่อ ตร.ม. มีระดับความรู้เรื่องอาหารที่มีโซเดียมสูงระดับต่ำถึงปานกลางและการได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงเป็น 3.2 เท่า (สกุณา กัณหาสุระ และพรพิมล ชูพานิช, 2566) ดังนั้นการบริโภคเกลือและโซเดียมสูงอย่างต่อเนื่องส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตได้ จากการทบทวนมาตรการการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกี่ยวข้อง พบว่า มาตรการในการลดการบริโภคเค็มรวมถึงมาตรการการให้ความรู้อย่างเข้มข้นเพื่อให้เข้าใจในเรื่องของอันตรายจากการบริโภคเกลือและโซเดียมในปริมาณสูงเป็นวิธีที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ที่ดี ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพโดยการให้ความรู้ด้านโภชนาการแก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองได้ (กรรณิกา สุวรรณา และคณะ, 2564)

การส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการและการแสดงให้เห็นปริมาณโซเดียมที่มีในอาหารด้วยเครื่องวัดความเค็ม (Salt Meter) สามารถสร้างความตระหนักในการเลือกรับประทานอาหารแก่ผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี (Aliasgharzadeh, Tabrizi, Nikniaz, Ebrahimi-Mameghani, & Lotfi Yagin, 2022) ดังเช่นการศึกษาของศิริชัย วิริยะธนากร และคณะ

(Wiriyatanakorn, Mukdadilok, Kantachuvesiri, Mekhora, & Yingchoncharoen, 2021) เกี่ยวกับการลดพฤติกรรมการกินเค็มและลดความดันโลหิตด้วยอุปกรณ์วัดปริมาณเกลือในอาหาร โดยนำเอาเครื่องวัดความเค็มให้กับผู้ป่วยไปใช้ที่บ้านร่วมกับการให้ความรู้โดยนักโภชนาการเกี่ยวกับการลดบริโภคเค็มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว และติดตามผลที่ 8 สัปดาห์ ผลการศึกษา พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้ใช้เครื่องวัดความเค็มร่วมด้วยจะมีการบริโภคเกลือที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยวัดจากปริมาณเกลือโซเดียม ที่ขับออกในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐาน โดยปริมาณเกลือโซเดียมที่ขับออกในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง จะลดลงไปถึง 31 มิลลิโมลต่อวัน เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งแนวโน้มไม่เปลี่ยนแปลง นอกจากนี้กลุ่มที่ใช้เครื่องวัดความเค็มมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure) ลดลงไปถึง 14.4 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure) ลดลงไป 5.5 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับการเก็บข้อมูลในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลบ้านผือ อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ในปี พ.ศ. 2562-2565 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีเฉลี่ยร้อยละ 53 (กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลบ้านผือ, 2565) ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด (เป้าหมาย คือ มากกว่า 60%) (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2565) และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease (CKD)) ระยะที่ 3-4 ที่ชะลอการลดลงของค่าอัตราการกรองของไตได้ต่ำกว่าเป้าหมาย เฉลี่ยร้อยละ 51 (เป้าหมายคือมากกว่า 66%) (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2565) จากข้อมูลดังกล่าวเนื่องจากปัญหาในพื้นที่ พบว่า ประชากรมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง เวลารับประทานอาหารต้องใส่เครื่องปรุงรสประจำ ประกอบกับการมีความรู้เรื่องอาหารที่มีโซเดียมสูงอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้มีสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านโภชนาการร่วมกับการใช้เครื่องวัดความเค็ม โดยนำเอาเครื่องวัดความเค็มในอาหารให้กับผู้ป่วยไปใช้จริงที่บ้านเพื่อแสดงให้เห็นปริมาณโซเดียมที่มีในอาหารที่จะรับประทานในแต่ละวัน เพื่อช่วยในการปรับพฤติกรรมลดการบริโภคเค็ม นอกเหนือจากมาตรการการให้ความรู้เกี่ยวกับการลดบริโภคเค็มอย่างเข้มข้นเพียงอย่างเดียว เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจในการดูแลตนเอง นำไปสู่การปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองเพิ่มขึ้นส่งผลให้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น และช่วยในการชะลอการเสื่อมของไตได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

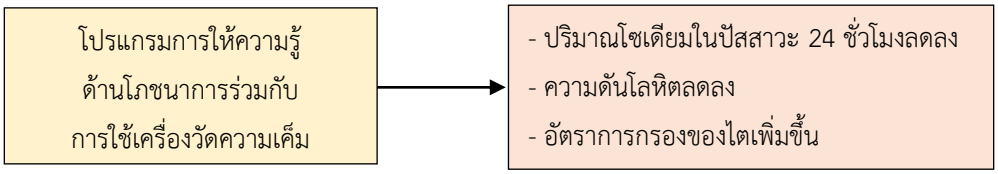
เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านโภชนาการร่วมกับการใช้เครื่องวัดความเค็มต่อการบริโภคโซเดียม ระดับความดันโลหิตและอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีการลดการบริโภคโซเดียม โดยมีปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม
2. หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม
3. หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีอัตราการกรองของไตดีมากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ด้านโภชนาการร่วมกับการใช้เครื่องวัดความเค็ม (Salt Meter) ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1) กิจกรรมการให้ความรู้รายกลุ่ม (Intensive Group Education) 2) การปรับสูตรอาหาร (Reformulation) และ 3) การใช้เครื่องวัดความเค็มในอาหาร (Salt Meter) โดยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งพบว่าการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูงมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต ดังนั้น การลดการบริโภคโซเดียมสามารถลดระดับความดันโลหิตและเพิ่มค่าอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ (Aliasgharzadeh, Tabrizi, Nikniaz, Ebrahimi-Mameghani, & Lotfi Yagin, 2022) ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยในรูปแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pretest-Posttest Design) ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2566 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2566 ณ คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านผือ อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านผือ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านผือ จำนวน 50 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.7 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 0.80 (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (α) เท่ากับ 0.05 และอำนาจทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 42 ราย ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายขณะทำการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ จำนวน 50 คน จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง 25 คนและกลุ่มควบคุม 25 คน จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ในการคัดเข้าศึกษา ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง เพศชายหรือหญิง อายุระหว่าง 40 -70 ปี

2) มีระดับความดันโลหิต ≥ 140/90 mmHg

3) ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร ไม่มีความพิการ

เกณฑ์การคัดออก

1) ตั้งครรภ์

2) เป็นผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย

3) มีการปรับยาเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิต ≥ 180/110 mmHg

4) ไม่สามารถเก็บ 24-hour Urine Sodium ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้ด้านโภชนาการร่วมกับการใช้เครื่องวัดความเค็ม (Salt Meter) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1.1 กิจกรรมการให้ความรู้ด้านโภชนาการรายกลุ่มโดยนักโภชนาการในเรื่องของการลดการบริโภคหวาน มัน เค็มอย่างเข้มข้น (Intensive Group Education) เหมือนกันทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1.2 การปรับสูตรอาหาร (Reformulation) เพื่อลดการบริโภคเกลือและโซเดียม เช่น ใช้ผลิตภัณฑ์ลดโซเดียมหรือเพิ่มกลิ่นรสชาติจากเครื่องเทศและสมุนไพร รวมทั้งปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการลดการบริโภคโซเดียม เช่น ไม่นำเครื่องปรุงวางไว้บนโต๊ะอาหาร ชิมก่อนการปรุงอาหารทุกครั้ง คำแนะนำปริมาณโซเดียมที่ควรได้รับต่อมื้ออาหาร โดยติดคำเตือน/คำแนะนำเหล่านี้ไว้ภายในร้านหรือบนโต๊ะอาหาร คือ บริโภคเกลือไม่ควรเกินวันละ 1 ช้อนชา (เกลือ 1 ช้อนชา มีโซเดียม 2,000 มิลลิกรัม)

1.3 การใช้เครื่องวัดความเค็มในอาหาร (Salt Meter) รุ่น EN-900 ใช้หลักการวัดค่าจากการนำไฟฟ้าจะทำให้ทราบปริมาณความเค็มในอาหารที่จะบริโภคภายในเวลาไม่กี่วินาที โดยจุ่มลงไปในน้ำแกงหรือซุปที่จะรับประทาน เป็นวิธีที่ง่ายและสะดวก จำแนกระดับความเค็ม 3 ระดับ ดังนี้ เค็มน้อย (สีน้ำเงิน) มีระดับความเค็มเท่ากับ 0.30% และ 0.50% เค็มปานกลาง (สีเขียว) มีระดับความเค็มเท่ากับ 0.70% และ 0.90% เค็มมาก (สีแดง) มีระดับความเค็มเท่ากับ 1.10%, 1.30% และ 1.50%

1.4 เครื่องวัดความดันโลหิตแบบดิจิทัล ยี่ห้อ TERUMO รุ่น BP500 ที่ผ่านการสอบเทียบตามมาตรฐานทุก 3 ถึง 6 เดือน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก การศึกษา อาชีพ รายได้ การศึกษา และโรคร่วม

2.2 แบบบันทึกระดับความดันโลหิตและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Serum Creatinine, Sodium และ 24-Hour Urine Creatinine

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการให้ความรู้ด้านโภชนาการร่วมกับการใช้เครื่องวัดความเค็ม (Salt Meter) ไปผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์โรคไต อายุรแพทย์ที่ดูแลคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญจากสำนักวิจัยและสถิติ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง

(Item Objective Congruence Index (IOC)) อยู่ระหว่าง 0.80-1.00 สำหรับเครื่องวัดความเค็มในอาหาร (Salt Meter) รุ่น EN-900 ผ่านการเทียบค่าเพื่อความแม่นยำ โดยการวัดด้วย 0.9% Normal Saline ค่าที่วัดได้เท่ากับ 0.9

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างรวมถึงเอกสารคำชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยและขอความยินยอมผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในเอกสารเข้าร่วมวิจัย โดยมีสิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลและจะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติที่เคยปฏิบัติมา ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อและใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น

2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ในการคัดเข้าศึกษา โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม จำนวน 50 คน เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 25 คน

3. ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับกิจกรรม ดังนี้

3.1 กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม กรอกแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ น้ำหนัก การศึกษา อาชีพ รายได้ ยาที่รับประทานเป็นประจำ และโรคประจำตัวอื่น ๆ

3.2 กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม จะได้รับการวัดความดันโลหิตโดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตดิจิตอลที่แนบกับแขนในห้องแยกเพื่อไม่ให้มีเสียงรบกวน กลุ่มตัวอย่างจะได้รับคำแนะนำจากพยาบาลให้งดการดื่มแอลกอฮอล์ งดกาแฟ และงดสูบบุหรี่ในวันที่เข้าร่วมวิจัย และแนะนำให้รับประทานยาลดความดันโลหิตในตอนเช้า 2 ชั่วโมงก่อนการวัดความดันโลหิต กลุ่มตัวอย่างต้องนั่งรอเป็นเวลา 5-10 นาที โดยจัดให้นั่งบนเก้าอี้ที่สบายและมีที่รองแขนและหลีกเลี่ยงการพูดในขณะที่วัดความดันโลหิต การวัดความดันโลหิตจะทำซ้ำสามครั้งภายใน 15 นาที และคำนวณค่าเฉลี่ยของทั้งสามครั้ง

3.3 กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม จะได้รับเจาะเลือดปริมาณ 10 ซีซี เพื่อดูค่าอัตราการกรองของไตด้วยการตรวจระดับ Serum Creatinine คำนวณด้วยสมการ CKD-EPI และเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง (24-hour Urine Sodium และ Creatinine)

4. ขณะทดลอง กลุ่มทดลองจะได้รับการให้ความรู้ด้านโภชนาการโดยนักโภชนาการและได้รับเครื่องวัดความเค็ม (Salt Meter) ไปใช้จริงที่บ้าน เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการให้ความรู้ด้านโภชนาการโดยนักโภชนาการเพียงอย่างเดียว

5. การติดตามผล ผู้วิจัยติดตามผลการลดบริโภคโซเดียมโดยวัดจากค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต และค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ในช่วงเวลา 1 เดือน (สัปดาห์ที่ 4) และ 2 เดือน (สัปดาห์ที่ 8 หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square test)

2. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต และค่าเฉลี่ยของอัตราการกรองของไตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ Independent t -test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการนำโครงร่างการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี โดยยึดหลักตามมาตรฐานสากล หมายเลขจริยธรรม UDREC 3666 ลงวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้วิจัยได้เข้าชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง หลังจากกลุ่มตัวอย่างรับทราบและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมด้วยความสมัครใจและมีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและการนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอโดยภาพรวมเพื่อการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 57 ปี (S.D. = 5.77) กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 61 ปี ปี (S.D. = 6.00) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value* = 0.04) สำหรับข้อมูลพื้นฐานด้านอื่น ได้แก่ เพศ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ อาชีพ การศึกษา รายได้ ประวัติโรคความดันโลหิตสูง จำนวนยา ชนิดของยาที่ได้รับ และโรคร่วม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน (*p-value* > 0.05) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=50)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=25)	กลุ่มควบคุม (n=25)	P-value
อายุ (ปี) (Mean±S.D.)	57.88 ± 5.77	61.36 ± 6.00	0.04*
เพศ			
ชาย	13 (52.00)	13 (52.00)	1.00
หญิง	12 (48.00)	12 (48.00)	
น้ำหนัก (kg) (Mean±S.D.)	66.92 ± 13.65	65.80 ± 9.16	0.73
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2) (Mean±S.D.)	26.47 ± 3.97	26.39 ± 3.79	0.94
การสูบบุหรี่			
สูบ	5 (20.00)	2 (8.00)	0.42
ไม่สูบ	20 (80.00)	23 (92.00)	

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=25)	กลุ่มควบคุม (n=25)	P-value
อาชีพ			
เกษตรกรรม	12 (48.00)	17 (68.00)	0.37
รับจ้าง	8 (32.00)	3 (12.00)	
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	2 (8.00)	2 (8.00)	
อื่น ๆ	3 (12.00)	3 (12.00)	
การศึกษา			
ประถมศึกษา	20 (80.00)	20 (80.00)	1.00
มัธยมศึกษา/ปวช.	4 (16.00)	4 (16.00)	
ปริญญาตรี	1 (4.00)	1 (4.00)	
รายได้ (บาท/เดือน)			
≤ 5,000	8 (32.00)	15 (60.00)	0.10
5,001 - 10,000	9 (36.00)	7 (28.00)	
> 10,000	8 (32.00)	3 (12.00)	
ประวัติโรคความดันโลหิตสูง			
ทราบระดับความดันโลหิต	24 (96.00)	24 (96.00)	1.00
ไม่ทราบระดับความดันโลหิต	1 (4.00)	1 (4.00)	
จำนวนยา			
1 ชนิด	7 (28.00)	3 (12.00)	0.20
2 ชนิด	11 (44.00)	17 (68.00)	
≥3 ชนิด	7 (28.00)	5 (20.00)	
ชนิดของยาที่ได้รับ			
Diuretic	1 (4.00)	0 (0.00)	1.00
ACEI or ARB	21 (84.00)	22 (88.00)	1.00
Calcium channel blocker	21 (84.00)	21 (84.00)	1.00
Beta blocker	7 (28.00)	8 (32.00)	0.76
โรคร่วม			
ไม่มี	13 (52.00)	12 (48.00)	0.77
มี	12 (48.00)	13 (52.00)	
เบาหวาน	1 (4.00)	1 (4.00)	
ไตเรื้อรัง	3 (12.00)	3 (12.00)	
ไขมันในหลอดเลือดสูง	8 (32.00)	9 (36.00)	

*p-value < 0.05

Abbreviations: Acei: Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors; ARB: Angiotensin-II Receptor Blockers

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ความดันโลหิต และอัตราการกรองของไต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ

พบว่า ค่าเฉลี่ยค่าความดันโลหิต Systolic Blood Pressure ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 8 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value* = 0.02) อย่างไรก็ตามค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต Diastolic Blood Pressure และค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ สัปดาห์ที่ 8 ไม่มีความแตกต่างกัน (*p-value* > 0.05) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าความดันโลหิต ปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง และอัตราการกรองของไต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ

Outcomes	Intervention Group (n=25)			Control Group (n=25)			P-value
	Initial	Week 8	Change	Initial	Week 8	Change	
24-hr UNa	966.00±458.30	793.40±600.80	-172.50±552.30	945.10±615.50	823.30±377.20	-121.80±528.10	0.76
SBP	148.10±7.70	131.50±8.90	-16.60±10.60	146.40±5.90	137.60±1.80	-8.80±10.20	0.02*
DBP	90.10±6.10	76.30±9.30	-13.80±10.60	87.30±4.00	79.60±15.40	-7.70±16.30	0.40
eGFR	79.84±21.90	80.50±21.30	0.70±16.50	78.50±23.30	78.30±23.80	-0.10±5.60	0.76

* *p-value* < 0.05

Abbreviations: 24-hr U Na: 24-H Urinary Sodium Excretion; SBP: Systolic blood pressure; DBP: Diastolic Blood Pressure; GFR: Estimated Glomerular Filtration Rate

การอภิปรายผล

การศึกษานี้ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านโภชนาการร่วมกับการใช้เครื่องวัดความเค็ม (Salt Meter) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ระดับความดันโลหิตและปริมาณโซเดียมในปัสสาวะลดลง และค่าอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น จากผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนลดลงมากกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value* = 0.02) ในขณะที่ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่าง และค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ไม่มีความแตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่านอกจากการให้ความรู้ด้านโภชนาการแล้ว การแสดงให้เห็นปริมาณโซเดียมที่มีในอาหารด้วยเครื่องวัดความเค็ม ส่งผลต่อผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการเลือกรับประทานอาหารได้เป็นอย่างดี (Irwan, Kato, Kitaoka, Ueno, Tsujiguchi, & Shogenji, 2016) ดังนั้นการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ด้านโภชนาการร่วมกับการใช้เครื่องวัดความเค็ม (Salt Meter) ในการศึกษาครั้งนี้ จึงเป็นเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น ทัศนคติที่ดีขึ้น และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้ควบคุมระดับความดันโลหิตตัวบนได้ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริชัย วิริยะธนากร และคณะ

(Wiriyatanakorn, Mukdadilok, Kantachuvesiri, Mekhora, & Yingchoncharoen, 2021) ที่การศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ยังควบคุมไม่ได้โดยนำเอาเครื่องวัดความเค็ม (Salt Meter) ให้กับผู้ป่วยไปใช้ที่บ้านร่วมกับการให้ความรู้โดยนักโภชนาการเกี่ยวกับการลดบริโภคโซเดียม โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการให้ความรู้ด้านโภชนาการเพียงอย่างเดียว จาการติดตามผลที่ 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้ใช้เครื่องวัดความเค็ม (Salt Meter) ร่วมด้วยจะมีการบริโภคโซเดียมที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้พบว่าค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ไม่พบความแตกต่างกันในระยะการทดลอง 8 สัปดาห์ ดังนั้นควรมีการศึกษาต่อเนื่องระยะยาวถึงการใช้เครื่องวัดความเค็มต่อค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง จากการศึกษาของนากาโน และคณะ (Nakano et al., 2016) พบว่า การให้ความรู้เรื่องการจำกัดปริมาณโซเดียมแบบเข้มข้นโดยนักโภชนากร เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ทำให้ปริมาณโซเดียมในปัสสาวะหลังการศึกษาในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งทำให้ระดับความดันโลหิตตัวบนลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมด้วย แต่อย่างไรก็ตามการลดลงของความดันโลหิตอาจเป็นผลมาจากยาลดความดันโลหิตที่รับประทานเป็นประจำ มีการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ยาความดันโลหิตชนิดเดียว (Monotherapy) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ของยา ACEI ซึ่งมีผลระดับลดความดันโลหิตตัวบน 11.5 มิลลิเมตรปรอท และ ความดันโลหิตตัวล่าง 8.6 มิลลิเมตรปรอท (Wu et al., 2005) ผลกระทบนี้อาจเกิดจากการบริโภคอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูงอยู่เป็นประจำ ทำให้มีความไวต่อการรับรสเค็มต่ำลง ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการใช้ยาในการควบคุมความดันโลหิต 2 ชนิดขึ้นไป และเป็นชนิดยา ACEI มากกว่าร้อยละ 80 ดังนั้นต้องควบคุมระดับความดันโลหิตและการปรับลดยาความดันโลหิตควบคู่ไปด้วยในการติดตามผลครั้งต่อไป

ส่วนผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในระยะการทดลอง 8 สัปดาห์ สาเหตุอาจอยู่ที่ระยะเวลาการติดตามที่สั้นเมื่อเปรียบเทียบกับการเปลี่ยนแปลงของอัตราการกรองของไต จึงจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาการติดตามที่ยาวขึ้นเพื่อเห็นการเปลี่ยนแปลงในผลลัพธ์ การใช้เครื่องวัดความเค็ม (Salt Meter) จะเพิ่มความตระหนักต่อปริมาณโซเดียมที่บริโภคในแต่ละวัน และเป็นปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยเองในการเลือกรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมต่ำ การลดการบริโภคโซเดียมจะสามารถลดภาวะการคั่งของน้ำและเกลือแร่และควบคุมระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน (Renin-Angiotensin System) ซึ่งสุดท้ายแล้วจะทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงและอัตราการกรองของไตดีขึ้น (He, Tan, Ma, & MacGregor, 2020)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ด้านการปฏิบัติ บุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำโปรแกรมให้ความรู้ด้านโภชนาการร่วมกับการใช้เครื่องวัดความเค็ม (Salt Meter) นี้นำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อประโยชน์ในการช่วยปรับพฤติกรรม การลดการบริโภคโซเดียม และส่งผลให้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น สามารถปรับลดยา

ที่รับประทานลงได้ ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและลดความเสี่ยงของการเกิดผลข้างเคียงจากการรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาการใช้เครื่องวัดความเค็ม (Salt Meter) เพื่อช่วยในการลดการบริโภคโซเดียมในกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มเสี่ยงต่อโรคไตวาย รวมทั้งการนำไปใช้ในพื้นที่อื่น ๆ เช่น ร้านอาหารในชุมชน ในโรงเรียน เพื่อขยายผลและต่อยอดในแก้ปัญหาลดการบริโภคโซเดียม และลดการเกิด โรคไม่ติดต่อเรื้องรังอื่น ๆ ได้

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดการบริโภคโซเดียม และ ควรมีการเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผลลัพธ์ของการใช้เครื่องวัดความเค็ม (Salt Meter) ในระยะยาว และควรมีกิจกรรมที่จะกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องควบคู่ไปกับการสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพื่อลดการบริโภคโซเดียม เช่น การกำหนดมาตรการชุมชนให้มีร้านอาหารสุขภาพในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

กรรณิกา สุวรรณา และคณะ (2564). ประสิทธิผลของโปรแกรมลดการบริโภคเกลือในอาหารต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาจังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย, 3*(2), 1-13.

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลบ้านผือ (2565). *สถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบ้านผือ*. อุดรธานี: โรงพยาบาลบ้านผือ.

กองโรคไม่ติดต่อ กรมคบคุมโรค. (2565). *รายละเอียดตัวชี้วัดเพื่อกำกับติดตามคุณภาพบริการการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565*. สืบค้นเมื่อ 18 กุมภาพันธ์ 2566 จาก http://www.thaincd.com/2016/media detail.php?id=14109&tid=&gid=1-015-005

วิชัย เอกพลากร. (2564). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

สกุณา กัณหาสุระ และพรพิมล ชูพานิช. (2566). พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงของผู้ใหญ่ในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 9*(4), 154-165.

Aliasgharzadeh, S., Tabrizi, J. S., Nikniaz, L., Ebrahimi-Mameghani, M., & Lotfi Yagin, N. (2022). Effect of salt reduction interventions in lowering blood pressure: A comprehensive systematic review and meta-analysis of controlled clinical trials. *Plos One, 17*(12), e0277929). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277929

Campbell, N. R. C., et al. (2019). The International Consortium for Quality Research on Dietary Sodium/Salt (TRUE) position statement on the use of 24-hour, spot, and short duration (<24 hours) timed urine collections to assess dietary sodium intake. *The Journal of Clinical Hypertension*, *21*(6), 700-709. https://doi.org/10.1111/jch.13551

Chailimpamontree, W., et al. (2021). Estimated dietary sodium intake in Thailand: A nationwide population survey with 24-hour urine collections. *Journal of Clinical Hypertension (Greenwich, Conn.)*, *23*(4), 744-754. https://doi.org/10.1111/jch.14147

Cohen J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York, NY: Routledge Academic.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39,* 175-191. https://doi.org/10.3758/bf03193146

Grillo, A., Salvi, L., Coruzzi, P., Salvi, P., & Parati, G. (2019). Sodium intake and hypertension. *Nutrients*, *11*(9), 1970. https://doi.org/10.3390/nu11091970

He, F. J., Pombo-Rodrigues, S., & MacGregor, G. A. (2014). Salt reduction in England from 2003 to 2011: Its relationship to blood pressure, stroke and ischemic heart disease mortality. *BMJ Open*, *4*(4), e004549. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004549

He, F. J., Tan, M., Ma, Y., & MacGregor, G. A. (2020). Salt reduction to prevent hypertension and cardiovascular disease: JACC state-of-the-art review. *Journal of the American College of Cardiology*, *75*(6), 632-647. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.11.055

Irwan, A. M., Kato, M., Kitaoka, K., Ueno, E., Tsujiguchi, H., & Shogenji, M. (2016). Development of the salt-reduction and efficacy-maintenance program in Indonesia. *Nursing & Health Sciences*, *18*(4), 519-532. https://doi.org/10.1111/nhs.12305

Nakano, M., et al. (2016). Effect of intensive salt-restriction education on clinic, home, and ambulatory blood pressure levels in treated hypertension patients during a 3-month education period. *Journal of Clinical Hypertension*, *18*(5), 385-392. https://doi.org/10.1111/jch.12770

Nguyen, B., Bauman, A., & Ding, D. (2019). Association between lifestyle risk factors and incident hypertension among middle-aged and older Australians. *Preventive Medicine*, *118*, 73-80. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.10.007

Wiriyatanakorn, S., Mukdadilok, A., Kantachuvesiri, S., Mekhora, C., & Yingchoncharoen, T. (2021). Impact of self-monitoring of salt intake by salt meter in hypertensive patients: A randomized controlled trial (SMAL-SALT). *Journal of Clinical Hypertension (Greenwich, Conn.), 23*(10), 1852-1861. https://doi.org/10.1111/jch.14344

Wu, J., et al. (2005). A summary of the effects of antihy-pertensive medications on measured blood pressure. *American Journal of Hypertension*, *18*(7), 935-942. https://doi.org/10.1016/j.amjhyper.2005.01.011

JNPHR
Journal of Nursing and Public Health Research
วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

e265494

ผลการประเมินหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

The Evaluation on the Training Program Curriculum in Nursing Specialization in Child and Adolescent Mental Health and Psychiatric Nursing

เกศราภรณ์ ชูพันธ์[1], กานต์รวี คำชั่ง[1*], พนิดา พาลี[1], พรทิพย์ ธรรมวงศ์[2], อมาวสี อัมพันศิริรัตน์[1]

Kesaraporn Choopun[1], Kamrawee Khamchang[1*], Panida Palee[1], Ponthip Thammawong[2], Amavasee Ampansirirat[1]

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข[1*], สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์[2]

Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health[1*], Rajanagarindra Institute of Child Development[2]

(Received: September 25, 2023; Revised: December 3, 2023; Accepted: March 11, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงประเมินผลนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตของหลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น รุ่นที่ 1-4 ตามแนวคิด CIPP Model กลุ่มประชากรเป็นผู้บริหารและอาจารย์ผู้สอนจำนวน 14 คน ผู้สำเร็จการอบรมจำนวน 74 คน และผู้ใช้บัณฑิตจำนวน 26 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบประเมินหลักสูตรประกอบด้วย ข้อมูลเชิงบริบทด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการผลิต และด้านผลผลิต วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า ผลการประเมินหลักสูตรภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.45, S.D. = 0.56) โดยด้านที่มีผลประเมินมากที่สุด ได้แก่ ด้านกระบวนการ (Mean = 4.49, S.D. = 0.58) รองลงมาได้แก่ ปัจจัยนำเข้า (Mean = 4.45, S.D. = 0.56) ด้านผลผลิต (Mean = 4.29, S.D. = 0.60) และด้านบริบท (Mean = 4.14, S.D. = 0.41) ตามลำดับ ผลการวิจัยนี้เป็นแนวทางในการพัฒนาปรับปรุงหลักสูตร เพื่อให้มีความทันสมัย เน้นการสนับสนุนนวัตกรรมการเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนมีสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทางด้านคลินิก และสมรรถนะของการพยาบาลเฉพาะทางการจัดการพยาบาล ในการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น จึงควรมีการศึกษาติดตามประเมินผลผลิตของหลักสูตรอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินผลกระทบและประสิทธิผลของหลักสูตรในระยะยาว

คำสำคัญ: การประเมินหลักสูตร, หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง, การพยาบาลจิตเวช, เด็กและวัยรุ่น, รูปแบบการประเมินแบบซิป

*ผู้ให้การติดต่อ กานต์รวี คำชั่ง e-mail: karnrawee@bcnc.ac.th

Abstract

The objective of this evaluative research is to assess the context, inputs, processes, and outcomes of the specialized nursing curriculum in Child and Adolescent Mental Health and Psychiatric Nursing, generations 1-4, based on the CIPP Model. Participants includeed 14 administrators and instructors, 74 training completers, and 26 stakeholders. Quantitative data was collected using a curriculum assessment questionnaire encompassing contextual information, input factors, process aspects, and outcome dimensions. Quantitative data was analyzed using inferential statistics, frequency distribution, percentages, mean values, and standard deviations.

The results showed that the overall curriculum evaluation was at a high level (Mean = 4.45, S.D. = 0.56), with the highest-rated aspect being the process dimension (Mean = 4.49, S.D. = 0.58), followed by the input factors (Mean = 4.45, S.D. = 0.56), outcomes (Mean = 4.29, S.D. = 0.60), and context (Mean = 4.14, S.D. = 0.41), respectively. These research findings serve as guidelines for curriculum development and improvement, aiming to modernize the curriculum, emphasize support for learning innovations, and promote students' clinical nursing competency and nursing management skills in mental health and psychiatric care for children and adolescents. Continuous monitoring and evaluation of the curriculum's outcomes are necessary to assess the long-term impacts and effectiveness of the curriculum.

Keywords: Curriculum Evaluation, Specialized Nursing Curriculum, Psychiatric Nursing, Children and Adolescents, CIPP Model

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในเด็กและวัยรุ่นไทยพบมากขึ้น กรมสุขภาพจิตจึงให้ความสำคัญต่อการจัดการแก้ไขปัญหาเรื่องนี้โดยกำหนดตัวชี้วัดระดับ Ultimate Outcome ที่เกิดจากการดำเนินงานเมื่อสิ้นแผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต คือ 1) เด็กไทยมีระดับสติปัญญา (IQ) เฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103 2) เด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป ร้อยละ 85 3) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 8.0 ต่อประชากรแสนคน และ 4) เด็กไทยมีสุขภาพจิตดี ร้อยละ 90 (กรมสุขภาพจิต, 2566) ลักษณะของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในเด็กและวัยรุ่นไทยจากข้อมูลของกรมสุขภาพจิตที่ได้ประเมินสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นไทยอายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 183,974 คน ผ่านแอพพลิเคชั่น Mental Health Check-in ระหว่างเดือนมกราคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2564 พบว่าเด็กและวัยรุ่นมีความเครียดระดับสูง ร้อยละ 28 เสี่ยงซึมเศร้าร้อยละ 32 และ

เสี่ยงฆ่าตัวตายร้อยละ 22 นอกจากนี้ พบมีลักษณะการเข้าสังคมลดลง ติดเกมออนไลน์มากขึ้น และมีปัญหาสัมพันธภาพและความรุนแรงในครอบครัวอย่างชัดเจน (กรมสุขภาพจิต, 2564)

ผลการศึกษาระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น 51 ประเทศในแถบทวีปเอเชีย พบความชุกของปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ร้อยละ 10-20 มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ การประสบความสำเร็จในการเรียน และการมีความผิดปกติทางสังคมจิตใจ (Srinath, Kandasamy, & Golhar, 2010) เด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช อาจมีความเสี่ยงเป็นโรคทางจิตเวชในวัยผู้ใหญ่และกระทบต่อคุณภาพชีวิตของตนเอง ครอบครัว และสังคม ผลสำรวจระดับชาติโดยกรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2556 พบว่าคนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไปทั่วประเทศเจ็บป่วยจากโรคจิตเวช มีปัญหาสุขภาพจิต ดื่มสุราและใช้สารเสพติดเฉลี่ยร้อยละ 14 หรือประมาณ 7.16 ล้านคน (พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2560) โดยมีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนข้อมูลการเกิดปัญหาดังกล่าวว่ามีสาเหตุส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับการมีปัญหาสุขภาพจิตในวัยเด็ก (Smith, Ferguson, & Beaver, 2018) เด็กและวัยรุ่นอายุ 11-25 ปี ที่ขอรับการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตทางโทรศัพท์ในบริการสายด่วนสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต เป็นกลุ่มวัย 1 ใน 3 ของผู้รับบริการทั้งหมด โดยปัญหาที่พบ 5 อันดับแรก คือ ความเครียดและวิตกกังวล ปัญหาด้านจิตเวช ปัญหาความรัก ปัญหาซึมเศร้า และปัญหาครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจนำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หรือเป็นอันตรายได้ (กรมสุขภาพจิต, 2562) จากสถิติผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่รับบริการในสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ซึ่งเป็นสถานบริการสังกัดกรมสุขภาพจิตที่มีบทบาทหน้าที่ให้บริการในเขตสุขภาพที่ 1 และจังหวัดใกล้เคียง โดยพบว่าในช่วงปีงบประมาณ 2563-2565 ณ แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และโรคที่พบมากเป็นอันดับ 1 คือ โรคสมาธิสั้น คิดเป็นร้อยละ 44.27 (n =8,289), 44.81 (n=11,322), และ 45.12 (n=10,613) ตามลำดับ และโรคที่พบมากเป็นอันดับ 2 คือกลุ่มโรคออทิสซึม คิดเป็นร้อยละ 37.21 (n=6,966), 37.54, (n=9,486), และ 46.91 (n=11,887) ตามลำดับ (สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์, 2565) เช่นเดียวกับหอผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ มีแนวโน้มของผู้รับการบำบัดเพิ่มขึ้นเช่นกัน จากจำนวน 32 ราย เพิ่มเป็น 81 ราย และ 171 ราย ตามลำดับ (หอผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์, 2565) โดยโรคที่พบมากที่สุดคือ โรคซึมเศร้าและโรคสมาธิสั้นที่มีโรคดื้อต่อต้านร่วม (Oppositional Defiant Disorder) และ/หรือโรคพฤติกรรมเกเร (Conduct Disorder) รองลงมาคือ โรค Bipolar I Disorder และกลุ่มโรค Autism Spectrum Disorder ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (หอผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์, 2565) สำหรับเขตสุขภาพที่ 1 ในปี 2566 จากจำนวนและร้อยละของผู้ใช้บริการที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม เมื่อจำแนกตามอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 0-4 ปี และ 5-9 ปี ได้รับการวินิจฉัยมีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ร้อยละ 0.18 และ 0.17 ตามลำดับ และมีจำนวนเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุ 10-14 ปี (ร้อยละ 0.69), 15-19 ปี (ร้อยละ 0.90), และ 20-24 ปี (ร้อยละ 1.81) ตามลำดับ (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์, 2566)

จากสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ในปีงบประมาณ 2561 สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์จึงร่วมกับสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ได้จัดทำหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เพื่อสร้างบุคคลากรให้มีศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ รวมถึงให้การดูแลช่วยเหลือครอบครัวของผู้รับบริการ ซึ่งได้รับการรับรองหลักสูตรฯ จากสภาการพยาบาล และได้เริ่มจัดอบรมหลักสูตรดังกล่าว ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 รวมทั้งหมด 4 รุ่น จึงจำเป็นต้องมีการประเมินผลหลักสูตรเพื่อพัฒนาและปรับปรุงหลักสูตรให้ทันสมัย ตอบสนองการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นของเขตสุขภาพ รวมถึงตอบสนองนโยบายของกรมสุขภาพจิต

การประเมินหลักสูตร เป็นกระบวนการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวินิจฉัยจุดเด่นจุดด้อยและการบริหารหลักสูตร ทำให้เกิดประโยชน์ต่อการปรับปรุงเพื่อตัดสินคุณภาพของหลักสูตร และเปลี่ยนแปลงหลักสูตรให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป (Stufflebeam et al., 2003; ศิริชัย กาญจนวาสี, 2562) ผลการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการประเมินหลักสูตร พบว่า งานวิจัยประเมินผลการจัดหลักสูตรส่วนใหญ่ ใช้กรอบแนวคิดการประเมินหลักสูตรตามแบบจำลองซิปป์ (CIPP Model) ซึ่งประกอบด้วยการประเมินหลักสูตร 4 ด้าน คือ 1) ด้านบริบท (Context) 2) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) 3) ด้านกระบวนการ (Process) และ 4) ด้านผลผลิต (Product) พบว่า CIPP Model นิยมใช้ในการประเมินหลักสูตร เพราะช่วยให้ผู้บริหารสถาบันการศึกษา ผู้บริหารหลักสูตร และผู้เกี่ยวข้องได้ข้อมูลเกี่ยวกับหลักสูตรอย่างรอบด้าน และผลการประเมินหลักสูตรพบว่ามีความเหมาะสมในระดับปานกลางถึงมากที่สุด (รุ่งรัตน์ สุขเดชะ และกัลยา ไผ่เกาะ, 2564; ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์, ศรัญญา จุฬารี และฉวีวรรณ เศียรอุ่น, 2561; อุษณีย์ เทพวรชัย, กัญญา ชื่นอารมณ์, สมหมาย หิรัญนุช และอัณธิฌา สายบุญศรี, 2561)

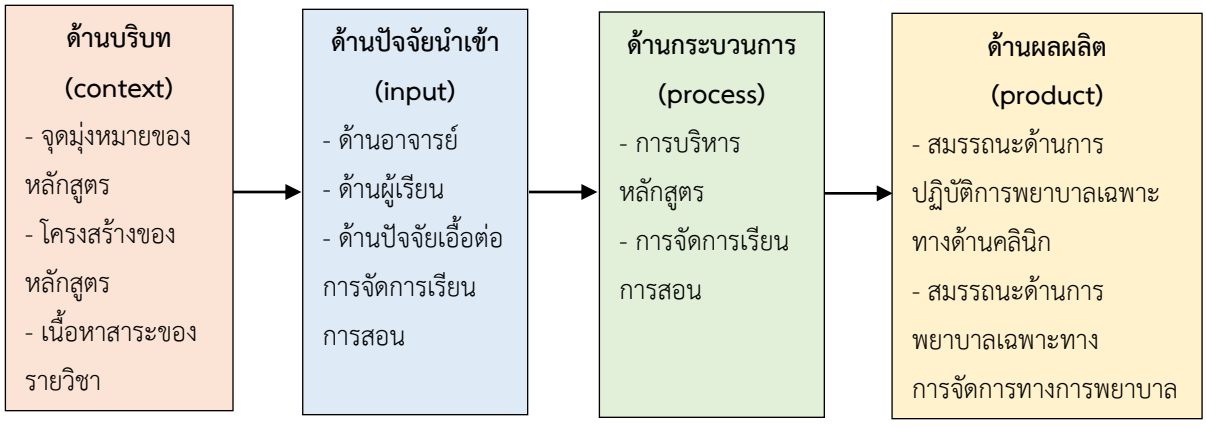
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ดำเนินการจัดการศึกษาหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2562 ซึ่งใช้ระยะเวลาการจัดอบรมระยะสั้น 4 เดือน (17 สัปดาห์) ครอบคลุมเนื้อหาด้านนโยบายและระบบสุขภาพ การประเมินภาวะสุขภาพ การพยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น และการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาลเป็นระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2562-2567 ซึ่งจะต้องดำเนินการพัฒนาและปรับปรุงหลักสูตรเพื่อขอการรับรองจากสภาการพยาบาล ในการจัดการศึกษาในปี 2568 ดังนั้นคณะกรรมการบริหารหลักสูตร จึงทำวิจัยประเมินผลหลักสูตรเพื่อนำข้อมูลดำเนินการพัฒนาและปรับปรุงหลักสูตรให้มีความเหมาะสม สอดคล้องกับความก้าวหน้าทางวิชาการและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินด้านบริบท (Context) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ด้านกระบวนการ (Process) ด้านผลผลิต (Product) ของหลักสูตรพยาบาลเฉพาะ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น รุ่นที่ 1-4 ปีการศึกษา 2562-2565

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluative Research) เพื่อประเมินหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โดยใช้แนวคิดการประเมินของ CIPP Model (Stufflebeam, 2003) ในการประเมิน ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านบริบทของหลักสูตร (Context) เน้นการประเมินวัตถุประสงค์ของหลักสูตร โครงสร้างหลักสูตร เนื้อหลักสูตรให้มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับความต้องการของสังคม 2) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) เน้นการประเมินทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดำเนินหลักสูตร คือ คุณลักษณะของอาจารย์ คุณสมบัติของผู้เข้าอบรม สิ่งสนับสนุนที่เอื้อต่อการจัดการเรียนการสอน 3) ด้านกระบวนการ (Process) เน้นการประเมินการจัดการเรียนการสอน วิธีและกิจกรรมการเรียนการสอน การวัดประเมินผล การบริหารหลักสูตร นำไปสู่การประเมินผลกระบวนการดำเนินงานหลักสูตร และ 4) ผลผลิต (Product) เน้นการประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา ประสบการณ์ที่ได้รับ สมรรถนะของผู้เข้าอบรม และตัวบ่งชี้ตามกรอบมาตรฐานสมรรถนะของพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น นำไปสู่การประเมินผลหลังดำเนินการหลักสูตรในด้านผลผลิตทั้งปริมาณและคุณภาพของผลผลิต แสดงกรอบแนวคิดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงประเมิน (Evaluation Research) เป็นการประเมินหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง หลักสูตรพยาบาลเฉพาะ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น รุ่นที่ 1-4 ปีการศึกษา 2562-2566 มีระยะเวลาในการศึกษารุ่นละ 17 สัปดาห์ ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2566 ถึงเดือนพฤษภาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้เป็นการประเมินหลักสูตร โดยศึกษาในประชากรทั้งหมด (Total Population Sampling) ประกอบด้วย ผู้บริหารและอาจารย์ จำนวน 14 คน และ ผู้สำเร็จการอบรม รุ่นที่ 1-4 จำนวน 74 คน

การประเมินหลักสูตรโดยผู้ใช้บัณฑิต กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive) โดยเป็นผู้บังคับบัญชาระดับต้นหรือเป็นเพื่อนร่วมงานของผู้สำเร็จการอบรม และสามารถให้ข้อมูลการทำงานในด้านการพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของผู้สำเร็จการอบรมได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินหลักสูตร สร้างจากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 ฉบับ จำแนกตามกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

แบบประเมินฉบับที่ 1 สำหรับผู้บริหารและอาจารย์

แบบประเมินฉบับที่ 2 สำหรับผู้สำเร็จการอบรม

แบบประเมินฉบับที่ 3 สำหรับผู้ใช้บัณฑิต

โดยแบบประเมินแบบประเมินฉบับที่ 1 สำหรับผู้บริหารและอาจารย์ และ แบบประเมินฉบับที่ 2 สำหรับผู้สำเร็จการอบรม ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลบริบท จำนวน 23 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป จุดมุ่งหมาย จำนวน 6 ข้อ โครงสร้างหลักสูตรจำนวน 10 ข้อ และสาระรายวิชา จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยนำเข้า จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย ด้านอาจารย์จำนวน 10 ข้อ ด้านผู้เรียนจำนวน 10 ข้อ และด้านปัจจัยเอื้อต่อการจัดการเรียนการสอน จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 ด้านกระบวนการผลิต จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย การบริหารหลักสูตร จำนวน 10 ข้อ และการจัดการเรียนการสอนจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 ด้านผลผลิต จำนวน 40 ข้อ ประกอบด้วย สมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทางด้านคลินิกจำนวน 26 ข้อ และสมรรถนะการพยาบาลเฉพาะทางการจัดการทางการพยาบาล จำนวน 14 ข้อ

สำหรับแบบประเมินฉบับที่ 3 สำหรับผู้ใช้บัณฑิต ประกอบด้วย 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย อายุ วุฒิการศึกษา สถานะที่เกี่ยวข้องกับผู้สำเร็จการอบรม

ส่วนที่ 2 ด้านผลผลิต จำนวน 40 ข้อ ประกอบด้วย สมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทางด้านคลินิกของผู้สำเร็จการอบรม จำนวน 26 ข้อ และสมรรถนะการพยาบาลเฉพาะทางการจัดการทางการพยาบาลของผู้สำเร็จการอบรม จำนวน 14 ข้อ

เกณฑ์แปลผลใช้คะแนนเฉลี่ยตามจุดกึ่งกลาง (Midpoint) ของช่วงคะแนน

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายความว่า มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายความว่า มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายความว่า มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายความว่า มีความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายความว่า มีความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้บริหารการพยาบาล อาจารย์พยาบาล และพยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวช โดยมีค่าความเที่ยงตรงของแบบประเมิน (Index of Item Objective Congruence (IOC)) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 แล้วจึงนำมาทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินสำหรับผู้บริหารและอาจารย์ ผู้สำเร็จการอบรม และผู้ใช้บัณฑิต เท่ากับ 0.83, 0.89 และ 0.81 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ส่งหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์เชียงใหม่ เพื่อขอเก็บข้อมูลผู้บริหารและอาจารย์ประจำหลักสูตร

2. ส่งหนังสือ ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลแต่ละแห่งเพื่อขอเก็บข้อมูลผู้สำเร็จการอบรม รุ่นที่ 1-4 และผู้ใช้บัณฑิต

3. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัยผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Line Call) เปิดโอกาสให้อาสาสมัครซักถาม และขอความยินยอมจากอาสาสมัคร โดยลงนามเข้าร่วมวิจัยผ่านระบบออนไลน์ (Google Form)

4. หลังได้รับความยินยอมจากอาสาสมัคร ผู้วิจัยส่งลิงค์แบบสอบถาม (Google Form) โดยปกปิดชื่อผู้ให้ข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และคะแนนการประเมินหลักสูตรโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

จริยธรรมการวิจัย โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ เมื่อวันที่ 15 พฤศจิกายน 2565 เอกสารรับรองเลขที่ BCNCT02/2565 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัยผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Line) ขอความยินยอมจากอาสาสมัครผ่านระบบออนไลน์ (Google Form) โดยอาสาสมัครสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. การดำเนินการจัดหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

พบว่า ผลการดำเนินงานจัดหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ได้รับการรับรองจากสภา จำนวน 5 ปี มีการดำเนินการจัดหลักสูตร จำนวน 4 รุ่น ตั้งแต่ปี 2562-2566 มีผู้สำเร็จการอบรม จำนวน 74 คน แบ่งเป็น เขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 54 คน เขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 10 คน เขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 3 คน เขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 1 คน เขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 2 คน เขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 1 คน และเขตสุขภาพที่ 11 จำนวน 2 คน

2. ผลการประเมินหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโดยอาจารย์และผู้สำเร็จการอบรม

พบว่า ผลการประเมินโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.34, S.D. = 0.54) ในแต่ละด้าน ดังนี้ ด้านเชิงบริบท (Context) อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.14, S.D. = 0.41) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.45, S.D. = 0.56) ด้านกระบวนการ (Process) อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.49, S.D. = 0.58) และด้านผลผลิต (Product) อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.29, S.D. = 0.60) นอกจากนี้พบว่า อาจารยผู้สอนประเมินด้านบริบทและด้านกระบวนการในระดับมากที่สุด (Mean = 4.66, S.D. = 0.51 และ Mean = 4.53, S.D. = 0.54) ซึ่งสูงกว่าผู้สำเร็จการอบรมที่ประเมินให้ ด้านบริบทและด้านกระบวนการในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลการประเมินหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น จำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง

รายการประเมิน	อาจารย์ผู้สอน (n=14)			ผู้สำเร็จการอบรม (n=74)			อาจารย์และผู้สำเร็จการอบรม (n=88)		
	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล
ด้านบริบท	4.66	0.51	มากที่สุด	3.62	0.31	มาก	4.14	0.41	มาก
ด้านปัจจัยนำเข้า	4.47	0.51	มาก	4.43	0.61	มาก	4.45	0.56	มาก

รายการประเมิน	อาจารย์ผู้สอน (n=14)			ผู้สำเร็จการอบรม (n=74)			อาจารย์และผู้สำเร็จการอบรม (n=88)		
	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล
ด้านกระบวนการ	4.53	0.54	มากที่สุด	4.45	0.62	มาก	4.49	0.58	มาก
ด้านผลผลิต	4.39	0.52	มาก	4.19	0.68	มาก	4.29	0.60	มาก
รวมทุกด้าน	**4.51**	**0.52**	**มากที่สุด**	**4.17**	**0.56**	**มาก**	**4.34**	**0.54**	**มาก**

3. ผลการประเมินหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นในเชิงบริบท (Context)

พบว่า จุดมุ่งหมายของหลักสูตรมีความสอดคล้องอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.60, S.D. = 0.54) โครงสร้างของหลักสูตรอยู่ในระดับเหมาะสม (Mean = 1.98, S.D. = 0.26) เนื้อหาสาระของรายวิชามีความเหมาะสมสอดคล้องกับรายวิชาอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.45, S.D. = 0.30) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐานของผลการประเมินหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางเชิงบริบท (Context) โดยภาพรวมและจำแนก ตามกลุ่มตัวอย่าง

รายการประเมินเชิงบริบท	อาจารย์ผู้สอน (n=14)			ผู้สำเร็จการอบรม (n=74)			อาจารย์และผู้สำเร็จการอบรม (n=88)		
	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล
จุดมุ่งหมายของหลักสูตร	4.66	0.51	มากที่สุด	4.54	0.56	มากที่สุด	4.60	0.54	มากที่สุด
โครงสร้างของหลักสูตร	4.30	0.25	มาก	4.40	0.33	มาก	4.16	0.26	มาก
เนื้อหาสาระของรายวิชา	4.55	0.54	มากที่สุด	4.34	0.05	มาก	4.45	0.30	มาก
รวม	**4.66**	**0.51**	**มากที่สุด**	**3.62**	**0.31**	**มาก**	**4.14**	**0.41**	**มาก**

4. ผลการประเมินหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นด้านปัจจัยนำเข้า (Input)

พบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินให้คะแนนด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ในระดับมาก (Mean = 4.45, S.D. = 0.56) ซึ่งมีองค์ประกอบย่อยของปัจจัยนำเข้า ดังนี้ 1) ด้านอาจารย์มีความพร้อมและความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.59, S.D. = 0.56) 2) ด้านผู้เรียนมีความพร้อมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.33, S.D. = 0.58) และ 3) ด้านปัจจัยเอื้อต่อการจัดการเรียนการสอนมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.62, S.D. = 0.48) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐานของผลการประเมินหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางด้านปัจจัยนำเข้า (Input) โดยภาพรวมและจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง

รายการประเมินด้านปัจจัยนำเข้า	อาจารย์ผู้สอน (n=14)			ผู้สำเร็จการอบรม (n=74)			อาจารย์และผู้สำเร็จการอบรม (n=88)		
	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล
ด้านอาจารย์	4.66	0.50	มากที่สุด	4.52	0.61	มากที่สุด	4.59	0.56	มากที่สุด
ด้านผู้เรียน	4.34	0.54	มาก	4.31	0.61	มาก	4.33	0.58	มาก
ด้านปัจจัยเอื้อต่อการจัดการเรียนการสอน	4.62	0.48	มากที่สุด	4.62	0.48	มากที่สุด	4.62	0.48	มากที่สุด
รวม	**4.47**	**0.51**	**มาก**	**4.43**	**0.61**	**มาก**	**4.45**	**0.56**	**มาก**

5. ผลการประเมินหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นด้านกระบวนการ (Process)

พบว่า ผลการประเมินอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.49, S.D. = 0.58) แยกเป็นองค์ประกอบย่อย ดังนี้ 1) การบริหารหลักสูตรมีความพร้อมและความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.46, S.D. = 0.60) และ 2) การจัดการเรียนการสอนอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.52, S.D. = 0.56) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลการประเมินหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางด้านกระบวนการ (Process) โดยภาพรวมและจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง

รายการประเมินด้านกระบวนการ	อาจารย์ผู้สอน (n=14)			ผู้สำเร็จการอบรม (n=74)			อาจารย์และผู้สำเร็จการอบรม (n=88)		
	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล
การบริหารหลักสูตร	4.54	0.55	มากที่สุด	4.38	0.65	มาก	4.46	0.60	มาก
การจัดการเรียนการสอน	4.51	0.52	มากที่สุด	4.52	0.59	มากที่สุด	4.52	0.56	มากที่สุด
รวม	**4.53**	**0.54**	**มากที่สุด**	**4.45**	**0.62**	**มาก**	**4.49**	**0.58**	**มาก**

6. ผลการประเมินหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นด้านกระบวนการ (Product)

พบว่า สมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทางด้านคลินิกอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.21, S.D. = 0.65) และสมรรถนะของการพยาบาลเฉพาะทางการจัดการพยาบาลอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.16, S.D. = 0.65) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐานของผลการประเมินหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางด้านผลผลิต (Product) โดยภาพรวมและจำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง

รายการประเมินด้านผลผลิต	อาจารย์ผู้สอน (n=14)			ผู้สำเร็จการอบรม (n=74)			ผู้ใช้บัณฑิต (n=26)			อาจารย์ ผู้สำเร็จการอบรม และผู้ใช้บัณฑิต (n=114)		
	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล
สมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาเฉพาะทางด้านคลินิก	4.44	0.51	มาก	4.19	0.68	มาก	4.00	0.75	มาก	4.21	0.65	มาก
สมรรถนะของการพยาบาลเฉพาะทางการจัดกาพยาบาล	4.33	0.54	มาก	4.19	0.67	มาก	3.97	0.75	มาก	4.16	0.65	มาก
รวม	**4.39**	**0.53**	**มาก**	**4.19**	**0.68**	**มาก**	**3.99**	**0.75**	**มาก**	**4.19**	**0.65**	**มาก**

การอภิปรายผล

จากผลการประเมินผลโครงการ สามารถนำมาอภิปรายตาม เพื่อประเมินด้านบริบท (Context) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ด้านกระบวนการ (Process) ด้านผลผลิต (Product) ของหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น รุ่นที่ 1-4 ปีการศึกษา 2563-2566 ดังนี้

โครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าการวิจัยประเมินโครงการเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคนเพื่อให้คนพัฒนางาน เป็นการขับเคลื่อนหน่วยงานสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบซิปป์ (CIPP Model) ในการประเมินผลที่มีรายละเอียดและปัจจัยที่ให้ประเมินชัดเจน ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านบริบท ได้แก่ จุดมุ่งหมายหลักสูตร โครงสร้างหลักสูตร และสาระรายวิชา มีความชัดเจนของภาษาที่ใช้ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ความสอดคล้องกับความต้องการของสังคม และความสอดคล้องกับเอกลักษณ์วิชาชีพพยาบาล ในส่วนสาระรายวิชามีความสอดคล้องกับจุดมุ่งหมายหลักสูตร มีความน่าสนใจและทันสมัย จำนวนหน่วยกิตเหมาะสม มีความสอดคล้องด้านการจัดการเรียนการสอน มีความหมาะสมด้านการวัดและประเมินผล และมีประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล

ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า อาจารย์ผู้สอนแต่ละรายวิชามีความรู้มีความสามารถเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การใช้ยาอย่างสมเหตุผล จริยธรรม กฎหมายวิชาชีพ และ พระราชบัญญัติยาส่วนอาจารย์นิเทศและอาจารย์พี่เลี้ยงภาคปฏิบัติมีคุณสมบัติตรงและอัตราส่วนเพียงพอต่อการนิเทศติดตามผู้เข้าอบรม โดยอาจารย์ภาคปฏิบัติมี อัตราส่วน 1 : 4 และอาจารย์พี่เลี้ยงอัตราส่วน 1 : 2 คน เป็นไปตามเกณฑ์ของสภา (Smith,

Ferguson, & Beaver, 2018) ส่วนวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ สถานที่ และงบประมาณการดำเนินงานได้รับการสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต เนื่องจากโครงการอบรมครั้งนี้เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและเขตบริการสุขภาพที่ 1 จึงได้รับการสนับสนุนงบประมาณ และสามารถบริหารจัดการเกี่ยวกับวัสดุ อุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ได้อย่างเพียงพอ ด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้มีความพอพียงและทันสมัย มีหนังสือ ตำรา และสื่อการเรียนการสอนต่าง ๆ สนับสนุนจาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ นอกจากนี้ยังได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานสถานบริการสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลยาเสพติด เรือนจำและทัณฑสถาน โรงเรียนอนุบาลและโรงเรียนประถมศึกษาในพื้นที่ใกล้เคียงกับสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ทำให้สถานที่มีความพร้อมในการรับผู้เข้าอบรมฝึกปฏิบัติงาน ซึ่งสถานบริการสุขภาพดังกล่าว เป็นหน่วยบริการเครือข่ายดูแลประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันเป็นประจำต่อเนื่องด้วยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกันและมีการบริหารจัดการใช้ทรัพยากรร่วมกัน มีจิตแพทย์และพยาบาลเวชเฉพาะทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ทำให้สถานบริการสุขภาพที่เป็นสถานที่ฝึกปฏิบัติงานมีความพร้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของผู้เข้ารับการอบรม

ด้านกระบวนการ พบว่า แผนการจัดหลักสูตร กิจกรรมการเรียนการสอนต่าง ๆ การนิเทศติดตามของอาจารย์ ส่วนใหญ่เป็นไปตามแผนทุกขั้นตอนมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของหลักสูตร และได้รับความร่วมมือในการอำนวยความสะดวกจากทุกภาคส่วน ปัญหาและอุปสรรคในการจัดการอบรมตามหลักสูตร รุ่นที่ 1 เนื่องจากมีสถานการณ์การะบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 19 ผู้บริหารหลักสูตรจึงนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ช่วยการเรียนการสอนและเป็นแบบออนไลน์

ปัจจัยด้านผลผลิต ผลการวิจัยพบว่า ผู้ผ่านการอบรมมีสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทางด้านคลินิกของผู้สำเร็จการอบรมอยู่ในระดับมาก เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาซับซ้อน มีความสามารถในการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ มีความสามารถในการจัดการข้อมูลทางสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นได้อย่างเหมาะสม และมีทักษะพิเศษในการพยาบาลเฉพาะด้านที่จำเป็นทางคลินิกในเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้พบว่า ผู้สำเร็จการศึกษามีสมรรถนะของการพยาบาลเฉพาะทางการจัดการทางการพยาบาลอยู่ในระดับมาก เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการจัดการการพยาบาลมีภาวะผู้นำทางการพยาบาล และมีความสามารถในการตัดสินทางจริยธรรม ส่วนความสามารถในการจัดการคุณภาพและประยุกต์ใช้นวัตกรรมทางการจัดการพยาบาลยังต้องการให้มีการพัฒนาให้ดีขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านวิชาการ ผู้บริหารหลักหลักสูตรควรนำผลการวิจัยไปปรับปรุงการจัดการเรียนการสอน โดยเน้นการสนับสนุนนวัตกรรมการเรียนรู้และการสอน เพื่อส่งเสริมให้มีสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทาง

ด้านคลินิก และสมรรถนะของการพยาบาลเฉพาะทางการจัดการพยาบาล ในการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

2. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร การทำงานวิจัย นวัตกรรม และการพัฒนาทักษะวิชาชีพ เพื่อส่งเสริมการทำงานในสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามประเมินผลผลิตของหลักสูตรอย่างต่อเนื่อง ในระยะ 1 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี หลังสำเร็จการศึกษา โดยใช้แนวคิด CIPPIEST เพื่อประเมินผลกระทบ ประสิทธิผล และความยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2562). *5 อันดับปัญหาเด็กไทย*. สืบค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2564 จาก https://www.dmh.go.th/news dmh/view.asp?id=29898.

กรมสุขภาพจิต. (2564). *ปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นไทย*. สืบค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2564 จาก https://www.hfocus.org/content/2021/10/23307.

กรมสุขภาพจิต. (2566). *แผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต.* กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.

พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ. (2560). *รายงานการศึกษาเรื่อง ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556.* นนทบุรี: บียอนด์พับลิสชิ่ง จำกัด.

ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ (Health Data Center [HDC]). (2566). *การวินิจฉัยมีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจำแนกตามอายุ ในเขตสุขภาพที่ 1.* ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกลุ่มระบาดวิทยาสุขภาพจิต สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.

รุ่งรัตน์ สุขเดชะ และกัลยา ไผ่เกาะ. (2564). การประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2560 มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล, *วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล, 34*(1), 47-59.

ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์, ศรัญญา จุฬารี และฉวีวรรณ เศียรอุ่น. (2561). *ประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.* นครราชสีมา: สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.

ศิริชัย กาญจนวาสี. (2562). *ทฤษฎีการประเมิน* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์. (2565). *สถิติผู้รับบริการสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ปีงบประมาณ 2563-2565.* เชียงใหม่: สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์.

หอผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. (2565). *สถิติผู้รับบริการหอผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ปีงบประมาณ 2563-2565.* เชียงใหม่: สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์.

อุษณีย์ เทพวรชัย, กัญญา ชื่นอารมณ์, สมหมาย หิรัญนุช และอัณธิฌา สายบุญศรี. (2561). การประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2555). *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี, 10*(2), 144-151.

Smith, S., Ferguson, C., & Beaver, K. (2018). A longitudinal analysis of shooter games and their relationship with conduct disorder and self-reported delinquency. *International Journal of Law and Psychiatry*, *58*, 48-53. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.02.008

Srinath, S., Kandasamy, P., & Golhar, T. S. (2010). Epidemiology of child and adolescent mental health disorders in Asia. *Current Opinion in Psychiatry, 23*(4), 330-336. https://doi.org/10.1097/yco.0b013e32833aa0c1

Stufflebeam, D.L. (2003). The CIPP model for evaluation, in T. Kellaghan and D.L Stuffelebeam (eds) (pp. 31 -62), *International Handbook of Educational Evaluation*. Netherland: Kluwer Academic Publishers.

JNPHR
Journal of Nursing and Public Health Research
วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

e267472

ผลของเกมมิฟิเคชั่นร่วมกับเพื่อนช่วยเพื่อนต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน วิชากระบวนการพยาบาลและการประเมินภาวะสุขภาพ

Effects of Cooperative Gamification with Peer-assisted Learning on Learning Achievement Outcomes in the Nursing Process and Health Assessment Course

ศรัทธา ประกอบชัย[1], ชญานิศ ชอบอรุณสิทธิ[1*], เรณู ขวัญยืน[1], ประภัสสร เสงี่ยมกุลถาวร[1]

Sattha Prakobchai[1], Chayanis Chobarunsitti[1*], Renu Kwanyuen[1], Prapassorn Sangiamkulthavorn[1]

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

Faculty of Nursing, Suan Dusit University

(Received: January 24, 2024; Revised: February 28, 2024; Accepted: March 12, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการเรียนการสอนผ่านเกมมิฟิเคชั่นร่วมกับเพื่อนช่วยเพื่อนกับการเรียนการสอนตามปกติต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชากระบวนการพยาบาลและการประเมินภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 จำนวน 60 คน ทำการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการหมุนวงล้ออิเลกทรอนิกส์ ได้กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย คือ กิจกรรมการเรียนการสอนด้วยเกมมิฟิเคชั่นร่วมกับเพื่อนช่วยเพื่อน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินการตรวจร่างกายศีรษะจรดเท้า (Head to Toe) ข้อสอบปรนัยการประเมินภาวะสุขภาพจากการตรวจร่างกายทุกระบบ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนผ่านเกมมิฟิเคชั่นและเพื่อนช่วยเพื่อน วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนสอบก่อน-หลังในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test และ เปรียบเทียบคะแนนสอบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมของการจัดการเรียนการสอนด้วยกิจกรรมเกมมิฟิเคชั่นร่วมกับเพื่อนช่วยเพื่อนอยู่ระดับมากที่สุด (Mean = 4.60, S.D. = 0.56) ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมเกมมิฟิเคชั่นร่วมกับเพื่อนช่วยเพื่อน กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนการประเมินภาวะสุขภาพมากกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value* < 0.001) และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value* < 0.05) และกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนสอบตรวจร่างกายศีรษะจรดเท้า มากกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value* < 0.05) แต่ไม่มีความแตกต่างของระหว่างกลุ่มของคะแนนสอบตรวจร่างกายศีรษะจรดเท้า จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า การเรียนการสอนผ่านกิจกรรมเกมมิฟิเคชั่นร่วมกับเพื่อนช่วยเพื่อนช่วยพัฒนาความรู้ด้านการประเมินภาวะสุขภาพ และทักษะการตรวจร่างกายสำหรับนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองและเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: เกมมิฟิเคชั่น, เพื่อนช่วยเพื่อน, การประเมินภาวะสุขภาพ, นักศึกษาพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ ชญานิศ ชอบอรุณสิทธิ email: chayanis_cho@dusit.ac.th

Abstract

The objective of this quasi-experimental study was to compare the effectiveness of gamification and peer-assisted learning versus the conventional teaching method on learning achievement outcomes toward the nursing process and health assessment course. The sample group consists of 60 second-year nursing students selected by simple random sampling using an electronic randomizer, divided into an experimental group of 30 students and a control group of 30 students. The research instrument was gamification-based learning and buddy. Data collection instruments were the head-to-toe physical examination assessment form, multiple-choice exams assessing health status from physical examination of all body systems, and satisfaction assessment questionnaires on learning and teaching through cooperative gaming and peer assistance. Data analysis included mean and standard deviation, comparing pre- and post-test scores within the experimental group using the Paired t-test, and comparing test scores between the experimental and control groups using independent t-test.

The research findings revealed that overall satisfaction with the learning and teaching activities through gamification-based learning and buddy was at the highest level (Mean = 4.60, S.D. = 0.56). After participating in the cooperative gaming with peer assistance learning activities, the experimental group had significantly higher levels of health assessment scores compared to before participating in the learning activities, with statistical significance (*p-value* < 0.001), and significantly higher scores compared to the control group with statistical significance (*p-value* < 0.05). Additionally, the experimental group had significantly higher scores in the head-to-toe physical examination assessment after participating in the learning activities, with statistical significance (*p-value* < 0.05). However, there was no significant difference between the groups in terms of head-to-toe physical examination scores before participating in the learning activities. In conclusion, teaching and learning through gamification-based learning and buddy helped develop knowledge in health assessment and physical examination skills for nursing students in the experimental group, serving as an effective measurement in collaborative learning skill development.

Keywords: Gamification, Buddy, Health Assessment, Nursing Students

บทนำ

หลักของวิชากระบวนการพยาบาลและการประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ หลักการ ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล การประเมินภาวะสุขภาพทางกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณของบุคคลทุกช่วงวัย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาล และสารสนเทศทางการพยาบาล ลักษณะของการจัดการเรียนการสอนจะผสมผสานกันระหว่างภาคทฤษฎี และภาคทดลอง การประเมินภาวะสุขภาพเป็นการได้มาซึ่งข้อมูลของผู้รับบริการ ผ่านกระบวนการใช้เหตุผลทางคลินิก (Clinical Reasoning) คือ การคิดอย่างมีวิจารณญาณเพื่อตัดสินว่าอะไรที่ควรเชื่อหรือควรทำเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย เพื่อการวินิจฉัยและการรักษา ส่วนการให้เหตุผลทางคลินิกมีจุดเน้นที่กลยุทธ์การคิดอย่างมีวิจารณญาณเพื่อการตัดสินใจและแก้ปัญหากับภาวะสุขภาพ (เรวดี ศรีสุข, 2561) อย่างไรก็ตาม การเตรียมความพร้อมก่อนขึ้นฝึกภาคปฏิบัติเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับสถาบันการศึกษาพยาบาล เนื่องจากนักศึกษาจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลและทักษะการประเมินภาวะสุขภาพจากการตรวจร่างกาย เพื่อเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการ การจัดการเรียนการสอนในรายวิชานี้ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต โดยทั่วไปนักศึกษาจะเริ่มฝึกภาคปฏิบัติตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 ภาคการศึกษาที่ 2 ปัญหาที่พบจากการประเมินการจัดการเรียนการสอน ที่ผ่านมาพบว่านักศึกษาพยาบาลยังขาดความรู้และทักษะในการประเมินภาวะสุขภาพ ผู้สอนจึงได้วางแผนปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอนมีอย่างต่อเนื่อง เช่น การจัดชั่วโมงให้คำปรึกษานอกชั้นเรียน เป็นต้น แม้ว่าผู้สอนจะปรับรูปแบบการเรียนการสอนเป็น Active Learning โดยมีการสาธิตและให้สาธิตย้อนกลับ แต่นักศึกษาส่วนหนึ่งรู้สึกว่าเนื้อหาค่อนข้างหนัก เกิดความเครียด และวิตกกังวล โดยต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจกับทักษะการตรวจร่างกายที่ปกติ และผิดปกติในระบบต่าง ๆ เพื่อสอบภาคทดลองให้ผ่านตามเกณฑ์ (คะแนนมากกว่าร้อยละ 60)

ดังนั้นคณาจารย์ผู้สอนจึงได้การจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้เทคนิคเกมมิฟิเคชั่น ซึ่งเกมมิฟิเคชั่น (Gamification) มีแนวคิดในการนำรูปแบบและองค์ประกอบของการเล่นเกมมาใช้ในการวิจัยทางการศึกษากลไกของเกมมิฟิเคชั่น คือ การกำหนดเป้าหมายโดยใช้การสร้างแรงจูงใจจากการมีส่วนร่วมในกระบวนการขับเคลื่อนการเรียนรู้ผ่านกลไกของเกมส์ที่เป็นลำดับตามแผนการเรียนรู้ ซึ่งผู้สอนมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกในการกระตุ้นให้ข้อเสนอแนะ (Feedback) และได้สังเกตพฤติกรรมของผู้เรียนได้ตลอดการเข้าร่วมกิจกรรม (Bell, 2018) เกมมิฟิเคชั่นจึงสามารถนำมาใช้ร่วมกับการเรียนรู้ในห้องเรียนที่เน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมและมีปฏิสัมพันธ์กับกิจกรรมการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติ (Active learning) (Bell, 2018) อีกทั้ง เกมมิฟิเคชั่นทำให้มีบรรยากาศการเรียนรู้ที่เหมือนกับการเล่นเกมและเต็มไปด้วยความสนุกสนานได้องค์ประกอบของเกมมิฟิเคชั่น (Gamification) ได้แก่ การใช้ระบบการสะสมแต้ม (Point) หรือการให้รางวัล (Reward) ที่สามารถกระตุ้นให้ผู้เรียนเข้าร่วมกิจกรรมและแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ตามที่ผู้สอนตั้งเป้าหมายไว้ การมีระบบการแข่งขันที่มีความท้าทาย (Challenge) ที่สามารถกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความสนใจ และเป็นการกระตุ้นให้เกิดความท้าทาย การใช้ตารางอันดับ (Leaderboard) ที่สามารถกระตุ้นให้ผู้เรียนที่มีคะแนนไม่มาก พัฒนาศักยภาพตนเองเพื่อให้เกิดความคิดพัฒนาศักยภาพของตนเอง ให้มากขึ้นให้ทัดเทียมกับเพื่อนที่มีคะแนนอยู่อันดับต้น ในขณะเดียวกันก็ส่งเสริมให้ผู้เรียนที่มีคะแนนอันดับต้น สร้างผลงานที่ดียิ่งขึ้นไป (ณัฐพงศ์ มีใจธรรม และทำรงลักษณ์ เอื้อนครินทร์, 2564)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้เทคนิคเกมมิฟิเคชั่นในรายวิชาการพยาบาล โดยรวีวรรณ อินจุ้ย, สรินทร เชี่ยวโสธร, อายุพร ประสิทธิเวชชากูร และจันทนา โปรยเงิน (2563) ได้ศึกษาผลของการจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้เทคนิคเกมมิฟิเคชั่น ต่อแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์และความพึงพอใจของนักเรียนพยาบาลในวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 97 คน จำนวน 12 สัปดาห์ พบว่า แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของนักเรียนพยาบาลทั้งสี่ด้าน ได้แก่ ด้านการตั้งเป้าหมายเพื่อให้ประสบผลสำเร็จ ด้านความตั้งใจมุ่งมั่นในการทำงานให้ประสบผลสำเร็จ ด้านความอดทน ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค และ ด้านความทะเยอทะยานให้ผลงานเป็นที่ยอมรับและเกิดความก้าวหน้าในงาน หลังได้รับจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้เทคนิคเกมมิฟิเคชั่นสูงกว่าก่อนได้รับจัดกิจกรรมการเรียนรู้การจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้เทคนิคเกมมิฟิเคชั่น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าเทคนิคเกมมิฟิเคชั่นสามารถส่งเสริมให้นักเรียนพยาบาลมีแรงจูงใจ ใฝ่สัมฤทธิ์สูงขึ้น

นอกจากนี้ กระบวนการเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นการนำทักษะปฏิสัมพันธ์มาประยุกต์ใช้ในศาสตร์การศึกษา กระบวนการเพื่อนช่วยเพื่อนมีลักษณะ คือ มีการสอนและเรียนรู้ร่วมกัน (Peer teaching and Learning) มีการประเมินเพื่อนโดยให้ข้อมูลป้อนกลับและวิจารณ์ (Peer Assessment and Feedback) การเป็นพี่เลี้ยงในการช่วยเหลือสนับสนุน กระตุ้นการเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนความรู้ (Peer Monitoring) และมีการเรียนรู้จากความไว้วางใจ ยอมรับการเป็นผู้นำ ผู้ตาม ในชั้นเรียน ได้อย่างอิสระ (Peer Leadership) (Henning, Weidner, & Marty, 2008) ดังนั้นองค์ประกอบทางสังคมของเกมมิฟิเคชั่น คือ กระบวนการทำงานร่วมกัน ซึ่งทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้จากการมีปฏิสัมพันธ์ (Bell, 2018) ผู้เรียนได้พัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์และการใช้วิจารณญาณเพื่อให้ได้สารสนเทศที่เป็นประโยชน์สำหรับการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพเพื่อการวินิจฉัยทางการพยาบาล ลักษณะการเรียนการสอนวิชากระบวนการพยาบาลและการประเมินภาวะสุขภาพ ได้จัดให้มีการเรียนในภาคทดลองเป็นกลุ่ม และมีการจับคู่ (Buddy) ตรวจร่างกายในภาคทดลอง ทำให้เกิดความมั่นใจในการฝึกมากขึ้น โดยแต่ละคู่จะมีการทวนสอบหรือให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) ระหว่างกันเกี่ยวกับความถูกต้องของทักษะการตรวจร่างกาย เพื่อเตรียมความพร้อมในการสอบตรวจร่างกาย กระบวนการเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อนจึงได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนร่วมกับเกมมิฟิเคชั่น เพื่อให้ผู้เรียนวางเป้าหมายร่วมกันตลอดภาคการศึกษา

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชากระบวนการพยาบาลและการประเมินภาวะสุขภาพ และความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้แนวคิดเกมมิฟิเคชั่นร่วมกับแนวคิดเพื่อนช่วยเพื่อน สำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ผ่านการจัดการเรียนรู้และกิจกรรมการเรียนรู้ที่คณะผู้วิจัยได้ออกแบบขึ้น โดยมุ่งหวังว่าแนวคิดเกมมิฟิเคชั่นร่วมกับแนวคิดเพื่อนช่วยเพื่อนจะส่งเสริมและพัฒนาการเรียนรู้และการสร้างแรงจูงใจในการเรียน ให้มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนดีขึ้น และมีความสุขกับการเรียน

วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาผลของรูปแบบการจัดการเรียนการสอนผ่านเกมมิฟิเคชั่นร่วมกับเพื่อนช่วยเพื่อนต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เปรียบเทียบคะแนนสอบประเมินภาวะสุขภาพและคะแนนสอบตรวจร่างกายตั้งแต่ศีรษะจรดเท้าก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมเกมมิฟิเคชั่นร่วมกับเพื่อนช่วยเพื่อนของกลุ่มทดลอง

2. เปรียบเทียบคะแนนสอบประเมินภาวะสุขภาพและคะแนนสอบตรวจร่างกายตั้งแต่ศีรษะจรดเท้าก่อนร่วมกับหลังเข้าร่วมกิจกรรมเกมมิฟิเคชั่นร่วมกับเพื่อนช่วยเพื่อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. ศึกษาระดับความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนผ่านเกมมิฟิเคชั่นร่วมกับเพื่อนช่วยเพื่อน

สมมติฐานการวิจัย

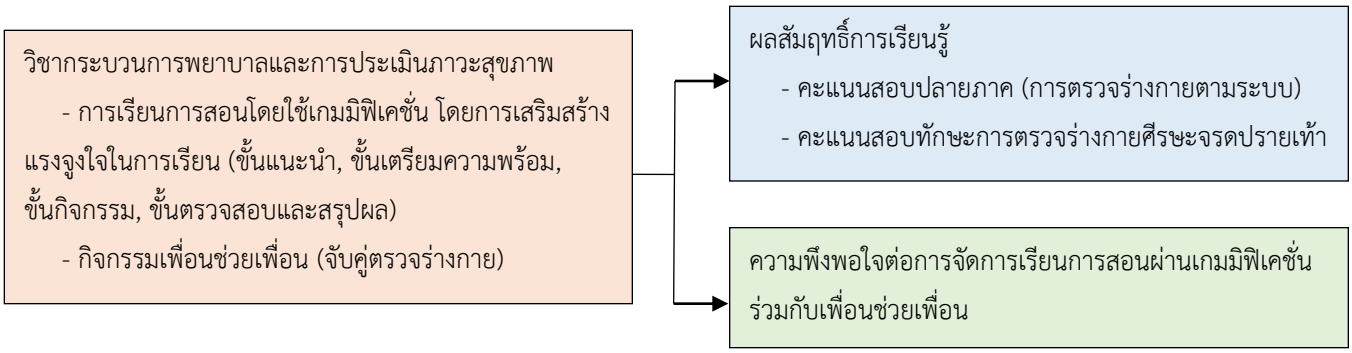
1. หลังเข้าร่วมกิจกรรมการจัดการเรียนการสอนผ่านเกมมิฟิเคชั่นร่วมกับเพื่อนช่วยเพื่อน กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยการสอบประเมินภาวะสุขภาพและคะแนนเฉลี่ยการสอบตรวจร่างกายเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

2. หลังเข้าร่วมกิจกรรมการจัดการเรียนการสอนผ่านเกมมิฟิเคชั่นร่วมกับเพื่อนช่วยเพื่อนกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยการสอบประเมินภาวะสุขภาพและคะแนนเฉลี่ยการสอบตรวจร่างกายเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม

3. กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนผ่านเกมมิฟิเคชั่นร่วมกับเพื่อนช่วยเพื่อนอยู่ในระดับมาก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การเรียนการสอนโดยใช้เกมมิฟิเคชั่นร่วมกับเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นการสร้างแรงจูงใจในการเรียน ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการเรียนรู้ และส่งผลให้ผู้เรียนเข้าถึงแก่นของสาระเนื้อหาและเกิดการเรียนรู้ ผู้เรียนมีความกระตือรือร้นและเอาใจใส่ต่อการเรียนด้วยความเต็มใจ ซึ่งจะส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ในการเรียนรู้ และความพึงพอใจของผู้เรียนเพิ่มขึ้น ดังแสดงกรอบแนวคิด ในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Two Group Pretest-Posttest Design) มีทั้งกลุ่มทดลองและควบคุม ระยะเวลาดำเนินการศึกษาจำนวน 10 สัปดาห์ ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 156 คน ที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชากระบวนการพยาบาลและการประเมินภาวะสุขภาพ ปีการศึกษา 2565

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชากระบวนการพยาบาล และการประเมินภาวะสุขภาพ ปีการศึกษา 2565 คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* power (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 0.8 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และ ค่าอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 (Cohen, 1988) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 52 คน ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 60 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยใช้วิธีการหมุนวงล้ออิเล็กทรอนิกส์ (Wheel Name) ได้กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยผู้วิจัยใช้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้เกมมิฟิเคชั่นร่วมกับเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับกลุ่มทดลอง และใช้วิธีการสอนแบบปกติ (Active Learning) สำหรับกลุ่มควบคุม

เกณฑ์การคัดเข้า

1. นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชากระบวนการพยาบาลและการประเมินภาวะสุขภาพ ปีการศึกษา 2565

2. ยินดีเข้าร่วมโครงการการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบทุกสัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินการตรวจร่างกายศีรษะจรดเท้า (Head to Toe) เป็นมาตรวัดทักษะการตรวจร่างกาย จำนวน 40 คะแนน เนื้อหาครอบคลุมตั้งแต่ การแนะนำตนเองและการเตรียมอุปกรณ์ การประเมินลักษณะทั่วไป การตรวจผิวหนัง การตรวจเล็บ การตรวจใบหน้า การตรวจตา การตรวจหู การตรวจเต้านม การตรวจปอด การตรวจหัวใจ การตรวจท้องและการตรวจกล้ามเนื้อและระบบประสาท โดยพัฒนาจากทีมผู้สอนในสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ และใช้ในการเรียนการสอนตั้งแต่ปีการศึกษา 2562-2564

2. ข้อสอบการประเมินภาวะสุขภาพ เป็นข้อสอบปลายภาคเรียน ลักษณะปรนัยเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 60 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยและคณะพัฒนาจากแนวคิดการตรวจร่างกาย เนื้อหาครอบคลุมประเด็น ดังนี้ 1) การซักประวัติ ตรวจร่างกาย การแปลผล และรายงานผลการตรวจศีรษะ ใบหน้า หู คอ จมูก ปาก ต่อมน้ำเหลือง และเต้านม 2) การซักประวัติ ตรวจร่างกาย การแปลผล และการลงรายงาน การตรวจตา 3) การซักประวัติ ตรวจร่างกาย การแปลผลและการลงรายงานการตรวจระบบทางเดินอาหาร 4) การซักประวัติ ตรวจร่างกาย การแปลผล และ

การลงรายงานการตรวจระบบทางเดินหายใจ 5) การซักประวัติ ตรวจร่างกาย การแปลผลและการลงรายงานการตรวจระบบหัวใจ และ หลอดเลือด 6) การซักประวัติ ตรวจร่างกาย การแปลผลและการลงรายงาน การตรวจระบบประสาท 7) การซักประวัติ ตรวจร่างกาย การแปลผลและการลงรายงานการตรวจระบบกระดูก และกล้ามเนื้อ และ 8) การตรวจตามระบบตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า (Head to Toe) การแบ่งระดับวัดผลการเรียนรู้ข้อสอบปรนัย 60 ข้อ มีดังนี้ 1) รู้จำ จำนวน 17 ข้อ เข้าใจ จำนวน 20 ข้อ นำไปใช้ จำนวน 16 ข้อ และ วิเคราะห์ จำนวน 7 ข้อ

3. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนผ่านเกมมิฟิเคชั่นร่วมกับเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยและคณะพัฒนาขึ้น โดยใช้แนวคิดเกมมิเคชั่นที่สอดคล้องกับพฤติกรรมการสร้างแรงจูงใจในการเรียน เป็นแบบวัดแบบมาตรา Likert Scale โดยแบ่งระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5) มาก (4) ปานกลาง (3) น้อย (2) และ น้อยที่สุด (1) จำนวน 20 ข้อ การแปลผลความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนผ่านเกมมิฟิเคชั่นและเพื่อนช่วยเพื่อน ใช้เกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนค่าเฉลี่ย ได้แก่ คะแนน 4.51-5.00 หมายถึง ระดับความพึงพอใจระดับดีมาก คะแนน 3.51-4.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจระดับดี คะแนน 2.51-3.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจระดับปานกลาง คะแนน 1.51-2.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจระดับน้อย และคะแนน 1.00-1.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบประเมินการตรวจร่างกายศีรษะจรดเท้า (Head to Toe) มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต แบบประเมินนี้ใช้ในการประเมินทักษะผู้เรียนในปีการศึกษา 2562-2564 รายละเอียด ได้แก่ ทำได้ (2) ได้บางส่วน (1) ทำไม่ได้ (0) คะแนนเต็ม 40 คะแนน คะแนนระหว่าง (0-40) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ค่า โดยในแต่ละข้อมีค่าคะแนนความตรงตามเนื้อหา (Item-Objective Congruence Index (IOC)) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00

2. ข้อสอบการประเมินภาวะสุขภาพ จำนวน 60 ข้อ มีค่า Kuder-Richardson 20 (KR-20) เท่ากับ 0.69

3. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนผ่านเกมมิฟิเคชั่นร่วมกับเพื่อนช่วยเพื่อน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้จัดการเรียนการสอนโดยใช้เกมมิฟิเคชั่นร่วมกับเพื่อนช่วยเพื่อน (Buddy) สำหรับกลุ่มทดลอง และใช้วิธีการสอนแบบปกติ (Active Learning) สำหรับกลุ่มควบคุม โดยมีการสาธิตการตรวจร่างกายตามระบบจากอาจารย์ประจำกลุ่ม และให้นักศึกษาสาธิตย้อนกลับ

สำหรับกิจกรรมการเรียนการสอนด้วยเกมมิฟิเคชั่นร่วมกับเพื่อนช่วยเพื่อน สำหรับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย 10 สัปดาห์ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กิจกรรมการเรียนการสอนด้วยเกมมิฟิเคชั่นร่วมกับเพื่อนช่วยเพื่อน (Buddy)

สัปดาห์	กิจกรรมการเรียนการสอนด้วยเกมฟิเคชั่น	กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน
1	- แนะนำรายวิชา วัตถุประสงค์ของรายวิชา การวัดประเมินผลของรายวิชา - แนะนำการจัดการเรียนการสอนด้วยกิจกรรมเกมมิฟิเคชั่นและบทบาทของการเป็น Buddy - การตรวจ Head to Toe 1. แจ้งวัตถุประสงค์การเรียนของหน่วยการตรวจร่างกายในทุกสัปดาห์ 2. มอบหมายให้ศึกษาเอกสารประกอบการสอนผ่านและแบบประเมินการตรวจร่างกายผ่าน WBSC-LMS ล่วงหน้า 1 สัปดาห์ 3. สาธิตการตรวจร่างกาย Head to Toe 4. สอบ Pre-test ข้อสอบการประเมินภาวะสุขภาพ, และสอบตรวจร่างกาย Head to Toe	
2	**การตรวจศีรษะ เต้านม ต่อมน้ำเหลือง** 1. อาจารย์สาธิตและนักศึกษาเข้าฝึกการตรวจร่างกายในกลุ่มภาคทดลองตามปกติ 2. นักศึกษาเข้าร่วมกิจกรรมการตรวจศีรษะ เต้านม ต่อมน้ำเหลือง ชื่อกิจกรรม “เติมเต็มส่วนที่ขาดหาย” ให้แต่ละคู่ตรวจร่างกาย คลำต่อมน้ำเหลือง ตอบตำแหน่งน้ำเหลือง จาก Chart ต่อมน้ำเหลือง และรายงานผลการตรวจร่างกายที่ผิดปกติ	- จับคู่ Buddy ฝึกตรวจร่างกาย - ให้ รางวัลโดยให้ คะแนนเป็นโบนัส - ทำ Quizizz การจับคู่การตรวจร่างกาย และรายงานผล ครั้งที่ 1
3	**การตรวจระบบตา** 1. อาจารย์สาธิตและนักศึกษาเข้าฝึกการตรวจร่างกายในกลุ่มภาคทดลองตามปกติ 2. นักศึกษาเข้าร่วมกิจกรรมการตรวจตา ชื่อกิจกรรม “จักษุแคร์” ให้แต่ละคู่ตรวจร่างกาย ตา การตรวจวัดสายตา และความผิดปกติของการมองเห็นจาก Snellen Chart และอาจารย์ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและผลการตรวจร่างกายที่ผิดปกติ และให้นักศึกษาช่วยกันแปลผลการตรวจร่างกาย	- จับคู่ Buddy ฝึกตรวจร่างกาย - ให้ รางวัลโดยให้ คะแนนเป็นโบนัส - ทำ Quizizz การจับคู่การตรวจร่างกาย และรายงานผล ครั้งที่ 2
4	**การตรวจระบบหายใจ** 1. อาจารย์สาธิตและนักศึกษาเข้าฝึกการตรวจร่างกายในกลุ่มภาคทดลองตามปกติ 2. นักศึกษาเข้าร่วมกิจกรรมการตรวจระบบหายใจ ชื่อกิจกรรม “รักษ์ปอด” ให้แต่ละคู่ตรวจร่างกาย การฟังปอด การเคาะปอด การตอบคำถามหลังได้ยินเสียงปอดจากหุ่นจำลองเสมือนจริง Simulation เพื่อประเมินอาการและผลการตรวจร่างกายที่ผิดปกติ และให้นักศึกษาช่วยกันแปลผลการตรวจร่างกาย วิเคราะห์ผลการตรวจ	- จับคู่ Buddy ฝึกตรวจร่างกาย - ให้ รางวัลโดยให้ คะแนนเป็นโบนัส - ทำ Quizizz การจับคู่การตรวจร่างกาย และรายงานผล ครั้งที่ 3

สัปดาห์	กิจกรรมการเรียนการสอนด้วยเกมฟิเคชั่น	กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน
5	**การตรวจระบบหัวใจและหลอดเลือด** 1. อาจารย์สาธิตและนักศึกษาเข้าฝึกการตรวจร่างกายในกลุ่มภาคทดลองตามปกติ 2. นักศึกษาเข้าร่วมกิจกรรมการตรวจระบบหัวใจและหลอดเลือด ชื่อกิจกรรม “หทัยวินิจฉัย” ให้แต่ละคู่ตรวจร่างกาย ระบบหัวใจและหลอดเลือด ให้ฟังและตอบว่าเป็นเสียงหัวใจชนิดใดจากหุ่นจำลองเสมือนจริง และอาจารย์ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและผลการตรวจร่างกายที่ผิดปกติ และให้นักศึกษาช่วยกันแปลผลการตรวจร่างกาย วิเคราะห์ผลการตรวจ	- จับคู่ Buddy ฝึกตรวจร่างกาย - ให้ รางวัลโดยให้ คะแนนเป็นโบนัส - ทำ Quizizz การจับคู่การตรวจร่างกาย และรายงานผล ครั้งที่ 4
6	**การตรวจระบบทางเดินอาหาร** 1. อาจารย์สาธิตและนักศึกษาเข้าฝึกการตรวจร่างกายในกลุ่มภาคทดลองตามปกติ 2. นักศึกษาเข้าร่วมกิจกรรมการตรวจระบบทางเดินอาหาร ชื่อกิจกรรม Abdominal Checking ให้แต่ละคู่ตรวจร่างกายระบบทางเดินอาหาร การประเมินภาวะท้องมาน Fluid Trill, การตรวจตับ ม้าม ถุงน้ำดี กรวยไต ประเมินอาการและผลการตรวจร่างกายที่ผิดปกติทางเดินอาหาร และให้นักศึกษาช่วยกันแปลผลการตรวจร่างกาย วิเคราะห์ผลการตรวจ	- จับคู่ Buddy ฝึกตรวจร่างกาย - ให้ รางวัลโดยให้ คะแนนเป็นโบนัส - ทำ Quizizz การจับคู่การตรวจร่างกาย และรายงานผล ครั้งที่ 5
7	**การตรวจระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ** 1. อาจารย์สาธิตและนักศึกษาเข้าฝึกการตรวจร่างกายในกลุ่มภาคทดลองตามปกติ 2. นักศึกษาเข้าร่วมกิจกรรมการตรวจระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ชื่อกิจกรรม Bone Health ให้แต่ละคู่ตรวจร่างกาย ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ อาจารย์ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและผลการตรวจร่างกายที่ผิดปกติ และให้นักศึกษาช่วยกันแปลผลการตรวจร่างกาย	- จับคู่ Buddy ฝึกตรวจร่างกาย - ให้ รางวัลโดยให้ คะแนนเป็นโบนัส - ทำ Quizizz การจับคู่การตรวจร่างกาย และรายงานผล ครั้งที่ 6
8	**การตรวจระบบประสาท** 1. อาจารย์สาธิตและนักศึกษาเข้าฝึกการตรวจร่างกายในกลุ่มภาคทดลองตามปกติ 2. นักศึกษาเข้าร่วมกิจกรรมการตรวจระบบประสาท ชื่อกิจกรรม “อัจฉริยะทางสมอง” ให้แต่ละคู่ตรวจร่างกายระบบประสาท การประเมิน Glasgow Coma Score, Cranial Nerve 12 คู่ รายงานอาการและผลการตรวจร่างกายที่ปกติและผิดปกติ และแปลผลการตรวจร่างกาย	- จับคู่ Buddy ฝึกตรวจร่างกาย - ให้ รางวัลโดยให้ คะแนนเป็นโบนัส - ทำ Quizizz การจับคู่การตรวจร่างกาย และรายงานผล ครั้งที่ 7
9	**จัดเพิ่มเติมความรู้ด้วยเกมมิฟิเคชั่นในการตรวจทุกระบบ และ Wrap up and Reflection** 1. จับคู่การตรวจร่างกาย Buddy สลับการตรวจ โดยมีการสะท้อนผลการตรวจจาก Buddy	- จับคู่ Buddy ฝึกตรวจร่างกาย - ให้ รางวัลโดยให้ คะแนนเป็นโบนัส - ทำ Quizizz การจับคู่การ

สัปดาห์	กิจกรรมการเรียนการสอนด้วยเกมฟิเคชั่น	กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน
	2. ใช้เกม Matching การตรวจร่างกายแต่ละระบบ ผลการตรวจ รายงานผล โดยใช้ Quizizz ให้ทำคู่กับ Buddy 3. ฝึกซ้อมเพื่อการตรวจร่างกาย Head to Toe	ตรวจร่างกาย และรายงานผล ครั้งที่ 8
10	**ประเมินผลการจัดกิจกรรม** โดย 1. ทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์การตรวจร่างกาย Head to Toe และการสอบภาคทฤษฎีการประเมินภาวะสุขภาพ 2. ประเมินผลความพึงพอใจโดยใช้แบบสอบถามแบบประเมินความพึงพอใจการจัดการเรียนการสอนผ่านเกมมิฟิเคชั่นและเพื่อนช่วยเพื่อน 3. ให้นักศึกษาสะท้อนคิดการใช้เกมมิฟิเคชั่น	

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูล เพศ อายุ และ ความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนสอบทฤษฎีการประเมินภาวะสุขภาพและ การสอบทักษะการตรวจร่างกายก่อน-หลังในกลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนแบบเกมมิฟิเคชั่นและเพื่อนช่วยเพื่อน โดยใช้สถิติ Paired t-test

3. เปรียบเทียบคะแนนสอบทฤษฎีการประเมินภาวะสุขภาพและ การสอบทักษะการตรวจร่างกายระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนแบบเกมมิฟิเคชั่นและเพื่อนช่วยเพื่อนกับกลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนแบบปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติจากการทดสอบด้วย Mann-Whitney U test โดยค่า *p-value* ของ Shapiro-Wilk >0.05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสวนดุสิต รหัสโครงการ HS028/2565 วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้วิจัยได้แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่ต้องปฏิบัติและได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และขอความร่วมมือในการร่วมการวิจัย การเข้าร่วมการวิจัย ต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจและกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใด ๆ และไม่มีผลกระทบต่อผลการเรียน ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ เพศหญิง 29 คน (96.67%) และเพศชาย 1 คน (3.33%) อายุระหว่าง 20-26 ปี (Mean = 20.46, S.D. = 1.16) ผลการเรียนเฉลี่ย (GPAX) อยู่ระหว่าง 2.46-3.73 (Mean= 3.38, S.D. = 0.26)

กลุ่มควบคุม ได้แก่ เพศหญิง 28 คน (93.33%) และเพศชาย 2 คน (6.67%) อายุระหว่าง 20-24 ปี (Mean = 20.56, S.D. = 1.00) ผลการเรียนเฉลี่ย (GPAX) อยู่ระหว่าง 2.63-3.65 (Mean = 3.31, S.D. = 0.36) จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ไม่พบความแตกต่างของ อายุและผลการเรียนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (*p-value* > 0.05)

2. ระดับคะแนนความรู้การประเมินภาวะสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมเกมมิฟิเคชั่น และเพื่อนช่วยเพื่อนของกลุ่มทดลอง

พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมเกมมิฟิเคชั่นและเพื่อนช่วยเพื่อน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 33.87 (S.D. = 6.95) และหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมเกมมิฟิเคชั่นและเพื่อนช่วยเพื่อน กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้การประเมินภาวะสุขภาพเพิ่มขึ้น เท่ากับ 43.87 (S.D. = 6.85) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value* < 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้การประเมินภาวะสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมเกมมิฟิเคชั่นและเพื่อนช่วยเพื่อนของกลุ่มทดลอง (n=30)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม		หลังเข้าร่วมกิจกรรม		t	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
คะแนนความรู้การประเมินภาวะสุขภาพ	33.87	6.95	43.87	6.85	-62.89	<0.001*

* *p-value* < 0.05

3. ระดับคะแนนความรู้การประเมินภาวะสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมเกมมิฟิเคชั่นและเพื่อนช่วยเพื่อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พบว่า ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรม กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้การประเมินภาวะสุขภาพเท่ากับ 43.77 (S.D = 6.85) มากกว่ากลุ่มควบคุมที่คะแนนความรู้การประเมินภาวะสุขภาพ เท่ากับ 39.73 (S.D. = 6.07) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value* = 0.02) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้การประเมินภาวะสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมเกมมิฟิเคชั่นและเพื่อนช่วยเพื่อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=60)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		t	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
คะแนนความรู้การประเมินภาวะสุขภาพ	43.87	6.85	39.73	6.07	2.473	0.02*

* *p-value* < 0.05

4. คะแนนการตรวจร่างกายศีรษะจรดเท้า (Head to Toe) ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมเกมมิฟิเคชั่นและเพื่อนช่วยเพื่อนของกลุ่มทดลอง

พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการตรวจร่างกายศีรษะจรดเท้า (Head to Toe) หลังเข้าร่วมกิจกรรมเกมมิฟิเคชั่นและเพื่อนช่วยเพื่อน เท่ากับ 35.30 (S.D = 3.06) สูงขึ้นกว่าคะแนนก่อนเข้าร่วมกิจกรรมที่มีคะแนน เท่ากับ 32.53 (S.D = 4.88) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value* = 0.002) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนการตรวจร่างกายศีรษะจรดเท้า (Head to Toe) ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมเกมมิฟิเคชั่นและเพื่อนช่วยเพื่อนของกลุ่มทดลอง (n=30)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม		หลังเข้าร่วมกิจกรรม		t	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
คะแนนการตรวจร่างกายศีรษะจรดเท้า	32.53	4.88	35.30	3.06	-3.469	0.002*

* *p-value* < 0.05

5. คะแนนการตรวจร่างกายศีรษะจรดเท้า (Head to Toe) ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมเกมมิฟิเคชั่นและเพื่อนช่วยเพื่อนของกลุ่มทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

พบว่า ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรม กลุ่มทดลองมีคะแนนการตรวจร่างกายศีรษะจรดเท้า (Head to Toe) เท่ากับ 35.30 (S.D. = 3.06) มากกว่า กลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเท่ากับ 34.57 (S.D. = 1.86) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนการตรวจร่างกายศีรษะจรดเท้า (Head to Toe) ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมเกมมิฟิเคชั่นและเพื่อนช่วยเพื่อนของกลุ่มทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
คะแนนการตรวจร่างกายศีรษะจรดเท้า	35.30	3.06	34.57	1.81	1.128	0.26

6. ความพึงพอใจการจัดการเรียนการสอนผ่านเกมมิฟิเคชั่นและเพื่อนช่วยเพื่อน

พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมของการจัดการเรียนการสอนด้วยกิจกรรมเกมมิฟิเคชั่นและเพื่อนช่วยเพื่อนอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.60, S.D. = 0.56) หากพิจารณาด้านกระบวนการและขั้นตอนการสอนภาพรวมความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก และ พบว่า การจัดการเรียนการสอนผ่านเกมมิฟิเคชั่นและเพื่อนช่วยเพื่อนทำให้นักศึกษาสามารถลงมือปฏิบัติ/และพัฒนาทักษะการตรวจร่างกาย มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.60, S.D. = 0.62) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ระดับความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนผ่านเกมมิฟิเคชั่นและเพื่อนช่วยเพื่อนด้านกระบวนการและขั้นตอนการสอน

ข้อ	ข้อคำถาม	การจัดการเรียนการสอนผ่านเกมมิฟิเคชั่นและเพื่อนช่วยเพื่อน		
		Mean	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1	มีการกำหนดจุดประสงค์เชิงพฤติกรรม ประจำหน่วยการเรียนรู้สำหรับกิจกรรมเกมมิฟิเคชั่นไว้ชัดเจน	4.40	0.50	มาก
2	วิธีการดำเนินกิจกรรมมีความแปลกใหม่ น่าสนใจ และเหมาะสมกับหัวข้อของหน่วยการเรียนรู้	4.20	0.66	มาก
3	กิจกรรมเกมมิฟิเคชั่นเหมาะสมกับเนื้อหาที่เรียน	4.43	0.77	มาก
4	สื่อประกอบการเรียนรู้โดยใช้เทคนิคเกมมิฟิเคชั่น กระตุ้นผู้เรียนให้เข้าใจบทเรียน	4.30	0.79	มาก
5	ระยะเวลาที่ใช้ในการจัดการเรียนรู้แต่ละบทเรียนเหมาะสม	4.17	0.65	มาก
6	อาจารย์ใช้คำถามหรือกิจกรรมสนับสนุนที่กระตุ้นให้นักศึกษาคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ	4.43	0.57	มาก
7	กิจกรรมเปิดโอกาสให้นักศึกษาเกิดแรงกระตุ้นในการเรียนในวิชา	4.43	0.57	มาก
8	มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่ใช้ในกิจกรรมมีความเหมาะสมในกระบวนการเรียนรู้	4.40	0.62	มาก
9	มีความพึงพอใจในกิจกรรมกระบวนการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษา	4.43	0.66	มาก
10	นักศึกษามีโอกาสฝึกคิดและมีการใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจ	4.40	0.62	มาก
11	กิจกรรมช่วยให้นักศึกษามีพฤติกรรมในการทบทวนเนื้อหาหรือบทเรียนด้วยตนเองอยู่เสมอ	4.47	0.68	มาก
12	การใช้เทคนิคการสอนอื่น ๆ ที่น่าสนใจนอกเหนือจากการบรรยาย	4.13	0.73	มาก
13	ส่งเสริมให้นักศึกษามีโอกาสในการติดต่อ และซักถามข้อสงสัยต่อผู้สอนเป็นการส่วนตัว	3.93	0.58	มาก
14	นักศึกษาสามารถลงมือปฏิบัติ/และพัฒนาทักษะการตรวจร่างกาย	4.60	0.62	มากที่สุด

ข้อ	ข้อคำถาม	การจัดการเรียนการสอนผ่านเกมมิฟิเคชั่นและเพื่อนช่วยเพื่อน		
		Mean	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
15	ติดตามความก้าวหน้าของนักศึกษาเป็นระยะตรงตามสภาพจริง	4.30	0.60	มาก
16	ส่งเสริมให้นักศึกษามีการแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง	4.37	0.61	มาก
17	ส่งเสริมให้นักศึกษามีการบริหารเวลาได้อย่างเหมาะสม	4.20	0.66	มาก
18	ส่งเสริมให้นักศึกษามีความรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น	4.47	0.63	มาก
19	มีความสุขจากการเรียนรู้จากกิจกรรม	4.57	0.57	มาก
20	ความพึงพอใจโดยรวมของการจัดการเรียนการสอนด้วยกิจกรรมเกมมิฟิเคชั่นและเพื่อนช่วยเพื่อน	4.60	0.56	มากที่สุด

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของเกมมิฟิเคชั่นร่วมกับเพื่อนช่วยเพื่อนต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในวิชากระบวนการพยาบาลและการประเมินสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้การประเมินภาวะสุขภาพจากการทำข้อสอบปรนัย เท่ากับ 43.87 (S.D. = 6.85) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมที่มีคะแนนเท่ากับ 33.87 (S.D. = 6.95) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value* < 0.05) ทั้งนี้อาจเนื่องจากความรู้ทักษะการตรวจร่างกายในภาคการทดลองที่มีกระบวนการให้ข้อมูลป้อนกลับและเนื้อหาที่นักศึกษาได้เรียนรู้จากทักษะการฝึกปฏิบัติมีความสอดคล้องกับความรู้การประเมินภาวะสุขภาพในภาคทฤษฎี จากการประเมินความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า กิจกรรมช่วยให้นักศึกษามีพฤติกรรมในการทบทวนเนื้อหาหรือบทเรียนด้วยตนเองอยู่เสมออยู่ในระดับมาก (Mean = 4.40, S.D. = 0.68) และกิจกรรมเปิดโอกาสให้นักศึกษาเกิดแรงกระตุ้นในการเรียนในวิชาอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.43, S.D. = 0.57) สอดคล้องกับการศึกษาวิเคราะห์อภิมานของ Zhang & Maconochie (2022) พบว่า การเรียนรู้โดยใช้กระบวนการเพื่อนช่วยเพื่อนในกลุ่มนักศึกษาระดับชั้นปีเดียวกันทำให้ผู้เรียนเข้าใจเนื้อหามากกว่าการสอนโดยตรงจากผู้สอนที่มีความรู้ และประสบการณ์สูง รอยต่อการเรียนรู้ (knowledge gap) นี้อาจส่งผลกระทบต่อความสนใจและแรงจูงใจในการเรียน (Van Gaalen, Brouwer, Schönrock-Adema, Bouwkamp-Timmer, Jaarsma, & Georgiadis, 2021) ดังนั้นผู้เรียนจึงใช้กระบวนการเพื่อนช่วยเพื่อน เนื่องจากการถ่ายทอดของเพื่อนที่เข้าใจได้ง่าย และผู้เรียนสามารถเปิดใจสอบถามเพื่อนได้โดยไม่รู้สึกอาย หรือถูกมองว่าเรียนรู้ช้ากว่าผู้อื่น และภายหลังสิ้นสุดกิจกรรม กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้การประเมินภาวะสุขภาพเท่ากับ 43.77 (S.D. = 6.85) มากกว่ากลุ่มควบคุมที่คะแนนความรู้การประเมินภาวะสุขภาพ เท่ากับ 39.73 (S.D. = 6.07) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value* < 0.05) อาจกล่าวได้ว่ากระบวนการเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อนเป็นการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบกลุ่มย่อยหรือคู่ ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมโดยคอยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน หรือให้ผลัดเปลี่ยนกันเพื่อเป็นผู้สอนและผู้เรียน เพื่อให้ได้มาซึ่งความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาบทเรียน (นันทวัน วัฒนมงคลสุข, วรพงษ์ คุณเดชอุดม และศิรินาถ บูรณพงษ์, 2560)

จากการศึกษาของ โรดอนโด้-โรดิเกวส (Redondo-RodríguezBecerra-Mejías, Gil-Fernández, & Rodríguez-Velasco, 2022) ศึกษาการใช้เกมมิฟิเคชั่นกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับเพื่อน พบว่า ผู้เรียนเกิดแรงจูงใจในการเรียนและปรับตัวในการเรียนได้ดีขึ้น มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมและสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ได้ดี การมีส่วนร่วมมีผลต่อการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ในชั้นเรียน การจัดการเรียนการสอนผ่านเกมมิฟิเคชั่นร่วมและเพื่อนช่วยเพื่อน การใช้เทคนิคการสอนอื่น ๆ ที่น่าสนใจนอกเหนือจากการบรรยาย อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.13, S.D. = 0.73) สอดคล้องกับ จันทร์เพ็ญ เลิศวนวัฒนา, วรารัตน์ ทิพยรัตน์ และเบญจวรรณ ช่วยแก้ว (2558) ที่ศึกษาผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กลวิธีการเรียนแบบเพื่อนช่วยเพื่อน เรื่องระบบโครงร่างของร่างกาย รายวิชากายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา 1 ของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (Mean = 40.54, S.D. = 3.60) มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าแบบบรรยาย (Mean = 29.42, S.D. = 4.59)

ผลการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า คะแนนการตรวจร่างกายศีรษะจรดเท้า (Head to Toe) ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมเกมมิฟิเคชั่นและเพื่อนช่วยเพื่อนของกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการตรวจร่างกายตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า (Head to Toe) หลังเข้าร่วมกิจกรรมเกมมิฟิเคชั่นและเพื่อนช่วยเพื่อน เท่ากับ 35.30 (S.D. = 3.06) สูงขึ้นกว่าคะแนนก่อนเข้าร่วมกิจกรรมที่มีคะแนน เท่ากับ 32.53 (S.D. = 4.88) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value* < 0.05) สอดคล้องกับการศึกษาของเอลซีกี้และคณะ (Elzeky, Elhabashy, Ali, & Allamet, 2022) เกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนผ่านเกมมิฟิเคชั่นของนักศึกษาพยาบาลร่วมกับการเรียนรู้แบบกลับด้าน ที่มีการเตรียมพร้อมอย่างเป็นระบบ มีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ และมีการใช้สถานการณ์จำลอง ร่วมกับการวางแผนการเรียนรู้รายสัปดาห์ มีการประเมินความรู้และทักษะร่วมกับการเสริมแรงให้เกิดความมั่นใจในการฝึกภาคทดลอง จะช่วยทำให้ผู้เรียนเกิด ผลลัพธ์การเรียนรู้ดีขึ้น เกมมิฟิเคชั่นจึงส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะ และความรู้ ผ่านรูปแบบการเรียนที่ออกแบบในทุกสัปดาห์ จากการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมมีผลต่อการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ในชั้นเรียนและส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจ สอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าระดับความพึงพอใจโดยรวมของการ เข้าร่วมกิจกรรมเกมมิฟิเคชั่นและเพื่อนช่วยเพื่อนอยู่ในระดับสูงมาก (Mean = 4.60, S.D. = 0.62)

จากผลการวิจัยพบว่า ไม่พบความแตกต่างของคะแนนสอบตรวจร่างกายศีรษะจรดเท้าระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมเนื่องจากมีการจัดการเรียนการสอนในชั้นเรียนเรื่อง ตรวจร่างกายศีรษะจรดเท้า (Head to Toe) ในสัปดาห์แรก เพื่อให้นักศึกษาได้นำหลักการตรวจร่างกายไปประยุกต์ใช้ในการเก็บรวมรวมข้อมูลวิชาปฏิบัติการพยาบาล แม้ว่านักศึกษากลุ่มทดลองได้ฝึกการตรวจร่างกายกับคู่บัดดี้ แต่กลุ่มควบคุมสามารถเลือกบัดดี้เพื่อเรียนรู้และฝึกตรวจร่างกาย เพื่อการสอบในภาคทดลองได้อย่างอิสระเช่นเดียวกัน การจัดการเรียนการสอนตามปกติแบบเน้นการมีส่วนร่วมและการให้ข้อเสนอแนะป้อนกลับหลังสอบทำให้นักศึกษาเกิดกระบวนการเรียนรู้ที่ใกล้เคียงกันทั้งสองกลุ่ม โดยมีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ อีกทั้งกระบวนการสอบเก็บคะแนนในทุกภาคการทดลอง ทำให้ผู้เรียนเกิดความกระตือรือร้นที่จะทบทวนเนื้อหาและฝึกทักษะการตรวจร่างกาย

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ด้านการศึกษาพยาบาล

1. เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนแบบ Active Learning ด้วยแนวคิดเกมมิฟิเคชั่นที่สร้างบรรยากาศการเรียนรู้เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะการใช้กระบวนการพยาบาลและการประเมินภาวะสุขภาพจากการตรวจร่างกาย

2. พัฒนาสมรรถนะการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยในคลินิกผ่านเกมมิฟิเคชั่นและเพื่อนช่วยเพื่อนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล

3. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลสัมฤทธิ์การจัดการเรียนการสอนกับอาจารย์พยาบาลและอาจารย์ต่างสาขาเพื่อให้เกิดการพัฒนากลไกการจัดการความรู้ทางการศึกษาในยุควิถีใหม่

ด้านการวิจัย

1. เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการวิจัยในชั้นเรียนที่ประยุกต์ใช้เทคโนโลยี และดิจิตอลจากเกมมิฟิเคชั่นเพื่อสร้างแรงจูงใจในการเรียน

2. พัฒนารูปแบบการวิจัยทางคลินิกเพื่อสร้างแรงจูงใจในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มประชากรต่าง ๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนารูปแบบ Game-Based Learning โดยใช้กลไกของ Gamification เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ในชั้นเรียนผ่านสถานการณ์จำลอง (Simulation-Based Learning)

2. ศึกษาติดตามทักษะการตรวจร่างกายในระยะยาว (Longitudinal Study) เนื่องจากความรู้และทักษะในการประเมินภาวะสุขภาพสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในทุกรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อการพัฒนาการเรียนรู้ของมหาวิทยาลัยสวนดุสิต ปีงบประมาณ 2566

เอกสารอ้างอิง

จันทร์เพ็ญ เลิศวนวัฒนา, วรารัตน์ ทิพยรัตน์ และเบญจวรรณ ช่วยแก้ว. (2558). ผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กลวิธีการเรียนแบบเพื่อนช่วยเพื่อน เรื่องระบบโครงร่างของร่างกายรายวิชากายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา 1 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, *8*(3), 93-104.

ณัฐพงศ์ มีใจธรรม และทำรงลักษณ์ เอื้อนครินทร์. (2564). การพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนภาษาอังกฤษโดยใช้เทคนิคเกมมิฟิเคชั่น (GAMIFICATION) สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5. *วารสารศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, *32*(2), 76-90.

นันทวัน วัฒนมงคลสุข, วรพงษ์ คุณเดชอุดม และศิรินาถ บูรณพงษ์. (2560). เทคนิคการสอนไวยากรณ์ภาษาอังกฤษแบบเพื่อนช่วยเพื่อน. *วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา*, *11*(3), 277-287.

รวีวรรณ อินจุ้ย, สรินทร เชี่ยวโสธร, อายุพร ประสิทธิเวชชากูร และจันทนา โปรยเงิน. (2563). ผลของการจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้เทคนิคเกมมิฟิเคชั่นต่อแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์และความพึงพอใจของนักเรียนพยาบาลกองทัพบก. *วารสารพยาบาลทหารบก*, *21*(2), 377-388.

เรวดี ศรีสุข. (2561). การประยุกต์ใช้กระบวนการให้เหตุผลทางคลินิกในการเขียนวินิจฉัยทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี*, *4*(1), 5-21.

Bell, K. (2018). *Game on!: Gamification, gameful design, and the rise of the gamer educator*. Baltimore: John Hopkins University Press.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York, NY: Routledge Academic.

Elzeky, M. E. H., Elhabashy, H. M. M., Ali, W. G. M., & Allam, S. M. E. (2022). Effect of gamified flipped classroom on improving nursing students'skills competency and learning motivation: a randomized controlled trial. *BMC Nursing*, *21*(1), 316. https://doi.org/10.1186/s12912-022-01096-6

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical poweranalysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39,* 175-191. https://doi.org/10.3758/bf03193146

Henning, J. M., Weidner, T. G., & Marty, M. C. (2008). Peer assisted learning in clinical education: Literature review. *Athletic Training Education Journal*, *3*(3), 84-90.

Redondo-Rodríguez, C., Becerra-Mejías, J. A., Gil-Fernández, G., & Rodríguez-Velasco, F. J. (2022). Influence of gamification and cooperative work in peer, mixed and interdisciplinary teams on emotional intelligence, learning strategies and life goals that motivate university students to study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(1), 547. https://doi.org/10.3390/ijerph20010547

Van Gaalen, A., Brouwer, J., Schönrock-Adema, J., Bouwkamp-Timmer, T., Jaarsma, A., & Georgiadis, J. R. (2021). Gamification of health professions education: A systematic review. *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice*, *26*(2), 683-711. https://doi.org/10.1007/s10459-020-10000-3.

Zhang, Y., & Maconochie, M. (2022). A meta-analysis of peer-assisted learning on examination performance in clinical knowledge and skills education. *BMC Medical Education*, *22*(1), 147. https://doi.org/10.1186/s12909-022-03183-3.

JNPHR
Journal of Nursing and Public Health Research
วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

e265928

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

Factors Related to the Intention to Implement Evidence-Based Practice by Nurses in University Hospitals

ภานุพงศ์ ศรีทิพย์[1*], อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์[2], เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล[2]

Panupong Sritip[1*], Apiradee Nantsupawat[2], Petsunee Thungjaroenkul[2]

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่[1*], คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่[2]

Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital[1*], Faculty of Nursing, Chiang Mai University[2]

(Received: October 18, 2023; Revised: November 4, 2023; Accepted: March 13, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความตั้งใจและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จำนวน 393 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากคอร์เทียสโต และคณะ (Kortteisto, Kaila, Komulainen, Mäntyranta, & Rissanen, 2010) แบ่งเป็นด้านความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ด้านทัศนคติต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ด้านบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาล ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index (CVI)) ของทุกด้านเท่ากับ 1 และทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.90, 0.70, 0.80 และ 0.70 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Mean= 5.48, S.D. = 1.01) มีระดับการรับรู้บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ในระดับสูง (Mean = 5.57, S.D. = 0.97) มีระดับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 4.06 S.D. = 0.45, Mean = 4.68, S.D. = 1.18 ตามลำดับ) และทัศนคติต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01) ผลการศึกษาครั้งนี้ เป็นแนวทางให้ผู้บริหารการพยาบาลสนับสนุนให้พยาบาลเกิดความตั้งใจรวมถึงการสร้างทัศนคติ และการส่งเสริมความสามารถของบุคลากรพยาบาลในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ปัจจัย, ความตั้งใจ, หลักฐานเชิงประจักษ์, พยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

*ผู้ให้การติดต่อ ภานุพงศ์ ศรีทิพย์ e-mail: panupong.sr@cmu.ac.th

Journal of Nursing and Public Health Research

Abstract

This descriptive correlational study aimed to examine the intention and factors related to the implementation of evidence-based practice among 393 nurses working in university hospitals. The data collection tools included a questionnaire adapted from Kortteisto et al. (2010), covering the intention to use evidence-based practice, attitude toward evidence-based practice, subjective norms regarding evidence-based practice, and perceived behavioral control over evidence-based practice. The Content Validity Index (CVI) for all aspects was 1, indicating excellent content validity. Data analysis was conducted using descriptive statistic and Spearman correlation coefficients.

The research findings indicated that professional nurses working in university hospitals had a positive attitude toward evidence-based practice (Mean= 5.48, S.D. = 1.01). They exhibited a high level of subjective norms regarding evidence-based practice (Mean = 5.57, S.D. = 0.97). Their perceived ability to control and their intention to use evidence-based practice were at a moderate level (Mean = 4.06, S.D. = 0.45, Mean = 4.68, S.D. = 1.18, respectively). Attitude toward evidence-based practice, subjective norms regarding evidence-based practice, and perceived behavioral control over evidence-based practice were significantly positively correlated with the intention to use evidence-based practice among nurses (*p-value* < 0.01). This study provides guidelines for nursing administrators to support nurses in developing intentions, fostering attitudes, and promoting the ability of nursing staff to apply evidence-based practice continuously.

Keywords: Factors, Intention, Evidence-Based Practice, in University Hospital Nurses

บทนำ

การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Nursing Practice) เป็นรากฐานที่สำคัญสำหรับการพยาบาลยุคใหม่ เป็นกระบวนการบูรณาการหลักฐานที่ดีที่สุดที่มีอยู่ สอดประสานกับความเชี่ยวชาญทางคลินิกและความต้องการของผู้ป่วยเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ (Naz & Ganaie, 2024) ผ่านกระบวนการ 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดประเด็นหรือปัญหาทางคลินิก 2) การสืบค้นและรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) การประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์การติดตาม และ 5) ประเมินผลของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Steglitz, Warnick, Hoffman, Johnston, & Spring, 2015) ผลของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทำให้ผู้ป่วยลดอัตราการติดเชื้อ (Zegers, Hesselink, Geense, Vincent, & Wollersheim, 2016) ลดสภาวะการเจ็บป่วย ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล เกิดความปลอดภัยและลดอัตราการเสียชีวิต (Jylha, Oikarainen, Perala, & Holopainen, 2017)

การค้นหาวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในกระบวนการพยาบาล จะช่วยเสริมสร้างทักษะ ความเชื่อมั่น ความมั่นใจและความเชี่ยวชาญแก่พยาบาลในการดูแลผู้ป่วย เกิดการตัดสินใจและเลือกวิธีการที่ดีและทันสมัยมาใช้ในการพยาบาล ซึ่งจะส่งผลทำให้องค์กรลดค่าใช้จ่าย เกิดความคุ้มค่า คุ้มทุน และเกิดการพัฒนาทางด้านวิชาชีพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (Alatawi et al., 2020; Jylha, Oikarainen, Perala, & Holopainen, 2017)

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจัดเป็นหน่วยบริการด้านสุขภาพระดับศูนย์ความเป็นเลิศ เป็นโรงเรียนแพทย์ และเป็นศูนย์การรักษาเฉพาะโรค เช่น ศูนย์โรคหัวใจ ศูนย์มะเร็ง ศูนย์อุบัติเหตุ ศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะ เป็นต้น (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศพบว่า ระดับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพบได้ทั้งในระดับสูง (Atakro et al., 2020) ปานกลาง (Haluza, Jungwirth, & Gahbauer, 2021; Hashish & Alsayed, 2020; Shrestha, Deoisres, & Khumyu, 2018) และต่ำ (Dessie, Jara, Alem, Mulugeta, Zewdu, & Wagn, 2017; Li & Zhu, 2019; Yoo, Kim, Kim, JKim, & Ki, 2019) สำหรับประเทศไทยพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (กิตติยารัตน์ ต้นสุวรรณ์, นันทวัน สุวรรณรูป และนันทิยา วัฒายุ, 2562) และระดับต่ำ (ธีรารักษ์ นำภานนท์, วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร และอุษณีย์ จินตะเวช, 2558; ศศิวิมล ศิริรักษ์, ทัศนี ประสบกิตติคุณ และอาภาวรรณ หนูคง, 2559) สะท้อนให้เห็นว่าการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยยังไม่มากนัก ซึ่งปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้ฐานเชิงประจักษ์ คือ ความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Kortteisto, Kaila, Komulainen, Mäntyranta, & Rissanen, 2010; Guo, Berkshire, Fulton, & Hermanson, 2017)

ไอเซค เอจเซน (Icek Ajzen) (Ajzen, 1991) ผู้พัฒนาทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (The Theory of Planned Behavior (TPB)) ได้กล่าวถึงการแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล (Individual's Behaviors) ว่าเป็นผลสืบเนื่องมาจากความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรม (Behavioral Intention) โดยความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมเป็นผลลัพธ์ด้านแรงจูงใจที่เป็นผลมาจากปัจจัยจูงใจหลัก 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรม (Attitude Toward the Behavior) 2) บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm) และ 3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการแสดงพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control) ซึ่งปัจจัยด้านทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรม หมายถึง ผลลัพธ์ที่มาจากความเชื่อและการประเมินผลที่เกิดจากแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ อธิบายได้ว่าหากบุคคลมีความเชื่อว่าการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นสิ่งที่มีคุณค่า ก่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านบวกก็จะแสดงถึงการมีทัศนคติที่ดีต่อการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ทำให้บุคคลเกิดความตั้งใจและนำไปสู่การปฏิบัติในเรื่องนั้น ๆ ออกมา (ภาคย์ ชูชื่น, 2557) จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกและเป็นปัจจัยทำนายความตั้งใจแสดงพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Ajzen, 1991) โดยพบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการบูรณาการหลักฐานการวิจัยและการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Cote, Gagnon, Houme, Abdeljelil, & Gagnon, 2012) และทัศนคติเป็นปัจจัยทำนายความตั้งใจในการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kortteisto, Kaila, Komulainen, Mäntyranta, & Rissanen, 2010) นอกจากนี้ยังเป็นปัจจัยทำนายความตั้งใจของผู้บริหารในการใช้การบริหารจัดการตามหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Guo, Berkshire, Fulton, & Hermanson, 2017)

สำหรับปัจจัยด้านบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง หมายถึง การรับรู้ถึงแรงผลักดันและความคาดหวังจากสังคมรอบข้างที่ต้องการให้บุคคลกระทำหรืองดการกระทำในเรื่องหรือประเด็นนั้น ๆ และทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามความประสงค์ของบุคคลที่มีสำคัญต่อบุคคลนั้น ๆ (Ajzen, 1991) หรือกล่าวได้ว่าหากบุคคลนั้น ๆ รับรู้ถึงความคาดหวังที่มาจากบุคคลที่มีความสำคัญแล้วเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมตามความประสงค์ของบุคคลสำคัญ แสดงว่าบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงเป็นแรงผลักดันให้บุคคลมีความตั้งใจในการปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมออกมา (อนุวัตร จุลินทร, ดุษฎี โยเหลา และเพ็ชรัตน์ ไสยสมบัติ, 2562) จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกและเป็นปัจจัยทำนายความตั้งใจแสดงพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Ajzen, 1991) โดยพบว่า บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความตั้งใจของพยาบาลในการบูรณาการการใช้หลักฐานการวิจัยและการตัดสินใจทางคลินิก (Cote, Gagnon, Houme, Abdeljelil, & Gagnon, 2012) และเป็นปัจจัยทำนายความตั้งใจในการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kortteisto, Kaila, Komulainen, Mäntyranta, & Rissanen, 2010) ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม หมายถึง การรับรู้ถึงระดับความยากหรือง่ายในการที่จะกระทำ หรือแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ซึ่งเป็นผลมาจาก 1) ความเชื่อในการควบคุม (Control Belief) หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยอุปสรรค รวมทั้งโอกาสในการที่บุคคลที่จะแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ตามที่กำหนดไว้ และ 2) การรับรู้ระดับอำนาจการควบคุม (Perceived Power of Control) เป็นการรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมหรือจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ทั้งปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยอุปสรรคในการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ออกมา ซึ่งปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกและเป็นปัจจัยทำนายความตั้งใจแสดงพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Ajzen, 1991) ซึ่งพบว่าปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยทำนายความตั้งใจของพยาบาลในการบูรณาการการใช้หลักฐานการวิจัยและการตัดสินใจทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Cote, Gagnon, Houme, Abdeljelil, & Gagnon, 2012) และยังเป็นปัจจัยทำนายความตั้งใจในการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kortteisto, Kaila, Komulainen, Mäntyranta, & Rissanen, 2010)

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเขตภาคเหนือมุ่งเน้นการดำเนินงานทั้งทางด้านการศึกษา การวิจัย และการให้บริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ มุ่งมั่นพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรที่มีคุณภาพ การบูรณาการการรักษาพยาบาลที่เป็นเลิศ การศึกษาวิจัยด้านสุขภาพที่มุ่งความสำเร็จสู่ระดับสากล การเพิ่มประสิทธิภาพของบุคลากรและระบบการทำงานในองค์กร รวมทั้งรองรับผู้ป่วยที่ส่งต่อและต้องการรักษาโรคที่มีความซับซ้อน อยู่ในภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตหรือต้องใช้เทคโนโลยีด้านการรักษาพยาบาลที่ทันสมัยมากขึ้น ในด้านการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ฝ่ายการพยาบาลทุกโรงพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเขตภาคเหนือได้สนับสนุนให้มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การทำวิจัย ซึ่งประเด็นความท้ายทายที่สำคัญ เช่น การกำหนดแผนและนโยบายด้านการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน การลดอุปสรรคของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลประจำวัน เช่น การสร้างการยอมรับการเปลี่ยนแปลงให้กับพยาบาลในการให้การพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาล การจัดสรรด้านเวลาและการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเขตภาคเหนือ, 2565) โดยเฉพาะการเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลในการใช้หลักฐาน

เชิงประจักษ์ซึ่งพบว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศศิวิมล ศิริรักษ์, ทัศนี ประสบกิตติคุณ และอาภาวรรณ หนูคง, 2559) นอกจากนั้นยังพบว่าทักษะการค้นหาและทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ ความรู้เกี่ยวกับวิธีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การส่งเสริมและสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ธีรารักษ์ นำภานนท์, วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร และอุษณีย์ จินตะเวช, 2558) ซึ่งสถานการณ์จริงในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบว่า พยาบาลผู้ปฏิบัติงานได้เรียนรู้และสะสมประสบการณ์จากการปฏิบัติจริง ระดับการส่งเสริมความรู้จากหน่วยงานค่อนข้างน้อย พบข้อจำกัดด้านเวลา สมรรถนะการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และการเปลี่ยนแปลงการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในหน่วยงานเป็นต้น (โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเขตภาคเหนือ, 2565) จากความสำคัญเกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ บริบทสำคัญโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและสถานการณ์การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย อีกทั้งจากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความตั้งใจของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่มีต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาล ซึ่งประโยชน์จากการศึกษาครั้งนี้จะทำให้ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการส่งเสริมความตั้งใจของพยาบาลในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

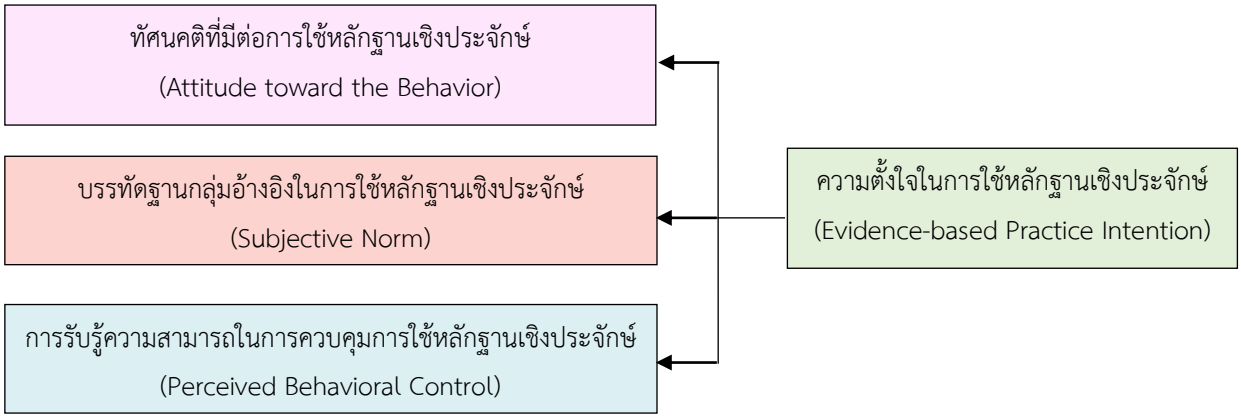
1. เพื่อศึกษาความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์กับความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

สมมติฐานการวิจัย

ทัศนคติต่อใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของเอจเซน (Ajzen, 1991) มาใช้เป็นกรอบการศึกษาความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยกำหนดให้ทัศนคติของพยาบาลที่มีต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงของพยาบาลในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมของพยาบาลการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจของพยาบาลในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1-15 ธันวาคม พ.ศ. 2565 ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เขตภาคเหนือ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลระดับปฏิบัติการ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเขตภาคเหนือจำนวน 2,951 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเขตภาคเหนือ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของยามาเน่ (Yamane, 1973, อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2550) ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.95 กำหนดความคลาดเคลื่อนในการสุ่ม 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 352 คน จากการเก็บรวบรวมข้อมูลได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 393 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. พยาบาลระดับปฏิบัติการ ปฏิบัติงานในหน่วยบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเขตภาคเหนือ
2. มีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลที่สังกัดอย่างน้อย 1 ปี

เกณฑ์การคัดออก

1. พยาบาลระดับปฏิบัติการที่อยู่ในช่วงของการลาหรือศึกษาต่อในระหว่างดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจำแนกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ตามจำนวนปีของการทำงาน และประสบการณ์การด้านการวิจัย

2. แบบสอบถามความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากเครื่องมือของคอร์ทเทียสโตและคณะ (Kortteisto, Kaila, Komulainen, Mäntyranta, & Rissanen, 2010) ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามด้านความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วยข้อคำถามนำ 1 ข้อ และข้อคำถามย่อย 5 ข้อ กำหนดคำตอบเป็นระดับคะแนนตามมาตรวัดการประเมินค่า (Rating Scale) 7 ระดับ ได้แก่ ไม่มีความตั้งใจเลย (1 คะแนน) ถึงตั้งใจมากที่สุด (7 คะแนน)

2.2 แบบสอบถามด้านทัศนคติในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ มีการกำหนดข้อคำถามนำในแต่ละตัวแปร 1 ข้อ ข้อคำถามย่อยจำนวน 3 ข้อ กำหนดคำตอบเป็นระดับคะแนนตามมาตรวัดลิเคิร์ท (Likert Scales) 7 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยเป็นอย่างมาก (1 คะแนน) ถึงเห็นด้วยมากที่สุด (7 คะแนน)

2.3 แบบสอบถามด้านบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ มีการกำหนดข้อคำถามนำในแต่ละตัวแปร 1 ข้อ ข้อคำถามย่อยจำนวน 3 ข้อ กำหนดคำตอบเป็นระดับคะแนนตามมาตรวัดลิเคิร์ท (Likert Scales) 7 ระดับ ได้แก่ ควรนำมาใช้ (1 คะแนน) ถึงควรนำมาใช้อย่างเต็มที่ (7 คะแนน)

แบบสอบถามข้อ 2.1-2.3 มีการกำหนดการแปลผลตามระดับคะแนนเฉลี่ยของคะแนนโดยรวมและรายข้อ 3 ระดับ ได้แก่ ช่วงคะแนน 1.00-3.00, 3.01-5.00 และ 5.01-7.00 หมายถึง ความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลมีอยู่ในระดับต่ำ ปานกลางและสูง ตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ทัศนคติต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index (CVI)) ในแต่ละตัวแปรเท่ากับ 1.0

ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยทดลองใช้แบบสอบถามกับพยาบาลระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือ ที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ทัศนคติต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลได้เท่ากับ 0.90, 0.70, 0.80 และ 0.70 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากงานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และผ่านการอนุมัติตามหลักเกณฑ์ด้านจริยธรรมการวิจัยและการเก็บรวมรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้างานการพยาบาลแต่ละงานการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตพบผู้ประสานงาน

การวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดของแบบสอบ และการสอบถามสิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากงานวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงวิธีการติดต่อผู้วิจัยหากมีข้อสงสัย ก่อนจะทำการส่งมอบเอกสารการวิจัยที่บรรจุในซองเอกสารปิดผนึก พร้อมกับรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสุ่มจนครบทุกหน่วยงาน โดยผู้วิจัยมีการติดต่อและประสานงานกับผู้ประสานงานการวิจัยเป็นระยะเพื่อรับทราบ และแก้ไขปัญหา ผู้วิจัยขอรับแบบสอบถามที่บรรจุในซองปิดผนึกและรวมรวมไว้ในกล่องบรรจุเอกสารคืนผู้วิจัยจากผู้ประสานงานการวิจัยประมาณ 1 สัปดาห์ ติดตามเอกสารคงค้างประมาณ 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นทำการประเมินและวิเคราะห์จำนวนความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำแนกความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

2. วิเคราะห์ข้อมูลความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์กับความตั้งใจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยด้วยสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation) เนื่องจากผลการใช้สถิติทดสอบการกระจายข้อมูลโคลโมโกรอฟ-สเมอร์นอฟ (Kolmogorov-Smonov test (KS)) พบว่า คะแนนเฉลี่ยของแต่ละตัวแปรมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารเลขที่ 065/2565 วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 โดยอาสาสมัครการวิจัยจะได้รับข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับโครงการ รูปแบบ สิทธิ การปฏิบัติ ระยะเวลา ความเสี่ยง ความไม่สะดวกสบาย ประโยชน์ ค่าตอบแทน การป้องกันรักษาข้อมูลอาสาสมัคร รวมทั้งช่องทางการติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมผ่านผู้ประสานงานวิจัยและเอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัครโครงการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 93.40 มีอายุอยู่ระหว่าง 23-60 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 93.10 มีประสบการณ์ตามจำนวนปีของการทำงาน 10-20 ปี ร้อยละ 26.00 และไม่มีประสบการณ์ด้านการวิจัยร้อยละ 54.70 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=393)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	26	6.60
หญิง	367	93.40
อายุ (Mean = 34.67 S.D. = 9.64, Min. = 23 Max. = 60)		
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	366	93.10
ปริญญาโท	27	6.90
ประสบการณ์ตามจำนวนปีของการทำงาน		
1 - 3 ปี	62	15.80
4 - 5 ปี	73	18.60
6 - 10 ปี	85	21.60
11 - 20 ปี	102	26.00
21 ปี ขึ้นไป	71	18.00
ประสบการณ์ด้านการวิจัย		
หัวหน้าโครงการวิจัย	30	7.60
เป็นผู้ร่วมวิจัย ช่วยเก็บข้อมูลวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล	146	37.20
ไม่มีประสบการณ์ด้านการวิจัย	215	54.70

2. ความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์โดยรวมของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 4.68, S.D. = 1.18) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าระดับความตั้งใจในการประยุกต์ใช้ข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์และความตั้งใจในการติดตามและประเมินผลของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ในระดับสูง (Mean = 5.16, S.D. = 1.27; Mean = 5.01, S.D. = 1.29 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (n=393)

ตัวแปร	(Mean)	(S.D.)	ระดับ
ความตั้งใจในการกำหนดประเด็นหรือปัญหาทางคลินิก	4.43	1.34	ปานกลาง
ความตั้งใจในการสืบค้นและรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์	4.44	1.38	ปานกลาง
ความตั้งใจในการประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์	4.45	1.38	ปานกลาง
ความตั้งใจในการประยุกต์ใช้ข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์	5.16	1.27	สูง
ความตั้งใจในการติดตามและประเมินผลของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์	5.01	1.29	สูง
รวม	**4.68**	**1.18**	**ปานกลาง**

3. ความสัมพันธ์ระหว่าง ทัศนคติต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การรับรู้ในการควบคุมในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่างทัศนคติต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เท่ากับ 0.52, 0.54 และ 0.35 ตามลำดับ โดยทั้ง 3 ปัจจัยมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกระดับปานกลางกับความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่างทัศนคติต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การรับรู้ในการควบคุมในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (n=393)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์	ความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์(r_S)	ระดับ
ทัศนคติในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์	0.52*	ปานกลาง
บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์	0.54*	ปานกลาง
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์	0.35*	ปานกลาง

*p-value < 0.01

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในการศึกษานี้สามารถอภิปรายผล ดังนี้

ด้านความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โค๊ต และคณะ (Cote, Gagnon, Houme, Abdeljelil, & Gagnon, 2012) ที่ได้ศึกษาความตั้งใจของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประเทศแคนาดา จำนวน 336 คน ในการบูรณาการหลักฐานการวิจัยและการตัดสินใจทางคลินิกภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนและ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจของพยาบาลในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติทางคลินิกอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากตามกรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยอุปสรรคและปัจจัยด้านสมรรถนะของบุคคล ซึ่งในบริบทของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีการสนับสนุนในเรื่องการสืบค้นและรวบรวมข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล เพื่อการรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ แล้วพัฒนาเป็นคู่มือและแนวทางปฏิบัติสำคัญที่สอดคล้องกับการดำเนินงานขององค์กร จัดพิมพ์และแจกจ่ายให้แต่ละหน่วยงาน ในปัจจุบันได้พัฒนาเป็นระบบ Electronic Learning ทำให้สามารถเข้าไปศึกษาได้ง่ายขึ้น อย่างไรก็ตามยังมีความท้าทายในเรื่องการกำหนดแผนนโยบายที่ชัดเจน การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การพัฒนาทักษะด้านภาษา อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ ฐานข้อมูลสำหรับการสืบค้นงานการพยาบาล ห้องสมุดหรือแหล่งรวบรวมเอกสารสำหรับพยาบาล รวมทั้งการสนับสนุนด้านเวลาและเปิดโอกาสให้พยาบาลสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งอาจส่งผลต่อระดับของความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลและทำให้ระดับคะแนนตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลลดลงอยู่ในระดับปานกลาง

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบว่า ทัศนคติต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกระดับปานกลางกับความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ของคอร์ทเทียสโตและคณะ (Kortteisto, Kaila, Komulainen, Mäntyranta, & Rissanen, 2010) ที่พบว่า ทัศนคติเป็นปัจจัยทำนายความตั้งใจใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าทัศนคติของพยาบาลต่อการบูรณาการหลักฐานการวิจัยและการตัดสินใจนำไปใช้ทางคลินิกมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกระดับปานกลางกับความตั้งใจการบูรณาการหลักฐานการวิจัยและการตัดสินใจนำไปใช้ทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Cote, Gagnon, Houme, Abdeljelil, & Gagnon, 2012) จากทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของแอปเปิลบายและคณะ (Appleby, Roskell, & Daly, 2017) ได้ข้อสรุปว่า ทัศนคติเป็นปัจจัยที่ทำนายความตั้งใจที่เด่นชัดในกลุ่มพยาบาล ในด้านการบริหารพบว่า ทัศนคติเป็นปัจจัยทำนายความตั้งใจที่จะใช้การบริหารจัดการโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างมีนัยสำคัญ (Guo, Berkshire, Fulton, & Hermanson, 2017) ซึ่งสามารถอภิปรายว่า ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนทัศนคติที่มีต่อพฤติกรรมเป็นความเชื่อ และ

การประเมินผลของบุคคลจากการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ หากบุคคลเชื่อว่าการกระทำนั้น ๆ มีคุณค่าและเกิดผลลัพธ์ด้านบวก บ่งบอกถึงการมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้น ๆ และจะส่งผลทำให้บุคคลเกิดเกิดความตั้งใจในการที่จะแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ออกมา หากบุคคลมีความเชื่อในลักษณะในทางตรงกันข้าม แสดงถึงการมีทัศนคติเชิงลบก็จะทำให้ความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมลดน้อยลง (ภาคย์ ชูชื่น, 2557)

ผลการวิจัยนี้ยังพบว่า บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกระดับปานกลางกับความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโค๊ต และคณะ (Cote, Gagnon, Houme, Abdeljelil, & Gagnon, 2012) ที่พบว่า บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญสถิติกับความตั้งใจในการบูรณาการหลักฐานการวิจัยและการตัดสินใจทางคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยโกดิน และคณะ (Godin, Naccache, Morel, & E´ bacher, 2000) ระบุว่าบุคคลอ้างอิงที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจใช้หลัก Universal Precaution ของพยาบาลขณะเจาะเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพื่อนพยาบาล หัวหน้างาน กรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ ผู้ป่วยที่มีความรู้ สมาชิกในครอบครัว และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่ทำงานในโรงพยาบาล กลุ่มบุคคลอ้างอิงดังกล่าว ส่วนคอร์ทเทียสโตและคณะ (Kortteisto, Kaila, Komulainen, Mäntyranta, & Rissanen, 2010) ระบุว่าเพื่อนร่วมวิชาชีพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจของพยาบาลในการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คล้ายคลึงกับการศึกษานี้ที่พบว่า ผู้บริหารระดับต้นและระดับกลาง เพื่อนร่วมงานด้านการพยาบาล แพทย์และผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยนี้แตกต่างจากการศึกษา ของ กูโอ และคณะ (Guo, Berkshire, Fulton, & Hermanson, 2017) ที่พบว่าบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงไม่เป็นปัจจัยทำนายความตั้งใจตั้งใจใช้วิธีการบริหารจัดการโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของผู้บริหารงานด้านการดูแลสุขภาพของสหรัฐอเมริกาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่ออธิบายตามกรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน เอจเซน (Ajzen, 1991) ได้กล่าวถึงความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมเป็นผลมาจากบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงซึ่งเป็นการรับรู้ถึงแรงผลักดันจากสังคมรอบข้างที่ต้องการให้บุคคลนั้น ๆ กระทำหรืองดการกระทำในเรื่องหรือประเด็นนั้น ๆ ที่เป็นผลมาจากของความเชื่อเกี่ยวกับบุคคลอ้างอิง (Normative Beliefs) หมายถึง ความเชื่อที่มาจากการอ้างอิงบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น ๆ ทั้งที่เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยต่อการกระทำหรือการแสดงพฤติกรรมในเรื่องหรือประเด็นนั้น ๆ ดังนั้น บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงจึงเกิดจากการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความคาดหวังและปฏิกิริยาที่มาจากบุคคลที่มีสำคัญความต่อบุคคลคนนั้นให้กระทำหรืองดกระทำในเรื่องหรือประเด็นนั้น ๆ (Normative Expectations) และเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามความประสงค์ของบุคคลที่มีสำคัญความต่อบุคคลคนนั้น (Motivation to Comply) โดยกลุ่มอ้างอิงที่สำคัญ ได้แก่ เพื่อน ครอบครัว แฟน พี่น้องและสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัว กล่าวคือ หากบุคคลที่มีความสำคัญต่อบุคคลคนนั้นคาดหวังให้มีการปฏิบัติหรือกระทำในประเด็นนั้น ๆ แล้วบุคคลคนนั้นปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมตามความประสงค์ของบุคคลสำคัญ แสดงถึงบุคคลคนนั้นได้รับแรงผลักดันจากสังคมรอบข้างและส่งผลให้บุคคลมีความตั้งใจในการปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมออกมา หากบุคคลมีการรับรู้ในลักษณะตรงกับข้ามจะเป็นสิ่งที่แสดงถึงการไม่มี

แรงผลักดันจากสังคมรอบข้างและไม่ส่งผลต่อความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรม (อนุวัตร จุลินทร, ดุษฎี โยเหลา และเพ็ชรัตน์ ไสยสมบัติ, 2562) ซึ่งจากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกทั้งในระดับต่ำถึงระดับสูง อีกทั้งยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจแสดงพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทาง (Ajzen, 1991)

นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกระดับปานกลางกับความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ฟอรสแมน และคณะ (Forsman, Wallin, Gustavsson, & Rudman, 2012) ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุม ในการนำหลักฐานจากการวิจัยไปประยุกต์ใช้มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการนำหลักฐานจากการวิจัยไปประยุกต์ใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับผลจากการศึกษาสหสัมพันธ์โดยวิธีการสร้างโมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling) ของรามิสและคณะ (Ramis, Chang, & Lisa Nissen, (2019) ที่พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่อยู่ในแบบจำลอง 4 ใน 5 แบบจำลอง ได้แก่ ความเชื่อมั่นในตนเองที่มีต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การสืบค้น การนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปประยุกต์ใช้และการประเมินผลจากการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจของพยาบาลหลังจบการศึกษาระดับปริญญาตรีในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากปัจจัยดังกล่าวจะมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจแล้วยังเป็นปัจจัยทำนายความตั้งใจของพยาบาลในการบูรณาการใช้หลักฐานการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Cote, Gagnon, Houme, Abdeljelil, & Gagnon, 2012) เป็นปัจจัยทำนายความตั้งใจในการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kortteisto, Kaila, Komulainen, Mäntyranta, & Rissanen, 2010) และเป็นปัจจัยที่ทำนายความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Labraguea et al., 2020) อีกด้วย กูโอ และคณะ (Guo, Berkshire, Fulton, & Hermanson, 2017) จึงได้ให้ข้อสรุปไว้ว่าปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมเป็นปัจจัยทำนายที่มีความชัดเจนที่สุดอย่างมีนัยสำคัญต่อความตั้งใจใช้วิธีการบริหารจัดการโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เมื่ออธิบายตามกรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน เอจเซน (Ajzen, 1991) ได้ระบุว่าส่วนหนึ่งของความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมเป็นผลมาจากการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับระดับความยากหรือง่ายในการที่จะกระทำหรือแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ในเรื่องนั้น ๆ ออกมาเป็นผลมาจากปัจจัย 2 ปัจจัย ได้แก่ ความเชื่อในการควบคุมและการรับรู้ระดับอำนาจการควบคุม นอกจากนั้นผลจากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาของ เอจเซน พบว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกและเป็นปัจจัยทำนายความตั้งใจแสดงพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนให้พยาบาลเกิดความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยการเสริมสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น การสร้างบรรยากาศให้บุคลากรเห็นความสำคัญของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ผ่านการกำหนดนโยบายและแผนที่ชัดเจน สร้างบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยสนับสนุนให้บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วมในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในหน่วยงาน ลดปัจจัยอุปสรรคในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์โดยเฉพาะข้อจำกัดด้านเวลา เสริมปัจจัยสนับสนุนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น ระบบคอมพิวเตอร์และฐานข้อมูลทางการพยาบาลผ่านระบบอินเตอร์เน็ต ห้องสมุดเพื่อการสืบค้นข้อมูล เร่งพัฒนาสมรรถนะพยาบาลที่สอดคล้องตามกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และการวิจัย รวมทั้งเปิดโอกาสให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ซึ่งจะทำให้พยาบาลมีระดับการรับรู้ความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยอุปสรรคและหรือปัจจัยส่งเสริมในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์กับความตั้งใจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาล
2. ควรศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายความตั้งใจของพยาบาลในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์
3. ควรศึกษาเกี่ยวกับความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยทุกภูมิภาคของประเทศ
4. ควรศึกษาเกี่ยวกับความตั้งใจในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ

เอกสารอ้างอิง

กิตติยารัตน์ ต้นสุวรรณ์, นันทวัน สุวรรณรูป และนันทิยา วัฒายุ. (2562). การรับรู้อุปสรรคการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ทัศนคติ และประสบการณ์ การวิจัยต่อการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, *25*(2), 25-40.

ธีรารักษ์ นำภานนท์, วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร และอุษณีย์ จินตะเวช. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. *พยาบาลสาร*, *42*, 49-60.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัย The methodology in nursing research*. กรุงเทพฯ: ยูแอนไออินเตอร์มีเดีย.

ภาคย์ ชูชื่น. (2557). *ระดับการยอมรับของลูกค้าต่อการประชาสัมพันธ์ของการประปาส่วนภูมิภาคสาขาเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเขตภาคเหนือ. (2565). *ข้อมูลวิสัยทัศน์ พันธกิจ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเขตภาคเหนือ*. สืบค้นเมื่อ 25 กันยายน 2566 จาก https://med.nu.ac.th/nuh/index.php/pages/vision

ศศิวิมล ศิริรักษ์, ทัศนี ประสบกิตติคุณ และอาภาวรรณ หนูคง. (2559). ปัจจัยทำนายการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของพยาบาลเด็ก. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, *34*(1), 5-15.

สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *แนวทางการพัฒนาระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

อนุวัตร จุลินทร, ดุษฎี โยเหลา และเพ็ชรัตน์ ไสยสมบัติ. (2562). ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลและทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน: การนำไปประยุกต์ใช้ด้านธุรกิจ. *Humanities, Social Sciences, and Arts*, *12*(5), 128-145.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, *50*, 179-211.

Alatawi, M., et al. (2020). Barriers of implementing evidence-based practice in nursing profession: A literature review. *American Journal of Nursing Science*, *9*(1), 35-42. https://doi.org/10.11648/j.ajns.20200901.16

Appleby, B., Roskell, C., & Daly, W. (2017). What are health professionals' intentions toward using research and products of research in clinical practice? A systematic review and narrative synthesis. *Collection of Nursing*, *3*, 1-12.

Atakro, C. A., et al. (2020). Knowledge, attitudes, practices and perceived barriers of evidence-based practice among registered nurses in a Ghanaian Teaching Hospital. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, *12*, 100204. https://doi.org/10.1016/j.ijans.2020.100204

Cote, F., Gagnon, J., Houme, P. K., Abdeljelil, A. B., & Gagnon, M. P. (2012). Using the Theory of Planned Behaviour to predict nurses' intention to integrate research evidence into clinical decision-making. *Journal of Advance Nursing*, *68*(10), 2289-2298. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.20110.05922.x

Dessie, G., Jara, D., Alem, G., Mulugeta, H., Zewdu, T., & Wagn, F. (2017). Evidence-based practice and associated factors among health care providers working in public hospitals in northwest ethiopia during 2017. *Current Therapeutic Research*, *93*, 100613. https://doi.org/10.1016/j.curtheres.2020.100613

Forsman, H., Wallin, L., Gustavsson, P., & Rudman, A. (2012). Nursing students' intentions to use research as a predictor of use one year post graduation: A prospective study. *International Journal of Nursing Studies*, *49*, 1155-1164. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.04.002

Godin, G., Naccache, H., Morel, S., & E´ bacher, M. F. (2000). Determinants of nurses' adherence to Universal precautions for venipunctures. *American Journal of Infection Control*, *28*(5), 359-364. https://doi.org/10.1067/mic.2000.107594

Guo, R., Berkshire, S. D., Fulton, L. V., & Hermanson, P. M. (2017). Predicting intention to use evidence-based management among U.S. healthcare administrators: Application of the theory of planned behavior and structural equation modeling. *International Journal of Health Care Management*, *12*, 25-32. https://doi.org/10.1080/20479700.2017.1336856

Haluza, D., Jungwirth, D., & Gahbauer, S. (2021). Evidence-based practices and use among employees and students at an Austrian Medical University. *Journal of Clinical Medicine*, *10*(19), Article 4438. https://doi.org/10.3390/jcm10194438

Hashish, E. A. A., & Alsayed, S. (2020). Evidence-based practice and its relationship to quality improvement: A cross-sectional study among egyptian nurses. *The Open Nursing Journal*, *14*, 254-262. https://doi.org/10.2174/1874434602014010254

Jylha, V., Oikarainen, A., Perala, M. L., & Holopainen, A. (2017). *Facilitating evidence-based practice in nursing and midwifery in the WHO European Region.* Retrieved September 2023 from https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0017/348020/WH06_EBP_report_complete.pdf

Kortteisto, T., Kaila, M., Komulainen, J., Mäntyranta. T., & Rissanen, P. (2010). Health care professionals' intentions to use clinical guidelines: A survey using the theory of planned behaviour. *Implementation Science*, *5*, 51. https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-51

Labraguea, L. J., et al. (2020). Capability beliefs and the intention to adopt evidence based practices in the future among nursing students: An international study. *Journal of Professional Nursing*, *36*(5), 301-307.

Li, S., & Zhu, X. (2019). Evidence-based practice: Knowledge, attitudes, implementation, facilitators, and barriers among community nurses-systematic review. *Medicine*, *98*(39), e17209. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000017209

Naz, H., & Ganaie, N., A. (2024). Evidence-based practice in nursing: A comprehensive Review. *Clinical Medicine and Health Research Journal*, *3*(6), 713-715. https://doi.org/10.18535/cmhrj.v3i6.254

Ramis, M. A., Chang, A., & Lisa Nissen, L. (2019) Factors influencing undergraduate students' intention to use evidence-based practice after graduation: Development and validation of a theory-based prediction model. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *16*(5), 397-407.

Shrestha, S., Deoisres, W., & Khumyu, A. (2018). Knowledge attitude perceived barriers and evidence-based nursing practice among nurses at tertiary level hospital in Dharan, Nepal. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal, 13*(1), 39-45.

Steglitz, J., Warnick, J. L., Hoffman, S. A., Johnston, W., & Spring, B. (2015). Evidence-based practice. *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*, *8*, 331-338.

Yoo, J. Y., Kim, J. H., Kim, J. S., Kim, H. L., & Ki, J. S. (2019). Clinical nurses' beliefs, knowledge, organizational readiness and level of implementation of evidence-based practice: The first step to creating an evidence-based practice culture. *PLOS ONE*, *14*(12), e0226742. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226742

Zegers, M., Hesselink, G., Geense, W., Vincent, C., & Wollersheim, H. (2016). Evidence-based interventions to reduce adverse events in hospitals: A systematic review of systematic reviews. *British Medical Journal*, *6*, e012555. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012555

Journal of Nursing and Public Health Research

อิทธิพลของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการวางแผนการพยาบาลต่อการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

The Influences of Stress, Social Support, and Nursing Care Plan Capability on Nursing Practice among Nursing Students

สุภาณี คลังฤทธิ์[1], สุวรรณี สร้อยสงค์[2*], ปิยพงศ์ สอนลบ[1], จินดาวรรณ เงารัศมี[1],
สมาภรณ์ เทียนขาว[1], นันทวรรณ ธีรพงศ์[3], ฉันทนา โสวัตร[4]

Supanee Klungrit [1], Suwannee Sroisong[2*], Piyapong Sornlob[1], Jindawan Ngaoratsamee[1],
Samaphorn Theinkaw[1], Nantawan Teerapong [3], Chantana Sowat[4]

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข[1], คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น[2],
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข[3],
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข[4]

Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health[1]
Faculty of Nursing, Northern College[2], Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok Province, Faculty of Public Health and Allied Health Science,
Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health [3], Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi Province,
Faculty of Public Health and Allied Health Science, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health [4]

(Received: December 20, 2023; Revised: February 19, 2024; Accepted: March 22, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบการทำนายเพื่อศึกษาอิทธิพลของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการวางแผนการพยาบาลต่อการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในวิชาปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2566 จำนวน 123 คน โดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบประเมินความเครียดสวนปรุง 2) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม 3) แบบประเมินความสามารถในการวางแผนการพยาบาล และ 4) แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.67-1.00 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94, 0.83, 0.89, 0.91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation) และสถิติความถดถอยพหุคูณแบบขั้น (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเครียด ($r = -0.23$, *p-value* = 0.005) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว เพื่อน และอาจารย์ ($r=0.21$, *p-value* = 0.009; $r=0.25$, *p-value* = 0.006; $r=0.19$, *p-value* = 0.02) ตามลำดับ และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสามารถในการวางแผนการพยาบาล ($r=0.61$, *p-value* < 0.001) ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการพยาบาลฯ มี 2 ตัวแปร คือ ความสามารถในการวางแผนการพยาบาล และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ซึ่งทั้งสองตัวแปรสามารถพยากรณ์การปฏิบัติการพยาบาล ได้ร้อยละ 40.80 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R^2) เท่ากับ 0.41 (*p-value* < 0.05) ผลจากการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ในการเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพัฒนาการจัดการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ความเครียด, การสนับสนุนทางสังคม, การวางแผนการพยาบาล, การปฏิบัติการพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ สุวรรณี สร้อยสงค์ email: suwannee.bcn2@gmail.com

Abstract

The objective of this predictive correlational study was to investigate the influence of stress, social support, and capability in nursing care planning on nursing practice among nursing students during fundamental nursing practice at Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj. Participants were 123 second-year nursing students in the academic year 2566, selected by simple random sampling. The data collection tools included: 1) stress scale, 2) social support scale, 3) nursing care planning capability scale, and 4) nursing performance scale, with congruence indices of 0.67-1.00, and reliabilities of 0.94, 0.83, 0.89, and 0.91, respectively. Data were analyzed using descriptive statistic, Pearson's correlation, and stepwise multiple regression analysis.

The results showed that the nursing performance had a negative correlation with stress (r= -0.23, *p-value* = 0.005) and a positive correlation with social support from family, friends, and teachers (r=0.21, *p-value* = 0.009; r=0.25, *p-value* = 0.006; r=0.19, *p-value* = 0.02) respectively. Moreover, there was a positive correlation with the capability to plan nursing care (r=0.61, *p-value* < 0.001). The variables influencing nursing practice were identified as two variables: the capability to plan nursing care and social support from friends, which together predicted nursing practice performance by 40.80% with a coefficient of determination (R^2) of 0.41 (*p-value* < 0.05). The findings from this research can be beneficial as fundamental data for the development of teaching management to enhance nursing practice efficiency for nursing students.

Keywords: Stress, Social Support, Nursing Care Plan, Nursing Practices

บทนำ

การเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีความรู้ ความสามารถในการประยุกต์ความรู้ทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้องไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลในการให้บริการสุขภาพทุกช่วงวัยทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย และมีทักษะชีวิต มีคุณธรรม จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ (คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข, 2565) วิชาชีพพยาบาลเป็นงานที่ปฏิบัติโดยตรงต่อชีวิตมนุษย์ในบทบาทช่วยเหลือ ป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพผู้รับบริการ รวมทั้งช่วยเหลือแพทย์ในการรักษาโรค ทั้งนี้จึงต้องอาศัยความรู้เฉพาะทางการพยาบาลในการปฏิบัติงาน และทำงานด้วยความรับผิดชอบ รอบคอบ ระมัดระวัง เพราะการผิดพลาดอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต (ประวีดา คำแดง, 2564; สืบตระกูล ตันตลานุกูล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2560) การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล จึงประกอบด้วยการเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎี ภาคทดลอง และภาคปฏิบัติ โดยเฉพาะการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกเป็นหัวใจสำคัญที่จะพัฒนาความรู้ ทักษะเชิงวิชาชีพพยาบาล ทักษะการคิด

เชิงวิเคราะห์ (Critical Thinking) และทักษะการแก้ปัญหา (Problem-Solving Abilities) จึงเป็นการบ่มเพาะความเป็นวิชาชีพให้กับนักศึกษาพยาบาล (Zheng, Jiao, & Hao, 2022)

การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติในคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาลเป็นการจัดประสบการณ์ให้นักศึกษาได้นำความรู้ภาคทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยและผู้รับบริการในสถานการณ์จริง ภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติในคลินิก (ประวีดา คำแดง, 2564; Zheng, Jiao, & Hao, 2022) การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ระหว่างการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกนั้น นักศึกษาพยาบาลจะได้รับการมอบหมายให้วางแผนการพยาบาลก่อนที่จะปฏิบัติงานจริงกับผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการวางแผนการพยาบาล เพื่อให้การเรียนรู้ในคลินิกจะเป็นไปตามผลลัพธ์การเรียนรู้ที่กำหนดไว้ กระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล จะเห็นได้ว่ากระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ที่ส่งเสริมนักศึกษาให้เกิดการคิดวิเคราะห์ คิดแก้ปัญหาเชื่อมโยงความรู้สู่การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพในบทบาทเชิงวิชาชีพพยาบาลและยังส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ (Bassah, Epie, & Ngunde, 2023; Löfgren, Wälivaara, Strömbäck, & Lindberg, 2023) แต่อย่างไรก็ตามการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริงกับผู้ป่วย ทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความเครียด เนื่องจากไม่มั่นใจความรู้ ความสามารถของตน ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ไม่มีความชำนาญในทักษะหัตถการต่าง ๆ เช่น หัตถการการพยาบาล การสื่อสารกับผู้ป่วยหรือบุคลากรทีมสุขภาพ อีกทั้งสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยที่เต็มไปด้วยความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมาน และอุปกรณ์ทางการแพทย์ เป็นต้น (ธนพล บรรดาศักดิ์, นฤมล จันทรเกษม, อลิษา ทรัพย์สังข์ และวรรณา ชัยชนะรุ่งเรือง, 2564; ประวีณา คำแดง, 2564; Arpanantikul& Pratoomwan, 2017) หากนักศึกษามีความเครียดระดับสูงและรุนแรงจะเกิดความกดดัน การเรียนรู้ลดลง เบื่อหน่ายในการเรียน อ่อนล้าทั้งกายและใจ ส่งผลต่อสุขภาพและผลการเรียนแย่ลง (ธนพล บรรดาศักดิ์, นฤมล จันทรเกษม, อลิษา ทรัพย์สังข์ และวรรณา ชัยชนะรุ่งเรือง, 2564; ประวีณา คำแดง, 2564, 2564; Ghod, Ebadi, Nia, Allen & Ali-Abadi, 2023) ขณะที่ระดับความเครียดต่ำหรือปานกลางจะกระตุ้นให้ผู้เรียนขยันอดทนมากขึ้น (greater perseverance) นำมาซึ่งความสำเร็จในการเรียน (Onieva-Zafra, Fernandez-Munoz, Fernandez-Martinez, Garcia-Sanchez, Abreu-Sanchez, & Parra-Fernandez, 2020; Zheng, Jiao, & Hao, 2022) และยังส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ (Rafati, Nouhi, Sabzevan, & Dehghan, 2017)

จากการทบทวนงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความเครียดระดับสูง โดยเฉพาะในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลครั้งแรกของนักศึกษาพยาบาล พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่คิดว่าตนเองขาดทักษะการปฏิบัติการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล และมีบริบทเกี่ยวกับตัวอาจารย์ เพื่อน และครอบครัวของนักศึกษาที่ทำให้นักศึกษารู้สึกเครียด ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในวิชาดังกล่าว (สืบตระกูล ตันตลานุกูล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2560; Liu, Yang, Chen, Zhang, Zeng, & Li, 2022) และพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล มีหลากหลายปัจจัย ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล ความมั่นใจ การเผชิญปัญหา และ/หรือ การสนับสนุนทางสังคม (สืบตระกูล ตันตลานุกูล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2560;

Arpanantikul & Pratoomwan, 2017; Liu, Yang, Chen, Zhang, Zeng, & Li, 2022; Radeef & Faisal, 2020) ความรู้และทักษะไม่เพียงพอ (ประวีณา คำแดง, 2564) ความสามารถในการวางแผนการพยาบาล (สกุลรัตน์ เตียววานิช, 2562; Löfgren, Wälivaara, Strömbäck, & Lindberg, 2023; Moghadas & Kesbakhi, 2020) ความพร้อมในการปฏิบัติการพยาบาล และการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ (สุชาดา อินทรกำแหง และพีระ เรืองฤทธิ์, 2559)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยด้านความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการวางแผนการพยาบาล ซึ่งเป็นปัจจัยที่จะส่งผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากการสำรวจความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2565 ของสถานศึกษาแห่งหนึ่ง พบว่า ก่อนขึ้นฝึกวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล นักศึกษาพยาบาลมีความเครียดระดับรุนแรง ร้อยละ 17.27 และความเครียดระดับสูง ร้อยละ 45.45 (งานกิจการนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช, 2566) ซึ่งความเครียดระดับสูงและรุนแรงทำให้การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลลดลง เกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายในการเรียน ร่างกายและจิตใจหมดเรี่ยวแรง ส่งผลต่อสุขภาพและผลการเรียนแย่ลง (ธนพล บรรดาศักดิ์, นฤมล จันทรเกษม, อลิษา ทรัพย์สังข์ และวรรณา ชัยชนะรุ่งเรือง, 2564; ประวีณา คำแดง, 2564; Ghod, Ebadi, Nia, Allen & Ali-Abadi, 2023) ขณะที่ระดับความเครียดต่ำหรือปานกลางจะกระตุ้นให้ผู้เรียนขยันอดทนมากขึ้น นำมาซึ่งความสำเร็จในการเรียน (Onieva-Zafra, Fernandez-Munoz, Fernandez-Martinez, Garcia-Sanchez, Abreu-Sanchez, & Parra-Fernandez, 2020; Zheng, Jiao, & Hao, 2022)

นอกจากนี้จากการศึกษานำร่องของสถานศึกษาแห่งหนึ่ง พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ ร้อยละ 77.55 มีความเครียดขณะฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากกลัวทำหัตถการพยาบาลไม่ได้ กลัวทำงานผิดพลาด และ/หรือให้การดูแลผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ รองลงมา คือ กลัววางแผนการพยาบาลไม่ดี ร้อยละ 23.81 อีกทั้งนักศึกษากังวลเกี่ยวกับการปรับตัวกับอาจารย์ เจอเพื่อนที่ไม่ให้ความช่วยเหลือ งานที่ได้รับมอบหมายมากเกินไป จนพักผ่อนไม่เพียงพอ บางรายมีปัญหาครอบครัวทั้งเรื่องการเงิน และการได้รับการสนับสนุนกำลังใจจากครอบครัว ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นกับนักศึกษาพยาบาลกลุ่มนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา กล่าวคือ นักศึกษามีความเครียดในการฝึกภาคปฏิบัติเนื่องจากมีความรู้ไม่เพียงพอ ไม่มีความชำนาญในทักษะหัตถการต่าง ๆ ไม่มั่นใจในความสามารถของตน ขาดทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยหรือบุคลากรทีมสุขภาพ เป็นต้น (ธนพล บรรดาศักดิ์, นฤมล จันทรเกษม, อลิษา ทรัพย์สังข์ และวรรณา ชัยชนะรุ่งเรือง, 2564; ประวีณา คำแดง, 2564; Arpanantikul & Pratoomwan, 2017) อีกทั้งการขาดการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความเบื่อหน่ายในการเรียน (Academic Burnout) ซึ่งการเบื่อหน่ายในการเรียนเกิดจากความเครียด ภาระงานที่หนัก มีความเหนื่อยล้าทางร่างกายและจิตใจ และขาดบุคคลให้คำปรึกษาหรือสนับสนุนช่วยเหลือด้านต่าง ๆ (Kim & Lee, 2022) จากสภาพปัญหาดังกล่าว หากนักศึกษาพยาบาลมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากครอบครัว เพื่อน และอาจารย์ ช่วยเกื้อหนุนในขณะฝึกภาคปฏิบัตินักศึกษาพยาบาลจะมีความเครียดลดลง มีการปรับตัวที่เหมาะสมสามารถผ่านปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตต่อไปในทางที่ดีขึ้น (Onieva-Zafra, Fernandez-Munoz, Fernandez-Martinez, Garcia-Sanchez, Abreu-Sanchez, & Parra-Fernandez, 2020)

การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในการให้การช่วยเหลือด้านต่าง ๆ (Interpersonal Supportive Process) ได้แก่ การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้ความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ ให้การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน เป็นต้น (Donovan & Greenwell, 2021) การสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้บุคคลมีแรงจูงใจหรือพลังเชิงบวก สามารถปรับตัวและจัดการเหตุกาณ์ยุ่งยากที่เข้ามาในชีวิต ผลที่ตามมา คือ ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด (Far et al., 2017; Zhou, Sukpasjaroen, Wu, Gao, Chankoson, & Cai, 2022) การสนับสนุนทางสังคมของนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มาจากครอบครัว เพื่อน และอาจารย์ (Carey, Kent, & Latour, 2018; Kim & Lee, 2022; Radeef, Faisal & Khaled, 2020) อาจารย์พยาบาลผู้สอนในคลินิก (Arpanantikul, Pratoomwan, 2017; Far et al., 2017) มีบทบาทในการถ่ายทอดความรู้ บ่มเพาะประสบการณ์เชิงวิชาชีพให้กับนักศึกษา ซึ่งนักศึกษามีความคาดหวังที่จะได้รับการสอนในคลินิกจากอาจารย์ที่เป็นกัลยาณมิตรที่คอยให้คำแนะนำ สนับสนุนด้านความรู้ ด้านอารมณ์ สอดแทรกคุณธรรม จริยธรรมให้กับนักศึกษา (ประวีดา คำแดง, 2564; Carey, Kent, & Latour, 2018; Kim & Lee, 2022; Lachine, Abdelaal, & Khedr, 2020) นอกจากนี้เพื่อน (Peer Support) เป็นบุคคลสำคัญในช่วยเหลือขณะฝึกปฏิบัติ การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ร่วมกันเรียนรู้ทำให้เกิดความอบอุ่นทางใจ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ลดความเครียด และมีความสามารถในการปฏิบัติงานดีขึ้น (สืบตระกูล ตันตลานุกูล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2560; Fertelli, 2019) ส่วนแหล่งสนับสนุนด้านครอบครัว (Family Support) มีความสำคัญในการสนับสนุนค่าใช้จ่าย ให้กำลังใจ ปลอบโยนให้นักศึกษาเกิดความอดทน เพียรพยายามเพื่อให้บรรลุความสำเร็จในการเรียน (Carey, Kent, & Latour, 2018; Kim & Lee, 2022)

ดังนั้นคณะผู้วิจัยเห็นประโยชน์ที่จะศึกษาความสัมพันธ์และการหาอิทธิพลของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการวางแผนการพยาบาลต่อการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในการฝึกปฏิบัติพยาบาล เพื่อนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมเพื่อลดความเครียดและส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม การใช้กระบวนการพยาบาลในการวางแผนการพยาบาล นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ และเป็นการปลูกฝังทัศนคติที่ดีในการเรียนพยาบาล รักในวิชาชีพและคงอยู่ตลอดหลักสูตร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการวางแผนการพยาบาลต่อการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในวิชาปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการวางแผนการพยาบาลต่อการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในวิชาปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน

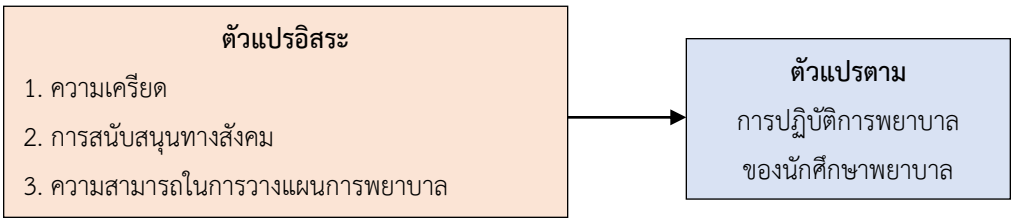
สมมติฐานการวิจัย

1. ความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการปฏิบัติการพยาบาล ส่วนการสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการวางแผนการพยาบาลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในวิชาปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน

2. ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการวางแผนการพยาบาลมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในวิชาปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดแบบจำลองความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folk, 1984) ความเครียดเป็นสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้น (Stressors) ซึ่งนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มักเกิดความเครียดจากการฝึกปฏิบัติการพยาบาล และความเครียดเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดผลกระทบเชิงลบต่อสุขภาพจิตและการเรียนรู้ การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) จะลดความเครียดและช่วยสร้างทักษะชีวิตและส่งเสริมความสามารถการทำงานในชีวิตประจำวัน ทั้งนี้การเรียนการสอนพยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย โดยการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา และนำความรู้ทฤษฎีที่เรียนมาอธิบายวิเคราะห์กรณีศึกษา จากนั้นจึงปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และประเมินผลการพยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและเป็นการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ตัวแปรอิสระ คือ ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม (จากอาจารย์ผู้สอนในคลินิก เพื่อน และครอบครัว) และความสามารถในการวางแผนการพยาบาล ตัวแปรตาม คือ การปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบเชิงทำนาย (Predictive Correlational Research) เพื่อศึกษาอิทธิพลของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการวางแผนการพยาบาลต่อการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ในวิชาปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2566 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช จำนวน 147 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2566 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ที่เรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน จำนวน 123 คน โดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้จากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วย G* Power Test Family: F test, Statistical Test: Linear Multiple Regression Fixed Model, R^2 Deviation from Zero (Sanitlou, Sartphet, & Napha-rrak, 2019) โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 0.17 ค่าความน่าจะเป็นของความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (Type I Error Prob) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Type II Error) เท่ากับ 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 123 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. อายุ 18 ปีขึ้นไป
2. ลงทะเบียนเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน
3. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย
2. มีความเครียดร่วมกับมีอาการกระวนกระวายใจ และไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มีข้อคำถาม ได้แก่ เพศ อายุ และผลการเรียนเฉลี่ยสะสม

2. แบบประเมินความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 20 ข้อ (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพิมมาศ ตาปัญญา, 2540) เป็นแบบประเมินความเครียดที่สร้างขึ้นเพื่อวัดความเครียดของคนไทย ซึ่งผู้วิจัยนำมาปรับให้สอดคล้องกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ (1-5 คะแนน) คะแนน 5 คะแนน (รู้สึกเครียดมากที่สุด) จนถึง 1 คะแนน (ไม่รู้สึกเครียดเลย) การแปลความหมายคะแนนโดยเทียบตามอันตรภาคชั้น ดังนี้

ระดับความเครียดเล็กน้อย หมายถึง มีคะแนนระหว่าง 0-23 คะแนน

ระดับความเครียดปานกลาง หมายถึง มีคะแนนระหว่าง 24-41 คะแนน

ระดับความเครียดสูง หมายถึง มีคะแนนระหว่าง 42-61 คะแนน

ระดับความเครียดรุนแรง หมายถึง มีคะแนนระหว่าง 62 คะแนน ขึ้นไป

3. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยประยุกต์แนวคิดของโดโนวาและกรีนเวลล์ (Donova & Greenwell, 2021) มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ โดยแบ่งข้อคำถามแยกตามการสนับสนุนทางสังคม 3 แหล่ง คือ 1) ครอบครัว จำนวน 6 ข้อ 2) เพื่อนจำนวน 8 ข้อ และ 3) อาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติ จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยคำถามทางบวกให้คะแนน 5 คะแนน (มากที่สุด) จนถึง 1 คะแนน (ไม่มีเลย) การแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบบแบ่งระดับอิงเกณฑ์โดยประยุกต์หลักการของเบท์ส (Best, 1978) แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ หมายถึง มีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง หมายถึง มีคะแนนระหว่างร้อยละ 60-79.99 และ การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง หมายถึง มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 ขึ้นไป

4. แบบประเมินความสามารถในการวางแผนการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากกระบวนการพยาบาลและแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ (1-5) มากที่สุด ให้ 5 คะแนน หมายถึงการที่ตนเองมีความสามารถในสิ่งนั้น ๆ และน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน การแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบบแบ่งระดับอิงเกณฑ์โดยประยุกต์หลักการของเบท์ส (Best, 1978) แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความสามารถในการวางแผนการพยาบาลระดับต่ำ หมายถึง มีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (1-20 คะแนน) ความสามารถในการวางแผนการพยาบาลระดับปานกลางหมายถึงมีคะแนนระหว่างร้อยละ 60-79.99 (21-27 คะแนน) และ ความสามารถในการวางแผนการพยาบาลระดับสูง หมายถึง มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 ขึ้นไป (28-35 คะแนน)

5. แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากกระบวนการพยาบาลและมคอ. 5 รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน ข้อคำถามมีจำนวน 13 ข้อ คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ (1-5) มากที่สุด ให้ 5 คะแนน หมายถึงการที่ตนเองมีความสามารถในสิ่งนั้น ๆ และน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน การแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบบแบ่งระดับอิงเกณฑ์โดยประยุกต์หลักการของเบท์ส (Best, 1978) แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การปฏิบัติการพยาบาลระดับต่ำ หมายถึง มีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (13-38 คะแนน) การปฏิบัติการพยาบาลระดับปานกลาง หมายถึงมีคะแนนระหว่างร้อยละ 60-79.99 (39-51 คะแนน) และ การปฏิบัติการพยาบาลระดับสูง หมายถึง มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 ขึ้นไป (52-65 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเครียดสวนปรุง แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความสามารถในการวางแผนการพยาบาล และแบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย อาจารย์ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และอาจารย์ผู้สอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน พิจารณาความถูกต้องของเนื้อหา ความชัดเจนของภาษา และความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย (Index of item objective congruence (IOC)) ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00

ผู้วิจัยได้มีการปรับเนื้อหาในแบบสอบถามทั้ง 4 ฉบับเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทที่ศึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้ในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน ได้แก่ แบบประเมินความเครียดสวนปรุง แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความสามารถในการวางแผนการพยาบาล และแบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.94, 0.83, 0.89 และ 0.91 ตามลำดับ ซึ่งถือว่าแบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังโครงการวิจัยได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยใช้การสุ่มอย่างง่าย สุ่มเลขที่ของนักศึกษาที่เป็นตัวแทนในการทำแบบสอบถามตามจำนวนที่กำหนด และจัดทำแบบสอบถามออนไลน์โดยใช้ Google Form และเตรียมจัดส่งผ่านไลน์แอพพลิเคชั่น เมื่อนักศึกษาฝึกปฏิบัติวิชานี้เสร็จสิ้น ผู้วิจัยจึงชี้แจงให้นักศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งชั้นปีให้ทราบวัตถุประสงค์การวิจัย การตอบแบบสอบถาม การพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้นักศึกษาลงนามแสดงเจตนารมณ์การเข้าร่วมการวิจัย ทำแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยในแบบฟอร์มออนไลน์ (การตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที และส่งแบบสอบถามกลับให้ผู้วิจัย ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ร้อยละ (Percentage)

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation) ทดสอบการแจกแจงปกติหรือกระจายตามปกติ (Normality) โดยพิจารณาจากค่าความเบ้ (Skewness) และความโด่ง (Kurtosis) มีค่า -0.2 ถึง 2 แสดงว่า ข้อมูลมีการกระจายตามปกติและยอมรับได้ (Tabachnick & Fidell, 2007) ระดับความสัมพันธ์ 0.01-0.30 หมายถึง ความสัมพันธ์ต่ำมาก, 0.31-0.50 หมายถึง ความสัมพันธ์ต่ำ, 0.51-0.70 หมายถึง ความสัมพันธ์ปานกลาง, 0.71-0.90 หมายถึง ความสัมพันธ์สูง, 0.91-1.00 หมายถึง ความสัมพันธ์สูงมาก (Hinkle, 1988)

4. วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) โดยผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการถดถอยพหุคูณ พบว่า 1) การมีข้อมูลแจกแจงปกติหรือกระจายตามปกติ (Normality) โดยพิจารณาค่าความเบ้ (Skewness) ระหว่าง ± 2 และค่าความโด่ง (Kurtosis) ระหว่าง ± 7 พบว่า ข้อมูลค่าความเบ้อยู่ระหว่าง± 2 และค่าความโด่งอยู่ระหว่าง± 7 2) ทดสอบความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนคงที่มีความเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) และจัดการข้อมูลที่ผิดปกติ (Outliers) โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter plot พบว่า

การกระจายของจุดห่างจากเส้นตรงอย่างสมมาตร และอยู่ระหว่าง ±2 3) ตัวแปรมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linearity) 4) ตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นสูง (Multicollinearity) โดยพิจารณา Variance Inflation Factor: VIF มีค่าไม่เกิน 10 ซึ่งได้ ค่า VIF 1.013 ส่วนค่า Tolerance 0.988 และค่าการยอมรับ (Tolerance) ไม่เกิน 5 แสดงว่าข้อมูลไม่มีปัญหาความสัมพันธ์พหุระหว่างตัวแปร (Multicollinerity) 5) ไม่เกิดปัญหาความคลาดเคลื่อนมีความสัมพันธ์กัน (Autocorrelation) โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.839 แสดงว่าข้อมูลไม่มีปัญหาความคลาดเคลื่อนมีความสัมพันธ์กัน (Tabachnick & Fidell, 2007)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองโครงการวิจัยจากกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก SCPHPL เลขที่ 4/2566.1.16 ลงวันที่ 25 กรกฎาคม 2566 ผู้วิจัยคำนึงถึงหลักความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หลักคุณประโยชน์และความเสี่ยง มีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธได้โดยไม่มีผลต่อการประเมินผลด้านการเรียนหรือด้านอื่นใดที่อาจส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย จึงให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอีกทั้งข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อ การเผยแพร่และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 123 คน พบว่า เป็นเพศหญิงจำนวน 113 คน (ร้อยละ 91.87) เพศชายจำนวน 10 คน (ร้อยละ 8.13) ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 19.92 ปี (S.D.=0.47) และมีผลการเรียนสะสมเฉลี่ย 3.01 (S.D.=0.29)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในวิชาปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน

พบว่า การปฏิบัติการพยาบาล มีความสัมพันธ์เชิงลบระดับต่ำกับความเครียด (r = -0.23, *p-value* = 0.005) การปฏิบัติการพยาบาลฯ มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และอาจารย์ (r = 0.21, *p-value* = 0.009; r = 0.25, *p-value* = 0.003; r = 0.20, *p-value* = 0.02) ตามลำดับ และการปฏิบัติการพยาบาล มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางความสามารถในการวางแผนการพยาบาล (r=0.61, *p-value* < 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างระหว่างความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในวิชาปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน (n=123)

ตัวแปร	การปฏิบัติการพยาบาล		ระดับความสัมพันธ์
	r	P-value	
ความเครียด	-0.23**	0.005	ต่ำ
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	0.21**	0.009	ต่ำ
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	0.25**	0.003	ต่ำ
การสนับสนุนทางสังคมจากอาจารย์	0.20*	0.02	ต่ำ
ความสามารถในการวางแผนการพยาบาล	0.61**	<0.001	ปานกลาง

*p-value < 0.05, **p-value < 0.01

3. การทำนายตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในวิชาปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน

พบว่า ความสามารถในการวางแผนการพยาบาลและการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน เป็นตัวแปรที่สามารถพยากรณ์การปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลฯ ได้ร้อยละ 40.80 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R^2) เท่ากับ 0.408 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนายการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในวิชาปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน

ตัวแปรทำนาย	B	S.E.	Beta	t	P-value
ค่าคงที่ (constant)	10.02	7.05			
ความสามารถในการวางแผนการพยาบาล	0.95	0.11	0.59	8.39	<0.001
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	0.44	0.17	0.18	2.53	0.01
R = 0.64, R^2= 0.41, Adj R^2= .40, df_1=2, df_2= 122, F= 41.33					

*p-value < 0.05

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการวางแผนการพยาบาลต่อการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในวิชาปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเครียด แต่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการวางแผนการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ถึงแม้ การฝึกปฏิบัติการ

พยาบาลในสถานการณ์จริง ทำให้นักศึกษาพยาบาลได้ทั้งความรู้และทักษะเชิงวิชาชีพ แต่การที่นักศึกษาพยาบาลฝึกปฏิบัติในคลินิกครั้งแรก (Initial Clinical Practicum) นักศึกษาพยาบาลมักมีความเครียดระดับสูง สาเหตุของความเครียดมาจากทั้งตัวบุคคลและลักษณะธรรมชาติของงาน ได้แก่ ความรู้ทางทฤษฎีและทักษะไม่ดีพอ ไม่คุ้นชินสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์และเครื่องมือ ลักษณะของงานการดูแลผู้ป่วยเป็นงานที่ต้องใช้กำลังของร่างกาย ทำให้เกิดความเหนื่อยและอ่อนล้า ภาระงานหรือรายงานที่ถูกกำหนดมีมาก (Heavy Clinical Workload) สิ่งเหล่านี้ทำให้นักศึกษาพยาบาลจัดการกับความเครียดได้ไม่ดี (Liu, Yang, Chen, Zhang, Zeng, & Li, 2022) อย่างไรก็ตามหากสามารถจัดการปัญหาเชิงบวกได้จะส่งผลให้ความเครียดลดลง การปฏิบัติการพยาบาลดีขึ้น (Clinical Performance) และเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (Quality of Care) (Liu, Yang, Chen, Zhang, Zeng, & Li, 2022) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคนรอบข้าง ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน อาจารย์ จะช่วยให้นักศึกษาสามารถจัดการกับปัญหาให้กับตนเอง มีทักษะในการคิดไตร่ตรอง การสื่อสาร การปรับตัว การจัดการกับอารมณ์และความเครียดและมีความสามารถในการติดต่อหรือมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่ดีและแสวงหาความร่วมมือ มีความสามารถในการรับรู้ปัญหา สาเหตุ ทางเลือกและลงมือปฏิบัติอย่างเหมาะสม หรืออาจกล่าวได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมส่งผลทางบวกต่อชีวิต ลดความเครียดในชีวิตประจำวัน และสามารถปรับตัวได้ดียิ่งขึ้น (Kim & Lee, 2022; Fertelli, 2019) สอดคล้องกับการศึกษาของลำเจียก กำธร และโสภิต สุวรรณเวลา (2561) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะชีวิต ($r=0.61$, $p\text{-value} < 0.01$) อีกทั้งการวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ส่งเสริมการคิดวิเคราะห์ คิดแก้ปัญหา เชื่อมโยงสู่การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ (Bassah, Epie & Ngunde, 2023; Zamanzadeh, Valizadeh, Tabrizi, Behshid, & Lotfi, 2015)

นอกจากนี้ผลการศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการวางแผนการพยาบาล ต่อการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในวิชาปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน พบว่า ความสามารถในการวางแผนการพยาบาลและการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน เป็นตัวแปรที่สามารถพยากรณ์การปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ได้ร้อยละ 40.80 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R2) เท่ากับ 0.408 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนช่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดีในการทำงาน เกิดบรรยากาศการเรียนรู้เชิงบวก เพื่อนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้เรียนได้รับแรงสนับสนุนที่ดี มีความมั่นใจและพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานได้ดีขึ้น (Carey, Kent, & Latour, 2018; Lachine, Abdelaal, & Khedr, 2020; Kim & Lee, 2022) อีกทั้งกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) เป็นวิธีการทางวิทยาศาสตร์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเป็นที่ยอมรับในนานาประเทศทั้งอเมริกา ยุโรป เพราะเป็นเครื่องมือที่ทำให้นักศึกษาพยาบาลเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย ชี้แนวทางสู่การปฏิบัติการพยาบาล (Guiding Nursing Practice) เนื่องจากกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การรวบรวมข้อมูล (Data Collection) วินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) วางแผนการพยาบาล (Planning) ปฏิบัติการพยาบาล (Implement) ประเมินผลการพยาบาล

(Evaluating of Nursing Outcome) (Löfgren, Wälivaara, Strömbäck, & Lindberg, 2023) ทำให้พยาบาลสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้ดีขึ้น มีแบบแผนการทำงานและเพิ่มประสิทธิภาพในการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Löfgren, Wälivaara, Strömbäck, & Lindberg (2023) ที่พบว่า กระบวนการพยาบาลช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการครอบคลุมองค์รวม (Holistic Assessment) ส่งเสริมการคิดอย่างมีโครงสร้าง คิดเป็นระบบ เพิ่มศักยภาพในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลที่เป็นอิสระแห่งวิชาชีพ (Professional Autonomy) ชี้แนวทางสู่การปฏิบัติการพยาบาล (Guiding Nursing Practice) ครอบคลุมองค์รวม การทำงานมีแบบแผนและเพิ่มประสิทธิภาพในการพยาบาล (Löfgren, Wälivaara, Strömbäck, & Lindberg, 2023)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการบริหาร ควรนำเสนอผลการวิจัยต่อผู้บริหารสถานศึกษาและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน และเป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมการเรียนการสอนในวิชาปฏิบัติการพยาบาลอื่น ๆ ต่อไป

2. ด้านการศึกษา ควรสนับสนุนให้มีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมและการใช้กระบวนการพยาบาลทั้งในวิชาทฤษฎี ทดลองและปฏิบัติ เพื่อส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ

3. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรนำเสนอผลการวิจัยต่อผู้บริหารการพยาบาลที่เป็นแหล่งฝึกภาคปฏิบัติของสถานศึกษา และผู้เกี่ยวข้องเพื่อส่งเสริมสมรรถนะการวางแผนการพยาบาลและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม และการใช้กระบวนการพยาบาลในการวางแผนการพยาบาล เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลเกิดทักษะการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *คู่มือการใช้หลักสูตร: หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2565)*. กรุงเทพฯ: จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์.

งานกิจการนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช. (2566). *ผลการประเมินความเครียดของนักศึกษาชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช*. (เอกสารอัดสำเนา).

ธนพล บรรดาศักดิ์, นฤมล จันทรเกษม, อลิษา ทรัพย์สังข์ และวรรณา ชัยชนะรุ่งเรือง. (2564). การป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์, 13*(1), 62-70.

ประวีดา คำแดง. (2564). การสอนปฏิบัติในคลินิกตามความคาดหวังของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 27*(1), 17-28.

ลำเจียก กำธร และโสภิต สุวรรณเวลา. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลตรัง. *วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 14*(4), 54-68.

สกุลรัตน์ เตียววานิช. (2562). ผลของการใช้แบบบันทึกกระบวนการพยาบาลสำหรับการศึกษาภาคปฏิบัติในการพัฒนาคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์. *วารสารสภาการพยาบาล, 34*(3) 43-59.

สืบตระกูล ตันตลานุกูล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2560). ความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์, 9*(1), 81-92.

สุชาดา อินทรกำแหง และพีระ เรืองฤทธิ์. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อทักษะทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์นครสวรรค์. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ, 17*(3), 106-112.

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพิมมาศ ตาปัญญา. (2540). การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง. *วารสารสวนปรุง, 13*(3), 1-20.

Arpanantikul, M., & Pratoomwan, A. (2017). Clinical learning experiences of second-year Thai nursing student: A phenomenological study. *Pacific Rim International Journal Nurse Research, 21*(2), 121-134.

Bassah, N., Epie, N. N. E., Ngunde, P. J. (2023). Nurses' knowledge and use of the nursing process in two major hospitals in Fako, Cameroon. *Nursing Practice Today, 10*(1), 53-61. https://doi.org/10.18502/npt.v10i1.12257

Best, W. J. (1978). *Research in education* (3rd ed.). New Jersy: Prentice Hall.

Carey, M. C., Kent, B., Latour, J. M. (2018). Experiences of undergraduate nursing students in peer assisted learning in clinical practice: a qualitative systematic review. *Joanna Briggs Institute Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*, *16*(5), 1190-1219. https://doi.org/10.11124/jbisrir-2016-003295

Donovan, E.E., & Greenwell, M.R. (2021). Social support in nursing: A review of the literature. *Nursing communication, 1*(1), 1-11.

Far, M. S., et al. (2017). Clinical instructor social support and nursing student stress in clinical environments. *International Journal of Advanced Biotecnology and Research, 8*(1), 182-188.

Fertelli, T. K. E. (2019). Peer assessment in learning of nursing process: Critical thinking and peer support. *Internal Journal of Caring Science*, *12*(1), 331-339.

Ghods, A. A, Ebadi. A., Sharif Nia, H., Allen, K. A, Ali-Abadi, T. (2023). Academic burnout in nursing students: An explanatory sequential design. *Nursing Open, 10*(2), 535-543. https://doi.org/10.1002/nop2.1319

Hinkle, D. E. (1988). *Applied statistics for the behavioral science* (2nd ed). Boston: Mifflin.

Kim, H., & Lee, I. (2022). The mediating effects of social support on the influencing relationship between grit and academic burnout of the nursing students. *Nursing Open, 9*, 2314-2324. https://doi.org/10.1002/nop2.1241

Lachine, O. H., Abdelaal, H. M., Khedr, M. M. (2020). Relationship between nursing students' self-efficacy and attachment to their families and friends. *Archaeological Society of New Jersey, 22*(2), 49-64. https://doi.org/10.21608/asalexu.2020.206112

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.

Liu, J., Yang, Y., Chen, J., Zhang, Y., Zeng, Y., & Li, J. (2022). Stress and coping styles among nursing students during the initial period of the clinical practicum: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Sciences, 9*(2), 222-229. https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2022.02.004

Löfgren, U., Wälivaara, B., Strömbäck, U., & Lindberg, B. (2023). The nursing process: A support model for nursing students' learning during clinical education: A qualitative study. *Nurse Education in Practice, 72*, 103747. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103747

Moghadas, T., & Kesbakhi, M.S. (2020). Factors influencing implementation of nursing process by nursing students: A qualitative study. *Journal of Medical Education,* 19(4), e110810. https://doi.org/10.5812/jme.110810

Onieva-Zafra, M. D., Fernandez-Munoz, J.J., Fernandez-Martinez, E. F., Garcia-Sanchez, J., Abreu-Sanchez, A., & Parra-Fernandez, M. L. (2020). Anxiety perceived stress and coping strategies in nursing students: A cross sectional, correlational, descriptive study. *BMC Medical Education, 20*, 370. https://doi.org/10.1186/s12909-020-02294-z

Radeef, A., Faisal, G.G., & Khaled, M.F. (2022). Assessment of psychological distress and coping strategies among dental undergraduate students in a Malaysian University during Covid-19 Pandemic. *Siriraj Medical Journal, 74*(6), 350-356. https://doi.org/10.33192/smj.2022.42

Rafati, F., Nouhi, E., Sabzevan., Dehghan, N. (2017). Coping strategies of nursing students for dealing with stress in clinical setting: A qualitative study. *Electronic Physician, 9*(12), 6120-6128. https://doi.org/10.19082/6120

Sanitlou, N., Sartphet, W., & Naphaarrak, Y. (2019). Sample size calculation using G*power program. *Academic Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology, 5*(1), 496-507.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (5th ed.). New York: Allyn and Bacon.

Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., Tabrizi, F. J., Behshid, M., & Lotfi, M. (2015). Challenges associated with the implementation of the nursing process: A systematic review. *Iranian Journal Nursing and Midwifery Research, 20*(4), 411-419. https://doi.org/10.4103/1735-9066.161002

Zheng, Y. X., Jiao, J. R., & Hao, W. N. (2022). Stress levels of nursing students: A systematic review and meta-analysis. *Medicine, 101*(36), 1-6. https://doi.org/10.1097/md.0000000000030547

Zhou, L., Sukpasjaroen, K., Wu, Y., Gao, L., Chankoson, T., & Cai, E. (2022). Perceived social support promotes nursing students' psychological wellbeing: Explained with self-compassion and professional self-concept. *Frontiers in Psychology, 5*(13), 835134. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.835134

JNPHR
Journal of Nursing and Public Health Research
วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

e265745

ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะกับความผาสุกของแกนนำผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน จังหวัดเพชรบุรี

The Relationship between Competency and Well-Being of Elderly Leaders in Family and Community in Phetchaburi Province

วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย[1], กิติศักดิ์ รุจิกาญจนรัตน์[2], ณัฐพัชร นามจัด[2*]

Vanida Durongrittichai[1], Kitisak Rujiganjanarat[2], Nuttaphat Namjud[2*]

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี[1], คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี[2]

Faculty of Nursing, Pathumthani University, Faculty of Nursing and Allied Health Science, Phetchaburi Rajabhat University[2]

(Received: October 4, 2023; Revised: November 13, 2023; Accepted: March 15, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะของแกนนำผู้สูงอายุ ระดับความผาสุกของแกนนำผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะกับความผาสุกของแกนนำผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ แกนนำผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 369 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามสมรรถนะของแกนนำผู้สูงอายุ และแบบสอบถามความผาสุกของแกนนำผู้สูงอายุ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.97 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ของข้อคำถามหมวดสมรรถนะของแกนนำผู้สูงอายุเท่ากับ 0.97 และของข้อคำถามหมวดความผาสุกของแกนนำผู้สูงอายุเท่ากับ 0.96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์สหสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson Correlation Coefficient

ผลการวิจัย พบว่า สมรรถนะของแกนนำผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยสมรรถนะด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4 ด้าน ได้แก่ จิตบริการ การควบคุมอารมณ์และบุคลิกภาพ ความสามารถในการบำรุงเครื่องมือต่าง ๆ และการยึดมั่นในคุณธรรมจริยธรรม ตามลำดับ ความผาสุกของแกนนำผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยความผาสุกด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 5 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การนอนหลับ ความพอใจในสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยชุมชน คุณค่าต่อสังคม และคุณค่าต่อครอบครอบครัว ตามลำดับ สมรรถนะกับความผาสุกของแกนนำผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.78$, $p\text{-value} < 0.01$) จึงกล่าวได้ว่าเมื่อระดับสมรรถนะของแกนนำผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จะทำให้ความผาสุกของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ดังนั้นจึงควรส่งเสริมหรือพัฒนาให้แกนนำผู้สูงอายุมีสมรรถนะที่สูงเพื่อเพิ่มความผาสุกแก่ผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, สมรรถนะ, ความผาสุก, แกนนำผู้สูงอายุ

*ผู้ให้การติดต่อ ณัฐพัชร นามจัด e-mail: Nuttaphat.nam@mail.pbru.ac.th

Abstract

The objectives of this correlation study were to examine the competency and well-being of elderly leaders in families and communities in Phetchaburi province, as well as to explore the relationship between competency and well-being. The participants were selected by 369 elderly leaders aged 60 years and lived in Phetchaburi province. Data collection tools included a competency assessment questionnaire and a well-being assessment questionnaire. The content validity coefficient for both questionnaires was 0.97, and the Cronbach's alpha reliability coefficient for the competency domain questions was 0.97, while for the well-being domain questions, it was 0.96. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, and correlation analysis using Pearson Correlation Coefficient.

The research results found that the overall competency leader of the elderly was at a moderate level. The four competency levels with the highest averages were service mind, emotional and personality control, the ability to maintain health equipment, and intentions in morals and ethics, respectively. The overall the well-being of the elderly leaders were at a high level. The five well-being levels with the highest average values were eating, sleeping, environment housing and community satisfaction and, value for society and value to the family, respectively. Competency and well-being of the elderly leaders in family and community in Phetchaburi province had moderately positively correlated statistically significant ($r = 0.780$, *p-value* < 0.01). Therefore, it can be concluded that as the competency level of elderly leaders increases, their well-being also increases. Hence, it is advisable to promote or develop high competency in elderly leaders to enhance their well-being.

Keywords: Elderly, Competency, Well-being, Elderly Leader

บทนำ

สังคมไทยเริ่มเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยพบว่า ปี พ.ศ. 2565 ประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 12,698,362 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 19.21 ของประชากรทั้งหมด และมีการคาดประมาณการณ์ว่าในอีกไม่เกิน 15 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super Aged Society) เมื่อคาดการณ์ว่าสัดส่วนของประชากรไทยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะสูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2562) จากการเตรียมความพร้อมในการเป็นสังคมผู้สูงอายุ

ประเทศไทยมีการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี 2525 โดยเริ่มต้นจากแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525-2544) จากนั้นมีการจัดทำแผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2565) ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติที่กำหนดทิศทางการพัฒนาและดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในภาพรวม ขณะนี้ประเทศไทยใช้แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580) (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) ซึ่งเป็นแผนการรองรับสังคมสูงวัยอย่างบูรณาการ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เริ่มมีมากในสังคมไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสุขภาพแข็งแรงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และเป็นพลังพัฒนาสังคม เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อสถาบันครอบครัวและชุมชน โดยมีการพัฒนาแกนนำผู้สูงอายุให้เป็นแบบอย่างในการปฏิบัติตนเองทางด้านสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง และสามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้สูงอายุคนอื่นได้ผ่านทางสมรรถนะแกนนำของผู้สูงอายุได้ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560)

แกนนำผู้สูงอายุ เป็นบุคคลอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ หรือ สมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ หรือ บุคคลที่เคยผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 หลักสูตร และปฏิบัติบทบาทหน้าที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ (สุนทร คงทองสังข์, 2566) แกนนำผู้สูงอายุเป็นผู้รับผิดชอบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุซึ่งเป็นแกนนำของชุมชนในระดับตำบลจะมีบทบาททำให้ผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนเกิดการเปลี่ยนแปลง โดยการริเริ่มวางแผน ดำเนินการ ระดมทรัพยากร ช่วยควบคุมหรือประสานงานกิจกรรมต่าง ๆ ของชมรมผู้สูงอายุ และช่วยด้านบริการสาธารณสุขมูลฐานต่าง ๆ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุ (Perry, Crigler, Lewin, Glenton, LeBan, & Hodgins, 2017) ซึ่งการที่บุคคลจะเป็นแกนนำผู้สูงอายุได้นั้น บุคคลนั้นจะต้องมีสมรรถนะที่ดีทั้งด้านบุคลิกภาพ และด้านทักษะความรู้และความสามารถ โดยสมรรถนะด้านบุคลิกภาพหมายถึง คุณลักษณะของความอดทน เสียสละ มีคุณธรรมจริยธรรม มีความเชื่อมั่นในตนเอง เรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบ มุ่งมั่นความสำเร็จในระดับสูง เป็นที่ไว้วางใจ และให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม ส่วนสมรรถนะด้านทักษะความรู้และความสามารถ ประกอบด้วยการเข้าใจบริบทการทำงาน สามารถวิเคราะห์สภาพแวดล้อมของภายในและภายนอกองค์กรเพื่อการพัฒนา สามารถประสานความร่วมมือกับองค์กรหรือกลุ่มอื่น และสามารถจัดการกับการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพและดำเนินงานตามเป้าหมาย (เพชรีย์ กุณาละสิริ และณัฏฐ์ณาฑ์ สร้อยเพ็ชร, 2565)

จากการศึกษางานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าสมรรถนะของแกนนำผู้สูงอายุสามารถสร้างเสริมความผาสุกของแกนนำผู้สูงอายุได้ โดยเฉพาะแกนนำผู้สูงอายุที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งจะมีสมรรถนะที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุ ความรู้ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนของครอบครัว และเจ้าหน้าที่ซึ่งจะสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (นิชนันท์ สุวรรณกูฏ, สุวภัทร นักรู้กำพลพัฒน์, อมรรัตน์ นธะสนธิ์ และวุฒิชัย ลำดวน, 2564) สมรรถนะของแกนนำผู้สูงอายุทั้งด้านบุคลิกภาพและด้านทักษะ ความรู้ ความสามารถจะช่วยสร้างความน่าเชื่อถือแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว ทำให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ที่จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ณัฐวดี จิตรมานะศักดิ์, 2566) และยังพบว่า แกนนำผู้สูงอายุที่มีสมรรถนะสูง จะมีความความผาสุกเพิ่มขึ้น (มลินี สมภพเจริญ, ขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ และกานดาวสี มาลีวงษ์, 2564) ซึ่งความผาสุกในผู้สูงอายุ (Well-Being) คือ ความพึงพอใจในชีวิต ความมีคุณค่าในตนเอง การมีสุขภาวะที่ดี การมีความสุขของผู้สูงอายุซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดียิ่งขึ้น เป็นผลให้ภาระ

ในการดูแลและพัฒนาผู้สูงอายุของภาครัฐจะลดน้อยลงเนื่องจากภาคประชาชนสามารถรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุในบริบทของครอบครัวและชุมชนได้ด้วยตนเอง (เกิดสิริ หงษ์ไทย, 2564)

สถานการณ์สมรรถนะแกนนำผู้สูงอายุ และการส่งเสริมความผาสุกของแกนนำผู้สูงอายุของครอบครัวและชุมชน จังหวัดเพชรบุรี พบว่า จังหวัดเพชรบุรี มีจำนวนครัวเรือน ทั้งหมด 216,571 ครัวเรือน จากข้อมูลทะเบียนราษฎร์ จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากปี 2559 มีจำนวนผู้สูงอายุ 82,126 คน และในปี 2562 มีจำนวนผู้สูงอายุ 93,374 คน (สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดเพชรบุรี, 2563) การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลท่ายาง อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี (ฐากูร หอมกลิ่น, 2562) ในภาพรวม พบมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับค่อนข้างดี เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดีเป็นอันดับที่ 1 ด้านร่างกายพบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิต ด้านร่างกายอยู่ในระดับค่อนข้างดี เป็นอันดับที่ 2 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับค่อนข้างดี เป็นอันดับที่ 3 และด้านจิตใจพบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ อยู่ในระดับค่อนข้างดี เป็นอันดับที่ 4 ซึ่งชี้ให้เห็นว่ายังไม่มีการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์สมรรถนะแกนนำผู้สูงอายุ และความผาสุกของแกนนำผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนในจังหวัดเพชรบุรี และการศึกษาในประเด็นสมรรถนะของแกนนำผู้สูงอายุยังมีค่อนข้างน้อย อีกทั้งในการศึกษาการพัฒนาผู้สูงอายุตามกรอบแนวคิดเรื่องความสุข 5 มิติ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2554) ได้นิยามความสุขของผู้สูงอายุสามารถนำมาปฏิบัติ และสามารถวัดในเชิงความสัมพันธ์ได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะกับความผาสุกของแกนนำผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน จังหวัดเพชรบุรี เพื่อนำผลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้มีความผาสุกในชีวิตอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะของแกนนำผู้สูงอายุ จังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อศึกษาระดับความผาสุกของแกนนำผู้สูงอายุ จังหวัดเพชรบุรี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะกับความผาสุกของแกนนำผู้สูงอายุ จังหวัดเพชรบุรี

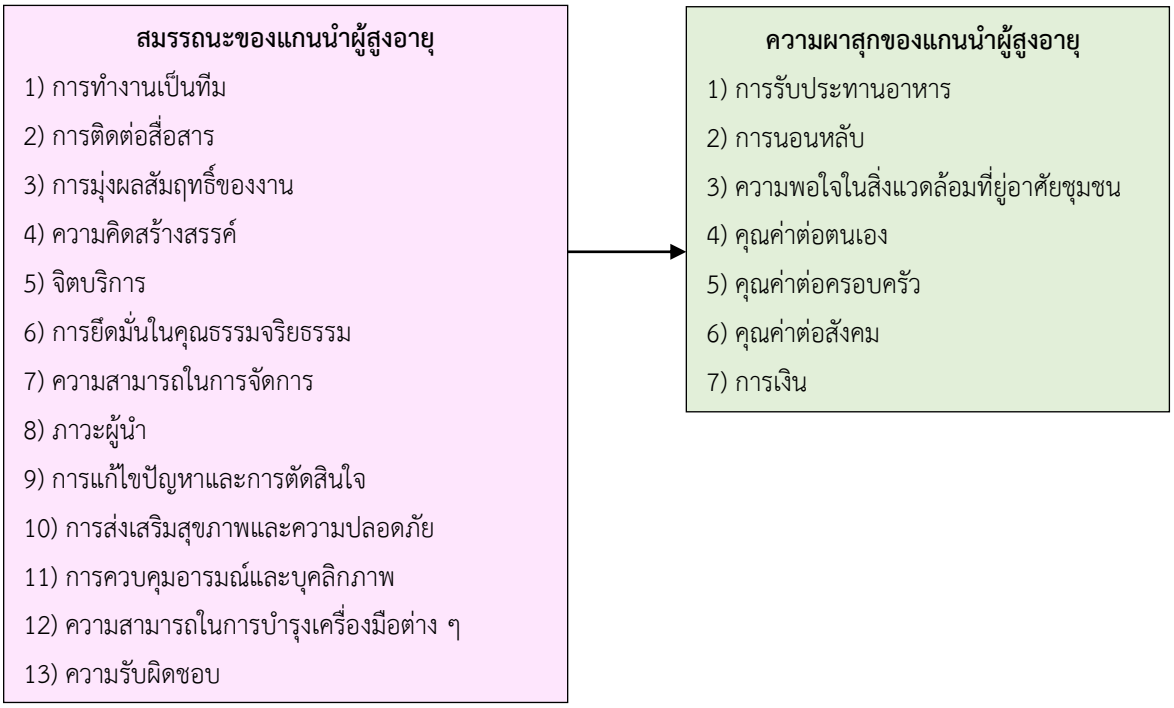
สมมติฐานการวิจัย

สมรรถนะของแกนนำผู้สูงอายุและความผาสุกของแกนนำผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันทางบวก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของเจมส์ แมคเกรเกอร์ เบิร์น (Burns, 1978) โดยกล่าวถึงบทบาทแกนนำผู้สูงอายุ ประกอบด้วย กระบวนการของความเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงไม่ว่าจะเป็นการสร้างแรงบันดาลใจ กระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วม รวมทั้งแรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ สมรรถนะ

แกนนำผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 13 ด้าน ได้แก่ 1) การทำงานเป็นทีม 2) การติดต่อสื่อสาร 3) การมุ่งผลสัมฤทธิ์ของงาน 4) ความคิดสร้างสรรค์ 5) จิตบริการ 6) การยึดมั่นในคุณธรรมจริยธรรม 7) ความสามารถในการจัดการ 8) ภาวะผู้นำ 9) การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ 10) การส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัย 11) การควบคุมอารมณ์และบุคลิกภาพ 12) ความสามารถในการบำรุงเครื่องมือต่าง ๆ และ 13) ความรับผิดชอบในงาน และซึ่งสมรรถนะแกนนำผู้สูงอายุจะมีความสัมพันธ์ต่อการสร้างความผาสุกของแกนนำผู้สูงอายุ 7 ด้าน ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การนอนหลับ 3) ความพอใจในสิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย ชุมชน 4) คุณค่าต่อตนเอง 5) คุณค่าต่อครอบครัว 6) คุณค่าต่อสังคม และ 7) การเงิน ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation Study) ดำเนินการศึกษา ณ พื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ระหว่าง 1 พฤศจิกายน ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 22,955 คน (สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเพชรบุรี, 2563)

กลุ่มตัวอย่าง คือ แกนนำผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใน 19 ตำบลของอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่าง โดยใช้ตารางสำเร็จรูป

ของเครจซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) กำหนดให้สัดส่วนของลักษณะประชากร เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่าง 331 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) ตามเขตพื้นที่จากทุกตำบล ๆ ละ 40 คน ทั้งหมด 19 ตำบล รวมทั้งหมดจำนวน 369 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. แกนนำผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

2. มีลักษณะเบื้องต้นของสมรรถนะเป็นแกนนำผู้สูงอายุทั้ง 13 ด้าน โดยให้บุคลากรสุขภาพหรือบุคลากรขององค์การบริหารส่วนตำบลประเมินลักษณะเบื้องต้น

3. เข้าใจภาษาไทยในระดับที่อ่านออก เขียนได้ และสื่อสารได้

4. ยินดีและลงนามเข้าร่วมในโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. มีความพิการทางด้านร่างกาย เช่น การได้ยิน การมองเห็นและมีปัญหาทางการสื่อสาร

2. ย้ายออกจากพื้นที่หรือขอถอนตัวระหว่างการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์แนวคิดมาจากแคมเบล (Campbell, 1976) ประกอบด้วยคำถาม 3 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ และอาชีพ

2. ข้อคำถามหมวดสมรรถนะของแกนนำผู้สูงอายุ 13 ด้าน จำนวน 45 ข้อ โดยทุกข้อเป็นข้อความลักษณะทางบวก แบบวัดมีลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) (Likert, 1967) คือ มากที่สุด มีค่าเท่ากับ 5 คะแนน, มาก มีค่าเท่ากับ 4 คะแนน, ปานกลาง มีค่าเท่ากับ 3 คะแนน, น้อย มีค่าเท่ากับ 2 คะแนน และน้อยที่สุด มีค่าเท่ากับ 1 คะแนน โดยแบ่งระดับความผาสุกของแกนนำผู้สูงอายุออกเป็น 5 ระดับ ตามค่าคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 แปลว่า มากที่สุด, คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 แปลว่า มาก, คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 แปลว่า ปานกลาง, คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 แปลว่า น้อย และ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 แปลว่า น้อยที่สุด (ชูศรี วงศ์รัตนะ, 2550)

3. ข้อคำถามหมวดความผาสุกของแกนนำผู้สูงอายุ 7 ด้าน จำนวน 20 ข้อ โดยทุกข้อเป็นข้อความลักษณะทางบวก แบบวัดมีลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) (Likert, 1967) คือ มากที่สุด มีค่าเท่ากับ 5 คะแนน มาก มีค่าเท่ากับ 4 คะแนน ปานกลาง มีค่าเท่ากับ 3 คะแนน น้อย มีค่าเท่ากับ 2 คะแนน และน้อยที่สุด มีค่าเท่ากับ 1 คะแนน โดยแบ่งระดับความผาสุกของแกนนำผู้สูงอายุออกเป็น 5 ระดับ ตามค่าคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 แปลว่า มากที่สุด, คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 แปลว่า มาก, คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 แปลว่า ปานกลาง, คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 แปลว่า น้อย และ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 แปลว่า น้อยที่สุด (ชูศรี วงศ์รัตนะ, 2550)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของข้อคำถามหมวดสมรรถนะและข้อคำถามหมวดความผาสุกของแกนนำผู้สูงอายุ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ด้านการการพยาบาล 1 ท่าน ด้านการพัฒนาชุมชนและสังคม 1 ท่านและด้านเครื่องมือวิจัย 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาของแบบสอบถามเท่ากับ 0.97

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งฉบับไปการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยไปทดลองใช้ (Try Out) กับแกนนำผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวนประมาณ 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของข้อคำถามหมวดสมรรถนะของแกนนำผู้สูงอายุเท่ากับ 0.97 และสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของข้อคำถามหมวดความผาสุกของแกนนำผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยก่อนแจกแบบสอบถามได้ทำการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันในเนื้อหาทั้งหมด ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-30 นาที จากนั้นทำการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถาม และนำแบบสอบถามที่ได้ทำการลงรหัสข้อมูลบันทึกในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ และนำไปประมวลผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูป โดยใช้โปรแกรมทางสถิติ SPSS (Statistics Package for Social Sciences) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ระดับคะแนนสมรรถนะของแกนนำผู้สูงอายุและระดับความผาสุกของแกนนำผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะกับความผาสุกของแกนนำผู้สูงอายุ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Peason Correlation Coefficient) เนื่องจากทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal Distribution) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับใบรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี หนังสือรับรองจริยธรรมเลขที่ PBEC

no.23/2565 วันที่รับรอง 30 กันยายน 2565 เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการขออนุญาตผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาดำเนินการศึกษาให้กับกลุ่มตัวอย่างรับทราบ พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษา ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ นำเสนอโดยภาพรวมของผลการศึกษาเท่านั้น และแบบสอบถามทั้งหมดจะถูกทำลายทันทีเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 64.5 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 69.10 มีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 81 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 50.7 และประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 55 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความถี่และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=369)

ลักษณะที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	144	39.00
หญิง	225	61.00
อายุ (ปี) (Mean = 69.10, S.D. = 7.8)		
60 - 69	238	64.50
70 - 79	91	24.70
80 - 89	40	10.80
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้รับการศึกษา	43	11.70
ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี	299	81.00
ระดับปริญญาตรีและสูงกว่าระดับปริญญาตรี	27	7.30
สถานภาพ		
โสด	67	18.20
สมรส	187	50.70
หย่าร้าง แยกทางกันอยู่กับคู่สมรส คู่สมรสเสียชีวิต	115	31.10
การประกอบอาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	151	40.90
เกษตรกร	203	55.00
ข้าราชการบำนาญ	15	4.10

2. ระดับสมรรถนะของแกนนำผู้สูงอายุ

พบว่า สมรรถนะของแกนนำผู้สูงอายุ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.45, S.D. = 0.53) พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมาก 4 ด้าน ได้แก่ จิตบริการ (Mean = 3.56, S.D. = 0.66) การควบคุมอารมณ์และบุคลิกภาพ (Mean = 3.56, S.D. = 0.64) ความสามารถในการบำรุงเครื่องมือต่าง ๆ (Mean = 3.56, S.D. = 0.64) และการยึดมั่นในคุณธรรมจริยธรรม (Mean = 3.51, S.D. = 0.64) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐานของสมรรถนะของแกนนำผู้สูงอายุ

สมรรถนะแกนนำของผู้สูงอายุ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
การทำงานเป็นทีม	3.39	0.64	ปานกลาง
การติดต่อสื่อสาร	3.47	0.61	ปานกลาง
การมุ่งผลสัมฤทธิ์ของงาน	3.39	0.67	ปานกลาง
ความคิดสร้างสรรค์	3.31	0.70	ปานกลาง
จิตบริการ	3.56	0.66	มาก
การยึดมั่นในคุณธรรมจริยธรรม	3.51	0.64	มาก
ความสามารถในการจัดการ	3.41	0.65	ปานกลาง
ภาวะผู้นำ	3.40	0.66	ปานกลาง
การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ	3.37	0.66	ปานกลาง
การส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัย	3.46	0.58	ปานกลาง
การควบคุมอารมณ์และบุคลิกภาพ	3.56	0.64	มาก
ความสามารถในการบำรุงเครื่องมือต่าง ๆ	3.56	0.64	มาก
ความรับผิดชอบ	3.43	0.63	ปานกลาง
รวม	**3.45**	**0.53**	**ปานกลาง**

3. ระดับความผาสุกของแกนนำผู้สูงอายุ

พบว่า ความผาสุกของแกนนำผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.54, S.D. = 0.58) พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมาก 5 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร (Mean = 3.60, S.D. = 0.67) การนอนหลับ (Mean = 3.59, S.D. = 0.70) ความพอใจในสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยชุมชน (Mean = 3.59, S.D. = 0.66) คุณค่าต่อสังคม (Mean = 3.56, S.D. = 0.66) และคุณค่าต่อครอบครอบครัว(Mean = 3.53, S.D. = 0.66) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐานความผาสุกของแกนนำผู้สูงอายุ

ความผาสุกของผู้สูงอายุ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
การรับประทานอาหาร	3.60	0.67	มาก
การนอนหลับ	3.59	0.70	มาก
ความพอใจในสิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย ชุมชน	3.59	0.66	มาก
คุณค่าต่อตนเอง	3.46	0.63	ปานกลาง
คุณค่าต่อครอบครัว	3.53	0.66	มาก
คุณค่าต่อสังคม	3.56	0.66	มาก
การเงิน	3.40	0.73	ปานกลาง
รวม	**3.54**	**0.58**	**มาก**

4. ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะของแกนนำผู้สูงอายุกับความผาสุกของแกนนำผู้สูงอายุ

พบว่า โดยรวมสมรรถนะของแกนนำผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับความผาสุกของแกนนำผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.78, *p-value* < 0.01) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้าน พบว่า สมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัยมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับมากกับความผาสุกของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.80, *p-value* < 0.01) ส่วนสมรรถนะของแกนนำผู้สูงอายุด้านอื่น ๆ ได้แก่ ด้านการควบคุมอารมณ์และบุคลิกภาพ ความรับผิดชอบ ภาวะผู้นำ การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ ความสามารถในการจัดการ การติดต่อสื่อสาร การมุ่งผลสัมฤทธิ์ของงาน ความคิดสร้างสรรค์ การยึดมั่นในคุณธรรมจริยธรรม การทำงานเป็นทีมจิตบริการ และความสามารถในการบำรุงเครื่องมือต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับความผาสุกของแกนนำผู้สูงอายุ (*p-value* < 0.01) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะของแกนนำผู้สูงอายุกับความผาสุกของแกนนำผู้สูงอายุ

สมรรถนะแกนนำของผู้สูงอายุ	ความผาสุกของผู้สูงอายุ		
	ค่าสหสัมพันธ์ (r)	P-value	ระดับ
การทำงานเป็นทีม	0.69*	< 0.01	ปานกลาง
การติดต่อสื่อสาร	0.73*	< 0.01	ปานกลาง
การมุ่งผลสัมฤทธิ์ของงาน	0.71*	< 0.01	ปานกลาง
ความคิดสร้างสรรค์	0.70*	< 0.01	ปานกลาง
จิตบริการ	0.68*	< 0.01	ปานกลาง
การยึดมั่นในคุณธรรมจริยธรรม	0.70*	< 0.01	ปานกลาง
ความสามารถในการจัดการ	0.74*	< 0.01	ปานกลาง
ภาวะผู้นำ	0.75*	< 0.01	ปานกลาง
การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ	0.74*	< 0.01	ปานกลาง

สมรรถนะแกนนำของผู้สูงอายุ	ความผาสุกของผู้สูงอายุ		
	ค่าสหสัมพันธ์ (r)	P-value	ระดับ
การส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัย	0.80*	< 0.01	มาก
การควบคุมอารมณ์และบุคลิกภาพ	0.78*	< 0.01	ปานกลาง
ความสามารถในการบำรุงเครื่องมือต่าง ๆ	0.65*	< 0.01	ปานกลาง
ความรับผิดชอบ	0.76*	< 0.01	ปานกลาง
รวม	**0.78***	**< 0.01**	**ปานกลาง**

* *p-value* < 0.01

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะของแกนนำผู้สูงอายุกับความผาสุกของแกนนำผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน จังหวัดเพชรบุรี สามารถอภิปรายผล ได้ดังนี้

สมรรถนะของแกนนำผู้สูงอายุ จังหวัดเพชรบุรี ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยสมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมาก 4 ด้าน ได้แก่ จิตบริการ การควบคุมอารมณ์และบุคลิกภาพ ความสามารถในการบำรุงเครื่องมือต่าง ๆ และการยึดมั่นในคุณธรรมจริยธรรม ตามลำดับ โดยแกนนำผู้สูงอายุ ควรมีสมรรถนะองค์ความรู้ด้าน จิตบริการ เป็นอันดับแรก คือ 1) มีความสามารถในการช่วยเหลือผู้สูงอายุด้วยความเต็มใจ และกระตือรือร้น เพื่อให้ผู้สูงอายุพึงพอใจ และบรรลุในสิ่งที่ต้องการ 2) มองผู้สูงอายุเสมือนญาติ และไม่หวังผลตอบแทน และ 3) เอื้ออาทร ไม่แสดงท่าทีรังเกียจ และให้เกียรติกับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญของสมรรถนะแกนนำผู้สูงอายุ เพราะแกนนำในการดูแลผู้สูงอายุ จำเป็นต้องมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุด้านจิตบริการ ซึ่งจะส่งผลดีต่อตัวผู้ดูแลผู้สูงอายุเอง เพราะนอกจากสามารถให้ความช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุได้แล้ว ยังสามารถตอบสนองทางด้านจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพวงชมนาถ จริยะจินดา (2564) โดยการสร้างความผาสุกให้กับผู้สูงอายุได้ จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เพราะมีแกนนำที่สมรรถนะที่ดี มีคุณภาพ ให้ความใส่ใจดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุอย่างเต็มที่และเต็มใจ ซึ่งสอดคล้องกับหลักธรรมอิทธิบาล 4 ที่นำมาประยุกต์ในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย มีใจรัก คือ มีความรัก ความพอใจในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อนำไปสู่การดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ อีกทั้งในการศึกษาของวริศรา อินทรแสน, วรรณวีร์ บุญคุ้ม และคณิต เขียววิชัย (2563) ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบสังคมผู้สูงอายุด้านความสุขในยุคไทยแลนด์ 4.0 พบว่าผู้สูงอายุมีพื้นฐานและความต้องการความสุข จากการรวมกลุ่มกันตามความต้องการและความสนใจของตนเองเพื่อสร้างคุณค่ากับสร้างความสุขผ่านกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งรูปแบบมิติที่ส่งผลต่อผู้สูงอายุคือ 1) มิติด้านอารมณ์และจิตใจ 2) มิติด้านสังคม 3) มิติด้านร่างกาย 4) มิติด้านวัฒนธรรมและการเปลี่ยนแปลงในยุคไทยแลนด์ 4.0 และ 5) มิติด้านเศรษฐกิจ ตามลำดับ กิจกรรมที่ส่งเสริมความสุขกับผู้สูงอายุนั้น ต้องคำนึงถึงว่า ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง เป็นอดิเรกหรือกิจกรรมที่ชอบ ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเองผ่านการช่วยเหลือผู้อื่น และสอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา สิทธิกัน (2560) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบ้านโฮ่ง อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ได้แก่ 1) ระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้ที่มีระดับความรู้ปานกลาง (Adjusted OR 1.94, 95% CI 1.06-3.55) และผู้มีความรู้ระดับดี (Adjusted OR 5.43, 95% CI 1.15-25.53) มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้มีความรู้ต่ำ 2) ผู้มีเครือข่ายทางสังคมระดับปานกลาง (Adjusted OR 1.23, 95% CI 1.54-2.81) และผู้มีเครือข่ายทางสังคมในระดับสูง (Adjusted OR 1.11, 95% CI 1.45-2.75) มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีมากกว่าผู้มีเครือข่ายทางสังคมต่ำ 3) ผู้ที่มีอาชีพค้าขายมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ไม่ดีกว่าผู้ที่ไม่มีอาชีพ (Adjusted OR 0.13, 95% CI 0.03-0.60) และสอดคล้องกับการศึกษาของ (ขนิษฐา พิศฉลาด, เกศมณี มูลปานันท์, ภาวดี วิมลพันธุ์ และอรนลิน สิงขรณ์, 2562) เรื่องการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า กระบวนการจัดการความรู้ในชุมชนยังไม่มีความชัดเจนความรู้ส่วนใหญ่อยู่ในตัวบุคคลและถ่ายทอดผ่านการบอกเล่าจากรุ่นสู่รุ่น อาชีพเสริมสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยผลการถอดบทเรียนในครั้งนี้ คือ รูปแบบการสร้างเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ที่ประกอบไปด้วยแนวปฏิบัติในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน หลักสูตรพัฒนาสมรรถนะอสม. ในการเสริมสร้างผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนที่ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ทางทฤษฎีการคัดกรองภาวะเสี่ยง ทักษะและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การเยี่ยมบ้านและติดตามภาวะสุขภาพ และการจัดการกับความเครียด การปรับสภาพที่พักอาศัยที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน และจัดตั้งเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน

สำหรับความผาสุกของแกนนำผู้สูงอายุ จังหวัดเพชรบุรี ในภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมาก 5 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การนอนหลับ ความพอใจในสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยชุมชน คุณค่าต่อสังคม และคุณค่าต่อครอบครอบครัว ตามลำดับ โดยการสร้างความผาสุกให้ผู้สูงอายุของแกนนำผู้สูงอายุเป็นอันดับแรก คือ ด้านการรับประทานอาหาร หมายถึง 1) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารที่มีสารอาหารจำเป็นครบสามมื้อ หรือเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย 2) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารตรงเวลา และ 3) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารหลากหลายทุกมื้อ เช่น แป้ง เนื้อสัตว์ ผัก และผลไม้ เป็นต้น แกนนำผู้สูงอายุสามารถสร้างความผาสุกให้กับผู้สูงอายุได้ด้วยการส่งเสริมด้านโภชนการให้กับผู้สูงอายุ โดยแกนนำต้องมีความรอบรู้ด้านอาหาร ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพทางร่างกาย และเข้าใจพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุเป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (ซอมพอ อุปขาว, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และเดชา ทำดี, 2566) ที่พบการศึกษาว่าความรอบรู้ด้านอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ความรอบรู้ด้านอาหารต้องใช้ทักษะในการคิด วางแผน การจัดการ การเลือก การเตรียม และรับประทานอาหาร เพื่อให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุได้รับการดูแลด้านการรับประทานอาหารอย่างถูกต้องและเหมาะสม สุขภาพของผู้สูงอายุก็จะดีตามไปด้วย เพราะการรับประทานอาหาร ไม่ได้เป็นเพียงการตอบสนองความต้องการทางร่างกายเท่านั้น แต่ยังเป็นช่วงเวลาแห่งความสุขในการใช้ชีวิตด้วย ดังนั้นหากแกนนำผู้สูงอายุมีการเพิ่มสมรรถนะทางด้านนี้มากขึ้นก็จะสามารถช่วยให้ความสุขในการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุได้

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะและความผาสุกของแกนนำผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์กับเชิงบวกระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= 0.780, *p-value* < 0.01) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. (นิชนันท์ สุวรรรกูฏ, 2564) พบว่า สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม.อยู่ในระดับปานกลาง จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้นโยบายการดูแลผู้สูงอายุ จำนวนปีของการเป็น อสม. ความรู้ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนของครอบครัว และการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของเพชรีย์ กุณาละสิริ และณัฏฐ์ณาท์ สร้อยเพ็ชร (2565) พบว่า หากมีการพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชน โดยการจัดการความรู้แบบมีส่วนร่วม จะช่วยสร้างความร่วมรับผิดชอบในการส่งเสริม หรือแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม เพราะผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อสถาบันครอบครัวและชุมชนในสังคม ดังนั้นแกนนำผู้สูงอายุจะเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติตนเองทางด้านสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง และสามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้สูงอายุได้ผ่านทางสมรรถนะแกนนำของผู้สูงอายุเพื่อเสริมสร้างความผาสุกให้กับผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. เป็นแนวทางให้หน่วยงานที่ให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข บริหารงานด้านสาธารณสุขและงานศึกษา-วิจัยด้านสาธารณสุข ที่จำเป็นต่อสุขภาพทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน นำไปใช้ในเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างระบบการดูแลสุขภาพ ในการรองรับผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

2. หน่วยงานสุขภาพ สามารถนำไปใช้ส่งเสริมให้มีการจัดโครงการหรือกิจกรรมเพื่อเพิ่มสมรรถนะแกนนำผู้สูงอายุ ให้ครอบคลุมทั้ง 13 ด้าน เพื่อตอบสนองกับความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มความผาสุกของผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรทำการศึกษาสมรรถนะของแกนนำผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะ และบริบทสภาพพื้นที่ใกล้เคียงกัน เช่น ราชบุรี ประจวบคีรีขันธ์ เป็นต้น เพื่อนำข้อมูลมาศึกษาเปรียบเทียบสมรรถนะของแกนนำผู้สูงอายุเป็นอย่างไร มีความแตกต่างกันหรือไม่ เป็นต้น

2. การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างสมรรถนะของแกนนำผู้สูงอายุกับความผาสุกของผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนจังหวัดเพชรบุรีเท่านั้น ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นที่มีผลต่อสมรรถนะแกนนำของผู้สูงอายุงาน เช่น ตัวแปรเกี่ยวกับการสร้างการพึ่งตนเองในครอบครัวของผู้สูงอายุและชุมชน

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่* 3 (*พ.ศ.* 2566-2580). กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

เกิดสิริ หงษ์ไทย. (2564). การวิเคราะห์มโนทัศน์ความผาสุกตามมุมมองในผู้สูงอายุ. *วารสารสภาการพยาบาล*, *36*(4), 44-59.

ขนิษฐา พิศฉลาด, เกศมณี มูลปานันท์, ภาวดี วิมลพันธุ์ และอรนลิน สิงขรณ์. (2562). *การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง.* กรุงเทพฯ: สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.).

ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2550). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย.* นนทบุรี: ไทเนรมิตกิจ อินเตอร์ โปรเกรสซิฟ จำกัด.

ซอมพอ อุปขาว, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และเดชา ทำดี. (2566). ความรอบรู้ด้านอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารพยาบาลสาร*, *50*(2), 71-84.

ฐากูร หอมกลิ่น. (2562). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ตำบลท่ายาง อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย*, *14*(49), 85-93.

ณัฐวดี จิตรมานะศักดิ์. (2566). รูปแบบการพัฒนาแกนนำด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ. *วารสารสหวิทยาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, *6*(4), 2177-2199.

นิชนันท์ สุวรรณกูฏ, สุวภัทร นักรู้กำพลพัฒน์, อมรรัตน์ นธะสนธิ์ และวุฒิชัย ลำดวน. (2564). ปัจจัยทำนายสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, *23*, 18-26.

นิชนันท์ สุวรรรกูฏ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, *23*(2), 18-26.

พวงชมนาถ จริยะจินดา. (2564). บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุตามหลักอิทธิบาท 4. *วารสารวิชาการสถาบันพัฒนาพระวิทยากร*, *1*(2), 18-28.

เพชรีย์ กุณาละสิริ และณัฏฐ์ณาฑ์ สร้อยเพ็ชร. (2565). การพัฒนาแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลสาร*, *49*(3), 258-271.

มลินี สมภพเจริญ, ขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ และกานดาวสี มาลีวงษ์. (2564). การยอมรับนวัตกรรม 4 สมาร์ทในแกนนำผู้สูงอายุเขตดอนเมือง. *วารสารนิเทศศาสตร์*, *39*(3), 1-21.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559.* กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

วาสนา สิทธิกัน. (2560). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ตำบลบ้านโฮ่ง อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน.* บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.

วริศรา อินทรแสน, วรรณวีร์ บุญคุ้ม และคณิต เขียววิชัย. (2563). การศึกษาสภาพการณ์ปัจจุบันของผู้ สูงอายุด้านความสุขในยุคไทยแลนด์ 4.0 ในกลุ่มจังหวัดภาคกลางปริมณฑล. *วารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัยและพัฒนาสาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, *12*(24), 78-90.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). *การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 (ฉบับปรับปรุง).* สืบค้นเมื่อ 25 ตุลาคม 2566 จาก https://www.nesdc.go.th/ewt_w3c/ewt_dl_link.php?nid=9812

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดเพชรบุรี. (2563). *รายงานสถานการณ์ทางสังคมจังหวัดเพชรบุรี ปี 2563.* กลุ่มนโยบายและวิชาการ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเพชรบุรี.

สุนทร คงทองสังข์. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยแกนนำสุขภาพครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมจังหวัดพัทลุง. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, *8*(2), 455-464.

สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2554). การพัฒนาความสุขของผู้สูงอายุ. *เอกสารประกอบการประชุมกระทรวงสาธารณสุข*. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการ สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.

Burns, J. M. (1978). Leadership: Theory of leadership. *New York: Harper & Row*, *7*, 19-20.

Campbell, A. (1976). Subjective measures of well-being. *American Psychologist*, *31*, 117-124. https://doi.org/10.1037/0003-066X.31.2.117

Likert, R. (1967). *The method of constructing and attitude scale*. New York: Wiley & Son.

Perry, H., Crigler, L., Lewin, S., Glenton, C., LeBan, K., & Hodgins, S. (2017). A new resource for developing and strengthening large-scale community health worker programs. *Human Resources for Health*, *15*(1), 13. https://doi.org/10.1186/s12960-016-0178-8

JNPHR
Journal of Nursing and Public Health Research
วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

e264916

ประสบการณ์ของสตรีที่ติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์: การวิจัยเชิงคุณภาพ

Women's experience of living with covid-19 during pregnancy: A qualitative study

ภารดี บุญเพิ่ม[1*], พัชรินทร์ เงินทอง[2], ปุลวิชช์ ทองแตง[3], สุจิตรา ชัยวุฒิ[4], ชฎาภรณ์ วัฒนวิไล[1], นงเยาว์ ลาวิณห์[5]

Paradee Boonperm[1*], Patcharin Ngoenthong[2], Pulawit Thongtaeng[3], Sujitra Chaiwuth[4], Chadaporn Wattanawilai[1], Nongyao Lawin[5]

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒ[1*], คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย[2], วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข[3], คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่[4], โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ[5]

Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University [1*], Faculty of Nursing, Chiangrai College University[2], Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health[3], Faculty of Nursing, Chiang Mai University[4], HRH Princess MahaChakri Sirindhorn Medical Center, Faculty of Medicine, Srinakharinwirot University[5]

(Received: October 4, 2023; Revised: November 13, 2023; Accepted: March 15, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยาย ประสบการณ์ของสตรีที่ติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 15 คน เป็นสตรีที่เคยมีประสบการณ์ติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ 1 ปีขึ้นไป และมีอายุระหว่าง 20-44 ปี อาศัยอยู่จังหวัดนครนายก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกจากชุดคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง และวิเคราะห์ข้อมูลแบบการวิเคราะห์แก่นสาระของ บราวน์และคลาร์ก 6 ขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์ของสตรีที่ติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ มี 5 ประเด็นหลัก คือ 1) ความรู้สึกกลัวผลกระทบจากการติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ 2) การจัดการปัญหาความรู้สึก "กลัว" ผลกระทบจากภาวะการติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ 3) ความช่วยเหลือสตรีติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ 4) ความรู้เกี่ยวกับ โควิด-19 และภาวะลองโควิดของสตรีติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ และ 5) การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ของสตรีติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นประสบการณ์ของโควิด-19 ในระหว่างตั้งครรภ์ ในเชิงลึก และความต้องการความช่วยเหลือที่อยากได้รับจากระบบการสุขภาพในการดูแลให้ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนาในสตรีตั้งครรภ์ที่ความสำคัญช่วยให้สตรีติดโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์และทารกมีคุณภาพของชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: ประสบการณ์การติดเชื้อโควิด-19, สตรีตั้งครรภ์

*ผู้ให้การติดต่อ ภารดี บุญเพิ่ม e-mail: paradee@g.swu.ac.th

Abstract

The objective of this qualitative study to describe the experiences of pregnant women infected with COVID-19. The study selected a specific, targeted sample group of 15 women who had experienced COVID-19 infection during pregnancy, were aged between 20-44 years old, and resided in Nakhon Nayok province. Data was collected through in-depth interviews using a semi-structured questionnaire set and analyzed using Brown and Clarke's six-step thematic analysis.

The research findings identified five main points regarding the experiences of pregnant women with COVID-19 infection: 1) fear and impact of COVID-19 infection during pregnancy; 2) coping with the fear and impact of COVID-19 infection during pregnancy; 3) support for pregnant women infected with COVID-19; 4) knowledge about COVID-19 and post-COVID conditions among pregnant women infected with COVID-19 during pregnancy, and 5) practices to prevent the spread of COVID-19 infection among pregnant women infected with COVID-19 during pregnancy. This study reveals the deep experiences of COVID-19 during pregnancy and the need for assistance desired from the healthcare system to provide knowledge about viral infection in pregnant women, which is crucial for preventing COVID-19 infection during pregnancy and ensuring the quality of life for both mothers and infants in the future.

Keywords: Experience Living with Covid-19, Pregnant Women

บทนำ

โรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่ระบาดได้รวดเร็วจนแพร่กระจายทั่วโลก องค์การอนามัยโลกประกาศการระบาดของโรคโคโรนาไวรัส (โควิด-19) เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขทั่วโลก (World Health Organization, 2021a) จากสถิติเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 การติดเชื้อที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการเสียชีวิตทั่วโลก ในขณะที่มีผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด-19 ทั่วโลกมีจำนวนสูงถึง 5,890,312 คน (World Health Organization, 2022) และ จากการรายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (โควิด-19) และจากรายงานสถานการณ์ โดยองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย พบว่า สถานการณ์การติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศไทย ณ วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2565 มียอดรวมผู้ติดเชื้อ 410,565,868 คน อัตราผู้ติดเชื้อที่สูงจะพบในกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และในจังหวัดภาคใต้ตอนบนและตอนกลาง ซึ่งนครนายกเป็นจังหวัดในเขตปริมณฑล มีจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 รายใหม่ที่สูง ติด 1 ใน 10 ของประเทศ (World Health Organization, 2022) ที่สำคัญการติดเชื้อโควิด-19 ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์และหลังคลอดมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของมารดาและการกลายพันธุ์ของเชื้อ ซึ่งการเสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด-19 มีแนวโน้มที่สูงขึ้น และ จากการรายงานพบร้อยละของหญิงตั้งครรภที่คลอดปกติ มีการติดเชื้อโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้น

จากสตรีทั่วไปประมาณ 10% (สุชาดา กุลจิตติพิริยะ, 2566) สำหรับประเทศไทย กรมอนามัยรายงานจากข้อมูลการแพร่ระบาดของ โควิด-19 ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2563 ถึงวันที่ 20 กรกฎาคม 2564 พบมีสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อ จำนวน 898 ราย เสียชีวิต จำนวน 16 ราย (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564) จากสถิติการติดเชื้อที่ผ่านมาพบว่า อัตราตายของมารดาเท่ากับ 159 ต่อ 10,000 การเกิด เนื่องจากกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ และหลังคลอดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย

จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของทุกระบบ โดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสที่สามและระยะหลังคลอดเสี่ยงต่อติดเชื้อไวรัสมากขึ้น (Stanczyk, Jachymski, & Sierozewski, 2020; Poon et al., 2020) จะเห็นได้จากการติดเชื้อในสตรีตั้งครรภ์พบว่ามีแนวโน้มที่จะรุนแรง เพิ่มมากขึ้น อันเนื่องมาจากการกลายพันธุ์ของโคโรนาไวรัส จากสถานการณ์การติดเชื้อโควิด-19 ประเทศไทยระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2563 ถึงวันที่ 24 มิถุนายน 2564 พบสตรีตั้งครรภ์เกิดภาวะปอดอักเสบรุนแรงถึงร้อยละ 26.75 ปอดอักเสบและต้องใช้เครื่องช่วยหายใจร้อยละ 1.8 และเสียชีวิตร้อยละ 1.4 (สมาคมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทย, 2564) มีการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19 ในช่วงท้าย ๆ ของการตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการคลอดมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อในระยะแรกของการตั้งครรภ์ รวมถึงสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ติดเชื้อเลย (National Institute of Health, 2022) นอกจากนั้นยังมีการศึกษาเปรียบเทียบผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดจากการติดเชื้อโควิด-19 ระหว่างสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ติดเชื้อขณะมาคลอดกับสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่เคยติดเชื้อก่อนมาคลอด พบว่า สตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ติดเชื้อขณะมาคลอดมีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมสูง มีภาวะปอดอักเสบมากกว่าและได้รับยา Favipiravir มากกว่าสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่เคยติดเชื้อก่อนมาคลอด ส่งผลให้ทารกที่คลอดจากกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อขณะมาคลอดนั้นคลอดก่อนกำหนดมากกว่า นอนโรงพยาบาลนานกว่า และมีไข้มากกว่าทารกที่คลอดจากกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่เคยติดเชื้อก่อนมาคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ณัฐนนท์ งามนิล, 2566) ที่สำคัญหากสตรีตั้งครรภ์มีภาวะการติดเชื้อรุนแรงส่งผลให้เสียชีวิตได้ โดยการศึกษาผลการรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ โควิด-19 ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดย ศิริกัญญา สมศร (2565) พบว่าบสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ โควิด-19 จำนวน 68 ราย ส่วนใหญ่รักษาหาย แต่มี 1 ราย ที่ติดเชื้อรุนแรงและเสียชีวิต ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19 รายที่เสียชีวิตดังกล่าว มีสาเหตุจากการมีภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบรุนแรงต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมด้วย ทำให้ระบบทางเดินหายใจล้มเหลวและเสียชีวิต บุคลากรทางการแพทย์ต้องเฝ้าระวังและดูแลภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงส่งผลต่อชีวิต

แม้ว่าในปัจจุบันไม่พบหลักฐานที่มีรายงานทางการแพทย์ว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคโควิด-19 จะมีอาการและอาการแสดงแตกต่างจากคนทั่วไป หรือมีความเสี่ยงสูงที่โรคจะรุนแรง แต่ไม่พบหลักฐานว่าจะเกิดการติดเชื้อผ่านทางรกไปยังทารกในครรภ์ในช่วงไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ เนื่องจากตรวจไม่พบเชื้อโรคจากน้ำคร่ำ เลือดจากสายสะดือทารก สารคัดหลั่งในช่องคลอด สารคัดหลั่งที่ป้ายจากลำคอทารกแรกเกิด หรือน้ำนม ซึ่งผลของโรคต่อการตั้งครรภ์ยังสรุปไม่ได้ชัดเจน เนื่องด้วยข้อมูลที่มีจำกัด (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2564) แต่การศึกษาจากสถาบันการแพทย์นอร์ธเวสเทิร์น เมดิซีน (Northwestern Medicine) ของสหรัฐฯ ได้เปิดเผยผลทดสอบทางพยาธิวิทยา

หลังการให้กำเนิดบุตรของมารดา 16 คน ที่มีผลตรวจโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 เป็นบวกขณะตั้งครรภ์ พบหลักฐานบ่งชี้ว่า “รก” ได้รับความเสียหายเนื่องจากโรคโควิด-19 ซึ่งรกดังกล่าวปรากฏความผิดปกติ 2 รูปแบบ ได้แก่ การไหลเวียนเลือดจากแม่ไปสู่ทารกในครรภ์ไม่เพียงพอ เนื่องจากความผิดปกติของหลอดเลือดหรือภาวะหลอดเลือดของมารดาผิดปกติ และภาวะลิ่มเลือดในรกอุดตัน (รุจา แก้วเมืองฝาง, บุญตา สุขวดี และพิมพ์ลดา อนันต์สิริเกษม, 2563)

ปัจจุบันพบผลกระทบสภาวะหลังโควิด-19 ตามมา ซึ่งมีจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 รวมสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด-19 ที่รักษาหายแล้วร้อยละ 10-20 ได้รับผลกระทบที่เรียกว่าภาวะลองโควิดหรือสภาวะหลังโควิด (World Health Organization, 2021b) หรืออาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 คือ การที่ยังมีอาการผิดปกติยาวนานกว่า 4 สัปดาห์ ขณะที่คนส่วนใหญ่ที่ติดเชื้อโควิด-19 พบว่า ประมาณร้อยละ 80 ของผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีอาการใดอาการหนึ่ง โดยอาการที่พบมากที่สุด คือ อ่อนเพลีย ปวดหัว ขาดสมาธิ ผมร่วง และเหนื่อยหอบ บางคนมีผลต่อเรื่องการคิดและคำพูด หรือกลายเป็นภาวะที่มีอาการผิดปกติทางจิตใจหลังจากประสบเหตุการณ์รุนแรง (Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)) เช่น การได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ หรือการปั๊มหัวใจเพื่อช่วยชีวิต ทำให้เกิดความเครียดฉับพลันและอาจสะสมมาอย่างต่อเนื่อง (Maude, 2021) และจากการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ทำให้เกิดความกลัว ความเครียดที่รุนแรง และความวิตกกังวลใจจากผลกระทบที่จะมีต่อสุขภาพของตนเองและการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ มีภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว อ้างว้าง (Mortazavi & Ghardashi, 2021) รวมถึงในประเทศไทยยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตสตรีตั้งครรภ์ และมารดาในระยะ 6 สัปดาห์ หลังคลอด ซึ่งพบว่า ทำให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (สุนทร อินทพิบูลย์, 2566)

หญิงตั้งครรภ์เป็นบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงกว่าคนทั่วไปเมื่อเกิดการติดเชื้อโควิด-19 โดยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งในปัจจุบันยังมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติของสตรีที่ติดเชื้อโควิด-19 ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และมารดาทารกหลังคลอด (สุธิดา อินทรเพชร, เอมอร บุตรอุดม, สุธิดา สิงห์ศิริเจริญกุล และ ทิพวรรณ ทัพซ้าย, 2564) และจากการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัสหรือโควิด-19 ไม่เพียงส่งผลต่อร่างกายแต่ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจของสตรีตั้งครรภ์ และผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์เป็นอันตรายต่อมารดาและทารกจนทำให้เสียชีวิตได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากหญิงตั้งครรภ์มีโรคประจำตัวอื่นๆร่วมด้วย จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาหาข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ของสตรีที่ติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ อันจะเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลสตรีที่ติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงส่งผลต่อชีวิตของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ รวมถึงการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจิตของสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวที่จะเกิดตามมา

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ของสตรีที่ติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (Descriptive Qualitative Study) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง สตรีที่มีประสบการณ์ติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ในทุกระยะของการตั้งครรภ์เพื่อความหลากหลายของประสบการณ์การตั้งครรภ์ในแต่ละระยะ ตั้งแต่ 1-2 ปี จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีการศึกษาทั้งในและต่างประเทศเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าวก่อนหน้านี้ในงานวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 12-19 คน โดยผู้วิจัยเริ่มค้นหาสตรีตั้งครรภ์ผู้ให้ข้อมูลคนแรกที่ตรงกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. สตรีที่มีประสบการณ์ติดเชื้อโควิด-19 ไม่เกิน 1 ปี
2. อายุระหว่าง 20-44 ปี
3. มีสุขภาพแข็งแรง
4. สามารถติดต่อสื่อสารภาษาไทยได้ดี
5. เต็มใจที่จะทบทวนและถ่ายทอดประสบการณ์ในการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. มีความเจ็บป่วย หรือ โรคเรื้อรังที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ได้ เช่น หอบหืดรุนแรง วัณโรค ใส่สายยางให้อาหารทางจมูก (NG tube) เป็นต้น
2. มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา

จากนั้นคณะผู้วิจัยจะใช้กระบวนการแบบลูกโซ่ (Snowball Sampling) เพื่อให้ได้เข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเพิ่มขึ้นร่วมกับการประกาศประชาสัมพันธ์ในเขตพื้นที่จังหวัดนครนายก การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในสตรีที่มีประสบการณ์ติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ โดยข้อมูลอิ่มตัว (Data Saturation) เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มอาสาสมัครทั้งสิ้น 15 คน ซึ่งถือว่าข้อมูลมีความเพียงพอต่อความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. ผู้วิจัยหลักและผู้วิจัยรอง จำนวน 2 คน ซึ่งมีผู้มีความรู้และมีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพและมีประสบการณ์ตีพิมพ์ถ่ายทอดผลงานวิจัยเชิงคุณภาพในประเด็นเปราะบาง นอกจากนี้ผู้วิจัยหลัก ยังเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง และมีประสบการณ์การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19
2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของสตรีที่มีประสบการณ์ติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ ประกอบด้วย อาชีพ ระดับการศึกษา การได้รับวัคซีน จำนวนการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ (ไตรมาส) ที่ติดเชื้อโควิด-19 ระยะเวลาและอาการแสดงที่มีภาวะเจ็บป่วยจากการติดเชื้อโควิด-19 และการรักษาที่ได้รับ
3. แนวคำถามหลักจำนวน 6 ข้อ ที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกมีดังนี้

3.1 ท่านมีความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 หรือไม่ ถ้ามี มีความรู้อย่างไร

3.2 ท่านปฏิบัติตัวขณะติดเชื้อและหลังติดเชื้อโควิด-19 อย่างไร

3.3 ท่านรู้สึกขณะติดเชื้อและหลังติดเชื้อโควิด-19 อย่างไร

3.4 ท่านจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกขณะติดเชื้อโควิด-19 อย่างไร

3.5 ท่านได้รับการช่วยเหลือดูแลขณะติดเชื้อและหลังติดเชื้อโควิด-19 อย่างไร

3.6 ท่านอยากได้รับการช่วยเหลือดูแลขณะติดเชื้อและหลังติดเชื้อโควิด-19 จากใคร และอย่างไร โดยคำถามดังกล่าวสามารถขยายคำถามเป็นคำถามย่อย ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและลึกซึ้งมากขึ้น และคำถามที่ใช้ในการเจาะลึกจะถูกใช้ในการสัมภาษณ์เพื่อให้ได้รายระเอียดของข้อมูลที่สมบูรณ์

4. อุปกรณ์บันทึกเสียง ได้แก่ แอปพลิเคชันการบันทึกเสียงในโทรศัพท์มือถือของผู้วิจัย

5. สมุดบันทึกข้อมูล (Field Note) ซึ่งผู้วิจัยใช้ในการบันทึกข้อมูลรายละเอียดทั้งหมดที่ผู้วิจัยสังเกตได้ระหว่างการสัมภาษณ์ทุกครั้งหลังจากได้ทำการเก็บขอมูลเช่น ลักษณะสีหน้า ท่าทาง บริบทสิ่งแวดลอม ครอบครัวของสตรีกลุ่มผู้ให้ข้อมูล เป็นต้น

6. แฟ้มข้อมูลของผู้วิจัย สำหรับเก็บข้อมูลที่ได้จากการจำแนก และจัดหมวดหมู่ของข้อมูลรายบุคคลเช่น ข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกการสัมภาษณ์และการถอเทป และการลงรหัสขอมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความน่าเชื่อถือ (Trustworthiness) มี 4 ประการสำหรับการประเมิน (Lincoln & Guba, 1985) ดังนี้

1. ความน่าเชื่อถือ (Credibility) การศึกษานี้ความน่าเชื่อถือถูกบรรลุผ่านจากระยะเวลาการสัมภาษณ์ที่ใช้เวลานานเพียงพอ (ระยะเวลาเฉลี่ย 50 นาทีต่อการสัมภาษณ์) และมีการตรวจสอบจากบุคคลอื่น โดยได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญงานวิจัยนี้ (Peer Debriefing) จะทำการตรวจสอบระหว่างกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อพูดคุยเปรียบเทียบและสำรวจความเป็นไปได้ของการตีความอื่น ๆ นอกจากนี้ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยถ่ายทอดข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เป็นข้อความของอาสาสมัคร โดยผ่านการตรวจสอบความถูกต้องโดยอาสาสมัครเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ (Member Checking) เพื่อยืนยันความถูกต้องของการสัมภาษณ์ในขอมูลที่ไม่ชัดเจน รวมถึงความเข้าใจของผู้วิจัยเอง หากพบข้อผิดพลาดใด ๆ ของข้อมูลการสัมภาษณ์จะมีการแก้ไขโดยผู้วิจัยหลังจากได้พูดคุยแล้ว

2. ความเป็นไปได้ในการโอนย้าย (Transferability) สำหรับการศึกษานี้ นักวิจัยจะให้ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างชัดเจนและขั้นตอนต่อขั้นเพื่อให้เห็นขั้นตอนการดำเนินการ ผู้อ่านสามารถใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถอ้างอิงในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงของผลการศึกษานี้ได้

3. ความเชื่อถือได้ (Dependability) เพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่เรารวบรวมนั้นถูกต้อง ผู้วิจัยได้อธิบายอย่างละเอียดเกี่ยวกับความสอดคล้องของข้อมูล รวมถึงการจัดระเบียบเอกสารทั้งหมดและการจดบันทึกข้อมูล บันทึกการสัมภาษณ์จะถูกวิเคราะห์และพูดคุยกับทีมผู้วิจัยที่มีประสบการณ์และความชำนาญด้านการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

4. ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) หมายถึงการประเมินการวิจัยโดยดูถึงวิธีที่ผลการค้นหาและสรุปผลให้เหมาะสมกับเป้าหมายและไม่ได้เกิดจากสมมติก่อนหน้าและอคติหรือความเข้าใจล่วงหน้าของนักวิจัย สามารถตรวจสอบหรือติดตามข้อมูลได้ (Audit Trail) สำหรับการศึกษาครั้งนี้เอกสารต่าง ๆ ซึ่งรวมถึงเอกสารส่วนตัวที่เกี่ยวกับกระบวนการคิดของผู้วิจัย เช่น บันทึกสนทนา กลุ่มสนทนา บันทึกการสังเกตการณ์ในสถานที่ต่าง ๆ รวมทั้งเอกสารที่อธิบายตัวชี้วัด และตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยแสดงเหตุผลในการวิเคราะห์ข้อมูลตั้งแต่การทำรหัสจนถึงการวิเคราะห์เสร็จสิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากงานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในจังหวัดนครนายก และสาธารณสุขอำเภอพื้นที่ที่ศึกษาในจังหวัดนครนายก และหัวหน้าสถานพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) และสถานีอนามัย ในเขตอำเภอที่ศึกษา จังหวัดนครนายก เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย และเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยหลังคลอด หน่วยวางแผนครอบครัว แผนกฝากครรภ์ คลินิกนมแม่ และคลินิกสุขภาพเด็กดี ในโรงพยาบาลที่ศึกษา ในจังหวัดนครนายก สาธารณสุขอำเภอ และหัวหน้าสถานพยาบาล ได้แก่ รพ.สต และสถานีอนามัย ในเขตพื้นที่ศึกษา จังหวัดนครนายก เพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย และขอความอนุเคราะห์ในการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยแก่ผู้สนใจที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ เมื่อผู้สนใจเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยจะทำการสอบถามรายละเอียดเพื่อคัดเลือกสตรีที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ หากมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัย ความเสี่ยงของการวิจัยการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาหากรู้สึกไม่สะดวกใจ เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบถึงกระบวนการการเก็บข้อมูลความจำเป็นถึงการบันทึกเสียง หลังจากนั้นคณะผู้วิจัยจะดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้แนวคำถามหลัก 6 ข้อ และมีการใช้คำถามเจาะลึกเช่น ท่านทำอย่างไร หรือเพราะเหตุใดจึงทำเช่นนั้น เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สมบูรณ์ กระบวนการสัมภาษณ์จะถูกดำเนินการในสถานที่ส่วนตัว วัน เวลาและสถานที่ กลุ่มอาสาสมัครจะเป็นผู้กำหนดการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์อาสาสมัครสตรีตั้งครรภ์ 1 คน ใช้เวลา 45 ถึง 55 นาที ในการวิจัยนี้เกิดการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ขึ้นหนึ่งครั้ง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ซึ่งผู้วิจัยได้นัดขอข้อมูลเพิ่มเติมโดยผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้กำหนดเวลาและสถานที่ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล ศึกษาทำความเข้าใจ และจัดระเบียบข้อมูลโดยใช้รหัส (Coding) ผู้วิจัยยุติการสัมภาษณ์เมื่อข้อมูลอิ่มตัวที่ 15 ราย และมีข้อมูลเพียงพอ (Data Saturation)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกัน ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลแบบการวิเคราะห์แก่นสาระแบบอุปนัย (Inductive Thematic Analysis) ของบราวน์ และ คลาร์ก (Braun & Clark, 2006) จะใช้ในการวิเคราะห์และรวบรวมข้อมูลจากสตรีที่มีประสบการณ์ติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ ได้แก่

1) การทำความคุ้นเคยกับข้อมูล โดยการที่ผู้วิจัยทำการถอดเทปและอ่านข้อมูลซ้ำๆหลังการสัมภาษณ์ทุกครั้ง เพื่อทำความเข้าใจ 2) การสร้างรหัส (Coding) เริ่มต้น 3) การค้นหาแก่นสาระเพื่อให้เกิดความชัดเจน 4) การทบทวนและจัดระบบแก่นสาระ เพื่อให้แก่นสาระมีความหมายเชื่อมโยงและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย 5) การตีความและการตั้งชื่อรูปแบบให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการวิจัย และ 6) การสร้างข้อสรุปและการรายงาน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หมายเลขรับรอง: SWUEC-146/2565E ผู้วิจัยต้องการปกป้องสิทธิความเป็นบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย โดยการขออนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรตามแบบฟอร์ม ผู้วิจัยแนะนำตัวตามข้อความในใบพิทักษ์สิทธิ อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ ความเสี่ยงและการเสียสิทธิที่จะได้รับจากการวิจัย ขั้นตอนต่าง ๆ ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลมีอิสระที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ถึงแม้ว่าจะยินยอมเข้าร่วมศึกษาวิจัยแล้ว หากไม่สะดวกที่จะตอบคำถาม ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามนั้นได้ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะขออนุญาตบันทึกเสียงก่อนการสัมภาษณ์ทุกครั้ง จะถือเป็นความลับและไม่เปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล และจะถูกจัดเก็บไว้อย่างเป็นความลับในคอมพิวเตอร์ที่มีการเข้ารหัสเพื่อป้องกันการเข้าถึงเป็นเวลา 2 ปี จากนั้นผู้วิจัยจะดำเนินการลบข้อมูลทิ้ง การนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปอภิปรายหรือ พิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมเพื่อจุดมุ่งหมายเชิงวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของสตรีที่มีประสบการณ์ติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ จำนวน 15 คน มีอายุระหว่าง 17-41 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย อาชีพรับจ้าง ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ เคยมีประสบการณ์ติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ ระหว่าง 1-2 ปี ส่วนใหญ่อายุครรภ์ที่ติดเชื้อในไตรมาสที่ 3 การฝากครรภ์ตามเกณฑ์ ติดเชื้อจากบุคคลในครอบครัว อาการไม่รุนแรง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และมีอาการลองโควิด จำนวน 10 คน จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ประสบการณ์ของสตรีที่ติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ มี 6 ประเด็นหลักคือ 1) ความรู้สึกของสตรีที่ติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ 2) การจัดการความรู้สึกเชิงลบ 3) การต้องการความช่วยเหลือ(ถ้ามี) 4) ความช่วยเหลือที่อยากได้รับ 5) ความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 และภาวะลองโควิด และ 6) การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโควิด-19 มีรายละเอียดดังนี้

1. ความรู้สึกกลัวผลกระทบจากการติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ หมายถึง ความรู้สึกของสตรีที่ติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ “กลัว” ผลกระทบจากการติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ ที่จะเกิดต่อตนเอง ทารกในครรภ์และคนในครอบครัว และ ไม่รู้สึกอะไร มีรายละเอียดดังนี้

1.1 ความรู้สึก“กลัว”ผลกระทบจากการติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ ที่จะเกิดต่อตนเอง ทารกในครรภ์และคนในครอบครัว โดยพบว่าสตรีส่วนใหญ่ “กลัว”การติดเชื้อโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ในขณะที่มีสตรีที่ติดเชื้อโควิด 19 ขณะตั้งครรภ์ ส่วนน้อยมีความรู้สึก ไม่กลัว มองว่าเป็นเรื่องปกติที่ใคร ๆ ก็สามารถเป็นได้ มีรายละเอียดดังนี้ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์บางรายกล่าววาส ความรู้สึก“กลัว”ผลกระทบจากการติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ จะเกิดต่อตนเองและคนในครอบครัว

“หนูกลัวจะคลอดก่อนกำหนด” (P6)

“หนูกลัวว่าจะทำให้แฟนติดเชื้อโควิดจากหนูไปด้วย กลัวไปติดลูกด้วยค่ะ” (P13)

ในขณะที่หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีความรู้สึก“กลัว”ผลกระทบจากการติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ จะเกิดต่อสุขภาพทารกในครรภ์ หรือทารกในครรภ์อาจจะติดเชื้อโควิด-19 ด้วย หรือ ทารกคลอดออกมาจะมีสุขภาพร่างกายที่ไม่สมบูรณ์แข็งแรง และ “กลัว”ว่าทารกในครรภ์จะเสียชีวิต ดังตัวอย่างคำกล่าวของหญิงตั้งครรภ์ต่อไปนี้

“ใกล้จะคลอดแล้ว ก็กลัวว่าถ้าลูกติดโควิด-19 ขึ้นมาจะเป็นยังไง จะเป็นอันตรายไหม คือเราติดเชื้ออย่างนี้แล้วจะมีโอกาสที่จะติดไปถึงลูกในท้องไหม แล้วลูกจะเป็นยังไง จะแย่ไหม แล้วออกมาจะหายใจเร็วไหม ปอดจะดีไหม รู้สึกกลัวมากที่สุดคือกลัวว่าเค้าจะเสียชีวิตอ่ะค่ะ” (P2)

“หนูกลัวมันจะส่งผลต่อลูกในท้อง กลัวลูกจะเป็นอะไร คือ หนูกลัวว่าลูกออกมาแล้วปอดจะติดเชื้อ กลัวลูกออกมาไม่สมบูรณ์ กลัวลูกพิการ กลัวลูกไม่แข็งแรง กลัวลูกออกมาแล้วตายค่ะ” (P3)

“กลัวจะไปมีผลกระทบต่อลูกในท้อง คือว่าหนูกลัวจะคลอดก่อนกำหนด ลูกออกมาแล้วจะไม่แข็งแรงค่ะ” (P4)

1.2 ไม่รู้สึกอะไร หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ไม่มีความรู้สึก “กลัว” หรือ “กังวลใจ” เกี่ยวกับผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ ที่จะเกิดขึ้นต่อตนเอง ทารกในครรภ์ และคนในครอบครัว ซึ่งผลการศึกษา พบว่า สตรีที่ติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์พียงส่วนน้อยไม่รู้สึก “กลัว” หรือ “กังวลใจ”จากผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ เพราะคิดว่าเป็นเรื่องปกติใคร ๆ ก็เป็นโดยเฉพาะในรายที่มีอาการไม่รุนแรง

“ตอนนี้เหรอไม่น่ากลัวแล้วค่ะ เป็นเรื่องปกติที่ใคร ๆ เขาก็เป็นค่ะ” (P12)

“ไม่กังวลใจอะไรมาก เพราะว่าหนูไม่ได้มีอาการหนักขนาดถึงขั้นนอนซมหรือว่าทำอะไรไม่ได้ เหมือนเป็นแค่มีไข้ขึ้นเฉย ๆ หนูก็ใช้ชีวิตได้ปกติ เลยไม่รู้สึกอะไรค่ะ” (P14)

2. การจัดการปัญหา ความรู้สึก “กลัว” ผลกระทบจากภาวะการติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ หมายถึง วิธีการจัดการปัญหา ประกอบด้วย 2 วิธี ได้แก่ 1) วิธีการจัดการที่สาเหตุของปัญหา คือ สาเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึก “กลัว” ผลกระทบจากภาวะการติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ต่อตนเอง ทารกในครรภ์ และคนในครอบครัว อาทิเช่น การไปพบแพทย์ การดูแลสุขภาพให้แข็งแรง และ 2) วิธีการจัดการความรู้สึก “กลัว” ผลกระทบของการ

ติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ การสร้างเสริมกำลังใจ การหลีกเลี่ยงความรู้สึกไม่สบายใจ และ ปรึกษาบุคคลที่รู้จัก เป็นต้น

2.1 วิธีการจัดการปัญหา คือ วิธีการแก้ไขสาเหตุของปัญหาของสตรีเมื่อมีความรู้สึก “กลัว” ผลกระทบจากภาวะการติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์จะส่งผลต่อสุขภาพของทารกในครรภ์ เช่น การไปพบแพทย์เพื่อตรวจและรักษา หรือปรึกษาขอคำแนะนำในการปฏิบัติตัว การดูแลสุขภาพให้แข็งแรง เป็นต้น ซึ่งมีรายละเอียดมีดังต่อไปนี้

2.1.1 การไปพบแพทย์ เพื่อตรวจครรภ์ อัลตร้าซาวด์ เพื่อตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ การปรึกษาขอคำแนะนำในการสังเกตการดิ้นของทารกในครรภ์ และการนับลูกดิ้น ฯลฯ ซึ่งเป็นการจัดการที่แก้ที่สาเหตุของปัญหาโดยตรง เพราะเป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่าเมื่อเรามีภาวะเจ็บป่วยก็ต้องไปโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์ทำการตรวจรักษา

“ก็ไปหาหมอไปตรวจท้อง คุยกับคุณหมอที่โรงพยาบาลอัลตร้าซาวด์ดู หนูถามเขาว่าลูกหนูยังแข็งแรงอยู่ไหม? หมอบอกว่าแข็งแรงดี แล้วลูกหนูติดโควิดไหม? หมอก็ให้คำแนะนำว่าช่วงเราท้องอ่อน ๆ ลูกอาจจะยังไม่ติดจ๊ะ” (P1)

“ได้คุยปรึกษากับหมอให้ตรวจอัลตร้าซาวด์ดูลูกในท้องให้ค่ะ หมอก็ถามตลอดว่าเด็กดิ้นไหม วันนึงดิ้นกี่ครั้ง พอลูกดิ้น ก็สบายใจปกติเหมือนเดิม” (P2)

“คุณหมอกับพยาบาลแนะนำให้สังเกตดูว่าดิ้นหรือเปล่า แล้วให้นับว่าน้องดิ้นกี่ครั้งอะไรประมาณนี้ค่ะ จะนับตอนหลังกินข้าวเช้า กลางวัน และเย็นค่ะ จะต้องดิ้นไม่ต่ำกว่า 10 ครั้ง ถือว่าปกติค่ะ แต่ถ้าน้องดินน้อยกว่า 10 ครั้ง ให้รีบมาโรงพยาบาลค่ะ” (P10)

2.1.2 การดูแลสุขภาพให้แข็งแรง เป็นวิธีการแก้ไขปัญหาตามสาเหตุของปัญหาโดยตรง ด้วยการดูแลสุขภาพให้แข็งแรง เพื่อเป็นภูมคุ้มกันของร่างกายต่อสู้กับเชื้อโควิด-19 เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์ครบ 5 หมู่ และยารักษาโรค การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ให้สะอาด เช่น การอาบน้ำ การล้างมือ เป็นต้น

“ดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรงค่ะ คือหนูจะนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ กินอาหารที่ดีมีประโยชน์ อย่างเช่น กินผัก ผลไม้ กินนม และก็กินยาบำรุงที่หมอให้มาค่ะ ถ้ามีเวลาว่างก็หนูจะออกกำลังกายนิดหน่อย อย่างปั่นจักรยานที่เป็นเครื่องออกกำลังกายที่บ้านค่ะ แล้วหนูก็ป้องกันตัวเอง ถ้าออกไปข้างนอก ไปที่ชุมชนแออัด เราก็ใส่แมส ล้างมือบ่อย ๆ กลับมาถึงบ้านแล้วก็อาบน้ำ ล้างมือทำความสะอาดตัวเอง เปลี่ยนเสื้อผ้าแล้วเราก็สังเกตว่าลูกยังดิ้นดีอยู่ ยังไม่ได้เป็นอะไร ก็รู้สึกสบายใจขึ้นค่ะ” (P2)

2.2 การจัดการความรู้สึก “กลัว” ผลกระทบจากภาวะการติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์จะส่งผลต่อสุขภาพของทารกในครรภ์ โดย ยึดศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ การสร้างเสริมกำลังใจ การหลีกเลี่ยงความรู้สึกไม่สบายใจ เป็นต้น

2.2.1 ยึดศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ เป็นการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น การขอพรจากพระเจ้า การสวดมนต์

“หนูนับถือศาสนาอิสลามจะละหมาดขอพรจากพระเจ้า ไปขอดุอา ขอต่ออัลเลาะห์ ก็จะขอให้ลูกแข็งแรงสมบูรณ์ ปกติเหมือนเด็กคนอื่นๆเขา ขอให้ตัวเองหายเร็ว ๆ ที่บ้านก็เหมือนกันขอพรทุกวัน ลูกสาวก็ขอทางพ่อแม่เขาก็ขอให้ลูก ๆ หลาน ๆ ไม่ให้ติด พอสวดมนต์ขอพรจากพระเจ้าแล้วก็สบายใจขึ้น” (P1)

“มีสวดมนต์ไหว้พระเหมือนที่พึ่งทางใจนิดนึงค่ะ สวดมนต์แล้วก็อธิษฐานขอให้ไม่ได้เป็นเยอะ ขอให้ไม่มีผลอะไรกับลูกในท้องค่ะ” (P2)

2.2.2. การสร้างเสริมกำลังใจ ซึ่งเป็นการสร้างกำลังใจจากตนเองและกำลังใจที่ได้รับจากบุคคลในครอบครัว ได้แก่ พ่อแม่ สามี ญาติพี่น้อง และ บุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เป็นต้น

“พ่อแม่กับแฟน แล้วก็แม่เขา ก็ให้กำลังใจอย่างนี้ค่ะ ไม่มีใครอยากให้เกิดขึ้นหรอกเขาบอกหนูว่าก็เป็นไปแล้ว เราก็รักษาไป แล้วก็ดูแลลูกในท้อ งบำรุงลูกไปอะไรอย่างนี้ค่ะ ไม่ต้องไปเครียด ไม่ต้องไปกังวล” (P8)

“คุยกับพี่ ๆ พยาบาล อยู่กับหมอ เขาก็คุยให้กำลังใจค่ะตลอด เขาก็แนะนำให้เรากินอาหารอย่างนู้นอย่างนี้นะ ให้เราพักผ่อนเยอะ ๆ และก็ดูแลตลอด ก็รู้สึกปลอดภัยและสบายใจค่ะ” (P15)

“ก็โทรไปคุยกับครอบครัวตลอด คุยกับแม่ คุยกับทุกคนเลยค่ะ ญาติพี่น้องเขาบอกไม่เป็นไรนะ ไม่เป็นไรหรอกลูก เดี๋ยวก็หาย คุยแล้วก็รู้สึกสบายใจขึ้นค่ะ” (P15)

2.2.3 การหลีกเลี่ยงความรู้สึกไม่สบายใจ เป็นวิธีการที่กลุ่มให้ข้อมูลบางรายดึงตัวเองออกจากความคิดความรู้สึกที่ไม่สบายใจ ได้แก่ การไม่คิดจมปลักกับความรู้สึกไม่สบายใจ การทำใจ การหากิจกรรมทำเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น ดูหนัง คุยกับเพื่อน เป็นต้น

“หนูพยายามไม่คิดอะไรค่ะ พยายามหาอะไรดู หาอะไรทำไปเรื่อย ๆ พยายามไม่คิดตรงนั้น” (P3)

“พยายามคุยเรื่องอื่น คุยเรื่องที่ทำงานบ้าง คุยเล่นกันไปเรื่อย ๆ อย่างนี้ค่ะ” (P3)

“ลูบท้อง มีพูดคุยกับลูกในท้องบ้าง แล้วก็เปิดเพลงให้เค้าฟัง” (P10)

3. ความช่วยเหลือสตรีติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ หมายถึง สิ่งที่สตรีติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ได้รับ ต้องการได้รับ และไม่ต้องการได้รับ จากบุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หน่วยงานในชุมชน รวมถึงความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคคลที่รู้จัก เพื่อช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19 มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ปราศจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19 มีจิตใจที่เข้มแข็งในการเผชิญปัญหาภาวะเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ให้มีอาการทุเลาและหายจากภาวะเจ็บป่วย ประกอบด้วย 3 ประเภท ดังนี้

3.1 ความช่วยเหลือที่สตรีติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หน่วยงานในชุมชน บุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคคลที่รู้จัก รูปแบบการช่วยเหลือจะแตกต่างกันไปตามลักษณะของกลุ่มผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายถึงประสบการณ์ดังนี้

“หนูโทรไปแจ้งบอกหมอศรีที่อนามัยว่าเป็นโควิด แล้วหมอศรีก็ประสานงานให้ อสม. มาตรวจ ATK หมอศรีให้คำแนะนำว่าให้ไปที่ศูนย์พักคอย ไปเอายามากินอย่างนี้ค่ะ ทางอสม.แล้วก็ผู้ใหญ่บ้านที่คอยมาถามไถ่ ดูแลส่งข้าวส่งน้ำ” (P4)

“อบต. ผู้ใหญ่บ้านที่เอาพวกของกักตัวมาให้เป็นถุงยังชีพ ข้างในนั้นก็มีมาม่า ปลากระป๋อง ข้าวสาร น้ำเปล่าอะไรอย่างนี้มาให้ค่ะ ในนั้นมีมาม่า 1 ลัง ไข่ 1 แผง น้ำมัน 2 ขวด น้ำปลา 1 ขวด ปลากระป๋องโหลนึง ข้าวสารถุงนึงค่ะ แล้วอบต. เขาเอาถุงยังชีพมาให้เหมือนกันเลยค่ะ (P5)

3.2. ความช่วยเหลือที่สตรีติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ต้องการได้รับ หมายถึง ความช่วยเหลือที่สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19 อยากได้รับจากบุคคลอื่นนอกเหนือจากสตรีได้รับความช่วยเหลือมาแล้วทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จาก 2 กลุ่ม ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และจากหน่วยงานในชุมชน ได้แก่ เทศบาล อบต รพ.สต เป็นต้น ซึ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลบางส่วนได้ถ่ายทอดดังต่อไปนี้

“สำหรับหญิงตั้งครรภ์ควรจะให้ไปทางโรงพยาบาลดูแลมากกว่า อยากได้คำแนะนำแล้วก็ให้ทางแผนกที่ดูแลครรภ์ค่ะ ช่วยตรวจเช็คดูตลอด ตรวจดูบ่อย ๆ ว่าทารกในครรภ์มีอะไรผิดปกติหรือเปล่า เช่น การตรวจอัตราการเต้นของหัวใจ ตรวจการดิ้นของทารกในครรภ์ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับว่าควรปฏิบัติตัวยังไง ให้เราต้องสังเกตอาการอะไรที่มันฉุกเฉิน เช่น รู้สึกสักพักหนึ่งว่าลูกไม่ดิ้น ควรจะรีบบอกทางพยาบาลค่ะ และหลังที่หายแล้วก็อยากให้มาติดตามอาการดูบ้างค่ะ อยากให้มาตรวจครรภ์ด้วย ดูลูกด้วย ให้คำแนะนำว่า ถ้าเด็กทารกเกิดจะต้องปฏิบัติตัวยังไง ต้องสังเกตยังไงบ้างว่าลูกมีอาการผิดปกติหรือเปล่า หรือว่ายังปกติอยู่ไหมคะ” (P11)

“ก็อยากให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องเข้ามาดูแลเมื่อรักษาตัวอยู่ที่บ้านค่ะ มาถามอาการวันต่อวันค่ะ อยากให้เข้ามาถามไถ่อาการ ให้คำแนะนำ เพราะหนูเชื่อว่าคนไข้ทุกคนอยากจะได้รับคำแนะนำจากหมอว่าเราควรจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไรหลังที่เราติดแล้ว บางทีเราก็ไม่รู้ว่าเราต้องทำยังไง หรือได้รับเชื้อแล้วจะมีผลอะไรไหม อยากให้เค้าช่วยให้คำแนะนำเราหน่อยสักครั้งหรือสองครั้ง และอยากให้เขามาประเมินสุขภาพลูกในท้องเราว่าปลอดภัยแล้ว” (P8)

“หน่วยงานของเทศบาล อบต. อยากให้คอยแบบมาถามไถ่อาการ มาดูแลหน่อยค่ะ เพราะเขาไม่มีความรู้เลย แล้วเวลาจะสอบถามข้อมูลหรือโทรติดต่อก็ ยากเหลือเกิน...ก็ไม่ได้ซีเรียสเรื่องของกินของใช้อะไรเท่าไหร่ แต่บางทีเราไปไหนไม่ได้เลย ก็อยากจะให้คอยมาดูแลบ้าง เช่น เรื่องยา ก็เข้ามาดูหน่อยว่าเขาได้กินอะไรไหม เขาจะได้ไปติดต่ออนามัย...และเอานมมาให้บำรุงน้องในท้อง” (P15)

3.3 ไม่ต้องการความช่วยเหลือ หมายถึงสตรีติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ไม่อยากได้รับความช่วยเหลืออะไรอีกแล้ว เพราะคิดว่าสิ่งที่ให้มาหรือการช่วยเหลือที่ได้รับเพียงพอแล้ว หรือสามารถดูแลตนเองได้จึงไม่ต้องการความช่วยเหลือใด ๆ

“ไม่อยากได้ความช่วยเหลืออะไร เพราะคิดว่าสิ่งที่เขาให้เรามาหรือการติดตามโอเคแล้วค่ะ หนูว่านะคะที่เขาดูแลหนูมาก็ดีนะคะ คอยมาสอบถามคอยเอาข้าวมาส่งเอาของมาส่ง หนูว่ามันก็ดีแล้วค่ะ คือเราไม่ได้เป็นนานแค่ไม่กี่สัปดาห์ 2 สัปดาห์เต็ม ๆ แค่นี้มันก็ไม่เท่าไหร่นะคะ” (P12)

“จริง ๆ ก็ไม่ต้องช่วยเหลืออะไรก็ได้ค่ะ เพราะก็ไม่ได้รู้สึกว่าขาดอะไร เรื่องของบริจาคอะไรก็ไม่ได้ต้องการเพราะว่าส่วนใหญ่อาหารหลัก ๆ จะเป็นทางครอบครัวจะเป็นคนส่งให้มากกว่า” (P5)

4. ความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 และภาวะลองโควิดของสตรีติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ หมายถึง ความรู้ของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ สาเหตุ การดูแลรักษา การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะและหลังติดเชื้อโควิด-19 ความรู้เกี่ยวกับภาวะลองโควิดและการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19 ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายให้รายละเอียดว่ามีความรู้เกี่ยวกับภาวะลองโควิด นอกจากนี้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่กล่าวว่าแหล่งข้อมูลความรู้ได้รับจากสื่อ เช่น อินเตอร์เน็ต เฟซบุ๊ก ไลน์ โทรทัศน์ เป็นต้น หรือปรึกษาเพื่อสอบถามขอคำแนะนำจากแพทย์พยาบาล พูดคุยกับเพื่อน คนรู้จัก เป็นต้น

4.1 ระดับความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 และภาวะลองโควิดของสตรีติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ ซึ่งมี 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) พอรู้ /รู้บ้าง /รู้นิดหน่อย 2) ไม่แน่ใจ และ 3) ไม่รู้เลย รายละเอียดมีดังนี้

“พอรู้เหมือนกันค่ะ รู้ว่าภาวะลองโควิด คือเป็นโควิดหายแล้วมันก็ยังมีอาการอยู่แต่อาการมันดีขึ้นค่ะ ก็ไปอ่านในข่าวสารตามอินเทอร์เน็ตค่ะ เขาบอกตัวที่เราติดใช่ไหมคะ มันจะไม่รุนแรงเท่ากับตัวก่อน ๆ ที่เคยเจอมา หนูติดเชื้อเป็นโอไมครอนค่ะ เขาก็บอกว่าติดเชื้อตัวนี้แล้ว จะมีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ กินได้น้อย ซึมลงอะไรอย่างเงี้ยค่ะ” (P2)

“ไม่ทราบว่าลองโควิดอันนี้เป็นยังไงคะ แต่ถ้าตรงนี้หนูเคยมีหนูรู้สึกว่าพอหลังจากที่หนูหายจากโควิดแล้ว หลัง ๆ มาหนูรู้สึกว่ามันเหนื่อยง่าย ไม่ค่อยไอมาก รู้สึกว่ามีเสมหะ แต่ไม่ยอมหายสักที เพิ่งจะยอมหายเมื่อไม่กี่วันนี้เองประมาณสัปดาห์ที่ 3 ค่ะ แต่พอหลังจากที่หนูหายโควิดแล้วอ่ะ รู้สึกว่าทำอะไรแป๊บ ๆ มันก็เหนื่อยแล้ว ทั้งที่ก่อนหน้าที่จะติดโควิดมันก็คือกิจวัตรประจำวันปกติของเราที่เราทำอยู่ มันก็ไม่รู้สึกเหนื่อยอะไรเลยนะคะ หนูก็ไม่รู้ว่าเป็น ลองโควิดค่ะ” (P14)

“รู้นิดหน่อยค่ะ ต้องทำยังไงบ้าง ต้องป้องกันแบบไหน ส่วนลองโควิดก็เคยได้ยินเค้าพูดกันมาว่าจะมีอาการเหนื่อย มาก หายใจลำบาก เดินก็เหนื่อยแล้ว อะไรประมาณนี้ค่ะ หนูไม่แน่ใจ” (P15)

4.2 แหล่งข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 และภาวะลองโควิดที่สตรีติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ได้รับ ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ระบุว่าแหล่งข้อมูลสำคัญมาจากอินเตอร์เนต รายละเอียดมีดังนี้

“การที่ว่าเราติดโควิดจากที่อ่านกูเกิล เขาบอกว่าให้เรากินน้ำขิงบ่อย ๆ แล้วก็พยายามดูแลตัวเองให้มันสะอาดสะอ้าน บอกว่าให้กินของที่มีประโยชน์ ผัก โปรตีนอะไรอย่างเงี้ยค่ะพี่ มันช่วยให้แบบว่าบำรุงเด็กอะไรอย่างนี้ หนูรู้สึกว่าหนูหายจากโควิดไวกว่าแฟนหนู เค้ากว่าจะหายก็ 14 วัน แต่ของหนูแค่ 10 วันก็หายเลย” (P7)

“ข้อมูลความรู้เรื่องโควิดและลองโควิด ได้จากอ่านในเน็ต ดูโทรทัศน์ แล้วก็พี่สาวเป็นพยาบาลให้ความรู้และคำแนะนำค่ะ อย่างลองโควิดมันก็จะมีอาการหลังจากที่เป็นโควิดแล้ว เหมือนเราหายโควิดแล้ว แต่ว่ามันกลับมามีอาการแบบเป็นไข้อะไรใช่ไหมค่ะ” (P11)

5. การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ของสตรีติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์

หมายถึง การปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์ขณะติดเชื้อโควิด-19 และเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อติดเชื้อโควิด-19 จากตนไปสู่ทารกในครรภ์ และบุคคลในครอบครัว และการปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์หลังติดเชื้อโควิด-19 เพื่อไม่ให้กลับเป็นซ้ำมีดังนี้

5.1 การปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์ขณะติดเชื้อโควิด-19 ในขณะตั้งครรภ์เมื่อกลุ่มตัวอย่างติดเชื้อโควิด-19 ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ใช้การสังเกตอาการผิดปกติของตนเองและบุตรในครรภ์ ปฏิบัติตนตามคำสั่งของแพทย์ และเสาะยาบำรุง สมุนไพรต่างเพื่อบำรุงร่างกาย ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

“ตอนที่เจอว่าท้องใช่ไหมคะ ก็ต้องคอยสังเกตค่ะว่าลูกยังดิ้นมากกว่า 10 ครั้งต่อวันอยู่ไหม ยังต้องคอยนับว่าลูกดิ้นวันละกี่รอบ มีกินยาบำรุงที่หมอให้มา กินพวกนมวัวค่ะแล้วก็นมถั่วเหลืองสลับกัน กินวันละ 1 กล่องค่ะ แล้วก็ใส่แมส ล้างมือด้วยค่ะ” (P2)

“ตอนที่ท้องก็ระวังตัวอยู่แล้วอ่ะค่ะ แล้วพอยิ่งเป็นมันก็ยิ่งกลัวไปใหญ่ แม่ให้หนูกินหัวหอมแดงจิ้มเกลือมันช่วยในการหายใจให้โล่ง หัวหอมมันกลิ่นมันแรงใช่ไหมคะ พอเวลากินไปมันจะรู้สึกแบบว่าเหมือนมันโล่ง วันนึง กิน 4-5 หัวจิ้มเกลือ ก็ดีขึ้นนิดหน่อยค่ะ กินแล้วมันจะโล่งหัวมาก จมูกจะโล่งไปพักนึงเลยอ่ะค่ะ ...หนูจะกินน้ำขิงผงเป็นซอง แล้วก็กินขิงสดบ้าง มันก็ช่วยให้หายไวด้วย แบบว่าล้างโควิด สร้างให้เชื้อโควิดออกจากตัวอย่างนี้ค่ะจะซื้อน้ำขิงมากินตอนเช้า ๆ รู้สึกว่ามันโล่งจมูก โล่งปอด โล่งคอค่ะ แล้วก็กินของบำรุง เช่น นมเปรี้ยวค่ะ เต้าหู้ค่ะ” (P7)

5.2 การปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์หลังติดเชื้อโควิด-19 หมายถึง การปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์หลังจากติดเชื้อโควิด-19 ไปแล้ว เพื่อไม่ให้กลับเป็นซ้ำ ซึ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลใช้การป้องกันตัวเองเป็นหลัก เพื่อไม่ให้ตนเองกลับเป็นซ้ำ เช่น เน้นล้างมือ และใส่แมสตลอดเวลา ดังคำกล่าวของกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ดังต่อไปนี้

“หลังจากหายแล้ว ก็ไปตรวจตามนัด รับประทานอาหารให้ครบทุกหมู่ ตามที่หมอบอก แล้วก็คอยตรวจสอบว่าลูกยังดิ้น ยังแข็งแรงอยู่ไหม หมอเขาก็อัลตราซาวด์ตรวจให้” (P1)

“หนูจะพกเจลแอลกอฮอล์ไปทุกสถานที่ ใส่แมสปิดปากตลอด เพราะว่าเราทำงานกับคนส่วนมากค่ะ เราไม่รู้ว่าเขาไปทำอะไรมา แล้วเรามีลูกในท้อง เราก็เลยต้องป้องกันตัวเองมากขึ้นกว่าเดิมค่ะ กลับมาถึงก็คืออาบน้ำเลย แล้วก็ฉีดพ่นกระเป๋าด้วยแอลกอฮอล์ค่ะ” (P8)

โดย*สรุป*สตรีติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์จะใช้การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 จากตนไปสู่ทารกในครรภ์ และบุคคลในครอบครัว โดยการหมั่นสังเกตอาการของตนและบุตร ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรอย่างเคร่งครัด และแสวงหาสุมนไพร อาหารเพื่อบำรุงร่างกาย เมื่อหายจากเชื้อโควิด-19 และกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ผู้ให้ข้อมูลจะเน้นการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำเช่น ล้างมือ หลีกเลี่ยงคนกลุ่มมาก และสวมแมส

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาประสบการณ์ของสตรีที่ติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ มี 6 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ความรู้สึกของสตรีติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ 2) การจัดการความรู้สึกเชิงลบ 3) ความช่วยเหลือที่ได้รับ 4) ความช่วยเหลือที่อยากได้รับ 5) ความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 และ ภาวะลองโควิด และ 6) การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโควิด-19 ซึ่งอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

1. ความรู้สึก “กลัว” ผลกระทบจากภาวะการติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า สตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ต่อความรู้สึกจากประสบการณ์การติดเชื้อโควิด-19 แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มสตรีติดเชื้อโรคโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกกลัวผลกระทบการติดเชื้อโควิด-19 ที่อาจส่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนด กลัวส่งผลต่อสุขภาวะทารกในครรภ์ และกลัวทารกในครรภ์ติดเชื้อโควิด-19 จากตน สอดคล้องกับการศึกษาของมอร์ทาซาวีและการ์ดาชี (Mortazavi & Ghardashi, 2021) พบว่า การแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัสหรือโควิด-19 ไม่เพียงส่งผลต่อร่างกายแต่ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจของสตรีตั้งครรภ์ทำให้เกิดความกลัวมีความเครียดที่รุนแรง และความวิตกกังวลใจจากผลกระทบที่จะมีต่อสุขภาพของตนเองและการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19 ที่มีอาการแสดงของโรคที่รุนแรงและมีภาวะพร่องออกซิเจนจากพยาธิสภาพในปอด อาจทำให้เกิดการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงมดลูกไม่เพียงพอ เป็นสาเหตุทำให้เกิดผลกระทบต่อทารกในครรภ์ และทารกเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ ยังพบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจน มีภาวะน้ำหนักตัวน้อย (Low Birth Weight) และมีคะแนน Severe Perinatal Morbidity and Mortality Index สูงกว่าเมื่อเทียบกับทารกที่คลอดจากมารดาที่ไม่ติดเชื้อโควิด-19 (สุธิดา อินทรเพชร, เอมอร บุตรอุดม, สุธิดา สิงห์ศิริเจริญกุล และทิพวรรณ ทัพซ้าย, 2564) และ 2) กลุ่มที่สตรีติดเชื้อโรคโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ที่ไม่มีความรู้สึกเครียดหรือกังวิตกกังวลใจเกี่ยวกับผลกระทบจากการติดโควิด-19 ต่อตนเอง และทารกในครรภ์ การศึกษานี้พบว่าสตรีบางรายมีการรับรู้ว่าการติดเชื้อโควิด-19 เป็นเรื่องปกติ สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19 บางรายมีอาการไม่รุนแรง และบางรายไปปรึกษาแพทย์ซึ่งได้รับคำแนะนำว่าการติดเชื้อโรคโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ จึงทำให้ไม่มีความรู้สึกกลัวหรือวิตกกังวลใจเกี่ยวกับผลกระทบเกี่ยวกับผลกระทบจากการติดโควิด-19 ที่จะส่งผลต่อตนเองและทารกในครรภ์

2. การจัดการความรู้สึก “กลัว” ผลกระทบจากภาวะการติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าสตรีติดเชื้อโรคโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ ได้มีการการจัดการความรู้สึก “กลัว” ผลกระทบจากภาวะการติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ ดังนี้ 1) การจัดการปัญหา คือ วิธีการแก้ที่ปัญหาที่เป็นสาเหตุทำให้สตรีมีความรู้สึก “กลัว” ผลกระทบจากภาวะการติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ หรือปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหา เช่น การไปหาหมอเพื่อตรวจครรภ์ การอัลตร้าซาวด์ และการนับลูกดิ้น เพื่อตรวจสุขภาวะทารกในครรภ์ วิธีการดังกล่าวข้างต้นช่วยให้สตรีตั้งครรภ์รับรู้ว่าทารกในครรภ์มีสุขภาพแข็งแรงและยังมีชีวิตอยู่ ผลลัพธ์ที่ได้ คือ สตรีที่ติดโควิด-19 ในขณะตั้งครรภ์มีความรู้สึกสบายใจ 2) การจัดการความรู้สึกเชิงลบ จากผลการศึกษา พบว่า สตรีที่ติดโควิด-19 ในขณะตั้งครรภ์ ได้ยึดศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ มีการสร้างเสริมกำลังใจให้กับตนเอง และกำลังใจ

จากบุคคลในครอบครัว ขอคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งหลังการใช้วิธีดังกล่าวพบว่าสตรีตั้งครรภ์รู้สึกสบายใจ สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเผชิญปัญหาของ ลาซาลัส และโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) มี 2 ประเภท คือ 1) การจัดการแบบมุ่งเน้นการแก้ปัญหา (Problem-Focused Coping) เป็นวิธีการเลือกลงมือแก้ไขปัญหา โดยการมุ่งที่ปัญหานั้น และมีเป้าหมายในการช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหา 2) การจัดการแบบมุ่งเน้นที่อารมณ์ (Emotional-Focused Coping) เป็นการจัดการที่มุ่งลดอารมณ์หรือความรู้สึกที่ไม่เป็นสุข

3. ความช่วยเหลือที่สตรีติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ที่ได้รับ ความช่วยเหลือที่อยากได้รับ และไม่อยากได้รับ จากการศึกษาพบว่าความช่วยเหลือที่อยากได้รับคือ ระบบการดูแลสตรีที่ติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่ช่วงที่ติดเชื้อโควิด-19 จนกระทั่งหายจากภาวะติดเชื้อโควิด-19 ควรมีการติดตามตรวจให้ความรู้และคำแนะนำแก่สตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด-19 เพื่อประเมินภาวะสุขภาพทั้งสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการให้คำแนะนำผู้ป่วยและการจัดบริการผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ฉบับปรับปรุง วันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2565 ซึ่งระบุว่าควรมีการพัฒนาระบบสารสนเทศ นำเทคโนโลยีใหม่ ๆ มาใช้เพื่อการดูแลผู้ป่วย หากอาการเปลี่ยนแปลงสามารถเข้าถึงระบบการนัดพบแพทย์ได้ง่ายขึ้น และการปรับลดขั้นตอนการบริการ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ที่สำคัญควรมีการพิจารณาร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาล และบุคลากรสุขภาพอื่น ๆ รวมถึงความคิดเห็นของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ โดยคำนึงถึงความปลอดภัย และประโยชน์สูงสุดของสตรีตั้งครรภ์และทารกเป็นสำคัญ (สุธิดา อินทรเพชร, เอมอร บุตรอุดม, สุธิดา สิงห์ศิริเจริญกุล และทิพวรรณ ทัพซ้าย, 2564) และผลจากการวิจัยครั้งนี้มีสตรีส่วนน้อยที่ไม่อยากได้รับความช่วยเหลือเพิ่ม เพราะคิดว่าเพียงพอแล้ว ซึ่งอาจจะเป็นเพราะสตรีตั้งครรภ์ที่กลุ่มดังกล่าวมีอาการไม่รุนแรง ร่วมกับมีแรงสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว ส่งผลให้ขณะตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติตัว ในการดูแลตนเองได้ โดยไม่ต้องพึ่งพาหรือความช่วยเหลือจากผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาการสนับสนุนของครอบครัวกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้สูงอายุต่อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้ผู้สูงอายุลดการติดเชื้อ ลดความรุนแรงในการเจ็บป่วย และการเสียชีวิตจากไวรัสโคโรนา 2019 (พัชรี ราษีกฤษ และกานดา มั่นคง, 2565)

4. ความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 และภาวะลองโควิดของสตรีที่ติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 แต่ภาวะภาวะลองโควิด มีทั้งรู้ และไม่รู้ ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลจากสื่อ เช่น อินเตอร์เน็ต เฟซบุ๊ก ไลน์ ซึ่งมากกว่าการปรึกษาเพื่อสอบถามขอคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล หรือพูดคุยกับเพื่อน สอดคล้องกับการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 พบว่า การใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 สูงขึ้น ส่วนหนึ่งมาจากผลของการแพร่ระบาดโควิด-19 โดยมีการใช้งานอินเทอร์เน็ตผ่านคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟนมากขึ้น มีการค้นหาข้อมูลโดยการใช้เสิร์ชเอนจิน (Search Engine) ทำให้พฤติกรรมค้นหาข้อมูล หรือติดต่อสื่อสารเปลี่ยนไป ปัจจุบันสื่อเทคโนโลยีดิจิทัลมีการเข้าถึงได้ง่าย ซึ่งมีอิทธิพลต่อการให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร แก่ประชาชนคนไทยเป็นอย่างมาก รวมถึงความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับ

การแพร่ระบาดของโควิด-19 และการดูแลป้องกัน (สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2565)

5. การปฏิบัติตัวของสตรีติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ และการปฏิบัติตัวของสตรีตั้งครรภ์หลังติดเชื้อโควิด-19 จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพของสตรีที่ติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ มุ่งเน้นทารกในครรภ์ให้แข็งแรง ซึ่งสอดคล้องกับการปรับบทบาทมารดาตามแนวคิดของเมอร์เซอร์ (Mercer, 1995) กล่าวถึง การที่มารดาจะปรับตัวเพื่อดำรงบทบาทมารดาได้เหมาะสมเพียงใดนั้น สามารถประเมินได้จาก 1) ความรู้สึกผูกพันกับบุตร 2) ความสามารถและความมั่นใจในการแสดงพฤติกรรมการเป็นมารดา และ 3) ความพึงพอใจในบทบาทการเป็นมารดา และการปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นมารดานั้น โดยระยะที่ 1 เริ่มตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ คือ ระยะเตรียมสู่บทบาทการเป็นมารดา (Anticipatory Stage) เมื่อมารดามีการปรับตัวด้านจิตสังคม เพื่อเข้าสู่บทบาทใหม่ โดยการเรียนรู้ความคาดหวังของสังคม สตรีตั้งครรภ์จะมีการค้นหาข้อมูล การแสวงหาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจและในการปรับตัว ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า สตรีที่ติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์มีการหาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ซึ่งเป็นข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้ตนเองและทารกในครรภ์ให้มีสุขภาพแข็งแรง โดยเฉพาะด้านความผูกพันกับบุตร สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19 ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ในการนับลูกดิ้นทุกวัน บางรายลูบหน้าท้องพูดคุยกับทารกในครรภ์ เพื่อดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับทารกในครรภ์ การศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่าสตรีที่ติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์สามารถที่จะปรับตัวเพื่อดำรงบทบาทมารดาได้อย่างเหมาะสมทั้งในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพและภาวะปกติ จะเห็นได้ว่าผลกระทบจากการติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งสตรีตั้งครรภ์และทารก ซึ่งพยาบาลผดุงครรภ์นับเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีบทบาทสำคัญในทีมสุขภาพ เพื่อให้การพยาบาลดูแลสตรีในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด รวมทั้งทารกในครรภ์ให้เกิดรอดและปลอดภัย จะต้องมีพัฒนาความรู้ ความสามารถในทักษะการพยาบาลและการดูแลให้มีประสิทธิภาพเพื่อประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าสตรีที่ติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ควรจะได้รับการดูที่แตกต่างจากผู้ป่วยติดโควิด-19 ทั่วไป ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้มีดังนี้

1. ระบบการติดตามดูแลและส่งต่อสตรีที่ติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ ยังไม่มีความชัดเจนและต่อเนื่อง ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการร่วมมือวางแผนร่วมกัน ในการตรวจรักษาและการปฏิบัติเพื่อดูแลสตรีที่ติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ ตลอดจนการออกเยี่ยมให้ความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 กับการตั้งครรภ์ และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19 และทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับในการเข้ารับการรักษาทั้งระบบการแยกกักตัวที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโควิด-19 (Home

Isolation) หรือที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Admission) ควรมีการติดตามดูแลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้านหรือหายติดเชื้อโควิด

2. พัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านสูติศาสตร์และทารกแรกเกิด ในการจัดหน่วยแพทย์ปฏิบัติหน้าที่ในการช่วยดูแลรักษาด้านร่างกายสตรีตั้งครรภ์และทารก และการให้คำแนะนำปรึกษาด้านสุขภาพจิตแก่สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19 ประกอบด้วย สูติแพทย์ กุมารแพทย์ จิตแพทย์ พยาบาลเฉพาะทางแผนกสูติกรรมและพยาบาลเด็กแรกเกิด และนักจิตวิทยา เป็นต้น เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19 และทารกมีสุขภาพกายและสุขภาพใจที่แข็งแรงต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าสตรีที่ติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะลองโควิด และมีความต้องการการสนับสนุนในการดูแลรักษาทั้งด้านร่างกายและจิตใจในช่วงที่สตรีติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์ จากบุคลากรทางการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชน อาทิเช่น เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น ดังนั้นควรมีการพัฒนารูปแบบการดูแลและระบบส่งต่อสตรีที่ติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการพัฒนาสื่อหรือนวัตกรรมในการให้ความรู้สตรีตั้งครรภ์ และสตรีที่ติดเชื้อโควิด-19 ขณะตั้งครรภ์เกี่ยวกับ ภาวะโควิด-19 และภาวะภาวะลองโควิด ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยจากงบประมาณเงินรายได้คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประจำปีงบประมาณ 2565

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *การจัดบริการ Home Isolation กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.*สืบค้นเมือ19 มกราคม2567สืบค้นเมื่อ19 มกราคม 256 จาก 25650105180407pm_80ปีhome iso.pdf.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, (2564). *กรมอนามัย เผย หญิงตั้งครรภ์ 898 ราย ติดเชื้อโควิด-19 เร่งขับเคลื่อนฉีดวัคซีนป้องกัน.* สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2566 จาก https://multimedia.anamai.moph.go.th /news/220764-2/.

ณัฐนนท์ งามนิล. (2566). ผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดจากการติดเชื้อโควิด-19 ระหว่างกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่เคยติดเชื้อก่อนมาคลอดกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อขณะมาคลอด. *พุทธชินราชเวชสาร, 40*(1), 12-21.

พัชรี ราษีกฤษ และกานดา มั่นคง. (2565). การสนับสนุนของครอบครัวกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้สูงอายุต่อไวรัสโคโรนา 2019. *ไทยเภสัชศาสตร์และวิยาการสุขภาพ, 17*(4), 414-426.

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2564). *แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินิรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19: RTCOG Clinical Practice Guideline Management of Covid-19 Infection in Pregnancy*. สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2566 จาก https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/20630324214133PM_CPG-Covid-Preg-20Mar20.pdf.

รุจา แก้วเมืองฝาง, บุญตา สุขวดี และพิมพ์ลดา อนันต์สิริเกษม. (2563). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19. *วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์*, 7(11), 371-383.

ศิริกัญญา สมศร. (2565). ผลการรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ COVID-19 ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. *ศรีนครินทร์เวชสาร, 37*(1), 13-22.

สมาคมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทย. (2564). *สถานการณ์การติดเชื้อ COVID-19 ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด 6 สัปดาห์ และทารกแรกเกิด ระหว่าง 1 ธันวาคม 2563 - 22 พฤษภาคม 2564.* สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2566 จาก https://www.thaiperinatal.com/.

สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2565). *สถิติและข้อมูล: การจัดอันดับตัวชี้วัดระดับสากล และตัวชี้วัดด้านธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์.* สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2566 จาก https://www.etda.or.th/th/Our-Service/statistics-and-information.aspx

สุชาดา กุลจิตติพิริยะ. (2566*). รายงานกรณีศึกษา การพยาบาลหญิงตั้งครรภติดเชื้อโควิด–19*. สืบค้นเมื่อ 24 มกราคม 2566 จาก https://atg-h.moph.go.th/sites/default/files/2023-04/_0.pdf.

สุธิดา อินทรเพชร, เอมอร บุตรอุดม, สุธิดา สิงห์ศิริเจริญกุล และทิพวรรณ ทัพซ้าย. (2564). ผลกระทบของการติดเชื้อโควิด-19 และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี, 46*(3), 253-262.

สุนทร อินทพิบูลย์. (2566). *ภาวะสุขภาพจิตของสตรีตั้งครรภ์และสุขภาพจิตมารดาในระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอดระหว่างการดำเนินชีวิตวิถีใหม่หลังการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019*. สืบค้นเมื่อ 22 มกราคม 2566 จาก http://www.rh2.go.th/uploads/documents/wg1/20230710_104031_33_100790.pdf.

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77-101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Harrold, J. A., Fallon, V., & Silverio, S. A. (2021). Postpartum women's psychological experiences during the COVID-19 pandemic: a modified recurrent cross-sectional thematic analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*, *21*(1), 625. https://doi.org/10.1186/s12884-021-04071-2

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping.* New York: Springer.

Maude, R. (2021). *Long-term effects of COVID-19 or Long COVID-19.* Retrieved June 11, 2023 from https://www.rama.mahidol.ac.th/atrama/issue042/health-station.

Mercer, R. T. (1985). The process of maternal role attainment over the first year. *Nursing Research*, *34*(4), 198-204.

Mortazavi, F. & Ghardashi, F. (2021). The lived experiences of pregnant women during COVID-19 pandemic: a descriptive phenomenological study. *BMC pregnancy and childbirth*, *21*(1), 193. https://doi.org/10.1186/s12884-021-03691-y

National Institute of Health. (2022). *COVID-19 increases risk of pregnancy complications, study suggests*. ScienceDaily. Retrieved January 3, 2024 from www.sciencedaily.com/ releases/2022/02/220207112715.htm.

Poon, L. C., et al. (2020). Global interim guidance on coronavirus disease 2019 (COVID-19) during pregnancy and puperium from FIGO and allied partners: Information for healthcare professionals. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *149*(3), 273-286. https://doi.org/10.1002/ijgo.13156

Stanczyk, P., Jachymski, T., & Sierozewski, P. (2020). COVID-19 during pregnancy, delivery, and postpartum period based on EBM. *Ginekologia Polaka*, *91*(7), 417-423. https://doi.org/10.5603/gp.2020.0106

World Health Organization. (2021a). *Coronavirus disease (COVID-19): Post COVID-19 condition.* Retrieved June 11, 2023 from https://www.who.int/news-room/. questionsand-answers/item/coronavirus-disease-(covid-19)-post-covid-19-condition.

World Health Organization. (2021b). *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard.* Retrieved June 11, 2023 from https://covid19.who.int.

World Health Organization. (2022). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19).* Retrieved June 11, 2023 from https //reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/2022_02_15tha-sitrep-223-covid-19tha.pdf.

JNPHR
Journal of Nursing and Public Health Research
วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

e264564

จิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการของพยาบาลวิชาชีพ

Entrepreneurial Mindset of Professional Nurses

คุณัสปกรณ์ มัคคัปผลานนท์[1], นัฐิยา เพียรสูงเนิน[1], จุฑามาศ วงจันทร์[1], วีรวัฒน์ ทางธรรม[2], ณัฐชยา พลาชีวะ[3], ปราโมทย์ ถ่างกระโทก[3*]

Khunatpakorn Makkabphalanon[1], Nattiya Peansungnern[1], Jutamast Wongjan[1], Weerawat Thangthum[2], Natchaya Palacheewa[3], Pramote Thangkrarok[3*]

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข[1],
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข[2],
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย[3*]

Boromarajonani College of Nursing Nakhonratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health[1],
Borommarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health[2],
Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing[3*]

(Received: August 8, 2023; Revised: November 6, 2023; Accepted: December 27, 2023)

บทคัดย่อ

พยาบาลวิชาชีพที่จะเริ่มต้นการเป็นผู้ประกอบการควรมีทักษะในการบริหารจัดการทางการพยาบาล อีกทั้งความสามารถในการบริหารจัดการเกี่ยวกับธุรกิจ รวมทั้งการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์มากที่สุด โดยจุดมุ่งหมายเพื่อการสร้างและขยายธุรกิจหรือองค์กรให้เกิดความมั่นคงและมั่งคั่ง พยาบาลที่จะประกอบธุรกิจและประสบความสำเร็จส่วนใหญ่มีจิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการที่สำคัญ ได้แก่ มีความคิดและความกระตือรือร้นในการทำงาน มีไฟมุ่งมั่น หลงไหลและมุ่งหวังต้องการ และทุ่มเทพยายามในการทำงานให้บรรลุความสำเร็จ มีความกล้าที่จะลองทำสิ่งใหม่ มีความรู้ความเข้าใจในการบริหารจัดการความเสี่ยง มีความยืดหยุ่นสามารถรับมือกับสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความศรัทธาในตนเอง มีความสามารถในการควบคุมตนเองและมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองสูง มีความคิดเชิงนวัตกรรมและการออกแบบอย่างสร้างสรรค์ มีความสามารถในการรับรู้และระบุโอกาสทางธุรกิจ ทักษะด้านการพัฒนาธุรกิจ มีภาวะผู้นำสูง ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม สร้างวัฒนธรรมและแรงบันดาลใจในการพัฒนาองค์กร จิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการของพยาบาลวิชาชีพจะเป็นพลังขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนาตนเอง พัฒนาธุรกิจหรือองค์กร และคุณค่าของธุรกิจด้านสุขภาพ ผ่านการแสวงหาโอกาส ความคิดเชิงสร้างสรรค์ งานวิจัย เทคโนโลยีดิจิทัล และนวัตกรรม ภายใต้ขอบเขตกฎหมาย และจริยธรรมวิชาชีพ

คำสำคัญ: พยาบาลวิชาชีพ, ผู้ประกอบการ, จิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการ

*ผู้ให้การติดต่อ ปราโมทย์ ถ่างกระโทก e-mail: pramot_computer@hotmail.com

Abstract

Professional nurses who are embarking on their journey as entrepreneurs should prioritize formal nursing examinations and research into the most beneficial business resources, with a focus on nursing. Their goal should be to establish and expand a business or organization that supports the healthcare system and fosters financial success. Most nurses aspiring to run a successful business possess critical entrepreneurial traits, such as innovative ideas, enthusiasm for their work, determination, passion, and a strong desire for success. They invest significant effort in achieving their goals and have the courage to explore new avenues. Additionally, they have knowledge and understanding of risk management, remain flexible in dealing with changing situations, and effectively address problems as they arise. They believe in themselves, possess the ability to control their actions, and have high confidence in their own abilities. They demonstrate innovative thinking and creative design skills. They are capable of recognizing and identifying business opportunities, with a firm grasp of business development. They exhibit strong leadership qualities, promote teamwork, and foster a culture of inspiration for organizational development. The entrepreneurial mindset of professional nurses serves as a driving force for self-development as well as for the development of businesses or organizations and the enhancement of the healthcare industry through the pursuit of opportunities, creative thinking, research, digital technology, and innovation within the bounds of the law and professional ethics.

Keywords: Professional Nurses, Entrepreneurship, Entrepreneurial Mindset

บทนำ

อุตสาหกรรมการดูแลสุขภาพทั่วโลกมีขนาดใหญ่และมีการเติบโตอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว โดยมีการเติบโตของมูลค่าทางการตลาดจาก 6,872.86 พันล้านดอลลาร์ในปี 2564 เป็น 7,548.52 พันล้านดอลลาร์ในปี 2565 และจะสูงถึง 10,414.36 พันล้านดอลลาร์ในปี 2569 (ReportLinker, 2022) ธุรกิจบริการด้านการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย การขายบริการด้านการดูแลสุขภาพ และสินค้าที่เกี่ยวข้องโดยเป็นหน่วยงาน องค์กร ผู้ค้ารายเดียว และห้างหุ้นส่วน ที่ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพต่อมนุษย์ อุตสาหกรรมนี้รวมถึงสถานประกอบการที่ให้บริการ เช่น บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และการวินิจฉัย บริการทันตกรรม บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน การให้การพยาบาลในที่พักอาศัย และสถานบริการด้านสุขภาพจิต และบริการด้านสุขภาพอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ศูนย์ดูแลผู้ป่วย บริการรถพยาบาล เป็นต้น ดังนั้น การเป็นผู้ประกอบการด้านการดูแลสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญอย่างมากในทางเศรษฐกิจ อย่างไรก็ตาม ความชุกของพยาบาลผู้ประกอบการมีเพียงร้อยละ 0.5 ถึง 1

ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ทั่วโลก ซึ่งหมายความว่ามีความต้องการอีกมากสำหรับพยาบาลที่สามารถเป็นผู้ประกอบการ เนื่องจากความต้องการบริการด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และพยาบาลมีความสามารถในการตอบสนองความต้องการเหล่านั้น ซึ่งเป็นโอกาสที่ไม่เคยมีมาก่อน โอกาสเหล่านี้ช่วยทำให้พยาบาลสามารถก่อตั้งธุรกิจของตนเอง เป็นผู้ประกอบการที่สามารถสร้างการเติบโตทางธุรกิจ อาจรวมถึงการพัฒนานวัตกรรมหรืออุปกรณ์ชนิดใหม่สำหรับการดูแลผู้ป่วย (Jakobsen, Wacher Qvistgaard, Trettin, & Juel Rothmann, 2021; Thepna, Cochrane, & Salmon, 2023)

การเป็นผู้ประกอบการถือได้ว่าเป็นการสร้างหรือช่วยให้เกิดมูลค่าทางเศรษฐกิจ เป็นการเริ่มต้นที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ประกอบการนั้นต้องแบกรับความเสี่ยงทางธุรกิจ อีกทั้งยังไม่สามารถบอกได้ถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับ เพียงแต่สามารถคาดการณ์ได้เท่านั้น (Gaddefors & Anderson, 2017) การจะประสบผลสำเร็จทางธุรกิจได้นั้น ผู้ประกอบการจำเป็นต้องมีกระบวนการคิดหรือชุดความคิดหรือจิตวิญญาณ (Mindset) ที่มีความสร้างสรรค์หรือเป็นผู้ริเริ่มสิ่งใหม่ให้กับสินค้า บริการ และผลิตภัณฑ์หรือการจัดทำกระบวนการบริการใหม่ (Kim & Lim, 2022) สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่จะเริ่มต้นการเป็นผู้ประกอบการนั้น ควรมีชุดความคิดหรือจิตวิญญาณที่มีความพร้อมการเป็นผู้ประกอบการ อาทิ ทักษะในการบริหารจัดการทางการพยาบาล ความสามารถ ในการบริหารจัดการเกี่ยวกับธุรกิจ รวมถึงการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์มากที่สุด เพื่อเป็นการสร้างและขยายธุรกิจหรือองค์กรให้มีความมั่นคง (Colichi, Lima, Bonini, & Lima, 2019) ทั้งนี้เพื่อปรับให้เข้ากับกระบวนทัศน์ที่เปลี่ยนแปลงไป พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาจิตวิญญาณความเป็นผู้ประกอบการใหมีความพรอมในการเผชิญสถานการณที่ท้าทาย และนำไปสู่การพัฒนาตนเองใหกลายเป็นผู้ประกอบการที่ประสบความสำเร็จ

อย่างไรก็ตาม แนวคิดการพัฒนาจิตวิญญาณความเป็นผู้ประกอบการของพยาบาลวิชาชีพในปัจจุบันยังมีอยู่อย่างจำกัด การพัฒนาระบบความคิดของพยาบาลวิชาชีพให้สามารถผสมผสานองค์ความรู้ทางการพยาบาลและศาสตร์ทางธุรกิจเป็นสิ่งที่ท้าทาย อีกทั้งยังต้องพัฒนาคุณลักษณะและความสามารถอื่น ๆ อาทิ ความสามารถในการเป็นผู้นำและผู้จัดการ ด้านการติดต่อสื่อสาร การเป็นผู้ประสานงาน รวมไปถึงความมุ่งมั่นและตั้งใจ ทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับการเป็นผู้ประกอบการที่ดี (Liñán & Fayolle, 2015) และความเข้าใจในกระบวนการของการเป็นผู้ประกอบการ ซึ่งเป็นบทบาทการทำงานและเป็นความรู้ที่นอกเหนือจากการพยาบาล ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่พฤติกรรมการเป็นผู้ประกอบการที่ดี ที่จะสามารถทำให้ธุรกิจประสบความสำเร็จได้ (Borisut & Pakasat, 2019; Colichi, Lima, Bonini, & Lima, 2019; Kim & Lim, 2019) บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดเกี่ยวกับการเป็นผู้ประกอบการ องค์ประกอบของจิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการยุคใหม่ การพัฒนาจิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการ และจิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการของพยาบาลวิชาชีพ อันจะเป็นแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาพยาบาลผู้ประกอบการยุคใหม่ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

แนวคิดเกี่ยวกับการเป็นผู้ประกอบการ

ความหมายของการเป็นผู้ประกอบการ

การเป็นผู้ประกอบการ (Entrepreneurship) เป็นคุณลักษณะของปัจเจกหรือกลุ่มคนที่เป็นผู้สร้างองค์กรใหม่หรือปรับปรุงกระบวนการการทำงานใหม่ (นารา กิตติเมธีกุล, 2563) โดยมุ่งเน้นการสร้างโอกาสทางธุรกิจ การเป็นผู้ประกอบการเป็นกระบวนการภายในของมนุษย์มีจุดมุ่งหมายเพื่อการสร้างประโยชน์ สร้างผลิตภัณฑ์ และสร้างคุณค่าในทางธุรกิจ ด้วยการกำหนดความเป็นตัวตน การประเมินคุณค่า การแสวงหาโอกาสและความคิดเชิงสร้างสรรค์และนวัตกรรม (Majid & Koe, 2012) โดยมีการกำหนดเป้าหมายทางธุรกิจ (Identity) การแสวงหาโอกาสในการพัฒนาธุรกิจ (Opportunity Seeking) การสร้างสรรค์และการพัฒนานวัตกรรมใหม่ ๆ (Creativity and Innovation) มีกระบวนการของการจัดการความเสี่ยงและความไม่แน่นอน (Risk and Uncertainty) และการจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด (Resource Allocation) ในการเป็นผู้ประกอบการนั้น ยังมีความหมายเชิงแคบลงไปอีกคือการเป็นผู้ก่อตั้งธุรกิจใหม่ (Business Start-up) ในรูปแบบที่สร้างกระบวนการหรือกระแสใหม่ในสังคม ตลอดจนการแสวงหาแหล่งเงินทุนเพื่อนำมาดำเนินการทางธุรกิจ (Bocken, Short, Rana, & Evans, 2014)

สำหรับแนวทางในการเป็นผู้ประกอบการและการประกอบอาชีพอิสระทางด้านสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพนั้นมีหลากหลาย อาทิ ธุรกิจการให้บริการด้านสุขภาพ ธุรกิจการจัดการศึกษาด้านสุขภาพ ธุรกิจด้านการดูแลสุขภาพและความงาม ธุรกิจเพื่อสุขภาพ เช่น ธุรกิจด้านสปาเพื่อสุขภาพ และธุรกิจการนวดไทยเพื่อ เป็นต้น ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Wellness Alternative) และเวชศาสตร์ชะลอวัย เป็นต้น (อารีวรรณ กลั่นกลิ่น และวาสนา อูปป้อ, 2564)

สรุปได้ว่า การเป็นผู้ประกอบการ หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่ก่อให้เกิดองค์กรหรือกระบวนการทำงานรูปแบบใหม่ โดยมีการกำหนดเป้าหมาย การแสวงหาโอกาส การสร้างสรรค์และนวัตกรรม การจัดการความเสี่ยงและความไม่แน่นอน และการจัดการทรัพยากร อย่างไรก็ตาม การจะเป็นผู้ประกอบการที่ประสบความสำเร็จนั้น พยาบาลวิชาชีพควรมีทักษะในการบริหารจัดการทางการพยาบาล อีกทั้งความสามารถในการบริหารจัดการเกี่ยวกับธุรกิจ รวมทั้งการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์มากที่สุด

ทักษะของผู้ประกอบการ

ผู้ประกอบการเป็นผู้ที่มีความสามารถในการสร้าง และประกอบธุรกิจใหม่ เป็นกำลังสำคัญในการสร้างงาน สร้างนวัตกรรม รวมถึงสร้างกรอบแนวคิด และผลิตภัณฑ์ใหม่ อย่างไรก็ดี การเป็นผู้ประกอบการเป็นหนึ่งในอาชีพที่ต้องมีความพร้อมในด้านทักษะที่หลากหลาย และจำเป็นต้องมีความสามารถในการก้าวผ่านอุปสรรคที่เกิดขึ้นได้ตลอดระยะเวลาการสร้างธุรกิจใหม่ ผู้เขียนทำการวิเคราะห์ทักษะที่จำเป็นสำหรับผู้ประกอบการ (Adel, Mahrous, & Hammad, 2020; Herrity, 2022; นารา กิตติเมธีกุล, 2563) สามารถสรุปทักษะของผู้ประกอบการได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ทักษะของผู้ประกอบการ

ทักษะของผู้ประกอบการ (Adel, Mahrous, & Hammad, 2020)	ทักษะของผู้ประกอบการ (Herrity, 2022)	ทักษะของผู้ประกอบการ (นารา กิตติเมธีกุล, 2563)	ทักษะของผู้ประกอบการ
-	มีวิสัยทัศน์และเป้าหมายที่ชัดเจน มีทิศทางและแผนการดำเนินธุรกิจที่ชัดเจน	มีการตั้งเป้าหมาย (Goal Identification) ที่ชัดเจนและความเข้าใจในทิศทางที่ต้องการเดินทางในธุรกิจที่ดำเนินการ	1. มีวิสัยทัศน์และเป้าหมายที่ชัดเจน
สร้างนวัตกรรม ผลิตภัณฑ์และบริการใหม่ การพัฒนาผลิตภัณฑ์หรือบริการใหม่เป็นหนึ่งใน สิ่งสำคัญที่ช่วยธุรกิจเติบโตและเพิ่มมูลค่าให้กับลูกค้า	มีความคิดสร้างสรรค์ มีจินตนาการ และยืดหยุ่น ความสามารถในการสร้างความคิดใหม่ จินตนาการในการหาทางแก้ไขปัญหาเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนานวัตกรรมและการพัฒนางาน	สร้างนวัตกรรมและมีความคิดสร้างสรรค์ (Innovation and Creativity) ยืดหยุ่นในการสร้างนวัตกรรมใหม่เพื่อตอบสนองความต้องการของตลาด	2. มีความคิดสร้างสรรค์ในการสร้างนวัตกรรม
การรับฟังและปรับปรุงจากความคิดเห็นของลูกค้า การรับฟังและเข้าใจความต้องการของลูกค้า การปรับปรุงและปรับแก้นวัตกรรมตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากลูกค้า	มีความกระตือรือร้นในการพัฒนาและปรับปรุงตนเอง รวมถึงความหมั่นเพียรในการติดตามเป้าหมายของธุรกิจอย่างสม่ำเสมอ	มีความคิดเชิงบวก (Optimism) ผู้ประกอบการต้องมีความมุ่งหวังและความมั่นใจในความสำเร็จของธุรกิจ แม้จะเกิดปัญหาและอุปสรรคก็ยังมีทัศนคติที่เชื่อว่าสามารถแก้ไขได้	3. รับฟังความคิดเห็นเพื่อการพัฒนาและปรับปรุง
การปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อให้เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น สามารถรับมือกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ	ไม่กลัวที่จะท้าทายและกล้าที่จะยอมรับความเสี่ยง การไม่กลัวที่จะเริ่มต้นสิ่งใหม่ และความกล้าที่จะเผชิญความไม่แน่นอนและความเสี่ยง	การจัดการความเสี่ยง (Risk Management) มีความทนทานต่อความเสี่ยงและมีความสามารถในการวิเคราะห์และจัดการกับความไม่แน่นอนในทางธุรกิจ	4. ปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อให้เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลง

ตารางที่ 1 ทักษะของผู้ประกอบการ

ทักษะของผู้ประกอบการ (Adel, Mahrous, & Hammad, 2020)	ทักษะของผู้ประกอบการ (Herrity, 2022)	ทักษะของผู้ประกอบการ (นารา กิตติเมธีกุล, 2563)	ทักษะของผู้ประกอบการ
การแก้ไขปัญหาอย่างรวดเร็ว การวิเคราะห์ปัญหาและการเตรียมการเพื่อจัดการกับความไม่แน่นอนเมื่อเกิดปัญหาหรือสถานการณ์ที่ไม่คาดคิด	เรียนรู้วิธีการตัดสินใจ มีความสามารถในการตัดสินใจอย่างรอบคอบ	มีภาวะผู้นำ (Leadership) มีความสามารถในการสร้างและบริหารจัดการทีมงานให้มีประสิทธิภาพและมุ่งหวังสู่เป้าหมายของธุรกิจ	5. มีภาวะผู้นำและตัดสินใจแก้ไขปัญหาอย่างรอบคอบและรวดเร็ว
นำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้เพิ่มประสิทธิภาพและลดความผิดพลาดในการทำธุรกิจ ช่วยให้ธุรกิจเติบโตและปรับปรุงการให้บริการให้มีคุณภาพ	-	-	6. นำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้
การพัฒนาผลิตภัณฑ์และบริการจากการศึกษา ค้นคว้า การวิจัย ออกแบบ ทดลองใช้และปรับปรุง พัฒนาผลิตภัณฑ์และบริการที่มีคุณภาพและตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้าในอนาคต	มีความกระหายที่จะเรียนรู้ อยากรู้อยากเห็น อยากรู้เรื่องใหม่ กระหายที่จะเรียนรู้จากประสบการณ์และข้อผิดพลาด ช่วยพัฒนาความรู้และความเข้าใจในการดำเนินธุรกิจให้มากขึ้น	-	7. กระหายที่จะเรียนรู้ ค้นคว้า วิจัย
การจัดการและสร้างเครือข่ายทางธุรกิจ การร่วมมือระหว่างธุรกิจในรูปแบบต่าง ๆ และการสร้างความสัมพันธ์เป็นเครือข่ายทางธุรกิจช่วยเพิ่มความมั่นคงในการจัดการทรัพยากรและลดต้นทุน	มองการณ์ไกลแต่เริ่มต้นจากสิ่งเล็ก ๆ มีวิธีการที่ถูกต้องในการบริหารจัดการและพัฒนาธุรกิจ โดยเริ่มต้นจากขั้นตอนหรือสิ่งที่เล็กน้อย สามารถทำงานเป็นทีมและมอบหมายงานได้	การกระจายและการเข้าถึงทรัพยากร (Resource Allocation and Assessment) มีความสามารถในการจัดการและกระจายทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด	8. มีความสามารถในการจัดการทรัพยากร มองการณ์ไกล สร้างเครือข่ายทางธุรกิจและสร้างการทำงานเป็นทีม

สรุปได้ว่า ทักษะของผู้ประกอบการที่สำคัญ ประกอบด้วย การมีวิสัยทัศน์และเป้าหมายที่ชัดเจน มีความคิดสร้างสรรค์ในการสร้างนวัตกรรม รับฟังความคิดเห็นเพื่อการพัฒนาและปรับปรุง ปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อให้เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลง มีภาวะผู้นำและตัดสินใจแก้ไขปัญหาอย่างรอบคอบและรวดเร็ว นำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ กระหายที่จะเรียนรู้ ค้นคว้า วิจัย มีความสามารถในการจัดการทรัพยากร มองการณ์ไกล สร้างเครือข่ายทางธุรกิจ และสร้างการทำงานเป็นทีม ซึ่งเป็นทักษะสำคัญที่จะช่วยให้ธุรกิจเติบโตและประสบ

ความสำเร็จในสภาวะที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของโลกในปัจจุบันได้มากยิ่งขึ้น การรับรู้และพัฒนาทักษะเหล่านี้ช่วยสร้างพื้นฐานที่แข็งแกร่งสำหรับการตัดสินใจและการดำเนินงานในสภาวะที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในโลกธุรกิจปัจจุบัน

องค์ประกอบของจิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการยุคใหม่

แนวคิดของจิตวิญญาณของการเป็นผู้ประกอบการ (Entrepreneurial Mindset) ได้มีการพัฒนาแนวคิดและมีการศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของจิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการ สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 องค์ประกอบของจิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการยุคใหม่

จิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการ (Duening, 2010)	จิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการ (Mohammad Reza et al., 2016)	จิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการ (Aboobaker, Rashmi, & Wilson, 2015)	จิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการยุคใหม่
มีความคิดให้ได้ผลที่ตั้งใจ (The Effectuating Mind) มีความคิดให้ได้ผลที่ตั้งใจ มีความกระตือรือร้นในการแปลงความคิดและแผนการเป็นการกระทำจริง	มีความต้องการสู่ความสำเร็จ (Need for Achievement) มีความกระตือรือร้นในการพัฒนาตนเองและธุรกิจ มุ่งหวังเป้าหมายและมีความพยายามในการทำให้บรรลุผลสำเร็จ	มีความต้องการของตนเอง (Passion) มีความกระตือรือร้น มีความมุ่งมั่น (Drive Determination) มุ่งหวังที่จะประสบความสำเร็จในสิ่งที่ทำ มีพลังงานในการใช้ชีวิต (Energy)	1. มีความคิดและความกระตือรือร้น มีไฟมุ่งมั่น มุ่งหวังต้องการ และพยายามในการทำให้บรรลุความสำเร็จ
มีความคิดในการจัดการความเสี่ยง (The Risk Managing Mind) มีความรู้ความเข้าใจในการจัดการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในการดำเนินธุรกิจ รู้จักการวิเคราะห์และการบริหารจัดการความไม่แน่นอนเพื่อลดความเสี่ยงในการตัดสินใจธุรกิจ	การยอมรับความเสี่ยง (Take Risk) มีความยอมรับความเสี่ยงสูง มีความกล้าที่จะลองสิ่งใหม่ และมีความเป็นกล้าที่จะเผชิญความไม่แน่นอน มีความคิดเชิงบวกต่อความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและยอมรับการล้มเหลวเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเรียนรู้และความสำเร็จ	มีความทนทานต่อความเสี่ยง (Risk Tolerance) มีความทนทานต่อความเสี่ยง พร้อมที่จะเผชิญกับความไม่แน่นอนและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง และมีความกล้าที่จะลองสิ่งใหม่และไม่กลัวความล้มเหลว	2. มีความกล้าที่จะลองสิ่งใหม่ มีความรู้ความเข้าใจในการบริหารจัดการความเสี่ยง

ตารางที่ 2 องค์ประกอบของจิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการยุคใหม่

จิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการ (Duening, 2010)	จิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการ (Mohammad Reza et al., 2016)	จิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการ (Aboobaker et al., 2015)	จิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการยุคใหม่
มีความคิดที่ยืดหยุ่น (The Resilient Mind) มีความสามารถในการรับมือกับปัญหาที่ซับซ้อนและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น ไม่กลัวและยินดีที่จะปรับตัวและแก้ไขตนเองเพื่อเรียนรู้จากประสบการณ์	การทนทานต่อความเคลือบแคลงสงสัย (Tolerance to Ambiguity) มีความสามารถในการรับมือกับสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนและมักจะมีความสามารถในการตัดสินใจแม้ว่าจะไม่มีข้อมูลเพียงพอ	มีความสามารถในการปรับตัว (Adaptability) สามารถรับมือกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ และต้องสามารถเปลี่ยนแปลงและปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์	3. สามารถรับมือกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ
-	การควบคุมสิ่งที่มีอยู่ (Locus of Control) ความคิดเชิงนี้เกี่ยวข้องกับความเชื่อในการควบคุมชีวิตและสถานการณ์ มีความสามารถในการควบคุมตนเองและมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง	มีความศรัทธาในตนเองและคำสัญญาต่อตนเอง (Faith and Commitment) ความเชื่อมั่นในตนเองและความมุ่งมั่น มีความพยายามในการทำงานและต่อต้านความล้มเหลว และยึดมั่นกับเป้าหมายของตนเอง	4. มีความศรัทธาในตนเอง มีความสามารถในการควบคุมตนเอง และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง
มีความคิดแห่งการออกแบบ (The Designing Mind) มองหาวิธีการสร้างผลิตภัณฑ์หรือบริการที่มีคุณค่าสูงสุดสำหรับลูกค้า มีการสร้างและวางแผนการออกแบบที่สอดคล้องกับความต้องการและความพึงพอใจของลูกค้า	มีความเป็นนักนวัตกรรม (Innovativeness) มีความคิดสร้างสรรค์และตระหนักถึงความจำเป็นในการพัฒนาผลิตภัณฑ์หรือบริการใหม่เพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้า	-	5. มีความคิดเชิงนวัตกรรมและการออกแบบอย่างสร้างสรรค์
มีความคิดรับรู้ถึงโอกาส (The Opportunity Recognizing mind) ที่อาจเกิดขึ้นจากการสำรวจและวิเคราะห์สภาวะตลาดและความต้องการของลูกค้า	-	-	6. มีความสามารถในการรับรู้และระบุโอกาสทางธุรกิจ

ตารางที่ 2 องค์ประกอบของจิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการยุคใหม่

จิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการ (Duening, 2010)	จิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการ (Mohammad Reza et al., 2016)	จิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการ (Aboobaker et al., 2015)	จิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการยุคใหม่
-	-	มีภาวะผู้นำ (Leadership) สามารถนำทีมและส่งเสริมความร่วมมือ และมีความสามารถในการสร้างวัฒนธรรมองค์กรและสร้างแรงบันดาลใจให้กับผู้อื่นให้มีแรงบันดาลใจในการพัฒนาธุรกิจอย่างต่อเนื่อง	7. มีภาวะผู้นำ ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม สร้างวัฒนธรรมและแรงบันดาลใจในการพัฒนาองค์กร

จะเห็นได้ว่า แนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของจิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการ สามารถสรุปได้เป็น 7 องค์ประกอบ ได้แก่ มีความคิดและความกระตือรือร้น มีไฟมุ่งมั่น มุ่งหวังต้องการ และพยายามในการทำให้บรรลุความสำเร็จ มีความกล้าที่จะลองสิ่งใหม่ มีความรู้ความเข้าใจในการบริหารจัดการความเสี่ยง สามารถรับมือกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความศรัทธาในตนเอง มีความสามารถในการควบคุมตนเอง และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มีความคิดเชิงนวัตกรรมและการออกแบบอย่างสร้างสรรค์ มีความสามารถในการรับรู้และระบุโอกาสทางธุรกิจ มีภาวะผู้นำ ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม สร้างวัฒนธรรมและแรงบันดาลใจในการพัฒนาองค์กร องค์ประกอบเหล่านี้จะช่วยกำหนดรูปแบบบุคลิกภาพ ความคิด และพฤติกรรมของผู้ประกอบการให้สอดคล้องกับบทบาทและการทำงานในสายงานผู้ประกอบการและการเริ่มต้นธุรกิจที่มีโอกาสประสบความสำเร็จสูงในสภาวะที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในสังคมยุคใหม่

การพัฒนาจิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการ

จิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมของมนุษย์ (Kouzes & Posner, 2019) หากหน่วยงานทั้งภาครัฐ หรือเอกชน สถานประกอบการ สถานศึกษาที่ต้องการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาทุนมนุษย์ให้มีความเป็นผู้ประกอบการ ประเด็นที่ต้องนำมาเป็นจุดเริ่มต้นของประบวนการพัฒนาคือชุดความคิดที่ได้นำเสนอไว้แล้วข้างต้น เหตุผลที่สำคัญในการมุ่งเน้นการพัฒนาจิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการ คือ การสร้างทักษะการคิดให้กับผู้ประกอบการเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการสร้างความสำเร็จทางธุรกิจ (Wu, 2009) ในการสร้างความสำเร็จของผู้ประกอบการนั้น และนอกจากการพัฒนาจิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการ จำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาองค์ประกอบของสมรรถนะหลักทั้ง 4 ด้าน (Mitchelmore & Rowley, 2010) ดังนี้

1. สมรรถนะด้านการเป็นผู้ประกอบการ (Entrepreneurship Competency) หมายถึง ความสามารถในการตอบสนองความต้องการของตลาดได้อย่างสร้างสรรค์ ปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้และเรียนรู้การใช้โอกาสเพื่อการสร้างความได้เปรียบ

2. สมรรถนะด้านธุรกิจและการจัดการ (Business and Management Competency) หมายถึง ความสามารถในการใช้ความรู้และทักษะต่าง ๆ เพื่อการจัดการทรัพยากรทางธุรกิจ เช่น การเงิน การปฏิบัติการ การตลาด การผลิต การจัดการเชิงกลยุทธ์ให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้

3. สมรรถนะด้านมนุษยสัมพันธ์ (Human Relation Competency) หมายถึง การสร้างภาวะผู้นำในการบริหารความสัมพันธ์ของทีม เพื่อให้เกิดประสานงานในการบรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

4. สมรรถนะด้านการคิดรวบยอดและการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ (Conceptual and Relationship Competency) หมายถึง ทักษะการจัดวางโครงสร้างของการบริหารงาน บุคคล และความสัมพันธ์ของการทำงาน รวมถึงการตัดสินใจ การคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ

ดังนั้น จึงเห็นได้อย่างชัดเจนว่าจิตวิญญาณของการเป็นผู้ประกอบการคือชุดความคิดพื้นฐานที่ส่งเสริมให้เกิดสมรรถนะหลักของการเป็นผู้ประกอบการที่ประสบความสำเร็จ

การพัฒนาจิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการนั้นเป็นรากฐานที่สำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในทางธุรกิจ (Mitra, 2023) โดยมีรายละเอียดของการพัฒนาจิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนและเข้าถึงได้ การฝึกฝนการตั้งเป้าหมายและทำตามเป้าหมายจนสำเร็จ โดยเริ่มต้นด้วยการกำหนดเป้าหมายที่เล็กที่สามารถบรรลุได้ กุญแจสำคัญคือการก้าวไปสู่เป้าหมายอย่างต่อเนื่องโดยไม่กลัวความล้มเหลว

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดมุมมองใหม่ เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ประกอบการที่จะยกระดับความคิดดั้งเดิมเกี่ยวกับความสำเร็จและความล้มเหลว โดยการเรียนรู้จากความผิดพลาดในอดีต ไม่ท้อใจต่อความล้มเหลว และมองว่าเป็นโอกาสในการทบทวนและปรับปรุง

ขั้นตอนที่ 3 เรียนรู้ที่จะตัดสินใจ การดำเนินการใด ๆ ก็ตาม ต้องการความเด็ดขาดในทุกขั้นตอน ดังนั้นเพื่อหลีกเลี่ยงความผิดพลาด จำเป็นต้องเรียนรู้ที่จะตัดสินใจอย่างเด็ดขาดในทุกขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 4 ใช้ Growth Mindset ซึ่งหมายถึงการเผชิญหน้ากับความกลัว การควบคุมอารมณ์ และการรักษาความอยากรู้อยากเห็น โดยเชื่อว่าความสำเร็จขึ้นอยู่กับเวลาและความพยายาม ไม่ใช่ความสามารถที่มีมาแต่กำเนิด

การปรับปรุงและพัฒนาตนเองเพื่อเป็นผู้ประกอบการที่สร้างผลสำเร็จที่ยั่งยืนนั้นเป็นกระบวนการที่ต้องการความมุ่งมั่นและพยายามอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ขั้นตอนที่ได้กล่าวมาข้างต้นเพื่อสร้างพฤติกรรมและทักษะที่สนับสนุนการเป็นผู้ประกอบการที่เติบโตอย่างรวดเร็วในสภาพแวดล้อมทางธุรกิจและนวัตกรรมในยุคปัจจุบันและอนาคต

จิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการของพยาบาลวิชาชีพ

การเป็นผู้ประกอบการของพยาบาลวิชาชีพต้องผสมผสานความรู้ด้านการดูแลสุขภาพและความรู้ทางธุรกิจเพื่อพัฒนาธุรกิจที่ประสบความสำเร็จ ซึ่งมุ่งเน้นไปที่การส่งมอบการดูแลสุขภาพที่ดีที่สุด พยาบาลผู้ประกอบการสามารถทำธุรกิจในหมวดหมู่ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมากมาย เช่น การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เทคโนโลยีสารสนเทศและการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วย บริการด้านสุขภาพหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ เป็นต้น พยาบาลผู้ประกอบการสามารถส่งมอบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ สามารถให้การรักษาผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และสามารถสร้างกลยุทธ์ด้านสุขภาพเชิงรุกสำหรับผู้ป่วยรายบุคคลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ประกอบการด้านพยาบาลสามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและได้ผลการรักษาพยาบาลได้ดีขึ้น ซึ่งจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนได้ในระยะยาว (Maryville University, 2023)

การเป็นพยาบาลผู้ประกอบการ เริ่มต้นเช่นเดียวกับอาชีพการพยาบาล ที่ต้องสำเร็จการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ และสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ นอกเหนือจากการศึกษาพยาบาลตามมาตรฐานแล้ว พยาบาลผู้ประกอบการจะต้องเรียนรู้ทักษะทางธุรกิจที่สำคัญ เช่น การตลาด การบัญชี และเทคนิคการบริหารจัดการ ซึ่งทักษะที่จำเป็นในแต่ละตำแหน่งอาจจะแตกต่างกันไป (อารีวรรณ กลั่นกลิ่น และวาสนา อูปป้อ, 2564)

ในธุรกิจการดูแลสุขภาพ (Healthcare Business) เช่น การเป็นพยาบาลที่เป็นผู้ประกอบการจะต้องพิจารณาและมีความสำคัญต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของธุรกิจด้วย ซึ่งในการศึกษาของ (Kortana, 2018) ได้แสดงปัจจัยที่สำคัญไว้ดังนี้

1. การศึกษา (Education) การศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไปเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเตรียมความรู้และทักษะที่จำเป็นในการบริหารธุรกิจในวงการดูแลสุขภาพ

2. กลยุทธ์ (Strategy) การวางแผนกลยุทธ์เพื่อเข้าถึงตลาดและสร้างความเห็นชอบจากลูกค้า เช่น การพัฒนาบริการหรือโปรโมชั่นที่เป็นเอกลักษณ์

3. การศึกษาแผนการลงทุน (Investment Plan) การวางแผนการลงทุนให้เหมาะสมและมีการจัดสรรทรัพยากรทางการเงินอย่างมีเสถียรภาพเพื่อการเติบโตของธุรกิจ

4. สถานที่หรือตำแหน่งที่ตั้ง (Place/ Location) การเลือกสถานที่หรือตำแหน่งที่ตั้งที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินธุรกิจการดูแลสุขภาพ เพื่อให้ลูกค้าสามารถเข้าถึงได้ง่ายและสะดวก

5. บุคลากรด้านสุขภาพ (Health Workforce) ความสามารถและความเชี่ยวชาญของบุคลากรด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญในการให้บริการและสร้างความพึงพอใจให้กับลูกค้า

สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ พยาบาลที่จะเป็นผู้ประกอบการต้องมีการศึกษาและวางแผนในการเลือกอาชีพอิสระที่เหมาะสมกับความรู้และความสามารถในการดำเนินธุรกิจของตนเอง (นารา กิตติเมธีกุล, 2563)

คุณสมบัติของพยาบาลผู้ประกอบการ ผู้ประกอบการด้านพยาบาลที่ประสบความสำเร็จต้องมีทักษะที่ช่วยให้สามารถบูรณาการการดูแลสุขภาพและธุรกิจได้อย่างราบรื่น เช่น ความสามารถในการเป็นผู้นำที่แข็งแกร่ง

การวิเคราะห์ข้อมูลและการสื่อสาร ในขณะเดียวกัน ต้องมีคุณสมบัติที่สามารถใช้ทักษะของตนเองได้อย่างอิสระ (Maryville University, 2023) ดังนี้

1. ทักษะด้านการพัฒนาธุรกิจ พยาบาลผู้ประกอบการจะต้องสามารถเห็นได้ว่า ประสบการณ์ด้านการดูแลสุขภาพสามารถนำไปสู่การพัฒนาธุรกิจที่ประสบความสำเร็จได้อย่างไร

2. ความเป็นอิสระ ผู้ประกอบการพยาบาลต้องมีความสามารถในการทำงานได้อย่างอิสระ ซึ่งหมายถึงมากกว่าการไม่ได้ทำงานภายใต้หัวหน้าหอผู้ป่วยหรือผู้บริหารทางการพยาบาล แต่หมายถึงการมีระเบียบวินัยในตนเองและสร้างแรงจูงใจที่จำเป็นในการกำหนดรูปแบบธุรกิจที่มีประสิทธิภาพ ตั้งแต่การตัดสินใจว่าจะทำงานอย่างไร ไปจนถึงกำหนดจำนวนเงินที่สามารถเรียกเก็บค่าบริการได้

3. ความหลงใหล ผู้ประกอบการพยาบาลจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความสนใจหรือความหลงใหล เช่น ด้านโภชนาการ ด้านเทคโนโลยีหรือการศึกษา ตัวอย่างเช่น ผู้ประกอบการด้านพยาบาลที่หลงใหลในการลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดอาจมุ่งเน้นเส้นทางอาชีพของตนไปที่การพัฒนาอุปกรณ์ที่สามารถช่วยให้ผู้คนจัดการกับความดันโลหิตสูง คอเลสเตอรอล ที่อาจส่งผลต่อสุขภาพของหัวใจได้ดีขึ้น เป็นต้น

4. ความยืดหยุ่น ผู้ประกอบการพยาบาลจำเป็นต้องยอมรับความยืดหยุ่นที่มาพร้อมกับบทบาทและใช้อย่างชาญฉลาด การทำงานอย่างอิสระช่วยให้ผู้ประกอบการพยาบาลสามารถควบคุมตารางเวลาของตนเองและสร้างสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม หน้าที่ยังมาพร้อมกับความรับผิดชอบในการดำเนินการให้เกิดประสิทธิภาพที่สุดสำหรับธุรกิจที่ต้องเติบโตและพัฒนา

นอกจากคุณสมบัติของพยาบาลผู้ประกอบการ และทักษะทางการดูแลสุขภาพแล้ว จิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการของพยาบาลวิชาชีพเป็นสิ่งที่สำคัญด้วยเช่นกัน จากประสบการณ์ของผู้เขียนและจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พยาบาลที่จะประกอบธุรกิจและประสบความสำเร็จส่วนใหญ่มีจิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการที่สำคัญ ได้แก่ มีความคิดและความกระตือรือร้นในการทำงาน มีไฟมุ่งมั่น หลงไหลและมุ่งหวังต้องการ และทุ่มเทพยายามในการทำงานให้บรรลุความสำเร็จ มีความกล้าที่จะลองทำสิ่งใหม่ มีความรู้ความเข้าใจในการบริหารจัดการความเสี่ยง มีความยืดหยุ่นสามารถรับมือกับสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความศรัทธาในตนเอง มีความสามารถในการควบคุมตนเองและมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองสูง มีความคิดเชิงนวัตกรรมและการออกแบบอย่างสร้างสรรค์ มีความสามารถในการรับรู้และระบุโอกาสทางธุรกิจ ทักษะด้านการพัฒนาธุรกิจ มีภาวะผู้นำสูง ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม สร้างวัฒนธรรมและแรงบันดาลใจในการพัฒนาองค์กร องค์ประกอบเหล่านี้จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ผู้ประกอบการด้านพยาบาลสามารถบูรณาการการดูแลสุขภาพและการทำธุรกิจได้อย่างราบรื่นและมีความสำเร็จ และเป็นปัจจัยที่สำคัญในการพัฒนาธุรกิจและการเป็นผู้ประกอบการที่เป็นที่ยอมรับในวงการดูแลสุขภาพและยั่งยืนต่อไป

จากการทบทวนวรรรณกรรมพบว่า ยังขาดการสนับสนุนและการจัดการศึกษาสำหรับการพัฒนาจิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการของพยาบาลวิชาชีพทั้งในโครงการฝึกอบรมทางวิชาการและทางคลินิก ทำให้ผู้ประกอบการพยาบาลต้องพัฒนาฐานความรู้และแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุดของตนเอง (Vannucci & Weinstein,

2017) ดังนั้น จึงจำเป็นต้องเตรียมพร้อมทั้งในการจัดการศึกษาและฝึกอบรม การติดตามและประเมินผลลัพธ์ของพยาบาลผู้ประกอบการ (International Council of Nurses, 2012) รวมถึงการพัฒนาจิตวิญญาณของการเป็นผู้ประกอบการผ่านกระบวนการสร้างการเปลี่ยนแปลงจากภายนอกสู่ภายใน กล่าวคือ การสร้างนิสัยที่จำเป็นสำหรับผู้ประกอบการจนกลายเป็นความคุ้นชิน เพื่อนำไปสู่การปรับชุดความคิดให้เป็นแบบเติบโต ให้กับผู้ที่ต้องการสร้างการเปลี่ยนแปลงของการเป็นผู้ประกอบการ กระบวนการทั้งหมดนี้เป็นการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนิสัยที่ส่งผลดีต่อการพัฒนาคุณสมบัติของการเป็นผู้ประกอบการ โดยจำเป็นต้องมีความต่อเนื่องเพื่อให้คุณสมบัติเหล่านี้มีความชัดเจน และสามารถการแสดงพฤติกรรมใหม่ออกมา (Carden & Wood, 2018) อันจะเป็นการสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนให้เกิดนวัตกรรมด้านการดูแลสุขภาพที่นำโดยพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

จิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการจะเป็นแรงขับเคลื่อนและพัฒนาให้บุคคลเกิดสมรรถนะ และเป็นผู้ประกอบการที่ประสบความสำเร็จ การสร้างจิตวิญญาณของการเป็นผู้ประกอบการต้องเริ่มจากการสร้างชุดความคิดที่พร้อมเติบโต ไม่ปิดกั้นการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะในยุคของการพัฒนาเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว พยาบาลที่จะประกอบธุรกิจและประสบความสำเร็จส่วนใหญ่มีจิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการที่สำคัญ ได้แก่ มีความคิดและความกระตือรือร้นในการทำงาน มีไฟมุ่งมั่น หลงไหลและมุ่งหวังต้องการ และทุ่มเทพยายามในการทำงานให้บรรลุความสำเร็จ มีความกล้าที่จะลองทำสิ่งใหม่ มีความรู้ความเข้าใจในการบริหารจัดการความเสี่ยง มีความยืดหยุ่นสามารถรับมือกับสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความศรัทธาในตนเอง มีความสามารถในการควบคุมตนเองและมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองสูง มีความคิดเชิงนวัตกรรมและการออกแบบอย่างสร้างสรรค์ มีความสามารถในการรับรู้และระบุโอกาสทางธุรกิจ ทักษะด้านการพัฒนาธุรกิจ มีภาวะผู้นำสูง ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม สร้างวัฒนธรรมและแรงบันดาลใจในการพัฒนาองค์กร จิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการของพยาบาลวิชาชีพจะเป็นพลังขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนาตนเอง พัฒนาธุรกิจหรือองค์กร และคุณค่าของธุรกิจด้านสุขภาพผ่านการแสวงหาโอกาส ความคิดเชิงสร้างสรรค์ งานวิจัย เทคโนโลยีดิจิทัล และนวัตกรรม ภายใต้ขอบเขตกฎหมาย และจริยธรรมวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้สำหรับหน่วยงานสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

ควรมีการจัดโครงการฝึกอบรมทางวิชาการ (Upskilling) ให้ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการพัฒนาจิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการของพยาบาลวิชาชีพ สนับสนุนให้พยาบาลใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการพัฒนานวัตกรรมทั้งในรูปแบบของผลิตภัณฑ์หรือบริการ รวมทั้งมีการติดตามและประเมินผลลัพธ์การฝึกอบรม

ทางวิชาการจะเป็นการสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนให้เกิดนวัตกรรมด้านการดูแลสุขภาพที่นำโดยพยาบาลได้ในอนาคต

2. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้สำหรับสถาบันการศึกษาทางการพยาบาล

ควรพัฒนาหลักสูตรให้ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการพัฒนาจิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการของพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งปลูกฝังจิตวิญญาณการเป็นผู้ประกอบการของพยาบาลวิชาชีพ มีการติดตามประเมินผลเป็นระยะทั้งในระหว่างการศึกษาและภายหลังการสำเร็จการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

นารา กิตติเมธีกุล. (2563). แนวคิดการพัฒนาจิตวิญาณของการเป็นผู้ประกอบการ. *วารสารสมาคมนักวิจัย, 25*(3), 334-349.

อารีวรรณ กลั่นกลิ่น และวาสนา อูปป้อ. (2564). พยาบาลวิชาชีพกับการเป็นผู้ประกอบการในศตวรรษที่ 21. *วารสารวิชาการราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์, 3*(1), 8-18.

Aboobaker, N., Rashmi, M. B., & Wilson, P. R. (2015). Entrepreneurial psychological capital of postgraduate management and non-management students in Kerala, India. *Asian Journal of Management Research, 5*(3), 407-420.

Adel, H. M., Mahrous, A. A., & Hammad, R. (2020). Entrepreneurial marketing strategy, institutional environment, and business performance of SMEs in Egypt. *Journal of Entrepreneurship in Emerging Economies, 12*(5), 727-746. https://doi.org/10.1108/JEEE-11-2019-0171.

Bocken, N. M. P., Short, S. W., Rana, P., & Evans, S. (2014). A literature and practice review to develop sustainable business model archetypes. *Journal of Cleaner Production, 65*, 42-56. https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2013.11.039.

Borisut, S., & Pakasat, N. (2019). The effects of human capital entrepreneur characteristic on the successful operation of Gen Y. *Veridian E-Journal, Silpakorn University, 12*(5), 1090-1107.

Carden, L., & Wood, W. (2018). Habit formation and change. *Current Opinion in Behavioral Sciences, 20*, 117-122. https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2017.12.009.

Colichi, R. M. B., Lima, S., Bonini, A. B. B., & Lima, S. A. M. (2019). Entrepreneurship and nursing: Integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem, 72*(suppl 1), 321-330. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0498.

Duening, T. N. (2010). Five minds for the entrepreneurial future: Cognitive skills as the intellectualfoundation for next generation entrepreneurship curricula. *The Journal of Entrepreneurship, 19*(1), 1-22. https://doi.org/10.1177/097135570901900101.

Gaddefors, J., & Anderson, A. (2017). Entrepreneursheep and context: When entrepreneurship is greater than entrepreneurs. *International Journal of Entrepreneurial Behavior & Research, 23*, 267-278. https://doi.org/10.1108/IJEBR-01-2016-0040.

Herrity, J. (2022). *A guide to entrepreneurial skills: Definition and Examples*. Retrived March 20, 2023 from https://www.indeed.com/career-advice/career-development/entrepreneurial-skills.

International Council of Nurses. (2012). *Nurses creating opportunities as entrepreneurs and intrapreneurs*. Geneva International Council of Nurses.

Jakobsen, L., Wacher Qvistgaard, L., Trettin, B., & Juel Rothmann, M. (2021). Entrepreneurship and nurse entrepreneurs lead the way to the development of nurses' role and professional identity in clinical practice: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing, 77*(10), 4142-4155. https://doi.org/10.1111/jan.14950.

Kim, Y. J., & Lim, J. Y. (2019). Factors influencing entrepreneurial intention of nursing students based on theory of planned behavior. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration, 25*(3), 175-185. https://doi.org/10.11111/jkana.2019.25.3.175.

Kim, Y. J., & Lim, J. Y. (2022). Predictive models for nurses’ entrepreneurial intentions using comparison of competing models. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(10), 6027. https://doi.org/10.3390/ijerph19106027.

Kortana, T. (2018). Key success factors for entrepreneurs in the healthcare business of thailand. *The EUrASEANs. Journal on Global Socio-Economic Dynamics, 4*(11), 83-88. https://doi.org/10.35678/2539-5645.

Kouzes, T. K., & Posner, B. Z. (2019). Influence of managers' mindset on leadershipbehavior. *Leadership & Organization Development Journal, 40*(8), 829-844.

Liñán, F., & Fayolle, A. (2015). A systematic literature review on entrepreneurial intentions: citation, thematic analyses, and research agenda. *International Entrepreneurship and Management Journal, 11*(4), 907-933. https://doi.org/10.1007/s11365-015-0356-5.

Majid, I. A., & Koe, W-L. (2012). Sustainable Entrepreneurship (SE): A revised model based on triple bottom line (TBL). *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences, 2*(6), 293-310.

Maryville University. (2023). *What is a nurse entrepreneur, and how do you become one?* Maryville University Drive St. Louis: Maryville University.

Mitchelmore, S., & Rowley, J. (2010). Entrepreneurial competencies: A literature review and development agenda. *International Journal of Entrepreneurial Behavior & Research, 16*(2), 92-111. https://doi.org/10.1108/13552551011026995.

Mitra, B. (2023). *How an entrepreneurial mindset leads to innovation and creativity*: Emeritus Institute of Management.

Mohammad Reza, D., Golrasteh, K., Masoumeh, B., Ensieh, A., Mohamad Reza, S., & Hossein, N. (2016). Entrepreneurship psychological characteristics of nurses. *Acta Medica Iranica, 54*(9), 595-599.

ReportLinker. (2022). *Healthcare services global market report 2022*. Retrived March 20, 2023 from https://www.globenewswire.com/news-release/2022/02/11/2383671/0/en/Healthcare-Services-Global-Market-Report-2022.html.

Thepna, A., Cochrane, B. B., & Salmon, M. E. (2023). Advancing nursing entrepreneurship in the 21st century. *Journal of Advanced Nursing, 79*(9), 3183-3185. https://doi.org/10.1111/jan.15563.

Vannucci, M. J., & Weinstein, S. M. (2017). The nurse entrepreneur: Empowerment needs, challenges, and self-care practices. *Nursing: Research and Reviews, 7*, 57-66. https://doi.org/10.2147/NRR.S98407.

Wu, W. W. (2009). A competency-based model for the success of an entrepreneurial start-up. *WSEAS Transactions on Business and Economics, 6*(6), 279-291.

JNPHR
Journal of Nursing and Public Health Research
วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

e265727

ความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัย: กลยุทธ์ส่งเสริมการคงอยู่ในงานของพยาบาล

Subjective Career Success: Strategies for Nurse Retention

ณัฐวัตร วงค์จันทร์[1*], กุลวดี อภิชาติบุตร[2]

Natthawat Wongchan[1*], Kulwadee Abhicharttibutra[2]

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช[1*], คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่[2]

Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University[1*], Faculty of Nursing, Chiang Mai University[2]

(Received: October 3, 2023; Revised: December 12, 2023; Accepted: April 10, 2024)

บทคัดย่อ

การขาดแคลนพยาบาลเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องมีกลยุทธ์การจัดการที่เหมาะสม ความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยเป็นกลยุทธ์ที่ได้รับความสนใจมากขึ้น เนื่องจากเป็นสิ่งที่สะท้อนการรับรู้ของบุคคลถึงการประสบความสำเร็จในอาชีพของตนเอง ทำให้มีการคงอยู่ในงาน และลดปัญหาการขาดแคลนพยาบาล บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวคิดความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัย ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการส่งเสริมความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยของพยาบาล ทั้งด้านการทำงาน ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการเงิน ด้านความก้าวหน้าในงาน และความสำเร็จในชีวิต เนื่องจากเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลเพื่อนำไปพัฒนาการบริหารจัดการบุคลากรทางการพยาบาลในองค์กรต่อไป

คำสำคัญ: ความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัย, การคงอยู่ในงาน, พยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ ณัฐวัตร วงค์จันทร์ e-mail: natthawat.wongc@gmail.com

Abstract

The nursing shortage is an important problem that needs appropriate management strategies. Subjective career success is an important strategy because it reflects the person's perception of their own career success, increases job retention, and decreases the problem of nursing shortages. This article aims to present the concept of subjective career success, its factors, and methods to promote the subjective career success of nurses, which consist of job success, interpersonal success, financial success, hierarchical success, and life success. This is important for nursing administrators to develop the management of nursing personnel in the organization.

Keywords: Subjective Career Success, Retention, Nurse

Journal of Nursing and Public Health Research

บทนำ

พยาบาลเป็นบุคลากรทางด้านการสาธารณสุขที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อระบบบริการสุขภาพและมีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals (SDGs)) โดยมีบทบาทในการให้บริการด้านสุขภาพอนามัย การให้ความรู้และการเป็นผู้นำด้านสุขภาพ รวมไปถึงการสนับสนุน และส่งเสริมผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนให้มีสุขภาวะที่ดี ผ่านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูผู้ป่วยให้กลับสู่ภาวะปกติและสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง (International Council of Nurses, 2023) แต่พบว่าปัญหาการขาดแคลนพยาบาลยังมีมาอย่างต่อเนื่อง จากผลการสำรวจขององค์การอนามัยโลกพบว่า อัตรากำลังพยาบาลทั่วโลกขาดแคลนมากกว่า 5.9 ล้านคน (World Health Organization, 2020) ในขณะที่ประเทศไทย สภาการพยาบาลคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2569 หากต้องการพยาบาลในอัตราส่วน 1 คนต่อ 350 ประชากร ประเทศไทยจะยังขาดแคลนอัตรากำลังพยาบาลมากถึงปีละประมาณ 20,000 คน (สภาการพยาบาล และ สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา, 2561) ซึ่งการขาดแคลนพยาบาลส่งผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย ทำให้คุณภาพการพยาบาลลดลง เพิ่มโอกาสการเกิดข้อผิดพลาดทางการแพทย์ และนำไปสู่การเพิ่มอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ (Tamata & Mohammadnezhad, 2023)

จากหลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการกำหนดตำแหน่งของภาครัฐ มีการให้ยกเลิกตำแหน่งว่างเพื่อกำหนดตำแหน่งสูงขึ้น ส่งผลให้พยาบาลกว่า 20,000 คน ไม่สามารถเลื่อนขั้นเลื่อนเงินเดือนให้สูงขึ้นได้ แม้ว่าจะมีสมรรถนะตามที่กำหนด (กฤษดา แสวงดี, 2560) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่ทำให้สังคมไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การอพยพย้ายถิ่นฐาน รวมไปถึงการผลักดันประเทศไปสู่การเป็นศูนย์กลางการแพทย์ (อัญชลี แก้วสระศรี, รัตนา นิลเลื่อม และชุลีพร หีตอักษร, 2560) ทำให้วิชาชีพพยาบาลต้องพัฒนาทักษะองค์ความรู้ของตนเอง แต่พบว่ามักมีข้อจำกัดทั้งในเรื่องของค่าใช้จ่ายสนับสนุน การจำกัดจำนวนผู้เข้ารับการอบรม และสถานที่ฝึกปฏิบัติงาน (Tamata & Mohammadnezhad, 2023) ในขณะที่ด้านบรรยากาศในการทำงานมักพบปัญหาความขัดแย้งและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเนื่องจากพยาบาลต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ อย่างหลากหลาย ทั้งบุคลากรจากหน่วยงานเดียวกันหรือหน่วยงานอื่น (Shah, 2017) อีกทั้งในช่วงเวลา 3 ปีที่ผ่านมาปฏิเสธไม่ได้ว่าพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติงานในหน้าที่ได้รับผลกระทบอย่างมากจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 จากการทำงานภายใต้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ความซับซ้อนของระบบการดูแลรักษา ความไม่พร้อมของระบบสาธารณสุขในการบริหารจัดการกำลังคนและค่าตอบแทน ทำให้ภาระงานตกหนักไปที่พยาบาล (Turale, 2021) ปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่าง ๆ ส่งผลให้พยาบาลมีทัศนคติไม่ดีเกี่ยวกับงาน ไม่พึงพอใจในอาชีพ และส่งผลกระทบต่อการรับรู้ความสำเร็จในอาชีพของพยาบาลทั้งด้านการทำงาน ค่าตอบแทน ความก้าวหน้าในอาชีพ สัมพันธภาพในที่ทำงาน รวมไปถึงส่งผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวและความสุขส่วนตัวของพยาบาล (Arthur, Khapova, & Wilderom, 2005) นำไปสู่ปัญหาการคงอยู่ของพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งสะท้อนให้ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องให้ความสนใจกับความสำเร็จในอาชีพ เพราะการส่งเสริมความสำเร็จในอาชีพทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกไว้วางใจ

และมีความผูกพันกับองค์กร มองแนวทางการพัฒนาอาชีพร่วมกันกับองค์กร ปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่ออาชีพ โดยคำนึงถึงผลเสียที่องค์กรจะได้รับเมื่อตนเองต้องลาออก ความตั้งใจในการลาออกลดลง และนำไปสู่การคงอยู่ของพยาบาลในที่สุด (Simo, Enache, Sallan, & Fernandez, 2010) การพัฒนาความสำเร็จในอาชีพจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการส่งเสริมการคงอยู่ของพยาบาล

ความสำเร็จในอาชีพเป็นตัวแปรที่ได้รับความสนใจจากนักวิชาการด้านอาชีพมาอย่างยาวนาน เนื่องจากเป็นแรงกระตุ้นให้บุคลากรเกิดแรงจูงใจและมีความมุ่งมั่นต่อการทำงานในองค์กร โดยความสำเร็จในอาชีพ (Career Success) เป็นจิตวิทยาเชิงบวกหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการทำงาน ซึ่งสั่งสมมาจากประสบการณ์การทำงานของตนเอง โดยสามารถแบ่งความสำเร็จในอาชีพออกเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ 1) ความสำเร็จในอาชีพเชิงปรนัย (Objective Career Success) ซึ่งหมายถึง ความก้าวหน้าตามลำดับขั้นในอาชีพของบุคคล นิยมวัดจากเงินเดือนหรือรายได้ การเลื่อนตำแหน่ง และสถานภาพทางอาชีพ เนื่องจากเป็นสิ่งที่สามารถสังเกตและวัดได้โดยตรง สามารถให้บุคคลอื่นเป็นผู้ประเมินได้และเป็นมุมมองภายนอกที่สะท้อนถึงความแตกต่างของสถานะและโครงสร้างทางสังคมในองค์กร (Judge, Cable, Boudreau, & Bretz, 1995) และ 2) ความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัย (Subjective Career Success) เป็นความสำเร็จในอาชีพที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์และการมีส่วนร่วมในอาชีพของบุคคลโดยตรงเท่านั้น โดยพิจารณาจากการรับรู้หรือความรู้สึกของบุคคลว่าตนเองประสบความสำเร็จในอาชีพเพียงใด ซึ่งในปัจจุบันบุคลากรหันมาให้ความสำคัญกับมุมมองเชิงอัตนัยมากขึ้น องค์กรสมัยใหม่จึงเน้นการส่งเสริมและพัฒนาความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยของบุคลากรในองค์กร เนื่องจากเป็นความสำเร็จที่ไม่ได้ประเมินจากค่าตอบแทน การเลื่อนตำแหน่ง หรือสิ่งที่เป็นรูปธรรมเท่านั้นแต่เป็นการรับรู้และความรู้สึกส่วนบุคคลที่ประเมินความสำเร็จของตนเอง (Shockley, Ureksoy, Rodopman, Poteat, & Dullaghan, 2016) ความแตกต่างระหว่างความสำเร็จในอาชีพทั้ง 2 รูปแบบ ขึ้นอยู่กับวิธีในการพิจารณา เช่น การเปรียบเทียบความสำเร็จในอาชีพด้านค่าตอบแทนของพยาบาล หากประเมินในมุมมองเชิงปรนัย พยาบาลที่ได้รับค่าตอบแทนมากกว่าจะถือว่ามีความสำเร็จในอาชีพสูงกว่าพยาบาลที่ได้รับค่าตอบแทนน้อยกว่า ในขณะที่การประเมินในมุมมองเชิงอัตนัย แม้ว่าพยาบาลจะได้รับค่าตอบแทนเท่ากันหรือน้อยกว่า แต่ถ้าหากรู้สึกพึงพอใจกับค่าตอบแทนที่ได้ หรือรับรู้ว่าได้รับค่าตอบแทนเหมาะสมเมื่อเทียบกับเพื่อนร่วมงานหรือผลการปฏิบัติงาน ก็จะทำให้มีความสำเร็จในอาชีพสูงกว่าพยาบาลที่ไม่พึงพอใจในค่าตอบแทนของตนเอง

จะเห็นได้ว่า ความสำเร็จในอาชีพเชิงปรนัยไม่สามารถอธิบายความสำเร็จในอาชีพของบุคคลได้ทั้งหมด โดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาลที่มีค่าตอบแทนและการเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่งใกล้เคียงกันหากเริ่มปฏิบัติงานในองค์กรนั้นพร้อมกัน อีกทั้งยังไม่เหมาะสำหรับการเปรียบเทียบความสำเร็จในอาชีพของบุคคลที่อยู่คนละองค์กร เนื่องจากมีความแตกต่างของนโยบายที่สนับสนุนความก้าวหน้าในอาชีพ จึงไม่สามารถเปรียบเทียบความสำเร็จในอาชีพได้อย่างชัดเจน อีกทั้งปัจจุบันบุคคลเริ่มให้ความสำคัญกับมุมมองเชิงอัตนัยมากขึ้น เพราะเป็นแนวคิดที่สะท้อนการรับรู้หรือความรู้สึกของบุคคลว่าตนเองประสบความสำเร็จในอาชีพมากน้อยเพียงใด สอดคล้องกับข้อตกลงทางอาชีพที่อธิบายว่า การตัดสินความสำเร็จหรือความล้มเหลวในอาชีพ วิธีที่ดีที่สุดคือการตัดสินโดยบุคคล

ที่ประกอบอาชีพนั้นอยู่ มิใช่ตัดสินโดยใช้บรรทัดฐานของผู้อื่น (Steers, 1991) โดยความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยประกอบ ไปด้วยความสำเร็จในมุมมองต่าง ๆ ทั้งด้านการทำงาน ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการเงิน ด้านความก้าวหน้าในงาน และความสำเร็จในชีวิต (Gattiker & Larwood, 1986) ซึ่งครอบคลุมมุมมองในการทำงานที่บุคลากรเห็นว่ามีความสำคัญต่อความสำเร็จในอาชีพของตนเอง จึงเป็นแนวคิดที่ได้รับความนิยม และถูกนำมาใช้ในการอธิบายความสำเร็จในอาชีพของบุคลากรในองค์อย่างแพร่หลาย (Gattiker & Larwood, 1986; Ng & Feldman, 2014: Shockley, Ureksoy, Rodopman, Poteat, & Dullaghan, 2016) บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายแนวคิดความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัย ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการส่งเสริมความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยของพยาบาล เพื่อให้ผู้บริหารทางการพยาบาลนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากลยุทธ์เพื่อส่งเสริมการคงอยู่ของพยาบาลต่อไป

แนวคิดความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัย

แนวคิดความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยเป็นแนวคิดที่ให้บุคคลประเมินความสำเร็จในอาชีพด้วยตนเอง ซึ่งสามารถอธิบายได้ 2 ทรรศนะ คือ 1) ทรรศนะด้านอารมณ์ (Affect-Based Attitudes) เป็นมุมมองที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกและปฏิกิริยาทางอารมณ์ ซึ่งอธิบายว่า ความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัย หมายถึง การผสมผสานระหว่างความรู้สึกและความพึงพอใจของบุคคลเกี่ยวกับอาชีพของตนเอง ซึ่งสั่งสมจากประสบการณ์การทำงาน รวมถึงเป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่มีต่ออาชีพ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความสุขหรือความรู้สึกเชิงบวก (Judge, Cable, Boudreau, & Bretz, 1995: Ng & Feldman, 2014) และ 2) ทรรศนะด้านการนึกคิด (Cognition-Based Attitudes) เป็นมุมมองเกี่ยวกับความเชื่อ ความเข้าใจ และการรับรู้ ซึ่งอธิบายว่า ความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัย หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความเจริญก้าวหน้าของอาชีพในด้านต่าง ๆ จากประสบการณ์ในอาชีพของตนเอง หรือเป็นการรับรู้ตามความเข้าใจและจากมุมมองภายในเกี่ยวกับความต้องการในการพัฒนาอาชีพและมิติต่าง ๆ ที่บุคคลเห็นว่ามีความสำคัญ (Van Maanen, 1997 อ้างถึงใน Arthur, Khapova, & Wilderom, 2005; Gattiker & Larwood, 1986) ซึ่งแนวคิดความสำเร็จในอาชีพแบ่งออกเป็นหลายองค์ประกอบ โดยมีนักทฤษฎีได้กล่าวถึงองค์ประกอบความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัย ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 องค์ประกอบของความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัย

นักทฤษฎี	องค์ประกอบ
Gattiker And Larwood (1986)	1. ความสำเร็จด้านการทำงาน (Job Success) คือ การได้รับข้อมูลป้อนกลับเชิงบวกเกี่ยวกับผลการปฏิบัติงาน ได้รับการสนับสนุนให้มีโอกาสในพัฒนาตนเอง ได้รับความไว้วางใจในการทำงาน และพึงพอใจกับตำแหน่งของตนเอง 2. ความสำเร็จด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Success) คือ การได้รับการยอมรับนับถือจากเพื่อนร่วมงาน สามารถปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี ได้รับความช่วยเหลือและประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม

นักทฤษฎี	องค์ประกอบ
	3. ความสำเร็จด้านการเงิน (Financial Success) คือ การได้รับค่าตอบแทนที่สมเหตุสมผลเมื่อเทียบกับเพื่อนร่วมงานในระดับเดียวกัน และมีความคุ้มค่ากับผลการปฏิบัติงาน 4. ความสำเร็จด้านความก้าวหน้าในงาน (Hierarchical Success) เป็นความพึงพอใจเกี่ยวกับโอกาสในการเลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่ง หรือการได้รับโอกาสในการทำงาน 5. ความสำเร็จในชีวิต (Life Success) เป็นความพึงพอใจในการใช้ชีวิตที่นอกเหนือเวลาทำงาน รวมไปถึงมีความสุขกับการใช้ชีวิตส่วนตัว
Parker & Chusmir (1992)	1. สถานะและความมั่งคั่ง (Status and Wealth) คือ การได้รับการเลื่อนตำแหน่งที่เหมาะสมกับผลการปฏิบัติงาน ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นธรรม เป็นที่ยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน 2. การช่วยเหลือสังคม (Contribution to Society) คือ การมีส่วนร่วมในสังคมเพื่อสร้างประโยชน์ต่อผู้อื่นและต่อสังคม 3. ความสัมพันธ์ในครอบครัว (Family Relationship) คือ ความสมดุลระหว่างงานและชีวิตครอบครัว มีความภาคภูมิใจในความสำเร็จของชีวิตแต่งงาน สามารถเลี้ยงบุตรได้เป็นอย่างดี 4. การบรรลุความสำเร็จส่วนบุคคล (Personal Fulfilment) คือ ความพึงพอใจต่อกิจกรรมที่ไม่ใช่งาน เช่น การเคารพตนเอง ความสงบภายในใจ และความพึงพอใจ 5. การบรรลุความสำเร็จด้านวิชาชีพ (Professional Fulfilment) คือ ความพึงพอใจต่อองค์กรและตำแหน่งงานของตนเอง มีความยึดมั่นผูกผันในงาน 6. ความมั่นคง (Security) คือ งานที่ทำมีความปลอดภัย ได้รับความมั่นคงในระยะยาว รวมไปถึงได้รับการพิจารณาขึ้นเงินเดือนและได้รับสวัสดิการอย่างเหมาะสม
Aryee, Chay, & Tan (1994)	1. ความพึงพอใจในอาชีพ (Career Satisfaction) คือ ความพึงพอใจเกี่ยวกับการบรรลุความสำเร็จในสายงาน ความก้าวหน้า รายได้ รวมไปถึงการพัฒนาทักษะใหม่ ๆ 2. ความสำเร็จด้านการเงิน (Financial Success) คือ การรับรู้ของบุคคลว่าได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสม คุ้มค่ากับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และพึงพอใจกับรายได้ในปัจจุบันตนเอง 3. ความสำเร็จด้านความก้าวหน้าในงาน (Hierarchical Success) คือ การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสในการเลื่อนตำแหน่ง พึงพอใจในการสนับสนุนที่ได้รับจากองค์กร
Nabi (2001)	1. ความสำเร็จของงานภายใน (Intrinsic Job Success) คือ การรับรู้ความสำเร็จในบทบาทการทำงาน และสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน 2. ความสำเร็จของงานภายนอก (Extrinsic Job Success) คือ การรับรู้ความสำเร็จทางด้านการเงิน และความก้าวหน้าในอาชีพ
Shockley Ureksoy, Rodopman, Poteat, & Dullaghan. (2016)	1. ความถูกต้อง (Authenticity) คือ การกำหนดทิศทางของอาชีพตามความต้องการและความชอบส่วนบุคคล 2. การเติบโตและพัฒนา (Growth and Development) คือ การเติบโตในอาชีพด้วยการพัฒนาความรู้และทักษะใหม่ ๆ 3. อิทธิพล (Influence) คือ การที่บุคคลมีผลกระทบต่อผู้อื่นภายในองค์กรและต่อองค์กร 4. งานที่มีความหมาย (Meaningful Work) คือ ได้ทำงานที่มีคุณค่าต่อตนเองหรือสังคม

นักทฤษฎี	องค์ประกอบ
	5. ชีวิตส่วนตัว (Personal Life) คือ การประกอบอาชีพที่ส่งผลดีต่อชีวิตนอกเหนือจากการทำงาน 6. งานที่มีคุณภาพ (Quality Work) คือ สามารถผลิตสินค้าหรือการให้บริการที่มีคุณภาพสูง 7. การยอมรับ (Recognition) คือ การได้รับการยอมรับจากผู้อื่น 8. ความพึงพอใจ (Satisfaction) คือ การมีความรู้สึกเชิงบวกต่ออาชีพ

แนวคิดความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยในตารางที่ 1 มีทั้งแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับความสำเร็จที่เกี่ยวข้องกับอาชีพการงานเพียงอย่างเดียว (Aryee, Chay, & Tan, 1994; Nabi, 2001) และแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับองค์ประกอบของความสำเร็จทั้งที่เกี่ยวข้องกับอาชีพการงานและชีวิตส่วนตัว (Gattiker & Larwood, 1986; Parker & Chusmir, 1992; Shockley Ureksoy, Rodopman, Poteat, & Dullaghan, 2016) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้รับความนิยมและถูกนำมาใช้ในการศึกษาวิจัยอย่างแพร่หลายเนื่องจากสอดคล้องกับบริบทการประกอบอาชีพในปัจจุบัน นอกจากนี้จะเห็นได้ว่า แนวคิดความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยส่วนใหญ่มักประกอบไปด้วยองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับด้านการเงิน ซึ่งอธิบายถึงการรับรู้ของบุคลากรว่าได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับการทำงาน มีความเสมอภาคเมื่อเทียบกับเพื่อนร่วมงานในระดับเดียวกัน รวมไปถึงการได้รับการพิจารณาขึ้นเงินเดือนอย่างเหมาะสม และองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับด้านความก้าวหน้าในงาน ซึ่งอธิบายถึงการรับรู้ของบุคลากรเกี่ยวกับความก้าวหน้าตามลำดับขั้น การรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสในการเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่งอย่างเหมาะสม รวมไปถึงมีความพึงพอใจในโอกาสในการทำงานที่องค์กรมอบให้ ซึ่งทั้งสององค์ประกอบถือเป็นองค์ประกอบที่มีความชัดเจนในการพิจารณาความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัย เนื่องจากเป็นสิ่งที่ชี้ให้เห็นผลตอบแทนที่ได้จากการทุ่มเททำงาน จึงกระตุ้นให้บุคลากรเกิดการรับรู้ความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยได้ดีที่สุด (Aryee, Chay, & Tan, 1994; Gattiker & Larwood,1986; Nabi, 2001; Parker & Chusmir, 1992)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัย สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ด้าน ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

เพศ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัย จากการศึกษาพบว่าเพศหญิงมักมีความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยมากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมีความคาดหวังในอาชีพน้อยกว่าเพศชายจึงทำให้รู้สึกพึงพอใจกับโอกาสและความสำเร็จในอาชีพได้ง่ายกว่า ส่วนระดับการศึกษาไม่ได้เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยแตกต่างกัน แต่การได้รับการส่งเสริมให้มีการฝึกอบรมพัฒนาทักษะใหม่ ๆ รวมไปถึงการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหาร มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัย นอกจากนี้ ตำแหน่งในองค์กรยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัย โดยบุคคลที่อยู่ในตำแหน่งผู้บริหารหรือผู้จัดการมีแนวโน้มที่จะมีความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยในระดับสูง เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงาน

จึงภาคภูมิใจในตำแหน่งของตนเอง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ชั่วโมงการทำงาน ชีวิตส่วนตัว รายได้ เป็นต้น (Gaile, Baumane-Vitolina, Kivipold, & Stibe, 2022)

นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลิกภาพเชิงรุก (Proactive Personality) ถือเป็นคุณลักษณะที่เป็นประโยชน์ต่อการทำงานในองค์กร เนื่องจากแสดงถึงบุคคลที่มีความคิดริเริ่มในการพัฒนากลยุทธ์และวางแผนการทำงาน มีพฤติกรรมการทำงานเป็นทีม และสะท้อนถึงความพยายามในการพัฒนาทักษะต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความก้าวหน้าในอาชีพ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญที่ช่วยให้ประสบความสำเร็จในการทำงานได้ อีกทั้งการประเมินแก่นแท้ของตนเอง (Core Self-Evaluation) ที่แสดงถึงการที่บุคคลที่รับรู้ขีดความสามารถและคุณค่าของตนเอง จึงปรับตัวได้เป็นอย่างดี มีความมั่นใจในตนเอง ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความเชื่อมั่นในองค์กร จึงรู้สึกประสบความสำเร็จในอาชีพมากกว่าคนอื่น ๆ ในขณะที่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) แสดงถึงบุคคลที่มองว่าตนเองมีความฉลาด มีคุณค่าและมีความสำคัญต่อองค์กร เป็นคนมั่นใจในศักยภาพและความสามารถของตนเอง จึงทำให้มีความต้องการโอกาสในความก้าวหน้าในอาชีพ ต้องการทำงานที่มีคุณค่าและท้าทาย มีเป้าหมายในอาชีพที่ชัดเจน จึงมักเป็นบุคคลที่พึงพอใจในงาน ทั้งด้านการเลื่อนตำแหน่ง ค่าตอบแทน หัวหน้างาน และการทำงานร่วมกับผู้อื่น (Rudolph, Lavigne, & Zacher, 2017) และนอกจากนี้ ความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Intelligence) ซึ่งถือเป็นความสามารถในการประมวลผลข้อมูลทางสังคมและอารมณ์อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ทำให้รับรู้และเข้าใจอารมณ์ของผู้อื่น รวมไปถึงสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้เป็นอย่างดี ทำให้สัมพันธภาพในที่ทำงานเป็นไปทิศทางที่ดี รู้สึกมีความสุข และประสบความสำเร็จในชีวิตได้ง่ายกว่าบุคคลอื่น ๆ (Taormina, 2019)

2. ปัจจัยด้านองค์กร

เมื่อบุคคลเริ่มเข้าทำงานในองค์กร แน่นอนว่าองค์กรมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมให้บุคลากรเกิดความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัย โดยการกระทำขององค์กรส่วนใหญ่จะถูกถ่ายทอดผ่านตัวแทนขององค์กร ซึ่งเป็นบุคลากรระดับผู้บริหาร ไม่ว่าจะเป็นนโยบายต่าง ๆ ทั้งค่าตอบแทน สวัสดิการ โอกาสในการพัฒนาอาชีพ ความมั่นคงในงาน การปฏิบัติงาน รวมไปถึงการสนับสนุนทางจิตสังคม ล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคลากรรับรู้ว่าองค์กรให้การสนับสนุน ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน ความพึงพอใจของบุคลากร และนำไปสู่ความก้าวหน้าในอาชีพ ดังนั้น การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร (Perceived Organizational Support) จึงทำให้บุคลากรเกิดความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยเพิ่มขึ้นได้ (Al-Hussami, Hammad, & Alsoleihat, 2018) เช่นเดียวกันกับ การเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้าง (Structural Empowerment) ที่มีส่วนในการส่งเสริมให้บุคลากรสามารถเข้าถึงโอกาส ข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุน รวมไปถึงทรัพยากรในองค์กรที่จำเป็นต่อการทำงาน ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ของผู้บริหารหรือหัวหน้างาน เพราะนอกจากจะเพิ่มความพึงพอใจในงานแก่บุคลากรแล้ว ยังส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานจนกระทั่งเกิดความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยตามมาได้ (Dan, Xu, Liu, Hou, Liu, & Ma, 2018) นอกจากนี้ การถ่ายทอดทางสังคมในองค์กร (Organizational Socialization) ซึ่งเป็นกระบวนการที่องค์การพยายามให้บุคลากรเกิดการเรียนรู้ ทั้งในแง่ของค่านิยม วัฒนธรรมองค์กร รวมไปถึง

พฤติกรรมในการทำงาน ซึ่งจะทำให้บุคลากรกลายเป็นสมาชิกที่มีประสิทธิผลขององค์กร ทำให้เกิดทักษะในการปฏิบัติงาน เข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง และมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน จึงมีส่วนช่วยให้บุคลากรประสบความสำเร็จในการทำงาน และสามารถบรรลุเป้าหมายในอาชีพของพวกเขาได้ (Taormina, 2019)

ความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยกับการคงอยู่ของพยาบาล

พยาบาลเป็นกลุ่มบุคลากรที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในองค์กรสุขภาพ หากเปรียบเป็นกลไกการทำงานของเครื่องจักร พยาบาลถือเป็นฟันเฟืองตัวสำคัญที่ทำให้ระบบต่างๆ ทำงานได้อย่างราบรื่น เพราะฉะนั้นการที่องค์กรสุขภาพให้ความสำคัญในการดูแลและส่งเสริมความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยของพยาบาล จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตัวบุคคล ได้แก่ ทำให้บุคลากรรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เกิดความพึงพอใจในและมีความมุ่งมั่นที่จะคงอยู่ในอาชีพ ให้ความทุ่มเท เต็มใจในการปฏิบัติงาน รู้สึกผูกพันและภาคภูมิใจในอาชีพของตนเอง (Gattiker & Larwood, 1986; Judge, Cable, Boudreau, & Bretz, 1995) อีกทั้งยังเพิ่มแรงจูงใจในการทำงาน กระตุ้นให้มีความพยายามที่จะบรรลุเป้าหมาย ในอาชีพ (Abele & Spurk, 2009) นอกจากนี้ยังช่วยให้บุคลากรมีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง (Ng & Feldman, 2014) มีทัศนคติที่ดีกับงานและองค์กร (Dyke & Duxbury, 2011) สำหรับองค์กร ความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยจะช่วยปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากร ส่งผลให้ผลิตภาพขององค์กรสูงขึ้น (Pachulicz, Schmitt, N., & Kuljanin, 2008) ช่วยให้องค์กรสามารถออกแบบและจัดการระบบการพัฒนาอาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมไปถึงการจัดสรรทรัพยากรและโอกาสโดยคำนึงถึงความต้องการของบุคลากร (Ellis & Heneman, 1990) ทำให้บุคลากรเกิดความรู้สึกเชิงบวกต่อองค์กรมากขึ้น มีความผูกพันต่อองค์กร (Mohd Rasdi, Ismail, & Garavan, 2011) มีความตั้งใจคงอยู่ในองค์กร (Armstrong-Stassen & Ursel, 2009) และความตั้งใจลาออกจากองค์กรลดลง (Sonmez, Gul, Demir, Emiralioglu, Erkmen, & Yildirim, 2021)

ความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยของพยาบาลเป็นหนึ่งในตัวแปรที่จะสะท้อนถึงความสามารถขององค์กรสุขภาพในการส่งเสริมและพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านการทำงาน ด้านความก้าวหน้าในอาชีพ ด้านสวัสดิการและค่าตอบแทน สัมพันธภาพในที่ทำงานรวมไปถึงความผาสุกในชีวิตส่วนตัว ความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยจึงช่วยให้พยาบาลมีความรู้สึกเชิงบวกกับอาชีพ ส่งเสริมการคงอยู่ของพยาบาล และขับเคลื่อนให้องค์กรประสบความสำเร็จได้ (Sonmez, Gul, Demir, Emiralioglu, Erkmen, & Yildirim, 2021) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การถอนตัวจากอาชีพ ความตั้งใจลาออกของบุคลากร รวมไปถึงทัศนติในอาชีพ เป็นผลลัพธ์ของความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัย เนื่องจาก มีความเชื่อมโยงกับการบริหารจัดการอาชีพขององค์กร บุคลากรที่ได้รับการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความสำเร็จในอาชีพด้านต่าง ๆ จะมีระดับความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยสูงมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ความตั้งใจลาออกจากงานลดลง เช่น ในแง่ของภาระงานพยาบาล จากการศึกษาพบว่า อัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมจะส่งผลกระทบต่อการรับรู้ความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยด้านการทำงาน ทำให้พยาบาลเกิดความเหนื่อยหน่าย ไม่พึงพอใจในงาน และมีความตั้งใจลาออกจากงานมากขึ้น เป็นต้น

โดยความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยถือเป็นตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการทางจิตวิทยา ซึ่งอธิบายว่าบุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและทัศนคติด้านอาชีพไปในเชิงบวกได้หากได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากรอย่างเพียงพอและเหมาะสม กล่าวคือ เมื่อบุคลากร เกิดความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยจากการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสในอาชีพการงานที่องค์กรเสนอให้จะเกิดความรู้สึกพึงพอใจ ไว้วางใจ มีความผูกพันกับองค์กร และทำให้เกิดมุมมองด้านอาชีพในระยะยาวกับองค์กร ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่ออาชีพการงาน บุคลากรจะตระหนักถึงผลเสียที่องค์กรจะได้รับเมื่อตนเองต้องลาออกความตั้งใจในการลาออกลดลง และนำไปสู่การคงอยู่ของพยาบาลในที่สุด (Simo, Enache, Sallan, & Fernandez, 2010)

การส่งเสริมการรับรู้ความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยของพยาบาล

กลยุทธ์และวิธีการพัฒนาความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยที่ควรคำนึงถึงเป็นอันดับแรกในกระบวนการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ ผู้บริหารและฝ่ายทรัพยากรมนุษย์จำเป็นต้องมีการประเมินระดับความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยของบุคลากรโดยเฉพาะในขั้นตอนการปฐมนิเทศ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการบำรุงรักษาและพัฒนาบุคลากร ซึ่งจะช่วยให้ทราบความต้องการด้านอาชีพและสามารถปรับวิธีการดำเนินการให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล เพราะแต่ละคนรับรู้และให้ความสำคัญกับความสำเร็จในอาชีพแต่ละด้านไม่เหมือนกัน ซึ่งถือเป็นวิธีการที่ช่วยให้ประหยัดงบประมาณ รวดเร็ว และเป็นประโยชน์สำหรับทั้งบุคลากรและองค์กร (Gattiker & Larwood, 1986) วิธีการพัฒนาความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยด้านต่าง ๆ ประยุกต์ใช้กับพยาบาลวิชาชีพได้ดังนี้

1. ความสำเร็จด้านการทำงาน

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมุ่งเน้นการออกแบบและวางแผนการพัฒนาทรัพยากรบุคคล โดยการส่งเสริมให้พยาบาลได้รับการฝึกอบรมและเพิ่มพูนทักษะทางวิชาชีพอย่างเสมอภาค ให้โอกาสในการทำงานที่ท้าทาย เหมาะสมกับความสามารถ รวมไปถึงการให้มีส่วนร่วมและให้อิสระในการตัดสินใจเกี่ยวกับการทำงาน เนื่องจากกระตุ้นให้พยาบาลเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และเป็นวิธีการที่มีอิทธิพลอย่างมากในการส่งเสริมความสำเร็จด้านการทำงานของพยาบาล (Shockley, Ureksoy, Rodopman, Poteat, & Dullaghan, 2016) นอกจากนี้ยังควรต้องคาดการณ์ และคำนึงถึงสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกองค์กร มีการวางแผนสำหรับการจัดบริการด้านสุขภาพและสนับสนุนโครงการการศึกษาต่อเนื่องของพยาบาล เพื่อเป็นเครื่องมือให้พยาบาลได้เพิ่มพูนความรู้ ทัศนคติ และมีความพร้อมในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงขององค์กร ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จด้านการทำงานของพยาบาลได้ (Al-Hussami, Hammad, & Alsoleihat, 2018) และผู้บริหารทางการพยาบาลควรจัดให้พยาบาลได้อยู่ในแผนกที่มีความสอดคล้องกับสาขาที่พยาบาลให้ความสนใจและเหมาะสมกับประสบการณ์ทางวิชาชีพในสาขานั้น ๆ เพราะนอกจากจะช่วยให้ผลการปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ยังส่งผลต่อการรับรู้ความสำเร็จด้านการทำงานของพยาบาลด้วย (Sonmez, Gul, Demir, Emiralioglu, Erkmen, & Yildirim, 2021)

2. ความสำเร็จด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมบรรยากาศการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสื่อสารแบ่งปันข้อมูลระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพและเพื่อนร่วมงาน นอกจากจะทำให้พยาบาลได้ข้อมูลที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน ยังเป็นการส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรที่ปฏิบัติงานร่วมกัน เช่น การประชุมประจำเดือน การนำเสนอกรณีศึกษาจากผู้ป่วย เป็นต้น นอกจากนี้ยังสามารถใช้การนิเทศทางการพยาบาล ระบบพี่เลี้ยง หรือการให้คำปรึกษาในการเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการพยาบาล เพราะนอกจากจะเป็นการถ่ายทอดองค์ความรู้ผ่านตัวบุคคล ยังช่วยให้พยาบาลเกิดการรับรู้ความสำเร็จด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลได้ อีกทั้งหัวหน้าหอผู้ป่วยควรให้การสนับสนุนและช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ให้ความชื่นชมในผลปฏิบัติงาน หรือให้การยอมรับ เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสำเร็จด้านสัมพันธระหว่างบุคคล (Ingarianti, Suhariadi, Fajrianthi, & Kristiana, 2022)

3. ความสำเร็จด้านการเงิน

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรพิจารณาความเหมาะสมของสวัสดิการและค่าตอบแทนให้สอดคล้องกับสมรรถนะและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ (ชนันท์ธิดา อติชาติ, กุลวดี อภิชาติบุตร และอรอนงค์ วิชัยคำ, 2565) รวมไปถึงนำข้อมูลการประเมินระดับความสำเร็จด้านการเงินมาเป็นส่วนช่วยในการพิจารณาปัญหาค่าตอบแทนของพยาบาลว่าเป็นไปตามที่พยาบาลคาดหวังหรือไม่ และให้ความสำคัญกับพยาบาลที่เป็นลูกจ้างชั่วคราวหรือยังไม่ได้เข้าสู่ระบบขององค์กร เนื่องจากมีสวัสดิการไม่เทียบเท่าพยาบาลที่เป็นลูกจ้างประจำ การพิจารณาให้พยาบาลได้รับสวัสดิการและค่าตอบแทนอย่างเสมอภาค จะช่วยให้พยาบาลรับรู้ความสำเร็จด้านการเงินได้

4. ความสำเร็จด้านความก้าวหน้าในงาน

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรพิจารณาและส่งเสริมการมอบหมายอำนาจแก่พยาบาลในหน่วยงาน เนื่องจากเมื่อบุคคลรับรู้ว่าตนเองสามารถมีอิทธิพลต่อผู้อื่น ทั้งอิทธิพลต่อบุคคลหรืออิทธิพลต่อองค์กร หรือแม้กระทั่งการได้รับมอบหมายให้เป็นผู้นำในการปฏิบัติงานต่าง ๆ และการให้อำนาจในการตัดสินใจ จะเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญอย่างยิ่งที่สามารถเพิ่มการรับรู้ของบุคลากรเกี่ยวกับความสำเร็จด้านความก้าวหน้าในงานได้ โดยไม่จำเป็นต้องใช้วิธีการสนับสนุนการเลื่อนตำแหน่งเพียงอย่างเดียว อีกทั้งยังสามารถพิจารณาให้ค่าตอบแทนและสวัสดิการได้ตามปกติ (Gattiker & Larwood, 1986) โดยการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของโรงพยาบาล เช่น การแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการดำเนินกิจการของโรงพยาบาล ให้พยาบาลได้มีส่วนร่วมในคณะทำงาน นโยบายการบริหารจัดการ และกระบวนการบริหารต่าง ๆ นอกจากนี้ยังมีส่วนในการสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างหัวหน้างานและผู้ใต้บังคับบัญชา และยังสามารถสร้างสภาพแวดล้อมในการทำงานที่เอื้อต่อการส่งเสริมพันธภาพที่ดีระหว่างเพื่อนร่วมงาน (Shockley, Ureksoy, Rodopman, Poteat, & Dullaghan,2016)

5. ความสำเร็จในชีวิต

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสร้างสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ด้วยนโยบายในการจัดเวรผลัดของพยาบาลวิชาชีพ ให้พยาบาลเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดตารางเวรการปฏิบัติงานของตนเองไม่มากก็น้อย ทั้งนี้เพื่อให้พยาบาลสามารถบริหารจัดการเวลาในชีวิตส่วนตัวและใช้เวลาทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่นอกเหนือเวลาทำงานได้ดียิ่งขึ้น แม้ว่าผลการศึกษาส่วนใหญ่จะบ่งชี้ว่า การปฏิบัติงานผลัดละ 12 ชั่วโมง โดยเลือกทำงานต่อเนื่องในผลัดใดผลัดหนึ่งจะช่วยให้เกิดความพึงพอในงานและรับรู้ความสำเร็จในชีวิตได้มากกว่าก็ตาม (Lu, Zhao, & While, 2019) ดังนั้นหัวหน้างานควรวางแผนการบริหารจัดการตารางเวรร่วมกันกับพยาบาลเพื่อให้เกิดข้อตกลงที่ยอมรับได้ร่วมกัน นอกจากนี้ผู้บริหารทางการพยาบาลควรพิจารณาการบริหารจัดการอัตรากำลังให้เพียงหรือมีอัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยให้เหมาะสมตามสถานการณ์ เนื่องจากอัตราส่วนผู้ป่วยต่อพยาบาลที่สูงจะเป็นการเพิ่มภาระงานให้พยาบาล นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความขัดแย้งในการทำงาน ความขัดแย้งในครอบครัว และเกิดความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในชีวิตของพยาบาล ซึ่งแม้ว่าจะไม่สามารถเพิ่มอัตรากำลังได้ในทันที แต่การสื่อสารจากผู้บริหารเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาและแนวทางในการแก้ไขเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานเข้าใจสถานการณ์และเตรียมพร้อมรับมือปัญหาที่จะเกิดขึ้นได้ (Sonmez, Gul, Demir, Emiralioglu, Erkmen, & Yildirim, 2021)

นอกจากนี้ สภาการพยาบาลยังได้มีการกำหนดแผนกลยุทธ์การพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2565-2569 ซึ่งผู้เขียนได้วิเคราะห์กลยุทธ์การดำเนินงานในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านกำลังคน งาน และสภาพแวดล้อมในการทำงาน เนื่องจากมีความสอดคล้องกับการส่งเสริมความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยของพยาบาลด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการมุ่งเน้นให้พยาบาลได้ปฏิบัติงานในบริบทที่เหมาะสมกับทักษะความชำนาญ และเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการจ้างงานที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนเองตั้งแต่เริ่มปฏิบัติงานในองค์กร ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการรับรู้ความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยด้านการทำงาน อีกทั้งการสนับสนุนให้องค์กรสุขภาพต่าง ๆ พิจารณาปรับกรอบอัตราเงินเดือน และสิทธิประโยชน์ให้ใกล้เคียงกับการเป็นข้าราชการ การส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนการจ่ายค่าตอบแทนที่เป็นการจ่ายในลักษณะคงที่ (Fixed Rate) ไปเป็นแบบแปรผันตามความสามารถและประสบการณ์การทำงาน หรือพัฒนาระบบจ่ายค่าตอบแทนที่อ้างอิงตามผลการปฏิบัติงานที่แท้จริง ซึ่งกลยุทธ์ดังกล่าวจะช่วยส่งเสริมให้พยาบาลเกิดความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยด้านการเงินได้มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ด้านความก้าวหน้าในงาน สภาการพยาบาลสนับสนุนให้มีการวางแผนกำหนดความก้าวหน้าในวิชาชีพไว้ล่วงหน้า ใช้การมอบหมายงาน การจัดสรรลักษณะงาน เพื่อรองรับการเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่งอย่างเป็นธรรม และส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรพยาบาลด้านความรู้ ทักษะ และความชำนาญเชิงวิชาชีพ โดยกลยุทธ์ดังกล่าวจะช่วยให้พยาบาลเกิดการรับรู้ความสำเร็จในอาชีพด้านความก้าวหน้าในงานได้ และในส่วนของด้านความสำเร็จในชีวิตของพยาบาล สภาการพยาบาลให้ความสำคัญการส่งเสริมสภาพแวดล้อมในการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่พักอาศัยที่ควรมีความปลอดภัย และเพียงพอ ซึ่งจะทำให้พยาบาลเกิดความพึงพอใจในชีวิตที่นอกเหนือเวลางานทำงาน และมีความสุขกับการใช้ชีวิตส่วนตัวมากยิ่งขึ้น (สภาการพยาบาล, 2565)

สรุป

ความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยเป็นความรู้สึก ปฏิกิริยาทางอารมณ์ หรือการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความเจริญก้าวหน้าของอาชีพของตนเองในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านการทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การเงิน สถานะและความมั่งคั่ง ความก้าวหน้าในงาน ชีวิต หรือ การช่วยเหลือสังคม พยาบาลที่มีการรับรู้ความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยจะเป็นผู้ที่รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความพึงพอใจในอาชีพพยาบาล รู้สึกผูกพันและภาคภูมิใจในอาชีพ ทุ่มเท เต็มใจในการปฏิบัติงาน และมีความพยายามที่จะปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย ทำให้มีความตั้งใจในการลาออกลดลงและคงอยู่ในวิชาชีพต่อไปด้วยความสมัครใจ การพัฒนาให้เกิดความสำเร็จด้านการทำงานส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ปฏิบัติงาน การมีสวัสดิการและค่าตอบแทนที่เหมาะสม การสร้างให้เกิดความก้าวหน้าในงาน และการสร้างสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานให้กับพยาบาล จึงเป็นวิธีการพัฒนาให้พยาบาลมีการรับรู้ความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยที่จะช่วยให้พยาบาลเกิดการคงอยู่ในงานได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากที่กล่าวมาในข้างต้น ในฐานะผู้บริหารทางการพยาบาล การส่งเสริมความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยควรเริ่มต้นด้วยการประเมินระดับความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยของบุคลากรทางการพยาบาลในหน่วยงานเพื่อที่จะได้ทราบระดับความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยด้านต่าง ๆ ซึ่งจะสะท้อนถึงปัญหาและความต้องการด้านอาชีพของพยาบาลที่ทำให้ไม่สามารถเกิดการรับรู้ความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยของตนเองได้ อีกทั้งยังทำให้ทราบแนวโน้มขนาดของปัญหาที่พยาบาลเห็นตรงกันเป็นส่วนใหญ่ ทำให้แก้ปัญหาได้อย่างตรงจุด เมื่อทราบปัญหาและความต้องการของพยาบาลแล้ว ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการคงอยู่ในงานของพยาบาล โดยพิจารณาให้มีการส่งเสริมความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยอย่างครอบคลุม ทั้งด้านการทำงาน ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการเงิน ด้านความก้าวหน้าในงาน และความสำเร็จในชีวิต โดยให้ความสำคัญกับด้านที่เป็นปัญหามากที่สุดก่อน นอกจากนี้แม้ว่าปัญหาหรือความต้องการดังกล่าวยังไม่สามารถแก้ไขหรือตอบสนองได้ในทันที ผู้บริหารทางการพยาบาลยังสามารถนำข้อมูลที่ได้มาใช้เพื่อสื่อสารทิศทางในการบริหารจัดการความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยให้แก่บุคลากรทางการพยาบาลในหน่วยงานของตนเองในเบื้องต้นได้ก่อน เพื่อที่จะเป็นแรงผลักดันให้พยาบาลเกิดการรับรู้ความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยและนำไปสู่การคงอยู่ของพยาบาลในที่สุด

เอกสารอ้างอิง

กฤษดา แสวงดี. (2560). วิกฤติขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: ข้อเสนอเชิงนโยบาย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, *26*(2), 456-468.

ชนันท์ธิดา อติชาติ, กุลวดี อภิชาติบุตร และอรอนงค์ วิชัยคำ. (2565). ปัจจัยทำนายความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตนัยของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, *49*(4), 233-247.

สภาการพยาบาล และสำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา. (2561). *โครงการขยายระยะเวลาการเพิ่มการผลิตและพัฒนาการจัดการศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (ปีการศึกษา 2561-2565) เพื่อพัฒนาสุขภาวะของประชาชนและตอบสนองยุทธศาสตร์ประเทศระยะที่ 1 (ปีการศึกษา 2561-2562)*. สืบค้น 17 สิงหาคม 2566 จาก https://nurse.sru.ac.th/wp-content/uploads/2019/05/1โครงการพยาบาลรวม.pdf.

สภาการพยาบาล. (2565). *แผนกลยุทธ์การพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2565-2569*. นนทบุรี: สำนักพิมพ์สื่อตะวัน.

อัญชลี แก้วสระศรี, รัตนา นิลเลื่อม และชุลีพร หีตอักษร. (2560). การเปลี่ยนแปลงของสังคมและวัฒนธรรมไทยกับแนวโน้มวิชาชีพการพยาบาล. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, *37*(3), 160-169.

Abele, A. E. & Spurk, D. (2009). How do objective and subjective career success interrelate over time? *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, *82*(4), 803-824. https://doi.org/10.1348/096317909x470924

Al-Hussami, M., Hammad, S., & Alsoleihat, F. (2018). The influence of leadership behavior, organizational commitment, organizational support, subjective career success on organizational readiness for change in healthcare organizations. *Leadership in Health Services (Bradford, England)*, *31*(4), 354-370. https://doi.org/10.1108/lhs-06-2017-0031

Armstrong-Stassen, M., & Ursel, N. D. (2009). Perceived organizational support, career satisfaction, and the retention of older workers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, *82*(1), 201-220. https://doi.org/10.1348/096317908x288838

Arthur, M., Khapova, S., & Wilderom, C. (2005). Career success in a boundary less career world. *Journal of Organizational Behavior*, *26*, 177-202.

Aryee, S., Chay, Y. W., & Tan, H. H. (1994). An examination of the antecedents of subjective career success among a managerial sample in Singapore. *Human Relations*, *47*(5), 487-509. https://doi.org/10.1177/001872679404700502

Dan, X., Xu, S., Liu, J., Hou, R., Liu, Y., & Ma, H. (2018). Relationships among structural empowerment, innovative behaviors, self-efficacy, and career success in nursing field in mainland China. *International Journal of Nursing Practice*, *24*(5), e12674. https://doi.org/10.1111/ijn.12674

Dyke, L. & Duxbury, L. (2011). The implications of subjective career success. *Journal for Labour Market Research*, *43*(3), 219-229. https://doi.org/10.1007/s12651-010-0044-4

Ellis, R., & Heneman, H. G. (1990). Career pattern determinants of career success for mature managers. *Journal of Business and Psychology*, *5*(1), 3-21.

Gaile, A., Baumane-Vitolina, I., Kivipold, K., & Stibe, A. (2022). Examining subjective career success of knowledge workers. *Review of Managerial Science*, *16*(7), 2135-2160. https://doi.org/10.1007/s11846-022-00523-x

Gattiker, U. E. & Larwood, L. (1986). Subjective career success: A study of managers and support personnel. *Journal of Business and Psychology*, *1*(2), 78-94.

Ingarianti, T. M., Suhariadi, F., Fajrianthi, F., & Kristiana, I. F. (2022). The effect of antecedents of teachers' subjective career success. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(17), 11121. https://doi.org/10.3390/ijerph191711121

International Council of Nurses. (2023). *Featuring ICN's new charter for change*. Geneva, Switzerland: Author.

Judge, T. A., Cable, D. M., Boudreau, J. W., & Bretz, R. D. (1995). An empirical investigation of the predictors of executive career success. *Personnel Psychology*, *48*(3), 485-519. https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1995.tb01767.x

Lu, H., Zhao, Y., & While, A. (2019). Job satisfaction among hospital nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, *94*, 21-31. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.011

Mohd Rasdi, R., Ismail, M., & Garavan, T. (2011). Predicting Malaysian managers' objective and subjective career success. *The International Journal of Human Resource Management*, *22*(17), 3528-3549. https://doi.org/10.1080/09585192.2011.560878

Nabi, G. R. (2001). The relationship between HRM, social support and subjective career success among men and women. *International Journal of Manpower*, *22*(5), 457-474. https://doi.org/10.1108/EUM0000000005850

Ng, T. W. H. & Feldman, D. C. (2014). Subjective career success: A meta-analytic review. *Journal of Vocational Behavior*, *85*(2), 169-179. https://doi.org/10.1016/j.jvb.2014.06.001

Pachulicz, S., Schmitt, N., & Kuljanin, G. (2008). A model of career success: A longitudinal study of emergency physicians. *Journal of Vocational Behavior, 73*(2), 242-253. https://doi.org/10.1016/j.jvb.2008.05.003

Parker, B. & Chusmir, L. H. (1992). Development and validation of a life-success measures scale. *Psychological Reports*, *70*(2), 627-637. https://doi.org/10.2466/pr0.1992.70.2.627

Rudolph, C. W., Lavigne, K. N., & Zacher, H. (2017). Career adaptability: A meta-analysis of relationships with measures of adaptivity, adapting responses, and adaptation results. *Journal of Vocational Behavior*, *98*, 17-34. https://doi.org/10.1016/j.jvb.2016.09.002

Shah, M. (2017). Impact of interpersonal conflict in health care setting on patient care; the role of nursing leadership style on resolving the conflict. *Nursing & Care Open Access Journal*, *2*(2). https://doi.org/10.15406/ncoaj.2017.02.00031

Shockley, K. M., Ureksoy, H., Rodopman, O. B., Poteat, L. F., & Dullaghan, T. R. (2016). Development of a new scale to measure subjective career success: A mixed-methods study. *Journal of Organizational Behavior*, *37*(1), 128-153. https://doi.org/10.1002/job.2046

Simo, P., Enache, M., Sallan, J., & Fernandez, V. (2010). Analysis of the relation between subjective career success, organizational commitment and the intention to leave the organization. *Transylvanian Review of Administrative Sciences*, *29E*, 144-158.

Sonmez, B., Gul, D., Demir, O. I., Emiralioglu, R., Erkmen, T., & Yildirim, A. (2021). Antecedents and outcomes of nurses' subjective career success: a path analysis. *Journal of Nursing Scholarship*, *53*(5), 604-614. https://doi.org/10.1111/jnu.12660

Steers, R. M. (1991). *Introduction to organizational behavior* (4th ed.). New York: Harper Collins.

Tamata, A. T. & Mohammadnezhad, M. (2023). A systematic review study on the factors affecting shortage of nursing workforce in the hospitals. *Nursing Open*, *10*(3), 1247-1257. https://doi.org/10.1002/nop2.1434

Taormina, R. J. (2019). Helping shy employees with career success: The impact of organizational socialization. *Psychological Thought*, *12*(1), 41–62. https://doi.org/10.5964/psyct.v12i1.317

Turale, S. (2021). COVID-19: Nursing challenges into the future. *Pacific Rim Journal of International Nursing Research*, *25*(2), 165-170.

World Health Organization. (2020). *State of the world's nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership*. Geneva: Author.

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน
วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข เป็นวารสารของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ มีกำหนดในการตีพิมพ์เผยแพร่ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม และฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม กองบรรณาธิการของวารสารขอเชิญผู้ที่สนใจ และสมาชิกทุกท่านส่งผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร ทั้งนี้ประเภทของผลงานวิชาการที่รับตีพิมพ์ ได้แก่

1. บทความวิจัย (Research Article) ทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ เป็นบทความที่ผู้เขียนเขียนเรียบเรียงจากงานวิจัยของตนเอง โดยเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวกับด้านการพยาบาลในคลินิก การพยาบาลในชุมชน การศึกษาทางการพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. บทความวิชาการ (Academic Article) ทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ เป็นบทความที่ผู้เขียนต้องการนำเสนอเนื้อหาสาระจากเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยได้จากการทบทวนวรรณกรรม และประสบการณ์เชิงวิชาการของผู้เขียน โดยเป็นบทความวิชาการที่เกี่ยวกับด้านการพยาบาลในคลินิก การพยาบาลในชุมชน การศึกษาทางการพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

3. บทความปริทัศน์ (Review Article) ทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ เป็นบทความที่มีการผสมผสานแนวคิด ผลงานวิจัยหลาย ๆ ชิ้นงาน โดยที่ผู้เขียนมีการสรุป วิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้ แนวคิด และผลการวิจัยจากงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อเป็นการทบทวนองค์ความรู้ในเรื่องนั้น ๆ และให้ข้อวิพากษ์ที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาองค์ความรู้ต่อไป

เงื่อนไขในการพิจารณาผลงานเพื่อตีพิมพ์

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุขมีข้อตกลงในการส่งผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์ ดังนี้

1. ผลงานวิชาการนั้นต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ๆ ในเวลาเดียวกัน ยกเว้นเป็นผลงานวิชาการที่ได้นำเสนอในการประชุมวิชาการที่ไม่มี Proceedings

2. หากเป็นบทความวิจัย ต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง

3. กองบรรณาธิการจะตรวจสอบคุณภาพผลงานวิชาการของผู้เขียน โดยส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านเนื้อหานั้น ๆ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาประเมินคุณภาพผลงานก่อนตีพิมพ์ สำหรับข้อความหรือข้อคิดเห็นต่าง ๆ ของผู้เขียน เป็นความเห็นส่วนตัว โดยกองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นชอบด้วยเสมอไป

4. การประเมินคุณภาพผลงานของผู้ทรงคุณวุฒิ จะมีการทำอย่างเป็นระบบโดยไม่เปิดเผยชื่อผู้แต่ง (Double Blind- Peer Review) กองบรรณาธิการจะแจ้งความคืบหน้า และข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิให้กับผู้เขียน เพื่อทำการแก้ไขบทความให้ถูกต้อง ตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วส่งคืนเพื่อให้กองบรรณาธิการตรวจทานก่อนตีพิมพ์เผยแพร่

การเตรียมต้นฉบับบทความวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความปริทัศน์

ต้นฉบับของบทความวิจัยหรือบทความวิชาการ ต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Word Windows ให้ตั้งค่าหน้ากระดาษ A4 (21×29.7 ซม.) โดยแบบอักษรใช้ TH SarabunPSK ขนาด 16 ในตารางใช้ขนาด 14 ระยะห่างบรรทัด 1 เท่า (Single Space) กำหนดระยะขอบกระดาษ ด้านบน - ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 2.54 cm. ด้านขวา 2.54 cm. ควรมีความยาวไม่เกิน 15 - 20 หน้า (รวมตาราง รูปภาพ และรายการอ้างอิง) และรายการอ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ

ส่วนที่ 1 หน้าแรกของบทความวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความปริทัศน์ ประกอบด้วย

1. ชื่อเรื่อง (Title) เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้ตรงกลางหน้าแรก แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK ขนาด 18 ความยาวไม่เกิน 120 ตัวอักษร ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษพิมพ์ตัวใหญ่ในอักษรตัวแรกของทุกคำ

2. ชื่อผู้เขียน (Author Name) พิมพ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ วางถัดจากชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ โดยบรรทัดแรก ให้ระบุชื่อและนามสกุล (ภาษาไทย) ของผู้เขียนหลักและผู้เขียนร่วมในบรรทัดเดียวกัน บรรทัดถัดไปให้ระบุชื่อและนามสกุล (ภาษาอังกฤษ) ของผู้เขียนหลักและผู้เขียนร่วมในบรรทัดเดียวกัน และบรรทัดถัดไปให้ระบุหน่วยงานต้นสังกัดของผู้แต่งทุกคน โดยระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้ายชื่อผู้เขียนเพื่อแสดงรายละเอียดหน่วยงานต้นสังกัดและบรรทัดสุดท้าย ให้เขียนระบุชื่อผู้รับผิดชอบบทความ (Correspondence Author) ตามด้วยไปรษณีย์อิเลคทรอนิกส์ (E-mail) ของผู้รับผิดชอบบทความ

3. บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทย ไม่เกิน 1 หน้า และตามด้วยคำสำคัญ 3-5 คำ เช่น คำสำคัญ: คำที่ 1, คำที่ 2, คำที่ 3, ...ระหว่างคำให้กั้นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และเคาะเว้นวรรค 1 ครั้ง (ตัวอย่างในเอกสารภาคผนวกที่ 2) บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 1 หน้า กำหนดคำสำคัญภาษาอังกฤษ (Keywords) 3-5 คำให้เขียนลักษณะเดียวกับภาษาไทย

ส่วนที่ 2 เนื้อหาของบทความวิจัย ประกอบด้วย

1. บทคัดย่อ (ภาษาไทย) และภาษาอังกฤษ (Abstract)
2. บทนำ (Introduction)
3. วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)
    3.1 วัตถุประสงค์เฉพาะ (ถ้ามี) (Specific Objectives)
4. สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี) (Hypotheses)
5. กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)
6. ระเบียบวิธีวิจัย (Methods)

- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Measurement)
- การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (Validity and Reliability of Measurement)
- การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)
- การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

7. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (Ethical Consideration)
8. ผลการวิจัย (Results)
9. การอภิปรายผล (Discussion)
10. การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ (Implication)
11. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (Recommendation for Further Study)
12. กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)
13. เอกสารอ้างอิง (Reference)

ส่วนที่ 3 เนื้อหาของบทความวิชาการ/ บทความปริทัศน์ ประกอบด้วย

1. บทคัดย่อ (ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ) (Abstract)
2. บทนำ (Introduction)
3. เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ
4. บทสรุป (Conclusion)
5. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ (Suggestion)
6. เอกสารอ้างอิง (Reference)

ส่วนที่ 4 การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิง

1. ใช้การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิงตามระบบ American Psychological Association (APA6) โดยศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ https://aus.libguides.com/apa/apa-website

2. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 40 รายการ

3. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี นับจากปีที่ส่งตีพิมพ์ ยกเว้นหนังสือ ตำรา บางประเภทที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญา

การอ้างอิงในเนื้อหา

การเขียนอ้างอิงแบบแทรกในเนื้อหารูปแบบ APA Style ใช้ระบบนาม - ปี (Author– Date Citation System) เป็นการเขียนระบุถึงแหล่งที่มาของเนื้อหาในเอกสารหรืองานนิพนธ์เฉพาะในส่วนที่ผู้เขียนได้อ้างถึงสารสนเทศจากงานนิพนธ์ของผู้อื่น การอ้างอิงในเนื้อหามี 2 ลักษณะ ได้แก่

1. การอ้างอิงชื่อผู้เขียนก่อนข้อความ

1.1 เอกสารที่เป็นภาษาไทย ให้เขียนชื่อของผู้เขียน เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยปีที่พิมพ์ในวงเล็บ กรณีไม่มีปีที่ตีพิมพ์ ให้ใช้คำว่า “ม.ป.ป.” หมายถึง ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์ เช่น

อัมภิชา นาไวย์ (2563) พบว่า.....

อัมภิชา นาไวย์ และปนัสยา พรมดี (2562) พบว่า.....

ปุลวิชช์ ทองแตง (ม.ป.ป.) พบว่า.....

1.2 เอกสารที่เป็นภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุลของผู้เขียนทับศัพท์เป็นภาษาไทย จากนั้น เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยนามสกุลภาษาอังกฤษ เครื่องหมายจุลภาค (,) เว้น 1 ตัวอักษร และปีที่ตีพิมพ์ในวงเล็บ กรณีที่ไม่มีปีที่ตีพิมพ์ ใช้คำว่า “n.d.” หมายถึง no date หากผู้เขียนมีมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อแรก ตามด้วย et al., เช่น

กรีน (Green, 2020) พบว่า.....

นิวแมน (Newman, n.d.) พบว่า.....

รอย และคณะ (Roy et al., 2016) พบว่า.....

การอ้างอิงท้ายบทความ

1. อ้างอิงจากวารสารแบบเล่ม

ชื่อผู้แต่ง./(ปีที่พิมพ์)./ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร,/เลขของปีที่/(เลขของฉบับที่),/เลขหน้า.

ตัวอย่าง ผู้เขียน 1 คน

ปวิตรา ทองมา. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, *13*(1), 50-62.

Nawai, A. (2019). Chronic pain management among older adults: A scoping review. *SAGE Open Nursing*, *5*(1), 1-17.

ตัวอย่าง ผู้เขียน 2 คน

รัฐนันท์ พงศ์วิริทธิ์ธร และภาคภูมิ ภัควิภาส. (2557). แนวทางการพัฒนาศักยภาพชุมชนเชิงเศรษฐกิจ สร้างสรรค์อย่างยั่งยืน ชุมชนบ้านแม่ปูคา อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยหอการค้าไทย มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, *35*(2), 44-58.

Nawai, A. & Phongphanngam, S. (2019). Exploring the use and efficacy of complementary and alternative interventions for managing chronic pain in older adults: A systematic review. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal, 11*(1), 1-25.

ตัวอย่าง ผู้เขียน 3-6 คน

สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์, ทัศนีย์ ภู่สำอางค์, ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์ และวนลดา ทองใบ. (2563). อิทธิพลของภาวะสุขภาพองค์รวม ภาระการดูแลและปัญหาอุปสรรคในการดูแลต่อศักยภาพการดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 13*(1), 145-162.

Nawai, A., Leveille, S. G., Shmerling, R. H., van der Leeuw, G., & Bean, J. F. (2017). Pain severity and pharmacologic pain management among community-living older adults: The MOBILIZE Boston Study. *Aging Clinical and Experimental Research*, *29*(6), 1139–1147.

ตัวอย่าง ผู้เขียนมากกว่า 6 คน

Ogawa, E. F., et al. (2020). Chronic pain characteristics and gait in older adults: The MOBILIZE Boston Study II. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *101*(3), 418–425.

2. อ้างอิงจากหนังสือ

ชื่อผู้แต่ง./(ปีที่พิมพ์)./*ชื่อเรื่อง*/(พิมพ์ครั้งที่)./สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์

อาชัญญา รัตนอุบล. (2559). *การเรียนรู้ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในสังคมไทย.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Lawrence, R. A. & Lawrence, R. M. (2016). *Breastfeeding: A guide for the medical profession* (8th edition). Philadelphia: Elsevier.

3. อ้างอิงจากวิทยานิพนธ์

ชื่อผู้แต่ง./(ปีที่พิมพ์)./*ชื่อเรื่อง*/(ปริญญานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต หรือ Doctoral dissertation หรือ วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต หรือ Master's Thesis)./สถานที่พิมพ์./ชื่อสถาบัน.

ตัวอย่าง

สาคร ช่วยดำรงค์. (2558). *การบริหารศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยอำเภอ เพื่อการเป็นศูนย์กลางการจัดการศึกษาตลอดชีวิต.* วิทยานิพนธ์ปริญญา ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.

Pattana, N. (2012). *Effects of social support program on anxiety and satisfaction of acute myocardial infarction patients at intensive care unit.* Master of Nursing Science Thesis, Adult Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University.

4. อ้างอิงจากเว็บไซต์

ชื่อผู้แต่ง./(ปีที่พิมพ์)./*ชื่อบทความ*./สืบค้น หรือ Retrieved วัน/เดือน/ปี,/จาก หรือ from/http://www.xxxxxxxxxx

ตัวอย่าง

เกียรติอนันต์ ล้วนแก้ว. (2557). *หน้าต่างความคิด: การศึกษาขั้นพื้นฐานของฟินแลนด์: บทเรียนและบาดแผล.* กรุงเทพธุรกิจ, น. 11. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2561 จาก http://www.dpu.ac.th/laic/upload/content/file/article_instructor/article2557/B232.pdf.

Severo, I. M., Almeida, M. A., Kuchenbecker, R., Vieira, D. F. V. B., Weschenfelder, M. E., Pinto, L. R. C., et al., (2014). *Risk factors for falls in hospitalized adult patients: An integrative review*. Retrived March 12, 2016 from http://www.scielo.br/scielo.php.

5. อ้างอิงจากการนำเสนอผลงานในการประชุมวิชาการ

ชื่อผู้แต่ง./(ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง./ใน หรือ In ชื่อบรรณาธิการ. (บ.ก. หรือ Ed. หรือ Eds.),/*ชื่อ Proceedings*/(น. หรือ p. หรือ pp. เลขหน้า)./สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1991). *A motivational approach to self: Integration in personality.* In R. Dienstbier (Ed.), Nebraska Symposium on Motivation: Vol.38 Perspectives on motivation (pp. 237-288). Lincoln: University of Nebraska Press.

6. การจัดเรียงลำดับหัวข้อบทความ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา) กรณีเป็นการเกริ่นแบบไม่มีเลขหัวข้อ ให้ตั้งค่าระยะย่อหน้าแรกที่ 0.38 นิ้ว และย่อหน้าถัดไปทีละ 7 เคาะ (Space) หรือตั้งค่าระยะแท็บ ดังนี้

แท็บที่ 1 (ระยะย่อหน้าที่ 1) = 0.38”
แท็บที่ 2 = 0.69”
แท็บที่ 3 = 1.00”
แท็บที่ 4 = 1.38”

7. การกำหนดเลขหัวข้อ หัวข้อใหญ่ให้ย่อหน้า 1.25 ซม. สำหรับหัวข้อย่อยให้ใช้หัวข้อหมายเลขระบบทศนิยม หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 3 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 ซม. และใช้ “-” แทนการกำกับแทนตัวเลข

ตัวอย่าง

1.....

1.1.....

1.1.1.....

1).....

1.1).....

- .....

8. ตาราง ให้เว้นบรรทัดเพื่อแบ่งส่วนเนื้อหา 1 บรรทัด และเริ่มบรรทัดใหม่ โดยชิดขอบซ้ายของหน้ากระดาษให้ใส่คำว่า “ตารางที่” ด้วยตัวหนา ตามด้วยชื่อตาราง หลังจากใส่ชื่อตารางแล้ว ให้แทรกตารางโดยไม่ต้องเว้นบรรทัด และหากนำตารางมาจากแหล่งอื่นให้ใส่แหล่งอ้างอิง โดยระบุคำว่า “ที่มา” ไว้ใต้ตารางโดยไม่ต้องเว้นบรรทัด และไม่ใช้เส้นตรงในการแบ่งตารางในแต่ละคอลัมน์

9. รูปภาพ การใส่รูปภาพให้เว้นบรรทัดเพื่อแบ่งส่วนเนื้อหา 1 บรรทัด จากนั้นแทรกภาพโดยกำหนดไว้กึ่งกลางกระดาษ จากนั้นเว้น 1 บรรทัด แล้วใส่คำอธิบายภาพ โดยใส่ภาพที่..... ให้พิมพ์ตัวหนา ชื่อภาพให้จัดชิดขอบซ้ายของหน้ากระดาษ

การส่งบทความ

ให้ผู้เขียนส่งต้นฉบับบทความผ่านระบบ Thai Journal Online (ThaiJo) ทั้งนี้ผู้เขียนจะต้องทำการลงทะเบียนเพื่อเป็นสมาชิก ThaiJO ได้ที่ https://www.tci-thaijo.org/ จากนั้นให้ผู้เขียนเข้าหน้าเว็บไซต์ของวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข โดยสืบค้นผ่านเว็บไซต์ ThaiJo หรือเข้าไปที่ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr และให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการส่งต้นฉบับ ซึ่งทางระบบ ThaiJo ได้เตรียมไว้ในเมนู For Author ที่ขวามือของหน้าจอ หากมีปัญหาในการส่งต้นฉบับบทความผ่านระบบออนไลน์ สามารถติดต่อที่กองบรรณาธิการวารสารเพื่อรับคำแนะนำ และการช่วยเหลือต่อไป

Template บทความวิจัย

2.54 ซม.

2.54 ซม.

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18

2.54 ซม.

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น ผู้เขียนคนที่1[1*],_____[2], _____[3] ขนาดตัวอักษร 15 (หนา)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ ผู้เขียนคนที่1[1*],_____[2], _____[3] ขนาดตัวอักษร 15 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น สถานที่ทำงานผู้เขียนคนที่ 1^{1*} , สถานที่ทำงานผู้เขียนคนที่ 2^{2} ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(*Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ*) (ขนาดตัวอักษร 12 หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อ 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 16 หนา) คำสำคัญขนาด 16 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้, ในการกั้นคำ เช่น

→ความเจ็บปวด, ซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ

ย่อหน้า 1.75

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

*ผู้ให้การติดต่อ..... e-mail..... (ขนาด 12 ไม่หนา)

2.54 ซม.

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หนา)

เนื้อหาย่อ 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 16 หนา) คำสำคัญขนาด 16 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้, ในการกั้นคำ เช่น

→ Pain, Depression, Older Adults (บรรทัดถัดไปย่อหน้าเหมือนคำสำคัญภาษาไทย)

ย่อหน้า 1.75

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

บทนำ (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

วัตถุประสงค์การวิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

วัตถุประสงค์เฉพาะ (ถ้ามี) (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี) (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

กรอบแนวคิดการวิจัย (ขนาด 16 หนา)

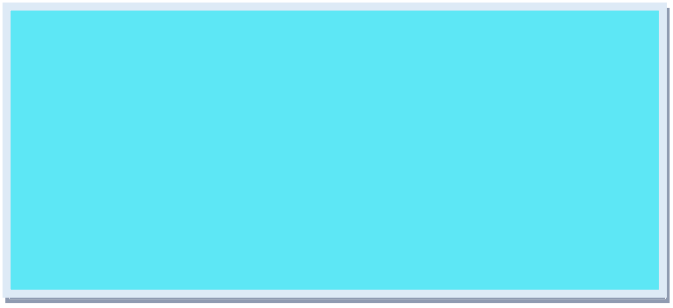
(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

หากมีภาพกรอบแนวคิด ให้ใส่ชื่อภาพไว้กึ่งกลางใต้ภาพ เช่น



ภาพที่ 1 (หนา)..... (ชื่อภาพไม่หนา)..... ขนาด 14

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

ระเบียบวิธีวิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

เกณฑ์การคัดเข้า (ขนาด 16 ไม่หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

เกณฑ์การคัดออก (ขนาด 16 ไม่หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

การเก็บรวบรวมข้อมูล (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

การวิเคราะห์ข้อมูล (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

ผลการวิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ชื่อหัวข้อ ขนาดตัวอักษร 16 หนา คำอธิบาย ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา)

1. ข้อมูลทั่วไป

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

ตารางที่ 1 .....ชื่อตาราง..... (ตารางที่ 1 ขนาด 16 หนา, ชื่อตาราง ขนาด 16 ไม่หนา) ภายในตารางขนาด 14 หัวข้อ (หนา) เนื้อหา (ไม่หนา)

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
เพศ			
ชาย	x	x	x
หญิง	x	x	x

ที่มา: (ถ้ามี)

(Enter ขนาด 16)

2. หัวข้อตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

อธิบายตาราง (เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ชื่อหัวข้อ ขนาดตัวอักษร 16 หนา คำอธิบาย ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา)

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

ตารางที่ 2 .....ชื่อตาราง..... (ตารางที่ 2 ขนาด 16 หนา, ชื่อตาราง ขนาด 16 ไม่หนา) ภายในตารางขนาด 14 หัวข้อ (หนา) เนื้อหา (ไม่หนา)

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
ก่อนทดลอง	x	x	x	x
หลังทดลอง	x	x		

**p-value* < 0.05

การอภิปรายผล (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

(Enter ขนาด 16)

เอกสารอ้างอิง (ขนาด 16 หนา) เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 และถัดไป (1.25 ซม.) (สามารถศึกษาการอ้างอิงได้ตามรายละเอียดข้างต้น)

.....

.....

.....

.....

Template บทความวิชาการ/ บทความปริทัศน์

2.54 ซม.

2.54 ซม.

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18

2.54 ซม.

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น ผู้เขียนคนที่1[1*],_____[2], _____[3] ขนาดตัวอักษร 15 (หนา)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ ผู้เขียนคนที่1[1*],_____[2], _____[3] ขนาดตัวอักษร 15 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น สถานที่ทำงานผู้เขียนคนที่ 1[1*], สถานที่ทำงานผู้เขียนคนที่ 2[2] ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(*Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ*) (ขนาดตัวอักษร 12 หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อ 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 16 หนา) คำสำคัญขนาด 16 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้, ในการกั้นคำ เช่น → ความเจ็บปวด, ซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ

ย่อหน้า 1.75 ซม.

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

*ผู้ให้การติดต่อ..... e-mail..... (ขนาด 12 ไม่หนา)

2.54 ซม.

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 16 หนา) คำสำคัญขนาด 16 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้, ในการกั้นคำ เช่น News → Pain, Depression, Older Adults (บรรทัดถัดไปย่อหน้าเหมือนคำสำคัญ ภาษาไทย)

ย่อหน้า 1.75 ซม.

(Enter ขนาด 16)

บทนำ (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

เนื้อเรื่อง (ขนาด 16 หนา) (แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

สรุป (ขนาด 16 หนา)

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

ข้อเสนอแนะ (ขนาด 16 หนา)

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

เอกสารอ้างอิง (ขนาด 16 หนา) ให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 และถัดไป (1.25 ซม.) (สามารถศึกษาการอ้างอิงได้ตามรายละเอียดข้างต้น)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

การติดต่อสอบถามรายละเอียด

1. บรรณาธิการวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
   ดร. อัมภิชา นาไวย์
   โทรศัพท์ 053-121121 ต่อ 203, 081-7658575
   E-mail: ampicha@bcnc.ac.th, jnphr@bcnc.ac.th
2. ผู้จัดการ/ผู้ประสานงาน วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
   นางสาวปนัสยา พรมดี
   โทรศัพท์ 053-121121 ต่อ 203, 063-7988805
   E-mail: panutsaya@bcnc.ac.th, jnphr@bcnc.ac.th

Journal of Nursing and Public Health Research