



Journal of Research in **NURSING - MIDWIFERY AND HEALTH SCIENCES**

วารสารวิจัยทางการแพทย์ การผดุงครรภ์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ

VOL. 44 NO. 2 MAY - AUGUST 2024



JRN-MHS

Faculty of Nursing, Prince of Songkla University





วารสารวิจัยการพยาบาล การผดุงครรภ์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences

เจ้าของ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ และนวัตกรรมทางการพยาบาล การผดุงครรภ์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. เพื่อเผยแพร่ความรู้การดูแลสุขภาพ โดยเน้นการดูแลต่อเนื่องและการใช้นวัตกรรมในการพยาบาล

กำหนดออกวารสาร

ปีละ 3 ฉบับ ในเดือน มกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม

สำนักงานกองบรรณาธิการ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

ต.คองหงส์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110 โทร. 074-286452 โทรสาร 074-286421

E-mail: sjnpsu@gmail.com Website: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/index>

ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัพณา กิจรุ่งโรจน์

รองศาสตราจารย์ ดร.กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รองคณบดีฝ่ายวิจัย พันธกิจเพื่อสังคม และกิจการนานาชาติ

รักษาการบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รองบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรณพ หนูแก้ว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

กองบรรณาธิการภายในมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รองศาสตราจารย์ ดร.โสเพ็ญ ชูเนวล

รองศาสตราจารย์ ดร.เรวดี เพชรศิริสันต์

รองศาสตราจารย์ ดร.กัณตพร ยอดไชย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิสมัย วัฒนสิทธิ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตรีณัฐ พุ่มมณี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.หทัยรัตน์ แสงจันทร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร ลายเมฆ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทรา พรหมน้อย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

กองบรรณาธิการภายนอกมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย
ศาสตราจารย์ ดร.สุสันหา ยิ้มแย้ม
รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร รุ่งเรืองกลกิจ
รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เตียววิเศษ
รองศาสตราจารย์ ดร.สายฝน เอกวรังกูร
รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์
รองศาสตราจารย์ ดร.สุรินทร์ กลัมพากร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิลาวรรณ ฉันทะปรีดา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรเดช ห่านิธิติย

Professor Rozzano Locsin. Ph.D., RNC, FAAN

Professor Tetsuya Tanioka, Ph.D., RN, FAAN

Professor Patricia A. Prelock, Ph.D., CCC-SLP

Professor Eleanor Holroyd, Ph.D.,
(Med Anthro), RN

Martin Woods, Ph.D., RN

Professor Dr. Alison Hutchinson

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

นักวิชาการอิสระ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Department of Nursing and Caring Science, Institute of Health Biosciences, The University of Tokushima Graduate School, Japan.

Department of Nursing Management, Institute of Health Biosciences, The University of Tokushima Graduate School, Japan.

College of Nursing and Health Sciences, The University of Vermont, United States of America.

School of Clinical Sciences, Faculty of Health and Environmental Sciences, Auckland University of Technology, New Zealand.

School of Nursing, Victoria University of Wellington, New Zealand

School of Nursing and Midwifery of Melbourne Burwood Campus, The Deakin University. Australia.

กองจัดการ

รองศาสตราจารย์ ดร.พัชรี คมจักรพันธ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรัชญนันท์ เทียงจรรยา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทพร กลิ่นจันทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินิภาญจน์ คงสุวรรณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์พิศา ศักดิ์สองเมือง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมนันทน์ ทศนีย์สุวรรณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชินวงศ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปราณี คำจันทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชลีพร พรหมพาทกุล
ดร.ปณณช สุทธิพงศ์
ดร.สุกานดา บุญคง
ดร.ปิยะดา ไชยศรี
นางสาวเนลิมวรรณ ยกเลื่อน
นางสาวปัจฉิมาชาติสุวรรณ

วารสารวิจัยทางการแพทย์ การผดุงครรภ์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความยินดีรับบทความวิจัย บทความวิชาการทางด้านการพยาบาล การผดุงครรภ์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ และสุขภาพของประชาชนทุกสภาวะ ทุกช่วงวัย และการดูแลต่อเนื่อง รวมทั้งการพยาบาลที่ผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออก ที่ยังไม่เคยเผยแพร่ในเอกสารใดๆ โดยส่งบทความมาที่บรรณาธิการวารสาร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สำหรับคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับท่านสามารถดูรายละเอียดได้ที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/index>

หมายเหตุ บทความและรายงานวิจัยในวารสารวิจัยทางการแพทย์ การผดุงครรภ์และวิทยาศาสตร์สุขภาพเป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มิใช่ของคณะผู้จัดทำ และมิใช่ความรับผิดชอบของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



สารบัญ

บทความวิจัย

- การพัฒนาแบบแผนการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วย
เพื่อทดแทนการปฏิบัติในคลินิก ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 1
**Development of an Online Teaching and Learning Model for Nursing Practicum in
Sick Children as a Substitute for Clinical Practice During the COVID-19 Pandemic**
- ปิยะดา ไชยศรี อำไพพร ก่อตระกูล วรณวิมล เบญจกุล
Piyada Chaisri Ampaiporn Kautrakool Wunvimul Benjakul
- การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า 16
แบบใช้ยาระงับความรู้สึก
**The Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for Patients with
Psychiatric Disorders Undergoing Modified Electroconvulsive Therap**
- จิตรา จันแสง อรวรรณ หนูแก้ว วินีกาญจน์ คงสุวรรณ
Jitra Junseng Orawan Nukaew Vineekarn Kongsuwan
- การรับรู้เป้าหมายชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง 29
Perception of Purpose in Life among Elderly in Urban Areas
- ทัศนีย์ ขาว กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์
Tusanee Khaw Karnsunaphat Balthip
ศศิธร ลายเมฆ สุนันทา ยั่งวนิชเศรษฐ
Sasithorn Laimek Sununta Youngwanichseth

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียด
ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
ในระหว่างการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 42

Relationship Between Stress Level and Coping Strategies of Patients with Colorectal Cancer Admitted During Pandemic of Coronavirus Disease 2019

นฤมล พรหมจันทร์ หทัยรัตน์ แสงจันทร์ จินตนา ดำเกลี้ยง
Narumon Phromchan Hathairat Sangchan Jintana Damklieng

ความพึงพอใจของอาจารย์พยาบาลต่อการใช้หุ่นจำลองยางพาราสำหรับการฝึกเจาะเลือด
และเปิดหลอดเลือดเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย 53

Nursing Lecturer's Satisfaction with the Use of Rubber Manikins for Venipuncture and Peripheral Intravenous Cannulation Practice

กฤติยา ปองอนุสรณ์ จริยาพร ศรีสว่าง วาริรัตน์ จิตติถาวร
Krittiya Ponganusorn Jariyaporn Srisawang Wareerat Jittitaworn
ณัฐยา เชิงฉลาด ชูพรหม กันตพร ยอดไชย จิราภรณ์ ชูวงศ์
Natthaya Chergchalard Chooprom Kantaporn Yodchai5 Jiraporn Choowong

ความรู้ เจตคติ ทักษะและความพึงพอใจของ อสม. ต่อการใช้แนวทางการช่วยเหลือ
ด้านสุขภาพจิตชุมชนตามบริบทชายแดนใต้ 63

The Knowledge, attitude, skills, and satisfaction of village health volunteers toward the use of guidelines for community mental health assistance in the southern border context

สรินฎา ปุติ ปรีนภา ชูรัตน์ ฮารีซอล ขุนอินคีรี
Sarinda Puti Prenapa Churat Hareesol Khun-inkeeree
ฮานามุฮิบบะตุตดีน นอจิ วาสนา จิ
Hananmuhibbatuddin Nochi Wasana Jii

บทความวิชาการ

โปรแกรมสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้าย: 80
การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ

**Advance Care Planning Support Program for Patients with End-Stage Heart Failure:
An Integrative Review**

ศมนันท์ ทศนีย์สุวรรณ ภณิดา แก้วปนทอง
Samonnan Thasaneesuwan Panita Kaeoponthong

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อหลังจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉิน: 94
การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ

**Factors Associated with a Return Visit among Patients with Infection after
Discharged from an Emergency Department: An Integrative Literature Review**

จิรารัตน์ ดำทอง จินตนา ดำเกลี้ยง
Jirarat Dumthong Jintana Damkliang

บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนออนไลน์
สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยเพื่อทดแทนการปฏิบัติในคลินิก
ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19
Development of an Online Teaching and Learning Model for
Nursing Practicum in Sick Children as a Substitute for Clinical
Practice During the COVID-19 Pandemic

ปิยะดา ไชยศรี* อำไพพร ก่อตระกูล¹ วรณวิมล เบญจกุล¹
Piyada Chaisri* Ampaiporn Kautrakool¹ Wunvimul Benjakul¹

¹อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา
¹Lecturer, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

*ผู้รับผิดชอบหลัก: piyada.c@psu.ac.th

*Corresponding author: piyada.c@psu.ac.th

Received 2 January 2024 • Revised 18 April 2024 • Accepted 3 May 2024

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาแบบการจัดการเรียนการสอนออนไลน์สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยเพื่อทดแทนการปฏิบัติในคลินิกในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 **วิธีการ:** ใช้แนวคิดการออกแบบการจัดการเรียนการสอนของดิกและแคร์รี่ (Dick and Carey) ในการวิจัยเชิงพัฒนามี 4 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์การจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 2) ออกแบบการจัดการเรียนการสอน 3) นำรูปแบบการจัดการเรียนการสอนไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2564 จำนวน 60 คน และ 4) ประเมินความพึงพอใจของนักศึกษา เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แนวทางการประชุมกลุ่มของผู้สอน และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการเรียนการสอน ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา **ผลการศึกษา:** พบว่า 1. ในระยะที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ไม่สามารถจัดให้นักศึกษาขึ้นฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยได้ จึงต้องมีการพัฒนาแบบการจัดการเรียนการสอนที่ทำให้นักศึกษาได้ประสบการณ์ตามที่รายวิชากำหนดโดยใช้เทคโนโลยีทดแทน 2. ได้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ ประกอบด้วย 1) การเตรียม ได้แก่ เตรียมผู้สอน นักศึกษา และสื่อการเรียนรู้ 2) วิธีการสอน ได้แก่ การมอบหมายสถานการณ์การ รับ-ส่งเวร การประชุมปรึกษา การฝึกบริหารยา และการสะท้อนคิด และ 3) การประเมินผล ได้แก่ การประเมินระหว่างเรียนและการประเมินหลังสิ้นสุดการเรียนการสอนโดยใช้แบบประเมินผลการฝึกปฏิบัติการพยาบาลฉบับดัดแปลง 3. นำรูปแบบไปจัดการเรียนการสอนในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาจำนวน 8 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน มีอาจารย์ผู้สอน 1 คน ต่อกลุ่ม ใช้ระยะเวลา 3 วัน และ 4. นักศึกษามีความพึงพอใจในระดับมาก ($M = 4.20$, $SD = .41$) สรุป: รูปแบบการเรียนการสอนแบบออนไลน์ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้จัดการเรียนการสอนทดแทนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยได้โดยนักศึกษาได้รับประสบการณ์การฝึกปฏิบัติการพยาบาลในเด็กป่วยตามที่รายวิชากำหนดไว้

คำสำคัญ: การสอนแบบออนไลน์; การฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็ก; การพยาบาลเด็กป่วย; โควิด 19

Abstract

Objective: This research aimed to develop an online pedagogical model tailored to pediatric nursing practicum for sick children, serving as an alternative to traditional clinical practice amidst the COVID-19 pandemic. **Methods:** The process comprised four phases based on Dick and Carey learning design including 1) analyze challenges of teaching and learning in the clinical setting during the COVID-19 pandemic 2) designing an online teaching and learning model for pediatric nursing practicum in sick children to substitute clinical nursing practice 3) implement online learning model for pediatric nursing practicum in sick children. The research cohort consisted of 60 fourth-year nursing students enrolled in the pediatric nursing practicum course during the first semester of the year 2021 and 4) evaluate the developed online learning model. The research instrumentation included guideline for a group meeting of instructors and satisfaction questionnaire. The content validity index of this questionnaire was determined to be .96 The data were analysed using descriptive statistics. **Results:** 1. Development of online learning was needed as a substitute for clinical practice during the COVID-19 pandemic. 2. The online learning model for pediatric nursing practicum encompasses three distinct phases facilitated through a digital platform including 1) The preparatory phase, encompasses readiness assessments and adequate preparation of instructors, learners, and learning materials, 2) The learning phase integrates case assignments, nursing shift handovers, pre-post conference sessions, medication administration procedures, and reflective exercises, and 3) The evaluation phase focuses on a comprehensive assessment of the learning experience. 3. This model was implemented in students that was divided into eight groups (eight person/group) for three days. 4. This study revealed a high level of participants's satisfaction with the various components of the online learning model ($M = 4.20$, $SD = 0.41$). **Conclusions:** The online learning model for pediatric nursing practicum in sick children can be used as a substitute for pediatric nursing placement during COVID-19.

Keywords: online learning; pediatric nursing practicum; nursing care for sick children; COVID-19

ความสำคัญของปัญหา

การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อด้านต่าง ๆ ของประเทศ เช่น สังคม เศรษฐกิจ การสาธารณสุขและการศึกษา^{1,2} เป็นต้น มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ได้ยกระดับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในระดับสูงสุดด้วยการออกประกาศเรื่อง มาตรการและการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ภาคการศึกษาที่ 1 ฉบับที่ 12 ลงวันที่ 30 เมษายน 2564³ โดยให้จัดการจัดการเรียนการสอนในชั้นเรียนทั้งหมด และให้จัดการเรียนการสอนแบบผสมผสาน (hybrid learning) สำหรับหลักสูตรที่มีการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติตามข้อกำหนดของวิชาชีพ เช่น การปฏิบัติบนคลินิกของคณะในกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ ให้หลักสูตรพิจารณาสถานการณ์ตามจริงและกำหนดแนวทางบริหารจัดการด้วย

มาตรการควบคุมและดูแลความปลอดภัยของนักศึกษาและบุคลากรสูงสุด ดังนั้นเพื่อให้การจัดการเรียนการสอนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ให้ยังคงดำเนินการได้อย่างคล่องตัว ยืดหยุ่น และมีประสิทธิภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงมีนโยบายให้แต่ละสาขาวิชาวางแผนปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติเพื่อทดแทนการฝึกปฏิบัติที่หอผู้ป่วยตามความเหมาะสม โดยให้นักศึกษابرรลุผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ที่คาดหวังตามเป้าหมายของรายวิชาได้ใกล้เคียงกับการฝึกปฏิบัติที่คลินิกมากที่สุด

สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ รับผิดชอบในการจัดการเรียนการสอน รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก จำนวน 4 หน่วยกิต ผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ของรายวิชา คือ เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนนักศึกษาสามารถ 1) ใช้กระบวนการพยาบาล

ในการพยาบาลทารกแรกเกิดจนถึงวัยรุ่นในภาวะสุขภาพดี และเบี่ยงเบนเล็กน้อย เจ็บป่วยเฉียบพลัน เรื้อรัง และซับซ้อน หรือวิกฤต ได้ครอบคลุมกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณที่ผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออก โดยคำนึงถึงสิทธิเด็ก ความเป็นปัจเจกบุคคล วิธีการดำเนินชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่น การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและครอบครัว ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ จรรยาวิชาชีพ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องได้อย่างถูกต้องเหมาะสม 2) จัดกิจกรรมการเล่นที่ผสมผสานการเล่นพื้นบ้านแก่เด็กหรือผู้ป่วยเด็กและให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลและครอบครัวเกี่ยวกับการเล่นของเด็กได้อย่างถูกต้องเหมาะสม 3) ปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ในทีมการพยาบาล และร่วมมือวิเคราะห์ประเด็นจริยธรรมในการปฏิบัติพยาบาลเด็กได้อย่างเหมาะสม 4) วิเคราะห์และอภิปรายเกี่ยวกับการพยาบาลเด็กที่เลือกสรรได้ถูกต้องเหมาะสม และ 5) สามารถตีวิเคราะห์ให้การพยาบาล รวมทั้งตัดสินใจในการแก้ปัญหา โดยใช้สถานการณ์จำลองทางการพยาบาล' จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติที่ไม่ได้ขึ้นฝึกปฏิบัติบนคลินิกส่วนใหญ่เป็นการจัดการการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองทางการพยาบาล และมักถูกจัดในรูปแบบของการใช้สถานการณ์สั้น ๆ (snapshot simulation) โดยให้เวลาผู้เรียนในการแสดงบทบาทตามสถานการณ์ที่กำหนดประมาณ 15-20 นาที หรือเป็นการมอบหมายผู้ป่วยโดยใช้สถานการณ์จำลองเพื่อวางแผนให้การพยาบาล โดยมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะใดทักษะหนึ่งของผู้เรียน ตอบสนองต่อผลการเรียนรู้เพียงบางด้าน งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้สถานการณ์จำลองทางการพยาบาลในระดับปริญญาตรีที่พบในประเทศไทยส่วนใหญ่จัดอยู่ในประเภทดังกล่าว⁵⁻⁹ อย่างไรก็ตามการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติยังต้องจัดให้กับนักศึกษาพยาบาลเป็นไปตามนโยบายของภาครัฐเนื่องจาก เพื่อให้มีการผลิตพยาบาลให้กับประเทศต่อไป แต่ที่ผ่านมาการจัดการเรียนการสอนออนไลน์สำหรับปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยเพื่อทดแทนการปฏิบัติจริงในคลินิกยังไม่มีการจัดขึ้นอย่างชัดเจน ยังไม่สามารถบ่งบอกได้ว่ามีรูปแบบการสอนปฏิบัติออนไลน์ที่อาจารย์ผู้สอนนำไปปฏิบัติได้จริง และยังไม่มั่นใจได้ว่าผู้เรียนมีความพึงพอใจมากน้อยเพียงใด จึงเป็นความท้าทายในการออกแบบรูปแบบการเรียนการสอนให้นักศึกษابرลุผลลัพท์การเรียนรู้ได้อย่างครบถ้วนตามที่รายวิชากำหนดไว้ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนคลินิกได้ตามปกติ

ทั้งนี้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์มีแพลตฟอร์มออนไลน์ (learning management system: LMS) ซึ่งเป็น

เทคโนโลยีทางการศึกษาที่สามารถนำมาใช้จัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ได้ รวมทั้งนักศึกษามีความสามารถในการเรียนรู้ผ่านระบบออนไลน์ และคณะพยาบาลศาสตร์มีอุปกรณ์คอมพิวเตอร์และระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตที่เอื้ออำนวยต่อการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ จึงพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ขึ้น โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการออกแบบรูปแบบการสอนของดิกและแคร์รี่ (Dick and Carey)¹⁰ ซึ่งเป็นกระบวนการออกแบบการสอนที่เป็นระบบเป็นขั้นตอน นำมาใช้ในการออกแบบการจัดการเรียนการสอนในระดับมหาวิทยาลัยกันอย่างแพร่หลาย¹¹ อีกทั้งในการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงองค์ประกอบในการจัดการเรียนการสอน คือ ผู้สอน (instructor) ผู้เรียน (learner) เครื่องมือ (material) กิจกรรมการสอน (instructional activity) ระบบการส่ง (delivery system) และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอน (learning and performance environment)¹²

โดยรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กมีจำนวนชั่วโมงการฝึกปฏิบัติ รวม 192 ชั่วโมง ประกอบด้วย 1) ฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็ก ณ ห้องปฏิบัติการจำนวน 24 ชั่วโมง 2) ปฏิบัติการพยาบาลเด็กสุขภาพดีแบบผสมผสานทดแทนการฝึกปฏิบัติในแหล่งฝึก จำนวน 24 ชั่วโมง 3) การจัดการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาในการอภิปรายเด็กป่วยและการออกแบบการจัดกิจกรรมการเล่นในเด็กป่วยแบบออนไลน์จำนวน 24 ชั่วโมง 4) การใช้สถานการณ์จำลองทางการพยาบาลเด็กแบบผสมผสานทดแทนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก จำนวน 72 ชั่วโมง 5) การจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานเพื่อเสริมทักษะการช่วยกู้ชีพในเด็กจำนวน 8 ชั่วโมง 6) การประเมินความรู้และทักษะรวบยอดทางการพยาบาลเด็กจำนวน 16 ชั่วโมง และ 7) ปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยแบบออนไลน์ 24 ชั่วโมง มีเป้าหมายเพื่อให้นักศึกษาได้มีประสบการณ์การฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยใกล้เคียงกับการฝึกปฏิบัติที่หอผู้ป่วยมากที่สุดและสามารถบรรลุผลลัพท์การเรียนรู้รายวิชาได้อย่างครอบคลุม อันจะส่งผลให้ได้รับการพัฒนาสมรรถนะวิชาชีพการพยาบาลเด็กอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบจัดการเรียนการสอนออนไลน์สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยขึ้น เพื่อเป็นต้นแบบในการจัดการเรียนการสอนในสถานการณ์ที่ไม่สามารถขึ้นฝึกปฏิบัติบนคลินิกได้ อีกทั้งได้มีการประเมินความพึงพอใจของรูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยนักศึกษา เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงการสอนต่อไป เพราะนักศึกษาคือ

ศูนย์กลางการจัดการเรียนการสอนจึงต้องคำนึงถึงนักศึกษาเป็นหลักด้วย

คำถามการวิจัย

1. รูปแบบการจัดการเรียนการสอนออนไลน์สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยเพื่อทดแทนการปฏิบัติในคลินิกในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เป็นอย่างไร

2. ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนการสอนออนไลน์สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยเพื่อทดแทนการปฏิบัติในคลินิกในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 อยู่ในระดับใด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนออนไลน์สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยเพื่อทดแทนการปฏิบัติในคลินิกในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการใช้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนออนไลน์สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยเพื่อทดแทนการปฏิบัติในคลินิกในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

รูปแบบการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นแบบการวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนออนไลน์สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการออกแบบการจัดการเรียนการสอน 9 ขั้นตอนของดิคและแคร์รี่ (Dick and Carey)¹⁰ ได้แก่ 1) การกำหนดเป้าหมายการเรียนรู้ (identifying instructional goals) 2) การวิเคราะห์การเรียนการสอน (conducting instructional analysis) 3) การวิเคราะห์ผู้เรียนและบริบทในการจัดการเรียนรู้ (analysing learners and context) 4) การเขียนวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม (writing performance objective) 5) การพัฒนาเครื่องมือประเมินผล

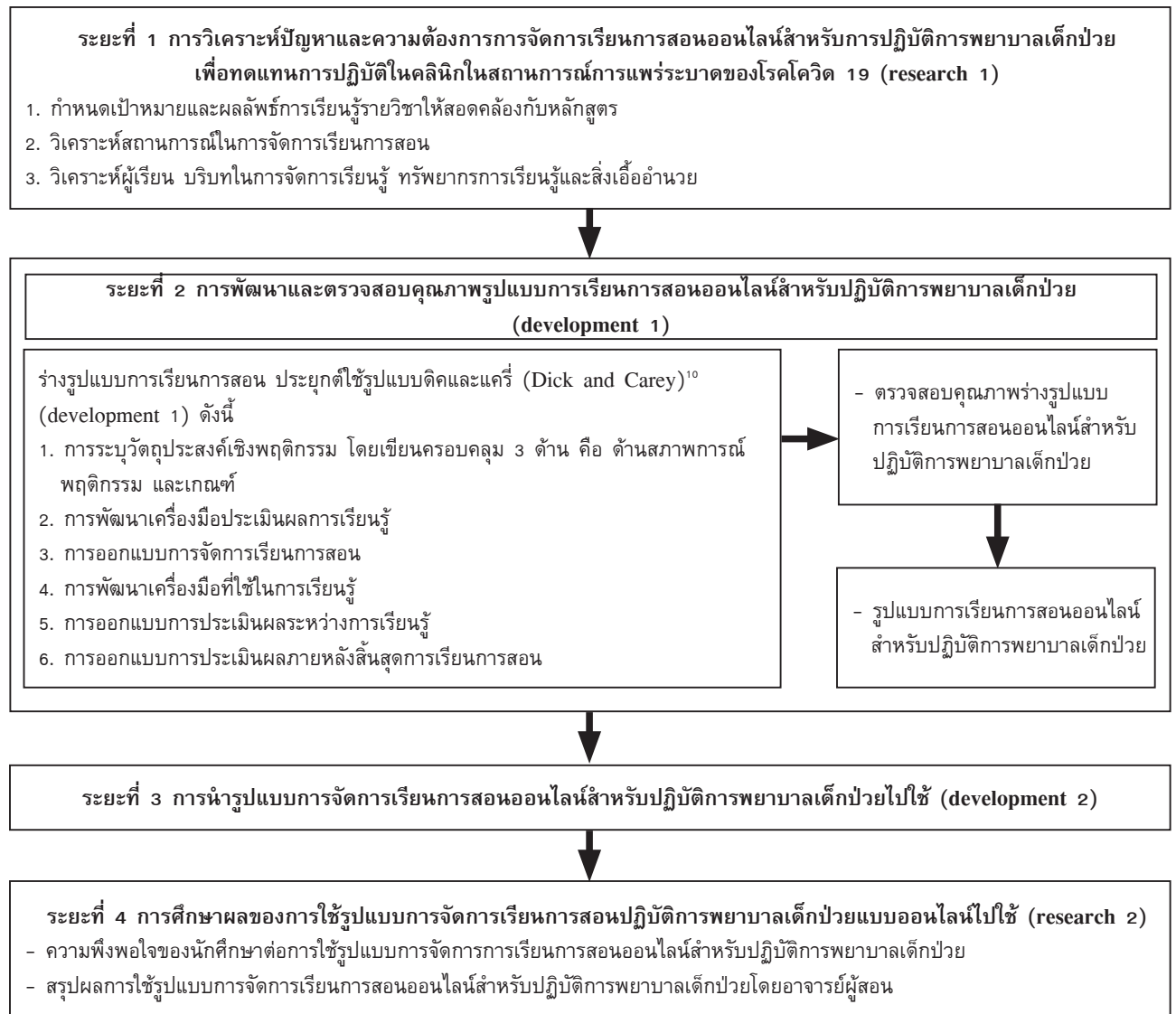
(developing assessment instrument) 6) การพัฒนากลยุทธ์การเรียน (developing an instructional strategy) 7) การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเรียนรู้ (developing and selecting instructional materials) 8) การออกแบบการประเมินผลระหว่างการเรียนรู้ (designing and conducting formative evaluation) และ 9) การประเมินหลังสิ้นสุดการเรียนการสอน (designing and conducting summative evaluation) โดยนำมาพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในเด็กป่วยจำนวน 3 วัน โดยมีขั้นตอนการพัฒนา 4 ระยะ ดังภาพ 1 ได้แก่

ระยะที่ 1 (research 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการจัดการเรียนการสอนออนไลน์สำหรับปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดเป้าหมายและผลลัพธ์การเรียนรู้รายวิชาที่สอดคล้องกับหลักสูตร 2) การวิเคราะห์สถานการณ์ในการจัดการเรียนการสอน และ 3) การวิเคราะห์ผู้เรียน บริบทในการจัดการเรียนรู้ ทักษะการเรียนรู้และสิ่งเอื้ออำนวย ด้วยการประชุมกลุ่มผู้สอนและการทบทวนวรรณกรรม

ระยะที่ 2 (development 1) การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนออนไลน์สำหรับปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วย ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การระบุวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมที่ครอบคลุม 3 ด้าน คือ ด้านสภาพการณ์ พฤติกรรม และเกณฑ์ 2) การพัฒนาเครื่องมือประเมินผลการเรียนรู้ 3) การออกแบบการจัดการเรียนการสอน 4) การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเรียนรู้ 5) การออกแบบการประเมินผลระหว่างการเรียนรู้ และ 6) ออกแบบการประเมินผลภายหลังสิ้นสุดการเรียนการสอน

ระยะที่ 3 (development 2) การนำรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ระยะเวลาสอนจำนวน 3 วัน ในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มย่อย 7-8 คนต่อกลุ่ม และมีผู้สอน 1 คนต่อนักศึกษา 1 กลุ่ม

ระยะที่ 4 (research 2) การศึกษาผลของการใช้รูปแบบการเรียนการสอนออนไลน์สำหรับปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยไปใช้ โดยการประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาเป็นการประเมินเมื่อหลังสิ้นสุดการเรียนการสอน



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาโดยการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการการเรียนการสอนออนไลน์สำหรับปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยให้เหมาะสมกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 (research 1)

ประชากร อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จำนวน 11 คน

กลุ่มเป้าหมาย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เนื่องจากเป็นการพัฒนาการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก กลุ่มตัวอย่างจึงเป็นอาจารย์ประจำกลุ่มวิชา

การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ ทั้งหมด 11 คน

วิธีการศึกษา

1. การกำหนดเป้าหมายและผลลัพธ์การเรียนรู้รายวิชาให้สอดคล้องกับหลักสูตร เป็นการกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ของการฝึกปฏิบัติ

2. การวิเคราะห์สถานการณ์ในการจัดการเรียนการสอนกำหนดทักษะที่เน้นในการจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก

3. การวิเคราะห์ผู้เรียน บริบทในการจัดการเรียนรู้ ทรัพยากรการเรียนรู้และสิ่งเอื้ออำนวย โดยการประชุมกลุ่มอาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ และการทบทวนวรรณกรรม เพื่อระดมสมองวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคความเป็นไปได้ในการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติ

การพยาบาลเด็ก ระยะเวลาการประชุมจำนวน 2 วัน วันละ 3 ชั่วโมง เพื่อนำข้อคิดเห็นทั้งหมดมาจัดหมวดหมู่ และสรุปตามประเด็นในการศึกษา โดยประเด็นในการศึกษาประกอบด้วย 1) สืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายการจัดการเรียนการสอนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 2) วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติในสถานการณ์ของการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 3) วิเคราะห์ความต้องการจำเป็นในการจัดการเรียนการสอนและความเป็นไปได้ของรูปแบบการจัดการเรียนการสอน 4) ทบทวนรายละเอียดรายวิชาและรายงานผลของวิชา 640-491 ปฏิบัติการพยาบาลเด็ก และ 5) ทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยเกี่ยวกับการออกแบบรูปแบบการเรียนการสอนเพื่อนำมาวางแผนพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนให้เหมาะสม

ระยะที่ 2 การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการจัดการเรียนการสอนออนไลน์สำหรับปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วย (development 1) เป็นการนำผลการวิจัยระยะที่ 1 มาใช้ในการพัฒนา

วิธีการดำเนินการพัฒนา แบ่งเป็น 2 ขั้น คือ

ขั้นที่ 1 พัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอน เป็นการนำผลการวิเคราะห์ ในระยะที่ 1 มาออกแบบรูปแบบจัดการเรียนการสอนปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยแบบออนไลน์ โดยใช้แนวคิดของดิคและแคร์รี่ (Dick and Carey)¹⁰

1. การระบุวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม (writing performance objective) เป็นการนำในส่วนของกำหนดเป้าหมายและผลลัพธ์การเรียนรู้รายวิชาให้สอดคล้องกับหลักสูตร เป็นการกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ของการฝึกปฏิบัติ มาตรฐานเป็นวัตถุประสงค์ให้ชัดเจน โดยระบุเป็นรายวันโดยสอดคล้องกับสถานการณ์ของผู้ป่วย เขียนครอบคลุมสภาพการณ์ (condition: CN) พฤติกรรม (behaviour: B) และเกณฑ์ (criteria: CR)¹¹ เช่น นักศึกษาสามารถคำนวณสารน้ำชดเชย (B) ในเด็กที่มีภาวะขาดน้ำระดับน้อย ปานกลาง และมาก (CN) ได้ถูกต้อง (CR)

2. การพัฒนาเครื่องมือประเมินผลการเรียนรู้ (developing assessment instrument) โดยการสร้างแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินสมรรถนะของนักศึกษา

3. การออกแบบการจัดการเรียนการสอน (developing an instructional strategy) คือ กำหนดกลยุทธ์การเรียนการสอน ที่จะจัดให้มีกิจกรรมอะไรบ้างในการเรียนการสอน ตลอดระยะเวลา 3 วัน

4. การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเรียนรู้ (developing and selecting instructional materials) เป็นการสร้างสื่อการสอน

5. การออกแบบการประเมินผลระหว่างการเรียนรู้ (designing and conducting formative evaluation) โดยคำนึงถึงการประเมินผลความก้าวหน้าระหว่างเรียน (formative evaluation)

6. การออกแบบการประเมินผลภายหลังสิ้นสุดการเรียนการสอน (designing and conducting summative evaluation) พิจารณาการประเมินผลเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มและกำหนดสัดส่วนการประเมินผล

ขั้นที่ 2 ตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการจัดการเรียนการสอนออนไลน์สำหรับปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วย ทำโดยการวิพากษ์ร่างรูปแบบการจัดการเรียนการสอนออนไลน์สำหรับปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วย และสื่อที่ใช้ในการเรียนการสอน โดยอาจารย์ผู้สอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 11 คน นำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ จำนวนการวิพากษ์ 2 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบการจัดการเรียนการสอนออนไลน์สำหรับปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยไปใช้ (development 2)

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก ในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2564 จำนวน 60 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2564 และเนื่องจากเป็นการวิจัยและพัฒนาที่ดำเนินการตามสภาพจริง จำนวนกลุ่มตัวอย่างจึงเท่ากับขนาดประชากร คือ 60 คน

วิธีการศึกษา

นำรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการเรียนการสอนจำนวน 3 วัน คือวันพุธ-ศุกร์ ระยะเวลาการเรียนการสอน คือ 8.00-16.00 น. รูปแบบการเรียนการสอนมี 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นเตรียมการ เป็นการเตรียมอาจารย์ผู้สอน นักศึกษา และสื่อที่ใช้ในการเรียนการสอน โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) ประชุมอาจารย์ผู้สอน 2) เตรียมนักศึกษาโดยปฐมนิเทศนักศึกษาในสัปดาห์ที่ 1 ของการเรียนการสอน โดยการชี้แจงรูปแบบการจัดการเรียนการสอนและอธิบายผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวังของรายวิชาที่ระบุในรายละเอียดรายวิชา 3) เตรียมสื่อการสอนและเทคโนโลยีประกอบด้วย (1) เอกสาร

ประกอบการเรียนอัปโหลดบน LMS2@PSU (2) ช่องทางการสื่อสารทาง Zoom (3) อุปกรณ์ใช้ฝึกทักษะการบริหารยา (4) สถานการณ์เด็กป่วย 2 สถานการณ์ และ (5) คลิปวิดีโอการบริหารยาในเด็กอัปโหลดบน LMS2@PSU

ชั้นสอน จัดการเรียนการสอนในสัปดาห์ที่ 3 ของการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก นักศึกษา 60 คน แบ่งนักศึกษาเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 7-8 คน มีอาจารย์ประจำกลุ่ม 1 คน ในแต่ละกลุ่มแบ่งกลุ่มนักศึกษาเป็นสองกลุ่มย่อยกลุ่มละ 3-4 คน นักศึกษา 1 กลุ่มย่อย ได้รับมอบหมายสถานการณ์เด็กป่วย 1 ราย

ขั้นประเมินผล ประเมินผลการเรียนรู้เป็นรายบุคคล ประเมินทันทีภายหลังสิ้นสุดการเรียนการสอนโดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยแบบออนไลน์ และแบบประเมินการเขียนแผนผังความคิด

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือ คือ รูปแบบการจัดการเรียนรู้ ได้สร้างขึ้นโดยคณาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์จำนวน 11 คน ซึ่งได้ทำการปรับปรุงแก้ไขทั้งหมด 5 รอบจนได้มาจากที่ประชุมว่าเหมาะสมกับการนำไปใช้ รูปแบบการจัดการเรียนรู้ ประกอบด้วย 1) ชุดคู่มือการจัดการเรียนการสอนออนไลน์สำหรับปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วย 2) อุปกรณ์ใช้สำหรับการบริหารยา 3) คอมพิวเตอร์ 4) ระบบอินเทอร์เน็ต และ 5) เอกสารชี้แจงการจัดการเรียนการสอนประกอบด้วย (5.1) หลักการและเหตุผลของการจัดการเรียนการสอนปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยแบบออนไลน์ (5.2) วัตถุประสงค์การเรียนรู้ (5.3) กิจกรรมการเรียนการสอน (5.4) วิธีการประเมินผล (5.5) ตารางกิจกรรมการสอนปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยแบบออนไลน์ และ (5.6) สถานการณ์เด็กจำนวน 2 สถานการณ์ คือ ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่มีความพิการร่วมหลายระบบ และผู้ป่วยเด็กโรคกระเพาะและลำไส้อักเสบที่มีภาวะขาดน้ำ (5.7) แบบประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยแบบออนไลน์ และ (5.8) แบบประเมินแผนผังความคิด

ระยะที่ 4 ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนออนไลน์สำหรับปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยไปใช้โดยการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการเรียนการสอนออนไลน์สำหรับปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยโดยนักศึกษา และการประชุมสรุปการใช้รูปแบบในที่อาจารย์ผู้สอน (research 2)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเดียวกับระยะที่ 3

วิธีการศึกษา

ภายหลังสิ้นสุดการเรียนการสอน ให้นักศึกษาตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนการสอน ปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยแบบออนไลน์ โดยความสมัครใจ และมีการประชุมกลุ่มอาจารย์ผู้สอน ถามเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบการเรียนการสอนมาใช้ หากเกิดสถานการณ์ไม่คาดคิด และปัญหาอุปสรรคที่พบในการใช้รูปแบบออนไลน์นี้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษา ประกอบด้วย เพศ อายุ และเกรดเฉลี่ยสะสม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการเรียนการสอนออนไลน์สำหรับปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วย มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน คือ 1) การบริหารจัดการรูปแบบการเรียนการสอน จำนวน 5 ข้อ 2) โจทย์สถานการณ์ จำนวน 2 ข้อ 3) การประเมินผล จำนวน 1 ข้อ และ 4) สิ่งสนับสนุนการเรียน จำนวน 2 ข้อ แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ 5 หมายถึง ระดับพึงพอใจมากที่สุด และ 1 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อยที่สุด การแปลผลใช้เกณฑ์การแปลคะแนนเฉลี่ยของ Best¹³ ดังนี้ 4.51-5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด 3.51-4.50 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมาก 2.51-3.50 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับปานกลาง 1.51-2.50 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อย และ 1.00-1.50 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการเรียนการสอนฯ โดยวิธีการตรวจสอบความตรงเนื้อหา (content validity index: CVI)¹⁴ โดยผู้ทรงคุณวุฒิเป็นอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเด็ก มหาวิทยาลัยของรัฐที่ไม่ได้อยู่สังกัดเดียวกับทีมวิจัย จำนวน 5 ท่าน ได้ CVI = .96

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและคะแนนความพึงพอใจโดยใช้สถิติพรรณนา การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

จริยธรรมในการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของชุดโครงการวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการจัดการเรียนการสอนปฏิบัติการพยาบาลเด็กแบบผสมผสานเพื่อทดแทนการฝึกปฏิบัติการ

พยาบาลในคลินิกในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เอกสารรับรองเลขที่ PSU IRB 2021-LL-Nur 032 (internal) ลงวันที่ 25 พฤศจิกายน 2564) ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจได้รับ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ไม่มีการโน้มน้าวให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถาม การตอบหรือไม่ตอบแบบสอบถาม ตลอดจนมีสิทธิถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดต่อผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ทำลายทันทีหลังจากผลการศึกษาได้รับการเผยแพร่

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยระยะที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการการจัดการเรียนการสอนออนไลน์สำหรับปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วย

1. การกำหนดเป้าหมายและผลลัพธ์การเรียนรู้ผลที่ได้คือหลังสิ้นสุดการเรียนการสอนนักศึกษาสามารถ (1) อธิบายพยาธิสภาพของโรคของเด็กตามสถานการณ์ที่ได้รับมอบหมายได้ถูกต้อง (2) อธิบายผลกระทบของความเจ็บป่วยของเด็กต่อแบบแผนสุขภาพได้ (3) ใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลเด็กได้ถูกต้องและครอบคลุม และ (4) มีทักษะการบริหารยาในเด็กได้ถูกต้อง

2. วิเคราะห์สถานการณ์ในการจัดการเรียนการสอนผลจากการประชุมกลุ่ม คือ มีความจำเป็นในการจัดการเรียนการสอนตามนโยบายของมหาวิทยาลัยและคณะพยาบาลศาสตร์ แต่ด้วยข้อจำกัดในการจัดการเรียนการสอนจึงเน้นเรื่องทักษะการให้เหตุผลทางคลินิก (clinical reasoning skill) โดยใช้สถานการณ์ผู้ป่วยเด็ก 2 สถานการณ์ คือ 1) เด็กป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและมีภาวะขาดน้ำ และ 2) เด็กป่วยโรคปอดอักเสบที่มีความพิการหลายระบบ และกำหนดทักษะการปฏิบัติ (psychomotor) เรื่องการบริหารยาในเด็ก

3. การวิเคราะห์ผู้เรียน บริบทในการจัดการเรียนรู้ทรัพยากรการเรียนรู้และสิ่งเอื้ออำนวย ตามประเด็นในการศึกษาดังนี้

3.1 สืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายการจัดการเรียนการสอนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า

มีนโยบายให้มีปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติทดแทนการฝึกปฏิบัติที่หอผู้ป่วยในกรณีที่ไม่สามารถจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ ณ แหล่งฝึกได้ตามสภาพการณ์จริงและปรับวิธีการให้เหมาะสม

3.2 วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติในสถานการณ์ของการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 พบว่ายังไม่สามารถจัดกิจกรรมการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กทั้ง 8 สัปดาห์ที่หอผู้ป่วยแบบเต็มรูปแบบได้ แต่ต้องพัฒนารูปแบบจัดให้นักศึกษารู้อผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ของรายวิชา

3.3 วิเคราะห์ความต้องการจำเป็นในการจัดการเรียนการสอนและความเป็นไปได้ของรูปแบบการจัดการเรียนการสอน พบว่าเลือกรูปแบบฝึกปฏิบัติแบบออนไลน์โดยมีจุดมุ่งหมายให้นักศึกษาสามารถใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลเด็ก โดยแต่ละวันมีกิจกรรมที่สอดคล้องกับการขึ้นฝึกปฏิบัติจริงบนคลินิก เช่น การรับเวร การส่งเวร และการประชุมปรึกษาก่อน-หลังการพยาบาล เป็นต้น

3.4 ทบทวนรายละเอียดรายวิชาและรายงานผลของวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก พบว่าในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก มีจำนวน 4 หน่วยกิต ต้องมีจำนวนฝึกชั้นต่ำจำนวน 180 ชั่วโมง จัดการเรียนการสอนโดยจัดตารางหมุนเวียนให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กที่มีภาวะสุขภาพดี เบี่ยงเบนเล็กน้อย เจ็บป่วยเฉียบพลัน เรื้อรัง ชับซ้อนหรือวิกฤตในแหล่งฝึกต่าง ๆ คือ หอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลหาดใหญ่ใช้เวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 วัน ดังนั้น ชั่วโมงการฝึกปฏิบัติจริงมีจำนวน 192 ชั่วโมง ซึ่งจัดให้มีกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ต่างกันไป โดยงานวิจัยนี้พัฒนารูปแบบการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยแบบออนไลน์ทดแทน โดยใช้เวลา 3 วันในการฝึกปฏิบัติ

3.5 ทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยเกี่ยวกับการออกแบบรูปแบบการเรียนการสอนเพื่อนำมาวางแผนพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนให้เหมาะสม ผลการทบทวน คือ งานวิจัยนี้ใช้แนวคิดการออกแบบการจัดการเรียนรู้ของ Dick and Carey¹⁰ และการคำนึงถึงรูปแบบการจัดกิจกรรม โดยเน้นกระบวนการกลุ่มย่อยตามทฤษฎีการเรียนรู้แบบร่วมมือ (theory of cooperative learning)¹⁵ ซึ่งเป็นทฤษฎีการเรียนรู้เน้นกระบวนการกลุ่มย่อย มีองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ การพึ่งพาเกื้อกูลกัน (positive interdependence) การปรึกษาหารืออย่างใกล้ชิด (face-to-face promotive interaction) ความรับผิดชอบของแต่ละคนที่ตรวจสอบได้

(individual accountability) ทักษะการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลระหว่างทำงานกลุ่มย่อย (interpersonal small group skills) และกระบวนการกลุ่ม (group process) อีกทั้งการออกแบบการจัดการเรียนการสอนได้มีการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ (modern technologies)

ผลการวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการสอนการปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยแบบออนไลน์

ผลการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการสอนได้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนออนไลน์สำหรับปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 โดยรูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นเตรียมการ เป็นการเตรียมนักศึกษา อาจารย์ผู้สอน และสื่อที่ใช้ในการเรียนการสอน 2) ขั้นสอน กิจกรรมการเรียนการสอนผ่านแพลตฟอร์ม Zoom โดยกิจกรรมการเรียนการสอนสอดคล้องกับการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยในช่วงสถานการณ์ปกติ เช่น การรับผู้ป่วยเด็กไว้ในความดูแล การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล การรับเวร-ส่ง เป็นต้น ระยะเวลาการสอน 3 วัน วันละ 8 ชั่วโมง 3) ขั้นประเมินผลการเรียนรู้ แบ่งเป็น 2 แบบคือ 1) ประเมินเพื่อพัฒนานักศึกษาในแต่ละวัน (formative evaluation) และ 2) การประเมินเมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอน (summative evaluation) เป็นการประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาหลังจากฝึกปฏิบัติครบ 3 วัน โดยประเมินเป็นรายบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) ประเมินสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาล และ 2) ประเมินการเขียนแผนผังความคิด (concept mapping) ทั้งนี้ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้แนวคิดของดิกและแคร์รี่ (Dick and Carey)¹⁰ มีดังนี้

1. ระบุวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม (writing performance objective) ครอบคลุมสถานการณ์ (CN) พฤติกรรม (B) และเกณฑ์ (CR) โดยแต่ละวันจะมีวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมต่างกัน เช่น ในเด็กป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและมีภาวะขาดน้ำ วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมวันแรกคือ นักศึกษาสามารถคำนวณสารน้ำชดเชย (B) ในเด็กที่มีภาวะขาดน้ำระดับน้อยปานกลางและมาก (CN) ได้ถูกต้อง (CR)

2. การพัฒนาเครื่องมือประเมินผลการเรียนรู้ (developing assessment instrument) ได้แบบประเมิน 2 แบบ คือ 1) แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยแบบออนไลน์ และ 2) แบบประเมินการเขียนแผนผังความคิด (mind mapping)

3. การออกแบบการจัดการเรียนการสอน (developing

an instructional strategy) ได้กลยุทธ์การเรียนการสอนประกอบด้วยมอบหมายผู้ช่วยให้กับนักศึกษา ให้นักศึกษาประเมินสภาพก่อนรับไว้ในความดูแล รับ-ส่งเวร ประชุมปรึกษาก่อน-หลังให้การพยาบาล ติดตามความก้าวหน้าของการรักษา ประเมินตัดสินใจทางคลินิก ฝึกทักษะการบริหารยา เขียนบันทึกทางการพยาบาล สะท้อนคิดการเรียนรู้ เขียนแผนผังความคิด และเขียนแผนการพยาบาล

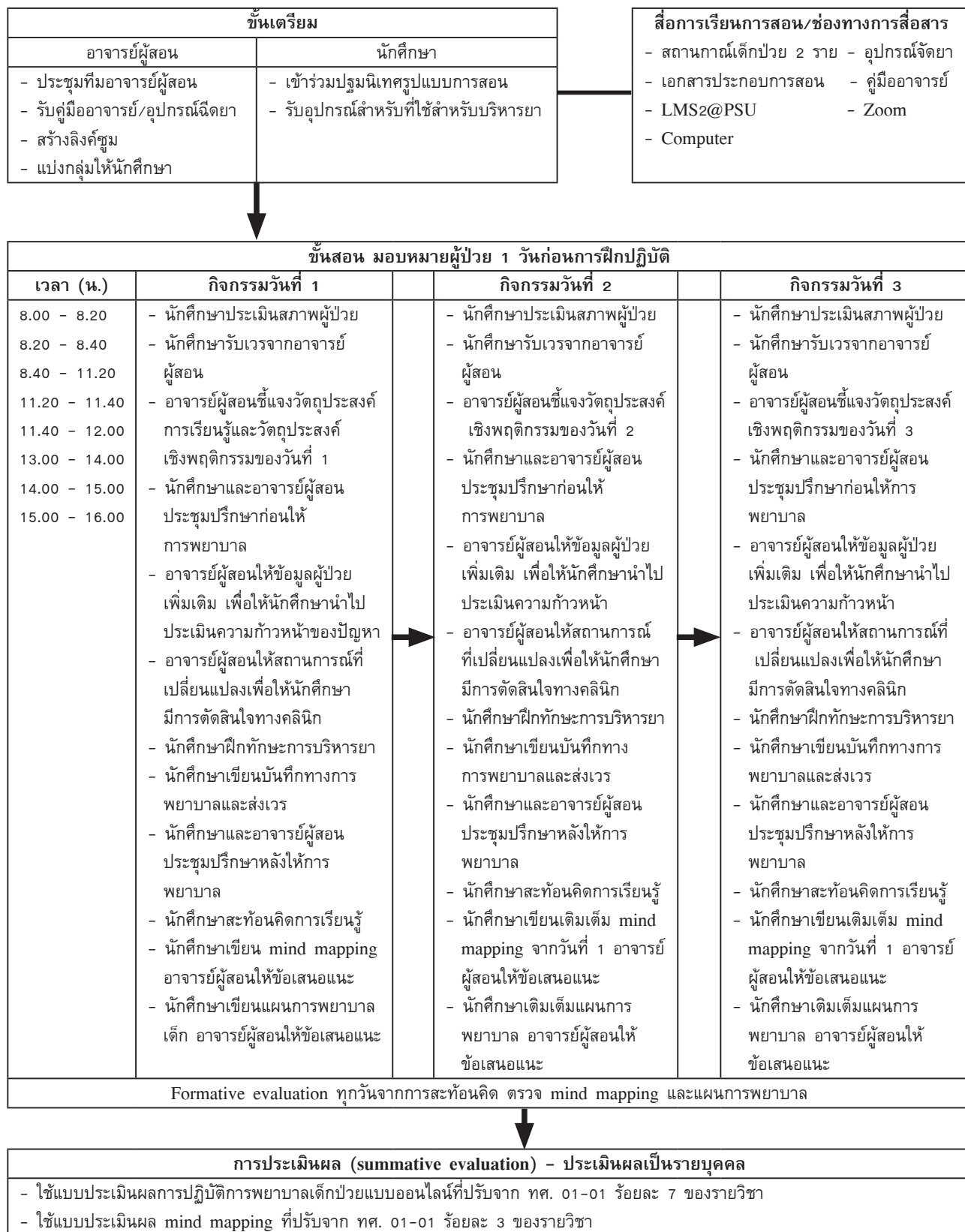
4. การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเรียนรู้ (developing and selecting instructional materials) สื่อการสอนประกอบด้วยสถานการณ์ผู้ป่วยเด็ก อุปกรณ์ที่ใช้ในการบริหารยา เอกสารประกอบการสอน คลิปวีดีโอ และ LMS2@PSU นอกจากนี้มีคู่มืออาจารย์เพื่อใช้ในการเรียนการสอนเพื่อให้อาจารย์ผู้สอนทุกคนใช้แนวทางเดียวกัน

5. การออกแบบการประเมินผลระหว่างการเรียนรู้ (designing and conducting formative evaluation) การประเมินผลความก้าวหน้าระหว่างเรียน (formative evaluation) โดยใช้วิธีการสะท้อนคิด (reflection)

6. ออกแบบการประเมินผลภายหลังสิ้นสุดการเรียนการสอน (designing and conducting summative evaluation) ประเมินผลเป็นรายบุคคล สัดส่วนการประเมินผล คิดเป็นร้อยละ 10 ของรายวิชา โดยแบ่งออกเป็น 1) การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก ใช้แบบประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยแบบออนไลน์ (ร้อยละ 7) และ 2) การเขียนแผนผังความคิด (ร้อยละ 3) โดยใช้แบบประเมินการเขียนแผนผังความคิด

ผลการวิจัยระยะที่ 3 การนำรูปแบบการจัดการเรียนการสอนออนไลน์สำหรับปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยไปใช้

การจัดการเรียนการสอนมีตารางเวลาที่ชัดเจน โดยแต่ละวันเริ่มตั้งแต่ 8.00-16.00 น. มีกิจกรรมที่จัดในและช่วงเวลา ดังภาพ 2 ซึ่งอาจารย์ผู้สอนและนักศึกษาสามารถทำกิจกรรมได้ครบถ้วนตามตารางเวลา



ภาพ 2 รูปแบบการจัดการการเรียนการสอนออนไลน์สำหรับปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วย

ผลการวิจัยระยะที่ 4 ประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนออนไลน์สำหรับปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วย

เป็นการศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการใช้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนออนไลน์สำหรับปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วย และการประชุมสรุปผลการนำไปใช้ในทีมอาจารย์ผู้สอน ผลที่ได้มีดังนี้

1. ความพึงพอใจของนักศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนออนไลน์สำหรับปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยจำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 91.67 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด อายุอยู่ในช่วง 21-23 ปี ($M = 21.82$,

$SD = .48$) ร้อยละ 90.90 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.50 มีเกรดเฉลี่ยสะสมปัจจุบัน (GPA) อยู่ในช่วง 3.05-3.83 ($M = 3.32$, $SD = .62$)

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อรูปแบบการจัดการเรียนการสอนออนไลน์สำหรับปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.20$, $SD = .41$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ สัดส่วนการประเมินผลเหมาะสม ($M = 4.27$, $SD = .45$) รองลงมาคือ กิจกรรมการเรียนรู้ในแต่ละวันเหมาะสม ($M = 4.25$, $SD = .48$) และการจัดการเรียนการสอนสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของวิชาซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับสื่อการสอนเพียงพอ ($M = 4.24$, $SD = .58$; $M = 4.24$, $SD = .54$) ตามลำดับ แสดงดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความพึงพอใจ ($N = 55$)

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการเรียนการสอนออนไลน์สำหรับปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วย	M	SD	ระดับ
1. การจัดการเรียนการสอนสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของวิชา	4.24	.58	มาก
2. วิธีการเรียนรู้ส่งเสริมการคิดวิเคราะห์	4.22	.60	มาก
3. ระยะเวลาในการจัดการเรียนการสอนเหมาะสม	4.22	.53	มาก
4. กิจกรรมการเรียนรู้ในแต่ละวันเหมาะสม	4.25	.48	มาก
5. งานที่ได้รับมอบหมายเหมาะสม	4.20	.62	มาก
6. สัดส่วนการประเมินผลเหมาะสม	4.27	.45	มาก
7. สถานการณ์เด็กโรคกระเพาะและลำไส้อักเสบเหมาะสมสำหรับการคิดวิเคราะห์	4.07	.60	มาก
8. สถานการณ์เด็กโรคปอดอักเสบเหมาะสมสำหรับการคิดวิเคราะห์	4.22	.66	มาก
9. อุปกรณ์การเตรียมฉีดยาเพียงพอต่อการใช้งาน	4.11	.60	มาก
10. สื่อการสอนเพียงพอ	4.24	.54	มาก
โดยรวม	4.20	.41	มาก

2. สรุปผลการใช้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนออนไลน์สำหรับปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยโดยอาจารย์ผู้สอน ได้ข้อสรุปคือ รูปแบบการเรียนการสอนปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยแบบออนไลน์สามารถนำมาใช้ได้หากเกิดสถานการณ์ที่ไม่คาดคิดที่ไม่สามารถขึ้นฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยได้ แต่ทั้งนี้พบอุปสรรคในการจัดการเรียนการสอนดังนี้ 1) บางครั้งสัญญาณอินเทอร์เน็ตมีปัญหา 2) เสียงไมโครโฟนของนักศึกษาไม่ได้ยินเป็นบางช่วง และ 3) อุปกรณ์การฉีดยามีจำกัดเมื่อนักศึกษาต้องการฝึกซ้อมเพิ่มอาจต้องนำมาใช้ซ้ำทำให้ไม่เสมือนจริง

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การออกแบบการจัดการเรียนการสอนในการวิจัยครั้งนี้ มีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงของการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 และการใช้แนวคิดของดิกและแคร์รี่ (Dick and Carey)¹⁰ ซึ่งเป็นการออกแบบการจัดการเรียนการสอนที่เป็นระบบ (systematic design) ทำให้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้นมีความชัดเจนและสามารถจัดกิจกรรมได้สอดคล้องกับเป้าหมายการเรียนรู้ของรายวิชา เช่นเดียวกับการออกแบบการเรียนการสอนในนักศึกษาทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพอื่น ๆ ในงานวิจัยที่ผ่านมา^{16,17} ที่มีการนำมาใช้ในการออกแบบการเรียนการสอนระดับอุดมศึกษาทั้งรูปแบบของออนไลน์และรูปแบบปกติ¹⁸ สอดคล้องกับ

งานวิจัยของ Kandriasari, et al.¹⁹ ที่ใช้รูปแบบของดิกและแคร์รี่ (Dick and Carey)¹⁰ พัฒนารูปแบบการฝึกปฏิบัติโดยใช้สื่อวีดิโอเรื่องการทำอาหารสำหรับนักศึกษาหลักสูตรวิศวกรรมอาหาร โดยการสัมภาษณ์นักศึกษาในขั้นตอนผลิตสื่อวีดิโอเกี่ยวกับความเหมาะสมของสื่อ พบว่าสื่อวีดิโอมีความเหมาะสมคะแนนเฉลี่ย 4.58 คะแนนจากคะแนนเต็ม 5 คะแนน และเมื่อนำวีดิโอมาปรับปรุงและทดลองใช้ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเหมาะสมด้านการออกแบบของวีดิโอ 4.57 คะแนน ด้านประสิทธิภาพของวีดิโอ 4.77 คะแนน ด้านความเป็นไปได้ในการใช้ 4.47 คะแนน แต่ทั้งนี้งานวิจัยนี้ไม่ได้นำเสนอค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแต่ละด้าน

2. รูปแบบการเรียนการสอนออนไลน์สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยที่พัฒนาขึ้นครอบคลุม 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นเตรียมการ เป็นการเตรียมอาจารย์ผู้สอน นักศึกษา เทคโนโลยีและสื่อ อุปกรณ์ที่ใช้ในการเรียนการสอน 2) ขั้นสอน ครอบคลุมกระบวนการเช่นเดียวกับการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย ในช่วงสถานการณ์ปกติ และ 3) ขั้นประเมินผลการเรียนรู้ ในขั้นสอนมีรูปแบบการจัดกิจกรรมการเรียนรู้พัฒนาขึ้นตามผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวังของรายวิชา ถึงแม้ว่าทักษะในการปฏิบัติอาจไม่ครอบคลุมกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมดบนหอผู้ป่วยได้ แต่อย่างไรก็ตามนักศึกษายังได้มีโอกาสในการเรียนรู้กิจกรรมบนหอผู้ป่วยและเรียนรู้เกี่ยวกับโรคในเด็กเพื่อนำไปเรียนรู้เชื่อมโยงกับทฤษฎี รูปแบบการสอนการปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยแบบออนไลน์ มีการเตรียมนักศึกษา อาจารย์ผู้สอน และสื่อการสอน เพื่อให้นักศึกษา อาจารย์ผู้สอน ทราบแนวทางในการเรียนการปฏิบัติสอนทางออนไลน์ สร้างความคุ้นเคยกับสื่อการสอนเพื่อเป็นการสร้างเจตคติให้นักศึกษาได้ยอมรับและการเรียนการสอนแบบออนไลน์¹⁴ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Tang and Lim²⁰ ศึกษาความพร้อมของผู้เรียนการเรียนแบบออนไลน์ พบว่าความพร้อมของผู้เรียนในการเรียนออนไลน์เป็นสิ่งสำคัญ หากผู้เรียนพร้อมจะทำให้ผู้เรียนมีความมั่นใจขึ้นในการเรียน รูปแบบการเรียนการสอน 3 ขั้นตอนของงานวิจัยนี้ สอดคล้องกับรูปแบบการจัดการเรียนการสอนของ Khamchan, et al.²¹ ที่ได้พัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาและการออกแบบกิจกรรมการเล่นสำหรับเด็กป่วยแบบออนไลน์ ในรายวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็ก ช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียม ขั้นสอน และขั้นประเมินผล

3. การนำรูปแบบการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ไปใช้ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วย ในแต่ละบริบท ต้องมี

การพัฒนาที่มีกระบวนการที่ชัดเจน ถึงแม้ว่าหลายสถาบันทั้งในและต่างประเทศได้จัดการเรียนการสอนออนไลน์ซึ่งเป็นรูปแบบที่ได้ใช้กันมากระยะหนึ่งแล้ว^{22,23} แต่อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดและความท้าทาย เช่น สัญญาณอินเทอร์เน็ต ระยะเวลาของการเรียนการสอน เป็นต้น²⁴⁻²⁶ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Simamora, et al.²⁶ ได้ศึกษามุมมองของอาจารย์ผู้สอนเกี่ยวกับการสอนแบบออนไลน์ให้กับนักศึกษาระดับมหาวิทยาลัยพบความท้าทาย เช่น ปัญหาของสัญญาณอินเทอร์เน็ต ความไม่ถนัดในการใช้เทคโนโลยี และต้องใช้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เป็นต้น ซึ่งการเรียนแบบออนไลน์ส่วนใหญ่เป็นการจัดในรายวิชาทฤษฎีในรูปแบบอีเลิร์นนิง (e-learning) และใช้สำหรับการสอนทางไกล²⁷ ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยในครั้งนี้ที่เป็นการสอนในรายวิชาปฏิบัติ งานวิจัยที่ผ่านมาได้ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ในวิชาทฤษฎี ยังไม่มีการจัดสอนผ่านทางออนไลน์เต็มรูปแบบ ดังเช่น Shawarangkorn, et al.²⁷ พัฒนารูปแบบการสอนแบบผสมผสานสำหรับสอนภาคปฏิบัติตามชีวิตปกติใหม่จากการแพร่ระบาดของโควิด 19 ในหลักสูตรเทคโนโลยีมีลติมีเดีย โดยจัดการเรียนการสอนให้มีการสนทนาออนไลน์ การเลือกศึกษาตามความต้องการการเรียนในห้องปฏิบัติการ และการเรียนนอกห้องเรียน ซึ่งได้ทำการประเมินรูปแบบการสอนโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ผลการประเมินโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่อย่างไรก็ตามในช่วงปฏิบัติที่ต้องใช้ทักษะยังมีจัดให้ฝึกในห้องปฏิบัติการ ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยในครั้งนี้ซึ่งทุกกิจกรรมจะเป็นการเรียนผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ แต่สามารถจัดกิจกรรมได้ครบตามแผนที่ได้วางไว้ และผลการประเมินความพึงพอใจต่อกิจกรรมอยู่ในระดับมาก ดังนั้นการเรียนออนไลน์จึงสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Yulyalto, et al.²⁸ ที่ได้ออกแบบรูปแบบการเรียนการสอนแบบการเรียนรู้แบบผสมผสาน (blended) ที่ผสมผสานแบบเผชิญหน้า (face to face) กับออนไลน์ (online) ในวิชาปฏิบัติการเคมี ผลการศึกษาพบว่าแม้เป็นการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ แต่นักศึกษายังคงมีปฏิสัมพันธ์กันในกลุ่ม และจากการสังเกตพบว่านักศึกษาไม่รู้สึกตึงเครียด สะท้อนว่า “การเรียนการสอนออนไลน์สะดวก ไม่ยึดติดกับรูปแบบเดิม ๆ” ดังนั้นรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถนำไปใช้ในช่วงที่มีข้อจำกัดอื่นได้ เนื่องจากนักศึกษายังสามารถฝึกทักษะการปฏิบัติ รวมทั้งการคิดวิเคราะห์เชิงเหตุผลได้

4. ผลการศึกษาค้นครั้งนี้พบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจโดยรวมระดับมาก (M = 4.20, SD = .41) โดยข้อที่ได้

คะแนนสูงสุด คือ การจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม อาจเนื่องจากการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ เป็นทางเลือกที่เหมาะสมในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เพราะหากไม่มีการฝึกภาคปฏิบัติ นักศึกษาจะขาดประสบการณ์ อีกทั้งการเรียนผ่านระบบออนไลน์อาจเพิ่มความมั่นใจให้กับนักศึกษาถึงความปลอดภัยจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 แต่ยังคงไว้ซึ่งปฏิสัมพันธ์ การตอบโต้กันระหว่างนักศึกษากับอาจารย์ผู้สอน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Khamchan, et al.²² ที่ได้พัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาและการออกแบบกิจกรรมการเล่นสำหรับเด็กป่วยแบบออนไลน์ ในรายวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า ความพึงพอใจของนักศึกษาโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ สัดส่วนการประเมินเหมาะสม การจัดกิจกรรมเหมาะสม และการจัดการเรียนการสอน สอดคล้องกับวัตถุประสงค์รายวิชา

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. รูปแบบการจัดการเรียนการสอนออนไลน์สำหรับปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยนี้ เป็นเพียงส่วนหนึ่งของการจัดการเรียนการสอนทั้งรายวิชา จึงไม่สามารถอ้างอิงถึงผลสัมฤทธิ์โดยรวมของทั้งรายวิชาได้

2. อุปกรณ์ที่ใช้สำหรับจัดการเรียนการสอนเป็นการจัดเตรียมให้กับนักศึกษาเป็นชุด และจำนวนจำกัด ต่างกับการจัดการเรียนบนหอผู้ป่วย หรือห้องฝึกปฏิบัติทักษะทางการพยาบาล จึงอาจทำให้ไม่เหมือนจริงหรือหากต้องการใช้อุปกรณ์อื่น ๆ เพิ่มอาจไม่สามารถจัดให้ได้ในทันที

3. ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยมีจำกัด ซึ่งการวิจัยแบบวิจัยและพัฒนา มีหลายขั้นตอนและระยะเวลานาน แต่งานวิจัยนี้ทำภายใต้ระยะเวลาที่กำหนดการเรียนการสอนใน 8 สัปดาห์ จึงอาจมีจุดพัฒนาเพิ่มเติมหากต้องนำไปใช้ต่อเนื่อง

สรุป

รูปแบบรูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ที่พัฒนาขึ้น เหมาะสมกับสถานการณ์ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ผลการนำไปใช้แสดงให้เห็นว่านักศึกษาได้รับประสบการณ์เทียบเคียงการฝึกปฏิบัติในสภาพการณ์จริงได้ และนักศึกษามีความพึงพอใจในระดับมาก อย่างไรก็ตามรูปแบบดังกล่าวใช้ในการจัดการเรียนการสอนเพียง 24 ชั่วโมง จากการฝึกปฏิบัติในรายวิชารวม 192 ชั่วโมง จึงไม่สามารถประเมินผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ทั้งรายวิชาได้

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. รูปแบบการเรียนการสอนออนไลน์สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วย สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนในช่วงที่มีข้อจำกัดด้านการฝึกปฏิบัติบนคลินิก แต่ทั้งนี้ควรปรับให้เข้ากับบริบท และปัจจัยเอื้อด้านเทคโนโลยีทางการศึกษาของแต่ละสถาบัน

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มในรูปแบบของการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะของนักศึกษาที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนออนไลน์สำหรับปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยกับรูปแบบการสอนปฏิบัติบนคลินิกจริง เพื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติและเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการนำไปพิจารณาใช้

3. ควรมีการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพจากมุมมองของนักศึกษาและอาจารย์ผู้สอน เพื่อที่จะได้ข้อมูลในเชิงลึก นำไปพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติต่อไปในอนาคต

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

นักวิจัยทุกคนมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการของการดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอน และการเขียนบทความวิจัยร่วมกันปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

แหล่งทุนสนับสนุน

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประจำปีงบประมาณ 2564

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมืออาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่มีส่วนจัดการเรียนการสอน ผศ.ดร.พิสมัย วัฒนสิทธิ์ และ ผศ.ดร.ปราณี คำจันทร์ ผู้ให้คำปรึกษาการเขียนรายงานวิจัย และผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่เสียสละเวลาและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- Heng K, Sol K. Online learning during COVID-19: Key challenges and suggestions to enhance effectiveness. *CJER*. 2021; 1(1): 3-16. doi: 10.62037/cjer.2021.01.01.02.
- Zhu N, Zhang D, Wang D, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China. 2019. *NEJM* 2020; 382(8): 727-33. doi: 10.1056/NEJMoa2001017.
- Prince of Songkla University, Faculty of Nursing. Announcement subject: Guideline for teaching, learning and exam management during the coronavirus disease (COVID-19) pandemic situation academic year 2021. The semester 1/2021 (Issue no.3); 2021. Thai.
- Faculty of Nursing, Prince of Songkla University. Course specification practicum in pediatric nursing, semester 1/2021; 2021. Thai.
- Yeepaloh M, Ruangroengkulrit P, Thongchan J, et al. Effects of simulation based learning to enhance critical thinking of nursing students, Boromarajonani College of Nursing Yala. *JNHR*. 2017; 18(3): 128-34. Thai.
- Thanaroj S, Keadthong W, Sueamak W. Development of instructional package on the topic nursing teamwork with simulation based learning for nursing students. *JHRI*. 2019; 2(1): 58-72. Thai.
- Singh V, Thurman A. How many ways can we define online learning? A systematic literature review of definitions of online learning (1988-2018). *AJDE*. 2019; 33(4): 289-306. doi: 10.1080/08923647.2019.1663082.
- Torun ED. Online distance learning in higher education: E-learning readiness as a predictor of academic achievement. *Open Praxis*. 2020; 12(2): 191-208. doi: 10.5944/openpraxis.12.2.1092.
- Maatuk AM, Elberkawi EK, Aljawarneh S, et al. The COVID-19 pandemic and e-learning: Challenges and opportunities from the perspective of students and instructors. *J Comput High Educ*. 2022; 34(1): 21-38. doi: 10.1007/s12528-021-09274-2.
- Dick W, Carey L, Carey J. A model for the systematic design of instruction. In: Tennyson DR, Schott F, Seel MN, et al. editors. *Instructional design: International perspectives. theory, research, and models*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1997.
- Dick W, Carey L, Carey J. *The systematic design of instruction*. Boston: Allyn & Bacon; 2005.
- Sabri S, Abdul M. Integration of Dick and Carey design in string ensemble class instructional material design. *IJICC*. 2020; 14(11): 359-88.
- Best JW, Kahn JV. *Research in education*. 10 th ed. Cape Town: Pearson Education Inc; 2006.
- Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health*. 2007; 30(4): 459-67. doi: 10.1002/nur.20199.
- Gillies RM. *Cooperative learning: Integrating theory and practice*. Thousand Oak: SAGE; 2007.
- Jabaay MJ, Grcevich LO, Marotta DA, et al. Trauma and triage: Applying the Dick and Carey instructional design model to a primary survey clinical workshop. *Cureus*. 2020; 12(6): e8656. doi: 10.7759/cureus.8656.
- Takahashi S, Oka M, Hiromura K, et al. Evaluation of usability and learning motivation of e-Learning courses for people with chronic kidney disease. *Comput Inform Nurs*. 2022; 40(8): 554-61. doi: 10.1097/CIN.0000000000000849.
- Sari DP, Surya E. Development the module of mathematics statistics1 by using the model of dick and carey design. *IJSBAR*. 2017; 34(1).
- Kandriasari A, Yulianti Y, Febriana R, et al. Development of practicum learning models assisted with practice guide videos. *JTP-Jurnal Teknologi Pendidikan*. 2023; 25(2): 246-56. doi: 10.21009/JTP2001.6.
- Tang SF, Lim CL. Undergraduate students' readiness in e-learning: A study at the business school in a Malaysian private university. *IJMIT*. 2013; 4(2): 198-204. doi: 10.24297/ijmit.v4i2.1900.
- Khamchan P, Sangkano P, Benjakul W. Development of an online case-based learning model and designing play activities for sick children in pediatric nursing practice during COVID-19 pandemic. *JRN-MHS*. 2023; 43(3): 39-52. Thai.
- Nie Y. On-line classroom visual tracking and quality evaluation by an advanced feature mining technique. *Signal Process. Image Commun*. 2020; 84: 115817. doi: 10.1016/j.image.2020.115817.
- Perri T. Online education, signaling, and human capital. *IEP*. 2016; 36: 69-74. doi: 10.1016/j.infoecopol.2016.06.001.
- Hamid R, Sentyo I, Hasan S. Online learning and its problems in the Covid-19 emergency period. *Jurnal Prima Edukasia*. 2020; 8(1): 86-95. doi: 10.21831/jpe.v8i1.32165.
- Adedoyin OB, Soykan E. Covid-19 pandemic and online learning: The challenges and opportunities. *Interactive learning environments*. 2023; 31(2): 863-75. doi: 10.1080/10494820.2020.1813180.
- Simamora RM, De Fretes D, Purba ED, et al. Practices, challenges, and prospects of online learning during Covid-19 pandemic in higher education: Lecturer perspectives. *Stud. Learn. Teach*. 2020; 1(3): 185-208. doi: 10.46627/silet.

27. Shawarangkoon S, Tumthong S, Wannapiroon N, et al. Development of a blended instructional management model outline for practical teaching (4 on) according to new normal life from the spread of infectious disease of the coronavirus (COVID-19). Jscitech. 2021; 5(2): 1-12. Thai.
28. Yuliyanto E, Hidayah FF, Istyastono EP, et al. Students' perspectives on the design and implementation of a blended learning in practicum. J.Phys: Conf. Ser. 2020; 1594(1): 012020. doi: 10.1088/1742-6596/1594/1/012020.

บทความวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช
ที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระับความรู้สึก
The Development of a Clinical Nursing Practice Guideline
for Patients with Psychiatric Disorders Undergoing Modified
Electroconvulsive Therapy

จิตรา จุ้นแสง^{1*} อรวรรณ หนูแก้ว² วินีกาญจน์ คงสุวรรณ³
Jitra Junseng^{1*} Orawan Nukaew² Vineekarn Kongsuwan³

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จังหวัดสงขลา

¹Registered Nurse, Professional Level, Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Songkhla, Thailand.

²รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

²Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

³Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

*ผู้รับผิดชอบหลัก: jitra.281022@gmail.com

*Corresponding author: jitra.281022@gmail.com

Received 27 March 2024 • Revised 18 April 2024 • Accepted 29 April 2024

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยเชิงพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินความเป็นไปได้ ความพึงพอใจของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระับความรู้สึกไปใช้

วิธีการ: แนวปฏิบัตินี้พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาชีพการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติออสเตรเลียร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม และกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ (1) พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาล และ (2) ประเมินผลความเป็นไปได้และความพึงพอใจจากพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ คุณภาพของแนวปฏิบัติโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสงขลาราชนครินทร์ จำนวน 32 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนาและข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา: 1) แนวปฏิบัติประกอบด้วย ชื่อเรื่อง วัตถุประสงค์กลุ่มเป้าหมาย ผังขั้นตอนการปฏิบัติ และสาระสำคัญของแนวปฏิบัติโดยใช้กระบวนการพยาบาล 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการรักษา ระยะระหว่างการรักษา และระยะหลังการรักษา 2) ความตรงเชิงเนื้อหาแนวปฏิบัติ ประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .97 3) ผลการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติด้วยแบบประเมิน AGREE II โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน และภาพรวมเท่ากับร้อยละ 95.63 และ 4) ความคิดเห็นความเป็นไปได้ในการนำใช้ระยะก่อน ระหว่างและหลังการรักษา คิดเป็น ร้อยละ 71.88-100, 93.75-100, และ 93.75-100 ตามลำดับ อีกทั้งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในภาพรวมต่อการใช้นโยบายนี้ อยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.81$, $SD = .40$)

สรุป: แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้มีคุณภาพและมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ดังนั้นจึงควรมีการใช้แนวปฏิบัตินี้ในโรงพยาบาลจิตเวชที่มีการบำบัดผู้ป่วยด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางคลินิก; ผู้ป่วยจิตเวช; การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช; การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก

Abstract

Objective: This research and development aimed to develop and evaluate a clinical nursing practice guideline (CNPG) for patients with psychiatric disorders treated by modified electroconvulsive therapy (MECT). **Methods:** The CNPG was developed based on the conceptual framework of the guideline of the National Health and Medical Research Council Australia, literature reviews, evidences of nursing care for patients with psychiatric disorders undergoing MECT, and nursing process. The research method comprised two stages: (1) developing a clinical nursing practices guideline, and (2) evaluating the CNPG. The quality of the CNPG was verified by three experts. The participants comprised 32 registered nurses at the Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis. **Results:** The results revealed that: 1) The clinical nursing practice guideline for patients with psychiatric disorder treated by modified electroconvulsive therapy consisted of: name, objectives, target group, flow chart of the CNPG, and the essential contents of the CNPG based on the nursing process, including three phases, preparing the treatment phase, during the treatment phase, and after the nursing treatment phase. 2) The content validity of the CNPG was verified by three experts and CVI yielded the value of .97. 3) The quality of the CNPG was verified by four experts and overall AGREE II yielded a value of 95.63%. 4) The feasibility of the CNPG was tested by registered nurses. They reported that the possibility of using the guideline in the preparation, during treatment, and continued care phases were 71.88-100, 93.75-100, and 90.75-100% respectively. The overall satisfaction with using the CNPG was at a high level ($M = 4.74$, $SD = .40$). **Conclusion:** The findings of the study suggest that this clinical practice guideline could be applied in practice. Therefore, this guideline should be implemented in psychiatric hospitals that have patients receiving modified electroconvulsive therapy.

Keywords: clinical nursing practice guideline; psychiatric patients; nursing care of patients with psychiatric disorders; modified electroconvulsive therapy

ความสำคัญของปัญหา

ความเจ็บป่วยทางจิตเวชเป็นความผิดปกติด้านความคิด การควบคุมอารมณ์หรือพฤติกรรม ซึ่งเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการใช้ชีวิต การอยู่ร่วมในสังคม¹ ในปี พ.ศ. 2565 พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 327,520 คนต่อปี² โดยส่วนใหญ่พบโรคจิตเภท รองลงมา คือ โรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล สถิติที่พบ 49,658, 37,941 และ 33,370 คนต่อปีตามลำดับ² สำหรับโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์สถิติผู้ป่วยใน

ที่เข้ารับการรักษาโรคทางจิตเวช ปี พ.ศ. 2563-2565 มีจำนวน 1,276, 1,327, 3,165 คนต่อปีตามลำดับ โรคส่วนใหญ่ที่พบคือ โรคจิตเภท รองลงมาเป็นโรคติดสารเสพติด และโรคซึมเศร้าตามลำดับ³ การรักษาผู้ป่วยจิตเวชมีการบำบัดรักษาแบบผสมผสานโดยมีการรักษาทางกาย ได้แก่ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า⁴ และการบำบัดทางจิตสังคม ได้แก่ การให้คำปรึกษาจิตบำบัด การบำบัดเกี่ยวกับความคิด พฤติกรรม⁵ อย่างไรก็ตาม สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ตอบสนองต่อยา หรือมีอาการทางจิตรุนแรงที่ต้องการควบคุมอาการอย่างรวดเร็ว หรือผู้ป่วยที่มี

อาการซึมเศร้ารุนแรงที่มีความคิดฆ่าตัวตายตลอดเวลา มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาเร่งด่วนด้วยการบำบัดด้วยไฟฟ้า⁶ สำหรับโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ให้การบำบัดรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นจากจำนวน 78, 94 และ 100 คน ในปี พ.ศ. 2563 ถึง พ.ศ. 2565 ตามลำดับ⁷

การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกเป็นการรักษาที่มีลักษณะเดียวกับการเตรียมผู้ป่วยเข้ารับการรักษาผ่าตัด แม้ว่าการรักษาจะมีประโยชน์ และประสิทธิภาพสูง⁸ แต่ก็พบว่ามีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนได้ในทุกระยะของการรักษาได้ นอกจากนี้ในปัจจุบันแม้จะได้มีการพัฒนาวิธีการปฏิบัติหรือคู่มือการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก พบว่า มีแนวทางการดูแลและการปฏิบัติงานของพยาบาลตามความรู้และประสบการณ์ อย่างไรก็ตาม พบว่าการปฏิบัติตามแนวทางนี้ยังเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การอุดกั้นของทางเดินหายใจ การขาดออกซิเจน เป็นต้น^{4,9} ตลอดจนพบอาการข้างเคียงที่ไม่รุนแรงเกิดขึ้นได้ เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ อีกทั้งผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษา มักมีอาการวิตกกังวล กลัวการรักษาและการได้รับยาระงับความรู้สึก¹⁰ ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกในโรงพยาบาลเครือข่ายกรมสุขภาพจิตมีแนวทางในการปฏิบัติ เช่น คู่มือการปฏิบัติเรื่องการบริการผู้ป่วยรักษาด้วยไฟฟ้าสำหรับทีมสหวิชาชีพ¹¹ และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์มีเพียงระเบียบปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า³ แม้ว่าจะมีการสร้างคู่มือและแนวปฏิบัติขึ้นใช้ในหน่วยงานต่าง ๆ แต่หากมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยสำหรับพยาบาลวิชาชีพแล้ว จะทำให้การดูแลผู้ป่วยมีความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพเพียงพอมากยิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับแนวปฏิบัติ การพยาบาลการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกในประเทศไทย พบว่า ส่วนใหญ่มีการใช้คู่มือ วิธีปฏิบัติสำหรับทีมสหวิชาชีพ¹² ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก ซึ่งไม่ได้เน้นเฉพาะเจาะจงสำหรับการพยาบาล แนวปฏิบัติที่พัฒนามีเฉพาะแนวปฏิบัติสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบไม่ใช้ยาระงับความรู้สึก¹³ ซึ่งมีข้อจำกัดในการนำมาประยุกต์ใช้สำหรับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก อย่างไรก็ตามมีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

สำหรับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกในต่างประเทศ^{14,15} แต่ไม่ปรากฏว่ามีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกในประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา และสามารถใช้กระบวนการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกได้เป็นแนวทางเดียวกันที่ชัดเจน และเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาล ซึ่งนำไปสู่คุณภาพของการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก
2. เพื่อประเมินความเป็นไปได้และความพึงพอใจของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก

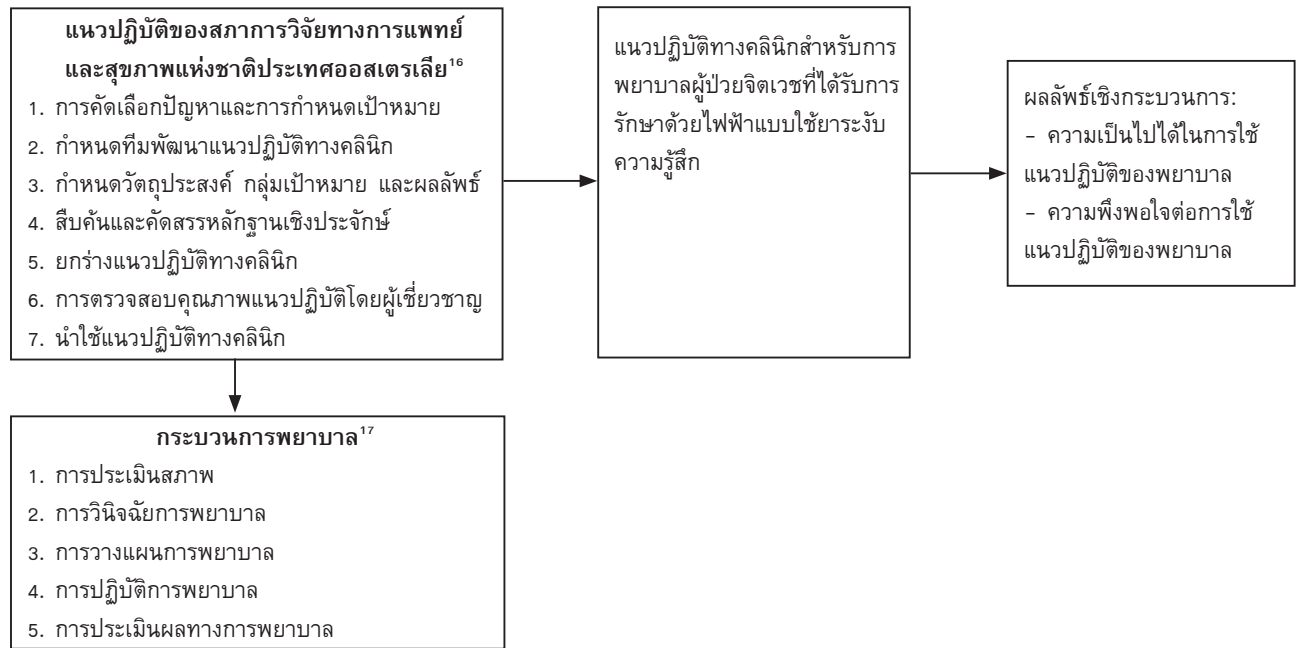
คำถามการวิจัย

1. แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกมีองค์ประกอบอะไรบ้าง
2. ความเป็นไปได้และความพึงพอใจของพยาบาลภายหลังการใช้นโยบายเป็นอย่างไร

รูปแบบการศึกษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก ผู้วิจัยได้ใช้ 2 แนวคิด คือ การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย¹⁶ 7 ขั้นตอนและกระบวนการพยาบาล¹⁷ ร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์¹⁸ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก^{8,10,11,13,15} มีรายละเอียดดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (research and development) โดยมีกระบวนการพัฒนา 2 ระยะ คือ 1) การพัฒนาแนวปฏิบัติ และ 2) การนำใช้แนวปฏิบัติ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

1.1 กำหนดประเด็นและขอบเขตของปัญหา โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก 1) ทบทวนวรรณกรรมของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาดด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก และทบทวนอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อน พร้อมทั้งวิธีการแก้ไขเหตุการณ์ 2) สนทนากลุ่ม (focus group) กับทีมบุคลากรด้านจิตเวชโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ คือ จิตแพทย์ ทันตแพทย์ วิศวกรพยาบาล เกสเซอร์ พยาบาลหัวหน้าคลินิก และพยาบาลปฏิบัติการหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 10 คน 3) สัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) พยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติงานให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาดด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกในหอผู้ป่วยระยะเวลา 1-10 ปี จำนวน 8 คน และผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาดด้วยไฟฟ้าจำนวน 2 คน ในประเด็นปัญหาเรื่องอุปสรรคและการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาดด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกระยะก่อน ระหว่าง และระยะหลังการรักษา

1.2 กำหนดที่มพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

ผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาร่างแนวปฏิบัติ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

1.3 กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย และผลลัพธ์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ กลุ่มเป้าหมาย คือ พยาบาลวิชาชีพได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานเป็นหัวหน้าทีมการพยาบาลหรือสมาชิกทีมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาดด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกตั้งแต่ระยะก่อน ระหว่าง และหลังการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ อายุ 18-59 ปี ผ่านการอบรมพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช และมีประสบการณ์ทำงานในตำแหน่งวิชาชีพไม่ต่ำกว่า 1 ปี จำนวน 32 คน ผลลัพธ์ เป็นผลลัพธ์เชิงกระบวนการด้านคุณภาพการนำแนวปฏิบัติไปใช้ 1) ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้แนวปฏิบัติ 2) ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติ

1.4 การสืบค้นและคัดสรรหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้กรอบแนวคิด PICO¹⁹ ดังนี้ P: ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาดด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก (modified electroconvulsive therapy of patients with psychiatry), I: แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาดด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก (clinical nursing practice guideline), O: ความพึงพอใจ (satisfaction) และสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลทั้งในประเทศและต่างประเทศ ได้แก่ CINAHL, ThaiJO, ThaiLIS, PubMed,

Cochrane และ Google Scholar พบงานวิจัยจำนวน 30 เรื่อง คือ การสุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบ (randomized-controlled trial: RCT) จำนวน 3 เรื่อง, งานวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) จำนวน 1 เรื่อง, รายงานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) จำนวน 3 เรื่อง รายงานวิจัยการศึกษาแบบไปข้างหน้า (cohort study) และการทบทวนแบบบรรยายจำนวน 23 เรื่อง

1.5 ยกเว้นแนวปฏิบัติ จากผลการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ วิเคราะห์เชิงคุณภาพ การสนทนากลุ่มการสัมภาษณ์เชิงลึก และกระบวนการพยาบาล วิเคราะห์และสังเคราะห์ได้ข้อสรุปเนื้อหา จัดทำแนวปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1) การพยาบาลระยะก่อนการรักษา 2) การพยาบาลระยะระหว่างการรักษา และ 3) การพยาบาลระยะหลังการรักษา

1.6 การตรวจสอบคุณภาพแนวปฏิบัติ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) แพทย์ผู้มีความรู้ด้านการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก 1 ท่าน 2) อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช 1 ท่าน และ 3) พยาบาลวิสัญญีผู้เชี่ยวชาญในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก 1 ท่าน ปรับปรุงแนวปฏิบัติตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิในประเด็น ดังนี้ กิจกรรมเนื้อหาบางข้อมีความซ้ำซ้อนให้นำมารวมกัน ปรับเพิ่มข้อวินิจฉัยเพื่อให้ครอบคลุม

ระยะที่ 2 การนำใช้แนวปฏิบัติ มีขั้นตอน ดังนี้

2.1 นำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยจัดประชุมเพื่อให้ความรู้และการนำใช้แนวปฏิบัติ การใช้เครื่องมือเก็บข้อมูลในแต่ละส่วนกับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 32 คน ในหอผู้ป่วยจิตเวชและคลินิกการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์จำนวน 127 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่าง แบบจำเพาะเจาะจง (purposive sampling) มีคุณสมบัติ ดังนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพเพศหญิงและเพศชาย อายุ 18-59 ปี มีประสบการณ์ทำงานในตำแหน่งวิชาชีพไม่ต่ำกว่า 1 ปี และผ่านการอบรมพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน

เป็นหัวหน้าทีมหรือสมาชิกทีมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก ตั้งแต่ระยะก่อนการรักษา ระหว่างการรักษา และระยะหลังการรักษา การคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ร้อยละ 25²⁰ จากจำนวนกลุ่มประชากรทั้งหมด 127 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 32 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากหอผู้ป่วยที่มีการรักษาด้วยไฟฟ้า จำนวน 3 หอผู้ป่วยคัดเลือกตามสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละหอผู้ป่วย ดังนี้ หอผู้ป่วยมีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานทั้งหมดหอผู้ป่วยละ 14 คน มี 2 หอผู้ป่วย คัดเลือกตัวแทนกลุ่มตัวอย่างหอผู้ป่วยละ จำนวน 11 คน รวมเป็น 22 คน และหอผู้ป่วยมีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานทั้งหมดจำนวน 13 คน มี 1 หอผู้ป่วย คัดเลือกตัวแทนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน

จริยธรรมในการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับมนุษย์โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ตามหนังสือรับรองเลขที่ SKPH.IRB.CO.A 6/2565 ลงวันที่ 15 ธันวาคม 2565 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา ไม่มีผลกระทบใด ๆ พร้อมลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร โดยข้อมูลที่ได้รับจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลจะถูกทำลายหลังเผยแพร่ผลงานวิจัยภายใน 2 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เตรียมการนำใช้แนวปฏิบัติ โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การนำใช้แนวปฏิบัติ และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

2. การนำใช้แนวปฏิบัติ โดยให้พยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติตามกำหนด นำไปใช้ในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกระยะก่อน ระหว่าง และระยะหลังการรักษาช่วงเดือน สิงหาคม ถึง ตุลาคม 2566

3. รวบรวมข้อมูลหลังการนำใช้ โดยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล วิเคราะห์ และประเมินผล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก พัฒนาจากแนวคิดของสภาการวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศ

ออสเตอร์เลีย¹⁶ และกระบวนการพยาบาล¹⁷ ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) การพยาบาลระยะก่อนการรักษา 2) การพยาบาลระยะระหว่างการรักษา และ 3) การพยาบาลระยะหลังการรักษา ดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .97

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 3 ส่วน

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้นำแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งปัจจุบัน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระับความรู้สึกทั้งระยะก่อน ระหว่างและหลังการรักษา การอบรมและการศึกษาเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระับความรู้สึก

2.2 แบบประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง มีลักษณะให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นต่อความสามารถในการปฏิบัติ โดยเลือก 2 คำตอบคือ เป็นไปได้ เป็นไปไม่ได้ ตรวจสอบความตรงเนื้อหา (content validity index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .97 และก่อนการนำใช้จริงมีการทดลองเก็บข้อมูลกับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 ราย ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) วิเคราะห์โดยการหาค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) เท่ากับ .90

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการนำใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง มีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดย 5 หมายถึง ความพึงพอใจมากที่สุด และ 1 หมายถึง ความพึงพอใจน้อยที่สุด ตรวจสอบความตรงเนื้อหา (content validity index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 และก่อนการนำใช้จริงมีการทดลองเก็บข้อมูลกับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 ราย ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) วิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 1

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความเป็นไปได้ ความพึงพอใจ ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ข้อมูลได้จากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

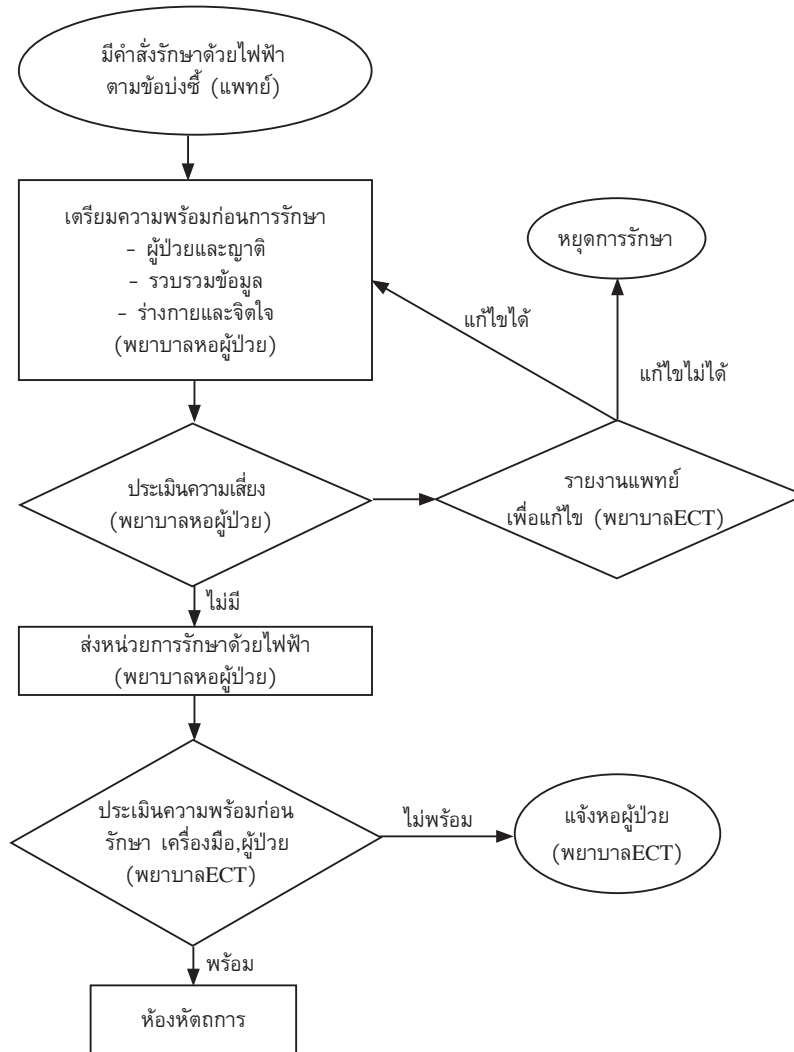
ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระับความรู้สึก

1.1 แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย ชื่อแนวปฏิบัติ วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย ผังขั้นตอนแนวทางปฏิบัติการพยาบาลและสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ โดยใช้กระบวนการพยาบาล 3 ระยะ ได้แก่ 1) การพยาบาลระยะก่อนรักษา 2) การพยาบาลระหว่างการรักษา และ 3) การพยาบาลระยะหลังรักษา ดังนี้

แนวปฏิบัติ ระยะก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระับความรู้สึก

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระับความรู้สึก ประกอบด้วย 1) การประเมินสภาพผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (1) การพยาบาลก่อนการรักษาในหอผู้ป่วย ชักประวัติการมีโรคร่วม ส่งถ่ายภาพรังสีและคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การให้ความรู้เรื่องการรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับญาติโดยใช้วิดิทัศน์ และในวันก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า ประเมินความพร้อมร่างกาย จิตใจ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาพถ่ายรังสี การงดน้ำและอาหาร การเซ็นยินยอมผ่าตัดความรู้ในการรักษาด้วยไฟฟ้า (2) การพยาบาลก่อนการรักษาในหน่วยการรักษาด้วยไฟฟ้า ประเมินความถูกต้องของตัวบุคคล สอบถามการงดอาหาร และน้ำ ตรวจสอบการให้ยา ก่อนการรักษา ตรวจสอบความพร้อมของการเตรียมอุปกรณ์ ประกอบด้วย เครื่องวัดสัญญาณชีพ อุปกรณ์การให้สารน้ำในหลอดเลือดดำ ผ้าสำหรับจำกัดพฤติกรรม 2) ปัญหาและความต้องการ เช่น วิตกกังวล ความรู้การรักษาด้วยไฟฟ้าและยาระับความรู้สึก 3) การวางแผนและการพยาบาล การให้ความรู้และความจำเป็น ขั้นตอน ผลข้างเคียงในการรักษาด้วยไฟฟ้า การจัดการผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ป่วยที่มีประวัติความดันโลหิตสูงและไม่สามารถควบคุมได้ให้รายงานแพทย์เพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสมต่อไป 4) การประเมินผลการพยาบาล โดยการสังเกต สอบถามตามการรับรู้ของผู้ป่วย ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาด้วยไฟฟ้าลดลงหรือไม่ในช่วงก่อนการทำการรักษาด้วยไฟฟ้า โดยการประเมินเป็นระยะเพื่อจะได้ปรับแผนการรักษาให้เหมาะสม ดังภาพ 2

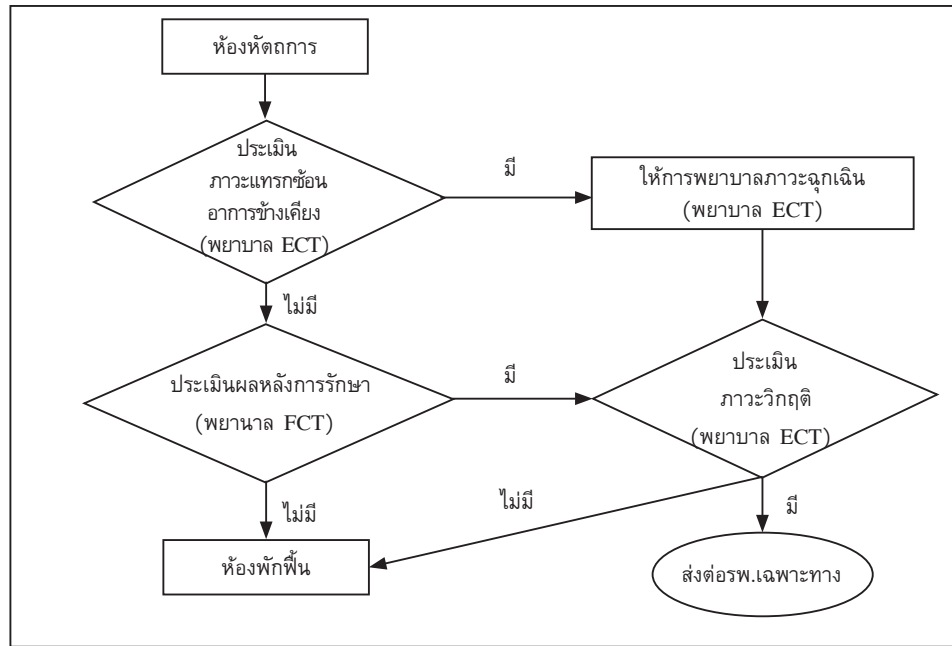


ภาพ 2 ผังขั้นตอนแนวทางปฏิบัติฯ ระยะก่อนการรักษา

แนวปฏิบัติฯ ระยะระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก ประกอบด้วย 1) การประเมินสภาพผู้ป่วย จากการสังเกต ประเมินอาการผิดปกติ หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดอันตรายกับผู้ป่วย ตรวจสอบความพร้อมอุปกรณ์ ประกอบด้วย เครื่องรักษาด้วยไฟฟ้า เครื่องช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะ รดฉุกเฉิน เครื่องวัดสัญญาณชีพ 2) วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการที่สอดคล้องกับข้อมูลที่รวบรวมได้ เช่น มีการสำลักเข้าปอด หยุดหายใจและขาดออกซิเจน ภาวะความดันโลหิตสูงหรือต่ำ 3) การวางแผนและการพยาบาล โดยการจัดทำให้ผู้ป่วยนอนหงายราบ ให้ออกซิเจน ประเมินสัญญาณชีพขณะวิสัญญีพยาบาลให้ยาสลบดูแลไม่ให้เกิดอาการข้างเคียงและอยู่ในภาวะปกติก่อนให้สัญญาณแพทย์เพื่อกดไฟ เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง สัญญาณชีพ

อย่างใกล้ชิด สังเกตลักษณะการหายใจ ภาวะแทรกซ้อน เช่น วัด BP ได้ $\leq 100/60$ mmHg หรือ systolic ลดลงมากกว่า 20% ของ baseline ต้องประเมินสัญญาณชีพทุก 2 นาที ตรวจสอบการได้รับสารน้ำของผู้ป่วยว่าเพียงพอหรือไม่ ถ้ายังวัด BP ได้ $\leq 100/60$ mmHg systolic ลดลง > 20% ของ baseline แสดงว่ามีภาวะ hypotension ให้รายงานแพทย์เพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสม 4) การประเมินผลการพยาบาลสามารถประเมินได้จากปฏิกิริยา หรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยไฟฟ้า ได้แก่ ไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน สัญญาณชีพปกติ ไม่พบภาวะ Hypotension และเมื่อประเมินพบว่าการพยาบาลไม่บรรลุเป้าหมายจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลใหม่ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับผู้ป่วย ให้การพยาบาลในการลดความรุนแรงอาการข้างเคียง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถแก้ไขภาวะวิกฤตหากเกิดขึ้น พร้อมทั้งส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตไปยังโรงพยาบาลเฉพาะทางได้ ดังภาพ 3

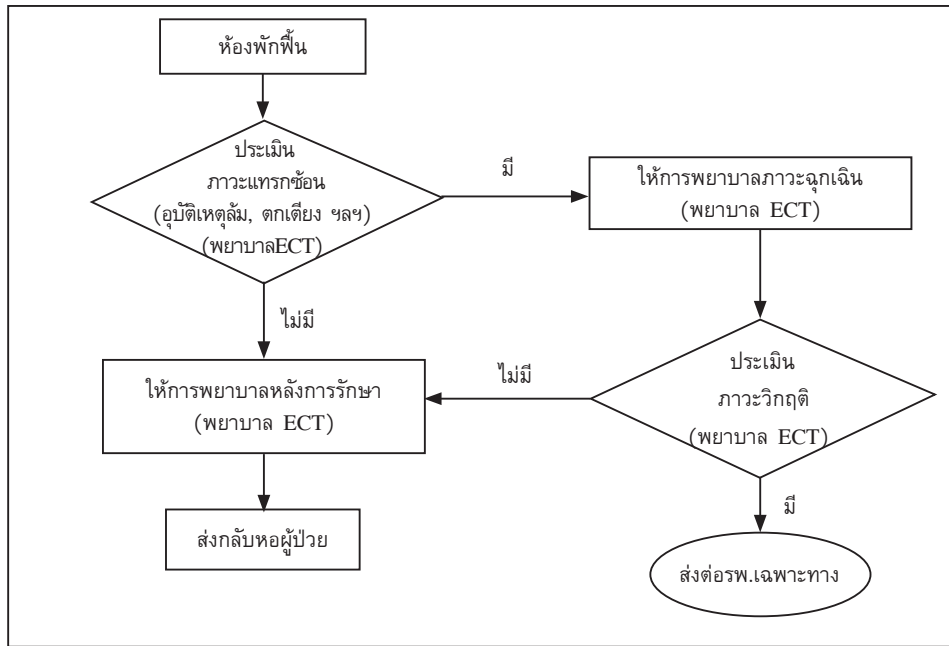


ภาพ 3 ผังขั้นตอนแนวทางปฏิบัติ ระหว่างการรักษา

แนวปฏิบัติ ระยะหลังการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชหลังการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก ประกอบด้วย 1) การประเมินสภาพผู้ป่วยโดยการสังเกต สอบถาม ตรวจร่างกาย เช่น ด้านร่างกาย มีการประเมินสภาวะด้านการหายใจภาวะขาดออกซิเจนประเมินอาการข้างเคียง ภาวะแทรกซ้อน และระดับความรู้สึกตัวด้านจิตใจมีการประเมินความวิตกกังวล และความกลัวต่อการรักษาด้วยไฟฟ้าของผู้ป่วย ตรวจสอบความพร้อมอุปกรณ์ ประกอบด้วย ถังออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เครื่องวัดสัญญาณชีพ 2) ปัญหาและความต้องการ อาจพบปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ได้แก่ การได้รับอุบัติเหตุเนื่องจากสับสน มึนงง ไม่สุขสบายจากอาการปวดศีรษะ วิตกกังวล

เนื่องจากความจำเสื่อมชั่วคราว 3) การวางแผนและการพยาบาล ระยะนี้ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจนเป็นอันตรายจึงสามารถย้ายออกจากห้องพักฟื้นกลับหอผู้ป่วยได้ กรณีผิดปกติหรือมีภาวะแทรกซ้อนให้การพยาบาลตามอาการ เช่น มีภาวะสับสนควบคุมตัวเองไม่ได้ ดูแลจำกัดพฤติกรรมด้วยการผูกมัดพร้อมทั้งรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาในการรักษาต่อไป และหากผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตสามารถส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลเฉพาะทางได้ 4) การประเมินผลการพยาบาล โดยพิจารณาจากปฏิกิริยาของผู้ป่วยหลังการรักษาด้วยไฟฟ้า ได้แก่ อาการทางจิตผู้ป่วยลดลง วิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาด้วยไฟฟ้าลดลง ไม่เกิดอุบัติเหตุ หกล้มจากภาวะสับสนมึนงง และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ดังภาพ 4



ภาพ 4 ผังขั้นตอนแนวทางปฏิบัติ ระยะเวลาหลังการรักษา

1.2 การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติ ด้านความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พบว่า ดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .97 ซึ่งเป็นค่าความตรงตามเนื้อหาดีเยี่ยม²¹ และการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกด้วยเครื่องมือ AGREE II ประกอบด้วย 6 หมวด²² พบว่า การประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกภาพรวมเท่ากับ ร้อยละ 95.63 สำหรับหมวดที่มีระดับคะแนนการประเมินมากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและความชัดเจนในการนำเสนอเท่ากับ ร้อยละ 98.61 และระดับคะแนนการประเมินน้อยที่สุด คือ การนำไปใช้ร้อยละ 92.70

2. การนำใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก โดยพยาบาล 32 คน ไปใช้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกตั้งแต่ระยะก่อนรักษา ระยะระหว่างการรักษา และระยะหลังการรักษา ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้นำใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 32 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 24 คน คิดเป็นร้อยละ 75 มีอายุเฉลี่ย 40.59 ปี (SD = 8.63) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 68.80 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก เฉลี่ย 5.81 ปี (SD = 2.54) ตำแหน่งปัจจุบันเป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 100 เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกร้อยละ 3.13 และได้รับการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกส่วนใหญ่จากประสบการณ์ของตนเอง ร้อยละ 96.87

2.2 ความเป็นไปได้ในการนำใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความคิดเห็นต่อการนำใช้นโยบายปฏิบัติ (N = 32)

ความเป็นได้ของการนำใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิก	เป็นไปได้		เป็นไปได้ไม่ได้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชระยะก่อนการรักษา				
1. การประเมินสภาพ	32	100	-	-
2. ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย	32	100	-	-
3. การวางแผนและการพยาบาล	23	71.88	9	28.12
4. การประเมินผลการพยาบาล	30	93.75	2	6.25
การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชระยะระหว่างการรักษา				
1. การประเมินสภาพ	32	100	-	-
2. ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย	32	100	-	-
3. การวางแผนและการพยาบาล	30	93.75	2	6.25
4. การประเมินผลการพยาบาล	32	100	-	-
การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชระยะหลังการรักษา				
1. การประเมินสภาพ	32	100	-	-
2. ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย	32	100	-	-
3. การวางแผนและการพยาบาล	32	100	-	-
4. การประเมินผลการพยาบาล	30	93.75	2	6.25

จากตาราง 2 ความเป็นไปได้ของการนำใช้นโยบายปฏิบัติ โดยพยาบาลวิชาชีพเกือบทั้งหมดเห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการนำนโยบายปฏิบัติ นี้ไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกในทุกๆระยะของการรักษา คือ ระยะก่อนการรักษา (ร้อยละ 71.88-100) ระยะ

ระหว่างการรักษา (ร้อยละ 93.75-100) และระยะหลังการรักษา (ร้อยละ 93.75-100)

2.3 ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่นำใช้นโยบายปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้นโยบายปฏิบัติ (N = 32)

ข้อคำถาม	M	SD	ระดับความพึงพอใจ
แนวปฏิบัติ มีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน ใช้งานไม่ยุ่งยากซับซ้อน	4.66	.55	มากที่สุด
แนวปฏิบัติ มีความเหมาะสม สามารถนำไปใช้ได้	4.78	.42	มากที่สุด
แนวปฏิบัติ ช่วยให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ	4.72	.46	มากที่สุด
แนวปฏิบัติ เพิ่มคุณภาพการบริการของพยาบาล	4.75	.44	มากที่สุด
แนวปฏิบัติ สามารถป้องกันและช่วยลดอุบัติเหตุการเกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยได้	4.72	.46	มากที่สุด
ความพึงพอใจโดยรวม	4.81	.40	มากที่สุด

จากตาราง 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้นโยบายปฏิบัติ ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.81, SD = .40) โดยแนวปฏิบัติ ประเด็นมีความเหมาะสม สามารถนำไปใช้ได้อยู่ในระดับมาก (M = 4.78, SD = .42) และประเด็นขั้นตอนการปฏิบัติชัดเจน ใช้งาน ไม่ยุ่งยากซับซ้อน อยู่ในระดับน้อยที่สุด (M = 4.66, SD = .55)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า แบบใช้ยาระงับความรู้สึก โดยผู้วิจัยอภิปรายการพัฒนาและประเมินความเป็นไปได้ในการนำใช้นโยบายปฏิบัติ ดังนี้

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก ผู้วิจัยได้ใช้ขั้นตอนการพัฒนาจากแนวคิด

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสาขาจิตวิทยาการแพทย์ และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย¹⁶ ซึ่งมีขั้นตอนที่ชัดเจน ง่ายต่อการพัฒนา และได้รับการยอมรับในการนำไปใช้ในงานวิจัยที่หลากหลาย สำหรับสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ ได้ใช้กระบวนการพยาบาลซึ่งเป็นเครื่องมือที่มาตรฐานสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาล¹⁷ ซึ่งประกอบด้วย 1) การประเมินสภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาล ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม หลักฐานเชิงประจักษ์และข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มกับทีมบุคลากรด้านจิตเวชที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก โดยแบ่งแนวปฏิบัติ ออกเป็น 3 ระยะ คือ การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชระยะก่อน ระหว่าง และระยะหลังการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผัดตัดกระดูกสันหลังโรงพยาบาลชลบุรี²³ ที่ใช้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติของสภาการวิจัยแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย 7 ขั้นตอน นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดผลกดทับของผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลระนอง²⁴ ซึ่งเป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยใช้กระบวนการพยาบาล มีการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 1 แสดงถึงความตรงด้านเนื้อหาที่อยู่ในระดับสูง²⁴ ซึ่งค่าความตรงด้านเนื้อหาที่ยอมรับได้ คือ .70²¹ ขึ้นไป

ความเป็นไปได้ในการนำใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก พบว่า พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้นำแนวปฏิบัติ ให้ความเห็นวาระก่อนการรักษามีความเป็นไปได้ ร้อยละ 71.88-100 ระยะระหว่างการรักษา ร้อยละ 93.75-100 และระยะหลังการรักษา ร้อยละ 93.75-100 อภิปรายได้ว่า แนวปฏิบัติ ระยะระหว่างและระยะหลังการรักษา มีการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลทางการพยาบาลที่ได้มาจากข้อมูลการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึกและการทบทวนศึกษาเอกสารงานวิจัยอย่างเพียงพอ สะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการพยาบาลตั้งแต่การประเมินสภาพจนกระทั่งการประเมินผล ง่ายต่อการนำไปใช้ ไม่ซับซ้อน เป็นขั้นเป็นตอน มีการทำงานเป็นทีม เน้นความปลอดภัยทางด้านร่างกายผู้ป่วยเป็นสำคัญ ทีมที่ให้การพยาบาลต้องมีความรู้ ทักษะ ความชำนาญพร้อม

ที่จะให้การพยาบาลเบื้องต้นได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย เพื่อลดอาการข้างเคียงและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้^{9,25-28} สำหรับความเป็นไปได้ในระลอกการรักษาร้อยละ 71.88 โดยเฉพาะประเด็นของข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ผู้วิจัยนำเสนอใน แนวปฏิบัติ ครอบคลุมถึงผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าที่มีโรคทางกายร่วม ซึ่งพบว่าไม่มีผู้ป่วยในกลุ่มนี้ จึงไม่นำแนวปฏิบัติ ในประเด็นดังกล่าวไปใช้

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการนำใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก พบว่า ความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ระดับมากที่สุด ($M = 4.81$, $SD = .40$) ทั้งนี้ อภิปรายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพทุกคนมีความคิดเห็นวาระแนวปฏิบัติ มีประโยชน์ต่อการปฏิบัติในการดูแลให้การพยาบาล และมีผลดีต่อผู้ป่วยซึ่งสามารถป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนได้ อีกทั้งกิจกรรมของแนวปฏิบัติ สามารถปฏิบัติตามได้จริง ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน ทำให้มีมาตรฐานในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกไปในทิศทางเดียวกัน หน่วยงานมีการพัฒนาในการพยาบาลมากยิ่งขึ้น และยังสอดคล้องกับบริบทของคลินิกการตรวจรักษาพิเศษการ รักษาด้วยไฟฟ้า²⁹ ในการนำกระบวนการพยาบาลเข้ามาดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก ทั้ง 3 ระยะ คือ ก่อนการรักษา ระหว่างการรักษา และหลังการรักษา โดยการมีประเมินผู้ป่วยอย่างมีระบบก่อนนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการพยาบาล เพื่อลดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น

การประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก โดยใช้เครื่องมือประเมินทางคลินิกสำหรับงานวิจัย²¹ ประกอบด้วย 6 หมวด สำหรับหมวดที่มีระดับคะแนนการประเมินมากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและความชัดเจนในการนำเสนอร้อยละ 98.61 และระดับคะแนนการประเมินน้อยที่สุด คือ การนำไปใช้ ร้อยละ 92.70 อภิปรายได้ว่า คุณภาพของแนวปฏิบัติ โดยผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นสรุปตรงกันว่า เป็นแนวปฏิบัติที่มีคุณภาพสูง สามารถนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ได้ และจากการประเมินด้วยเครื่องมือ AGREE II ภาพรวม คำนวณได้ร้อยละ 95.63 ซึ่งเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ ร้อยละ 70²⁹ ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวในผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง³⁰ โดยพบว่า แนวปฏิบัติที่มี

คุณภาพสูง เป็นแนวปฏิบัติที่มีความน่าเชื่อถือ สามารถนำไปใช้ได้จริงในหน่วยงาน

ข้อจำกัดของการศึกษา

การพัฒนาแนวปฏิบัติ ครั้งนี้ สร้างขึ้นเพื่อใช้กับงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ หากจะนำไปใช้ในบริบทอื่น ๆ ควรมีการปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสมและเข้ากับบริบทของหน่วยงานนั้น ๆ

สรุป

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกในโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ มี 5 องค์ประกอบ คือ 1) ชื่อแนวปฏิบัติ 2) วัตถุประสงค์ 3) กลุ่มเป้าหมาย 4) ผังขั้นตอนแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล และ 5) สารสำคัญของแนวปฏิบัติ ใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การพยาบาลระยะก่อนการรักษา ระยะระหว่างการรักษา และระยะหลังการรักษา จากการประเมินความเป็นไปได้ของการนำใช้แนวปฏิบัติกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวชที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกไม่ต่ำกว่า 1 ปี จำนวน 32 คน ระบุว่าสามารถนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้จริง และมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ ในระดับมากที่สุด ยกเว้นการพยาบาลระยะก่อนการรักษา กิจกรรมด้านการวินิจฉัยการพยาบาลในหัวข้อการรักษาด้วยไฟฟ้าที่มีโรคทางกายร่วม

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. ควรมีการอบรมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก สำหรับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
2. ควรนำแนวปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ และโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่มีบริบทเดียวกัน
3. ควรมีการศึกษาวิจัยในเชิงผลลัพธ์เกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติ ไปใช้ เพื่อติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกในระยะยาว เช่น อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เป็นต้น
4. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติ โดยใช้การวิจัยเชิงทดลอง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เพื่อยืนยันประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

ผู้วิจัยและทีมมีส่วนร่วมในการทำวิจัย ตั้งแต่การเขียนโครงร่างการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการวิจัยอภิปรายผลการวิจัย และการเขียนบทความวิจัย พร้อมทั้งร่วมกันปรับปรุง แก้ไขตามข้อเสนอแนะ

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

งานวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

แหล่งทุนสนับสนุน

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนอุดหนุนเพื่อการทำวิทยานิพนธ์ ปีงบประมาณ 2565 บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสงขลาราชนครินทร์ จังหวัดสงขลา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสงขลาราชนครินทร์ ที่สนับสนุนทุนการวิจัย และอาจารย์ที่ปรึกษาที่ได้ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางในการปรับปรุงในทุกขั้นตอนของการทำแนวปฏิบัติ รวมถึงขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. world-mental-health-report [internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2023 May 16]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
2. Department of Mental Health. Report on services for psychiatric patients in Thailand, Department of Mental Health [internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2022 [cited 2023 May 16]. Available from: <https://dmh.go.th/report/datacenter/dmh/reds.asp>.
3. Medical records of Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital. Annual report of statistics of patients with psychiatric disorders. Songkhla; 2022. Thai.
4. Lortrakul M, Sukanich P. Psychiatry Ramathibodi. 4 th ed. Bangkok: Department of Psychiatry Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2015. Thai.
5. Sihiranwong A, Yuttarai P, Kasamut P, et al. Psychiatric nurse. Nakhon Pathom: Printing Business Line; 2014. Thai.
6. Parinupap P, Panasathit M. Electroconvulsive Therapy in the Psychiatric Unit at Uttaradit Hospital: Retrospective descriptive study (Chart Review). TMJ. 2018; 18(3): 300-9. Thai.
7. Electroconvulsive Therapy Service Unit of Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital. Annual report of statistics of psychiatric disorders patients undergoing modified electroconvulsive therapy. Songkhla: Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital; 2022. Thai.

8. Itthasakul P. Electroconvulsive therapy. Bangkok: Ramathibodi textbook project Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University; 2022. Thai.
9. Sakulpan S, Suwomamong K, Thanoi W. Situation of electroconvulsive therapy by use of anesthesia in psychiatric patients at the Kanlayana Rajanagarindra Institute. JRTAN. 2018; 19(Suppl): 316-25. Thai.
10. Termphonlert N, Waleeprakon P. Effects of knowledge media videos on reducing anxiety. J Psychiatr Assoc Thailand. 2020; 65(2): 153-66. Thai.
11. Bunpairatsakul J, Sereedenchai P, Sonthayathakerd T, et al. Work manual on electrotherapy patient services for multidisciplinary teams. Surat Thani: Nursing Mission Group Suan Saranrom Hospital; 2017. Thai.
12. Thinpat R. Procedures for modified electroconvulsive therapy. Ubon Ratchathani: Nursing Mission Group Phra Sri Mahaphot Hospital; 2020. Thai.
13. Prachatri R. Development of nursing guidelines for psychiatric patients receiving treatment. [master's minor thesis]. [Songkla]: Prince of Songkla University; 2014. 175 p.
14. Thirthalli J, Sinha P, Sreeraj VS. Clinical practice guidelines for the use of electroconvulsive therapy. Indian J. Psychiatry. 2023; 65(2): 258-69.
15. Mental Health Alcohol and Other Drugs Branch, Department of Health. Guideline for the administration of electroconvulsive therapy. Brisbane, QLD: State of Queensland (Queensland Health); 2022.
16. National Health and Medical Research Council (NHMRC). A guide to development implementation and evaluation of clinical practice guideline [Internet]. Australia: National Health and Medical Research Council; 1999 [cited 2020 Jul 15]. Available from: <https://www.nhmrc.gov.au/sites/default/files/images/a-guide-to-the-development-and-evaluation-of-clinical-practice-guidelines.pdf>.
17. Panthasi P. Nursing process & functional health pattern: Application in clinical practice. 28 th ed. Bangkok: Faculty of Nursing Saint Louis College; 2022. Thai.
18. Joanna Briggs Institute. Reviewers' manual 2014 edition [Internet]. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; 2014 [cited 2020 Oct 15]. Available from: <https://docplayer.net/6678504-Joanna-briggs-institute-reviewers-manual-2014-edition.html>.
19. Kumatid A, Markrat M. Using the systematic review to provide a complete summary on a research question in evidence-based practice: A 3-step method. SCNJ. 2017; 3(3): 246-59. Thai.
20. Singchangchai P, Khamphalikhit S, Nasae T. Nursing research: Principles and processes. 2 nd ed. Songkla: Faculty of Nursing Prince of Songkla University; 1996. Thai.
21. Tato R. Nursing research: Concepts to application. 5 th ed. Bangkok: Printing House of Chulalongkorn University; 2020. Thai.
22. Institute of Medical Research and Technology Assessment. Appraisal of guideline for research and evaluation II. Bangkok: Department of medical services; 2015. Thai.
23. Saksriwattana K, Rattanamatitrikiat R, Anannaveenusorn J, et al. Development of nursing practice guidelines for spinal surgery patients at Chonburi Hospital. JRTAN. 2020; 21(1): 376-84. Thai.
24. Luangon P, Chotikasathit S. Development and evaluation of nursing practice guideline for pressure injury prevention in high-risk elderly patients at in-patient Units, Ranong Hospital. TJNMP. 2022; 9(1): 36-49. Thai.
25. Lasuka D. Clinical practice guidelines adaptation: Concept and process. Nursing J. 2013; 40(Suppl): 97-104. Thai.
26. Charoenbun T, Tangwongchai S, Kanjanthanalert N. Prevalence of adverse events and related factors from electroconvulsive therapy among patients in the Department of Psychiatry, Chulalongkorn Hospital. CHULA MED J. 2016; 52(Suppl): 1-16. Thai.
27. Tumthong S, Thongyindee N. Development of a patient oral condition assessment form before Electrotherapy. J Ment Health Thai. 2020; 28(4): 317-26. Thai.
28. Jeab V. Psychiatric nursing. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2013. Thai.
29. AGREE Next Steps Consortium. The AGREE II instrument [Internet]. Ontario: The Agree Research Trust; 2017 [cited 2020 Sep 5]. Available from: <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf>.
30. Rattanaphan T, Chinnawong T, Khanitha N. Development and evaluation of clinical nursing practice guideline for promoting recovery in elderly patients after abdominal surgery. Songklanagarind J Nurs. 2021; 41(4): 60-7. Thai.

บทความวิจัย

การรับรู้เป้าหมายชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง Perception of Purpose in Life among Elderly in Urban Areas

ทัศนีย์ ขาว¹ กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์^{2*} ศศิธร ลายเมฆ³ สุนันทา ย่างนิชเศรษฐ⁴
Tusanee Khaw¹ Karnsunaphat Balthip^{2*} Sasithorn Laimek³ Sununta Youngwanichseth⁴

¹อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

¹Lecturer, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

²รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

²Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

³Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

⁴รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย จังหวัดปทุมธานี

⁴Associate Professor, Faculty of Nursing, Eastern Asia University, Pathumthani, Thailand.

*ผู้รับผิดชอบหลัก: quantar.b@psu.ac.th

*Corresponding author: quantar.b@psu.ac.th

Received 1 April 2024 • Revised 17 August 2024 • Accepted 19 August 2024

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: วิจัยคุณภาพเชิงบรรยายเพื่อศึกษาการรับรู้เป้าหมายชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป อาศัยในเขตเมือง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา จำนวน 10 ราย **วิธีการ:** เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการรับรู้เป้าหมายชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) **ผลการศึกษา:** พบว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองให้ความหมายเป้าหมายชีวิต 3 ประเด็น คือ 1) การมีสุขภาพกาย-ใจแข็งแรงเพื่อการพึ่งตนเอง 2) การได้เห็นความสำเร็จของลูกหลาน และ 3) การมีชีวิตที่เป็นประโยชน์เพื่อผู้อื่น โดยมีวิธีการเพื่อไปสู่เป้าหมายชีวิตที่มั่นคง 4 วิธีการดังนี้ 1) การตั้งใจดูแลตนเองให้แข็งแรง-ไม่เจ็บป่วย 2) การจัดการด้านอาชีพและการสำรองเงินเลี้ยงชีพ 3) อยู่กับปัจจุบันด้วยความไม่ประมาทและยอมรับความเป็นจริงของชีวิต และ 4) การดำเนินชีวิตแบบเรียบง่ายพอเพียงปล่อยวางไม่ยึดติด **สรุป:** บุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถนำองค์ความรู้เป้าหมายชีวิตตามการรับรู้ของผู้สูงอายุในเขตเมืองไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุในเขตเมือง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพดำรงชีวิตด้วยตนเองได้อย่างมีคุณค่าและมีคุณภาพ สามารถเข้าสู่ผู้สูงอายุพุดตพลั่งที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: เป้าหมายชีวิต; ผู้สูงอายุเขตเมือง; การวิจัยเชิงคุณภาพเชิงบรรยาย

Abstract

Objective: This qualitative descriptive research aimed to explore the purpose in life among the elderly living in urban areas of Hatyai, Songkhla. Ten informants, aged 60 years or older, were recruited. **Method:** Data were collected using demographic questionnaires and in-depth interviews about the perception of purpose in life. Demographic data were analyzed using frequency and mean statistics. Qualitative data were analyzed using content analysis. **Results:** The study found that the elderly living in the urban area defined the purpose in life in three categories; 1) having a healthy body and mind to be a self-dependent person, 2) witnessing the success of their younger generation, and 3) living to benefit others. Informants employed four ways to reach their purpose in life including 1) committing to taking good care of themselves and not getting sick, 2) managing careers and financial reservations, 3) being in the present with no carelessness and accepting life as it is, and 4) keeping life simple, be sufficient, and no attachment. **Conclusion:** The result can be helpful for healthcare professionals in guiding the development of a health-promoting program to promote the health of elderly persons living in urban areas. This is expected to help older people maintain their self-dependence with an increase in the quality of self-care and life and become active ageing people.

Keywords: purpose in life; elderly living in urban area; qualitative research

ความสำคัญของปัญหา

ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการแพทย์ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวและมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ปัจจุบันจำนวนและสัดส่วนของผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั่วโลก และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ 2050 หรืออีก 16 ปีข้างหน้า ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (super-age society) โดยมีผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งประเทศ¹ อีกทั้งจากการเปลี่ยนแปลงสภาพด้านเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนจากภาคเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรม มีผลให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานจากชนบทเข้าสู่เมือง ปัจจุบันสังคมไทยจึงกำลังเปลี่ยนแปลงสู่ความเป็นเมือง (urbanization) กระจายทั่วทุกพื้นที่ของประเทศ เกิดเมืองขนาดใหญ่เพิ่มมากขึ้น ทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอ²

ความเป็นเมืองส่งผลให้เกิดการเคลื่อนย้ายสมาชิกในครอบครัวเพื่อการมุ่งสู่การประกอบอาชีพที่มีโอกาสในการสร้างรายได้ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงขนาดของครอบครัวไทยจากครอบครัวขยายสู่ครอบครัวเดี่ยวที่มีขนาดเล็กลง และภาวะเศรษฐกิจที่สมาชิกครอบครัวต้องทำงานนอกบ้าน ส่งผลให้ผู้สูงอายุเขตเมืองเกิดการอาศัยในรูปแบบครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุอยู่ลำพังในอัตราที่สูงขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุเขตเมืองต้องใช้ศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองภายใต้ข้อจำกัดของร่างกายที่เสื่อมถอยลง ต้องรับภาระดูแลสุขภาพตนเองอยู่และ

ดูแลสุขภาพที่เสื่อมตามวัยด้วยตนเองตามลำพัง ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม หรือระดับคุณภาพชีวิตลดลง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่ได้เตรียมตัวในการอยู่ตามลำพัง ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเหงา หมดหวังในชีวิตสัมพันธ์ภาพทางสังคมลดลง เกิดการแยกตัวออกจากสังคม³ อีกทั้งผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองและเขตชนบทจะมีสุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม สุขภาวะทางจิตวิญญาณ และสุขภาวะโดยรวมที่แตกต่างกัน² ผู้สูงอายุเขตเมืองส่วนใหญ่จะต้องมีปัญหาสุขภาพและโรคประจำตัวที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพการดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่เหมาะสมและความเสื่อมถอยตามวัย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ปวดข้อและปวดหลัง^{4,5} จะมีความต้องการผู้ดูแลสูงขึ้น⁶ ก่อให้เกิดปัญหาความเปราะบางในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามมา อีกทั้งผู้สูงอายุในเขตเมืองยังต้องรับบทบาทในการดูแลตนเองและดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ด้วยตนเองในอัตราที่สูงขึ้น⁷ จึงนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของค่าครองชีพ อัตราการรักษาพยาบาลและความต้องการดูแลรวมทั้งส่งผลต่อการพัฒนาและการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจในระยะยาว ทั้งประเด็นงบประมาณ เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับประเทศโดยรวม⁸

จากการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุภายใต้กรอบแนวคิดและนโยบายขององค์การสหประชาชาติและองค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายหลักในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวทั้งในเขตเมืองและท้องถิ่น เพื่อให้ผู้สูงอายุ

เกิดการสูงวัยอย่างสุขภาพดีและมีสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ (active ageing) โดยผู้สูงอายุจะต้องสามารถดูแลตนเองได้เหมาะสมกับโรคที่มี สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่องตามศักยภาพ สามารถชะลอวัยและป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ มีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพด้านต่าง ๆ ตลอดจนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมได้^๙ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเป้าหมายในชีวิต (purpose in life) เป็นแนวคิดที่สำคัญในการดำเนินชีวิตสำหรับผู้สูงอายุที่จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตและการมีสุขภาพที่ดี ด้วยการมีทิศทางของการดำเนินชีวิตที่ชัดเจนที่เกิดจากความแข็งแรงภายใน สัมพันธ์ทางสังคมและผู้อื่น และการมีจิตวิญญาณที่เกี่ยวข้องกับศาสนา^๙ การมีเป้าหมายในชีวิตจะเป็นพลังในการขับเคลื่อนที่สำคัญในการดำเนินชีวิต มีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพทั้งในผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ คนที่มีเป้าหมายในชีวิตที่ชัดเจนจะมีความสัมพันธ์ในการเกิดโรคน้อยกว่ารวมทั้งมีผลต่อการรู้คิดที่สูงกว่า^{๑๐} มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพในทางบวกสำหรับผู้สูงอายุ สามารถลดการพึ่งพาหรือการไร้ความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งมีผลต่อการเกิดโรคเรื้อรังได้ลดลง และที่สำคัญที่สุดสามารถลดอัตราการตายในผู้สูงอายุได้^{๑๑}

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ายังไม่มีการศึกษาใด ที่สามารถอธิบายถึงการรับรู้เป้าหมายในชีวิต (purpose in life) ของผู้สูงอายุไทย โดยเฉพาะการรับรู้เป้าหมายชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง ผู้วิจัยจึงใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้เป้าหมายชีวิตและวิธีการไปสู่เป้าหมายชีวิตในผู้สูงอายุในเขตเมือง และสามารถอธิบายการรับรู้เป้าหมายในชีวิตและวิธีการไปสู่เป้าหมายชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเมืองได้ เพื่อนำข้อมูลมาใช้เป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพ นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในเขตเมืองต่อไป

คำถามการวิจัย

การรับรู้เป้าหมายชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเมืองเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่ออธิบายเป้าหมายชีวิตตามการรับรู้ของผู้สูงอายุในเขตเมือง
2. เพื่ออธิบายวิธีการไปสู่เป้าหมายชีวิตตามการรับรู้ของผู้สูงอายุในเขตเมือง

รูปแบบการศึกษา

แนวคิดเบื้องต้น ที่นำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ คือ แนวคิดเป้าหมายชีวิต (purpose in life) เป็นแนวคิดเกี่ยวกับการมีชีวิตอย่างมีเป้าหมาย ที่เกิดจากความแข็งแรงภายใน นำไปสู่การดำเนินชีวิตอยู่แบบมีทิศทางที่ชัดเจน ส่งผลให้รู้สึกว่าชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าทั้งชีวิตในปัจจุบัน^๙ การมีเป้าหมายในชีวิตเป็นพลังในการขับเคลื่อนที่สำคัญในการดำเนินชีวิต มีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพทั้งในผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพในทางบวกสำหรับผู้สูงอายุ มีผลต่อการเกิดโรคเรื้อรังลดลง สามารถลดภาวะการไร้ความสามารถในการพึ่งพา และที่สำคัญที่สุดสามารถลดอัตราการตายในผู้สูงอายุได้^{๑๐} คนที่มีเป้าหมายชีวิตที่ชัดเจนกว่าจะมีความสัมพันธ์ในการเกิดโรคน้อยกว่า^{๑๑} ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดเป้าหมายชีวิต (purpose in life) เป็นกรอบแนวคิดเบื้องต้นเพื่อเป็นแนวในการออกแบบคำถามการวิจัยเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ ผ่านระเบียบวิธีวิจัยคุณภาพเชิงบรรยาย (qualitative descriptive research) เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้เป้าหมายชีวิตในผู้สูงอายุในเขตเมือง

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากร ผู้สูงอายุในเขตเมือง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

กลุ่มตัวอย่าง หรือผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบการดูแลแบบองค์รวม ต่อเนื่องและอัจฉริยะด้วยแนวคิดครอบครัวภายใต้สังคมพหุวัฒนธรรมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย: กรณีศึกษาจังหวัดสงขลา ในเขตชุมชนศาลาลุงทอง ซึ่งผู้สูงอายุในชุมชนดังกล่าวมากกว่าร้อยละ 90 เป็นเพศหญิง โดยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลจำเพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ได้แก่ 1) เป็นผู้ที่อายุ 60 ปี ขึ้นไป 2) สามารถพูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้ และ 3) ยินดีที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างจะยุติเมื่อข้อมูลเกิดความอิ่มตัวหรือไม่มีสิ่งใหม่เกิดขึ้น

จริยธรรมในการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมของ ศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เอกสาร รับรองเลขที่ PSU IRB 2022-LL-Nur 025 (internal) ลงวันที่ 13 ธันวาคม 2565 ผู้วิจัยดำเนินการโดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลที่เข้าร่วมโครงการทุกขั้นตอน โดยผู้ให้ข้อมูลทุกคนได้รับการอธิบายว่าการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการเป็นไปโดยสมัครใจ มีสิทธิในการไม่ตอบคำถามหรือสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ระหว่างการสัมภาษณ์ขออนุญาตบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ทุกครั้ง รายงานวิจัยไม่ระบุชื่อจริงหรือข้อมูลที่อาจเชื่อมโยงไปสู่การระบุตัวของผู้เข้าร่วม ข้อมูลจะถูกปกปิดไว้เป็นความลับ จะมีการเผยแพร่หรือนำเสนอในภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเสียงจะนำไปถอดเทปและเก็บรักษาไว้เป็นความลับ เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ และข้อมูลจะถูกทำลายโดยผู้วิจัยทันทีหลังจากผลการศึกษได้รับการเผยแพร่ 3 ปี และตลอดระยะเวลาของการเข้าร่วมโครงการวิจัย หากผู้ให้ข้อมูลต้องการข้อมูลเพิ่มเติม สามารถติดต่อสอบถามโดยตรงจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

- 1) ผู้วิจัยเริ่มต้นติดต่อประสานงานกับประธานชุมชนเพื่อได้มาซึ่งรายชื่อผู้สูงอายุตามคุณสมบัติที่กำหนด ประกอบด้วย 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีทะเบียนบ้านอยู่ในเขตเมือง (ชุมชนศาลาลูทุ่งทอง) 2) อายุ 60 ปี ขึ้นไป และ 3) ยินดีที่จะเข้าร่วมการศึกษา และ 4) สามารถสื่อสารได้
- 2) ผู้วิจัยติดต่อผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการศึกษา การดำเนินการวิจัย บทบาทของผู้ให้ข้อมูล รวมถึงสิทธิในการเข้าร่วมและไม่เข้าร่วมในการวิจัย (ตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล) และขออนุญาตนัดหมายวันที่และสถานที่ตามที่อยู่ผู้สูงอายุสะดวกในการสัมภาษณ์ ทั้งที่บ้านผู้สูงอายุและคณะพยาบาลศาสตร์ โดยเป็นที่มีความสงบ ปราศจากการรบกวนในการสัมภาษณ์
- 3) พบผู้สูงอายุครั้งแรกให้ผู้ให้ข้อมูลให้ความยินยอมทั้งด้วยวาจาและลงนามในใบยินยอม และเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพทำความรู้จักซึ่งกันและกัน โดยเริ่มสนทนาพูดคุยเรื่องราวกว้างๆ เพื่อให้มีบรรยากาศความไว้วางใจ จากนั้นทำเริ่มต้นการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อเป็นพื้นฐานในการสัมภาษณ์ ต่อด้วยการประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น และ

เริ่มสัมภาษณ์เชิงลึก

4) ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เกี่ยวกับเป้าหมายชีวิตตามแบบสอบถามพร้อมทั้งบันทึกเทปการสัมภาษณ์และบันทึกสิ่งรายละเอียดต่าง ๆ ที่สังเกตเห็น ทั้งสีหน้า ท่าทาง ประเด็น ต่าง ๆ ระหว่างการสัมภาษณ์ร่วมด้วย โดยสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลา ประมาณ 45-60 นาที ประมาณ 1-2 ครั้งต่อราย

5) หลังการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ผู้วิจัยนำบทสัมภาษณ์ มาถอดเทป ทบทวนความครบถ้วนของข้อมูล และสรุปประเด็นสำหรับการสัมภาษณ์ เพื่อเป็นแนวทางในการเก็บข้อมูลครั้งต่อไป และยุติการเก็บข้อมูลเมื่อข้อมูลเกิดความอิ่มตัวหรือไม่มีความใหม่เกิดขึ้น

เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ผู้วิจัยซึ่งเป็นเครื่องมือหลักของการวิจัย ซึ่งมีวิสัยทั้ง 4 ท่านเป็นผู้ที่ประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพทั้งในกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล และเครื่องมืออื่น ๆ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก มีรายละเอียด ดังนี้ 1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว อาชีพหลัก ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว และระดับสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ 2. การประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูล และ 3. แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามแนวคิดเป้าหมายในชีวิต ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้ทรงซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านเป้าหมายชีวิตและผู้สูงอายุ จำนวน 2 ท่าน ดังตัวอย่างแนวทางการสัมภาษณ์ ดังนี้ คุณลุง/ป้ารู้สึกอย่างไรกับชีวิตความเป็นอยู่ของท่าน คุณลุง/ป้าคิดว่าตนเองมีคุณค่าในตนเองอย่างไรบ้าง คุณลุง/ป้าคิดว่าตัวท่านเองมีความสำคัญอย่างไร คุณลุง/ป้า มีหลักในการดำเนินชีวิตอย่างไรบ้าง คุณลุง/ป้า มีวิธีการอย่างไรบ้างเพื่อให้ชีวิตของท่านอยู่ได้อย่างสมดุล คุณลุง/ป้าคิดว่าอะไรเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในชีวิตของตนเอง คุณลุง/ป้าคิดวางแผนชีวิตในบั้นปลาย/มีเป้าหมายในชีวิตตนเองที่อยากให้เป็นไว้อย่างไร และคุณลุง/ป้าคิดจะไปสู่เป้าหมายในชีวิตตนเองที่อยากให้เป็นได้อย่างไร

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยได้ยืนยันความน่าเชื่อถือของงานวิจัยนี้ ตามแนวคิดของ Lincon and Guba¹² ทั้ง 4 ประการ ดังนี้ 1) ความน่าเชื่อถือ (credibility) โดยเริ่มต้นการสร้างสัมพันธภาพด้วยการทำความรู้จักซึ่งกันและกัน เริ่มการสนทนาด้วยการพูดคุยเรื่องราวทั่วไปจนผู้ให้ข้อมูลเกิดบรรยากาศความไว้วางใจ (prolong engagement) จึงเริ่มเข้าสู่การการสัมภาษณ์ตามแนวคำถามการวิจัย ระหว่างทำการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เกี่ยวกับเป้าหมายชีวิตมีการบันทึกเทปการสัมภาษณ์และมีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า ด้วยการบันทึกสิ่งรายละเอียดต่าง ๆ ที่สังเกตเห็นทั้งสี่หน้า ทำทางประเด็นต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการสัมภาษณ์ (data & researcher triangulation) และทั้งระหว่างการสัมภาษณ์และเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ได้มีการตรวจสอบความหมายของข้อมูลที่ได้กับผู้ให้ข้อมูลทุกครั้ง (member checking) 2) ความสามารถในการถ่ายโอน (transferability) โดยการให้รายละเอียดลักษณะผู้ให้ข้อมูล ที่ได้คัดเลือกผู้สูงอายุตามที่มีประสบการณ์ตรงกับประเด็นที่ต้องการศึกษา และสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 1-2 ครั้ง/ราย จนข้อมูลอิ่มตัว ไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น 3) ความสามารถในการพึ่งพา (dependability) โดยที่ผู้วิจัยทั้ง 4 คน ช่วยตรวจสอบและเลือกใช้ข้อมูลแบบสามเส้าจากการวิเคราะห์ข้อมูล และ 4) ความสามารถในการยืนยัน (conformability) ผลการศึกษา ผู้วิจัยได้แสดงข้อมูลที่ได้มาจากผู้ให้ข้อมูลจริง มาเสนอประเด็นสำคัญพร้อมยกตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลมาสนับสนุนอย่างเพียงพอและสม่าเสมอ

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย และ 2) การวิเคราะห์จากการสัมภาษณ์ โดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยผู้วิจัยเริ่มจากอ่านข้อมูลบทสัมภาษณ์ทั้งหมดอย่างช้า ๆ ข้อมูลจะถูกอ่านคำต่อคำและป้าย (label) จากนั้นบันทึกกลุ่มคำ ที่มีความหมาย สะท้อนความหมายประเด็นสำคัญทั้งหมด จากนั้นจัดกลุ่มและจัดหมวดหมู่ใจความสำคัญเป็นระบบ ดูความสัมพันธ์และความเชื่อมโยงระหว่างหมวดหมู่ และคัดเลือกใจความสำคัญมาเขียนอธิบายภาพรวมข้อมูลทั้งหมดที่เกิดขึ้น^{13,14}

ผลการวิจัย

การรับรู้เป้าหมายชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเมืองคัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง จำนวน 10 คน มีช่วงอายุ 60-86 ปี อายุเฉลี่ย

69 ปี ร้อยละ 90.90 นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 3 ราย สถานภาพหม้าย 4 ราย สถานภาพโสด จำนวน 3 ราย อาชีพข้าราชการบำนาญ 3 ราย อาชีพรับจ้าง 3 รายกิจส่วนตัว 2 ราย และไม่ประกอบอาชีพ 2 ราย จำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวน 3-7 คน 5 ราย อยู่สามีภรรยา 2 คน จำนวน 4 ราย และอยู่คนเดียว 1 ราย รายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,000-25,000 บาท และมีโรคประจำตัว ทั้ง 10 ราย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหอบหืด และโรคข้อเข่าเสื่อม

เป้าหมายชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้เป้าหมายชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง ประกอบด้วย 3 ประเด็น คือ 1) การมีสุขภาพกาย-ใจแข็งแรงเพื่อการพึ่งตนเอง 2) การได้เห็นความสำเร็จของลูกหลาน และ 3) การมีชีวิตที่เป็นประโยชน์เพื่อผู้อื่น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) การมีสุขภาพกาย-ใจแข็งแรงเพื่อการพึ่งตนเอง การศึกษาครั้งนี้ พบว่า เป้าหมายชีวิตที่สำคัญของผู้ให้ข้อมูลทุกราย คือ การมีสุขภาพแข็งแรง ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต เพราะสุขภาพทั้ง 2 มิติ มีความเชื่อมโยงกัน และการมีสุขภาพดีจะนำมาซึ่งความสุขในชีวิต ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง ทั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลเกือบทุกรายมีความตั้งใจที่จะพึ่งพาตนเองให้นานที่สุด ดังที่ผู้ให้ข้อมูลหญิงอายุ 60 ปี รายหนึ่งกล่าวว่า

“เป้าหมายชีวิตป่า คือ การมีสุขภาพแข็งแรงและการมีจิตใจดี คนเรากายดีแล้ว จิตใจต้องดีด้วย เพราะมันเชื่อมกันหมด ร่างกายดี จิตใจดี กายดีอย่างเดียวไม่ได้ เพราะถ้าจิตใจเราห่อเหี่ยวเราก็ไม่อยากทำอะไร หากจิตใจทำอะไรก็สนุกสนาน ดูสนุกไปหมด เพราะใจเรานำไปแล้ว ได้ผลต่อสุขภาพไปด้วย เช่น เดินไลน์แดนส์ เผลออายุไปเกือบ 50-60 แคลอรี ในขณะที่เราไม่รู้สึกเหนื่อย เพราะอะไร ถ้าไม่ใช่เพราะเรารู้สึกสนุก...การที่ป้าอยากมีร่างกายที่แข็งแรง เพราะป้าสามารถดูแลตนเองได้นาน ๆ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

สำหรับผู้ให้ข้อมูลหญิงอายุ 70 ปี ซึ่งมีโรคประจำตัว กล่าวถึงความสำคัญของการมีสุขภาพดีเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ เพราะจากการมีประสบการณ์ของการที่สุขภาพไม่แข็งแรง ทำให้ตนเองต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ไม่สามารถไปไหนมาไหนได้ด้วยตนเอง ต้องมีการพึ่งพาลูกหลาน ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลไม่อยากให้เกิดขึ้นกับตนเอง ดังที่กล่าวว่า

“ตอนนี้ป้ารู้สึกว่า เรื่องของสุขภาพอะไรเป็นสิ่งสำคัญในชีวิต ป้าคะ ตอนนี้ก็เจ็บไข้หรือป่วยต้องไปโรงพยาบาล ป้ามีโรคประจำตัว โรคความดัน ปวดข้อเข่า ถ้าสุขภาพดี เราจะไป

ไหนมาไหนก็สะดวกกว่าค่ะ ตอนนี้อยู่ไหนมาไหนได้แต่ต้องไปกับลูก แต่ถ้าไปกับคนอื่นไปไม่ได้แล้ว เพราะต้องมีคนคอยพยุง ถ้าไปกับลูก ลูกช่วยพยุงได้ค่ะ ไปกับคนอื่นไปไม่ได้ ไม่มีใครช่วยเหลือ ถ้าเรามีสุขภาพที่ดี เราสามารถเดินทางไปไหนมาไหนได้สะดวก ไปทำบุญ ไปทอดกฐินได้ แต่ตอนนี้ถ้านั่งรถไปทอดกฐิน หรือเดินไปวัดไกล ๆ ก็ไม่ไหวแล้วค่ะ เพราะปวดข้อเข่า ถ้าไม่มีคนช่วยยกก็ไปไม่ถึง เมื่อไปโรงพยาบาลก็นั่งรถเข็นให้ลูกเข็น ชีวิตปัจจุบันคือการมีสุขภาพที่ดีสำคัญที่สุด (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

2) การได้เห็นความสำเร็จของลูกหลาน

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ด้วยความรักและความผูกพันที่มีต่อบุตร หลาน ดังนั้นเป้าหมายชีวิตที่สำคัญอีกประการที่ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ คือ ความหวังที่จะมีชีวิตอยู่เพื่อที่จะได้เห็นลูกหลาน ซึ่งเป็นบุคคลอันเป็นที่รักที่ตนเองได้เลี้ยงดู ให้การอบรมและสั่งสอนมา มีการดำเนินชีวิตบนหนทางที่งดงาม มีชีวิตที่ดี มีความมั่นคง และมีความประสบความสำเร็จในชีวิต การได้เห็นความสำเร็จของบุคคลอันเป็นที่รัก-ผูกพัน จะนำมาซึ่งความภาคภูมิใจในตนเองและความรู้สึกหมดห่วง ดังที่ผู้ให้ข้อมูล 2 ราย ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญ ที่มีโอกาสได้เลี้ยงดูหลาน กล่าวไว้ว่า “ตอนนี้สิ่งสำคัญที่สุดชีวิตข้า ก็เป็นหลานค่ะ เป็นลูกของลูกคนโต ข้าเป็นคนเลี้ยงดู อยู่กับข้าตลอด ตอนนี้อยู่ ม.3 แล้วเค้าเรียกเราแม่ เป้าหมายสูงสุดของเรา คือ ให้เขาเรียนจบ เราก็สบายใจแล้ว อยากให้หลานเรียนจบสูง...พอหลานเราเรียนจบปวรสึกว่าภาระเบาลง เขาสามารถที่จะสร้างตัวเองได้ ถึงแม้ว่าเราไม่มีสมบัติมาก แต่เราก็อยากให้เขามีสมบัติอยู่ในตัว ก็คือความรู้ ให้เขาได้มีอาชีพ ดูแลตัวเองได้ในอนาคต อันนี้คือเป้าหมายหลักเลย เขาเป็นทั้งความหวังและเป้าหมาย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

“มีชีวิตเพื่อลูก เพื่อหลาน แก่แล้วอยู่เพื่อเลี้ยงลูกเลี้ยงหลานก็สบายใจแล้ว ดีใจที่ลูกหลานเป็นคนดี ทำแต่งงาน คิดว่าตัวเองมีคุณค่า อยู่ดูความสำเร็จของลูกหลาน ลูกหลานเราเป็นคนดี เราก็คือใจ...สิ่งไหนที่ผิดไม่ถูกต้อง เราก็คือสอนและตักเตือนเขา แล้วเขาก็รับฟัง เราก็อิ่มใจ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

3) การมีชีวิตที่เป็นประโยชน์เพื่อผู้อื่น

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ให้ข้อมูล 8 ใน 10 ราย ซึ่งเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จในชีวิต หรือเป็นผู้ที่มีความภาคภูมิใจในตนเองด้านใดด้านหนึ่ง เช่น หน้าที่การงาน ฐานะทางสังคม ฐานะทางการเงิน จะมีเป้าหมายชีวิตที่สำคัญ คือ การได้มีโอกาสทำประโยชน์เพื่อผู้อื่นในรูปแบบที่แตกต่างกัน การทำจิตอาสา การช่วยเหลือผู้อื่นเมื่อมีโอกาส เช่น การช่วยงาน

บุญ การตักเตือนให้มีพฤติกรรมสุภาพที่ดี การหางานให้ทำ เพื่อให้ผู้รับรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น การได้มีโอกาสทำประโยชน์เพื่อผู้อื่นในรูปแบบที่แตกต่างกันที่กล่าวมา นำมาซึ่งความสุขใจ ความอิ่มเอมใจ และการรับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“การทำจิตอาสาที่นานแล้วนะ มีจิตบริการ อยากช่วยเหลือ ขอบช่วยเหลือกิจกรรมทุกอย่าง ทั้งในด้านศาสนา ทั้งอะไรจะรวมหมดเป็นอย่างนี้... จิตอาสาที่ช่วยเหลือ เวลาว่างงานบุญงานศพอะไรแบบนี้ ถ้าใครขอช่วยอะไรไปหมด ถ้าหากเพื่อนขอช่วยอะไรแล้ว เราทำให้เขาได้ แล้วเราจะมีความสุข ถ้าเราช่วยเหลือได้ ก็เกิดความรู้สึกภูมิใจ เรายังเป็นประโยชน์ให้คนอื่นได้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

“บางที่ข้าง ๆ บ้าน นั่งกินเหล้า ก็เตือนเขาว่าอย่ากินเหล้าบ่อยนะ ไม่งั้นจะไม่ช่วยเหลืออะไร เพราะเขาไม่ค่อยมีรายได้ แล้วบางทีเราสร้างงานให้เขา เหมือนงานในบ้านต่อเติม ทาสีโต๊ะ เราก็คือให้เป็นค่าจ้าง เราหางานให้เขา... ให้เขารู้สึกว่าเขาไม่ได้ขอ แต่ได้จากน้ำพักน้ำแรง” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

“ภูมิใจในหน้าที่ตนเอง ภูมิใจมีโอกาสเป็นผู้ให้ ภูมิใจมากในชีวิตความเป็นครูของตัวเองที่ทำมา สอนก็เต็มที่ ตั้งใจสอนเต็มที่ ไม่มีที่จะเลี้ยงเวลาหรือโง่งเวลาเด็ก สอนด้วยใจบริสุทธิ์ นึกย้อน กลับไปที่ไร ก็ยังมีความสุข นอกจากวิชาการแล้วยังมีเรื่องชีวิตของเด็ก ๆ ทำทุกอย่าง เหมือนแม่เขาคนหนึ่งนั้นแหละ พี่พร้อมที่จะให้ ทั้งเรื่องของเงินทอง น้ำใจเมตตา ความเมตตา ตอนเป็นครู เด็กคนไหนลำบากก็จะให้ตั้งคึกกินข้าวตอนกลางวันบ้าง ให้เขามาช่วยงานเรา เช่น เช็ดโต๊ะกวาดห้องพัก อะไรแบบนี้ แล้วก็ให้ตั้งคึกไปกินข้าว ก็ได้ให้เห็นคุณค่าของเงิน มันก็มีความสุขแล้วค่ะ มีแต่ให้ ให้อะไร ถ้าเห็นว่าเค้าลำบากจริง ๆ อย่างเช่น ยายที่อยู่ในแฟลต เขามีลูกอยู่หนึ่งคน แต่ลูกเขาไม่เลี้ยงเขาเลยต้องมาอยู่ตรงนี้คนเดียว พี่ก็ซื้อข้าวบ้างซื้อขนมบ้างให้เงินบ้าง แต่ไม่ทำเป็นประจำทุกวันนะ ก็แล้วแต่โอกาส” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

วิธีการเพื่อไปสู่เป้าหมายชีวิต

การศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลมีเป้าหมายชีวิต คือ การมีความสุขกาย-ใจแข็งแรงเพื่อการพึ่งพาตนเอง การได้อยู่เพื่อเห็นความสำเร็จของลูกหลาน และการมีชีวิตเพื่อได้ทำประโยชน์แก่ผู้อื่น มีวิธีการในการจัดการชีวิตตนเองอย่างมีปัญญาเพื่อบันปลายชีวิตที่มั่นคงในด้านต่าง ๆ ทั้งทางด้านสุขภาพกาย การดูแลสุขภาพจิตใจ และด้านอาชีพและด้านการเงิน โดยมีวิธีการเพื่อไปสู่เป้าหมายชีวิตที่มั่นคง 4 วิธีการ ดังนี้ 1) การตั้งใจดูแลตนเองให้แข็งแรง-ไม่เจ็บป่วย 2) อยู่กับปัจจุบันด้วยความ

ไม่ประมาทและยอมรับความเป็นจริงของชีวิต 3) การจัดการด้านอาชีพและการสำรองเงินเลี้ยงชีพ และ 4) การดำเนินชีวิตแบบเรียบง่าย-พอเพียงปล่อยวางไม่ยึดติด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) การตั้งใจดูแลตนเองให้แข็งแรง-ไม่เจ็บป่วย

ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 10 ราย ระบุว่า การมีสุขภาพกายที่แข็งแรงเป็นเป้าหมายชีวิตที่สำคัญ จึงมีความตั้งใจที่จะดูแลตนเองให้ร่างกายแข็งแรง มีความพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจนำมาสู่ภาวะสุขภาพต่ำลง มีวิธีการดูแลจัดการภาวะสุขภาพตนเองให้แข็งแรงด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับตนเอง เช่น การออกกำลังกายรูปแบบต่าง ๆ การมีกิจกรรมทางกายไม่ให้ร่างกายอยู่นิ่ง เพื่อลดอาการเคลื่อนไหวลำบาก สามารถเดินไปไหนมาไหนได้ มีการควบคุมอาหารหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่ส่งเสริมการดำเนินของโรคเรื้อรัง มีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ การนัด รวมทั้งการไปพบแพทย์เพื่อจัดการอาการหรือควบคุมโรค เพื่อให้ร่างกายตนเองแข็งแรงที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถพึ่งพาตนเองในมิติต่าง ๆ ได้ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“เราจะดูแลดูแลสุขภาพ เรื่องอาหารของทอด ของมัน และของที่หม้อห้อมจะไม่ทานเลยคะ ของหวานก็ไม่กินคะ เพื่อให้ตัวเองมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทานอาหารที่เหมาะสมกับเรา ที่หม้อไม่ห้อม เราเป็นความดันโลหิตสูง ห้ามทานของเค็ม ของหวานของมันคะ แต่ปกติบ้างก็ไม่ชอบกินของมันอยู่แล้วคะ ของอะไรที่หม้อห้อมบางอย่างก็หยุดเลยคะ ปฏิบัติตามที่หม้อสั่ง” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10)

“ออกกำลังกายเล็ก ๆ น้อย ๆ ตามที่หม้อบอกไว้ ว่าให้ทำยกแขน ยกขา ได้แต่ถ้าบอกให้ไปวิ่ง ไปเดินคงไม่ได้เพราะว่าเราเข้าไม้ได้ ทำได้แค่ออกกำลังกายรอบ ๆ บ้าน แล้วก็ทำอย่างนี้ (ทำประกอบ) วันไหนสะดวก ขยันก็ทำ อาทิตย์ 3 วัน สักครึ่งชั่วโมง ประมาณนั้นคะ ตอนนั้นเข้าก็ผ่าแล้ว ประคบน้ำอุ่นหลังก็เป็นกระดูกทับเส้น ก็ผ่าไปแล้วครั้งหนึ่ง พอเราเจ็บป่วยเราก็รักษา แล้วมันก็แข็งแรงขึ้น เมื่อมีอาการก็พยายามไปหาหม้อจัดการ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

“สิ่งสำคัญในชีวิตจริง ๆ ตอนนี้อายุจะรักษาสุขภาพให้ดีที่สุด ตอนนี้สิ่งที่ทำอยู่ตอนนี้ก็คือ เรื่องของการออกกำลังกาย และการพักผ่อน พอกลางวันหลังอาหารเที่ยงไปแล้วจะนั่งสักพัก ประมาณหลังสองโมงก็จะนอนสักสองชั่วโมง ตื่นมาก็ทำอะไรๆ ง่ายๆ หากว่าฝนไม่ตก อากาศดี ๆ ก็แกว่งแขน แกว่งขาบ้าง ก็ประมาณสองร้อยหรือเกือบสามร้อยต่อครั้ง ก็ไม่ทุกวันแต่จะพยายามทำ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

2) การจัดการด้านอาชีพและการเงินเพื่อสำรองเลี้ยงชีพ

จากการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลซึ่งเคยมีชีวิตและฐานะค่อนข้างที่ยากลำบาก ได้เล้าถึงความอดทนในการทำงาน เพื่อหาเงินมาเลี้ยงชีพตนเอง ครอบครัวและบุคคลอันเป็นที่รัก ระบุว่า การจัดการด้านอาชีพ การจัดการด้านรายได้ และการจัดการเรื่องการเงิน มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของตนเอง ทั้งการมีอาชีพและการเงินมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ต่อครอบครัวหรือบุคคลที่ตนเองรัก เช่น พ่อแม่ ลูกหลาน ผู้ให้ข้อมูลจึงมีความมุ่งมั่น มีความพยายามอดทนในการทำงาน จัดการตนเองด้านอาชีพและหารายได้มาเลี้ยงดูตนเอง ครอบครัว และบุคคลอันเป็นที่รักนำมาสู่ความรู้สึกภาคภูมิใจของตนเอง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ก่อนหน้านี้ ป้าขายของที่โรงเรียน สูงเป็นภารโรง เมื่อก่อนก็อยู่บ้านพัก แล้วพอลูกเรียนจบก็ได้มาซื้อบ้าน สูงลูก 6 คน... ก็ทำก๊วยมี้ 3 คน ลูก 3 คนแรกส่งเองหมดเลย ได้ทำงานหมดทั้ง 3 คน การที่สูง ๆ มีหน้าที่การงานกันทุกคน ป้ารู้สึกภูมิใจเพราะเรามาจากบ้าน ไม่ได้พาอะไรมา ไม่มีที่ดินไม่ได้ขายมา มาแต่ตัว ครั้งแรกพาลูกมา 3 คนก่อน อีก 3 คนอยู่ที่บ้านกับยายเขา พอ 3 คนนั้นเรียนจบ ป.6 ก็ได้ย้ายเข้ามาอยู่ที่นี้ ตอนนั้นพี่ ๆ 3 คนแรก ก็ได้ทำงานหมดแล้ว พอพี่ ๆ เรียนจบ พี่ ๆ ก็ได้ช่วยน้อง ได้ช่วยเหลือป้า” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9)

“ทุกวันนี้ป้าภูมิใจที่เราได้มีอาชีพ มีรายได้ เอามาจุนเจือครอบครัว ป้าจะเป็นห่วงคนข้างหลังตลอดเลย การที่เรายังทำงานได้นี้ ก็สำคัญเหมือนกัน ป้าเคยลำบากมาก่อน ความอดทน ลำบากยังไวก่กิดฟันอดทนก็เพื่อแม่ เพื่อหลาน... สิ่งที่ทำ ๆ ภูมิใจในตัวเองที่สุด คือ การที่ทำงานได้เงินเดือนได้ดูแลแม่ ป้าคิดว่าเงินสำคัญที่สุดในชีวิตป้าเพราะมีค่าใช้จ่ายค่าเช่าบ้านบ้าง ค่าหลาย ๆ อย่าง ต้องซื้อข้าวสาร ซื้อกับข้าวต้องซื้อทุกอย่าง เรื่องเดียวที่ป้าต้องคิดก็คือ เรื่องเงิน คิดแต่ทำงานหาเงินมาเป็นค่าใช้จ่ายภายในบ้าน เพราะมันยังชีพเราในชีวิตประจำวัน ในบ้านนี้ก็มีมีการช่วยเหลือกัน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7)

สำหรับผู้ให้ข้อมูลหญิงรายหนึ่ง ซึ่งเล่าเรื่องราวการใช้ชีวิตของตนเองด้วยความภาคภูมิใจที่เป็นแบบอย่างในการใช้ชีวิต ที่ตนเองมีความสามารถในการจัดการสรรหาออมเงินแก่ผู้อื่นในครอบครัว ซึ่งการดำเนินชีวิตดังกล่าวทำให้ตนเองและครอบครัวมีชีวิตที่สบาย สามารถใช้ชีวิตโดยไม่เดือดร้อนและอยู่อย่างมีความสุข ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ป้าเนี่ยเป็นตัวอย่างของคนแถวนั้นคะ เทียวก็เทียว สร้างก็สร้าง เก็บก็เก็บ สมมติเงินเดือน ๆ ละ แปะพันห้า ถอนออกมาเล่นแชร์นะ อีกห้าร้อยเก็บไว้ เวลาเพื่อนชวนไปไหนจัดแบ่งไว้ลูกก็เหมือนกัน นี่เงินลูกเรียนนะ นี่เงินฉุกเฉินนะ และนี่เงินเก็บ จะทำเป็นสามส่วน เงินฉุกเฉิน หมายถึง ถ้าเจ็บป่วย อันนี้ค่าเรียนลูก อันนี้เล่นแชร์ เพื่อเพิ่มวงเงินสามอย่าง จะทำไว้แบบนี้ จะวางแผนไว้ตลอด รู้สึกว่าตัวเองเก่งจังไม่รู้รอดมาได้ยังไง สบายมากอยู่อย่างมีความสุข ไม่เดือดร้อนลูกก็สำเร็จมีงานทำทุกอย่าง มีบ้านเป็นของตัวเอง จะจ่ายก็คือ ค่าน้ำ ค่าไฟ เท่านั้น ก็ไม่น่าจะมีอะไรที่น่าเดือดร้อนนะสบาย ๆ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

3) อยู่กับปัจจุบันด้วยความไม่ประมาทและยอมรับความเป็นจริงของชีวิต

จากการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลรับรู้เป้าหมายชีวิตไม่เพียงแต่การมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง จะต้องมีความสุขจิตใจที่ดี โดยเชื่อว่าสภาวะจิตใจที่ดีจะนำมาซึ่งการมีสุขภาพร่างกายที่ดีตามมา ไม่บ่นทอนร่างกายให้อ่อนแอลง ผู้สูงอายุจึงมีการดูแลจิตใจตนเองด้วยการใช้ชีวิตอยู่กับปัจจุบัน ให้มีความสุขในทุก ๆ วัน ดูแลสุขภาพจิตใจที่ดีของตนเองด้วยวิธีการทางศาสนา เช่น การสวดมนต์ให้พระ ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลมีจิตใจสงบ ไม่ฟุ้งซ่าน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ป้าไม่คิดอะไรแล้ว ขอให้วันนี้ผ่านไปก็หมดเรื่อง วันนี้เราไม่มีเรื่องทุกข์กาย ทุกข์ใจ ตอนนี้ป้าคิดว่าตนเองมีความสุขดี ป้าใช้หลักการอยู่กับปัจจุบัน คือ พยายามไม่คิดอะไรมาก เราจะได้ไม่ทุกข์ ถ้าเราคิดมากแล้วจะฟุ้งซ่าน มีบางครั้งก็ท้อเหมือนกัน ก็พยายามอย่าคิดอะไรมาก แล้วให้ผ่านไปตามเวลา... มีความสุขดีในชีวิตที่เป็น อยู่กับปัจจุบัน และป้าชอบไปวัด ไปบอย การไปวัดได้ฟังคำพระ จะช่วยทำให้จิตใจเราสบายขึ้น ช่วงหลังป้าไปวัดไม่ได้เพราะเดินไม่ถึง ป้าใช้วิธีไหว้พระที่บ้าน ไหว้พระก่อนนอน มีส่วนช่วยทางด้านจิตใจเรา ไม่ฟุ้งซ่าน ไม่คิดมาก ทำให้สบาย ความทุกข์ก็จะหมด ไม่มีอะไร ถ้าเราทำจิตใจให้สบายอย่างอื่นก็สบายไปหมด” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูล 5 ใน 10 ราย มีการรับรู้ถึงความตาย เป็นสิ่งที่ทุกคนจะต้องเจอ มีการนึกถึงความตายของตนเอง คิดว่าตนเองอาจมีชีวิตอยู่ได้ไม่กี่ปี จึงมีการใช้ชีวิตด้วยความไม่ประมาท ใช้ชีวิตให้ตนเองรู้สึกมีความสุขในทุกวัน อีกทั้งผู้ให้ข้อมูลอีกรายซึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ชีวิตที่กำลังเผชิญการเจ็บป่วย มีสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง ทำให้ผู้สูงอายุมีการนึกถึงความตายของผู้ชีวิตอย่างความเข้าใจตามความเป็นจริงของชีวิตว่า การเกิด แก่ เจ็บ และตาย เป็นเรื่องธรรมดา ทำให้ผู้ให้ข้อมูลอยู่อย่างมีความสุขทุกขี้ใจ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“บางครั้งก็คิดเหมือนกัน เราอยู่อีกไม่กี่ปีแล้วนะ เราก็จะไปแล้ว แต่เราก็ไม่ประมาท การที่ว่าจะจะต้องจากร่างเรา เราทุกคนจะต้องไป แต่จะเมื่อไหร่จะเร็วจะช้า อันนี้เราก็ต้องเตรียมตัวไว้...เราไม่รู้ เราไม่ได้กำหนดเอง เราต้องอยู่อย่างมีความสุข ทำวันนี้ให้มีความสุข พรุ่งนี้เรายังไม่รู้ว่าจะเป็นอย่างไรงี้ ก็คิดอย่างนั้นนะ อะไรที่เป็นเรื่องทุกข์อย่าไปคิด เวลาเมื่อไหร่จะอะไรก็เลยจะทุกข์มากก็แค่ประมาณสองวันเท่านั้น พอวันที่สามก็ไม่ทุกข์ ไม่รู้จะไปทุกข์ทำไมมันบ่นทอนชีวิตเราอะ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

“ตอนนี้คุณลุงไม่สบายป่วยเป็นถุงลมโป่งพอง นอนติดเตียงไปไหนไม่ได้แล้ว ต้องใส่สายให้อาหาร ป้าและลูกสาวคนที่อยู่บ้านช่วยกันดูแล สุขภาพไม่ค่อยดีเท่าไร ก็เป็นห่วง เป็นธรรมดา คนอยู่ด้วยกันมานาน แต่ก็เข้าใจการเจ็บป่วยของลุงอายุมากแล้ว เกิด แก่ เจ็บตายถือเป็นเรื่องธรรมดา” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

4) การดำเนินชีวิตแบบเรียบง่าย-พอเพียง ปล่อยวาง ไม่ยึดติด

จากการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการใช้ชีวิตดำเนินชีวิตอย่างเรียบง่ายพอเพียง รู้จักปล่อยวาง ปล่อยใจกับสิ่งตนโดยไม่ยึดติด ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายใจและมีชีวิตอย่างมีความสุข ไม่เกิดความเดือดร้อน และไม่เกิดความเบื่อหน่ายในการใช้ชีวิตประจำวัน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“พอใจกับสิ่งที่ เป็น ใช้ชีวิตพอเพียง สองคนรับบำนาญทั้งคู่ รายได้รวมกันก็ประมาณสองหมื่น ทุกอย่างอยู่แบบสบาย ๆ ไม่เดือดร้อนอะไร ไม่ต้องไปกินหรูหา อาหารทำกินเองง่าย ๆ ตะ กินน้ำผักผลไม้ประมาณนี้คะ ไม่ใช่จะต้องลำบาก ชักผ้ารีดผ้าทำเองหมดไม่จ้าง อยู่สบาย ๆ พอเพียง ไม่เดือดร้อนอะไร เรื่องเจ็บป่วยก็เบิกได้ สมมติเห็นว่าเราเห็นเพื่อนเค้ามีเงิน เค้ารวย เค้ามีความสุข ถึงเราไม่มีแบบเค้าเราก็ออยู่ของเราอย่างนี้ แต่เราคิดแบบนี้ เค้าอยากจะทำอะไรปล่อยเค้าไป ไม่ต้องไปยึดอะไร” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)

“รู้สึกว่าการใช้ชีวิตไม่เคยมีความสุข ไม่เคยมีปัญหาอะไรเลย ชีวิตมีความสุข ใช้ชีวิตเรียบ ๆ ง่าย ๆ อยู่บ้าน เสาร์ อาทิตย์ตื่นมาก็กวาดบ้าน ถูบ้าน ทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ ทำงานบ้านซักเสื้อผ้า กวาดบ้าน ถูบ้าน แล้วก็เลี้ยงหมา เล่นกับหมา ดูทีวี รดน้ำต้นไม้อะไรแบบนี้ สบายกันเพื่อที่จะทำให้ชีวิตมันไม่น่าเบื่อ วันไหนกวาดบ้าน ถูบ้าน พยายามทำไปทุกวันค่อย ๆ ทำไม่ต้องรีบ เพราะไม่รู้จะรีบไปไหน ทำแบบสบาย ๆ เรื่อย ๆ หนึ่งวัน อีกครั้งวันก็ดูทีวี นอนเล่น ดูทีวีฟังเพลงว่าง ๆ ถ้าเบื่อก็ออกมาทำต้นไม้ เดินดูมันออกดอกสวยงาม มันมีความสุขอะไรอย่างนี้ ทำให้สบายใจ ชีวิตมันไม่เครียด” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

อภิปรายผลการวิจัย

เป้าหมายชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองให้ความสำคัญเป้าหมายชีวิต 3 ประเด็น คือ 1) การมีสุขภาพกาย-ใจแข็งแรงเพื่อการพึ่งตนเอง 2) การได้เห็นความสำเร็จของลูกหลาน และ 3) การมีชีวิตที่เป็นประโยชน์เพื่อผู้อื่น ดังนี้

การมีสุขภาพกาย-ใจแข็งแรงเพื่อการพึ่งตนเอง

ผู้สูงอายุเขตเมืองมีเป้าหมายชีวิตคือการมีชีวิตอยู่ด้วยภาวะสุขภาพที่แข็งแรงทั้งสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตใจ เพราะการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงนำไปสู่ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตนเอง สามารถพึ่งพาตนเองและดูแลตนเองได้เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ ลดการพึ่งพาผู้อื่นในมิติต่าง ๆ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจและมีชีวิตอย่างมีคุณค่า ผู้สูงอายุในเขตเมืองที่มีการยอมรับความสูงอายุของตนเองจะนำมาสู่ความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเองสูงขึ้น เป็นปัจจัยสำคัญที่นำมาสู่การมีสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมือง² และการที่ผู้สูงอายุมีเจตคติต่อการมีชีวิตแข็งแรงและยืนยาวถือเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีในการวางแผนการดูแลตนเอง เป็นหนทางที่นำผู้สูงอายุไปสู่การมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงพึ่งพาตนเองได้ เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีคุณค่า¹⁵ ผู้สูงอายุที่มีเป้าหมายในชีวิตมักจะให้ความสำคัญกับการมีสุขภาพที่ดี มีความแข็งแรงไม่มีข้อจำกัดทางกาย ผู้สูงอายุจึงมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการปรับตัว ความสามารถในการข้ามผ่าน สามารถคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพ ซึ่งจะนำมาสู่ความพึงพอใจการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความสุขในชีวิตตามมา^{16,17}

การได้เห็นความสำเร็จของลูกหลาน ผู้สูงอายุต้องการมีชีวิตอยู่ให้นานาน เพื่อมีโอกาสได้อยู่ดูความสำเร็จของบุคคลที่ตนเองรักและได้ดูแลอบรมสั่งสอนเลี้ยงดูลูกหลานให้เป็นคนดี มีหน้าที่การงานจนสามารถเลี้ยงชีพตนเองได้ ซึ่งการที่ผู้สูงอายุมีหน้าที่เลี้ยงหลาน ผูกพันกับลูกหลานมากเป็นส่วนสำคัญที่ส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุ เพราะการมีชีวิตอยู่เพื่อการทำหน้าที่ดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า ซึ่งสะท้อนว่าผู้สูงอายุเขตเมืองมีชีวิตอยู่อย่างมีเป้าหมายในชีวิต เพราะผู้สูงอายุรับรู้ถึงความสุขจากสิ่งที่อยู่ด้วย (something to live on) รู้ว่าตนเองมีชีวิตอยู่เพื่ออะไร (something to live for) และสิ่งที่จะตายเพื่อใคร (something to die for) รวมทั้งผู้ที่มีเป้าหมายในชีวิตจะมีความต้องการการเจริญเติบโต งอกงาม และเปี่ยมของชีวิต เป็นผลของการได้รับ

การตอบสนองความต้องการ เช่น ความต้องการเป็นบุคคลที่มีความสำคัญ (need for significance) เป็นบุคคลที่มีความหมายหรือมีคุณค่า (for meaning)¹⁸ และการอยู่เป็นร่วมพร้อมใคร เป็นแหล่งพึ่งพิงทางจิตใจและจิตวิญญาณให้กับบุตรหลาน เป็นแบบอย่างในการใช้ชีวิตที่ดีงาม อบรมสั่งสอนลูกหลานให้เจริญเติบโตเป็นคนดี นำมาซึ่งความมีคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเอง ดังนั้นเงื่อนไขของครอบครัวในลักษณะของลูกหรือหลานที่ไม่สร้างปัญหา มีการทำงานดีให้ความเอาใจใส่ดูแลและให้การช่วยเหลือเวลาเจ็บป่วย เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอย่างมีความสุขตามมา¹⁵ รวมทั้งครอบครัวยังเป็นกลุ่มคนที่มารวมตัวกันด้วยความรัก ความปรารถนาดี ความเอื้ออาทร ที่กระทำต่อกัน เพื่อพัฒนาและสร้างความสุขและให้ทุกคนสามารถดำเนินชีวิตไปได้ภายใต้สถานการณ์การเปลี่ยนแปลง ผู้สูงอายุรับรู้ว่าการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ การได้รับความรักจากบุคคลภายในครอบครัวในลักษณะการเป็นที่ต้องการและการได้รับความเคารพ ช่วยเพิ่มการรับรู้การมีคุณค่า ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นที่หลากหลายและมีชีวิตอยู่อย่างมีเป้าหมายในชีวิตที่สูงขึ้น⁹ และผู้สูงอายุยังรับรู้ว่าการเลี้ยงหรือสอนลูก ๆ ให้มีความกตัญญูภายในครอบครัวทั้งต่อพ่อแม่และต่อผู้มีพระคุณ รวมทั้งการให้การดูแลบุคคลอื่นดั่งพ่อแม่ ทำให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจในชีวิต ถือเป็นปัจจัยสนับสนุนร่างกาย อารมณ์จิตใจ ให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจและมีความสุขในชีวิตตามมา¹⁹

การมีชีวิตที่เป็นประโยชน์เพื่อผู้อื่น การได้มีโอกาสทำกิจกรรมจิตอาสา การเป็นแกนนำในชุมชนและได้ช่วยเหลือคนอื่น ๆ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายใจและเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองยังมีความต้องการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น ๆ ทั้งสิ่งแวดล้อมและสิ่งนอกเหนือตนเอง การที่ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การใช้ชีวิตที่ยาวนานทั้งจากการประกอบอาชีพ ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าการได้มีโอกาสถ่ายทอดประสบการณ์ชีวิตตนเอง โดยการเป็นผู้ให้หรือทำจิตอาสาผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์แก่ผู้อื่นในชุมชน นำมาสู่การมีชีวิตที่มีคุณค่าหรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง¹⁵ นอกจากนี้จากการผ่านประสบการณ์ชีวิตที่ยาวนานในรูปแบบของความสำเร็จและความล้มเหลวในชีวิต รวมทั้งการจัดการดูแลปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุได้เห็นว่าชีวิตในบั้นปลาย ควรทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้ตนเองมีความสุข มีสุขภาพดี และทำให้ผู้อื่นไม่เพียงแต่เพื่อลูกหลานของตนเองให้ผู้อื่นมีความสุข โดยยึดถือเป็นค่านิยมของตนเองและต้องการที่จะแสดงความรักต่อผู้อื่น ความต้องการความหวังและพลัง

ในการสร้างสรรค์สิ่งต่าง ๆ²⁰ ผู้ที่มีเป้าหมายในชีวิตจึงมักจะมี การดำเนินชีวิตที่เป็นประโยชน์ ช่วยเหลือบุคคลอื่นและทำ ประโยชน์ต่อสังคม ให้ความสำคัญและให้คุณค่ากับการสร้างสรรค์ สิ่งที่ดีงามเพื่อสังคมและประเทศชาติ²¹ การมีโอกาสทำกิจกรรม หรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ในลักษณะการให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ ช่วยเพิ่มการรับรู้คุณค่าในตนเองว่ายังมีความสำคัญ ต่อสิ่งอื่น ๆ รอบข้าง เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีแรงจูงใจ เพิ่มการรับรู้ความสามารถของตน ช่วยให้ผู้สูงอายุได้ค้นหา ความหมายของตนเอง²² นำไปสู่การดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมาย มีความพึงพอใจในชีวิต และมีความสุขทางสังคมตามมา⁹

วิธีการไปสู่เป้าหมายชีวิตผู้สูงอายุในเขตเมือง

ผู้สูงอายุในเขตเมืองไปสู่เป้าหมายชีวิตตนเองอย่าง มีปัญญาเพื่อบรรลุชีวิตที่มั่นคงในด้านต่าง ๆ ทั้งทางด้าน สุขภาพกาย สุขภาพจิตใจ ด้านอาชีพและด้านการเงิน โดยมี วิธีการไปสู่เป้าหมายชีวิตตนเองที่มั่นคงดังกล่าว ด้วย 4 วิธีการ ดังนี้

การตั้งใจดูแลตนเองให้แข็งแรง-ไม่เจ็บป่วย

เป้าหมายชีวิตที่สำคัญที่สุดของผู้สูงอายุในเขตเมือง คือ การมีชีวิตอยู่ด้วยสุขภาพกาย-ใจแข็งแรงเพื่อการพึ่งตนเอง ผู้สูงอายุจึงให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพร่างกายตนเอง เพื่อเป็นการซ่อมแซมร่างกายไม่ให้สึกหรอหรือป้องกัน ความเสื่อมทางด้านร่างกายที่จะเกิดขึ้น คงไว้ซึ่งความสามารถ ในการดูแลตนเอง พึ่งตนเองได้ และลดการเป็นภาระผู้อื่น ผู้สูงอายุจึงตั้งใจดูแลตนเองให้แข็งแรง ไม่ให้ตนเองเกิดการ เจ็บป่วยด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การควบคุมหรือหลีกเลี่ยง อาหารที่ทำให้การดำเนินของโรคแย่ลง มีกิจกรรมทางกาย ในรูปแบบต่าง ๆ ไม่ให้ร่างกายหยุดนิ่ง จัดการอาการไม่สบาย เบื้องต้นด้วยตนเอง และควบคุมโรคโดยการไปพบแพทย์ กินยาปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ จะเห็นว่าการที่ผู้สูงอายุ มีการรับรู้ความสุขทางกายและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น จะต้องปราศจากการเจ็บป่วย สามารถทำกิจวัตรประจำวัน ได้ด้วยตนเอง จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตเพื่อการ ได้มาซึ่งภาวะสุขภาพร่างกายที่ดีผู้สูงอายุจึงให้ความสำคัญ กับสุขภาพกายและมองว่าสุขภาพกายที่ดีนั้นจะต้องอยู่ ด้วยการไม่เจ็บไข้ ไม่มีโรคภัยมาเบียดเบียนหรือหากมีโรคก็อยู่ ในภาวะสงบ ไม่แสดงอาการ ฯลฯ แม้อาจจะไม่เหมือนเดิมแต่ขอให้ ทำกิจวัตรประจำวันได้ เพื่อลดการพึ่งพาผู้อื่น ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จะมีวิธีการดูแลตนเองด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย การเดินช้า ๆ ช่วงตอนเช้า การทำผักสวนครัวและมีการกิน อาหารที่ถูกต้อง¹⁹ ผู้สูงอายุที่มีทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพที่ดี

เป็นเรื่องสำคัญสำหรับตนเองและต้องการที่จะคงไว้เพื่อการมี สุขภาพที่ดี มักจะมีพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพที่ดี²³ มีความ รับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การ ออกกำลังกายการเลือกและหลีกเลี่ยงอาหารที่ให้โทษ²⁰ การรับรู้ถึงความสำเร็จในชีวิตอย่างมีเป้าหมาย ผ่านรูปแบบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยกิจกรรมต่าง ๆ เป็น วิธีการแสดงถึงความเข้มแข็งภายใน ช่วยให้บุคคลฟื้นตัวส่งเสริม เยียวยา สุขภาพตนเอง สามารถค้นหาความหมายในชีวิต ตนเองรู้สึกว่าคุณสามารถจัดการชีวิตตนเองให้ข้ามผ่าน เหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตได้ เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือ ตนเองโดยไม่ยอมแพ้และการรับรู้ความสำเร็จก่อให้เกิดความ สุขทางใจตามมา⁹

การจัดการด้านอาชีพและการเงินสำรองเลี้ยงชีพ

ผู้สูงอายุรับรู้ว่าสถานะด้านการเงินมีผลต่อการดำเนิน ชีวิตจึงมีความมุ่งมั่น พยายาม มีความอดทนในการทำงาน จัดการตนเองที่จะประกอบอาชีพเพื่อมีชีวิตที่มั่นคงและ หารายได้มาเลี้ยงดูตนเอง ครอบครัวและบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งการดำเนินชีวิตดังกล่าวนำมาซึ่งความสุขและความภาคภูมิใจ ของตนเอง การมีเงินออมหรือการไม่มีหนี้สินจึงมีความสำคัญ ต่อการมีชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในเขตเมืองเพราะมีความจำเป็น ต้องใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ การเข้าสังคมและไว้สำหรับการ ดำเนินชีวิตที่เหลือโดยไม่เป็นภาระผู้อื่น³ ความมั่นคงทาง การเงินหรือการยังคงมีรายได้ถือเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ไม่มีเงินเก็บ ไม่มีเงินสำรอง และไม่มีเงินบำนาญ ยังคงต้องการที่จะทำงาน เพื่อให้เกิดการออมและความมั่นคงทาง การเงิน เพราะเงินยังมีความสำคัญในการครองชีพ เป็นค่าใช้จ่าย ในการดำรงชีวิต และสามารถเก็บเงินไว้เลี้ยงดูลูกหลานหรือ บุคคลที่เกี่ยวข้องได้²⁴ ความมั่นคงทางด้านการเงินและการมี เงินรายได้ที่เพียงพอในชีวิต ถือเป็นความต้องการขั้นพื้นฐาน ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบาย ลดการพึ่งพาหรือเป็นภาระผู้อื่น ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีหรือความสุขในชีวิตในผู้สูงอายุ^{16,25} นอกจากนี้ความพร้อมทางด้านการเงิน ยังทำให้ผู้สูงอายุมี โอกาสได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม รู้สึกมีความสำคัญต่อ ผู้อื่น ส่งผลต่อความสุขทางจิตใจตามมา⁹ ผู้สูงอายุจึงมี วิธีการในการจัดการด้านอาชีพและการสำรองเงินเลี้ยงชีพ เพราะรับรู้ว่าการจัดการทางการเงินได้ดีและมีความพร้อมทาง ด้านการเงินสามารถใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ได้อย่างต่อเนื่อง รับรู้ถึงการมีชีวิตที่มีความสุขสบาย มีความพร้อม และไม่มีความเดือดร้อนในการดำเนินชีวิต นอกจากนี้การที่ ผู้สูงอายุไม่ต้องการเป็นภาระจากบุคคลอื่น ผู้สูงอายุจะมี

การวางแผนการใช้ชีวิต มีการเรียนรู้การใช้ชีวิตและมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง^{26,27}

อยู่กับปัจจุบันด้วยความไม่ประมาทและยอมรับความเป็นจริงของชีวิต ผู้สูงอายุมีเป้าหมายชีวิตคือการอยู่ด้วยสุขภาพจิตใจที่แข็งแรง เพราะเชื่อว่าสุขภาพจิตใจที่ดีจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพกายที่แข็งแรง สามารถลดอาการทางด้านร่างกายได้ จึงมีการดูแลสุขภาพจิตใจตนเอง โดยการทำจิตใจอยู่กับปัจจุบัน อยู่ด้วยความไม่ประมาท และพยายามมอง เข้าใจ และยอมรับความเป็นจริงของชีวิต เข้าใจการเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องธรรมดา มีการดูแลสุขภาพจิตตนเองด้วยวิธีการทางศาสนา เช่น ใช้วิธีการปล่อยวาง ไม่คิดมาก การสวดมนต์ เพื่อไม่ทำให้ตนเองเกิดความทุกข์หรือจิตใจฟุ้งซ่าน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอยู่ด้วยการไม่เครียด ไม่กังวล ไม่ทุกข์ใจ และมีความสุขในทุกวัน ผู้ที่มีเป้าหมายชีวิตมักจะมีอารมณ์เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตอย่างมีสติ และมีความเมตตา กรุณา ที่นำมาซึ่งความสุขของชีวิต เพราะความเมตตา กรุณา สามารถเปลี่ยนแปลงความทุกข์ให้เป็นไปในทางที่ดี และทำให้มีพลังชีวิต และนำมาซึ่งความสุขของชีวิต²⁸ ผู้สูงอายุที่มีเป้าหมายในชีวิตจึงมักจะมีกิจกรรมหรืองานอดิเรกทำยามว่างระหว่างวัน เพื่อเพิ่มความสามารถการรู้จัก คงไว้ซึ่งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและซับซ้อนได้^{6,29} การที่ผู้สูงอายุนับว่ากายและใจมีความสัมพันธ์ จิตใจเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการมีคุณภาพชีวิต หากร่างกายสูญเสียการทำงานจากภาวะสุขภาพไม่ดี จะกระทบถึงจิตใจของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดความเครียด ครอบงำจิตใจและอารมณ์ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการขาดความสุข และการได้อยู่ท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่ดี ไม่เครียด ช่วยให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่มีความสุขได้⁹ ผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพจิตที่ดี โดยการมีทัศนคติที่ดี มีการปรับความรู้สึกเชิงบวก เช่น มีความสุข การพึ่งพาตนเองได้ มีเป้าหมายในชีวิต มีความพอใจในตนเอง²⁵ และมีวิธีการจัดการความเครียดโดยการมองโลกในแง่ดี มีอารมณ์ขัน มีการทำงานอดิเรก มีการใช้หลักธรรมและธรรมะเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ เป็นแนวทางไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีได้²⁰ ผู้สูงอายุที่อยู่กับศาสนา มักมีการรับรู้การมีชีวิตที่มีความหมาย¹⁶ และมีเป้าหมายในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยว เพราะหลักศาสนาจะช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการปรับเปลี่ยนมุมมองการใช้ชีวิตในทางบวก รวมทั้งเข้าใจเรื่องธรรมชาติการใช้ชีวิต เช่น การเกิด แก่ เจ็บ ตาย ได้สูงขึ้น ส่งผลให้ไม่มีความทุกข์ทางจิตใจ³⁰ ช่วยให้เห็นหาความหมายในชีวิต สามารถเข้าใจการเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมาน และข้ามผ่านประสบการณ์ที่เลวร้ายที่เกิดขึ้นในชีวิตได้²² ผู้สูงอายุ

ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจจึงมักจะใช้ศาสนาเป็นแนวทางในการเผชิญกับภาวะกดดัน ลดความกลัวตาย ให้มีชีวิตอยู่อย่างมีเป้าหมายในชีวิตมากขึ้น⁹

การดำเนินชีวิตแบบเรียบง่าย พอเพียง ปล่อยวาง ไม่ยึดติด ผู้สูงอายุมีการดำเนินชีวิตแบบเรียบง่าย พอเพียง ปล่อยวาง ไม่ยึดติด ผู้ที่มีเป้าหมายชีวิตจะมีความรู้สึกในเชิงบวกต่อตนเอง มีความพึงพอใจในชีวิต ดำเนินชีวิตบนทางสายกลาง มีชีวิตที่พอเพียง ใช้ชีวิตด้วยความไม่ประมาท มักมีชีวิตอยู่กับปัจจุบัน มีความสุขสงบ และมีความสุขในชีวิตร²¹ ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตและการเกิดการยอมรับนับถือและความเป็นอยู่ของตนเอง มีความสุขตามอัตภาพ ไม่ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ใด โดยไม่เปรียบเทียบกับใคร ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายใจ มีชีวิตอย่างมีความสุขและมีสุขภาพจิตที่ดี¹⁵ และการที่ผู้สูงอายุเกิดความสุขและความพึงพอใจในชีวิตตนเองยังเป็นตัวแปรที่สำคัญที่สะท้อนถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี การมีเป้าหมายในชีวิต มีชีวิตอย่างมีความหมาย มีทัศนคติเชิงบวกต่อชีวิตตนเอง และมีความพึงพอใจในชีวิตตนเองยังสามารถส่งผลให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่มีความสุขสงบ ไม่มีความกังวล^{16,31} ผู้สูงอายุที่มีการยอมรับตนเองจะมีความสุขทั้งทางกายและจิตใจตามมา²² นอกจากนี้การได้ไปวัดทำบุญ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสุขสบายใจ มีความสุขใจ มีจิตใจที่สงบ สามารถนอนหลับได้ดี อีกทั้งมีโอกาสดูพบปะเพื่อนในวัยเดียวกัน ได้พูดคุยถามไถ่ทุกข์สุข มีผลให้คลายเหงาได้⁹ อีกทั้งผู้สูงอายุเชื่อว่าการทำบุญจะทำให้ตนรู้สึกมั่นคง มีสุขภาพแข็งแรงและมีอายุยืน¹⁵ การมีพลังสุขภาพจิตจึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขของผู้สูงอายุ เพราะเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะต้องเผชิญกับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย ทั้งทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ล้วนส่งผลต่อความสุขของชีวิตผู้สูงอายุ การมีพลังสุขภาพจิตที่ดี จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขเข้มแข็งทางใจ สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้ในทุกสถานการณ์ ไม่ท้อถอย ด้วยความมุ่งมั่น เข้มแข็ง นำมาซึ่งความสุขในชีวิต²³

ข้อจำกัดของการศึกษา

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาคั้งนี้ได้คัดเลือกจำเพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากจำนวนผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบการดูแลแบบองค์รวม ต่อเนื่องและอัจฉริยะ ด้วยแนวคิดครอบคลุมภายใต้สังคมพหุวัฒนธรรมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย:กรณีศึกษาจังหวัดสงขลา ชุมชนศาลาลุงทอง ซึ่งผู้สูงอายุในชุมชนดังกล่าวมากกว่าร้อยละ 90 เป็นเพศหญิง ส่งผลให้การวิจัยได้รับรู้เป้าหมายในชีวิตของผู้สูงอายุในเขต

เมืองในเทศหญิง อาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงถึงประชากรผู้สูงอายุเพศชายในเขตเมืองได้

สรุป

ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีการรับรู้เป้าหมายชีวิต ประกอบด้วย 3 ประเด็น คือ 1) การมีสุขภาพกาย-ใจแข็งแรงเพื่อการพึ่งตนเอง 2) การได้เห็นความสำเร็จของลูกหลาน และ 3) การมีชีวิตที่เป็นประโยชน์เพื่อผู้อื่น โดยมีวิธีการในการจัดการชีวิตตนเองอย่างมีปัญญาเพื่อบັນปลายชีวิตที่มั่นคงในด้านต่าง ๆ ทั้งทางด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิตใจ ด้านอาชีพ และด้านการเงิน โดยมีวิธีการเพื่อไปสู่เป้าหมายชีวิต 4 วิธี ดังนี้ 1) การตั้งใจดูแลตนเองให้แข็งแรง-ไม่เจ็บป่วย 2) อยู่กับปัจจุบันด้วยความไม่ประมาทและยอมรับความเป็นจริงของชีวิต 3) การจัดการด้านอาชีพและการสำรองเงินเลี้ยงชีพ และ 4) การดำเนินชีวิตแบบเรียบง่าย-พอเพียงปล่อยวางไม่ยึดติด

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

บุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถนำองค์ความรู้เป้าหมายชีวิตตามการรับรู้ของผู้สูงอายุในเขตเมืองและวิธีการในการจัดการชีวิตตนเองอย่างมีปัญญาเพื่อบັນปลายชีวิตที่มั่นคงในด้านต่าง ๆ ทั้งทางด้านสุขภาพกาย การดูแลสุขภาพจิตใจ และด้านอาชีพและด้านการเงิน ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุในเขตเมือง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองได้อย่างมีคุณค่าและสามารถเข้าสู่ผู้สูงอายุพุดพลังที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่ผลต่อการมีเป้าหมายชีวิตผู้สูงอายุในเขตเมืองและจากการศึกษาเป็นการสะท้อนการรับรู้เป้าหมายชีวิตจากผู้สูงอายุเพศหญิง ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในผู้สูงอายุเพศชายต่อไป

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

คณะผู้วิจัยมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการวิจัย

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

คณะผู้วิจัยยืนยันไม่มีผลประโยชน์ที่ทับซ้อนของผลงานวิจัย

แหล่งทุนสนับสนุน

ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ภายใต้โครงการพัฒนาระบบการดูแลแบบองค์รวมต่อเนื่องและอัจฉริยะด้วยแนวคิดครอบครัวภายใต้สังคมพหุวัฒนธรรมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย: กรณีศึกษาจังหวัดสงขลา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้ทุนสนับสนุน ประจำปี 2564-2565 และขอบคุณผู้สูงอายุที่ให้ข้อมูลที่มีคุณค่าและผู้นำชุมชนที่ได้ให้ประสานงานในการเข้าถึงผู้สูงอายุในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. Wongboonsin P, YAunguroch Y, Hatsukano N. The ageing society and human resources to care for older people in Thailand [internet]. 2020 [cited 2024 Apr 1]. Available from: https://www.ide.go.jp/library/English/Publish/Reports/Ec/pdf/202011_ch04.pdf
2. Rojpaisarnkit K, Rodjarkpai Y. Well-being of the elderly living in urban and rural areas of Thailand. PHJBUU. 2018; 13(1): 113-27. Thai.
3. Koedmeemul M. Quality of Life of the Aged: A Comparison between Urban and Rural. RRBR. 2015; 9(2): 79-90. Thai.
4. Petchprapai N. A survey of health status among the older adults who live in Muang District Nakhonratchasima Province. Songklanakarind Medical Journal. 2015; 33(1): 21-30. Thai.
5. Panyathorn K, Trongsri C. Healthcare and related factors of the elderly living alone in Bantad, Mueang District, Udonthani Province. APHEIT Journal of Nursing and Health. 2020; 2(2): 41-52. doi: 10.14456/ajnh.2020.9. Thai.
6. Chaunwan S, Tianlai K, Tueankrin P. Living arrangements of the Thai elderly in urban area to support adequate dwelling and care [Internet]. Bangkok: Mahidol University; 2020 [cited 2023 Sep 10]. Available from: <https://thainhf.org/wp-content/uploads/2020/11/Final-report-Dr.Sutthida.pdf>
7. Chaunwan S, Apipornchaisakul K, Thianlai K, et al. Family caregiving for the elderly which has several living arrangements in Thai society for assessment the strength and support needs of household [Internet]. 2018. [cited 2023 Sep 10]. Available from: https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:149018.
8. Department of Older Persons. Measures to implement national agenda on aged society 6 sustainable 4 change [internet]. 2019 [cited 2023 Sep 10]. Available from: https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1539325686-137_0.pdf.
9. AshaRani PV, Lai D, Koh J, et al. Purpose in life in older adults: A systematic review on conceptualization, measures, and determinants. Int J Environ Res Public Health. 2022; 19(10): 1-25. doi: 10.3390/ijerph19105860.
10. Sutin AR, Luchetti M, Stephan Y, et al. Self-reported sense of purpose in life and proxy-reported behavioral and psychological symptoms of dementia in the last year of life. Aging Ment Health. 2022; 26(8): 1693-8. doi: 10.1080/

- 13607863.2021.1937055.
11. Musich S, Wang SS, Kraemer S, et al. Purpose in life and positive health outcomes among older adults. *Popul Health Manag.* 2018; 21(2): 139-47. doi: 10.1089/pop.2017.0063.
12. Lincoln YS, Guba EG. Establishing trustworthiness. In: Lincoln YS, Guba EG, editors. *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage; 1985.
13. Vaismoradi M, Turunen H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nurs Health Sci.* 2013; 15(3): 398-405. doi: 10.1111/nhs.12048.
14. Srichannil C. Interpretative phenomenological analysis: A qualitative methodology for psychological Research. *Journal of Education Burapha.* 2017; 28(3): 1-13. Thai.
15. Boontoch K, Nuntaboot K. Happiness, distress and mental health of the elderly in a community in the upper north region of Thailand. *J Psychiatr Assoc Thailand.* 2017; 62(3): 257-70. Thai.
16. van Leeuwen KM, van Loon MS, van Nes FA, et al. What does quality of life mean to older adults? A thematic synthesis. *PLoS One.* 2019; 14(3): 1-39. doi: 10.1371/journal.pone.0213263.
17. Kim ES, Shiba K, Boehm JK, et al. Sense of purpose in life and five health behaviors in older adults. *Prev Med.* 2020; 139: 106172. doi: 10.1016/j.ypmed.2020.106172.
18. Damon W. *Noble purpose: The joy of living a meaningful life*. London: Templeton Foundation; 2003.
19. Sasuad K. Factors affecting the quality of life of the elderly in the eastern province. *NRRU Com Res J.* 2017; 11(2): 21-38. Thai.
20. Sukadisai P, Maput J, Kitiyanu R. Life style and guidelines for well-being of the elderly in the Eastern region. *JESD.* 2014; 10(1): 90-102. Thai.
21. Balthip Q, Boddy J, Siriwatanamethanon J. *Achieving Harmony: Moving from experiencing social disgust to living with harmony in people with HIV/AIDS in the Thai context*. New York: Springer; 2013.
22. Drageset J, Haugan G, Tranvag O. Crucial aspects promoting meaning and purpose in life: Perceptions of nursing home residents. *BMC Geriatr.* 2017; 17(1): 254. doi:10.1186/s12877-017-0650-x.
23. Wungnan N, Suramat V, Supang N. Factors related to self-care behaviors of elderly in urban city. *CAS Journal.* 2019; 9(2): 55-63. Thai.
24. Sewdas R, de Wind A, van der Zwaan LG, et al. Why older workers work beyond the retirement age: A qualitative study. *BMC Public Health.* 2017; 17(1): 1-9. doi: 10.1186/s12889-017-4675-z.
25. Halaweh H, Dahlin-Ivanoff S, Svantesson U, et al. Perspectives of older adults on aging well: A focus group study. *J Aging Res.* 2018; 1-9. 9858252. doi: 10.1155/2018/9858252.
26. Satraphat D, Pochakapapirpan J, Sattayaapithan S, et al. Factor affecting the quality of life in the elderly. *J Health & Health Manag.* 2021; 7(2): 212-23. Thai.
27. Paninakul P, Hengudomsub P, Vatanasin D. Influencing of psychosocial factors on happiness among community-dwelling older adults. *JFONUBUU.* 2019; 27(2): 40-8. Thai.
28. Bruce MA, Jeffers KS, Robinson JK, Norris KC. *Contemplative Practices: A Strategy to Improve Health and Reduce Disparities*. *Int J Environ Res Public Health.* 2018; 15(10): 1-9. doi: 10.3390/ijerph15102253.
29. Tomioka K, Kurumatani N, Hosoi H. Relationship of having hobbies and a purpose in life with mortality, activities of daily living, and instrumental activities of daily living among community-dwelling elderly adults. *J Epidemiol.* 2016; 26(7): 361-70. doi: 10.2188/jea.JE20150153.
30. Greenblatt-Kimron L, Kagan M, Zychlinski E. Meaning in life among older adults: An integrative model. *Int J Environ Res Public Health.* 2022; 19(24): 1-12. 16762. doi: 10.3390/ijerph192416762.
31. Abd OA, Hassan EH, Hassan NM, et al. Relationship between purpose in life and death anxiety among elderly home residents. *IJNRHN.* 2021; 6(2): 1217-26.

บทความวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียด
ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
ในระหว่างการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Relationship Between Stress Level and Coping Strategies
of Patients with Colorectal Cancer Admitted During Pandemic
of Coronavirus Disease 2019

นฤมล พรหมจันทร์¹ หทัยรัตน์ แสงจันทร์*² จินตนา ดำเกลี้ยง²
Narumon Phromchan¹ Hathairat Sangchan^{2*} Jintana Damklieng²

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

¹Registered Nurse, Professional Level, Surat Thani Hospital, Surat Thani, Thailand.

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

²Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

*ผู้รับผิดชอบหลัก: hathairat.s@psu.ac.th

*Corresponding author: hathairat.s@psu.ac.th

Received 14 April 2024 • Revised 21 August 2024 • Accepted 22 August 2024

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการประเมินตัดสินสถานการณ์ ระดับความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด และหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระหว่างการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้แนวคิดความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman **วิธีการ:** คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 70 ราย แบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย (1) ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย (2) แบบสัมภาษณ์การประเมินตัดสินสถานการณ์และระดับความเครียด และ (3) แบบวัดการเผชิญความเครียด ประกอบด้วย ด้านการมุ่งแก้ปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความรู้สึก เครื่องมือส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และ .93 ตามลำดับ และเครื่องมือส่วนที่ 3 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวมเท่ากับ .70 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการจัดกลุ่มเนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนาและหาความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน **ผลการศึกษา:** กลุ่มตัวอย่างประเมินตัดสินสถานการณ์เป็น 2 ลักษณะ คือ (1) เป็นอันตรายและคุกคามต่อสุขภาพ และ (2) ส่งผลต่อชีวิตทุกด้าน สูญเสียและท้อแท้ โดยมีระดับความเครียดเฉลี่ย 3.81 (SD = 2.51) กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกมากที่สุด รองลงมาเป็นด้านการมุ่งแก้ปัญหา และด้านการจัดการกับอารมณ์ ตามลำดับ ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .502, p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับวิธีการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.377, p < .01$) **สรุป:** ผลการศึกษา

เป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลในการพัฒนาแนวทางสนับสนุนวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนักต่อไป

คำสำคัญ: การประเมินตัดสินสถานการณ์; ความเครียด; การเผชิญความเครียด; มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก; ไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

Objectives: This research study aimed to explore situational appraisal, stress level, coping strategies, and investigate the relationship between stress level and coping strategies of patients with colorectal cancer admitted during pandemic of coronavirus disease 2019. The stress appraisal and coping model¹ was applied for research conceptual framework. **Method:** The seventy subjects were purposively selected using the inclusion criteria. The set of instruments composed of (1) the Demographic Data and Illness History, (2) the Interview Guide for Situation Appraisal and Stress Level, and (3) the Coping Strategies Questionnaire composed of problem-solving coping, palliative coping, and emotional-management coping. The set of instruments was validated by three experts. The content validity index of the 2nd and the 3th part of the instruments were 1.0 and .93 respectively. The reliability of the third part of the instrument was examined and yielded the alpha of Cronbach's of .70. The qualitative data were analyzed using content categorization. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics and Pearson Product Moment Correlation. **Results:** The results showed that the subjects appraised the situation as (1) harmful and threat to health, and (2) impact to life lead to loss and powerlessness. The mean score of the stress level was at a moderate level ($M = 3.81$, $SD = 2.51$). The most common coping strategy used was palliative coping followed by problem-solving coping, and emotional management coping. The stress level was found to be a significantly positive correlation with the emotional management coping strategies ($r = .502$, $p < 0.01$), but significantly negative correlation with the problem-solving coping strategies ($r = -.377$, $p < 0.01$). **Conclusion:** The findings of this study were useful for nurses to further develop supportive coping strategies for patients with colorectal cancer.

Keywords: situational appraisal; stress; coping; colorectal cancer; coronavirus 2019

ความสำคัญของปัญหา

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นปัญหาสุขภาพของประชากรทั่วโลกโดยมีผู้ป่วยรายใหม่มากเป็นอันดับสามรองจากมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอด และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งอันดับสอง (ร้อยละ 9.40) รองจากมะเร็งปอด (ร้อยละ 18)¹ จากการรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติของประเทศไทยรายงานสถิติปี พ.ศ. 2565 กล่าวว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นโรคมะเร็งที่พบมากที่สุด ในเพศชายคิดเป็นร้อยละ 21 สำหรับในเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 10.70 เป็นอันดับสามรองจากมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอด² โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานีรายงานสถิติผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนักที่เข้ารับการรักษาในปี พ.ศ. 2561-2564 เท่ากับ 195 ราย 215 ราย 251 ราย และ 223 ราย ตามลำดับ³

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเข้ารับการด้วยอาการความผิดปกติของการขับถ่ายจากการอุดตันของก้อนมะเร็งและอาจมีอาการจากการลุกลามของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นที่พบได้บ่อย คือ ตับ ปอด และกระดูก⁴ จึงต้องได้รับการรักษาหลายวิธีร่วมกัน ได้แก่ การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด การฉายรังสีรักษา เป็นต้น^{4,5} ผลของการรักษาและระยะการปลอดโรคของผู้ป่วยมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับระยะของโรคมะเร็ง^{4,6} ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการของโรคมะเร็งและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ดังเช่นผลการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดครั้งแรกมากกว่าร้อยละ 50 มีอาการข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน (ร้อยละ 79.30) อ่อนเพลีย (ร้อยละ 74.70) ความอยากอาหารลดลง (ร้อยละ 65.50) การรับรสเปลี่ยนไป (ร้อยละ 60.90) ผอมร่าง (ร้อยละ 60) ปากแห้ง (ร้อยละ 51.70) และท้องผูก (ร้อยละ 51.70)⁷

และผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนักเป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มอื่น ๆ^๑

อาการด้านร่างกายที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความผิดปกติด้านอารมณ์และจิตใจ จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง โดยเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับอาการทางร่างกาย ได้แก่ ความยากลำบากในการทำงาน (work difficulties) นอนไม่หลับ (insomnia) รับประทานอาหารได้น้อย (loss of appetite) อ่อนเพลีย (fatigue) และการสูญเสียความรู้สึกทางเพศ (loss of libido)^๑ การศึกษาเชิงคุณภาพในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัด พบว่าระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยทุกขี้อาจจากความรู้สึกด้านลบต่อการวินิจฉัยมะเร็งและจากระบบบริการสุขภาพ ระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการทางลบต่อการได้รับการผ่าตัด ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ประสบการณ์ในการฟื้นตัว การเผชิญกับอาการทางร่างกายและภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด กังวลกับการกลับเป็นซ้ำ การสนับสนุนทางสังคม ผลกระทบต่อการใช้ชีวิต และกังวลเกี่ยวกับความตาย^{๑๐} อาการด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งมีโอกาสเกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มได้รับการวินิจฉัยไปตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย ได้แก่ ความกลัวการเป็นมะเร็ง (cancer-related fears) ความเครียดหลังได้รับความกระทบกระเทือนด้านจิตใจ (post-traumatic stress) วิตกกังวล (anxiety) และซึมเศร้า (depression) ซึ่งอาจเป็นอาการเล็กน้อยและไม่ซับซ้อนขึ้นในการวินิจฉัยอาการทางคลินิกแต่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต^{๑๑} นอกจากนี้ ยังมีผลการศึกษาที่พบว่าภาวะเครียดเรื้อรังในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนักมีความสัมพันธ์กับการดำเนินของโรคและการเปลี่ยนแปลงของเซลล์มะเร็ง^{๑๒}

เมื่อมีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดขึ้น ส่งผลให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น^{๑๓} รวมถึงผู้ป่วยมะเร็งแม้จะไม่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ แต่หากได้รับเชื้ออาจส่งผลกระทบต่อภาวะของโรคและการรักษาโรคมะเร็ง^{๑๔} ผลการศึกษาพบว่าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ป่วยมะเร็งมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 71.20 วิตกกังวลร้อยละ 78 การนอนหลับผิดปกติร้อยละ 78 เหนื่อยล้าร้อยละ 55.90 บกพร่องด้านความรู้สึกนึกคิดร้อยละ 91.50 และปวดร้อยละ 75.90^{๑๕} โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ วิตกกังวลเกี่ยวกับการจัดการภาวะเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง^{๑๖}

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงเป็นสิ่งเร้าร่วมที่อาจทำให้ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความเครียดเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Lazarus and Folkman^{๑๗} ที่กล่าวว่า ความเครียดเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน โดยบุคคลใช้กระบวนการความรู้สึกรู้จักคิด (cognitive process) พิจารณาสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้น และต้องใช้ศักยภาพและแหล่งประโยชน์เพื่อจัดการกับความเครียด ผลการศึกษาเชิงคุณภาพในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนัก พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้การเผชิญความเครียดด้านมุ่งจัดการกับอารมณ์ร่วมกับด้านมุ่งแก้ปัญหา ได้แก่ คิดทางบวก คิดว่าเป็นเรื่องปกติ ใช้ศาสนาและความเชื่อเป็นที่ยึดเหนี่ยว ร่วมกิจกรรมกลุ่มทางสังคมเพื่อหลีกเลี่ยงการคิดถึงความเจ็บป่วย ตระหนักถึงความเจ็บป่วย ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการใช้ชีวิต ค้นหาข้อมูลและการรักษาทางเลือกอื่น ๆ เป็นต้น^{๑๘} สำหรับการศึกษาในประเทศไทย มีงานวิจัยในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด ของ Opasattanakom, Detprapon and Sumdaengsrit^{๑๙} พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้านการจัดการอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .46, p = .001$) ทั้งนี้ยังไม่มีรายงานการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนักโดยเฉพาะการศึกษาในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีปัญหาด้านสุขภาพจากพยาธิสภาพของโรคและผลข้างเคียงจากการรักษาและยังคงต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการเข้ารับการรักษาในช่วงเวลาที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นสิ่งเร้าให้ผู้ป่วยต้องคิดพิจารณาประเมินตัดสินใจว่าเมื่อผลกระทบต่อสวัสดิภาพตนเองก่อให้เกิดความรู้สึกเครียดและต้องใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการต่าง ๆ ตามศักยภาพและแหล่งประโยชน์ของตนเอง การศึกษาครั้งนี้จึงเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนักสามารถปรับตัวและเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระหว่างการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประเมินตัดสินสถานการณ์อย่างไร

2. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลในระหว่างการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความเครียดระดับใด

3. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลในระหว่างการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใช้การเผชิญความเครียดวิธีใด ระดับใด

4. ระดับความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลในระหว่างการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ศึกษาการประเมินทัศนสถานการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลในระหว่างการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. ศึกษาระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลในระหว่างการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

3. ศึกษาวิธี และระดับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลในระหว่างการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลในระหว่างการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

รูปแบบการศึกษา

สมมติฐาน

ระดับความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลในระหว่างการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์และวิธีการเผชิญความเครียด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman¹⁷ เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งอธิบายว่าบุคคลจะใช้กระบวนการความรู้สึกนึกคิด (cognitive process) พิจารณาสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่เป็นสิ่งเร้าว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเองอย่างไรและ

ประเมินตัดสินเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ (1) เป็นอันตรายและ/หรือต้องสูญเสีย (2) เป็นสิ่งคุกคามและกระทบต่อสวัสดิภาพ และ (3) เป็นสถานการณ์ทางลบแต่อาจมีประโยชน์หรือผลดีได้จึงเป็นสิ่งท้าทาย ความเครียด (stress) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่ได้รับผลกระทบดังกล่าว ซึ่งบุคคลจะต้องใช้ความพยายามในการเผชิญ (coping) ตามศักยภาพและแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมี ประกอบด้วย 3 วิธี ได้แก่ (1) การจัดการอารมณ์ความรู้สึก (2) การมุ่งแก้ปัญหาหรือสาเหตุ (3) การบรรเทาความรู้สึก²⁰ การศึกษาครั้งนี้จึงเชื่อว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลในระหว่างการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นบุคคลที่ได้รับสิ่งเร้าจากความเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษานทำให้ต้องคิดพิจารณาประเมินตัดสินว่ามีผลกระทบต่อสวัสดิภาพตนเองในลักษณะใด ทำให้เกิดความรู้สึกเครียดในระดับมากน้อยเพียงใดแตกต่างกันซึ่งผู้ป่วยแต่ละบุคคลจะต้องใช้ความพยายามในการเผชิญจัดการกับความเครียดด้วยวิธีการต่าง ๆ ระดับความเครียดจึงมีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียด

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 11 ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลในระหว่างการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อทำการรักษาด้วยการผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา หรือการรักษาแบบประคับประคอง ในระหว่างการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ตามเกณฑ์คุณสมบัติการคัดเลือก คือ (1) สัญญาณชีพคงที่ (2) ระดับความรู้สึกตัวปกติ และ (3) สื่อสารด้วยการพูดและฟังภาษาไทยได้

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการวิจัยที่ผ่านมาของ Opasrattanakorn, Detprapon and Sumdaengsrit¹⁹ ที่พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้านการจัดการอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .46$) จึงกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 และ

อำนาจการทดสอบ เท่ากับ .80 และขนาดอิทธิพล .35 เปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 62 ราย²¹ และเพื่อป้องกันเก็บข้อมูลได้ไม่สมบูรณ์จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 10²¹ รวมเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 70 ราย

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการประเมินจริยธรรมในงานวิจัยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ PSU IRB 2021 - St - Nur 020 (Internal) วันที่ 27 กรกฎาคม 2564 ถึง 27 กรกฎาคม 2566 และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานีและโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างผ่านการแนะนำของพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความยินยอมในการตอบแบบสอบถามโดยชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะยุติการให้สัมภาษณ์ได้ตลอดเวลาโดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการได้รับการบริการทางสุขภาพและการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บไว้โดยไม่ระบุชื่อ การนำเสนอและเผยแพร่ผลการวิจัยกระทำในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม 2565 ถึง มิถุนายน 2566 โดยดำเนินการดังนี้

1. การเตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างน้อย 2 ปี ให้เป็นผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทำความเข้าใจข้อคำถามของแบบสัมภาษณ์และฝึกสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง รายเดียวกับผู้วิจัย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสอดคล้องตรงกัน
2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้รับวัคซีนป้องกันโควิด 19 ครบ เป็นเวลามากกว่า 1 เดือนก่อนการเก็บข้อมูล และปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างเคร่งครัด
3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างโดยผ่านพยาบาลประจำหอผู้ป่วย
4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาจากแฟ้มเวชระเบียน และทำการสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดโดยคำถามปลายเปิดใช้เวลา 30-45 นาที และระบุระดับความเครียดโดยรวม ส่วนแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียด ผู้วิจัยอ่านข้อคำถามทีละข้อ

และให้กลุ่มตัวอย่างตอบว่าใช้วิธีการเผชิญความเครียดนั้นหรือไม่และใช้บ่อยเพียงใด

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้และทวารหนัก ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประวัติการรักษา การเข้ารับการรักษานี้และครั้งที่ได้รับการรักษาที่ได้รับ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การประเมินทัศนสถานการณ์และระดับความเครียด ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์สถานการณ์ความเครียดและระดับความเครียดของผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีก้อนที่บริเวณเต้านมในระยะก่อนเข้ารับการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อ ที่สร้างขึ้นโดย Sangchan²² ซึ่งเป็นข้อคำถามปลายเปิด 7 ข้อ ใช้ถามต่อเนื่องกันเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ใช้กระบวนการความรู้สึกนึกคิดพิจารณาและประเมินสถานการณ์การเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษานี้ในโรงพยาบาลในระหว่างการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนี้

- 1) ขณะนี้อาการเจ็บป่วยเป็นอย่างไรบ้าง ทำให้คุณกังวลใจ ไม่สบายใจ หรือไม่ อย่างไร
- 2) การเข้ารับการรักษานี้ในโรงพยาบาลครั้งนี้ คุณมีความกังวลใจ ไม่สบายใจ หรือไม่ อย่างไร
- 3) ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คุณมีความกังวลใจ ไม่สบายใจ หรือไม่
- 4) ขณะนี้คุณกังวลใจ ไม่สบายใจ ทุกๆใจ เกี่ยวกับเรื่องอะไรบ้าง อย่างไร
- 5) คุณพิจารณาว่าสิ่งที่เป็นความกังวลใจ ไม่สบายใจ ทุกๆใจ ทั้งหมดนี้ ส่งผลกระทบต่อคุณอย่างไร
- 6) คุณประเมินว่าความรู้สึกที่เลวร้ายทั้งหมดนี้ เป็นความเครียดหรือไม่
- 7) จากสถานการณ์โดยรวมนี้ทำให้คุณรู้สึกเครียดในระดับใด โดยแบ่งความเครียดเป็น 1 คะแนน (เครียดน้อยที่สุด) จนถึง 10 คะแนน (เครียดมากที่สุด) การแปลผลระดับความเครียด ดังนี้

คะแนน 1.00-3.50	คะแนน หมายถึง ความเครียดน้อย
คะแนน 3.51-7.00	คะแนน หมายถึง ความเครียดปานกลาง
คะแนน 7.01-10.00	คะแนน หมายถึง ความเครียดมาก

ส่วนที่ 3 แบบวัดการเผชิญความเครียด ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดการเผชิญความเครียดที่ Sangchan²² ได้แปลและดัดแปลงมาจากแบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวีกฉบับปรับปรุงปี ค.ศ. 1988 โดยการเผชิญความเครียดแบ่งเป็น 3 วิธี มีข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ ดังนี้ (1) ด้านการจัดการอารมณ์ 10 ข้อ (2) ด้านการมุ่งแก้ปัญหา 13 ข้อ (3) ด้านการบรรเทาความรู้สึก 13 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 0 (ไม่ใช้วิธีนั้น) 1 (ใช้วิธีนั้นนาน ๆ ครั้ง) 2 (ใช้วิธีนั้นเป็นบางครั้ง) 3 (ใช้วิธีนั้นบ่อย ๆ) และ 4 (ใช้วิธีการนั้นตลอดเวลา) คะแนนการเผชิญความเครียดรายด้านมีดังนี้

ด้านการจัดการกับอารมณ์ มีคะแนนเท่ากับ 0-40 คะแนน

ด้านการมุ่งแก้ปัญหา มีคะแนนเท่ากับ 0-52 คะแนน

ด้านการบรรเทาความรู้สึก มีคะแนนเท่ากับ 0-52 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือทั้ง 3 ส่วน ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน สำหรับเครื่องมือส่วนที่ 2 (แบบสัมภาษณ์การประเมินตัดสินสถานการณ์และระดับความเครียด) และส่วนที่ 3 (แบบวัดการเผชิญความเครียด) ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และ .93 ตามลำดับ และเครื่องมือส่วนที่ 2 ตรวจสอบความเที่ยง โดยการหาความตรงกันของการประเมินข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ (interrater reliability) โดยผู้วิจัยเลือกผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ใช้แบบสัมภาษณ์ทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง แล้วนำข้อมูลที่ได้มาเปรียบเทียบกับและวิเคราะห์ค่าความสอดคล้องตรงกัน พบว่า ค่าความตรงกันเท่ากับ 1 ส่วนเครื่องมือส่วนที่ 3 แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวมได้เท่ากับ .70

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการจัดกลุ่มเนื้อหา (categorization)²¹ โดยมีขั้นตอน ดังนี้ (1) ถอดเทปหลังการสัมภาษณ์ (2) พิจารณาคำพูดในบทสนทนาและลงรหัส (code) ตามแนวคิดการประเมินตัดสินสถานการณ์ซึ่งแบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ สถานการณ์ที่เป็นอันตราย สถานการณ์ที่คุกคามและสถานการณ์ที่เป็นสิ่งท้าทาย (3) จัดหมวดหมู่ (categorization) และ (4) แจกแจงข้อมูลในแต่ละหมวดหมู่เป็นความถี่และร้อยละ

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติบรรยายและหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระหว่างการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 70 ราย เป็นเพศหญิงร้อยละ 51.40 อายุเฉลี่ย 42 ปี (SD = 11.26) ร้อยละ 90 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 84.30 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 87.10 ไม่ได้เข้ารับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.20 ประกอบอาชีพจ้างหรือเกษตรกร ร้อยละ 52.90 มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท ต่อเดือน และร้อยละ 60 เบิกค่ารักษาได้ทั้งหมด ส่วนที่เหลือเบิกค่ารักษาได้บางส่วน

กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคมะเร็งในระยะที่ 4 ระยะที่ 3 และระยะที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 42.90 ร้อยละ 37.10 และร้อยละ 17.10 ตามลำดับ โดยร้อยละ 61.40 มีระยะเวลาการเป็นโรค 6 เดือน ถึง 5 ปี ร้อยละ 34.30 น้อยกว่า 6 เดือน และร้อยละ 4.30 มากกว่า 5 ปี ร้อยละ 69.90 เข้ารับการรักษา 2 ครั้ง จนถึงมากกว่า 10 ครั้ง มีเพียงร้อยละ 27.10 ที่เข้ารับการรักษาเป็นครั้งแรก โดยในการรับการรักษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.60 ได้รับเคมีบำบัด ร้อยละ 32.90 ได้รับการผ่าตัด ร้อยละ 7.10 ได้รับการผ่าตัดและเคมีบำบัด และร้อยละ 1.40 ได้รับรังสีรักษา

การประเมินตัดสินสถานการณ์

กลุ่มตัวอย่างอธิบายว่าเมื่อพิจารณาสถานการณ์การเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในระหว่างการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นี้ ประเมินตัดสินว่าเป็นสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อสวัสดิภาพ 2 ลักษณะ ดังนี้

1. ประเมินว่ามะเร็งเป็นอันตรายต่อสุขภาพและการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะคุกคามที่อาจทำให้โรครุนแรงขึ้น กลุ่มตัวอย่าง 52 ราย (ร้อยละ 74.28) ประเมินว่าโรคมะเร็งลำไส้และทวารหนักส่งผลกระทบทางลบต่อสุขภาพโดยตรง และสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ ทำให้การเข้ารับการรักษายุ่งยากมากขึ้น รวมทั้งมีผลกระทบต่อการทำงานอาชีพและรายได้ ต้องเข้มแข็งปรับตัวปรับใจและปฏิบัติตามแผนการรักษา แก้ปัญหาไปทีละเรื่อง โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมะเร็งลำไส้และทวารหนักมาเป็น

ระยะเวลาน้อยกว่า 1 ปี อธิบายว่ามีความกลัวและกังวลเกี่ยวกับการเป็นมะเร็งมากเนื่องจากยังไม่แน่ใจ ไม่ทราบวิธีการรักษา ไม่ทราบวิธีการจัดการกับอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ดังตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง อายุ 71 ปี มีโรคหลอดเลือดสมองและเบาหวาน สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาระดับมัธยมศึกษา เป็นแม่บ้าน ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้และทวารหนักระยะที่ 3 เมื่อ 1 เดือนที่ผ่านมา เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรกเพื่อผ่าตัดเปิดหน้าท้องและตัดลำไส้ใหญ่ส่วนปลายออกบางส่วน มีสีหน้าไม่สดชื่น กังวล คิ้วขมวด เล่าว่า “ตั้งแต่จำความได้ ไม่เคยเป็นอะไร ไม่เคยนอนโรงพยาบาล” “โรคนี้เป็นแล้วจะดีขึ้นได้ไหม...ต้องนอน รพ.กี่วัน ถึงจะได้กลับบ้าน...หมอจะนัดมาดูอาการตลอดใช่ไหม...ไม่อยากจะนอนผ่าตัด เตรียมตัวมาแล้ว...ถ้าพอดิตโควิดแล้วมันลำบากต้องกักตัว รักษาได้ไม่เต็มที่ อาการแย่ลง ไปไหนมาไหนลำบาก”

กลุ่มตัวอย่างเพศชาย อายุ 61 ปี มีโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพรับจ้างกรีดยาง ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 2 มาเป็นเวลา 2 เดือน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรกเพื่อผ่าตัดลำไส้ด้านขวาออกบางส่วน มีสีหน้าวิตกกังวลมาก กล่าวว่า “ไม่เคยคิดมาก่อนว่าจะเป็น (น้ำตาลกลูโคส)...รักษากันไป ทำไรได้ก็ทำ ไม่อยากอยู่เฉยๆ...โควิดก็กลัวติด..ถ้าติดแล้วทำให้โรครุนแรงขึ้น...กลัวเป็นอะไรไป...ยังไม่อยากตาย”

กลุ่มตัวอย่างเพศชาย อายุ 47 ปี สถานภาพสมรสคู่ อาชีพเกษตรกร เป็นผู้รับผิดชอบหารายได้ของครอบครัวและมีเป้าหมายที่จะส่งเสียลูกให้เรียนจบ ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 1 เข้ารับการรักษาครั้งแรกเพื่อทำการผ่าตัดลำไส้ มีสีหน้าตื่นกลัว มือทั้งสองข้างประสานกันแน่น กล่าวว่า “ถ่ายท้องเป็นเลือดมา 2 เดือนแล้ว หมอบอกว่าชิตต้องให้เลือด เพลียก็เพลีย ไปไหนมาไหนลำบาก ไม่มีแรงทำอะไรตอนนี้ก็ยิ่งถ่ายเป็นเลือดเรื่อย ๆ ไม่ค่อยมีแรง ไม่รู้เมื่อไหร่จะดีขึ้น ได้แต่ทำใจยอมรับ...รู้ว่าโรครุนแรง รักษาให้หายขาดยาก..จะรักษาตามที่หมอและพยาบาลบอก ทำให้ที่สดดูแล้วตัวเองเท่าที่ทำได้ ตอนนี้เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดต่อจากนี้คงต้องให้เคมีบำบัดต่อ ไม่รู้จะแพ้ไหม”

ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการเป็นโรคมามากกว่า 1 ปี และมีประสบการณ์เข้ารับการรักษามากกว่า 10 ครั้ง จึงเข้าใจอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นและทราบวิธีการจัดการกับอาการ ยอมรับและปรับตัวได้ ทำให้ความกลัวความกังวลลดลง

แต่ยังคงประเมินว่าเป็นโรคที่อันตรายและสถานภาพโควิดจะทำให้การรักษายุ่งยากและอาจล่าช้าเพราะต้องเลื่อนการมาพบแพทย์ ดังตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง อายุ 48 ปี สถานภาพหย่าร้าง มีบุตร 2 คน อาชีพรับราชการ ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 4 มาเป็นเวลา 1 ปี 1 เดือน ได้รับยาเคมีบำบัดมาแล้ว 13 ครั้ง เข้ารับการรักษาครั้งนี้เพื่อรับยาเคมีบำบัดกล่าวว่า “ผมร่วง...คลื่นไส้อาเจียน...เป็นแผลภายในปาก...กินได้น้อย...ช่วงนี้ต้องตรวจโควิดก่อนมานอนโรงพยาบาล...ถ้าติดโควิดก็ไม่ได้รับการตามนัด กลัวโรครุนแรงกว่าเดิม กลัวหายช้า ถ้ามีใครคนหนึ่งติด ก็ติดกันหมด ต้องกักตัว ยิ่งมากเรื่องไปอีก...”

กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง อายุ 79 ปี สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาประถมศึกษา อาชีพเกษตรกร ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 2 มาเป็นเวลา 2 ปี 3 เดือน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาแล้ว 13 ครั้ง โดยการผ่าตัดและได้รับเคมีบำบัด ครั้งนี้มารับเคมีบำบัด ขณะนอนโรงพยาบาลผู้ป่วยมีปัญหาท้องเสียและมีภาวะช็อคจากการสูญเสียน้ำ ทำให้อ่อนเพลียและรับประทานอาหารได้น้อย กล่าวว่า “ลึนไม่รู้สเวลากินข้าว กินได้น้อย ๆ กินข้าวแต่ละที ไม่เคยอร่อยเหมือนเพื่อน ต้องหาของจืด ๆ กิน กินนมบ้าง แต่ไม่ค่อยชอบ กินเท่าที่กินได้...รักษาตามที่หมอพยาบาลบอก อะไรที่ว่าดีก็ต้องลองรักษา ต้องทำเต็มที่ก่อน...โควิดทำให้ยุ่งยากต้องตรวจโควิดก่อนมาโรงพยาบาล จำกัดคนเยี่ยม ถ้าเป็นโควิดหมอก็ต้องเลื่อนนัดอีก มารักษาครั้งนี้ ก็จำกัดคนเยี่ยม นอนโรงพยาบาลก็ต้องสวมหน้ากาก...”

2. ประเมินว่ามะเร็งส่งผลกระทบต่อชีวิตทุกด้านทำให้สูญเสียและรู้สึกท้อแท้ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 ราย (ร้อยละ 25.71) ประเมินว่าการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรวมทั้งการรักษาผลกระทบต่อชีวิตทุกด้าน ต้องสูญเสียสภาพร่างกายงานอาชีพ รายได้ ครอบครัว และการใช้ชีวิต ทำให้ท้อแท้หมดหวัง พยายามหาเป้าหมายของชีวิตเพื่อเป็นกำลังใจในการมีชีวิตอยู่ต่อไป

กลุ่มตัวอย่างเพศชาย อายุ 43 ปี สถานภาพหย่าร้าง อาชีพรับจ้างทั่วไป ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 4 มีการกระจายไปปอดและตับ มาเป็นเวลา 2 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาแล้ว 11 ครั้ง โดยการใช้ยาเคมีบำบัด ครั้งนี้มารับยาเคมีบำบัด มีสภาพร่างกายซูบผอม (BMI = 17.5) กล่าวว่า “กินอาหารไม่ได้...ปวดทั้งตัว ปวดมากที่ท้อง หายใจไม่ทั่วท้อง...เหนื่อยมาก หายใจแรง ๆ ไม่ได้ ไม่มีเรี่ยวแรง

เดินสองสามก้าวก็เหนื่อยแล้ว อย่าว่าแต่ทำงานอย่างอื่นเลย
ทำไม่รอด...ทำใจไว้บางส่วน แต่ยากเกินจะยอมรับได้...ตั้งแต่
ป่วย ไม่ได้ทำงาน ไม่มีรายได้...อยู่บ้านพี่สาว ต้องแยกทาง
กับแฟน...อยากไปหาลูกคนเล็ก แต่ยังไม่มีโอกาส...ไม่รู้จะมี
ชีวิตรอดไปหาเขาไหม (น้ำตาคลอ)...มาโรงพยาบาลมาเอง
คนเดียว ไม่มีญาติ ไม่มีใครเฝ้า จะวานให้ใครช่วยก็ลำบากใจ
...รู้สึกท้อแท้ สู้คนเดียว...เหนื่อย ท้อ...น้อยใจกับชีวิต..."

กลุ่มตัวอย่างเพศชาย อายุ 79 ปี มีความดันโลหิตสูง
และโรคหลอดเลือดสมอง สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาระดับ
ประถมศึกษา อาชีพเกษตรกร ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็ง
ทวารหนักระยะที่ 3 มาเป็นเวลา 1 ปี 5 เดือน เข้ารับการรักษา
มาแล้ว 14 ครั้ง โดยการผ่าตัดและเคมีบำบัดเดือนละ 1 ครั้ง
ครั้งนี้มารักษาเคมีบำบัด สีหน้าไม่สดชื่น สภาพร่างกายอ่อนเพลีย
กล่าวว่า "ทานอาหารไม่ได้ เวลาป่วยไม่อยากออกไปไหน
อยากอยู่บ้าน ไม่อยากเจอใคร ไม่อยากทำอะไร ใช้ชีวิตแต่ละวัน
ลำบาก เป็นภาระคนอื่นเขา (น้ำตาคลอ) เกรงใจเขาต้องทำงาน
ทำการกันทั้งนั้น ตัวเองไม่ได้ทำงานอะไร ดีที่มีลูกหลานคอย
ช่วยค่าใช้จ่ายบ้าง ยิ่งช่วงโควิด ไม่ได้ออกไปไหนกลัวติดเชื้อ
ทำอะไรไม่สะดวก ลำบากเวลาต้องตรวจโควิดก่อนมานอน
โรงพยาบาลทุกครั้ง"

กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง อายุ 53 ปี สถานภาพสมรส
หย่าร้าง การศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพรับจ้างกรีดยาง
ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะที่
3 มาเป็นเวลา 11 เดือน เข้ารับการรักษามาแล้ว 14 ครั้ง
โดยการผ่าตัดและเคมีบำบัด 1-2 เดือนต่อครั้ง ครั้งนี้มารับ
ยาเคมีบำบัดสูตร สีหน้าไม่แจ่มใส สภาพอ่อนเพลีย กล่าวว่า
"ไม่รู้จะหายเหมือนเดิมไหม กลัวที่รักษาผ่านมาไม่ได้ผล ใช้
เวลาหลายปี ไม่รู้ตัวเองจะสู้ถึงไหน...ไม่มีรายได้ ไม่ได้กรีดยาง
ดีที่มีลูกสาวช่วยเรื่องค่าใช้จ่ายบ้างเดือนละพันสองพัน ช่วง
โควิดระบาด ไม่สบายใจ ต้องระวังการใช้ชีวิต กว่าคนปกติ
กลัวติดเชื้อ โรคนี้รุนแรงกว่าเดิม"

ระดับความเครียด

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดโดยรวมเฉลี่ย
3.81 (SD = 2.51) ซึ่งเป็นความเครียดระดับปานกลาง
โดยร้อยละ 51.43 มีความเครียดระดับน้อย ร้อยละ 22.87
มีความเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 14.27 มีความเครียด
ระดับมาก และ ร้อยละ 11.43 มีความเครียดระดับมากที่สุด

วิธีการเผชิญความเครียด

ผลการวิเคราะห์เป็นรายข้อพบว่า การเผชิญความ
เครียดที่กลุ่มตัวอย่างใช้มาก 5 อันดับแรก ได้แก่ (1) ทำตาม

คำแนะนำของหมอและพยาบาลและปฏิบัติตามมาตรการ
ของทางโรงพยาบาล (ด้านการมุ่งแก้ปัญหา) คะแนนเฉลี่ย 2.9
(SD = .75) (2) ยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง
(ด้านการบรรเทาความรู้สึก) คะแนนเฉลี่ย 2.86 (SD = .97)
(3) ไม่คิดมาก มองปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องธรรมดาในชีวิต
(ด้านการบรรเทาความรู้สึก) คะแนนเฉลี่ย 2.79 (SD = 1.02)
(4) พยายามนอนหลับ ดีขึ้นมาแล้วดีขึ้น (ด้านการบรรเทา
ความรู้สึก) คะแนนเฉลี่ย 2.61 (SD = .80) และ (5) หาอะไรทำ
ไม่อยู่ว่างเพื่อไม่ให้คิดถึงปัญหาของตนเอง (ด้านการบรรเทา
ความรู้สึก) คะแนนเฉลี่ย 2.49 (SD = 1.11)

เมื่อพิจารณาวิธีการเผชิญความเครียดเป็นรายด้าน
พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทา
ความรู้สึกเครียดมากที่สุดโดยมีคะแนนรวม 30.51 (SD = 4.56)
รองลงมาเป็นการมุ่งแก้ปัญหาโดยมีคะแนนรวม 27.41 (SD
= 6.13) และด้านการจัดการกับอารมณ์โดยมีคะแนนรวม 14.79
(SD = 4.14) ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดและ วิธีการเผชิญความเครียด

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ระดับความเครียด
มีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิธีการเผชิญความเครียดด้าน
การจัดการกับอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .502$,
 $p < .01$) คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเครียดสูงจะให้อา
การเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์มากขึ้น
ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับวิธีการเผชิญ
ความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($r = -.377$, $p < .01$) คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความ
เครียดสูงจะให้อาการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหา
ลดลง และระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการ
เผชิญความเครียดแบบบรรเทาความเครียด แต่ไม่มีนัยสำคัญ
ทางสถิติ

การอภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.14 มาพบแพทย์ครั้งแรก
ด้วยอาการลำไส้อุดตัน ปวดแน่นท้อง และร้อยละ 80 ได้รับ
การวินิจฉัยเป็นมะเร็งในระยะที่ 3 และ 4 จึงได้รับการรักษา
หลายวิธี ทำให้เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 91.43) ได้รับผลกระทบ
จากโรคและการรักษา เช่น เหนื่อยง่าย นอนไม่หลับ คลื่นไส้
อาเจียน ลิ้นไม่รู้สึก แผลในปาก กินได้น้อย ผอมร่าง อากา
รดังกล่าวเป็นมาตั้งแต่เริ่มเป็นมะเร็งและต่อเนื่องเป็นระยะ
เวลานานส่งผลกระทบต่อการทำงานอาชีพและการใช้ชีวิต
ขาดรายได้ ไม่สามารถทำหน้าที่ของตนเองได้ เป็นภาระของ

ครอบครัว ส่งกระทบต่อสภาพจิตใจ เช่น รู้สึกว่าเหว่ ความไม่แน่นอน และท้อแท้กับชีวิต

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างจึงประเมินทัศนสถานการณ์เป็น 2 ลักษณะ คือ (1) มะเร็งลำไส้และทวารหนักเป็นอันตรายต่อสุขภาพโดยตรง เช่น ปวดท้อง ไม่ถ่ายอุจจาระ ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด และอาการข้างเคียงจากการรักษาเกิดผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันและการทำงาน และเมื่อเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างต้องเผชิญกับขั้นตอนการเข้ารับการรักษาที่ยุ่งยากและมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น รวมถึงอาจต้องเลื่อนการรักษาออกไปนอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.53 ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างจึงประเมินว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ เป็นภาวะคุกคามที่อาจทำให้โรคมะเร็งรุนแรงขึ้นจากการติดเชื้อและ/หรือจากการรักษาที่ต้องล่าช้าไป และ (2) มะเร็งส่งผลกระทบต่อชีวิตทุกด้านทำให้สูญเสีย เช่น สูญเสียสภาพร่างกาย งานอาชีพ และรู้สึกท้อแท้ การเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรวมทั้งการรักษาทำให้สูญเสียสภาพร่างกาย งานอาชีพ รายได้ ครอบครัว และการใช้ชีวิต ทำให้ท้อแท้ หดหู่ พยายามหาเป้าหมายของชีวิตเพื่อเป็นกำลังใจในการมีชีวิตอยู่ต่อไป การประเมินทัศนสถานการณ์ของกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของ Lazarus and Folkman¹⁷ ที่กล่าวว่าความเครียดเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน การศึกษาครั้งนี้ไม่พบว่ากลุ่มตัวอย่างประเมินเป็นสถานการณ์ท้าทาย โดยทุกรายไม่ได้กล่าวถึงประโยชน์หรือข้อดีจากสถานการณ์นี้ และรับรู้ว่าจะไม่สามารถจัดการกับอาการความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง ต้องทำใจยอมรับ ปรับใจ ปรับตัวเอง และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์พยาบาลเท่านั้น

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม พบว่า ระดับความเครียดโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 3.81 (SD = 2.51) (จาก 10 คะแนน) มีเพียงร้อยละ 11.43 ที่มีความเครียดระดับมากที่สุด และร้อยละ 14.27 มีความเครียดระดับมาก อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ผ่านการเผชิญกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยมากกว่า 1 ปี มีประสบการณ์การเข้ารับการรักษามาแล้วมากกว่า 10 ครั้ง รวมทั้งได้ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้วยการปรับตัวปรับใจทำให้ผู้ป่วยสามารถก้าวผ่านไปได้ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียดที่น้อยลง^{17,23} รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างได้พิจารณาแล้วว่าตนเองมีแหล่งสนับสนุน เช่น มีครอบครัวช่วยแบ่งเบาภาระ มีญาติพี่น้องให้กำลังใจ มีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยว ดังนั้น การเปิด

โอกาสให้ผู้ป่วยได้คิดพิจารณาทบทวนอาจเป็นกลวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและมองเห็นด้านบวกของการเจ็บป่วย เช่น ครอบครัวช่วยเหลือดูแลกัน ซึ่งจะช่วยบรรเทาความรู้สึกและผลกระทบด้านอารมณ์และจิตใจได้ สอดคล้องกับการผลการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ใช้การเผชิญความเครียดวิธีการต่าง ๆ ส่งผลให้สามารถปรับตัวและจัดการกับสถานการณ์การเครียดที่เกิดขึ้นได้ การเผชิญความเครียดจึงเป็นกลวิธีที่ช่วยบรรเทาภาวะซึมเศร้า ลดความวิตกกังวลและความทุกข์ใจ และส่งเสริมคุณภาพชีวิต²⁴

กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่หลากหลายทั้งด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด การมุ่งแก้ปัญหา และการจัดการกับอารมณ์ โดยแต่ละรายมีวิธีแตกต่างกันไป สอดคล้องกับแนวคิดการเผชิญความเครียดที่กล่าวว่าการเผชิญความเครียดเป็นความพยายามที่บุคคลใช้ในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น และเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ไม่มีการตัดสินว่าวิธีการเผชิญกับความเครียดวิธีใดมีประสิทธิภาพ ขึ้นอยู่กับบริบท บุคคลที่เผชิญความเครียดได้ดีจึงเป็นบุคคลที่สามารถเลือกวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ¹⁷ ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดมากที่สุดโดยใช้วิธีการที่หลากหลาย ได้แก่ (1) ยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง (2) ไม่คิดมาก มองปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องธรรมดาในชีวิต (3) พยายามนอนหลับ ตื่นมาแล้วดีขึ้น (4) หวออะไรทำ ไม่อยู่ว่างเพื่อไม่ให้คิดถึงปัญหาของตนเอง (5) คิดว่าเป็นหน้าที่ของหมอและพยาบาลในการให้การรักษาดูแล (6) คิดหวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างพยายามปรับความรู้สึกนึกคิดของตนเองให้ยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น และเชื่อมั่นว่าหากลดความรู้สึกเครียดได้จะทำให้ร่างกายผ่อนคลายไปด้วย สอดคล้องผลการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนักใช้การเผชิญปัญหาหลากหลายวิธีเพื่อบรรเทาความเครียดและการวิเคราะห์เนื้อหาข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าผู้ป่วยรับรู้ถึงแรงสนับสนุนโดยเฉพาะจากบุคคลในครอบครัว ตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาและการหาความข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น และเชื่อในสิ่งที่ศรัทธาและศาสนา รวมทั้งความคิดทางบวกเชื่อว่าตนเองจะต่อสู้กับโรคได้²⁵

สำหรับวิธีการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหาพบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้การทำตามคำแนะนำของหมอ

และพยาบาลและปฏิบัติตัวตามมาตรการของทางโรงพยาบาลมากที่สุด อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ตัดสินใจเข้ารับการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นหลักและอยู่ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นโรคระบาดของโรคอุบัติใหม่ que ประชาชนรับรู้ว่าเป็นโรคติดเชื้อรุนแรง มีการแพร่ระบาดและติดต่อระหว่างบุคคลได้ง่าย ส่งผลกระทบไปทั่วโลก มีการสื่อสารวิธีการปฏิบัติตัวของประชาชนเพื่อป้องกันการแพร่ระบาด รวมทั้งมีมาตรการของโรงพยาบาลที่ต้องถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัดทั้งบุคลากรและผู้ป่วย จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างสนใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของหมอและพยาบาลและปฏิบัติตัวตามมาตรการของทางโรงพยาบาล

ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกับผลการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด¹⁹ และระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าหากกลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดไม่มากเกินไป จะสามารถจัดการทางแก้ปัญหามากขึ้น จึงเป็นข้อมูลที่ยืนยันว่าพยาบาลควรช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้คิดพิจารณาใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ เพื่อให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งช่วงเวลาดังกล่าวโรงพยาบาลแต่ละแห่งจำเป็นต้องกำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้เหมาะสมกับบริบท ทำให้สถานการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเปลี่ยนแปลงไปจากช่วงเวลาปกติ และเป็นสิ่งเร้าสำคัญที่มีผลต่อการรับรู้และการประเมินทัศนสถานการณ์ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นผลการศึกษาครั้งนี้จึงมีข้อจำกัดในการอ้างอิงถึงกลุ่มประชากรที่อาจมีสถานการณ์หรือสิ่งเร้าที่แตกต่างกัน

สรุป

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างประเมินว่าการเป็นโรคมะเร็งลำไส้และทวารหนักเป็นการเจ็บป่วยที่อันตรายและส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกาย และเมื่อเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างต้องเผชิญกับขั้นตอนการเข้ารับการรักษาที่ยุ้งยากและมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากอุปกรณ์การตรวจคัดกรอง

และอาจต้องเลื่อนการรักษาออกไป นอกจากนี้ อาการจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและจากผลข้างเคียงของการรักษาส่งผลให้สูญเสียสภาพร่างกาย งานอาชีพ รายได้ ครอบครัว และการใช้ชีวิต ทำให้ท้อแท้ หดหู่ ต้องพยายามหาเป้าหมายของชีวิตเพื่อเป็นกำลังใจในการมีชีวิตอยู่ต่อไป อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้วยการพยายามทำใจและปรับความรู้สึกนึกคิดของตนเองให้ยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น พร้อมกับทำตามคำแนะนำของหมอและพยาบาล และปฏิบัติตัวตามมาตรการของทางโรงพยาบาล และระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

พยาบาลควรประเมินความเครียดตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนัก และสนับสนุนให้ผู้ป่วยเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม เช่น การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลที่สอดคล้องกับมาตรการของโรงพยาบาล นอกจากนี้ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายการเผชิญความเครียด หรือพัฒนาแนวปฏิบัติการส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

ผู้วิจัยหลักและผู้ร่วมวิจัยทุกคนมีส่วนร่วมในการเขียนบทความวิจัยฉบับนี้ทั้งหมด

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

แหล่งทุนสนับสนุน

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานีและโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีที่อำนวยความสะดวก กลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และกองทุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เอกสารอ้างอิง

- Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer J. Clin.* 2021; 71(3): 209-49. doi: 10.3322/caac.21660.
- National Cancer Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, Thailand. Hospital-based cancer registry 2022. Bangkok: Medical Digital Unit, National Cancer Institute; (2024). Thai.
- Surattani Cancer Hospital. Hospital based cancer register. Surattani: Surattani Cancer Hospital; 2024 [cited 2024 May 3]. Available from: <https://lookerstudio.google.com/reporting/3800e463-262c-45a2-a2c7-0034fab0920c/page/ho6vC>.
- Hossain S, Karuniawati H, Jairoun AA, et al. Colorectal cancer: A review of carcinogenesis, global epidemiology, current challenges, risk factors, preventive and treatment strategies. *Cancers.* 2022; 14: 1732. doi: 10.3390/cancers14071732.
- Brind'Amour A, Dubé P, Tremblay JF, et al. Canadian guidelines on the management of colorectal peritoneal metastases. *Curr Oncol.* 2020; 27(6): e621-e31. doi: 10.3747/co.27.6919.
- Darunihorn P, Seabmuangsai O. Comparison of locally advanced rectal cancer with pre-operative concurrent chemoradiation and postoperative concurrent chemoradiation in Roi Et Hospital. *Maharakham Hospital Journal.* 2022; 19(2): 100-12. Thai.
- Altun I, Sonkaya A. The most common side effects experienced by patients were receiving first cycle of chemotherapy. *Iran J Public Health.* 2018; 47(8): 1218-19.
- Rohan EA, Townsend JS, Fairley TL, et al. Health behaviors and quality of life among colorectal cancer survivors. *J Natl Compr Canc Netw.* 2015; 13(3): 297-302. doi: 10.6004/jnccn.2015.0041.
- Ha SH, Shim IH, Bae DS. Differences in depressive and anxiety symptoms between cancer and noncancer patients with psychological distress. *Indian J Psychiatry.* 2019; 61(4): 395-99. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_342_18
- Abelson JS, Chait A, Shen MJ, et al. Sources of distress among patients undergoing surgery for colorectal cancer: A qualitative study. *J Surg Res.* 2018; 226: 140-149. doi: 10.1016/j.jss.2018.01.017.
- Yi JC, Syrjala KL. Anxiety and depression in cancer survivors. *Med Clin North Am.* 2017; 101(6): 1099-1113. doi: 10.1016/j.mcna.2017.06.005.
- Guan Y, Yao W, Yu H, et al. Chronic stress promotes colorectal cancer progression by enhancing glycolysis through B2-AR/CREB1 signal pathway. *Int J Biol Sci.* 2023; 19(7): 2006-19. doi: 10.7150/ijbs.79583.
- Department of Mental Health. Mental health crisis assessment and treatment team. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2020. Thai.
- Liu C, Zhao Y, Okwan-Duodu D, et al. COVID-19 in cancer patients: Risk, clinical features, and management. *Cancer Biol Med.* 2020; 17(3): 519-27. doi: 10.20892/j.issn.2095-3941.2020.0289.
- Miaskowski C, Paul SM, Snowberg K, et al. Stress and symptom burden in oncology patients during the COVID-19 pandemic. *J Pain Symptom Manage.* 2020; 60(5): e25-34. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.08.037.
- Wang Y, Duan Z, Ma Z, et al. Epidemiology of mental health problems among patients with cancer during COVID-19 pandemic. *Transl Psychiatry.* 2020; 10(1): 263. doi: 10.1038/s41398-020-00950-y.
- Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
- Asiedua GB, Eustace RW, Eton DT, et al. Coping with colorectal cancer: A qualitative exploration with patients and their family. *Fam Pract.* 2014; 31(5): 598-606. doi: 10.1093/fampra/cmu040.
- Opasrattanakorn S, Detprapon M, Sumdaengsrit B. Stress and coping of nasopharyngeal carcinoma patients receiving concurrent chemoradiotherapy treatment. *Rama Nurs J.* 2015; 21(2): 158-71. Thai.
- Pothiban L, Khampolsiri T, Sasiwongsakul N. Stress and stress-coping behaviour in caregivers of older adults having Parkinson's disease. *JTNMC.* 2019; 34(2): 62-75. Thai.
- Polit FD, Beck TC. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. Eleventh edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2021.
- Sangchan H. Stress and coping of women diagnostic breast lump during waiting for biopsy [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 1998. 113 p. Thai.
- Calderon C, Jimenez-Fonseca P, Jara C, et al. Comparison of coping, psychological distress, and level of functioning in patients with gastric and colorectal cancer before adjuvant chemotherapy. *J Pain Symptom Manage.* 2018; 56(3): 399-405. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.05.010.
- Vargas-Román K, Tovar-Gálvez MI, Liñán-González A, et al. Coping strategies in elderly colorectal cancer patients. *Cancers.* 2022; 14: 608. doi: 10.3390/cancers14030608.
- Sharour LA, Omari OA, Malak MZ, et al. Using mixed-methods research to study coping strategies among colorectal cancer patients. *Asia-Pac J Oncol Nurs.* 2020; 7(1): 81-7. doi: 10.4103/apjon.apjon_20_19.

บทความวิจัย

ความพึงพอใจของอาจารย์พยาบาลต่อการใช้หุ่นจำลองยางพารา
สำหรับการฝึกเจาะเลือด และเปิดหลอดเลือดเพื่อให้สารน้ำ
ทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

Nursing Lecturer's Satisfaction with the Use of Rubber
Manikins for Venipuncture and Peripheral Intravenous
Cannulation Practice

กฤติยา ปองอนุสรณ์^{*} จริยาพร ศรีสว่าง² วาริรัตน์ จิตติถาวร³
Krittiya Ponganusorn^{1*} Jariyaporn Srisawang² Wareerat Jittitaworn³
ณัฐยา เชิงฉลาด ชูพรหม⁴ กันตพร ยอดไชย⁵ จิราภรณ์ ชูวงศ์⁶
Natthaya Chergchalarad Chooprom⁴ Kantaporn Yodchai⁵ Jiraporn Choowong⁶

¹อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

¹Lecturer, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ จังหวัดเชียงใหม่

²Assistant Professor, Faculty of Nursing, Maejo University, Chiang Mai, Thailand.

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร

³Assistant Professor, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok, Thailand.

⁴อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม จังหวัดนครปฐม

⁴Lecturer, Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University, Nakhon Pathom, Thailand.

⁵รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

⁵Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

⁶อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จังหวัดตรัง

⁶Lecturer, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Trang, Thailand.

*ผู้รับผิดชอบหลัก: krittiya.p@psu.ac.th

*Corresponding author: krittiya.p@psu.ac.th

Received 6 June 2024 • Revised 21 August 2024 • Accepted 23 August 2024

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจของอาจารย์พยาบาลต่อการใช้นุ่นจำลองยางพาราสำหรับการฝึกเจาะเลือด และเปิดหลอดเลือดเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย **วิธีการ:** กลุ่มตัวอย่างเป็นอาจารย์พยาบาลในสถาบันพยาบาลเครือข่าย 10 สถาบัน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ อาจารย์พยาบาลที่สอนรายวิชาพื้นฐานหรือรายวิชาที่เกี่ยวข้องกับการใช้นุ่นจำลองสำหรับการฝึกเจาะเลือดและเปิดหลอดเลือดเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย จำนวน 102 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม 2566 - กุมภาพันธ์ 2567 เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นุ่นจำลองยางพาราสำหรับการฝึกเจาะเลือดและเปิดหลอดเลือดเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ มีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ เท่ากับ .82 และค่าความเที่ยงโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย **ผลการศึกษา:** พบว่าอาจารย์พยาบาลมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.26, SD = .56$) เมื่อพิจารณาด้านการใช้งานสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ความปลอดภัยในการใช้งาน ($M = 4.56, SD = .57$) นุ่นจำลองตรงกับความต้องการในการใช้งาน ($M = 4.47, SD = .75$) และไม่ยุ่งยากหรือซับซ้อน มีความสะดวกต่อการใช้งาน ($M = 4.46, SD = .68$) ในด้านการออกแบบสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ความคิดสร้างสรรค์ในการประดิษฐ์นุ่นจำลองฯ ($M = 4.52, SD = .67$) ความเหมาะสมของสัดส่วนและสี ($M = 4.36, SD = .71$) และความเรียบร้อยและความสวยงามของนุ่นจำลองฯ ($M = 4.35, SD = .70$) **สรุป:** การพัฒนาสื่อการสอนสำหรับเปิดหลอดเลือดจากยางพาราได้รับความพึงพอใจระดับมากที่สุด โดยมีคุณสมบัติเสมือนจริงใกล้เคียงกับผิวหนังมนุษย์ ซึ่งสามารถทดแทนนุ่นจำลองราคาแพงได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังส่งเสริมการเพิ่มมูลค่าให้กับผลิตภัณฑ์ยางพารา

คำสำคัญ: ความพึงพอใจ; อาจารย์พยาบาล; นุ่นจำลองฝึกเจาะเลือดและเปิดหลอดเลือด เพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

Abstract

Objective: This descriptive study aimed to examine satisfaction of nursing lecturers using rubber manikins for venipuncture and peripheral intravenous cannulation practice. **Methods:** Purposive sampling was used to recruit 102 nursing lecturers in 10 networked nursing education institutions teaching basic nursing skills or subjects related to the use of manikins for venipuncture and peripheral intravenous cannulation practice between December 2023 and February 2024. The questionnaires used in the study included: 1) the general information questionnaire; and; 2) satisfaction questionnaire about the use of simulation manikins for venipuncture and peripheral intravenous cannulation practice. Content validity for the scale was .82 and Cronbach's alpha coefficient was used to examine the reliability of the satisfaction questionnaire, yielding a value of 0.81. The data were analyzed using descriptive statistics. **Results:** The research result show that the overall satisfaction of nursing instructors is the highest level ($M = 4.26, SD = .56$). The top three aspects of satisfaction with efficiency include: safety in usage ($M = 4.56, SD = 0.57$), the manikins meeting operational needs ($M = 4.47, SD = .75$), and ease of use without complexity ($M = 4.46, SD = .68$). The top three aspects of satisfaction with the design include the creativity in the manikins' creation ($M = 4.52, SD = .67$), the appropriateness of shape and color ($M = 4.36, SD = .71$), and the neatness and aesthetic of the manikins ($M = 4.35, SD = .70$). **Conclusion:** The development of educational tool for vascular access using natural rubber has achieved the highest level of satisfaction, with properties that closely simulate human skin. This allows for an effective replacement of expensive simulators and also enhances the value of natural rubber products.

Keywords: satisfaction; nursing lecturer; venipuncture and peripheral intravenous cannulation manikins

ความสำคัญของปัญหา

การจัดเรียนการสอนในสาขาพยาบาลศาสตร์เป็นการศึกษาทางวิชาชีพ มีการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ เพื่อให้ผู้เรียนมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์และบรรลุผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีของสาขาพยาบาลศาสตร์ ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะคุณธรรมจริยธรรม ทักษะความรู้ ทักษะทางปัญญา ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร เทคโนโลยีสารสนเทศ และทักษะการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ รวมถึงการออกแบบการสอนเพื่อให้ผู้เรียนมีทักษะในศตวรรษที่ 21 เพื่อให้ผู้เรียนสามารถปฏิบัติการพยาบาลที่เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย จึงมีการนำการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (simulation-based learning: SBL) มาใช้เป็นกลยุทธ์การสอน^{1,2}

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (SBL) ถูกนำมาใช้ในสถาบันการศึกษาสาขาพยาบาลในประเทศไทยอย่างแพร่หลายมากขึ้นในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา² เพื่อให้นักศึกษาได้เกิดกระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ ช่วยเชื่อมโยงความรู้ภาคทฤษฎีสู่การปฏิบัติจากการที่นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาล โดยสามารถฝึกปฏิบัติซ้ำได้หลายครั้ง ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยโดยตรง องค์ประกอบที่สำคัญในการเรียนรู้แบบดังกล่าว คือ อุปกรณ์ เครื่องมือที่เกี่ยวข้อง สภาพแวดล้อม และหุ่นจำลองเสมือนจริง³ เพื่อให้การเรียนการสอนบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ อีกทั้งการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (SBL) ช่วยให้นักศึกษาสามารถพัฒนาทักษะทางคลินิกได้ดีขึ้น^{3,4} มีความมั่นใจในตนเอง ลดความกลัว ความวิตกกังวลก่อนฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาล⁵⁻⁷ ตัวอย่างการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาทักษะที่นักศึกษาพยาบาลต้องฝึกปฏิบัติในห้องฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล เช่น การฉีดยา การเจาะเลือด การเปิดหลอดเลือดเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ส่วนปลาย การทำแผล และการสวนคาสายสวนปัสสาวะ เป็นต้น

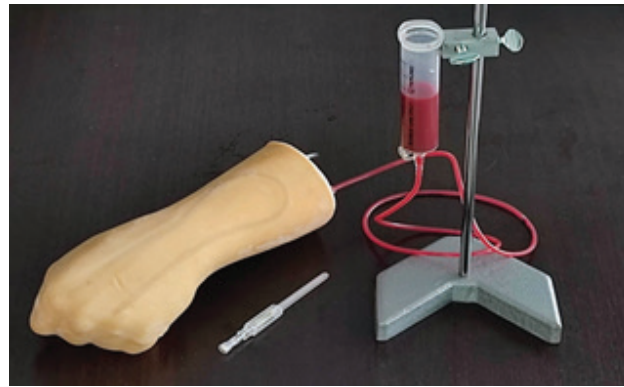
การเจาะเก็บตัวอย่างเลือดและการเปิดหลอดเลือดเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย เป็นเหตุการณ์พื้นฐานที่สำคัญและพบได้บ่อยในโรงพยาบาล เป็นการสอดเข็มผ่านเข้าไปยังหลอดเลือดดำของผู้รับบริการเพื่อให้การพยาบาล ซึ่งความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ ภาวะรั่วซึมของสารน้ำหรือยาออกนอกหลอดเลือดดำ หรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ที่นำมาสู่การติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น^{8,9}

นักศึกษาจำเป็นต้องฝึกปฏิบัติการพยาบาลในห้องปฏิบัติการผ่านการใช้หุ่นจำลองก่อนฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย เพื่อสามารถให้การพยาบาลได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ¹⁰ ภายใต้ข้อจำกัดด้านระยะเวลา อาจารย์ผู้สอนจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการเรียนรู้ของนักศึกษา เพื่อให้ นักศึกษามีศักยภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ อาจารย์ผู้สอนจึงต้องจัดเตรียมการสอนให้มีความเสมือนจริงมากที่สุด เพื่อให้ นักศึกษาได้ลงมือทำจริงในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ทำให้เกิดการเชื่อมโยงความรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ เกิดทักษะการคิดวิเคราะห์ การแก้ไขปัญหา และการตัดสินใจ ช่วยให้นักศึกษาพัฒนาทักษะทางคลินิก¹¹ เพิ่มความมั่นใจก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย อีกทั้งเป็นการเพิ่มความปลอดภัย และลดความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย^{5,12,13}

การจัดการเรียนการสอนเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ความสามารถในการทำหัตถการตามมาตรฐานวิชาชีพ มีความจำเป็นที่จะต้องมีการฝึกทักษะในหุ่นจำลองก่อนที่จะฝึกปฏิบัติในผู้ป่วยจริง โดยอาศัยทักษะการดำเนินการสอน อาจารย์ผู้สอนต้องทราบความสามารถของหุ่นจำลองสามารถใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์จำลองที่ต้องการฝึกปฏิบัติ และสอดคล้องกับผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ที่กำหนดจากการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีสุดท้าย พบว่านักศึกษาถึงร้อยละ 73.70 ปฏิบัติการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำส่วนปลายหรือเปิดหลอดเลือดได้ถูกต้องในครั้งที่สอง ซึ่งนักศึกษาต้องการหุ่นที่มีความเสมือนจริง มีจำนวนเพียงพอเพื่อการฝึกปฏิบัติหัตถการทางการพยาบาลซ้ำ ๆ¹⁴

จากการประชุมสถาบันการศึกษาพยาบาลเครือข่าย 10 สถาบันทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ร่วมกับบริษัท ออร์โธเนียร์ จำกัด ซึ่งมีความเชี่ยวชาญและมีเทคโนโลยีการผลิตเชิงพาณิชย์พบว่าปัจจุบันหุ่นจำลองสำหรับฝึกหัตถการทางการพยาบาลที่ใช้ ส่วนใหญ่เป็นหุ่นที่เป็นผลิตภัณฑ์จากต่างประเทศ เมื่อนักศึกษาฝึกฝนซ้ำ ๆ ทำให้เกิดรอยบนผิวหนัง มีการรั่วของหลอดเลือด ซึ่งมีความซับซ้อนในการซ่อมแซม และบำรุงรักษา อีกทั้งยังมีราคาสูง¹⁵ จึงทำให้มีปัญหาการจัดหาหุ่นจำลองเพื่อใช้ในการเรียนการสอนได้ไม่เพียงพอกับความต้องการ เนื่องด้วยงบประมาณที่จำกัด และความสามารถของหุ่นจำลองอาจไม่สอดคล้องกับลักษณะการสอน เพื่อให้มีสื่อการสอนที่เพียงพอต่อผู้เรียน ตอบสนองการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาความพึงพอใจของอาจารย์พยาบาลเนื่องด้วยอาจารย์พยาบาลเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา และ

สามารถประเมินค่าของหุ่นจำลองได้ หุ่นจำลองยางพาราที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้การเจาะเก็บตัวอย่างเลือดและการเปิดหลอดเลือดเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายประกอบด้วย หุ่นแขนที่มีหลอดเลือดดำและผิวหนังจำลองที่ทำจากยางพารา มีชุดเสาและกระบอกสำหรับบรรจุเลือดเทียม



ภาพ 1 หุ่นจำลองยางพาราสำหรับเปิดหลอดเลือดเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

คำถามการวิจัย

อาจารย์พยาบาลในสถาบันพยาบาลเครือข่ายมีความพึงพอใจต่อการใช้หุ่นจำลองยางพาราสำหรับการฝึกเจาะเลือด และเปิดหลอดเลือดเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับใด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความพึงพอใจของอาจารย์พยาบาลในสถาบันพยาบาลเครือข่ายต่อการใช้หุ่นจำลองยางพาราสำหรับการฝึกเจาะเลือด และเปิดหลอดเลือดเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

รูปแบบการศึกษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง¹⁶⁻¹⁸ และแนวคิดการประเมินการพัฒนาหุ่นจำลอง ของ Joint Committee on Standard of Educational Evaluation¹⁹ มาใช้ในการประเมินความพึงพอใจของอาจารย์พยาบาลของต่อการใช้หุ่นจำลองยางพาราสำหรับการฝึกเจาะเลือด และเปิดหลอดเลือดเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ประกอบด้วยมาตรฐาน 4 ด้าน คือ 1) ด้านอรรถประโยชน์ (utility) หุ่นจำลองที่มีคุณค่า สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้งาน 2) ด้านความเป็นไปได้ (feasibility) ลักษณะของหุ่นจำลองนำไปใช้ได้จริง

ที่ต่อเข้าไปในหลอดเลือดของหุ่น (ภาพ 1) ซึ่งผิวหนังภายนอกมียางพาราที่เป็นพีวีซีเศรษฐกิจของภาคใต้เป็นองค์ประกอบมีราคาที่สามารถเข้าถึงได้ สามารถเปลี่ยนผิวหนังที่ชำรุดจากฝักช้า ๆ และมีผิวสัมผัสที่ใกล้เคียงกับผู้ป่วยจริง

ประหยัด คุ่มคำ 3) ด้านความเหมาะสม (propriety) หุ่นจำลองไม่เกิดความเสียหายต่อผู้เกี่ยวข้อง และ 4) ด้านความถูกต้องแม่นยำ (accuracy) ลักษณะของหุ่นจำลองมีความครอบคลุมถูกต้อง และตรงตามวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อหุ่นจำลองยางพาราสำหรับการฝึกเจาะเลือด และเปิดหลอดเลือดเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของอาจารย์พยาบาลในสถาบันพยาบาลเครือข่าย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ อาจารย์พยาบาลในสถาบันพยาบาลเครือข่าย จำนวน 10 สถาบันการศึกษา ซึ่งมาจากการประชุมและร่วมมือพัฒนาหุ่นจำลอง ในสถาบันการศึกษาภาครัฐและเอกชน ได้แก่ 1) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (วิทยาเขตหาดใหญ่) 2) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (วิทยาเขตปัตตานี) 3) มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ 4) มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม 5) มหาวิทยาลัยแม่โจ้ 6) คณะพยาบาลศาสตร์ เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช 7) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก 8) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก 9) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบัน

พระบรมราชชนก และ 10) วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณของ Yamane²⁰ และกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดย อาจารย์พยาบาลสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน มีจำนวน 136 คน จากสูตรดังกล่าว

เมื่อแทนค่าจะมีค่าเท่ากับ 101.50 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 102 คน ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม 2566 - กุมภาพันธ์ 2567 ดังตาราง 1

ตาราง 1 การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างและสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างของ 10 สถาบันการศึกษา (N = 102)

ลำดับที่	สถาบัน	ประชากรทั้งหมด	สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง
1	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (วิทยาเขตหาดใหญ่)	9	6
2	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (วิทยาเขตปัตตานี)	10	8
3	มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ	12	9
4	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม	10	8
5	มหาวิทยาลัยแม่โจ้	12	9
6	คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช	20	15
7	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก	25	18
8	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก	18	13
9	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก	10	8
10	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก	10	8
รวม		136	102

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1) อาจารย์พยาบาลที่สอนรายวิชาพื้นฐานหรือรายวิชาที่เกี่ยวข้องกับการใช้หุ่นจำลองสำหรับการฝึกเจาะเลือดและเปิดหลอดเลือดเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายในสถาบันพยาบาลเครือข่าย ปีการศึกษา 2566

2) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา

ต้องการออกจากการวิจัยก่อนสิ้นสุดโครงการ

จริยธรรมในการวิจัย

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรม จากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ PSU IRB 2023-LL-Nur-031 วันที่ 8 พฤศจิกายน 2566 ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช หมายเลขรับรอง KFN-IRB2024-2 วันที่ 25 เดือนมกราคม พ.ศ. 2567 และผ่านการอนุมัติการเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันการศึกษาพยาบาลในสถาบันพยาบาลเครือข่ายทั้ง 10 สถาบันผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างต้องปฏิบัติ

ประโยชน์ที่จะได้รับ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น และทำการพิทักษ์สิทธิ์ในกลุ่มตัวอย่างก่อนการเก็บข้อมูลทุกราย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอดตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา การนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น และจะถูกทำลายหลังได้รับเผยแพร่ภายใน 2 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) หลังจากผ่านการอนุมัติการเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันการศึกษาพยาบาลในสถาบันพยาบาลเครือข่าย ทีมผู้วิจัยจะเข้าพบผู้รับผิดชอบรายวิชาที่เกี่ยวข้องกับทักษะพื้นฐานการพยาบาลหรือวิชาที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงการศึกษาวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

2) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งแนะนำตัวและอธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยจะชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ของโครงการ และกิจกรรมต่าง ๆ ให้รับทราบ

3) เตรียมห้องสำหรับการทดสอบการใช้หุ่นจำลองยางพาราสำหรับการฝึกเจาะเลือดและเปิดหลอดเลือดเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย โดยเป็นห้องที่มีความเป็น

ส่วนตัว โดยในการทดสอบใช้ระยะเวลา คนละ 1-2 ชั่วโมง

4) หลังจากมีการทดสอบการใช้นุ่นจำลองยางพาราสำหรับการฝึกเจาะเลือดและเปิดหลอดเลือดเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความพึงพอใจต่อหุ่นจำลองยางพาราสำหรับเปิดหลอดเลือดเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบเสร็จ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วนของการตอบแบบสอบถามและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลทางสถิติ

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับอาจารย์พยาบาล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา และประสบการณ์สอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน/วิชาที่เกี่ยวข้อง

2. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นุ่นจำลองยางพาราสำหรับการฝึกเจาะเลือดและเปิดหลอดเลือดเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย จำนวน 2 ด้าน คือ 1) ด้านการใช้งาน จำนวน 9 ข้อ และ 2) ด้านการออกแบบ จำนวน 5 ข้อ รวมทั้งหมด 14 ข้อคำถาม ซึ่งคำตอบจะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 = น้อยที่สุด 2 = น้อย 3 = ปานกลาง 4 = มาก และ 5 = มากที่สุด คะแนนที่ได้มาเป็นคะแนนรวม แปลผลคะแนนรายด้าน และภาพรวม¹⁶⁻¹⁸

การแปลผลคะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 5 อันตรภาคชั้น ช่วงคะแนน ดังนี้ 4.21-5.00 อยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด คะแนน 3.41-4.20 ระดับความพึงพอใจมาก คะแนน 2.61-3.40 ระดับความพึงพอใจปานกลาง 1.81-2.60 ระดับความพึงพอใจน้อย และ 1.00-1.80 ระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นุ่นจำลองยางพาราสำหรับการฝึกเจาะเลือดและเปิดหลอดเลือดเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน อาจารย์วิทยาศาสตร์โพลิเมอร์ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านนวัตกรรม 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องความครอบคลุมของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ แล้วนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ

(content validity for scale: S-CVI) เท่ากับ .82 และนำแบบประเมินไปทดสอบหาความเที่ยงกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 26 ดังนี้

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา และประสบการณ์สอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน/วิชาที่เกี่ยวข้อง และวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจด้านการใช้งานและการออกแบบ โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 102 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.10 ($n = 97$) มีอายุระหว่าง 24-67 ปี ($M = 41.10$, $SD = 10.68$) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 89.20 ($n = 91$) มีประสบการณ์การสอนปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานระหว่าง 1-36 ปี ($M = 10.64$, $SD = 8.89$)

ความพึงพอใจต่อหุ่นจำลองยางพาราสำหรับการฝึกเจาะเลือดและเปิดหลอดเลือดเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย

ความพึงพอใจต่อหุ่นจำลองยางพาราสำหรับการฝึกเจาะเลือดและเปิดหลอดเลือดเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.26$, $SD = .56$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อาจารย์พยาบาลมีระดับความพึงพอใจด้านการใช้งานสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ความปลอดภัยในการใช้งาน ($M = 4.56$, $SD = .57$) หุ่นจำลองตรงกับความต้องการในการใช้งาน ($M = 4.47$, $SD = .75$) และไม่ยุ่งยากหรือซับซ้อน มีความสะดวกต่อการใช้งาน ($M = 4.46$, $SD = .68$) ในด้านการออกแบบสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ความคิดสร้างสรรค์ในการประดิษฐ์หุ่นจำลองฯ ($M = 4.52$, $SD = .67$) ความเหมาะสมของสัดส่วนและสี ($M = 4.36$, $SD = .71$) และความเรียบร้อยและความสวยงามของหุ่นจำลองฯ ($M = 4.35$, $SD = .70$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อหุ่นจำลองยางพาราสำหรับการฝึกเจาะเลือดและเปิดหลอดเลือดเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย (N = 102)

ข้อที่	ข้อคำถาม	M	SD	ระดับความพึงพอใจ
ด้านการใช้งาน				
1	มีความปลอดภัยในการใช้งาน	4.56	.57	มากที่สุด
2	หุ่นจำลองตรงกับความต้องการในการใช้งาน	4.47	.75	มากที่สุด
3	ไม่ยุ่งยากหรือซับซ้อน มีความสะดวกต่อการใช้งาน	4.46	.68	มากที่สุด
4	หุ่นจำลอง เพิ่มความมั่นใจในการเปิดหลอดเลือดดำ	4.32	.75	มากที่สุด
5	ความกลัว ความวิตกกังวลลดลง	4.30	.85	มากที่สุด
6	มีขนาดและน้ำหนักเหมาะสม	4.25	.79	มากที่สุด
7	ความทนทานของหุ่นจำลองฯ	4.06	.79	มาก
8	ผิวสัมผัสและการแทงเข็มมีความยืดหยุ่นเหมือนผิวหนังจริง	3.91	.90	มาก
9	มีการคงสภาพหลังแทงเข็ม/ไม่มีน้ำรั่วซึม	3.73	1.08	มาก
ด้านการออกแบบ				
10	ความคิดสร้างสรรค์ในการประดิษฐ์หุ่นจำลองฯ	4.52	.67	มากที่สุด
11	ความเหมาะสมของสัดส่วนและสี	4.36	.71	มากที่สุด
12	ความเรียบร้อยและความสวยงามของหุ่นจำลองฯ	4.35	.70	มากที่สุด
13	ความเหมาะสมของรูปทรงและขนาด	4.26	.78	มากที่สุด
14	การออกแบบหุ่นจำลองฯ มีความทนทาน	4.11	.77	มาก
โดยรวม		4.26	.56	มากที่สุด

หมายเหตุ: M = Mean, SD = std. Deviation

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษา ความพึงพอใจต่อหุ่นจำลองยางพาราสำหรับการฝึกเจาะเลือดและเปิดหลอดเลือดเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และพบว่า ค่าเฉลี่ยของการประเมินระดับความพึงพอใจสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) ความปลอดภัยในการใช้งาน 2) ความคิดสร้างสรรค์ในการประดิษฐ์หุ่นจำลองฯ และ 3) ไม่ยุ่งยากหรือซับซ้อน มีความสะดวกต่อการใช้งาน อาจเนื่องมาจากทีมผู้วิจัยได้มีการวิเคราะห์จุดแข็ง-จุดอ่อนของหุ่นจำลองที่มีใช้อยู่เดิมในแต่ละสถาบัน จึงได้มีการออกแบบโดยใช้ยางพารา ลักษณะภายนอกมีผิวหนังที่มีความยืดหยุ่น สีและรูปร่างของมือใกล้เคียงกับแขนจริง ตำแหน่งหลอดเลือดของหุ่นจำลองวางตามหลักกายวิภาคและสรีรวิทยา เมื่อเจาะเลือดถูกตำแหน่งแล้วจะมีเลือดไหลออกตามเข็มเช่นเดียวกับมนุษย์ อีกทั้งมีการปรับขนาดให้เหมาะสมกับการใช้งานจริง ทำให้มีน้ำหนักน้อยสามารถเคลื่อนย้ายได้ง่าย พกพาสะดวก นักศึกษาสามารถนำไปฝึกได้ด้วยตนเอง ผลการศึกษาค้นคว้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Chotiban, et al.²¹ มีการพัฒนานวัตกรรมชุดหุ่นฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาล หุ่นแขนฝึกให้สารน้ำและฉีดยาเข้าชั้นผิวหนัง เป็นหุ่นแขนเริ่มจากต้นแขนถึงปลายนิ้วมือ

5 นิ้ว วางสายจำลองเป็นเส้นเลือดตามลักษณะกายวิภาค พบว่ามีความสะดวกในการเคลื่อนย้าย เหมาะแก่การเรียนรู้ด้วยตนเองของนักศึกษา เช่นเดียวกับการศึกษาของ Nantsupawat, et al.¹⁷ เป็นการพัฒนาหุ่นจำลองแขนให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำโดยใช้ซิลิโคนเป็นวัสดุสำหรับทำผิวหนัง และหลอดเลือดทำจากยางพารา พบว่า คุณภาพของโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูง 3 อันดับแรก ได้แก่ สามารถแสดงถึงโครงสร้างภายนอกของแขนได้ รูปร่างเหมือนของจริง (M = 4.35, SD = .66) รูปร่างสัดส่วนและสีที่เหมาะสม (M = 4.25, SD = .51) สามารถเคลื่อนย้ายได้ง่าย (M = 4.12, SD = .67)

แม้ว่าระดับความพึงพอใจต่อหุ่นจำลองยางพาราสำหรับการฝึกเจาะเลือดและเปิดหลอดเลือดเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย รายข้ออยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด แต่พบว่า ค่าเฉลี่ยของการประเมินระดับความพึงพอใจสูงสุด 3 อันดับสุดท้าย ได้แก่ 1) มีการคงสภาพหลังแทงเข็ม/ไม่มีน้ำรั่วซึม 2) ผิวสัมผัสและการแทงเข็มมีความยืดหยุ่นเหมือนผิวหนังจริง และ 3) ความทนทานของหุ่นจำลองฯ ทั้งนี้เนื่องมาจากการฝึกปฏิบัติมีการแทงเข็มในบริเวณเดียวกัน หรือใกล้เคียงกันซ้ำ ๆ ทำให้มีการชำรุดของหลอดเลือดจำลองเกิดการรั่วซึมของเลือด และผิวหนังชั้นนอกมีรูพรุน เกิดการเสื่อม

สภาพเร็วขึ้น จึงต้องมีการดูแลซ่อมแซมหุ่นเพื่อให้คงสภาพการใช้งาน โดยการซ่อมแซมหุ่นสามารถทำได้ง่าย เนื่องจากหุ่นจำลองสามารถถอดเปลี่ยนผิวหนังชั้นนอกได้ และวัสดุที่นำมาใช้เป็นหลอดเลือด ทำมาจากยางพาราที่มีอยู่ในท้องตลาด ราคาไม่แพง อีกทั้งช่วยในเรื่องการคงสภาพหลังแทงเข็ม ไม่มีการเลื่อนหลุดของเข็ม แต่อย่างไรก็ตามข้อจำกัดของการเลือกใช้วัสดุดังกล่าวมาใช้เป็นหลอดเลือดจำลอง ส่งผลให้ผิวสัมผัสและความยืดหยุ่นของหลอดเลือดไม่เหมือนหลอดเลือดจริง สอดคล้องกับการศึกษาของ Bannaasan²² ทำการศึกษาประสิทธิภาพของหุ่นแขนผู้ใหญ่วัยผู้ใหญ่แบบพกพาเพื่อฝึกการเจาะเลือด และการเปิดเส้นเลือดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำสำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยทำการประดิษฐ์หุ่นแขนผู้ใหญ่วัยผู้ใหญ่แบบพกพาจากยางพารา มีลักษณะของแขนแบบกำมือ มีความยาวจากส่วนปลายแขนถึงข้อศอก พบว่า หุ่นแขนแบบพกพายังมีการคงสภาพ รูปร่างเดิมและมีการคงสภาพสีผิวภายหลังการใช้งาน แต่เมื่อแทงซ้ำที่เดิมติดกัน 15 ครั้ง จะมองเห็นเป็นรอยเล็ก ๆ บนผิว เช่นเดียวกับการศึกษาของ Nantsupawat, et al.¹⁷ เป็นการพัฒนาหุ่นจำลองแขนให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ โดยใช้ซิลิโคนเป็นวัสดุสำหรับทำผิวหนัง กลุ่มตัวอย่าง คือนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์ผู้สอนวิชาฝึกปฏิบัติการพื้นฐาน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อย ได้แก่ มีความยืดหยุ่นและแรงต้านทานที่เสมือนหลอดเลือดจริง ($M = 3.61$, $SD = .80$) ความยืดหยุ่นและแรงต้านทานที่เสมือนผิวหนังจริง ($M = 3.48$, $SD = .88$)

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าหุ่นจำลองยางพาราสำหรับการฝึกเจาะเลือดและเปิดหลอดเลือดเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย สามารถนำมาเป็นสื่อสำหรับการฝึกปฏิบัติเจาะเลือดและให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลายของนักศึกษาพยาบาล เพื่อเกิดการเรียนรู้เสริมทักษะ และเทคนิคการเจาะเลือดและให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย สร้างความมั่นใจก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาล เนื่องจากการใช้หุ่นจำลองนักศึกษาสามารถฝึกซ้ำได้ และหากไม่สามารถเปิดหลอดเลือดได้ นักศึกษายังได้เรียนรู้ขั้นตอนปฏิบัติอื่น แต่หากปฏิบัติกับผู้ป่วยบริการจริงเมื่อเกิดความผิดพลาด นักศึกษาต้องยุติการทำหัตถการนั้น²³ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chiannilkulchai and Nunthawong²⁴ มีการพัฒนาชุดฝึกฉีดยาทางกล้ามเนื้อสำหรับการสอนนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า หุ่นจำลองช่วยเพิ่มทักษะการฉีดยาทางกล้ามเนื้อ เนื่องจากนักศึกษาได้ฝึกการเตรียมอุปกรณ์ ทำความเข้าใจขั้นตอนการฉีดยา การวัดตำแหน่ง

การคาดคะเนความลึกของการแทงเข็ม และลงมือฉีดยาผ่านกล้ามเนื้อของหุ่นจำลอง เช่นเดียวกับการพัฒนานวัตกรรมหุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขนของ Nontaput and Chotiban¹⁸ ผลิตจากยางธรรมชาติและยางสังเคราะห์ ผลการศึกษา พบว่า หุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขนช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ของนักศึกษา เสริมความมั่นใจต่อการฝึกปฏิบัติ

นอกจากนั้นการสร้างหุ่นจำลองยางพาราช่วยลดการนำเข้าหุ่นจำลองจากต่างประเทศ ลดรายจ่ายของสถาบันการศึกษา และเพิ่มมูลค่าให้แก่ยางพารา สอดคล้องกับการศึกษาของ Bannaasan²⁵ ได้พัฒนาผลจำลองจากยางพารา ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพของผลจำลองจากยางพาราสูงกว่าผลจำลองแบบเดิม ที่ผลิตจากซิลิโคนอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) ผลจำลองจากยางพารามีคุณภาพสูงกว่าผลจำลองแบบเดิม และราคาถูกกว่า ช่วยประหยัดงบประมาณในการจัดซื้อได้

ข้อจำกัดของการศึกษา

อาจารย์พยาบาลในแต่ละสถาบันมีประสบการณ์การใช้สื่อหุ่นจำลองเดิมที่มีคุณลักษณะแตกต่างกันอาจส่งผลต่อความพึงพอใจต่อหุ่นจำลองที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้

สรุป

ผลการศึกษาพบว่าความพึงพอใจต่อหุ่นจำลองยางพาราสำหรับการฝึกเจาะเลือดและเปิดหลอดเลือดเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาด้านการใช้งาน พบว่า ระดับความพึงพอใจสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ความปลอดภัยในการใช้งาน หุ่นจำลองตรงกับความต้องการในการใช้งาน และไม่ยุ่งยากหรือซับซ้อน มีความสะดวกต่อการใช้งาน สำหรับด้านการออกแบบ พบว่า ระดับความพึงพอใจสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ความคิดสร้างสรรค์ในการประดิษฐ์หุ่นจำลอง ความเหมาะสมของสัดส่วนและสี และความเรียบร้อยและความสวยงามของหุ่นจำลอง

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. ควรมีการส่งเสริมการผลิตหุ่นจำลองจากยางพารา ซึ่งเป็นพืชเศรษฐกิจของทางภาคใต้ เนื่องจากใช้ต้นทุนในการผลิตต่ำ และมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้สถาบันการศึกษาได้รับสื่อการสอนที่ถูกลง เพียงพอต่อผู้เรียน ส่งเสริมการเรียนรู้ภายใต้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง

2. พัฒนาระบบการไหลเวียนเลือดให้มีความเสมือนจริงมากขึ้น ควรมีการเพิ่มความยืดหยุ่นของหลอดเลือด การโป่งพองของหลอดเลือดภายหลังการรัดสายรัด และความลึกของร่องหลอดเลือดให้ใกล้เคียงกับมนุษย์มากที่สุด

3. การพัฒนาหุ่นจำลองครั้งต่อไป ควรมีคู่มือการใช้งานอย่างง่าย คำแนะนำในการดูแลรักษา และอุปกรณ์สำรองสำหรับซ่อมแซม

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

นักวิจัยทุกท่านมีส่วนร่วมในการทำวิจัยครั้งนี้ ตั้งแต่การเขียนโครงร่างวิจัย การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การอภิปรายผลการวิจัย และการเขียนบทความวิจัยนี้

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใด ๆ

แหล่งทุนสนับสนุน

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นส่วนหนึ่งของชุดโครงการ เรื่อง ความพึงพอใจต่อประสิทธิภาพหุ่นจำลองทางพาราของนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์พยาบาลใน 10 สถาบันการศึกษาพยาบาลเครือข่าย ได้รับทุนสนับสนุนทุนวิจัยโครงการวิจัยเร่งด่วน ประจำปีงบประมาณ 2566 สถาบันวิจัยทางการแพทย์แห่งประเทศไทย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย และขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินการวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Samerchua W, Nawinprasert K, Metha N, et al. Teaching and learning in nursing by high-fidelity patient simulation. *JNATNO*. 2020; 26(1): 1-12. Thai.
2. Thammakijpirote K, Maneewong J, Sanongyard J. Simulation-based learning on critical thinking of nursing students in Thailand: A systematic review. *The Journal of Boromarjornani College of Nursing, Suphanburi*. 2023; 6(1): 5-28. Thai.
3. Eyikara E, Baykara ZG. The importance of simulation in nursing education. *WJET*. 2017; 9(1): 2-7.
4. Ravik M, Bjørk IT. Influence of simulation and clinical settings on peripheral vein cannulation skill learning in nursing education: A qualitative study. *Int J Nurs Stud Adv*. 2023; 5(2023): 1-13.
5. Jamjang S, Atthamatakul W, Nilliaum R, et al. The effects of simulation-based learning on problem solving ability, and self-confidence in nursing care on the patient with health problem of nursing students. *JPCN*. 2021; 4(3): 178-94. Thai.
6. Uslu Y, Coskun EY, Sahin G, et al. Effect of simulation-based learning on first clinical day stress and anxiety levels of nursing students in Turkey. *J Pak Med Assoc*. 2020; 70(9): 1505-9. doi: 10.5455/JPMA.13576.
7. Thanaroj S. Simulation-based learning in principles and techniques course in nursing practicum. *BCNUT J Nurs*. 2017; 9(2): 70-84. Thai.
8. Health Service Executive (Office of the Nursing and Midwifery Services Director). Guiding framework for the education, training and competence validation in venipuncture and peripheral intravenous cannulation for nurses and midwives (2017) [Internet]. Ireland: Health Service Executive; 2017 [cited 2024 Feb 20]. Available from: <https://healthservice.hse.ie/filelibrary/onmsd/guiding-framework-training-competence-validation-in-venepuncture-and-peripheral-intravenous-cannulation-for-nurses-and-midwives-2017.pdf>
9. Hunter MR, Vandenhousten C, Raynak A, et al. Addressing the silence: A need for peripheral intravenous education in North America. *JAVA*. 2018; 23(3): 157-65.
10. Osti C, Khadka M, Wosti D, et al. Knowledge and practice towards care and maintenance of peripheral intravenous cannula among nurses in Chitwan Medical College Teaching Hospital, Nepal. *Nursing open*. 2019; 6(3): 1006-12.
11. Yilmaz DU, Sari D. Examining the effect of simulation-based learning on intravenous therapy administration' knowledge, performance, and clinical assessment skills of first-year nursing students. *Nurse Educ Today*. 2021; 102(2021): 1-7.
12. Sarakettrin A, Rongmuang D, Chantra R. Nursing education in the 21st century: Competencies and roles of nursing instructors. *JRTAN*. 2019; 4(1): 12-20. Thai.
13. Morgaonkar VA, Shah BV, Nimbalkar SM, et al. Educational intervention to improve intravenous cannulation skills in paediatric nurses using low-fidelity simulation: Indian experience. *BMJ Paediatr Open*. 2017; 1(1): 1-6.
14. Hernon O, McSharry E, Simpkin AJ, et al. Evaluating nursing students' venipuncture and peripheral intravenous cannulation knowledge, attitude, and performance: A two-phase evaluation study. *J Infus Nurs*. 2024; 47(2): 108-19.
15. Jarintanan F, Chanprasert K, Ratanawiboolsook N, et al. Rubber arm with fluid system for venipuncture training, new model in clinical skills tutors. *Sci & Tech RMUTT J*. 2016; 6(1). 212-20.
16. Laha W, Hiruntrakul A, Ninprapan A. The satisfaction of user in the isometric leg strength dynamometer in sitting position for field test. *KKU Res J (GS)*. 2018; 18(2): 32-43. Thai.
17. Nantsupawat A, Viseskul N, Sawasdisingha P, et al. The development of an intravenous injection arm model. *Nursing Journal CMU*. 2022; 49(3): 311-23. Thai.

18. Nontaput T, Chotiban P. Intravenous venipuncture: New development in training on arm manikin. SCNJ. 2021; 8(3): 49-60. Thai.
19. Joint Committee on Standard of Educational Evaluation. Program evaluation standards [Internet]. Michigan: Western Michigan University; 2010 [cited 2024 Feb 17]. Available from: <https://jcsee.org/program/>
20. Yamane T. Statistics: An introductory analysis. 2nd ed. New York: Harper and Row; 1967.
21. Chotiban P, Nawsuwan K, Nontaput T, et al. Innovation of assisted models for practicing basic nursing skills. pnujr. 2013; 5(3): 1-12. Thai.
22. Bannaasan B. Portable adult arm model for nursing students' venipuncture and peripheral intravenous cannulation practice. JTNMC. 2017; 32(3): 38-49. Thai.
23. Ravik M, Havnes A, Bjørk IT. Exploring nursing students' transfer of peripheral venous cannulation from skills centre to the clinical setting. J Nurs Educ Pract. 2015; 5(3): 59-70.
24. Chiannilkulcha N, Nunthawong J. Development of the intramuscular injection model for nursing students and evaluation of the effectiveness of the model. Songklanagarind J Nurs. 2016; 36(2): 65-77. Thai.
25. Bannaasan B. Development of latex wound models for the wound dressing training of nursing students. J Nurs Educ Pract. 2020; 10(12): 14-20.

บทความวิจัย

ความรู้ เจตคติ ทักษะและความพึงพอใจของ อสม. ต่อการใช้แนวทาง
การช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชนตามบริบทชายแดนใต้
The Knowledge, attitude, skills, and satisfaction of village
health volunteers toward the use of guidelines for community
mental health assistance in the southern border context

สรินฎา ปุติ^{1*} ปรีนาภา ชูรัตน์² ฮารีซอล ขุนอินคีรี¹ ฮานานมุฮิบบุดดีน นอจี² วาสนา จี³
Sarinda Puti^{1*} Prenapa Churat² Hareesol Khun-inkeeree¹ Hananmuhibbatuddin Nochi² Wasana Jii³

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดปัตตานี

¹Assistant Professor, Faculty of Education, Prince of Songkla University, Pattani, Thailand.

²อาจารย์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดปัตตานี

²Lecturer, Faculty of Education, Prince of Songkla University, Pattani, Thailand.

³นักจิตวิทยาปฏิบัติการ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12 จังหวัดสงขลา

³Psychologist, Mental Health Center 12, Songkhla, Thailand.

*ผู้รับผิดชอบหลัก: sarinda.p@psu.ac.th

*Corresponding author: sarinda.p@psu.ac.th

Received 24 April 2024 • Revised 21 August 2024 • Accepted 27 August 2024

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: 1) ศึกษาผลการพัฒนาความรู้ เจตคติ ทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยให้กระบวนการเรียนรู้ตามแนวทางการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชนตามบริบทชายแดนใต้ 2) ศึกษาความพึงพอใจต่อกระบวนการเรียนรู้ตามแนวทางการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชนตามบริบทชายแดนใต้ **วิธีการ:** การวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชน จำนวน 35 คน เข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้ตามแนวทางการช่วยเหลือ เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 1) เอกสารประกอบการเรียนรู้การช่วยเหลือตามแนวทาง HUGS 2) แบบสัมภาษณ์การสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้าง เป็นข้อคำถามด้านความรู้ เจตคติ และทักษะ มีค่า IOC = .89 และ 3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการเรียนรู้ มีค่า IOC = 1 และค่าความเชื่อมั่น = .87 **ผลการศึกษา:** อสม. ที่ได้เข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้ ได้พัฒนาความรู้ เจตคติ และทักษะที่สำคัญในการให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตภายในชุมชน: ด้านความรู้ ได้แก่ การใส่ใจจิตวิญญาณ เทคนิคการสัมภาษณ์ผู้ป่วย การสื่อสารและการจัดการตนเอง ด้านเจตคติ ได้แก่ รู้สึกมีคุณค่าในการช่วยเหลือผู้อื่น เจตคติเชิงบวกและเห็นความสำคัญของการเข้าใจและยอมรับผู้รับการช่วยเหลือ ยึดหลักคุณแลความรู้สึกรักของผู้ป่วยด้วยหัวใจ เห็นความสำคัญของการพัฒนาตนเองและการเรียนรู้ เห็นความสำคัญของการสร้างความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน ด้านทักษะ ได้แก่ มีทักษะการฟังผู้ป่วยจิตเวชด้วยความตั้งใจ ทักษะการสื่อสารเชิงบวกเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และทักษะการนำหลักจิตวิญญาณสู่การปฏิบัติ **สรุป:** กระบวนการการเรียนรู้ตามแนวทางการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชนตามบริบทชายแดนใต้

สามารถพัฒนาความรู้ เจตคติ และทักษะของอสม. ในการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชนตามบริบทชายแดนใต้ได้

คำสำคัญ: สมรรถนะ; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน; สุขภาพจิตชุมชน; ชายแดนใต้

Abstract

Objectives: 1) to study the results of developing knowledge, attitudes, and skills of village health volunteers (VHVs) using the learning process toward the use of guidelines for community mental health assistance in the southern border context 2) to study the satisfaction of VHVs with the learning process based on community mental health support tailored to the context of the southern border region. **Methods:** a descriptive research study with a sample group of 35 VHVs, working in the mental health community sector in three southern border provinces. Research tools included: 1) learning materials on the HUGS guidelines 2) semi-structured interview questionnaires covering knowledge, attitude, and skills with an IOC = .89, and reliability = .87 3) a satisfaction assessment questionnaire on the learning process with an IOC = 1., and **Results:** VHVs who participated in the learning process have gained significant knowledge, positive attitudes, and essential skills in providing mental health support within communities. Knowledge: Spiritual care, patient interview techniques, and communication and self-management. Attitudes: Value in helping others, positive attitudes and acceptance, heartfelt patient care, continuous self-development, and safety in practice. Skills: Active listening, positive communication for behavioral change, and applying spiritual principles. **Conclusion:** The learning process, based on the HUGS (humanized, understanding, giving, safety) approach and tailored to the context of southern border regions, has developed the VHVs' knowledge, attitudes, and skills in supporting mental health within their communities.

Keywords: competency; village health volunteers; community mental health; southern border region

ความสำคัญของปัญหา

สุขภาพจิต (mental health) ถูกกำหนดโดยปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อม ความเสี่ยงของการเจ็บป่วยทางจิต ตัวบ่งชี้การเจ็บป่วยทางจิตเกิดขึ้นจากความเปราะบางของชุมชน เช่น ความยากจนด้วยการศึกษา สังคมที่เปลี่ยนแปลงฉับพลัน สุขภาพโรคระบาด ชุมชนที่ไม่มั่นคงและความสับสน และการเสี่ยงต่อความรุนแรง¹ นับตั้งแต่ พ.ศ. 2547 จนถึงปัจจุบัน ชายแดนใต้ของประเทศไทยต้องเผชิญกับเหตุการณ์ไม่สงบ โดยเฉพาะพื้นที่จังหวัดปัตตานี จังหวัดยะลา จังหวัดนราธิวาส และในจังหวัดสงขลา 4 อำเภอ การก่อการความไม่สงบที่เป็นมาต่อเนื่องได้ส่งผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวคือความสัมพันธ์ในครอบครัวที่เปราะบางมากขึ้น ด้านสังคมและวัฒนธรรมคือปัญหาการดำเนินชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนไป ด้านเศรษฐกิจคือรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ไม่มีอาชีพทำกิน สิ่งที่ตามมาคือภาระหนี้สินที่เพิ่มขึ้น ด้านสุขภาพกายคือปัญหาความพิการและปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว

ผู้สูญเสียในชุมชน ผลกระทบเป็นภาวะเศร้าโศกจากการเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก และความรู้สึกสะเทือนใจเช่นนี้จะอยู่กับคนในครอบครัวตลอดเวลา โดยทุกครั้งที่มีการเหตุการณ์เกิดขึ้น จะทำให้นักถึงผู้เสียชีวิตขึ้นมา ความรู้สึกจะเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก² สภาวะเช่นนี้คืออาการของโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post-traumatic stress disorder: PTSD) ซึ่งจากผลสำรวจในปี พ.ศ. 2557 พบว่าเหตุความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ทำให้มีอัตราเกิด PTSD สูงถึงร้อยละ 2.60 มากกว่าพื้นที่ทั่วไปประมาณ 5 เท่า³ และมีเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ทั้งนี้พบว่าเครื่องมือที่ดีที่สุดในการฟื้นฟูจิตใจของคนในชุมชนชายแดนใต้พื้นที่ที่มีภาษาศาสนาวัฒนธรรมเฉพาะ คือการสนับสนุนทางสังคม (psychological support) ความใส่ใจและการสนับสนุนที่มีอิทธิพลต่อทั้งตัวบุคคลและสังคมสิ่งแวดล้อมของบุคคลที่อาศัย เช่น ครอบครัว เพื่อน ผู้นำและเครือข่ายชุมชน⁴⁻⁶

จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เกิดภาวะหมดไฟเหนื่อยหน่าย (burn out) ในการทำงานค่อนข้างสูง⁷ การเตรียมพร้อมรองรับกับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะบุคลากรที่อยู่ในชุมชนที่สามารถเข้าถึงการให้การช่วยเหลืออย่างทันทีและต่อเนื่อง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นหนึ่งกลไกที่เป็นหัวใจสำคัญ ด้วยเป็นสมาชิกชุมชนที่มีบทบาทสำคัญในการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพ การเฝ้าระวัง และป้องกันช่วยเหลือด้านสุขภาพในชุมชน สามารถเข้าถึงผู้ประสบปัญหาในชุมชนได้อย่างรวดเร็ว อีกทั้ง อสม. คือผู้ที่มีความคุ้นเคยกับบริบทพื้นที่นำมาสู่การช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามการให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตโดยเฉพาะพื้นที่เปราะบางเช่นชายแดนใต้ผู้ให้การช่วยเหลือ (helper) ในด้านนี้ต้องมีสมรรถนะ (competency) ด้านความองค์ความรู้ ทักษะ และทักษะในการให้ความช่วยเหลือที่เห็นอกเห็นใจเพื่อนมนุษย์ มีความเข้าใจตัวตนและมีวิธีการช่วยเหลือฟื้นฟูจิตใจที่เหมาะสม^{8,9} การศึกษาของ Winterton and Hodgkin¹⁰ พบว่าสมรรถนะเกี่ยวข้องกับความเป็นผู้นำในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข และสมรรถนะที่อาสาสมัครสาธารณสุขต้องการ คือสมรรถนะที่เกี่ยวข้องกับการเป็นอาสาสมัครในสภาพแวดล้อมของภาคสุขภาพ ซึ่งสะท้อนถึงสองประเภทหลัก ได้แก่ ความสามารถที่เกี่ยวข้องกับทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความสามารถที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามขอบเขตและแนวปฏิบัติขององค์กร ซึ่งการพัฒนาสมรรถนะของ อสม. ควรเน้นการถ่ายทอด และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกปฏิบัติ และการวางแผนการดำเนินงานในพื้นที่¹¹ จากการที่ผู้ปฏิบัติงานของศูนย์สุขภาพจิตที่ 12 กรมสุขภาพจิตได้ลงติดตามการปฏิบัติงานในพื้นที่ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ปี 2564 การประเมินผลการปฏิบัติงานของ อสม.พบว่า ยังขาดความรู้ในการดูแลด้านสุขภาพจิต เช่น ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงทางจิตเวช การช่วยเหลือเบื้องต้น มีความกลัวและหลีกเลี่ยงในการเข้าถึงผู้ป่วยจิตเวช และขาดความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ในชุมชนไม่ได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ ละเลยในการดูแล ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการรุนแรงขึ้น ส่งผลให้ยากต่อการดูแลมากขึ้น และต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้นในการรักษา โดยส่วนใหญ่หากต้องดูแลผู้ป่วยจิตเวช มักให้คำแนะนำหรือสอนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกับญาติผู้ดูแล ขาดทักษะการให้การปรึกษาแม้จะผ่านการอบรมการให้การปรึกษามาแล้ว¹²

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12 องค์การภาครัฐที่ดำเนินการพัฒนาฟื้นฟูสุขภาพจิตในชุมชนชายแดนใต้อย่างต่อเนื่อง ร่วมกับคณะทำงานคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานีและภาคีเครือข่าย ได้ร่วมกันพัฒนาแนวทางการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชนตามบริบทชายแดนใต้ ซึ่งได้มาจากการถอดบทเรียนของ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนในพื้นที่ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ปี 2564 มีหลักการสำคัญ 2 ประการคือ หลักการจิตวิญญาณและการปฏิบัติ เรียกว่ารูปแบบ HUGS (H: humanized, U: understanding, G: giving, S: safety) ที่เป็นแนวทางที่สอดคล้องกับบริบทหรือวัฒนธรรมของพื้นที่ จุดมุ่งหมายเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับบริบทสังคมชายแดนใต้¹²

ข้อมูลการพัฒนาสมรรถนะของ อสม. ที่ผ่านมาเนื่องจากการได้มาของ อสม. โดยการสมัครใจ มีคุณสมบัติและผ่านกระบวนการตามที่ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ที่กำหนดไว้เพียงว่า ให้ความรู้สามารถอ่านออกเขียนได้ จึงพบว่า อสม. ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาถึงจะมีการอบรมตามหลักสูตรที่กำหนดเพื่อพัฒนาความรู้ทักษะให้ อสม. อย่างต่อเนื่อง แต่ไม่สามารถอบรมได้ครบทุกคน ผลการประเมินระดับการปฏิบัติงานสูงสุดระดับ 4 พบมี อสม. ได้เพียงระดับ 1 หรือ 2 อยู่ระหว่างร้อยละ 18-46 แสดงให้เห็นว่ามี อสม. จำนวนไม่น้อยยังมีปัญหาในเรื่องสมรรถนะที่ไม่สอดคล้องกับบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบตามที่กำหนดไว้ในระเบียบกระทรวงสาธารณสุข การศึกษาแนวทางการพัฒนา อสม.คุณภาพจำนวน 22 คน พบว่า อสม.คุณภาพควรมีคุณสมบัติสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ ทักษะ (มีจิตอาสา เสียสละ และเป็นพี่เลี้ยงของชุมชน) ความรู้ (ความรู้สาธารณสุขพื้นฐาน การพัฒนาชุมชน เทคโนโลยีการสื่อสาร) ทักษะ (ทักษะทางสุขภาพ เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน และทักษะพิเศษ) และพฤติกรรมและการแสดงออก (ปฏิบัติตามค่านิยม เป็นแบบอย่างดูแลสุขภาพตนเอง ดูแลแบบองค์รวมทุกช่วงวัย ดูแลด้านจิตใจ ส่งเสริมคุณภาพชีวิต และปฏิบัติตามนโยบาย)¹³ อสม.เคยมีประสบการณ์ผ่านการอบรมมาก่อน ประกอบด้วยความรู้ เจตคติ และทักษะพฤติกรรมจัดการสุขภาพชุมชน 5 ด้าน คือ ด้านการจัดทำแผนด้านสุขภาพ ด้านการเป็นผู้นำ และการจัดการงบประมาณ ด้านการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมป้องกันโรคในชุมชน ด้านการประเมินผล

การจัดการสุขภาพชุมชน และด้านเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อจัดการสุขภาพชุมชน¹⁴ ความต้องการได้รับการพัฒนาสมรรถนะของ อสม. ประเด็นที่ค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับ ด้านความรู้ ได้แก่ การป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาสาธารณสุข การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และโรคในปัจจุบัน ด้านทักษะ ได้แก่ การทำงานร่วมกับผู้อื่น การตรวจวัดไข้ การมีภาวะผู้นำในการจัดกิจกรรม การณรงค์ต่าง ๆ ด้านคุณลักษณะ ได้แก่ การมีจิตใจในการบริการ การส่งเสริมความเชี่ยวชาญในการทำงาน และความมั่นใจในตนเอง¹⁵ นอกจากนี้พบว่าคุณภาพการให้บริการของ อสม. ในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดปัตตานี 5 ด้าน ทั้งด้านบุคลิกภาพทางกายภาพที่สัมผัสได้ ด้านความน่าเชื่อถือและไว้วางใจ ด้านการตอบสนอง ด้านการสร้าง ความมั่นใจและด้านการดูแลเอาใจใส่อยู่ในระดับสูงทุกด้าน เมื่อพิจารณาประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะ ได้แก่ มีความรู้ ถ่ายทอด แนะนำเกี่ยวกับสุขอนามัย การปฐมพยาบาล การจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน สามารถแก้ปัญหาได้เมื่อต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพ¹⁶ การทบทวนที่กล่าวมาข้างต้นเป็นการพัฒนาสมรรถนะในด้านความรู้เกี่ยวกับการปฐมพยาบาล ความรู้เกี่ยวกับโรคทักษะเฉพาะด้านการปฐมพยาบาล การพัฒนาจิตบริการและการทำงานเป็นทีม แต่ยังไม่พบการศึกษาด้านความรู้ เจตคติ ทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชรวมถึงสมรรถนะด้านวัฒนธรรมของ อสม. แต่อย่างใด โดยเฉพาะการเข้าใจในวัฒนธรรมของพื้นที่ชายแดนใต้ที่เป็นประเด็นสำคัญที่จะช่วยให้การช่วยเหลือมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น¹⁷

ดังนั้นเพื่อให้ชุมชนชายแดนใต้มีเครื่องมือในการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตที่มีคุณภาพอย่างแท้จริง การศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงได้จัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาสมรรถนะให้กับ อสม. ในพื้นที่ โดยใช้รูปแบบมีส่วนร่วม (active learning) ตามแนวทางการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชนตามบริบทชายแดนใต้ การใช้รูปแบบ Active Learning เป็นการให้การเรียนรู้ที่ผู้เรียนมีบทบาทและมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้อย่างเต็มที่ โดยไม่ได้เน้นเพียงการรับฟังหรือการอ่านเท่านั้น¹⁸ ข้อดีหลักของรูปแบบนี้ เช่น กระตุ้นความสนใจและการมุ่งมั่นในการเรียนรู้มากขึ้น เนื่องจากผู้เข้าร่วมต้องมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ต่าง ๆ ที่มีต่อการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชน การขยายความรู้และทักษะที่ได้เรียนรู้วิธีการช่วยเหลือและการให้บริการสุขภาพจิตอย่างเชิงลึก โดยการปฏิบัติจริงผ่านกิจกรรมกลุ่มเพื่อฝึกทักษะการให้คำปรึกษาในสุขภาพจิตการสร้างทักษะการทำงานร่วมกัน ส่งเสริมการทำงานร่วมกัน

ของผู้เรียนในการวิเคราะห์และแก้ปัญหาของการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตที่ต้องการการทำงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างหลายส่วนหน่วยงานในชุมชน ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมให้ผู้ประสบปัญหาด้านสุขภาพจิตในชุมชนได้เข้าถึงการช่วยเหลือฟื้นฟูจิตใจจากคนในชุมชนที่มีความรู้ความเข้าใจและทักษะด้านการช่วยเหลือจิตใจ รวมถึงผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตในพื้นที่มีแนวทางการพัฒนาศักยภาพผู้ให้ความช่วยเหลือและแนวทางการทำงานด้านสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับบริบทสังคมชายแดนใต้และยั่งยืน

คำถามการวิจัย

1. ความรู้ เจตคติ และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภายหลังการเข้าร่วมกระบวนการการเรียนรู้ตามแนวทางการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชนตามบริบทชายแดนใต้เป็นอย่างไร
2. ความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อกระบวนการเรียนรู้ในการพัฒนาความรู้ เจตคติ และทักษะตามแนวทางการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชนตามบริบทชายแดนใต้เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาความรู้ เจตคติ และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยใช้กระบวนการเรียนรู้ตามแนวทางการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชนตามบริบทชายแดนใต้
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อกระบวนการเรียนรู้ในการพัฒนาความรู้ เจตคติ และทักษะการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชนตามบริบทชายแดนใต้

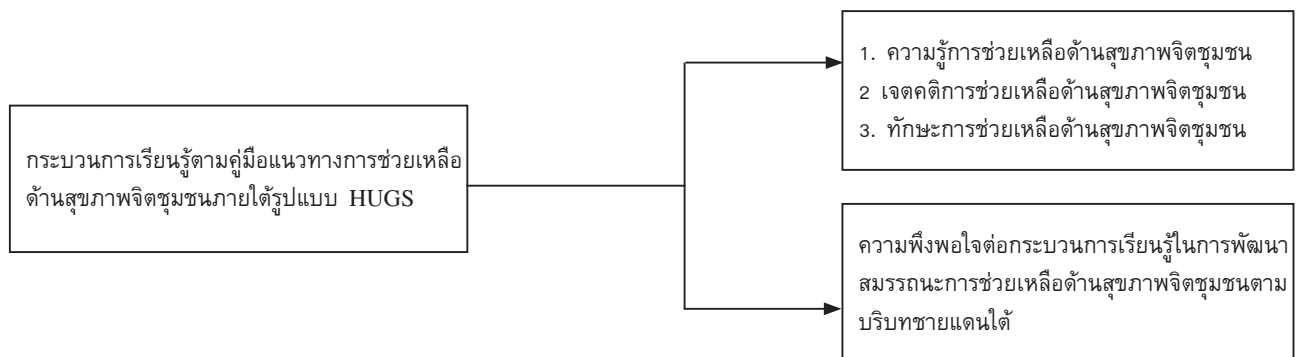
รูปแบบการศึกษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้และจิตวิทยา Bloom's Taxonomy¹⁹ เพื่อพัฒนาความรู้เจตคติ และทักษะของ อสม. โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ตามแนวทางการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชนตามบริบทชายแดนใต้ในรูปแบบ HUGS (H: humanized, U: understanding, G: giving, S: safety) การสร้างกรอบแนวคิดของ HUGS เป็นแนวทางในการดำเนินงานให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตในชุมชน ประกอบด้วยแนวคิด 2 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ หลัก

แห่งจิตวิญญาณ และหลักปฏิบัติ การใช้ Bloom's Taxonomy ในรูปแบบ HUGS ด้านพุทธิพิสัยเป็นการพัฒนาความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต เช่น การรู้จักโรคทางจิตเวชที่พบบ่อย การเข้าใจผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ประสบภาวะวิกฤต และการเรียนรู้วิธีการให้คำปรึกษาด้านพิสัยเป็นการส่งเสริมเจตคติที่ดีต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือผู้ป่วยจิตเวช การเข้าใจและยอมรับผู้รับการช่วยเหลืออย่างไม่มีเงื่อนไข และการทำงานร่วมกันในชุมชนเพื่อสร้างการสนับสนุนและการสื่อสารที่ดี และด้านทักษะพิสัย เป็นการพัฒนาทักษะการให้การช่วยเหลือ เช่น การฝึกทักษะการฟังอย่างตั้งใจ การสังเกตอาการของผู้รับการช่วยเหลือ และการให้คำปรึกษา ซึ่งทักษะการให้การปรึกษาได้นำแนวคิดของ motivational interviewing (MI)²⁰ เป็นเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจที่เน้นการช่วยเหลือแบบยึดผู้เรียนเป็นหลัก ใช้ในการสนทนาเพื่อกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้รับการช่วยเหลือเกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวก โดยแนวคิดของ MI ที่นำมาใช้ในการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) ทักษะการให้การปรึกษา (micro-counseling) ได้แก่ การใช้คำถามปลายเปิด (open-ended questions) การสะท้อนกลับ (reflective listening) การชื่นชมหรือสะท้อนจุดเด่น (affirmation) และการสรุป (summarization) 2) จิตวิญญาณ (spirit) ของ MI ประกอบด้วย 4 หลักการสำคัญที่ช่วยสร้างความเชื่อมั่นและแรงจูงใจภายในของผู้รับการช่วยเหลือ ได้แก่ สร้างความรู้สึกเป็นอิสระ (autonomy) การกระตุ้นคุณค่าหรือศักยภาพของผู้รับการช่วยเหลือ (evocation) การสร้างความร่วมมือ (collaboration) และการเข้าใจ (compassion) หลักการเหล่านี้เป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้การสนทนาใน MI มีประสิทธิภาพ และ 3) หลักพื้นฐานของ MI ประกอบด้วย การแสดงความเห็นอกเห็นใจ (express empathy) การทำให้เกิดความกล้าในการตัดสินใจ (develop

discrepancy) การหลีกเลี่ยงการโต้แย้ง (avoiding argument) กลิ้งไปกับแรงต้าน (rolling with resistance) และการสนับสนุนความเชื่อมั่นในตนเอง (support self-efficacy) เทคนิคเหล่านี้ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและการตัดสินใจในตนเองของผู้รับการช่วยเหลือ เพื่อมุ่งหวังให้ผู้เรียนเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้ง 3 องค์ประกอบของ Bloom¹⁹ รวมถึงการจูงใจหรือกระตุ้นและตอบสนองความต้องการของผู้เรียนในการเรียนรู้ในบริบทของการพัฒนาสมรรถนะของอสม. โดยใช้กรอบ Bloom สามารถอธิบายกลไกการทำงานของ MI ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละองค์ประกอบได้ เช่น การพัฒนาความรู้และความเข้าใจ การใช้คำถามที่เปิดโอกาสให้อสม. แสดงความคิดและความเข้าใจเกี่ยวกับการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต ทำให้ได้สำรวจและวิเคราะห์ปัญหาเชิงลึก การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนสิ่งที่ อสม. พูด ทำให้เกิดความรู้สึกถึงการได้รับการยอมรับและเข้าใจ ซึ่งส่งเสริมการเรียนรู้และการพัฒนาความรู้ การแสดงความเห็นอกเห็นใจ การแสดงความเข้าใจและการยอมรับความรู้สึกของ อสม. ทำให้รู้สึกมีคุณค่าและมั่นใจในบทบาทของตนเอง การช่วยให้ อสม. เห็นความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมปัจจุบันกับเป้าหมายหรือค่านิยมที่ตนเองต้องการ ทำให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงการให้กำลังใจและการยอมรับความสามารถของ อสม. ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการฝึกทักษะใหม่ ๆ และการปฏิบัติงาน MI มีกลไกในการสร้างแรงจูงใจและสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยใช้หลักการของการสนทนาที่เคารพและเข้าใจในความสามารถของผู้รับการช่วยเหลือ การใช้ MI สามารถเชื่อมโยงกับการพัฒนาสมรรถนะของ อสม. ในทุกองค์ประกอบของ Bloom ทำให้เกิดการพัฒนาที่ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ เจตคติ และทักษะ ซึ่งส่งผลให้อสม. มีความมั่นใจและความสามารถในการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อทราบผลการความรู้ เจตคติ และทักษะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยใช้กระบวนการเรียนรู้ตามแนวทางการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชนตามบริบทชายแดนใต้ และความพึงพอใจต่อกระบวนการเรียนรู้ในการพัฒนาสมรรถนะการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชนตามบริบทชายแดนใต้ภายหลังจากเข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อสม.ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส

กลุ่มตัวอย่าง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (criterion based selection) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. ที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนจากอำเภอที่เป็นพื้นที่ที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในช่วงปี พ.ศ. 2560-2564 เป็นชุมชนที่มีปัญหาสุขภาพจิตชุกชุมมากที่สุดอันเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของคนในชุมชน และเป็นชุมชนเข้มแข็งในการให้ความร่วมมือด้านการช่วยเหลือสุขภาพจิตชุมชน ประกอบด้วยจังหวัดปัตตานี 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอปะนาเระ อำเภอโคกโพธิ์ และอำเภอยะรัง จังหวัดยะลา 2 อำเภอ ได้แก่ อำเภอกรงปินัง อำเภอบันนังสตา และจังหวัดนราธิวาส ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอบาเจาะ และอำเภอยี่งอ จำนวน 35 คน ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่มากกว่า 3 ปี อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในครั้งนี้เป็นการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นตัวแทนสามารถเข้าร่วมอบรมกระบวนการเรียนรู้ครบถ้วนทั้ง 3 วัน และให้ข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม (focus group) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี เลขที่ psu.pn.2-054/65 รับรองวันที่ 6 กันยายน 2565 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจและมีสิทธิบอกเลิกการร่วมโครงการวิจัยนี้ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อนหน้าที่การงานของกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บไว้เป็นความลับจะเปิดเผยเฉพาะผลสรุปการวิจัยเท่านั้น ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากกลุ่มตัวอย่าง และจะทำลายเอกสารข้อมูลภายใน 5 ปี หลังเผยแพร่เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่กันยายน - ตุลาคม พ.ศ. 2565 ดังนี้

1. ทำหนังสือเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล
2. กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยในเดือน กันยายน 2565 เป็นระยะเวลา 3 วัน ณ ห้องประชุมคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี
3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลหลักที่เข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ด้วยการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยใช้กระบวนการเรียนรู้ตามแนวทางการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชนตามบริบทชายแดนใต้ หรือรูปแบบ HUGS โดยใช้ active learning และนำเทคนิคของ MI มาใช้ในการจัดกระบวนการเรียนรู้ ดังตาราง 1

ตาราง 1 ตัวอย่างการจัดกระบวนการเรียนรู้ตามแนวทางการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชนตามบริบทชายแดนใต้ หรือรูปแบบ HUGS

องค์ประกอบ HUGS	กิจกรรม Active learning	ผลต่อด้านความรู้	ผลต่อด้านเจตคติ	ผลต่อด้านทักษะ
Humanized การยอมรับในตัวตนของผู้รับการช่วยเหลืออย่างไม่มีเงื่อนไข รวมถึงการไม่พยายามยึดเยียดความคิด ทศนคติ ความเชื่อ และค่านิยมของตนเองให้กับผู้รับการช่วยเหลือ หากผู้ให้การช่วยเหลือสามารถแสดงจิตวิญญาณข้อนี้ได้อย่างสมบูรณ์ จะสามารถแสดงให้ผู้รับการช่วยเหลือเห็นได้ถึงความเมตตาและความเข้าใจในความเป็นมนุษย์	- การร่วมวิเคราะห์กรณีศึกษา ปัญหาของผู้รับการช่วยเหลือ - การวิเคราะห์สิ่งที่ควรทำและไม่ควรทำเพื่อให้เกิดการยอมรับ - การตั้งประสบการณ์ของ อสม. ในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช การสร้างการยอมรับในตัวตนของผู้รับการช่วยเหลือและอภิปรายร่วมกันในกลุ่ม - การฝึกปฏิบัติการแสดงความเห็นอกเห็นใจ - การฝึกฟังอย่างตั้งใจ การสะท้อนความรู้สึก	- เข้าใจหลักแห่งจิตวิญญาณด้านการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข - เข้าใจหลักการสัมภาษณ์ และการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช - เข้าใจตัวตนของผู้รับการช่วยเหลือ - เข้าใจหลักการแสดงความเห็นอกเห็นใจ	- ยอมรับและเข้าใจผู้รับการช่วยเหลืออย่างไม่มีเงื่อนไข - มีเจตคติที่ดีต่อการช่วยเหลือ	- ทักษะการให้การปรึกษา ทักษะการฟังและการสะท้อนความรู้สึก - ทักษะการจัดตนเอง - ทักษะการนำหลักจิตวิญญาณสู่การปฏิบัติ
Understanding การเข้าถึงจิตใจ ความคิด ความเชื่อ อารมณ์และความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นของผู้รับการช่วยเหลือ ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นกระบวนการทางจิตวิญญาณ ที่ผู้ให้การช่วยเหลือพยายามที่จะเข้าใจความรู้สึก ข้อมูล และประสบการณ์ที่ผู้รับการช่วยเหลือพยายามสื่อออกมา วิธีที่จะสามารถเข้าถึงความคิด ความเชื่อ อารมณ์และความรู้สึกที่แท้จริงของผู้รับการช่วยเหลือได้นั้น ได้แก่ การรับฟังอย่างตั้งใจ การสังเกต การใช้คำถาม การทวนประโยค การสะท้อนความรู้สึก การรู้จักแยกประเด็น และการสรุป	- การศึกษาและวิเคราะห์กรณีศึกษา - การวิเคราะห์สิ่งที่ควรทำและไม่ควรทำเพื่อให้เกิดการเข้าใจ - การวิเคราะห์ธรรมชาติของผู้ป่วยจิตเวช - การทำงานกลุ่มเพื่อระบุปัญหาและความต้องการของผู้รับการช่วยเหลือ	- เข้าใจปัญหาธรรมชาติของผู้ป่วยจิตเวช - เข้าใจสถานการณ์และความต้องการของผู้รับการช่วยเหลือ - เข้าใจหลักการสัมภาษณ์ และการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช	- เปิดใจรับฟังและเข้าใจปัญหาของผู้อื่น - เห็นคุณค่าของการฟัง - เห็นคุณค่าของการทำงานร่วมกัน - ยึดหลักดูแลความรู้สึกของผู้ป่วยจิตเวชด้วยหัวใจ	- วิเคราะห์ปัญหา และการสังเคราะห์ข้อมูล - ทักษะการทำงานร่วมกัน
Giving หลักปฏิบัติในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช หลักการให้ 6 ข้อ 1) ให้ความจริงใจ 2) ให้ข้อมูลและการปรึกษา 3) ให้เข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข 4) ให้การดูแลแบบองค์รวม 5) ให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง 6) ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี	- การการตั้งประสบการณ์ของ อสม. ในหลักปฏิบัติและอภิปรายร่วมกันในกลุ่ม - กิจกรรมให้การปรึกษาในสถานการณ์สมมติ - การฝึกการให้ข้อมูลและการปรึกษา	- มีความรู้เกี่ยวกับการให้การปรึกษา - เข้าใจหลักการให้ความช่วยเหลือ	- เห็นคุณค่าในบทบาทของตนเอง - มีเจตคติที่ดีต่อการให้ความช่วยเหลือ - ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลครอบครัวของตน	- ทักษะการให้การปรึกษา - ทักษะการให้ข้อมูลและการปรึกษา - ทักษะการสื่อสารเชิงบวกเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ตาราง 1 (ต่อ)

องค์ประกอบ HUGS	กิจกรรม Active learning	ผลต่อด้านความรู้	ผลต่อด้านเจตคติ	ผลต่อด้านทักษะ
Safety ความปลอดภัย เป็นการสร้าง ความปลอดภัยทั้งผู้รับการช่วยเหลือ และผู้ให้การช่วยเหลือผู้ให้ การช่วยเหลือต้องมีข้อมูลประวัติ การเจ็บป่วยทั้งสุขภาพกายและจิต ในปัจจุบันของผู้รับการช่วยเหลือ และบุคคลในครอบครัว จะทำให้ การช่วยเหลือดำเนินได้ราบรื่น สร้างความรู้สึกลปลอดภัย และ ความรู้สึกไวใจ ทั้งผู้รับการช่วยเหลือ และผู้ช่วยเหลือ	- การวิเคราะห์ความปลอดภัย ในการช่วยเหลือ - การฝึกการจัดการสถานการณ์ ฉุกเฉิน	- เข้าใจหลักการของ มาตรการความ ปลอดภัยในชุมชน - เข้าใจหลักการจัดการ ความเสี่ยง - เข้าใจหลักการสื่อสาร เรื่องราวต่าง ๆ ที่ถูกต้อง ชัดเจน ผ่านช่องทาง ที่มีในชุมชน - เข้าใจการเฝ้าระวังเรื่อง ความปลอดภัย	- เห็นความสำคัญ ของความปลอดภัย ทั้งต่อผู้ให้และผู้รับ การช่วยเหลือ - มีเจตคติที่ดีต่อ การปฏิบัติตาม มาตรการความ ปลอดภัย	- ทักษะการสื่อสาร ในสถานการณ์ ต่าง ๆ

ซึ่งผู้วิจัยทั้ง 5 คน มีประสบการณ์ในการประเด็น
การวิจัย เป็นอาจารย์สาขาจิตวิทยาการให้การปรึกษาตามแนวคิด
MI 1 คน สาขาจิตวิทยาการให้การปรึกษา 1 คน สาขาจิตวิทยา
การศึกษา 1 คน สาขาพฤติกรรมศาสตร์ 1 คน และนักจิตวิทยา
1 คน สามารถพูดภาษาชาวบ้านในการสื่อสาร 2 คน

4. เก็บข้อมูลความพึงพอใจในวันสุดท้ายของการจัด
กระบวนการเรียนรู้ และใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม 2 ชั่วโมง
หลังจากเข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้ 1 เดือน

เครื่องมือในการศึกษาวิจัย

1. กระบวนการเรียนรู้ตามแนวทางการช่วยเหลือ
ด้านสุขภาพจิตในชุมชนตามบริบทชายแดนใต้ รูปแบบ HUGS
มีขอบเขตดังนี้

(1) วัตถุประสงค์กิจกรรม คือ เพื่อพัฒนา อสม.
ให้มีสมรรถนะในการให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตในชุมชน
ตามบริบทชายแดนใต้ รูปแบบ HUGS

(2) กระบวนการเรียนรู้หลัก การเรียนรู้แบบผู้เรียน
มีส่วนร่วม (active learning) คือ กิจกรรมการแลกเปลี่ยน
เรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และใช้เทคนิคตามแนวคิด motivational
interviewing (MI)

(3) ระยะเวลาการจัดกระบวนการเรียนรู้ใช้ระยะ
เวลา 3 วันติดต่อกัน ในเดือนกันยายน 2565

2. เอกสารประกอบการเรียนรู้ คือ คู่มือแนวทางการ
ช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตในชุมชนตามบริบทชายแดนใต้
ภายใต้รูปแบบ HUGS21 ประกอบด้วย หมวด 1 กรอบ
ความคิด HUGS ได้แก่ 1) หลักแห่งจิตวิญญาณ (spirit)
มี 2 องค์ประกอบย่อย คือ การยอมรับ (humanized: H)
และความเข้าใจ (understanding: U) 2) หลักปฏิบัติ มี 2

องค์ประกอบย่อย คือ หลักการให้การดูแลช่วยเหลือ (give: G)
และหลักความปลอดภัย (safety: S) หมวด 2 ความรู้และ
ทักษะของการให้ความช่วยเหลือ

3. แบบสัมภาษณ์การสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้าง
ประกอบด้วยข้อคำถามด้านความรู้ เจตคติ และทักษะ ด้านละ
4 ข้อ รวม 12 ข้อ โดยแบ่งกลุ่มการสนทนาเป็น 3 กลุ่ม
กลุ่มที่ 1 จำนวน 12 คน กลุ่มที่ 2 จำนวน 11 คน และกลุ่มที่
3 จำนวน 12 คน จำนวน ผู้นำกลุ่มเป็นทีมวิจัยที่เข้าใจ
แนวทางและหลักการของแนวทางการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต
ในชุมชนตามบริบทชายแดนใต้ ภายใต้รูปแบบ HUGS โดยเก็บ
ข้อมูลความพึงพอใจในวันสุดท้ายของการจัดกระบวนการ
เรียนรู้ และใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม 2 ชั่วโมง หลังจาก
เข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้ 1 เดือน

4. แบบประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการเรียนรู้
ในการพัฒนาตามแนวทางการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตใน
ชุมชนตามบริบทชายแดนใต้ รูปแบบ HUGS 5 ด้าน คือ 1)
ความพึงพอใจต่อความรู้ที่ได้รับ 2) ความพึงพอใจต่อเปลี่ยนแปลง
เจตคติ 3) ความพึงพอใจต่อการฝึกปฏิบัติ 4) ความพึงพอใจต่อ
การประยุกต์ใช้ และ 5) ความพึงพอใจต่อบรรยากาศและรูปแบบ
การเรียนรู้ เป็นแบบประเมินค่า (rating scales) มาตราส่วน
ประมาณค่า 5 ระดับ โดยในแต่ละข้อคำถามนั้นหากตรงกับ
ความเชื่อ ความคิด และความรู้สึกของผู้ตอบอยู่ในระดับมากที่สุด
(มีค่าเท่ากับ 5 คะแนน) ตรงระดับมาก (มีค่าเท่ากับ
4 คะแนน) ระดับปานกลาง (มีค่าเท่ากับ 3 คะแนน) ระดับน้อย
(มีค่าเท่ากับ 2 คะแนน) และระดับน้อยที่สุด (มีค่าเท่ากับ
1 คะแนน)

การหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์จิตวิทยาการให้การปรึกษา 1 ท่าน อาจารย์อิสลามศึกษา 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่ปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชน 1 ท่าน พิจารณาและให้ความคิดเห็น 1) คู่มือแนวทางการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตในชุมชนตามบริบทชายแดนใต้ รูปแบบ HUGS ด้านความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ กรอบแนวคิด ความถูกต้องเหมาะสม มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ .97 2) แบบสัมภาษณ์การสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้าง มีค่า IOC = .89 และ 3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการเรียนรู้ มีค่า IOC = 1 มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมิน = .87

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์แบบเนื้อหา (content analysis) ตามแนวคิดของ Erlingsson & Brysiewicz (2017)²² วิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมด มีขั้นตอน ตั้งแต่ 1) การใส่รหัสข้อมูล ในมิติความรู้ ทักษะและเจตคติ 2) การกำหนดประเด็นหลัก ผู้วิจัยแบ่งประเด็นหลักตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา 3) การสร้างประเด็นย่อยจากการเชื่อมโยง 4) การเขียนตีความเชื่อมโยงสัมพันธ์ และ 5) การสรุปเพื่อสร้างองค์ความรู้

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้านความพึงพอใจต่อกระบวนการเรียนรู้ในการพัฒนาความรู้ เจตคติและทักษะของ อสม. ต่อการใช้แนวทางการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชนตามบริบทชายแดนใต้ ตามรูปแบบ HUGS ใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูลเป็น อสม. เป็นเพศหญิง ทุกคน มีอายุระหว่าง 34-60 ปี อายุเฉลี่ย 44 ปี (SD = 7.29) มีอายุการทำงานเป็น อสม. 1-15 ปี อายุการทำงานเฉลี่ย 12 ปี (SD = 9.32) มีระดับการศึกษาระหว่างชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 - มัธยมศึกษาปีที่ 6 และมีอาชีพอื่น ๆ ได้แก่ รับจ้างทั่วไป อาชีพอิสระ แม่บ้าน แม่ครัวในโรงเรียน และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน

ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนาความรู้ เจตคติ และทักษะของ อสม. ต่อการใช้แนวทางการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชนตามบริบทชายแดนใต้

1. ด้านความรู้การช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชนด้านความรู้การช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชน โดยสรุปจากทั้ง 3 กลุ่ม ดังนี้

1.1 การให้การช่วยเหลือสุขภาพจิตควรใส่ใจจิตวิญญาณ

ผู้ให้ข้อมูลทุกคนได้กล่าวถึงความเข้าใจในความรู้และหลักการปฏิบัติด้านการนำจิตวิญญาณมาสู่การช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต คือ การสื่อสารที่มีการเชื่อมโยงทางศาสนาและสร้างแรงบันดาลใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยทางจิตเวชที่มีความศรัทธาในศาสนาในเบื้องต้น ซึ่ง อสม. จะพยายามสอดแทรกความเข้าใจในศาสนาระหว่างการพูดคุย การเข้าใจและยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไขเป็นหัวใจสำคัญของการช่วยเหลือด้านจิตใจของคนในพื้นที่ เช่น ผู้ป่วยจิตเวชแต่งกายไม่สะอาด ไม่อาบน้ำ มีกลิ่นตัว ผมเผ้ารุงรัง แสดงพฤติกรรมและความคิดที่แปลก เป็นต้น ส่วนผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ชายแดนใต้ อาจแสดงท่าทีไม่ไว้วางใจ สีหน้าเศร้าหมอง เมินเฉย ไม่มีปฏิกิริยาโต้ตอบ แสดงความรู้สึกโกรธ ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือในฐานะของความเป็นมนุษย์อย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งผู้ให้การช่วยเหลือต้องดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์เช่นเดียวกัน ดังตัวอย่างการให้ข้อมูล

"การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข การไม่พยายามยึดเยียดความคิด ความเชื่อของตนเองให้กับเขา ไม่ตัดสินว่าการกระทำและความคิดของเขานั้นถูกหรือผิด เคารพในความคิดและความเชื่อของเขา ให้เขาสามารถเปิดเผยความคิดและความรู้สึกที่อยู่ในจิตใจของตนเองออกมาได้อย่างเต็มที่" (คนที่ 1 จังหวัดปัตตานี)

"การเข้าใจผู้รับการช่วยเหลือในพื้นที่ คือ การเข้าถึงจิตใจ ความคิด ความเชื่อ อารมณ์และความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นของเขามีปัญหาสุขภาพจิต ผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ชายแดนใต้ โดยการรับฟังอย่างตั้งใจ การสังเกต การใช้คำถาม การทวนประโยค การสะท้อนความรู้สึก การรู้จักแยกประเด็น และการสรุป" (คนที่ 1 จังหวัดยะลา)

"หลักการของจิตวิญญาณสามารถนำมาใช้กับ อสม. โดยการทำหน้าที่ของตนในการช่วยเหลือผู้อื่น โดยเฉพาะพี่น้องในชุมชน เช่น การรับฟังและการไว้วางใจ การช่วยเหลือในยามที่ผู้ป่วยและครอบครัวสมาชิกในชุมชน ควรใส่ใจจิตวิญญาณ ซึ่งก็คือศาสนาที่มีถือและศรัทธาสูงสุด (คนที่ 4 จังหวัดปัตตานี)

1.2 ความเข้าใจในการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

ในการค้นหาและติดตามผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยทั่วไป อสม. จะบันทึกและเก็บข้อมูลตามแบบฟอร์มที่หน่วยงานสาธารณสุขออกแบบ หากแต่การเข้าร่วมอบรมแล้ว การช่วยเหลือในชุมชนตามบริบทชายแดนใต้ ตามรูปแบบ HUGS (HUGS) ทำให้ อสม. มีความเข้าใจใหม่ นั่นคือ การสัมภาษณ์ไม่เพียง

การชักประวัติและอาการต่าง ๆ เท่านั้น แต่ขณะดำเนินการ อสม.ควรสังเกตพฤติกรรมของครอบครัวและผู้ป่วยจิตเวช ในการดูแลและรักษาตนเอง และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้ต้อง รับผิดชอบ ใสใจความรู้สึก และสื่อสารพูดคุยความเป็นอยู่เช่นกัน ซึ่งควรใช้เวลาและละเอียดกับปฏิบัติการมากขึ้น ดูแลคนใน ครอบครัวการสัมภาษณ์ ไม่ใช่เพียงแค่ชักประวัติ จดบันทึก แต่เป็นการสัมภาษณ์ พูดคุยที่ต้องใช้เวลามากขึ้น” (คนที่ 3 จังหวัดยะลา)

“การสัมภาษณ์ทำให้ได้รับข้อมูลที่รอบด้าน ทำให้เข้าใจการ ดูแลผู้ป่วยของครอบครัวและสามารถแก้ปัญหาและช่วยเหลือ ได้ตรงจุดมากขึ้น” (คนที่ 7 จังหวัดนราธิวาส)

“การฝึกฝนทักษะการสื่อสารเป็นเรื่องที่สำคัญ มีขั้นตอนใน การช่วยเหลือคือการเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพกับผู้ช่วย ครอบครัวหรือญาติพี่น้องของผู้ป่วย และการเตรียมทักษะ มุมมองที่จะไม่ไปตัดสินและมองผู้ป่วยในเชิงลบเพราะจะ ไม่สามารถช่วยเหลือด้วยหัวใจที่แท้จริงตามมา ซึ่งความรู้ เหล่านี้ทำให้เกิดการเตรียมตัวและสร้างความพร้อมแก่ อสม. ได้ดี” (คนที่ 1 จังหวัดปัตตานี)

1.3 ความรู้ในการสื่อสารและการจัดการตนเอง

“หลักปฏิบัติของ อสม. ยึดหลัก 6 ให้ ให้ความจริงใจ ให้ข้อมูล และคำปรึกษา ให้เข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข ให้การดูแล แบบองค์รวม ให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง และให้มีคุณภาพ ชีวิตที่ดี อันนี้เป็นสิ่งที่สรุปได้เห็นภาพชัดเจน” (จังหวัดยะลา)

ข้อมูลที่จดจำได้ถึงความรู้ในการทำงาน เช่น การใช้คำถาม ปลายเปิดและปลายปิด คำพูดที่เป็นในทางบวก และเพื่อ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (คนที่ 5 จังหวัดปัตตานี)

“อีกประเด็นคือ ความปลอดภัย ความปลอดภัยทั้งเขาและเรา ก่อนเราจะเข้าไป เราจะโทรคุยกับคนในพื้นที่ ส่วนใหญ่จะ รู้จักกันอยู่แล้ว ความปลอดภัยในชุมชน เป็นจุดแข็งที่มีใน ชุมชนที่มีความพร้อมร่วมแรงร่วมใจ มีความสัมพันธ์ที่ดี เกิด การดูแลช่วยเหลือกัน” (คนที่ 8 จังหวัดยะลา)

ผู้สื่อสารในที่นี้คือ อสม. ควรมีการรู้จักตนเอง เช่น อารมณ์ บุคลิกภาพที่จะมีผลกระทบต่อผู้อื่น การใสใจควบคุมอารมณ์ ตนเอง และการมีสติในการจัดการปัญหา เพราะในการอบรม มีเทคนิควิธีการในการปรับอารมณ์และพัฒนาตนเอง เช่น ก่อนที่จะไปพบคนไข้ ต้องประเมินสุขภาพจิตใจของตัวเอง เราเองก่อน ถ้าไม่พร้อมให้รอก่อน (คนที่ 1 จังหวัดปัตตานี)

“ความรู้และทักษะพื้นฐานสำหรับผู้ช่วยเหลือ โรคทางจิตเวช ที่พบบ่อยในชุมชน โรคทางจิตเวชและผลกระทบที่เกิดขึ้น กับหลังประสบภาวะวิกฤต โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์

สะเทือนขวัญ การป้องกันความเครียด” (คนที่ 8 จังหวัด นราธิวาส)

เนื้อหาความรู้ที่จดจำได้ดีที่สุด

โดยส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า เนื้อหาความรู้ที่จดจำได้ดี ที่สุด คือจิตวิญญาณของผู้ให้การช่วยเหลือ และหลักปฏิบัติ และการให้การช่วยเหลือที่คำนึงถึงความปลอดภัย รวมถึง กระบวนการให้การปรึกษา การรักษาความลับ การปฐมพยาบาล ทางจิตใจ

“เนื้อหาความรู้ที่ได้รับเป็นเรื่องที่ทำความเข้าใจได้ค่อนข้างง่าย แต่ที่ยากคือความรู้ทางจิตเวช การสะท้อนความรู้สึก ถ้าใช้ ภาษามลายูจะทำให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น สามารถไปใช้ในชีวิต ประจำวันได้ และเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้รับการช่วย เหลือในชุมชน” (คนที่ 1 จังหวัดยะลา)

เนื้อหาที่เรียนรู้ตรงกับความต้องการของผู้เข้าร่วม ทุกกลุ่มให้ข้อมูลโดยสรุปว่า เนื้อหาความรู้ที่ได้รับจากการ เข้าร่วมครั้งนี้ตรงกับความต้องการของตน เนื่องจากเป็นเรื่อง ใกล้ตัวและต้องนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน

2. ด้านเจตคติการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชน

2.1 รู้สึกมีคุณค่าในการช่วยเหลือผู้อื่น เนื้อหา

ที่ได้รับสามารถเอาไปใช้กับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือได้ เช่น ผู้ที่กำลังเครียด ซึมเศร้า ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล

“พอเรียนแล้ว รู้สึกว่า งานที่เราทำอยู่ตอนนี้เป็นงานที่ได้บุญมาก จะทำให้เต็มที่ มันมีชื่อเสียงมากขึ้น” (จังหวัดยะลา)

“รู้สึกภูมิใจ ดีใจที่ได้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือคนในชุมชน” (คนที่ 5 จังหวัดปัตตานี)

“ขอบคุณทีมงาน HUGS ที่ให้ออกมาได้เรียนรู้” (คนที่ 3,6, 8,9,10 จังหวัดนราธิวาส)

“ภูมิใจที่ได้เข้ามาเป็นครอบครัว HUGS และเอาความรู้ไป ถ่ายทอดในชุมชน” (คนที่ 1 จังหวัดยะลา)

“การมาอบรมร่วมกัน อสม. ในจังหวัดต่าง ๆ ความรู้สึกที่ เกิดขึ้นเหมือนเป็นครอบครัวที่พร้อมทำหน้าที่ดูแลผู้ที่ได้ รับผลกระทบทางสุขภาพจิตร่วมกัน ทำให้เห็นถึงพันธมิตร ความร่วมมือที่มาพัฒนาศักยภาพและรับความรู้ไปถ่ายทอด ในชุมชนของตนต่อไป” (คนที่ 5 จังหวัดยะลา)

2.2 มีเจตคติเชิงบวกและเห็นความสำคัญของการเข้าใจและยอมรับผู้รับการช่วยเหลือ โดยเฉพาะคนในพื้นที่ที่มีวัฒนธรรมต่างกัน

“เมื่อมีกิจกรรมแลกเปลี่ยนพูดคุยประสบการณ์เผชิญกับผู้ป่วยในพื้นที่ชายแดนใต้และประสบการณ์ส่วนตนก็ทำให้อสม. รับรู้และเข้าใจธรรมชาติของผู้ป่วยจิตเวชที่ส่วนใหญ่จะไม่สามารถควบคุมอารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมบางอย่างของตนเอง ทำให้ไม่สามารถดูแลรักษาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง แต่ อสม.มีความเข้าใจในธรรมชาติของผู้ป่วย สาเหตุของการไม่รับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช เมื่อทำความเข้าใจจึงปราศจากอคติและทำงานช่วยเหลือได้เป็นอย่างดี” (คนที่ 8 จังหวัดยะลา)

2.3 ยึดหลักดูแลความรู้สึกของผู้ป่วยด้วยหัวใจ

“การทำหน้าที่ตอนนี้ต้องใส่ใจความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยเป็นหลักยึดในการทำงาน” (คนที่ 3 จังหวัดปัตตานี)

2.4 เห็นความสำคัญของการพัฒนาตนเองและการเรียนรู้

เพื่อทำให้ตนเองมีความสามารถในการช่วยเหลือบุคคลที่ประสบปัญหาในด้านสุขภาพจิตการเข้าใจว่าการทำงานในด้านสุขภาพจิตเป็นงานที่ทำหายและต้องพยายามเรียนรู้เพื่อปรับตัวให้เหมาะสมกับสถานการณ์และความต้องการของผู้รับการช่วยเหลือ

2.5 เห็นความสำคัญของการสร้างความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน

ทั้งต่อผู้ให้การช่วยเหลือและผู้รับการช่วยเหลือ

“มันก็ทำหายคนทำงาน เพราะเวลาเกิดเหตุการณ์ เราจะเข้าไปช่วยอย่างไร ทำอย่างไร ให้เกิดความปลอดภัยทั้งเขาและเรา โดยเฉพาะตัวเราต้องปลอดภัยมาก่อน เช็ดย่างละเอียด” (คนที่ 6 จังหวัดปัตตานี)

3. ด้านทักษะการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชน

3.1 ทักษะการฟังผู้ป่วยจิตเวชด้วยความตั้งใจ

“ขณะอบรมความรู้ อสม. ต้องฝึกฝนการสื่อสารเพื่อช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตตามรูปแบบ HUGS และภายหลังการเข้าร่วมได้นำไปประยุกต์ใช้ โดยเฉพาะการฟังอย่างใส่ใจ ทำให้มีพัฒนาการด้านการฟัง ซึ่งพบว่าทำให้เข้าถึงสมาชิกชุมชนหรือผู้ป่วยได้มากขึ้น ส่งเสริมงานด้านการช่วยเหลือทางสุขภาพจิตให้บริหารจัดการกรณีผู้ป่วยและครอบครัวได้มากขึ้น ทำให้ในหลาย ๆ ครั้งเมื่อเผชิญกับผู้ป่วย จะมีการฟังที่ตั้งใจความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก” (คนที่ 6 จังหวัดยะลา)

“เพิ่มความกล้าแสดงความเห็น และสร้างความมั่นใจในตัวเอง เช่น การออกมาพูดที่สาธารณะ การเป็นผู้ฟังที่ดีในกระบวนการให้การปรึกษา” (คนที่ 4 จังหวัดปัตตานี)

3.2 ทักษะการสื่อสารเชิงบวกเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

“ก่อนหน้านี้จะมาร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ แบบ HUGS มีการสื่อสารที่เป็นไปในทางลบ เช่น การพูดดูถูกผู้ป่วยจิตเวชทำให้ผู้ป่วยและชุมชนไม่ไว้วางใจและยอมรับ แต่เมื่อผ่านกิจกรรมอบรมสังเกตการณ์ใช้คำพูดเปลี่ยนไป คือ คิดว่าการพูดน่าฟัง สามารถสื่อสารถึงความตั้งใจที่จะพยายามช่วยเหลือผู้ป่วย ขณะไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีการยอมรับและเข้าใจในเจตนาของ อสม. นำมาสู่ความร่วมมือ” (คนที่ 4 จังหวัดยะลา)

“สามารถช่วยเหลือเคสคนป่วยในชุมชน เพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยยอมรับการรักษา และให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษาให้ผู้ป่วยกินยาต่อเนื่อง” (คนที่ 4 จังหวัดปัตตานี)

“พร้อมที่จะดูแล ให้ความช่วยเหลือคนในชุมชน โดยการช่วยเหลือคนในครอบครัวก่อนให้พ้นจากสิ่งไม่ดีก่อน ก่อนหน้านั้นเมื่อหลายปีก่อน สามมีการเสพยาเพื่อเพิ่มพลังในการทำงาน ตนในฐานะอสม.อยากให้สามมีเลกายา โดยใช้ทักษะกระบวนการของ HUGS ในการพูดคุยเจรจากับสามเพื่อให้สามของตนเลิกยา ในการเจรจากับสามก็ใช้เวลาพอสมควร จนในที่สุดสามก็เลิกยากลับมาใช้ชีวิตปกติได้ กระบวนการอีกยี่ห้อทำให้คนที่ตกอยู่ในกลุ่มร้าย ๆ หลายคนกลับมาใช้ชีวิตปกติได้” (คนที่ 9 จังหวัดนราธิวาส)

“ก็จะใช้ครอบครัวตัวเองเสียมากกว่า เพราะว่า กะ (พี่) มีลูกที่มีปัญหาทางด้านสมอง ด้านสุขภาพจิต ซึ่งบางครั้งบางวันลูกเขาจะมีอารมณ์แบบก้าวร้าว คือ เราพูดอะไรเขาจะไม่เชื่อฟังเรา แต่มันก็ไม่ใช่ทุกวัน มันเป็นบางวัน มันอยู่ที่ว่าอารมณ์ของเขาด้วย บางทีเราจะสังเกตว่าวันไหนเข้า ๆ เขาก้าวร้าว วันนั้นทั้งวันเราต้องปลอบเขา เวลาเขาก้าวร้าวก็พยายามพูดดี ๆ ปลอบเขา พยายามโน้มน้าวด้วยคำพูดที่ทำให้เขาสบายใจ อายุเขาดอนนี้ 34 ปีแล้ว ก็ดูแลเขามานานแล้ว แต่อารมณ์ก้าวร้าวเขาเริ่มมาเป็นช่วงอายุเยอะ ๆ ตอนเด็กยังไม่ได้เป็นแบบนี้เลย ก็จากที่ได้อบรมก็ได้เข้ามาใช้ได้เต็ม ๆ เลย ส่วนในหมู่บ้านก็ไม่ค่อยได้ใช้เพราะด้วยกับสถานการณ์โควิดก็ไม่ได้ทำอะไรกับคนในชุมชนมากนัก” (คนที่ 5 จังหวัดยะลา)

3.3 ทักษะการนำหลักจิตวิญญาณสู่การปฏิบัติ

“เกิดผลที่ดีต่อการส่งเสริมสติและสมาธิ ควบคุมอารมณ์เชิงลบ และการมีแรงบันดาลใจ มีพลังในการดูแลตนเองและครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยทางจิตเวช” (คนที่ 5 จังหวัดยะลา)

“ใช้ในการสื่อสาร เช่น ให้นำมาสาธิตแล้ว ดูแล้ว (อัลลอฮ์ ให้มา อัลลอฮ์ทดสอบ ทุกอย่างมาจากอัลลอฮ์) ในขณะที่ การช่วยเหลือผู้ป่วย ฟันฟู บำบัด ให้คำปรึกษา พบว่าคนไข้ จะนั่งเงียบ ซึ่งปรากฏว่าการหลักความเชื่อศาสนาเข้ามา ช่วยเหลือคนไข้และเปลี่ยนความคิดผู้ดูแล คนในชุมชนเรื่อง โรคจิตเวชเป็นโรคที่รักษาได้ให้ยอมรับ” (คนที่ 6 จังหวัดยะลา)

ส่วนที่ 3 ประเมินความพึงพอใจต่อการบวนการเรียนรู้ในการพัฒนาพัฒนาสมรรถนะการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชนรูปแบบ HUGS (แนวทาง HUGS)

ความพึงพอใจต่อการกระบวนการเรียนรู้ในการพัฒนาพัฒนาสมรรถนะการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชนรูปแบบ HUGS พบว่า ด้านความรู้ ส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า แนวทาง การช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชนภายใต้รูปแบบ HUGS

(แนวทาง HUGS) มีเข้าใจง่ายเหมาะสมครอบคลุมการช่วยเหลือ ด้านสุขภาพจิตชุมชน ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.70 รองลงมาในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 34.30 ด้านเจตคติ ความมี คุณค่าและประโยชน์ ส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า แนวทาง HUGS มีคุณค่าและประโยชน์ต่อผู้ใช้ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 40 ด้านทักษะ ความ สามารถนำความรู้จากแนวทาง HUGS ไปปรับใช้ในการทำงาน ชุมชน ส่วนใหญ่พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 40 และด้านการสนับสนุน ส่งเสริมความเข้าใจในการใช้แนวทาง HUGS ส่วนใหญ่ พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 74.30 รองลงมาในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 25.70 ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของความพึงพอใจต่อการกระบวนการเรียนรู้ในการพัฒนาความรู้ เจตคติ และทักษะตามแนวทาง การช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชนตามบริบทชายแดนใต้ รูปแบบ HUGS (N = 35)

ประเด็นความพึงพอใจ	จำนวน	ร้อยละ
1. ความรู้ แนวทางการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชน รูปแบบ HUGS เข้าใจง่ายเหมาะสมครอบคลุมการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชน		
มาก	12	34.30
มากที่สุด	23	65.70
2. เจตคติ ความมีคุณค่าและประโยชน์ของแนวทางการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชนรูปแบบ HUGS ต่อผู้ใช้		
มาก	21	60
มากที่สุด	14	40
3. ทักษะ ความสามารถนำความรู้จากแนวทางการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชน รูปแบบ HUGS ไปปรับใช้ในการทำงานชุมชน		
มาก	14	40
มากที่สุด	21	60
4. ด้านการสนับสนุนส่งเสริมความเข้าใจในการใช้แนวทางการช่วยเหลือ ด้านสุขภาพจิตชุมชนรูปแบบ HUGS		
มาก	9	25.70
มากที่สุด	26	74.30

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความ พึงพอใจต่อการกระบวนการเรียนรู้ในการพัฒนาความรู้ เจตคติ และทักษะตามแนวทางการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชน ตามบริบทชายแดนใต้ รูปแบบ HUGS พบว่า ด้านการสนับสนุน ส่งเสริมความเข้าใจในการใช้แนวทาง HUGS มีความพึงพอใจ ในระดับมากที่สุด ($M = 4.74$, $SD = .45$) รองลงมาด้าน ความรู้แนวทาง HUGS เข้าใจง่าย เหมาะสม และครอบคลุม การช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชน มีความพึงพอใจในระดับ

มากที่สุด ($M = 4.66$, $SD = .49$) และด้านทักษะสามารถนำ ความรู้จากแนวทาง HUGS ไปปรับใช้ในการทำงานชุมชน มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ($M = 4.60$, $SD = .50$) โดยภาพรวมของความพึงพอใจต่อการกระบวนการเรียนรู้ใน การพัฒนาสมรรถนะการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชน ตามแนวทาง HUGS อยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.61$, $SD = .48$) ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจต่อกระบวนการเรียนรู้ในการพัฒนา ความรู้ เจตคติ และทักษะ ตามแนวทางการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชนตามบริบทชายแดนใต้ รูปแบบ HUGS

ประเด็นความพึงพอใจ	M	SD	ระดับความพึงพอใจ
1. ด้านความรู้ แนวทาง HUGS เข้าใจง่ายเหมาะสมครอบคลุมการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชน	4.66	.49	มากที่สุด
2. ด้านเจตคติ มีคุณค่าและประโยชน์ของแนวทาง HUGS ต่อผู้ใช้	4.41	.50	มาก
3. ด้านทักษะ สามารถนำความรู้จากแนวทาง HUGS ไปปรับใช้ในการทำงานชุมชน	4.60	.50	มากที่สุด
4. ด้านการสนับสนุนส่งเสริมความเข้าใจในการใช้ แนวทาง HUGS	4.74	.45	มากที่สุด
ภาพรวม	4.61	.48	มากที่สุด

การอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลตามประเด็นหลักของคำถามการวิจัย ดังนี้

1. ความรู้เจตคติ และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภายหลังการเข้าร่วมกระบวนการการเรียนรู้ตามแนวทางการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชนตามบริบทชายแดนใต้เป็นอย่างไร

2. ความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อกระบวนการเรียนรู้ในการพัฒนาความรู้ เจตคติ และทักษะตามแนวทางการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชนตามบริบทชายแดนใต้เป็นอย่างไร

การพัฒนาความรู้ เจตคติ และทักษะของ อสม. ด้วยกระบวนการการเรียนรู้ตามแนวทางการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชนตามบริบทชายแดนใต้ รูปแบบ HUGS พบว่า

1) ด้านความรู้การช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชน ภายหลังการที่ อสม. เข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้ อสม. มีความรู้ด้านความรู้การช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชน ได้แก่ การใส่ใจจิตวิญญาณ ความเข้าใจในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและความรู้ในการสื่อสารและการจัดการตนเอง จากกระบวนการเรียนรู้ในการวิจัยครั้งนี้ การใส่ใจจิตวิญญาณเป็นการยอมรับ (H) และการเข้าใจ (U) อย่างไม่มีเงื่อนไขมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือด้านจิตใจของบุคคลในชุมชน ด้วยเนื้อหาการอบรมที่ครอบคลุม กระบวนการเรียนรู้ได้มีการนำเสนอเนื้อหา เช่น การดูแลผู้ป่วยจิตเวช การเข้าใจธรรมชาติของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งรวมถึงการสื่อสารที่เชื่อมโยงกับศาสนาและการสร้างแรงบันดาลใจในการดูแลตนเอง ทำให้ อสม. ได้รับความรู้ที่ลึกซึ้ง และสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้ กระบวนการเรียนรู้จากการบรรยายและการถอดบทเรียนการทำงานในกลุ่มและร่วมแสดงความคิดเห็น มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เรียนอย่างเต็มที่ ผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ที่ใช้เทคนิค MI และ Active

Learning การวิเคราะห์กรณีศึกษาที่ใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงช่วยให้ อสม. ได้ทดลองใช้ทักษะการสัมภาษณ์และความรู้ที่ได้เรียนรู้นี้มา มีการสะท้อนจุดเด่น ซึ่งให้เห็นความสามารถของตนเอง ทำให้เกิดความเข้าใจและความมั่นใจในการปฏิบัติงาน การมีความเข้าใจในความเชื่อด้านสุขภาพในโรคทางจิตเวชจากผู้มีประสบการณ์ตามบริบทที่เกี่ยวข้องเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่การเข้าใจการดูแลผู้ป่วยโดยชุมชนมีส่วนร่วม และช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชต่อไป การทำงานกลุ่มและการถอดบทเรียนช่วยเสริมสร้างความเข้าใจที่ลึกซึ้งมากขึ้น ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็นทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันและการประยุกต์ใช้ความรู้ในสถานการณ์จริง จะช่วยทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน²³ รวมทั้งการใช้เทคนิค MI การตั้งคำถามปลายเปิดเพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนคิดและสะท้อนความรู้สึกรู้สึกของตน ที่ผู้วิจัยแสดงตัวอย่างให้เห็น อสม. สามารถเปิดใจรับฟังและเข้าใจผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น การใช้เทคนิคสะท้อนกลับเมื่อมีการเสนอความคิดเห็นช่วยให้ผู้เรียนรู้สึกได้รับการยอมรับและภูมิใจในตนเอง เห็นศักยภาพของตนเอง ซึ่งเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงาน MI ช่วยสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรและไม่ตัดสิน ทำให้ อสม. มีความมั่นใจในตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลในแบบประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการเรียนรู้ในการพัฒนาความรู้ เจตคติ และทักษะของ อสม. ในการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชนรูปแบบ HUGS ที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด

2) ด้านเจตคติในการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชน ประกอบด้วย รู้สึกมีคุณค่าในการช่วยเหลือผู้อื่น เจตคติเชิงบวก และเห็นความสำคัญของการเข้าใจและยอมรับผู้รับการช่วยเหลือ ยึดหลักดูแลความรู้สึกของผู้ป่วยด้วยหัวใจ เห็นความสำคัญของการพัฒนาตนเองและการเรียนรู้ และเห็นความสำคัญของการสร้างความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน ทั้งนี้การฝึก

ปฏิบัติและการได้รับการยอมรับจากผู้ป่วยและชุมชนทำให้ อสม. รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า การเห็นผลลัพธ์ที่ดีจากการช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นแรงจูงใจที่ทำให้ อสม. รู้สึกมีคุณค่าในการปฏิบัติงาน จากการเข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นการมีส่วนร่วมและการสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรและให้การยอมรับช่วยให้ อสม. รู้สึกได้รับการสนับสนุนและการยอมรับจากเพื่อนในกลุ่มรวมถึงนักวิจัย การใช้เทคนิค MI ที่เน้นการฟังอย่างตั้งใจและการยอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไข ช่วยเสริมสร้างเจตคติเชิงบวกและการเข้าใจที่ดีขึ้น และการฝึกการวิเคราะห์กรณีศึกษาช่วยให้ อสม. ได้เรียนรู้และประสบการณ์ที่แท้จริงในการช่วยเหลือผู้ป่วย ทำให้เกิดการยอมรับและความเข้าใจที่ดีขึ้น กระบวนการเรียนรู้ที่เน้นการดูแลผู้ป่วยด้วยความเห็นอกเห็นใจและความเข้าใจ การสอนที่เชื่อมโยงกับศาสนาและการสร้างแรงบันดาลใจในการดูแลตนเองและผู้อื่น ช่วยทำให้อสม. มีแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจ ซึ่งสอดคล้องกับการประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการเรียนรู้ในการพัฒนาความรู้ เจตคติ และทักษะการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชนรูปแบบ HUGS พบว่าความมีคุณค่าและประโยชน์ของแนวทางการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชน รูปแบบ HUGS ต่อผู้ใช้ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก อันเนื่องจากการเรียนรู้เป็นการดึงศักยภาพและประสบการณ์การทำงาน ของ อสม. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน และมีการกล่าวถึงคุณค่าของการช่วยเหลือตามหลักความเชื่อของ อสม. เอง กระบวนการเรียนรู้ที่นำวัฒนธรรมหรือความเชื่อของผู้เรียน มาใช้ช่วยทำให้กระบวนการเรียนรู้มีประสิทธิภาพมากขึ้น¹⁷

3) ด้านทักษะเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและความกล้าในการช่วยเหลือผู้รับการช่วยเหลือในด้านสุขภาพจิต ซึ่งผลการศึกษาพบว่า อสม. มีทักษะการฟังผู้ป่วยจิตเวชด้วยความตั้งใจ ทักษะการสื่อสารเชิงบวกเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และทักษะการนำหลักจิตวิญญาณสู่การปฏิบัติ การเรียนรู้ทักษะในการสื่อสารและการให้การปรึกษาช่วยเสริมสร้างความเข้าใจและความรับผิดชอบในการช่วยเหลือผู้อื่นอย่างมีประสิทธิภาพ ผ่านการอบรมเพื่อเรียนรู้เทคนิคและวิธีการให้การปรึกษาอย่างเหมาะสม ความสามารถในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพกับผู้คนถือเป็นความสามารถที่สำคัญสำหรับผู้ปฏิบัติงานจิตอาสาสาธารณสุข¹⁰ นอกจากนี้ การประยุกต์ใช้ทักษะที่เรียนรู้ในการช่วยเหลือบุคคลที่อยู่ในครอบครัวมีผลต่อการสร้างสัมพันธ์ที่ดีและการเข้าใจที่เหมาะสมต่อผู้รับการช่วยเหลือ และสามารถนำความรู้และทักษะที่เรียนรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน

และการช่วยเหลือผู้ในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งนี้การใช้ทักษะที่เรียนรู้ให้เป็นประโยชน์ในชุมชนยังสามารถสร้างการเข้าใจและการสนับสนุนจากผู้อื่นในชุมชนได้ดีขึ้น

จากผลการวิจัยที่พบดังกล่าว ด้วยแนวคิดของ HUGS ที่ใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานตามบริบทชายแดนใต้ครั้งนี้เป็นแนวทางที่ถอดบทเรียนจากคนในพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน จากการประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการเรียนรู้ในการพัฒนาความรู้ เจตคติ และทักษะของ อสม. กระบวนการการเรียนรู้ตามแนวทางการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชนตามบริบทชายแดนใต้รูปแบบ HUGS ที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้ในกระบวนการเรียนรู้ที่จัดทำขึ้นในการวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการเรียนรู้แบบ active learning เป็นกระบวนการจัดการเรียนรู้ที่ผู้เรียนได้ลงมือกระทำและได้ใช้กระบวนการคิดเกี่ยวกับสิ่งที่ได้ทำลงไป²⁴ จัดกิจกรรมให้ผู้เรียนได้เรียนรู้โดยการอ่าน การเขียน การโต้ตอบ และการวิเคราะห์ปัญหา¹⁸ ด้วย อสม. ที่เข้าร่วมมีประสบการณ์การทำงานด้านสุขภาพจิตชุมชนเฉลี่ย 12 ปี การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จึงสามารถนำประสบการณ์เดิมมาแลกเปลี่ยนข้อมูลได้ อสม. มีสมรรถนะในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชน สามารถที่จะถ่ายทอดประสบการณ์อื่นมาใช้ในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตชุมชน²⁵ กระบวนการเรียนรู้ที่ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การออกแบบกระบวนการเรียนรู้ 3) การลงมือปฏิบัติ และ 4) การประเมินผลสะท้อนกลับ สามารถพัฒนาให้ อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีจิตอาสาและการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงมากกว่าก่อนการพัฒนา²⁶ และด้วยคุณลักษณะของ อสม. ที่มีความร่วมแรงร่วมใจในการทำงานอย่างเข้มแข็งในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ²⁷ มีความสามารถในการช่วยเหลือประสานงานที่เกี่ยวกับสุขภาพของทีมนักวิชาการด้านการแพทย์ได้เป็นอย่างดี อีกทั้งเป็นกลุ่มที่มีความคุ้นเคยในพื้นที่ทั้งชุมชนเมืองและชนบท จึงส่งผลดีต่อการทำงานและสามารถเข้าถึงชุมชนได้ง่าย สามารถชักจูง ชี้นำชุมชนให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางที่ดี²⁸ กอปรกับการนำเทคนิคของ MI มาใช้ในการจัดกระบวนการเรียนรู้เน้นการสนทนาเพื่อการเปลี่ยนพฤติกรรม²⁹ การเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ฝึกปฏิบัติ ช่วยพัฒนาสมรรถนะของ อสม. ได้มาก¹¹ ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการกระบวนการเรียนรู้ตามแนวคิดของ MI มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการพัฒนาศักยภาพของผู้เรียนด้านพฤติกรรมด้านความรู้และด้านปัญญา ด้วยการใช้คำถามปลายเปิด (open-

end question) การสะท้อนจุดเด่น (affirmation) การฟังและสะท้อนกลับ (reflective listening) การสรุปเนื้อหา (summarization) การสร้างบรรยากาศของความรู้สึกเป็นอิสระ (autonomy) การตั้งประสบการณ์และศักยภาพของผู้เรียน (evocative) การสร้างความร่วมมือในกิจกรรมการเรียนรู้ (collaborative) ที่แสดงให้เห็นความเชื่อของผู้สอนว่าผู้เรียนนั้นมีศักยภาพที่จะประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงาน กระบวนการต่าง ๆ ที่ดำเนินการเป็นการส่งเสริมความสำเร็จของผู้เรียนผ่านการสนทนาตามแนวคิดของ MI²⁹ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wongnim³⁰ พบว่า จุดแข็งของการทำงานด้านการสื่อสารด้านสุขภาพของ อสม. คือ อสม.เห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่ใช้ทักษะ 3 คำถาม การใช้ทักษะการฟัง การใช้ทักษะการโน้มน้าว ซึ่งแนวคิดของ MI เน้นการสื่อสารเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเป็นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีผลทำให้ผู้เข้าร่วมการศึกษามีความรู้ เกิดการพัฒนาความรู้ และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน³¹ และการฝึกปฏิบัติทักษะต่าง ๆ ภายในกลุ่มย่อย เป็นการให้โอกาสผู้เรียนได้กระทำซ้ำ ๆ เพื่อฝึกฝนด้วยการสะท้อนที่มีประสิทธิภาพจากผู้สอน¹⁹ กิจกรรมแลกเปลี่ยนการฝึกปฏิบัติงานทำให้ได้เรียนรู้วิธีการใช้เทคนิคของผู้อื่นสามารถนำไปปฏิบัติเมื่อมีการพูดคุยกับผู้ป่วยอีกครั้ง³⁰ และจากเจตคติของ อสม.ที่เห็นคุณค่าของการช่วยเหลือผู้อื่นและการเข้าใจความต้องการของผู้รับการช่วยเหลือ ทำให้เกิดความรู้ที่จำได้อย่างแม่นยำ และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และมีประสิทธิภาพ³²

ข้อจำกัดของการศึกษา

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเป็นผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม และใช้ภาษาอาหรับเป็นภาษาในการสื่อสารหลัก บางสถานการณ์การอธิบายด้วยภาษาไทย ไม่สามารถให้เกิดความเข้าใจได้ การดำเนินการจัดกระบวนการเรียนรู้จึงจำเป็นต้องมีผู้ที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาอาหรับได้ เพื่อให้ความรู้ที่นั้นเกิดความเข้าใจอย่างแท้จริง และการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ผู้วิจัยไม่ได้ประเมินข้อมูลเชิงปริมาณในการวัดความรู้ เจตคติ และทักษะของ อสม.ก่อนและหลังการเข้ากระบวนการเรียนรู้

สรุป

การพัฒนาสมรรถนะ อสม. ในการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชนตามแนวทาง HUGS เป็นแนวทางที่จัดทำขึ้นในบริบทชายแดนใต้ และเป็นที่ยอมรับในกลุ่มของอสม. มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความเข้าใจและความร่วมมือในชุมชน การพัฒนาสมรรถนะโดยกระบวนการแลกเปลี่ยน

เรียนรู้แบบ active learning โดยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ใช้ประสบการณ์ของตนเอง ดึงศักยภาพที่มีอยู่มาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และมีโอกาสได้ฝึกปฏิบัติซ้ำ ๆ มีการสะท้อนผลอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจน สะท้อนจุดเด่นที่มีอยู่ เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาสมรรถนะในการให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชน การช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชนตามแนวทาง HUGS ในบริบทชายแดนใต้ เน้นที่จิตวิญญาณของการยอมรับและการเข้าใจอย่างไม่มีเงื่อนไขเป็นสำคัญ ซึ่งเป็นพื้นฐานในการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต การให้การปรึกษาที่ถูกต้องมีบทบาทสำคัญในการสร้างความเข้าใจและความรู้ให้กับผู้รับการช่วยเหลือ การนำแนวทางการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชนภายใต้รูปแบบ HUGS ไปปฏิบัติใช้ในชุมชนสามารถช่วยสร้างความเข้าใจและการร่วมมือในการช่วยเหลือผู้ที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ สรุปได้ว่า การจัดกระบวนการเรียนรู้ตามแนวทางการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตชุมชนตามบริบทชายแดนใต้ตามรูปแบบ HUGS สามารถใช้เป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาความรู้ เจตคติ และทักษะของอสม. ในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชน

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. การศึกษาผลการพัฒนาความรู้ เจตคติ และทักษะแก่ อสม. ควรเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังของการพัฒนาในด้านความรู้ เจตคติ และทักษะ
2. การพัฒนาความรู้ เจตคติ และทักษะแก่ อสม. ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพจิตชุมชน ควรได้รับการส่งเสริมอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการพัฒนาที่เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และดึงศักยภาพขึ้นมา จะช่วยให้ อสม. มีความภูมิใจในตนเองที่ได้เห็นศักยภาพของตนเองในการทำงาน เน้นการฝึกปฏิบัติ โดยการวิเคราะห์จากสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ อสม. ได้ประสบเหตุการณ์มา
3. การพัฒนาความรู้ เจตคติ และทักษะแก่ อสม. รูปแบบ HUGS ในบริบทชายแดนใต้ เป็นจุดเริ่มต้นในการส่งเสริมความรู้ เจตคติ และทักษะแก่ อสม. ได้อย่างดี การยึดมั่นในกรอบการพัฒนานี้ จะส่งผลให้ อสม.มีความเป็นมืออาชีพและเป็นที่ยอมรับมากขึ้น และช่วยให้เกิดคุณภาพในการจัดการระบบสุขภาพจิตชุมชนได้ และให้มีการจัดทำกรอบสมรรถนะที่ชัดเจนในการทำงานเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

สรีนภา ปุติ มีส่วนร่วมในการทำวิจัย ตั้งแต่การเขียนโครงร่าง การวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และการเขียนบทความวิจัยรวมทั้งร่วมกันปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะที่ได้รับ

ปรินภา ชูรัตน์ มีส่วนร่วมในการทำวิจัย ตั้งแต่การเขียนโครงร่างการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล สรุปผลการวิจัย และอภิปรายผลการวิจัย

อารีชอล ขุนอินทร์ มีส่วนร่วมในการทำวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการเขียนบทความวิจัยรวมทั้งร่วมกันปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะที่ได้รับ

ฮานานมุฮิบบะตุตติณ นอจิ มีส่วนร่วมในการทำวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล

วาสนา จี มีส่วนร่วมในการทำวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

การวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

แหล่งทุนสนับสนุน

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์สุขภาพจิตที่ 12 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณศูนย์สุขภาพจิตที่ 12 กรมสุขภาพจิต ที่ให้ทีมวิจัยมีส่วนร่วมในการพัฒนาคู่มือแนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตสำหรับผู้ช่วยเหลือในชุมชนตามบริบทชายแดนใต้ภายใต้รูปแบบ HUGS (ฮักส์) และนำคู่มือ HUGS จัดอบรม อสม. เพื่อนำองค์ความรู้และทักษะไปใช้ในการปฏิบัติงานในพื้นที่ ขอขอบคุณคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ที่ได้ความอนุเคราะห์สถานที่เพื่อใช้ในการจัดอบรม

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Mental health: Strengthening our response [Internet]. 2018. [cited 2022 Aug 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
2. Boonsiri A. Livelihoods of families affected by the unrest in the Special Development Region, Southern Border: Songkhla case study, since 2004-2013. Journal of Humanities and Social Sciences, Thaksin University. 2016; 11(1): 237-54. Thai.
3. Ministry of Public Health. Bemused! 'mental wounds' afflict 470,000 people, with 4 southern border provinces seeing the most patients [Internet]. Bangkok: Department of Mental Health; 2018 [cited 2022 Aug 17]. Available from: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=27614>. Thai.
4. Barton R. Psychosocial rehabilitation services in community support systems: A review of outcomes and policy

recommendations. Psychiatr Ser. 1999; 50(4): 525-34. doi: 10.1176/ps.50.4.525.

5. Nosè M, Balleste F, Bighelli I, et al. Psychosocial interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers resettled in high-income countries: Systematic review and meta-analysis. PLoS ONE. 2017; 12(2): e0171030. doi: 10.1371/journal.pone.0171030:1-11.
6. Siripitayakunkit A. Social support: An important factor in caring for people with diabetes. Nurs Res Inno J. 2013; 16(2): 309-23. Thai.
7. Hasud N, Puti S. The relationship between positive psychological capital, happiness levels and burnout among village health volunteers in Mueang District, Pattani Province. [bachelor's thesis]. [Pattani]: Prince of Songkla University, 2021. 82 p. Thai.
8. Lakeman R. Mental health recovery competencies for mental health workers: A delphi study. J Ment Health. 2010; 19(1): 55-67. doi: 10.3109/09638230903469194.
9. Chiuaydee S, Sangon S, Nintachan A. The study of community psychiatric and mental health practice among village health volunteers. J Psychiatr Nurs Ment Health. 2017; 31(1): 41-59. Thai.
10. Winterton R, Hodgkin S. Developing a competency framework for health volunteer management [Internet]. Victoria: John Richards Centre for Rural Ageing Research, La Trobe University; 2020. [cited 2022 Aug 20]. Available from: <https://www.volunteer.vic.gov.au/sites/default/files/documents/202106/Health%20Leaders%20of%20Volunteers%20Competency%20Framework%20Report.pdf>.
11. Ponjorn O. Village health volunteer competency in consumer protection. [master's thesis]. [Songkla]: Thaksin University; 2019. 104 p. Thai.
12. HUGS Manual Preparation Working Group. Meeting report of the HUGS manual preparation working group. Songkhla: Faculty of Education, Prince of Songkla University; 2021. Thai.
13. Wichian Thianjuruwatthana, Kittiporn Nawsuwan, Saisamorn Vachirapapun. Service Quality of Village Health Volunteers in Unrest Areas: A Case Study of KhokPho Subdistrict, KhokPho District, Pattani Province. Journal of Health Science. 2021; 30(2): 353-66. Thai.
14. Chaweewan Sridawruang, Atcharawadee Sriyasak, Pennapa Sriring, Wuttikul Thanakanjanaphakdee, Buppha Raksanam, Wanida Sripromsa, Chiraporn Worawong; Capacity building and Community engagement of Villager Health Volunteers (VHV) in Community Health Management for devolving of Tumbon Health Promoting Hospitals to Provincial Administrative Organizations (PAOs). Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2024. Thai.

15. Nuraihan Ha. Competencies Development for Village Health Volunteer of Muang District, Phuket Province. [minor thesis]. Songkla: Prince of Songkla University; 2019. Thai.
16. Saksawad A. Service Quality of Village Health Volunteers in Unrest Areas: A Case Study of KhokPho Subdistrict, KhokPho District, Pattani Province. [minor thesis]. Songkla: Prince of Songkla University; 2020. Thai.
17. Puti S, Phukao D, Tapinta D, et al. Model of the cultural competence and cognitive behavioral therapy for drug addiction rehabilitation in the 3 southern border provinces of Thailand. *Kasetsart J. Soc. Sci.* 2021; 42: 753-60.
18. Kuha A, Puti S, Nochi H. Transformative changing world, learning through active learning. *Edupsu.* 2019; 30(2): 1-13. Thai.
19. Centre for Teaching Excellence. Bloom's taxonomy [Internet]. Canada: University of Waterloo; 1956. [cited 2022 Aug 17]. Available from: <https://uwaterloo.ca/centre-for-teaching-excellence/catalogs/tip-sheets/blooms-taxonomy>.
20. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Helping people change. 3rd ed. New York: The Guilford Press; 2013.
21. Inochanon A, Wanichanam K, Puti S, et al. Mental health operation guidelines for community helpers in the southern border context under the HUGS model. Pattani: Mental Health Center 12, Department of Mental Health. 2022. Thai.
22. Juangtrakool C. Qualitative research: Using computer programs for qualitative data analysis. *Journal of Marketing and Management, Rajamangala University of Technology Thanyaburi.* 2019; 6(2): 148-60. Thai.
23. Kertsang U, Intarakamhang U, Peungposop N, et al. Health beliefs, participation behavior, and community rehabilitation guidelines for schizophrenia patients. *J Psychiatr Nurs Ment Health.* 2022; 36(2): 1-21. Thai.
24. Bonwell CC, Eison JA. Active learning: Creating excitement in the classroom. ASHE-ERIC Higher Education Report, Washington DC: School of Education and Human Development, George Washington University; 1991.
25. Swangsap K, Chuchuen U. Perceived self-efficacy on physical and mental health care behavior in community village health volunteers. *Srinakharinwirot Research and Development (Journal of Humanities and Social Sciences).* 2019; 11(22): 1-12. Thai.
26. Chomphuviset P. Learning process for competencies of village health volunteers 4.0, Roi-Et. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition).* 2022; 37(2): 34-47. Thai.
27. Sridawruang C, Worawong C, Chaiyawong C, et al. The collaboration of village health volunteers: Working on health promotion in primary health care units, north part of Isan region. *Nurs Public Health Educ J.* 2016; 17(3): 133-43. Thai.
28. Chanpanit P, Wongmanee W, Judabood N. Strengthening the community: Role of village health volunteers. *J Royal Thai Army Nurses.* 2023; 24(3): 23-30. Thai.
29. Puti S. Applying the motivational interviewing concept for online teaching and learning management on self-potential development of learners. *The New Viridian Journal of Arts, Humanities and Social Sciences.* 2023; 3(6): 1-16. Thai.
30. Wongnim B. Development of health communication competencies of village health volunteers through the participatory process of Thawung District health network. *Singburi Hospital Journal.* 2022; 31(2): 54-67. Thai.
31. Chiangpiew N, Boonchieng W, Aungwattan S. Effects of participatory learning regarding stroke prevention on knowledge and self-efficacy among village health volunteers. *Nursing J.* 2018; 45(1): 87-99. Thai.
32. Reich CM, Sharp KMH, Berman JS. A motivational interviewing intervention for the classroom. *Teach Psychol.* 2015; 42(4): 339-44. doi: 10.1177/0098628315603250.

บทความวิชาการ

โปรแกรมสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วย
ภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้าย: การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ
Advance Care Planning Support Program for Patients with
End-Stage Heart Failure: An Integrative Review

สมณันท์ ทศนีย์สุวรรณ^{1*} ภนิดา แก้วปนทอง²
Samonnan Thasaneesuwan^{1*} Panita Kaeoponthong²

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

¹Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

²นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

²Master Nursing student, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

*ผู้รับผิดชอบหลัก: samonnun.t@psu.ac.th

*Corresponding author: samonnun.t@psu.ac.th

Received 7 May 2024 • Revised 19 August 2024 • Accepted 22 August 2024

บทคัดย่อ

บทนำ: การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อสังเคราะห์กรอบแนวคิดหรือทฤษฎี รูปแบบของโปรแกรม และผลลัพธ์ของโปรแกรมสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้าย โดยสืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ Scopus, Embase on Ovid, ScienceDirect, PubMed, และ Wiley Online Library ระหว่างปี ค.ศ. 2013-2023 คำที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ “advance care planning” OR “advance care plan program” OR “advance care plan intervention” OR “advance care plan support program” AND “end-stage heart failure patient” OR “advanced heart failure patient” OR “refractory heart failure patient” คัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 7 บทความ บทความผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพตามแนวทางของสถาบันโจแอนนาบริกส์

สรุป: ผลการสังเคราะห์ พบว่า กรอบแนวคิดที่ใช้ในการสร้างโปรแกรม มี 3 กรอบแนวคิด ได้แก่ 1) การวางแผนการดูแลล่วงหน้าและการดูแลระยะท้าย 2) แบบจำลองการเคารพทางเลือกของผู้ป่วย และ 3) การตัดสินใจร่วมกัน สำหรับรูปแบบของโปรแกรมสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า แบ่งเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ 1) โปรแกรมสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้ารายบุคคล และ 2) โปรแกรมสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้ารายกลุ่ม กิจกรรมในโปรแกรมฯ ได้แก่ 1) ชมวิดีโอเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า 2) พุดคุยสนทนากการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลสุขภาพ 3) อบรม/เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม 4) การบันทึกเอกสารการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และ 5) ให้คำปรึกษา/ติดตามทางโทรศัพท์ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม ครั้งละ 30-60 นาที ระยะเวลาตลอดโปรแกรม 2 สัปดาห์ ถึง 24 เดือน หรือจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต

ผลลัพธ์ของโปรแกรมฯ พบว่า โปรแกรมสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าช่วยส่งเสริมการตัดสินใจในการดูแลระยะท้ายของชีวิตได้

คำสำคัญ: การวางแผนการดูแลล่วงหน้า; ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวระยะท้าย; การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ

Abstract

Introduction: The purpose of this integrative literature review was to synthesize the conceptual framework or theory, intervention, and outcomes for advance care planning support programs for patients with end-stage heart failure. This review was based on studies extracted from electronic databases, including Scopus, Embase on Ovid, ScienceDirect, PubMed, and Wiley Online Library between 2013 and 2023. Keywords used in searching included “advance care planning” OR “advance care plan program” OR “advance care plan intervention” OR “advance care plan support program” AND “end-stage heart failure patient” OR “advanced heart failure patient” OR “refractory heart failure patient”. Seven full-text articles met the inclusion criteria. The total number of articles was then selected based on the quality assessed in accordance with the Joanna Briggs Institute critical appraisal. **Conclusions:** The results of this study demonstrated that the conceptual framework used to create such a program can be divided into three frameworks: 1) advance care planning and end-of-life care, 2) Respecting Choices model, and 3) Shared Decision-Making approach. Types of programs can be grouped into two types: 1) the individualized advance care planning program, and 2) the group advance care planning program. Activities utilized in the reviewed advance care programs included: 1) watching videos about advance care planning, 2) engaging in discussing about advance care planning and sharing experiences of health care, 3) attending/joining group activities, 4) recording ACP documentation, and 5) consulting/following-up via telephone calls. The programs lasted between 30 and 60 minutes per time, whereas duration of the whole course of the program lasted from 2 weeks to 24 months or until the patient passed away. The results of the program indicate that advance care planning programs can promote decision-making in end-of-life care.

Keywords: advance care planning; end-stage heart failure; integrated review

บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure) เป็นภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุข จากรายงานสถิติผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทั่วโลก พบว่ามีจำนวน 64.30 ล้านคน¹ สำหรับประเทศไทยสาเหตุการเสียชีวิต ด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจขาดเลือด และภาวะหัวใจล้มเหลว มีจำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน เพิ่มขึ้นจาก 4,965 คน (ร้อยละ 7.60) ในปี พ.ศ. 2561 เป็น 11,695 คน (ร้อยละ 18) ในปี พ.ศ. 2565² โดยสาเหตุเกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจสูงถึงร้อยละ 45 อายุโดยเฉลี่ยของผู้ป่วย 65 ปี โดยเกิดในเพศหญิงและชายเท่า ๆ กัน³

ภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้าย (end-stage heart failure) เป็นภาวะที่ร่างกายไม่สามารถชดเชยการขาดเลือดที่หัวใจสูบฉีดได้ และหัวใจมีการฟื้นตัวจากการทำงานที่จำกัด⁴ ส่งผลให้หัวใจทำงานหนักกว่าปกติหรือเกิดความเสียหายเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น ดิดี้อิม ลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด และลิ้นหัวใจผิดปกติ เป็นต้น อาการที่พบ ได้แก่ หายใจลำบาก

บวม น้ำ คั่งในลำ อาเจียน ท้องผูก ปวดท้อง เหนื่อยล้า อาจมีความผิดปกติของไตหรือตับได้ และอาการพองพองหุ้มกระดูก⁵ ทำให้ผู้ป่วยอาจต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นประจำหรือต้องพึ่งพาทางหลอดเลือดดำทุกวัน ซึ่งเมื่ออาการของผู้ป่วยอาจไม่ตอบสนองต่อการรักษาได้ดี ผู้ป่วยจะมีอาการแย่ลงและหัวใจล้มเหลวดำเนินต่อไป การรักษาด้วยยาและการรักษาอื่น ๆ นอกเหนือจากการปลูกถ่ายหัวใจ ไม่สามารถทำได้อีกต่อไป ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้าสู่ภาวะเจ็บป่วยในระยะท้าย การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) จึงเข้ามามีบทบาทสำคัญในช่วงเวลาดังกล่าว การดูแลแบบประคับประคองมีเป้าหมายหลักในการลดอาการรบกวนด้านร่างกาย และตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล⁶ เน้นการสื่อสารในช่วงเวลาของความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตผ่านการประชุมครอบครัว เพื่อเข้าสู่กระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan: ACP) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติร่วมกันวางแผนดูแลสุขภาพในระยะท้ายของชีวิตร่วมกับทีมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) คือ กระบวนการวางแผนดูแลสุขภาพ หรือการกำหนดแผนการดูแล เตรียมพร้อมสำหรับอนาคตในขณะที่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะ หรือก่อนที่จะผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต⁷ โดยอาจใช้กระบวนการสนทนาปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ ใช้การสื่อสารเพื่อตัดสินใจร่วมกัน หรือผู้ป่วยอาจทำแผนการดูแลดังกล่าวได้ด้วยตนเอง⁸ องค์ประกอบสำคัญของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า คือ ความต้องการของผู้ป่วย (patient preference) เป็นความต้องการหรือสิ่งที่เป็เป้าหมายหลักของผู้ป่วย การแสดงเจตนาล่วงหน้า (advance directive) ซึ่งเป็นการแสดงเจตนาที่เป็นลายลักษณ์อักษร ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตรงกับความต้องการ เป็นสิ่งที่มีประโยชน์กับผู้ป่วย และการมีผู้ตัดสินใจแทน (proxy nomination or surrogate decision-making) เป็นการเลือกบุคคลตัดสินใจแทนเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ มีการศึกษา พบว่า การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นการตัดสินใจทางเลือกทางด้านสุขภาพ และสร้างความพึงพอใจให้ผู้ป่วยในการดูแลระยะท้ายของชีวิต¹⁰ และการศึกษา Prommarat¹¹ เปรียบเทียบผลลัพธ์การวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (มะเร็งระยะท้าย ไตวายเรื้อรังระยะท้ายหัวใจล้มเหลวระยะท้าย ปอดอุดกั้นเรื้อรัง และตับแข็ง) จำนวน 394 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า จำนวน 218 ราย และกลุ่มที่ไม่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า จำนวน 176 ราย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า จะได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และการกวดหัวใจก่อนเสียชีวิตน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ($p < .001$) รวมทั้งมีสัดส่วนการเสียชีวิตที่บ้านมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ร้อยละ 66.97 และร้อยละ 26.14 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ($p = .002$ และ $p < .001$) ตามลำดับ

จากการทบทวนการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในกลุ่มผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวระยะท้าย การศึกษาส่วนใหญ่พบในต่างประเทศ สำหรับในประเทศไทยพบเฉพาะโปรแกรมและการทดสอบประสิทธิภาพในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง¹² กลุ่มโรคเรื้อรัง¹¹ และผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม¹³ ยังไม่พบการศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้าย บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับ กรอบแนวคิดหรือทฤษฎี กิจกรรม

ของโปรแกรม และผลลัพธ์ของโปรแกรมสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้าย ผลการศึกษาที่ได้ จะเป็นประโยชน์ให้ผู้อ่านสามารถทำความเข้าใจ และประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมการพยาบาล และหรือพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้ายที่มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ศึกษากรอบแนวคิดหรือทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้าย
2. ศึกษากิจกรรมของโปรแกรมสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้าย
3. ศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้าย

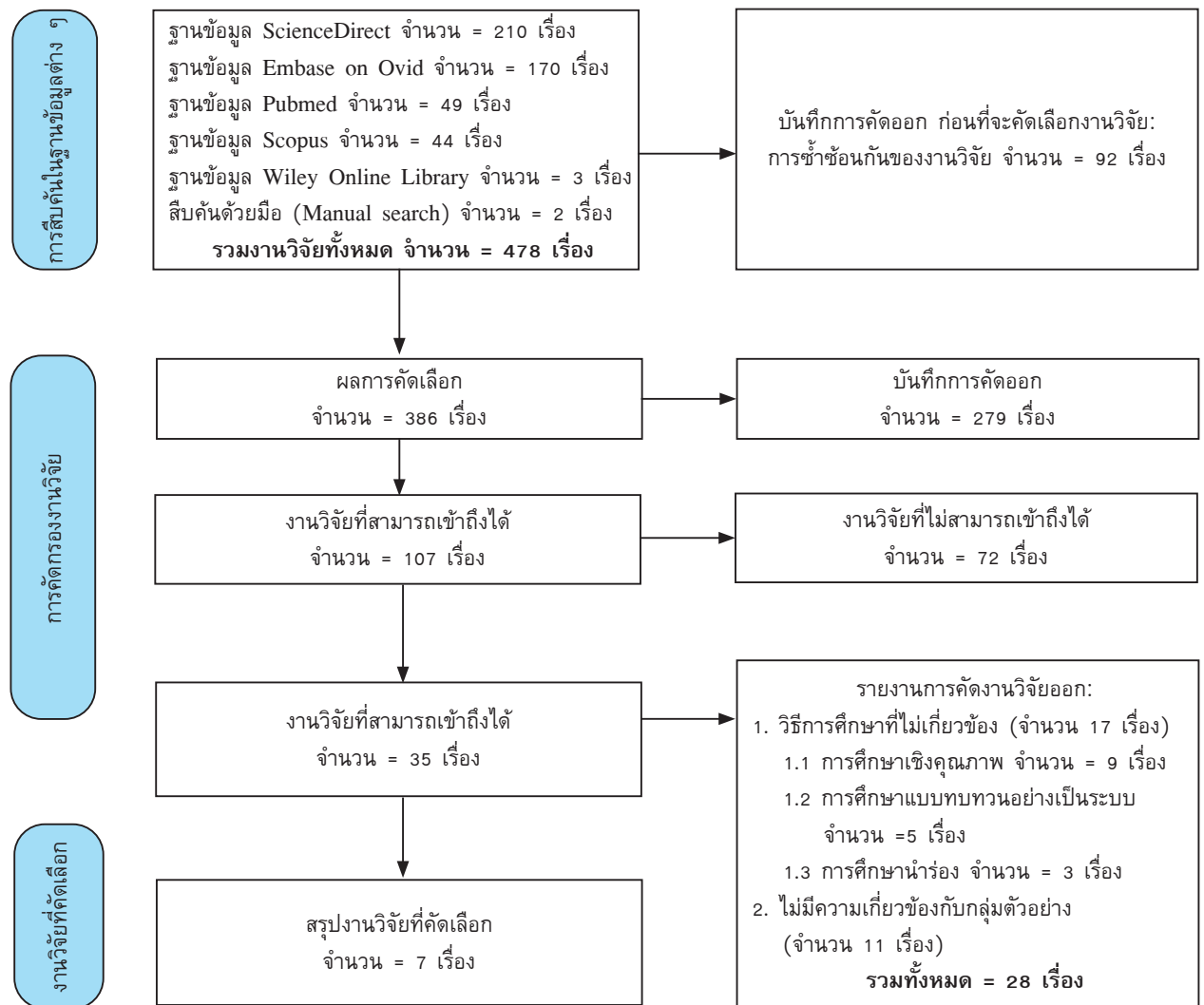
วิธีการดำเนินการศึกษา

การสืบค้นงานวิจัยที่มีการเผยแพร่ในระยะเวลา 10 ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2013-2023 ด้วยการสืบค้นผ่านระบบคอมพิวเตอร์เพื่อเข้าสู่ฐานข้อมูลวิทยาศาสตร์สุขภาพแบบออนไลน์ ได้แก่ Scopus, Embase on Ovid, ScienceDirect, PubMed และ Wiley Online Library กำหนดการสืบค้นตามรูปแบบ PICO คำที่ใช้ในการสืบค้น “advance care planning” OR “advance care plan program” OR “advance care plan intervention” OR “advance care plan support program” AND “end-stage heart failure patient” OR “advanced heart failure patient” OR “refractory heart failure patient” และกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกบทความวิจัยเพื่อใช้ในการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้ 1) เป็นงานวิจัยการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial: RCT) หรืองานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) 2) กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้าย 3) เป็นบทความวิจัยที่เป็นเอกสารฉบับเต็มตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ และ 4) เผยแพร่การตีพิมพ์ใน ปี ค.ศ. 2013-2023 ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ไม่มีผลลัพธ์การศึกษา

ผลการสืบค้นได้งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 478 เรื่อง และมีงานวิจัยที่ซ้ำในฐานข้อมูลต่าง ๆ และสุดท้ายได้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้าย ทั้งหมด

7 เรื่อง เป็นงานวิจัยจากต่างประเทศทั้งหมด ทีมผู้ทบทวนงานวิจัยจำนวน 2 คน ได้ประเมินคุณภาพงานวิจัยซึ่งเป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist) และจัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (level of evidence) โดยใช้เกณฑ์ตามการอ้างอิงของสถาบันโจแอนนาบริกส์ทั้งสองรายการ^{14,15} ผลการประเมิน

พบว่าผ่านเกณฑ์คุณภาพงานวิจัยมีคะแนนอยู่ในช่วงร้อยละ 89-100 สรุปงานวิจัยที่สืบค้นตาม PRISMA diagram¹⁶ ดังภาพ 1 และสรุปรายละเอียดของโปรแกรมสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้ายดังตาราง 1¹⁷⁻²³



ภาพ 1 แสดงขั้นตอนการคัดเลือกงานวิจัยตาม PRISMA diagram

ตาราง 1 โปรแกรมสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวระยะท้าย

ชื่อผู้ศึกษา/ปี	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีดำเนินการวิจัย	ทฤษฎี/กรอบแนวคิด	กิจกรรมในโปรแกรม	ระยะเวลา	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ของการศึกษา/ข้อเสนอแนะ
1. EL Jawahri, et al. (2016) ¹⁷	ผู้สูงอายุชาวอเมริกันที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้าย ระดับคุณภาพ level1.c	เชิงทดลอง (Randomized Controlled Trial: RCT) กลุ่มทดลอง 123 คน กลุ่มควบคุม 123 คน	การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning: (ACP)	กลุ่มทดลอง 1. พึงคำอธิบายผ่านวิดีโอ 2. ชมวิดีโอเป้าหมายการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้าย (ร่วมกับผู้วิจัย) บนโน้ตแพด (iPad) เนื้อหาประกอบด้วย 1) การดูแลด้วยชีวิต: การช่วยฟื้นคืนชีพด้วยหัวใจหยุดเต้น และการใส่ท่อช่วยหายใจจากหุ่นจำลองในหอผู้ป่วยหนัก และการให้ยาผ่านทางสายสวนหลอดเลือดดำ 2) การศึกษาทางกฎหมายที่จำกัด: การได้รับยาทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย และการใส่สายออกซิเจนทางจมูก และ 3) การดูแลความสูญสลาย: การได้รักษา การใช้ออกซิเจนที่บ้าน และ มีแพทย์ช่วยเหลือนดูแล 3. ติดตามทางโทรศัพท์ในช่วงเดือนที่ 1 และ 3 เดือน	- 15-30 นาที/ครั้ง - เก็บข้อมูล 3 ครั้ง - หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที - ติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน - ระยะเวลาตลอดโปรแกรม 4 เดือน	1. แบบประเมินสถานะทางจิตใจแบบย่อ (The Short Portable Mental Status Questionnaire) 2. แบบสอบถาม (รายงานผลด้วยตนเอง): ข้อมูลส่วนบุคคล เป้าหมายการดูแล ความต้องการในการช่วยฟื้นคืนชีพด้วยการช่วยหายใจ/การใส่ท่อช่วยหายใจ และความรู้การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Self-report; demographic data, goals-of-care preference, CPR/intubation preference, and knowledge of ACP options)	- กลุ่มทดลอง ตัดสินใจวางแผนการดูแลล่วงหน้าแตกต่างกับกลุ่มควบคุม ($p < .001$) โดยกลุ่มทดลองเลือกชีวิตที่สบาย (ร้อยละ 51) เลือกกิจกรรมด้วยชีวิตแตกต่างกับกลุ่มควบคุม ($p < .001$) เช่น ไม่ช่วยฟื้นคืนชีพด้วยการนวดหัวใจและใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 68 และ 76 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมเลือกกิจกรรมดังกล่าวร้อยละ 35 และ 48 ตามลำดับ และยังพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้การวางแผนการดูแลล่วงหน้ามากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) - เมื่อติดตามผลการตัดสินใจการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอีก 3 เดือน พบว่าไม่แตกต่างกัน
2. Sudeghi, et al. (2016) ¹⁸	ผู้ป่วยชาวอเมริกา ภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้าย ระดับคุณภาพ level 2.d	กึ่งทดลอง (quasi-experimental study) กลุ่มทดลอง 37 คน (กลุ่มเดียว)	ACP	กลุ่มทดลอง 1. ชมวิดีโอ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า 2. กายภาพบำบัด ACP ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3. อภิปรายเกี่ยวกับการดำเนินโรค การรักษา 4. รับเอกสารคำสั่งสำหรับการรักษาของแพทย์เพื่อการรักษาลดลดชีวิต (physician orders for life sustaining treatment: POLST) และวิดีโอ เกี่ยวกับวางแผนการดูแลล่วงหน้า เพื่อศึกษาต่อบ้านหลังจำหน่ายและให้การดูแลต่อเนื่อง	- 30-45 นาที/ครั้ง - ติดตามผลสัปดาห์ที่ 1 และ 6 เดือน - หลังจำหน่าย - ระยะเวลาตลอดโปรแกรม 6 เดือน	1. อัตราความสำเร็จของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า หรือคำสั่งสำหรับการรักษาของแพทย์เพื่อการรักษาลดลดชีวิต (POLST)	- หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจวางแผนการดูแลล่วงหน้า ร้อยละ 92 และรู้สึกพึงพอใจร้อยละ 70 ต่อการได้พูดคุยกับบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้น และมีหลักฐานการบันทึกเกี่ยวกับการดูแลในอนาคต (advance directive: AD). POLST ร้อยละ 49 - หลังจำหน่าย 6 เดือนพบว่า กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในแบบฟอร์ม POLST เพิ่มขึ้นร้อยละ 16 ($p=0.03$)

ตาราง 1 (ต่อ)

ชื่อผู้ศึกษา/ปี	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีดำเนินการวิจัย	ทฤษฎี/กรอบแนวคิด	กิจกรรมในโปรแกรม	ระยะเวลา	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ของการศึกษา/ข้อเสนอแนะ
3. Denvir, et al. (2016) ¹⁹	ผู้ป่วยชาวอังกฤษภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้าย	เชิงทดลอง (RCT) กลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มควบคุม 25 คน	ACP	กลุ่มทดลอง 1. เข้าร่วมประชุมร่วมกับแพทย์โรคหัวใจ และผู้ป่วยวัย (ผู้ป่วยและผู้ดูแล) 2. เข้าร่วมประชุม 2 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 6 และ 12 ที่บ้านของผู้ป่วย) 3. อภิปราย และกรอกเอกสารการวางแผนการดูแลในอนาคต (ข้อมูลมีการจัดเก็บแบบอิเล็กทรอนิกส์ KIS เพื่อใช้สื่อสารกับการบริการนอกเวลาของโรงพยาบาลผ่านเว็บไซต์ (http://www.snughealth.org.uk/gp-software/key-information-summary) 4. เปิดให้บริการทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง (วันจันทร์-วันศุกร์ เป็นเวลา 12 สัปดาห์)	- 60 นาที/ครั้ง - ติดตามผลการรักษาหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล สัปดาห์ที่ 6, 12, 18 และ 24 - ระยะเวลาตลอดโปรแกรม 12 สัปดาห์	เครื่องมือในกลุ่มผู้ป่วย 1. แบบประเมินคุณภาพชีวิต (EuroQol group 5 dimensions : EQ5D) 2. แบบประเมินอาการของเข็ดมอนด์ (Edmonton Symptom Assessment Scale: ESAS) 3. แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของคิสเซอร์ (A stress/anxiety questionnaire (Kessler scale)) เครื่องมือในกลุ่มผู้ดูแล 1. แบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับญาติผู้ดูแล (The 5-level EQ-5D version: EQ5D) 2. แบบประเมินคุณภาพชีวิต (EQ5D- Visual Analogue Scale (Health thermometer)) 3. แบบประเมินภาวะบั่นทันท่วงทีของคิสเซอร์ (Kessler Distress Score) 4. แบบประเมินภาระการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (ZARIT6 (caregiver burden))	- หลังเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งกลุ่มผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกช่วงเวลา (คุณภาพชีวิต ภาวะเครียด/วิตกกังวล จำนวนการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รายแรก) - ผู้ป่วย ครอบครัว และแพทย์ มีความตื่นตัวเรื่องการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลกล่าวว่า เป็นการวางแผนในอนาคตอย่างละเอียดเกี่ยวกับปัญหาและการรักษาที่ยากต่อการตัดสินใจ และทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์โรคหัวใจกล่าวถึงการวางแผนในอนาคตมากขึ้น
	ระดับคุณภาพ level1.c						

ตาราง 1 (ต่อ)

ชื่อผู้ศึกษา/ปี	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีดำเนินการวิจัย	ทฤษฎี/กรอบแนวคิด	กิจกรรมในโปรแกรม	ระยะเวลา	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ของการศึกษา/ข้อเสนอแนะ
4. Malhotra, et al. (2020) ²⁰	ผู้ป่วยชาวสิงคโปร์ภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้าย ระดับคุณภาพ level1.c	เชิงทดลอง (RCT) กลุ่มทดลอง 93 คน กลุ่มควบคุม 189 คน	แบบจำลองการเคารพทางเลือกของผู้ป่วย (Respect Patient Choice Model)	1. เข้าอบรม ตามกรอบแนวคิดของการเคารพทางเลือกของผู้ป่วย (respect choice model) จำนวน 3 วัน 2. ดยแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการรักษาการดูแลระยะสุดท้าย (การดูแลเพื่อความสุขสบาย การดูแลแบบจำกัดการรักษา และการดูแลรักษาเต็มรูปแบบ) การช่วยฟื้นคืนชีพด้วยการนวดหัวใจ และสถานที่เสียชีวิต ร่วมกับครอบครัว/ผู้ตัดสินใจแทน 3. ร่วมอภิปรายกับผู้ช่วยวิจัยและแพทย์ 4. บันทึกเอกสารผ่านระบบสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์แห่งชาติ ทุก ๆ 4 เดือน -1 ปี	- 30-45 นาที/ครั้ง - ติดตามผล 6 ครั้ง (ทำแบบสำรวจทุก ๆ 4 เดือน) - ระยะเวลาตลอดโปรแกรม 1 ปี-2 ปี	1. แบบประเมินความต้องการการดูแลในระยะท้ายของชีวิต (EOL care preference (EOL treatment, CPR, and Place of death)) 2. แบบประเมินความขัดแย้งในการตัดสินใจ (Low-literacy version of decisional conflict scale) 3. แบบประเมินการร่วมอภิปรายกับผู้ตัดสินใจแทน (Discussion with surrogates) 4. แบบประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง (Illness understanding) 5. แบบสอบถามภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาล (Hospital Anxiety and Depression Scale: HAD) 6. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของเมืองแคนซัส (Quality of Life Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire: KCCQ)	-ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมต่อการตัดสินใจวางแผนการดูแลล่วงหน้า -หลังติดตามการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า กลุ่มทดลองที่มีความรู้เกี่ยวกับการตัดสินใจในการดูแลระยะท้ายแตกต่างกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และมีการพูดคุยร่วมกันกับผู้แทนในการตัดสินใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .04$)
5. Ahluwalia, et al. (2021) ²¹	ผู้สูงอายุชาวอเมริกันที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้าย และญาติผู้ดูแล ระดับคุณภาพ level 2.c	การศึกษาแบบผสมผสาน (mixed-methods pilot study (pre-post, and interview) กลุ่ม 1 = 20 คน กลุ่ม 2 = 10 คน สัมภาษณ์ (ผู้ป่วย 17 คน, ญาติผู้ดูแล 9 คน)	ACP	1. เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม 1 ครั้ง 2. ชมวิดีโอ prepare for you care จาก http://prepareforyoucare.org มีการพูดคุย สมุดงาน; Prepare มีการใช้คำถามชักถามเน้นเรื่องภาวะเจ็บป่วย/โรค และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยแบ่งปันประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับแนวทางในการดูแล ลักษณะการดูแลตนเอง และตอบแบบสอบถาม 3. ติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม 3 วัน และ 1 เดือน	- 90 นาที/ครั้ง - ระยะเวลาตลอดโปรแกรม 1 เดือน	เครื่องมือในกลุ่มผู้ป่วย 1. แบบสำรวจการเข้าร่วมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP engagement survey) ในประเด็นความพร้อม (Readiness) และสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เครื่องมือในกลุ่มผู้ดูแล 1. แบบประเมินความสามารถของผู้ตัดสินใจแทน (Surrogate decision-making self-efficacy)	-หลังเข้าร่วมโปรแกรม จะเห็นความพร้อมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.02$) อย่างไรก็ตามหลังติดตาม 1 เดือน ไม่พบความแตกต่าง ($p=.11$) - การรับรู้ความสามารถของผู้ป่วย ไม่มีความแตกต่างก่อนและหลังร่วมโปรแกรม ($p = 0.11$) และการรับรู้ความสามารถลดลงหลังติดตาม 1 เดือน ($p < .05$) -การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลไม่มีความแตกต่างกัน ($p=0.13$) และไม่แตกต่างหลังติดตาม 1 เดือน

ตาราง 1 (ต่อ)

ชื่อผู้ศึกษา/ปี	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีดำเนินการวิจัย	ทฤษฎี/กรอบแนวคิด	กิจกรรมในโปรแกรม	ระยะเวลา	เครื่องมือ	ผลลัพธ์ของการศึกษา/ข้อเสนอแนะ
6. Prentice and Lawson (2021) ²²	ผู้ป่วยชาวอเมริกันภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้ายระดับคุณภาพ level 2.d	กึ่งทดลอง (quasi-experimental study) กลุ่มทดลอง = 30 คน (กลุ่มเดียว); ติดตาม 1 เดือน จำนวน 25 คน	การตัดสินใจร่วมกัน (Shared decision making: SDM)	1. ชมวิดีโอ on The Conversation Project website, and completed the “Where I Stand Scale” 2. ทำแบบสอบถามจาก Starter Kit. ร่วมกับการให้ความรู้ 3. ทำแบบสำรวจทัศนคติการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ADAS) จำนวน 2 ครั้ง (ครั้งที่ 1 ก่อนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และครั้งที่ 2 หลัง 30 วัน)	- 15-30 นาที/ครั้ง - ระยะเวลาตลอดโปรแกรม 1 เดือน	1. แบบสำรวจทัศนคติการวางแผนดูแลล่วงหน้า (The Advance Directive Attitude Survey: ADAS)	- หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ไม่พบความแตกต่างในการตัดสินใจแผนการดูแลล่วงหน้า หลังประเมินผลทันทีและหลังติดตาม 1 เดือน
7. Cheng, et al. (2023) ²³	ผู้ป่วยชาวไต้หวันภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้ายระดับคุณภาพ level 1.c	เชิงทดลอง (RCT) กลุ่มทดลอง 41 คน กลุ่มควบคุม 41 คน	EOL ACP	1. ชมวิดีโอการดูแลคำแนะนำการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ระยะเวลา 5 นาที และแจกเอกสารการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นการรู้ชื่อ “advance care” (เนื้อหา: การทำความเข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และการมีส่วนร่วมในการรักษา และการร่วมสนทนาก่อนการวางแผนดูแลล่วงหน้าและการดูแลระยะท้าย) 2. ดอบแบบสอบถาม	- 30-45 นาที/ครั้ง และ ติดตาม 2 สัปดาห์ - ระยะเวลาตลอดโปรแกรม 2 สัปดาห์	1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (Questionnaire collected demographic data) 2. แบบสอบถามความต้องการในการช่วยเหลือชีวิต (The Life Support Preferences Questionnaire)	- หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรวม และคะแนนเฉลี่ยของการตัดสินใจการดูแลระยะท้าย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (การช่วยเหลือชีวิตด้วยการหน่วงหัวใจ (CPR) การให้ยาปฏิชีวนะ การผ่าตัด และการให้สารอาหารและน้ำ (artificial nutrition and hydration: ANH) - คะแนนเฉลี่ยความต้องการสนับสนุนการช่วยเหลือระยะท้ายภายในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันระหว่างก่อน-หลังการเข้าร่วมโปรแกรม - กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการช่วยเหลือชีวิตด้วยการหน่วงหัวใจ (CPR) เท่ากับ 23.05 (SD =8.06) กลุ่มควบคุม เท่ากับ 19.71 (SD =10.78) กลุ่มทดลองมีแนวโน้มที่จะช่วยเหลือชีวิตด้วยการหน่วงหัวใจ (CPR) มากกว่ากลุ่มควบคุม หลังการพูดคุยการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ตาราง 2 กิจกรรมของโปรแกรมสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวระยะท้าย¹⁷⁻²³

ผู้แต่ง(ปี)	กิจกรรม	ชม วิดีโอ	อภิปรายการดำเนินโรค การรักษา/ การให้ความรู้	กรอบแบบ ฟอร์ม/บันทึก เอกสาร	อบรม	กิจกรรม กลุ่ม	ให้บริการปรึกษา ทางโทรศัพท์/ ติดตาม
EL Jawahri, et al. (2016) ¹⁷		•					•
Sadeghi, et al (2016) ¹⁸		•	•	•			•
Denvir, et al. (2016) ¹⁹			•	•			•
Malhotra, et al (2020) ²⁰			•	•	•		•
Ahluwalia, et al (2021) ²¹		•				•	•
Prentice and Lawson (2021) ²²		•	•	•			•
Cheng, et al (2023) ²³		•	•				•

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

1. ลักษณะทั่วไปของงานวิจัย

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 7 เรื่อง พบว่าเป็นบทความวิจัยที่ตีพิมพ์ระหว่าง ปี ค.ศ. 2013-2023 แบ่งเป็นบทความวิจัย ระหว่างปี ค.ศ. 2013-2018 จำนวน 3 เรื่อง (ร้อยละ 42.86) และระหว่างปี ค.ศ. 2019-2023 จำนวน 4 เรื่อง (ร้อยละ 55.14) เป็นงานวิจัยการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) จำนวน 4 เรื่อง^{17,19,20,23} (ร้อยละ 55.14) การจัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (level of evidence) ได้ระดับ level 1.c และเป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) จำนวน 3 เรื่อง^{18,21,22} (ร้อยละ 44.86) โดยได้ระดับ level 2.c จำนวน 1 เรื่อง²¹ และระดับ level 2.d จำนวน 2 เรื่อง^{18,22} กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 21-81 ปีขนาดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 30-282 คนขึ้นอยู่กับการออกแบบงานวิจัย และระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในการศึกษา สำหรับคุณสมบัติในการคัดเข้าของการศึกษา สอดคล้องกับแนวทางในการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้ายของสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกาและยุโรป²⁴ โดยกำหนดเกณฑ์ดังนี้ 1) มีอาการของโรคหัวใจล้มเหลวตาม New York Heart Association: NYHA ระดับ III หรือ IV 2) มีความผิดปกติของการทำงานของหัวใจอย่างรุนแรง (LVEF ≤ 30% 3) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี และ 4) ไม่สามารถออกกำลังกายได้ (เดินได้น้อยกว่า 300 เมตร) และการศึกษาทั้งหมดพบในต่างประเทศ ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 4 เรื่อง ประเทศอังกฤษ 1 เรื่อง ประเทศสิงคโปร์ จำนวน 1 เรื่อง และประเทศไต้หวัน จำนวน 1 เรื่อง

2. กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีที่ใช้ออกแบบโปรแกรมสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้าย

ผลการสังเคราะห์ พบว่า กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีที่ใช้ออกแบบโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 3 กรอบแนวคิด คือ 1) การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning)/การวางแผนการดูแลล่วงหน้าและระยะท้ายของชีวิต (advance care planning and end-of-life) จำนวน 5 เรื่อง^{17-19, 21,23} 2) แบบจำลองการเคารพทางเลือกของผู้ป่วย (respect patient choice model) จำนวน 1 เรื่อง²⁰ และ 3) การตัดสินใจร่วมกัน (shared decision making: SDM) จำนวน 1 เรื่อง²² จะเห็นได้ว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เน้นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และหรือการดูแลระยะท้าย (advance care planning and end-of-life care) ซึ่งกรอบแนวคิดดังกล่าวเป็นกระบวนการพูดคุยร่วมกันระหว่างผู้ป่วย และหรือญาติผู้ดูแล เพื่อวางแผนเป้าหมายของชีวิต การให้คุณค่าตามความเชื่อในการตัดสินใจเลือกการดูแลสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต⁸ ในขณะที่ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะที่ดี ซึ่งผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้าย จะมีการดำเนินโรคไปในทิศทางที่แย่ลงอย่างรวดเร็ว การดูแลในระยะท้ายของชีวิต จะมีการสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า จึงเป็นกิจกรรมการดูแลที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้²⁵ นอกจากนี้มีการนำแบบจำลองการเคารพทางเลือกของผู้ป่วย (respect patient choice model) เป็นแบบจำลองการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ซึ่งพัฒนาขึ้นในปี 1985²⁶ โดย Bud Hammes รูปแบบดังกล่าว ประกอบด้วย²⁷ การให้ความเคารพเอกลักษณ์ คุณค่า ความมีศักดิ์ศรี มีการช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยสะท้อนเป้าหมายชีวิต การให้คุณค่าและความเชื่อต่าง ๆ การสื่อสารถึงความต้องการเกี่ยวภาวะสุขภาพ

ในปัจจุบันและอนาคต รวมทั้งการนัดให้ตัวแทนเข้าร่วมพูดคุย เพื่อวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกัน รวมทั้งกิจกรรมการให้ความรู้กับทีมสุขภาพเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับระบบการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในโรงพยาบาล เช่น ระบบการบันทึกการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การมีเจ้าหน้าที่มาช่วยในการฝึกทักษะการวางแผนการดูแลล่วงหน้าให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น สำหรับรูปแบบการอบรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในบุคลากรทีมสุขภาพ (training of advance care planning (ACP) facilitators) ประกอบด้วย การเรียนรู้ผ่านบทเรียนอิเล็กทรอนิกส์ (e-learning program) ประมาณ 6-8 ชั่วโมง การเข้าร่วมกิจกรรม (one day workshop) เป็นระยะเวลา 1 วัน (เช่น การแนะนำเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า การแสดงบทบาทสมมติเพื่อใช้ฝึกการสนทนาก่อนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า รวมทั้งการบันทึกในแบบฟอร์มที่เกี่ยวข้อง การวางแผนการดูแลล่วงหน้า และการสรุปผลการเรียนรู้ และกรอบแนวคิดสุดท้าย 3) การตัดสินใจร่วมกัน (shared decision making: SDM) เป็นแนวคิดที่พัฒนาโดย Makoul and Clayman²⁸ ซึ่งให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและทีมสุขภาพในการตัดสินใจร่วมกัน Elwyn, et al.²⁹ ได้อธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับการนำแนวคิดนี้ไปปฏิบัติ โดยเป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยทำความเข้าใจเกี่ยวกับทางเลือกตั้งแต่เริ่มต้น (initial preferences) จนกระบวนการสุดท้าย ผู้ป่วยสามารถแจ้งความต้องการได้ (informed preferences) อาจไม่จำเป็นต้องมีการสนทนาโดยตรง สามารถสนทนากับผู้อื่นร่วมด้วย (deliberation) โดยมีการสนับสนุนในการตัดสินใจ (decision support) ได้แก่ การสรุปข้อมูลที่เพียงพอจากแพทย์ร่วมกับผู้ป่วย และการใช้สื่อประกอบเพื่อทำความเข้าใจ เช่น เอกสาร และเว็บไซต์ การดำเนินการประกอบด้วย 3 กระบวนการ คือ (1) การพูดคุยถึงทางเลือกต่าง ๆ (choice talk) (2) การระบุทางเลือก (option talk) และ (3) การตัดสินใจ (decision) จะเห็นได้ว่าการนำกรอบแนวคิดต่าง ๆ มาใช้ในการจัดทำโปรแกรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เน้นการใช้กระบวนการพูดคุยร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และทีมสุขภาพ ซึ่งให้ความสำคัญกับการเคารพการตัดสินใจ เคารพในคุณค่าของผู้ป่วย ให้ทางเลือก และเคารพการตัดสินใจการดูแลสุขภาพในวาระท้ายของชีวิต อย่างไรก็ตาม ทีมสุขภาพควรได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพูดคุยให้ข้อมูล การวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วย

3. รูปแบบของโปรแกรมสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้าย

รูปแบบโปรแกรมสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า แบ่งได้ 2 รูปแบบ คือ 1) โปรแกรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้ารายบุคคล จำนวน 6 เรื่อง^{17-20,23} และ 2) โปรแกรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้ารายกลุ่ม จำนวน 1 เรื่อง²¹ สื่อที่ใช้ประกอบกิจกรรมในโปรแกรมฯ ได้แก่ 1) วิดีโอ (การ์ตูน) การวางแผนการดูแลล่วงหน้า 2) แผ่นพับการ์ตูนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และ 3) แนวทางสนทนาก่อนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า สำหรับกิจกรรมในโปรแกรม ได้แก่ 1) การชมวิดีโอ เกี่ยวกับเป้าหมายการดูแลภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้าย เช่น วิดีโอเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (The Conversation Project Website and Completed the “Where I stand scale”) และ (VDO-based PREPARE for you care ACP tool) 2) การพูดคุยสนทนาก่อนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า อภิปรายการดูแลสุขภาพ/การให้ความรู้ 3) การเข้าอบรม/กิจกรรมกลุ่ม 4) การกรอกแบบฟอร์มการตัดสินใจ/ความต้องการในการดูแลระยะท้ายของชีวิต และ 5) การให้คำปรึกษา/การติดตามอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์

จะเห็นได้ว่า ลักษณะการจัดกิจกรรมในโปรแกรมจะเน้นความสำคัญของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลรอบข้าง หรือสมาชิกในครอบครัว ให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การวางแผนเป้าหมายในการรักษาร่วมกัน เพื่อให้เกิดการยอมรับ สามารถเตรียมความพร้อมก่อนเสียชีวิตทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเป็นการส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว และเมื่อญาติมีส่วนร่วมในกิจกรรม จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่โดดเดี่ยว และเมื่ออยู่บ้าน จะมีญาติช่วยดูแลเมื่อมีอาการ และในโปรแกรมจะมีติดตามอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การประเมินอาการทั้งทางด้านร่างกาย และการได้รับการดูแลด้านจิตสังคม และด้านจิตวิญญาณร่วมด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hwang, Moser and Dracup³⁰ พบว่า ผู้ป่วยทุกรายที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว นอกจากการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่มีครอบครัวร่วมในการตัดสินใจแล้ว สิ่งที่สำคัญคือ ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการจัดทรงทางจิตใจ และควรได้รับการดูแลเรื่องนี้เป็นพิเศษ ระยะเวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรมโปรแกรมสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า พบว่า ส่วนใหญ่ใช้เวลาในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้ง 30-60 นาที เนื่องจากเป็นระยะเวลาที่บุคคลจะมีสมาธิและให้ความสนใจในการรับรู้จะไม่เกิน 60 นาที³¹ สำหรับจำนวนครั้งในการจัดโปรแกรมเพื่อเข้าพบผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 3-4 ครั้ง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ระยะห่างของการทำกิจกรรมแต่ละครั้งปรับเปลี่ยนได้ตามบริบทหรือลักษณะอาการของผู้ป่วยเป็นหลัก ตามความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างเหมาะสม และใช้ระยะเวลาตลอดโปรแกรม อย่างน้อย 2 สัปดาห์ จนถึง 24 เดือน หรือจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต ซึ่งการติดตามในระยะยาวจะสามารถแสดงผลลัพธ์ในการดูแลและคุณภาพชีวิตในระยะท้ายของชีวิตและช่วงเวลาหลังเสียชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. เครื่องมือและผลลัพธ์ของโปรแกรมสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้าย

4.1 เครื่องมือที่นำมาใช้ในการศึกษาโปรแกรมสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้าย มีการวัดผลลัพธ์ทั้งเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยและหรือทั้งกลุ่มผู้ป่วยและญาติ โดยสามารถแบ่งเครื่องมือที่นำมาใช้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือประเมิน/คัดกรองภาวะสุขภาพ (assessment tools) และเครื่องมือประเมินผลลัพธ์การศึกษา (evaluation outcome tools) อย่างไรก็ตาม บางเครื่องมือสามารถเป็นทั้งการประเมิน/คัดกรอง และประเมินผลลัพธ์ดังนี้

4.1.1 เครื่องมือประเมิน/คัดกรองภาวะสุขภาพ (assessment tools) ใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งระดับความสามารถในการรู้คิด และสภาวะทางจิตใจ ได้แก่ 1) แบบสอบถามสภาวะทางจิตใจ (The Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ) พัฒนาโดย Pfeiffer³² มีจำนวน 10 ข้อ ใช้ในการประเมินภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในผู้สูงอายุ โดยหากมีคะแนนน้อยกว่าเท่ากับ 6 คะแนน หมายถึง มีความบกพร่องด้านสติปัญญา การรู้คิด เป็นต้น และ 2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของเมืองแคนซัส (The Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire: KCCQ) ของ Green, et al.³³ เป็นแบบสอบถามที่ผู้ป่วยตอบเอง ประกอบด้วย 23 ข้อคำถาม แต่ละข้อมีค่าคะแนนจาก 0 ถึง 100 คะแนน หากมีคะแนนสูง แสดงว่ามีภาวะสุขภาพดีกว่า แต่ละรายการมี 5 ระดับคะแนน

4.1.2 เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ (evaluation outcome tools) ส่วนใหญ่ที่ผู้วิจัยจะวัดผลลัพธ์ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้ายเพียงกลุ่มเดียว จำนวน 5 เรื่อง^{17-18,20,22,23} และวัดผลลัพธ์ทั้งในผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลจำนวน 2 เรื่อง^{19,21} ตัวแปรที่นำมาวัดผลลัพธ์การศึกษา มีดังนี้

4.1.2.1 การตัดสินใจวางแผนการดูแลล่วงหน้าในระยะท้ายของชีวิต เครื่องมือที่ใช้ส่วนใหญ่จะเป็นแบบสอบถาม

เกี่ยวกับความต้องการในการดูแลระยะท้าย เช่น 1) แบบสอบถามเป้าหมายการดูแล การช่วยฟื้นคืนชีพด้วยการนวดหัวใจ/การใส่ท่อช่วยหายใจ และความรู้การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (The goals-of-care preference, CPR/intubation preference, and knowledge of ACP options) 2) แบบสอบถามการเข้าร่วมการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ความพร้อมและความสามารถของตนเอง) (ACP engagement survey-Readiness-self-efficacy) 3) แบบสอบถามความต้องการในการช่วยฟื้นคืนชีพ (The Life Support Preferences Questionnaire) 4) แบบสำรวจทัศนคติการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (The Advance Directive Attitude Survey: ADAS) 5) แบบประเมินความต้องการการดูแลในระยะท้ายของชีวิต (EOL care preference: EOL treatment, CPR, and place of death) 6) แบบประเมินการร่วมอภิปรายกับผู้ตัดสินใจแทน (discussion with surrogates) 7) แบบประเมินความขัดแย้งในการตัดสินใจ (decisional conflict scale) และ 8) ความสำเร็จของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Ads) หรือคำสั่งสำหรับการรักษาของแพทย์เพื่อการรักษาลดชีวิต (Physician Orders for Life Sustaining Treatment: POLST)

4.1.2.2 การประเมินอาการด้านร่างกายและจิตใจ เช่น 1) แบบประเมินอาการของเอ็ดมอนตัน (Edmonton Symptom Assessment Scale: ESAS) เป็นเครื่องมือประเมินอาการเบื้องต้นที่ครอบคลุมด้านร่างกาย และจิตใจ ประกอบด้วย 9 อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะท้าย และ 2) การประเมินภาวะบีบคั้นทางจิตใจ เครื่องมือประเมินภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในโรงพยาบาล (Hospital Anxiety and Depression Scale: HAD) เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยประเมินคำตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยคำถามรวม 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับความวิตกกังวล 7 ข้อ คือ ข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด และภาวะซึมเศร้าอีก 7 ข้อ คือ ข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมด และแบบประเมินภาวะบีบคั้นทางจิตใจของคีสเซอร์ (a stress/anxiety questionnaire (Kessler scale) แบบประเมินนี้ สามารถใช้เป็นแบบประเมินคัดกรองอาการที่รบกวนก่อนเข้าโปรแกรมร่วมด้วย

4.1.2.3 การประเมินความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง เช่น แบบประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง (Illness understanding) และแบบประเมินความขัดแย้งในการตัดสินใจ (Low-literacy version of decisional conflict scale)

4.1.2.4 การประเมินคุณภาพชีวิต ได้แก่ 1) แบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วย (Euro-QoL 5 Dimension: EQ5D) และ 2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของเมืองแคนซัส (Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire) สำหรับเครื่องมือที่ใช้วัดผลลัพธ์จากการเข้าร่วมโปรแกรมในญาติผู้ดูแล ได้แก่ 1) แบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับญาติ (Euro-QoL 5 Dimension: EQ5D) 2) แบบประเมินคุณภาพชีวิต (EQ5D-Visual Analogue Scale (Health thermometer)) 3) แบบประเมินภาวะบีบคั้นทางจิตใจของคีสเซอร์ (Kessler Distress Score) 4) แบบประเมินภาระการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (ZARIT6 (caregiver burden)) และ 5) แบบประเมินความสามารถของผู้ตัดสินใจแทน (Surrogate decision-making self-efficacy)

4.2 ผลลัพธ์จากการศึกษา สามารถสรุปได้ ดังนี้

4.2.1 มีความรู้ และสามารถร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้าระยะท้ายของชีวิต การศึกษาเชิงทดลอง (RCT) จำนวน 2 เรื่อง^{17,23} พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้ามากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลชีวิตในระยะท้ายแบบสุขสบาย ไม่กดดันหัวใจและไม่ใส่ท่อช่วยหายใจมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สำหรับงานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) จำนวน 2 เรื่อง^{18,22} พบว่า 1 เรื่อง¹⁸ ที่ศึกษาที่มีความเป็นไปได้ของโปรแกรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้าแบบกลุ่มต่อการตัดสินใจวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยและญาติ และพบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถระบุและชี้แจงความต้องการจากการฟังและเรียนรู้จากมุมมองที่หลากหลายในการจัดกิจกรรมกลุ่มเฉพาะโรคได้ เป็นการสร้างพื้นที่เพื่อสนับสนุนผู้เข้าร่วมวิจัยในการแบ่งปันประสบการณ์ และงานวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods study) จำนวน 1 เรื่อง²¹ พบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนความพร้อมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามหลังจากติดตาม 1 เดือนไม่พบความแตกต่าง และการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วย มีความแตกต่างกันบางรายการก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .11$) และลดลงหลังติดตาม 1 เดือน การรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลมีความแตกต่างกัน

บางรายการ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .13$) และไม่แตกต่างหลังติดตาม 1 เดือน สาเหตุหนึ่งเกิดจากระยะเวลาในการติดตามผลสั้นเกินไป

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้ที่สนใจสามารถศึกษารายละเอียดต่าง ๆ ในโปรแกรมสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้าย ทั้งกรอบแนวคิดหรือทฤษฎี กิจกรรมในโปรแกรม ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองและประเมินผลลัพธ์ในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และหรือการประเมินผลกระทบของการดำเนินโรคด้านร่างกาย และจิตสังคม ตลอดจนการกำหนดระยะเวลาในการติดตามการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างต่อเนื่อง และหรือจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต เพื่อช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิต และความต้องการในระยะท้ายของชีวิตอย่างมีคุณค่า อย่างไรก็ตามทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแล ควรได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการสนทนาในเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในบริบทของคนไทย การสร้างสื่อวิดีโอ และหรือเอกสารที่ช่วยในการทำความเข้าใจและการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

บทความนี้แสดงให้เห็นถึงรูปแบบกิจกรรมการจัดโปรแกรมสนับสนุนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระยะท้าย โดยสามารถจัดกิจกรรมรายบุคคลหรือรายกลุ่ม มีจุดเน้นคือ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยเรียนรู้การวางแผนการดูแลล่วงหน้า การชักชวนให้ผู้ป่วยร่วมทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างมีขั้นตอน และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว ในการดูแลและร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เน้นการใช้สื่อวิดีโอประกอบเพื่อความเข้าใจรายละเอียดของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ร่วมกับการอภิปรายร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและทีมสุขภาพ รวมทั้งการสรุปรายละเอียด และหรือลงบันทึกการตัดสินใจในเอกสาร ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมควรมากกว่า 30 นาที และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง หรือจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และควรมีแบบวัดและประเมินผลด้วยเครื่องมือที่มีคุณภาพ

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

ผู้เขียนมีส่วนร่วมในการเขียนบทความตลอดกระบวนการศึกษาทบทวน และขั้นตอนในการเขียนบทความตีพิมพ์

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุงให้บทความมีความชัดเจนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Groenewegen A, Rutten FH, Mosterd A, et al. Epidemiology of heart failure. *Eur J Heart Fail.* 2020; 22(8): 1342–56. doi: 10.1002/ejhf.1858.
- Ministry of Public Health, Strategy and Planning Division. Public health statistics A.D.2022 [internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health, Strategy and Planning Division; 2022 [cited 2024 May 5]. Available from: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/11/HStatistic65.pdf>
- Heart Failure Council of Thailand (HFCT). 2019 Heart failure guideline. Samut Prakran: Netstep Design. 2019. Thai.
- Maciver J, Ross HJ. A palliative approach for heart failure end-of-life care. *Curr Opin Cardiol.* 2018; 33(2): 202–07. doi: 10.1097/HCO.0000000000000484.
- McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. 2021 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J.* 2021; 42(36): 3599–726. doi: 10.1093/eurheartj/ehab368.
- Sobanski PZ, Alt-Epping B, Currow DC, et al. Palliative care for people living with heart failure: European Association for Palliative Care Task Force expert position statement. *Cardiovasc Res.* 2020; 116(1): 12–27. doi: 10.1093/cvr/cvz200.
- Dinescu A. Advance care planning. *Clin Geriatr Med.* 2021; 37(4): 605–10. doi: 10.1016/j.cger.2021.06.001.
- Pairoikul S. Training of the trainers in palliative care: Communication in palliative care module 5. Khonkaen: Klungnana vitthava press; 2017. Thai.
- Dingfield LE, Kayser JB. Integrating advance care planning into practice. *Chest.* 2017; 151(6): 1387–93. doi: 10.1016/j.chest.2017.02.024.
- Schichtel M, Wee B, Perera R, et al. The effect of advance care planning on heart failure: A systematic review and meta-analysis. *J Gen Intern Med.* 2020; 35(3): 874–84. doi: 10.1007/s11606-019-05482-w.
- Prommarat C. Effects of advance care planning on end-of-life care in Lamphun Hospital. *J Med Health Sci.* 2023; 30(1): 1–13. Thai.
- Boonmarakot P, Chunuan S. Palliative care to cancer patients: The effects of a systematic advance care planning on the refusal of end of life-sustaining. *SCNJ.* 2022; 9(1): 270–82. Thai.
- Sririket R, Ngamsit T, Buabanbut R, et al. Outcomes of advance care planning in dementia patients receiving palliative care. *Srinagarid Med J.* 2023; 38(5): 499–506. Thai.
- Aromataris E, Munn Z (editors). JBI manual for evidence synthesis [internet]. Australia: JBI; 2020 [cited 2023 Dec 20]. Available from: <https://synthesismanual.jbi.global>
- Lockwood C, Munn Z, Porritt K. Qualitative research synthesis: Methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *Int J Evid Based Healthc.* 2015; 13(3): 179–87. doi: 10.1097/XEB.000000000000062.
- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2021; 372: n71. doi:10.1136/bmj.n71.
- El-Jawahri A, Paasche-Orlow MK, Matlock D, et al. Randomized controlled trial of an advance care planning video decision support tool for patients with advanced heart failure. *Circulation.* 2016; 134(1): 52–60. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.116.021937.
- Sadeghi B, Walling AM, Romano PS, et al. A hospital-based advance care planning intervention for patients with heart failure: A feasibility study. *J Palliat Med.* 2016; 19(4): 451–5. doi: 10.1089/jpm.2015.0269.
- Denver MA, Cudmore S, Highet G, et al. Phase 2 randomised controlled trial and feasibility study of future care planning in patients with advanced heart disease. *Sci Rep.* 2016; 6: 24619. doi: 10.1038/srep24619.
- Malhotra C, Sim D, Jaufferally FR, et al. Impact of a formal advance care planning program on end-of-life care for patients with heart failure: Results from a randomized controlled trial. *J Card Fail.* 2020; 26(7): 594–8. doi:10.1016/j.cardfail.2020.01.015.
- Ahluwalia SC, Bandini JJ, Coulourides Kogan A, et al. Impact of group visits for older patients with heart failure on advance care planning outcomes: Preliminary data. *J Am Geriatr Soc.* 2021; 69(10): 2908–15. doi: 10.1111/jgs.17283.
- Prentice TC, Lawson R. The impact of an advance care planning intervention for patients hospitalized with acute decompensated heart failure. *Heart Lung.* 2021; 50(1): 101–5. doi: 10.1016/j.hrtlng.2020.08.003.
- Cheng HC, Wu SV, Chen YH, et al. Advance care planning affects end-of-life treatment preferences among patients with heart failure: A randomized controlled trial. *J Hosp Palliat Nurs.* 2024; 26(1): E13–9. doi: 10.1097/NJH.0000000000000988.

24. Garascia A, Palazzini M, Tedeschi A, et al. Advanced heart failure: From definitions to therapeutic options. *Eur Heart J Suppl.* 2023; 25(Suppl C): C283-91. doi: 10.1093/eurheartjsupp/suad028.
25. Lee JH, Hwang KK. End-of-life care for end-stage heart failure patients. *Korean Circ J.* 2022; 52(9): 659-79. doi: 10.4070/kcj.2022.0211.
26. Respecting Choice Person-Centered Care. History of respecting choice [internet]. Wisconsin: Respecting Choice Person-Centered Care; [date unknown] [cited 2024 May 4]. Available from: <https://respectingchoices.org/about-us/history-of-respecting-choices/>
27. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, et al. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: Randomised controlled trial. *BMJ.* 2010; 340: c1345. doi: 10.1136/bmj.c1345.
28. Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns.* 2006; 60(3): 301-12. doi: 10.1016/j.pec.2005.06.010.
29. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: A model for clinical practice. *J Gen Intern Med.* 2012; 27(10): 1361-7. doi: 10.1007/s11606-012-2077-6.
30. Hwang B, Moser DK, Dracup K. Knowledge is insufficient for self-care among heart failure patients with psychological distress. *Health Psychol.* 2014; 33(7): 588-96. doi:10.1037/a0033419.
31. Onanong W, Matchim Y. End-of-life-care program for enhancing good death among cancer patients: A literature review. *Songklanagarind J Nurs.* 2019; 39(1): 158-69. Thai.
32. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 1975; 23(10): 433-41. doi: 10.1111/j.1532-5415.1975.tb00927.x.
33. Green CP, Porter CB, Bresnahan DR, et al. Development and evaluation of the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire: A new health status measure for heart failure. *J Am Coll Cardiol.* 2000; 35(5): 1245-55. doi: 10.1016/s0735-1097(00)00531-3.

บทความวิชาการ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อ
หลังจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉิน: การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ
Factors Associated with a Return Visit among Patients with
Infection after Discharged from an Emergency Department:
An Integrative Literature Review

จิรารัตน์ ดำทอง^{1*} จินตนา ดำเกลี้ยง²
Jirarat Dumthong^{1*} Jintana Damkliang²

¹นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา
¹Master Nursing Student, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา
²Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

*ผู้รับผิดชอบหลัก: 6610420006@psu.ac.th

*Corresponding author: 6610420006@psu.ac.th

Received 25 April 2024 • Revised 26 August 2024 • Accepted 27 August 2024

บทคัดย่อ

บทนำ: การกลับมารักษาซ้ำที่แผนกฉุกเฉินเป็นตัวชี้วัดคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อ การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินแสดงถึงความเสี่ยงของการติดเชื้อเพิ่มขึ้นและอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อหลังจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉิน **วิธีการ:** การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการโดยศึกษาเอกสารบทความวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารของไทยและนานาชาติในฐานข้อมูล PubMed, Academic Search Ultimate, EMBASE on Ovid, Scopus, ProQuest, Cochrane, Web of Science, WILEY Online Library และ Science Direct ระหว่างปี ค.ศ.2013-2023 ได้บทความวิจัยฉบับสมบูรณ์ตรงตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 10 บทความ ประเมินคุณภาพงานวิจัยโดยใช้แบบประเมินของสถาบันโจแอนนาบริกส์ มีความสอดคล้องตรงกันของผู้ประเมิน 2 คน (interrater reliability) ร้อยละ 100 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย **ผลการศึกษา:** พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อหลังจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉิน ได้แก่ อายุ อาการและอาการแสดงระดับความรุนแรง ความผิดปกติของสัญญาณชีพ ความผิดปกติของผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตำแหน่งของการติดเชื้อ การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน และการไม่ได้รับคำแนะนำและติดตามอาการ **สรุป:** ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อหรือสงสัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน เพื่อเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำและติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันความเสี่ยงของการติดเชื้อ และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำที่แผนกฉุกเฉิน

คำสำคัญ: แผนกฉุกเฉิน; ติดเชื้อ; กลับมารักษาซ้ำ

Abstract

Introduction: A return visit to the emergency department (ED) is an indicator for quality and patient safety, especially among patients with infection. A patient who return visit to the ED indicates an increase in the severity of infection and may be a cause of death. The objective of this study was to analyze factors associated with a return visit among patients with infection after discharged from the ED. **Methods:** An integrative literature review was conducted by studying research articles published in Thai and international journals on the database, including PubMed, Academic Search Ultimate, EMBASE on Ovid, Scopus, ProQuest, Cochrane, Web of Science, WILEY Online Library and Science Direct between 2013 and 2023. A total of 10 articles with full-text met the inclusion criteria. The quality of research articles was evaluated using critical appraisal tools developed by Joanna Briggs Institute. An interrater reliability was conducted by 2 evaluators and yield 100%. Data were analyzed using descriptive statistics. **Results:** Factors associated with a return visit among patients with infection after discharged from the ED, including age, signs and symptoms, level of severity, abnormal of vital signs, abnormal of laboratory results, sites of infection, misdiagnosis, and not receiving advice and following up on symptoms. **Conclusion:** The results of this study can be used as information to develop a discharge planning model for patients with sepsis or suspected sepsis admitted to the ED. The model can be used as a guideline for giving advice and continuously monitoring patients' symptoms, and to prevent the severity of the infection, and reduce the rate of a return visit to the ED.

Keywords: emergency department; infection; return visit

บทนำ

ภาวะติดเชื้อเป็นผลจากปฏิกิริยาการอักเสบของร่างกายที่ซับซ้อน ส่งผลให้เกิดอาการและการแสดงในหลายระบบ และมีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยจำนวนมากในปี พ.ศ. 2560 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO)¹ พบผู้ป่วยติดเชื้อ 48,900,000 ราย เสียชีวิตจากการติดเชื้อ 11,000,000 ราย (ร้อยละ 22.49) จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2563 พบการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของโรงพยาบาลในประเทศไทย พบผู้ป่วยติดเชื้อที่รุนแรง 175,000 รายต่อปี เสียชีวิต 45,000 รายต่อปี (ร้อยละ 25.71) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น² ปี พ.ศ. 2563 - พ.ศ. 2565 พบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อที่รุนแรงร้อยละ 31.82, 36.48, และ 35.73 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งสาเหตุของการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากความรุนแรงของโรคส่งผลให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว³

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคและการเสียชีวิตในผู้ป่วยมากสุดในช่วงเวลา 48 ชั่วโมงแรกหลังได้ทำการรักษา⁴ และการติดเชื้อมักมีปฏิกิริยาการตอบสนองของร่างกายไม่ชัดเจน⁵ ทำให้ระยะแรกอาจตรวจ

ไม่พบอาการไข้แต่เมื่อเวลาผ่านไปมากกว่า 12 ชั่วโมงจะเริ่มปรากฏไข้ การจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อออกจากแผนกฉุกเฉินยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน⁷ แต่พบว่ามีอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำหลังจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉิน ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ของความเสี่ยงและคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยในแผนกฉุกเฉิน

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล⁸ มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพและปลอดภัย (patient safety goals) ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข⁹ กำหนดเกณฑ์ตัวชี้วัดของแผนกฉุกเฉิน คือ ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ต้องมีอัตราน้อยกว่าร้อยละ 10 ทั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำจะมีอาการรุนแรงมากขึ้น ส่วนใหญ่เป็นระดับฉุกเฉิน ร้อยละ 41.11 และเร่งด่วน ร้อยละ 44.99¹⁰ การติดเชื้อเฉพาะที่รุนแรงมากขึ้นเป็นการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลกระทบต่ออัตราการเสียชีวิตได้ร้อยละ 43.10 และพบว่ากลุ่มที่เสียชีวิตมีอายุเฉลี่ย 61 ปี¹¹

การกลับมารักษาซ้ำเป็นตัวชี้วัดความเสี่ยงและคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยในแผนกฉุกเฉินที่สำคัญ แต่จากรายงานการศึกษาเกี่ยวกับการกลับมารักษาซ้ำหลังจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉินยังมีน้อย และไม่พบการศึกษากลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความ

สนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อหลังจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉิน เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาคุณภาพการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉิน รวมทั้งการวางแผนจำหน่าย และการติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยที่อาจเกิดภาวะติดเชื้อรุนแรงขึ้นหลังจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉิน

คำถามการศึกษา

ปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อหลังจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์การศึกษา

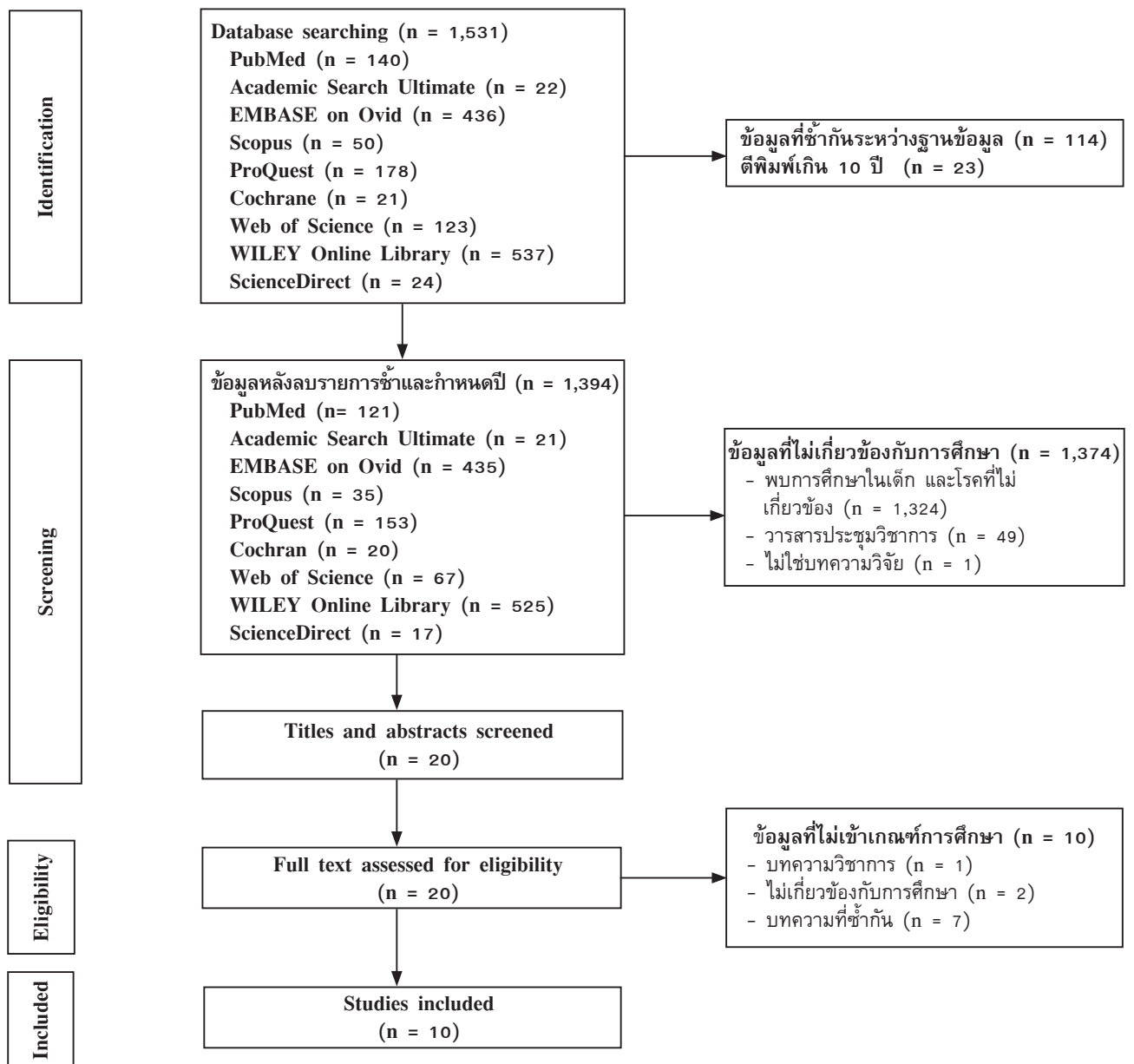
เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อหลังจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉิน

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการและสรุปรวบรวมผลการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อหลังจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉิน โดยดำเนินการตามขั้นตอนการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ตามหลัก PICO ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ P: population คือ ผู้ป่วยผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อ I: Phenomenon of interest คือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำ Co: context คือ แผนกฉุกเฉิน โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้น คือ (Elderly OR Adult OR Aging OR Older) AND (Sepsis OR infect*) AND

("Emergency department" OR "Emergency room") AND (Factor OR Associated OR Related) AND (Revisit OR "Return visit" OR Readmit) การกลับมารักษาซ้ำและผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุและ กลุ่มอาการติดเชื้อ หรือ ติดเชื้อในกระแสเลือด และ แผนกฉุกเฉิน

เกณฑ์การคัดเลือกรงานวิจัย (inclusion criteria) ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป กลับมารักษาซ้ำด้วยอาการติดเชื้อที่แผนกฉุกเฉิน เป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 10 ปี (ค.ศ. 2013-2023) เป็นบทความภาษาอังกฤษและภาษาไทย และมีบทความวิจัยฉบับสมบูรณ์ (full text) จากฐานข้อมูลประเทศไทยและต่างประเทศทั้งหมด 9 ฐาน ได้แก่บทความวิจัยจำนวน 1,531 เรื่อง จาก PubMed จำนวน 140 เรื่อง Academic Search Ultimate จำนวน 22 เรื่อง EMBASE on Ovid จำนวน 436 เรื่อง Scopus 50 เรื่อง ProQuest จำนวน 178 เรื่อง Cochrane จำนวน 21 เรื่อง Web of Science จำนวน 123 เรื่อง WILEY Online Library จำนวน 537 เรื่อง และ ScienceDirect จำนวน 24 เรื่อง สำหรับฐาน ThaiJO ไม่พบบทความที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นดำเนินการคัดงานวิจัย ตัดบทความที่ซ้ำกันออก จำนวน 114 เรื่อง ตัดบทความที่ตีพิมพ์เกิน 10 ปี ออก จำนวน 23 เรื่องและบทความที่ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 1,374 เรื่อง เหลืองานวิจัยที่ตรงกับเกณฑ์การคัดเข้าจำนวน 20 เรื่อง คัดเลือกบทความวิจัยอย่างละเอียดอีกครั้ง ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าจำนวน 10 เรื่อง จึงเหลือบทความวิจัยที่ตรงกับเกณฑ์การคัดเข้าจำนวน 10 เรื่อง แสดงดังภาพ



ภาพ 1 ขั้นตอนการคัดเลือกงานวิจัย

งานวิจัย 10 เรื่องมาประเมินคุณภาพ โดยใช้แบบประเมินของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (Joanna Briggs Institute: JBI appraisal checklist)¹² หัวข้อ Levels of Evidence for Prognosis บทความอยู่ในระดับ 4.b เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (cross sectional study) จำนวน 7 บทความ บทความอยู่ในระดับ 3.d เป็นการศึกษาสาเหตุปัจจัยเสี่ยง (case-control study) จำนวน 2 บทความ และบทความอยู่ในระดับ 3.e เป็นการศึกษาเชิงสังเกต (observational study) จำนวน 1 บทความ จากการประเมินคุณภาพงานวิจัยจำนวน 10 บทความ คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 66.66-83.33 การสืบค้นตามเกณฑ์การคัดเลือกและการประเมินคุณภาพของบทความวิจัย

ดำเนินการโดยผู้ประเมิน 2 คน ได้ค่าความสอดคล้อง (interrater reliability) ร้อยละ 100

ผลการศึกษาและการอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้นำเสนอผลการศึกษาและการอภิปรายผล ใน 2 ประเด็น คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และ 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อหลังจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉิน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย อายุระหว่าง 41-60 ปี¹³⁻²⁰ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ling, et al.²¹ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำในแผนกฉุกเฉินมีอายุ

เฉลี่ย 57 ปี ทั้งนี้เนื่องจากวัยผู้ใหญ่ตอนปลายระบบต่าง ๆ ในร่างกายเริ่มมีความเสื่อม²² และฮอร์โมนเริ่มลดลง เช่น ผู้หญิงเริ่มหมดประจำเดือนทำให้ขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนส่งผลให้เยื่อบุผนังช่องคลอดฝ่อ ช่องคลอดมีความเป็นกรดสูงจึงทำให้เชื้อโรคเจริญเติบโตได้ง่าย²³ รวมทั้งระบบภูมิคุ้มกันเริ่มทำหน้าที่ลดลง ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมที่เข้าสู่ร่างกายมีประสิทธิภาพลดลง²⁴ รองลงมาเป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี^{14,16,18,20,25,26} ซึ่งเป็นวัยที่ระบบต่าง ๆ ในร่างกายเริ่มมีความเสื่อมถอย ส่งผลให้การตอบสนองของร่างกายต่อการอักเสบติดเชื้ออาจไม่ชัดเจนและไม่แสดงอาการในช่วงแรก แต่จะมีอาการแสดงเมื่อการติดเชื้อรุนแรงมากขึ้น²⁷ จึงกลับมารักษาซ้ำที่แผนกฉุกเฉิน นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุระหว่าง 18-40 ปี^{15,16,19} ที่กลับมารับการรักษาซ้ำ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเจ็บป่วยในระยะแรกอาจมีอาการไม่รุนแรงและไม่มีโรคร่วม จึงได้รับการจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉิน แต่ต่อมามีอาการรุนแรงขึ้น จึงทำให้กลับมารักษาซ้ำที่แผนกฉุกเฉิน⁷

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำที่แผนกฉุกเฉิน จากการทบทวนวรรณกรรม พบการกำหนดระยะเวลาที่กลับมารักษาซ้ำ เป็น 4 ระยะ ได้แก่ ภายใน 72 ชั่วโมง ซึ่งพบมากที่สุด^{13-21,25} ทั้งนี้ การกลับมารักษาซ้ำภายใน 72 ชั่วโมงเป็นตัวชี้วัดคุณภาพความปลอดภัยของผู้ป่วยที่สำคัญ²⁸ รองลงมาคือ ภายใน 30 วัน^{16,25} ภายใน 24 ชั่วโมง²⁰ และภายใน 48 ชั่วโมง²⁰ ตามลำดับ ซึ่งระยะเวลาของการกลับมารักษาซ้ำที่แตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา อาจเกิดจากระยะเวลาการพักตัวของโรค และระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายที่ตอบสนองต่อเชื้อโรคนั้น ๆ อีกทั้งการเพาะเชื้อ เชื้อจะเริ่มขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรกของการติดเชื้อ ในขณะที่เชื้อประจำถิ่นจะแสดงผลบวกแน่ชัดในวันที่ 3 ถึงวันที่ 5 หลังได้รับเชื้อ²⁹

2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อหลังจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉิน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อหลังจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉิน ดังนี้

อายุ อายุเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อหลังจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉิน^{13-20,25,26} จากการศึกษาของ Lin, et al.²⁰ พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นทุก 10 ปี จะมีโอกาสกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นทำให้มีโอกาสได้รับผลกระทบจากสภาพแวดล้อมและการติดเชื้อเพิ่มขึ้น รวมทั้งโรคเรื้อรังและ

สมรรถภาพร่างกายที่ถดถอยจะปรากฏมากขึ้น และอาจมีพยาธิสภาพหลายระบบในช่วงเวลาเดียวกัน ส่งผลให้การตอบสนองต่อความเจ็บป่วยล่าช้าจนพยาธิสภาพนั้นเกิดความรุนแรงเพิ่มขึ้นทำให้ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้ง⁵ สอดคล้องกับการศึกษาของ Peltan, et al.⁷ พบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นทุก 10 ปี จะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น

อาการและอาการแสดง อาการของกลุ่มตัวอย่างที่กลับมารักษาซ้ำพบมากที่สุด ได้แก่ อาการปวดท้อง^{15,16,19,20} ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเป็นกรดในกระเพาะอาหารลดลง ทำให้ความสามารถในการกำจัดเชื้อลดลงด้วย²⁷ ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายขึ้นรองลงมา มีไข้^{14,18,19} ปวดศีรษะ^{16,19,20} อ่อนเพลีย^{18,19,25} อาเจียน^{18,20,25} อาการเจ็บหน้าอก^{19,20} หายใจเหนื่อย^{19,20} ท้องเสีย^{19,20} ปวดบริเวณลิ้นขัง ปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะบ่อย^{20,25} นานวสัน^{18,19} ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง^{18,19} และเวียนศีรษะ^{15,19} สอดคล้องกับการศึกษาของ Maharjan, et al.³⁰ พบว่าผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการไข้ ทั้งนี้เนื่องจากการไข้เป็นการตอบสนองของร่างกายต่อเชื้อจุลชีพ ผู้ป่วยจะมีไข้ร่วมกับอาการแสดงของการติดเชื้อที่ระบบใดระบบหนึ่ง เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ จะมีอาการไข้ร่วมกับอาการไอมีเสมหะ หายใจเหนื่อย นอกจากนี้อาจไม่พบการติดเชื้อระบบใดระบบหนึ่งชัดเจน แต่มักพบอาการร่วมกับมีไข้ ได้แก่ อาการหนาวสั่น ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย ไอ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ซึ่งการตรวจร่างกายมักไม่พบความผิดปกติที่จำเพาะต่อการติดเชื้อระบบใดระบบหนึ่ง³¹

ระดับความรุนแรง ผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำพบว่าถูกคัดแยกเป็นระดับเร่งด่วนมากที่สุด^{14,15,17,20,26} รองลงมาคือระดับกึ่งเร่งด่วน^{15,17,20,26} พบว่าผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับความรุนแรงที่มารับการรักษาครั้งแรก ทั้งนี้อาจเกิดจากความรุนแรงของเชื้อและปัจจัยของผู้ป่วย เช่น โรคประจำตัว ภูมิคุ้มกัน ส่งผลให้ปฏิกิริยาการตอบสนองต่อการติดเชื้อไม่ชัดเจนในช่วงแรก แต่จะมีอาการแสดงของการติดเชื้อเมื่อโรคมีความรุนแรงมากขึ้น²⁷ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Quinn, et al.³² พบว่าการกลับมารักษาซ้ำหลังจากจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉิน 1 วัน ระดับความรุนแรงของโรคจะเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับการมารับการรักษาครั้งแรก และพบการประเมินคะแนนความล้มเหลวของอวัยวะจากภาวะติดเชื้อเพิ่มขึ้น^{15,19,25} รวมทั้งการเสียชีวิตด้วยสาเหตุภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่รุนแรง คิดเป็นร้อยละ 57.10¹⁶

ความผิดปกติของสัญญาณชีพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะตรวจพบอุณหภูมิร่างกายมากกว่าหรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส และค่าความดันซิสโตลิกน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท^{13,15,17,18,21} รองลงมาคือ อัตราการเต้นของชีพจรมากกว่าหรือเท่ากับ 100 ครั้งต่อนาที และอัตราการหายใจมากกว่าหรือเท่ากับ 22 ครั้งต่อนาที^{14,17,18-20} สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการกลับมารักษาซ้ำของ Soh, et al.³³ พบผู้ป่วยมีสัญญาณชีพผิดปกติหลังจากกลับมารักษาซ้ำภายใน 72 ชั่วโมง โดยพบอัตราการเต้นของชีพจรมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจมากกว่า 20 ครั้งต่อนาที และค่าความดันซิสโตลิกน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ทั้งนี้จากความผิดปกติของสัญญาณชีพที่พบหลังจากผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ อาจเนื่องมาจากเมื่อการติดเชื้อรุนแรงขึ้น มีการกระตุ้นสมองส่วนไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ซึ่งเป็นศูนย์ควบคุมอุณหภูมิ ทำให้อุณหภูมิกายเพิ่มสูงขึ้น²³ หรือการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ (sympathetic) ที่มีหน้าที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะในร่างกายที่ตอบสนองต่อการติดเชื้อ เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดขยายตัว ส่งผลให้ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเต้นเร็วและเบา การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลง และจากกลไกการติดเชื้อรุนแรงเกิดการเผาผลาญพลังงานโดยไม่ใช้ออกซิเจน จึงทำให้อัตราการหายใจเร็วขึ้น³⁴

ความผิดปกติของผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบความผิดปกติของผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำ ได้แก่ ค่าเม็ดเลือดขาว (white blood cell)^{18,20,25} ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้การตอบสนองการติดเชื้อของระบบภูมิคุ้มกัน ทั้งนี้โดยกำหนดค่าจำนวนเม็ดขาวในเลือดสูงกว่า 12,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร หรือ ต่ำกว่า 4,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร³⁴ ส่งผลให้ระบบต่าง ๆ เกิดปฏิกิริยาเปลี่ยนแปลง และพบว่าการเพิ่มขึ้นของค่าโปรตีนซีรีแอคทีฟ (c-reactive protein)^{22,25} เมื่อมีการติดเชื้อรุนแรงขึ้นจึงทำให้มีค่าสูงกว่าปกติและอาจสูงถึง 1000 เท่า²⁹ รวมทั้งพบค่าแลคเตท (lactate) ที่เพิ่มขึ้น^{18,25} ซึ่งเกิดจากกระบวนการสลายกลูโคสโดยไม่ใช้ออกซิเจนแสดงถึงภาวะร่างกายขาดออกซิเจน อาหารและเลือดไปเลี้ยงอวัยวะลดลงจากการติดเชื้อรุนแรง²⁹ สอดคล้องกับการศึกษาของ Peltan, et al.⁷ พบว่าอาการแสดงของการติดเชื้อร่วมกับค่าแลคเตทเพิ่มขึ้นหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยจากแผนกฉุกเฉิน รวมถึงค่าครีเอตินิน (creatinine) ที่เพิ่มขึ้น^{20,25} แสดงถึงการเริ่ม

เข้าสู่ภาวะอวัยวะล้มเหลว เมื่อผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงขึ้น

ตำแหน่งของการติดเชื้อ จากการทบทวนวรรณกรรมพบการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจมากที่สุด^{14,16,19} ทั้งนี้เมื่ออายุเพิ่มขึ้นอาจทำให้ความสามารถในการจัดสิ่งแปลกปลอมลดลงส่งผลให้ไม่สามารถระบายสารคัดหลั่งจากหลอดลมได้ รวมทั้งการสลายสารคัดหลั่งจากช่องคอและปาลงในหลอดลมทำให้ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจได้ง่าย²³ รองลงมาคือ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ^{16,25} เช่นในเพศชายผลิตฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (testosterone) น้อยลง อาจมีต่อมลูกหมากโตทำให้ปัสสาวะคั่งค้าง กลั้นปัสสาวะไม่ได้ หรือในเพศหญิงขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) ความต้านทานเชื้อลดลงช่องคลอดมีความเป็นกรดมากขึ้นจึงส่งผลให้ติดเชื้อได้ง่าย หรือมีการใส่สายสวนปัสสาวะทำให้มีโอกาสติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้²³ อย่างไรก็ตาม ในผู้สูงอายุอาจมีอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจงของการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในการมารับการรักษาครั้งแรก แต่เมื่อกลับมารักษาซ้ำจึงได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ⁶ นอกจากนี้ พบการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อแต่ไม่ได้ระบุว่าเป็นการติดเชื้อระบบใด^{14,15,17} ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำที่แผนกฉุกเฉิน

การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน

พบสาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำ คือ การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน^{15,16,17,19,30} ทั้งนี้เนื่องจากในระยะเริ่มแรกของการติดเชื้ออาการและอาการแสดงมักไม่เด่นชัด โดยเฉพาะในผู้สูงอายุมักตรวจไม่พบไข้ในระยะแรก⁵ ผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ด้วยอาการระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เช่น สับสน เพ้อ ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเชื้อ หรือมีอาการอื่น ๆ เช่น หกล้ม อ่อนเพลีย ไม่มีแรง รับประทานอาหารไม่ได้ อาเจียน เป็นต้น จึงทำให้ยากต่อการวินิจฉัยโรค เกิดการวินิจฉัยผิดพลาด และได้รับการรักษาล่าช้า²³ สอดคล้องกับการศึกษาของ Soh, et al.³³ ที่พบว่าอาการปวดท้อง และมีไข้ จะได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นคลาดเคลื่อนมากที่สุด ร้อยละ 15.80

การไม่ได้รับคำแนะนำและติดตามอาการ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการไม่ได้รับคำแนะนำและการติดตามหลังจำหน่ายเป็นสาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉิน^{13,17} สอดคล้องกับการศึกษาของ Sri-on, et al.³⁵ พบการได้รับคำแนะนำไม่เหมาะสม หรือการไม่ได้รับคำแนะนำก่อนจำหน่ายและไม่ได้ติดตามอาการหลังจำหน่าย เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในแผนกฉุกเฉินของประเทศไทยถึงร้อยละ 11.60

สรุป

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อหลังจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉิน พบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ระยะเวลาของการกลับมารักษาซ้ำ ส่วนใหญ่ภายใน 72 ชั่วโมง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำ ได้แก่ อายุ อาการและอาการแสดง ระดับความรุนแรง ความผิดปกติของสัญญาณชีพ ความผิดปกติของผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตำแหน่งของการติดเชื้อ การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน และการไม่ได้รับคำแนะนำและติดตามอาการภายหลังจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉิน

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม 10 บทความ ซึ่งมีความแตกต่างของลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ถูกคัดเข้าศึกษา แม้จะเป็นกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ รวมทั้งการกำหนดนิยามตัวแปรในแต่ละการศึกษา เช่น ระยะเวลาของการกลับมารักษาซ้ำ การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อ หรือความรุนแรงของโรค ซึ่งอาจใช้เกณฑ์ที่แตกต่างกันในการศึกษาอื่น ๆ ดังนั้นจึงไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรส่วนใหญ่ได้

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อหรือสงสัยภาวะติดเชื้อในกระแสน้ำของเลือดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน เพื่อเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำผู้ป่วยในการปฏิบัติตัว รวมทั้งการติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องภายหลังการจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉิน เพื่อป้องกันความรุนแรงของการติดเชื้อ และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำที่แผนกฉุกเฉิน

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

ผู้เขียนทุกคนมีส่วนร่วมในกระบวนการศึกษาและการเขียนบทความ

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ผู้เขียนได้นำมาใช้ในการทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Sepsis [Internet]; 2017 [cited 2024 Feb 4]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sepsis>
2. Ministry of Public Health. Public Health inspection guidelines for the year 2019 [Internet]. Nonthaburi: Public Health Statistic; 2019 [cited 2024 Feb 4]. Available from: http://ptho.moph.go.th/inspec/2562/inspec62_2/triam_doc
3. Ministry of Public Health. Service plan Ministry of Public Health [internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023 [cited 2024 Jul 5]. Available from: http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi_template/2566/030.pdf
4. Prajongphon C. Sepsis recognition in caregivers: A comparison between time of arrival to an emergency department and clinical outcomes of patients in Somdech Phra Pinklao Hospital. Thai Journal of Emergency Medicine. 2020; 17(2): 135-44. Thai.
5. Asantachai P. Common and atypical presentation of geriatric patients in any emergency unit. In: Muangpaisan W, editor. Emergency management for the elderly. Nonthaburi: Parbim Printing; 2015. Thai.
6. Ongviriyawong T, Suraaroonamrit B. Update in internal medicine 2021: Symptoms not straightforward in the elderly. Bangkok: Theppenwanit; 2021. Thai.
7. Peltan ID, McLean SR, Murnin E, et al. Prevalence, characteristics, and outcomes of emergency department discharge among patients with sepsis. JAMA Netw Open. 2020; 5(2). e2147882. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.47882.
8. Healthcare Quality Accreditation Institute. Patient safety goals: SIMPLE Thailand 2018 [Internet]. Nonthaburi: Famous and Successful; 2018 [cited 2024 Feb 4]. Available from: http://134.236.247.146:8080/edoc1/uploads/DocNum_20211110172458.pdf.
9. Ministry of Public Health. Details of emergency department indicators for fiscal year 2020 [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health [cited 2024 Jan 29]. Available from: http://49.231.15.21/deptw1/cDownload.php/?DL_ID=918&DL_NAME=haF25630422115010587.pdf
10. Boonyok. N. Unscheduled revisited patients with in 48 hours in emergency department, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital. Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital Medical Journal. 2023; 7(1): 42-54. Thai.
11. Thanathitwong N. Risk factors associated associated with mortality mortality from sepsis at Sakon Nakhon Hospital. SKHJ. 2023; 26(1): 36-52. Thai.
12. Joanna Briggs Institute. Critical appraisal tools for use in JBI systematic reviews [Internet]. Adelaide: Joanna Briggs Institute; 2020. [cited 2024 Feb 4]. Available from: <https://jbi.global/>

- critical-appraisal-tools.
13. Aaronson E, Jansson P, Kelley W, et al. Unscheduled return visits to the emergency department with ICU admission: A trigger tool for diagnostic error. *Am. J. Emerg. Med.* 2020; 38(8): 1584-7. doi: 10.1016/j.ajem.2019.158430.
 14. Chan AHS, Ho SF, Fook-Chong SMC, et al. Characteristics of patients who made a return visit within 72 hours to the emergency department of a Singapore Tertiary Hospital. *Singap. Med. J.* 2016; 57(6): 301-6. doi: 10.11622/smedj.2016104.
 15. Cheng SY, Wang HT, Lee CW, et al. The characteristics and prognostic predictors of unplanned hospital admission within 72 hours after ED discharge. *Am J Emerg Med.* 2013; 31(10): 1490-4. doi: 10.1016/j.ajem.2013.08.004.
 16. Duseja R, Bardach NS, Lin GA, et al. Revisit rates and associated costs after an emergency department encounter: A multistate analysis. *Ann Intern Med.* 2015; 162(11): 750-6. doi: 10.7326/M14-1616.
 17. Hiti EA, Tamim H, Makki M, et al. Characteristics and determinants of high-risk unscheduled return visits to the emergency department. *Emerg Med J* 2020; 37(2): 79-84. doi: 10.1136/emered-2018-208343.
 18. Jorgensen S, Zurayk M, Yeung S, et al. Risk factors for early return visits to the emergency department in patients with urinary tract infection. *Am J Emerg Med.* 2018; 36(1): 12-7. doi: 10.1016/j.ajem.2017.06.041.
 19. Kao CL, Chuang CC, Hwang CY, et al. The risk factors of the 72-h unscheduled return visit admission to emergency department in adults below 50 years old. *Eur J Med Res.* 2023; 28(1): 379. doi: 10.1186/s40001-023-01317-x.
 20. Lin SY, Sung CW, Huang EPC, et al. Intravenous antibiotics at the index emergency department visit as an independent risk factor for hospital admission at the return visit within 72 hours. *PLoS One.* 2022; 17(3). doi: 10.1371/journal.pone.0264946.
 21. Ling DA, Sung CW, Fang CC, et al. High-risk return visits to United States emergency departments, 2010-2018. *West J Emerg Med.* 2022; 23(6): 832-40. doi: 10.5811/westjem.2022.7.57028.
 22. Doungsuriya P, Chanruangvanich W, Chayaput P, et al. Factors predicting severity of physiological deterioration among sepsis patients in emergency department. *JTNMC.* 2021; 36(3): 134-50. Thai.
 23. Supa N. Infectious disease. In: Srion J, Rojsaengruang R, Sawaviboon C. editors. 2nd ed. *Geriatric emergency.* Bangkok: Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University; 2018. Thai.
 24. Rojanathamkul N. Theories of aging. In: *Nursing care for elderly: Physiology and mental health aspect.* Bangkok: S.K.S Interprint; 2021. Thai.
 25. Myoung JY, Jun Young H, Lee DH, et al. Factors for return to emergency department and hospitalization in elderly urinary tract infection patients. *Am. J. Emerg. Med.* 2021; 50: 283-8. doi: 10.1016/j.ajem.2021.08.015.
 26. Sauvin G, Freund Y, Saidi K, et al. Unscheduled return visits to the emergency department: Consequences for triage. *Acad Emerg Med.* 2013; 20(1): 33-9. doi: 10.1111/acem.12052.
 27. Srion J. editor. *Sepsis.* In: *Geriatric emergency.* Bangkok: P.A. Living; 2021. Thai.
 28. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). *Hospital and health service standards Chaloem Phrakiat edition Celebrating 60 years of accession to the throne (revised January 2015) [internet].* Nonthabui: The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization); 2015 [cited 2024 Jul 4]. Available from: <http://1.179.139.230/quality/document/part3/3.3.2.PDF>
 29. Thiangrim S. Laboratory testing for sepsis. In: Phoeppikun C, Wachirutmankun L, Uprachaya Y. editor. *Commoa medical laboratory.* Bangkok: Ruean Kaew; 2022. Thai.
 30. Maharjan R, Joshi A, Thapa G. Prevalence and outcomes of unscheduled revisits within 72 hours of discharge from emergency department. *JPAHS.* 2021; 8(1): 36-43. doi: 10.3126/jpahsv.8i1.36844.
 31. Suputtamongkol Y. Fever. In: Detsomritrutai W, Rattanarat R, Chiavchanwisawakid P, editors. *Mental health assessment of children and adolescents.* In: Boyd MA, editor. *Symptomatology in general medicine, third edition.* 3 rd ed. Bangkok: Printable; 2017. Thai.
 32. Quinn K, Herman M, Lin D, et al. Common diagnoses and outcomes in elderly patients who present to the emergency department with non-specific complaints. *CJEM.* 2015; 17(5): 516-22. doi: 10.1017/cem.2015.35
 33. Soh CHW, Lin Z, Pan DST, et al. Risk factors for emergency department unscheduled return visits. *Medicina.* 2019; 55(8): 457. doi: 10.3390/medicina55080457.
 34. Wavra T.A. Sepsis and multiple organ dysfunction syndrome. In: Good VS, Kirkwood PL, editors. *Advanced critical care nursing.* 2 nd ed. California: Saunders; 2018.
 35. Sri-On J, Nithimathachoke A, et al. Revisits within 48 hours to a Thai emergency department. *Emerg Med Int.* 2016; 2016: 8983573. doi: 10.1155/2016/8983573.