วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
Nursing Journal of the Ministry of Public Health

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข The Nurse Alumni Association of the Ministry of Public Health

ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2562 ISSN 2673-0693

Vol. 29 No. 3 September – December 2019 ISSN 2673-0693

บทความวิชาการ

- การศึกษาเพื่อการเปลี่ยนแปลง: ความร่วมมือระหว่างสถานศึกษาและสถานบริการสุขภาพในชุมชน
- การบริหารคุณภาพสู่ความเป็นเลิศด้านการศึกษาพยาบาล: ความท้าทายในช่วงการเปลี่ยนแปลง
- การบริหารรายวิชาเพื่อพัฒนาทักษะทางคลินิกในการรักษาโรคเบื้องต้นสำหรับนักศึกษาพยาบาล

บทความวิจัย

- การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างจิตสาธารณะของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ด้วยกระบวนการของชมรมทูบีนัมเบอร์วัน
- ผลของโปรแกรมการสอนโดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูงในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนต่อความรู้ ทักษะปฏิบัติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาพยาบาล
- ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินและการลดลงของค่าอัตราการกรองของไตในผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดแบบไม่ทดแทนไต
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมความหวังต่อดัชนีชี้วัดความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน
- ผลการบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่อการลดภาวะซึมเศร้าในสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ชายแดนภาคใต้
- พฤติกรรมและผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดนนทบุรี
- ประสิทธิผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก สำหรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรวัยก่อนสูงอายุ
- ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และผลการสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของผู้สำเร็จการศึกษาพยาบาลจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
- การประเมินโครงการปฐมนิเทศข้าราชการใหม่ “หลักสูตรการเป็นข้าราชการที่ดี”
- แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ในสตรีที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์
- การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้
- การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับนักศึกษาพยาบาล
- การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลน่าน

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2562

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ตึก 4 ชั้น 7 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ / โทรสาร 02-590-1834 www.tnaph.org

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
The Nurse Alumni Association of the Ministry of Public Health

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
Nursing Journal of the Ministry of Public Health

วัตถุประสงค์

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขจัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการด้านการพยาบาลทุกสาขาและการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

ชื่อวารสาร ภาษาไทย : วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
ชื่อย่อภาษาไทย วารสาร พ.ส.
ภาษาอังกฤษ : Nursing Journal of the Ministry of Public Health
ชื่อย่อภาษาอังกฤษ : NJPH

ขอบเขต

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข จะตีพิมพ์บทความที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. คุณานิธิ เป็นบทความเขียนถึงผู้มีพระคุณ ผู้ที่มีผลงานดีเด่น เป็นที่เชิดชูวิชาชีพ ผู้นำวิชาชีพหรือผู้ปฏิบัติทางวิชาชีพ ด้วยเจตนาเพื่อเผยแพร่ให้เป็นที่รู้จัก เป็นตัวอย่าง และเป็นที่ภาคภูมิใจของชนรุ่นหลัง
2. บทความวิชาการ เป็นบทความทางการพยาบาล การศึกษาพยาบาล การบริหารและงานทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
3. รายงานการวิจัยทางวิชาชีพ หรือเกี่ยวข้อง
4. นานาสาระ เป็นบทความข้อความความรู้ทั่วไปที่เกี่ยวข้อง และเป็นประโยชน์
5. ข่าวน่ารู้จากสมาคมฯ เป็นข้อมูลข่าวสารที่มาจากองค์กรการสาธารณสุข การศึกษาและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

กำหนด

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

บทความและรายงานวิจัยในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มิใช่ของคณะผู้จัดทำ และมิใช่ความรับผิดชอบของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

อัตราการลงโฆษณาในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

พื้นที่โฆษณา		ราคาต่อฉบับ
ปกหลังด้านใน	เต็มหน้าพิมพ์ 4 สี	10,000 บาท
ปกหลังด้านใน	เต็มหน้าพิมพ์ 1 สี	6,000 บาท
ในเล่ม	เต็มหน้าพิมพ์ 1 สี	2,500 บาท
ใบแทรกในเล่ม		1,500 บาท

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2562 ISSN 2673-0693

คณะที่ปรึกษา

ดร. ดาราพร คงจา	สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
ดร. ธีรพร สถิรอังกูร	กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข

บรรณาธิการ

ดร. ศุกร์ใจ เจริญสุข	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

กองบรรณาธิการ

ดร. เชษฐา แก้วพรม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
ดร. นุสรา ประเสริฐศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
ดร. บุญเตือน วัฒนกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
ผศ.ดร. จิราพร วัฒนศรีสิน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
ผศ.ดร. ละเอียด แจ่มจันทร์	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
รศ.ดร. พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร. นิภาวรรณ สามารถกิจ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ดร. อุษณีย์ เทพวรชัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี
ผศ.ดร. นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร. สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น ลำปาง
ดร. กีรติ กิจธีระวุฒิวงษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
ผศ.ดร.ภก. วินัย สยอวรรณ	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก
รศ.ดร. โสเพ็ญ ชูนวล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ดร. โสภาพันธ์ สอาด	สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
Dr. Paul Alexander Turner	St.Francis Xavier School

ผู้จัดการ/เลขาธิการ นางสาวใบศรี นวลอินทร์ สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

เจ้าของ

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตึก 4 ชั้น 7
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ / โทรสาร 02-590-1834
www.tnaph.org, Email : n.tnaph@gmail.com

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้กลั่นกรองบทความวิชาการ/วิจัย
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2562 ISSN 2673-0693

1. นพ. สมควร หาญพัฒนชัยกูร	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กระทรวงสาธารณสุข
2. รศ.ดร. มารุต พัฒผล	คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
3. ผศ.ดร. จิราพร วัฒนศรีสิน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
4. ผศ.ดร. วรรณวดี เนียมสกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
5. ผศ.ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
6. ผศ.ดร. นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
6. ผศ.ดร. จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
7. ผศ.ดร. ฐิติอาภา ตั้งค้าวาณิชย์	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
8. ดร. สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น ลำปาง
9. ดร. พัด ประภาวิชา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
	วิทยาเขตหัวหมาก กรุงเทพมหานคร
10. ดร. ปลื้มจิตร โชติกะ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
11. พว. สุพัตรา เผ่าพันธุ์	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
11. ดร. นุสรา ประเสริฐศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
12. ดร. กีรติ กิจธีระวุฒิวงษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
13. ดร. ปิ่นนเรศ กาศอุดม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
14. ดร. เชษฐา แก้วพรม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
15. ดร. ยศพล เหลืองโสมนภา	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
16. ดร. ชดช้อย วัฒนะ	นักวิชาการอิสระ
17. ดร. นิธิมา สุภารี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์
18. ดร. พิมพิมล วงศ์ไชยา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
19. ดร. นภดล เลือดนักรบ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์
20. ดร. คมวัฒน์ รุ่งเรือง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
21. ดร. ธานี กล่อมใจ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
22. ดร. พรฤดี นิธิรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
23. ดร. ดลนภา ไชยสมบัติ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
24. ดร. นิรนาท วิทยโชคกิติคุณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2562 ISSN 2673-0693

สารบัญ

บทความวิชาการ

- การศึกษาเพื่อการเปลี่ยนแปลง: ความร่วมมือระหว่างสถานศึกษาและสถานบริการสุขภาพในชุมชน.....1
- การบริหารคุณภาพสู่ความเป็นเลิศด้านการศึกษาพยาบาล: ความท้าทายในช่วงการเปลี่ยนแปลง.....18
- การบริหารรายวิชาเพื่อพัฒนาทักษะทางคลินิกในการรักษาโรคเบื้องต้นสำหรับนักศึกษาพยาบาล.....30

บทความวิจัย

- การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างจิตสาธารณะของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง.....39
  ด้วยกระบวนการของชมรมทูบีนัมเบอร์วัน
- ผลของโปรแกรมการสอนโดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูงในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน.....53
  ต่อความรู้ ทักษะปฏิบัติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาพยาบาล
- ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินและการลดลง.....66
  ของค่าอัตราการกรองของไตในผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดแบบไม่ทดแทนไต
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมความหวังต่อดัชนีชี้วัดความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน.....80
- ผลการบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่อการลดภาวะซึมเศร้าในสตรีผู้สูญเสียสามี.....94
  จากสถานการณ์ชายแดนภาคใต้
- พฤติกรรมและผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดนนทบุรี.....107
- ประสิทธิผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก สำหรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการบำบัด.....118
  ด้วยออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรวัยก่อนสูงอายุ.....131
- ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และผลการสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาต.....144
  ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของผู้สำเร็จการศึกษาพยาบาลจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
- การประเมินโครงการปฐมนิเทศข้าราชการใหม่ “หลักสูตรการเป็นข้าราชการที่ดี”.....156
- แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ในสตรีที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์.....171
- การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้.....179
- การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับนักศึกษาพยาบาล.....194
- การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลน่าน.....205

บรรณาธิการแถลง

*สวัสดีค่ะ...*สมาชิกวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขและผู้สนใจทุกท่าน

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 3 ปีที่ 29 กันยายน-ธันวาคม 2562 เป็นฉบับส่งท้ายของปีที่คนไทยมีความปลื้มปิติที่มีพระราชพิธีบรมราชาภิเษกของพระบาทสมเด็จพระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว พระมหากษัตริย์รัชกาลที่ 10 แห่งราชวงศ์จักรี ด้วยสำนึกในพระมหากรุณาธิคุณอันยิ่งใหญ่ของพระองค์ท่านและราชวงศ์ทุกพระองค์ที่มีต่อปวงชนชาวไทย เป็นที่ประจักษ์แก่สากล

บทความที่คัดเลือกมานำเสนอในวารสารฉบับนี้ ประกอบด้วย บทความวิชาการ 3 เรื่อง และบทความวิจัย 14 เรื่อง บทความวิชาการทั้ง 3 เรื่องเป็นเรื่องเกี่ยวกับการศึกษาพยาบาลที่น่าสนใจ ทั้ง “การศึกษาเพื่อการเปลี่ยนแปลง: ความร่วมมือระหว่างสถานศึกษาและสถานบริการสุขภาพในชุมชน” “การบริหารคุณภาพสู่ความเป็นเลิศด้านการศึกษาพยาบาล: ความท้าทายในช่วงการเปลี่ยนแปลง” และ “การบริหารรายวิชาเพื่อพัฒนาทักษะทางคลินิกในการรักษาโรคเบื้องต้นสำหรับนักศึกษาพยาบาล” สำหรับบทความวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน เช่น “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินและการลดลงของค่าอัตราการกรองของไตในผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดแบบไม่ทดแทนไต” “ผลของโปรแกรมส่งเสริมความหวังต่อดัชนีชี้วัดความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน” “ผลการบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่อการลดภาวะซึมเศร้าในสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ชายแดนภาคใต้” และ “การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้” นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยด้านการบริหารการพยาบาลที่เป็นการพัฒนาระบบบริการ ได้แก่ “การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลน่าน” และมีการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาผลลัพธ์ทางการพยาบาล ได้แก่ “ประสิทธิผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก สำหรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ” สำหรับบทความวิจัยที่ไม่ได้นำมากล่าวในที่นี้ บทความทุกเรื่องมีสาระที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์จึงขอเชิญชวนให้สมาชิกทุกท่านติดตามอ่านรายละเอียดด้านใน

ในช่วงส่งท้ายปีเก่า พ.ศ. 2562 ต้อนรับปีใหม่ พ.ศ. 2563 นี้ กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ขอส่งความสุขและความปรารถนาดีมายังสมาชิกและท่านผู้อ่านทุกท่าน และขออัญเชิญพรพระราชทานของสมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ที่ทรงพระราชทานแก่ประชาชนชาวไทยในโอกาสวันขึ้นปีใหม่ พ.ศ. 2563 “แมวไม่อยู่ หนูร่าเริง” ที่ทรงเตือนไม่ให้ตั้งอยู่ในความประมาทมายังทุกท่าน ท้ายสุดนี้วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ทำงานหนักในการกลั่นกรองบทความมาตลอดทั้งปี และขอเชิญชวนทุกท่านที่สนใจส่งบทความลงตีพิมพ์ในวารสาร สามารถส่งบทความออนไลน์ผ่านทาง website ของ ThaiJo หรือ website ของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นเจ้าของวารสาร โดยสามารถศึกษารายละเอียดได้ ใน website ดังกล่าว วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขมุ่งมั่นจะเป็นเวทีให้พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และผู้สนใจได้แลกเปลี่ยนเผยแพร่ผลงานวิชาการที่มีคุณค่าเช่นนี้ต่อไป

ดร. ศุกร์ใจ เจริญสุข
บรรณาธิการ

การศึกษาเพื่อการเปลี่ยนแปลง: ความร่วมมือระหว่างสถานศึกษาและสถานบริการสุขภาพในชุมชน

Transformative Education: The Collaboration between Educational Institutes and Healthcare Service Providers in Communities

มกราพันธุ์ จูฑะรสก[1] วัชรี อมรโรจน์วรวุฒิ[2] วิไลวรรณ วัฒนานนท์[2] เบญจพร ทิพยผลาผลกุล[3] อณิษฐา จูฑะรสก[4]

Makarapan Jutarosaga[1] Wacharee Amornrojanavaravutti[2] Wilaiwan Wattananon[2],

Benjaporn Tippayaphalapholgul[3] Anittha Jutarosaga[4]

[1]ข้าราชการบำนาญ อดีตผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น [2]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

[3]สำนักวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก [4]สถาบันนโยบายวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรม, มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี

[1]Government pension Former Director of Boromarajonani College of Nursing Khonkaen [2]Boromarajonani College of Nursing Khonkaen, [3]Academic office Praboromarajchanok Institute [4]Science Technology and Innovation Policy Institute King Mongkut's University of Technology Thonburi

Corresponding author: Makarapan Jutarosaga; Email: j_makarapan@yahoo.com

Received: 24 October 2019 **Revised:** 1 November 2019 **Accepted:** 7 November 2019

บทคัดย่อ

สถาบันการศึกษา และสถานบริการ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจในการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อตอบสนองความต้องการที่เน้นการบริการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชนในชุมชน ตลอดจนการรองรับต่อระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข การตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างคุณธรรม จริยธรรมในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในองค์กรจึงเป็นการสร้างคนคุณภาพให้กับท้องถิ่น ชุมชน สังคมและประเทศชาติอีกแนวทางหนึ่ง ผู้บริหารสถานศึกษามีส่วนสำคัญต่อระบบการเปลี่ยนแปลงการศึกษาในแต่ละแห่ง โดยมีการบริหารการเปลี่ยนแปลง 3 อย่าง คือ 1) การเปลี่ยนแปลงการเรียนรู้ 2) การเปลี่ยนแปลงหลักสูตร และ 3) การเปลี่ยนแปลงการจัดการ โดยกำหนดเป้าหมายร่วมกันเป็นเครือข่ายเพื่อขับเคลื่อน "การสร้างวิถีคุณธรรม จริยธรรมในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์" ของสถาบันการศึกษาสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกกับสถานบริการ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นแหล่งฝึกการปฏิบัติภาคสนาม ผ่านการปลูกฝังอัตลักษณ์ การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาเกือบทศวรรษ (พ.ศ. 2554-2562) นั่นเป็นต้นทุนองค์ความรู้ การสร้างวิถีคุณธรรมนำการพัฒนาเพื่อการเปลี่ยนแปลง ทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพของชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม สนองต่อนโยบายด้านการพัฒนากำลังคนให้แก่ประเทศชาติ ด้านการส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรม

คำสำคัญ: การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์; การสร้างวิถีคุณธรรม; ระบบการเปลี่ยนแปลงทางการศึกษา

Transformative Education: The Collaboration between Educational Institutes and Healthcare Service Providers in Communities

Makarapan Jutarosaga[1] Wacharee Amornrojanavaravutti[2] Wilaiwan Wattananon[2]
Benjaporn Tippayaphalapholgul[3] Anittha Jutarosaga[4]
[1]Government pension Former Director of Boromarajonani College of Nursing Khonkaen [2]Boromarajonani College of Nursing Khonkaen [3]Academic office, Praboromarajchanok Institute [4]Science Technology and Innovation Policy Institute, King Mongkut's University of Technology Thonburi
Corresponding author: Makarapan Jutarosaga; Email: j_makarapan@yahoo.com
Received: 24 October 2019 **Revised:** 1 November 2019 **Accepted:** 7 November 2019

Abstract

Education institutes and healthcare service providers under the Ministry of Public Health are responsible for training the health workforce to serve the needs of the community for healthcare services and also to supply the health workforce to the national healthcare system. These institutes realize the need to set their own intra-organization training as an additional way to help feed in a qualified health workforce into the system. The internal training embraces a humanized healthcare service approach as its core for educational transformations. The leaders of these institutes play an important role in adopting transformative learning, transformative curriculum and transformative management in their institutes. In addition, according to the Praboromarajchanok Institute for Health Workforce Development Plan, the humanized healthcare concept has also been announced as the shared vision for inter-organization training between educational institutes and healthcare service providers. The internship at healthcare service providers offer the hands-on training and real practices for students. For almost a decade (2011-2019), such inter-organization collaboration has been perceived as a knowledge capital and social asset in cultivating a qualified health workforce for the communities and the nation.

Keywords: humanized healthcare; moral development; transformative education system

ความเป็นมาและความสำคัญ

การบริหารการศึกษาต้องสร้างคนเพื่ออนาคตของประเทศ สร้างผู้นำมิใช่เพียงผู้ตาม คุณลักษณะของคนต้องมีความอดทน สู้งาน ซื่อสัตย์สุจริต ไว้ใจได้ รับผิดชอบ ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ และมีความรู้มองการณ์ไกล ใจกว้าง เป็นการสร้างคนคุณภาพให้กับประเทศชาติ จำเป็นที่ผู้บริหารสถานศึกษาต้องเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) นั้นคือ ต้องบริหารสถานศึกษาให้เกิดระบบการเปลี่ยนแปลงทางการศึกษา (transformative education system) ในองค์กร ซึ่งตนรับผิดชอบในฐานะผู้บริหาร 3 อย่าง 1) การเปลี่ยนแปลงการเรียนรู้ (transformative learning) 2) การเปลี่ยนแปลงหลักสูตร (transformative curriculum) คือหลักสูตรไม่มีความหยุดนิ่งตายตัวเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา และ 3) การเปลี่ยนแปลงการจัดการ (transformative management) ให้ความสำคัญกับการวางเป้าหมายร่วมกัน เพื่อขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงระบบการศึกษา โดยเฉพาะในระดับอุดมศึกษาเพื่อให้ทันต่อบริบทความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคม[1] การพัฒนาด้านองค์ความรู้ให้ทันสมัย เน้นการบูรณาการให้เกิดขึ้น เพื่อปรับเปลี่ยนกระบวนการเรียนรู้ของผู้เรียนเป็นเชิงรุก (active learning) ส่งผลต่อกระบวนการเรียนการสอนและแนวทางการพัฒนาหลักสูตรที่ต้องออกแบบและปรับปรุง เพื่อตอบโจทย์สังคมที่ต้องใช้การวิจัยเป็นฐาน (research-based) ในการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง[2] บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอตัวอย่างการเปลี่ยนแปลงระบบทางการศึกษาของสถานศึกษาในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เพื่อสร้างบัณฑิตที่มีอัตลักษณ์จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ โดยความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษาและสถานบริการสุขภาพ

จุดเน้นการจัดการศึกษาของสถาบันการศึกษาในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

สถาบันการศึกษาในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เป็นสถาบันระดับอุดมศึกษา ที่ได้กำหนดเป้าหมายเพื่อการพัฒนาคุณภาพนักศึกษาให้มีความรู้ในวิชาชีพด้านการสาธารณสุข ด้านการรักษาการพยาบาลแบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา โดยมีวิทยาลัยพยาบาล วิทยาลัยการสาธารณสุขทุกภูมิภาค ทั่วประเทศ ร่วมกันเป็นกลไกในการขับเคลื่อนนโยบาย เพื่อบรรลุเป้าหมาย ดังกล่าว[3] โดยเฉพาะให้ความสำคัญกับเป้าหมายของสถาบันพระบรมราชชนกในการพัฒนาอัตลักษณ์การให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ให้ได้ผ่านการลงมือปฏิบัติในชุมชนการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง (community of practice) แล้วนำความรู้ที่ได้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเป็นประจำอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง ตั้งแต่ปีการศึกษา 2556 เป็นต้นมา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกลุ่มคนที่สนใจในการพัฒนาองค์กรให้มีคุณธรรม จริยธรรม ด้วยการให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์กับประชาชนผู้รับบริการจากสถานบริการต่าง ๆ อาทิ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นภาคประชาชน[4]

ดังนั้น เป้าหมายการกำหนดอัตลักษณ์การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์เป็นจุดสำคัญของการศึกษาของบัณฑิตสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขที่จะนำผลการศึกษาไปสู่เป้าหมายของชีวิต เป็นการเรียนรู้วิธีการเพื่อนำไปสู่การเรียนรู้ตลอดชีวิต (lifelong learning) ที่จะนำไปสู่การบรรลุถึงการเปลี่ยนแปลงการเรียนรู้ (transformative learning) ทั้งในเชิงองค์ความรู้ เจตคติ และจิตใจ ทั้งความเข้าใจโลกภายนอก ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่สำคัญ คือ การเปลี่ยนผ่านภาวะภายในตนของผู้สอนและผู้เรียน คือคุณสมบัติการเป็นผู้ที่มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) ที่สามารถนำตนเองในการปฏิบัติงานและภารกิจต่าง ๆ ในองค์กรที่มีคุณลักษณะของผู้มีจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่สะท้อนผ่านตัวบ่งชี้ 3 ประการคือจิตบริการ (service mind) การมีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ (analytical thinking) และการให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วม (participation) ในการแสดงข้อคิดเห็นและตัดสินใจในการรับบริการนั้นคือการให้บริการ

ที่สำนึกรับผิดชอบทั้งในเชิงมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ไม่ใช่เพียงเป็นการรักษาเพียงโรคที่ปรากฏทางกาย แต่เป็นการดูแลทั้งสภาวะของจิตวิญญาณที่เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของบุคคลสอดคล้องกับแนวคิดของ สมควร หาญพัฒนชัยกูร และคณะ[4], ลิลลี่ ศิริพร และคณะ[5] และประเวศ วะสี[6]

การพัฒนาอัตลักษณ์จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์บนฐานการวิจัย

มกราพันธุ์ จูฑะรสก[7] ได้สะท้อนภาพการบริหารสถานศึกษาสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก หลายแห่งผ่านการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างและพัฒนาอัตลักษณ์จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์เกือบทุกภูมิภาค อาทิ ภาคเหนือ คือ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา ภาคตะวันออก คือวิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร ปราจีนบุรี ภาคกลาง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น เป็นต้น ผ่านการวิจัย ของผู้บริหารสถานศึกษา และประสบการณ์ร่วมในฐานะผู้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในสภาพจริงในชุมชนการเรียนรู้เชิงวิชาชีพ (Professional Learning Community: PLC) พบว่า 1) สภาพการณ์พัฒนาวิทยาลัยดังกล่าว ผู้บริหารต่างให้ความสำคัญกับเป้าหมายในการสร้างอัตลักษณ์ให้เกิดกับนักศึกษา อาศัยการมีส่วนร่วมของบุคลากร นักศึกษาโดยเฉพาะผู้สอนที่อยู่ในสถานศึกษานั้น ๆ ต้องมีการเปลี่ยนผ่านตนเองในการทำบทบาทครูโค้ช เปลี่ยนวิธีการจัดการเรียนรู้ในการสอนน้อยแต่เรียนรู้มาก (teach less, learn more) ที่มีความสำคัญในยุคสังคมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในศตวรรษที่ 21 โดยการเปลี่ยนผ่านครูเพื่อทำบทบาทโค้ช (coaching) นั้น ให้การฝึกปฏิบัติทักษะการชี้แนะวิธีการเรียนรู้กระบวนการ (process skill) ที่ต้องการให้เกิดเน้นการลงมือปฏิบัติร่วมกันในชุมชนการเรียนรู้เชิงวิชาชีพ (PLC) เพื่อเป็นครูกัลยาณมิตร ในการซักถามผู้เรียนเพื่อให้เกิดการคิดวิเคราะห์สังเคราะห์เป็นลักษณะการโค้ชเพื่อการรู้คิด (cognitive coaching) หลักสูตรอบรมครูได้เปลี่ยนวิถีการโค้ช การสะท้อนคิด การใช้พลังคำถามในชุมชนการเรียนรู้เชิงวิชาชีพและกำหนดบทเรียน จัดการความรู้ร่วมกันอย่างเป็นระบบ ในขณะเดียวกันก็มีการเตรียมความพร้อมของผู้เรียน ในช่วงการปฐมนิเทศนักศึกษาใหม่ได้ฝึกทักษะการเรียนรู้ วิธีการเรียนรู้ (learning how to learn) ที่จะใช้ชีวิตอยู่ในวิทยาลัย ซึ่งหลักสูตร พัฒนานักศึกษาจะเป็น “integrated learning program” ที่ฝ่านกระบวนการคิดที่ใช้เหตุผลในการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ ทักษะการเปลี่ยนแปลง ทักษะการสื่อสารที่ใช้สุนทรียสนทนา การฟังอย่างลึกซึ้ง การสะท้อนคิด การถอดบทเรียนร่วมกัน เป็นต้น ดังนั้นในช่วงปฐมนิเทศจึงเป็นช่วงที่มีความสำคัญที่เป็นพื้นฐานที่ผู้เรียนจำเป็นต้องได้รับความรู้ความเข้าใจ และได้เรียนรู้ทักษะความคิดทางสังคมไปพร้อม ๆกัน

โดยเฉพาะจากการวิเคราะห์ พบว่า วิทยาลัยที่ใช้กิจกรรมเสริมหลักสูตรเข้ามาบูรณาการสร้างและบ่มเพาะจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ตลอด 4 ปีการศึกษานั้น เมื่อนักศึกษาสำเร็จการศึกษาแล้วยังคง อัตลักษณ์ “การให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” ที่มีพฤติกรรมการให้บริการผู้ป่วยและญาติด้วยจิตใจเอื้ออาทร มีภาวะผู้นำในชุมชนที่ตนเองให้บริการ ประสานเครือข่าย ขยายประโยชน์ในการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชน เพื่อการดูแลสุขภาวะของชุมชนเองได้ โดยจุรี แสนสุข, นิระมล สมตัว และ แสงดาว จันทร์ดา[8] ได้วิจัยติดตามผลการศึกษาแบบบูรณาการโดยใช้ระบบครอบครัวเสมือนต่อความคงทนของอัตลักษณ์จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ บัณฑิตโครงการผลิตพยาบาลชุมชนเพื่อชุมชนของชุมชนโดยชุมชนจังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ว่าบัณฑิตยังคงคุณลักษณะของอัตลักษณ์จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์หลังสำเร็จการศึกษาตามหลักสูตรหรือไม่ โดยผลการสะท้อนของผู้เรียน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งผู้บังคับบัญชาในหน่วยงานและชุมชนที่ปฏิบัติงานต่างพึงพอใจ ต่อความกตัญญูกตเวทีต่อชุมชนที่เป็นเจ้าของทุนการศึกษา โดยไม่ขอย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน ส่วนการให้บริการนี้สะท้อนถึงการเป็นผู้เสียสละมีจิตบริการ (service mind) มีระบบคิดแก้ปัญหาและทำงานเป็นทีมร่วมกันอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะมีอุปนิสัยอ่อนน้อมและเอื้ออาทรเป็นที่พึงพอใจต่อชุมชนนั้น

กรณีศึกษาโครงการผลิตพยาบาลชุมชน เพื่อชุมชน ของชุมชน โดยชุมชน จังหวัดขอนแก่น

การศึกษาของวิไลวรรณ วัฒนานนท์[9] การสะท้อนความร่วมมือในการผลิตและพัฒนาบุคลากรสู่จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ระหว่างวิทยาลัยพยาบาลราชชนนี ขอนแก่น และโรงพยาบาลขอนแก่น ผลการวิเคราะห์นโยบายการผลิตพัฒนาบุคลากร เพื่อพัฒนาชุมชนแห่งการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ และการพัฒนาชุมชนให้มีความสุขของจังหวัดขอนแก่น เป็นดูแลสุขภาพของชุมชนเป็นโครงการผลิตบัณฑิตพยาบาลเฉพาะกิจในภาวะขาดแคลนอัตรากำลังในการบริการด้านวิชาชีพพยาบาล ระหว่างปี พ.ศ. 2551-2557 (ปีการศึกษา 2552-2558) โครงการนี้มีเป้าหมายพิเศษ คือ การผลิตพยาบาลที่มีความรู้คู่คุณธรรมนำการพัฒนาชุมชน โดยมีความท้าทายในการวางแผนปลูกฝังคุณธรรม จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ที่มีตัวชี้วัด ได้แก่ จิตบริการ (service mind) มีการคิดวิเคราะห์ (analytical thinking) และการมีส่วนร่วม (participation) ของผู้รับบริการ เรียกว่า SAP ของสถาบันพระบรมราชชนก

ดังนั้น แนวทางการพัฒนาจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์จึงมีการเตรียมการพัฒนา 2 ส่วนใหญ่ ๆ คือ

1.การพัฒนาบุคลากร เพื่อเตรียมไปสู่การพัฒนานักศึกษา ซึ่งมีกิจกรรมโครงการประกอบด้วยการพัฒนาครู ก. เตรียมความพร้อมในการจัดการเรียนการสอนให้นักศึกษา ตลอดจนภาคีเครือข่ายครูพี่เลี้ยง อสม. ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ที่นักศึกษาต้องลงฝึกปฏิบัติงานในสภาพจริง

2.แผนงานโครงการต่าง ๆ ในการพัฒนานักศึกษา ถูกวางไว้ 2 ส่วน ได้แก่ ด้านวิชาการเกี่ยวกับวิชาชีพพยาบาล และกิจกรรมพัฒนานักศึกษา ให้มีความรู้คู่คุณธรรมนำการพัฒนาชุมชน โดยใช้แนวคิดระบบครอบครัวเสมือน เป็นกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่มุ่งให้นักศึกษาใช้เหตุผลในการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ อย่างเป็นระบบก่อนที่จะมีการตัดสินใจเลือกโดยมองเห็นความเป็นองค์รวมก่อน แล้วจึงตัดสินใจที่วางอยู่บนผลประโยชน์ของส่วนรวมมากกว่าส่วนตน นั้นหมายถึง ผู้เรียนจะได้ถูกจัดการเรียนรู้ให้สามารถคิดอย่างเป็นระบบได้ก่อน จึงจะทำให้เห็นความเชื่อมโยงที่เป็นภาพใหญ่ก่อนแล้วแยกแยะปัจจัยย่อยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เกี่ยวภูมิสังคมของตน ตามบทบาทความรับผิดชอบที่มีความเป็นไปได้ ดังนั้นได้ใช้กระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ในการพัฒนาทางวิชาการคู่กัน ระบบครอบครัวเสมือนเป็นกลไกบูรณาการการดูแลนักศึกษาเสมือนลูก ในครอบครัวเสมือน ทำให้เกิดการเรียนรู้เป็นทีมระหว่างครูกับศิษย์ใช้ชีวิตประจำวันเป็นบทเรียนระหว่างศึกษาอยู่ในวิทยาลัย กิจกรรมระบบครอบครัวเสมือนได้วางแนวทางการดำเนินการในเชิงนโยบายของวิทยาลัยอย่างชัดเจนในรูปโครงสร้างและรูปแบบกระบวนการเรียนรู้เพื่อส่งผลต่อเป้าหมายขององค์กร คือ การผลิตนักศึกษาให้เป็นคนดี คนเก่ง และร่วมเรียนรู้อย่างมีความสุข[10]

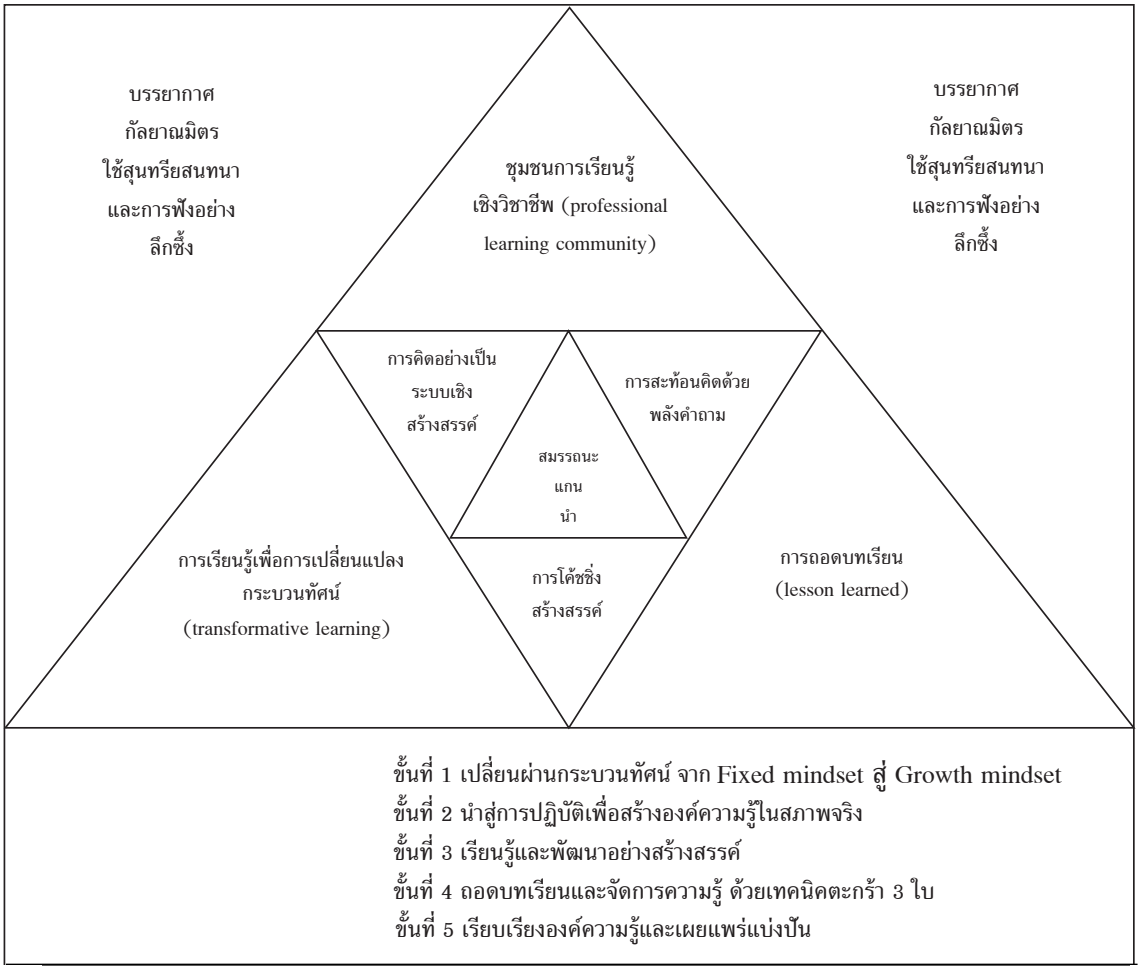
แนวทางดังที่กล่าวมานับว่า เป็นแนวทางการพัฒนาด้านสุขภาพและสาธารณสุขในระดับจังหวัดที่เกิดจากความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษาและสถานบริการ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเกิดจากการปลูกจิตสำนึกร่วมกัน เป็นเครือข่ายจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ สอดคล้องกับส่งศรี กิตติรักษ์ตระกูลและคณะ[11] บัณฑิตในโครงการดังกล่าวได้สำเร็จการศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพทุกคน จำนวน 200 คน กลับคืนสู่บ้านเกิด เพื่อไปดูแลสุขภาวะชุมชน แก้ปัญหาการขาดแคลนอัตรากำลังด้านวิชาชีพพยาบาล โดยเฉพาะการผลิตที่มุ่งเน้นการมีความรู้คู่คุณธรรม ได้จากผลผลิตของวิทยาลัยไปสู่ประชาชนผู้รับบริการในชุมชน

นวัตกรรมการพัฒนากลุ่มแกนนำกัลยาณมิตร

ภาพสะท้อนความสำเร็จ เกิดจากการกำหนดนโยบายอย่างมีส่วนร่วม ระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนที่มีความจริงใจต่อกันที่หวังประโยชน์ต่อประชาชนในการดูแลสุขภาพอนามัยในชุมชนท้องถิ่น การออกแบบการผลิตบัณฑิตพยาบาลซึ่งได้จากการวางนโยบายอย่างมีส่วนร่วมและจริงใจของผู้บริหารทุกระดับส่งผลต่อ การแลกเปลี่ยนและกำหนดวิสัยทัศน์ร่วมกัน (shared vision) กำหนดเป้าประสงค์ (goal) คือ “บัณฑิตต้องมีความรู้คู่คุณธรรมนำการพัฒนาชุมชน” ดังนั้นการออกแบบเพื่อพัฒนาการจัดการเรียนรู้สำหรับครูผู้สอนจึงต้องหันมาให้ความสำคัญกับบริบท ภูมิสังคมชุมชนท้องถิ่น เป็นการมองพื้นที่เป็นฐาน (area-based) ในการเรียนรู้เป็นสำคัญซึ่งเป็นสิ่งที่จะนำพาผู้เรียนไปสู่การลงมือปฏิบัติจริงตอบสนองชุมชนได้

ที่สำคัญการบ่มเพาะคุณธรรมจริยธรรมในสถานศึกษาเรื่องบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ถูกวางไว้อย่างเป็นระบบทั้งในสถานศึกษาและในชุมชนสอดคล้องกับมกราพันธุ์ จูฑะรสก, สุวคนธ์ แก้วอ่อน และจุรี แสนสุข[12] ,วิไลวรรณ วัฒนานนท์[9]

มกราพันธุ์ จูฑะรสก และวัชรี อมรโรจน์วรวุฒิ[13] ได้สะท้อนถึงวิถีคุณธรรมในการพัฒนานักศึกษาให้เกิด “จิตสำนึกบริการด้วยใจรัก” ผ่านการเรียนรู้บูรณาการทักษะพื้นฐาน การใช้สุนทรียสนทนา การฟังอย่างลึกซึ้ง การสะท้อนคิดด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบ คำถาม 3 คำถาม (1) รู้สึกอย่างไร (2) ได้เรียนรู้อะไร และ (3) จะนำความรู้ที่ได้ไปสร้างสรรค์ประโยชน์ต่อตนเองและประเทศชาติอย่างไร ซึ่งการจัดการเรียนรู้การสะท้อนคิดด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบ สอดคล้องกับมกราพันธุ์ จูฑะรสกและอณิษฐา จูฑะรสก[14] ได้กล่าวว่าเป็นได้ทั้งกระบวนการเรียนรู้ และกระบวนการประเมินเชิงคุณภาพ ในการจัดการเรียนการสอนทุกรายวิชาทั้งด้านวิชาชีพ วิชาการศึกษาทั่วไปและกิจกรรมเสริมหลักสูตร เพียงแต่มีเงื่อนไขว่าครูต้องทำบทบาทเป็นกัลยาณมิตรกับผู้เรียนโดยใช้บทบาทโค้ช (coaching) การสะท้อนคิดด้วยพลังคำถาม ใช้สุนทรียสนทนาและการฟังอย่างลึกซึ้ง (deep listening) จะทำให้ผู้เรียนเปิดใจ ไว้วางใจ รู้สึกปลอดภัยในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับครูในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ยกมาเป็นกรณีศึกษา ทำให้เกิด growth mindset เพื่อมุ่งฟันฝ่าอุปสรรคต่าง ๆ ไปสู่เป้าหมาย มีทักษะในการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์อย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ที่มองภาพรวมของระบบใหญ่และพิจารณาระบบย่อยที่อยู่ใกล้ตัวด้วยความรับผิดชอบว่าเราเป็นส่วนหนึ่งของระบบใหญ่เสมอแล้วก็เกิดจิตสำนึกร่วมที่จะพัฒนาตนเองในการพัฒนางานซึ่งเป็นความรับผิดชอบด้วยความเต็มใจนั้นหมายความว่าครูในบทบาทโค้ชเชิงสร้างสรรค์มีความสำคัญต่อการสร้างวิถีคุณธรรมนำการพัฒนาเพื่อการเปลี่ยนแปลงได้โดยการพัฒนาสมรรถนะของตนเองหรือกลุ่มบุคคลที่มีความสนใจในเรื่องเดียวกันในที่นี้ คือ สมรรถนะแกนนำกัลยาณมิตรที่สามารถคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ สะท้อนคิดด้วยพลังคำถามในบทบาทผู้โค้ชทางความคิดเชิงสร้างสรรค์ได้จากการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบทของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขล้วนเกี่ยวข้องกับชุมชนการเรียนรู้เชิงวิชาชีพ การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์และการจัดการความรู้ร่วมกันด้วยการถอดบทเรียนอย่างสม่ำเสมอเป็นชุมชนนักปฏิบัติพัฒนาตนเองเป็นครูเพื่อศิษย์หรือครูกัลยาณมิตรให้นักศึกษาเป็นคนดีเก่งและมีความสุข แสดงได้ดังแผนภาพที่ 1 รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะแกนนำกัลยาณมิตรแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (peer coach) ด้วยการโค้ชเชิงสร้างสรรค์ และกระบวนการต้นแบบการเรียนรู้และพัฒนาอัตลักษณ์ในชุมชนแห่งการเรียนรู้



ภาพที่ 1 รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะแกนนำกัลยาณมิตรแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (peer coach) ด้วยการโค้ชเชิงสร้างสรรค์

ตารางที่ 1 การจัดการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนผ่านกระบวนทัศน์ (growth mindset) ของกลุ่มแกนนำกัลยาณมิตร

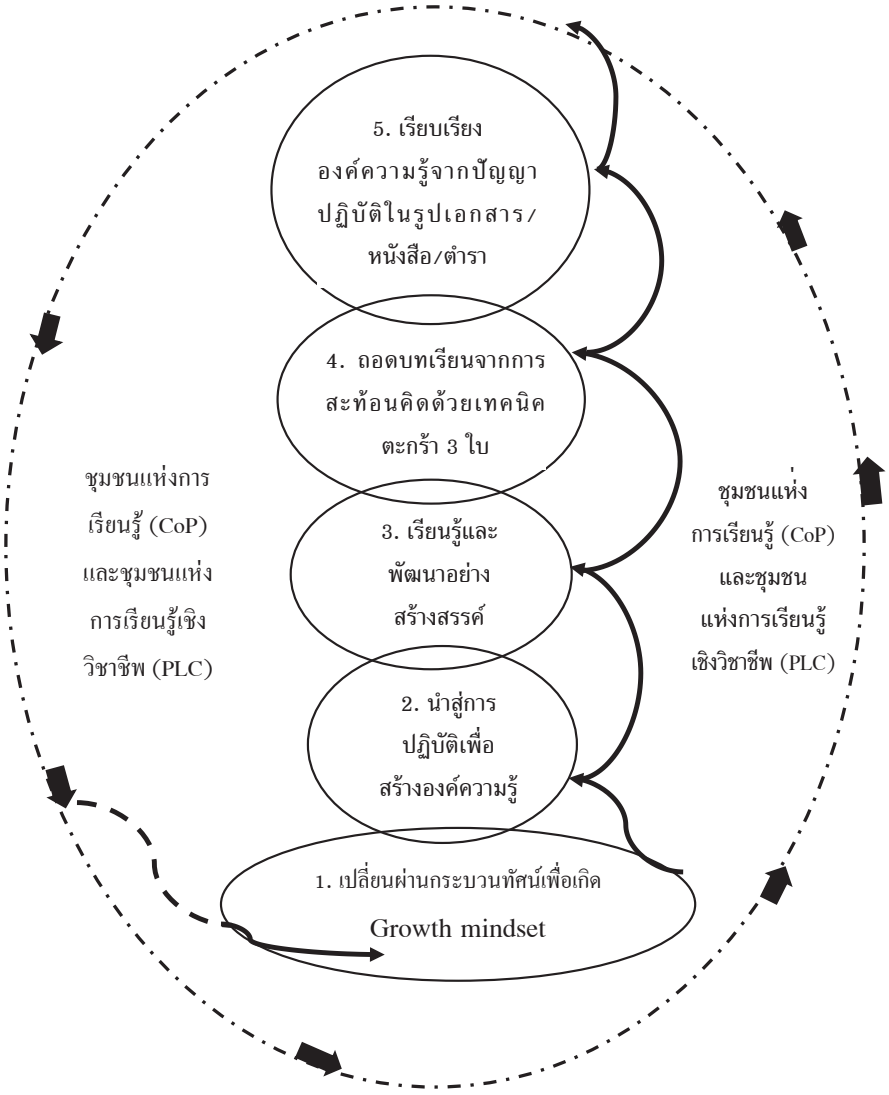
ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	บทบาทโค้ช	บทบาทผู้เรียน	ผลที่คาดหวัง
1) การปรับกระบวนทัศน์ใหม่ - การเปลี่ยนผ่านการศึกษาในศตวรรษที่ 21 (education transformation) ทั้งด้านหลักสูตร (curriculum transformation) การบริหารจัดการ (management transformation) และการเปลี่ยนผ่านการเรียนรู้ (transformative learning) ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน บนพื้นฐานปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง	1.1 เพื่อสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนผ่านกระบวนทัศน์ใหม่ (new mindset) เน้นการสร้างจิตสำนึกร่วมในบทบาทโค้ช (การโค้ช คำภาษาอังกฤษ คือ coaching ถูกบรรจุอยู่ในกรอบยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2561 ถึง 2580 ในหมวดที่ 4 ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพมนุษย์ข้อ 4.3.2 ว่าด้วยการเปลี่ยนโฉม “บทบาทครู” ให้เป็นครูยุคใหม่ โดยปรับบทบาทจากครูสอน (teacher) เป็นโค้ช (coach) ตีพิมพ์ในราชกิจจานุเบกษาแล้ว เป็นแผนพัฒนาประเทศไทยให้หน่วยงานของรัฐทุกส่วนนำไปกำหนดกรอบวิสัยทัศน์)	1.1 นำเสนอแนวคิดของการสร้างความไว้วางใจ (trust) เพราะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดของการโค้ช อาทิ โค้ช กล่าวถึงการแลกเปลี่ยนมุมมองในมิติต่างๆ ที่ได้จากความคิดของแต่ละคน จะไม่นำมาตัดสินว่าผิดหรือถูก เพียงแต่ผู้ให้ข้อคิดเห็นนั้นช่วยอธิบายฐานคิดของตนถึงการได้มาซึ่งคำตอบนั้นๆ ก็เพียงพอแล้ว 1.2 การวางกติการ่วมกันในวงสนทนาให้อยู่ในแนวระนาบเดียวกัน อาทิ “หนึ่งเสียงพูด หลายคนฟัง ฟังทีละเสียงไม่แทรกแซงเสียงฟังด้วยความเคารพแบ่งปันพื้นที่ในการพูดคุย เมื่อถึงเวลาสะท้อนก็สะท้อนด้วยความซื่อสัตย์และนุ่มนวล”	1.1 ผู้เรียนเกิดความรู้สึกเป็นอิสระในการบอกกล่าวถึงความคิดและความรู้ของตนและไม่กลัวว่าจะถูกตำหนิตัดสินคำตอบว่าผิด (เป็นการเสียหน้า) สิ่งสำคัญยิ่งกว่าคือ ฝึกให้ผู้พูดซื่อสัตย์ต่อความรู้สึกและความคิดของตนเกิดการมีความเชื่อมั่นจากความรักและความเมตตา 1.2 ผู้เรียนเสนอข้อคิดเห็นร่วมหากมีประเด็นที่ต่างกันทำความเข้าใจอีกครั้งหนึ่งทำให้ได้กติกาที่ทุกคนมีส่วนร่วมระหว่างการสื่อสารภายในกลุ่ม	- ผู้เรียนมีความรู้สึกปลอดภัย พร้อมที่จะเรียนรู้และพัฒนาตนเองตามคำชี้แนะของโค้ชในขั้นตอนต่อไป - มีความสุขในการเรียนรู้ที่ได้จากความไว้วางใจที่มีผู้พร้อมที่จะเริ่มฟังความคิดเห็นของตน - เกิดความเชื่อมั่นระหว่างโค้ชกับผู้เรียนในชุมชน/กลุ่มนั้นๆ - ฝึกการฟังอย่างลึกซึ้ง (deep listening) การใช้สุนทรียสนทนา (dialogue) เพื่อสร้างวัฒนธรรมที่สื่อสารอย่างสร้างสรรค์ในชุมชนการเรียนรู้นั้นๆ (creative culture)
2)นำสู่การปฏิบัติเพื่อสร้างองค์ความรู้ในสภาพจริง	2.1 เพื่อนำความคิดใหม่ที่ได้ไปวางแผนงานในการลงมือปฏิบัติในรูปโครงการ/โครงงาน หรือในรูปกิจกรรมใดๆ ซึ่งร่วมกันกำหนดขึ้นมาก็ได้ อาทิ การให้บริการ	2.1 เมื่อผู้เรียนผ่านการเรียนรู้ตระหนักถึงความสำคัญเกี่ยวกับความคิดและยอมรับถึงความแตกต่างของความคิดของแต่ละคนว่าเป็นความสวยงามมิใช่ความ	2.1 เมื่อเกิดความตระหนักถึงความสามารถในการร่วมกันคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ประเด็นนั้นแล้วก็เริ่มร่วมกันคิด ฟัง การดำเนินการวางแผนงาน/กิจกรรม โดยอิสระ มีโค้ชคอยให้คำชี้แนะ	- ได้โครงการ/โครงงานในรูปแผนงานร่วมกันที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของกลุ่ม/ชุมชน หรือกิจกรรมที่เกิดจากการคิดสร้างสรรค์ร่วมกันที่

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	บทบาทโค้ช	บทบาทผู้เรียน	ผลที่คาดหวัง
	ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในสถานบริการพยาบาลเป็นต้น ส่วนการเรียนรู้ในด้านสร้างชุมชนร่วมกันลงมือปฏิบัติในการพัฒนาสุขภาวะของชุมชนนั้น เป็นอีกตัวอย่างในการสร้างแกนนำในระดับชุมชน คืออาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อสร้างชุมชนสุขภาวะต้นแบบ	แตกแยกแล้ว โค้ชต้องพาผู้เรียนร่วมกันคิดถึงความสอดคล้องของความคิดในเรื่องนั้นๆ เพื่อเป้าหมาย คือ ผลประโยชน์ของส่วนรวมเป็นที่ตั้ง 2.2 โค้ชต้องทำให้ผู้เรียนมีความเชื่อมั่นว่าจะให้การชี้แนะด้วยความเมตตา ด้วยความรัก ซึ่งความเมตตาเพื่อให้เกิดการพัฒนาในด้านต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ใช้การสังเกต ไวต่อความรู้สึกและความคิดของผู้เรียนผ่านพฤติกรรมที่ผู้เรียนแสดงออก (activ listening)	เมื่อผู้เรียนขอความช่วยเหลือต้องการตั้งคำถามรวมกันของผู้เรียนและผู้เรียนก็มีอิสระในการตั้งคำถามในประเด็นที่สงสัยเพียงแต่มิใช่ขอคำตอบถูก/ผิด ในเรื่องนั้นๆ 2.2 ผู้เรียนแสดงพฤติกรรมปรากฏให้เห็นว่ามีความไว้วางใจโค้ช 3 ด้าน คือ ก. การเปิดเผย (openness) ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับความรู้ความคิดเห็น อารมณ์ ความรู้สึก ทัศนคติ ปัญหา ความคับข้องใจที่ต้องการแก้ไข ข.การเคารพ (respect) และให้เกียรติซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียม ค.ความสอดคล้องกัน (alignment) คือ มุ่งสู่ทิศทางเดียวกันและตัดสินใจร่วมกัน	วางแนวปฏิบัติไว้ เพื่อบรรลุเป้าหมายของกลุ่ม/ชุมชนนั้น - ผู้เรียนสามารถเรียนรู้และพัฒนาตนเองตามแนวทางและคำชี้แนะของโค้ชได้อย่างต่อเนื่องในรูปโครงการ/โครงงาน/กิจกรรม ซึ่งกำหนดไว้ร่วมกันแล้ว

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	บทบาทโค้ช	บทบาทผู้เรียน	ผลที่คาดหวัง
3)เรียนรู้และพัฒนาอย่างสร้างสรรค์	3.1 เพื่อดำเนินแนวทางการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตามโครงการ/โครงงาน/กิจกรรม ซึ่งสมาชิกกลุ่ม/ชุมชน ได้ร่วมกันกำหนดไว้ตามขอบเขตด้านระยะเวลา	3.1 โค้ชต้องแสดงออกถึงความไว้วางใจต่อผู้เรียน โดยเฉพาะด้านจิตใจเป็นเรื่องสำคัญสำหรับการโค้ชอย่างต่อเนื่อง การเคารพนับถือ จากโค้ชผ่านการฟังอย่างลึกซึ้ง การเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เรียน การเปิดโอกาสให้คิดและตัดสินใจด้วยตนเองให้โอกาสในการเลือกกิจกรรม/โครงการที่ไม่ใช่โค้ชสั่งการและควบคุม การสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ ที่ปราศจากอคติ วิเคราะห์ ความรู้สึกความคิดของผู้เรียน จะทำให้พบความต้องการของแต่ละคน จะทำให้โค้ชปฏิบัติตนตอบสนองผู้เรียนได้ตรงจุด ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญต่อความไว้วางใจของผู้เรียนที่จะมีให้โค้ช โค้ชต้องสร้างความเชื่อมั่นและศรัทธาในบทบาทผ่านการลงมือกระทำได้จริงให้ผู้เรียนประจักษ์ว่า หากทำตามคำชี้แนะแล้วจะเกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเองไปพร้อมกับโค้ชได้ตลอดเวลาโค้ชพร้อมที่จะอธิบายเหตุผล หากผู้เรียนมีข้อสงสัยว่าเหตุใดจึงต้องปฏิบัติตามที่โค้ชแนะนำ เพื่อมิให้ส่งผลกระทบต่อความไว้วางใจ	3.1 ผู้เรียนรู้สึกถึงความปลอดภัย มีกำลังใจพร้อมที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเรียนรู้หลายประการ อาทิ ก.ใช้ความมุ่งมั่นพัฒนามากขึ้น ข.มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้มากขึ้น ค.มีพัฒนาการเรียนรู้ที่ดีขึ้น ง.มีความรักความเมตตาต่อกันมากขึ้น ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของสมาชิกกลุ่ม/ชุมชน	เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จและเกิดความสุข ความภาคภูมิใจในความไว้วางใจที่ได้รับจากโค้ชและเพื่อนร่วมกลุ่มตลอดจนผู้เกี่ยวข้อง เกิดภาวะผู้นำในกลุ่มที่จะสะท้อนบทบาทในการสร้างความไว้วางใจตนเองสู่ความไว้วางใจเพื่อนร่วมงานตลอดจนความไว้วางใจบุคคลรอบข้างอื่น ๆ นับเป็นการสร้างทีมเรียนรู้อย่างต่อเนื่องในองค์กร (continuous profession development : CPD)

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	บทบาทโค้ช	บทบาทผู้เรียน	ผลที่คาดหวัง
		โค้ชจึงระวังว่าการสร้างความไว้วางใจมิใช่การตามใจ เพราะเป็นเพียงการสร้างความประทับใจแบบฉาบฉวยสิ่งสำคัญคือ ความจริงใจและความปรารถนาดีต่อเขา		
4.1 ถอดบทเรียนด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบ คือ การตอบ 3 คำถาม (1) รู้สึกอย่างไร (2) ได้เรียนรู้อะไร (3) จะนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้อย่างสร้างสรรค์ได้อย่างไร ก่อนนำมาประมวลผลลัพธ์	4.1 เพื่อนำผลการดำเนินงานมาร่วมกันถอดบทเรียนจากกิจกรรมที่ได้ผ่านการดำเนินงานไปแล้ว 4.1.1) ผลการถอดบทเรียนของผลลัพธ์จากโครงงาน (product of learning outcome) 4.1.2) ผลการถอดบทเรียนของเส้นทางการเรียนรู้ (product of learning process)	ให้เกิดการเรียนรู้ที่จะเติบโตทางด้านความคิด (growth mindset) เทคนิคที่นำมาใช้ คือ การสะท้อนคิดเชิงสร้างสรรค์ ด้วยตะกร้า 3 ใบที่โค้ชต้องฝึกฝนจนเกิดความรู้ ความเข้าใจและฝึกปฏิบัติประจำร่วมกับผู้เรียน	การสร้างความเชื่อมั่นจากการให้ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติเอง โดยมีโค้ชคอยให้คำชี้แนะอยู่ห่างๆ แต่ผู้เรียนรับรู้ได้ว่าโค้ชไม่ได้ทอดทิ้ง เพียงแต่ให้โอกาสให้เขาได้ลงมือเรียนรู้และปฏิบัติเองผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นด้วยเหตุผล เมื่อผู้เรียนยังค้างคาใจว่าเพราะอะไรถึงต้องปฏิบัติตามคำแนะนำเพราะหากผู้เรียนมีความคิดเห็นแย้งกับโค้ช และโค้ชมิสามารถอธิบายชี้แจงเหตุผลได้ย่อมส่งผลกระทบต่อความไว้วางใจที่ผู้เรียนจะมีให้กับโค้ชผู้เรียนได้เรียนรู้เทคนิคการสะท้อนคิดเชิงสร้างสรรค์ด้วยตะกร้า 3 ใบไปพร้อมกับการโค้ช	โค้ชและผู้รับการโค้ชเกิดการเรียนรู้วิธีการสะท้อนคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหาได้ตรงประเด็นผ่านการใช้เทคนิคตะกร้า 3 ใบ ในการถอดบทเรียนร่วมกัน ทำให้เห็นเส้นทางของการดำเนินงานและผลลัพธ์ที่ทุกคนร่วมมือร่วมใจกันเรียนรู้ในเรื่องนั้นๆ นั้นคือผลลัพธ์ซึ่งเน้นวิถีการเรียนรู้ที่คนส่วนใหญ่มักให้ความสำคัญน้อยกว่าผลลัพธ์สุดท้ายที่ตอบวัตถุประสงค์โครงการ

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	บทบาทโค้ช	บทบาทผู้เรียน	ผลที่คาดหวัง
5) เรียบเรียงองค์ความรู้จากปัญญาปฏิบัติ ในรูปเอกสาร ซึ่งผ่านประสบการณ์การจัดการความรู้ร่วมกันมาแล้วในแต่ละระยะเมื่อสิ้นสุดโครงการ/กิจกรรม	5.1 การนำผลการถอดบทเรียนมาเรียบเรียงเอกสารที่สะท้อนให้เห็นถึงวิถีการเรียนรู้และผลลัพธ์ จากการเรียนรู้ของแต่ละโครงการ/กิจกรรม	5.1 การถอดบทเรียนที่ได้จากการชี้แนะของโค้ชผ่านการลงมือปฏิบัติ ตั้งแต่เริ่มต้น (before action review : BAR) ในระหว่างการดำเนินโครงการ/กิจกรรม (during action review : DAR) และเมื่อสิ้นสุดโครงการ (after action review : AAR) เป็นการจัดการความรู้อย่าง เป็นระบบไปพร้อมๆ กับการเรียนรู้ในชุมชน การเรียนรู้/ชุมชนการเรียนรู้เชิงวิชาชีพ	5.1 นำบทเรียนที่ได้จากการถอดบทเรียนในแต่ละระยะมาทบทวนร่วมกันอีกครั้งหนึ่งประมวลถึงความรู้สึกทั้งทางบวกและลบที่เกิดขึ้น พร้อมอธิบายเหตุผลของความรู้สึกความคิดนั้นๆ แลกเปลี่ยนกันในชุมชนนักปฏิบัติ (community of practice : cop) หรือ ชุมชนการเรียนรู้เชิงวิชาชีพ (professional learning community:PLC)	มีการจัดการความรู้ร่วมกันอย่างเป็นระบบที่สะท้อนถึงเจตคติ ความคิด ความรู้ และผลงานการกระทำซึ่งได้ผ่านลงมือปฏิบัติจริงมาแล้ว เพื่อนำไปต่อยอดสร้างองค์ความรู้ใหม่ เป็นการเรียนรู้เพื่อสร้างนวัตกรรมและทำการวิจัยและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะสร้างความยั่งยืนผ่านวัฒนธรรมการสร้างสรรค์ทางด้านความคิดที่เติบโต (growth mindset)



ภาพที่ 2 กระบวนการต้นแบบการเรียนรู้และพัฒนาอัตลักษณ์ในชุมชนแห่งการเรียนรู้

สรุปผลการประมวลความร่วมมือระหว่างสถานศึกษาและสถานบริการในชุมชนตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาเน้นการสร้างวิถีคุณธรรม นำการเปลี่ยนแปลงทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพของชุมชน ทั้งด้านความรู้ในวิชาชีพและผู้มีคุณธรรมจริยธรรมจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์โดยการจัดการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนผ่านกระบวนทัศน์ (growth mindset) ของกลุ่มแกนนำกัลยาณมิตร

การโค้ชเพื่อพัฒนากระบวนการคิดสู่การปรับเปลี่ยน Growth mindset

หัวใจหลักของการโค้ชเพื่อพัฒนากระบวนการคิด คือ การสร้างความตระหนักรู้ความเป็นจริงธรรมชาติของความคิดและความรับผิดชอบ อันจะนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้ ดังเช่น

การโค้ชเพื่อพัฒนากระบวนการคิดด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบ เป็นการเปลี่ยนบทบาทของผู้สอนให้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้เรียน ใช้การสื่อสารสองทางกระตุ้นให้มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระตุ้นให้คิดและตั้งคำถามมุ่งเน้นการฝึก (training) หรือกระบวนการพัฒนาความคิดของผู้เรียนแต่ละคน (individual) ให้เรียนรู้ (learning) ความเป็นธรรมชาติของความคิดของบุคคลมีความแตกต่างกัน

ดังนั้นครูที่ทำบทบาทโค้ชจึงต้องเรียนรู้เพื่อเป็นคู่คิดของผู้ได้รับการโค้ชในกระบวนการพัฒนาที่สร้างสรรค์เพื่อให้ผู้รับการโค้ชได้นำศักยภาพของตนเองออกมาให้ได้อย่างเต็มที่ในการใช้ประกอบอาชีพและชีวิตส่วนตัว การโค้ชเน้นการให้ผู้เรียนได้ปฏิบัติการคิดด้วยตนเองเพื่อตระหนักรู้ (awareness) ถึงความสำคัญของความคิดว่ามีผลต่อตนเองและส่วนรวมอย่างไร หากเราคิดได้อย่างถูกต้องมีความรอบรู้ในเรื่องที่กำลังคิดใช้ความเป็นเหตุเป็นผลพร้อมทั้งลงมือปฏิบัติด้วยความรับผิดชอบแล้วย่อมก่อให้เกิดการพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงด้านดีอย่างเป็นรูปธรรม เป้าหมายของการโค้ชเพื่อพัฒนากระบวนการคิดเป็นการดึงศักยภาพของผู้เรียนด้านความรู้ความสามารถ ความคิด ตลอดจนคุณลักษณะอันพึงประสงค์ตามที่กำหนดไว้ โดยใช้เทคนิควิธีการต่าง ๆ เช่น การตั้งคำถาม การสะท้อนคิด การให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้คำแนะนำ การให้หลักคิด วิธีการคิด วิธีการเรียนรู้ ที่ทำให้ผู้เรียนเกิดแรงบันดาลใจในการเรียนรู้ (inspiration) และนำไปสู่การแสวงหาความรู้ การฝึกฝนทักษะ และการเปลี่ยนแปลงคุณธรรมจริยธรรม โดยให้ความสำคัญกับกระบวนการเรียนรู้และผลลัพธ์ของการเรียนรู้ ดังนั้นการโค้ชกระบวนการคิด ซึ่งเป็นกลไกเพื่อเสริมสร้างผู้เรียนให้มีความรู้ความสามารถในการคิดขั้นสูง (higher-order thinking) มีวิธีการเรียนรู้ (learning how to learn) สามารถตรวจสอบประเมินตนเอง กำหนดแนวทางการพัฒนาตนเองไปในทิศทางที่ถูกต้อง จึงนับว่าเป็นผู้มีคุณธรรมจริยธรรมได้

เทคนิคกระบวนการมีหลากหลายวิธีขึ้นอยู่กับผู้เป็นโค้ชจะเรียนรู้และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ถอดบทเรียนกับสิ่งที่ได้เรียนรู้ว่าวิธีการใดสามารถปรับกระบวนทัศน์ให้คนเห็นความสำคัญของคุณภาพการคิดว่ามีประโยชน์ต่อการทำงานในชีวิตประจำวันและการประกอบหน้าที่การงาน ตระหนักถึงคุณค่าความคิดของตนและความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมต่าง ๆ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อความเป็นอยู่ร่วมกันอย่างสันติ อาทิ

การพัฒนากระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ การสะท้อนคิดด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบเพื่อปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ของผู้เรียน ซึ่งได้ผ่านกระบวนการเรียนรู้ด้วยการวิจัยและพัฒนามาร่วมทศวรรษที่ตอบโจทย์การพัฒนาผู้เรียนให้มีความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ (ดี เก่ง และมีความสุข) โดยการพัฒนาทักษะกระบวนการสอนของครูในศตวรรษที่ 21 และการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ของนักศึกษาในศตวรรษที่ 21 เพราะว่าหากจะพัฒนาผู้เรียน/นักศึกษาย่อมหลีกหนีไม่พ้นการเปลี่ยนผ่านกระบวนทัศน์ของครูผู้สอนก่อน และเทคนิคนี้สามารถใช้ได้กับทุกกลุ่มผู้เรียน ขอเพียงครูผู้สอนเพิ่มทักษะกระบวนการใช้การสะท้อนคิด และการใช้พลังคำถามอย่างถูกต้องด้วยความเต็มใจฝึกปฏิบัติกระทำซ้ำ ๆ ในบทบาทครูเพื่อศิษย์/ครูกัลยาณมิตร ที่ใช้สุนทรียสนทนา การฟังอย่างลึกซึ้งเป็นพื้นฐาน

เทคนิคการสะท้อนคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ด้วยตะกร้า 3 ใบเป็นลักษณะ “content free teaching” ที่สามารถนำไปใช้บูรณาการทุกเนื้อหาแต่ครูต้องมีทักษะการสอนกระบวนการ (process skill)โดยผ่านการฝึกปฏิบัติการจัดการเรียนการสอน “การพัฒนากระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบ” ซึ่งเป็นเทคนิคการโค้ชเพื่อการรู้คิด (cognitive coaching) รูปแบบหนึ่ง ซึ่งเป็นบทบาทของการเรียนรู้ยุคใหม่ที่พัฒนามาจากบทบาทการสอน (teaching) และบทบาทการเป็นผู้ให้ความสะดวกในการเรียนรู้ (facilitator) มาเป็นผู้โค้ช (coaching) เพื่อเปลี่ยนผ่านความคิดของผู้เรียนจากแบบเดิม (fixed mindset) สู่ความคิดแบบใหม่ (growth mindset) เป็นการพัฒนากระบวนการ

เรียนรู้กระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ผ่านการสะท้อนคิด 3 แบบ ทั้งการสะท้อนคิดตนเอง (self- reflection) การสะท้อนคิดกลุ่ม (group- reflection) และภาพรวมทั้งหมด (presentation-reflection)

เทคนิคการสะท้อนคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบมีความเป็นวิชาการได้ทั้งในรูปแบบการเรียนการสอนและรูปแบบการประเมินกระบวนการเรียนรู้การคิดตามสภาพจริง ใช้วิธีการโค้ชผ่านคำถามพื้นฐาน (foundation question) 3 คำถาม ประกอบด้วย หนึ่ง:รู้สึกอย่างไร (affective mind) สอง:ได้เรียนรู้อะไร (cognitive mind) และสาม: จะนำไปประยุกต์ใช้อย่างสร้างสรรค์ได้อย่างไร (creative mind)ผู้เขียนได้ประสบการณ์ในการทำบทบาทผู้โค้ชกระบวนการเรียนรู้“กระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ ด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบ” เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ของผู้เรียนในการเรียนรู้ร่วมกันในสังคมพหุวัฒนธรรมนำมาสู่การดำรงอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข หากจะวิเคราะห์เชิงลึกให้มองเห็นภาพการเปลี่ยนผ่านความคิดของบุคคลจากกรอบความคิดเดิมสู่การขยายกรอบความคิดให้กว้างขึ้นผ่านการใช้คำถาม 3 คำถาม คือ 1) รู้สึกอย่างไร 2) ได้เรียนรู้อะไร และ 3) จะนำไปประยุกต์ใช้อย่างไร

การถามตนเองหรือผู้อื่นเพื่อให้บอกความรู้สึกนั้นเป็นการทำให้บุคคลคนนั้นได้ฉุกคิดพิจารณาถึงความรู้สึก (feeling) เมื่อมีสิ่งมากระทบ (ผัสสะทั้ง 6 คือ ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ) อาทิ เมื่อตาเราเห็นรูป หูเราได้ยินเสียงที่ทำให้เราสบายใจ ชื่นใจ มีความสุขหรือไม่สบาย ทุกข์ ถูกรบกวน คือ ทั้งบวกและลบให้เข้าใจว่าการรู้สึกอย่างนั้นเป็นธรรมชาติ หากแต่เรารู้สึก ชอบหรือชัง นี่คือกระบวนการที่ไม่บริสุทธิ์ เรียกว่าเกิดการปรุงแต่ง เป็นหนทางของความทุกข์ ทำให้เกิดปัญหา แต่ถ้าเห็น-ได้ยินแล้วเราไม่ตกเป็นทาสของความรู้สึกชอบหรือชังนี้ หมายความว่าเราไม่มีความรู้สึกชอบหรือชังมาต่อ ไม่รู้สึกทางบวกหรือลบเราก็จะรู้ว่ามันเป็นอย่างที่มันเป็น (ตถตา) กระบวนการจะหยุดตรงนี้ เราจึงจะดำเนินไปในทางที่ถูกต้อง เป็นกระบวนการทางปัญญา เพราะการที่เรารู้สึกชอบหรือชังนั้น ไม่ใช่ปัญญาบริสุทธิ์ เรื่องวุ่นวายในโลกนี้ล้วนเกิดจากไปหลงรักและไปหลงเกลียด หากเพียงแต่เรารู้โดยรู้สึกมีความสุข หรือไม่มีความสุข หรือทุกข์ เจ็บปวด นี้ถือว่าอยู่ในขั้นที่ยังเป็น passive เรียกว่ายังเป็นกลาง แต่เมื่อเราพัฒนาความรู้สึกชอบหรือความรู้สึกชังนั้น จะเป็นขั้นแรกของ active คือ มี action แล้ว และถูกแบ่งเป็นกุศล (skillful) หรือ อกุศล (unskillful) หมายถึง กระบวนการเกิดทุกข์ ได้เริ่มขึ้นแล้ว หากเรารู้สึกมีความสุขหรือเจ็บปวดแต่ไม่มีความชอบหรือความชัง หมายความว่า เมื่อเราแตะถูกสิ่งหนึ่ง เรารู้สึกเย็น ร้อน อ่อน แข็ง เมื่อมันร้อนเกินไปเรารู้สึกไม่สบาย เจ็บปวด มันเป็นธรรมชาติ แต่ไม่ใช่สิ่งที่ดีหรือเลว ไม่เป็นกุศลหรืออกุศล และเมื่อเรารับแล้วรู้สึกเย็น ชื่นใจ สบายใจ มันก็เป็นกลาง แต่เมื่อเรามีปฏิกิริยา คือเราชอบหรือไม่ชอบนั้น คือมี mental action เกิดขึ้น ส่วนการเกิดความรู้สึกสบาย แช่มชื่นใจ หรือเจ็บปวด นั้นเป็นกลาง เป็น passive ไม่ใช่ active แต่ชอบหรือชังเป็น Active ไม่ใช่ Passive เป็นขั้นของความชอบหรือความชังนั้น กระบวนการคิด (thinking process) ก็จะดำเนินการต่อไปภายใต้อิทธิพลของความชอบหรือความชังนั้น

บทสรุป

เทคนิคการสะท้อนคิดอย่างเป็นระบบเชิงสร้างสรรค์ด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบ ที่ใช้คำถาม 3 คำถาม คือ 1) รู้สึกอย่างไร 2) ได้เรียนรู้อะไร และ 3) จะนำไปประยุกต์ใช้อย่างไร เป็นการชะลอให้คนเราทบทวนความรู้สึกของตนเอง ที่มีต่อสภาพการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบ หากเราพิจารณาความรู้สึก (feeling) ที่มากระทบในลักษณะเป็นกลางได้ ก็จะมีพื้นที่ชั่วขณะให้ฉุกคิดก่อนที่จะเข้าสู่กระบวนการคิดนั้น ด้วยคำถามที่ว่ารู้สึกอย่างไรกับการพิจารณาความรู้สึกในปัจจุบันขณะ (here and now) ซึ่งช่วยกำหนดการมีสติเพื่อพิจารณาความคิดในทางที่ถูกที่ควรได้เพราะไม่ได้อยู่บนความรู้สึกรัก(ชอบ)หรือเกลียด(ชัง)ซึ่งจะมีผลต่อคุณภาพการคิดต่อไป คุณภาพการคิดหมายถึงเมื่อเราเริ่มจากการรับรู้ (ผัสสะ) เมื่อเราเห็นรูป เราได้ยินเสียงที่ทำให้เราสบายใจ ชื่นใจ มีความสุข หรือไม่สบาย ทุกข์ ถูกรบกวน คือทั้งทางบวกหรือลบ การรู้สึกอย่างนั้นเป็นธรรมชาติ แต่หากเราชอบหรือชังมันเราจะพัฒนากระบวนการความคิดด้วยเรื่องชอบหรือชังนี้คือ“กระบวนการที่ไม่บริสุทธิ์เรียกว่าการปรุงแต่ง” เป็นหนทางของความทุกข์ทำให้เกิดปัญหา แต่ถ้าเห็น-ได้ยินแล้วไม่ตกเป็นทาสของความรู้สึกชอบ-ชังนี้ หมายถึงเราไม่มีความรู้สึกชอบหรือชัง

มาต่อ ไม่รู้สึกในทางบวกหรือลบ เราก็จะรู้ว่ามันเป็นอย่างที่มันเป็นกระบวนการจะอยู่ตรงนี้ เราจึงดำเนินไปในทางที่ถูกเป็นกระบวนการของปัญญาเพราะถ้าเราชอบหรือชังไม่ใช่ปัญญาบริสุทธิ์นั่นเอง

หากผู้บริหารสถานศึกษาใดได้มีการบริหารการเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 ประการคือ 1) การบริหารเพื่อการเปลี่ยนแปลงหลักสูตรให้ทันกับยุคสมัย ที่เน้นการบูรณาการเรียนรู้จากสภาพจริง ด้วยการลงมือปฏิบัติ พัฒนาทักษะเพื่อเสริมสร้างคุณภาพการคิดของผู้เรียนด้วยการสะท้อนคิด ให้ผู้เรียนได้ใคร่ครวญ ทบทวนความรู้สึกและการรับรู้ของตนเองต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบ 2) การบริหารเพื่อการเปลี่ยนแปลงการเรียนรู้ เป็นการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ของครูด้วยการสร้างการเปลี่ยนแปลงที่เกิดการเรียนรู้จากภายในตนเอง โดยใช้การสะท้อนคิดของตัวครูเอง จนเกิดทักษะความสามารถที่จะชี้นำผู้เรียนให้เกิดปัญญา และนำไปสู่การแก้ปัญหาต่าง ๆ อย่างสร้างสรรค์ได้ และ 3) การบริหารเพื่อการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการแนวใหม่อย่างมีส่วนร่วมกับชุมชน ให้ผู้เรียนเข้าใจสภาพความเป็นจริงของชุมชนด้วยการใช้ชุมชนเป็นฐานในการเรียนรู้ สามารถที่จะทำงานหรือประสานความร่วมมือได้อย่างราบรื่น ไม่เกิดความรู้สึกทางบวกหรือลบจากสิ่งต่าง ๆที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งกำหนดเป้าหมายร่วมกันเป็นเครือข่ายเพื่อขับเคลื่อน “การสร้างวิถีคุณธรรมจริยธรรมในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ นับเป็นการสร้างคนคุณภาพให้กับองค์กรและประเทศชาติได้อย่างเป็นรูปธรรม

References

1. Sinlarat P. Quality principles of higher education standards in Prapat Panliang, Editors of Education for Sustainable Development, Bangkok: Thana Press Company Limited;2017. (in Thai).
2. Wongyai W, Patthaphol M. Curriculum assessment for learning and development. 3rd edition, Bangkok: Charan Sanitwong Printing Company;2015. (in Thai).
3. Praboromarajchanok Institute. A guide to implementation of graduate identity of Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health. Nonthaburi: Yutharin Printing;2013 (in Thai).
4. Hanpaichaiyakul S. et al. The development of well-being under the innovation of simulated family system (one college one community). Journal of Nursing, Ministry of Public Health 2014;24 (1):67-79. (in Thai).
5. Siriporn L, Jutarosaga M, Charoensuk S. Naraballop F. The integrated model of system thinking and humanized health care within a multi-cultural society, Praboromarajchanok Institute. Journal of Nursing and Education 2014;7 (1):39-54. (in Thai).
6. Wasi P. Creating quality Thais from collaborative learning in practice: empowering empowerment festival for children, youth and families. February 27, 2018. Impact Muang Thong Thani;2018. (in Thai).
7. Jutarosaga M. The lessons of the development of a model to promote morality and ethics in organization by a multidisciplinary leader Chaiyaphum Hospital. Bangkok: Danex Inter Corporation;2018. (in Thai).
8. Jutarosaga M. Process of learning humanized health care under simulate family system. Khon Kaen: Klang Na Witthaya;2008.(in Thai).
9. Wattananon W. Cooperation in the production of nursing with morality, ethics, service mind with humanity between Borommarajonani College of Nursing, Khon Kaen and Khon Kaen Hospital (Copied documents);2018. (in Thai).

10. Sansuk J, Somtua N, Janda S. Effects of simulated families on the persistent service-minded identity with a human heart in a community nurse production project for the community and by the community in Khon Kaen: an integrative study. Journal of Nursing and Health Care 2015; 34(3):140-146. (in Thai).
11. Kittiraktrakun S. et al. Developing a network model for humanized health care among nursing colleges under Praboromarajanok institute Thailand. Journal of Nursing Division 2011;38 (1): 16-30.(in Thai).
12. Jutarosaga M, Kaewon S, Sansuk J. Training curriculum development on the potential development of village health volunteers with a system thinking process and humanized health care. Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen, Khon Kaen;2012. (in Thai).
13. Jutarosaga M, Amornrojanavaravutti W. Lessons to reflect the phenomenon of creating conscious service with love project to produce nurses to develop public health in border provinces following Somdet Ya's;2019. (in Thai).
14. Jutarosaga M, Jutarosaga A. Reflections: creative systematic thinking with 3 baskets. Bangkok: Danex Inter Corporation;2016. (in Thai).

การบริหารคุณภาพสู่ความเป็นเลิศด้านการศึกษาพยาบาล: ความท้าทายในช่วงการเปลี่ยนแปลง

Quality Management for Excellence in Nursing Education: Challenges during Transformation

ชุติมา มาลัย[1] อติญาณ์ ศรเกษตริน[2] สุภาเพ็ญ ปาณะวัฒนพิสุทธิ์[3] พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ[4]

Chutima Malai[1] Atiya Sarakshetrin[2] Supapen Panawatthanapisuit[3] Payao Phongsakchat[4]

[1]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท [2]วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

[3]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ [4]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ

[1]Boromrajonani College of Nursing, Chainat [2]Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province

[3]Boromarajonani College of Nursing, SawanpracharakNakhonsawan

[4]Boromarajonani College of Nursing NopparatVajira

Corresponding author: Chutima Malai; Email: chutimali55@gmail.com

Received: 15 May 2019 **Revised:** 31 October 2019 **Accepted:** 2 November 2019

บทคัดย่อ

ปัจจุบันสถาบันอุดมศึกษากำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมในหลายด้าน องค์กรต้องปรับตัวให้ทันการเปลี่ยนแปลงเพื่อก้าวไปสู่องค์กรคุณภาพ ผู้บริหารต้องพัฒนาแนวทางการบริหารคุณภาพ เพื่อพัฒนาการศึกษาให้บรรลุเป้าหมาย มุ่งสู่ความเป็นเลิศในการจัดการศึกษา นับเป็นความท้าทายของผู้บริหารการศึกษาพยาบาลที่จะสร้างความเชื่อมั่นของสังคมต่อคุณภาพบัณฑิต รวมทั้งการเพิ่มโอกาสการแข่งขันด้านคุณภาพการผลิตบัณฑิตพยาบาล

กระบวนการบริหารคุณภาพ “Par ADVICE” ประกอบด้วย กระบวนการมีส่วนร่วมของบุคลากร 4 ประเด็น คือ 1) การมีส่วนร่วมในการคิดตัดสินใจ 2) ร่วมดำเนินงานและรับผิดชอบในบทบาทบาทหน้าที่ 3) ร่วมประเมินผลลัพธ์ตามเป้าหมายหรือมากกว่าเป้าหมายและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 4) ร่วมรับผลประโยชน์จากการขับเคลื่อนผลลัพธ์สำเร็จตามเป้าหมายร่วมกัน รวมทั้งกระบวนการบริหาร (ADVICE) 5 ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์องค์กรและเป้าหมายคุณภาพ การออกแบบแผนบริหารคุณภาพ การขับเคลื่อนวิสัยทัศน์สู่การปฏิบัติภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วม การปฏิบัติและเรียนรู้อย่างต่อเนื่องภายใต้วัฒนธรรมคุณภาพ และ การประเมินผล กระบวนการบริหารคุณภาพ “Par ADVICE” มีจุดเด่นคือ การบริหารแบบมีส่วนร่วมของบุคลากร ที่ให้ความสำคัญกับบุคลากรและนักศึกษา มีจุดเริ่มจากการวิเคราะห์องค์กรเพื่อกำหนดเป้าหมาย การออกแบบแผนบริหารคุณภาพเพื่อตอบสนองต่อผลลัพธ์การจัดการศึกษาและสร้างความท้าทายไปสู่การพัฒนาผลลัพธ์ที่เหนือมาตรฐาน

คำสำคัญ: ความเป็นเลิศด้านการศึกษาพยาบาล; การมีส่วนร่วม; กระบวนการบริหารคุณภาพ

Quality Management for Excellence in Nursing Education: Challenges during Transformation

Chutima Malai[1] Atiya Sarakshetrin[2] Supapen Panawatthanapisuit[3] Payao Phongsakchat[4]

[1]Boromrajonani College of Nursing, Chainat [2]Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province

[3]Boromarajonani College of Nursing, SawanpracharakNakhonsawan

[4]Boromarajonani College of Nursing NopparatVajira

Corresponding author: Chutima Malai; Email: chutimali55@gmail.com

Received: 15 May 2019 **Revised:** 31 October 2019 **Accepted:** 2 November 2019

Abstract

At present, higher education institutions are facing many social changes. The organization must adjust itself to keep pace with changes in order to improve the quality of the organization. The administrators must develop quality management plans to achieve the goal of educational excellence. This is the challenge of nursing education administrators; to build confidence of the society regarding graduate quality, including increasing the opportunity to compete in the quality of nursing graduates.

The "Par ADVICE" quality management process consists of 4 participation processeses which are 1) Participation in decision making, 2) Participation in implementation and responsibility 3) Participation in evaluation and development and 4) Participation in benefits resulting from the outcomes achieved, plused 5 steps of management process (ADVICE) including Analysis of organization and aims of quality, Design of quality management plan, Vision driving to actions based on participatory process, Implementation and Continually learning within quality culture, and Evaluation. The Par ADVICE model has the advantage of being a participatory management model, from the participation of personnel in its planning to their participation in the benefits of the model, with a focus on both personnel and students. There is a starting point from the analyses of goals which leads to the design of a quality management plan in response to the educational outcomes and to challenge the organizations to develop results beyond the standard.

Keywords: excellence in nursing education; participation; quality management process

ความเป็นมาและความสำคัญ

การจัดการศึกษาพยาบาลเป็นการศึกษาเฉพาะทางที่ต้องฝึกปฏิบัติและเรียนรู้จากชีวิตมนุษย์ ต้องคำนึงถึงคุณภาพการจัดการศึกษาตามเกณฑ์มาตรฐานของวิชาชีพพยาบาล เน้นคุณภาพการจัดการศึกษาและการพัฒนาศักยภาพของผู้เรียนทั้งเชิงวิชาการและคุณธรรมจริยธรรมให้เป็นที่ยอมรับของสังคม การบริหารคุณภาพเพื่อผลิตบัณฑิตให้มีคุณภาพสอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพพยาบาลและความต้องการของสังคมจึงเป็นผลลัพธ์สำคัญของสถาบันการศึกษา ในสภาวะการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ และการแข่งขันด้านคุณภาพการจัดการศึกษาพยาบาล ผู้บริหารจำเป็นต้องใช้ “กระบวนการบริหารคุณภาพ” เป็นเครื่องมือในการจัดการป้องกันไม่ให้สิ่งที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานเกิดขึ้นโดยพัฒนากระบวนการบริหารคุณภาพอย่างเป็นระบบ มีแนวทางเป็นรูปธรรมชัดเจน มีการปรับปรุงกระบวนการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการดำเนินการและปรับปรุงกระบวนการเพื่อให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์ สามารถเสริมสร้างคุณภาพการจัดการศึกษา เพิ่มขีดความสามารถของการทำงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรนำไปสู่ความเป็นเลิศด้านการจัดการศึกษาพยาบาล[1-2]

การจัดการศึกษาของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข มีระบบการบริหารคุณภาพที่แตกต่างกันตามบริบทของสถาบัน ในการควบคุมคุณภาพการจัดการศึกษาให้ได้มาตรฐานอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่องตามเกณฑ์คุณภาพการศึกษาและสภาวิชาชีพ สิ่งที่เป็นจุดอ่อนประการหนึ่งที่ส่งผลต่อการพัฒนางานคุณภาพ คือการขาดรูปแบบที่เป็นแนวทางการบริหารงานคุณภาพที่ส่งผลต่อการพัฒนาผลลัพธ์การดำเนินงานตามมาตรฐานคุณภาพการศึกษา ทำให้ผลการดำเนินงานด้านการบริหารคุณภาพมีระดับคุณภาพที่แตกต่างกัน[3] จากการประเมินศักยภาพทางยุทธศาสตร์พบว่า ยังมีจุดอ่อนด้านการบริหารจัดการ ซึ่งอาจส่งผลกระทบทำให้เป็นภาระต่อการบริหารองค์การที่ต้องพยายามแสวงหาแนวทางปรับองค์การเพื่อให้ก้าวไปสู่ความเป็นเลิศ[4] ทั้งนี้สถาบันพระบรมราชชนก ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการเร่งพัฒนาความเป็นเลิศขององค์กรซึ่งจะเห็นได้จากการปรับเปลี่ยนสถานะเป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภายใต้พระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 5 เมษายน 2562 ส่งผลให้วิทยาลัยต้องพัฒนาแนวทางการบริหารคุณภาพ เพื่อเสริมสร้างความเป็นเลิศการศึกษา

ดังนั้นผู้บริหารสถาบัน จำเป็นต้องวิเคราะห์อนาคตการเปลี่ยนแปลง เพื่อพัฒนาการบริหารคุณภาพให้สามารถบริหารจัดการวิกฤติการเปลี่ยนแปลง สร้างความเป็นเลิศในการศึกษาพยาบาล ซึ่งหมายถึงสถาบันมีผลการดำเนินงานด้านบริหารคุณภาพการศึกษา บรรลุเป้าหมายที่กำหนดสอดคล้องตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพการศึกษาระดับอุดมศึกษาและวิชาชีพพยาบาล รวมถึงความมีชื่อเสียงและการคงอยู่ของสถาบันอย่างต่อเนื่อง บัณฑิตมีศักยภาพทั้งเชิงวิชาการคุณธรรมจริยธรรมเป็นที่ยอมรับของสังคมโดยสะท้อนจากผลการประเมินคุณภาพบัณฑิตผ่านการประเมินในระดับดีขึ้นไป บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายสาระสำคัญของการบริหารคุณภาพที่นำไปสู่ความเป็นเลิศด้านการศึกษาพยาบาล โดยนำเสนอกระบวนการบริหารคุณภาพ (process of quality management) เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารสถาบันการศึกษาพยาบาลในการบริหารการศึกษาพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ

การบริหารคุณภาพการศึกษาพยาบาล

การบริหารคุณภาพของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการจัดการศึกษาพยาบาล สามารถนำแนวคิดทางด้านการบริหารและด้านคุณภาพมาผสมผสานกันหรือประยุกต์ในกระบวนการทำงานได้อย่างกลมกลืนซึ่งจะทำให้เกิดการบริหารคุณภาพองค์กรรูปแบบใหม่ที่มีความท้าทายต่อผู้บริหารท่ามกลางกระแสความเปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน แนวคิดสำคัญที่ควรคำนึงถึงตามที่กล่าวข้างต้น ได้แก่

1) แนวคิดกระบวนการบริหารคุณภาพ การบริหารองค์กรที่ส่งผลต่อความเป็นเลิศ ผู้บริหารควรพัฒนา

กระบวนการบริหารคุณภาพให้เกิดขึ้นครอบคลุมทุกขั้นตอน สร้างความเชื่อมโยงทุกส่วน และอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายในการดำเนินงานคุณภาพ เพื่อจัดการป้องกันสิ่งที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานในทุกขั้นตอนของกระบวนการในองค์กร ซึ่งผู้บริหารต้องสร้างระบบคุณภาพสร้างคนให้มีคุณภาพ สร้างวัฒนธรรมคุณภาพ ผู้บริหารต้องตัดสินใจเลือกกลยุทธ์ที่จะนำมาเป็นแนวทางปฏิบัติ ปรับปรุง พัฒนา แก้ไขการดำเนินงานในองค์กรเพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ การบริหารคุณภาพ เป็นกระบวนการที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีขั้นตอนเป็นรูปธรรมชัดเจน มีการปรับปรุงกระบวนการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการดำเนินการ การปรับปรุงกระบวนการเพื่อเพิ่มขีดความสามารถการทำงานให้บรรลุเป้าหมายองค์กร[2]

กระบวนการบริหารคุณภาพเริ่มจากการวิเคราะห์องค์กร/ความต้องการของสังคมเพื่อเห็นสภาพปัญหา จุดแข็ง จุดอ่อน ความต้องการพัฒนาในอนาคตเป็นการบริหารเพื่อให้งานทั้งหมดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างเต็มที่ มีการเทียบเคียงเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศผลการวิเคราะห์องค์กรเป็นสิ่งจำเป็นในการกำหนดเป้าหมายคุณภาพ นำไปสู่การออกแบบแผนพัฒนาการบริหารคุณภาพ (quality of design) ที่เป็นเครื่องมือสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมคำนึงถึงการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพงานการวิเคราะห์องค์กรเพื่อเห็นสภาพปัญหาการดำเนินงาน จุดแข็ง จุดอ่อน หรือความต้องการพัฒนาในอนาคตที่เชื่อมโยงถึงวิธีการที่จะนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาองค์กร เป็นการบริหารเพื่อให้งานทั้งหมดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างเต็มที่มีการเทียบเคียงเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศ ผลการวิเคราะห์องค์กรเป็นสิ่งจำเป็นในการกำหนดเป้าหมายคุณภาพ นำไปสู่การออกแบบแผนพัฒนาการบริหารคุณภาพที่เป็นเครื่องมือสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมคำนึงถึงการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพงาน[5-7] ขั้นต่อมาคือการควบคุมกระบวนการให้เป็นไปตามแผน รวมถึงค้นหาแนวทางปรับปรุงการดำเนินงานเพื่อให้การเรียนการสอนมีประสิทธิผล นักศึกษาสำเร็จการศึกษาอย่างมีคุณภาพ (quality of conformance) และขั้นตอนการประเมินผล ปรับปรุงเพื่อให้เกิดคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (quality of performance)[8]

2) แนวคิดการบริหารคุณภาพโดยรวม (total quality management: TQM) เป็นแนวคิดที่สถานศึกษานำมาใช้พัฒนาคุณภาพการศึกษามากขึ้น เนื่องจากเป็นการบริหารให้เกิดคุณภาพทุกด้าน ทุกกิจกรรม เป็นหน้าที่ทุกคนต้องมีส่วนร่วมและรับผิดชอบปรับปรุงการทำงานให้เกิดประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง ให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมการทำงาน มีหลักการ คือ การให้ความสำคัญกับลูกค้า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและบุคลากรในองค์กร (customer focus) การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง ติดตามตรวจสอบและประเมินผลงานอย่างเป็นระบบ(process improvement) ทุกคนในองค์กรต้องมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาและปรับปรุงสู่ “ความเป็นเลิศองค์กร” (total involvement)[2]

3) แนวคิดวงจรคุณภาพ (PDCA) นำมาใช้เพื่อปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยการวางแผน (Plan) การดำเนินงาน (Do) การประเมินคุณภาพ (Check) และการปรับปรุง (Act) เป็นการกระทำที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ ก่อให้เกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ทุกครั้งที่วงจรหมุนครบรอบจะเป็นแรงส่งให้หมุนรอบต่อไป วิธีการใหม่ที่ทำให้เกิดการปรับปรุงจะเป็นมาตรการพัฒนาการทำงานไม่สิ้นสุดทำให้ผลลัพธ์จากกระบวนการบริหารคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐาน เป็นวัฒนธรรมการทำงานเน้นการควบคุมคุณภาพและการตรวจสอบคุณภาพ ทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องบรรลุเป้าหมายคุณภาพ[9]

4) แนวคิดการบริหารแบบมีส่วนร่วม สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในขอบเขตหน้าที่ ได้รับประโยชน์จากผลการพัฒนาเท่าเทียมกัน ให้ความสำคัญกับการแสดงความคิดเห็นเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจ ยอมรับวัตถุประสงค์เพื่อผลักดันการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย ความสำเร็จขึ้นกับความสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ของผู้บริหาร การมีส่วนร่วมในการบริหารคุณภาพของทุกคน ทุกกระบวนการจะส่งผลให้การทำงานบรรลุวัตถุประสงค์ เกิดความผูกพันและความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร[8,10-11]ลักษณะการบริหารแบบมีส่วนร่วมมี 5 ประการ 1) การมอบอำนาจในการตัดสินใจ

(shared authority) 2) การตั้งเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกัน (good and objectives) 3) การไว้วางใจกัน (trust) 4) ความผูกพันต่องาน (commitment) 5) ความเป็นอิสระต่อความรับผิดชอบ (autonomy)[12]

รูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วมสรุปได้ดังนี้ 1) การมีส่วนร่วมกำหนดเป้าหมาย (participation in goal setting) ของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับเพื่อวางทิศทางการทำงานให้เกิดผลตามเป้าหมาย 2) การมีส่วนร่วมตัดสินใจ (participation in decision making) ดำเนินกิจกรรมโดยเลือกวิธีการตัดสินใจ และประเมินทางเลือกการตัดสินใจ 3) การมีส่วนร่วมการปฏิบัติงาน (participation in implementation) การสนับสนุนทรัพยากร การประสานความร่วมมือ 4) การมีส่วนร่วมแก้ปัญหา (participation in problem solving) วิเคราะห์สาเหตุ แนวทางแก้ปัญหาหรือการพัฒนาปรับปรุงงาน 5) การมีส่วนร่วมผลประโยชน์ (participation in benefits) 6) การมีส่วนร่วมประเมินผล (participation in evaluation) เพื่อควบคุมตรวจสอบการดำเนินกิจกรรม[12-13] และจากการศึกษากระบวนการบริหารแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน 1) การมีส่วนร่วมวิเคราะห์องค์กรเพื่อค้นหาปัญหารับรู้สถานการณ์และบริบทองค์กร นำไปกำหนดเป้าหมายคุณภาพ 2) การมีส่วนร่วมวางแผน ช่วยตัดสินใจอย่างมีเหตุผล เรียนรู้และเข้าถึงข้อมูลการวางแผน การตั้งเป้าหมาย 3) การมีส่วนร่วมปฏิบัติงาน บริหารกิจกรรม ทรัพยากร งบประมาณ และการตัดสินใจ 4) การมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผลความสำเร็จของแผน การประเมินผลการพัฒนา 5) การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ที่พึงได้จากการพัฒนาหรือผลของกิจกรรมที่เกิดขึ้น[11,13]

สรุปแนวคิดกระบวนการบริหารคุณภาพการศึกษา ได้แก่

1) การมีส่วนร่วมตัดสินใจ (decision making) ตั้งแต่การวิเคราะห์องค์กร สาเหตุของปัญหา การออกแบบและวางแผนบริหารคุณภาพ กำหนดเป้าหมายการทำงานที่มีจุดหมายเดียวกันเปิดโอกาสบุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วมการบริหารทุกขั้นตอน เพื่อสร้างความเข้าใจในทิศทางเดียวกัน

2) การมีส่วนร่วมปฏิบัติการ (implementation) เปิดโอกาสให้มีการประสานความร่วมมือระหว่างกัน สนับสนุนซึ่งกันและกันทุกด้าน สร้างความมุ่งมั่นในความสำเร็จของการทำงาน มอบหมายงาน ตามความรู้ ความสามารถ และบทบาทหน้าที่ ขับเคลื่อนการทำงานร่วมกันเป็นทีม

3) การมีส่วนร่วมประเมินผลและรับผลประโยชน์ (evaluation & benefits) ให้โอกาสได้ปฏิบัติหน้าที่เพื่อประเมินผลการบริหารคุณภาพ ตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบทั้งการปฏิบัติงานเพื่อให้ผลลัพธ์บรรลุเป้าหมายและการดำเนินกิจกรรมหรือการตัดสินใจที่ส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ และมีส่วนร่วมได้รับผลประโยชน์ที่เกิดจากความสำเร็จตามเป้าหมาย

5) ปัจจัยความสำเร็จในการบริหารคุณภาพ

การบริหารคุณภาพที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและมีประโยชน์สูงสุดต่อองค์กรนั้น มีปัจจัยแห่งความสำเร็จ ดังนี้

5.1) ผู้บริหารมีความมุ่งมั่นพัฒนา วิสัยทัศน์ชัดเจน สื่อสารวิสัยทัศน์สู่ระดับบุคคล ถ่ายทอดกลยุทธ์ขององค์กรไปสู่การปฏิบัติ กระจายภาระงานอย่างเหมาะสม สนับสนุนการกิจกรรมคุณภาพมุ่งการบรรลุเป้าหมายคุณภาพการจัดการศึกษา[11]

5.2) ผู้ปฏิบัติมีความตระหนักในการบริหารคุณภาพและเรียนรู้การปฏิบัติงานด้วยกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (as continuous learning) มุ่งพัฒนาเป้าหมายองค์กรบูรณาการกับภาระกิจหลัก สร้างความรับผิดชอบต่อผลลัพธ์คุณภาพองค์กร (accountability) ร่วมรับรู้ในผลสำเร็จ สร้างความร่วมมือทั้งระดับบุคคลและกลุ่มภารกิจเพื่อพัฒนาผลลัพธ์[13-15]

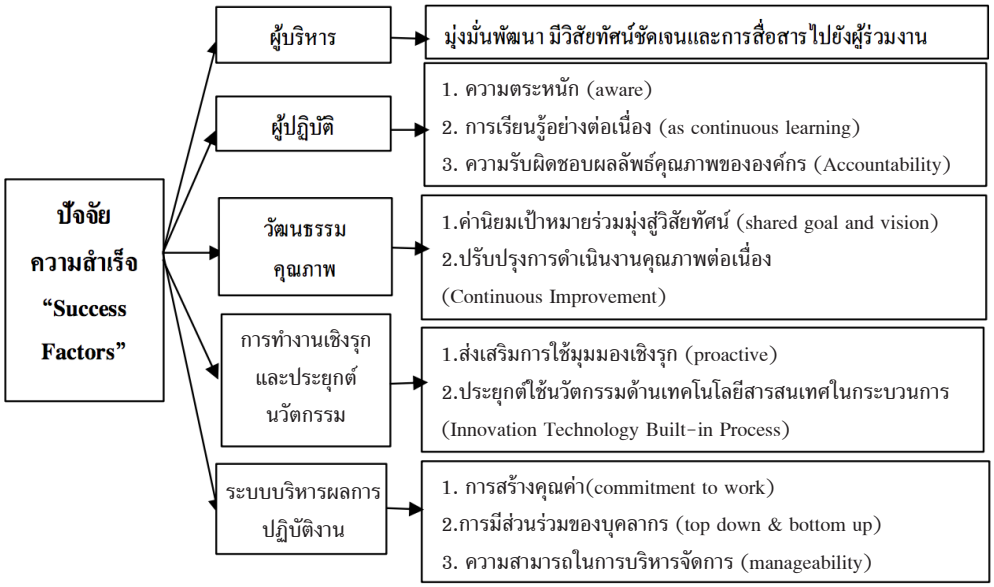
5.3) วัฒนธรรมคุณภาพ (quality culture) สร้างแนวปฏิบัติที่นำไปสู่คุณภาพกำหนดค่านิยมที่เป็นบรรทัดฐานการปฏิบัติงาน ให้บรรลุเป้าหมายและวิสัยทัศน์ (shared goal and vision) พัฒนาหรือปรับปรุงการดำเนินงานที่เน้นคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (continuous improvement) ปรับเปลี่ยนวิธีการตรวจสอบเป็นรูปแบบกัลยาณมิตร ลดภาระงานการจัดทำรายงานเอกสาร[14]

5.4) การทำงานเชิงรุกและใช้นวัตกรรมในการบริหาร (proactive behavior & innovation built-in process) ส่งเสริมบุคลากรใช้มุมมองเชิงรุก (proactive) ประยุกต์ใช้นวตกรรมปัญญาประดิษฐ์ (artificial intelligence: AI) พัฒนาระบบสารสนเทศช่วยตัดสินใจเชิงบริหาร (innovation built-in process) สร้างความได้เปรียบเชิงการแข่งขัน

ลดภาระงาน ลดขั้นตอนการทำงาน เพื่อพัฒนาผลลัพธ์ที่เหนือกว่ามาตรฐาน[11,15]

5.5) ระบบบริหารผลการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายองค์กร บุคลากรมีอิทธิพลในการขับเคลื่อนผลลัพธ์องค์กร (results) ผู้บริหารต้องให้ความสำคัญต่อการสร้างคุณค่ากับทุกระดับ (commitment to work) ให้โอกาสมีส่วนร่วม (top down & bottom up) สนับสนุนความสามารถการบริหาร (manageability) สร้างพันธะสัญญาในการทำงานเพื่อประโยชน์ขององค์กร[13]

จากปัจจัยความสำเร็จในการบริหารงานคุณภาพ ผู้เขียนสรุปเป็นแผนภาพดังนี้



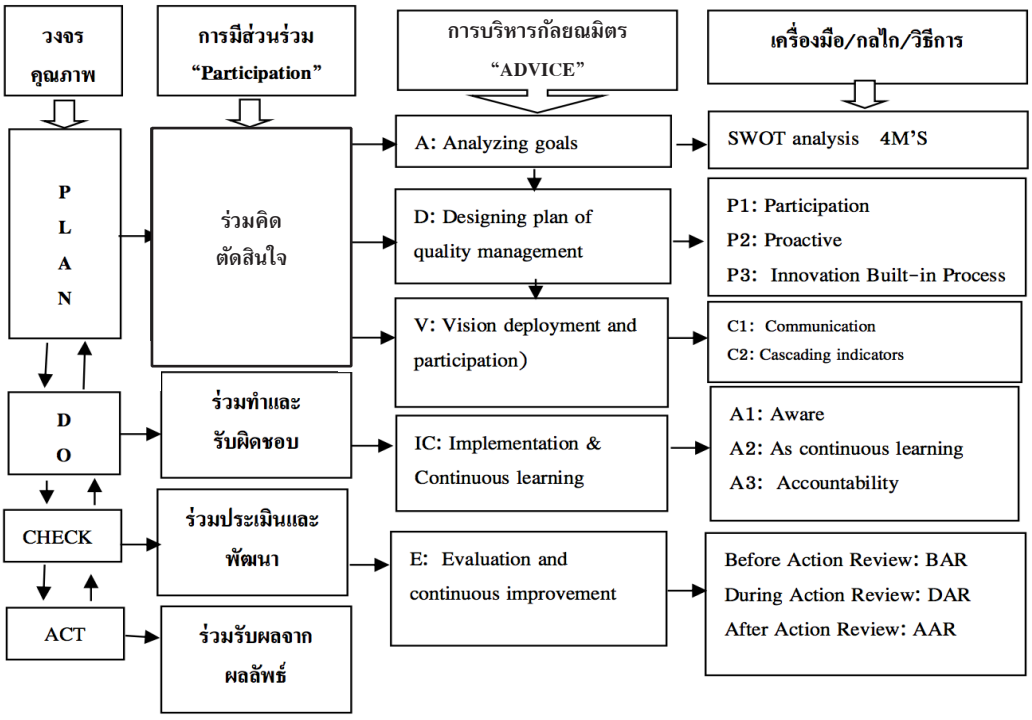
แผนภาพที่ 1 ปัจจัยความสำเร็จในการบริหารงานคุณภาพ

กระบวนการบริหารคุณภาพสู่ความเป็นเลิศด้านการจัดการศึกษาพยาบาล

จากแนวคิดกระบวนการบริหารคุณภาพการศึกษาและปัจจัยความสำเร็จ ทำให้ผู้เขียนได้ข้อค้นพบว่าการบริหารคุณภาพที่จะนำไปสู่ความเป็นเลิศในการศึกษาพยาบาล โดยสถาบันมีผลดำเนินงานการบริหารคุณภาพการศึกษาบรรลุเป้าหมายสอดคล้องเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพการศึกษาระดับอุดมศึกษาและวิชาชีพพยาบาล บัณฑิตมีศักยภาพทั้งเชิงวิชาการ คุณธรรมจริยธรรมโดยสะท้อนจากผลการประเมินคุณภาพบัณฑิตผ่านการประเมินในระดับดีขึ้นไปได้นั้น ผู้บริหารต้องใช้กระบวนการบริหารคุณภาพอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องเพื่อพัฒนาคุณภาพการศึกษาสู่คุณภาพบัณฑิตและสถาบัน เริ่มจากการวิเคราะห์องค์กรให้เห็นประเด็นปัญหาหรือสิ่งที่ต้องพัฒนา เพื่อนำไปสู่การออกแบบแผนบริหารคุณภาพอย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้องค์กรบรรลุเป้าหมาย มีการประเมินผลโดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่องในการปฏิบัติงานการพัฒนาปรับปรุงตามผลการประเมิน โดยให้ความสำคัญที่ผลลัพธ์ต้องเกิดขึ้นกับผู้เรียนสะท้อนถึงคุณภาพของบัณฑิต รวมทั้งให้โอกาสทุกคนในองค์กรมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารตั้งแต่ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติการ ร่วมประเมินผลและพัฒนา การได้รับผลประโยชน์ร่วมกันตามบทบาทหน้าที่ โดยผู้บริหารต้องส่งเสริมปัจจัยความสำเร็จ พัฒนากลไกทำให้บุคลากรเกิดความตระหนัก รับผิดชอบ ทั้งด้านคุณธรรมจริยธรรม ความมุ่งมั่นต่อการพัฒนาผลลัพธ์ขององค์กร และนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายและมาตรฐานการศึกษาที่กำหนด ผู้เขียนจึงนำเสนอกระบวนการบริหารคุณภาพ “Par ADVICE” โดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของบุคลากร (participation) 4 ประเด็น และกระบวนการบริหาร 5 ขั้นตอน (ADVICE) เสนอเป็นแผนภาพ ต่อไปนี้

กระบวนการบริหารคุณภาพสู่ความเป็นเลิศด้านการจัดการศึกษาพยาบาล

จากแนวคิดกระบวนการบริหารคุณภาพการศึกษาและปัจจัยความสำเร็จ ทำให้ผู้เขียนได้ข้อค้นพบว่าการบริหารคุณภาพที่จะนำไปสู่ความเป็นเลิศในการศึกษาพยาบาล โดยสถาบันมีผลดำเนินงานการบริหารคุณภาพการศึกษาบรรลุเป้าหมายสอดคล้องเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพการศึกษาระดับอุดมศึกษาและวิชาชีพพยาบาล บัณฑิตมีศักยภาพทั้งเชิงวิชาการ คุณธรรมจริยธรรมโดยสะท้อนจากผลการประเมินคุณภาพบัณฑิตผ่านการประเมินในระดับดีขึ้นไปได้นั้น ผู้บริหารต้องใช้กระบวนการบริหารคุณภาพอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องเพื่อพัฒนาคุณภาพการศึกษาสู่คุณภาพบัณฑิตและสถาบัน เริ่มจากการวิเคราะห์องค์กรให้เห็นประเด็นปัญหาหรือสิ่งที่ต้องพัฒนา เพื่อนำไปสู่การออกแบบแผนบริหารคุณภาพอย่างเป็นรูปธรรมส่งผลให้องค์กรบรรลุเป้าหมาย มีการประเมินผลโดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่องในการปฏิบัติงานการพัฒนาปรับปรุงตามผลการประเมิน โดยให้ความสำคัญที่ผลลัพธ์ต้องเกิดขึ้นกับผู้เรียนสะท้อนถึงคุณภาพของบัณฑิต รวมทั้งให้โอกาสทุกคนในองค์กรมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารตั้งแต่ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติการ ร่วมประเมินผลและพัฒนา การได้รับผลประโยชน์ร่วมกันตามบทบาทหน้าที่ โดยผู้บริหารต้องส่งเสริมปัจจัยความสำเร็จ พัฒนากลไกทำให้บุคลากรเกิดความตระหนัก รับผิดชอบ ทั้งด้านคุณธรรมจริยธรรม ความมุ่งมั่นต่อการพัฒนาผลลัพธ์ขององค์กรและนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายและมาตรฐานการศึกษาที่กำหนด ผู้เขียนจึงนำเสนอกระบวนการบริหารคุณภาพ “Par ADVICE” โดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของบุคลากร (participation) 4 ประเด็น และกระบวนการบริหาร 5 ขั้นตอน (ADVICE) เสนอเป็นแผนภาพ ต่อไปนี้



แผนภาพที่ 2 กระบวนการบริหารคุณภาพ แบบ “Par ADVICE”

จากแผนภาพข้างต้นจะเห็นว่าการบริหารองค์กรโดยใช้กระบวนการบริหารคุณภาพ แบบ “Par ADVICE” นั้นประกอบด้วยสิ่งสำคัญ 2 ประการ ได้แก่การมีส่วนร่วมของบุคลากรและกระบวนการบริหารกัลยาณมิตร รายละเอียดดังนี้

1. หลักการการมีส่วนร่วม (participation) ให้บุคลากรมีส่วนร่วมตามบทบาทหน้าที่ เพื่อขับเคลื่อนการบริหารคุณภาพการศึกษาพยาบาล ที่ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

1) ร่วมคิดตัดสินใจ (decision making) การร่วมคิดวางแผนบริหารคุณภาพตามมาตรฐานการศึกษาวิชาชีพการพยาบาล ร่วมกำหนดค่าเป้าหมายที่ท้าทายสู่ความเป็นเลิศขององค์กร

2) ร่วมทำและรับผิดชอบ (implementation&responsibility) การถ่ายทอดค่าเป้าหมายองค์กรไปสู่ระดับฝ่าย กลุ่มงาน บุคคล การมอบหมายงานตามความรู้ความสามารถและบทบาทหน้าที่

3) ร่วมประเมินและพัฒนา (evaluation&development) ร่วมประเมินผลลัพธ์ตามหน้าที่ความรับผิดชอบ แลกเปลี่ยนเรียนรู้จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพเพื่อพัฒนาไปสู่เป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

4) ร่วมรับผลจากผลลัพธ์ (benefit join to outcome) ร่วมรับผลประโยชน์จากความสำเร็จที่ส่งผลลัพธ์ต่อองค์กรตามเป้าหมายเชื่อมโยงกับการประเมินผลสัมฤทธิ์การปฏิบัติงาน

2. ขั้นตอนการบริหารคุณภาพ (quality management) ให้ความสำคัญกับบุคลากรและนักศึกษา ติดตามตรวจสอบประเมินผล และปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง (process improvement)

ขั้นที่ 1 การวิเคราะห์องค์กรและเป้าหมายคุณภาพ (A: analyzing goals)

วัตถุประสงค์เพื่อค้นหาปัญหา/ความต้องการการพัฒนานำไปสู่การกำหนดเป้าหมายคุณภาพที่เน้นผลลัพธ์ความเป็นเลิศขององค์กรและคุณภาพบัณฑิตและการออกแบบแผนบริหารคุณภาพ

หลักการ วิเคราะห์ตามหลัก 4M's ได้แก่

M1: Man ศักยภาพบุคลากรเพื่อบริหารจัดการคุณภาพการศึกษาสู่ความเป็นเลิศ

M2: Money ความคุ้มค่า คุ้มทุนในการผลิต

M3: Material ทรัพยากรเพื่อสร้างโอกาสในการแข่งขัน

M4: Management ระบบและกลไกการบริหารจัดการคุณภาพ วิธีการปฏิบัติที่เป็นเลิศ

วิธีดำเนินงาน

1) วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์การดำเนินงานคุณภาพการศึกษาเช่น สภาพการแข่งขัน แนวโน้มการเปลี่ยนแปลง ความต้องการของผู้รับบริการ ความคาดหวังของบุคลากร นักศึกษาและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภายนอก ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน นโยบายที่เกี่ยวข้อง ฯลฯ

2) นำผลการวิเคราะห์ กำหนดเป้าหมายคุณภาพให้สอดคล้องกับศักยภาพองค์กร ภายใต้ความท้าทายการจัดการศึกษาพยาบาลที่มีคุณภาพเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศ

ขั้นที่ 2 การออกแบบแผนบริหารคุณภาพ (D: designing plan of quality management)

วัตถุประสงค์ เพื่อออกแบบแผนบริหารคุณภาพ และกระบวนการดำเนินงาน ให้สอดคล้องกับเป้าหมาย ตอบสนองผลลัพธ์คุณภาพการจัดการศึกษาพยาบาลสู่ความเป็นเลิศและการดำเนินงานที่ดี

หลักการดำเนินการตามหลัก "3P" ดังนี้

P1: Participation ให้บุคลากรทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์ ร่วมตัดสินใจอย่างมีเหตุผล

P2: Proactive ส่งเสริมปัจจัยในการทำงานเชิงรุก เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เหนือมาตรฐาน

P3: Innovation Built-in Process ประยุกต์นวัตกรรม (artificial intelligence) ในกระบวนการบริหารคุณภาพ เพิ่มศักยภาพในการแข่งขันสู่คุณภาพที่เหนือมาตรฐาน

วิธีดำเนินการ

1) จัดทำแผนบริหารคุณภาพโครงการ กิจกรรม ให้สอดคล้องกับเป้าหมายคุณภาพ ให้บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมให้ข้อเสนอแนะการพัฒนา/ปรับปรุงคุณภาพงาน ทำให้เกิดความคิดเชิงรุกที่จะพัฒนา

2) ออกแบบกระบวนการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาผลลัพธ์ให้บรรลุเป้าหมาย วิเคราะห์งานและออกแบบตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์การดำเนินงาน ถ่ายทอดตัวบ่งชี้ระดับสถาบันพร้อมค่าเป้าหมายไปยังกลุ่มงานตามพันกิจ มอบหมายผู้บริหารตามโครงสร้างรับผิดชอบผลการดำเนินงาน มอบหมายบุคลากรรับผิดชอบการดำเนินงานระดับปฏิบัติโดยออกแบบการดำเนินงานสอดแทรกอยู่ในงานประจำ

3) กำหนดนโยบาย ส่งเสริมและสนับสนุน สร้างช่องทางให้บุคลากร พัฒนาหรือประยุกต์ใช้นวัตกรรมด้านเทคโนโลยีสารสนเทศในกระบวนการทำงาน (innovation technology built-in process)

ขั้นที่ 3 การขับเคลื่อนวิสัยทัศน์สู่การปฏิบัติ ภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วม (V: vision deployment and participation)

วัตถุประสงค์เพื่อสื่อสารวิสัยทัศน์ไปสู่การปฏิบัติที่ตอบสนองต่อการบรรลุเป้าหมายคุณภาพ โดยมุ่งให้บุคคลากรมีส่วนร่วมดำเนินการทุกระดับ

หลักการใช้เทคนิคการสื่อสารครอบคลุม“2 C”

C1: Communication การสื่อสารวิสัยทัศน์ไปยังบุคลากรสร้างความตระหนักและรับผิดชอบ

C2: Cascading indicator การถ่ายทอดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายสู่ระดับบุคคลเพื่อร่วมรับผิดชอบ

วิธีดำเนินการ

1) กำหนดวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนสื่อสารสู่บุคคลกำหนดค่านิยมร่วมเป็นบรรทัดฐานปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายและวิสัยทัศน์ (shared goal and vision) และปรับปรุงการดำเนินงานที่เน้นคุณภาพและประสิทธิภาพเป็นหลักอย่างต่อเนื่อง

2) ถ่ายทอดยุทธศาสตร์ เป้าหมายขององค์กรไปยังกลุ่มงาน โดยการสื่อสารผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น การประชุม สื่อภายใน line, message, email เป็นต้น

3) เปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย มอบหมายงานโดยใช้หลักการกระจายความรับผิดชอบ ตามโครงสร้างการบริหาร กำหนดผู้รับผิดชอบเป้าหมายเพื่อวัดความสำเร็จการดำเนินงาน จัดทำข้อตกลงผลการปฏิบัติงาน (PA) รายบุคคล โดยสะท้อนจากการถ่ายทอดตัวบ่งชี้ และใช้ผลการดำเนินงานเชื่อมโยงผลการปฏิบัติงานเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติงาน

4) บูรณาการการดำเนินงานคุณภาพกับความต้องการของสถาบันและแนวปฏิบัติของทุกกลุ่มภารกิจ คือ การผลิตบัณฑิต การวิจัย การบริการวิชาการ และการทำนุบำรุงศิลปะและวัฒนธรรม หลักการสำคัญคือ ลดขั้นตอน ลดปริมาณงาน ลดการใช้เวลา สร้างมูลค่าเพิ่มของบุคลากรและผลงาน ส่งเสริมให้มีการออกแบบงานและการวัดผลการดำเนินงานตามภารกิจ ที่ส่งเสริมให้องค์กรบรรลุผลสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน โดยเชื่อมโยงผลสำเร็จการดำเนินงานคุณภาพกับการประเมินผลการปฏิบัติงานตามตัวบ่งชี้ ที่ถ่ายทอดจากองค์กร (PA)

ขั้นที่ 4 การปฏิบัติและเรียนรู้อย่างต่อเนื่องภายใต้วัฒนธรรมคุณภาพ (IC: implementing and continuous learning)

วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาวัฒนธรรมการปฏิบัติงานร่วมกันของผู้บริหาร อาจารย์ และบุคลากร

หลักการหลัก “3A”พัฒนาการปฏิบัติและการเรียนรู้บุคลากรในองค์กร ได้แก่

A1: Aware พัฒนากลไกเพื่อสร้างความตระหนักในความรับผิดชอบต่อการพัฒนาคุณภาพ

A2: As continuous learning สร้างกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

A3: Accountability สร้างระบบและกลไกที่ส่งเสริมความร่วมรับผิดชอบผลลัพธ์คุณภาพองค์กร

วิธีดำเนินการ

1) สร้างความตระหนักในการพัฒนาคุณภาพ (aware) ทำให้บุคลากรปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดจาก mindset ไปสู่ growth mindset สร้างความรู้ความเข้าใจคุณภาพงาน การรับรู้ผลสำเร็จมาตรฐานการปฏิบัติงานความเชื่อมโยง

ปัจจุบันสู่อนาคต มุ่งเป้าหมายคุณภาพการจัดการศึกษา สร้างความไว้ใจ ความมุ่งมั่น จิตสำนึกต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพการศึกษา จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพให้บุคลากรมีแนวทางปฏิบัติที่นำไปสู่การมีคุณภาพ มีการรวบรวมข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์

2) สร้างกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (as continuous learning) โดยสร้างบรรยากาศการทำงานให้บุคลากรเกิดความมุ่งมั่นในการพัฒนาหรือปรับปรุงการดำเนินงานที่เน้นคุณภาพ ส่งเสริมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนางานอย่างต่อเนื่องสนับสนุนทรัพยากร กำกับติดตามตรวจสอบคุณภาพการศึกษาการประเมินคุณภาพการศึกษา ลดการมุ่งเน้นตรวจสอบเอกสาร เปลี่ยนเป็นการตรวจสอบแบบกัลยาณมิตร ช่วยเหลือแนะนำ

3) สร้างความร่วมรับผิดชอบผลลัพธ์คุณภาพองค์กร ให้โอกาสเลือกรับผิดชอบตัวบ่งชี้คุณภาพ เพื่อดำเนินงานตามกระบวนการและพัฒนาผลลัพธ์การดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย (accountability) โดยคำนึงถึงดุลยภาพระหว่างประโยชน์องค์กรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ขั้นที่ 5 การประเมินผล (E: evaluation)

วัตถุประสงค์ เพื่อกำกับติดตามและพัฒนาปรับปรุงผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

หลักการกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้เครื่องมือ 3R (Review) ดังนี้

R1: Before Action Review (BAR) การประเมินผลก่อนการทำงานการเรียนรู้ร่วมกัน

R2: During Action Review (DAR) การประเมินผลระหว่างการทำงาน

R3: After Action Review (AAR) การเรียนรู้ร่วมกันหลังการทำงาน

วิธีดำเนินงาน

1) การประเมินเพื่อควบคุมคุณภาพก่อนปฏิบัติงาน (Before Action Review: BAR) โดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อวิเคราะห์แผนบริหารคุณภาพร่วมกันก่อนนำไปปฏิบัติงาน ให้เป็นไปตามมาตรฐานคุณภาพ สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ เป้าหมายและตัวบ่งชี้ที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ผลลัพธ์รายตัวบ่งชี้ เพื่อตัดสินใจพิจารณาปรับลด/เพิ่ม โครงการ/กิจกรรม และเลือกตอบตัวบ่งชี้ก่อนนำแผนบริหารคุณภาพไปใช้

2) การประเมินเพื่อติดตามตรวจสอบคุณภาพระหว่างปฏิบัติงาน (During Action Review: DAR) ตามสภาพจริงอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อติดตามความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน ตรวจสอบคุณภาพและคาดการณ์ผลการดำเนินการที่ผ่านมาอิงค่าเป้าหมายและเกณฑ์ตัวชี้วัด วิเคราะห์ร่วมกันเพื่อพิจารณาปรับโครงการ/กิจกรรมหรือการดำเนินงานให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาผลลัพธ์ให้ได้ตามเป้าหมาย

3) การประเมินเพื่อหาแนวทางพัฒนาคุณภาพหลังการปฏิบัติงาน (After Action Review: AAR) โดยเรียนรู้ร่วมกันภายหลังรับการตรวจประเมินคุณภาพการศึกษา เพื่อติดตามจุดเด่น จุดด้อย ข้อเสนอแนะ และร่วมกันวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางการพัฒนาในการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่รับผิดชอบการศึกษาพยาบาลควรกำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพการจัดการศึกษาพยาบาลโดยเน้นการบริหารแบบมีส่วนร่วมและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมการนำกระบวนการบริหารคุณภาพ “Par-ADVICE” ไปพิจารณาวางแผนและดำเนินการบริหารคุณภาพเพื่อนำไปสู่การสร้างความเป็นเลิศในการจัดการศึกษาของสถาบัน

2. ผู้บริหารการศึกษาพยาบาล ควรสร้างความตระหนักให้บุคลากรมีจิตสำนึกร่วมรับผิดชอบต่อการพัฒนาคุณภาพ มีนโยบายสนับสนุนผู้ปฏิบัติ ส่งเสริมกระบวนการทางความคิดเพื่อการเติบโต (growth mindset) สร้างพลังอำนาจในความสำเร็จการดำเนินงาน (empowerment) ของบุคลากรและส่งเสริมบรรยากาศการเรียนรู้ร่วมกันแบบกัลยาณมิตร (ADVICE) เพื่อพัฒนางานคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

3. ผู้บริหารการศึกษาพยาบาล ควรพัฒนาระบบการบริหารคุณภาพ ให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์องค์กร การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน การออกแบบแผนบริหารคุณภาพเชิงรุก (proactive) ส่งเสริมการนำนวตกรรม artificial intelligence (AI) มาร่วมในการตัดสินใจเชิงบริหารส่งเสริมการสร้างสรรค์นวัตกรรมการทำงาน (innovation built-in) มาบูรณาการการทำงานประจำกับการพัฒนาคุณภาพเข้าด้วยกันอย่างสอดคล้องกับวิถีชีวิตการทำงาน

กระบวนการบริหารคุณภาพ สามารถใช้เป็นเครื่องมือสำคัญของผู้บริหารเชิงกลยุทธ์ในการเผชิญกับภาวการณ์เปลี่ยนแปลงด้านการบริหารและการแข่งขันด้านคุณภาพการศึกษาพยาบาล ทำให้องค์กรมีแนวปฏิบัติพื้นฐานที่จะนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาการบริหารคุณภาพการศึกษาพยาบาลขององค์กรเพื่อไปสู่ความเป็นเลิศโดยให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ภายใต้กระบวนการบริหารที่มุ่งเน้นการวิเคราะห์องค์กรเพื่อให้เห็นภาพที่เป็นช่องว่าง (GAP) ในการวางแผนพัฒนาคุณภาพและกำหนดเป้าหมายคุณภาพได้ตรงทิศทาง นำไปสู่การออกแบบแผนบริหารคุณภาพเพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมผ่านการขับเคลื่อนเชิงกลยุทธ์โดยมีการถ่ายทอดวิสัยทัศน์สู่การปฏิบัติ โดยเน้นการพัฒนาบุคลากรให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องภายใต้วัฒนธรรมคุณภาพ และติดตามประเมินผลและพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละสถาบันเพื่อสร้างความเป็นเลิศด้านการศึกษาพยาบาลให้เกิดแก่องค์กรต่อไป

บทสรุป

การจัดการศึกษาพยาบาลของวิทยาลัย สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ที่ต้องผลิตบัณฑิตให้มีคุณลักษณะตามความคาดหวังของผู้รับบริการ มีคุณภาพเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานการศึกษาระดับอุดมศึกษาและสภาการพยาบาล รวมทั้งต้องบริหารการเปลี่ยนแปลงเพื่อเปลี่ยนวิกฤติการเปลี่ยนแปลงสถานะองค์กร เป็นโอกาสเพื่อสร้างความเป็นเลิศการเป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก เป็นความท้าทายของผู้บริหารเพื่อสร้างความเชื่อมั่นต่อบุคลากรภายในองค์กรและความศรัทธาของสังคมต่อคุณภาพบัณฑิต รวมทั้งการเพิ่มโอกาสแข่งขันด้านคุณภาพการผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีสถาบันการศึกษาพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนจำนวนมากผู้บริหารจำเป็นต้องพัฒนากระบวนการบริหาร สร้างรูปแบบการบริหารคุณภาพที่ใช้เป็นแนวทางการบริหารงานคุณภาพ เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรทำงานให้บรรลุเป้าหมายองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ พัฒนาคุณภาพบัณฑิตเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง ส่งผลต่อการพัฒนาผลลัพธ์การดำเนินงานตามมาตรฐานคุณภาพการศึกษาและผลลัพธ์การประเมินคุณภาพการศึกษาของสถาบัน ทำให้ผลการดำเนินงานด้านการบริหารคุณภาพมีระดับคุณภาพที่เหนือมาตรฐาน เพื่อนำองค์กรไปสู่ความเป็นเลิศ

กระบวนการบริหารคุณภาพ “Par ADVICE”เป็นรูปแบบการบริหารคุณภาพที่มีจุดเด่นเรื่อง การบริหารแบบมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มวางแผนจนถึงร่วมรับผลประโยชน์ร่วมกัน มีการดำเนินงานตามแนวคิดวงจรคุณภาพ PDCA ที่เน้นการควบคุมคุณภาพ การตรวจสอบคุณภาพ การประเมินผลอย่างเป็นระบบ การปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง (process improvement) ทำให้องค์กรเกิดการพัฒนาผลลัพธ์สู่เป้าหมายอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นแนวคิดพื้นฐานที่ผู้ปฏิบัติทุกคนคุ้นชิน และไม่สร้างความยุ่งยากซับซ้อนกับผู้ปฏิบัติ แต่มีการพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมายของการพัฒนา จุดสำคัญอีกประการคือ การบริหารกัลยณมิตร ซึ่งผู้เขียนเรียกว่า “ADVICE” เป็นกระบวนการบริหารคุณภาพที่ให้ความสำคัญกับบุคลากรและนักศึกษาโดยมีจุดเริ่มจากการวิเคราะห์องค์กรเพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการเพื่อนำไปสู่คุณภาพของบัณฑิตและองค์กร นำผลการวิเคราะห์ไปสู่การออกแบบแผนบริหารคุณภาพ กำหนดค่าเป้าหมายเพื่อตอบสนองต่อผลลัพธ์การจัดการศึกษาและสร้างความท้าทายไปสู่การพัฒนาผลลัพธ์ที่เหนือมาตรฐาน โดยมีกระบวนการส่งเสริมให้บุคลากรมีวัฒนธรรมการทำงานเชิงรุก ส่งเสริมการประยุกต์ใช้นวัตกรรม การสร้างกลไกให้บุคลากรขับเคลื่อนวิสัยทัศน์ร่วมกัน ส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องภายใต้วัฒนธรรมคุณภาพ และมีการกำกับติดตามเพื่อพัฒนาปรับปรุงผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารในการคิดวิเคราะห์หรือวางแนวทางการบริหารคุณภาพ ผู้เขียนได้นำเสนอเทคนิค/วิธีการ/เครื่องมือที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในแต่ละขั้นตอนของการบริหารกัลยณมิตร “ADVICE” เพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพผลการดำเนินงานด้านการบริหารคุณภาพมีระดับคุณภาพที่เหนือมาตรฐาน

References

1. Evans CJ, Francis Shackell E, Jean Kerr-Wilson S, Joan Doyle G, McCutcheon JA, Budz B. A faculty created strategic plan for excellence in nursing education. Int J NursEducScholarsh 2014;11(1):1-11.
2. Natongbojaras T. The quality of administration of the primary level education school, Bueng Gum Area, Private Educational Office, Bangkok [master thesis]. Chiang Rai: Chiang Rai Rajabhat University;2010. (in Thai).
3. Prombuasri P, Malai C, Chaiyoyingyong R, Kitnopkial K. The developmentof quality management model enhancing educational quality among nursing colleges under the jurisdiction of Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health. Journal of Nursing and Education 2017;10(1):44-63. (in Thai).
4. Likitpongwit B, Intarak P. The excellence factors for nursing college administration under the Ministry of Public Health. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2017;4(1):119. (in Thai).
5. Yorke M. "This Wat QA?". Quality Assurance in Education 1997;5:97-100.
6. Marshood S. Quality assurance in Australian higher education: historical and future development. Asia Pacific Educ 2011;12:475-83.
7. Misiunas M. Internal quality assurance system and its implementation in Kaunas College. Quality of Higher Education 2007;4:38-52.
8. Jani H. Modeling total quality management in higher education with case based learning. JNIT 2012;3: 99-109.
9. Dill DD. Through Deming, s eyes: a cross national analysis of quality assurance policies in higher education. Quality in Higher Education 1995;1(2):95-110.
10. Joyce B, Weil M, Showers B. Models of teaching. 4th ed. Massachusetts: Ally and Bacon; 1992.
11. Thongchai A, Morachot N, Julsuwan S. Participation model in development of internal quality assurance of small-size school under the Secondary Education Service Area Office 28. Journal of Education, Mahasarakham University 2015;9 (suppl):891-906. (in Thai).
12. Seangsuwan O. A development of participative management model for basic educational quality assurance system under Nonthaburi Educational Service. [Dissertation]. Bangkok: North Bangkok University; 2013. (in Thai).
13. Ibara CE. Developing quality assurance culture for sustainable university education in Nigeria. Journal of Education and Practice 2015;6(29):142-47.
14. Thongsamsi A, Jaikeaw A, Churngchow C, Thipparat T. Quality culture of the workforce in public higher education institutions: a mixed methods approach. Rajamangala University of Technology Srivijaya 2013; 5(1):1-16. (in Thai).
15. Evans CJ, Francis Shackell E, Jean Kerr-Wilson S, Joan Doyle G, McCutcheon JA, Budz B. A faculty created strategic plan for excellence in nursing education. Int J NursEducScholarsh 2014;11(1):1-11.

การบริหารรายวิชาเพื่อพัฒนาทักษะทางคลินิกในการรักษาโรคเบื้องต้นสำหรับนักศึกษาพยาบาล

Course Management for Developing Clinical Skills in Primary Medical Care

ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ[1] วรินทร์ลดา จันทวีเมือง[1]

Trongrit Thongmeekhaun[1] Varinlada Juntaveemuang[1]

[1]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

[1]Boromarajonani College of Nursing, Songkhla

Corresponding author: Trongrit Thongmeekhaun; Email: trongrit2514@gmail.com

Received: 26 February 2019 **Revised:** 8 August 2019 **Accepted:** 8 November 2019

บทคัดย่อ

การพัฒนาทักษะทางคลินิกในการรักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาลให้ดีขึ้น ทำให้นักศึกษาตรวจรักษาโรคเบื้องต้นได้อย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย และสร้างความพึงพอใจกับผู้รับบริการ บทความนี้จึงนำเสนอแนวทางในการบริหารรายวิชาเพื่อพัฒนาทักษะทักษะทางคลินิกในการรักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษา โดยเน้นที่การจัดการเรียนการสอนตามแนวคิด “การเรียนรู้จากการปฏิบัติ” ซึ่งประกอบด้วย 1) การสัมมนาการรักษาโรคเบื้องต้น 2) การรักษาโรคเบื้องต้นโดยใช้ผู้ป่วยเสมือนจริง 3) การรักษาโรคเบื้องต้นโดยฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง และ 4) การประเมินแบบ OSCE ภายใต้การบริหารแบบร่วมมือกันจากผู้ที่เกี่ยวข้องตามหลัก 4 ต้อง ได้แก่ 4.1) ต้องเตรียมตัวเอง 4.2) ต้องเตรียมนักศึกษา 4.3) ต้องร่วมพัฒนา และ 4.4) ต้องให้เกิดคุณค่าในการประเมิน ซึ่งทำให้นักศึกษาเกิดทักษะทางคลินิกในการรักษาโรคเบื้องต้นที่ดีขึ้นและผู้รับบริการได้รับการบริการที่ดีตามมา

คำสำคัญ: การรักษาโรคเบื้องต้น; การเรียนรู้จากการปฏิบัติ; การศึกษาพยาบาล

Course Management for Developing Clinical Skills in Primary Medical Care among Nursing Students

Trongrit Thongmeekhaun[1] Varinlada Juntaveemuang[1]

[1]Boromarajonani College of Nursing, Songkhla

Corresponding author: Trongrit Thongmeekhaun; Email: trongrit2514@gmail.com

Received: 26 February 2019 **Revised:** 8 August 2019 **Accepted:** 8 November 2019

Abstract

Improvement of clinical skills development in primary medical care helps students improve their quality and safety of primary medical care and thus results in better client satisfaction. This article presents administrative guidelines to develop clinical skills in primary medical care of nursing student with the focus of education provision based on "learning from practice" which includes 1) a seminar on primary medical care, 2) primary medical care using simulation, 3) primary medical care by practicing with patients, and 4) OSCE used for assessment with mutual management of stakeholders based on 4 which must include 4.1) self-preparation, 4.2) preparation of students, 4.3) mutual development and 4.4) value of assessment awareness. Thus, students would have better clinical skills in primary medical care and clients will also receive improved services.

Keywords: primary medical care; learning from practice; nursing education

ความเป็นมาและความสำคัญ

ทักษะทางคลินิกในการรักษาโรคเบื้องต้นเป็น 1 ใน 14 สมรรถนะหลักของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่งที่สามารถปฏิบัติได้ภายใต้ความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วย การประกอบวิชาชีพพยาบาลตามข้อกำหนดในการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรค พ.ศ. 2545[1] การที่พยาบาลจะมีสมรรถนะในการรักษาโรคเบื้องต้นที่ดีได้นั้นย่อมเป็นผลมาจากจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะดังกล่าว วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา จึงได้จัดการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้มีในการรักษาโรคเบื้องต้น โดยคาดหวังว่านักศึกษาจะมีสมรรถนะและสามารถตรวจรักษาโรคเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งได้จัดการจัดการเรียนการสอนใน 2 วิชาหลัก คือ 1) วิชาทฤษฎีการรักษาพยาบาลเบื้องต้น และ 2) วิชาปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้น แก่นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ภาคการศึกษาที่ 1 และ 2 ตามลำดับ โดยมีผู้รับผิดชอบรายวิชาเป็นบุคคลสำคัญในการบริหารรายวิชาเพื่อให้จัดเรียนการสอนบรรลุตามวัตถุประสงค์ของรายวิชา คือ 1) มีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะทางคลินิกในการรักษาโรคเบื้องต้น และ 2) สามารถตรวจรักษาโรคเบื้องต้นได้

แต่การจัดการเรียนการสอนที่ผ่านพบว่า นักศึกษาประสบปัญหาในการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นหลายประการ เช่น ไม่ทราบว่าจะเริ่มต้นในการซักประวัติหรือตรวจร่างกายอย่างไร ซักประวัติและตรวจร่างกายไม่ถูกต้องหรือไม่ครอบคลุม ขาดแนวทางการวินิจฉัยแยกโรคที่เป็นระบบ ขาดการเชื่อมโยงระหว่างองค์ความรู้ต่าง ๆ ในแต่ละขั้นตอนการรักษาโรคเบื้องต้น ในที่สุดการวินิจฉัยและการรักษาที่เกิดขึ้นมักเป็นการเลียนแบบหรือทำตามที่แพทย์ตรวจ โดยขาดการคิดวิเคราะห์หรือแสวงหาคำตอบตามเหตุและผลด้วยตนเอง[2] ดังผลการวิจัยเรื่อง การใช้รูปแบบการสอบ OSCE เพื่อประเมินทักษะทางคลินิกในการรักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ซึ่งพบว่า นักศึกษามีทักษะทางคลินิกในการรักษาโรคเบื้องต้นโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ มากที่สุด (ร้อยละ 44.28) ด้านการรักษาและพยาบาล ด้านการตรวจร่างกายอยู่ในระดับควรปรับปรุง มากที่สุด (ร้อยละ 84.28 และ ร้อยละ 64.29 ตามลำดับ) ด้านการซักประวัติอยู่ในระดับพอใช้ มากที่สุด (ร้อยละ 45.72) ด้านการวินิจฉัยโรคและด้านการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ตรวจพิเศษอยู่ในระดับดีมาก มากที่สุด (ร้อยละ 54.29 และร้อยละ 52.86 ตามลำดับ)[3]

จากการทบทวนปัญหาดังกล่าวพบว่า มีสาเหตุหลายประการ ได้แก่ 1) ผู้สอน เนื่องจากผู้สอนส่วนใหญ่สอนแบบบรรยาย มีผู้สอนหลายคน โดยเฉพาะผู้สอนภาคปฏิบัติ ทำให้วิธีการสอนและเนื้อหามีความหลากหลายไม่เป็นทิศทางเดียวกัน 2) ผู้เรียน เนื่องจากทักษะทางคลินิกในการรักษาโรคเบื้องต้นแต่ละทักษะต้องอาศัยองค์ความรู้หลาย ๆ สาขา นักศึกษาเห็นว่ายุ่งยาก ต้องใช้เวลา จึงขาดความมุ่งมั่นตั้งใจในการทบทวนและเรียนรู้ และ 3) การจัดการเรียนการสอน เนื่องจากการเรียนการสอนที่ผ่านมาเน้นการบรรยายและการนำเสนอกรณีศึกษาในชั้นเรียน โดยนักศึกษามีโอกาสแสดงความคิดเห็นน้อย ขาดความเป็นรูปธรรมและเห็นภาพของกระบวนการรักษาโรคเบื้องต้นไม่ชัดเจน ทำให้นักศึกษามีความรู้ ความเข้าใจ การคิดวิเคราะห์และมีทักษะทางคลินิกในการรักษาโรคเบื้องต้นไม่ดีพอ ส่งผลให้การนำไปใช้ในการรักษาโรคเบื้องต้นไม่ดีเช่นเดียวกัน[4]

การบริหารรายวิชาเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยผู้ที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันวิเคราะห์และพบว่าสาเหตุของปัญหาดังกล่าวล้วนมีความเชื่อมโยงกัน โดยการจัดการเรียนการสอนเป็นสาเหตุสำคัญของปัญหานี้ จึงได้เพิ่มการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญให้มากขึ้น โดยเน้นการเรียนรู้จากการปฏิบัติ เพราะเชื่อว่าการเรียนรู้จากการปฏิบัติทำให้ผู้เรียนได้เรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ และจัดการกับความยุ่งยากในสถานการณ์จริงในเวลาเดียวกัน[5] ได้แก่ 1) การสัมมนาการรักษาโรคเบื้องต้น ซึ่งเป็นวิธีการสอนแบบอภิปรายกลุ่มย่อยที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ช่วยให้ผู้เรียนได้คิด วิเคราะห์และแสดงความคิดเห็นที่หลากหลาย เกิดการเรียนรู้ทั้งระดับรู้จำ เข้าใจ วิเคราะห์ และนำไปใช้ได้ เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจนขึ้น[6] ดังผลการวิจัยที่พบว่า วิธีการสอนดังกล่าว ทำให้ผู้เรียนความรู้ ความเข้าใจ สามารถคิดวิเคราะห์ และมีประโยชน์ในการนำไปใช้ในการฝึกปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้น[7] 2) การรักษาโรคเบื้องต้นโดยใช้ผู้ป่วยเสมือนจริง เป็นวิธีการจัดการเรียนการสอนที่เน้นทักษะการปฏิบัติจริง ภายใต้สถานการณ์และผู้รับบริการสมมุติ 3) การสอบแบบ OSCE ซึ่งเป็นวิธีการวัดและประเมินผล

ทักษะทางคลินิกของผู้เรียน โดยนำมาประเมินผลและให้ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาทักษะทางคลินิกในการรักษาโรคเบื้องต้นแก่นักศึกษาเป็นรายบุคคลก่อนการออกฝึกภาคปฏิบัติวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น เป็นต้น ทั้งนี้ในระหว่างการฝึกภาคปฏิบัติที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสงขลาและจังหวัดพัทลุง ได้ปรับปรุงหัวข้อและวิธีการสอนบนคลินิก การนิเทศบนคลินิก การจัดประสบการณ์ การเขียนรายงาน และการประชุมปรึกษาหารือการรักษาโรคเบื้องต้นกลุ่มอาการต่าง ๆ เพื่อให้อาจารย์นิเทศและครูพี่เลี้ยงได้เน้นสอน ติดตาม และประเมินทักษะทางคลินิกในการรักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษา

จากการบริหารรายวิชาเพื่อการพัฒนาทักษะทางคลินิกในการรักษาโรคเบื้องต้นตามแนวทางที่กล่าวพบว่า ทั้งนักศึกษาและอาจารย์พี่เลี้ยงมีการรับรู้เหมือนกันว่า ทักษะทางคลินิกในการรักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาลดีขึ้น[8] รวมทั้งผลการสอบ OSCE เพื่อประเมินทักษะทางคลินิกในการรักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษาดีขึ้นเช่นกัน[9] โดยแนวทางการบริหารรายวิชาเพื่อพัฒนาทักษะทางคลินิกในการรักษาโรคเบื้องต้นสำหรับนักศึกษาพยาบาลดังกล่าว ได้นำเสนอรายละเอียดดังต่อไปนี้

แนวคิดการบริหารรายวิชา

การบริหารรายวิชา เป็นการดำเนินงานของผู้รับผิดชอบรายวิชาและกลุ่มบุคคลเพื่อร่วมมือกันพัฒนาผู้เรียน ทั้งในด้านการเรียนการสอน การจัดกิจกรรม การวัดผล การจัดอาคารสถานที่และพัสดุครุภัณฑ์ การสรรหาผู้สอนมาดำเนินการหรือมาทำการสอนในรายวิชานั้นอย่างมีระบบ ระเบียบ กฎเกณฑ์ อย่างเหมาะสม เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่วางไว้ โดยรายละเอียดของการบริหารรายวิชาเป็นดังนี้

1. การเตรียมการออกแบบการสอนรายวิชา

การจัดการเรียนการสอนเป็นระบบนั้น ผู้รับผิดชอบรายวิชาต้องมีการเตรียมการออกแบบการสอน ซึ่งประกอบด้วย การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน การวิเคราะห์ผู้เรียน วิเคราะห์เนื้อหา กำหนดวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมเพื่อนำมาเขียนเป็นแผนการสอน การจัดเตรียมสื่อ และกิจกรรมสำหรับการเรียนการสอน[10]

2. การเตรียมผู้สอนและผู้เรียน

โดยก่อนการจัดการเรียนรู้ในแต่ละครั้ง ผู้สอนจะต้องมีการเตรียมตัวผู้สอนให้เป็นผู้ที่มีความพร้อมและมีความแม่นยำในเนื้อหาเพื่อให้การจัดการเรียนรู้เป็นไปอย่างราบรื่น และสามารถอำนวยความสะดวกให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ขณะจัดกิจกรรมการเรียนรู้ดังกล่าว ส่วนการเตรียมผู้เรียนนั้น จะต้องให้ผู้เรียนเตรียมเนื้อหาการเรียนรู้มาเช่นกัน โดยการมอบหมายให้ทบทวนความรู้เดิมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ใหม่เพื่อที่จะสามารถเชื่อมโยงความรู้ สร้างความรู้ ช่วยให้ผู้เรียนสามารถต่อยอดความรู้ใหม่ได้[10]

3. การวิเคราะห์หลักสูตร

การวิเคราะห์หลักสูตร เป็นการพิจารณารายละเอียดความสัมพันธ์ของจุดมุ่งหมายและเนื้อหา เพื่อนำมาวางแผนในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนและการสอบ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อใช้ในการวางแผน กำหนดขอบเขต และควบคุมการบริหารการสอนและการสอบให้ได้สัดส่วนสัมพันธ์กันอย่างสมดุล และสมบูรณ์ตามความคาดหมาย 2) เพื่อให้การดำเนินการสอนและการสอบให้เป็นไปตามสัดส่วนของระยะเวลาตามความสำคัญของเนื้อเรื่อง และของพฤติกรรมที่พึงประสงค์ 3) เพื่อแสดงสัดส่วนของความสำคัญเป็นปริมาณตัวเลขของแต่ละเนื้อหาวิชาและแต่ละพฤติกรรมที่สัมพันธ์กันตามความมุ่งหมายและตามที่หลักสูตรต้องการ และ 4) เพื่อเป็นแนวทางในการพิจารณาความเที่ยงตรงของข้อสอบทั้งในด้านเนื้อหาวิชาและโครงสร้างที่เป็นอยู่[11]

4. การออกแบบการจัดการเรียนการสอน

การออกแบบการเรียนการสอน เป็นศาสตร์ที่เกี่ยวกับการกำหนดองค์ประกอบของการจัดการเรียนการสอน การนำไปสู่การปฏิบัติ การประเมินผลและการจัดการชั้นเรียนที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของผู้เรียน มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อกำหนดองค์ประกอบต่าง ๆ ของการเรียนการสอนให้เหมาะสม สอดคล้องกับผู้เรียน ความก้าวหน้าของศาสตร์ สื่อ และบริบท

ของผู้เรียน โดยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ดีที่สุด 2) เพื่อพัฒนาคุณภาพ ประสิทธิภาพการจัดการเรียนรู้ไปสู่เป้าหมายและมาตรฐานสากลที่ยอมรับได้ และ 3) เพื่อยกระดับความเป็นวิชาชีพของครูผู้สอนไปสู่มาตรฐาน[10]

5. การออกแบบการวัดและประเมินผล

การออกแบบการวัดและประเมินผล เป็นการคิดวางแผนตั้งแต่ขั้นการออกแบบหน่วยการเรียนรู้ว่าในการประเมินสรุปความรู้รวบยอดเมื่อจบหน่วยการเรียนรู้นั้น จะให้ผู้เรียนแสดงออกซึ่งความรู้ ความเข้าใจสิ่งที่เรียนในรูปแบบใด จะให้ปรากฏเป็นหลักฐานเช่นไร มีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะทำให้ผู้สอนมั่นใจได้ว่าผู้เรียนมีความรู้ ทักษะ ความเข้าใจตามที่กำหนดในรายวิชา[12]

แนวคิดการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะการรักษาโรคเบื้องต้น

1. แนวคิดการจัดการเรียนรู้

การจัดการเรียนการสอนการรักษาโรคเบื้องต้นของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ที่ผ่านมาพบว่า เน้นการบรรยายและนำกรณีศึกษาโรคตามกลุ่มอาการต่าง ๆ ประกอบการบรรยาย โดยนักศึกษามีโอกาสแสดงความคิดเห็นน้อย ทำให้ไม่สามารถทำให้นักศึกษาเกิดความรู้ ความเข้าใจ การคิดวิเคราะห์ และมีทักษะทางคลินิกในการรักษาโรคเบื้องต้นตามที่คาดหวังได้ ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับแล้วว่า การจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญทำให้ผู้เรียนสร้างความรู้ใหม่โดยมีการใช้กระบวนการทางปัญญา กระบวนการทางสังคม ให้ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์และมีส่วนร่วมในการเรียน โดยมีผู้สอนเป็นผู้อำนวยความสะดวกและจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้สอดคล้องกับความสนใจ ความสามารถ และความถนัดของผู้เรียน โดยเน้นการบูรณาการความรู้ในศาสตร์สาขาต่าง ๆ ใช้วิธีการสอนและการวัดผลที่หลากหลายวิธี[6] โดยแนวคิดและวิธีการสอนที่เป็นส่วนหนึ่งของการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ และนำประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนรู้ครั้งนี้ ได้แก่

1.1 การเรียนรู้จากการปฏิบัติ (learning by doing) มีหลักการสำคัญ คือ ผู้เรียนเรียนรู้โดยนำประเด็นปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงมาเข้าสู่กระบวนการคิดวิเคราะห์ ลงมือปฏิบัติ และมีการประเมินทางเลือกในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเฉพาะเจาะจงตรงประเด็น และการสะท้อนคิดผลการเรียนรู้บนประสบการณ์ของตนเอง ซึ่งประโยชน์ที่ผู้เรียนจะได้โดยตรง คือ ผู้เรียนจะมีความรู้ ความเข้าใจในเนื้อหาที่เรียนอย่างลึกซึ้ง ซึ่งมากกว่าในตำราหรือจากผู้สอนเพียงด้านเดียว และยังได้มีการสัมผัสใกล้ชิดกับสภาพความเป็นจริง เป็นไปตามแนวคิด learning by doing ที่เชื่อว่าไม่มีการเรียนรู้โดยปราศจากการปฏิบัติ และไม่มีการปฏิบัติโดยปราศจากการเรียนรู้[5] การเรียนรู้จากการปฏิบัติเริ่มต้นจากโปรแกรมความรู้ ซึ่งเป็นความรู้ที่ใช้ในปัจจุบัน ในหนังสือ หรือจากการบรรยายร่วมกับกระบวนการของการตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนได้คิดใคร่ครวญ ซึ่งจะถามในสิ่งที่ยังไม่รู้ และการสะท้อนกลับ จากนั้นนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติและสะท้อนผลการเรียนรู้ โดยในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการเรียนรู้เกิดจากการกระทำ 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การเรียนรู้จากประสบการณ์ (experiential learning) 2)การแก้ไขปัญหาอย่างสร้างสรรค์ (creative problem solving) 3) การแสวงหาความรู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อแก้ไขปัญหานั้น (knowledge acquisition) และ 4) การสนับสนุนโดยกลุ่มเพื่อให้มีการเรียนร่วมกัน (co-learner support) สามารถสรุปเป็นสมการของการเรียนรู้ได้ ดังนี้[5]

L = P+Q+R +I+R เมื่อ

L = Learning (การเรียนรู้)

P = Programmed Instruction (ความรู้ที่ใช้ในปัจจุบัน ในหนังสือ การบรรยาย)

Q = Questioning (การตั้งคำถาม)

R = Reflection (การสะท้อนคิด/การคิดใคร่ครวญ)

I = Implementation (การลงมือปฏิบัติ)

1.2 วิธีการเรียนการสอนโดยใช้การอภิปรายกลุ่มย่อยแบบสัมมนา (small group discussion: seminar method) เป็นวิธีการเรียนการสอนที่จัดอยู่ในกลุ่มการสอนแบบอภิปรายกลุ่มย่อย เป็นรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียน

เป็นสำคัญแบบเน้นทักษะกระบวนการ โดยการจัดผู้เรียนเป็นกลุ่มเล็ก ๆ ประมาณ 4–8 คน และให้ผู้เรียนในกลุ่มพูดคุย แลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็น และประสบการณ์ต่าง ๆ ตามประเด็นที่กำหนดในคำถามการสัมมนา สรุปผลการอภิปรายกลุ่มย่อยเป็นข้อสรุปของกลุ่มใหญ่ต่อไป ภายใต้การให้ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละขั้นตอนของสัมมนา ซึ่งช่วยให้ผู้เรียนมีโอกาสได้คิด วิเคราะห์ และแสดงความคิดเห็นที่หลากหลาย เกิดการเรียนรู้ได้กว้างขึ้น ทั้งในระดับรู้จำ เข้าใจ วิเคราะห์ และนำไปใช้ได้[6]

1.3 วิธีการประเมินแบบ OSCE (objective structured clinical examination) เป็นวิธีการวัดและประเมินผลพฤติกรรมทางคลินิกที่ครอบคลุมการวัดความรู้ ความคิดของผู้เรียน ทั้งในด้านเจตคติและการตัดสินใจ และสามารถวัดทักษะของผู้เรียนด้วย จึงเหมาะที่จะนำมาใช้ในกระบวนการจัดการเรียนการสอนเพื่อประเมินผลการเรียนรู้ของผู้เรียนว่า สามารถนำความรู้และทักษะไปประยุกต์ใช้ในการคิดแก้ปัญหาในการรักษาโรคเบื้องต้นได้อย่างเป็นขั้นตอนและอย่างมีวิจารณญาณหรือไม่[15] ทั้งนี้ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า รูปแบบการสอบ OSCE สามารถประเมินทักษะและจำแนกความสามารถในการปฏิบัติของนักศึกษาได้[16]

2. การพัฒนาทักษะทางคลินิกในการรักษาโรคเบื้องต้นสำหรับนักศึกษาพยาบาล

จากแนวคิดการจัดการเรียนรู้และการประยุกต์ใช้ดังกล่าว ร่วมกับการนำผลการวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อปัญหาที่กล่าว นำมาสู่แนวทางการพัฒนาทักษะทางคลินิกในการรักษาโรคเบื้องต้นในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ตามสมการการเรียนรู้จากการปฏิบัติ (learning by doing): L=P+Q+R +I+R ดังนี้[5]

2.1. โปรแกรมความรู้ (programmed instruction: P) เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคเบื้องต้นตามแผนจัดการเรียนรู้ที่กำหนดไว้ในรายละเอียดของรายวิชา (มคอ.3) โดยใช้วิธีการให้ความรู้ที่หลากหลายและเน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม ได้แก่ การบรรยายแบบมีส่วนร่วม จัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษา และการเรียนรู้แบบสืบเสาะแสวงหาความรู้เป็นกลุ่ม โดยผู้สอนต้องมีการคำถามเป็นระยะ ๆ เพื่อกระตุ้นนักศึกษาให้มีส่วนร่วมและแสดงความคิดเห็น การมอบหมายให้นักศึกษาศึกษากรณีตัวอย่าง สืบเสาะแสวงหาความรู้ และนำอภิปรายแลกเปลี่ยนกันในกลุ่มย่อย แล้วนำผลมาเสนอในชั้นเรียน โดยให้แต่ละกลุ่มมีส่วนร่วมในการอภิปรายและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ส่วนผู้สอนเป็นผู้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องและส่งเสริมการคิดวิเคราะห์

2.2 การตั้งคำถาม (questioning: Q) เป็นการเรียนรู้ตามโปรแกรมความรู้ตามแผนจัดการเรียนรู้ที่กำหนดไว้ในรายละเอียดของรายวิชา (มคอ.3) โดยผู้สอนมอบหมายให้นักศึกษาแต่ละกลุ่มร่วมกันวิเคราะห์ประเด็นปัญหาและสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้นักศึกษาไม่สามารถนำเสนอและทำการรักษาโรคเบื้องต้นในกรณีศึกษานั้น ๆ ได้อย่างถูกต้องและครอบคลุมตามขั้นตอนการรักษาโรคเบื้องต้น ซึ่งอาจทำให้เสี่ยงต่อคุณภาพการรักษาโรคเบื้องต้นหากเป็นการปฏิบัติในสถานการณ์จริง

2.3 การสะท้อนคิด (reflection: R) เป็นการให้นักศึกษาได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มย่อย โดยพยายามค้นหาคำตอบหาเหตุผลและข้อมูลอ้างอิงมาแก้ไขปัญหาข้างต้นซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนานักศึกษาให้สามารถคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ แล้วให้แต่กลุ่มสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ร่วมกันโดยผู้สอนมีบทบาทสำคัญในการสะท้อนว่านักศึกษากำลังเรียนรู้อะไร ปัญหามีสาเหตุหรือปัจจัยอะไรบ้าง ซึ่งมีผลต่อคุณภาพการรักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษา และให้แก้ไขสาเหตุและปัจจัยเหล่านั้นนำเสนอเพื่อหาข้อสรุปเป็นแนวทางและนำไปใช้ในขั้นตอนต่อไป ทั้งนี้ผู้สอนมีการกระตุ้นการคิด สร้างแรงจูงใจและแสดงออกถึงการสนับสนุนมากกว่าการวิจารณ์หรือการตำหนิเพื่อให้นักศึกษาคิดหาคำตอบและรู้สึกท้าทายกับสิ่งเหล่านั้น รวมทั้งเกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น

2.4 การลงมือปฏิบัติ (implementation: I) เป็นการให้นักศึกษาได้ในการลงมือปฏิบัติการเรียนรู้และพัฒนาทักษะทางคลินิกในการรักษาโรคเบื้องต้น ทั้งหมด 4 แนวทาง ดังนี้

2.4.1 การอภิปรายกลุ่มย่อยแบบสัมมนาการรักษาโรคเบื้องต้น เป็นวิธีการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางแบบเน้นทักษะกระบวนการ โดยพัฒนาขึ้นจากผลการวิจัยเรื่อง ผลการจัดการเรียนการสอนแบบสัมมนาต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเรื่องการรักษาโรคเบื้องต้นกลุ่มอาการหายใจเหนื่อยหอบของผู้อบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)[7]และข้อมูลจากผลการสะท้อนคิดของผู้เรียนในขั้นตอนที่ 3 (การสะท้อนคิด Reflection: R) มากำหนดเป็นประเด็นและคำถามในการสัมมนาและการอภิปรายร่วมกันทั้งในกลุ่มย่อยและกลุ่มใหญ่ โดยต้องปฏิบัติในการรักษาโรคเบื้องต้นตามขั้นตอนการรักษาโรคเบื้องต้นด้วย ได้แก่ 1) ทักษะการซักประวัติ 2) ทักษะการตรวจร่างกาย 3) ทักษะการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจพิเศษ 4) ทักษะการวินิจฉัยโรค และ 5) ทักษะการรักษาและให้การพยาบาล และผู้สอนให้ข้อเสนอแนะในแต่ละขั้นตอน

2.4.2 การรักษาโรคเบื้องต้นโดยใช้ผู้ป่วยเสมือนจริง เป็นวิธีการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางแบบเน้นทักษะการปฏิบัติจริง ภายใต้สถานการณ์และผู้รับบริการสมมุติ โดยแบ่งผู้เรียนเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 2 คน พร้อมทั้งให้สถานการณ์การเจ็บป่วยที่ไม่ซ้ำกัน โดยนักศึกษาแต่ละคนต้องปฏิบัติทักษะทางคลินิกในการรักษาโรคเบื้องต้นตามขั้นตอนการรักษาโรคเบื้องต้น ได้แก่ 1) ทักษะการซักประวัติ 2) ทักษะการตรวจร่างกาย 3) ทักษะการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจพิเศษ 4) ทักษะการวินิจฉัยโรค และ 5) ทักษะการรักษาและให้การพยาบาล และผู้สอนให้ข้อเสนอแนะในแต่ละขั้นตอน สร้างแรงจูงใจ เพื่อให้นักศึกษามีกำลังใจในการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น

2.4.3 การรักษาโรคเบื้องต้นโดยการฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง เป็นวิธีการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยนักศึกษาได้นำทั้งความรู้ ทักษะการคิดวิเคราะห์ และทักษะทางคลินิกในการรักษาโรคเบื้องต้นไปใช้กับผู้ป่วยจริงที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสงขลาและพัทลุง ภายใต้การดูแลของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการรักษาโรคเบื้องต้นคือแพทย์และพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปเป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยผู้รับผิดชอบรายวิชาปรับปรุงหัวข้อและวิธีการสอนบนคลินิก การนิเทศบนคลินิก การจัดประสบการณ์ การเขียนรายงาน และการประชุมปรึกษาหารือการรักษาโรคเบื้องต้นกลุ่มอาการต่าง ๆ กับทีมสหวิชาชีพ ที่สอดคล้องตามแนวทางการรักษาโรคเบื้องต้น เพื่อให้อาจารย์นิเทศและครูพี่เลี้ยงได้สอน ส่งเสริม ติดตาม และพัฒนาทักษะทางคลินิกในการรักษาโรคเบื้องต้นแก่นักศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.4.4. การรักษาโรคเบื้องต้นโดยวิธีการประเมินแบบ OSCE เป็นวิธีการวัดและประเมินผลทักษะทางคลินิกในการรักษาโรคเบื้องต้นของผู้เรียน ซึ่งวัดและประเมินผลทั้งด้านความรู้ ทักษะการคิดวิเคราะห์ และทักษะด้านการรักษาโรคเบื้องต้น โดยดำเนินการกับนักศึกษาเป็นรายบุคคลในวันสุดท้ายของการฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริงทั้งนี้จะนำสถานการณ์การเจ็บป่วยที่ผู้เรียนได้ปฏิบัติหรือเป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อย ๆ มาออกแบบเป็นแบบสอบ OSCE ประกอบด้วย 5 สถานี คือ สถานีซักประวัติ สถานีตรวจร่างกาย สถานีวินิจฉัยแยกโรคและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ สถานีวินิจฉัยโรค และสถานีการรักษาและให้คำแนะนำ ภายหลังสิ้นสุดการสอบผู้สอนเฉลยและให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนา และเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้สอบถามประเด็นที่สงสัยเพื่อสร้างความเข้าที่ถูกต้องและตรงกัน

2.4.5 การนิเทศติดตามที่เน้นพัฒนาทักษะทางคลินิกในการรักษาโรคเบื้องต้น ในระหว่างการฝึกภาคปฏิบัติที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน ผู้รับผิดชอบรายวิชา ได้ปรับปรุงหัวข้อและวิธีการสอนบนคลินิก การนิเทศบนคลินิก การจัดประสบการณ์ การเขียนรายงาน และการประชุมปรึกษาหารือ โดยเน้นการรักษาโรคเบื้องต้นกลุ่มอาการต่าง ๆ เพื่อให้อาจารย์นิเทศและครูพี่เลี้ยงได้สอน ติดตาม และประเมินทักษะทางคลินิกด้านการรักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษา

2.5. การสะท้อนคิด (reflection: R) เป็นการให้นักศึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การรักษาโรคเบื้องต้นตามกลุ่มที่ฝึกโดยนำเสนอหน้าชั้นเรียนแลกเปลี่ยนผลการเรียนรู้ร่วมกันและสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติ (implementation) ทั้งความรู้ทักษะ การนำไปใช้ ความรู้สึกหรือข้อคิดต่าง ๆ เกี่ยวกับการรักษาโรคเบื้องต้น รวมทั้งประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาต่อแนวทางการพัฒนาที่ออกแบบ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขให้มีประสิทธิภาพทั้งต่อตนเองและรายวิชาต่อไป

แนวทางการพัฒนาทักษะทางคลินิกในการรักษาโรคเบื้องต้นในนักศึกษาพยาบาลดังกล่าว เน้นการบูรณาการความรู้ในศาสตร์สาขาต่าง ๆ และใช้วิธีการสอนที่หลากหลาย และมีการวัดผลที่นำมาใช้ประโยชน์ได้จริง ซึ่งเป็นหลักการสำคัญของการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ซึ่งส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง เห็นภาพชัดเจนเป็นรูปธรรม เกิดกระบวนการคิดเคราะห์ และสามารถนำไปใช้ โดยการแสดงออกมาเป็นทักษะทางคลินิกในการรักษาโรคเบื้องต้นที่ดีและมีประสิทธิภาพ ในการรักษาโรคเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการ

การประเมินผลแนวทางการพัฒนาทักษะทางคลินิกในนักศึกษาพยาบาล

ในการติดตามและประเมินผลแนวทางการพัฒนาทักษะทางคลินิกในการรักษาโรคเบื้องต้นในนักศึกษาพยาบาลที่พัฒนาขึ้น มีการติดตามและประเมินผลโดย 1) การวิจัยเรื่อง การรับรู้ของนักศึกษาและอาจารย์พี่เลี้ยงต่อทักษะทางคลินิกในการรักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาล พบว่า นักศึกษาและอาจารย์พี่เลี้ยง มีการรับรู้ทักษะทางคลินิกในการรักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาลว่า มีทักษะการสื่อสารทั่วไปและการแนะนำการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดตามลำดับ ส่วนทักษะการซักประวัติการเจ็บป่วย ทักษะการรักษาโรคเบื้องต้น ทักษะการวินิจฉัยโรค ทักษะการตรวจร่างกาย และทักษะการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ตรวจพิเศษอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยน้อยลงตามลำดับ ส่วนผลการสนทนาพบว่า การบริหารรายวิชาควรยึดหลักการบริหารแบบร่วมมือกันจากผู้ที่เกี่ยวข้องตามหลัก 4 ต้องคือ (1) ต้องเตรียมตัวเอง: นักศึกษาเองจะต้องเตรียมตนเองให้พร้อมทั้งด้านความรู้ ทักษะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยวิธีการต่าง ๆ (2) ต้องเตรียมนักศึกษา: อาจารย์จะต้องเตรียมนักศึกษาให้พร้อมทั้งด้านความรู้ ทักษะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยวิธีการต่าง ๆ (3) ต้องร่วมพัฒนา: อาจารย์พี่เลี้ยงที่แหล่งฝึกทั้งแพทย์และพยาบาล ต้องร่วมกันเตรียมและพัฒนานักศึกษาทั้งก่อนการฝึก ขณะฝึก และหลักการฝึก และ (4) ต้องให้เกิดคุณค่าในการประเมิน: การประเมินผลต้องเข้มข้นมีประสิทธิภาพ มีการสะท้อนผลการประเมินให้นักศึกษาได้ตระหนัก และปรับปรุงตนเอง[8] และ 2) การสอบ OSCE เพื่อประเมินทักษะทางคลินิกในการรักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาล พบว่า นักศึกษามีทักษะทางคลินิกในการรักษาโรคเบื้องต้นด้านการสื่อสารทั่วไปอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ทักษะการแนะนำการดูแลสุขภาพ ส่วนทักษะการซักประวัติการเจ็บป่วย ทักษะการวินิจฉัยโรค ทักษะสั่งการรักษาโรคเบื้องต้น ทักษะการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ตรวจพิเศษ ทักษะการวินิจฉัยแยกโรค และทักษะการตรวจร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยน้อยลงตามลำดับ[8]

สรุปและข้อเสนอแนะ

นักศึกษาพยาบาลมักประสบปัญหาในการรักษาโรคเบื้องต้นหลาย ๆ ประการ ซึ่งจะส่งผลต่อทักษะและสมรรถนะทางคลินิกในการรักษาโรคเบื้องต้น การบริหารรายวิชาเพื่อพัฒนาให้นักศึกษามีทักษะดังกล่าวดีขึ้น สามารถให้การรักษาได้อย่างมีคุณภาพปลอดภัย และสร้างความพึงพอใจกับผู้รับบริการจึงสำคัญมาก โดยการบริหารรายวิชาจะต้องมีการประยุกต์และบูรณาการแนวคิดการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ คือ แนวคิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติ ประกอบด้วย การสัมมนาการรักษาโรคเบื้องต้น การรักษาโรคเบื้องต้นโดยใช้ผู้ป่วยเสมือนจริง การรักษาโรคเบื้องต้นโดยการฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง และการประเมินแบบ OSCE รวมทั้งมีการประเมินผลเพื่อนำมาพัฒนาต่อ ซึ่งผลการพัฒนาตามแนวทางดังกล่าวทำให้ทักษะทางคลินิกในการรักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษาพัฒนาขึ้นตามลำดับ แต่อย่างไรเพื่อให้การพัฒนาเป็นไปอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพสูงสุด และเกิดความร่วมมือจากผู้ที่เกี่ยวข้อง จึงควรใช้หลัก 4 ต้อง ได้แก่ 1) ต้องเตรียมตัวเอง 2) ต้องเตรียมนักศึกษา 3) ต้องร่วมพัฒนา และ 4) ต้องให้เกิดคุณค่าในการประเมิน

References

1. Thailand Nursing and Midwifery Council. Basic medical treatment and immunization requirements for professional nursing and midwifery first class. 5thed. Nonthaburi: Siriyod Printing.2011. (in Thai).
2. Thongmeekhaun T. Technique to history interviews for basic medical treatment. Songkhla: Mongkul Printing.2013. (in Thai).
3. Thongmeekhaun T, Sateuw S, Jantaweemuang W. Implementing the objective structured clinical examination (OSCE) to evaluate clinical skills in basic medical treatment of nursing students. Journal of Nursing Siam University 2015;16(31):18-27. (in Thai).
4. Boromarajonani College of Nursing, Songkhla.Course syllabus: primary medical care practicum. Songkhla: Author.2016. (in Thai).
5. Marquardt MJ. Action learning in action: transforming problem and people for word class organization learning. Palo Alto: Dares-Black Publishing;1991.
6. Khammani T. Teaching science: knowledge for process to effective learning.18thed. Bangkok: Dansutta Printing.2014. (in Thai).
7. Thongmeekhaun T, Kitrungroj T, Chunpradub P. The effect of seminar teaching method on learning achievement of participants of the nursing specialty in nurse practitioner (primary medical care) program for the topic of the primary medical care of patients with dyspnea syndrome. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2015;25(3):25-38. (in Thai).
8. Thongmeekhaun T, Sateuw S, Chuakompeng A. Perception of students and preceptors towards clinical skills regarding basic medical treatment among nursing students, Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2016;25(Special Issue):131-43. (in Thai).
9. Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. Field experience report: primary medical care practicum. Songkhla: Author.2017. (in Thai).
10. Satitpakeekul A. Instructional design: teacher's skill for success. Narkbhut Paritat Journal 2018;10(Special Issue):107-15. (in Thai).
11. Institute of Physical Education Chumphom. Curriculum analysis. [Internet]. 2019 [cited 2019 June 12]. Available from: http://www.ipecp.ac.th/ipecp/cgi- binn/webpili/unit4/level4-1.html. (in Thai).
12. Pasiphol S. Learning measurement and evaluation. Bangkok: Chulalongkorn University Press. Bangkok.2016. (in Thai).
13. Cheevakasemsook A. Nursing process and health assessment: hetory and practice. Nonthaburi: The Office of the University Press Sukhothai Thammathirat Open University;2008. (in Thai).
14. Sri DamaW. Patient interview and physical examination. (12thed.). Bangkok: Chulalongkorn University Press. 2008. (in Thai).
15. Phraboromarajchanok Institute. Obstructive structured clinical examination (OSCE) 2. Nonthaburi: Yutharint Printing.2013. (in Thai).
16. Lohapaiboonkul N, PalakarnB. The effects of an objective structured clinical examinations (OSCEs) test to evaluate the knowledge and clinical skills in basic medical treatment and perceive of preceptors from community of the clinical skills of nursing students. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2013;23(3):24-34. (in Thai).

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างจิตสาธารณะของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ด้วยกระบวนการของชมรมทูบีนัมเบอร์วัน[1]

Development of a Model to Strengthen Public Mindedness of Students at Sirindhorn College of Public Health, Trang through the Process of the TO BE NUMBER ONE CLUB[1]

ไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ[2], กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ[2], วิชาญ สายวารี[2], ธนปนันท์ อัครวีรวัฒน์[2]

Paiboon Chaosuansreecharoen[2], Kannika Ruangdej Chaosuansreecharoen[2], Wichan Saiwaree[2], Thanapanun Akaraveerawat[2]

[1]สนับสนุนทุนวิจัยโดยสถาบันพระบรมราชชนก

[1]Research Granted by Praboromarajchanok Institute for Health Workplace Development

[2]วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

[2]Sirindhron College of Public Health, Trang

Corresponding author: Paiboon Chaosuansreecharoen; Email: Paiboon@scphtrang.ac.th

Received: 9 September 2019 **Revised:** 7 October 2019 **Accepted:** 2 November 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างจิตสาธารณะของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ด้วยกระบวนการของชมรมทูบีนัมเบอร์วัน และ เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา 4 ขั้นตอน คือ1) การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน 2) การสร้างและตรวจสอบรูปแบบการเสริมสร้างจิตสาธารณะของนักศึกษาด้วยกระบวนการของชมรมทูบีนัมเบอร์วัน 3) การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบ และ 4) การปรับปรุงและแก้ไขรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐาน คือ นักศึกษาของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ปีการศึกษา 2560 จำนวน 265 คน กลุ่มตัวอย่างร่วมสร้างรูปแบบ คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 27 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ คือ นักศึกษาของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ปีการศึกษา 2561 จำนวน 378 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการศึกษาเอกสาร การสนทนากลุ่ม การทำแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบหลายขั้นตอน และการทดสอบค่าที ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการเสริมสร้างจิตสาธารณะของนักศึกษาด้วยกระบวนการของชมรมทูบีนัมเบอร์วัน พัฒนาขึ้นตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ และกิจกรรมของชมรมทูบีนัมเบอร์วัน โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม มาออกแบบรูปแบบกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างจิตสาธารณะของนักศึกษา แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นสร้างแรงจูงใจ ขั้นพัฒนา และขั้นปลูกฝัง ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ พบว่า ผลของการใช้รูปแบบการเสริมสร้างจิตสาธารณะด้วยกระบวนการทูบีนัมเบอร์วันทำให้นักศึกษาได้ลงมือปฏิบัติจริงในกิจกรรมจิตอาสา ระดับจิตสาธารณะของนักศึกษารายด้าน ได้แก่ ด้านการรู้คิด ด้านเจตคติ และด้านพฤติกรรม หลังการใช้รูปแบบการเสริมสร้างจิตสาธารณะด้วยกระบวนการของชมรมทูบีนัมเบอร์วันสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001

คำสำคัญ: รูปแบบการเสริมสร้างจิตสาธารณะ; นักศึกษา; ชมรมทูบีนัมเบอร์วัน

Development of a Model to Strengthen Public Mindedness of Students at Sirindhorn College of Public Health, Trang through the Process of the TO BE NUMBER ONE CLUB[1]

Paiboon Chaosuansreecharoen[2], Kannika Ruangdej Chaosuansreecharoen[2], Wichan Saiwaree[2], Thanapanun Akaraveerawat[2]

[1]Research Granted by Praboromarajchanok Institute for Health Workplace Development

[2]Sirindhron College of Public Health, Trang

Corresponding author: Paiboon Chaosuansreecharoen; Email: Paiboon@scphtrang@ac.th

Received: 9 September 2019 **Revised:** 7 October 2019 **Accepted:** 2 November 2019

Abstract

This research and development study aimed to 1) develop a model to strengthen the public mindedness of students at Sirindhorn College of Public Health, Trang through the process of the TO BE NUMBER ONE CLUB, and 2) evaluate the effectiveness of the model. The development process included 4 steps as follows, step 1: to study and survey fundamental information, step 2: to develop and assess the effectiveness of the model, step 3: to test and evaluate the model , and step 4: to revise the model. Samples were divided into 3 groups. The sample consisted of 265 students at Sirindhorn College of Public Health, Trang who were registered in academic year 2017. Samples of model development for students' public mind development consisted of 27 stakeholders. The sample of model evaluation consisted of 378 students at Sirindhorn College of Public Health, Trang, who were registered in academic year 2018. The data were collected using documentation review, focus group discussion, and a survey questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics, stepwise multiple regression and t-tests. The results revealed that the model of public mindedness development for students at Sirindhorn College of Public Health, Trang through the process of the TO BE NUMBER ONE CLUB was developed by following policy, strategy and activity of the TO BE NUMBER ONE CLUB. Social Learning Theory was used to develop activities for students' public mindedness development including a motivational phase, developmental phase and establishment phase. The model evaluation revealed that public mindedness development process of TO BE NUMBER ONE CLUB enhanced students to possess experiential public minded activities. The levels of cognitive, attitudinal and behavioral public mindedness behaviours among students after receiving the model of public mind development through process of the TO BE NUMBER ONE CLUB were significantly higher than those before intervention at $p < .001$.

Keywords: model of public mind development; students; TO BE NUMBER ONE CLUB

ความเป็นมาและความสำคัญ

จากสภาพสังคมทุนนิยมในปัจจุบัน แต่ละประเทศรวมทั้งประเทศไทยมุ่งจะพัฒนาประเทศให้มีความเจริญก้าวหน้าโดยเน้นการพัฒนาหรือความเจริญก้าวหน้าทางด้านวัตถุ ซึ่งขณะที่ความเจริญก้าวหน้าด้านวัตถุกำลังก้าวไปข้างหน้าอย่างรวดเร็วพร้อมกับกระแสของการบริโภคนิยมที่มีความรุนแรง แต่กลับพบว่าการพัฒนาด้านจิตใจของมนุษย์กลับไม่ได้รับการพัฒนาให้ทันกับความก้าวหน้าของวัตถุ ผลที่ตามมาคือความสำนึกต่อผลประโยชน์ส่วนรวมลดน้อยถอยลง มีแต่สังคมเห็นแก่ตัว คิดแต่หาประโยชน์เพื่อตนเองมากขึ้น และขาดความสำนึกต่อส่วนรวม นอกจากนี้ ยังพบว่าสมบัติสาธารณะไม่มีใครรู้สึกว่าเป็นเจ้าของและร่วมดูแลรักษา มักจะพบเห็นว่ามีการทำลายหรือก่อความเสียหายให้กับสมบัติที่เป็นสาธารณะของบ้านเมือง ซึ่งปัญหาเหล่านี้เกิดขึ้นจากจิตสาธารณะของคนในสังคมบกพร่อง[1] จิตสาธารณะ ถือว่าเป็นคุณธรรมและจริยธรรมของบุคคลที่แสดงออกถึงความรับผิดชอบต่อสังคมส่วนรวม การรับผิดชอบต่อสาธารณะสมบัติและทรัพยากรธรรมชาติ การทำกิจกรรมเพื่อสังคมที่เป็นประโยชน์ร่วมกันของกลุ่ม[2] ผู้ที่มีจิตสาธารณะจะเป็นบุคคลที่มีลักษณะเป็นผู้ให้และช่วยเหลือผู้อื่น แบ่งปันความสุขส่วนตนเพื่อทำประโยชน์แก่ส่วนรวม เข้าใจ เห็นใจผู้ที่มีความเดือดร้อน อาสาช่วยเหลือสังคม อนุรักษ์สิ่งแวดล้อม ด้วยแรงกาย สติปัญญา หรือร่วมสร้างสรรค์สิ่งที่ดีงามให้เกิดในชุมชนโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน[3] ซึ่งจิตสาธารณะเป็นคุณลักษณะที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาให้เกิดขึ้นในสถาบันการศึกษาทุกระดับ

ผู้วิจัยในฐานะผู้อำนวยการของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง และกลุ่มกิจการนักศึกษาที่มีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบายในการพัฒนาอัตลักษณ์ และคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ จึงได้มีแนวคิดในการพัฒนาจิตสาธารณะให้กับนักศึกษาของวิทยาลัย เนื่องจากนักศึกษาของวิทยาลัยเป็นนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา ซึ่งถือว่าเป็นวัยรุ่นตอนปลายที่กำลังจะเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ อิริคสัน กล่าวว่าวัยรุ่นตอนปลายจะมีการสั่งสมประสบการณ์ในด้านการหาเอกลักษณ์แห่งตนและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นวัยที่จะพัฒนาความต้องการที่จะสร้างประโยชน์และสร้างสรรค์สังคม หลีกเลี่ยงความรู้สึกที่คำนึงถึงแต่ตนเอง[4] นอกจากนี้วัยรุ่นตอนปลายนั้นเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงจากการยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง (egocentrism) มาเป็นการยึดสังคมเป็นศูนย์กลาง (sociocentrism) มากขึ้น[5] สอดคล้องกับพัฒนาการทางจริยธรรมของโคลเบอร์ก (Kohlberg)[6] นักศึกษาของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง จัดว่าเป็นวัยรุ่นตอนปลาย เป็นช่วงวัยตามพัฒนาจริยธรรมควรจะมีลักษณะของผู้มีเหตุผลในการเลือกกระทำโดยคำนึงถึงประโยชน์ของคนหมู่มาก มีพฤติกรรมที่ถูกต้องตามค่านิยมของตนและมาตรฐานของสังคมต่าง ๆ ยึดประโยชน์ของส่วนรวมเป็นหลัก ดังนั้นนักศึกษาของวิทยาลัยจึงเป็นช่วงวัยที่เหมาะสมอีกช่วงวัยหนึ่งในการพัฒนาจิตสาธารณะ ประกอบกับสถาบันพระบรมราชชนก ได้กำหนดให้จิตบริการ (service mind) เป็นอัตลักษณ์ของบัณฑิตที่ทุกวิทยาลัยในสังกัดต้องพัฒนาให้เกิดขึ้นกับบัณฑิต ซึ่งจิตบริการ หมายถึงจิตที่พร้อมที่จะสละเวลา แรงกาย และสติปัญญาเพื่อสาธารณะประโยชน์ มีความสมัครใจ เต็มใจ ตั้งใจทำ และเสียสละทั้งแรงกายและแรงใจหรือทรัพย์สินในการทำกิจกรรมหรือสิ่งที่เป็นประโยชน์แก่ผู้อื่นโดยไม่หวังผลตอบแทน และมีความสุขที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่น[7] จากความหมายของจิตบริการตามอัตลักษณ์บัณฑิตที่สถาบันพระบรมราชชนกกำหนดไว้ อาจจะกล่าวได้ว่า คือส่วนหนึ่งของจิตสาธารณะ ดังนั้น “จิตสาธารณะ” เป็นอัตลักษณ์บัณฑิตที่จำเป็นและมีความสำคัญต้องมีการพัฒนา เพื่อให้บัณฑิตของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง เป็นบัณฑิตที่มีความรู้คู่คุณธรรม มีความรู้สึกร่วมกับชุมชน และมีความรับผิดชอบต่อสังคม ตลอดจนเป็นพลเมืองที่ดี และเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีคุณภาพต่อไป

ชมรมทูบีนัมเบอร์วันวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง เริ่มจัดตั้งใน ปีการศึกษา 2556 โดยดำเนินการตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ การดำเนินงาน และกิจกรรมของโครงการชมรมทูบีนัมเบอร์วัน (TO BE NUMBER ONE) ในทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี ตามองค์ประกอบ 3 ก. (ก. กรรมการ ก. กองทุน และ ก. กิจกรรม) อย่างไรก็ตาม กิจกรรมของสมาชิกชมรมวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดตรัง ยังไม่ได้ออกแบบ

รูปแบบของชมรมทูบีนัมเบอร์วันเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตในเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างเฉพาะเจาะจง และกิจกรรมของจังหวัดยังไม่เหมาะสมในบริบทของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษาที่เป็นวัยรุ่นตอนปลายเข้าสู่ผู้ใหญ่ตอนต้น ข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องส่วนใหญ่ให้ข้อเสนอแนะว่ากระบวนการของชมรมทูบีนัมเบอร์วัน สามารถนำมาออกแบบเป็นรูปแบบกิจกรรมเสริมหลักสูตรในการเสริมสร้างจิตสาธารณะของนักศึกษาทุกหลักสูตร และทุกชั้นปีร่วมกันได้ เพราะตามทฤษฎีพัฒนาทางจริยธรรมของโคลเบอร์ก บุคคลในช่วงวัยเดียวกันสามารถได้รับการเสริมสร้างจิตสาธารณะร่วมกันและเป็นกิจกรรมเหมือนกันได้[6] จากการศึกษาทบทวนแนวคิดและกรอบของการดำเนินงานของชมรมทูบีนัมเบอร์วัน พบว่า กิจกรรมของชมรมสามารถนำมาทำกิจกรรมส่งเสริมให้กับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเยาวชนจนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (อายุตั้งแต่ 6-24 ปี) โดยส่งเสริมให้มารวมกลุ่มกันทำกิจกรรมตามความสนใจ เพื่อพัฒนาและเสริมสร้างสุขภาพกายอารมณ์และจิตใจของสมาชิกชมรมให้มีความเข้มแข็ง มีความสุขและสติในการดำเนินชีวิต และแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ และจัดพื้นที่ที่เอื้อต่อแนวคิดปรับทุกข์ สร้างสุข แก้ปัญหา และพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ เมื่อเกิดทัศนคติในทิศทางบวก และค่านิยมของการทำความดี จะนำไปสู่การส่งเสริมให้สมาชิกของชมรมลงมือปฏิบัติกิจกรรมอาสาสมัครทั้งภายในและภายนอกองค์กร[8] จากแนวคิดหรือหลักการดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่ากิจกรรมของชมรมทูบีนัมเบอร์วันสามารถนำมาประยุกต์หรือออกแบบเพื่อจะนำมาใช้ในการพัฒนานักศึกษาได้ตามวัตถุประสงค์ และบริบทของสถาบันการศึกษา ดังนั้นผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) ของอัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura)[9] มาออกแบบกิจกรรมของชมรมทูบีนัมเบอร์วัน เพื่อเสริมสร้างจิตสาธารณะของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง เนื่องจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม เป็นทฤษฎีหนึ่งที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อเสริมสร้างจิตสาธารณะของบุคคล[10-11]

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างจิตสาธารณะของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ด้วยกระบวนการของชมรมทูบีนัมเบอร์วัน

2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างจิตสาธารณะของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ด้วยกระบวนการของชมรมทูบีนัมเบอร์วัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (research & development) แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน โดยการทบทวนวรรณกรรมและการสำรวจระดับจิตสาธารณะและปัจจัยที่ส่งผลต่อจิตสาธารณะของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ประชากร คือ นักศึกษาของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ที่ลงทะเบียนเรียนในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2560 ทุกหลักสูตรและทุกชั้นปี จำนวน 405 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ที่ลงทะเบียนเรียนในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2560 ทุกหลักสูตรและทุกชั้นปี จำนวน 197 คน โดยคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan)[12] และเก็บตัวอย่างเพิ่มเท่ากับ 265 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ แบ่งตามหลักสูตร และชั้นปี ร่วมกับการสุ่มตัวอย่างเชิงระบบตามบัญชีรายชื่อของนักศึกษา[12]

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ 1) แบบสอบถามวัดจิตสาธารณะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวกรอบแนวคิดของการวิจัย จำนวน 90 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านการรู้คิด จำนวน 20 ข้อ ด้านเจตคติ จำนวน 30 ข้อ และด้านพฤติกรรม จำนวน 46 ข้อ ลักษณะคำตอบคือมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (ปฏิบัติบ่อยครั้ง/เกือบทุกครั้ง, ปฏิบัติเป็นบางครั้ง,

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ) การแปลผลระดับจิตสาธารณะ แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ใช้หลักเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย ได้แก่ 4.50–5.00 มีจิตสาธารณะระดับมากที่สุด 3.50–4.49 มีจิตสาธารณะระดับมาก 2.50–3.49 มีจิตสาธารณะระดับปานกลาง 1.50–2.49 มีจิตสาธารณะระดับน้อย และ 1.00–1.49 มีจิตสาธารณะระดับน้อยที่สุด และ 2) แบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อจิตสาธารณะของนักศึกษา ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวกรอบแนวคิดของการวิจัย จำนวน 36 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน คือ ด้านเหตุผลเชิงจริยธรรม (การพิจารณาตัดสินคุณค่าและความดีงาม) จำนวน 5 ข้อ ด้านแรงจูงใจ จำนวน 6 ข้อ ด้านการสนับสนุนจากครอบครัว จำนวน 6 ข้อ ด้านการสนับสนุนจากวิทยาลัย จำนวน 6 ข้อ ด้านการสนับสนุนจากชุมชน จำนวน 6 ข้อ และด้านการสนับสนุนจากเพื่อน จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบคือมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (สำคัญมากที่สุด, สำคัญมาก, สำคัญปานกลาง, สำคัญน้อย และสำคัญน้อยที่สุด)

การประเมินคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา(content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (item–objective congruence indexes)[12] ของแบบสอบถามวัดจิตสาธารณะและแบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อจิตสาธารณะของนักศึกษา เท่ากับ 1.00 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักศึกษาทุกหลักสูตรของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง จำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง คำนวณค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha coefficient) ของ Cronbach[13] ซึ่งผลการทดสอบแบบวัดจิตสาธารณะทั้งฉบับเท่ากับ .82 และแบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อจิตสาธารณะทั้งฉบับเท่ากับ .87 การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน (inference statistics) ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบหลายขั้นตอน (stepwise multiple regression) เพื่อคัดเลือกตัวแปรที่ดีที่สุด โดยใช้ตัวแปรทุกตัวร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยจิตสาธารณะของนักศึกษา โดยใช้เกณฑ์การพิจารณาข้อมูลตามข้อตกลงของการเลือกใช้สถิติดังนี้[13] 1) มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (normality) 2) ข้อมูลจะต้องไม่มีความสัมพันธ์ภายในตัวเอง (autocorrelation) 3) ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ (homoscedasticity) และ 4) ตัวแปรอิสระแต่ละตัวต้องไม่มีความสัมพันธ์กัน (multicollinearity)

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและตรวจสอบรูปแบบการเสริมสร้างจิตสาธารณะของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ด้วยกระบวนการของชมรมทูบีนัมเบอร์วัน

ขั้นที่ 1 การนำผลการศึกษาที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาเป็นข้อมูลนำเข้าในการระดมสมองกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 27 คน ในการร่างรูปแบบการเสริมสร้างจิตสาธารณะด้วยกระบวนการทูบีนัมเบอร์วัน ประกอบด้วย รองผู้อำนวยการกลุ่มกิจการนักศึกษาที่กำกับดูแลภารกิจการด้านกิจการนักศึกษา จำนวน 1 คน ตัวแทนคณาจารย์จากทุกหลักสูตร จำนวน 4 คน หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนานักศึกษาและทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม จำนวน 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานสวัสดิการนักศึกษาและศิษย์เก่าสัมพันธ์ จำนวน 1 คน บุคลากรกลุ่มกิจการนักศึกษาที่รับผิดชอบงานกิจการนักศึกษาและชมรมทูบีนัมเบอร์วัน จำนวน 4 คน อาจารย์ที่ปรึกษาชมรมทูบีนัมเบอร์วันสาขา จำนวน 6 คน นายกสโมสรและคณะกรรมการสโมสรนักศึกษา 5 คน และตัวแทนคณะกรรมการชมรมทูบีนัมเบอร์วัน จำนวน 5 คน

ขั้นที่ 2 การประเมินร่างรูปแบบการพัฒนาจิตสาธารณะของนักศึกษาด้วยกระบวนการ ทูบีนัมเบอร์วัน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องของกิจกรรมกับวัตถุประสงค์การวิจัย ความสอดคล้องของกิจกรรมกับผลลัพธ์ที่ต้องการ และระยะเวลาดำเนินกิจกรรม อยู่ในระดับมากที่สุด

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการเสริมสร้างจิตสาธารณะของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ด้วยกระบวนการของชมรมทูบีนัมเบอร์วัน

ประชากร คือ นักศึกษาของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ที่ลงทะเบียนเรียนในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2561 ทุกหลักสูตรและทุกชั้นปี จำนวน 410 คน ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling)

โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าดังนี้ 1) นักศึกษาของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ที่ลงทะเบียนเรียนในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2561 และ 2) นักศึกษาที่เป็นสมาชิกชมรมทูบีนัมเบอร์วัน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง เกณฑ์การคัดออก คือ 1) นักศึกษาที่ลาออกและหยุดพักการเรียนระหว่างภาคการศึกษา 2) นักศึกษาที่ลงทะเบียนใหม่เพื่อฝึกปฏิบัติเฉพาะคลินิกทันตกรรมหรือลงทะเบียนใหม่เฉพาะบางรายวิชาที่ไม่ได้เรียนเต็มเวลา และ 3) นักศึกษาที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้งของขั้นสร้างแรงจูงใจในสัปดาห์ที่ 1-8 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด มีจำนวน 378 คน ระยะเวลาดำเนินการ 15 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ คือ 1) แบบสอบถามวัดจิตสาธารณะ ซึ่งเป็นแบบสอบถามชุดเดียวกับขั้นตอนที่ 1 2) แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการเสริมสร้างจิตสาธารณะของนักศึกษาด้วยกระบวนการทูบีนัมเบอร์วัน จำนวน 12 ข้อ 3) แบบบันทึกการดำเนินโครงการชมรมทูบีนัมเบอร์วัน และ 4) สมุดประจำตัวนักศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยจิตสาธารณะของนักศึกษาระหว่างก่อนและหลังได้รับรูปแบบการพัฒนาจิตสาธารณะด้วยกระบวนของชมรมทูบีนัมเบอร์วัน ด้วยสถิติ paired t-test ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น เพื่อหาลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normality) ของข้อมูลด้วย probability plot พบว่า ค่าเฉลี่ยของข้อมูลส่วนใหญ่อยู่รอบ ๆ เส้นตรง สรุปได้ว่าลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ[14]

ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงและแก้ไขรูปแบบการพัฒนาจิตสาธารณะของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ด้วยกระบวนการของชมรมทูบีนัมเบอร์วัน

นำผลการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาจิตสาธารณะของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ด้วยกระบวนการของชมรมทูบีนัมเบอร์วันและข้อค้นพบต่าง ๆ มาปรับปรุงแก้ไข โดยการระดมสมองกับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 27 คน (กลุ่มเดียวกับขั้นตอนที่ 2)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง เลขที่ 085/2560 รับรองตั้งแต่ 25 ธันวาคม 2560 ถึง 24 ธันวาคม 2562

ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการวิจัยตามขั้นตอนการพัฒนารูปแบบดังนี้

ขั้นตอนที่ 1: การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน เพื่อทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การสำรวจระดับจิตสาธารณะและปัจจัยที่ส่งผลต่อจิตสาธารณะของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวทางการพัฒนาจิตสาธารณะของนักศึกษาในสถาบันการศึกษาที่สำคัญ ได้แก่ สถาบันการศึกษาต้องมีนโยบายและแนวทางการควบคุมกำกับการพัฒนาจิตสาธารณะของนักศึกษาให้ความชัดเจน การส่งเสริมปัจจัยเอื้อให้นักศึกษาร่วมกลุ่มกันทำกิจกรรมจิตอาสา กิจกรรมอาสาสมัคร หรือกิจกรรมพัฒนาสังคม มีโอกาสได้สัมผัสกับสังคมภายนอก มีตัวแบบทั้งบุคคลหรือสื่อที่ไม่ใช่บุคคล ประกอบกับผลการสำรวจระดับจิตสาธารณะของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีจิตสาธารณะด้านการรู้คิดอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ ±SD=3.56±.35) จิตสาธารณะด้านทัศนคติอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ ±SD=4.18±.39) และจิตสาธารณะด้านพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ ±SD=3.14±.29) สำหรับปัจจัยที่ส่งผลต่อจิตสาธารณะของนักศึกษา พบว่ามีตัวแปรอิสระจำนวน 4 ตัวแปร ที่สามารถอธิบายการผันแปรของจิตสาธารณะของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ แรงสนับสนุนจากวิทยาลัย แรงสนับสนุนจากเพื่อน แรงสนับสนุนจากครอบครัว และเหตุผลเชิงจริยธรรม

และร่วมกันอธิบายการผันแปรของจิตสาธารณะของนักศึกษาได้ร้อยละ 43.20 โดยการสนับสนุนจากวิทยาลัยเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดที่ส่งต่อจิตสาธารณะของนักศึกษา (R^2 change =.296) ปัจจัยที่มีอิทธิพลในลำดับรองลงมา คือ แรงสนับสนุนจากเพื่อน (R^2 change =.104) ปัจจัยที่มีอิทธิพลในลำดับที่สาม คือ แรงสนับสนุนจากครอบครัว (R^2 change =.030) ปัจจัยที่มีอิทธิพลในลำดับที่สี่ คือ เหตุผลเชิงจริยธรรม (R^2 change =.010)

ขั้นตอนที่ 2: การสร้างและตรวจสอบรูปแบบการพัฒนาจิตสาธารณะของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ด้วยกระบวนการของชมรมทูบีนัมเบอร์วัน

นำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 เป็นข้อมูลนำเข้าในการระดมสมองผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการสร้างรูปแบบการพัฒนาจิตสาธารณะของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ด้วยกระบวนการของชมรมทูบีนัมเบอร์วัน และตรวจสอบความสอดคล้องของกิจกรรมและแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5ท่าน ได้ข้อสรุปว่า รูปแบบการพัฒนาจิตสาธารณะของนักศึกษาด้วยกระบวนการของชมรมทูบีนัมเบอร์วัน ให้ยึดตามแนวทางองค์ประกอบหลักในการดำเนินการของโครงการชมรมทูบีนัมเบอร์วัน ในทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี คือ 3 ก. ได้แก่ ก. กรรมการ แบ่งเป็นคณะกรรมการที่ปรึกษาของชมรม และกรรมการดำเนินการของชมรม เพื่อกำหนดนโยบายและควบคุมกำกับการดำเนินงานของชมรมให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ ก. กองทุนของชมรม เพื่อความยั่งยืนของชมรม ส่วน ก. กิจกรรมของชมรมทูบีนัมเบอร์วัน เพื่อเสริมสร้างจิตสาธารณะในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านพฤติกรรมให้เน้นการลงมือปฏิบัติและมีโอกาสสัมผัสสังคมภายนอก โดยการสนับสนุนจากวิทยาลัย และการทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน โดยกำหนดให้นักศึกษาทุกคนเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมทูบีนัมเบอร์วัน ทุกวันพฤหัสบดี ระหว่างเวลา 13.00 -16.00 น. เรียกว่าชั่วโมงพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต เป็นเวลา 15 สัปดาห์ ตลอดจนกิจกรรมของชมรมมุ่งสร้างให้นักศึกษามีเหตุผลเชิงจริยธรรมนำไปสู่การพัฒนาจิตสาธารณะด้านการรู้คิดและเจตคติ และการจัดประสบการณ์จริงให้นักศึกษาได้ลงมือปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมจิตสาธารณะของนักศึกษา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social cognitive learning theory) ของ อัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura)[9] แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน

2.1 ขั้นสร้างแรงจูงใจ เป็นกิจกรรมที่ใช้คำย่อว่า “SPICE” โดยประยุกต์ใช้กิจกรรมตามคู่มือการจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะเยาวชน “ฝึกคิด แก้ไขปัญหา พัฒนา EQ” ของกรมสุขภาพจิต[15] เป็นกิจกรรมที่นักศึกษาทุกชั้นปี และทุกหลักสูตรทำกิจกรรมร่วมกันทุกวันพฤหัสบดี ระหว่างเวลา 13.00 -16.00 น. เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ๆ ละ 3 ชั่วโมง ดำเนินการโดยวิทยากรกระบวนการของชมรมทูบีนัมเบอร์วัน จังหวัดตรัง จำนวน 1 คน ร่วมกับอาจารย์ที่ได้ผ่านการอบรมเป็นวิทยากรกระบวนการ “ฝึกคิด แก้ไขปัญหา พัฒนา EQ” ของโครงการชมรมทูบีนัมเบอร์วัน จำนวน 9 คน รายละเอียดของกิจกรรมดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมแนะนำตัวและกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์, สัปดาห์ที่ 2 การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดหลักการ กระบวนการดำเนินงานของชมรมทูบีนัมเบอร์วันและชมรมสาขา, สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมพัฒนาตัว S คือ self-awareness (ความตระหนักในตนเอง) เป็นกิจกรรมสร้างแรงจูงใจในการเห็นคุณค่าตนเอง การเข้าในตนเอง การคิดบวก ความมีน้ำใจและการการตั้งเป้าหมายในชีวิต, สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมพัฒนาตัว P คือ problem solving (การแก้ไขปัญหา) เป็นกิจกรรมการสร้างแรงจูงใจในการแก้ไขปัญหาทั้งของตนเองและกับผู้อื่นที่มีประสิทธิภาพ การสร้างแรงจูงใจในความรับผิดชอบและความเสียสละ, สัปดาห์ที่ 5-6 กิจกรรมตัว I คือ interpersonal relationship skills (ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล) เป็นกิจกรรมสร้างแรงจูงใจในการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ความสามัคคี การทำงานเป็นทีมและการเคารพในคุณค่าและความเป็นมนุษย์, สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมพัฒนาตัว C คือ coping with emotions (การจัดการกับอารมณ์) เป็นกิจกรรมสร้างแรงจูงใจในการดูแลจิตใจให้มีความสุขและการผ่อนคลายความเครียด และสัปดาห์ที่ 8 กิจกรรมพัฒนาตัว E คือ effective communication (การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ) เป็นกิจกรรมสร้างแรงจูงใจให้เกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

2.2 ขั้นพัฒนา โดยการจัดพื้นที่ในวิทยาลัยที่เอื้อต่อการพัฒนาจิตสาธารณะของนักศึกษา คือ “ศูนย์เพื่อนใจ” ทูบีนัมเบอร์วัน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง กิจกรรมคือ การจัดตารางเวรให้สมาชิกของชมรมทูบีนัมเบอร์วันมาปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครแกนนำเยาวชนของศูนย์เพื่อนใจในช่วงเวลากลางวัน หลังเลิกเรียน และวันหยุด โดยทำหน้าที่ให้บริการปรึกษา การแนะนำ ให้กำลังใจแก่เพื่อนสมาชิกชมรมที่มีปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือ และดูแลความเรียบร้อยและความสะอาดของศูนย์ และจัดพื้นที่ภายในศูนย์เพื่อนใจเป็นพื้นที่สาธารณะที่นักศึกษาใช้ประโยชน์ร่วมกัน เช่น มุมอ่านหนังสือ มุมความรู้หรือประชาสัมพันธ์ข่าวสารด้านสุขภาพ/สังคมวัฒนธรรม มุมประชุมกลุ่ม มุมเล่นเกมส์ มุมนอนพักผ่อน ห้องดูทีวี ห้องร้องคาระโอเกะ ห้องซ้อมการแสดง และมุมเชิดชูเกียรติ ได้แก่ รางวัลของวิทยาลัย นักศึกษา และอาจารย์ ระยะเวลาดำเนินการตลอด 15 สัปดาห์

2.3 ขั้นปลูกฝัง เป็นกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 9-15 คือกิจกรรมของ “ชมรมทูบีนัมเบอร์วันสาขา” จำนวน 6 สาขา แต่ละชมรมมีอาจารย์ประจำชมรม 12-13 คน ประกอบด้วย ชมรมทูบีนัมเบอร์วัน สาขารักษ์สิ่งแวดล้อม วัตถุประสงค์ของชมรมคือ ส่งเสริมความรู้ และสร้างจิตสำนึกที่ดีเกี่ยวกับการดูแลและอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และหลักเศรษฐกิจพอเพียง, ชมรมทูบีนัมเบอร์วัน สาขากีฬา วัตถุประสงค์ของชมรมคือส่งเสริมทักษะทางด้านกีฬาและสุขภาพที่ดีด้วยการเล่นกีฬา, ชมรมทูบีนัมเบอร์วัน สาขา Safety Teen วัตถุประสงค์ของชมรมคือ ส่งเสริมและสร้างจิตสำนึก และวัฒนธรรมด้านความปลอดภัย, ชมรมทูบีนัมเบอร์วัน สาขาเสียงสุขภาพ วัตถุประสงค์ของชมรมคือ การเผยแพร่ความรู้และการสื่อสารด้านสุขภาพ, ชมรมทูบีนัมเบอร์วัน สาขานาฏย คีต วัตถุประสงค์ของชมรมคือ การส่งเสริมศิลปะและวัฒนธรรมอันดี และชมรมทูบีนัมเบอร์วัน สาขา Help From Heart วัตถุประสงค์ของชมรมคือ การบริการวิชาการด้านสุขภาพแก่ชุมชนและสังคม รายละเอียดของกิจกรรม ได้แก่ สัปดาห์ที่ 9 สมัครสมาชิกชมรม กำหนดให้แต่ละชมรมทูบีนัมเบอร์วันสาขา รับสมัครสมาชิกคละหลักสูตรและชั้นปีในสัดส่วนจำนวนที่ใกล้เคียงกัน ชมรมละประมาณ 64 คน, สัปดาห์ที่ 9 การเลือกคณะกรรมการบริหารชมรมสาขาตามหลักประชาธิปไตย, สัปดาห์ที่ 10 การวางแผนโครงการจิตสาธารณะของชมรมสาขา ดำเนินการได้ทั้งภายในและภายนอกวิทยาลัย, สัปดาห์ที่ 11-14 การเขียนการประชาสัมพันธ์ และการดำเนินงานตามโครงการ และสัปดาห์ที่ 15 การประเมินผลโครงการ นอกจากนี้ ภายใน 15 สัปดาห์ การควบคุมกำกับให้นักศึกษาต้องเข้าร่วมกิจกรรมจิตสาธารณะขั้นต่ำ 12.50 ชั่วโมง โดยบันทึกรายละเอียดกิจกรรม จำนวนชั่วโมง และลงนามโดยผู้ควบคุมการจัดกิจกรรม (อาจารย์ บุคลากร หรือบุคคลภายนอก) ในสมุดประจำตัวนักศึกษา กิจกรรมจิตสาธารณะที่นักศึกษาสามารถเข้าร่วมได้ เช่น กิจกรรมในโครงการจิตสาธารณะของชมรมสาขาที่นักศึกษาไม่ได้เป็นสมาชิก กิจกรรมตามยุทธศาสตร์หลักของชมรมทูบีนัมเบอร์วัน จังหวัดตรัง การพัฒนาเครือข่ายชมรมทูบีนัมเบอร์วัน ในสถานประกอบการและสถานศึกษา กิจกรรมจิตอาสาในวิทยาลัย และในชุมชนที่จัดโดยวิทยาลัยและหน่วยงานอื่น เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 3: การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการพัฒนาจิตสาธารณะของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ด้วยกระบวนการของชมรมทูบีนัมเบอร์วัน มีรายละเอียดดังนี้

3.1 ผลการประเมินระดับจิตสาธารณะของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง พบว่า คะแนนเฉลี่ยจิตสาธารณะด้านการรู้คิด ด้านเจตคติ และด้านพฤติกรรมของนักศึกษาหลังได้รับรูปแบบการเสริมสร้างจิตสาธารณะด้วยกระบวนการของชมรมทูบีนัมเบอร์วันสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001 (รายละเอียดตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยจิตสาธารณะด้านการรู้คิด ด้านเจตคติ และด้านพฤติกรรม ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา

จิตสาธารณะ	n	$\overline{X}$	SD	df	t	p-value
ด้านการรู้คิด						
ก่อนการพัฒนา	378	3.57	.35	377	4.36	<.001
หลังการพัฒนา	378	3.57	.42	377		
ด้านเจตคติ						
ก่อนการพัฒนา	378	4.13	.39	377	3.64	<.001
หลังการพัฒนา	378	4.22	.40	377		
ด้านพฤติกรรม						
ก่อนการพัฒนา	378	3.14	.30	377	7.48	<.001
หลังการพัฒนา	378	3.30	.41	377		

3.2 การประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาต่อรูปแบบการเสริมสร้างจิตสาธารณะด้วยกระบวนการของชมรมทูบีนัมเบอร์วัน อยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ ± SD=4.67±1.13) ร้อยละ 93.85

3.3 โครงการจิตสาธารณะของชมรมทูบีนัมเบอร์วันสาขา ประกอบด้วย ชมรมทูบีนัมเบอร์วัน สาขารักษ์สิ่งแวดล้อม จัดทำโครงการธนาคารขยะ, ชมรมทูบีนัมเบอร์วัน สาขากีฬา จัดทำโครงการพัฒนานักศึกษาด้านสุขภาพอนามัย ภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม, ชมรมทูบีนัมเบอร์วัน สาขา Safety Teen จัดทำโครงการชีวิตปลอดภัย รู้ใช้ถังดับเพลิง, ชมรมทูบีนัมเบอร์วัน สาขาเสียงสุขภาพ จัดทำโครงการ The sound of your health, ชมรมทูบีนัมเบอร์วัน สาขานาฏยคีต จัดทำโครงการพัฒนานักศึกษาด้านทักษะชีวิต สู่ความเป็นหนึ่ง และชมรมทูบีนัมเบอร์วัน สาขา Help From Heart จัดทำโครงการค่ายอาสาปันฝันน้องและบริการวิชาการด้านสุขภาพ

3.4 ผลการประเมินสมุดประจำตัวนักศึกษา พบว่า นักศึกษาเข้าร่วมกิจกรรมจิตสาธารณะขั้นต่ำ 12.50 ชั่วโมง ร้อยละ 100

ขั้นตอนที่ 4: การปรับปรุงและแก้ไขรูปแบบการเสริมสร้างจิตสาธารณะของนักศึกษา ด้วยกระบวนการของชมรมทูบีนัมเบอร์วัน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ข้อเสนอแนะว่า การนำรูปแบบไปใช้ในปีการศึกษา 2562 สำหรับการดำเนินกิจกรรมขั้นสร้างแรงจูงใจ วิทยากรกระบวนการควรเป็นนักศึกษารุ่นพี่ร่วมดำเนินกิจกรรม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากตัวแบบของรุ่นพี่

อภิปรายผล

สำหรับการอภิปรายผลการศึกษาจะอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างจิตสาธารณะของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ด้วยกระบวนการของชมรมทูบีนัมเบอร์วัน เป็นการพัฒนาตามหลักวิชาการด้วยกระบวนการวิจัยและพัฒนา เริ่มจากการสำรวจระดับจิตสาธารณะและปัจจัยที่ส่งผลต่อจิตสาธารณะของนักศึกษา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและการระดมสมองผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การเสริมสร้างจิตสาธารณะในสถานศึกษาต้องใช้กลวิธีที่หลากหลายร่วมกันอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่ม

จากการกำหนดนโยบายการเสริมสร้างจิตสาธารณะที่ชัดเจน จัดกิจกรรมสร้างความรัก ความไม่เห็นแก่ตัว พัฒนาให้เกิดความผูกพัน การปลูกฝังจากตัวแบบที่ดีที่ได้รับการยกย่องและยอมรับ การใช้บทบาทผู้นำในการคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การจัดสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อความคิด ความเชื่อ และการแสดงด้านพฤติกรรม และการกำหนดนโยบายด้านจิตสาธารณะพร้อมมาตรการกำกับดูแลที่ชัดเจน[10-11,16] สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อจิตสาธารณะของนักศึกษา คือ แรงสนับสนุนจากวิทยาลัย แรงสนับสนุนจากเพื่อน แรงสนับสนุนจากครอบครัว และเหตุผลเชิงจริยธรรม ซึ่งบริบทของวิทยาลัยนักศึกษาส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัดและพักในหอพักของวิทยาลัย ตัวแปรที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างจิตสาธารณะได้ในบริบทของสถาบันการศึกษา คือ แรงสนับสนุนจากวิทยาลัย แรงสนับสนุนจากเพื่อน และเหตุผลเชิงจริยธรรม ดังนั้นผลจากการระดมสมองผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รูปแบบการเสริมสร้างจิตสาธารณะของนักศึกษา ด้วยกระบวนการของชมรมทูบีนัมเบอร์วัน ให้ยึดตามแนวทางองค์ประกอบหลัก 3 ก. (ก. กรรมการ ก. กองทุน และ ก. กิจกรรม) ในการดำเนินการของโครงการชมรมทูบีนัมเบอร์วัน ในทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี สำหรับ ก. กิจกรรมของชมรมทูบีนัมเบอร์วัน ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของอัลเบิร์ต แบนดูรา[9] มาออกแบบรูปแบบกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างจิตสาธารณะของนักศึกษา ในลักษณะที่มีโอกาสสัมผัสกับสังคมภายนอกด้วยการทำกิจกรรมจิตอาสา กิจกรรมอาสาสมัคร หรือกิจกรรมพัฒนาสังคม โดยการสนับสนุนจากวิทยาลัย และการทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน มีการกำหนดนโยบายการพัฒนาจิตสาธารณะให้กับนักศึกษาด้วยกระบวนการของชมรมทูบีนัมเบอร์วัน ทุกวันพฤหัสบดี ระหว่างเวลา 13.00-16.00 น. เรียกว่าชั่วโมงพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต เป็นเวลา 15 สัปดาห์ (1 ภาคการศึกษา) พร้อมมาตรการกำกับดูแลที่ชัดเจนด้วยการบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมในสมุดประจำตัวนักศึกษา แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน

ขั้นตอนแรกเป็นขั้นสร้างแรงจูงใจ คือกระบวนการตั้งใจ (attention process) กับกระบวนการเก็บจำ (retention process) ตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม[9] เป็นขั้นของการหล่อหลอมให้นักศึกษาเกิดจิตสาธารณะด้วยเหตุผลเชิงจริยธรรม ได้แก่ การอบรมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการปฏิบัติที่ดี และกิจกรรมกลุ่มเพื่อสร้างความรัก ความไม่เห็นแก่ตัว การใช้บทบาทผู้นำในการริเริ่มสร้างสรรค์ หล่อหลอม และประสานความร่วมมือ และการเรียนรู้จากตัวแบบที่ดีที่ได้รับการยกย่องและยอมรับ ด้วยกิจกรรมที่ใช้คำย่อว่า “SPICE” โดยประยุกต์ใช้กิจกรรมตามคู่มือการจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะเยาวชน “ฝึกคิด แก้ไขปัญหา พัฒนา EQ” ของกรมสุขภาพจิต[15] โดยวัตถุประสงค์ของกิจกรรมเพื่อจูงใจให้นักศึกษาเกิดความสนใจเสริมสร้างแรงทางบวกเกี่ยวกับค่านิยมความเป็นคนดี ตระหนักถึงการทำประโยชน์ต่อส่วนรวม และสร้างเสริมให้นักศึกษาเห็นความสำคัญของการเป็นคนดี มีคุณธรรม และมีเจตคติที่ดีต่อการมีจิตสาธารณะ คือ ความมีน้ำใจ ความรับผิดชอบ ความเสียสละ ความสามัคคี การทำงานเป็นทีม และการเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ซึ่งรูปแบบกิจกรรมในขั้นสร้างแรงจูงใจนี้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ “ศรัทธา” ของมูลนิธิฉือจี้ ประเทศไต้หวัน ซึ่งเป็นองค์กรที่ให้การช่วยเหลือโดยไม่หวังผลตอบแทน ทำสิ่งที่มีคุณค่าต่อคนอื่น และทำประโยชน์ต่อส่วนรวม เน้นที่หัวใจความเป็นมนุษย์ ผ่านกระบวนการกล่อมเกลาจิตใจจากการสอน การตอกย้ำด้วยคำพูด และคำขวัญ[17-18] และสอดคล้องกับแนวคิดในการเสริมสร้างจิตสาธารณะที่นักการศึกษาเสนอแนะไว้ว่า ควรเริ่มจากการจัดการเรียนรู้ความเป็นสมาชิกที่ดีของครอบครัว ชุมชน และจิตสำนึกความเป็นพลเมืองที่ดี[19] การจัดกิจกรรมกลุ่มในการคิดเชิงบวก การคิดแบบองค์รวม และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน[19-20]

สำหรับขั้นตอนที่สอง คือ ขั้นพัฒนา เป็นกิจกรรมของชมรมทูบีนัมเบอร์วัน ที่เริ่มส่งเสริมให้นักศึกษาเริ่มลงมือปฏิบัติจริง (learning by doing) โดยการสนับสนุนจากวิทยาลัยในการจัดพื้นที่ที่เอื้อต่อการพัฒนาจิตสาธารณะ คือ “ศูนย์เพื่อนใจ” ผ่านกระบวนการกระทำ (production process) ของแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม[9] จนเกิดการสร้างภาพจำ วิเคราะห์ และการตัดสินใจ ทำให้เกิดหล่อหลอมให้เกิดความศรัทธาในการทำความดีเพื่อผู้อื่น รู้จักใช้เวลาให้เป็นประโยชน์ในการบำเพ็ญประโยชน์ต่อส่วนรวม เรียนรู้จากตัวแบบที่เป็นบุคคลและไม่ใช่บุคคล และเรียนรู้การใช้ และรักษาสาธารณะสมบัติซึ่งรูปแบบกิจกรรมในขั้นพัฒนานี้สอดคล้องกับการเสริมสร้างจิตสาธารณะตามยุทธศาสตร์ “ศรัทธา”

และยุทธศาสตร์ “ปัญญา” ของมูลนิธิฉือจี้ คือการพัฒนาความรู้สึกจากภายในของบุคคลให้เกิดความสุขที่เกิดจากการให้และลงมือทำเพื่อผู้อื่นโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน ซึ่งเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการเกิดความรู้สึกเสียสละเอื้อต่อการเกิดความรู้สึกเสียสละเอื้อเฟื้อต่อผู้อื่น (altruism) และพฤติกรรมเพื่อสังคม (prosocial behavior)[17-18] และสอดคล้องกับที่นักการศึกษาเสนอแนวทางการเสริมสร้างจิตสาธารณะคือ การร่วมปฏิบัติกิจกรรมที่ดี จะก่อให้เกิดความรักความผูกพันและการเห็นคุณค่าของความดี และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำกิจกรรมความดีช่วยเหลือผู้อื่น และการสร้างตัวแบบหรืออย่างที่ดีที่ได้รับการยกย่องและยอมรับ[10-11,19] มีความสอดคล้องกับกิจกรรมในขั้นพัฒนา ที่จัดให้สมาชิกของชมรมผลัดเปลี่ยนมาปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครแกนนำเยาวชนศูนย์เพื่อนใจ และการจัดพื้นที่สาธารณะให้นักศึกษาได้มาใช้ประโยชน์ร่วมกัน ส่งเสริมให้นักศึกษาเรียนรู้การใช้และรักษาพื้นที่สาธารณะสมบัติร่วมกัน การจัดมุมเชิดชูเกียรติสมาชิกและอาจารย์ที่ได้รับรางวัล และรางวัลของวิทยาลัยที่เกิดจากการร่วมแรงร่วมใจของทุกคน ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม[9] ที่อธิบายไว้ว่าการเอื้ออำนวยให้เกิดการกระทำตามตัวแบบที่ทำดีและได้รับการยกย่องและชื่นชมจะทำให้ผู้อื่นสังเกตการกระทำได้โดยเร็วและทำได้ง่าย และส่งเสริมการเห็นคุณค่าความดี

ส่วนขั้นตอนที่สาม ขั้นปลูกฝัง เป็นการทำกิจกรรมในฐานะสมาชิกของชมรมทูบีนัมเบอร์วันสาขา ผ่านกระบวนการจูงใจ (motivational process) ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม[9] เพื่อพัฒนาจิตสาธารณะของนักศึกษาให้มีลักษณะยั่งยืน โดยการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาจิตสาธารณะที่ผ่านการหล่อหลอมอย่างเป็นธรรมชาติแบบซ้ำ ๆ และการจัดประสบการณ์ให้นักศึกษาได้สัมผัสกับสังคมภายนอก เช่น การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม การส่งเสริมการดูแลสุขภาพด้วยการออกกำลังกายและการสื่อสารสุขภาพ การส่งเสริมความปลอดภัยและการอนุรักษ์ศิลปะและวัฒนธรรมของชาติและท้องถิ่น เป็นกิจกรรมที่นักศึกษาเป็นผู้ดำเนินการ โดยมีการกำหนดนโยบายและการควบคุมกำกับที่ชัดเจนว่า ทุกวันพฤหัสบดี เวลา 13.00-16.00 น. เป็นช่วงเวลาเสริมสร้างจิตสาธารณะด้วยกระบวนการของชมรมทูบีนัมเบอร์วัน รวมไปถึงกิจกรรมที่สามารถทำได้ในชีวิตประจำวันที่ไม่รวมอยู่ในกิจกรรมของชมรมทูบีนัมเบอร์วันสาขาที่ตนเองเป็นสมาชิก ด้วยกำหนดชั่วโมงการทำหรือเข้าร่วมกิจกรรมจิตสาธารณะ 12.50 ชั่วโมง ตลอดระยะ 15 สัปดาห์ กิจกรรมจิตสาธารณะที่นักศึกษาสามารถเข้าร่วมได้ เช่น กิจกรรมในโครงการจิตสาธารณะของชมรมสาขาอื่นที่นักศึกษาไม่ได้เป็นสมาชิก กิจกรรมตามยุทธศาสตร์หลักของชมรมทูบีนัมเบอร์วัน จังหวัดตรัง การพัฒนาเครือข่ายชมรมทูบีนัมเบอร์วัน ในสถานประกอบการและสถานศึกษา กิจกรรมจิตอาสาในวิทยาลัย และกิจกรรมจิตอาสาในชุมชนที่จัดโดยวิทยาลัยและหน่วยงานอื่น จิตสาธารณะเป็นจริยธรรมอย่างหนึ่ง สำหรับการเสริมสร้างจิตสาธารณะในขั้นตอนปลูกฝังมีความสอดคล้องกับการเสริมสร้างจริยธรรมของเพียเจท (Piaget) และโคลเบอร์ก (Kohlberg)[21] ที่กล่าวว่าการส่งเสริมจริยธรรม คือ การส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น หรือการเข้าร่วมกลุ่มทางสังคมเพื่อการได้เรียนรู้บทบาทของตนเองและของบุคคลอื่น และสอดคล้องกับที่นักการศึกษาเสนอแนวทางการเสริมสร้างจิตสาธารณะ คือ การจัดโอกาสหรือพื้นที่ให้บุคคลได้แสดงออกซึ่งการมีจิตสาธารณะด้วยการทำกิจกรรมเป็นอาสาสมัครในงานจิตอาสา[10-11,19-20]

2. ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างจิตสาธารณะของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ด้วยกระบวนการของชมรมทูบีนัมเบอร์วัน พบว่า ระดับจิตสาธารณะของนักศึกษาภาพรวม และรายด้านหลังได้รับรูปแบบการเสริมสร้างจิตสาธารณะด้วยกระบวนการของชมรมทูบีนัมเบอร์วันสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001 นักศึกษาของชมรมทูบีนัมเบอร์วันสาขา จัดทำโครงการจิตสาธารณะจำนวน 6 โครงการ ซึ่งเป็นโครงการในลักษณะจิตอาสา หรือพัฒนาสังคม ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมา[10] ในการเสริมสร้างจิตสาธารณะของนักศึกษาที่ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ในการเสริมสร้างจิตสาธารณะของนักศึกษาเช่นเดียวกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ สำหรับเหตุผลที่สามารถนำมาอธิบายยืนยันว่าระดับจิตสาธารณะของนักศึกษาที่เพิ่มขึ้นนี้เป็นผลมาจากรูปแบบการเสริมสร้างจิตสาธารณะด้วยกระบวนการของชมรมทูบีนัมเบอร์วัน

เนื่องจากกิจกรรมของรูปแบบการเสริมสร้างจิตสาธารณะด้วยกระบวนการของชมรมทูบีนัมเบอร์วัน ในขั้นสร้างแรงจูงใจและขั้นพัฒนาจะมีลักษณะมุ่งพัฒนานักศึกษาให้เกิดเหตุผลเชิงจริยธรรม ที่จะนำไปสู่การเสริมสร้างจิตสาธารณะด้านการรู้คิดและเจตคติ ด้วยกิจกรรมกลุ่ม “SPICE” โดยประยุกต์ใช้กิจกรรมตามคู่มือการจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะเยาวชน “ฝึกคิด แก้ไขปัญหา พัฒนา EQ” ของกรมสุขภาพจิต[15] ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่ใช้พัฒนานักศึกษาให้เป็นคนดี คนเก่ง และมีความสุข เพื่อเสริมสร้างแรงทางบวกเกี่ยวกับค่านิยมการเป็นคนดี และการเป็นคนที่มีคุณธรรม และผู้วิจัยได้เพิ่มกิจกรรมที่เสริมสร้างให้นักศึกษามีเจตคติที่ดีต่อการมีจิตสาธารณะ ได้แก่ ความมีน้ำใจ ความรับผิดชอบ ความเสียสละ ความสามัคคี การทำงานเป็นทีม และการเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ร่วมกับการทำงานเป็นอาสาสมัครของ “ศูนย์เพื่อนใจ” จะส่งเสริมให้นักศึกษาใช้เวลาว่างที่เป็นประโยชน์ในการทำกิจกรรมที่สร้างสรรค์ และเรียนรู้ผ่านตัวแบบและสื่อประชาสัมพันธ์ในพื้นที่ของศูนย์เพื่อนใจ และการจัดพื้นที่สาธารณะให้นักศึกษาใช้สอยร่วมกัน เพื่อสร้างแรงจูงใจและพัฒนาให้นักศึกษาเกิดความสนใจและตระหนักถึงประโยชน์ส่วนรวม มีความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้สาธารณสมบัติ และการเคารพสิทธิการใช้ของส่วนรวมร่วมกัน สอดคล้องกับรายงานการวิจัยและนักการศึกษาให้ข้อเสนอแนะไว้ว่า การเสริมสร้างจิตสาธารณะด้านการรู้คิดและด้านเจตคติ เริ่มจากเสริมสร้างบุคคลให้เกิดเหตุผลเชิงจริยธรรม โดยการเรียนรู้จากเพื่อนและตัวแบบ[10-11] และสอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อจิตสาธารณะของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ในขั้นตอนการศึกษาข้อมูลพื้นฐานที่พบว่า แรงสนับสนุนจากเพื่อน และเหตุผลเชิงจริยธรรม เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อจิตสาธารณะของนักศึกษาของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ส่วนจิตสาธารณะด้านพฤติกรรม นักศึกษาได้รับการส่งเสริมให้แสดงออก หรือเข้าร่วมหรือปฏิบัติกิจกรรมที่คำนึงถึงประโยชน์ของส่วนรวม ทั้งของวิทยาลัย และในชุมชน การดูแลรักษาสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นสาธารณะสมบัติ อนุรักษ์สิ่งแวดล้อมด้วยแรงกายและสติปัญญา และการช่วยเหลือแบ่งปัน ผ่านกระบวนการจูงใจ (motivational process) สู่พฤติกรรมจิตสาธารณะอย่างยั่งยืน ตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม[9] โดยกลุ่มนักศึกษาเป็นผู้ริเริ่มและดำเนินงานโครงการจิตสาธารณะโดยการสนับสนุนจากวิทยาลัย ได้แก่ โครงการธนาคารขยะ, โครงการพัฒนานักศึกษาด้านสุขภาพอนามัยภาวะผู้นำ และการทำงานเป็นทีม คือการจัดการแข่งขันกีฬา, โครงการ The sound of your health คือจัดเสียงตามสายเพื่อสื่อสารสุขภาพภายในวิทยาลัย (SCPH ON AIR) และดีเจเสียงสุขภาพ คลื่นวิทยุ 91.25 MHz. สวท. ตรัง ในการสื่อสารสุขภาพกับประชาชนทั่วไป และประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อออนไลน์, โครงการพัฒนานักศึกษาด้านทักษะชีวิตสู่ความเป็นหนึ่ง คือการประกวดร้องเพลงลูกทุ่งและการทำบุญตักบาตรสร้างความดีตามวิถีวัฒนธรรมไทย, โครงการค่ายอาสาปันฝันน้อง และบริการวิชาการด้านสุขภาพ เป็นการให้บริการวิชาการด้านสุขภาพต่อสังคมภายนอก ซึ่งการเสริมสร้างจิตสาธารณะด้านพฤติกรรม โดยการลงมือปฏิบัติกิจกรรมอาสาสมัครเหล่านี้ สอดคล้องกับรายงานวิจัยและข้อเสนอแนะจากนักการศึกษาส่วนใหญ่[10-11,19-20] ได้เสนอแนะไว้ว่าการส่งเสริมบุคคลให้มีพฤติกรรมจิตสาธารณะ ต้องจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้บุคคลมีโอกาสสัมผัสกับสังคมภายนอกในการทำกิจกรรมอาสาสมัคร กิจกรรมศิลปะและดนตรี กิจกรรมสิ่งแวดล้อม และกิจกรรมพัฒนาและบริการสังคม นอกจากนี้ รูปแบบการเสริมสร้างจิตสาธารณะให้กับนักศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ มีการกำหนดนโยบายในการพัฒนาจิตสาธารณะที่เป็นรูปธรรมทุกวันพฤหัสบดี เวลา 13.00–16.00 น. กำหนดชั่วโมงในการทำหรือร่วมกิจกรรมจิตสาธารณะอื่นที่ไม่ใช่กิจกรรมในโครงการจิตสาธารณะของชมรมสาขาที่นักศึกษาเป็นสมาชิก เกณฑ์ขั้นต่ำ 12.50 ชั่วโมง ใน 15 สัปดาห์ และมีการควบคุมกำกับในการเข้าร่วมกิจกรรมด้วยสมุดประจำตัวนักศึกษา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ในการเสริมสร้างจิตสาธารณะของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา การสนับสนุนจากสถาบันการศึกษามีส่วนสำคัญมากที่สุด ด้วยการกำหนดนโยบายและมาตรการควบคุมกำกับที่ชัดเจนในการสนับสนุนให้นักศึกษาได้เรียนรู้เหตุผลเชิงจริยธรรมร่วมกันกับเพื่อนด้วยการทำกิจกรรมกลุ่มในรูปแบบกิจกรรมจิตอาสา กิจกรรมอาสาสมัคร หรือกิจกรรมพัฒนาสังคมทั้งภายในและภายนอกวิทยาลัย

2. สำหรับรูปแบบการเสริมสร้างจิตสาธารณะด้วยกระบวนการของชมรมทูบีนัมเบอร์ สถาบันการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้โดยการออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับช่วงวัย บริบททางสังคม และความสนใจ เพื่อเสริมสร้างจิตสาธารณะสำหรับนักศึกษาร่วมกันได้ทุกชั้นปี และทุกคณะ

3. ในการเสริมสร้างจิตสาธารณะด้วยกระบวนการของชมรมทูบีนัมเบอร์ ควรดำเนินการตาม 3 องค์ประกอบของโครงการชมรมทูบีนัมเบอร์วัน ในพระราชดำริของทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี ได้แก่ ก. กรรมการ ก. กองทุนของชมรม ส่วน ก. กิจกรรมของชมรมทูบีนัมเบอร์วัน ควรออกแบบให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และส่งเสริมปัจจัยเอื้อในการเสริมสร้างจิตสาธารณะ ได้แก่ การทำกิจกรรมกับสังคมภายนอกประเภทจิตอาสา หรือพัฒนาสังคม การมีตัวแบบ สื่อประชาสัมพันธ์ ยกย่องการทำความดี และการส่งเสริมการเป็นพลเมืองที่ดีในการดูแลสาธารณะสมบัติของส่วนรวม

References

1. Yingruxpund U. The effect of using integrated simulation teaching technique with authentic assessment on the fifth grade students' public mind. [Thesis]. Bangkok: Sinakharinswirot University;2007. (in Thai).
2. Thongmeeluea T, Lorlertwit N, Lertwuttisakul R, Wisitwiriyachai P, Juthanan K, Songtiang R. Psychosocial factors influencing public mind of Srinakharinwirot University students. Journal of Behavioral Science 2007. 13(1):91-102. (in Thai).
3. Ministry of Education. Methods of measure and evaluation of learning outcome on the Basic Education Core Curriculum B.E. 2551 (A.D. 2008). 2nd ed. Bangkok: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand Limited;2010. (in Thai).
4. Kaekangwal S. Personality psychology: know you know me. 16thed. Bangkok: Folk doctor;2011.
5. Kaochim P. Adolescent psychology. Bangkok: Psychology department, Srinakharinwirot University;2006. (in Thai).
6. Kohlberg L. Stages of moral development. [internet]. [cited 2018 Jan 10]. Available from https://pdfs.semanticscholar.org/3d78/73858d76dbd4237d0b5647046d2701703214.pdf.
7. Praboromarajchanok Institute for Health Workplace Development. Handbook for identity of graduated student development. Nonthaburi: Utharinth publishing;2011. (in Thai).
8. Ministry of Mental Health. Handbook of TO BE NUMBER ONE Project under Princess Ubolratana Rajakanya Sirivadhana Barnavadi. Bangkok: Publisher of the War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage of His Majesty the King;2014. (in Thai).
9. Iamsupasit S. Theories and techniques in behavior modification. 8th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press;2010. (in Thai).

10. Thamaphiban W. A development of enrichment curriculum to enhance desirable public mind for undergraduate students at Thaksin University, Songkhla Campus. [Dissertation]. Bangkok: Srinakharinwirot University. (in Thai).
11. Nakasaney S, Panjaplinkul C, Mo-On S. Factors that affected student's public mind behavior faculty of liberal arts, Rajamagala University of Technology Rattanakosin. Bangkok: Rajamagala University of Technology Rattanakosin. (in Thai).
12. Aekakul T. Research methodology in behavioral sciences and social sciences. Ubon Ratchathani: Faculty of Education Ubon Ratchathani Rajabhat University;2010. (in Thai).
13. Vanichbuncha K. Data analysis with SPSS for windows. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2011. (in Thai).
14. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson, RE. Multivariate data analysis: a global perspective. 7th ed. New Jersey: Pearson Education Inc;2010.
15. TO BE NUMBER ONE project under Princess Ubolratana Rajakanya Sirivadhana Barnavadi. handbook for activity of adolescent development "Thinking practice, problem solving, EQ development". Nonthaburi: Ministry of Mental Health, Ministry of Public Health. (in Thai).
16. Sawasthaisong S. Development of volunteer mind behaviour of students utilizing a moral project based learning. Journal of Liberal Arts and Management Science Kasetsart University 2015,2(1):143-78. (in Thai).
17. Phra Paisal Visalo. Science and art of goodness: a case study of Tzu Chi Foundation. Bangkok: Center of Dhamma promotion and development publishing;2011. (in Thai).
18. Jindawathana A. Volunteer mind to create the world: learning from Tzu Chi Buddha Taiwan movement with humanistic care. 3rd ed. Bangkok: Center of Dhamma promotion and development publishing; 2009. (in Thai).
19. Priampimai S, Narkwiboonwong S. Public consciousness of vocational students: guidelines development in the context of global citizenship. Dusit Thani College Journal 2018,12(1): 364-80. (in Thai).
20. Sutthirat C. Teach children to have public mind. 5th ed. Bangkok. V Print Cooperation Limited ; 2012. (in Thai).
21. Fleming JS. Piaget, Kohlberg, Gilligan and Other on Moral development. [internet]. [cited 2018 May 10]. Available from https://warwick.ac.uk/fac/cross_fac/iatl/study/ugmodules/ethicalbeings/theoretical_approach_intro_reading.pdf.

ผลของโปรแกรมการสอนโดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูงในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนต่อความรู้ ทักษะปฏิบัติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาพยาบาล

The Effect of High-Fidelity Simulation Teaching Program on Student Nurses' Knowledge, Skill, and Self-efficacy regarding Nursing Care for Pregnant Woman with Complication

ดวงกมล หน่อแก้ว[1] มนชยา ก้างยาง[1] พรรณวดี บูรณารมย์[1]
จงลักษณ์ ทวีแก้ว[1] นวพล แก่นบุปผา[1] ไวยพร พรมวงค์[1]
Duangkamon Norkaeo[1] Monchaya Kangyang[1] Phunvadee Buranarom[1]
Chonglak Taveekaew[1] Navapon Kanbupar[1] Waiyaporn Promwong[1]
[1]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
[1]Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong
Corresponding author: Duangkamon Norkaeo; Email: Yai_duangkamon@hotmail.com
Received: 30 May 2019 **Revised:** 1 July 2019 **Accepted:** 2 November 2019

บทคัดย่อ

การตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนถือว่าเป็นความผิดปกติและเป็นอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ความรู้และทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญมาก การวิจัยกึ่งทดลองชนิดศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะปฏิบัติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลของโปรแกรมการสอนโดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูง กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลชั้นปี 4 รุ่น 46 ปีการศึกษา 2561 ใช้การสุ่มอย่างง่ายเพื่อจัดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 40 คน กลุ่มทดลองใช้โปรแกรมการสอนโดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูงที่ประกอบด้วยการทบทวนความรู้จากกรณีศึกษา การฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะมดลูกแตก ภาวะเครียดของทารกในครรภ์ ภาวะสายสะดือย้อยในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูงกับหุ่นจำลองสมรรถนะสูง และการสะท้อนคิดหลังการเรียนรู้ ส่วนกลุ่มควบคุมแนะนำการศึกษาด้วยตนเอง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบทดสอบความรู้ แบบประเมินทักษะปฏิบัติ แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบประเมินความพึงพอใจ เครื่องมือมีค่าดัชนีความตรง .85-1.00 ผลวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=1.663$, $p>.05$) ทักษะปฏิบัติของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-4.911$, $p<.01$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.746$, $p<.01$) กลุ่มทดลองพึงพอใจโปรแกรมการสอนโดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูงในระดับมาก ($=4.48$, $SD\pm.43$) สถาบัน การศึกษาพยาบาลควรนำโปรแกรมการสอนนี้ไปใช้จัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนให้กับนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ: การศึกษาพยาบาล; การสอนโดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง; การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

The Effect of High-Fidelity Simulation Teaching Program on Student Nurses' Knowledge, Skill, and Self-efficacy regarding Nursing Care for Pregnant Woman with Complicationy

Duangkamon Norkaeo[1] Monchaya Kangyang[1] Phunvadee Buranarom[1]
Chonglak Taveekaew[1] Navapon Kanbupar[1] Waiyaporn Promwong[1]
[1]Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong
Corresponding author: Duangkamon Norkaeo; Email: Yai_duangkamon@hotmail.com
Received: 30 May 2019 **Revised:** 1 July 2019 **Accepted:** 2 November 2019

Abstract

Pregnancy with complications is considered abnormal and harmful to pregnant women and fetuses. Therefore, the nurses' knowledge and skills in taking care of these patients are important. This quasi-experimental research using two group pre-posttest design aimed to compare knowledge, skills and self-efficacy of student nurses participating in a High-Fidelity Simulation Teaching Program in Nursing Care for Complications in Pregnant Woman. The sample consisted of 80 fourth year nursing students of the 46 batch studying in academic year 2018. The sample was randomly allocated to experimental group and control group 40 each. The experimental group participated in the High-Fidelity Simulation Teaching Program. The program consisted of a case study, high-fidelity simulation practice using a high-fidelity manikin in the situation of pregnancy induced hypertension, uterine rupture, fetal distress syndrome, umbilical cord prolapse and reflection. The control group underwent self-study. The research instruments consisted of Knowledge, Skills, Self-efficacy and Satisfaction questionnaires. The content validity of the instruments were tested; the CVI was .85-1.00. The results revealed that posttest mean scores of knowledge was not statistically significantly different between the experimental group and control group ($t=1.663$, $p>.05$). Posttest mean scores of skills of the experimental group was statistically significantly higher than the control group ($Z=-4.911$, $p<.01$). Posttest mean scores of self-efficacy of the experimental group was statistically significantly higher than the control group ($t= 2.746$, $p<.01$). The experimental group had high level of satisfaction in the High-Fidelity simulation training program (=4.48, SD±.43). Nursing institutes should implement this simulation program for teaching and training to enhance the knowledge, skills and self-efficacy of student nurses.

Keywords: nursing education; simulation based learning; self-efficacy

ความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตและความพิการของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ จึงจัดเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของประเทศไทยและของหลายประเทศทั่วโลก[1] การช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ให้สามารถคลอดบุตรได้อย่างปลอดภัยและทารกในครรภ์สามารถเกิดรอดโดยปราศจากความพิการมักเป็นการรักษาแบบกรณีฉุกเฉิน แพทย์และพยาบาลต้องมีความฉับไวในการตรวจพบความผิดปกติและตัดสินใจให้การช่วยเหลือทันที เช่น การตัดสินใจให้ยาลดความดันโลหิตและป้องกันอาการชักเมื่อตรวจพบภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์[2] การตัดสินใจผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องและหยุดเลือดที่ออกให้เร็วที่สุดเมื่อตรวจพบสัญญาณของมดลูกแตก[3] การช่วยคลอดฉุกเฉินด้วยการผ่าตัดคลอดทารกทางหน้าท้องหรือการใช้อุปกรณ์ช่วยคลอดทางช่องคลอดเมื่อตรวจพบภาวะเครียดของทารกในครรภ์หรือตรวจพบภาวะสายสะดือย้อย[4] การช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ในกรณีฉุกเฉินดังกล่าวส่วนหนึ่งเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญยิ่งของพยาบาลวิชาชีพ

พยาบาลวิชาชีพจึงควรกำหนดเป้าหมายการดูแลช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนอย่างชัดเจนและประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลอย่างเป็นองค์รวม กิจกรรมการพยาบาลควรปฏิบัติให้เป็นขั้นตอน โดยเริ่มจากการประเมินสภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์เพื่อค้นหาความผิดปกติระยะเริ่มมีอาการได้รวดเร็ว การตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์พ้นจากภาวะวิกฤต การสื่อสารและการทำงานร่วมกับบุคลากรทีมการดูแลอย่างถูกต้องรวดเร็ว ตลอดจนการติดตามประเมินผลการรักษาพยาบาลและวางแผนการให้ดูแลต่อเนื่องเพื่อความปลอดภัยของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์[5] การเตรียมนักศึกษาพยาบาลให้มีความพร้อมในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพที่ดีและมีความรับผิดชอบสูงจึงต้องอาศัยจัดการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพ

อาจารย์พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่มีส่วนในการออกแบบนวัตกรรมการศึกษาเพื่อให้เป็นสื่อการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ โปรแกรมการสอนโดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูงเป็นนวัตกรรมการศึกษารูปแบบหนึ่งที่ส่งเสริมกระบวนการคิด การทำงานร่วมกันเป็นทีม และพฤติกรรมบริการที่ดีในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนของนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยจึงออกแบบโปรแกรมการสอนโดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูงในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย การทบทวนความรู้จากกรณีศึกษา การฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะมดลูกแตก ภาวะเครียดของทารกในครรภ์ ภาวะสายสะดือย้อยในสถานการณ์จำลองกับหุ่นจำลองสมรรถนะสูง และการสะท้อนคิดหลังการเรียนรู้ การจัดการเรียนการสอนรูปแบบดังกล่าวมีส่วนช่วยพัฒนาทักษะปฏิบัติการพยาบาล (nursing skills) และทักษะที่สนับสนุนปฏิบัติการพยาบาลต่าง ๆ (non-nursing skills) ของนักศึกษาพยาบาลได้เป็นอย่างดี[6] อีกทั้งเป็นการเสริมสร้างความมั่นใจตนเองของนักศึกษาพยาบาลจากประสบการณ์ความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนในสถานการณ์จำลอง ตลอดจนการได้รับคำพูดชักจูงใจ และการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์จากอาจารย์พยาบาลในช่วงการสะท้อนคิดหลังการเรียนรู้[7]

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนโดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูงต่อระดับความรู้ ทักษะ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน

สมมติฐานการวิจัย

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะปฏิบัติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองหลังการเรียนรู้จากโปรแกรมการสอนโดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูงสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการเรียนรู้จากการศึกษาด้วยตนเอง

นิยามศัพท์เฉพาะ

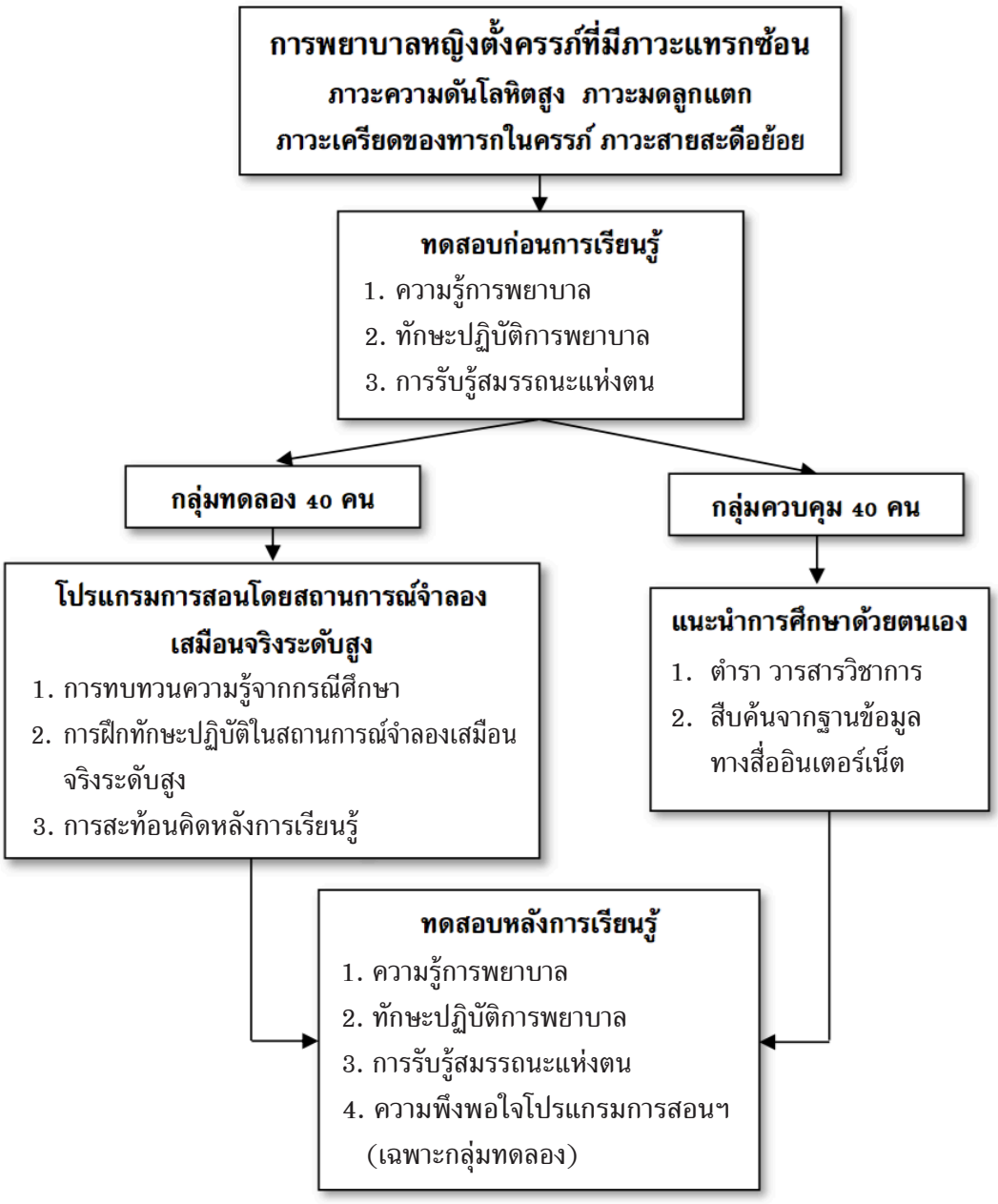
1. สถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูง (high-fidelity simulation) หมายถึง เหตุการณ์สมมติของหญิงตั้งครรภ์ที่เกิดความผิดปกติจากภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะมดลูกแตก ภาวะเครียดของทารกในครรภ์ และภาวะสายสะดือย้อย หญิงตั้งครรภ์ต้องได้รับการประเมินความผิดปกติ การช่วยเหลือให้พ้นจากภาวะวิกฤต การประเมินผลการดูแล และการดูแลต่อเนื่องอย่างถูกต้องทันท่วงทีจากผู้แสดงบทบาทสมมติเป็นแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และนักศึกษาพยาบาล โดยมีหุ่นจำลองสมรรถนะสูงแทนหญิงตั้งครรภ์

2. หุ่นจำลองสมรรถนะสูง (high-fidelity manikin) หมายถึง หุ่นจำลองลักษณะเสมือนมนุษย์จริง มีอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ที่ใช้ควบคุมหุ่นจำลองให้แสดงผลตามที่กำหนด เช่นเสียงพูด เสียงร้อง กระพริบตา ชีพจร มีจอ monitor แสดงข้อมูลของหุ่นจำลอง เช่นความดันโลหิต ชีพจร คลื่นหัวใจไฟฟ้า O_2 saturation เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลกลุ่มตัวอย่างสามารถวิเคราะห์สภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ระหว่างให้การดูแลช่วยเหลือได้

3. โปรแกรมการสอนโดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูง (high-fidelity simulation teaching program) หมายถึง ชุดของกิจกรรมการเรียนรู้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย ขั้นตอนการทบทวนความรู้ประเด็นสำคัญของการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนด้วยการบรรยายสรุปในชั้นเรียนร่วมกับการวางแผนการพยาบาลกรณีศึกษา ขั้นตอนการฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูง 4 สถานการณ์ คือ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะมดลูกแตก ภาวะเครียดของทารกในครรภ์ ภาวะสายสะดือย้อย และขั้นตอนสรุปผลการปฏิบัติด้วยการสะท้อนคิดหลังการเรียนรู้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้รูปแบบการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb[8] และรูปแบบการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองทางพยาบาลศาสตร์ของ Jeffries & Rogers[9] เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการสอนโดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูง 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นตอนการแนะนำก่อนปฏิบัติ (pre-briefing) ด้วยการทบทวนความรู้ร่วมกับการวางแผนการพยาบาลในกรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน 4 สถานการณ์ คือ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะมดลูกแตก ภาวะเครียดของทารกในครรภ์ และภาวะสายสะดือย้อย ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลกับหุ่นจำลองสมรรถนะสูงในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูง (high-fidelity simulation) และขั้นตอนสรุปผลการปฏิบัติ (debriefing) ด้วยการสะท้อนคิดผลการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูงทุกแง่มุม ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางการศึกษาวิจัยเป็นกรอบแนวคิด ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง (randomized control group pretest-posttest design) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะปฏิบัติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาพยาบาลในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เป็นผลจากโปรแกรมการสอนโดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2555) ชั้นปี 4 รุ่น 46 ปีการศึกษา 2561 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 140 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาพยาบาลที่ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมการสอนจนครบระยะเวลาวิจัย ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากโปรแกรม G* Power Version 3.1 กำหนดค่า beta 0.80 ค่า alpha 0.05 (two-tailed) และค่า effect size .35[10] ได้กลุ่มตัวอย่าง 67 คน ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20[11] เพื่อป้องกันข้อมูลไม่สมบูรณ์จากเหตุกลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากงานวิจัย จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน ผู้วิจัยเรียงลำดับเกรดเฉลี่ยของนักศึกษาพยาบาลชั้นปี 4 รุ่น 46 ปีการศึกษา 2561 และทำการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนสลับเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนครบกลุ่มละ 40 คน เพื่อให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันน้อยที่สุด หลังจากนั้นจึงทำการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนจากรายชื่อนักศึกษากลุ่มทดลองให้เป็นกลุ่มย่อยละ 5 คนรวม 8 กลุ่ม และจับฉลากแบบไม่ใส่คืนจากรายชื่อนักศึกษากลุ่มควบคุมให้เป็นกลุ่มย่อยละ 5 คนรวม 8 กลุ่ม

ผู้วิจัยกำหนดการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นช่วงเวลาภายหลังการเรียนทฤษฎีวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ 2 ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2561 และก่อนการฝึกวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์ 2 ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2561 ระหว่างเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2561 ซึ่งเป็นช่วงเวลาปิดภาคการศึกษา นักศึกษาพยาบาลกลับบ้านไม่ได้อยู่หอพัก ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มทดลองและกลุ่มความคุมมีความแตกต่างกันน้อยที่สุด

เครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมการสอนโดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูงในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนสำหรับนักศึกษาพยาบาล เป็นชุดของกิจกรรมการเรียนรู้ 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย

1) ขั้นตอนการแนะนำก่อนปฏิบัติ (pre-briefing) อาจารย์พยาบาลทบทวนความรู้ประเด็นสำคัญของการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนด้วยสื่อ PowerPoint หลังจากนั้นให้นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองร่วมกันวางแผนการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากกรณีศึกษา 4 สถานการณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น คือ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะมดลูกแตก ภาวะเครียดของทารกในครรภ์ และภาวะสายสะดือย้อย ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่ก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรง เป็นสาเหตุการเสีย ชีวิต การเกิดความพิการของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์[1,4] และตอบข้อซักถามต่าง ๆ ของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลอง ใช้เวลา 60 นาที

2) ขั้นตอนการฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูงกับหุ่นจำลองสมรรถนะสูงและอุปกรณ์ต่าง ๆ (high-fidelity simulation) อาทิเช่น อุปกรณ์การแพทย์ ได้แก่ ชุดให้ออกซิเจน ชุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ชุดสวนปัสสาวะ ถุงมือปราศจากเชื้อ ถุงมือสะอาด เครื่องฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ เวชภัณฑ์การแพทย์ ได้แก่ ยา Oxytocin, ยา MgSO4 สารน้ำชนิดต่าง ๆ ที่ให้ทางหลอดเลือดดำ และเวชระเบียนของหญิงตั้งครรภ์ มีอาจารย์พยาบาลทำหน้าที่ facilitator ให้คำแนะนำช่วยเหลือนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองอย่างใกล้ชิดเพื่อให้การฝึกทักษะปฏิบัติสามารถบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่กำหนดไว้ นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองฝึกทักษะปฏิบัติกลุ่มละ 15 นาที จนครบทุกสถานการณ์

3) ขั้นตอนสรุปผลการปฏิบัติ (debriefing) เป็นการสะท้อนคิดร่วมกันระหว่างนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองและอาจารย์พยาบาลภายหลังการฝึกทักษะปฏิบัติในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูง มีเป้าหมายเพื่อวิเคราะห์ความเหมาะสมของกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ที่นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองได้ปฏิบัติในการดูแลช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจนสามารถเข้าใจบทเรียนอย่างลึกซึ้ง สรุปผลตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่ได้กำหนดไว้ รวมทั้งวิเคราะห์แนวทางการประยุกต์ใช้ความรู้ในสถานการณ์จริงต่อไป ใช้เวลา 30 นาที

สำหรับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยแนะนำการศึกษาค้นคว้าความรู้และทักษะปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากเอกสารตำราและวารสารทางวิชาการในห้องสมุด และการสืบค้นจากฐาน ข้อมูลทางวิชาการต่าง ๆ ทางสื่ออินเตอร์เน็ตด้วยตนเอง

2. เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล จำนวน 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 4 ข้อคำถาม เกี่ยวกับเพศ อายุ เกรดเฉลี่ยสะสม และประสบการณ์การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน เป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก 30 ข้อ ทดสอบความรู้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะมดลูกแตก ภาวะเครียดของทารกในครรภ์ ภาวะสายสะดือย้อย การสื่อสารด้วยเทคนิค SBAR และการบันทึกทางการพยาบาลแบบ focus charting เกณฑ์ให้คะแนนตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน รวม 0-30 คะแนน ใช้เวลา 30 นาที

ตอนที่ 3 แบบประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน เป็นแบบตรวจสอบรายการ 20 ข้อ ประกอบด้วยการประเมินสภาพ 7 ข้อ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเมื่อเกิด ภาวะฉุกเฉินจาการตั้งครรภ์ 8 ข้อ การประเมินผลและการดูแลต่อเนื่อง 5 ข้อ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสังเกตทักษะปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างและให้คะแนนตามแบบประเมิน ปฏิบัติถูกได้ 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกได้ 0 คะแนน คะแนนรวม 0-20 คะแนน ใช้เวลาประเมินกลุ่มละ 15 นาที

ตอนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรก ซ้อน เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ 20 ข้อ มั่นใจมากที่สุด (5) มั่นใจมาก (4) มั่นใจปานกลาง (3) มั่นใจน้อย (2) ไม่มั่นใจ (1) ประกอบด้วย การรับรู้สมรรถนะการประเมินสภาพ 7 ข้อ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล 8 ข้อ การประเมินผลและการดูแลต่อเนื่อง 5 ข้อ คะแนนรวม 20-100 คะแนน เกณฑ์ประเมินมั่นใจมาก (3.68-5.00) มั่นใจปานกลาง (2.34-3.67) มั่นใจน้อย (1.00-2.33) ใช้เวลา 30 นาที

ตอนที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจโปรแกรมสอนโดยสถานการณ์จำลอง เป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ โดยพอใจมากที่สุด (5) พอใจมาก (4) พอใจปานกลาง (3) พอใจน้อย (2) ไม่พอใจ (1) ประกอบด้วย ความพึงพอใจด้านการพัฒนาความรู้ การพัฒนาทักษะปฏิบัติ การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและคุณภาพของโปรแกรมสอน เกณฑ์ประเมินพอใจมาก (3.68-5.00) พอใจปานกลาง (2.34-3.67) พอใจน้อย (1.00-2.33) ใช้เวลา 20 นาที

3. คุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนของโปรแกรมการสอนโดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ได้แก่ แผนการสอนความรู้ กรณีศึกษา สถานการณ์จำลองเสมือนจริงทั้ง 4 สถานการณ์ ผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูติศาสตร์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสูติศาสตร์ 2 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการแก้ไขเนื้อหาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content Validity) ผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านสูติศาสตร์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสูติศาสตร์ 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินทั้งหมดเป็นรายข้อด้วยค่าดัชนีความเที่ยงตรง (content validity index: CVI) ผลการตรวจสอบได้ค่า CVI ระหว่าง .85-1.00

การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยทดลองใช้แบบประเมินกับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีเดียวกันและไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ผลวิเคราะห์แบบทดสอบความรู้ได้ค่า KR-20 เท่ากับ .79 แบบประเมินทักษะ

ปฏิบัติเป็นค่าสถิติความเห็นพ้องระหว่างผู้ประเมิน (interrater reliability) ได้แก่ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความสอดคล้อง 95% และค่าสถิติ Cohen's kappa เท่ากับ .88 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลวิเคราะห์ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาดเท่ากับ .94 และแบบประเมินความพึงพอใจ ผลวิเคราะห์ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาดเท่ากับ .95 แสดงว่าแบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่นที่ใช้ได้[12]

4. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองและอนุมัติการดำเนินการศึกษาวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ เอกสารรับรองเลขที่ EC.1/2561 ลงวันที่ 9 มกราคม พ.ศ. 2561 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจัดทำคำชี้แจง วัตถุประสงค์ สิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อคะแนนประเมินของรายวิชา กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลตามจริงโดยไม่ต้องระบุชื่อในแบบประเมิน และผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลผลการวิจัยครั้งนี้ในภาพรวม สำหรับกลุ่มควบคุมและนักศึกษาพยาบาลชั้นปี 4 รุ่น 46 ทุกคนจะได้เรียนรู้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโปรแกรมสอนโดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูงภายหลังเก็บข้อมูลแล้วเสร็จ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเสนอหนังสือถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลและประสานอาจารย์ประจำชั้นเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลชั้นปี 4 รุ่น 46 การเข้าพบนักศึกษาพยาบาลเพื่อแนะนำทีมผู้วิจัย ชี้แจงรายละเอียดการดำเนิน การสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารแสดงเจตนาการเข้าร่วมงานวิจัย

การรวบรวมข้อมูลก่อนทดลอง (pre-test)

1. ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่าง 80 คน ทำแบบทดสอบความรู้และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ใช้เวลารวม 60 นาที

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยประเมินทักษะปฏิบัติในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูงครั้งละ 1 กลุ่มสลับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จนครบ 16 กลุ่ม ใช้เวลากลุ่มละ 15 นาที

การดำเนินการทดลอง

1. กลุ่มทดลองผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมการสอนโดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูงตามลำดับโดยขั้นตอนการแนะนำก่อนปฏิบัติ ดำเนินการในห้องเรียน ใช้เวลา 60 นาที ขั้นตอนการฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน ดำเนินการในห้องปฏิบัติการพยาบาลเสมือนจริงระดับสูง (simulation lab) ใช้เวลากลุ่มละ 15 นาที จนครบทุกสถานการณ์ รวมเวลา 8 ชั่วโมง และขั้นตอนสรุปผลการปฏิบัติ ดำเนินการในห้องประชุมกลุ่มย่อย ใช้เวลา 30 นาที

2. กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเข้าพบพร้อมกันทั้งกลุ่มเพื่อให้คำแนะนำแนวทางการศึกษาค้นคว้าความรู้และทักษะปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากเอกสารตำราและวารสารทางวิชาการในห้องสมุดและการสืบค้นจากฐานข้อมูลวิชาการทางสื่ออินเตอร์เน็ตด้วยตนเอง ใช้เวลา 2 สัปดาห์

การรวบรวมข้อมูลหลังทดลอง (post-test) ภายหลังการเรียนรู้ 2 สัปดาห์

1. ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่าง 80 คน ทำแบบทดสอบความรู้และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ใช้เวลา 60 นาที

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยประเมินทักษะปฏิบัติในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูงครั้งละ 1 กลุ่ม สลับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จนครบ 16 กลุ่ม ใช้เวลากลุ่มละ 15 นาที

3. ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินความพึงพอใจ ใช้เวลา 20 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Shapiro-Wilk

3. เปรียบเทียบความรู้การพยาบาลและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนและหลังการเรียนรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบ Independent t-test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ส่วนทักษะปฏิบัติก่อนและหลังการเรียนรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบ Mann-Whitney Test เนื่องจากข้อมูลแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ

4. ความพึงพอใจของกลุ่มทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองจำนวน 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง20-25 ปี อายุเฉลี่ย 22.14 ปี (SD±.76) เกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ระหว่าง 2.04-3.42 ค่าเฉลี่ยเกรดเฉลี่ยสะสม 2.84 (SD±.32) และประสบการณ์การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่เคยให้การพยาบาลร่วมกับทีมสุขภาพ ส่วนนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มควบคุมจำนวน 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 21-27 ปี อายุเฉลี่ย 21.90 ปี (SD±1.02) เกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ระหว่าง 2.33-3.68 ค่าเฉลี่ยเกรดเฉลี่ยสะสม 2.96 (SD±.33) ประสบการณ์การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่เคยให้การพยาบาลร่วมกับทีมสุขภาพ

ความรู้การพยาบาล

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนการเรียนรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test พบว่าก่อนการเรียนรู้กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-.761, p>.05) ส่วนหลังการเรียนรู้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (t=1.663, p>.05) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่ม ด้วยสถิติ Independent t-test

ความรู้	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มควบคุม (n=40)		t	P value
	พิสัย	Mean(SD)	พิสัย	Mean(SD)		
ก่อนการเรียนรู้	10-23	15.72(3.09)	10-21	16.22(2.78)	-.761	.449
หลังการเรียนรู้	14-25	19.60(2.83)	12-24	18.52(2.95)	1.663	.100

ทักษะปฏิบัติการพยาบาล

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะปฏิบัติก่อนการเรียนรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Mann-Whitney Test พบว่าก่อนการเรียนรู้ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะปฏิบัติของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z=-2.187, p<.05) หลังการเรียนรู้ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะปฏิบัติของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z=-4.911, p<.001) แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะปฏิบัติระหว่างกลุ่ม

ทักษะปฏิบัติ	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มควบคุม (n=40)		Z	P value
	พิสัย	Mean(SD)	พิสัย	Mean(SD)		
ก่อนการเรียนรู้	7-15	11.12(2.65)	6-15	9.87(2.70)	-2.187	.029
หลังการเรียนรู้	13-16	14.00(1.01)	6-16	11.12(2.84)	-4.911	.000

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนการเรียนรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ independent t-test พบว่าก่อนการเรียนรู้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (t=.430, p>.05) ส่วนหลังการเรียนรู้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=2.746, p<.01) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระหว่างกลุ่ม

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มควบคุม (n=40)		Z	P value
	พิสัย	Mean(SD)	พิสัย	Mean(SD)		
ก่อนการเรียนรู้	2.45-4.70	3.50(.51)	2.35-4.60	3.45(.53)	.430	.668
หลังการเรียนรู้	3.50-5.00	4.40(.40)	3.10-5.00	4.14(.44)	2.746	.007

ความพึงพอใจโปรแกรมการสอนโดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูง

นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองจำนวน 40 คน มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูงในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนระดับพอใจมาก โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ 4.48 (SD±.43) จาก 5 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระหว่างกลุ่ม

ความพึงพอใจ	พิสัย	Mean (SD)	แปลผล
ความพึงพอใจรวม	3.00-5.00	4.48 (.43)	พอใจมาก
1. ด้านผู้สอน	3.00-5.00	4.52 (.46)	พอใจมาก
2. ด้านกิจกรรมของโปรแกรมการสอน	3.00-5.00	4.51 (.46)	พอใจมาก
3. ด้านสื่อการเรียนรู้	3.00-5.00	4.39 (.52)	พอใจมาก

อภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมการสอนโดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูงในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนต่อความรู้ ทักษะปฏิบัติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปี 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ อภิปรายผลดังนี้

1. ผลการเปรียบเทียบความรู้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน หลังการเรียนรู้ด้วยโปรแกรมสอนโดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=1.663$, $p>.05$) แสดงว่านักศึกษาพยาบาลทั้งสองกลุ่มมีพื้นฐาน ความรู้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกันมากนัก ทั้งนี้เพราะนักศึกษาพยาบาลได้เรียนทฤษฎี รายวิชาการพยาบาลมารดาทารก และผดุงครรภ์ 2 พร้อมกันตามแผนการศึกษา (master plan) ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์[13] โดยรูปแบบการจัดการเรียนการสอนส่วนใหญ่เป็นแบบการบรรยายความรู้ในห้องเรียนร่วมกับการศึกษาจากเอกสารประกอบคำสอน การจัดให้มีกิจกรรมกลุ่มย่อยตามใบงานในชั่วโมงเรียน จึงเป็นผลให้นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนความรู้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้วิจัยเห็นว่าความรู้ทางการพยาบาลภาคทฤษฎี อาจารย์พยาบาลควรสร้างนวัตกรรมการศึกษาที่เหมาะสมกับลักษณะการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลเพื่อสร้างความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง นักศึกษาพยาบาลสามารถจดจำบทเรียนได้นาน เช่น การเรียนการสอนแบบห้องเรียนกลับทาง (flipped classroom) ที่ออกแบบการเรียนรู้ก่อนเข้าชั้นเรียนจากสื่ออินเตอร์เน็ตและสื่อที่อาจารย์พยาบาลสร้างขึ้น การทดสอบความรู้ทางอินเตอร์เน็ตเพื่อสร้างประเด็นคำถามในส่วนที่ผู้เรียนยังไม่เข้าใจ และกิจกรรมการเรียนรู้ในชั้นเรียนที่อาจารย์และนักศึกษาสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ร่วมกันทำให้เข้าใจบทเรียนได้อย่างชัดเจน[14] การเรียนการสอนโดยใช้แอปพลิเคชั่นมือถือ (mobile application) ในการพัฒนาความรู้และทักษะปฏิบัติการพยาบาล จัดว่าเป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่มีความเหมาะสมกับผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 นักศึกษาพยาบาลสามารถใช้มือถือเรียนรู้ได้ตลอดเวลาและเรียนรู้ได้ทุกสถานที่ นอกจากนั้นยังสามารถใช้เพื่อการทบทวนความรู้และทักษะปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ[15]

2. ผลการเปรียบเทียบทักษะปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน หลังการเรียนรู้จากโปรแกรมการสอนโดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูง กลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-4.911$, $p<.01$) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Hall1[16] ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลการใช้หุ่นจำลองสมรรถนะสูงเพื่อพัฒนาทักษะปฏิบัติการผดุงครรภ์ ทักษะการคิดวิจารณญาณ และประสิทธิภาพการทำงานของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มทดลองเรียนรู้จากการฝึกในสถานการณ์จำลองกับหุ่นจำลองสมรรถนะสูง การสะท้อนคิดหลังเรียนรู้ และการฝึกทักษะปฏิบัติที่โรงพยาบาล กลุ่มควบคุมเรียนรู้จากการฝึกทักษะปฏิบัติที่โรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว ผลวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะปฏิบัติการผดุงครรภ์และทักษะการคิดวิจารณญาณสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีประสิทธิภาพการทำงานระดับสูง 95.5% สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ประสิทธิภาพการทำงานระดับสูง 61.4% สรุปว่าการใช้หุ่นจำลองสมรรถนะสูงเพื่อการเรียนรู้ทักษะปฏิบัติการผดุงครรภ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติที่โรงพยาบาลช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะปฏิบัติการผดุงครรภ์ ทักษะการคิดวิจารณญาณ และมีประสิทธิภาพการทำงานดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

3. ผลการเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาพยาบาล หลังการเรียนรู้จากโปรแกรมการสอนโดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t= 2.746$, $p<.01$) ผลวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ Franklin และคณะ[17] ศึกษาเปรียบเทียบผลการพัฒนาทักษะการพยาบาลและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาพยาบาลที่ออกแบบการเรียนรู้จากสถานการณ์จำลองเสมือนจริงทางสื่ออิเล็กโทรนิกส์ ผลวิจัยพบว่าสถานการณ์จำลองเสมือนจริงของปฏิบัติการพยาบาล

และการบรรยายความรู้ร่วมกับใช้สื่อ PowerPoint ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาพยาบาลดีกว่าการสอนโดยการมอบหมายให้ศึกษาเองจากกรณีศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.003)

4. ผลการศึกษาความพึงพอใจโปรแกรมการสอนโดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูงในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน หลังการเรียนรู้นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในระดับพอใจมาก ค่าเฉลี่ย 4.48(SD±.43) จาก 5 คะแนน และแสดงความคิดเห็นว่าสถานการณ์จำลองช่วยให้เข้าใจความผิดปกติ และความซับซ้อนของปัญหาภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ได้ชัดเจนมากขึ้น การกำหนดให้นักศึกษาพยาบาลฝึกทักษะปฏิบัติเป็นกลุ่มย่อยในบทบาทสมมติต่าง ๆ ของพยาบาลวิชาชีพ ทำให้เข้าใจหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพและสามารถจดจำภาพของประสบการณ์การพยาบาลกับหุ่นจำลองในสถานการณ์จำลองทุกสถานการณ์ได้อย่างแม่นยำ การได้ฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จำลองเป็นการเตรียมความพร้อมที่ดีมากและเป็นการสร้างความมั่นใจในความ สามารถของตนเองได้มากก่อนการฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง สอดคล้องกับผลวิจัยของ Young, Soohyun และ Jongsoon[18] ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลเกาหลีมีความพึงพอใจต่อการเรียนรู้ทักษะปฏิบัติการพยาบาลโดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับมาก

ข้อจำกัดและเสนอแนะ

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้วิจัยไม่สามารถแจกเอกสารประกอบการบรรยายทบทวนความรู้และกรณีศึกษาให้นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองก่อนการเก็บข้อมูลหลังทดลองได้ (post-test) ทั้งนี้เพื่อป้องกันการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ระหว่างนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. สถาบันการศึกษาพยาบาลควรพิจารณานำโปรแกรมการสอนโดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูงในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนไปใช้เพื่อเตรียมนักศึกษาพยาบาลให้มีความพร้อมด้านความรู้และทักษะปฏิบัติก่อนฝึกปฏิบัติงานกับหญิงตั้งครรภ์ในสถานการณ์จริง

2. สถาบันการศึกษาพยาบาลควรจัดให้มีห้องปฏิบัติการพยาบาลเสมือนจริง อุปกรณ์การแพทย์ เวชภัณฑ์การแพทย์ชนิดต่าง ๆ ให้พร้อมใช้งานมีจำนวนเพียงพอกับจำนวนนักศึกษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การนำแนวคิดห้องเรียนกลับทาง (flipped classroom) ใช้เพื่อการออกแบบการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะปฏิบัติทางการพยาบาลให้มีประสิทธิผล การออกแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสาน (blended learning) เพื่อพัฒนาความรู้และ ทักษะปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลให้มีประสิทธิผล

2. ผลของการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสาน (blended learning) เพื่อพัฒนาการเรียนแบบ รู้จริงของนักศึกษาพยาบาล

References

1. Brown MA, Magee LA, Kennyd LC, Karumanchie SA, McCarthyf FP, Saitog S, et al. The hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis & management recommendations for international practice. Pregnancy Hypertension 2018;13:291-310.

2. Takenaka S, Matsuoka R, Maruyama D, Kawashima A, Koide K, Sekizawa A. Magnesium sulfate has an antihypertensive effect on severe pregnancy induced hypertension. Hypertension Research in Pregnancy 2016;4(1):11-5.

3. Vernekar M, Rajib R. Unscarred uterine rupture: a retrospective analysis. The Journal of Obstetrics and Gynecology of India 2016;66(S1):S51-4.
4. Kohli U, Singh S, Dey M, Bal HK, Seth A. Antenatal risk factors in emergency caesarean sections done for fetal distress. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology 2017; 6(6):2421-6.
5. Sananpanichkul P. Update understanding and concepts of toxemia pregnancy. Journal of Prapokklao Hospital Clinic Medical Education Center 2015;32(4):364-76. (in Thai)
6. Ntlokonkulu ZB, Rula NM, Goon DT. Medium-fidelity simulation in Clinical readiness: a phenomenological study of student midwives concerning teamwork. BMC Nursing 2018;17(31):1-8.
7. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company;1997.
8. Kolb DA. Kolb learning cycle. [Internet]. 1999.[cited 2019 July 14]. Available from: http://www.ldu.leeds.ac.uk/ldu/sddu_multimedia/images/kolb_cycle.gif
9. Jeffries PR, Rogers KJ. Theoretical framework for simulation design. In Jeffries PR.(Eds.), Simulation in nursing education: from conceptualization to evaluation, 1st ed. New York NY: National League for Nursing : 2007.
10. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A. Statistical power analysis using G* Power 3.1: test for correlation and regression analysis. Behavior Research 2009;41(4):1149-60.
11. Kaewkanvan J, singhasivanon P. Textbook of Clinical Research: Chapter 4 Sample size in Clinical Research. [Internet]. 2011.[cited 2019 July 14]. Available from: http://www.tm.mahidol.ac.th..earh/107-44. (in Thai).
12. Pasunon P. Assessment of confidence between assessors using Kappa statistics. The Journal of Faculty of Applied Arts 2015;8(1):2-20. (in Thai)
13. Sanpasithiprasong College of Nursing. Bachelor degree Nursing Curriculum (Course Update 2012) Documents not published. (in Thai)
14. Awidia IT, Paynterb M. The impact of a flipped classroom approach on Student learning experience. Journal of Computers & Education 2019;128:269-83.
15. Li KC, Lee LY-K, Wong S-L, Yau I.S-Y, Wong B.T-M. The effects of Mobile learning for nursing students: an integrative evaluation of learning process, learning motivation, and study performance. International Journal of Mobile Learning and Organization 2019;13(1):1-3.doi: 10.1504/IJMLO.2019.096471
16. Hall SW. High-Fidelity Simulation for Senior Maternity Nursing Students. Nursing Education Perspectives 2016;36(2):124-6.
17. Franklin AE, Gubrud-Howe P, Sideras S, Lee CS. Effectiveness of Simulation Preparation on Novice Nurses' Competence and Self-Efficacy in a Multiple-Patient Simulation. Nursing Education Perspectives 2015;36(5):324-325.doi:10.5480/14-1546
18. Young KM, Soohyun P, Jongsoon W. Influence of Nursing Students' Anxiety during Simulation Training on Personal Satisfaction of Simulation, Self-efficacy, Clinical Competence. Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing 2016;23(4):411-418. doi http://dx.doi.org/10.7739/jkafn.2016.23.4.411

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินและการลดลงของค่าอัตราการกรองของไตในผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดแบบไม่ทดแทนไต

Effects of a Self-efficacy Enhancement Program on Fluid Overload Management Behaviors and Decreased Glomerular Filtration Rate among Persons with Chronic Kidney Disease Receiving Non-renal Replacement Therapy

จตุพร จันทะพฤกษ์[1] ประทุม สร้อยวงค์[2] พิกุล พรพิบูลย์[2]

Jatuporn Janthapuek[1] Pratum Soivong[2] Pikul Phornphibul[2]

[1]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

[1]Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong

[2]Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Corresponding author: Pratum Soivong; Email: pratum.soivong@cmu.ac.th

Received: 30 May 2019 **Revised:** 18 August 2019 **Accepted:** 27 August 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินและการลดลงของอัตราการกรองของไตในผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดแบบไม่ทดแทนไต กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดแบบไม่ทดแทนไตจำนวน 52 คนที่เข้ารับการรักษา ณ คลินิกโรคไตโรงพยาบาลตระการพืชผล หรือโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2561 ถึงเมษายน พ.ศ. 2562 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่พัฒนาตามแนวคิดของแบนดูรา 2) คู่มือการจัดการภาวะน้ำเกิน 3) แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการจัดการภาวะน้ำเกิน 4) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกิน และ 5) แบบบันทึกค่าอัตราการกรองของไต วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบทีและสถิติไคสแควร์ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.01 แต่สัดส่วนของกลุ่มที่มีค่าอัตราการกรองของไตลดลงระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาครั้งนี้ยืนยันผลของการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของแบนดูรา ที่สามารถส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังมีพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินที่ดี จึงควรนำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดแบบไม่ทดแทนไตร่วมกับการพยาบาลตามปกติ และการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาระยะยาวเพื่อติดตามผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อดูความยั่งยืนของพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินและการลดลงของค่าอัตราการกรองของไต

คำสำคัญ: โรคไตวายเรื้อรัง; ภาวะน้ำเกิน; การบำบัดแบบไม่ทดแทนไต; การจัดการตนเอง

Effects of a Self-efficacy Enhancement Program on Fluid Overload Management Behaviors and Decreased Glomerular Filtration Rate among Persons with Chronic Kidney Disease Receiving Non-renal Replacement Therapy

Jatuporn Janthapuek[1] Pratum Soivong[2] Pikul Phornphibul[2]

[1]Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong

[2]Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Corresponding author: Pratum Soivong; Email: pratum.soivong@cmu.ac.th

Received: 30 May 2019 **Revised:** 18 August 2019 **Accepted:** 27 August 2019

Abstract

This quasi-experimental research aimed to explore the effects of a self-efficacy enhancement (SEE) program on fluid overload management behaviors and decreased glomerular filtration rate among CKD persons. The sample included 52 persons with CKD receiving non-renal replacement therapy services at the renal clinics of Trakarnphuetpol Hospital or Phibun Mangsahan Hospital between August 2018 and April 2019. Research instruments consisted of 1) the SEE program based on Bandura's concept, 2) a fluid overload management behaviors' handbook, 3) a self-efficacy in fluid overload management of CKD persons receiving non-renal replacement therapy tool, 4) a fluid overload management behavior questionnaire, and 5) a glomerular filtration rate record form. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-tests, and chi-square tests. The results revealed that the mean score of fluid overload management behavior of the experimental group was statistically significantly higher than those of the control group ($p<.01$). However, the proportion of participants with decreased glomerular filtration rates was not different between the control group and the experimental group. The findings of this study support the SEE based-on Bandura's concept that can enhance an appropriate fluid overload management behavior among CKD persons. Therefore, this SEE program should be integrated with the usual care. Also, a longitudinal study to explore the effects of this SEE program is recommended to confirm the sustainability of fluid overload management behavior and decreased glomerular filtration rate.

Keywords: chronic kidney disease; fluid overload; non-renal replacement therapy; self management

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคไตวายเรื้อรัง (chronic kidney disease: CKD) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก ในปัจจุบันมีผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังจำนวนเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลสถิติในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามีความชุกของโรคไตวายเรื้อรังเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12 ของประชากรในปี ค.ศ. 1988–1994 เป็นร้อยละ 14 ของประชากรในปี ค.ศ. 1999–2004 และความชุกคงที่คือร้อยละ 13.6 ของประชากร ในปี ค.ศ. 2007–2012[1] สำหรับประเทศไทยมีความชุกของโรคไตวายเรื้อรังเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.6 ของประชากรในปี พ.ศ. 2545–2546[2] เป็นร้อยละ 17.5 ของประชากร ในปี พ.ศ. 2550–2551[3] และเพิ่มเป็นร้อยละ 17.6 ของประชากรในปี พ.ศ. 2557 จำนวนผู้ที่มีภาวะไตเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นเนื่องมาจากจำนวนผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งโรคไตวายเรื้อรังเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของทั้งสองโรคนี้[4] จากสถิติดังกล่าวโรคไตวายเรื้อรังจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและควรให้ความสนใจ

โรคไตวายเรื้อรังเป็นภาวะที่มีการทำลายของเนื้อไตอย่างช้า ๆ แต่ถาวรทำให้ไตสูญเสียหน้าที่ในการควบคุมสมดุลของสารน้ำ อิเล็คโตรลัยท์ และกรด–ด่างของร่างกาย โดยจะตรวจพบความผิดปกติทางการทำงานและกายวิภาคของไตนานเกิน 3 เดือนขึ้นไป[4] การรักษาโรคไตวายเรื้อรังมี 2 แบบโดยพิจารณาจากระยะการดำเนินของโรคและระดับความรุนแรงของโรค คือ 1) การรักษาเพื่อชะลอการเสื่อมของไต เป็นการรักษาผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังในระยะที่ 1–4 ที่มีอัตราการกรองของไตมากกว่า 30 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร ซึ่งเป็นระยะที่ยังไม่ต้องรับการบำบัดทดแทนไตเนื่องจากที่ไตยังสามารถทำหน้าที่ในการขับของเสียในร่างกายได้ และ 2) การรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตเพื่อลดการคั่งของของเสียและอาการแทรกซ้อนอื่น ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) การล้างไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis) และการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ในผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังในระยะที่ 5 ที่มีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร ๆ[4] ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังที่รับการรักษาเพื่อชะลอการเสื่อมของไตมากถึง 6 ล้านคน ซึ่งเป้าหมายสำคัญของการดูแลผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังกลุ่มนี้คือช่วยชะลอการเสื่อมของไต[5] โดยการวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 ที่ได้รับการรักษาโดยไม่บำบัดทดแทนไต เนื่องจากผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังกลุ่มนี้มีการทำงานของไตที่ลดลงมาก[4] และเริ่มมีอาการผิดปกติที่ชัดเจนต่ออวัยวะของร่างกายที่ได้รับผลกระทบจากการทำงานของไตที่ลดลง ประกอบกับพบว่ามีผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะนี้เลือกที่จะไม่รับการรักษาแบบทดแทนไตมากกว่าการรักษาแบบอื่นเนื่องจากการมีอายุที่มากขึ้น ไม่มีผู้ดูแลและการไม่อยากเป็นภาระครอบครัว[6]

การรักษาเพื่อชะลอการเสื่อมของไต เป็นการรักษาที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองเพื่อปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด โดยมีบุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้ที่ส่งเสริมสนับสนุนให้ความรู้ ให้คำแนะนำ[7] แต่หากผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนการรักษาดังกล่าวได้ทำให้มีความก้าวหน้าของโรคเพิ่มมากขึ้นและทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตคือ ภาวะน้ำเกิน โดยการเกิดภาวะน้ำเกินพบในผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังในระยะที่ 4 ถึงร้อยละ 49.8 และในระยะที่ 5 ถึงร้อยละ 50.2[8] ภาวะน้ำเกินเป็นภาวะที่เกิดจากความสามารถของไตในการขับน้ำและเกลือลดลงทำให้ปริมาณของเหลวที่ถูกขับออกจากร่างกายน้อยกว่าปริมาณของเหลวที่ร่างกายได้รับร่างกายจึงมีปริมาตรน้ำนอกเซลล์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ เกิดการทำงานผิดปกติหรือร่างกายเสียสมดุล เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเสียชีวิตจากภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากปริมาณน้ำเกินในร่างกายจำนวนมากมีผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด[8–9] นอกจากนี้ภาวะน้ำเกินยังเป็นปัจจัยที่ทำให้ค่าอัตราการกรองของไตในผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดแบบไม่ทดแทนไตลดลงอย่างรวดเร็วจากการเพิ่มแรงดันในหน่วยไต และทำให้ผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังต้องเริ่มรับการบำบัดทดแทนไตเร็วขึ้น[8,10] ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาหาแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังที่ได้รับการ

บำบัดแบบไม่ทดแทนไตมีพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินที่ดีและเพื่อจะสามารถช่วยชะลอการเสื่อมของไต

การศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบหรือวิธีการในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เช่น การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการควบคุมการดื่มน้ำ การลดการรับประทานโซเดียม และการควบคุมน้ำหนัก[11] โปรแกรมการกำกับติดตามการรับประทานอาหารและน้ำ[12] การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการติดตามน้ำหนักตัว[13] การใช้รูปแบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ในการดูแลและป้องกันการเกิดภาวะน้ำเกิน[14] รูปแบบการป้องกันภาวะน้ำเกินด้วยการให้ความรู้ การกำหนดเป้าหมาย การทำสมุดจดบันทึกประจำตัว การประเมินภาวะน้ำเกินและการสร้างพลังอำนาจ[15] โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและภาวะน้ำเกิน[16] การติดตามตนเอง การประเมินตนเองเกี่ยวกับภาวะน้ำเกินและอาการของภาวะน้ำเกิน[17] อย่างไรก็ตามการนำผลการศึกษาเหล่านั้นมาใช้อาจมีข้อจำจัดเนื่องจากผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดแบบไม่ทดแทนไตจะต้องพึ่งพาตนเองมากกว่าผู้ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ต้องมีพฤติกรรมการควบคุมภาวะน้ำเกินที่ต่อเนื่องและเคร่งครัดเนื่องจากไม่มีการรักษาที่กำจัดน้ำและของเสียออกจากร่างกาย รวมถึงต้องมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะตนเองสูงกว่ากลุ่มผู้ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

จากการศึกษาที่ผ่านมามีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมต่าง ๆ ในผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังโดยนำแนวคิดการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาใช้ มีทั้งในผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องฟอกไตเทียมและในผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นคือ สามารถควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือกด้วยเครื่องไตเทียมได้[17] มีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น[18] มีพฤติกรรมการควบคุมโรคที่ดีขึ้นและมีระดับครีเอตินินในเลือดที่ต่ำลง[19] รวมถึงจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการปฏิบัติที่เป็นเลิศของการจัดการภาวะน้ำเกินสำหรับผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง พบว่าการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นเป็นวิธีการหนึ่งในการจัดการภาวะน้ำเกินในผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง[20] ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลในความสามารถของตนเองที่จะดำเนินการเพื่อปฏิบัติกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งที่ตนเองต้องการ เพื่อให้สามารถประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ โดยอาศัยแหล่งสนับสนุน 4 แหล่งคือ 1) ประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง (enactive mastery experience) 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากตัวแบบ (vicarious experience) 3) การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) และ 4) สภาวะทางร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์ (physiological and affective states)[21] ผลการวิจัยคาดว่าหากผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดแบบไม่ทดแทนไตมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เพิ่มขึ้นจะมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรม ทำให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินได้อย่างเหมาะสมและอาจชะลอการเสื่อมของไตอย่างรวดเร็วได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินและการลดลงของค่าอัตราการกรองของไตในผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดแบบไม่ทดแทนไต

สมมุติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินในผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดแบบไม่ทดแทนไตกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าอัตราการกรองของไตลดลง ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองแตกต่างกัน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มคือมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง วัดก่อนและหลัง (two groups pretest and posttest design) โดยการวิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2561-FULL011) และดำเนินการทดลองภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย และหลังได้รับอนุญาตให้รวบรวมข้อมูลได้จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลตระการพืชผลและโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร

ประชากรคือ ผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดแบบไม่ทดแทนไต ระยะที่ 4 และ 5

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดแบบไม่ทดแทนไต ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไต โรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียงขึ้นไป ในจังหวัดอุบลราชธานีและสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายได้กลุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคไต โรงพยาบาลตระการพืชผลเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคไต โรงพยาบาลพิบูลมังสาหารเป็นกลุ่มควบคุม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าการวิจัย (inclusion criteria) คือ 1) อายุ 35 ปี ขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดแบบไม่ทดแทนไต และมีค่าอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 30 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นผิวกาย 1.73 ตารางเมตร 3) มีคะแนนพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินและคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะน้ำเกินอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกิน และแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการจัดการภาวะน้ำเกินของผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดแบบไม่ทดแทนไต ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น 4) สามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ 5) มีการมองเห็นและการได้ยินชัดเจน สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 6) มีโทรศัพท์ติดต่อเพื่อติดตามเยี่ยมได้ 7) แพทย์ประจำตัวผู้ป่วยอนุญาตให้เข้าร่วมการวิจัย และ 8) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือ ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาด้านจิตใจ ได้แก่ มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง โรคจิตเภท และเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมวิจัย (discontinuation criteria) ได้แก่ 1) มีอาการแทรกซ้อน ได้แก่ มีของเสียคั่ง มีภาวะน้ำเกินมาก จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนไต 2) ไม่สามารถติดต่อได้ระหว่างเข้าร่วมวิจัย และ 3) เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบตามโปรแกรม

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์ค่ากำลัง (power analysis) โดยอำนาจทดสอบ (power) เท่ากับ .80 ค่าอิทธิพลระดับปานกลาง (effect size) เท่ากับ .50 ค่านัยสำคัญของการทดสอบเท่ากับ .05 และเป็นการทดสอบแบบทางเดียว (one-tailed test) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 ราย และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง สรุปได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 28 ราย รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 56 ราย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มควบคุมคือกลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคไต โรงพยาบาลพิบูลมังสาหารก่อน เมื่อได้จำนวนครบตามกำหนด จึงคัดเลือกกลุ่มทดลองคือกลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคไต โรงพยาบาลตระการพืชผลโดยใช้เทคนิคการจับคู่ (pair matching) เพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน โดยอายุห่างกัน 5 ปี เพศ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย ระดับคะแนนพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกิน และระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะน้ำเกิน นอกจากนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์เปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มโดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์และสถิติทดสอบฟิชเชอร์เอ็กแซคพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะไม่แตกต่างกัน

การศึกษาครั้งนี้มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มทดลอง มีการสูญหาย 2 ราย เนื่องจากระหว่างเข้าร่วมการวิจัยตัดสินใจเปลี่ยนเป็นการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต และกลุ่มควบคุม 2 ราย เนื่องจากไม่สามารถติดต่อได้ระหว่างการเข้าร่วมวิจัย คงเหลือกลุ่มตัวอย่าง 52 ราย กลุ่มละ 26 ราย ทั้งนี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่เพิ่ม ร้อยละ 20 เพื่อการป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนิน

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวน เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกับการพัฒนาโปรแกรมโดยใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา[21] เป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจาก 4 แหล่งคือ 1) ประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเองในการจัดการภาวะน้ำเกิน 2) ได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง ๆ ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการจัดการภาวะน้ำเกินที่เหมาะสม 3) การชักจูงด้วยคำพูด และ 4) การสนับสนุนความพร้อมทางร่างกายและอารมณ์ 2) คู่มือการจัดการภาวะน้ำเกินสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดแบบไม่ทดแทนไตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โปรแกรมฯ และ คู่มือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคไต ประกอบด้วยแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน พยาบาล 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 1 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข และทดลองใช้กับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดแบบไม่ทดแทนไตที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ของโปรแกรม 3) แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการจัดการภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดแบบไม่ทดแทนไต ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา[21] ใช้เพื่อติดตามระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีจำนวน 16 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 10 ระดับ คือ 1 คือไม่มั่นใจเลย ถึง 10 คือ มั่นใจมากที่สุด แบบวัดนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 และตรวจสอบความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ.83 และ 4) ตัวแบบมีชีวิตเลือกจากการสอบถามข้อมูลจากพยาบาลประจำคลินิกโรคไต เป็นผู้มีภาวะไตวายเรื้อรังที่มีค่าอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 30 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นผิวกาย 1.73 ตารางเมตร และค่าอัตราการกรองของไตคงที่หรือไม่ลดลงนานมากกว่า 3 เดือน มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะน้ำเกินและมีคะแนนพฤติกรรมการควบคุมภาวะน้ำเกินในระดับสูง จำนวน 2 คนทั้งผู้หญิงและผู้ชาย

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 30 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ 1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติเลย ถึง 4 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน/ทุกครั้ง การแปลผล คะแนนยิ่งสูงแสดงว่ามีพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินที่ดี แบบสัมภาษณ์นี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคไต ประกอบด้วยแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน พยาบาล 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .83 และตรวจสอบค่าสัมประสิทธิความคงที่ (coefficient of stability) ของเครื่องมือด้วยการทดสอบซ้ำ 2 ครั้ง (test-retest) ห่างกัน 2 สัปดาห์ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .97 และ 3) แบบบันทึกค่าอัตราการกรองของไต คำนวณค่าอัตราการกรองของไตจากสูตร CKD-EPI วิเคราะห์โดยใช้ค่าอัตราการกรองของไตก่อนทดลองลบกับหลังทดลอง ถ้าผลต่างเป็นค่าบวกแสดงว่ามีค่าอัตราการกรองของไตลดลง

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมไปพร้อม ๆ กับกลุ่มทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยพบพยาบาลประจำคลินิกโรคไต โรงพยาบาลพิบูลมังสาหารพร้อมกับชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และรายละเอียดของกิจกรรมที่กลุ่มควบคุมจะได้รับคือการพยาบาลตามปกติของคลินิกโรคไต

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลที่คลินิกโรคไต โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร พร้อมกับชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของกิจกรรม ภายหลังได้รับความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกิน และให้ตอบแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะน้ำเกิน ใช้เวลาในการประเมิน 10-15 นาทีและบันทึกค่าอัตราการกรองของไตจากเวชระเบียน

3. หลังจากนั้นกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติของคลินิกโรคไต คือการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติ รวมถึงได้รับการติดตาม ตามแผนการรักษาตามปกติ โดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่คลินิกโรคไตและให้การพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งใน สัปดาห์ที่ 3

4. สัปดาห์ที่ 3 พบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคไต โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร มาตามนัดหมาย และให้ตอบแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังได้รับการการพยาบาลตามปกติใช้เวลาในการประเมิน 10-15 นาที

4. เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามนัดหมายพร้อมกับบันทึกค่าอัตราการกรองของไต ประเมินพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกิน ใช้เวลาในการประเมิน 10-15 นาที และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำเกินในรายที่ต้องการ พร้อมกับมอบคู่มือการจัดการภาวะน้ำเกินสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดแบบไม่ทดแทนไต

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัย ดำเนินกิจกรรมด้วยตนเอง กิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ๆ ละ 3-5 ราย และเข้าร่วมกิจกรรมในกลุ่มเดิมทั้ง 3 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง ใช้ระยะเวลาครั้งละประมาณ 60-90 นาที ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (กิจกรรมครั้งที่ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรัง การสังเกตติดตามอาการของภาวะน้ำเกินและการรับประทานยาขับปัสสาวะและยารักษาโรคร่วม ใช้เวลา 60-90 นาที) กิจกรรมประกอบด้วย

1. การสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของกิจกรรม บันทึกค่าอัตราการกรองของไต ประเมินพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกิน และให้ตอบแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะน้ำเกินเพื่อประเมินคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

2. ประเมินความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์และให้กลุ่มตัวอย่างร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยการเล่าประสบการณ์การดูแลตนเอง

3. ให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างถึงความสำคัญของการเกิดภาวะน้ำเกินและความสำคัญของการมีพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินที่ถูกต้อง รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยาขับปัสสาวะและยารักษาโรคร่วม

4. สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างฝึกการสังเกตอาการต่าง ๆ ที่บ่งชี้ว่ากำลังเกิดภาวะน้ำเกินและการจัดการ รวมถึงการฝึกทักษะการรับประทานยา พร้อมกับใช้คำพูดชักจูงในขณะที่กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติทักษะต่าง ๆ

สัปดาห์ที่ 2 (กิจกรรมครั้งที่ 2) ฝึกการจำกัดน้ำดื่ม การควบคุมการบริโภคโซเดียม และการควบคุมโรคร่วมด้วยการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิต ใช้เวลา 60-90 นาที) กิจกรรมประกอบด้วย

1. ประเมินความพร้อมด้านร่างกายและด้านอารมณ์ และให้กลุ่มตัวอย่างช่วยกันทบทวนการสังเกตติดตามการเกิดภาวะน้ำเกินและการรับประทานยา

2. ให้กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนและเล่าประสบการณ์ที่เคยประสบผลสำเร็จ ในการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยการจำกัดน้ำดื่ม การควบคุมการบริโภคโซเดียม และการควบคุมโรคร่วมด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

3. สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างฝึกคำนวณปริมาณโซเดียมในอาหารที่ได้รับในแต่ละวัน การสังเกตปริมาณโซเดียมในอาหารและเครื่องปรุงรสชนิดต่าง ๆ และฝึกการเลือกเมนูอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

4. สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกการออกกำลังกายด้วย พร้อมกับ ใช้คำพูดชักจูงในขณะที่กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติต่าง ๆ

5. สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างได้เห็นตัวแบบที่มีพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินที่เหมาะสม เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำเกิน

สัปดาห์ที่ 3 (กิจกรรมครั้งที่ 3) การติดตามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกิน ใช้เวลา 60-90 นาที) กิจกรรมประกอบด้วย

1. การประเมินความพร้อมด้านร่างกาย และอารมณ์ และให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการภาวะน้ำเกิน

2. สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างได้ทบทวนการปฏิบัติการจัดการภาวะน้ำเกินในทุกกิจกรรมที่ได้ฝึกที่ผ่านมาด้วยตนเอง พร้อมกับใช้คำพูดชักจูงในขณะที่กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติ

3. ให้กลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการจัดการภาวะน้ำเกิน และนัดกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินหลังสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 12

สัปดาห์ที่ 4 ถึง สัปดาห์ที่ 11 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเอง

สัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามที่นัดหมาย บันทึกค่าอัตราการกรองของไตที่ตรวจได้จากการติดตามค่าการทำงานของไตของคลินิกโรคไตตามกำหนด และประเมินพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกิน โดยใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) และสถิติทดสอบฟิชเชอร์เอ็กแซค (Fisher exact) ในกรณีที่ค่าคาดหวังน้อยกว่า 5 เกิน 20% เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทดสอบทีชนิดกลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระต่อกัน (independent sample t-test) เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ และเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าอัตราการกรองของไตลดลงระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76.90 และ 69.20 ตามลำดับ (χ^2 =.39[a], p=.53[ns]) และมีอายุน้อยกว่า 60 ปีทั้งสองกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 53.80 และ 65.40 ตามลำดับ (χ^2 =.71[a], p=.40[ns]) กลุ่มควบคุมมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 92.30 และกลุ่มทดลองมีสถานภาพสมรสคู่ทั้งหมด (χ^2 =2.08[b], p=.49[ns])

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 96.20 และ 88.50 ตามลำดับ (χ^2 =1.08[b], p=.61[ns]) กลุ่มควบคุมร้อยละ 50 มีการประกอบอาชีพแต่กลุ่มทดลองมีการประกอบอาชีพมากกว่าครึ่งหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 57.70 (χ^2 =.31[a], p=.58[ns]) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 92.30 และ 88.50 ตมลำดับ (χ^2 =.22b, p=1.00[ns]) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มระบุว่ารายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย คิดเป็นร้อยละ 69.20 และ 57.70 ตามลำดับ (χ^2 = 3.82[a], p=.051[ns]) และมากกว่าร้อยละ 60 ของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งสองกลุ่มมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 2 คน (χ^2 =.34[a], p=.56[ns]) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตวายเรื้อรังมากกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 69.20 และ 73.10 ตามลำดับ (χ^2 =.09[a], p=.76[ns]) โดยสองในสามของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และมีจำนวนผู้ที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 อย่างละครึ่ง (χ^2 =2.92[a], p=.09[ns]) และกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีโรคร่วมมากกว่า 2 โรค คิดเป็นร้อยละ 53.80 และ 69.20 ตาลำดับ (χ^2 =1.30[a], p=.26[ns]) ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูงและโรคหัวใจ และมีการรับรู้มรรถนะแห่งตนต่อการจัดการภาวะน้ำเกินระดับต่ำกว่าร้อยละ 80 คิดเป็นร้อยละ 96.20 และ 92.30 ตามลำดับ (χ^2 =.35[b], p=1.00[ns]) เมื่อทดสอบความแตกต่างคุณสมบัติแล้วไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

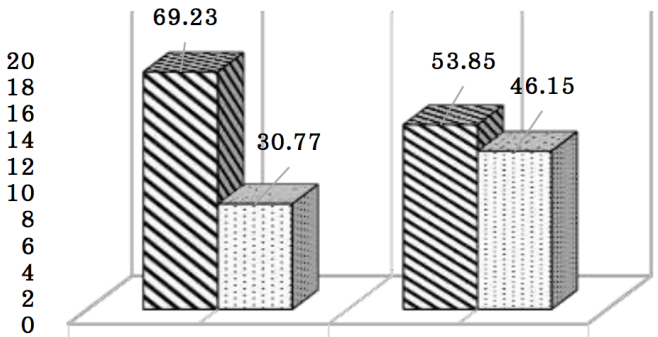
ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการพยาบาลปกติมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกิน	กลุ่มควบคุม (n = 26)		กลุ่มทดลอง (n = 26)		T	P –value	95% CI
		SD		SD			
ก่อนการทดลอง	3.09	.12	3.10	.15	-.37	.71	.09 - .06
หลังการทดลอง	3.10	.10	3.22	.06	-4.94	.001	-.16 - -.07

ส่วนที่ 3 ค่าอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มควบคุมมีกลุ่มที่ค่าอัตราการกรองของไตลดลงคิดเป็นร้อยละ 69.23 ส่วนกลุ่มทดลองมีกลุ่มที่ค่าอัตราการกรองของไตลดลงคิดเป็นร้อยละ 53.85 เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าอัตราการกรองของไตลดลงระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองพบว่าไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



χ^2 = .25, p-value = 1.30

แผนภาพที่ 1 สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าอัตราการกรองของไตลดลงระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินในผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดแบบไม่ทดแทนไตกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากผลการวิจัยที่กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการจัดการภาวะน้ำเกิน มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการภาวะน้ำเกินได้อย่างเหมาะสม และมีการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังนั้นผลการวิจัยจึงสนับสนุนสมมุติฐานข้อที่ 1 สามารถอธิบายโดยผ่านกิจกรรมตามแนวคิดแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา ดังนี้

1. การให้ข้อมูลเป็นรายกลุ่มเกี่ยวกับ เรื่องโรคไตวายเรื้อรัง ความหมาย สาเหตุ อาการและอาการแสดงภาวะแทรกซ้อน การรักษา ตลอดจนความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน ความหมาย สาเหตุ การรักษา และการปฏิบัติตนที่เหมาะสมในการป้องกันการเกิดภาวะน้ำเกิน รวมถึงการมอบคู่มือการจัดการภาวะน้ำเกินให้แก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ศึกษาด้วยตนเอง กิจกรรมนี้ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ รวมทั้งเห็นความสำคัญของการปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันการเกิดภาวะน้ำเกิน และเกิดความมั่นใจในตนเองเมื่อจะตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ นอกจากนี้คู่มือการจัดการภาวะน้ำเกิน เอกสารหรือสื่อที่ใช้ในการสอนช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถทบทวนกิจกรรมหรือความเข้าใจเพิ่มเติมเมื่อกลับไปปฏิบัติจริงด้วยตนเองขณะอยู่ที่บ้าน

2. การสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เพื่อให้ประสบความสำเร็จและเกิดผลลัพธ์ตามที่ต้องการหรือคาดหวังผ่านกิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้มรรถนะแห่งตนจาก 4 แหล่งคือ 1) การสนับสนุนความพร้อมทางร่างกายและอารมณ์ 2) ประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง 3) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง และ 4) การชักจูงด้วยคำพูด อธิบายได้ดังนี้

2.1 การสนับสนุนความพร้อมทางร่างกายและอารมณ์ โดยก่อนการดำเนินกิจกรรมในทุกครั้ง ผู้วิจัยประเมินความพร้อมด้านร่างกายโดยการประเมินสัญญาณชีพ การรับประทานอาหารและยา และประเมินความพร้อมทางอารมณ์โดยประเมินจากลักษณะสีหน้า ท่าทาง เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มกิจกรรมทุกครั้ง เป็นการลดอุปสรรคที่จะมีผลต่อการเรียนรู้และการปฏิบัติกิจกรรมที่จะทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง ดังจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างมีการรับประทานอาหาร รับประทานยาให้แล้วเสร็จก่อนมาร่วมกิจกรรม มีสีหน้าท่าทางที่ยิ้มแย้มแจ่มใส บอกว่าไม่มีความวิตกกังวล มีการพูดคุยแลกเปลี่ยน สร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

2.2 ประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติกิจกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินในทุก ๆ กิจกรรม และนำไปปฏิบัติต่อที่บ้าน พร้อมกับผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่พบในการปฏิบัติ แล้วนำสิ่งที่บันทึกมาวิเคราะห์ร่วมกับกลุ่มในการทำกิจกรรมครั้งต่อไปเพื่อร่วมกันหาวิธีการแก้ไขปัญหาของแต่ละคน ซึ่งการดำเนินกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างประสบความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเองนั่นสามารถเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของกลุ่มตัวอย่างว่าสามารถทำได้สำเร็จด้วยตนเอง และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะเผชิญกับสถานการณ์แบบเดียวกับที่เคยประสบมาก่อน ตลอดจนมีความคาดหวังในความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมนั้น ๆ ได้ในระดับสูง[21] ดังเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างเกือบทุกรายร่วมแสดงความคิดเห็นต่อกิจกรรมที่ตนเองได้ลองนำไปปฏิบัติ และมีการพูดคุยว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้ หรือมีข้อจำกัดในการปฏิบัติในกิจกรรมนั้นอย่างไรและจะลองปฏิบัติกิจกรรมนั้นใหม่อีกครั้ง

2.3 การได้เห็นประสบการณ์จากตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้ รับฟัง และร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินกับตัวแบบ โดยกิจกรรมนี้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้จากตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนเอง ผ่านการสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์ได้โดยตรง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจว่าพฤติกรรมของตัวแบบนั้นมีความเหมาะสมและตัวแบบสามารถปฏิบัติได้ ดังนั้นตนเองก็สามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้เช่นกัน26 ดังเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างมีความสนใจ กล้าพูดคุย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในสิ่งที่ตนเองทราบและเคยปฏิบัติมา มีการเปรียบเทียบกับการปฏิบัติของตัวแบบ และบอกว่าตนเองก็น่าจะสามารถปรับพฤติกรรมให้เหมือนตัวแบบได้เพราะตัวแบบกับตนเองก็มีลักษณะของโรคที่คล้ายคลึงกัน ตัวแบบทำได้ตนเองก็น่าจะทำได้

2.4 การชักจูงด้วยคำพูด โดยผู้วิจัยจะมีการให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างโดยใช้คำพูดในขณะที่กลุ่มตัวอย่างร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ร่วมปฏิบัติกิจกรรม ด้วยท่าทีที่เป็นมิตรและสร้างความไว้วางใจให้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อผู้วิจัย มีการกล่าวชมเชยเมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ดี พร้อมกับการพูดชักจูงเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างคล้อยตามและเกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ จนเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมและมีความรู้สึกเข้าอยากร่วมโปรแกรมตามกำหนด รวมถึงในกลุ่มตัวอย่างก็ได้มีการพูดคุย ปรบมือให้กำลังใจ และกล่าวชมเชยซึ่งกันและกัน ในระหว่างการปฏิบัติกิจกรรม การเสนอความคิดเห็น หรือการพูดคุยแลกเปลี่ยนต่าง ๆ อีกด้วย

3. การติดตามประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการจัดการภาวะน้ำเกินของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 3 เป็นการประเมินซ้ำก่อนให้กลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองที่บ้านเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติกิจกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินให้เกิดความสำเร็จได้ด้วยตนเอง ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการจัดการภาวะน้ำเกินในระดับที่สูง

การศึกษาครั้งนี้พบเช่นเดียวกับการศึกษาของเคียวและคณะ[23] ที่ศึกษาการออกแบบและประยุกต์การใช้กราฟติดตามน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นของผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องฟอกไตเทียม ในการจำกัดน้ำดื่มตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กิจกรรมประกอบด้วยการได้รับคำปรึกษาทั้งแบบกลุ่มและรายบุคคลข้างเตียงเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการจัดการโรคและทักษะที่จำเป็น

ด้วยการชักจูงด้วยคำพูด และการประเมินด้านร่างกาย การได้เห็นประสบการณ์จากตัวแบบที่มีประสบการณ์ไม่ซ้ำกัน ทั้งตัวแบบที่สามารถจำกัดน้ำดื่มได้ดีและตัวแบบที่ไม่สามารถจำกัดน้ำดื่มได้ และมีการอภิปรายร่วมกันในกลุ่มพร้อมทั้งมีการให้กำลังใจและมีรางวัลให้สำหรับผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการอภิปราย ผลการศึกษา การจากใช้กราฟติดตามน้ำหนักตัวของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการจำกัดน้ำดื่มเพิ่มขึ้น และการศึกษาของวัชราพร สนิทผลและคณะ[24] ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการควบคุมโรคในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่แผนกไตเทียม โรงพยาบาลลำพูน โดยกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูราจาก แหล่งประโยชน์ 4 แหล่ง ภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างกลามทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคสูงกว่าก่อนการทดลอง และคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานข้อที่ 2 สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าอัตราการกรองของไตลดลง ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองแตกต่างกัน

จากการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 สามารถอธิบายได้ว่าอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยนี้เป็นผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังในระยะที่มีความรุนแรงของโรคมาก ซึ่งระยะนี้มักจะพบความผิดปกติของร่างกายได้หลายระบบที่นอกเหนือจากการเกิดภาวะน้ำเกินที่จะส่งผลทำให้มีการดำเนินของโรคเพิ่มมากขึ้น เช่น ระดับความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร่วมมากกว่า 2 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่เป็นสาเหตุอันดับต้น ๆ ของการเกิดโรคไตวายเรื้อรัง การที่กลุ่มตัวอย่างจะควบคุมโรคร่วมให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมนั้นจำเป็นต้องมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เคร่งครัดอย่างมาก ซึ่งการศึกษานี้ไม่ได้มีการจัดกระทำหรือติดตามควบคุมปัจจัยเหล่านี้ นอกจากนี้ยังอาจมีปัจจัยส่วนบุคคลที่คือ อายุที่เกิน 35 ปีขึ้นไปการทำงานของไตจะเริ่มเสื่อมและสมรรถภาพการทำงานของไตจะเสื่อมเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง พบว่าค่าเฉลี่ยอายุของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 57 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่การทำงานของไตเริ่มมีการเสื่อมมากขึ้น การศึกษาครั้งนี้พบเพียงแนวโน้มของการลดลงของค่าอัตราการกรองของไตของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้นควรติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของการลดลงของค่าอัตราการกรองของไตนานมากกว่า 2 เดือนภายหลังเสร็จสิ้นการได้รับโปรแกรม เนื่องจากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจจำเป็นต้องให้มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องจึงจะช่วยลดการเกิดน้ำเกินในร่างกายและควบคุมระดับความดันโลหิตสูง ซึ่งทั้งสองภาวะนี้จะส่งผลให้เกิดแรงดันที่หน่วยไตทำให้ไตทำงานหนักมากขึ้นในการขับน้ำออกจากร่างกายรวมถึงเป็นการทำให้มีการเสื่อมของหน่วยไตที่แสดงผ่านค่าอัตราการกรองของไตที่ลดลง ผลการวิจัยครั้งนี้พบเช่นเดียวกับการศึกษาของ พิมพ์สุภัค ปานเพียรกุล[25] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกชะลอไตเสื่อม โดยกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหาร พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารสูงขึ้น แต่ไม่พบความแตกต่างของค่าครีเอตินินและค่าอัตราการกรองของไตก่อนและหลังทดลอง ซึ่งพิมพ์สุภัค ปานเพียรกุล อธิบายว่าค่าครีเอตินินและค่าอัตราการกรองของไตไม่เปลี่ยนแปลงน่าจะเป็นผลมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างนั้นมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่ดีขึ้น ทำให้สามารถชะลอหรือยับยั้งการเสื่อมของไตได้ และมีข้อจำกัดคือระยะเวลาสั้นเพียง 3 เดือน จึงอาจทำให้ไม่สามามารถเห็นความเปลี่ยนแปลงของค่าค่าครีเอตินินและค่าอัตราการกรองของของไต

โดยสรุปผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา[22] ที่กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะจัดการและปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการได้สำเร็จ ซึ่งความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนที่สูงจะเป็นตัวกำหนดการปฏิบัติพฤติกรรมและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้น ดังนั้นจึงควรมีการนำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนี้นำไปใช้ร่วมกับการพยาบาลปกติในการดูแลผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังเพื่อให้ผู้ป่วยมี

การปรับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินที่เหมาะสมแต่อย่างไรก็ตามการวิจัยครั้งนี้ไม่พบความแตกต่างของการลดลงของค่าอัตราการกรองของไต ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนั้นควรมีการศึกษาเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของการลดลงของค่าอัตราการกรองของไตในระยะเวลาที่นานมากกว่า 2 เดือน และควรศึกษาในกลุ่มที่โรคร่วม เช่น โรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมได้เพื่อยืนยันผลของโปรแกรมนี้กับการลดลงของค่าอัตราการกรองไต

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะให้กับพยาบาลเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ในลักษณะของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เพื่อทราบปัญหาของผู้ป่วย มีการกำกับติดตามและมีความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย ในแง่ของการการทำวิจัยต่อยอดควรศึกษาและติดตามผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระยะยาวเพื่อดูความยั่งยืนของพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกินและการลดลงของค่าอัตราการกรองของไตในผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดแบบไม่ทดแทนไต

References

1. United states renal data system. CKD in the United States. [internet]. 2015. [cited 2017 November 9]. Available: http://www.ajkd.org/article/S0272-6386(16)00094-9/pdf.
2. Chittinandana A, Chailimpamontree W, Chaloeiphap P. Prevalence of chronic kidney disease in Thai adult population. J Med Assoc Thai. 2006;89(Suppl 2):S112-20.
3. Ingsathit A, Thakkinstian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K, Mittal B. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. Nephrology Dialysis Transplantation. 2010;25(5):1567-75.
4. The nephrology society of Thailand. Clinical Practice Recommendation for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease in Adults 2015. [internet]. 2015. [cited 2017 November9]. Available: http://www.nephrothai.org/images/10-11-2016/Final_%E0%B8%84%E0%B8%A1%E0%B8%AD_CKD_2015.pdf. (in Thai).
5. Rattanakun C. Food therapy in patients with chronic kidney disease before dialysis. [internet]. 2015. [cited 2017 November 11]. Available: http://nephrothai.org/images/nephrothai/know/updated.pdf. (in Thai).
6. Sawasdee P. Factors related to the choice of treatment methods among persons with pre-dialysis chronic kidney disease [Master thesis]. Chiangmai: Chiangmai University.2019. (in Thai).
7. Trakanwanich T & Sirimongkolchaikun O. Guide for people How do kidneys fail. 2th ed. Nonthaburi: B.S. Advance;2018. (in Thai).
8. Tsai YC, Tsai JC, Chen SC, Chiu YW, Hwang SJ, Hung CC, Chen HC. Association of fluid overload with kidney disease progression in advanced CKD: a prospective cohort study. American Journal of Kidney Diseases. 2014;63(1):68-75.
9. Caravaca F, Chávez E, Alvarado R, García-Pino G Luna E. Sudden cardiac death in non-dialysis chronic kidney disease patients. Nefrología (English Edition).2016;36(4):404-9.
10. Khan S, Floris M, Pani A, Rosner MH. Sodium and volume disorders in advanced chronic kidney disease. Advances in Chronic Kidney Disease.2016;23(4):240-6.

11. Nozaki C, Oka M & Chaboyer W. The effects of a cognitive behavioral therapy program for self-care on hemodialysis patients. International journal of nursing practice.2005;11(5):228-36.
12. Welch J, Dowell S & Johnson C S. Feasibility of using a personal digital assistant to self-monitor diet and fluid intake: a pilot study. Nephrology Nursing Journal.2007;34(1):43-8.
13. Aliasgharpour M, Shomali M, Moghaddam MZ, Faghihzadeh S. Effect of a self-efficacy promotion training program on the body weight changes in patients undergoing hemodialysis. Journal of renal care. 2012;38(3):155-61.
14. Khamsombat N, Prachusilpa G. Effects of using primary nursing care of patients with end stage renal diseases on excess water and nursing services satisfaction. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014;15(2):405-13. (in Thai).
15. Thussabut N, Siriwatanamethanon J, Buatee S. Model for prevention volume overload of end stage renal disease among hemodialysis patients. Journal of nurses' association of Thailand, north-eastern division. 2013;31(4):89-96. (in Thai).
16. Ratanakitsunthorn S. Self-management behaviors and volume overload in patients with CAPD receiving self-management program [Master thesis]. Bangkok: Rangsit University.2013. (in Thai).
17. Boonchan K. Self-monitoring, self-evaluation about volume overload, and volume overload symptoms among continuous ambulatory peritoneal dialysis, end stage renal disease patients [Master thesis]. Mahasarakham: Mahasarakham University.2015. (in Thai).
18. Yowaphui P. Effect of the self-efficacy and social support enhancement program on exercise behavior among the elderly with chronic renal failure [Master thesis]. Chiangmai: Chiangmai University.2008. (in Thai).
19. Thotankham S. Effects of the self-efficacy and social support enhancement program on disease control behaviors and serum creatinine level among elders with chronic renal failure [Master thesis]. Chiangmai: Chiangmai University.2012. (in Thai).
20. Sirimo P. Evidence review on best practices of fluid overload management for persons with Chronic Kidney Disease [Master thesis]. Chiangmai: Chiangmai University.2014. (in Thai).
21. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W. H. Freeman; 1997.
22. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research appraisal, synthesis, and generation of evidence. 6th ed. St. Louis: Saunders Elsevier; 2009.
23. Qiao J, Shan Y, Chen Q, Xu ZP. Design and application of weight gain graphs based on Bandura's self-efficacy theory for patients on maintenance hemodialysis. International Journal of Nursing Sciences. 2014;1(1):110-6.
24. Sanitpol W, Jaratham N, Prayong C. Effects of the self-efficacy enhancement program on disease control behaviors among chronic kidney disease with stage 3 and 4 at kidney Department, Lamphun Hospital. Lanna Public Health Journal.2017;13(2):48-63. (in Thai).
25. Panpeankunpak P. The effect of food control program for chronic kidney disease patients at CKD clinic, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand.2017;6(3).205-15. (in Thai).

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความหวังต่อดัชนีชี้วัดความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน

The Effects of Hope Promotion Program on Hope Index in Stroke Patients During Post-Acute Phase

ศิรเมศร์ โภโค[1] ศากุล ช่างไม้[2] ทิพา ต่อสกุลแก้ว[2]

Siramet Poko[1] Sakul Changmai[2] Tipa Toskulkao[2]

[1]นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

[1]Student of Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Christian University, Thailand

[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

[2] Faculty of Nursing, Christian University, Thailand

Corresponding author; Siramet Poko; Email; siramet@ckr.ac.th

Received: 2 July 2019 **Revised:** 10 October 2019 **Accepted:** 11 October 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความหวังต่อดัชนีชี้วัดความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันในโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดกาญจนบุรี โดยผู้วิจัยใช้โปรแกรมส่งเสริมความหวังที่พัฒนาจากการศึกษาปัจจัยที่สร้างความหวังและการส่งเสริมการปรับตัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของซาวด์ตี กับแนวทางการเสริมสร้างความหวังของสมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน จำนวน 60 ราย สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมความหวังต่อระดับและมิติของความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน และแบบวัดความหวังของ Herth โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .89 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีชี้วัดความหวังในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความหวังฯในวันที่จำหน่าย และเมื่อครบ 4 สัปดาห์ ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันได้ ดังนั้นควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันเกิดความหวังในการฟื้นฟูสภาพ และนำไปเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

คำสำคัญ: ความหวัง; การฟื้นฟูทางจิตสังคม; ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

The Effects of Hope Promotion Program on Hope Index in Stroke Patients During Post-Acute Phase

Siramet Poko[1] Sakul Changmai[2] Tipa Toskulkao[2]

[1]Student of Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Christian University, Thailand

[2] Faculty of Nursing, Christian University, Thailand

Corresponding author; Siramet Poko; Email; siramet@ckr.ac.th

Received: 2 July 2019 **Revised:** 10 October 2019 **Accepted:** 11 October 2019

Abstract

This paper presents a quasi-experimental research study with its aim of studying the effects of a Hope Promotion Program on the Hope Index of stroke patients during the post-acute phase at a secondary care hospital in Kanchanaburi Province. The researcher used the program which was developed from a study of factors that create hope and promote adaptation in patients with stroke along with the guideline for enhancing hope of American Association of Stroke. The sample of this study consisted of 60 stroke patients. They were randomly assigned to the control group (n=30) and an experimental group (n=30). The control group received routine nursing care while the experimental group received the Hope Promotion Program during the post-acute phase. Research data were collected by the the hope assessment developed by Herth as compiled and translated in English by Jirawan with a content validity index of 0.89. Data were analyzed using descriptive Chi-square and repeated-measures ANOVA. The results revealed that the mean score of the Hope Index in stroke patients during the post-acute phase of the experimental group was significantly higher than those of the control group ($p < 0.05$). Based on the results of this research, the Hope Promotion Program can promote hope in stroke patients during the post-acute phase. Therefore nurses should encourage patients after acute stroke to have hope and to go through the rehabilitation phase. This program should be induded in the clinical nursing practice guidelines for the care of stroke patients.

Keywords: hope; psychological rehabilitation; stroke patients

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease: CVD or stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก ปัจจุบันประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 17 ล้านคน เป็นผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 6.5 ล้านคน และมีชีวิตรอดจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 2.6 ล้านคน ซึ่งผู้ที่มีชีวิตรอดจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากได้รับผลกระทบทั้งทางด้านสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงเกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจจากความพิการที่หลงเหลืออยู่[1] ความพิการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อ ตนเอง ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติอีกด้วย[2] จากรายงานสถิติในประเทศไทย ปี 2556-2558 พบว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 36.13, 38.66 และ 42.62 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นทุกปี และอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนในภาพรวมของประเทศ ในปี 2557 เท่ากับ 352.30[3] จากสถิติปี 2557-2559 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี พบว่ามีผู้ป่วย จำนวน 225, 319, 299 คน ตามลำดับ และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ไม่มากก็น้อย และต้องใช้ชีวิตเป็นผู้พิการตลอดช่วงชีวิตที่เหลือ ซึ่งความพิการดังกล่าวส่งผลกระทบมิใช่ต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ[2] ทั้งการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการดูแลต่อเนื่อง จึงกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยทั้งทางกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ การให้การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ในปัจจุบันนั้นมีหลากหลายวิธีและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งการใช้ยา การผ่าตัด การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยทีมสหวิชาชีพ และการแพทย์ทางเลือก เป็นต้น ภาวะบกพร่องทางด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นอาจแตกต่างกันตามตำแหน่งของรอยโรคที่หลงเหลืออยู่ ซึ่งส่งผลกระทบกับตัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องทุกข์ทรมานกับการด้อยสมรรถภาพเป็นระยะเวลาที่ยาวนานและเรื้อรัง รวมทั้งต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ได้แก่ การเกิดอัมพาต หรือ สูญเสียความรู้สึกของร่างกายด้านใดด้านหนึ่ง พูดไม่ได้หรือพูดไม่ชัด กลืนลำบาก การมองเห็นผิดปกติ สูญเสียการคิดรู้และความจำ อารมณ์แปรปรวน ช่วงความสนใจสั้น และมีพฤติกรรม ถดถอย นอกจากนั้นการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจมากกว่าด้านร่างกาย อันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรคทำให้ ผู้ป่วยมีภาวะทุพพลภาพคงที่ (stable disability) กล่าวคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องตกอยู่ในสภาพที่พิการ ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้แบบแผนในการดำเนินชีวิตและบทบาทของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป การมีภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงส่งผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่พอใจในตนเอง มองตนเองไร้ค่า ต้องพึ่งพาผู้อื่น สูญเสียความรู้สึกที่เป็นปกติ ผู้ป่วยจะแยกตัวเองและถอยหนีออกจากสังคม เกิดความรู้สึกท้อแท้และสิ้นหวังตามมา[4] ซึ่งความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนี้จะหายไปเมื่อผู้ป่วยรู้สึกด้อยค่าอย่างต่อเนื่องได้เช่นกัน[5]

ความหวังของผู้ป่วยเกิดจากการถูกกระตุ้นทางด้านจิตใจให้เกิดความรู้สึกทางบวกว่าสิ่งที่ต้องการจะสำเร็จได้[6] ซึ่งขอบเขตของความหวังแบ่งได้ 2 ส่วน คือ 1) ความหวังเฉพาะ เป็นความหวังที่มีความเป็นรูปธรรมสูง เป็นเป้าหมายที่ดีมีคุณค่า 2) ความหวังทั่วไป เป็นความหวังที่กว้าง เป็นความรู้สึกถึงสิ่งดีในอนาคต มีความสัมพันธ์กันกับความหวังเฉพาะเจาะจง[7] และความหวังยังประกอบด้วย 3 มิติ ดังนี้[8] มิติที่ 1 ความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนและความรู้สึกต่ออนาคต มิติที่ 2 ความรู้สึกพร้อมและการคาดหวังในเชิงบวก มิติที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น ความหวังมีความสำคัญในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเช่นกัน มีรายงานวิจัยที่พบว่าความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูระยะแรก ที่เป็นช่วงเวลาหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 เดือน ผู้ป่วยมีความหวังทั่วไปสูง (generalized hope) เช่นความหวังว่าจะหายเป็นปกติ หวังว่าจะอยู่กับลูกหลานนาน ๆ หวังว่าจะกลับไปใช้ชีวิตตามเดิม และพบว่าความหวังในระยะฟื้นฟูระยะหลัง คือระยะเวลาหลังจากวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 3 เดือนขึ้นไป ผู้ป่วยมีความหวัง

เฉพาะสูง (particularized hope) เช่น หวังว่าจะเดินได้ หวังว่าจะรับประทานอาหารได้ปกติ หวังว่าจะช่วยเหลือตนเองได้ และมีมิติด้านสถานการณ์แวดล้อม และจิตใจ อยู่ในระดับต่ำ และพบว่ามีค่าความหวังลดลงเล็กน้อยหลังจากออกจากโรงพยาบาล 1 วันถึง 1 เดือน[7] ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพในการวิจัยดังกล่าวนี้มีความหวังทั้งในด้านขอบเขตและมิติของความหวังอย่างครบถ้วน ซึ่งถือเป็นโครงสร้างความหวัง ที่มีความเป็นพลวัต มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวเนื่องตามกาลเวลาและบริบทที่เกี่ยวข้อง[8] เมื่อผู้ป่วยมีความหวังจึงทำให้ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นพยายามที่จะกระทำให้ประสบความสำเร็จและบรรลุถึงเป้าหมายที่วางไว้ เมื่อผู้ป่วยเห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและทำได้ตามที่ตั้งความหวังไว้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจมีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเองต่อไป ทำให้เกิดผลดีต่อตัวผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม[9]

ความหวังเป็นการนำสู่เผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใช้บ่อย เนื่องจากความหวังทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความทนต่อสถานการณ์ที่ยุ่งยาก ความวิตกกังวลและความเครียดต่าง ๆ มีความกล้าที่จะแสวงหาความช่วยเหลือ และเป็นแรงผลักดัน แรงจูงใจให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะฟื้นฟูสภาพพยายามหาทางแก้ไขปัญหาหรือพยายามเอาชนะ[10] และเชื่อมั่นว่าอนาคตจะมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะฟื้นฟูสภาพสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่า ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะสิ้นหวัง ขาดเป้าหมาย จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ภาวะสุขภาพเลวลง มีพฤติกรรมเฉื่อยชา ขาดชีวิตชีวา ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและฟื้นฟูสภาพ ส่งผลให้ผลลัพธ์การฟื้นฟูสภาพไม่ดี ภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยเลวลง และอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้และที่สำคัญหากผู้ป่วยต้องตกอยู่ในภาวะสิ้นหวัง เป็นระยะเวลานานก็จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าตามมา[11] สอดคล้องกับที่มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากที่สุดเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีภาวะทุพลภาพ และพิการจากโรคอื่น ๆ สูงถึงร้อยละ 68.4 ผู้ป่วยที่มีความหวังทำให้มีแรงบันดาลใจ เพราะความหวังสัมพันธ์กับความเชื่อ สัมพันธภาพภายในครอบครัว และจิตวิญญาณ

จากการทบทวนวรรณกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความ ก้าวร้าว เบื่อหน่าย ไม่กระตือรือร้น ขาดชีวิตชีวา เซื่องซึม ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเกิดขึ้นได้กับผู้ที่ไม่มีความหวัง[12] นอกจากพฤติกรรมดังกล่าวแล้ว Burton[13] กล่าวว่า ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเป็นต้นเหตุที่ทำให้ระดับความหวังลดลง สอดคล้องกับ Western[14] พบว่าการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันยังคงมีความหวังอยู่ในระดับสูง เป็นเพราะผู้ป่วยยังอยู่ในช่วงของการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นและสนับสนุนจากทีมสุขภาพ ร่วมกับผู้ป่วยรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการฟื้นคืนของสมรรถภาพร่างกาย แต่เมื่อพิจารณาในระยะยาวภายหลังการถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระดับความหวังของผู้ป่วยอาจลดลงได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความหวังต่อดัชนีชี้วัดความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันขึ้น

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความหวังโดยใช้แนวคิดจากการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยส่งเสริมการมีความหวัง 5 ประการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังของซาวน์ดี และคณะ[15] และแนวทางในการการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รวบรวมเนื้อหาจากงานวิจัยต่าง ๆ มาสรุปเป็นแนวทางในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง[16] ซึ่งประกอบด้วย การให้ข้อมูล การฟื้นฟู การป้องกันโรคและการออกกำลังกาย เพื่อสร้างโปรแกรมส่งเสริมความหวังต่อดัชนีชี้วัดความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน ซึ่งผลจากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ในการสร้างแนวทางสำหรับการพัฒนากิจกรรมในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ความหวังเป็นพื้นฐานเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและยอมรับสภาพความเป็นจริง เรียนรู้ที่จะดูแลตนเอง สามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

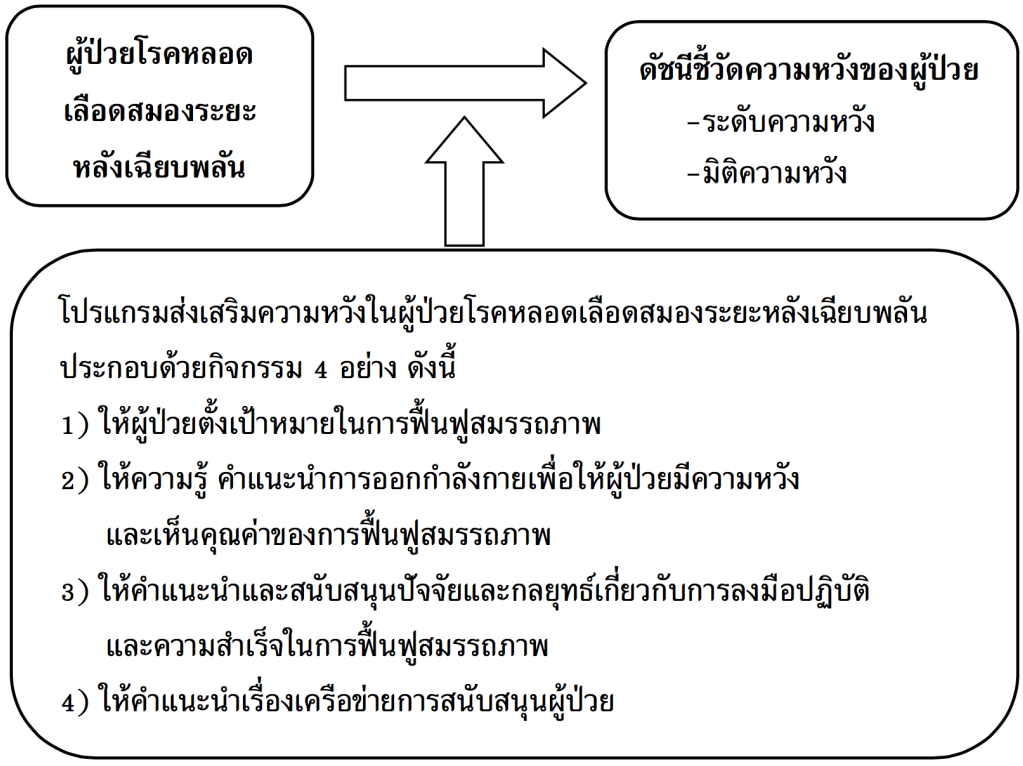
เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความหวังต่อระดับความหวังและมิติความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความหวังฯ มีระดับความหวังสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความหวังฯ มีมิติความหวังสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่มีความสอดคล้องกันระหว่างปัจจัยที่สร้างความหวังและการส่งเสริมการปรับตัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นงานวิจัยของซาวด์ดีและคณะ[15] กับแนวทางการเสริมสร้างความหวังของสมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา[16] มาสร้างโปรแกรมส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน ประกอบด้วยกิจกรรม 4 อย่าง ดังนี้ 1) ให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการฟื้นฟูสมรรถภาพ 2) ให้ความรู้ คำแนะนำการออกกำลังกายเพื่อให้ผู้ป่วยมีความหวัง และเห็นคุณค่าของการฟื้นฟูสมรรถภาพ 3) ให้คำแนะนำและสนับสนุนปัจจัยและกลยุทธ์เกี่ยวกับการลงมือปฏิบัติและความสำเร็จในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และ 4) ให้คำแนะนำเรื่องเครือข่ายการสนับสนุนผู้ป่วย ทั้งนี้มีการประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมโดยใช้คะแนนดัชนีชี้วัดความหวังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สรุปดังภาพที่1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลังทดลอง (two-group pretest-posttest design) การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยคริสเตียน ตามเอกสารรับรองเลขที่ น.02/2560 และคณะกรรมการพิจารณาสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมะการักษ์ ตามหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย เลขที่ 276

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันหรืออุดตันและอยู่ในระยะหลังเฉียบพลัน ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี โดยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G* Power โดยกำหนดค่าต่าง ๆ ดังนี้ ค่า α =.50 Power of test =.80 Effect size =.50 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 26 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกประมาณร้อยละ 10[17] ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน รวมผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งสิ้น จำนวน 60 คน

กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ ได้มาจากการเลือกตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) จากประชากรโดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้ อายุ 18 ปีขึ้นไป ไม่มีไข้ มีสัญญาณชีพคงที่ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางการแพทย์และการรักษาภายใน 48 ชั่วโมง ไม่มีปัญหาเรื่องการฟัง การมองเห็น สามารถสื่อสารผ่านการพูดและเข้าใจ ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ สามารถรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เทล (The Barthel's ADL Index) มีคะแนนไม่ต่ำกว่า 50 คะแนน คือ อยู่ในระดับมีภาวะพึ่งพาปานกลาง หรือมีความพิการปานกลาง (moderately disabled) ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย และหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 60 ราย เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 รายน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็นเครื่องมือรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือทดลอง

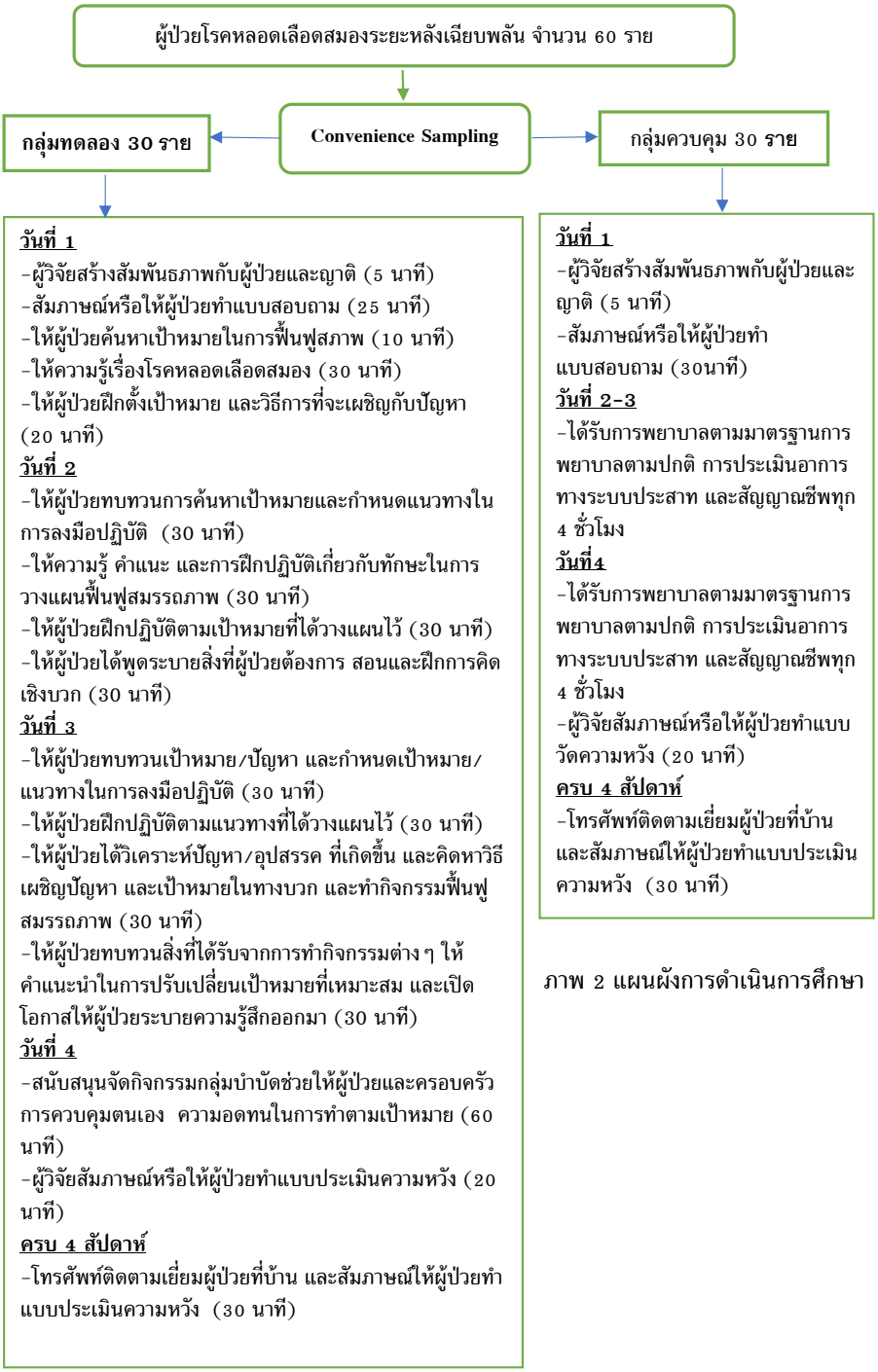
1. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความหวัง ซึ่งมาจากแบบวัดความหวังของ Herth[18] มีชื่อว่า Herth Hope Index (HHI) ซึ่งดัดแปลงมาจาก Herth Hope Scale (HHS) โดยประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ข้อคำถามทุกข้อสามารถวัดขอบเขตความหวังได้ทั้งความหวังทั่วไป และความหวังเฉพาะ ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยจิราวรรณ ลีลาพัฒนาพาณิชย์[9] ประกอบด้วย 3 มิติ มิติที่ 1 ความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนและความรู้สึกต่ออนาคต มิติที่ 2 ความรู้สึกพร้อมและการคาดหวังในเชิงบวก มิติที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 อันดับ การแปลผลโดยการกำหนดจากคะแนนเฉลี่ย คะแนน 12-30 แสดงถึงระดับความหวังต่ำ และคะแนน 31-48 แสดงถึงระดับความหวังสูง

การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity index) โดยผู้วิจัยส่งเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบความหวัง เท่ากับ .89 และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ .87

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 ก่อนเริ่มกิจกรรมในวันที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมในวันที่ 4 (ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 วัน) และเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 3 ในระยะติดตามผล (follow-up) เมื่อครบ 4 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์หรือให้ผู้ป่วยทำแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความหวังด้วยตนเอง ดังรายละเอียดในภาพที่ 2



ภาพ 2 แผนผังการดำเนินการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-Square เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนความหวังและมิติความหวังระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความหวังฯและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้ Repeated measures ANOVA กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-Square) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน (p> .05) ด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ประวัติการสูบบุหรี่และประวัติการดื่มสุราและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้านสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ (p=.04) โดยกลุ่มควบคุมมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจด้านคู่สมรสและด้านศาสนามากกว่ากลุ่มทดลอง ส่วนด้านบทบาทในครอบครัว (p=.03) กลุ่มทดลองมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัวมากกว่ากลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อ่อนแรงซีกซ้าย ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง กลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.60 (SD=.49) มีระยะเวลานอนรักษาในโรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4 วัน (SD=.64) กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.47 (SD=.51) มีระยะเวลานอนรักษาในโรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.90 วัน (SD=.66)

2. เปรียบเทียบระดับความหวังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในช่วงเวลาก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ในวันที่จำหน่าย และเมื่อครบ 4 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มควบคุมมีระดับความหวังอยู่ในระดับสูงทั้งช่วงเวลาก่อนเข้าโปรแกรม วันที่จำหน่าย และเมื่อครบ 4 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังเท่ากับ 31.23, 34.47 และ 33.77 ตามลำดับ และกลุ่มทดลองมีระดับความหวังอยู่ในระดับต่ำในช่วงเวลาก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังเท่ากับ 29.97 และมีระดับความหวังอยู่ในระดับสูงในช่วงเวลาวันที่จำหน่าย และเมื่อครบ 4 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังเท่ากับ 39.93 และ 38.80 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่1 ค่าเฉลี่ยความหวังของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในช่วงเวลาต่างกัน

ช่วงเวลา	กลุ่มควบคุม (n = 30)		ระดับความหวัง	กลุ่มทดลอง (n = 30)		ระดับความหวัง
	$\overline{X}$	SD		$\overline{X}$	SD	
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	31.23	3.47	สูง	29.97	3.53	ต่ำ
วันที่จำหน่าย	34.47	4.13	สูง	39.93	2.12	สูง
เมื่อครบ 4 สัปดาห์	33.77	5.21	สูง	38.80	2.68	สูง

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังไม่แตกต่างกัน (p>.05) วันที่จำหน่ายกลุ่มควบคุมมีระดับความหวังต่ำกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) และเมื่อครบ 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมมีระดับความหวังต่ำกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) (ตารางที่ 2) และจากตารางที่2 พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างช่วงเวลาในการประเมินกับกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F (2,116) = 20.35, p=.00) และมีความแตกต่างระหว่างช่วงเวลาในการประเมินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F (2,116) = 73.29, p=.00) และระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F (1,58) = 22.15, p=.00) โดยใช้สถิติ Repeated measures ANOVA เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในวันที่จำหน่าย และเมื่อครบ 4 สัปดาห์มีระดับความหวังสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ด้วยวิธี LSD (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความหวังของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในช่วงเวลาต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	426.27	1	426.27	22.15	.00
ความคลาดเคลื่อน	1115.92	58	19.24		
ภายในกลุ่ม					
ช่วงเวลาในการประเมิน	1534.01	2	767.00	73.29	.00
กลุ่ม × ช่วงเวลาในการประเมิน	426.07	2	213.03	20.35	.00
ความคลาดเคลื่อน	1213.91	116	10.46		

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนความหวังระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ช่วงเวลาประเมิน	ค่าเฉลี่ยคะแนนความหวัง		ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนมิติความหวัง
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	29.97	31.23	-1.26
วันที่จำหน่าย	39.93	34.47	5.45*
ครบ4สัปดาห์	38.80	33.77	5.02*

*p< .05

3. เปรียบเทียบมิติความหวังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน

ผลการเปรียบเทียบพบว่ากลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนมิติความหวังในช่วงเวลาก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มิติที่1 เท่ากับ 9.56 มิติที่2 เท่ากับ 10.50 มิติที่3 เท่ากับ 11.16 และมีค่าเฉลี่ยคะแนนมิติความหวังรวม เท่ากับ 10.41 ในช่วงเวลาวันที่จำหน่ายมิติที่1 เท่ากับ 11.56 มิติที่2 เท่ากับ 11.50 มิติที่3 เท่ากับ 11.40 และมีค่าเฉลี่ยคะแนนมิติความหวังรวม เท่ากับ 11.49 ในช่วงเวลาเมื่อครบ 4 สัปดาห์มิติที่1 เท่ากับ 11.36 มิติที่2 เท่ากับ 11.33 มิติที่3 เท่ากับ 11.06 และมีค่าเฉลี่ยคะแนนมิติความหวังรวม เท่ากับ 11.25

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมิติความหวังในช่วงเวลาก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มิติที่1 เท่ากับ 9.46 มิติที่2 เท่ากับ 10.36 มิติที่3 เท่ากับ 10.13 และมีค่าเฉลี่ยคะแนนมิติความหวังรวม เท่ากับ 9.98 ในช่วงเวลาวันที่จำหน่าย มิติที่1 เท่ากับ 13.23 มิติที่2 เท่ากับ 13.33 มิติที่3 เท่ากับ 13.36 และมีค่าเฉลี่ยคะแนนมิติความหวังรวม เท่ากับ 13.31 ในช่วงเวลาเมื่อครบ 4 สัปดาห์ มิติที่1 เท่ากับ 12.83 มิติที่2 เท่ากับ 13.26 มิติที่3 เท่ากับ 12.70 และมีค่าเฉลี่ยคะแนนมิติความหวังรวม เท่ากับ 12.93 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบน้ำหนักตัวและระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่ม (n = 30)

ช่วงเวลา	มิติที่1		มิติที่2		มิติที่3		รวม	
	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD
กลุ่มควบคุม								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	9.56	1.88	10.50	1.50	11.16	1.83	10.41	1.74
วันที่จำหน่าย	11.56	1.59	11.50	1.73	11.40	1.49	11.49	1.60
เมื่อครบ 4 สัปดาห์	11.36	2.35	11.33	1.78	11.06	1.85	11.25	1.99
กลุ่มทดลอง								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	9.46	2.04	10.36	1.62	10.13	2.01	9.98	1.89
วันที่จำหน่าย	13.23	1.40	13.33	.92	13.36	.96	13.31	1.09
เมื่อครบ 4 สัปดาห์	12.83	1.31	13.26	1.14	12.70	1.02	12.93	1.16

เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Repeated measures ANOVA พบว่าทั้ง 3 มิติ มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มกับช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) มีความแตกต่างระหว่างช่างเวลาในการประเมินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนมิติความหวังระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในช่วงเวลาก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ในวันที่จำหน่าย และเมื่อครบ 4 สัปดาห์ ด้วยวิธี LSD พบว่ามิติที่ 1 และมิติที่ 2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ทั้ง 3 ช่วงเวลา มีเพียงมิติที่3 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ทั้ง 3 ช่วงเวลา โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมิติความหวังต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) วันที่จำหน่ายกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมิติความหวังสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และเมื่อครบ 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมิติความหวังสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่คะแนนมิติความหวังระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ช่วงเวลาประเมิน	ค่าเฉลี่ยคะแนนมิติความหวัง		ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนมิติความหวัง
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	
มิติที่1ความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนและความรู้สึกต่ออนาคต			
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	9.46	9.56	-0.10
วันที่จำหน่าย	13.23	11.56	1.67*
ครบ4สัปดาห์	12.83	11.36	1.47*
มิติที่2 ความรู้สึกพร้อมและการคาดหวังในเชิงบวก			
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	10.36	10.50	-0.14
วันที่จำหน่าย	13.33	11.50	1.83*
ครบ4สัปดาห์	13.26	11.33	1.93*
มิติที่3 ความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น			
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	10.13	11.16	-1.03*
วันที่จำหน่าย	13.36	11.40	1.96*
ครบ4สัปดาห์	12.70	11.06	1.64*

*p<.05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังของกลุ่มทดลองในวันที่จำหน่าย และเมื่อครบ 4 สัปดาห์มีระดับความหวังสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) (ตารางที่ 3) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังในวันที่จำหน่ายกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) และเมื่อครบ 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมิติความหวังสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) (ตารางที่ 5) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

สามารถอธิบายได้ว่ากิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันในครั้งนี้เป็นการจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะหลังเฉียบพลัน ซึ่งสนับสนุนการศึกษาของซาวด์ดีและคณะ[15] กับแนวทางการเสริมสร้างความหวังของสมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา[16] ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูสภาพ และเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความหวัง ลดปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความหวังและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4 ประการ[15] ได้แก่ 1) ปัจจัยทางกายภาพ 2) ปัจจัยทางจิตวิทยา ส่งผลต่อความหวังของผู้ป่วยได้ 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความรู้สึกหมดหวังและการขาดแรงจูงใจในระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งส่งผลต่อความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยได้ 4) ปฏิสัมพันธ์เชิงลบ การมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบุคคลต่าง ๆ จะมีผลต่อดัชนีความหวังเป็นอย่างมาก การฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะหลังเฉียบพลันช่วงเวลาก่อนจำหน่ายจึงมีความท้าทายมากในการที่จะลดปัจจัยที่มีอิทธิพลดังกล่าว หากผู้ดูแลหรือผู้ป่วยขาดการให้ความสนใจในปัจจัยเหล่านี้อาจนำสู่การสูญเสียสมรรถภาพและความหวังของผู้ป่วย

ทั้งนี้กิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีความหวังเพิ่มขึ้น ประกอบด้วย 1) ให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการตั้งเป้าหมายระยะสั้น และเป้าหมายระยะยาว ซึ่งการตั้งเป้าหมายจะทำให้ผู้ป่วยค้นหาเป้าหมาย

ในการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยให้ผู้ป่วยประเมินปัญหาสุขภาพในขณะนั้น และความหวังต่อสุขภาพตนเอง และระบุปัญหาและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย และวิธีการที่จะเผชิญกับปัญหา 2) ให้ความรู้ คำแนะนำการออกกำลังกายเพื่อให้ผู้ป่วยมีความหวัง และเห็นคุณค่าของการฟื้นฟูสมรรถภาพ 3) ให้คำแนะนำและสนับสนุนปัจจัยและกลยุทธ์เกี่ยวกับการลงมือปฏิบัติและความสำเร็จในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดมีความหวังอย่างต่อเนื่อง เพราะการมีความหวังจะทำให้ผู้ป่วยอยากมีชีวิตอยู่เพื่อทำงาน และทำหน้าที่ของตนเองต่อไป โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทบทวนเป้าหมายโดยการคิดทบทวนปัญหาที่ยังมีอยู่ หรือปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่ และกำหนดเป้าหมายในการจัดการปัญหาและแนวทางในการปฏิบัติ ช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถยอมรับสถานการณ์และสิ่งที่เกิดขึ้น รับรู้ถึงสถานการณ์ในปัจจุบันเพื่อเตรียมใจรับสถานการณ์ซึ่งในแต่ละวันอาจเกิดความไม่แน่นอนขึ้น และพิจารณาปรับเปลี่ยนมุมมองชีวิต หรือปรับเปลี่ยนความหวังเพื่ออนาคตที่แตกต่างกันได้ โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง และคิดหาวิธีเผชิญปัญหา และเป้าหมายในทางบวก พูดคุยให้กำลังใจ ให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนเป้าหมายที่เหมาะสม และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกออกมา 4) ให้คำแนะนำเรื่องเครือข่ายการสนับสนุนผู้ป่วย ผู้วิจัยช่วยให้การสนับสนุน เพื่อสร้างแรงจูงใจ การให้กำลังใจ

Western[14] ได้กล่าวว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะสามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถเชิญปัญหาและนำไปสู่การฟื้นฟูสภาพที่ดี การสร้างแบบจินตนาการในการฟื้นฟูสภาพของตัวผู้ป่วยเอง โดยการจัดกลุ่มให้มีการพูดคุยระหว่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกันเกี่ยวกับความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพ แต่มีข้อจำกัดในการทำกลุ่มออนไลน์เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุรวมทั้งผู้ดูแล จึงทำให้การทำกลุ่มออนไลน์เป็นไปได้ยาก จากงานวิจัยของซาวด์ดีและคณะ[15] ได้เน้นความสำคัญของหลักการให้คำแนะนำของผู้ดูแล และผู้วิจัยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายโดยการออกกำลังกายตามแนวทางการเสริมสร้างความหวังของสมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา[16] ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องผลของการฝึกกิจกรรมแบบมอนเตสซอรี่ต่อแรงบีบมือและความหวังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง[19] พบว่าการฝึกกิจกรรมแบบมอนเตสซอรี่ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองมีผลทำให้ค่าแรงบีบมือและคะแนนความหวังเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p<.05$) ถือว่าเป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับการพัฒนาทักษะการใช้ชีวิตประจำวันอีกวิธีหนึ่ง อันเป็นประโยชน์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้โปรแกรมส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นยังสนับสนุนทฤษฎีความหวังของ Herth[18] ซึ่งได้กล่าวไว้ว่าความหวังเป็นภาวะด้านจิตใจที่ถูกกระตุ้นให้เกิดพลัง โดยแสดงออกในลักษณะของการกระทำ และคาดหวังในทางบวกว่าจะสามารถไปถึงจุดหมายใน อนาคตหรือความต้องการของตนเองได้

ผลการวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของโฉมพิไล นันทรักษา[7] ซึ่งศึกษาความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ พบว่าระดับความหวังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละระยะการฟื้นฟูสภาพ อยู่ในระดับสูง ทั้งสองระยะของการฟื้นฟูสภาพ ทั้งในระยะของการฟื้นฟูสภาพระยะแรก ($\leq$ 3 เดือน) และระยะของการฟื้นฟูสภาพระยะหลัง (> 3 เดือน) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความหวัง เท่ากับ 38.67 (SD=2.68) และ 37.96 (SD=3.64)

อย่างไรก็ตามก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนมิติความหวังที่ 3 ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) อาจเป็นเพราะกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว (ร้อยละ 70) จึงทำให้เกิดผลกระทบที่เกิดขึ้นทางกายมีความบกพร่องทางการสื่อสาร การเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน จึงมีผลต่อความมุ่งหวังในชีวิตที่มีต่อครอบครัว และมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสจึงทำให้เกิดความวิตกกังวลในการดูแลตนเองกับการฟื้นฟูสมรรถภาพตนเอง ดังนั้นจึงอาจมีผลต่อคะแนนมิติความหวังที่ 3 ในกลุ่มทดลองได้ แต่เมื่อกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ ในวันที่จำหน่าย และเมื่อครบ 4 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) (ตารางที่ 4 และ 5)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหารพยาบาล ผู้บริหารกลุ่มการพยาบาลกำหนดแนวทางการฟื้นฟูสภาพโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันไปใช้ในการเพิ่มความหวังในผู้ป่วยเพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย

2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลสามารถบูรณาการแนวคิดความหวังโดยนำโปรแกรมส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

3. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการทำวิจัยเพื่อเปรียบเทียบความหวังในผู้ป่วยกลุ่มที่ควบคุมความแตกต่างกันของด้านสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจกับบทบาทในครอบครัว

4. ด้านการศึกษาสามารถนำไปพัฒนาการเรียนการสอนทางคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลันควบคู่ไปกับการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

References

1. Bureau of Non-Communicable Diseases Department of Disease Control. Number and death rate of non-communicable diseases and injuries in the calendar year 2015. [internet]. 2016 [cited 2016 Aug 11]. Available from: http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php
2. Apinya T, Phantawet N. World paralysis day campaign 2011. [internet]. 2015 [cited 2017 March 16]. Available from: http://www.thaincd.com/document/file/download/knowledge/KMNCD%20_magazine-Vol.1.pdf
3. Public Health System Development Group. Issue of the world paralysis day campaign 2016. [internet]. 2017 [cited 2017 Aug 11]. Available from::://www.thaincd.com/document/hot%20news/WorldStrokeday2016.pdf
4. Annie R, Denise T, Johanne D, Gina B, Annick B. Adaptation and coping following a first stroke: a qualitative analysis of phenomenological orientation. International Journal of Rehabilitation Research 2006;29(3):247-9.
5. Stina L. Stroke patients' and informal cares' experiences with life after stroke: an overview of qualitative systematic reviews. Journal Disability and Rehabilitation 2016;39(3):301-13.
6. Herth KA. Fostering hope in terminal ill people. Journal of Advanced Nursing 1989; 15(3):1250-9.
7. Nantaruksa C. Hope in patients with stroke, rehabilitation condition [Master thesis]. Khonkaen: Khonkaen University. 2013.(in Thai).
8. Dufault K, Martocchio CB. Hope: Its spheres and dimensions. Nursing Clinics of North America 1985;20(2):379-91.
9. Leelapattanapanich C. Hope in stroke patients [Master thesis]. Khonkaen: Khonkaen University. 1998. (in Thai).
10. Lohne V, Severinson E. The power of hope: patient's experiences of hope a year After Acute spinal cord injury. Journal Clinical Nursing 2006;15(3):315-23.

11. Masakunphan P. Rehabilitation of stroke patients. Bangkok: Institute of Neurology. 2007.(in Thai).
12. Niwatchai U, Kanchanaburanan K.(Editor) Hope and nursing roles. In Kanyan. Teaching materials, course sets, selection cases, nursing mothers, infants and Psychiatric Nursing. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University. 1992.(in Thai).
13. Burton CR. Living with stroke: a phenomenological study. Journal of Advanced Nursing 2000; 32(2):301-9.
14. Western H. Altered living: coping, hope and quality of life after stroke. British Journal of Nursing 2007;16(20):1266-70.
15. Soundy A. Factors influencing patients' hope in stroke and spinal cord injury: A narrative review. International Journal of Therapy and Rehabilitation 2014;21(5):210-8.
16. National Stroke Association. HOPE: The Stroke Recovery Guide. National stroke association. [internet]. 2010 [cited 2016 April 20]. Available from:http://www.stroke.org
17. Jirawatkul A. Biostatistics in health science research. 3rd ed. Khonkaen: Khonkaen University; 2008.(in Thai).
18. Herth KA. Abbreviated instrument to measure hope: Development and psychometric Evaluation. Journal of Advanced Nursing 1992;17(2):1251-9.
19. Kaewchoi N. The effect of Montessori activity training on hand compression and hope of stroke patients [Master thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University. 2009.(in Thai).

ผลการบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่อการลดภาวะซึมเศร้าในสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ชายแดนภาคใต้[1]

The Effect of Happy Reminiscence Therapy on Decreasing Depression Among Women Who Lost Their Husbands from Southern Violence[1]

อังคณา วังทอง[2] ศรีสุดา วนาลีสิน[3] อนุชิต วังทอง[2] ซูร์ฮูดี ลีเด็ง[2] นุรไอนี ลาเตะ[2]

Angkana Wangthong[2] Srisuda Vanaleesin[3] Anuchit Wangthong[2] Suhudee Leedeng[2] Nuraini Lateh[2]

[1] งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

[1] Research granted by the Nurse Alumni Association of the Ministry of Public Health

[2] โรงพยาบาลหนองจิก จังหวัดปัตตานี [2] Nongchik Hospital, Pattani Province.

[3] มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง [3] Thaksin University, Phatthalung Campus.

Corresponding author: Angkana Wangthong; Email: angka2006@hotmail.com

Received: 10 July 2019 **Revised:** 1 August 2019 **Accepted:** 13 August 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของการบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่อการลดภาวะซึมเศร้าในสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ใต้ พื้นที่อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี จำนวน 15 คน โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง (one-group, pretest- posttest design) ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการทดสอบทีคู่ (Paired t-test) ผลการวิจัย พบว่า การบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่อการลดภาวะซึมเศร้าในสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ใต้ พื้นที่อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี สามารถสรุปเป็น 2 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1.ร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง สถานภาพหม้าย ร้อยละ 86.7 อายุอยู่ในช่วง 46-59 ปี (M=50.20, SD=5.02) ร้อยละ 46.7 กลุ่มตัวอย่างจบระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 60.0 อาชีพลูกจ้างในหน่วยงานรัฐ ร้อยละ 60.0 มีรายได้ 5,001-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 53.3 รายได้ไม่เพียงพอ และร้อยละ 73.3 ไม่มีโรคประจำตัว 2. ผลการบำบัด HRT สามารถลดภาวะซึมเศร้าในสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมการบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมการบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข (t=3.489) ผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า การบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขสามารถลดภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง และสามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้บำบัดลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอื่นต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า; สุขภาพจิต; การบำบัดแบบรำลึกความหลัง; สถานการณ์ไม่สงบในชายแดนใต้

The Effect of Happy Reminiscence Therapy on Decreasing Depression Among Women Who Lost Their Husbands from Southern Violence[1]

Angkana Wangthong[2] Srisuda Vanaleesin[3] Anuchit Wangthong[2] Suhudee Leedeng[2] Nuraini Lateh[2]

[1] Research granted by the Nurse Alumni Association of the Ministry of Public Health

[2] Nongchik Hospital, Pattani Province. [3] Thaksin University, Phatthalung Campus.

Corresponding author: Angkana Wangthong; Email: angka2006@hotmail.com

Received: 10 July 2019 **Revised:** 1 August 2019 **Accepted:** 13 August 2019

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of Happy Reminiscence Therapy on reducing depression in women who lost their husbands from the southern violence in Nongchik District, Pattani Province. Fifteen people were assessed before and after the experiment (one-group, pretest-posttest design) with the Depression Assessment Form. Data analysis was carried out with paired t-tests. The results showed that 1. The entire sample consisted of female, widow status 86.7 percent, The age ranged from 46-59 years (M=50.20, SD=5.02), 46.7 percent have junior high school education, 60.0 percent are government employees, 60.0 percent have income from 5,001 to 10,000 baht per month, 53.3 percent have low income, and 73.3 percent have no underlying disease. The results of average depression after Happy Reminiscence Therapy (HRT) were evaluated by the Depression Assessment Form (9 questions, 9Qs). Happy Reminiscence Therapy can significantly reduce depression of women who lost their husbands from Southern violence ($t=3.489$, $p<.05$).The result of this study showed that Happy Reminiscence Therapy reduced depression of this sample and may be applied to reduce depression in other patients.

Keywords: depression; mental health; reminiscence therapy; southern violence situation

ความเป็นมาและความสำคัญ

เหตุการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ทวีความรุนแรงกว่า 14 ปีที่ผ่านมา สร้างความรุนแรงถึง 15,123 ครั้ง มีการบาดเจ็บ 11,753 ราย บาดเจ็บแล้วเสียชีวิต 18,233 ราย และเสียชีวิต 6,480 ราย โดยพบว่าอำเภอหนองจิกเป็นพื้นที่ที่เกิดเหตุการณ์รุนแรงในอันดับต้น ๆ (ร้อยละ 33.33)[1] เหตุการณ์ความไม่สงบดังกล่าวเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีสตรีสูญเสียสามีและเด็กกำพร้าบิดาเป็นจำนวนมาก คนในพื้นที่ได้รับผลกระทบทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งการสูญเสียหัวหน้าครอบครัวเป็นวิกฤตในชีวิต ทำให้ผู้หญิงซึ่งเป็นภรรยาต้องรับภาระอบรมเลี้ยงดูลูก พร้อมกับประกอบอาชีพเพื่อให้มีรายได้เพียงพอต่อรายจ่ายในครอบครัว ปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพกายและจิตของบุคคลในครอบครัว ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล สิ้นหวัง แยกตัว ปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนและสิ่งแวดล้อมลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า[2] ซึ่งภาวะซึมเศร้าในหญิงไทยจะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตเป็นอันดับ 4 ของประเทศไทย[3] อีกทั้งยังพบว่า ภาวะซึมเศร้าในสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จะมีการโทษตัวเองว่ามีส่วนทำให้เกิดเหตุร้ายหรือรู้สึกผิดที่รอดชีวิต (survivor guilt) วิตกกังวล ย้ำคิดย้ำทำ กระวนกระวายใจ หงุดหงิดง่าย ทำร้ายตัวเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย[2] โดยพบว่า ร้อยละ 1.47 ผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีภาวะซึมเศร้าและมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย[1]

การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีหลายวิธี มีทั้งการรักษาด้วยไฟฟ้า การบำบัดรักษาทางจิตสังคม และการรักษาด้วยยาต้านเศร้า[4] แต่การรักษาด้วยยาต้านเศร้า อาจทำให้เกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์ตามมา เช่น ภาวะเกลือโซเดียมในกระแสเลือดต่ำ หรือมีเลือดออกในกระเพาะอาหาร[5] ส่วนการรักษาทางจิตสังคมก็มีหลากหลาย เช่น การปรับความคิดและพฤติกรรม[6] หรือการบำบัดแบบสัมพันธภาพบำบัด (interpersonal therapy)[7] หรือการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (problem solving)[8] ซึ่งการบำบัดดังกล่าวสามารถลดภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางเท่านั้น[9] แต่ยังมีอีกวิธีหนึ่งที่สามารถลดภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ การบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข (Happy Reminiscence Therapy: HRT) ซึ่งมีองค์ประกอบการสนทนากลุ่ม 6 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างอ่างโอบอุ้ม 2) วันวานแห่งความสุข 3) วันวานแห่งความรัก 4) วันวานแห่งความภาคภูมิใจ 5) บทเรียนที่มีคุณค่าในการดำเนินชีวิต และขั้นที่ 6) บทสรุปของการรำลึกความหลังสู่ความสุข

การบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข เป็นการบำบัดที่มีเป้าหมายเพื่อให้สตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ใต้ เข้าใจอัตมโนทัศน์ของตนเอง ได้รำลึกถึงเหตุการณ์ตามช่วงวัยตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ เพื่อให้สตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ใต้ได้ค้นพบความสุข มองเห็นทางแก้ปัญหาสามารถรับมือกับปัญหา รู้สึกปลอดภัย เพิ่มความภาคภูมิใจ ความพึงพอใจในตนเอง ลดความเหงาในจิตใจ โดยการรวบรวมประสบการณ์ชีวิตที่มีความหมาย มีคุณค่า พร้อมปรับตัวผ่านการหวนรำลึกทบทวนชีวิตที่เป็นสุข เพื่อประคับประคองให้มีชีวิตที่สมดุลภายใต้สถานการณ์บีบคั้น ช่วยให้รู้สึกดี ลดภาวะซึมเศร้าได้ ส่งผลให้เกิดสุขภาพดี[10–11] ซึ่งจากการศึกษา[12] เรื่องผลของกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคซึมเศร้า พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการบำบัดในการลดภาวะซึมเศร้า จะต้องสอดคล้องและเหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย[9] จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงบริบทของวัฒนธรรมของผู้ป่วย โดยเฉพาะกลุ่มสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ใต้ที่มีภาวะซึมเศร้า ทีมวิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่อการลดภาวะซึมเศร้าในสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ใต้ พื้นที่อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี เพื่อนำมาเป็นแนวทางการบำบัดลดภาวะซึมเศร้าในสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ใต้และผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาของผลการบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่อการลดภาวะซึมเศร้าในสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ใต้

นิยามศัพท์เฉพาะ

การบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข หมายถึง เป็นการบำบัดพฤติกรรมและความคิดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในสตรีผู้สูญเสียสามีอันเป็นที่รักจากสถานการณ์ใต้ ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างอ่างโอบอุ้ม หลังจากนั้นเป็นการบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขในขั้นตอนที่ 2-5 คือ 2) วันวานแห่งความสุข 3) วันวานแห่งความรัก 4) วันวานแห่งความภาคภูมิใจ 5) บทเรียนที่มีคุณค่าในการดำเนินชีวิต และขั้นตอนที่ 6) บทสรุปของการรำลึกความหลังสู่ความสุข

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะผิดปกติของจิตใจและอารมณ์ มีอาการแสดงความรู้สึกเศร้า วิตกกังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือรู้สึกว่าตนด้อยค่า แม้ความรู้สึกและอารมณ์เหล่านี้จะเกิดขึ้นได้กับทุกคนเป็นครั้งคราว ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและพฤติกรรม เกิดความคิดในแง่ลบเกี่ยวกับตนเอง สังคมและอนาคต ความตั้งใจในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ลดลงหรือหมดไป เกิดความเฉยชาในสิ่งแวดล้อมรอบตัว แต่อาการของภาวะซึมเศร้านั้นจะมีความรุนแรงและยาวนานกว่ามาก จนถึงขั้นส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตในด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วย

สตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ใต้ หมายถึง สตรีที่สามีเสียชีวิตจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งเกิดจากการก่อเหตุของกลุ่มผู้ก่อความไม่สงบด้วยอาวุธสงคราม การลอบยิง การลอบวางระเบิด หรือเหตุการณ์อื่นที่เกี่ยวข้องในการคุกคามชีวิตและทรัพย์สินของคนในพื้นที่จังหวัดปัตตานี ยะลาและนราธิวาส

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของการบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่อการลดภาวะซึมเศร้าในสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ใต้ อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี เกิดเหตุการณ์ในปี 2547 ถึง 2560 ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง อายุอยู่ในช่วง 35-60 ปี สามารถอ่านและเขียนภาษาไทย ยอมเข้าร่วมวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ สตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่ได้รับผลกระทบในปี 2547 ถึง 2560 อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 15 คน ตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) อายุอยู่ในช่วง 35-60 ปี 2) มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (9Q= 7-18 คะแนน) 3) อ่านออก เขียนได้ สื่อสารได้ด้วยภาษาไทย 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี กระทรวงสาธารณสุข เลขที่โครงการวิจัย RECPTN No.01/61 ให้การรับรอง ณ วันที่ 7 สิงหาคม 2561 ทีมวิจัยอธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย โดยการเก็บข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยถือเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม การเข้าร่วมการวิจัยเป็นการสมัครใจของผู้เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งทีมวิจัยจะให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงลายมือ

ชื่ออนุญาตในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลและทำกลุ่มบำบัด รวมทั้งผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ก่อนที่การวิจัยจะเสร็จสิ้นลง โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและไม่มีผลใด ๆ และทีมวิจัยได้เตรียมการช่วยเหลือผู้เข้าร่วมการวิจัย หากขณะดำเนินการวิจัยเกิดผลกระทบทางจิตใจ จะหยุดการทำกิจกรรมและแสดงออกถึงการเข้าใจความรู้สึกของผู้เข้าร่วมการวิจัย พร้อมให้กำลังใจ หลังจากนั้นผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยต่อ หรือส่งต่อผู้เชี่ยวชาญหากผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องการ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผู้เข้าร่วมการวิจัยเกิดผลกระทบทางจิตใจใด ๆ ทั้งสิ้น

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งทีมวิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ สถานภาพสมรส อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้

1.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)[10] แบ่งเป็น 4 ระดับความรุนแรง คือ ได้คะแนน <7 หมายถึง normal, remission ได้ คะแนน ≥ 7-12 หมายถึง mild ได้คะแนน 13-18 หมายถึง moderate และได้คะแนน ≥ 19 หมายถึง severe ค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ .82

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข (Happy Reminiscence Therapy: HRT) ในสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ใต้ที่มีภาวะซึมเศร้า อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี (แผนภูมิ 1) ที่ทีมวิจัยได้ประยุกต์จากแนวคิดโปรแกรมการบำบัดแบบกลุ่มหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข (HRT) สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า[12] ซึ่งโปรแกรม HRT นี้ ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างรำลึกถึงความหลังที่เป็นสุข ส่งผลให้เกิด self esteem มีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้น สามารถแก้ไขปัญหา เกิดความเคารพในตนเอง ซึ่งเป็นกลไกที่เพิ่มการมองตนเองทางบวก มีความหวัง เกิดกำลังใจ มีความสุข จนมีภาวะทางจิตใจทางบวก สามารถลดภาวะพฤติกรรมและความคิดทางลบ ลดภาวะซึมเศร้าได้ โดยโปรแกรม HRT จะใช้เวลาในแต่ละกิจกรรมประมาณ 2 ชั่วโมง และนัดทำกิจกรรมแต่ละขั้นตอน ห่างกันประมาณ 7 วัน รวมระยะเวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ

1) การสร้างอ่างโอบอุ้ม ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1. ทักทายและทำความรู้จักกัน 2. การนำเข้าสู่กระบวนการหวนรำลึกความหลัง 3. การบอกวัตถุประสงค์หรือทบทวนวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มบำบัด 4. การฝึกการหวนรำลึกฯ และแบ่งปันเรื่องราว 5. สรุปวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับจากการหวนรำลึกความหลัง และ 6. การมอบหมายการบ้านและนัดครั้งต่อไป

2) วันวานแห่งความสุข ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1. ทักทายและทบทวนการเข้ากลุ่มครั้งที่ผ่านมา 2. การประเมินสมาชิกได้มีการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขที่บ้าน 3. การฝึกการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข เรื่องวันวานแห่งความสุขและแบ่งปันเรื่องราว 4. การชื่นชมและความประทับใจจากการฟังเรื่อง วันวานแห่งความสุข 5. สรุปการหวนรำลึกความหลัง วันวานแห่งความสุขและประโยชน์ที่ได้รับ และ 6. การมอบหมายการบ้าน และนัดครั้งต่อไป

3) วันวานแห่งความรัก ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1. ทักทายและทบทวนการเข้ากลุ่มครั้งที่ผ่านมา 2. การประเมินสมาชิกได้มีการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขที่บ้าน 3. การฝึกการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข เรื่องวันวานแห่งความรักและแบ่งปันเรื่องราว 4. การชื่นชมและความประทับใจจากการฟังเรื่อง วันวานแห่งความรัก 5. สรุปการหวนรำลึกความหลัง วันวานแห่งความรักและประโยชน์ที่ได้รับและ 6. การมอบหมายการบ้านและนัดครั้งต่อไป

4) วันวานแห่งความภาคภูมิใจ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1. ทักทายและทบทวนการเข้ากลุ่มครั้งที่ผ่านมา 2. การประเมินสมาชิกได้มีการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขที่บ้าน 3. การฝึกการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข เรื่องวันวานแห่งความภาคภูมิใจ และแบ่งปันเรื่องราว 4. การชื่นชมและความประทับใจจากการฟังเรื่องวันวานแห่งความภาคภูมิใจ 5. สรุปการหวนรำลึกความหลัง วันวานแห่งความภาคภูมิใจและประโยชน์ที่ได้รับและ 6. การมอบหมายการบ้านและนัดครั้งต่อไป

5) บทเรียนที่มีคุณค่าในการดำเนินชีวิต ประกอบด้วย 6 กิจกรรรม ได้แก่ 1. ทักทายและทบทวนการเข้ากลุ่มครั้งที่ผ่านมา 2. การประเมินสมาชิกได้มีการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขที่บ้าน 3. การฝึกการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข เรื่องบทเรียนที่มีคุณค่าในการดำเนินชีวิต และแบ่งปันเรื่องราว 4. การชื่นชมและความประทับใจจากการฟังเรื่องบท เรียนที่มีคุณค่าในการดำเนินชีวิต 5. สรุปการหวนรำลึกความหลัง บทเรียนที่มีคุณค่าในการดำเนินชีวิต และประโยชน์ที่ได้รับ และ 6. การมอบหมายการบ้าน และนัดครั้งต่อไป

6) บทสรุปของการรำลึกความหลังสู่ความสุข ซึ่งจะประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1. ทักทายและทบทวนการเข้ากลุ่มครั้งที่ผ่านมา 2. การประเมินสมาชิกได้มีการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขที่บ้าน 3. การสรุปผลการหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขที่ผ่านมา และ 4. สิ่งที่ได้เรียนรู้ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และสิ่งที่สามารถนำไปใช้ในการดำเนินชีวิต

คุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความสอดคล้องของเครื่องมือ โดยการนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลและนักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์การทำกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข และนำมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ใต้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน ประเมินความเข้าใจในการใช้ภาษา ระยะเวลาความสอดคล้องการดำเนินกิจกรรม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ทีมวิจัยเป็นผู้ดำเนินการวิจัยด้วยตนเองทั้งหมดและมีทีมผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี กระทรวงสาธารณสุข ทีมวิจัยได้ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองจิก ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 หลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองจิก ทีมวิจัยขอความอนุเคราะห์ผู้ช่วยวิจัย 2 คน และเตรียมผู้ช่วยวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ทำความเข้าใจกับแบบสอบถาม ขั้นตอนการทำกลุ่มและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 นัดกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำกลุ่ม และการดำเนินการเก็บข้อมูล

1.4 ทดลองใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขกับสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ใต้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และมีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน ประเมินความเข้าใจในการใช้ภาษา ระยะเวลาในการทำกิจกรรมและความสอดคล้องการดำเนินกิจกรรมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2. ขั้นดำเนินการวิจัย

2.1 ทีมวิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติแบบเฉพาะเจาะจง แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง 15 คน สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ชี้แจงขั้นตอน พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยให้ลงนามใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ความร่วมมือในการทำวิจัย ทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

2.2 หลังจากทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (9Q=7-18 คะแนน) เพื่อดำเนินกิจกรรมโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขครบ 6 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างอ่างโอบอุ้ม หลังจากนั้นเป็นการบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขในขั้นตอนที่ 2-5 คือ 2) วันวานแห่งความสุข 3) วันวานแห่งความรัก 4) วันวานแห่งความภาคภูมิใจ 5) บทเรียนที่มีคุณค่าในการดำเนินชีวิต และขั้นตอนที่ 6) บทสรุปของการรำลึกความหลังสู่ความสุข จะใช้เวลาในแต่ละกิจกรรมประมาณ 2 ชั่วโมง และนัดทำกิจกรรมแต่ละขั้นตอน ห่างกันประมาณ 7 วัน รวมระยะเวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์

3. ขั้นประเมินผล

กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ซ้ำ หลังสิ้นสุดกิจกรรม 1 เดือน ทีมวิจัยนำข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของเนื้อหา และนำข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติตามที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทีมวิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ คำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข (HRT) โดยการทดสอบทีคู่ (paired t-test)

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง สถาน ภาพหม้าย ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 46-59 ปี (ร้อยละ 86.7) (Min=43, Max=59, M=50.20, S.D.= 5.02) สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมต้น (ร้อยละ 46.7) ประกอบอาชีพลูกจ้างในหน่วยงานรัฐ (ร้อยละ 60.0) มีรายได้ 5,001-10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 60.0) รายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 53.3) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 73.3) ดังแสดงในตาราง 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=15)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (Min=43 , Max=59 , M=50.20 , SD=5.02)		
43-45 ปี	2	13.3
46-59ปี	13	86.7
เพศ		
หญิง	15	100.0
สถานภาพ		
หม้าย	15	100.0
การศึกษา		
ประถมศึกษา	6	40.0
มัธยมต้น	7	46.7
ปริญญาตรี/ปวส.	2	13.3
อาชีพ		
ธุรกิจส่วนตัว	3	20.0
ค้าขาย	2	13.3
ลูกจ้างในหน่วยงานรัฐ	9	60.0
รับจ้างทั่วไป	1	6.7
รายได้บาท/ต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	6	40.0
5,001 – 10,000 บาท	9	60.0
10,001 – 15,000 บาท	0	0.0
ฐานะทางการเงิน		
ไม่เพียงพอ	8	53.3
พอมีพอใช้	7	46.7
โรคประจำตัว		
มี (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)	4	26.7
ภูมิแพ้	2	50.0
เบาหวาน	2	50.0
ไม่มี	11	73.3

2. ผลการศึกษาคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ใต้ หลังเข้าร่วมการบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข (HRT) ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พบว่า ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมการบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (t=3.489) ดังแสดงในตาราง 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการบำบัดของกลุ่มตัวอย่าง (N=15)

	HRT	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{D}$	SD	df	t*	p-value
กลุ่มตัวอย่าง								
	ก่อน	6.06	3.777	4.839	4.366	14	3.489	.002
	หลัง	2.13	2.491					

การอภิปรายผล

การใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่อการลดภาวะซึมเศร้าในสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ใต้ พื้นที่อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าภายหลังเข้าร่วมการบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมการบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (t=3.489) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข สามารถลดภาวะซึมเศร้าในสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ใต้ ซึ่งอาจเนื่องจากโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข เป็นการรำลึกความหลังโดยการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างได้ทบทวนความคิดหรือประสบการณ์ในอดีตที่เป็นสุขที่รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง[13] เกิดความภาคภูมิใจ มีความหวังที่จะมีชีวิตต่อไปเพื่อวันข้างหน้า บนพื้นฐานของการมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อบุคคลอื่น ภายใต้สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ที่สามารถแสดงออกได้ทางอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคล[14] ซึ่งการบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะการสร้างอ่างโอบอุ้ม คือ เป็นขั้นตอนทักทาย ทำความรู้จักกัน บอกวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข เป็นการทำความคุ้นเคย สร้างสัมพันธภาพ ซึ่งพบว่าจากการดำเนินกิจกรรมกลุ่มกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือ มีความเป็นกันเอง ผ่อนคลาย ไว้วางใจ กล้าพูดมากขึ้น กล้าแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แลกเปลี่ยนความรู้สึกกันและกันได้เป็นอย่างดี พูดคุยปรึกษากับคนที่มีประสบการณ์สูญเสียสามีจากสถานการณ์ใต้เหมือน ๆ กัน ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของกิจกรรมเพื่อสร้างความเชื่อมั่น ความเชื่อถือ ความศรัทธาและความไว้วางใจ เป็นความรู้สึกที่บุคคลหนึ่งรับรู้ได้ว่ามีผู้เอื้ออาทร มั่นใจเกิดความไว้วางใจ การบอกความลับ การรักษาความลับ การปรับทุกข์ ความหวังที่มีอยู่ เพื่อดำรงไว้ซึ่งความเชื่อถือ ความศรัทธาและความไว้วางใจของสมาชิก[15] อีกทั้งจากการศึกษาเรื่องการดูแลตนเองทางด้านจิตใจของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้: รายงานการศึกษาเบื้องต้น พบว่า การได้พูดคุยปรึกษากับคนที่มีประสบการณ์คล้าย ๆ กัน อย่างเช่น สตรีหม้ายจิตอาสาจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหัดชายแดนภาคใต้ เป็นต้น จะช่วยให้ตนเองไว้วางใจ ผ่อนคลาย และสามารถนำประสบการณ์ไปแลกเปลี่ยนแนะนำบุคคลรอบข้างได้ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า “เวลาที่ได้พูดคุยกับสตรีหม้ายที่เป็นสตรีจิตอาสาแล้ว รู้สึกดีขึ้นมามากเลยเขาจะเข้าใจเรามาก เพราะเข้าก็เป็นคนที่ได้รับผลกระทบเหมือนกับเรา” (P2)[16]

2. ระยะหวนรำลึกความหลัง เป็นกระบวนการให้สมาชิกได้หวนรำลึกความหลัง ดังนี้

1) วันวานแห่งความสุข โดยการร่วมชื่นชมแบ่งปันเรื่องราวความประทับใจจากการฟังร่วมกัน ซึ่งจากการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม พบว่า สมาชิกรู้จักกันมากขึ้น ทักทายหยอกล้อกันมากขึ้นและมีความรู้สึกผ่อนคลายจากครั้งที่ผ่านมา ทบทวนกิจกรรมในครั้งที่ผ่านมา ทบทวนกติกากลุ่ม ให้เล่าแลกเปลี่ยนประสบการณ์วันวานแห่งความสุข ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า “การได้ช่วยเหลือผู้อื่นทุกครั้ง โดยเฉพาะดูแลพวกเรากันเอง ที่เป็นหัวอกเดียวกัน จะทำให้ตัวเองมีความสุขทุกครั้ง” (G1) ซึ่งความสุขเป็นอารมณ์ความรู้สึก สบายกาย สบายใจหรือเป็นอารมณ์ที่พบกับความสมหวัง โดยความสุขเป็นพื้นฐานของมนุษย์ทุกเพศทุกวัย ความสุขทำให้มีพลัง มีความคิดสร้างสรรค์ ทำให้มองโลกในแง่ดี สร้างและรักษาสัมพันธภาพที่ดีกับคนอื่น ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถและมีความเข้มแข็งทางจิตใจ อยู่ร่วมกับคนอื่นได้อย่างมีความสุข ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า “การได้รวมกลุ่มพูดคุย ทำให้เราเข้มแข็งขึ้น ได้ระบายความรู้สึกที่อึดอัดไม่สบายใจ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว อยู่ร่วมกันกับคนในสังคมได้อย่างมีความสุข” (G9) ขณะเดียวกันความสุขเป็นแรงผลักดัน มองเป้าหมายชีวิตเป็นเรื่องท้าทาย เพื่อให้มีชีวิตที่สมหวังมากขึ้น[17]

ซึ่งการทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสุขในการเลี้ยงดูบุตรหลังสูญเสียสามีจากสถานการณ์ใด้ ส่งผลให้สามารถที่จะปรับตัวรับกับภาวะวิกฤตได้เป็นอย่างมาก[18]

2) วันวานแห่งความรัก จากการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม พบว่า สมาชิกรู้จักกันมากขึ้น มีความรู้สึกผ่อนคลาย ให้ความสนใจกล้าแสดงความคิดเห็นได้ดี สมาชิกทุกคนได้พูด มีการตอบสนองโดยการมองตา พยักหน้า มีการพูดชื่นชมและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน พร้อมได้เล่าประสบการณ์แห่งความรัก ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า “ลูกที่พี่รักมาก ได้ซื้อพวงมาลัยใส่กระเป๋ากางเกงเพื่อจะเซอร์ไพร์สแม่ พอตอนเย็นลูกหยิบพวงมาลัยออกมาจากกระเป๋ากางเกง พวงมาลัยเหี่ยวแห้ง ถึงพวงมาลัยจะเหี่ยวจะแห้งแค่ไหน พี่ก็รู้สึกดี ตื้นตันใจมาก รู้สึกหัวใจพองโต เพราะลูกที่พี่รักให้มา” (G10) ซึ่งความรักนั้นเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานทั้งเด็กและผู้ใหญ่ เป็นความรู้สึกต้องการใครสักคนมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เหมือนกันมาดูแล มอบความรักให้แก่กัน เป็นกิจกรรมหวนรำลึกความหลังที่เกิดจากความรัก เกิดความผูกพัน เข้าใจในอดีตที่ผ่านมาเป็นการสร้างและมอบสิ่งดี ๆ ให้กับตนเองและผู้อื่น เพื่อแสดงออกมาว่ามีคนเข้าใจ สร้างความเข้มแข็งในจิตใจ สู้เพื่อคนที่เรารัก และพร้อมเป็นเสาหลักให้ครอบครัวมีชีวิตที่อยู่ได้ การมีความรักต่อลูก นำมาซึ่งการมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจทำให้บุคคลรับรู้ถึงความหมายของการชีวิต[19] เกิดความสุข มีกำลังใจ เกิดคุณค่าในการดำเนินชีวิตที่ต้องเผชิญกับการสูญเสียที่เกิดขึ้นในชีวิต[20] ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า “ชีวิตยังอยู่ได้อีกนาน เพราะเรามีเพื่อน มีคนที่เรารักและรักเรา ทำให้สุขมีคุณค่าในการดำเนินชีวิตช่วยเหลือคนอื่นต่อไป) (G1)

3) วันวานแห่งความภาคภูมิใจ จากการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม พบว่า สมาชิกสนิทสนม ผ่อนคลาย สนใจ กล้าแสดงความคิดเห็น สมาชิกทุกคนได้พูด มองตา พยักหน้า มีการพูดชื่นชมและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เริ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์วันวานแห่งความภาคภูมิใจ ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า “สามีเสียชีวิตจากสถานการณ์ใต้ ทำให้ก๊ะ(พี่)กลายเป็นคุณแม่เลี้ยงเดี่ยว ได้ส่งลูกคนโตเรียนจบอนุปริญญา ลูกทุกคนเป็นคนดี ไม่ติดยา ทำให้ก๊ะ(พี่) ดีใจและภูมิใจมาก” (G5) จากกิจกรรมกลุ่มวันวานแห่งความภาคภูมิใจ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความภาคภูมิใจ ซึ่งความภาคภูมิใจมีทั้งการให้และรับจากผู้อื่น และตระหนักถึงความมีคุณค่าในตนเอง สร้างความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่ซึมเศร้า ไม่ท้อแท้ ไม่เครียด ไม่หงุดหงิด เป็นการปรับมุมมองและความรู้สึกในแง่ดีต่อตนเองและต่อผู้อื่น[21] ส่งเสริมการเห็นคุณค่าที่สำคัญของตนเอง มองเห็นทางแก้ปัญหาและรู้สึกปลอดภัย โดยการรวบรวมประสบการณ์ชีวิตที่มีความหมาย มีคุณค่า สามารถแก้ปัญหาได้ ทำให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์ในอดีตที่แก้ปัญหาได้ เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเองที่แก้ปัญหาได้สำเร็จ ปรับตัวได้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน[11] ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า “พี่ดีใจน่ะที่ได้มาคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับคนที่มีหัวอกเดียวกัน ได้แก้ปัญหา ยอมรับเหตุการณ์ในอดีต จนสามารถส่งลูกจบ 1 คน ด้วยสองมือนี้ และภูมิใจที่ตอนนี้มีร้านเป็นของตัวเอง” (G7)

3. ระยะสรุปบทเรียนของการรำลึกความหลังสู่ความสุขที่มีคุณค่าในการดำเนินชีวิต เป็นกิจกรรมสรุปการหวนรำลึกบทเรียนที่มีคุณค่าในการดำเนินชีวิตที่ผ่านมา ตระหนักถึงความมีคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกทางบวกและการทำกิจกรรมเชิงบวกที่นำไปสู่การให้คุณค่าต่อการมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมายต่อตนเองและต่อผู้อื่น[21] เข้าใจธรรมชาติของชีวิตบทเรียนที่มีคุณค่าที่ผ่านมา ที่ต้องมีทั้งความสุขและความทุกข์ ชีวิตจึงต้องอยู่ได้ด้วยพลังของศรัทธาและความหวัง เปรียบเสมือนอำนาจที่ให้มีกำลังใจและมีความเข้มแข็งพอที่จะเผชิญกับความทุกข์ ซึ่งความศรัทธาและความหวังในชีวิตที่ผ่านมา จะช่วยสร้างกำลังใจในการดำรงชีวิตตามสภาพที่เป็นจริงของตน[16] ทำให้เกิดความสงบสุข[21] ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า “ตัวพี่เองเวลาทุกข์ไม่สบายใจ จะใช้ศาสนามาดูแลตัวเอง ดูแลลูก เราจะเข้าวัดทุกวัน ทำให้ตัวเองเกิดความสงบ สบายใจ ลูก ๆพี่จะเก็บดอกมะลิมากราบในวันแม่ทุกปี/ลูกบวชเณรเพื่อทดแทนคุณพ่อแม่ แค่นี้ก็ทำให้พี่มีแรง เกิดความหวังที่จะอยู่ต่อไป” (P11) ซึ่งบทเรียนของการรำลึกความหลังสู่ความสุขที่มีคุณค่าในการดำเนินชีวิตจะเป็นการพัฒนาบุคคลให้มีความสุข ความรัก ความหวังด้วยการเจริญสติและสมาธิ ให้เกิดการตระหนักรู้ตนเองและปล่อยวาง มองโลกในแง่ดีอย่างมีเหตุผลอย่างที่เป็นจริง รู้จักจัดการความทุกข์ที่เกิดขึ้น การจัดการอารมณ์ลบที่เกิดขึ้น การจัดการกับความคิด การเรียนรู้ที่มองโลกในแง่บวก และการเรียนรู้ในการแก้สาเหตุที่ทำให้เกิดความทุกข์นั้น ๆ[21] ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า “มีการแลกเปลี่ยนความรู้สึกระหว่างเพื่อนที่มาร่วมกิจกรรม

ได้รับความช่วยเหลือ ได้กำลังใจจากคนรอบข้าง ที่มีความรู้สึกเดียวกัน ทำให้เราลุกขึ้นยืนได้ วันหน้าเจอกันแล้ว สามารถสร้างรอยยิ้ม เสียงหัวเราะแห่งความสุข" (G14) ดังคำพูด "การได้แลกเปลี่ยนพูดคุยความคิดเห็นกับเพื่อนที่ต่างวัย ต่างอายุ ต่างคน ต่างที่ ได้มาเจอกัน ทำให้มีความสุขเกิดขึ้น ได้นึกถึงความสำเร็จของลูกหรือของเราทำให้มีความสุข" (G15)

กล่าวได้ว่า สตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ใต้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข ซึ่งเป็นกระบวนการกลุ่มที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันจะขาดอย่างใดอย่างหนึ่งไม่ได้ สร้างความรู้สึกถึงการมีส่วนร่วม ลดการแยกตัว และเพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนในกลุ่ม ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ที่มีคุณค่า ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจ ไม่ท้อถอยสามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง ภาคภูมิใจในการดูแลตนเองและครอบครัว โดยมีการพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด ภายใต้บทเรียนที่มีคุณค่าในการดำเนินชีวิตด้วยความรัก ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับภาวะซึมเศร้าที่ลดลง สามารถยอมรับปรับตัวอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาผลการบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่อการลดภาวะซึมเศร้าในสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ใต้พื้นที่อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรขยายผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่อการลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเป้าหมายอื่น เช่น ผู้สูงอายุ วัยรุ่น วัยทำงาน เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุขต่อการลดภาวะซึมเศร้าในแต่ละรูปแบบ ได้แก่ การบำบัดรายบุคคล รายกลุ่มและรายครอบครัว

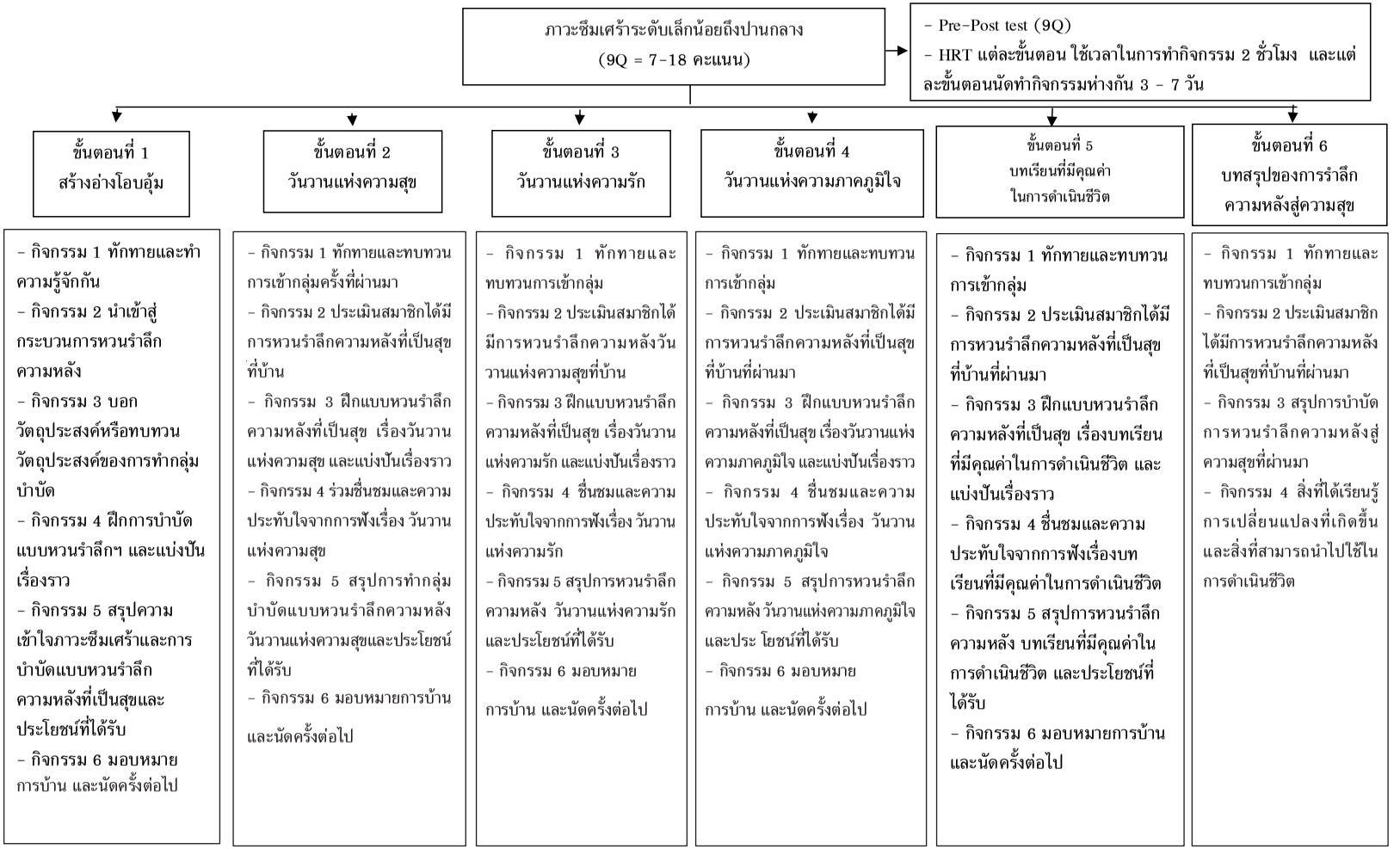
3. หลังจากทำการบำบัดแบบหวนความหลังที่เป็นสุข ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในประเด็นคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง

References

1. Psychiatric and Mental Health Nong Chik Hospital. Database of people affected by the southern situation in Nong Chik District, Pattani Province.(2017).(in Thai).
2. Karaketsorn D, Kongsuwan V. Development of crisis recovery models for women widow who face stress after the shock of the southern border violence situation in Thailand. Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2015;29(1):14-26.(in Thai).
3. Rungrueangkalakit S, Suprasong S, Leejongpermpoon J, Pimsen S, Khammeesenon P, Paorohit S.Clinical practices for social psychological treatment of patients with depression for psychiatric nurses in tertiary care facilities. Nonthaburi: Department of Mental Health 2011.(in Thai).
4. Itthasakun P. Abnormal emotional disorder in M Loetrakun, P Sukanich (editor), Ramathibodi Psychiatry (New remix No. 3, page 149-173). Bangkok: Department of Mental Medicine, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital Mahidol University 2012.
5. Bauer M, Bschor T, Pfernnig A, Whybrow P, Angst J, Versani M, et al. World federation of societies of biological psychiatry guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders in primary care. The World Journal of Biological Psychiatry 2007;8(2):67-104.
6. Tabinta D. Depression: Therapy and counseling by adjusting thoughts and behavior. Chiang Mai: Wanida Printing; 2012.

7. Waiwattana V. Relationship between personal and family characteristics and quality of life elderly, SuratThani Province, Bangkok: SukhothaiThammathirat Open University; 2007.
8. Palasak T, Soonthornchaiya R, Uppsane R. The effect of therapy program by solving problems in depression in patients with major depressive disorder. Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2017;31(1):60-74. (in Thai)
9. Kongsuk T, Arunpongpaisal S, Janthong S, Prukkanone B, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Reliability and accuracy of the depression scale with 9 questions compared to the Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17). J Psychiatr Assoc. Thailand 2018;63(4):321-34. (in Thai)
10. Prohmpetc W, Songwathana P. Research synthesis of mental remedy for people affected by the civil unrest in the Southernmost provinces. Journal of Liberal Art 2018;10(1). (In Thai)
11. Soonthomchaiya R. Recollection therapy: Psychosocial therapy in elderly depression patients. Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2011;25(2):1-11. (in Thai)
12. Laikongtham W, Pimtra S, Kongsuk T, Rungruangkolkit S. The results of a happy backache treatment group on depression in Thai elderly with depression. Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2015;29(2):12-27. (in Thai)
13. Boyd MA. Psychiatric nursing: Cotemporary practice. (5th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer 2015.
14. Phuphet K, Nukaew O, Vanaleesin S. The Effects of Reminiscence Program on Hope among Older Adults with Major Depressive Disorder: A Preliminary Study. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2017;4(2):1-14. (in Thai)
15. Wangthong ANG, Suttharangsee W, Wangthong ANU, Watsen T. Perspective of service recipients towards nursing with human heart in different cultures Nongchik District; Pattani Province. Journal of the Nursing Alumni Association, Ministry of Public Health 2013;23(3):35-44. (in Thai)
16. Buatchum K, Kongsuwan V, Suttharangsee W. Psychological self-care of widows from the unrest situation in Southern Thailand: a preliminary study. Songklanagarind Journal of Nursing 2017; 37(1):97-104. (in Thai)
17. Phalitnonkiat Prasarnthong N. Happiness created at any age. Bangkok: The Agricultural Cooperative Assembly of Thailand, 2013.
18. Ananpatiwet S. The effectiveness of the application under the concept of positive psychology for the happiness and negative emotions of parents of patients with autism. Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2017;31(3):30-44. (in Thai)
19. Tomena P. Mental healing in people affected by the civil unrest in the Southernmost provinces. Thai Journal of Mental Health 2013;21(3):171-84. (in Thai)
20. Songwathana P, Baltip K, Prompet W, Wichaidit S. Remedy Experience of Women Having Lost Their Family Members through Violence in Thailand's Three Southernmost Provinces. Thai Journal of Nursing Council 2017; 32(4):39-54. (in Thai)
21. Mental Health Promotion and Development Department of Mental Health. 5- dimensional happiness guide for seniors (Revised edition) 2013. Bangkok: Thailand Agricultural Cooperative Assembly Printing Company.

แผนภูมิ 1 โปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบหวนรำลึกความหลังที่เป็นสุข (Happy Reminiscence Therapy: HRT) สำหรับลดภาวะซึมเศร้าในสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ใต้ อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี



พฤติกรรมและผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟน ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดนนทบุรี

Behaviors and Effects of Smartphone Usage among High School Students, Nonthaburi Province

ศักดิกร สุวรรณเจริญ[1*] สุพัตรา ธรรมาอินทร์[2] สุวัฒนา เกิดม่วง[1] อังศ์ริสา พินิจจันทร์[3] พรเลิศ ชุมชัย[4]

Sakdikorn Suwancharoen[1*] Supattra Thamma-in[2] Suwattana Kerdmuang[1] Oangrisa Pinitchan[3] Pornlert Chumchai[4]

[1]วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี [2]โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหมู่ 11 บางรักใหญ่

[3]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท [4]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท

[1]Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi, [2]Moo. 11 Bang Rak Yai Health Promoting Hospital

[3]Boromrajonani College of Nursing, Chainat, [4]Boromrajonani College of Nursing, Praputhabat

Corresponding author: Sakdikorn Suwancharoen; Email: sakdikorn@phcsuphan.ac.th

Received: 31 May 2019 **Revised:** 10 September 2019 **Accepted:** 26 August 2019

บทคัดย่อ

พฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนของวัยรุ่นส่งผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบต่อตัววัยรุ่น ครอบครัว และสังคม การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟน ผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนกับผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในโรงเรียนคัดสรร จังหวัดนนทบุรี จำนวน 291 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟน และผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 79.70 อายุเฉลี่ย 16.80 ปี (SD = .97) มีค่าบริการสมาร์ทโฟนเฉลี่ยต่อเดือน 394.60 บาท (SD = 243.32) ช่วงเวลาที่ชอบเล่น คือ หลังเลิกเรียน ร้อยละ 81.80 โดยเล่นที่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 97.30 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ร้อยละ 98.60 ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้สมาร์ทโฟนอยู่ในระดับน้อยถึงระดับปานกลาง จำนวน 268 คน ร้อยละ 92.10 เมื่อจำแนกผลกระทบตามรายด้าน พบว่า มีผลกระทบด้านสุขภาพและด้านจิตใจในระดับปานกลาง และพบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนกับผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ผลการศึกษาสามารถเป็นแนวทางสำหรับผู้เกี่ยวข้องกำหนดนโยบายหรือวิธีการแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในการใช้สมาร์ทโฟนอย่างถูกต้องและป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาในระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรม; ผลกระทบ; นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย; สมาร์ทโฟน

Behaviors and Effects of Smartphone Usage among High School Students, Nonthaburi Province

Sakdikorn Suwancharoen[1*] Supattra Thamma-in[2] Suwattana Kerdmuang[1] Oangrisa Pinitchan[3] Pornlert Chumchai[4]

[1]Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi, [2]Moo. 11 Bang Rak Yai Health Promoting Hospital

[3]Boromrajonani College of Nursing, Chainat, [4]Boromrajonani College of Nursing, Praputhabat

Corresponding author: Sakdikorn Suwancharoen; Email: sakdikorn@phcsuphan.ac.th

Received: 31 May 2019 **Revised:** 10 September 2019 **Accepted:** 26 August 2019

Abstract

Smartphone usage behavior of teenagers has both positive and negative effects on them, their families and society. The objectives this descriptive correlational research study aimed to study the behaviors and effects of smartphone usage and examine the relationship between smartphone usage behaviors and the impact of using the smartphone among high school students, Nonthaburi province. A total of 291 high school students in the selected school, Nonthaburi province, were selected by simple random sampling. The data was collected using self-administrated questionnaires. The data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's Correlation Coefficient.

The results showed that the sample was female (79.70%). The average age was 16.80 years (SD=.97). The average smartphone service charge per month was 394.60 baht (SD=243.32). The time of playing smart phone was after school (81.80%), and most of them played at home, 97.30%. The sample had a behavior of using smart phones at a medium to high level of 98.60 percent. The impact of the use of smart phones was at low to moderate level among 268 students (92.10%). Classification of impacts on each aspect showed moderate level on health and psychological impacts. The relationship between smartphone usage behaviors and the effects of using the smartphone among high school students was statistically significant ($p<.01$). The results of the study can be used as a guideline for related parties to formulate policies or methods to adjust behaviors that are problematic in the use of smartphones and to prevent further long-term problems.

Keywords: behavior; effects; high school student; smartphone usage

ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ใช้งานโซเชียลมีเดียเป็นประจำมากถึง 3.19 พันล้านคน โดย 3 อันดับภูมิภาคที่มีการใช้งานอินเทอร์เน็ตผ่านสมาร์ทโฟนมากสุด คือ ยุโรปตะวันออก แอฟริกาใต้ และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้[1] จากการสำรวจภาพรวมการใช้อินเตอร์เน็ตของประชากรในทวีปเอเชียแปซิฟิก จำนวน 4,026 ล้านคน มีผู้ใช้งานสมาร์ทโฟนเพื่อสื่อสาร จำนวน 3,722 ล้านคน และเพื่อเข้าถึงโซเชียลเน็ตเวิร์ค จำนวน 906 ล้านคน ซึ่งผู้ใช้สมาร์ทโฟนส่วนใหญ่คือเด็กและเยาวชน[1-2] จากผลการสำรวจพฤติกรรมของเด็กและเยาวชนไทย อายุ 8-12 ปี จำนวน 1,300 คนทั่วประเทศ มีจำนวนผู้ใช้อินเทอร์เน็ตสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 31 มีพฤติกรรมใช้เวลากับหน้าจอท่องอินเทอร์เน็ต 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยโลกถึง 3 ชั่วโมง โดยเข้าอินเทอร์เน็ตผ่านสมาร์ทโฟนสูงสุด ร้อยละ 73 และรองลงมาคือคอมพิวเตอร์ที่โรงเรียน ร้อยละ 48 เพื่อใช้เล่นโซเชียลมีเดีย ร้อยละ 98 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลกถึงร้อยละ 12 และในจำนวนนี้มีผู้ใช้งานอย่างสม่ำเสมอ (highly active user) มากถึงร้อยละ 50[3] สะท้อนให้เห็นว่าเด็กและเยาวชนไทยใช้เวลาของตนเองเข้าไปในโลกอินเทอร์เน็ตเป็นจำนวนมาก ย่อมเกิดผลกระทบในด้านต่าง ๆ ตามมา[4]

ประเทศไทยมีการศึกษาพฤติกรรมและผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบจากการใช้ สมาร์ทโฟนของเด็กและเยาวชน หากเยาวชนมีพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนที่เหมาะสมจะช่วยเป็นสื่อทางการศึกษาเพิ่มมากขึ้น เกิดการเรียนรู้เทคโนโลยีสมัยใหม่ เปิดโลกทัศน์ให้กว้างขึ้น ช่วยสร้างความเพลิดเพลิน และผ่อนคลายจิตใจได้ นอกจากนั้นสามารถใช้ประโยชน์ในการค้นหาข้อมูลต่าง ๆ เพื่อการตัดสินใจทางธุรกิจ สั่งซื้อสินค้าออนไลน์ จองตั๋วเครื่องบิน และการชำระค่าสินค้าต่าง ๆ[4] แต่หากมีพฤติกรรมการใช้มากเกินไปอาจส่งผลกระทบในเชิงลบมากขึ้น ได้แก่ ผลกระทบต่อสุขภาพ คือ ปวดศีรษะ อาการปวดมือ/นิ้วล็อคเนื่องจากกดสมาร์ทโฟนนาน ด้านจิตใจ คือ หงุดหงิดและกังวลเมื่อติดต่อสื่อสารกับใครไม่ได้ มีปัญหาด้านการคิด มีอาการซึมเศร้า สมาธิสั้นและอารมณ์ฉุนเฉียว[4] ด้านสังคม คือ ใช้สั่งซื้อสินค้าผ่านทางอินเตอร์เน็ตมากเกินความจำเป็น มีการแชร์ผ่านแอพลิเคชั่นต่าง ๆ แสดงความรู้สึกนึกคิดของตนเองพาดพิงถึงบุคคลอื่น[5-6] ด้านการเรียน คือ ไม่มีสมาธิในการเรียนและเวลาอ่านหนังสือน้อยลง ด้านอุบัติเหตุ พบว่า เกิดอุบัติเหตุจากการใช้สมาร์ทโฟนขณะขับรถ ร้อยละ 34 เดินหกล้ม สะดุดจากการใช้สมาร์ทโฟน ร้อยละ 28.40 และด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว พบว่าการติดสมาร์ทโฟนทำให้ระดับความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวเริ่มลดลง[2] นอกจากนี้พฤติกรรมการใช้อินเตอร์เน็ตผ่านสมาร์ทโฟน ส่งผลต่อคุณภาพการนอนที่ไม่ดีและยิ่งใช้มากขึ้นอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อตัววัยรุ่นมากยิ่งขึ้น[7-8] ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบในเชิงลบจากการใช้สมาร์ทโฟนของเด็กและเยาวชนที่น่าเป็นห่วง

กรุงเทพมหานครและจังหวัดในเขตปริมณฑล มีจำนวนเด็กและเยาวชนที่มีพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟน ร้อยละ 85[9] กลุ่มอายุที่ใช้มากที่สุด คือ วัยรุ่นอายุระหว่าง 12-17 ปี จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า มีการศึกษาพฤติกรรมการใช้อินเตอร์เน็ต การติดเกมของนักเรียน และเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้อินเตอร์เน็ตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในแต่ละชั้นปี[1,3,4,9] แต่ยังไม่พบการศึกษาพฤติกรรมและผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดนนทบุรี ซึ่งอยู่ในเขตที่มีผู้ใช้สมาร์ทโฟน มากที่สุดของประเทศ จากพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนของวัยรุ่นที่มากเกินความจำเป็นและใช้สมาร์ทโฟนหรือแท็บเล็ตเป็นประจำ การกระทำเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ผลการเรียนหรือผลกระทบด้านอื่น ๆ ได้ ดังนั้นผู้วิจัยเห็นความสำคัญที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนกับผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดนนทบุรี เพื่อเป็นข้อมูลให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนของวัยรุ่น ได้ตระหนักถึงความสำคัญด้านรูปแบบการใช้สมาร์ทโฟน รวมถึงผลกระทบด้านต่าง ๆ ที่เกิดกับตัววัยรุ่น รวมถึงครอบครัวและชุมชน อีกทั้งเป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบายหรือวิธีการแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในการใช้สมาร์ทโฟนอย่างถูกต้องและสร้างสรรค์เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาด้านพฤติกรรมในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

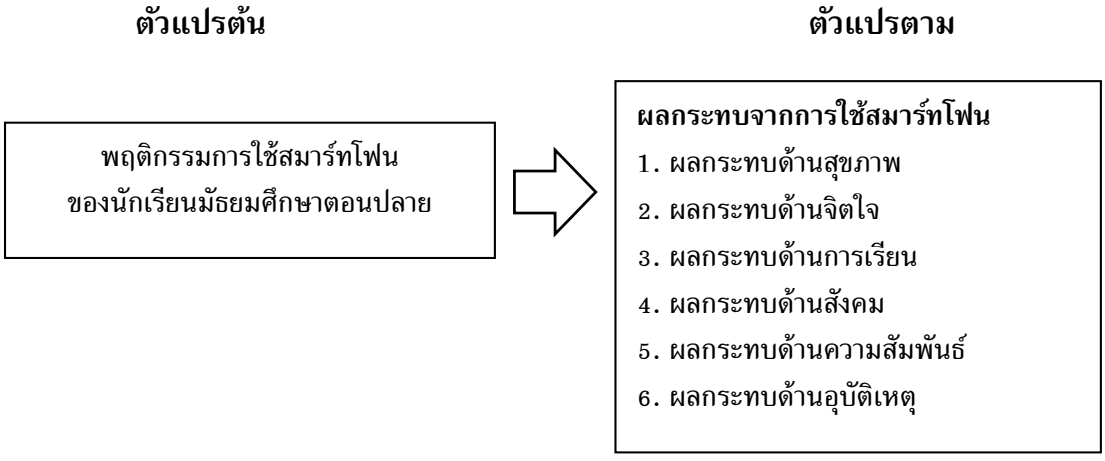
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟน ผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟน ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดนนทบุรี

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนกับผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟน ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดนนทบุรี

สมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนมีความสัมพันธ์กับผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟน ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดนนทบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในโรงเรียนคัดสรร จังหวัดนนทบุรี จำนวน 1 แห่ง โดยแบ่งเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 8 ห้อง จำนวน 262 คน ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 8 ห้อง จำนวน 246 คน และชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 8 ห้อง จำนวน 269 คน ที่กำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2561 รวมทั้งหมดจำนวน 777 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในโรงเรียนคัดสรร จังหวัดนนทบุรี คำนวณขนาดตัวอย่างโดยเปิดตาราง Krejcle & Morgan[10] ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 263 คน และป้องกันข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10[11] ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 291 คน และเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างกระจายในแต่ละระดับชั้นใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยจึงกำหนดสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง (นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายชั้นปีที่ 4 : นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายชั้นปีที่ 5 : นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายชั้นปีที่ 6 เป็น 34 : 31 : 35) และใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ตามสัดส่วนของนักเรียนแต่ละชั้นปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง (self-administrated questionnaires) ซึ่งมีผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่มีความคาดเคลื่อนน้อยที่สุด ผู้วิจัยทำการชี้แจงรายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ช่วยวิจัย ความเข้าใจเครื่องมือและวิธีการเก็บข้อมูล ตลอดจนการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลจากนั้นผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงเรียนและฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องของโรงเรียนคัดสรร จังหวัดนนทบุรี เพื่อหาแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยอาจารย์ประจำชั้นแต่ละชั้นจะนัดหมายนักเรียนที่ถูกสุ่มจากการจับฉลากรายชื่อมาตอบแบบสอบถามในช่วงพักกลางวัน ตั้งแต่เวลา 12.40-13.00 น. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้อธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามและดำเนินการเก็บข้อมูลกับนักเรียนแต่ละชั้นตามที่ได้รับมอบหมาย โดยใช้ระยะเวลาเก็บข้อมูลชั้นละ 1 วัน กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการทำแบบสอบถามด้วยตนเอง ประมาณคนละ 15-20 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา แผนการเรียน รายได้ที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือน ผู้ดูแลค่าใช้จ่าย และข้อมูลการใช้สมาร์ทโฟน โดยข้อคำถามเป็นลักษณะเลือกตอบและแบบเติมข้อความ

2) แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟน เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเกือบบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติน้อยครั้ง ทั้งหมดจำนวน 22 ข้อ การแบ่งเกณฑ์คะแนนใช้ตามเกณฑ์ของ Best[12] แปลความหมายคะแนนเป็น 3 ช่วงระดับ คือ 1) พฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนอยู่ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.68-5.00 คะแนน) 2) พฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.67 คะแนน) และ 3) พฤติกรรมใช้สมาร์ทโฟนอยู่ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.33 คะแนน)

3) แบบสอบถามผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟน เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ รวมทั้งหมด 22 ข้อ ประกอบด้วยผลกระทบ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ 2) ด้านจิตใจ จำนวน 4 ข้อ 3) ด้านการเรียน จำนวน 4 ข้อ 4) ด้านสังคม จำนวน 2 ข้อ 5) ด้านอุบัติเหตุ จำนวน 4 ข้อ และ 6) ด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว จำนวน 4 ข้อ ซึ่งเป็นผลกระทบด้านลบทั้งหมด การแบ่งเกณฑ์คะแนนใช้ตามเกณฑ์ของ Best[12] แปลความหมายคะแนนเป็น 3 ช่วงระดับ คือ 1) ผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟนอยู่ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.68-5.00 คะแนน) 2) ผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟนอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.67 คะแนน) และ 3) ผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟนอยู่ในระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 2.33 คะแนน)

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ ด้านการศึกษาและการวัดประเมินผล และด้านการพยาบาลสาธารณสุข ตรวจสอบความครอบคลุมในเนื้อหา ตลอดจนความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ พบว่า ค่า CVI ของแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟน และผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟน มีค่าระหว่าง .92-.95 และผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนและผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟน ได้ผลเท่ากับ .84 และ .87 ตามลำดับ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .86

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่องนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี เอกสารรับรองเลขที่ PHCSP-นศ.114 สำหรับการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่เกิดขึ้น วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น สิทธิในการถอนตัวออกจากโครงการวิจัย และวิธีการป้องกันความเสี่ยงจากการเข้าร่วมวิจัยกับผู้ยินยอมตน จากนั้นผู้วิจัยได้ฝากเอกสารชี้แจงดังกล่าวถึงผู้ปกครองของผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้ผู้ปกครองและผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอม (consent and assent form) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุไม่ถึง 18 ปี[13] ซึ่งผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเฉพาะรายที่กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองได้ลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมให้ทำการวิจัยเท่านั้น สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอเฉพาะภาพรวม ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างและโรงเรียน

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 79.70 มีอายุเฉลี่ย 16.76 ปี (SD=.97) ศึกษาแผนการเรียนศิลป์-ภาษา ร้อยละ 38.90 วิทย์-คณิต ร้อยละ 34.00 และศิลป์-คณิต ร้อยละ 27.10 กลุ่มตัวอย่างได้รับรายได้เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเดือนละ 3,233.10 บาท (SD=1,394.05) มีสมาร์ทโฟนเป็นของตนเองถึงร้อยละ 99.70 มีค่าบริการสมาร์ทโฟนเฉลี่ยเดือนละ 394.64 บาท (SD=243.32) ช่วงเวลาที่ชอบเล่น คือ หลังเลิกเรียน ร้อยละ 81.80 โดยเล่นที่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 97.30 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการใช้สมาร์ทโฟน

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 291)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	59	20.30
หญิง	232	79.70
อายุ (ปี) $\bar{X}$=16.76, SD=.97, Max=18.00, Min=15.00		
15-16	109	37.50
17-18	182	62.50
แผนการเรียนที่กำลังศึกษา		
ศิลป์-ภาษา	113	38.90
วิทย์-คณิต	99	34.00
ศิลป์-คณิต	79	27.10
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท) $\bar{X}$=3,233.10, SD=1,394.05, Max=12,000.00, Min=1,000.00		
น้อยกว่าเท่ากับ 2000	77	26.50
2001-4000	161	55.30
มากกว่า 4000	53	18.20

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 291)	ร้อยละ
สมาร์ทโฟนเป็นของตนเอง		
มีสมาร์ทโฟนเป็นของตนเอง	290	99.70
ไม่มีสมาร์ทโฟนเป็นของตนเอง	1	0.30
ค่าบริการสมาร์ทโฟนต่อเดือน (บาท) $\bar{X}$ = 394.64, SD=243.32, Max=1,500.00, Min = 90.00		
น้อยกว่าเท่ากับ 300	151	51.90
มากกว่า 300–600	139	48.10
ช่วงเวลาที่ชอบใช้*		
หลังตื่นนอน	169	58.10
เวลาเรียน	110	37.80
พักกลางวัน	222	76.30
หลังเลิกเรียน	238	81.80
ก่อนนอน	232	79.70
อื่น ๆ (เข้าห้องน้ำ)	40	13.70
สถานที่ที่ชอบใช้*		
บ้าน	283	97.30
โรงเรียน	252	86.60
ห้างสรรพสินค้า	198	68.00
สถานที่ท่องเที่ยว	217	74.60

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

พฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนของกลุ่มตัวอย่างภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.75 คะแนน (SD=.65) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนในระดับมาก ร้อยละ 56.90 ระดับปานกลาง ร้อยละ 42.10 และระดับน้อย ร้อยละ 1.00 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟน (n=290)

ระดับพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมใช้สมาร์ทโฟนอยู่ในระดับมาก	165	56.90
พฤติกรรมใช้สมาร์ทโฟนอยู่ในระดับปานกลาง	122	42.10
พฤติกรรมใช้สมาร์ทโฟนอยู่ในระดับน้อย	3	1.00
รวม $\bar{X}$ = 3.75 , SD=.65	**290**	**100.00**

ผลกระทบจากการเล่นสมาร์ทโฟนของกลุ่มตัวอย่างภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$ =2.10, SD=.83) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่ 1 ผลกระทบด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.50, SD=1.02) ด้านที่ 2 ผลกระทบด้านจิตใจ กลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.50, SD=1.01) ด้านที่ 3 ผลกระทบด้านการเรียน กลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบในระดับน้อย ($\bar{X}$ = 2.30, SD=.97) ด้านที่ 4 ผลกระทบด้านสังคม กลุ่มตัวอย่าง

ได้รับผลกระทบในระดับน้อย ($\overline{X}$ =1.90, SD=1.02) ด้านที่ 5 ผลกระทบด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบในระดับน้อย ($\overline{X}$ =1.80, SD=.99) และด้านที่ 6 ผลกระทบด้านอุบัติเหตุ/การบาดเจ็บ กลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบในระดับน้อย ($\overline{X}$ =1.70, SD=.91) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟนของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายด้าน (n=290)

ผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟน	ระดับผลกระทบ					$\overline{X}$	SD	แปลผล
	เป็นประจำ (5)	บ่อยครั้ง (4)	เกือบบ่อยครั้ง (3)	เป็นบางครั้ง (2)	น้อยครั้ง (1)			
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ			
1. ด้านสุขภาพ	6.20	18.30	22.40	27.20	25.90	2.50	1.02	ปานกลาง
2. ด้านจิตใจ	16.40	19.50	20.70	20.20	23.20	2.50	1.01	ปานกลาง
3. ด้านการเรียน	4.40	7.90	16.00	23.90	47.80	2.20	.97	น้อย
4. ด้านสังคม	3.40	10.20	13.10	22.40	50.90	1.90	1.02	น้อย
5. ด้านความสัมพันธ์	3.80	6.80	14.70	15.60	59.10	1.80	.99	น้อย
6. ด้านอุบัติเหตุ	2.50	6.20	9.60	15.10	66.60	1.70	.91	น้อย
		รวม				**2.10**	**.83**	**น้อย**

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนกับผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟน

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนกับผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในโรงเรียนคัดสรร จังหวัดนนทบุรี แบ่งระดับคะแนนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ตามเกณฑ์ของ Cohen[14] คือ 1) ระดับความสัมพันธ์สูง (r=.71–1.00) 2) ระดับความสัมพันธ์ปานกลาง (r=.31–.70) และ 3) ระดับความสัมพันธ์ต่ำ (r=.10–.30) ผลจากการศึกษา พบว่ามีสัมพันธ์กันในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r =.459, p<.01) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้าน พบว่า พฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนมีความสัมพันธ์กับผลกระทบด้านจิตใจมากที่สุด โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง (r=.525) รองลงมา คือ ผลกระทบด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง (r=.405) ผลกระทบด้านการเรียนมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง (r=.336) ผลกระทบด้านอุบัติเหตุ/การบาดเจ็บมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง (r=.329) ผลกระทบด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง (r=.317) และผลกระทบด้านสังคมมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ (r=.261) ตามลำดับ

อภิปราย

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 56.90 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 16.76 ปี (SD=.97) มีสมาร์ทโฟเป็นของตนเองถึงร้อยละ 99.70 และมีค่าใช้จ่ายเพื่อเป็นค่าบริการสมาร์ทโฟนเฉลี่ยเดือนละ 394.64 บาท (SD= 243.32) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนเพื่อฟังเพลง ใช้พูดคุยกับเพื่อน แฟน ฯ ใช้ในการเล่นโซเชียลเน็ตเวิร์ก แอพลิเคชั่นต่างๆ และใช้ดูภาพยนตร์ ซีรี่ย์ และละครออนไลน์ สอดคล้องกับการศึกษาของพิพัฒน์พงศ์ เข็มปัญญา[15] ที่พบว่านักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตเทศบาลเองนครพนมมีพฤติกรรมการใช้อินเตอร์เน็ตและสมาร์ทโฟน ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า นักเรียนมีพฤติกรรมการใช้อินเตอร์เน็ตด้านความบันเทิง และด้านทั่วไปอยู่ในระดับมาก สำหรับด้านการศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง[15]

ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างกำลังอยู่ในช่วงวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่กำลังให้ความสนใจในการใช้อินเตอร์เน็ตและกำลังอยู่ในกระแสความนิยมในปัจจุบัน ซึ่งหากใครไม่มีเครือข่ายสังคมออนไลน์อาจถือได้ว่าไม่ทันสมัย โดยเฉพาะกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย[9] อีกทั้งปัจจุบันสมาร์ทโฟน ถูกพัฒนาให้ง่ายต่อการใช้งาน มีราคาไม่แพง และมีการนำมาใช้งานร่วมกับกิจกรรมอื่น ๆ[15] จึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทุกรายมีสมาร์ทโฟน เป็นของตนเอง

การศึกษาผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟนของกลุ่มตัวอย่างภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 68.30 สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ กิติศรีและคณะ[4] ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมในระดับน้อย แต่เมื่อพิจารณาผลกระทบเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบด้านสุขภาพและด้านจิตใจจากการเล่นสมาร์ทโฟนในระดับปานกลาง จากการตอบแบบสอบถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดศีรษะ ปวดบริเวณคอ ไหล่ ปวดข้อนิ้วหรือข้อมือ นอนไม่หลับและวิตกกังวล ซึ่งสอดคล้องกับ Intolo และคณะ[17] ที่ศึกษาอาการปวดและการทำงานของกล้ามเนื้อคอ ไหล่ แผ่นหลังส่วนบน และแขนส่วนบน ขณะใช้งานสมาร์ทโฟนต่อเนื่องเป็นเวลา 20 นาที ในผู้หญิงอายุ 18–25 ปี พบว่าหลังจากที่ใช้งานสมาร์ทโฟนไปแล้ว 20 นาที จะมีอาการปวดในตำแหน่งดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งสอดคล้องกับสรรพวิทย์ สะอาดศรีและคณะ[7] พบว่า หากมีพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟน มากเกินไปจะส่งผลให้คุณภาพการนอนไม่ดี ทำให้ส่งผลเสียต่อสุขภาพ และวรรณคล เชื้อมงคลและคณะ[16] พบว่านิสิตเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ติดสมาร์ทโฟนและแท็บเล็ตส่วนใหญ่เริ่มมีปัญหาสุขภาพทางกายด้านการใช้ชีวิตประจำวัน และด้านความจำ นอกจากนั้นสอดคล้องกับ Matar boumosleh และคณะ[18] ที่ศึกษาผลของสมาร์ทโฟนต่อภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลในนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง พบว่าการใช้สมาร์ทโฟนมีผลต่อภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนผลกระทบด้านการเรียน ด้านสังคม ด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และด้านอุบัติเหตุ/การบาดเจ็บ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟนในระดับน้อย ซึ่งสอดคล้องกับประวิตร จันอับ[19] ที่พบว่านักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดพิษณุโลกที่มีพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ ก่อให้เกิดผลกระทบด้านอารมณ์ การเรียนและสังคมในระดับต่ำ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของเสาวภาคย์ แหลมเพ็ชร[20] ที่ศึกษาพฤติกรรมและผลกระทบจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดนนทบุรี พบว่า การใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ทำให้นักเรียนได้รับผลกระทบด้านสังคมและการเรียนในระดับต่ำ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า หากกลุ่มวัยรุ่นมีการใช้ในเชิงสร้างสรรค์จะส่งผลดีมากกว่าผลเสีย[4,20] อีกทั้งอาจเป็นเพราะพฤติกรรมการใช้สมาร์ท โฟนของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ชอบใช้หลังเลิกเรียน ร้อยละ 81.80 โดยเล่นที่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 97.30 ส่งผลให้ลดผลกระทบต่อการเรียน สังคม และการเกิดอุบัติเหตุได้

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนกับผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟนของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าในภาพรวมมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.459$, $p<.01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ กิติศรีและคณะ[4] ที่พบว่าพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนและการรับรู้ภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ($r=.364$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้าน พบว่า พฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟน มีความสัมพันธ์กับผลกระทบด้านจิตใจมากที่สุด โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r=.525$) สอดคล้องกับการศึกษาของสรรพวิทย์ สะอาดศรีและคณะ[7] วรรณคล เชื้อมงคลและคณะ[16] และ Matar boumosleh และคณะ[18] ที่ศึกษาผลของสมาร์ทโฟนต่อคุณภาพการนอนหลับ การเกิดภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลในนักศึกษาระดับมหาวิทยาลัย ผลการศึกษาพบว่าการใช้สมาร์ทโฟนมีผลให้นอนไม่หลับ เกิดภาวะซึมเศร้า และมีความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับผลกระทบด้านสุขภาพ ด้านการเรียน ด้านอุบัติเหตุ/การบาดเจ็บ และด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r=.405$, $.336$, $.329$ และ $.317$ ตามลำดับ) ส่วนผลกระทบด้านสังคมมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($r=.261$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณคล เชื้อมงคลและคณะ[16] ที่ศึกษาผลกระทบจากการใช้สมาร์ทโฟนของนักศึกษาระดับมหาวิทยาลัย พบว่า กลุ่มนักศึกษามีปัญหาสุขภาพด้านสายตา ด้านการได้ยิน ด้านความเจ็บป่วย และมีผลต่อสมาธิและความจำซึ่งส่งผลให้การเรียนแย่ลงอย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติ[16,21] และสอดคล้องกับ Intolo และคณะ[17] ที่พบว่าหลังจากใช้งานสมาร์ทโฟนไปแล้ว 20 นาที จะมีอาการปวดศีรษะ ปวดข้อนิ้วหรือข้อมือ และปวดกล้ามเนื้อตามตัวหรือแขนขาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าการใช้สมาร์ทโฟนกลายเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันของวัยรุ่น ทำให้แต่ละคนหมกมุ่นอยู่กับการใช้สมาร์ทโฟน ขาดการสื่อสารพบปะหน้าตากัน กลายเป็นสังคมก้มหน้า จึงส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและครอบครัวได้[1,20] และการใช้สมาร์ทโฟน ขณะขับรถเดิน หรือทำกิจกรรมไปด้วย เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บได้[1]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. นักเรียนมัธยมศึกษาปลายมีพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนภาพรวมอยู่ในระดับมาก และส่วนใหญ่ชอบใช้สมาร์ทโฟนหลังเลิกเรียน ดังนั้นผู้ปกครองและสมาชิกในครอบครัวควรเพิ่มเวลาในการทำกิจกรรมร่วมกัน และพูดคุยเพื่อปรับความเข้าใจในการใช้สมาร์ทโฟนที่ถูกต้อง

2. นักเรียนมัธยมศึกษาปลายมีผลกระทบด้านสุขภาพและจิตใจจากพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนมากที่สุด นักเรียนจึงควรพักสายตาจากการใช้สมาร์ทโฟน ทุก 1-2 ชั่วโมง หรือควรหากิจกรรมอื่นทำ เพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการเสพติดสมาร์ทโฟนและใช้สมาร์ทโฟนให้เหมาะสม

3. สถานศึกษาหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรทำการเฝ้าระวังเป็นระยะ เพื่อป้องกันนักเรียนมีพฤติกรรมการติดสมาร์ทโฟน โดยให้นักเรียนทำแบบประเมินพฤติกรรมและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้สมาร์ทโฟน เช่น แบบประเมินการติดสมาร์ทโฟน (Smartphone Addiction Scale-Short Version: SAS-SV) เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยวิเคราะห์องค์ประกอบปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการใช้สมาร์ทโฟนของนักเรียน เช่น ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม หรือปัจจัยด้านวิชาการ เป็นต้น

2. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อค้นหาแนวทางในการใช้สมาร์ทโฟนให้เกิดประโยชน์สูงสุดในนักเรียน และแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในกลุ่มนักเรียน เพื่อป้องกันปัญหาการติดสมาร์ทโฟน

3. ควรศึกษาเปรียบเทียบผลกระทบด้านบวกและด้านลบจากการใช้สมาร์ทโฟนของนักเรียน เพื่อทราบข้อมูลหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมให้นักเรียนใช้สมาร์ทโฟนที่ถูกต้อง เหมาะสม และเกิดประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม

References

1. Wonganantnont P. Excessive internet usage behavioral in adolescents. Journal of the Royal Thai Army Nurses 2014;15(2):173-8. (in Thai).
2. Wanchaitanawong W, Choopun K. A survey of internet utilization and impacts of internet utilization on students of Boromarajonnani College of Nursing, Chiang Mai. Journal of Nursing and Education 2017;7(3):124-32.(in Thai).
3. DQ Institute. Outsmart the cyber-pandemic: Empower every child with digital intelligence by 2020 [internet]. 2018 [cited 2019 Aug 30]. Available from https://www.dqinstitute.org/wp-content/uploads/2018/08/2018-DQ-Impact-Report.pdf
4. Kitisri C, Nokham R, Phetcharat K. A smartphone using behavior and health status perception of nursing students. Community Health Development Quarterly Khon Kaen University 2017;5(1):19-34.(in Thai)
5. Akinbinu TR, Mashalla YJ. Impact of computer technology on health: Computer Vision Syndrome (CVS). Med Pract Rev2014;5(3):20-30.

6. Lee KE, Kim SH, Ha TY, Yoo YM, Han JJ, Jung JH, Jang JY. Dependency on smartphone use and its association with anxiety in Korea. Public Health Rep 2016;131(3):411-9.
7. Saartsri S, Jitaram P, Kitsanapun A, Tanawongphokin T. Smartphone usage and sleep quality among students at Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi. Journal of Faculty of Physical Education 2017;20 (1):70-80.(in Thai).
8. Demirci K, Akgönül M, Akpinar A. Relationship of smartphone use severity with sleep quality, depression, and anxiety in university students. J Behav Addict 2015;4(2):85- 92.
9. Suknonthamalee N, Kerdmuang S, Suwancharoen S, Chatrung C, Tangwongkit T. Game addiction and factors related to health behaviors among junior high school students in the selected school, Nonthaburi province. Community Health Development Quarterly Khon Kaen University 2019; 7(1): 69-87.(in Thai).
10. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Edu Psychol Meas 1970; 3:607-10.
11. Chaimay B. Sample size determination in descriptive study in public health. Thaksin J 2013;16(2): 9-18.(in Thai).
12. Best JW. Research in education. (3rd ed.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc. 1977.
13. World Medical Association. Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. Fortaleza Brazil;2013.
14. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. (2nd ed.). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.1988.
15. Kempanya P. Internet usage behavior of senior high school students in the Mueang Nakhon Phanom Municipality Area. Nakhon Phanom University Journal 2018; Special issue of the 25th Nursing Conference:120-4.(in Thai).
16. Chuemongkon W, Inthitanon T, Wangsate J. Impact of smartphone and tablet use on health and academic performance of pharmacy students at Srinakharinwirot University. Srinagarind Med J 2019;34(1):90-8. (in Thai).
17. Intolo P, Sirininlakul N, Saksanit N, Kongdontree P, Thuwatorn P. Pain and muscle activity of neck, shoulder, upper back and arm during smartphone use in women aged 18-25 years old. J Health Syst Res 2016;10:351-60.
18. Matar boumosleh J, Jaalouk D. Depression, anxiety, and smartphone addiction in university students-a cross sectional study. PLoS ONE 2017;12:e0182239.
19. Jun-up P. Behavior and aftermath of social media usage of senior high school students in Phitsanulok. Independent Study, Master of Education (M.Ed.) in Educational Communication and Technology. Pitsanulok: Naresuan University.2017.(in Thai).
20. Lampetch S. Behavior and impact of using social network of secondary school students in Nonthaburi province. Suthiparithat 2016;30(93):116-30.(in Thai).
21. Thongjuerpong P. Factors and effects of smart phone addiction to job performance momo-phobia and conflict with others. JISB 2016;2(3):40-54.(in Thai).

ประสิทธิผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก สำหรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ

Effectiveness of Development in Clinical Nursing Practice Guidelines for Child Patients Received Heated Humidified High Flow Nasal Cannula in Samutprakarn Hospital

อำพันธุ์ พรมีศรี[1], ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล[2], พรพรรณ เมตไตรพันธ์[1], กรรณิการ์ ศรีพระราม[1]

Ampun Pornmesri[1], Teepatad Chintapanyakun[2], Ponpan Mettraipan[1], Kannikar Sriphraram[1]

[1]โรงพยาบาลสมุทรปราการ กระทรวงสาธารณสุข

[1]Samutprakarn Hospital, Ministry of Public Health

[2]ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

[2]Sondech Phra Debaratana Medical Center, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University

Corresponding author: Ampun Pornmesri; Email: mamampun@gmail.com

Received: 16 August 2019 **Revised:** 31 October 2019 **Accepted:** 2 November 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง และศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติ ตัวอย่างวิจัย คือ ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลสมุทรปราการ เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 45 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรก คือ ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูงก่อนมีแนวปฏิบัติ จำนวน 23 คน กลุ่มสอง คือ ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูงหลังมีแนวปฏิบัติ จำนวน 22 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง 2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และ 3) แบบบันทึกการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติที ผลการวิจัย พบว่า 1) แนวปฏิบัติมีความตรงเชิงเนื้อหาการหาค่าดัชนีความตรงเนื้อหา เท่ากับ .97-1.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์สูง มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ทางคลินิกจนเกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง และ 2) จำนวนวันนอนและค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยเด็ก ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก; ผู้ป่วยเด็ก; การบำบัดด้วยออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง

Effectiveness of Development in Clinical Nursing Practice Guidelines for Child Patients Received Heated Humidified High Flow Nasal Cannula in Samutprakarn Hospital

Ampun Pornmesri[1], Teepatad Chintapanyakun[2], Ponpan Mettraipan[1], Kannikar Sriphraram[1]

[1]Samutprakarn Hospital, Ministry of Public Health

[2]Sondech Phra Debaratana Medical Center, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University

Corresponding author: Ampun Pornmesri; Email: mamampun@gmail.com

Received: 16 August 2019 **Revised:** 31 October 2019 **Accepted:** 2 November 2019

Abstract

The purposes of this research and development study were to develop clinical nursing practice guidelines for child patients receiving heated humidified high flow nasal cannula (HHHFNC) in Samutprakarn hospital and to examine the effects of the developed clinical nursing practice guidelines. The sample consisted of 45 pediatric patients who were admitted to the pediatric ward at Samutprakarn hospital using purposive sampling. Twenty-three patients received the nursing procedures used before developing the clinical nursing practice guidelines and twenty-two patients received care following clinical nursing practice guidelines. The instruments were composed of clinical nursing practice guidelines for pediatric patients receiving HHHFNC, demographic information, and progress note. Data were analyzed using descriptive and t-test statistics. The results revealed that: 1) The developed clinical nursing practice guidelines had a good content validity which were .97-1.00 respectively and it was appropriate and possible for implementing in order to achieve desired outcomes. 2) The mean score of length of stay and medical fee were significantly different at the p=.05 level between pre and post development of the clinical nursing practice guidelines.

Keywords: clinical nursing practice guidelines; high flow nasal cannula; pediatric patients

ความเป็นมาและความสำคัญ

ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหายใจลำบาก (dyspnea) เป็นความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยเด็กมีอาการหายใจเร็วผิดปกติ มีอาการหอบเหนื่อย ทำให้กลไกการทำงานของปอดลดลง การแลกเปลี่ยนออกซิเจนในระดับเซลล์ลดลง ส่งผลให้ร่างกายและอวัยวะต่าง ๆ เกิดภาวะขาดออกซิเจน[1] ซึ่งสาเหตุหลักเกิดมาจากผู้ป่วยเด็กเป็นทารกที่คลอดก่อนกำหนด ทำให้ปอดพัฒนาไม่เต็มที่ จึงเกิดกลุ่มอาการหายใจลำบาก (respiratory distress syndrome: RDS) ผู้ป่วยเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (congenital heart disease: CHD) โรคหืด (asthma) หลอดลมอักเสบแบบเฉียบพลัน (acute bronchitis)หรือปอดเกิดการอักเสบ (pneumonia) เป็นต้น[2-3]

แนวทางการรักษาแบ่งออกเป็น 3 วิธีใหญ่ ๆ คือ[3-4] 1) การให้ยาขยายหลอดลม ยาสามารถลดอาการหายใจลำบากและลดการกำเริบของโรคได้ 2) การให้ยาปฏิชีวนะ เพื่อควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อโรค และ 3) การบำบัดด้วยออกซิเจน (oxygen therapy) ซึ่งอาจเป็นการช่วยหายใจชนิดรุกล้ำและ/หรือไม่รุกล้ำก็ได้ (invasive and/or non-invasive respiratory support) ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยเด็กและภาวะเร่งด่วนในการดูแลรักษา โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ผลที่ตามมาคือ ผู้ป่วยเด็กอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น ปอดเรื้อรัง (bronchopulmonary dysplasia: BPD) และโรคปอดติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilator associated pneumonia: VAP) ทำให้ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนาน เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น ปัจจุบันจึงเปลี่ยนมาใช้อุปกรณ์ช่วยหายใจชนิดที่ไม่รุกล้ำก่อน เพื่อลดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจและการติดเชื้อในทางเดินหายใจซ้ำ

อุปกรณ์ช่วยหายใจชนิดที่ไม่รุกล้ำ[5-6] เป็นอุปกรณ์ที่สามารถสร้างแรงดันบวกในช่วงหายใจออก (positive end expiratory pressure, PEEP) และช่วยลดความล้มเหลวจากการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (weaning failure) ได้แก่ nasal continuous positive airway pressure (NCPAP), nasal intermittent positive pressure ventilation (NIPPV) และการใช้ออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูง (heated humidified high flow nasal cannula: HHHFNC) ในปัจจุบันนิยมใช้ HHHFNC เนื่องจากเป็นการให้ออกซิเจนที่มีความเข้มข้นผ่านทาง nasal cannula ด้วย flow rate ที่มากกว่าปกติพร้อมเครื่องผลิตความอุ่นชื้น และมีกลไกการทำงานเป็น continuous positive airway pressure (CPAP) ทำให้ก๊าซไหลผ่านทางเดินหายใจเพิ่มขึ้นเพียงพอต่อความต้องการการหายใจของผู้ป่วย มีความเข้มข้นของออกซิเจนที่คงที่ ชดเชยปริมาตรสูญเปล่าบริเวณหลังโพรงจมูก ลดความต้านทานของทางเดินหายใจในขณะหายใจเข้า ช่วยถ่างขยายของหลอดลมและถุงลมปอด ทำให้ปอดขยายดีขึ้น นอกจากนี้ยังเพิ่มความชุ่มชื้นแก่ทางเดินหายใจอย่างต่อเนื่อง ส่งผลทำให้ลดความเหนียวหนืดของเสมหะ

จากการทบทวนงานวิจัยในต่างประเทศ พบว่า การใช้ HHHFNC ในผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress) โดยเฉพาะผู้ป่วยทารกแรกเกิดหลังถอดท่อช่วยหายใจ (post extubation) มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับการใช้ noninvasive CPAP แต่เกิดภาวะ pneumothorax น้อยกว่า[7-8] ขณะที่การใช้กับผู้ป่วยทารกและเด็กโตการศึกษาส่วนใหญ่มักใช้ในผู้ป่วยหลอดลมอักเสบแบบเฉียบพลัน (acute bronchiolitis) มากกว่าโรคที่มีภาวะหายใจลำบากอื่น ๆ ซึ่งพบว่า การใช้ HHHFNC ช่วยทำให้ผู้ป่วยหายใจลำบากลดลง การแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น ลดการใส่ท่อช่วยหายใจและลดระยะเวลานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล[9-13]

หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ เป็นหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหายใจลำบากและมีการใช้ HHHFNC กับผู้ป่วยมากที่สุดเช่นเดียวกัน แต่ยังขาดแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิกที่ใช้สำหรับดูแลผู้ป่วยเด็กกลุ่มดังกล่าว พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ใช้ประสบการณ์ที่ได้มาจากการศึกษาค้นคว้าและผ่านการประชุม/อบรมวิชาการ ทำให้การดูแลผู้ป่วยเด็กไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน อีกทั้งแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับ HHHFNC มีความแตกต่างกันตามวิธีการรักษาของกุมารแพทย์ ส่งผลให้จำนวนวันนอนของผู้ป่วยค่อนข้างยาวนาน

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยจำนวนมากต่างระบุว่า การใช้ HHHFNC ช่วยทำให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีต่อผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหายใจลำบาก หลอดลมอักเสบแบบเฉียบพลันหรือปอดเกิดการอักเสบ ช่วยลดจำนวนวันนอนและค่ารักษา

พยาบาลลดลง แต่การใช้ HHHFNC ในการดูแลผู้ป่วยเด็กจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหายใจลำบากด้วยการให้ออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูงในโรงพยาบาลสมุทรปราการขึ้น โดยใช้แนวคิดการแปลงความรู้สู่การปฏิบัติ (knowledge translation)[14-15] เป็นการสรุปข้อค้นพบจากผลงานวิจัยที่มีคุณภาพน่าเชื่อถือไปสู่การปฏิบัติ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพจากการดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

คำถามวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง (HHHFNC) ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ ควรมีลักษณะเป็นอย่างไร แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้หรือไม่อย่างไร

2. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง (HHHFNC) ที่พัฒนาขึ้น ช่วยทำให้จำนวนวันนอน และค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยเด็กลดลงหรือไม่

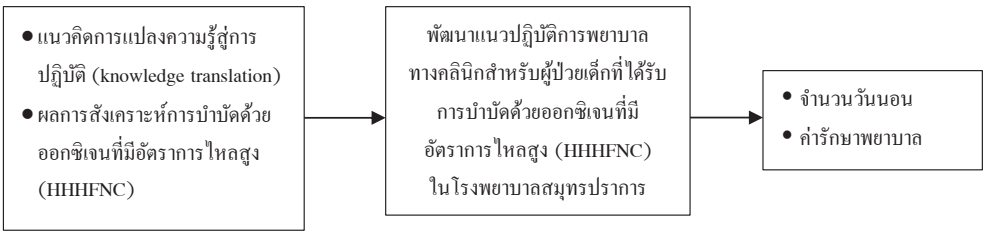
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง (HHHFNC) ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง (HHHFNC) ที่พัฒนาขึ้น โดยเปรียบเทียบจำนวนวันนอนก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ และเปรียบเทียบค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยเด็ก ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ ณ ช่วงเวลาเดียวกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการแปลงความรู้สู่การปฏิบัติ (knowledge translation) ของ Stevens[14] ได้เสนอโมเดลการแปลงรูปแบบความรู้สู่การปฏิบัติไว้ 5 ขั้นตอน ซึ่งเรียกว่า ACE star model แต่ละขั้นตอนมีรายละเอียด[15] ดังนี้ 1) การค้นหาความรู้ (knowledge discovery) จากการวิจัยปฐมภูมิ (primary research) หรือการวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) 2) การสังเคราะห์งานวิจัยที่มีอยู่ออกมาเป็นความรู้ที่สอดคล้องโดยไม่มีข้อขัดแย้งกัน ซึ่งจะได้ข้อสรุปที่ค่อนข้างแน่นอน 3) การแปลสิ่งที่สังเคราะห์ลงสู่การปฏิบัติ (translation) ในรูปแบบต่าง ๆ นั่นก็คือ แนวปฏิบัติทางคลินิก 4) การบูรณาการ (integration) คือการนำความรู้สู่การปฏิบัติจริง เป็นการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกไปใช้กับผู้ป่วยเด็กโดยทีมแพทย์และพยาบาล ซึ่งแพทย์และพยาบาล รวมถึงผู้เกี่ยวข้องจะต้องผ่านการฝึกอบรมก่อนใช้แนวปฏิบัติ และ 5) การประเมินผล (evaluation) เป็นการประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติ ในที่นี้คือ จำนวนวันนอนของผู้ป่วยเด็กและค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยเด็ก ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแสดงต่อไปนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development: R&D)[16] เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับ HHHFNC และศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติ

ตัวอย่างวิจัย เป็นผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหายใจลำบาก เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมในโรงพยาบาลสมุทรปราการ ในการศึกษาครั้งนี้ได้ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*Power Version 3.1 กำหนดค่าอิทธิพลจากงานวิจัย[13] โดยกำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ .95 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้ตัวอย่างวิจัย เท่ากับ 38 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่างวิจัย ผู้วิจัยเพิ่มตัวอย่างวิจัยอีก 20% ได้ตัวอย่างวิจัยรวมทั้งหมด 45 คน ผู้วิจัยเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) แบ่งตัวอย่างวิจัยออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรก คือ ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับ HHHFNC ก่อนมีแนวปฏิบัติ จำนวน 23 คน ในระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2561–31 สิงหาคม พ.ศ. 2561 และกลุ่มสอง คือ ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับ HHHFNC หลังมีแนวปฏิบัติ จำนวน 22 คน ในระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2562–31 สิงหาคม พ.ศ. 2562 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์คัดตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 1 เดือนถึง 6 ปี 2) ผู้ป่วยเด็กได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน (respiratory tract infection ได้แก่ ปอดอักเสบ (pneumonia) หลอดลมอักเสบ (bronchitis) หลอดลมฝอยอักเสบ(bronchiolitis) โรคหืด (asthma) และกลุ่มอาการครูป (croup) 3) ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดตัวอย่างออกจากการวิจัย (exclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยเด็กที่อยู่ในภาวะวิกฤต เช่น มีการติดเชื้อระดับการไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ และย้ายเข้าไปรักษาต่อในหอผู้ป่วยวิกฤต 2) มีการเปลี่ยนแปลงการบำบัดด้วยออกซิเจน ได้แก่ ใส่ท่อช่วยหายใจ ใส่ CPAP และผู้ป่วยที่มีโรคร่วม และ 3) ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กขอถอนตัวในระหว่างดำเนินโครงการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (R&D) มีขั้นตอนการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับ HHHFNC ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการแปลงความรู้สู่การปฏิบัติ (knowledge translation) ของ Stevens[14] ในช่วงของการพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1.1 วิเคราะห์สภาพปัญหาและประเมินความต้องการที่จำเป็นของหอผู้ป่วย โดยสัมภาษณ์กุมารแพทย์ผู้ให้การรักษาผู้ป่วยเด็กถึงปัญหาและอุปสรรคการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับ HHHFNC โดยสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพถึงกระบวนการพยาบาล แนวทางการดูแลและแนวปฏิบัติที่ใช้ในหอผู้ป่วย

1.2 กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับ HHHFNC สำหรับหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ

1.3 สืบค้นงานวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) หรือการวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดด้วยออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง (HHHFNC) ทำการสังเคราะห์และสรุปผลการวิจัยให้ออกมาอยู่ในรูปขององค์ความรู้ และพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับ HHHFNC ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ ฉบับร่าง (development ครั้งที่ 1: D1)

1.4 ผู้วิจัยได้นำแนวปฏิบัติฉบับร่าง ไปทดลองใช้กับตัวอย่างวิจัยที่มีคุณสมบัติตรงกับเกณฑ์คัดเข้า 5 คน ร่วมกับพิจารณาความเหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยสัมภาษณ์กับผู้เกี่ยวข้องในการใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ กุมารแพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน (research ครั้งที่ 1: R1)

1.5 ผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาในข้อ 1.4 มาปรับปรุงแนวปฏิบัติอีกครั้ง โดยกุมารแพทย์มีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงแนวปฏิบัติบางประเด็น ส่วนพยาบาลขาดการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยบางรายการ และการเตรียมและประกอบ

อุปกรณ์ยังไม่ชำนาญ ภายหลังจากปรับปรุงแล้ว ผู้วิจัยจัดทำเป็นแนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์ (development ครั้งที่ 2: D2) ก่อนที่จะนำไปใช้จริงกับตัวอย่างวิจัยในระยะที่ 2 (research ครั้งที่ 2: R2)

1.6 ก่อนดำเนินการในระยะที่ 2 เพื่อให้พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับ HHHFNC ที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ผู้วิจัยจึงได้จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับพยาบาลวิชาชีพทุกคน โดยบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับ หลักการ ข้อบ่งชี้ ข้อควรระวังหรือผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ และการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับ HHHFNC รวมถึงฝึกทักษะการเตรียมและประกอบอุปกรณ์การบำบัดด้วยออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง

ระยะที่ 2 ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับ HHHFNC ที่พัฒนาขึ้นฉบับสมบูรณ์ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเด็ก จำนวน 22 คน ที่ได้รับการบำบัดด้วย HHHFNC ในระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2562-31 สิงหาคม พ.ศ. 2562 และศึกษาผลลัพธ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับ HHHFNC ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นฉบับสมบูรณ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน มีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และนำไปทดลองใช้เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และการประเมินความตรงของการทดลอง (implementation fidelity assessment)[17] ประกอบด้วย 1) ความถูกต้องตามหลักการ (fidelity to concept) 2) การฝึกอบรมผู้ให้การพยาบาล (provider training) 3) การใช้แนวปฏิบัติที่ถูกต้อง (treatment implementation) และ 4) ตัวอย่างวิจัยการได้รับการจัดกระทำ (treatment receipt) ตามแนวปฏิบัติ

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ สิทธิการรักษา การวินิจฉัยโรคแรกรับ โรคร่วม จำนวนวันนอน และค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยซึ่งได้จากฐานข้อมูลสารสนเทศของโรงพยาบาลภายหลังผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2.2 แบบบันทึกการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงการใช้เครื่องออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง (HHHFNC) ของในโรงพยาบาลสมุทรปราการ ประกอบด้วย the clinical respiratory score (CRS), RR, SpO2, BP, HR, body temperature, CBG, VBG และ progress's note

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ หมายเลขรับรอง Nh00362 เมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2562 และดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่างวิจัย โดยอธิบายวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการวิจัยให้กับผู้ปกครองของตัวอย่างวิจัยอย่างละเอียด และผู้ปกครองของตัวอย่างวิจัยมีสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มี ผลต่อการรักษาใด ๆ ที่ตัวอย่างพึงจะได้รับ ข้อมูลทุกอย่างของตัวอย่างวิจัย ผู้วิจัยถือเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม เพื่อใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น เมื่อผู้ปกครองตัวอย่างวิจัยยินดีเข้าร่วมวิจัยแล้ว จึงให้ผู้ปกครองตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2562-31 สิงหาคม พ.ศ. 2562 มีการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอนดังนี้

1. ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของในโรงพยาบาลสมุทรปราการแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือราชการเสนอผู้อำนวยการในโรงพยาบาลสมุทรปราการ เพื่อขออนุญาตเข้าดำเนินการตามโครงการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นเตรียมการ การเตรียมผู้ช่วยวิจัยในการดำเนินการตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับ HHHFNC เป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 2 คน ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้แก่ ผู้ช่วยวิจัยและอธิบายทำความเข้าใจในงานวิจัย เครื่องมือวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และติดต่อประสานงานกับกุมารแพทย์ เพื่อชี้แจงให้ทราบว่าจะเริ่มดำเนินการตามแนวปฏิบัติในหอผู้ป่วย

3. ขั้นดำเนินการ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการใช้แนวปฏิบัติ กับผู้ป่วยเด็กที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนิน 3 เดือน ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน-31 สิงหาคม พ.ศ. 2562 และเก็บรวบรวมผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ เพื่อเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ในช่วงเวลาเดียวกันในปี พ.ศ. 2561 (1 มิถุนายน-31 สิงหาคม พ.ศ. 2561)

4. ภายหลังรวบรวมข้อมูลได้ครบตามที่ผู้วิจัยกำหนด โดยตรวจสอบข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์เปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่างวิจัย โดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistic) นำเสนอเป็นความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปร ได้แก่ จำนวนวันนอน และค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย โดยเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับ HHHFNC ด้วยสถิติ independent sample t-test ซึ่งก่อนการวิเคราะห์ได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น คือ การกระจายตัวของจำนวนวันนอนและค่ารักษาพยาบาล พบว่า มีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ (Shapiro-Wilk=.891, p=.001 และ Shapiro-Wilk=.837, p=.000 ตามลำดับ) แต่เมื่อพิจารณาจากค่าความเบ้ (skewness) พบว่า จำนวนวันนอน มีค่าเท่ากับ 1.934 และค่ารักษาพยาบาลมีค่าเท่ากับ 1.315 ซึ่งอยู่ในช่วง ± 3 ทำให้ข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ[18]

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่างวิจัย

ตัวอย่างวิจัยก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติ พบว่า ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 65.20) มีอายุระหว่าง 13-24 เดือนมากที่สุด รองลงมาคือมีอายุตั้งแต่ 36 เดือนขึ้นไป และอยู่ระหว่าง 25-36 เดือน คิดเป็นร้อยละ 56.50, 21.80 และ 17.40 ตามลำดับ (Mean = 29, Median = 18, Mode = 13 เดือน) ผู้ป่วยทั้งหมดใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 100.00) การวินิจฉัยโรคของตัวอย่างวิจัย ส่วนใหญ่เป็นโรคปอดอักเสบ (pneumonia) มากที่สุด (ร้อยละ 69.55)

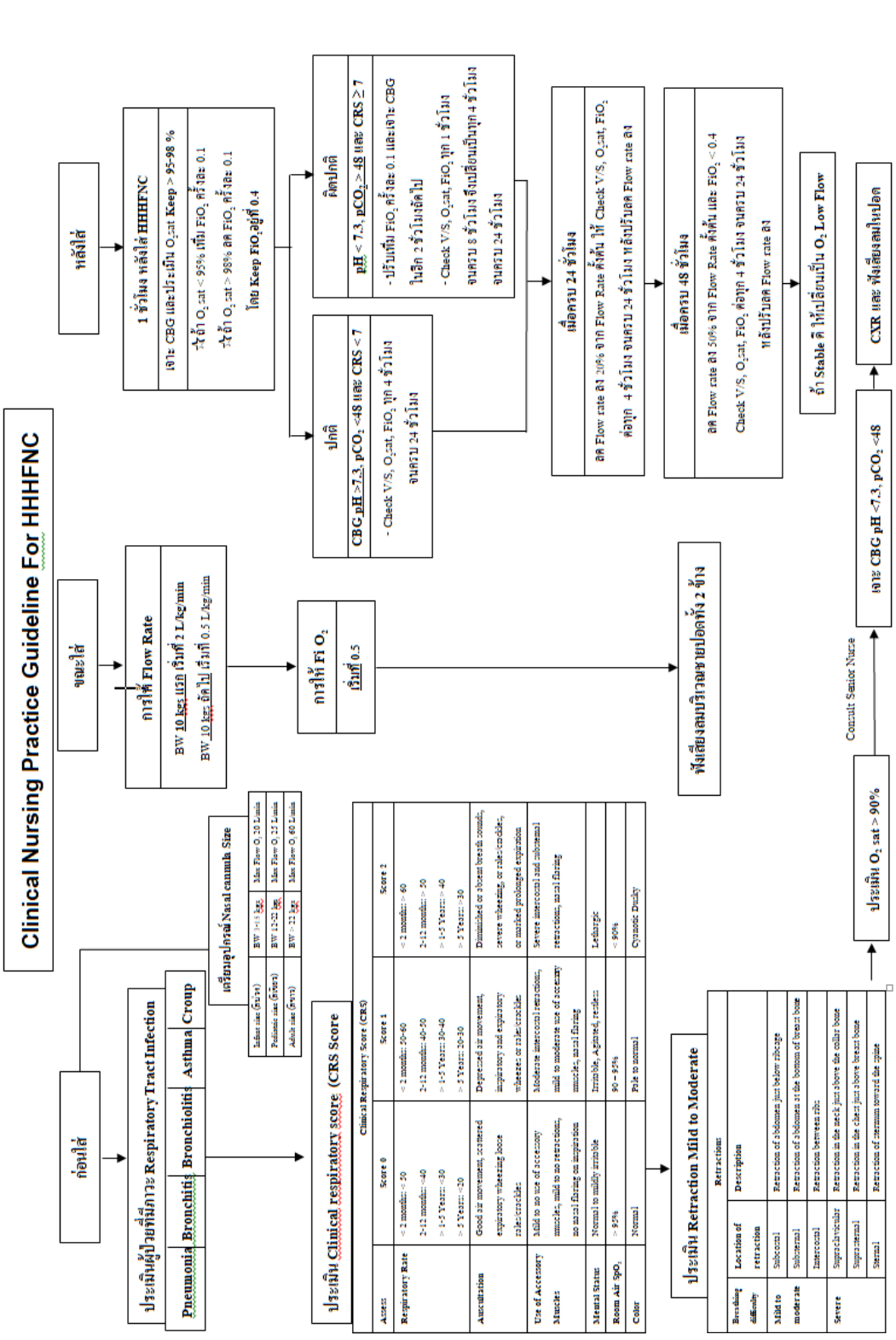
ภายหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติ และนำไปใช้กับตัวอย่างวิจัย พบว่า ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 68.20) มีอายุระหว่าง 1-12 เดือน และระหว่าง 13-24 เดือน จำนวนเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 31.80 รองลงมาคือมีอายุอยู่ระหว่าง 25-36 เดือน และตั้งแต่ 36 เดือนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 22.70 และ 13.70 ตามลำดับ (Mean=23, Median=24, Mode=24 เดือน) ผู้ป่วยทั้งหมดใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 100.00) การวินิจฉัยโรคของตัวอย่างวิจัย พบว่าเป็นโรคปอดอักเสบ (pneumonia) มากที่สุด (ร้อยละ 45.45) รองลงมาคือ โรคหืด (asthma) คิดเป็นร้อยละ 13.63 (ดังตาราง 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่างวิจัยก่อนและหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติ

ข้อมูลตัวอย่างวิจัย	ก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติ (n=23)		หลังพัฒนาแนวปฏิบัติ (n=22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	15	65.20	15	68.20
หญิง	8	34.80	7	31.80
อายุ (เดือน)				
1 เดือน – 12 เดือน	1	4.30	7	31.80
13 เดือน – 24 เดือน	13	56.50	7	31.80
25 เดือน – 36 เดือน	4	17.40	5	22.70
ตั้งแต่ 36 เดือนขึ้นไป	5	21.80	3	13.70
สิทธิการรักษา				
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	23	100.00	22	100.00
การวินิจฉัยโรค				
Pneumonia	16	69.55	10	45.45
Bronchitis	2	8.70	2	9.09
Bronchiolitis	1	4.35	1	4.55
Asthma	1	4.35	3	13.63
Croup	1	4.35	2	9.09
Pneumonia with Croup	1	4.35	1	4.55
Pneumonia with Asthma	1	4.35	2	9.09
Bronchiolitis with Asthma	0	0	1	4.55

2. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง (HHHFNC)

ผู้วิจัยได้พัฒนาแนวปฏิบัติ ผลการพัฒนาพบว่า แนวปฏิบัติมีความตรงเชิงเนื้อหาการหาค่าดัชนีความตรงเนื้อหา (content validity) เท่ากับ .97–1.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์สูง[19] ผลการประเมินความตรงของการทดลอง (implementation fidelity assessment) ของผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติ พบว่า 1) แนวปฏิบัติมีความถูกต้องตามหลักการที่ได้มาจากการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) ก่อนนำแนวปฏิบัติไปใช้จริง ได้ฝึกอบรมให้พยาบาลสามารถใช้แนวปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง 3) มีการติดตามการใช้แนวปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องในระหว่างดำเนินการใช้แนวปฏิบัติ และ 4) ตัวอย่างวิจัยการได้รับการจัดกระทำตามแนวปฏิบัติ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยสรุป ผลการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ตลอด 3 เดือน พบว่า พยาบาลสามารถใช้แนวปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง สามารถให้การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจได้อย่างมีระบบ มีการสื่อสารและทำงานร่วมกันกับแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (ดังภาพ 2)



ภาพ 2 แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับ HHHFNC ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ

3. ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับ HHHFNC ที่พัฒนาขึ้น

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์เปรียบเทียบผลของการใช้แนวปฏิบัติ โดยเปรียบเทียบจำนวนวันนอนก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ และเปรียบเทียบค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยเด็ก ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ ณ ช่วงเวลาเดียวกัน ได้ผลดังตาราง 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอน และค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยเด็ก ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ ณ ช่วงเวลาเดียวกัน

ตัวแปร	ก่อนพัฒนาแนวปฏิบัติ (n=23)		หลังพัฒนาแนวปฏิบัติ (n=22)		*t*-test	*p*-value
	Mean	SD	Mean	SD		
จำนวนวันนอน (วัน)	7.04	2.01	4.68	1.09	4.870	.000
ค่ารักษาพยาบาล (บาท)	19,429.39	8,681.22	15,124.36	3,995.79	2.152	.039

จากตาราง 2 พบว่า ก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับ HHHFNC ผู้ป่วยเด็กมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 7.04 ± 2.01 วัน ภายหลังพัฒนาแนวปฏิบัติ และนำไปใช้ในช่วงเวลาเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยเด็กมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยลดลงเหลือ 4.68 ± 1.09 วัน โดยค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนก่อนและหลังพัฒนาแนวปฏิบัติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนค่ารักษาพยาบาล ก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับ HHHFNC ผู้ป่วยเด็กมีค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 19,429.39 ± 8,681.22 บาท ภายหลังพัฒนาแนวปฏิบัติ และนำไปใช้ในช่วงเวลาเดียวกัน ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยเด็กลดลงเหลือ 15,124.36 ± 3,995.79 บาท โดยค่าเฉลี่ยของค่ารักษาพยาบาลก่อนและหลังพัฒนาแนวปฏิบัติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบประเด็นสำคัญสามารถสรุปได้ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับ HHHFNC พบว่า มีคุณภาพในระดับดีมาก ซึ่งตรงกับความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) มีค่าเท่ากับ .97-1.00 และผลการประเมินความตรงของการทดลอง (implementation fidelity assessment) ของผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติฯ มีทิศทางเดียวกัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้พัฒนาแนวปฏิบัติภายใต้กรอบแนวคิดการแปลงความรู้สู่การปฏิบัติ (knowledge translation) ของ Stevens[14] ซึ่งเป็นรูปแบบกระบวนการทำงานเชิงระบบที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ใช้หลักแนวคิดการทำแบบร่วมมือร่วมพลัง (collaboration) ช่วยกันระดมสมองในการอ่านงานวิจัยและคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณภาพตามระดับความน่าเชื่อถือทางการพยาบาล[20] และร่วมกันพัฒนาแนวปฏิบัติ จากผู้เกี่ยวข้องทั้งแพทย์และพยาบาล โดยก่อนที่จะนำแนวปฏิบัติ ไปใช้ผู้วิจัยได้จัดอบรมเชิงปฏิบัติการการใช้แนวปฏิบัติ ให้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม และเมื่อนำไปแนวปฏิบัติไปใช้ มีการติดตามและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ สอดคล้องกับแนวคิดการประเมินความตรงของการทดลอง (implementation fidelity assessment)[17] ที่ช่วยยืนยันหลักการพัฒนาแนวปฏิบัติ ที่สอดคล้องกับผู้ใช้แนวปฏิบัติและผู้เกี่ยวข้องอย่างแท้จริง

2. ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับ HHHFNC ที่พัฒนาขึ้น ผลการวิจัย พบว่า จำนวนวันนอนและค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยเด็ก ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการวิจัย ผู้วิจัยสามารถอธิบายได้ดังนี้

จำนวนวันนอนของผู้ป่วยเฉลี่ยลดลงภายหลังมีแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ เนื่องจากผู้ป่วยเด็กเมื่อได้รับการวินิจฉัยจากกุมารแพทย์ว่ามีปัญหาระบบทางเดินหายใจ จะมีการประสานงานกับพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมในการใช้แนวปฏิบัติ ให้กับผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด มีการติดตามและประเมินผู้ป่วยเด็ก ก่อน ระหว่าง และหลังได้รับ HHHFNC ตลอด 24 ชั่วโมง จากทีมพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน โดยประเมินลักษณะอาการทางคลินิก วิเคราะห์และแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้การดูแลจนกระทั่งผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น บรรเทาอาการจากพยาธิสภาพของโรค จนสามารถหย่าการใช้ออกซิเจนได้ สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหายใจลำบาก หรือหลอดลมอักเสบแบบเฉียบพลันได้รับ HHHFNC ช่วยทำให้ผู้ป่วยเด็กหายใจลำบากลดลง และลดระยะเวลานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล[9-13]

ขณะที่ค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยเด็กลดลงภายหลังมีแนวปฏิบัติเช่นเดียวกัน เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับ HHHFNC ตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น โดยจะมีการเตรียมอุปกรณ์ก่อนการใช้ทุกครั้ง เมื่อกุมารแพทย์ยืนยันให้ใช้ในผู้ป่วยเด็กที่มีกลุ่มอาการตามเกณฑ์ (criteria) จึงไม่มีการเปลี่ยนแปลงการบำบัดออกซิเจนเหมือนกับในอดีตซึ่งไม่มีแนวปฏิบัติ ทำให้การรักษาผู้ป่วยเด็กเป็นไปตามความคิดเห็นของแพทย์เจ้าของไข้ และมีการใช้อุปกรณ์การบำบัดออกซิเจนที่เปลี่ยนไปตามแพทย์เจ้าของไข้เช่นเดียวกัน แต่เมื่อมีแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นจากผู้เกี่ยวข้องทั้งแพทย์และพยาบาล มีการสื่อสารและพิจารณาร่วมกันก่อนใช้วิธีการบำบัดด้วยออกซิเจน ทำให้ไม่สูญเสียอุปกรณ์การบำบัดโดยไม่มีความจำเป็นต้องใช้ อีกทั้งการใช้แนวปฏิบัติช่วยให้จำนวนวันนอนลดลง ย่อมส่งผลให้ค่ารักษาพยาบาลลดลงเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับงานวิจัยต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหลอดลมอักเสบแบบเฉียบพลันและได้รับ HHHFNC ช่วยทำให้ผู้ป่วยเด็กหายใจลำบากลดลง มีความสุขสบาย ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ลดการรบกวนการนอนหลับ ส่งผลให้ลดระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล และทำให้ค่าใช้จ่ายต่อผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญ[11-13]

นอกจากนี้ การใช้แนวปฏิบัติจนเกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวังเกิดจากการมีระบบนิเทศทางการพยาบาลจากผู้บริหารทางการพยาบาลแต่ละระดับจนสามารถปฏิบัติงานได้จริง กล่าวคือ หัวหน้าพยาบาลกำหนดนโยบายการนิเทศทางคลินิกและการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ พร้อมกำหนดเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติร่วมกับหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลสาขากุมารเวชกรรมและหัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม อีกทั้งนำนโยบายการดูแลผู้ป่วยลงสู่การปฏิบัติจนเกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับนำผลงานวิจัยไปใช้

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับ HHHFNC สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับผู้ป่วยเด็กที่มีช่วงอายุแตกต่างกัน โดยปรับอัตราการไหล และการเลือกขนาดของ cannula ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็กได้

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับ HHHFNC สามารถนำแนวคิดการแปลงความรู้สู่การปฏิบัติและวิธีการสังเคราะห์งานวิจัยไปใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ สำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่ได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. งานวิจัยนี้ควรมีการศึกษาเชิงทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม เพื่อศึกษาผลลัพธ์การรักษาและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันระหว่างวิธีการบำบัดด้วยออกซิเจน เช่น ความสุขสบาย ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น

2. การทำวิจัยครั้งต่อไปควรพิจารณาเพิ่มตัวแปรอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ความรู้ความสามารถของพยาบาล ความมั่นใจของตนเองในการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ การรับรู้อุปสรรคในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นต้น

References

1. Hillman N, Jobe AH. Noninvasive strategies for management of respiratory problems in neonates. Neoreviews 2013;14(5):e227-36.
2. Kieran EA, Twomey AR, Molloy EJ, Murphy JF, O'Donnell CP. Randomized trial of prongs or mask for nasal continuous positive airway pressure in preterm infants. Pediatrics 2012;130(5):e1170-6.
3. Dyer J. Neonatal respiratory distress syndrome: tackling a worldwide problem. P T. 2019;44(1):12-14.
4. Chang GY, Cox CA, Shaffer TH. Nasal cannula, CPAP, and high-flow nasal cannula: effect of flow on temperature, humidity, pressure, and resistance. Biomed Instrum Technol 2011;45:69-74.
5. Syananondh K, Deesomchok A. Comparison of heated humidified high flow nasal cannula (HHHFNC) and nasal continuous positive airway pressure (NCPAP) for post-extubation respiratory care in preterm infants. Buddhachinaraj Med J 2016;33(2):156-67. (in Thai).
6. Lee JH, Rehder KJ, Williford L, Cheifetz IM, Turner DA. Use of high flow nasal cannula in critically ill infants, children, and adults: a critical review of the literature. Intensive Care Med 2013;39(2):247-57.
7. Ten Brink F1, Duke T, Evans J. High-flow nasal prong oxygen therapy or nasopharyngeal continuous positive airway pressure for children with moderate-to-severe respiratory distress?. Pediatr Crit Care Med 2013;14(7):e326-31.
8. Breathnach M, Sheahan L. Evidence for high flow nasal cannula as non-invasive respiratory support in premature infants: a literature review. Journal of Neonatal Nursing 2017;23(4):193-8.
9. Areepong Y. Nursing care for pneumonia children with a high-flow nasal cannula. Hua Hin Sook Jai Klai Kangwon Journal 2019;4(2):62-71. (in Thai).
10. Bressan S, Balzani M, Krauss B, et al. High-flow nasal cannula oxygen for bronchiolitis in a pediatric ward: a pilot study. EJPE 2013;172(12):1649-56.
11. Hutchings FA, Hilliard TN, Davis PJ. Heated humidified high-flow nasal cannula therapy in children. Archives of Disease in Childhood 2015;100(6):571-5.
12. Metge P, Grimaldi C, Hassid S, Thomachot L, Loundou A, Martin C, et al. Comparison of a high-flow humidified nasal cannula to nasal continuous positive airway pressure in children with acute bronchiolitis: experience in a pediatric intensive care unit. Eur J Pediatr 2014,173:953-958.
13. Rittayamai N, Tscheikuna J, Rujiwit P. High-flow nasal cannula versus conventional oxygen therapy after endotracheal extubation: a randomized crossover physiologic study. Respir Care 2014,59:485-90.
14. Stevens KR. Essential competencies for evidence based-practice in nursing. 2nd ed. San Antonio: Academic Center for Evidence-Based Practice (ACE) of University of Texas Health Science Center; 2009.
15. Hanucharurnkul S. Improvement science. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2016;3(2):5-14. (in Thai).
16. Kanjanawasee S. Research and development for Thai education. Silpakorn Educational Research Journal 2016;8(2):1-18. (in Thai).
17. Meyers CV, Brandt WC. Implementation fidelity in education research: designer and evaluator considerations. New York, NY: Routledge; 2015.

18. Howell DC. Statistical methods for psychology. 8th ed. Belmont, California: Wadsworth Cengage Learning; 2013.
19. Burns N, Grove SK, Gray J. Understanding nursing research: building an evidence-based practice. 6th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier,2015.
20. Melnyk BM, Fineout-Overhot E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. 3rd eds. North American: Wolters Kluwer Health;2015.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรวัยก่อนสูงอายุ

Factors Related to the Preparation for Aging among Pre-aging Population

ดลนภา ไชยสมบัติ[1] บัวบาน ยะนา[1]

Donnapa Chaisombut[1] Buaban Yana[1]

[1] วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

[1]Boromarajonani College of Nursing, Phayao

Corresponding author: Donnapa Chaisombat; Email: donnapah@hotmail.com

Received: 27 July 2019 **Revised:** 4 August 2019 **Accepted:** 9 August 2019

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนก่อนวัยสูงอายุ (อายุระหว่าง 50-59 ปี) ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จำนวน 380 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์ปัจจัยที่ความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวเพื่อการเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยใช้สถิติ Chi-square และ Pearson's correlation

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกินครึ่ง (62.11%) เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 54.89 ปี (SD=3.13) 72.37% มีสถานภาพสมรสคู่, 68.16% จบประถมศึกษา, เกือบครึ่ง (46.57%) มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ (80.79%) มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง จำนวนเกินครึ่ง (66.32%) มีความรู้เกี่ยวกับการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง และ ส่วนใหญ่ (98.86%) มีทัศนคติเกี่ยวกับการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง จำนวนเกินครึ่ง (62.37%) มีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุรายรวม อยู่ในระดับสูง พบ 7 ปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ประกอบด้วย การประกอบอาชีพ, รายได้, การตรวจร่างกายประจำปี, อายุ (r=.190), ความรู้ต่อการเข้าสู่วัยสูงอายุ (r=.212), ทัศนคติต่อการเข้าสู่วัยสูงอายุ (r=.332) และ คุณภาพชีวิต (r=.463) ข้อเสนอแนะในการวิจัย คือ เจ้าหน้าหน้าสาธารณสุขควรส่งเสริมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิต และ ส่งเสริมการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุในด้านเศรษฐกิจเพื่อการก้าวสู่วัยผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ

คำสำคัญ: สังคมสูงอายุ; การดูแลผู้สูงอายุ; การเตรียมตัวเข้าสูงวัยสูงอายุ; ประชากรก่อนวัยสูงอายุ

Factors Related to the Preparation for Aging among Pre-aging Population

Donnapa Chaisombut[1] Buaban Yana[1]

[1]Boromarajonani College of Nursing, Phayao

Corresponding author: Donnapa Chaisombat; Email: donnapah@hotmail.com

Received: 27 July 2019 **Revised:** 4 August 2019 **Accepted:** 9 August 2019

Abstract

This descriptive research aimed at exploring the preparation for aging and identifying factors related to the preparation for aging of the pre-aging group. Participants of the pre-aging group were aged 50-59 years, residing in Muang District, Phayao Province. Multi-stage random sampling was used to recruit 380 participants. Interviewing questionnaires were used to collect data. Demographic data were analyzed using descriptive statistics. Chi-square and Pearson's correlation were used to identify factors related to the preparation for aging.

The research revealed that over half (62.11%) were female, their average age was 54.89 (SD=3.13), 72.37% were married, and 68.16% finished primary school. Nearly half (46.57%) had physical health problems. The majority of them (80.79%) had a moderate Quality of Life score. 66.32 percent of them had a moderate level of knowledge regarding aging. The majority of them (98.86%) had a high level of attitude towards aging. Over half (62.37%) had an overall score for preparation for aging at a high level. There were seven factors significantly related to preparation for aging of the pre-aging group; working, income, annual physical examination, age (r=.190), knowledge regarding aging (r=.212), attitudes toward aging (r=.332) and Quality of Life (r=.463). Research suggests that health care providers should promote activities for improving the quality of life and enhance them regarding financial preparation in order to be the healthy elderly.

Keywords: aging society; elderly care; aging preparation; pre-aging population

ความเป็นมาและความสำคัญ

ในปี คศ. 2017 โลกของเรามีประชากรรวมทั้งหมดประมาณ 7,550 ล้านคน โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 962 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12.70 เรียกได้ว่าโลกของเราได้กลายเป็น“สังคมสูงอายุ”[1] ประเทศไทยเองได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ด้วยสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 10 ของ ประชากรทั้งประเทศ และคาดว่าจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในช่วงปี พ.ศ. 2564 ซึ่งหมายถึง เป็นสังคมที่มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด โดยคาดการณ์ว่าในปี 2574 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด คือมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด[2] ทั้งนี้ผู้สูงอายุของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2561 มีจำนวนทั้งสิ้น 10,666,803 คน คิดเป็นร้อยละ 16.06 ของประชากรทั้งประเทศ เป็นชายจำนวน 4,715,598 คน (ร้อยละ 14.48) และหญิง 5,951,205 คน (ร้อยละ 17.58)[3] การที่ประชากรผู้สูงอายุมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นทั้งในด้านปริมาณและสัดส่วนของประชากรทั้งหมด เป็นผลมาจากการพัฒนาประเทศในด้านต่าง ๆ ส่งผลกระทบทำให้เกิดปัญหาโดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่กำลังเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจะต้องประสบกับสภาพการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เสื่อมโทรมตามธรรมชาติ และจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปตามอายุและสภาพของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อสถานภาพและบทบาทใหม่ของผู้สูงอายุในสังคมด้วยเช่น การขาดรายได้จากการทำงาน ท้อแท้ เกิดความเหงา ความกังวลในช่วงบั้นปลายชีวิต

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย[4] มีนโยบายการพัฒนาสังคมผู้สูงอายุคุณภาพ ซึ่งเป็นสังคมที่ประกอบด้วยประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีพลังแห่งการสร้างสรรค์ ทำในสิ่งที่ตนเองปรารถนาตามศักยภาพของตน ทำประโยชน์ให้กับผู้อื่นและสังคม มีความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ในปัจจุบัน โดยมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ด้านการเงินและที่อยู่อาศัย ด้านการมีส่วนร่วมกิจกรรมในสังคม ในช่วงก่อนสูงวัย (pre-aging) ซึ่งหมายถึงประชากรที่มีอายุ 50-59 ปี[5] โดยจำนวนประชากรก่อนสูงวัย (pre-aging) โดยในปี พศ. 2560 พบว่า ภาคเหนือมีสัดส่วนสูงสุด คือ ร้อยละ 16.9 รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, ภาคกลาง และ ภาคใต้ คิดเป็นร้อยละ 15.0, 13.8 และ 12.6 ของประชากรทั้งหมด ตามลำดับ[5] การเตรียมตัวเพื่อการเข้าสู่วัยสูงอายุถือว่าเป็นการวางแผนชีวิตอย่างหนึ่งที่มีเป้าหมายอยู่ที่การประสบความสำเร็จและความสุขในชีวิต อีกทั้งการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุได้กำหนดไว้ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 -2564)[6] โดยมีเป้าหมายที่ต้องการสร้างจิตสำนึก ให้กับคนในสังคมได้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุ และความสำคัญของการเตรียมความพร้อมเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพและเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี สามารถพึ่งตนเองได้ รวมถึงมีหลักประกันในชีวิตที่มั่นคงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ดังที่กล่าวไว้ ในยุทธศาสตร์ที่ 1 ที่ต้องการให้ประชากรได้มีการเตรียมความพร้อมเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ดังนั้นการเตรียมตัวในช่วงวัยก่อนสูงอายุจึงเป็นเรื่องสำคัญ ซึ่ง Leedy & Wynbrandt[7] ได้แนะนำให้บุคคลมีการเตรียมความพร้อมให้เร็วที่สุด โดยให้เริ่มวางแผนตั้งแต่อายุ 30 ปี

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุขึ้นกับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น สถานภาพสมรสคู่จะมีการเตรียมตัวที่ดีกว่าคนที่อยู่คนเดียว คนที่มีการศึกษาสูงจะมีการเตรียมตัวที่ดีกว่าการศึกษาน้อย อาชีพรับราชการจะมีการเตรียมตัวดีกว่าอาชีพอื่น ๆ บุคคลที่ไม่มีโรคประจำตัวจะมีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุสูงกว่าบุคคลที่มีโรคประจำตัว รวมทั้งการรับรู้การเข้าสู่วัยสูงอายุ มีความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ[8-9] คนที่มีรายได้และความพอเพียงของรายได้มากจะเตรียมตัวได้ดีกว่าคนมีรายได้น้อย[8,10] 2) ปัจจัยที่จากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ, ประสบการณ์การทำงาน และ ภาระการดูแลคนอื่น ๆ มีความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ[8] และ 3) ปัจจัยความรู้ต่อการเป็นผู้สูงอายุ และ ทัศนคติต่อการสูงอายุ มีผลต่อการมีความพร้อมต่อการเข้าสู่วัยสูงอายุ[8-9] นอกจากนั้น คุณภาพชีวิต (quality of life) เป็นปัจจัยอีกประการที่จะมีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมความพร้อมต่อการเข้าสู่สูงวัย ตามแนวคิดของ องค์การอนามัยโลก คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ใน บริบทที่ดำรงชีวิตภายใต้วัฒนธรรมและระบบคุณค่า ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเป้าหมายความคาดหวัง มาตรฐาน และการตระหนัก

ของแต่ละบุคคล[11] จึงเป็นการรับรู้ความพึงพอใจและการรับรู้สถานะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อมของบุคคล ในการดำรงชีวิตในสังคม[12] ทั้งนี้ นลินี ทิพย์วงศ์และ ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร[13] ศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวของการเข้าสู่สูงอายุในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพดังนั้น คุณภาพชีวิตจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีความพร้อมต่อการเข้าสู่วัยสูงอายุ

การศึกษาการเตรียมความพร้อมการเข้าสู่วัยสูงอายุในประเทศไทย พบว่ามีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะพื้นฐานของประชากร เช่น วรรณนา ชื่นวัฒนา และ ชูชีพ เบียดนอก[8] ศึกษาประชากรอายุ 50-59 ปี ทั่วประเทศพบว่าประชากรไทยมีความพร้อมในเรื่องดังกล่าวอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 72.6 ในขณะที่ ภาณุวัฒน์ มีชะนะ และคณะ[10] ได้ศึกษาการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพ ในตำบลหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า มีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุระดับต่ำร้อยละ 43.6 รองลงมา คือระดับปานกลาง ร้อยละ 40.0 และระดับสูงเพียงร้อยละ 16.3 ตามลำดับ และพบว่าประชากรกลุ่มนี้มีหนี้สินของครัวเรือนถึงร้อยละ 78.0 แต่สำหรับกลุ่มข้าราชการในหน่วยงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีลักษณะการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับมาก[9]

จังหวัดพะเยาเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากคิดเป็นร้อยละ 19.83[14] มีลักษณะเฉพาะของประชากร และวิถีชีวิตที่แตกต่างออกไปจากการศึกษาข้างต้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา การเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนก่อนวัยสูงอายุ ที่อาศัยอยู่ใน อำเภอเมือง จังหวัดพะเยาเพื่อจะได้นำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนส่งเสริมการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนในพื้นที่ โดยศึกษาความพร้อมในการเตรียมตัวอยู่ผู้สูงอายุใน 4 ด้าน ตามแนวคิดของวรรณรา ชื่นวัฒนา และ ชูชีพ เบียดนอก[9] คือ การเตรียมตัวด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ การเตรียมตัวด้านการเงิน การเตรียมตัวด้านที่อยู่อาศัย และการเตรียมตัวด้านการมีส่วนร่วมในสังคมและงานอดิเรก

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ และ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนก่อนวัยสูงอายุ (อายุระหว่าง 50-59 ปี) ที่อาศัยอยู่ในตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นรูปแบบของการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยศึกษาการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนก่อนวัยสูงอายุ ของวัยผู้ใหญ่ที่มีช่วงอายุตั้งแต่ 50-59 ปี โดย จำแนกการเตรียมตัว ออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกายและจิตใจ 2) ด้านเศรษฐกิจ 3) ด้านที่อยู่อาศัย และ 4) ด้านสังคม โดยดำเนินการวิจัยในระหว่าง วันที่ 15 มกราคม ถึง 30 พฤษภาคม 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประชาชนก่อนวัยสูงอายุ มีอายุ 50-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ทั้งนี้ในเขตตำบลบ้านต๋อม มีประชาชนก่อนวัยสูงอายุทั้งสิ้นจำนวน 2,260 คน[16] คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร ของ Taro Yamane[17] ได้จำนวน 340 คน เนื่องจากการเก็บข้อมูลมีหลายหมู่บ้าน เพื่อป้องกันปัญหาเก็บข้อมูลไม่ครบถ้วน ข้อมูลอาจบิดเบือนและไม่ตรงความเป็นจริง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง 10% ซึ่งจะทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นเป็น = 340+10% = 374 คน ซึ่งผู้วิจัยวางแผนเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 380 คน

สุ่มตัวอย่าง ดำเนินการเลือกหมู่บ้านที่จะใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) จาก 18 หมู่บ้าน โดยเลือกแบบการเลือกแบบชั้นภูมิ (stratified Sampling) ตามลักษณะทางภูมิศาสตร์แบ่งเป็นเขตชุมชนเมือง และเขตชุมชนชนบทจากนั้นใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) หมู่บ้านในเขตชุมชนเมือง

4 หมู่บ้านจาก 8 หมู่บ้าน และเลือกหมู่บ้านในเขตชุมชนชนบท 5 หมู่บ้านจาก 10 หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 50 ของชุมชน หลังจากนั้นเลือกตัวแทนของแต่ละหมู่บ้านโดยกำหนดสัดส่วน ทำการสุ่มอย่างง่าย เพื่อให้ได้จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 380 คน โดยเป็นประชาชนก่อนวัยสูงอายุ มีอายุระหว่าง 50 – 59 ปี สามารถฟัง พูด และ สื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาการได้ยินและการพูด สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ บุคคลที่มีปัญหาการได้ยินและการพูด ผู้มีปัญหาทางจิตเวช และป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

เครื่องมือในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ ความพอเพียงของรายได้ รูปแบบการอยู่อาศัย ภาวะสุขภาพ และ 2) ปัจจัยระดับครอบครัว ได้แก่ ลักษณะของครอบครัว รายได้ของครอบครัว หนี้สินของครอบครัว และ จำนวนสมาชิกในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับสูงอายุ (จำนวน 10 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนนตอบผิด ได้ 0 คะแนน) และแบบวัดทัศนคติต่อการสูงอายุ (มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนน 1-5; เห็นด้วยอย่างยิ่ง, เห็นด้วย, ไม่แน่ใจ, ไม่เห็นด้วย, ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือของ วรรณรา ชื่นวัฒนา และ ชูชีพ เบียดนอก[8]

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ (มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนน 1-5; ความพร้อมมากที่สุด, มาก, ปานกลาง, น้อย, น้อยที่สุด) ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือของ วรรณรา ชื่นวัฒนา และ ชูชีพ เบียดนอก[8] ซึ่งการเตรียมตัวประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกายและจิตใจ จำนวน 10 ข้อ, 2) ด้านเศรษฐกิจ จำนวน 7 ข้อ, 3) ด้านที่อยู่อาศัย จำนวน 7 ข้อ และ 4) ด้านสังคม จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) แบ่งเป็นคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ 1) ด้านสุขภาพร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม[18] โดยการให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity) ของแบบสอบถาม โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุม ความถูกต้องของเนื้อหาและตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข และทดสอบกับก่อนวัยผู้สูงอายุจำนวน 30 คน เพื่อ หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดย 1) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับสูงอายุ มีค่า IOC=.93 และ ค่า reliability=.72 (KR-20), 2) แบบวัดทัศนคติต่อการสูงอายุ มีค่า IOC=.90 และ ค่า reliability=.85 (Cronbach's alpha) และ 3) แบบสอบถามการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุรายรวมมี ค่า IOC=.93 และ ค่า reliability=.92 และเมื่อวิเคราะห์รายได้พบว่า 1) การเตรียมตัวด้านร่างกายจิตใจมีค่า reliability=.87, 2) การเตรียมตัวด้านเศรษฐกิจมีค่า reliability=.89, 3) การเตรียมตัวด้านที่อยู่อาศัยมีค่า reliability=.88 และ 4) การเตรียมตัวด้านสังคมมีค่า reliability=.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเพื่อการเก็บรวมรวมข้อมูลวิจัยต่อนายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลบ้านต๋อม เตรียมผู้ช่วยเก็บรวมรวมข้อมูลวิจัย ซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลจำนวน 12 คน โดยการอบรมนักศึกษาถึงแนวทางในการเก็บข้อมูลโดยการสอบถาม หลังจากนั้นประสานงานกับชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสอบถาม และ นำข้อมูลจากมาบรรณาธิการ บันทึกข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา เลขที่ REC 009/62 ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มประชากรที่ศึกษาโดยชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ คุณภาพชีวิต วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาโดยใช้ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่ความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวเพื่อการเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนก่อนวัยสูงอายุ โดยใช้สถิติ Chi-square และ Pearson's correlation

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 62.11 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 54.89 ปี ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 35.26 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 68.16 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 72.37 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่ำกว่า 4,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 36.05 ตรวจร่างกายประจำปีเป็นบางครั้ง ร้อยละ 43.28 กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 46.57 เป็นสมาชิกกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 51.05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของประชากรก่อนวัยผู้สูงอายุจังหวัดพะเยา (n=380)

ข้อมูล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	144	37.89
หญิง	236	62.11
อายุ ($\bar{X}$ = 54.89 SD=3.129)		
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	53	13.95
ข้าราชการ,รัฐวิสาหกิจ	14	3.68
เกษตรกรรม	98	25.79
รับจ้าง	134	35.26
ค้าขาย	55	14.48
อื่น ๆ	26	6.84
สถานภาพ		
โสด	38	10.00
สมรส	275	72.37
หม้าย	37	9.74
หย่าร้าง / แยกกันอยู่	30	7.89

ข้อมูล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับเรียน	25	6.58
ประถมศึกษา	259	68.16
มัธยมศึกษา	66	17.36
ปวช. / ปวส.	12	3.16
ปริญญาตรี	16	4.21
สูงกว่าปริญญาตรี	2	.53
รายได้		
ไม่มีรายได้	46	12.11
มีรายได้ต่ำกว่า 4,000บาท/เดือน	137	36.05
มีรายได้ 4,001–8,000 บาท/เดือน	132	34.74
มีรายได้ 8,001–12,000บาท/เดือน	37	9.74
มีรายได้ 12,000 บาทขึ้นไป	28	7.36
การตรวจร่างกายประจำปี		
ตรวจประจำทุกปี	164	43.16
ตรวจเป็นบางครั้ง	166	43.68
ไม่เคยตรวจเลย	50	13.16
โรคประจำตัว		
ไม่มี	203	53.43
มี	177	46.57
การเป็นสมาชิกกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน		
เป็น	194	51.05
ไม่เป็น	186	48.95

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.79) มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง จำนวนเกินครึ่ง (ร้อยละ 66.32) มีความรู้เกี่ยวกับการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง และ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 98.86) มีทัศนคติเกี่ยวกับการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คุณภาพชีวิตความรู้ และ ทัศนคติต่อการเข้าสู่วัยสูงอายุ (n=380)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คะแนนคุณภาพชีวิต		
ระดับต่ำ (26-60 คะแนน)	12	3.16
ระดับปานกลาง (61-95 คะแนน)	307	80.79
ระดับสูง (96-130 คะแนน)	61	16.05
คะแนนความรู้		
ระดับต่ำ (>60%)	89	23.42
ระดับปานกลาง (60%-79%)	252	66.32
ระดับสูง (80%)	39	10.26
คะแนนทัศนคติ		
ระดับต่ำ (1-20 คะแนน)	0	0
ระดับปานกลาง (21-30 คะแนน)	5	1.32
ระดับสูง (31-50 คะแนน)	375	98.68

กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่ง (ร้อยละ 62.37) มีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุรายรวม อยู่ในระดับสูงรองลงมาร้อยละ 37.63 อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ เมื่อจำแนกเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุในรายด้านพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.37) มีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุด้านร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับสูง 2) ร้อยละ 52.89 มีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง 3) ร้อยละ 68.16 มีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุด้านที่อยู่อาศัยอยู่ในระดับสูง และ 4) ร้อยละ 55.52 มีการเตรียมตัวเข้าสู่วัย ผู้สูงอายุด้านสังคมอยู่ในระดับสูง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุภาพรวมและรายด้าน (n=380)

การเตรียมตัว	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)
การเตรียมตัวภาพรวม		
ระดับต่ำ (1-53 คะแนน)	0	0
ระดับปานกลาง (54-106 คะแนน)	143	37.63
ระดับสูง (107-160 คะแนน)	237	62.37
1. เตรียมตัวด้านร่างกายและจิตใจ		
ระดับต่ำ (1-20 คะแนน)	2	.53
ระดับปานกลาง (21-30 คะแนน)	46	12.10
ระดับสูง (31-50 คะแนน)	332	87.37
2. การเตรียมตัวด้านเศรษฐกิจ		
ระดับต่ำ (1-12 คะแนน)	164	43.16
ระดับปานกลาง (1-24 คะแนน)	201	52.89
ระดับสูง (25-35 คะแนน)	15	3.95

การเตรียมตัว	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)
3. การเตรียมตัวด้านที่อยู่อาศัย		
ระดับต่ำ (1-12 คะแนน)	0	0
ระดับปานกลาง (13-24 คะแนน)	121	31.84
ระดับสูง (25-35 คะแนน)	259	68.16
4. การเตรียมตัวด้านสังคม		
ระดับต่ำ (1-13 คะแนน)	2	.53
ระดับปานกลาง (14-26 คะแนน)	167	43.95
ระดับสูง (27-40 คะแนน)	211	55.52

ผลการศึกษา พบ 7 ปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ประกอบด้วย การประกอบอาชีพ, การตรวจร่างกายประจำปี, รายได้, อายุ (r=.190), ความรู้ต่อการเข้าสู่วัยสูงอายุ (r=.212), ทัศนคติต่อการเข้าสู่วัยสูงอายุ (r=.332) และ คุณภาพชีวิต (r=.463) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของประชากรก่อนวัยผู้สูงอายุ (n=380)

ตัวแปร	การเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ			*df*		*p*-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
การประกอบอาชีพ				1	7.66*	.006(a)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	-	29(7.63%)	24(6.32%)			
ประกอบอาชีพ	-	114(30.0%)	213(56.05%)			
รายได้	-			1	10.17*	.001(a)
ไม่มีรายได้	-	29(7.63%)	21(5.53%)			
มีรายได้	-	114(30.0%)	216(56.84%)			
การตรวจร่างกายประจำปี				2	15.90*	<.001(a)
ตรวจประจำทุกปี	-	45(11.84%)	119(31.32%)			
ตรวจเป็นบางครั้ง	-	70(18.42%)	96(25.26%)			
ไม่เคยตรวจเลย	-	28(7.37%)	22(5.79%)			

ตัวแปร	r	*p*-value
อายุ	.190	<.001(b)
ความรู้ต่อการเข้าสู่วัยสูงอายุ	.212	<.001(b)
ทัศนคติต่อการเข้าสู่วัยสูงอายุ	.332	<.001(b)
คุณภาพชีวิต	.463	<.001(b)

a -ใช้สถิติ Chi-square b ใช้สถิติ Pearson's correlation

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าประชากรก่อนวัยผู้สูงอายุจังหวัดพะเยาเกินครึ่ง (ร้อยละ 62.4) มีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุรายรวม อยู่ในระดับสูง และ เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า1) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.24) มีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุด้านร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับสูง 2) ร้อยละ 52.9 มีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง 3) ร้อยละ 68.2 มีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุด้านที่อยู่อาศัยอยู่ในระดับสูง และ 4) ร้อยละ 55.5 มีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุด้านสังคมอยู่ในระดับสูง การที่ประชากรก่อนวัยสูงอายุในจังหวัดพะเยา มีการเตรียมตัวในระดับปานกลางถึงดีในทุกด้าน ทั้งนี้อาจมาจากการที่มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการเข้าสู่วัยสูงอายุ เนื่องจากในชุมชนเขตตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา มีกิจกรรมที่ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น การมีโรงเรียนผู้สูงอายุถึง 2 แห่ง ซึ่งดำเนินการร่วมกันโดยชุมชน เทศบาลตำบลบ้านต๋อม วัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต๋อม และ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และ ก่อนวัยสูงอายุ ในทุกวันเสาร์ อีกทั้งที่ตั้งของชุมชนอยู่ไม่ไกลจากสถานบริการสาธารณสุข สามารถเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต๋อม และ โรงพยาบาลพะเยา ในการคมนาคมที่สะดวก ใกล้ ระยะทางห่างไม่เกิน 5 กิโลเมตร ทำให้ประชาชนทั่วไป รวมทั้งผู้เข้าสู่วัยสูงอายุมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพ รับรู้ข่าวสารสุขภาพได้ง่าย ทำให้มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการเข้าสู่วัยสูงอายุ มีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ ดังผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่ง (ร้อยละ 66.3) มีความรู้เกี่ยวกับการเข้าสู่วัยสูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ วรรณรา ชื่นวัฒนา และ ชูชีพ เบียดนอก[8] ซึ่งศึกษาการเตรียมตัวเพื่อการเข้าสู่วัยสูงอายุ ใน 4 ภาคของประเทศไทย พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.4) มีการรับรู้การเข้าสู่วัยสูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.6 มีความรู้ต่อการสูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.5 มีทัศนคติต่อการสูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง และมีส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.6) มีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการศึกษาพบปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 7 ปัจจัย ประกอบด้วย การประกอบอาชีพ, รายได้, การตรวจร่างกายประจำปี, อายุ (r=.190), ความรู้ต่อการเข้าสู่วัยสูงอายุ (r=.212), ทัศนคติต่อการเข้าสู่วัยสูงอายุ (r=.332) และ คุณภาพชีวิต (r=.463) ปัจจัยส่วนบุคคลในเรื่องของการประกอบอาชีพ และ การมีรายได้ มีความความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ โดยคนที่ประกอบอาชีพจะมีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุอยู่ในสูงกว่าคนที่ไม่ประกอบอาชีพ และ คนที่มีรายได้มีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุสูงกว่าคนที่ไม่มีรายได้ ซึ่ง การประกอบอาชีพและรายได้นับเป็นปัจจัยเอื้อในด้านเศรษฐกิจที่สนับสนุนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีความพร้อมในการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ หากภาวะเศรษฐกิจไม่ดี จะส่งผลให้มีความพร้อมต่อในการเตรียมตัวน้อย ดังผลการศึกษาของ ภานุวัฒน์ มีชนะ และ คณะ[10] ที่พบว่า ประชากรก่อนวัยสูงอายุที่มีหนี้สินของครัวเรือนถึงร้อยละ 78.0 ส่งผลให้มีความพร้อมในการเข้าสู่สูงอายุในระดับต่ำถึงร้อยละ 43.6 ซึ่งประชาชนกลุ่มนี้มีความพร้อมด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับต่ำถึงร้อยละ 83.3 ทั้งนี้จากผลการศึกษาในประชากรก่อนวัยผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยาครั้งนี้ พบว่า เกือบครึ่ง (43.16%) มีการเตรียมตัวด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งอาจเนื่องมาจากนโยบายของส่วนท้องถิ่นในการส่งเสริมการเตรียมตัวด้านเศรษฐกิจในกลุ่มประชากรก่อนวัยผู้สูงอายุ ยังไม่มีความชัดเจนมากนัก

นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับการเตรียมตัวเข้าวัยสูงอายุ โดยการที่บุคคลมีอายุเพิ่มขึ้น จะตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม มากขึ้นตามอายุที่เพิ่ม ทั้งนี้มีข้อแนะนำในการเตรียมพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุ ทั้งด้านสุขภาพกายและจิตใจ, ด้านการเงิน ควรมีการวางแผนทางการเงินล่วงหน้า เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 5-10 ปี เพื่อให้มีเวลาเก็บออมเงินให้เพียงพอไว้ใช้จ่ายในยามสูงอายุ, จัดเตรียมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับสภาพของวัยสูงอายุ, รวมทั้งการเตรียมผู้ดูแล เพราะเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สภาพร่างกายมีความเสื่อมถอย มีความต้องการการดูแลในยามเจ็บป่วยมากขึ้น[19] ดังนั้นจากผลการศึกษาที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ใน

ระดับต่ำกับการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุในครั้งนี้ ควรเป็นข้อพิจารณาเพื่อวางแผนการเตรียมความพร้อมโดยเริ่มต้นเมื่ออายุน้อยลง เพื่อการเข้าสู่สูงอายุอย่างมีคุณภาพ นอกจากนั้นการตรวจร่างกายประจำปีเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ โดยคนที่ตรวจร่างกายทุกปีจะมีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุสูงกว่าคนที่ไม่ตรวจร่างกาย ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจในการดูแลสุขภาพเป็นอย่างดี โดย มีพฤติกรรมการตรวจร่างกายประจำปีถึงร้อยละ 86.84 ซึ่งอาจเนื่องมาจาก ชุมชนที่ประชากรวัยก่อนสูงอายุอาศัยอยู่ เป็นเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต๋อม และ โรงพยาบาลพะเยา ซึ่งมีระยะไม่ไกลจากชุมชน ทำให้เข้าถึงบริการได้ง่าย นับเป็นปัจจัยเอื้อต่อการมีสุขภาพดีเข้าถึงแหล่งบริการเพื่อเตรียมตัวเพื่อการเข้าสู่วัยสูงอายุ รวมถึงสนับสนุนให้มีความเตรียมตัวเพื่อการเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นอย่างดี

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าความรู้ และ ทัศนคติเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ ดังผลการศึกษาของ พูลศักดิ์ พุ่มวิเศษ[20] ซึ่ง พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ เจตคติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ และ วรรณรา ชื่นวัฒนา และ ชูชีพ เบียดนอก[8] ได้เสนอรูปแบบในการส่งเสริมให้มีการเตรียมตัวเพื่อการเข้าสู่วัยสูงอายุได้ดีที่สุดคือการสร้างเสริมทัศนคติต่อการสูงอายุร่วมกับการสร้างประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ และการสร้างความเพียงพอของรายได้ โดยเน้นกลุ่มบุคคลที่เป็นเป้าหมายสำคัญคือกลุ่มบุคคลที่มีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุน้อยกว่ากลุ่มคนอื่น ๆ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตในวัยสูงอายุควบคู่ไปกับการสร้างทัศนคติทางบวก นอกจากนั้นผลการศึกษาในครั้งนี้ยังพบว่า คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ (r=.463) การที่ประชากรก่อนวัยผู้สูงอายุจังหวัดพะเยามีการรับรู้คุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (80.79%) ถึงระดับสูง (16.05%) จึงมีผลต่อทิศทางความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุในทางบวก ดังการศึกษาของ นลินี ทิพย์วงศ์และ ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร (2015) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวของการเข้าสู่สูงอายุในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ[13] และ ภาวะสุขภาพยังสามารถร่วมทำนายการเตรียมความพร้อมเพื่อเกษียณอายุในผู้ที่เกษียนแล้วในประเทศสหรัฐอเมริกา[21] และในประเทศไทย[22] จะเห็นได้ว่าการมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่ง ที่มีความสัมพันธ์ต่อความพร้อมต่อการเข้าสู่วัยสูงอายุ เพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมกิจกรรมการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุในด้านเศรษฐกิจเนื่องจากเป็นด้านที่มีคะแนนน้อยสุด เพื่อการก้าวสู่วัยผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ นอกจากนี้หน่วยงานส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมส่งเสริมการเตรียมความพร้อมการเข้าสู่ ผู้สูงอายุ ล่วงหน้าก่อนเข้าสู่สูงอายุเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 5-10 ปี ซึ่งการเตรียมตัวเข้าสู่สูงอายุตั้งแต่อายุน้อยจะทำให้มีความพร้อมมีการวางแผนที่ดีเพิ่มขึ้น ส่วนข้อเสนอแนะการทำวิจัยนั้นนักวิจัยควรพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความพร้อมในการเข้าสู่ผู้สูงอายุให้มีความเหมาะสมกับสภาพบริบทผู้เข้าสู่วัยสูงอายุในพื้นที่ซึ่งจะช่วยพัฒนาคุณภาพของผู้สูงอายุต่อไป

References

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population prospects: The 2017 Revision [Internet].2017.[cited 2018 Dec 15]. Available from: https://www.un.org/development/desa/publications/world-population-prospects-the-2017-revision.html.
2. Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security. Measures to drive the national agenda on the aging society.2nded.Bangkok: Amarin Printing and Publishing Public Company Limited.2019. (in Thai).

3. Department of Older Persons. Statistical data of the number of elderly in Thailand for the year 2018 with the POWER BI system [Internet].2018.[cited 2018 Jan 15].Available from: http://www.dop.go.th/th/know/1/153. (in Thai).
4. Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public health. Health Promotion Policy for Aging [Internet].2017 [cited 2018 Dec 1].Available from: http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/about/soongwai/topic001.php. (in Thai).
5. National Statistical Office. Pre-aging : how are they ready to become a senior [Internet].2016. [cited 2018 Jan 15]. Available from: http://www.nso.go.th/sites/2014/Lists/Infographic/ Attachments/49/Pre-aging-2560.pdf. (in Thai).
6. Ministry of Social Development and Human Security Thailand. National elderly plan No. 2 (BE 2545-2564). Revised edition No.1, BE 2552.Bangkok:Thep Phen Wanis.2010. (in Thai).
7. Leedy JJ, Wynbrandt J. Executive retirement management. New York: Facts on File; 1987.
8. Chuenwattana W, Beadnok C. Perception and Preparation for Aging of Thai Pre-elderly Population. Pathumthani UniversityAcademic Journal 2012;4(2):197-208. (in Thai).
9. Panajapol C. Preparing for the old age: a case study from office of the permanent secretary, Ministry of Public Health(Central)[Master thesis]. Bangkok: Thammasat University.2015. (in Thai).
10. Meechana P, Khansakorn N, Silawan T, Rawiworrakul T, PhijaisanitNong P. Readiness of pre-aging population for quality aging society in Nongyasai Sub district, Nongyasai District. EAU Heritage Journal Science and Technology 2017;11(1):259-71. (in Thai).
11. World Health Organization. Programme on mental health: WHOQOL measuring quality of life. Geneva: WHO;1997.
12. Tongdee J, Rongmuang D, Nakchatree C. Health status and quality of life among the elderly in the southern border provinces of Thailand. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2012;22(3):88-99.
13. Tipwong N, Suppapitiporn S. Quality of life and preparation for quality aging, Society of Registered Nurses of private hospital, Bangkok Metropolis. Chula Med J 2017;61(1):103-15. (in Thai).
14. Department of Older Persons. Statistics of the elderly in Thailand from 77 provinces, data at 31st of December 2018 [Internet].2017[cited 2019 Jan 15].Available from: http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1550973505-153_0.pdf. (in Thai).
15. Health data center, Registration data for the year 2018 [Internet]. 2018. [cited 2018 Dec 1]. Available from: http://203.209.96.245/sapa/frontend/web/index.php?r=popmoi/popgr. (in Thai).
16. Local Registration Office, Ban Tom Municipality. annual peport 2018. (in Thai).
17. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. 3rded. NewYork: Harper and Row Publications; 1973.
18. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Quality of life indicators of the World Health Organization, Thai abbreviated vversion (WHOQOL-BREF-THAI) [Internet].2017.[cited 2018 Dec 1]. Available from: https://www.dmh.go.th/test/whoqol/. (in Thai).
19. Thai Health Promotion Foundation. Preparing for aging society [Internet]. 2018.[cited 2018 Dec 1]. Available from: https://www.thaihealth.or.th/Content/43716-รับมือสังคมสูงวัย.html. (in Thai).

20. Pumwiset P. Self health care behaviors among elderly in Nonthaburi Province. Research Report [Internet]. 2011. [cited 2018 December 1]. Available from: http://research.rpu.ac.th/wp-content/uploads/2017/08/Pulsak-Pumwiset_2554.pdf. (in Thai).
21. Kim J, Kwan J, Anderson, EA. Factors related to retirement confidence : retirement preparation and workplace financial education. Financial Counseling and Planning 2005;16:77-89.
22. Pichitkultham P, Thunsiri C, Hormsin P. Factors predicting health preparation for aging society among community-dwelling people in Wangchan district, Rayong Province 2019;27(1): 89-99. (in Thai).

ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และผลการสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของผู้สำเร็จการศึกษาพยาบาล จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

Relationship between Learning Styles, Learning Achievement, and Nursing and Midwifery National Licensing Examination of Nursing Graduates from Boromarajonani College among Nursing Udonthani

จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ์[1] พิมพ์วลัญช์ อายุวัฒน์[1] ปรานต์ศศิ เหล่ารัตน์ศรี[1] อรวรรยา ภูมิศรีแก้ว[1]

Jittanun Srisuwan[1] Pimwalunn Aryuwat[1] Pransasi Laoratsri[1] Ornwanya Poomsrikeaw[1]

[1]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

[1]Borramarajonnani College of Nursing Udonthani

Corresponding author: Jittanun Srisuwan; Email: sri.jittanun@bcnu.ac.th

Received: 22 April 2019 **Revised:** 21 May 2019 **Accepted:** 1 November 2015

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และผลการสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาติประกอบวิชาชีพพยาบาลและการผดุงครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2560 จำนวน 119 คน ใช้แบบประเมินรูปแบบการเรียนรู้ของ Felder and Solomon Index (ILS) ซึ่งมีรูปแบบการเรียนรู้ ประกอบด้วย 1. การลงมือปฏิบัติ-การสะท้อนคิด 2.การใช้ประสาทสัมผัส-สัญชาตญาณ 3.การมองเห็น-การพูดหรือการใช้ภาษา และ 4. เข้าใจข้อมูลเป็นส่วน ๆ-เข้าใจข้อมูลภาพรวม วิเคราะห์ข้อมูลข้อทั่วไปโดยใช้สถิติแบบบรรยาย และ สถิติ Chi-square วิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรที่ศึกษา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการเรียนรู้ที่พบมากที่สุด คือ ประสาทสัมผัส การมองเห็น และการลงมือปฏิบัติ ตามลำดับ ทั้งนี้รูปแบบการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติและการเข้าใจข้อมูลเป็นส่วน ๆ มีความสัมพันธ์กับผลการสอบขึ้นทะเบียนฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนมีความสัมพันธ์กับผลการสอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่รูปแบบการเรียนรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนด้วยวิธีการสอนที่หลากหลายจะส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและผลการสอบขึ้นทะเบียนฯ ได้สูงขึ้นแต่การศึกษาปัจจัยอื่น ๆที่อาจส่งผลต่อการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาลควรศึกษาต่อไป

คำสำคัญ: ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน; รูปแบบการเรียนรู้; การสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสภาการพยาบาลและการผดุงครรภ์

Relationship between Learning Styles, Learning Achievement, and Nursing and Midwifery National Licensing Examination of Nursing Graduates from Boromarajonani College among Nursing Udonthani

Jittanun Srisuwan[1] Pimwalunn Aryuwat[1] Pransasi Laoratsri[1] Ornwanya Poomsrikeaw[1]

[1]Borramarajonnani College of Nursing Udonthani

Corresponding author: Jittanun Srisuwan; Email: sri.jittanun@bcnu.ac.th

Received: 22 April 2019 **Revised:** 21 May 2019 **Accepted:** 1 November 2015

Abstract

The aim of this descriptive correlation research was to explore the relationship between learning styles, learning achievement, and the Nursing and Midwifery National Licensing Examination. The data were collected from 119 nursing graduates from the Borramarajonnani College of Nursing, Udonthani, Thailand. The Felder and Solomon Index (ILS) questionnaire was adopted for data collection in the first semester of Academic Year 2018. The ILS consists of four groups: processing information (active-reflective), perceiving information (sensing-intuitive), receiving information (visual-verbal), and understanding information (sequential-global). The Chi-square test was used for data analysis. Overall, nursing students presented a well-balanced mix learning styles. The top three highest used styles were sensory, visual, and active (94.11%, 90.75%, and 73.10%, respectively). Interestingly, active and sequence learning styles were significantly related to the licensing examination result. Also, learning achievement was significantly related to the licensing result. However, all types of learning styles were not significantly related to learning achievement. In conclusion, despite different learning styles among nursing graduates, a well-balanced mix of learning styles were addressed. As a result, the blended teaching methods such as case study, practice, and simulation-based learning should be used more for enhancing the achievement of learning and the outcome of the license examination. Additionally, further study of the factors that are releated to the nursing and midwifery licensing examination outcomes and learning achievement among nursing graduates should be explored further.

Keywords: learning achievement; learning styles; nursing and midwifery national licensing examination

ความเป็นมาและความสำคัญ

จากแนวคิดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ที่เน้นระบบการศึกษาให้เชื่อมโยงระหว่างผู้สอน ผู้เรียน ตลอดจนให้ครอบคลุมเข้าสู่ระดับชุมชน ที่เป็นการเปลี่ยนแปลงระบบการศึกษาแบบเดิม เช่น ให้ผู้สอนเป็นผู้มอบความรู้ เป็นผู้ส่งเสริมหรือออกแบบการเรียนรู้ให้ออกจากห้องเรียน เป็นการเรียนทางไกลหรือสามารถเรียนตามความต้องการของผู้เรียนโดยใช้เครือข่ายอินเตอร์เน็ต[1] ถึงแม้ว่าระบบการศึกษาจะมีการพัฒนาให้สอดคล้องกับยุคสมัยอย่างต่อเนื่อง แต่หากสถาบันการศึกษาและผู้สอนไม่มีความเข้าใจและตระหนักถึงความแตกต่างของรูปแบบการเรียนรู้ (learning style) ของผู้เรียนแต่ละบุคคล การเรียนการสอนนั้นอาจจะยากที่จะประสบความสำเร็จได้ เนื่องจากรูปแบบการเรียนรู้แต่ละรูปแบบจะส่งผลต่อการเรียนของผู้เรียนได้ หากผู้สอนสามารถรู้ว่าผู้เรียนแต่ละบุคคลมีรูปแบบการเรียนรู้เป็นแบบใด จะสามารถส่งเสริมให้ผู้เรียนมีโอกาสพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ได้อย่างเต็มกำลังความสามารถ[2]

รูปแบบการเรียนรู้ของผู้เรียนมีหลากหลาย เช่น Fleming and Mills แบ่งรูปแบบการเรียนรู้ ตามความถนัดในการรับข้อมูล เรียกว่า VARK Model โดยมี 4 รูปแบบ ดังนี้ 1.การเรียนรู้ผ่านการดูหรือการมองเห็น (visaul) ซึ่งผู้เรียนกลุ่มนี้จะเรียนรู้ได้ดีจากรูปภาพ แผนที่ หรือกราฟฟิคต่าง ๆ 2.การเรียนรู้ผ่านการได้ยินหรือการฟัง (aural/auditory) โดยที่ผู้เรียนจะเรียนรู้ได้ดีจากการถ่ายทอดจากผู้อื่นจากการสนทนา การบรรยาย การอภิปราย 3.การเรียนรู้ผ่านการอ่านหรือการเขียน (read or write) ซึ่งผู้เรียนสามารถจดจำสิ่งต่าง ๆ ได้ดีจากการเขียนรายงาน การเขียนเรียงความหรือการอ่านจากแหล่งความรู้ต่าง ๆ 4.การเรียนรู้ผ่านการสัมผัสหรือจากการปฏิบัติ (kinesthetic) การเรียนรู้แบบนี้ ผู้เรียนจะชอบการเรียนการสอนแบบการทดลอง การสาธิตย้อนกลับ และการปฏิบัติ[3] ในขณะที่ David Kolb แบ่งการเรียนรู้ตาม Theory of Experimental Learning กล่าวคือ ผู้เรียนจะเกิดกระบวนการเรียนรู้และการปรับตัวเมื่อประสบกับเหตุการณ์หรือสิ่งใหม่ ซึ่งมีกระบวนการ 4 ขั้น ดังนี้ ขั้นที่ 1.การเรียนรู้จากประสบการณ์เชิงรูปธรรมที่เกิดขึ้น (concrete experimentation : CE) ขั้นที่ 2.การไตร่ตรองหรือการสังเกตจากประสบการณ์เดิม (reflective observation : RO) ขั้นที่ 3.การสรุปเป็นหลักการนามธรรม (abstract conceptualization : AC) ขั้นที่ 4.การวางแผนทดลองที่จะทำก่อนปฏิบัติจริง (active experimentation : AE) ซึ่งผู้เรียนจะเน้นแต่ละขั้นตอนแตกต่างกัน ทำให้มีรูปแบบการเรียนรู้แตกต่างกัน 4 แบบ ดังนี้ 1. แบบคิดอเนกนัย (divergent) 2.แบบดูดซึม (assimilative) 3.แบบเอกนัย (convergent) 4. แบบปรับปรุง (accommodation) David Kolb เชื่อว่ากระบวนการเรียนรู้ของผู้เรียนแต่ละบุคคลนั้นมีปัจจัยหลายอย่างที่ส่งผลต่อการเรียนรู้ เช่น สังคม สิ่งแวดล้อม ประสบการณ์เกี่ยวกับการศึกษา และลักษณะโครงสร้างพื้นฐานการจำ[4] นอกจากนี้ ปี ค.ศ.1988 Felder and Silverman[5] แบ่งรูปแบบการเรียนรู้ออกเป็น 5 รูปแบบใหญ่และแบ่งออกเป็นอีก 10 รูปแบบย่อย ดังนี้ 1. รูปแบบการเรียนรู้แบบการรับรู้ (perception) แบ่งออกเป็น 1.1 การรับรู้ผ่านระบบประสาทสัมผัส (sensory) หรือ 1.2 การรับรู้ผ่านสัญชาตญาณ (intuitive) 2. รูปแบบการเรียนรู้แบบการนำเข้าข้อมูล (input) แบ่งออกเป็น 2.1 การนำเข้าข้อมูลผ่านการมองเห็น (visual) หรือ 2.2 การนำเข้าข้อมูลผ่านการพูดหรือการใช้ภาษา (Auditory) 3. รูปแบบการเรียนรู้แบบการจัดข้อมูลอย่างมีระบบ (organisation) แบ่งออกเป็น 3.1 การจัดระบบข้อมูลแบบอุปนัย/อุปมาน (inductive) หรือ 3.2 การจัดระบบข้อมูลแบบนิรนัย/อนุมาน (deductive) 4.รูปแบบการเรียนรู้แบบการจัดกระทำข้อมูล (processing) ได้แก่ 4.1 การเรียนรู้ผ่านการจัดกระทำข้อมูลโดยผ่านการลงมือปฏิบัติ (active) หรือ 4.2 การเรียนรู้ผ่านการจัดกระทำข้อมูลโดยผ่านการสะท้อนคิด (reflecive) 5.รูปแบบการเรียนรู้แบบการทำความเข้าใจข้อมูล (understanding) แบ่งออกเป็น 5.1 การทำความเข้าใจข้อมูลเป็นขั้นตอนหรือเป็นส่วน ๆ (sequential) หรือ 5.2 การทำความเข้าใจข้อมูลจากข้อมูลทั้งหมดหรือจากข้อมูลภาพรวม (global)[5] ต่อมา ปี ค.ศ.2002 Felder and Solomon[6] ได้พัฒนาปรับปรุงรูปแบบการเรียนรู้เนื่องจาก Felder เชื่อว่า รูปแบบการเรียนรู้แบบการจัดข้อมูลอย่างมีระบบแบบ inductive มีความเหมาะสมกับนักเรียนมัธยมแต่การเรียนการสอนระดับอุดมศึกษามีความเหมาะสมกับแบบ deductive มากกว่า ดังนั้น Felder จึงตัดรูปแบบการเรียนรู้แบบนี้ออก รวมถึงปรับปรุงรูปแบบการนำเข้าข้อมูลแบบ visual

และ auditory เปลี่ยนเป็น visual และ verbal เพื่อให้เกิดความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ Felder and Solomon[6] แบ่งรูปแบบการเรียนรู้เป็น 4 รูปแบบใหญ่และแบ่งออกเป็น 8 รูปแบบย่อย ดังนี้ 1.รูปแบบการเรียนรู้แบบการจัดกระทำข้อมูล (processing information) ได้แก่ 1.1 การเรียนรู้ผ่านการจัดกระทำข้อมูลโดยผ่านการลงมือปฏิบัติ (active learning style) หรือ 1.2 การเรียนรู้ผ่านการจัดกระทำข้อมูลโดยผ่านการสะท้อนคิด (reflecive learning style) 2. รูปแบบการเรียนรู้แบบการรับรู้ (perceiving information) แบ่งออกเป็น 2.1 การรับรู้ผ่านระบบประสาทสัมผัส (sensing learning style) หรือ 2.2 การรับรู้ผ่านสัญชาตญาณ (intuitive learning style) 3. รูปแบบการเรียนรู้แบบการนำเข้าข้อมูล (receiving information) แบ่งออกเป็น 3.1 การนำเข้าข้อมูลผ่านการมองเห็น (visual learning style) หรือ 3.2 การนำเข้าข้อมูลผ่านการพูดหรือการใช้ภาษา (verbal learning style) 4. รูปแบบการเรียนรู้แบบการทำความเข้าใจข้อมูล (understanding information แบ่งออกเป็น 4.1 การทำความเข้าใจข้อมูลเป็นขั้นตอนหรือเป็นส่วน ๆ (sequential learning style) หรือ 4.2 การทำความเข้าใจข้อมูลจากข้อมูลทั้งหมดหรือจากข้อมูลภาพรวม (global learning style)[5-6]

เนื่องด้วยรูปแบบการเรียนรู้มีหลากหลาย แต่การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลที่ผ่านมาพบว่า การศึกษาวิจัยส่วนใหญ่เลือกใช้รูปแบบการเรียนรู้ของ VARK, Grasha and Riechman และ David Kolb ตามความเชื่อและเหตุผลที่แตกต่างกัน สำหรับรูปแบบการเรียนรู้ของ Felder and Solomon[6] นั้นมีความละเอียด ครอบคลุมในการแบ่งแยกรูปแบบการเรียนรู้ของผู้เรียนแต่ละบุคคล โดยเพิ่มการจำแนกรูปแบบการเรียนรู้จากญาณหยั่งรู้หรือสัญชาตญาณ (intuitive learning style) และการสะท้อนคิดหรือการคิดไตร่ตรอง (reflective learning style)[7] ทำให้รูปแบบการเรียนรู้ของผู้เรียนมีความชัดเจนและรูปธรรม เข้าใจง่ายสอดคล้องกับลักษณะของความแตกต่างหลากหลายของแต่ละบุคคลได้อย่างชัดเจน จากการศึกษาวิจัยเชิงบรรยายเรื่องรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ของอัศวินี นามะกันคำ และพจนีย์ ภาคภูมิ[6] พบว่า รูปแบบการเรียนรู้ของ Felder and Solomon มีความชัดเจนในด้านการนำมาใช้ในการออกแบบการเรียนการสอนให้เหมาะสมกับผู้เรียน ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาในการจัดการเรียนการสอนได้[7] ดังนั้นในการศึกษาวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงได้เลือกใช้รูปแบบการเรียนรู้ของ Felder and Solomon มาใช้ในการประเมินรูปแบบการเรียนรู้ของผู้เรียน เนื่องจากถึงแม้ว่าจะมีการศึกษารูปแบบการเรียนรู้หลากหลาย แต่ยังไม่มีการศึกษาวิจัยใดที่สามารถสรุปได้ว่า รูปแบบการเรียนรู้แบบใดดีที่สุด หรือรูปแบบการเรียนรู้แบบใดที่สามารถทำให้การเรียนรู้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด รวมถึงยังไม่มีการศึกษาวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้และผลการสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสภาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ดังนั้นหากผู้สอนและผู้เรียนรับรู้ว่ารูปแบบการเรียนรู้ของผู้เรียนเป็นแบบใดอาจจะสนับสนุนให้การจัดการเรียนการสอนมีความเหมาะสมกับผู้เรียนและเกิดประสิทธิภาพสูงสุดได้ ตลอดจนเพื่อส่งเสริมผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและการสอบขึ้นทะเบียนฯ ได้ ด้วยเหตุผลที่กล่าวมา ทำให้ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญและให้ความสนใจในการศึกษารูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล ที่อาจมีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และผลการสอบขึ้นทะเบียนฯ เพื่อนำมาพัฒนาวิธีการเรียนการสอนที่เหมาะสมสำหรับผู้เรียนได้ และคาดว่าจะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งอาจส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลสามารถพัฒนาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้และผลการสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและผลการสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี

สมมุติฐานการวิจัย

1. รูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี มีความแตกต่างกัน

2. รูปแบบการเรียนรู้และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี มีความสัมพันธ์กัน

3. รูปแบบการเรียนรู้และผลการสอบขึ้นทะเบียนขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี มีความสัมพันธ์กัน

4. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและผลการสอบขึ้นทะเบียนขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี มีความสัมพันธ์กัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ เป็นวิจัยแบบบรรยายเพื่อหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี ปีการศึกษา 2560 ทั้งหมดจำนวน 119 คน

กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มประชากรทั้งหมด

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินรูปแบบการเรียนรู้ของ Felder and Solomon Index (ILS)[6] จำนวน 44 ข้อ ซึ่งรูปแบบการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลออกเป็นทั้ง 4 มิติ โดยแต่ละมิติจะแบ่งออกเป็น 2 ด้าน ดังนี้ 1)ด้านการจัดกระทำข้อมูล เป็นแบ่งเป็นแบบลงมือปฏิบัติ-แบบสะท้อนคิด 2)ด้านการนำเข้าข้อมูล โดยผ่านประสาทสัมผัส-สัญชาตญาณ 3)ด้านการรับรู้ โดยผ่านการมองเห็น-การพูดหรือการใช้ภาษา 4)ด้านการทำความเข้าใจข้อมูล โดยผ่านการทำความเข้าใจข้อมูลเป็นส่วน ๆ หรือเป็นขั้นตอน-การทำความเข้าใจข้อมูลทั้งหมด ทั้งนี้รูปแบบการเรียนรู้จะแต่ละมิติจะมีระดับคะแนน 1, 3, 5, 7, 9, 11 ตามลำดับ ซึ่งคะแนน 1 หมายถึง รูปแบบการเรียนรู้ระดับต่ำมาก คะแนน 3 หมายถึง รูปแบบการเรียนรู้ระดับต่ำ คะแนน 5 หมายถึง รูปแบบการเรียนรู้จะระดับพอใช้ คะแนน 7 หมายถึง รูปแบบการเรียนรู้ระดับปานกลาง คะแนน 9 หมายถึง รูปแบบการเรียนรู้ระดับสูง คะแนน 11 หมายถึง รูปแบบการเรียนรู้ระดับสูงมาก

ผู้วิจัยแปลคำถามเป็นภาษาไทย และให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญด้านภาษาที่สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศให้ตรวจสอบความเท่าเทียมของการแปลข้อคำถามแบบ Direct Translation แล้วมีการทดลองใช้กับนักศึกษานักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 จำนวน 100 คน เพื่อประเมินการรับรู้ความหมายของคำถามที่แปลเป็นภาษาไทย พบว่า มีการรับรู้ความหมายของคำถามถูกต้อง ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามอยู่ในระดับดี โดยสัมประสิทธิ์ของแบบสอบถาม คือ .75

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านพิจารณาการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี เลขที่โครงการวิจัย IRB BCNU 044-003 ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และเมื่อเข้าร่วมวิจัยแล้วสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาของการทำวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และสามารถตอบแบบสอบถามหรือแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมได้อย่างอิสระ ข้อมูลที่ได้นำมาใช้เฉพาะในงานวิจัยครั้งนี้เท่านั้นพร้อมทั้งให้คำรับรองกับกลุ่มตัวอย่างว่าจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินรูปแบบการเรียนรู้ของ Felder and Solomon Index (ILS)[6] จำนวน 44 ข้อ ที่แปลเป็นภาษาไทยแล้วให้นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 จำนวน 119 คน ตอบแบบสอบถามให้ จากนั้นทีมผู้วิจัยนำแบบสอบถามของนักศึกษาไปกรอกข้อมูลในเวบไซด์ https://www.webtools.ncsu.edu/learningstyles/ ซึ่งโปรแกรมจะประมวลคะแนนและระบุรูปแบบการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลออกเป็น 4 มิติ โดยแต่ละมิติจะแบ่งออกเป็น 2 ด้าน โดยระบุคะแนนด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น ทั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในภาคการเรียนที่ 3 ปีการศึกษา 2560

2. ข้อมูลผลการสอบการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ผู้วิจัยทำบันทึกข้อความเพื่อขอข้อมูลผลการสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพจากงานทะเบียนวัดผลฯ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี ทั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเมื่อนักศึกษาสำเร็จการศึกษา และประกาศผลสอบแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ รูปแบบการเรียนรู้ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ผลการสอบขึ้นทะเบียนฯ และใช้สถิติ Chi-square เพื่อหาความสัมพันธ์ข้อมูลเชิงกลุ่มระหว่างตัวแปร

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามคืนร้อยละ 100 จำนวน 119 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 107 คน ร้อยละ 89.9 อายุส่วนใหญ่ 22 ปี จำนวน 112 คน ร้อยละ 94.1 รูปแบบการเรียนรู้ส่วนใหญ่ คือ การเรียนรู้ผ่านระบบประสาทสัมผัส จำนวน 112 คน ร้อยละ 94.11 อันดับรองลงมา คือ รูปแบบการเรียนรู้ผ่านการดูหรือการมองเห็น จำนวน 108 คน ร้อยละ 90.75 และรูปแบบการเรียนรู้ที่พบน้อยที่สุด คือ รูปแบบการเรียนรู้ผ่านสัญชาตญาณ จำนวน 7 คน ร้อยละ 5.88 ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี GPA 3.01-3.50 จำนวน 69 คน ร้อยละ 58 อันดับรองลงมาคือมี GPA 2.51-3.00 จำนวน 44 คน ร้อยละ 37.0 และ GPA 3.51-4.00 พบน้อยที่สุด จำนวน 2 คน ร้อยละ 1.7 สำหรับผลการสอบขึ้นทะเบียนฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ผ่านทั้งหมด 8 รายวิชา จำนวน 93 คน ร้อยละ 78.2 อันดับรองลงมาสอบผ่านฯ 7 รายวิชา จำนวน 19 คน ร้อยละ 16 และกลุ่มตัวอย่างสอบผ่านฯ 4 รายวิชา จำนวน 1 คน ร้อยละ .8 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
1. รูปแบบการเรียนรู้		
1.1 Active	87	73.10
1.2 Reflective	32	26.89
1.3 Sensory	112	94.11
1.4 Intuitive	7	5.88
1.5 Visual	108	90.75
1.6 Verbal	11	9.24
1.7 Sequential	46	38.65
1.8 Global	73	61.34

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
2. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (GPA)		
2.1 GPA 2.00-2.50	4	3.4
2.2 GPA 2.51-3.00	44	37.0
2.3 GPA 3.01-3.50	69	58.0
2.4 GPA 3.51-4.00	2	1.7
รวม	119	100
3. ผลการสอบขึ้นทะเบียนฯ		
3.1 นักศึกษาสอบผ่าน 4 รายวิชา	1	.8
3.2 นักศึกษาสอบผ่าน 5 รายวิชา	3	2.5
3.3 นักศึกษาสอบผ่าน 6 รายวิชา	3	2.5
3.4 นักศึกษาสอบผ่าน 7 รายวิชา	19	16
3.5 นักศึกษาสอบผ่าน 8 รายวิชา	93	78.2
รวม	119	100

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและผลการสอบขึ้นทะเบียนฯ พบว่า รูปแบบการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติ (Active) (χ^2 = 36.182, df =20, p <.01) และรูปแบบการเรียนรู้แบบเข้าใจข้อมูลเป็นส่วนๆ (Sequence) (χ^2 = 30.730, df = 20, p <.01) มีความสัมพันธ์กับผลการสอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนมีความสัมพันธ์กับผลการสอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 32.357, df = 3, p <.05) แต่อย่างไรก็ตามรูปแบบการเรียนรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2, 3 และ 4

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติกับผลการสอบขึ้นทะเบียนฯ

รูปแบบการเรียนรู้	ผลการสอบขึ้นทะเบียนฯ						χ^2	df	P-value
	1. ผ่าน 4 วิชา n (%)	2. ผ่าน 5 วิชา n (%)	3. ผ่าน 6 วิชา n (%)	4. ผ่าน 7 วิชา n (%)	5. ผ่าน 8 วิชา n (%)	รวม %			
Active คะแนน 1	0	0	0	6(20.7%)	23(79.3%)	100%	36.182	20	.01*
Active คะแนน 3	0	1(3.3%)	2(6.7%)	4(13.3%)	23(76.7%)	100%			
Active คะแนน 5	0	0	0	6(35.3%)	11(64.7%)	100%			
Active คะแนน 7	0	(25%)	0	0	3(75%)	100%			
Active คะแนน 9	0	0	0	0	2(100%)	100%			
Active คะแนน 11	(20%)	0	0	0	4(80%)	100%			

*p<.05

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้แบบเข้าใจข้อมูลเป็นส่วน ๆ กับผลการสอบขึ้นทะเบียนฯ

รูปแบบการเรียนรู้	ผลการสอบขึ้นทะเบียนฯ						χ^2	df	
	1. ผ่าน 4 วิชา n (%)	2. ผ่าน 5 วิชา n (%)	3. ผ่าน 6 วิชา n (%)	4. ผ่าน 7 วิชา n (%)	5. ผ่าน 8 วิชา n (%)	รวม %			
Sequence **คะแนน 1**	0	0	0	5(17.9%)	23(82.1%)	100%	30.730	20	
Sequence **คะแนน 3**	0	2(10.5%)	1(5.3%)	1(5.3%)	15(78.9%)	100%			
Sequence **คะแนน 5**	0	0	1(7.1%)	3(21.4%)	10(71.4%)	100%			
Sequence **คะแนน 7**	0	0	0	0	2(100%)	100%			
Sequence **คะแนน 9**	1(20%)	1(20%)	0	2 (40%)	1(20%)	100%			
Sequence **คะแนน 11**	0	0	0	5(50%)	5(50%)	100%			

*p<.05

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนกับผลการสอบขึ้นทะเบียนฯ

ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน	ผลการสอบขึ้นทะเบียนฯ		χ^2	df	P-value
	ผ่านทั้งหมด 8 วิชา n (%)	ไม่ผ่าน 0- 8 วิชา n (%)			
2.00-2.50	0	4 (16.7%)	32.357	3	.00*
2.51-3.00	28 (29.5%)	16 (66.7%)			
3.01-3.50	65 (68.4%)	4 (16.7%)			
3.51-4.00	2 (2.1%)	0			
รวม %	100%	100%			

*p<.05

การอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทีมผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้ สมมติฐานข้อที่ 1. รูปแบบการเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันและหลากหลาย รูปแบบการเรียนรู้ที่พบมากที่สุด คือ รูปแบบการเรียนรู้จากการรับรู้ผ่านระบบประสาทสัมผัส (sensory) ผู้เรียนกลุ่มนี้จะรับรู้ความรู้หรือรับรู้สิ่งต่าง ๆ จากการใช้ระบบประสาททั้งหมด เช่น การได้ยินเสียง การสัมผัสทางกาย ผู้เรียนกลุ่มนี้ชอบเรียนรู้ด้วยการสรุปความรู้จากข้อมูล ข้อเท็จจริง ประสบการณ์ และผู้เรียนชอบการแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการที่มีมาตรฐานสากลทั่วไป ไม่ชอบวิธีการที่แปลกใหม่ รูปแบบการเรียนรู้ที่พบมากอันดับสอง คือ การนำเข้าข้อมูลผ่านการมองเห็น (visual) ผู้เรียนกลุ่มนี้สามารถเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ได้ดีจากการที่ได้เห็นภาพกราฟฟิค สัญลักษณ์ต่าง ๆ ภาพยนตร์ รวมถึงจากการสังเกตต่าง ๆ ผู้เรียนสามารถถ่ายทอดสิ่งที่มองเห็นให้กับผู้อื่นได้ดี และรูปแบบการเรียนรู้ที่พบมากอันดับสาม คือ การจัดกระทำข้อมูลผ่านการลงมือปฏิบัติ (active) เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ในการลงมือกระทำ การทดลองหรือการปฏิบัติ ผู้เรียนชอบทำงานกลุ่ม จะจดจำและเข้าใจได้ดีเมื่อได้อภิปรายขั้นตอนการปฏิบัติเกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ ให้กับบุคคลอื่นทราบ[5] ในขณะที่รูปแบบการเรียนรู้ที่พบน้อยที่สุด คือ การรับรู้ผ่านสัญชาตญาณ (intuitive) ซึ่งเป็นการเรียนรู้โดยอาศัยสัญชาตญาณทางจิตไร้สำนึก เช่น ความทรงจำ

การใช้จินตนาการ การใช้ลางสังหรณ์ และการตระหนักรู้ ผู้เรียนกลุ่มนี้จะชอบการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ มีแนวคิดเชิงนามธรรมระดับดี มักทำงานรวดเร็ว แต่อาจไม่รอบคอบ ขาดความระมัดระวัง ไม่ชอบหลักสูตรหรือการเรียนการสอนที่ต้องอาศัยความจำเป็นหลัก[8] จากผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของอัศวินี นามะกันคำ และพจนีย์ ภาคภูมิ[7] ที่ศึกษารูปแบบการเรียนรู้ตามกรอบแนวคิดของ Felder and Silverman[5] พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มีรูปแบบการเรียนรู้ที่หลากหลาย ส่วนใหญ่พบการเรียนรู้แบบการรับรู้ผ่านระบบประสาทสัมผัส การเรียนรู้แบบการนำเข้าข้อมูลผ่านการมองเห็น และการเรียนรู้แบบการจัดกระทำข้อมูลผ่านการลงมือปฏิบัติ[8-9] รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของบุญเตือน วัฒนกุล และคณะ ที่ศึกษารูปแบบการเรียนรู้ตาม VARK Model พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรูปแบบการเรียนรู้แบบอ่าน-เขียน การดู และการลงมือปฏิบัติ ตามลำดับ[8] นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ พรณิศา แสนบุญส่ง ที่ศึกษารูปแบบการเรียนรู้ตามกรอบแนวคิดของ Grasha and Reichman พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเรียนรู้แบบร่วมมือ แบบหลีกเลี่ยง ตามลำดับ[10]

จากผลการวิจัยนี้ พบว่า รูปแบบการเรียนรู้ของผู้เรียนมีความหลากหลายแตกต่างกัน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ระบบการศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี เน้นองค์ความรู้ตามหลักวิทยาศาสตร์ โดยยึดหลักตามมาตรฐานการศึกษาและมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และมีการจัดการเรียนสอนแบบผสมผสาน (blended learning) ซึ่งวิธีการสอนแบบผสมผสานนี้สามารถส่งเสริมให้ผู้เรียนมีรูปแบบการเรียนรู้ที่แตกต่างกันและหลากหลายได้ เนื่องจากวิธีการสอนต่าง ๆ เช่น การบรรยาย การใช้สื่อหรือสื่อบุคคลแสดงให้เห็นภาพชัดเจน การสอนแบบกรณีศึกษา การอภิปรายกลุ่ม การจำลองสถานการณ์เสมือนจริง การอภิปรายกลุ่ม การทำงานรายงานกลุ่ม ซึ่งวิธีการสอนเหล่านี้ได้เน้นให้ผู้เรียนเข้าใจเนื้อหาในเชิงทฤษฎีและหลักปฏิบัติ จากรูปแบบการเรียนการสอนดังกล่าวสามารถส่งเสริมให้ผู้เรียนมีรูปแบบการเรียนรู้จากรูปธรรมจากข้อเท็จจริงผ่านการรับรู้โดยระบบประสาทสัมผัส หรือจากองค์ความรู้ที่เป็นไปตามมาตรฐานสากลทั่วไป และสามารถฝึกปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาลที่ถูกต้องตามมาตรฐานผ่านจัดกระทำข้อมูลโดยการลงมือปฏิบัติ วิธีการและกระบวนการเรียนการสอนที่ทำซ้ำ ๆ จากการสาธิตย้อนกลับ การสังเกต การมองเห็นภาพ การดูวีดีโอ จะเกิดการเรียนรู้จากการนำเข้าข้อมูลโดยการมองเห็น[8] แต่อย่างไรก็ตามกระบวนการเรียนรู้นั้นเกิดจากหลายองค์ประกอบ เช่น ระดับสติปัญญา พฤติกรรมการเรียน ประสบการณ์ทางการเรียนและภาวะสุขภาพของผู้เรียน รวมถึงสภาพแวดล้อม อากาศ และระบบการจัดการเรียนการสอน เช่น การฝึกปฏิบัติงานตามโรงพยาบาลหรือหน่วยงานบริการสุขภาพต่าง ๆ ซึ่งอาจส่งผลต่อรูปแบบการเรียนรู้ของผู้เรียน กล่าวคือ การฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลอาจก่อให้เกิดความเครียด เหนื่อยล้า การปรับตัวในแหล่งฝึกปฏิบัติจากแผนกต่าง ๆ ของแต่ละโรงพยาบาลที่มีความหลากหลายและเร่งรีบ เร่งด่วนแตกต่างกันตามขนาดหรือระดับโรงพยาบาลนั้น ๆ ดังนั้นองค์ประกอบของกระบวนการเรียนรู้ที่กล่าวมา จึงส่งผลให้ผู้เรียนมีรูปแบบการเรียนรู้ที่หลากหลายและแตกต่างกัน[10]

สมมติฐานข้อที่ 2. ภาพรวมของรูปแบบการเรียนรู้และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งผลจากการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของศิริรัตน์ จำปีเรือง จิราจันทร์ คณฑา และวงศ์สิริ แจ่มฟ้า ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรูปแบบการเรียนรู้ที่หลากหลาย และภาพรวมของรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลไม่สัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนตลอดหลักสูตร แต่อย่างไรก็ตามรูปแบบการเรียนรู้ที่หลากหลายอาจส่งเสริมให้ผลการเรียนสูงขึ้นได้[11] เช่น รูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือในแบบเพื่อนช่วยเพื่อน ทำให้นักศึกษาแพทย์มีโอกาสเรียนรู้จากเพื่อนและมีการประเมินผลในเชิงบวก[12] และการศึกษาของเสน่ห์ เดชะวงศ์ และสมพร โกมารทัต พบว่า รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของนักศึกษามีความสัมพันธ์กับผลการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[13] แต่ผลการศึกษานี้มีความขัดแย้งกับการศึกษาของพรณิศา แสนบุญส่ง ที่พบว่า รูปแบบการเรียนรู้มีความสัมพันธ์กับระดับชั้นปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ไม่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[10] ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า มีปัจจัย 3 ปัจจัยหลักที่มี

ผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางเรียน เช่น 1.ปัจจัยผู้เรียน (ระดับสติปัญญา ภาวะสุขภาพทางกายและจิตใจ) 2.ปัจจัยระบบการเรียนการสอนที่มีมาตรฐาน และ 3.ปัจจัยอื่น ๆ สำหรับปัจจัยด้านผู้เรียน นักศึกษาที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูง จะมีพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเรียน เช่น ทำการบ้าน ทำรายงาน อ่านหนังสือ ศึกษาค้นคว้าในห้องสมุด และซักถามผู้สอนหรืออาจารย์เมื่อไม่เข้าใจมากกว่าผู้ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ[12] กรณีระบบการเรียนการสอนที่มีมาตรฐาน สถาบันการศึกษาควรจัดการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับรูปแบบการเรียนรู้ที่ผู้เรียนชอบหรือถนัด กล่าวคือ ผู้เรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงขึ้นเมื่อได้รับการสอนที่สอดคล้องกับรูปแบบการเรียน[13] เช่น การส่งเสริมรูปแบบการเรียนรู้โดยการอ่าน-เขียน โดยส่งเสริมให้ผู้เรียนซักถามผู้สอนหรืออาจารย์จนเกิดความเข้าใจก่อนการลงมือปฏิบัติ ซึ่งวิธีการนี้อาจจะส่งเสริมให้การเรียนของผู้เรียนมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น[7] รวมถึงส่งเสริมให้ผู้เรียนมีทัศนคติที่ดีต่อการเรียน เนื้อหาที่เรียน และผู้สอนหรืออาจารย์ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดแรงจูงใจ มีความสุขและมีความมั่นใจในการเรียนรู้ และกล้าที่จะแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ได้อย่างมั่นใจ และจะสามารถพัฒนาการเรียนรู้ได้อย่างเต็มที่[13]

สมมติฐานข้อที่ 3. รูปแบบการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติ (active) และการเข้าใจข้อมูลเป็นส่วน ๆ (sequence) มีความสัมพันธ์กับผลการสอบขึ้นทะเบียนขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วันดี วงศ์รัตนรักษ์ และ กุลฤดี จิตตยานันท์ ที่พบว่าผู้เรียนที่มีรูปแบบการเรียนรู้แบบอิสระ มักจะศึกษาค้นคว้าองค์ความรู้ต่าง ๆ โดยศึกษาค้นคว้าองค์ความรู้ต่าง ๆ จากการทดลองฝึกปฏิบัติงานจริงด้วยตนเอง มักจะมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนการสูง ซึ่งจะมีโอกาสสอบขึ้นทะเบียนฯ ผ่านได้สูง[12] ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ระบบการศึกษาสำหรับนักศึกษาพยาบาลได้เน้นการเรียนการสอนแบบฝึกทดลองปฏิบัติจริงตามลักษณะวิชาชีพ เช่น ส่วนใหญ่นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ต้องฝึกปฏิบัติงานจริงตามแหล่งฝึกต่าง ๆ นานถึง 6-7 เดือนอย่างต่อเนื่องนั้น สามารถส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความรู้ ความเข้าใจ สามารถนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลได้จริงตามมาตรฐานทางการพยาบาล นอกจากนี้มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่จำเป็นต้องให้การพยาบาลตามลำดับหรือตามความเร่งด่วนที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยซึ่งลำดับขั้นตอนอย่างชัดเจน ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้นักศึกษาพยาบาลมีการเรียนรู้แบบเข้าใจเหตุการณ์ต่าง ๆ เป็นลำดับขั้นตอน ตามกิจกรรมการพยาบาลนั้น ๆ เมื่อนักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้เป็นประจำอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความรู้ ความเข้าใจจึงทำให้สามารถสอบขึ้นทะเบียนฯ ผ่าน 8 รายวิชาได้

สมมติฐานข้อที่ 4. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนมีความสัมพันธ์กับผลการสอบขึ้นทะเบียนฯ อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนาภรณ์ คงคา วิชชุดา เจริญกิจการ วันดี โตสุขศรี เพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนา ที่พบว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสะสมตลอดหลักสูตร สามารถทำนายผลการสอบได้ เมื่อผู้สำเร็จการศึกษาที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสะสมตลอดหลักสูตรสูงจึงมีโอกาสที่จะสอบผ่านมากกว่าผู้สำเร็จการศึกษาที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสะสมตลอดหลักสูตรต่ำ กล่าวคือ เมื่อนักศึกษาที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนระดับดีหรือสูงนั้น แสดงว่านักศึกษาเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจในวิชาต่าง ๆ สามารถนำความรู้ต่าง ๆ มาใช้ในการสอบการสอบ และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสะสมตลอดหลักสูตรเป็นตัวแปรที่สะท้อนถึงผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาได้[15,16] จากผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ส่วนใหญ่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนตลอดหลักสูตรอยู่ในระดับดี คือ 3.00-3.50 ซึ่งประเมินได้ว่ากลุ่มตัวอย่างนี้เป็นผู้ที่มีความรู้ มีความเข้าใจเนื้อหาสาระวิชาทั้ง 8 รายวิชาในระดับดี จึงส่งผลให้สามารถสอบขึ้นทะเบียนฯ ผ่านทั้ง 8 รายวิชาได้ ในขณะเดียวกันกลุ่มตัวอย่างที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนตลอดหลักสูตรในระดับต่ำ คือ 2.00-2.50 ก็ไม่สามารถสอบผ่านทั้ง 8 รายวิชาได้เช่นกัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่สอบไม่ผ่านนี้ อาจมีความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาสาระวิชาไม่แม่นยำถ่องแท้ หรืออาจมีความสับสนเกี่ยวกับองค์ความรู้ในบางหัวข้อในสาระวิชานั้น ๆ แต่อย่างไรก็ตามผลของการสอบขึ้นทะเบียนฯ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลากหลายองค์ประกอบ ดังนี้ 1.ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต อาจารย์

อัตราส่วนอาจารย์ต่อนักศึกษา และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษา 2.ปัจจัยกระบวนการ ได้แก่ การจัดการเรียนการสอน การเตรียมความพร้อมของนักศึกษาทางร่างกายและจิตใจ และด้านอาจารย์ 3.ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ โรงพยาบาลหรือแหล่งฝึก ห้องสมุด ห้องคอมพิวเตอร์ หอพักนักศึกษา 4.ปัจจัยอื่น ๆ เช่น ข้อสอบ วิธีการสอบ และระยะเวลาการสอบ[14] ดังนั้นการเตรียมความพร้อมทั้งทางร่างกาย จิตใจของผู้เรียน ละการจัดระบบการเรียนการสอนที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง จะส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดความรู้ ความเข้าใจ นำไปสู่การปฏิบัติ สามารถเกิดความจำระยะยาว ส่งผลให้ผลสัมฤทธิ์ของผู้เรียนอยู่ในระดับดีขึ้นได้ และอาจจะส่งผลให้ผู้เรียนสามารถสอบผ่าน 8 รายวิชาอยู่ในระดับสูงได้เช่นกัน

ข้อเสนอแนะการประยุกต์ใช้

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า รูปแบบการเรียนรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน แต่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบขึ้นทะเบียนฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นทางสถาบันทางการศึกษาควรจัดการเรียนการสอนด้วยวิธีการสอนที่หลากหลาย แต่ควรเน้นในรูปแบบการเรียนรู้แบบเข้าใจข้อมูลเป็นตามลำดับขั้นตอนหรือเข้าใจข้อมูลเป็นส่วน ๆ และการเรียนรู้แบบการลงมือปฏิบัติ โดยใช้ วิธีการสอนแบบบรรยายที่เป็นไดอะแกรม Concept mapping Tree mapping การสาธิตย้อนกลับ การสอนแบบ Simulation based learning หรือการสอบ OSCE ที่จะส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและผลการสอบขึ้นทะเบียนฯ ของนักศึกษาพยาบาลให้สูงขึ้นได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อการจัดการเรียนการสอน ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และผลการสอบขึ้นทะเบียนฯ ของนักศึกษาพยาบาล เช่น การหาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้กับรูปแบบวิธีการสอนเพื่อพัฒนาการจัดการเรียนการสอนต่อไป

2. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเดิมก่อนเข้าศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลกับรูปแบบการเรียนรู้ รูปแบบวิธีการสอน และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนขณะศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลหรือผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนตลอดหลักสูตรเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเพื่อพัฒนาระบบการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตต่อไป

References

1. Janepanish VP, Disorntatiwat P. Learning style preferences of nursing students at Ramathibodi school of nursing, faculty of medicine, Ramathibodi hospital, Mahidol university. NJPH. 2015;25(1):70-82. (in Thai).
2. Tammabood M. Learning style. [Internet]. 2009[cited 2018 Sep 9]. Available from: http://portal.edu.chula.ac.th/girl/blog/view.php?Bid=1245038152800790. (in Thai).
3. VARK Learn Limited. The VARK modalities. [Internet]. 2018[cited 2018 Dec 9]. Available from: http://vark-learn.com/introduction-to-vark/the-vark-modalities/.
4. McLeod S. Kolb's learning styles and expereintial learning cycle. [Internet]. 2017[cited 2018 Dec 1]. Available from: https://www.simplypsychology.org/learning-kolb.html
5. Felder RM, Siverman LK. Learning styles and teaching styles. [Internet]. 1988 [cited 2018 Dec 1]. Available from: https://www.engr.ncsu.edu/wp-content/uploads/drive/1QP6kBI1i QmpQbTXL-08HSl0PwJ5BYnZW/1988-LS-plus-note.pdf

6. Felder RM, Solomon BA. Index of learning styles questionnaire. North Carolina State Uniersity. [Internet]. 2002. [cited 2018 Dec 1]. Available from: https://www.webtools.ncsu. edu/learningstyles/
7. Namakankham A, Parkpoom P. The learning style of nursing students at faculty of nursing, Chiang Mai University. [Disserttion]; Chiang Mai University;2000. (in Thai).
8. Wattanakul B, Ngamkham S, Ngamwongwan G. Differences in learning preference performance of nursing students. JHR. 2016;10(1):54-61. (in Thai).
9. Dalmolin AC, Mackeivicz GAO, Pochapski MT, Pilatti GL, SanTOS A. Learning styles preferences and E-learning experience of undergraduate dental students. Rev Odontol UNESP. 2018;47(3):175-82. doi:https://doi.org/10.1590/1807-2577.05118.
10. Sanboonsong P. Learning styles of undergraduate nursing students of Pathumthani university. trcnj. [Internet]. 2017[cited 2018 Dec 10]. 10(1):154-64. Available from: https://www.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/96901. (in Thai).
11. Chumpeeruang S, Kontha JJ. Relationships among personal factors, learning styles and Academic achievement of undergraduated nursing students. JHR. 2010;4(5):21-8. (in Thai).
12. Wongrattanarak W, Chittayanunt K. The learning styles of bachelor program nursing students at Boromarajonnani College of Nursing, Chakriraj. Jobcnm. 2013;19(2):60-72. (in Thai).
13. Dechawongse S, Gomaratut S. Learning styles in Foreign language learning of undergrade students in Thailand. Research paper of Dhurakij Pundit university. [Internet]. 2016[cited 2018 Dec 10]. Available from: http://libdoc.dpu.ac.th/research/ 159571.pdf. (in Thai).
14. Kunaviktikul W, Klunlin A, Chontawan R, Athaseri S. Factors related to the results of Nursing and Obstetric License Test. TJONC. [Internet]. 2012[cited 2018 Dec 10].27(3):11-28. Available from: https://tci-thaijo.org/index.php/ TJONC/article/view/5437. (in Thai).
15. Nuchsutam W, Somboon L, Tongwas T, Keawkajorn S, Siririth W. Factors related to the result of the License Examination of Graduates faculty of Nursing Chiangrai College. cmunursing. 2013;40 Suppl1:S61-72. (in Thai).
16. Kongkar R, Chareonkitkarn V, Tosuksri W, Sareewiwatthana P. Factor affecting the result of Nursing Licensure Examination among bachelor graduates from faculty of nursing, Mahidol University. J Nurs Sci. 2013; 30(3):82-91. (in Thai).

การประเมินโครงการปฐมนิเทศข้าราชการใหม่ “หลักสูตรการเป็นข้าราชการที่ดี”

The Evaluation of the Orientation Project for Being a Good Government Officer

วัลทณี นาคศรีสังข์[1] สไบทิพย์ เชื้อเอี่ยม[1]

Wantanee Naksrisang[1] Sabaitip Cheuaiam[1]

[1]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

[1]Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj

Corresponding author; Email: Kimpinjo@gmail.com

Received: 22 April 2019 **Revised:** 21 May 2019 **Accepted:** 1 November 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานโครงการปฐมนิเทศข้าราชการใหม่ “หลักสูตรการเป็นข้าราชการที่ดี” ที่จัดโดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช โดยใช้การประเมินรูปแบบซิป (CIPP Model) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยข้าราชการบรรจุใหม่ กระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2561 จำนวน 200 คน ประกอบด้วยข้าราชการใหม่ของหน่วยงานในจังหวัดนนทบุรี จังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดนครปฐม จังหวัดสุพรรณบุรี จังหวัดราชบุรี จังหวัดเพชรบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสงคราม และจังหวัดกระบี่ รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนการประเมินสมรรถนะตนเองของผู้เข้าอบรมก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ โดยใช้ pair t-test

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นด้านบริบทในระดับมากทุกเรื่อง อันดับ 1 เรื่องวัตถุประสงค์ของโครงการมีความสอดคล้องกับหลักสูตร ($\overline{X}$ =4.24, SD=.51) ด้านปัจจัยนำเข้าเห็นด้วยระดับมากทุกเรื่อง อันดับ 1 เรื่องความเหมาะสมของวิทยากร($\overline{X}$ =4.49, SD=.54) ด้านกระบวนการเห็นด้วยระดับมากทุกเรื่อง อันดับ 1 เรื่องสถานที่ในการจัดกิจกรรม ($\overline{X}$ =4.46, SD=.55) ด้านผลผลิตเห็นด้วยระดับมากถึงมากที่สุดทุกข้อ คือความพึงพอใจโครงการในภาพรวม ($\overline{X}$ =4.53, SD=.56) ความคุ้มค่ากับการเข้ารับการอบรม ($\overline{X}$ =4.53, SD=.53) รองลงมาได้แก่ สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้งาน ($\overline{X}$ =4.42, SD=.55) และความรู้ที่ได้รับ ($\overline{X}$ =4.36, SD=.56) ผลการเปรียบเทียบคะแนนการประเมินสมรรถนะตนเองในการเป็นข้าราชการที่ดีของผู้เข้าอบรมก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ พบว่าสมรรถนะของผู้เข้าอบรมหลังการเข้าร่วมโครงการ มีคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จุดแข็งของโครงการ คือ ความเชี่ยวชาญของวิทยากรและการมีส่วนร่วมของผู้อบรม ปัญหาและอุปสรรค คือ ระยะเวลาในการเดินทางศึกษาดูงาน

คำสำคัญ: การประเมินโครงการ; หลักสูตรการเป็นข้าราชการที่ดี; การปฐมนิเทศ

The Evaluation of the Orientation Project for Being a Good Government Officer

Wantanee Naksrisang[1] Sabaitip Cheuaiam[1]

[1]Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj

Corresponding author; Email: Kimpinjo@gmail.com

Received: 22 April 2019 **Revised:** 21 May 2019 **Accepted:** 1 November 2019

Abstract

This study aimed to evaluate the effectiveness of the Orientation Project for Being a Good Government Officer organized by the Boromarajonanai College of Nursing, Chakriraj, using the CIPP model. The sample included 200 new government officers from 10 provinces, which were Nonthaburi, Kanchanaburi, Nakhon Pathom, Suphanburi, Ratchaburi, Phetchaburi, Prachuap Khiri Khan, Samut Sakhon, Samutsongkram, Samut Songkhram, and Krabi. Data were collected by conducting an in-depth interview and questionnaires. Later, data were analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-tests were applied to compare self-assessment scores on competency.

The results revealed that an alignment between curriculum and the project's objectives was recognized at the highest level ($\overline{X}$ =4.24, SD =.51) for the context aspect. For the input aspect, speakers' competency was highly recognized ($\overline{X}$ =4.49, SD =.54). The highest score of the process aspect was an appropriateness of place ($\overline{X}$ =4.46, SD=.55). All items of the product aspect were rated at the highest level including overall satisfaction ($\overline{X}$ =4.53, SD=.56), worthiness of this project ($\overline{X}$ =4.53, SD=.53), followed by the applicability of content into practice ($\overline{X}$ =4.42, SD=.55) and the increase of knowledge ($\overline{X}$ =4.36, SD=.56) Furthermore, the posttest scores of attendants' competency to become good government officers improved significantly($p<.01$) when compared to the pretest scores. The strengths of this project were the speakers' expertise and attendants' participation, whereas, the weakness of this project was the significant amount of time consumed during the field trip.

Keywords: the evaluation research; good government officer; orientation

ความเป็นมาและความสำคัญ

ตามพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ.2551 มาตรา 59 บัญญัติว่าผู้ได้รับบรรจุแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งตามมาตรา 53 วรรคหนึ่งหรือมาตรา 55 และข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่นที่โอนมาบรรจุเป็นข้าราชการพลเรือนสามัญตามมาตรา 64[1] ข้าราชการพลเรือนสามัญในระหว่างที่ยังทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการให้ทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการให้ได้รับการพัฒนาเพื่อให้รู้ระเบียบแบบแผนของทางราชการ และการเป็นข้าราชการที่ดีตามที่กำหนดในกฎ ก.พ. ว่าด้วยการทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ และการพัฒนาข้าราชการที่อยู่ระหว่างทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ พ.ศ. 2553 ข้อ 8 กำหนดให้มีการพัฒนาข้าราชการพลเรือนสามัญที่อยู่ระหว่างทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ เพื่อให้รู้ระเบียบแบบแผนของทางราชการ และการเป็นข้าราชการที่ดีด้วยกระบวนการ 3 ส่วน ตามที่สำนักงาน ก.พ. กำหนด คือ ส่วนที่ 1 การปฐมนิเทศส่วนราชการดำเนินการปฐมนิเทศเพื่อให้ผู้ทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการมีความรู้เกี่ยวกับโครงสร้าง อำนาจหน้าที่ ผู้บริหาร และวัฒนธรรมของส่วนราชการ รวมทั้งสร้างขวัญและกำลังใจให้ผู้ที่อยู่ระหว่างทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ ส่วนที่ 2 การเรียนรู้ด้วยตนเอง ส่วนราชการให้ผู้ทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการมีการเรียนรู้ด้วยตนเองเกี่ยวกับกฎหมาย กฎ และระเบียบแบบแผนของทางราชการ ส่วนที่ 3 การฝึกอบรมสัมมนาร่วมกัน เพื่อปลูกฝังการประพฤติปฏิบัติตนให้เป็นข้าราชการที่ดี ทั้งนี้ส่วนราชการต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จทั้ง 3 ส่วนภายในระยะเวลาทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ และนำผลการพัฒนามาใช้ประกอบการประเมินผลการทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ หากส่วนราชการดำเนินการไม่ครบทั้ง 3 ส่วน จะถือว่าผู้ทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการไม่ผ่านการพัฒนาและไม่ผ่านการทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ[2]

สถาบันพระบรมราชนก กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดพันธกิจการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อรองรับระบบสุขภาพของประเทศ และชุมชน ถือเป็นภารกิจแรกที่มีความสำคัญยิ่งในฐานะของการเป็นสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษา โดยในการผลิตนั้นจะเป็นการสร้างและพัฒนาบุคลากรทั้งด้านการพยาบาล ด้านการสาธารณสุข และด้านอื่น ๆที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ[3] สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจึงมอบหมายให้สถาบันพระบรมราชชนกเป็นศูนย์กลางการพัฒนาการอบรมปฐมนิเทศข้าราชการใหม่ “หลักสูตรการเป็นข้าราชการที่ดี”[4] วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช ซึ่งเป็นวิทยาลัยในสังกัดของสถาบันพระบรมราชชนก จึงได้กำหนดให้มีพันธกิจการบริการวิชาการที่สร้างคุณค่าแก่สังคม ที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพหรือเกี่ยวข้องกับนโยบายของวิทยาลัย โดยมุ่งเน้นความต้องการของชุมชน การบริการวิชาการที่ตอบสนองความต้องการของระบบสุขภาพ[5] วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช จึงได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ในส่วนที่ 3 การฝึกอบรมสัมมนาร่วมกัน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้าราชการพลเรือนสามัญที่อยู่ระหว่างทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ ได้รับการปลูกฝังปรัชญาการเป็นข้าราชการที่ดี เสริมสร้างสมรรถนะและทักษะที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานราชการ ส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรม การทำงานเป็นทีม และพัฒนาเครือข่ายในการทำงาน รวมถึงเป็นการสร้างสายสัมพันธ์ที่ดี แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน โดยเน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์และการลงมือปฏิบัติจริง[4] โดยปีงบประมาณ 2561 มีผู้เข้ารับการอบรมจำนวน 200 คน ประกอบด้วย จังหวัดนนทบุรี จังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดนครปฐม จังหวัดสุพรรณบุรี จังหวัดราชบุรี จังหวัดเพชรบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสงคราม จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดชลบุรี และจังหวัดกระบี่

การจัดการอบรมปฐมนิเทศข้าราชการใหม่ “หลักสูตรการเป็นข้าราชการที่ดี” ได้ดำเนินการพัฒนาจากหลักสูตรเดิมในปีงบประมาณ 2561 โดยมีแนวทางการพัฒนาข้าราชการของสำนักงาน ก.พ. อันประกอบด้วยสาระสำคัญ 3 หมวด ได้แก่ หมวดสาระที่ 1 ปรัชญาของการเป็นข้าราชการที่ดี ประโยชน์ของแผ่นดินและบทบาทหน้าที่ จิตสำนึก ของการเป็นข้าราชการที่มีคุณธรรม หมวดสาระที่ 2 ความรู้ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติราชการ หมวดสาระที่ 3 ความรู้และทักษะเพื่อการดำรงตนอย่างสมดุลในศตวรรษที่ 21 และประกอบด้วยชุดกิจกรรม 3 ชุด คือ ชุดกิจกรรมที่ 1 ปรัชญา ของการเป็นข้าราชการที่ดี ประโยชน์ของแผ่นดิน และบทบาทหน้าที่ จิตสำนึกของการเป็นข้าราชการที่มี

คุณธรรม ชุดกิจกรรมที่ 2 ความรู้ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติราชการ และชุดกิจกรรมที่ 3 ความรู้และทักษะเพื่อการดำรงตนอย่างสมดุลในศตวรรษที่ 21 ตามลำดับ ซึ่งหลักสูตรในปีงบประมาณ 2561 ได้รับการปรับปรุงเนื้อหาสาระการอบรม และแบบประเมิน[4] ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินการจัดการอบรมมีประสิทธิภาพบรรลุวัตถุประสงค์ของหลักสูตร การประเมินโครงการอย่างมีระบบจึงเป็นวิธีการที่ดีในการที่จะได้ข้อมูลอย่างครบทุกขั้นตอนของการศึกษาอบรม

การประเมินผลโครงการด้วยกระบวนการวิจัยนั้น รูปแบบการประเมินโครงการที่ใช้กันมีหลายรูปแบบ เช่น รูปแบบการประเมินตามวัตถุประสงค์ของ ราล์ฟ ไทเลอร์[6] รูปแบบการประเมินเชิงตัดสินคุณค่าของ โรเบิร์ต สเตค[6] รวมทั้งรูปแบบการประเมินเพื่อการตัดสินใจของ แดเนียล สตัฟเฟิลบีม[7] ซึ่งใช้ในการวิจัยครั้งนี้ การประเมินดังกล่าว สตัฟเฟิลบีม และคณะร่วมกันพัฒนาขึ้นและเรียกว่าการประเมินรูปแบบซิปป์ (CIPP Model) ซึ่งได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายเนื่องจากเป็นการประเมินเชิงระบบ ประกอบด้วย การประเมินสภาวะแวดล้อม (context evaluations) ซึ่งประเมินเกี่ยวกับหลักการและเหตุผลของโครงการ วัตถุประสงค์ เป้าหมาย รวมทั้งพันธกิจของหน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการ การประเมินปัจจัยนำเข้า (input evaluation) เป็นการประเมินความเหมาะสมเพียงพอของทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินโครงการ ได้แก่ งบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ เวลา เทคโนโลยี และวิธีการจัดการ การประเมินกระบวนการ (process evaluation) ได้แก่ การประเมินเกี่ยวกับการดำเนินงานตามแผนและช่วงเวลาที่กำหนดการจัดกิจกรรมครบถ้วนตามแผน สิ่งเหล่านี้จะยืนยันว่าการดำเนินโครงการเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ สำหรับองค์ประกอบสุดท้ายของรูปแบบซิปป์ (CIPP Model) คือ การประเมินผลผลิต (product evaluations) เป็นการประเมินเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นหลังจากได้ดำเนินโครงการดังกล่าวแล้ว เมื่อเปรียบเทียบผลผลิตกับวัตถุประสงค์โครงการจะแสดงถึงประสิทธิผลของการดำเนินโครงการ ซึ่งผู้บริหารสามารถนำผลการประเมินไปใช้ประกอบการตัดสินใจกำหนดนโยบายวางกลยุทธ์และแผนงานในประเด็นที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่างของการวิจัยประเมินโครงการที่มีแนวคิดจากการประเมินรูปแบบซิปป์ เช่น การวิจัยเรื่องการประเมินและการติดตามผลหลักสูตร การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์ศึกษา (แผน ข) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ[8] การประเมินผลการดำเนินงานกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมืองโดยใช้ CIPP Model: กรณีศึกษากองทุนหมู่บ้านเก็ตโฮ่ ตำบลกะทู้ อำเภอกะทู้ จังหวัดภูเก็ต[9] การใช้แบบจำลอง CIPP ในการประเมินการรับเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาเทศบาลนนทบุรี[10] การศึกษาผลการดำเนินงานโครงการส่งเสริมทักษะทางสังคม”Hail Trip”[11] และการวิจัยเรื่องการประเมินผลโครงการป้องกันการฆ่าตัวตายเมืองโกเซียง ไต้หวัน โดยใช้การประเมินรูปแบบซิปป์[12] เป็นต้น

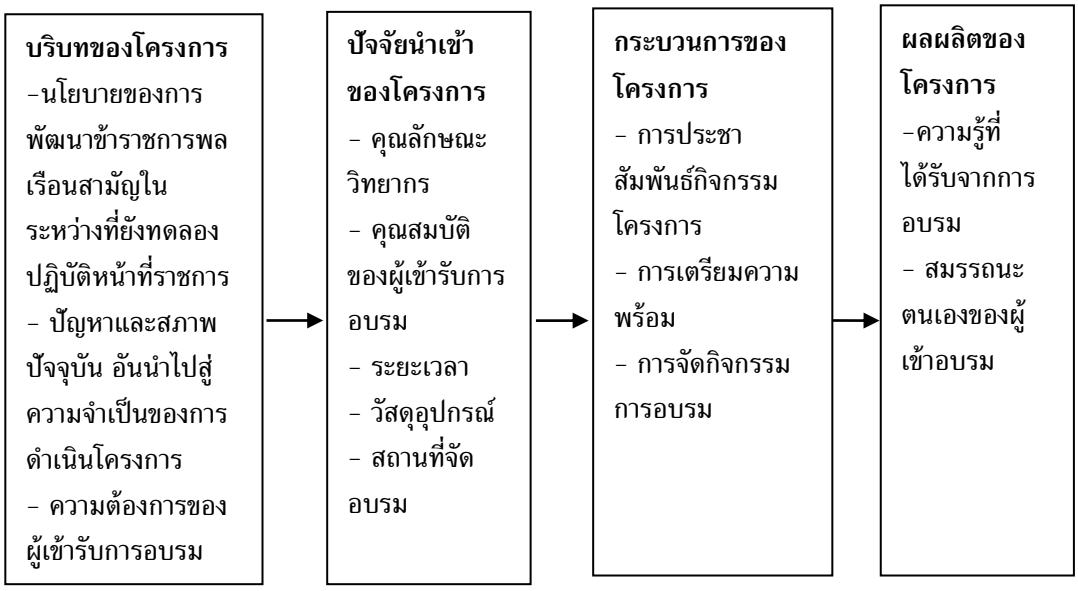
การประเมินผลโครงการเป็นการตรวจสอบความก้าวหน้าของโครงการตลอดจนการพิจารณาผลสัมฤทธิ์ของโครงการ การประเมินเป็นกระบวนการบ่งชี้ถึงคุณค่าของโครงการ สามารถทำได้ทั้งการประเมินก่อนเริ่มโครงการ ประเมินขณะที่โครงการกำลังดำเนินการอยู่และการประเมินผลของโครงการหลังจากการดำเนินโครงการได้สิ้นสุดแล้ว ซึ่งการประเมินเป็นกระบวนการของการบรรยาย การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสาร เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจ เลือกทางเลือกที่เหมาะสม[13] ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการประเมินโครงการดังกล่าวในด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต โดยประยุกต์ใช้การประเมินโครงการรูปแบบซิปป์ (CIPP Model) มาใช้ในการประเมินโครงการให้เกิดประสิทธิภาพ ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ในการสนับสนุนการตัดสินใจของผู้รับผิดชอบโครงการ ผู้บริหารในการจัดทำกลยุทธ์เชิงรุกเพื่อพัฒนาให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของประเทศ และรองรับระบบสุขภาพของประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลการดำเนินงานโครงการปฐมนิเทศข้าราชการใหม่ “หลักสูตรการเป็นข้าราชการที่ดี” ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิต

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

จากความมุ่งหมายของการวิจัยที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและรูปแบบการประเมินต่าง ๆ จึงได้เลือกประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินแบบซิป (CIPP model) ของ สตัฟเฟิลบีม ประเมินโครงการปฐมนิเทศข้าราชการใหม่“หลักสูตรการเป็นข้าราชการที่ดี” เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลสารสนเทศเพื่อใช้ในการประกอบการตัดสินใจการในดำเนินโครงการ ประกอบด้วย ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต ดังนี้



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการประเมินโครงการปฐมนิเทศข้าราชการใหม่ “หลักสูตรการเป็นข้าราชการที่ดี” ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิต ตามวิธีการประเมินรูปแบบซิปป์ (CIPP Model)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้เกี่ยวข้องกับการประเมินโครงการปฐมนิเทศข้าราชการใหม่ “หลักสูตรการเป็นข้าราชการที่ดี” ของกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้เกี่ยวข้องกับการประเมินโครงการปฐมนิเทศข้าราชการใหม่ “หลักสูตรการเป็นข้าราชการที่ดี” ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช รับผิดชอบดำเนินการในปีงบประมาณ 2561 ประกอบด้วย 1.ข้าราชการพลเรือนสามัญในระหว่างที่ยังทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการในเขตสุขภาพที่ 5 และเขตสุขภาพอื่น ๆ ที่ขอเข้ารับการอบรมในโครงการ จำนวน 200 คน ประกอบด้วยจังหวัดนนทบุรี จังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดนครปฐม จังหวัดสุพรรณบุรี จังหวัดราชบุรี จังหวัดเพชรบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสงคราม จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดชลบุรี และจังหวัดกระบี่ 2.คณะกรรมการดำเนินโครงการปฐมนิเทศข้าราชการใหม่ “หลักสูตรการเป็นข้าราชการที่ดี” จำนวน 11 คน ประกอบด้วย บุคลากรของสาธารณสุขจังหวัด 5 คน และอาจารย์ของวิทยาลัย 6 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช เลขที่ 6/2561 ซึ่งผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยให้ผู้ที่จะเข้าร่วมการศึกษาทุกคนทราบ เพื่อสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งนี้ การนำเสนอข้อมูลจากการศึกษาเป็นในลักษณะภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การกำหนดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการประเมินโครงการ เพื่อกำหนดวิธีการในการรวบรวมข้อมูลในแต่ละด้านที่เหมาะสมกับลักษณะที่จะประเมิน ตามแหล่งข้อมูล รวมถึงเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลที่เหมาะสม แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กำหนดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประเด็น	เทคนิค/วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	แหล่งข้อมูล/ผู้เกี่ยวข้อง
บริบท	-แบบวิเคราะห์จากเอกสาร -แบบสัมภาษณ์ -แบบสอบถามชื่อแบบประเมินภาพรวมการจัดอบรม	-นโยบายของการพัฒนาข้าราชการพลเรือนสามัญในระหว่างที่ยังทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ -คู่มือการดำเนินการเรื่องการทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการของสำนักงานคณะกรรม การข้าราชการพลเรือนพ.ศ.2553 -คณะกรรมการดำเนินโครงการ -ผู้เข้ารับการอบรม
ปัจจัยนำเข้า	-แบบสัมภาษณ์ -แบบสอบถามชื่อแบบประเมินวิทยากร -แบบสอบถามชื่อแบบประเมินภาพรวมการจัดอบรม	-คณะกรรมการดำเนินโครงการ -ผู้เข้ารับการอบรม
กระบวนการ	-แบบสอบถามชื่อแบบประเมินภาพรวมการจัดอบรม	-ผู้เข้ารับการอบรม
ผลผลิต	-แบบสอบถามชื่อแบบประเมินภาพรวมการจัดอบรม -แบบสอบถามชื่อแบบประเมินตนเองของผู้อบรม	-ผู้เข้ารับการอบรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ มีทั้งหมด 5 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 แบบวิเคราะห์จากเอกสารโครงการปฐมนิเทศข้าราชการใหม่“หลักสูตรการเป็นข้าราชการที่ดี” เพื่อใช้วิเคราะห์รายละเอียดของด้านบริบทเกี่ยวกับนโยบายของการพัฒนาข้าราชการพลเรือนสามัญในระหว่างที่ยังทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการและความต้องการของผู้เข้ารับการอบรม ด้านปัจจัยนำเข้าเกี่ยวกับคุณลักษณะของวิทยากรและคุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรม จากเอกสารของสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงพินิจ และความชัดเจนในการสื่อความและภาษา ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

ฉบับที่ 2 แบบสัมภาษณ์เรื่อง การประเมินโครงการปฐมนิเทศข้าราชการใหม่ “หลักสูตรการเป็นข้าราชการที่ดี” เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างแบบปลายเปิด มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้สัมภาษณ์คณะกรรมการดำเนินงานโครงการแบบสัมภาษณ์ แบ่งออกเป็น 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลส่วนตัวผู้ให้สัมภาษณ์ วันเวลา สถานที่สัมภาษณ์ ผู้ให้สัมภาษณ์ มีความเกี่ยวข้องในส่วนใด

ตอนที่ 2 รายการสัมภาษณ์ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 1.ด้านบริบท ประกอบด้วย ปัญหาและสภาพปัจจุบันอันนำไปสู่ความจำเป็นของการดำเนินโครงการ 2.ด้านปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย คุณลักษณะของวิทยากร คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรม

ขั้นตอนในการสร้างแบบสัมภาษณ์ ศึกษารายละเอียดของโครงการ เพื่อกำหนดประเด็นการตั้งคำถามและสร้างคำถามให้ครอบคลุมเนื้อหาการประเมินที่เกี่ยวข้องกับโครงการ ใน 2 ด้าน นำแบบสัมภาษณ์ไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงพินิจ และความชัดเจนในการสื่อความโดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC ของแบบสัมภาษณ์ได้ค่าตั้งแต่ .33-1.00 จัดพิมพ์แบบสัมภาษณ์ฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลสัมภาษณ์

ฉบับที่ 3 แบบสอบถามชื่อแบบประเมินวิทยากร เพื่อสอบถามเกี่ยวกับความพร้อมและความเหมาะสมด้านปัจจัยนำเข้าเกี่ยวกับคุณลักษณะของวิทยากร ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้เข้ารับการอบรม โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด แบ่งเป็น 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 สอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด

ตอนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับความพร้อมและความเหมาะสมของด้านปัจจัยนำเข้าเกี่ยวกับคุณลักษณะของวิทยากร

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามปลายเปิด โดยให้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อเสนอแนะอื่น ๆ เกี่ยวกับคุณลักษณะของวิทยากร

ขั้นตอนในการสร้างแบบสอบถาม ศึกษารายละเอียดของโครงการ เพื่อกำหนดประเด็นการตั้งคำถาม สร้างคำถามให้ครอบคลุมเนื้อหาการประเมินที่เกี่ยวข้องกับโครงการ โดยสอบถามเกี่ยวกับความพร้อมและความเหมาะสมด้านปัจจัยนำเข้าเกี่ยวกับคุณลักษณะของวิทยากร ที่สร้างขึ้นเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ นำเสนอแบบสอบถามที่สร้างขึ้นต่อผู้เชี่ยวชาญรวม 3 คน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงพินิจ และความชัดเจนในการสื่อความ โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC ของแบบประเมิน ได้ค่าตั้งแต่ .33-1.00 แบบสอบถาม จำนวน 30 ฉบับ ไปหาค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับของแบบสอบถาม โดยวิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของคอนบาค[14] พบว่าแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 จัดพิมพ์เป็นฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปใช้ในการเก็บข้อมูล

ฉบับที่ 4 แบบสอบถามชื่อแบบประเมินภาพรวมการจัดอบรม เพื่อสอบถามเกี่ยวกับความพร้อมและความเหมาะสมด้านปัจจัยนำเข้าเกี่ยวกับระยะเวลา วัสดุอุปกรณ์ สถานที่จัดอบรม ด้านกระบวนการเกี่ยวกับการประชาสัมพันธ์กิจกรรมโครงการ การเตรียมความพร้อม การจัดกิจกรรมการอบรม ด้านผลผลิตเกี่ยวกับความรู้ที่ได้รับจากการอบรม และผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้เข้ารับการอบรม โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด แบ่งเป็น 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 สอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด

ตอนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับความพร้อมและความเหมาะสมของด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต เกี่ยวกับการประเมินภาพรวมการจัดอบรม

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามปลายเปิด โดยให้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อเสนอแนะอื่น ๆเกี่ยวกับภาพรวมการจัดอบรม

ขั้นตอนในการสร้างแบบสอบถามศึกษารายละเอียดของโครงการ เพื่อกำหนดประเด็นการตั้งคำถาม สร้างคำถามให้ครอบคลุมเนื้อหาการประเมินที่เกี่ยวข้องกับโครงการ

2.นำเสนอแบบสอบถามชื่อแบบประเมินภาพรวมการจัดอบรม ที่สร้างขึ้นต่อผู้เชี่ยวชาญรวม 3 คน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงพินิจ และความชัดเจนในการสื่อความโดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC ของแบบประเมิน ได้ค่าตั้งแต่ .33-1.00

3. นำแบบสอบถามชื่อแบบประเมินภาพรวมการจัดอบรม จำนวน 30 ฉบับไปหาค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับของแบบสอบถาม โดยวิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของคอนบาค[14] พบว่าแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95 จัดพิมพ์เป็นฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปใช้ในการเก็บข้อมูล

ฉบับที่ 5 แบบสอบถามชื่อแบบประเมินตนเองของผู้อบรม เพื่อสอบถามเกี่ยวกับการประเมินความรู้ความสามารถของผู้เข้ารับการอบรมด้านผลผลิต และเกี่ยวกับสมรรถนะตนเองของผู้เข้าอบรมก่อนเข้าอบรมและหลังเข้าอบรม และผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้เข้ารับการอบรม โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด แบ่งเป็น 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 สอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด

ตอนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับการประเมินความรู้ความสามารถของผู้เข้ารับการอบรมด้านผลผลิตเกี่ยวกับสมรรถนะตนเองของผู้เข้าอบรมก่อนเข้าอบรมและหลังเข้าอบรม

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามปลายเปิด โดยให้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อเสนอแนะอื่น ๆ เกี่ยวกับสมรรถนะตนเองของผู้เข้าอบรม

ขั้นตอนในการสร้างแบบสอบถามศึกษารายละเอียดของโครงการ เพื่อกำหนดประเด็นการตั้งคำถาม นำเสนอแบบสอบถาม ที่สร้างขึ้นเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญรวม 3 คน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงพินิจ และความชัดเจนในการสื่อความโดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC ของแบบประเมิน ได้ค่าตั้งแต่ .33-1.00 นำแบบสอบถามจำนวน 30 ฉบับ ไปหาค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับของแบบสอบถาม โดยวิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของคอนบาค[14] พบว่าแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 จัดพิมพ์เป็นฉบับสมบูรณ์ นำไปใช้เก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การจัดกระทำข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยมีแนวทางในการดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1.ใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสำรวจเอกสาร การสัมภาษณ์

2. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่(frequency) หาค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

3. เปรียบเทียบคะแนนการประเมินสมรรถนะตนเองของผู้เข้าอบรมก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ โดยใช้สถิติทดสอบ pair t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลพื้นฐาน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นข้าราชการพลเรือนสามัญในระหว่างที่ยังทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการในเขตสุขภาพที่ 5 และเขตสุขภาพอื่น ๆ ที่ขอเข้ารับการอบรมในโครงการ ในปีงบประมาณ 2561 จำนวน 200 คน พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 93 เพศชาย ร้อยละ 7 และระดับการศึกษาสูงสุด ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 86.46 ระดับประกาศนียบัตร ร้อยละ 7.29 ระดับปริญญาโท ร้อยละ 2.08 ระดับปริญญาเอก ร้อยละ .52

การประเมินด้านบริบท

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคน มีความคิดเห็นด้านบริบท ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการอบรม ปัญหาและสภาพปัจจุบันอันนำไปสู่ความจำเป็นของการดำเนินโครงการ ความต้องการของผู้เข้ารับการอบรม อยู่ในระดับมาก และหัวข้อมีคะแนนมากเป็นอันดับ 1 คือเรื่องวัตถุประสงค์ของโครงการมีความสอดคล้องกับหลักสูตร กล่าวคือสอดคล้องกับนโยบายของการพัฒนาข้าราชการพลเรือนสามัญในระหว่างที่ยังทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ ($\overline{X}$ =4.24, SD=.51)

การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นด้านปัจจัยนำเข้า ได้แก่ คุณลักษณะวิทยากร คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรม ระยะเวลา วัสดุอุปกรณ์ สถานที่จัดอบรม มีความเหมาะสมระดับมาก คุณลักษณะวิทยากร มีคะแนนมากเป็นอันดับ 1 คือเรื่องความเหมาะสมของวิทยากร ($\overline{X}$ =4.49, SD=.54)

การประเมินด้านกระบวนการ

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นด้านกระบวนการ ได้แก่ การประชาสัมพันธ์กิจกรรมโครงการ การเตรียมความพร้อม และการจัดกิจกรรมการอบรม มีความเหมาะสมระดับมาก หัวข้อที่มีคะแนนมากเป็นอันดับ 1 คือ ความคุ้มค่ากับการเข้ารับการอบรม ($\overline{X}$ =4.53, SD=.53)

การประเมินด้านผลผลิต

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นด้านผลผลิต ได้แก่ ความรู้ที่ได้รับจากการอบรม มีความเหมาะสมระดับมาก ($\overline{X}$ =4.17, SD=.55)

การเปรียบเทียบคะแนนการประเมินสมรรถนะตนเองในการเป็นข้าราชการที่ดีของผู้เข้าอบรมก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ โดยใช้สถิติทดสอบ pair t-test ภายหลังการทดสอบการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ (normal distribution) พบว่า สมรรถนะของผู้เข้าอบรมก่อนและหลังจากการเข้าร่วมโครงการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 โดยหลังจากเข้าร่วมโครงการฯผู้เข้าอบรมมีสมรรถนะมากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการฯ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนการประเมินสมรรถนะตนเองของผู้เข้าอบรมก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการปฐมนิเทศข้าราชการใหม่ “หลักสูตรการเป็นข้าราชการที่ดี” (n =200)

สมรรถนะตนเองของผู้เข้าอบรม	ก่อนเข้าร่วมโครงการ			หลังเข้าร่วมโครงการ			t	p-value
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ		
1. บริหารจัดการเวลาได้ดีและเป็นคนตรงต่อเวลา	3.49	.69	ปานกลาง	4.28	.53	มาก	16.10	.001
2. รับฟังความคิดเห็นขอผู้อื่น	3.76	.65	มาก	4.41	.55	มาก	13.31	.001
3. แก้ไขความขัดแย้งภายในกลุ่มได้	3.33	.55	ปานกลาง	4.04	.58	มาก	16.09	.001
4. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของกลุ่ม	3.61	.65	มาก	4.41	.56	มาก	16.00	.001
5. มีความเพียร และมุ่งมั่นในการทำงาน	3.78	.61	มาก	4.49	.55	มาก	16.16	.001
6. มีความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรม	3.54	.67	มาก	4.39	.57	มาก	17.03	.001
7. ปฏิบัติตามกติกากลุ่ม	3.95	.62	มาก	4.60	.49	มากที่สุด	14.36	.001
8. ควบคุมอารมณ์และแสดงออกได้อย่างเหมาะสม	3.71	.75	มาก	4.42	.54	มาก	13.86	.001
9. มีมารยาท อ่อนน้อม ถ่อม	3.92	.68	มาก	4.48	.56	มาก	12.37	.001
10. มีมนุษย์สัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ	3.76	.73	มาก	4.46	.56	มาก	15.08	.001
11. การแต่งกายเหมาะสมกับสถานะการณ์	3.75	.72	มาก	4.51	.51	มากที่สุด	15.10	.001
12. มีความรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมาย	3.89	.60	มาก	4.49	.51	มาก	13.39	.001
13. ออกกาลังกายอย่าง	2.90	.97	ปานกลาง	3.79	.73	มาก	14.55	.001
14. มีความซื่อสัตย์	4.24	.59	มาก	4.66	.51	มากที่สุด	9.42	.001
15. มีปฏิภาณไหวพริบ	3.63	.68	มาก	4.15	.55	มาก	11.43	.001
16. มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์	3.53	.72	มาก	4.20	.56	มาก	13.91	.001
ภาพรวม	3.67	.33	มาก	4.27	.25	มาก	19.20	.001

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินโครงการปฐมนิเทศข้าราชการใหม่ “หลักสูตรการเป็นข้าราชการที่ดี” ซึ่งประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินในภาพรวมตามรูปแบบการประเมินแบบ CIPP ได้ประเมิน 4 ด้าน ตามแนวคิดของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam) โดยอาศัยการรวบรวมข้อมูลหลายมิติ จากคณะกรรมการดำเนินโครงการ และผู้เข้ารับการอบรม

ตลอดจนการวิเคราะห์ตรวจสอบเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต มีด้านที่ควรอภิปราย ดังนี้

1.ด้านบริบท

ผลการประเมินด้านบริบทของโครงการ พบว่า จากการวิเคราะห์ข้อมูลแบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม และการวิเคราะห์ตรวจสอบเอกสารที่เกี่ยวข้อง มีความสอดคล้องในระดับมาก ได้แก่ นโยบายของการพัฒนาข้าราชการพลเรือนสามัญในระหว่างที่ยังทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ ความต้องการของผู้เข้ารับการอบรม ปัญหาและสภาพปัจจุบัน อันนำไปสู่ความจำเป็นของการดำเนินโครงการ เพราะกฎ ก.พ. ว่าด้วยการทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการและการพัฒนาข้าราชการที่อยู่ระหว่างทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ พ.ศ. 2553 มีสาระสำคัญที่กำหนดเพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551 และเพื่อเสริมสร้างให้ส่วนราชการและผู้บังคับบัญชาดำเนินการทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการและการพัฒนาข้าราชการให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของมาตรา 59 นอกจากนี้กำหนดให้มีการพัฒนาข้าราชการที่อยู่ระหว่างทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการโดยส่วนราชการ เพื่อให้ผู้ทดลองฯได้รับการพัฒนาให้รู้ระเบียบแบบแผนของทางราชการและเป็นข้าราชการที่ดีภายในระยะเวลาทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ ตามที่สำนักงาน ก.พ.กำหนด ในเรื่องแนวทางการพัฒนาข้าราชการระหว่างทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ การทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ เป็นขั้นตอนสุดท้ายในกระบวนการเลือกสรรบุคคลที่หน่วยงานเจ้าของตำแหน่งกำหนดกิจกรรม / งานต่าง ๆ ให้ผู้ได้รับการบรรจุและแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับแรกบรรจุได้ปฏิบัติจริงตามระยะเวลาที่กำหนด ในหน่วยงานนั้น ๆทั้งนี้ เพื่อที่หน่วยงานเจ้าของตำแหน่งจะได้ตรวจสอบและประเมินคุณสมบัติในทุก ๆ ด้านของผู้ที่ได้ผ่านขั้นตอนการเลือกสรรมาแล้วในขั้นตอนแรกอีกชั้นหนึ่ง ในขณะเดียวกันผู้ทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการเองเมื่อได้ปฏิบัติงานจริง ก็มีโอกาสได้แสดงความรู้ ความสามารถและใช้ชีวิตในฐานะข้าราชการใหม่ในหน่วยงานนั้น อีกทั้งได้เรียนรู้เพื่อตัดสินใจว่าตนเองมีความพึงพอใจในงาน และมีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมขององค์การนั้นหรือไม่[2] การจัดโครงนี้มีเนื้อหาการอบรม คือ ทิศทางการบริหารทรัพยากรบุคคลแนวใหม่ สวัสดิการและค่าตอบแทนและการเขียนหนังสือราชการ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การสร้างวินัย สร้างทีม ความสามัคคี และค่านิยมสร้างสรรค์ บุคลิกภาพที่ดีและการพูดในที่ชุมชน และการทำงานเป็นทีม ธรรมะกับการเป็นข้าราชการที่ดี การเสริมสร้างวินัยสำหรับข้าราชการ การเรียนรู้ตามรอยพระยุคลบาทด้วยแนวคิดจิตตปัญญา มีกระบวนการการจัดการอบรมโดยเชิญวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิมาให้ความรู้และประสบการณ์ การเรียนรู้โดยใช้กระบวนการจิตตปัญญา การพัฒนาจิต กิจกรรมการนำเสนออุดมการณ์การเป็นข้าราชการที่ดี และการศึกษาดูงาน ซึ่งตรงตามวัตถุประสงค์ของโครงการโดยสามารถพัฒนา ปลูกฝังปรัชญาการเป็นข้าราชการที่ดีเสริมสร้างสมรรถนะและทักษะที่จำเป็นสาหรับการปฏิบัติงานราชการส่งเสริมคุณธรรมและจริยธรรมการทางานเป็นทีมและพัฒนาเครือข่ายในการทำงาน รวมถึงเป็นการสร้างสายสัมพันธ์ที่ดีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันโดยเน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์และการลงมือปฏิบัติจริง ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าโครงการปฐมนิเทศข้าราชการใหม่ “หลักสูตรการเป็นข้าราชการที่ดี” เป็นโครงการที่มีความจำเป็นและสอดคล้องกับนโยบายของการพัฒนาข้าราชการพลเรือนสามัญในระหว่างที่ยังทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการสอดคล้องกับความต้องการของบุคคลและสังคม

2. ด้านปัจจัยนำเข้า

ผลการประเมินด้านปัจจัยนำเข้า ได้แก่ คุณลักษณะของวิทยากร คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรม ระยะเวลา วัสดุอุปกรณ์ สถานที่จัดอบรม จากการวิเคราะห์ข้อมูลแบบสัมภาษณ์คณะกรรมการดำเนินโครงการ และสอบถามความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรม สรุปได้ผลดังนี้

2.1คุณลักษณะของวิทยากร จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้เข้ารับการอบรม มีความเห็นว่าวิทยากร มีความรู้ความเข้าใจในหัวข้อที่สอนมีความสามารถถ่ายทอดเนื้อหาวิชาได้อย่างชัดเจนเข้าใจง่าย นำเสนอเนื้อหาที่ทันสมัย นำเสนอเนื้อหามีประโยชน์นำไปประยุกต์ในการปฏิบัติงานได้ สามารถตอบปัญหาและข้อสงสัยได้ตรงประเด็น วิทยากรมีวิธีการถ่ายทอดช่วยให้เกิดความสนใจเรียนรู้เพิ่มขึ้น ในส่วนของคณะกรรมการดำเนินโครงการ มีความเห็นว่า วิทยากรที่มีวิธีการ

ถ่ายทอดความรู้ที่น่าสนใจ มีความสนุกสนาน ผู้เข้ารับการอบรมจะให้ความสนใจและมีส่วนร่วมกับการอบรมโครงการมาก โดยการหลักการคัดเลือกวิทยากรนั้นจะเลือกวิทยากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในหัวข้อที่บรรยาย ซึ่งในโครงการนี้มีการพิจารณาคัดสรรวิทยากร จากวิทยากรที่มีประสบการณ์จริง มีความรู้จริงในเรื่องที่จะถ่ายทอดอย่างชัดเจน มีชื่อเสียง สามารถถ่ายทอดความรู้ได้ดีทำให้ผู้เข้าสัมมนามีส่วนร่วมในการบรรยาย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของกองฝึกอบรมกระทรวงมหาดไทย[15] กล่าวว่าทักษะและบุคลิกภาพที่จำเป็นสำหรับการเป็นวิทยากร 1) ใจต้องมาก่อนคือรักในการเป็นวิทยากร 2) ต้องมีความรู้จริงในเรื่องที่จะถ่ายทอดอย่างชัดเจน 3) มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ 4) มีมนุษย์สัมพันธ์ดี 5) ช่างสังเกต 6) มีไหวพริบปฏิภาณแก้ไขเหตุการณ์เฉพาะหน้าเก่ง 7) มีความเชื่อมั่นในตนเอง 8) มีการวางแผนที่ดี 9) มีความจริงใจตั้งใจให้ความรู้ 10) มีลีลาแบบฉบับเป็นของตัวเอง 11) ทำให้ผู้เข้าสัมมนามีส่วนร่วมในการบรรยาย 12) บุคลิกภาพการแต่งกายโดดเด่น ดูดีมีสง่าวางตัวเหมาะสมเป็นวิทยากร

2.2. คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรม จากการวิเคราะห์ข้อมูล โดยวิเคราะห์เนื้อหาแบบสัมภาษณ์และเปรียบเทียบกับคุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรมที่กำหนดไว้ในหลักสูตร มีความคิดเห็นว่าผู้เข้ารับการอบรมทุกคนมีคุณสมบัติของการเป็นข้าราชการพลเรือนสามัญที่อยู่ระหว่างทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการของกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2561[2,4] นอกจากนี้ผู้เข้ารับการอบรมทุกคนควรมีสุขภาพที่แข็งแรง ไม่เป็นโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการอบรม

2.3. ระยะเวลา จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ามีความเหมาะสมในระดับมาก มีความคุ้มค่าในการเข้ารับอบรม เพราะระยะเวลามีความเหมาะสมในการจัดกิจกรรมการอบรม ระยะเวลาควรมีความเหมาะสมกับการบรรยายของวิทยากร เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาวิชาความรู้นั้น ๆอย่างถ่องแท้ ระยะเวลาที่เหมาะสม คือ 5-7 วัน เพราะทำให้ผู้เข้ารับการอบรมไม่ทิ้งงานนานเกินไป จนมีผลต่อผู้รับบริการและค่าตอบแทน

2.4. วัสดุอุปกรณ์ จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ามีความเหมาะสมในระดับมาก อาจเป็นเพราะวิทยาลัยใช้สื่อการสอนมีความทันสมัย มองเห็นชัดเจน และเหมาะสมรวมถึงจัดเจ้าหน้าที่โสตทัศนูปกรณ์ประจำห้องอบรมทุกวันเพื่ออำนวยความสะดวกตลอดการอบรมนั้น จึงทำให้กิจกรรมการอบรมต่าง ๆ น่าสนใจและดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย

2.5. สถานที่จัดอบรม จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าสถานที่จัดอบรมมีความเหมาะสม ห้องประชุมมีความเหมาะสม อาหารสะอาดถูกหลักโภชนาการรสชาติอร่อย ทำให้เกิดบรรยากาศที่ดีในการอบรม ส่งเสริมการเรียนรู้ เพราะสถานที่การจัดการอบรมที่มีการอำนวยความสะดวกที่ดี สถานที่เหมาะสม ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ การปลูกฝังปรัชญาการเป็นข้าราชการที่ดี การเสริมสร้างสมรรถนะด้านต่าง ๆ นอกจากนี้ คุณภาพของอาหารที่ความสะอาดถูกหลักโภชนาการ จะช่วยให้ผู้เข้ารับการอบรมมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง และมีความพร้อมต่อการทำกิจกรรมพัฒนาตนเองให้เป็นข้าราชการที่ดี

3. ด้านการประเมินกระบวนการ

ผลการประเมินกระบวนการ ได้แก่ การประชาสัมพันธ์กิจกรรมโครงการ การเตรียมความพร้อม และการจัดกิจกรรมการอบรม จากการวิเคราะห์ข้อมูล อภิปรายได้ผลว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นด้านกระบวนการ ได้แก่ การประชาสัมพันธ์กิจกรรมโครงการ การเตรียมความพร้อม และการจัดกิจกรรมการอบรม มีความเหมาะสมระดับมาก หัวข้อที่มีคะแนนมากเป็นอันดับ 1 คือ ความคุ้มค่ากับการเข้ารับการอบรม เพราะ การเตรียมความพร้อมที่ดีของผู้จัดโครงการ เช่น การประสานงานที่ดี การสร้างบรรยากาศที่ดี ตลอดจนการแก้ไขปัญหาระหว่างการฝึกอบรมที่เหมาะสม ทำให้เกิดบรรยากาศที่ดีในการอบรม ส่งเสริมการเรียนรู้ให้กับผู้เข้ารับการอบรม เกิดการพัฒนาเครือข่ายในการทำงาน สามารถสร้างสายสัมพันธ์ที่ดี ส่งเสริมการเรียนรู้จากประสบการณ์และการลงมือปฏิบัติจริง

4. การประเมินด้านผลผลิต

ผลการประเมินกระบวนการ ได้แก่ ความรู้ที่ได้รับจากการอบรม สมรรถนะตนเองของผู้เข้าอบรม จากการสอบถามความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรม สรุปได้ผลดังนี้

4.1. ความรู้ที่ได้รับจากการอบรม จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้เข้ารับการอบรมได้รับความรู้ในหมวดสาระที่ 1 ปรัชญาของการเป็นข้าราชการที่ดี ประโยชน์ของแผ่นดินและบทบาทหน้าที่ จิตสำนึก ของการเป็นข้าราชการที่มีคุณธรรม หมวดสาระที่ 2 ความรู้ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติราชการ หมวดสาระที่ 3 ความรู้และทักษะเพื่อการดำรงตนอย่างสมดุลในศตวรรษที่ 21[2,4] ซึ่งผู้เข้ารับการอบรมมีความคิดเห็นว่าความรู้ที่ได้รับจากการอบรมตรงตามวัตถุประสงค์ของโครงการ โดยปัจจัยที่ส่งเสริมความสำเร็จของการจัดการเรียนรู้ คือผู้บริหารให้ความสำคัญ นโยบายและแผนงานชัดเจน การเตรียมความพร้อม[16]

4.2. สมรรถนะตนเองของผู้เข้าอบรม จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า สมรรถนะตนเองของผู้เข้าอบรมหลังเข้าอบรมมีคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าอบรม โดยสมรรถนะของผู้เข้าอบรมก่อนและหลังจากการเข้าร่วมโครงการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วีรชัย บริบูรณ์[17] ศึกษาการพัฒนาสมรรถนะหลักของบุคลากรโดยการมีส่วนร่วมของผู้บังคับบัญชา ผลการศึกษาพบว่า หลังการเข้าโปรแกรมฯ บุคลากรที่มีความรู้ตามสมรรถนะหลักและผลการประเมินค่าสมรรถนะหลักด้วยตนเองเพิ่มขึ้น มากกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฯและมีความสัมพันธ์กับการเข้าโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p<.01$) นอกจากนี้ทัศนคติในการฝึกอบรม การฝึกพัฒนา การศึกษาทำให้พนักงานมีประสิทธิภาพในการทำงานที่ดีขึ้นกว่าเดิม ดังนั้นผู้บริหารควรส่งเสริมให้มีโครงการฝึกอบรมและเปิดโอกาสให้พนักงานทุกคนมีโอกาสเข้ารับการพัฒนาและฝึกอบรมอย่างเท่าเทียมกัน[18] ในการจัดโครงการปฐมนิเทศข้าราชการใหม่ “หลักสูตรการเป็นข้าราชการที่ดี” จะมีการวางแผนร่วมกันกับคณะกรรมการดำเนินโครงการก่อนการจัดโครงการ มีกระบวนการประชาสัมพันธ์กิจกรรมในโครงการอย่างต่อเนื่องทั้งก่อนและระหว่างการอบรม คัดสรรวิทยากรที่มีคุณภาพ มีการเตรียมความพร้อมของทีมผู้จัดและผู้เข้ารับการอบรม และในระหว่างการจัดกิจกรรมการอบรมจะเน้นการทำกระบวนการกลุ่มและการทำงานเป็นทีม เมื่อพบปัญหาในการจัดโครงการจะดำเนินการแก้ไขปัญหาให้เหมาะสมกับสถานการณ์ระหว่างการฝึกอบรมทันที ทำให้เกิดบรรยากาศที่ดีในการอบรม ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาสมรรถนะตนเองของผู้เข้ารับการอบรม จึงทำให้สมรรถนะตนเองของผู้เข้ารับการอบรมสูงขึ้น นอกจากนี้เกิดการพัฒนาเครือข่ายในการทำงาน ซึ่งจะเป็นประโยชน์กับผู้เข้ารับการอบรมและหน่วยงานต้นสังกัดต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษาพบว่าโครงการปฐมนิเทศข้าราชการใหม่ “หลักสูตรการเป็นข้าราชการที่ดี” สามารถพัฒนาข้าราชการพลเรือนสามัญในระหว่างที่ยังทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ ให้มีความรู้ในการเป็นข้าราชการที่ดี และมีสมรรถนะตนเองดีขึ้น ผู้รับผิดชอบโครงการปฐมนิเทศข้าราชการใหม่ จึงควรจัดอบรมโดยใช้หลักสูตรการเป็นข้าราชการที่ดี ในระยะเวลา 5-7 วัน ตามที่หลักสูตรกำหนดเพื่อส่งเสริมให้มีความพร้อมที่จะเป็นข้าราชการที่ดีต่อไป

2. ผลการจัดโครงการปฐมนิเทศข้าราชการใหม่ “หลักสูตรการเป็นข้าราชการที่ดี” ผู้เข้ารับการอบรมมีสมรรถนะตนเองดีขึ้น ผู้รับผิดชอบโครงการจัดเนื้อหาให้เหมาะสมกับหลักสูตร และมีการออกแบบกระบวนตั้งแต่การประชาสัมพันธ์กิจกรรมในโครงการอย่างต่อเนื่องทั้งก่อนและระหว่างการอบรม คัดสรรวิทยากรที่มีคุณภาพ มีการเตรียมความพร้อมของทีมผู้จัดและผู้เข้าร่วมการอบรม และในระหว่างการจัดกิจกรรมการอบรมจะเน้นการทำกระบวนการกลุ่มและการทำงานเป็นทีม เมื่อพบปัญหาในการจัดโครงการดำเนินการแก้ไขปัญหาให้เหมาะสมกับสถานการณ์ระหว่างการฝึกอบรมทันที จึงสามารถทำให้โครงการประสบผลสำเร็จได้ดี

3. ควรมีการศึกษาติดตามผลของการประเมินโครงการปฐมนิเทศข้าราชการใหม่ “หลักสูตรการเป็นข้าราชการที่ดี” ในระยะยาวเพื่อดูความยั่งยืนของการพัฒนา

References

1. Office of the Civil Service Commission. Civil Service Act of B.E.2551. Bangkok: Global Inter Communication Co., Ltd. 2008. (in Thai).
2. Office of the Civil Service Commission. Handbook for conducting experiments on government duties [internet]. 2010 [cited 2018 June 5]. Available from: http://www.hq.prd.go.th/personnel/ewt_news.php?nid=265&filename=index
3. Praboromarajchanok Institute. Mission of Praboromarajchanok Institute [internet]. 2017 [cited 2018 June 5]. Available from: http://www2.pi.ac.th/page/22
4. Personnel Development Group of Praboromarajchanok Institute. Handbook for orientation project for being a good government officer. Praboromarajchanok Institute of Ministry of Public Health. 2017. (in Thai).
5. The Strategy and Quality Assurance department of Boromarajonanicollege of nursing Chakriraj. Strategic plan for fiscal year 2017-2021. Boromarajonanicollege of Nursing Chakriraj. 2017. (in Thai).
6. Testing and Evaluation Center for Educational and Professional Development, Faculty of Education, Chulalongkorn University. Project evaluation model [internet]. 2013 [cited 2019 April 21]. Available from: http://econ.tu.ac.th/class/archan/Sakon/.pdf
7. Stufflebeam D L, Madam C F, Kellaghan T. The CIPP model for evaluation in Evaluation model. Boston MA: Kluwer Academic; 2000.
8. Dasa J. Research report on assessment and follow-up of the Master of Education Program Science Education (Plan B). Srinakharinwirot University. Center for Science Education of Srinakharinwirot University. 2010. (in Thai).
9. Suebsotr C. Alternative : Evaluation of village fund through CIPP Model application: a case study of Ban Getho Village Fund of Kathu District, Phuket Province [Master thesis]. Bangkok: Khonkaen University. 2008. (in Thai).
10. Narongmee P. The CIPP Model for Evaluation of the Allowance of the Elderly : A Case Study of Nonthaburi Municipality [Master thesis]. Bangkok: Thammasat University. 2011. (in Thai).
11. ApisamphonYothin P. Study of the results of the social skills promotion project "Hail Trip". Faculty of Medicine. Siriraj Hospital Mahidol University. 2007. (in Thai).
12. Ho W W, Chen W J, Ho C K, Lee M B, Chen C C, Chou F C. Evaluation ofthe suicide prevention program in Kaohsiung City, Taiwan, using the CIPP evaluation model. CMHJ 2011;47:542-50.
13. PhromShui S. Project evaluation techniques. Bangkok: Chatuphon Design; 2009. (in Thai).
14. Saiyot L, Saiyot A. Educational research techniques. 5thed, Bangkok: Academic Support Center; 2010. (in Thai).
15. Ministry of Interior. Internal Trainer. Bangkok: Department of Lands. 2018. (in Thai).
16. Boonvas K, Khumtorn L, Suppasri J. Enhancing reflective learning practices : implication for faculty development program, Southern College Network, Praboromarajchanok Institute. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2016;26(3)sep-dec:131-43.

17. Boriboon W. Development of Core Competencies by the Participation of Supervisors. Journal of Health Science 2016;25(5):872-77. (in Thai).

18. Boonnnuch R. Development and training affectingthe employee's effectiveness : case study provincial electricit authority area 1 (central region) phra nakhon si ayutthaya province [Master thesis]. Pathum Thani : Rajamangala University of Technology Thanyaburi. 2013. (in Thai).

แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ในสตรีที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์

Guidelines for Weight Control Behaviors during Pregnancy in Women with an Over Pre-Pregnancy Body Mass Index

พิชชาภรณ์ สาตะรักษ์[1] พิชฎา อังคะนาวิน[1] กิตติพร ประชาศรัยสรเดช[1]

Pitchaporn Satarak[1] Pichata Oangkanawin[1] Kittiporn Prachasaisoradej[1]

[1]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

[1]Boromarajonani College of Nursing Chon Buri

Corresponding author: Pitchaporn Satarak; Email: pitchaporn@bnc.ac.th

Received: 5 March 2019 **Revised:** 23 May 2019 **Accepted:** 11 September 2019

บทคัดย่อ

การควบคุมน้ำหนักในสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์มีความสำคัญ เพราะหากน้ำหนักในขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นมากจนเกินไป จะทำให้สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ที่พบบ่อย เช่น เบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ ทารกตัวโต เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมสำหรับการควบคุมน้ำหนักในขณะตั้งครรภ์นั้น ประกอบด้วย การควบคุมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ซึ่งต้องกระทำควบคู่กันไปจึงจะทำให้การควบคุมนั้นได้ผลดี อย่างไรก็ตามพฤติกรรมดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้ และคงอยู่ตลอดการตั้งครรภ์ยังต้องอาศัยปัจจัยบางประการมาเป็นส่วนเสริมช่วยสนับสนุน บทความนี้ได้ทบทวนวรรณกรรมถึงการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ในสตรีที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ และให้ผู้อ่านมีความเข้าใจในการควบคุมน้ำหนัก ทราบถึงแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ รวมทั้งสามารถให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ให้มีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์; หญิงตั้งครรภ์น้ำหนักเกิน; การควบคุมน้ำหนักขณะตั้งครรภ์

Guidelines for Weight Control Behaviors during Pregnancy in Women with an Over Pre-Pregnancy Body Mass Index

Pitchaporn Satarak[1] Pichata Oangkanawin[1] Kittiporn Prachasaisoradej[1]

[1]Boromarajonani College of Nursing Chon Buri

Corresponding author: Pitchaporn Satarak; Email: pitchaporn@bnc.ac.th

Received: 5 March 2019 **Revised:** 23 May 2019 **Accepted:** 11 September 2019

Abstract

Maternal pre-pregnancy BMI is known to influence pregnancy and birth outcomes. Women who are overweight pre-pregnancy have been suggested to have a higher risk of diabetes mellitus, pregnancy-induced hypertension (PIH), and large for gestational age (LGA). Weight control behavior during pregnancy consists of diet regulation and exercise which must be done in parallel. This article has reviewed the literature in diet regulation, exercise and guidelines to promote weight control behaviors during pregnancy in pregnant women with a high body mass index. The authors encourage the reader to understand weight control and know how to promote weight control behaviors during pregnancy and the ability to care for pregnant women with over pre-pregnancy body mass index to control their body mass effectively.

Keywords: body mass index exceeds before pregnancy; overweight pre-pregnancy; weight control during pregnancy

ความเป็นมาและความสำคัญ

ในปัจจุบันประชากรโลกมีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์เพิ่มขึ้น ตามการรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ในปี ค.ศ. 2009 พบว่ามีประชากรที่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์จำนวน 1,700 ล้านคน[1] ในปี ค.ศ. 2014 มีประชากรที่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์จำนวน 1,900 ล้านคน โดยเป็นสตรีร้อยละ 40[2] สำหรับในประเทศไทยจากการสำรวจประชากรไทยในปีพ.ศ. 2546-2547 พบสตรีที่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ร้อยละ 34.40 และในปี พ.ศ. 2551-2552 พบสตรีที่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ร้อยละ 40.70 จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าในประเทศไทยมีสตรีที่มีดัชนี มวลกายเกินเกณฑ์เพิ่มขึ้น ซึ่งสตรีเหล่านี้เมื่อตั้งครรภ์ก็จะกลายเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ สถิติดัชนีมวลกายในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์โดยภาพรวมนั้นยังไม่พบการรายงานที่ชัดเจน แต่ได้มีผู้ทำการศึกษาในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์จากโรงพยาบาลมหาราชจังหวัดนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2549 พบว่าจากจำนวนผู้มาฝากครรภ์ 1,350 คน มีสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ร้อยละ 16.18[3] และจากโรงพยาบาลนครลำปาง ในปี พ.ศ. 2555 พบว่าจำนวนผู้คลอด 5,420 คน มีสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ร้อยละ 11.10[4] จากรายงานการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า มีสตรีตั้งครรภ์จำนวนไม่น้อยที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์

ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) เป็นค่าที่คำนวณได้จากการนำน้ำหนักหน่วยเป็นกิโลกรัมหารด้วยความสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง (กิโลกรัม/เมตร^2) ซึ่ง WHO ได้กำหนดค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัม/เมตร^2 ขึ้นไปถือเป็นผู้มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ แต่ประชากรในแถบเอเชียที่มีรูปร่างเล็ก หากมีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23 กิโลกรัม/เมตร^2 ก็ถือว่าเป็นผู้มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์[5] ดัชนีมวลกายใช้สำหรับประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลแต่ละคน สำหรับในสตรีตั้งครรภ์ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ (Pre-pregnancy Body Mass Index) มีความสำคัญในการใช้เป็นข้อมูลเพื่อกำหนดน้ำหนักที่ควรเพิ่มในขณะตั้งครรภ์ และการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดในขณะตั้งครรภ์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสตรีที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์มักมีน้ำหนักเพิ่มมากจนเกินเกณฑ์ การเพิ่มของน้ำหนักในขณะตั้งครรภ์ ผลจากการมีน้ำหนักเพิ่มมากจนเกินเกณฑ์ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด ได้แก่ เบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด การผ่าตัดคลอด และการตกเลือดหลังคลอด[6-7] จากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ควรควบคุมน้ำหนักในขณะตั้งครรภ์ไม่ให้เพิ่มมากจนเกินเกณฑ์ เพื่อเป็นการลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

การควบคุมน้ำหนักในขณะตั้งครรภ์สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ ประกอบไปด้วยการควบคุมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายร่วมกัน ซึ่งช่วยให้ควบคุมน้ำหนักได้ดีกว่าการใช้เพียงวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียว[8] ซึ่งการรับประทานอาหารสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ ยังต้องรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ โดยต้องควบคุมให้มีการเพิ่มของน้ำหนักอย่างเหมาะสม ส่วนการออกกำลังกายควรออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ นานครั้งละ 30 นาที ทั้ง 2 กิจกรรมดังกล่าว เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติได้ไม่ยาก แต่กลับพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์หากไม่มีความตั้งใจจริงและไม่มีการควบคุมพฤติกรรม ก็จะไม่สามารถควบคุมน้ำหนักของตนเองได้ บทความวิชาการนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ เพื่อให้บุคลากรทางสุขภาพนำไปใช้ส่งเสริมสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ให้มีการควบคุมน้ำหนักในขณะตั้งครรภ์อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์

สตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ ในขณะตั้งครรภ์จะมีการบริโภคอาหารในปริมาณมากเพิ่มจากก่อนการตั้งครรภ์ ซึ่งมีความคิดเห็นว่าควรบริโภคให้เพิ่มจากก่อนตั้งครรภ์เพื่อให้เพียงพอสำหรับตนเองและทารกในครรภ์

(eat for two)[9] ทั้งนี้สตรีตั้งครรภ์ทั่วไปก็มีความคิดเห็นแบบนี้เช่นเดียวกัน แต่การรับประทานอาหารให้เพิ่มขึ้นจากเดิม พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ มีการรับประทานอาหารมากจนเกินจากความต้องการใช้พลังงานของตนเอง อีกทั้งมีการรับประทานอาหารประเภทของหวาน อาหารทอดน้ำมัน อาหารประเภทแป้ง ในปริมาณมากกว่าที่ควรบริโภค ซึ่งอาหารเหล่านี้หากเหลือจากการเผาผลาญแล้วจะถูกสะสมไว้ในร่างกายกลายเป็นไขมันส่วนเกิน ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์สามารถออกกำลังกายเพื่อเผาพลาญพลังงานส่วนเกินนี้ให้หมดไปได้ แต่จากการศึกษาพบว่าการออกกำลังกายในขณะตั้งครรภ์เป็นสิ่งที่สตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ และสตรีตั้งครรภ์ทั่วไปมีการออกกำลังกายน้อย จากการศึกษาของซุย และคณะ[10] ได้ข้อสรุปจากการสัมภาษณ์พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์มีความคิดเห็นว่าการออกกำลังกายกระทำได้ยากกว่าการควบคุมการรับประทานอาหาร อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการควบคุมน้ำหนักในขณะตั้งครรภ์ให้ได้ผลดีต้องกระทำทั้ง 2 กิจกรรมดังกล่าวข้างต้นควบคู่กัน

น้ำหนักที่ควรเพิ่มขึ้นของสตรีตั้งครรภ์

สตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสแรกน้ำหนักจะเพิ่มเล็กน้อยประมาณ 1-2 กิโลกรัม หรือหากมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อยน้ำหนักอาจไม่เพิ่ม เมื่ออายุครรภ์ได้ 16 สัปดาห์อาการคลื่นไส้ อาเจียน จะบรรเทาลง และรับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้น ในไตรมาสที่สองและสามของการตั้งครรภ์ในระยะนี้หากสตรีตั้งครรภ์ ไม่ควบคุมน้ำหนักรับประทานอาหารตามความต้องการของตนเองมากจนเกินไป ก็จะทำให้น้ำหนักในขณะตั้งครรภ์เพิ่มมากจนเกินเกณฑ์ได้ น้ำหนักของสตรีตั้งครรภ์ในแต่ละรายมีเกณฑ์การเพิ่มของน้ำหนักที่แตกต่างกันไปตามระดับของดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์จะมีน้ำหนักเพิ่มตลอดการตั้งครรภ์ได้น้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อให้การตั้งครรภ์ได้ผลลัพธ์ที่ดี และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการมีน้ำหนักเพิ่มมากจนเกินเกณฑ์ในขณะตั้งครรภ์ ซึ่งสถาบันการแพทย์ของสหรัฐอเมริกา (Institute of Medicine: IOM) ได้กำหนดการเพิ่มของน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ตามระดับของดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ของ WHO ดังนี้

ตารางแสดง การเพิ่มของน้ำหนักในขณะตั้งครรภ์ตามระดับดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ของ IOM[11-12]

เกณฑ์	น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์	น้ำหนักปกติ	น้ำหนักเกินเกณฑ์	อ้วนทุกระดับ
ดัชนีมวลกายตามเกณฑ์ WHO (กก./ม.^{2})	< 18.5	18.5-24.9	25-29.9	≥ 30
ดัชนีมวลกายตามเกณฑ์ WHO สำหรับชาวเอเชีย (กก./ม.2)	< 18.5	18.5-22.9	23-24.9	≥ 30
น้ำหนักที่ควรเพิ่มตลอดการตั้งครรภ์ (กิโลกรัม)	12.5-18	12.5-16	7-11.5	5-9
น้ำหนักเฉลี่ยที่ควรเพิ่มในไตรมาสที่ 2 และ 3 (กิโลกรัม/สัปดาห์)	.51	.42	.28	.22

การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนักของสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์

1. การรับประทานอาหาร สตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ ไม่จำเป็นต้องลดน้ำหนักในขณะตั้งครรภ์ เพียงแต่ต้องควบคุมน้ำหนักให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่ IOM กำหนด โดยให้รับประทานประเภท ผัก ผลไม้ อาหารที่ให้พลังงานต่ำ ลดอาหารประเภทไขมัน อาหารหวาน จึงควรแนะนำให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์รับประทานให้ได้พลังงานตามที่ ADA (American Diabetes Association) แนะนำ ซึ่งมีความเหมาะสมกับดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ และสามารถช่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ ดังนี้

- ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ 20–25 กก./ม.^{2} พลังงานที่ควรได้รับ 30 กิโลแคลอรี่/นน.ตัวเป็น กก./วัน
- ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ 25–34 กก./ม.^{2} พลังงานที่ควรได้รับ 25 กิโลแคลอรี่/นน.ตัวเป็น กก./วัน
- ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ >34 กก./ม.^{2} พลังงานที่ควรได้รับ 20 กิโลแคลอรี่/นน.ตัวเป็น กก./วันและเพิ่มพลังงานอีก 300 กิโลแคลอรี่/วันในการตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 2 และ 3[13]

2. การออกกำลังกาย การออกกำลังกายสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ สามารถเลือกวิธีการออกกำลังกายได้หลายวิธี เช่น การว่ายน้ำ การเต้นแอโรบิค การเดิน การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เป็นต้น การออกกำลังกายในขณะตั้งครรภ์เป็นแนวทางที่ สมาคมสูตินรีแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American College of Obstetricians and Gynecologists: ACOG) แนะนำให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ และไม่ต้องอยู่ภายใต้การรักษาที่เฉพาะของแพทย์ให้กระทำกิจกรรมการออกกำลังกาย โดยมีหลักของการออกกำลังกายที่สำคัญคือ การออกกำลังกายด้วยความแรงระดับปานกลาง อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ ออกกำลังกายนานครั้งละ 30 นาที โดยมีข้อควรปฏิบัติดังนี้

1. ระดับของการออกกำลังกาย โดยระดับของการออกกำลังกายควรมีความใกล้เคียงกับก่อนตั้งครรภ์ หากไม่เคยออกกำลังกายมาก่อนควรเริ่มการออกกำลังแบบเบาก่อน แล้วจึงเพิ่มระดับของความแรง และเวลาให้นานขึ้น

2. ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายในท่านอนหงาย หลังการตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 1 เพราะอาจทำให้เกิดภาวะเป็นลมในท่านอนหงาย (supine hypotension)

3. การเลือกวิธีการออกกำลังกายที่มีความปลอดภัย หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ต้องเล่นกับบุคคลอื่น เช่น ฟุตบอล บาสเกตบอล เป็นต้น หรือการออกกำลังกายที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เช่น ยิมนาสติก ขี่ม้า เป็นต้น เพราะการออกกำลังกายเหล่านี้อาจทำให้เกิดการกระทบกระเทือนบริเวณหน้าท้องได้ และควรหลีกเลี่ยงการว่ายน้ำแบบสกูบา

4. ระวังเมื่อต้องออกกำลังในพื้นที่สูงกว่าทะเลมาก ๆ โดยปกติสามารถออกกำลังกายได้อย่างปลอดภัยบนพื้นที่สูงจากระดับน้ำทะเล 6,000 ฟุต

5. ควรออกกำลังในสถานที่ปลอดภัย อากาศถ่ายเทดี ไม่ร้อนชื้น

6. หยุดออกกำลังกายเมื่อมีอาการดังนี้ คือ หายใจลำบาก เวียนศีรษะ เจ็บหน้าอก กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปวดน่องหรือขาบวม เลือดออกทางช่องคลอด เจ็บครรภ์ ทารกดิ้นน้อย ถุงน้ำคร่ำแตกหรือรั่ว

7. ดื่มน้ำขณะออกกำลังกายให้เพียงพอเพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำและรักษาอุณหภูมิของร่างกาย

แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ในสตรีที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์

การควบคุมน้ำหนักในขณะตั้งครรภ์ถือเป็นพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีในขณะตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์[14] ที่ได้กล่าวไว้ว่า การส่งเสริมสุขภาพ คือการที่บุคคลมีความต้องการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อให้สุขภาพแข็งแรง และมีสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น แต่การที่สตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์จะเกิดการควบคุมน้ำหนักของตนเองได้นั้น ไม่ใช่เรื่องง่ายซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์สามารถควบคุมน้ำหนักได้ดี เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ต้องมีผู้ควบคุมให้กระทำ หากไม่มีการควบคุมให้กระทำก็จะไม่มี

การควบคุมน้ำหนัก หรือปฏิบัติได้ไม่สม่ำเสมอ จึงทำให้มีน้ำหนักเพิ่มเกินเกณฑ์ในขณะตั้งครรภ์ ด้วยเหตุนี้จึงควรมีแนวทางสำหรับบุคลากรทางสุขภาพที่จะใช้ในส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ในสตรีที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์กลุ่มดังกล่าวเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักไปตลอดการตั้งครรภ์ โดยมีแนวทางดังนี้

1. เพิ่มการรับรู้ประโยชน์ สตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ ควรได้รับการชี้ให้เห็นประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนัก หรือผลดีที่คาดว่าจะได้รับ ซึ่งเพนเดอร์ ได้อธิบายไว้ว่า บุคคลมีความคาดหวังต่อผลดี หรือประโยชน์ที่จะได้รับ (perceived benefit) จากการกระทำ ซึ่งเป็นแรงจูงใจในการนำพาตนเองให้ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ดังเช่นการศึกษาของชุย และดอด[15] ซึ่งทำการศึกษาอย่างเป็นระบบ (systematic reviews) พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ที่เข้าร่วมงานวิจัยแบบทดลองในการควบคุมน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ หลังจากได้รับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมวิจัยในการควบคุมน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ ทำให้มีความสนใจที่จะปรับพฤติกรรมของตนเองและนำไปสู่การควบคุมน้ำหนักได้สำเร็จ

2. ลดการรับรู้อุปสรรค ซึ่งเพนเดอร์อธิบายว่า หากบุคคลมีการรับรู้ต่ออุปสรรค (perceived barrier) สิ่งขัดขวางต่อการกระทำใด ๆ ว่ามีมากมาย ไม่สามารถจัดการได้ บุคคลนั้นอาจกระทำพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพได้น้อย หรือไม่กระทำเลย อย่างไรก็ตามแม้จะมีอุปสรรคมากมาย แต่บุคลากรทางสุขภาพมีส่วนช่วยในการลดอุปสรรคเหล่านี้ให้ลดลงได้ โดยการช่วยสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุมน้ำหนัก และการเพิ่มความมั่นใจในตนเอง บุคลากรทางสุขภาพควรมีการสอบถามถึงข้อมูลที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการควบคุมน้ำหนักในขณะตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ ดังเช่นการศึกษาของไวร์[9] ที่พบว่าอุปสรรคของการออกกำลังกายคือ ร่างกายเคลื่อนไหวไม่สะดวก ต้องการให้เวลากับครอบครัว และทำงานจนไม่มีเวลาออกกำลังกาย นอกจากนี้การศึกษาของชุย และคณะ[10] ยังพบว่าสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มนี้รับรู้อุปสรรคในการควบคุมอาหาร เช่น ร้อยละ 68 มีความคิดเห็นว่าอาหารเพื่อสุขภาพนั้นเป็นอาหารที่มีราคาแพง และร้อยละ 81 ไม่ทราบแนวทางในการรับประทานที่เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งจะเห็นได้ว่า การรับรู้อุปสรรคของสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ไม่เท่ากันแต่ละบุคคลมีมากน้อยไม่เท่ากันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการรับรู้ แต่บุคลากรทางสุขภาพมีส่วนช่วยในการลดอุปสรรคเหล่านี้ให้ลดลงได้ โดยการช่วยสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุมน้ำหนัก และการเพิ่มความมั่นใจในตนเอง

3. เพิ่มสมรรถนะแห่งตน บุคลากรทางสุขภาพควรประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ก่อนการส่งเสริมให้กระทำกิจกรรมในการควบคุมน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนี้เป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยลดการรับรู้อุปสรรคได้ โดยเพนเดอร์อธิบายว่า บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะทำให้การรับรู้อุปสรรคลดลง เมื่อการรับรู้อุปสรรคลดลงย่อมเป็นแนวโน้มที่ดีที่สตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์จะกระทำกิจกรรมการควบคุมน้ำหนักไปได้ตลอดการตั้งครรภ์ ซึ่งจากการศึกษาของพิชชาภรณ์ สาตะรักษ์, จรัสศรี ธีระกุลชัย และจันทิมา ขนบดี[16] พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. การสนับสนุนทางสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แม้สตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์มีการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนัก รับรู้ต่อสิ่งที่เป็นอุปสรรคลดลงบ้างแล้ว และมีความมั่นใจเพิ่มมากขึ้น แต่สิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่เป็นส่วนส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนี มวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ เกิดการกระทำกิจกรรมในการควบคุมน้ำหนัก อีกประการหนึ่งคือ การได้รับการช่วยเหลือจากสังคม หรือการสนับสนุนจากสังคม (social support) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สตรีตั้งครรภ์มีความต้องการทั้งความรู้ เช่นควรรับประทานอาหารอย่างไร ออกกำลังกายอย่างไร มีความต้องการให้บุคคลในครอบครัวช่วยจัดเตรียมอาหารไว้ให้ ต้องการสิ่งสนับสนุนที่เป็นแผ่นพับ รายการอาหารต่าง ๆ ที่สตรีตั้งครรภ์กลุ่มดังกล่าวสามารถเลือกซื้อมารับประทานได้โดยสะดวก หรือแม้แต่ความต้องการกำลังใจ[17] จากความต้องการดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์[18] ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมคือการที่บุคคลรับรู้ถึงการเป็นที่ยอมรับและการได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น แบ่งเป็น 4 ด้าน ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพสามารถช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนี

มวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) บุคลากรทางสุขภาพสนับสนุนให้บุคคลในครอบครัวของสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ให้ความสนใจ ให้กำลังใจ ชมเชยในการกระทำกิจกรรมการควบคุมน้ำหนักขณะตั้งครรภ์

2. การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ (appraisal support) บุคลากรทางสุขภาพควรให้ข้อมูลย้อนกลับเมื่อมีการกระทำกิจกรรมการควบน้ำหนัก มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักอย่างไร มีการให้ตัวอย่างเปรียบเทียบกับสตรีตั้งครรภ์อื่นเมื่อต้องแสดงความคิดเห็นควรเป็นความคิดเห็นพ้องกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) บุคลากรทางสุขภาพควรให้ความรู้ที่ต้องเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก เรื่องการควบคุมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ซึ่งจะต้องกระทำควบคู่กัน พร้อมทั้งช่วยหาแนวทางที่เหมาะสมสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์แต่ละราย เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์แต่ละรายมีความต้องการและปัญหาที่แตกต่างกัน

4. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (instrumental support) บุคลากรทางสุขภาพมีส่วนช่วยในการสนับสนุนแผ่นพับ เอกสาร ซีดี หรืออุปกรณ์การออกกำลังกายบางอย่างให้แก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ และสนับสนุนให้บุคคลในครอบครัว จัดสรรเวลาสำหรับออกกำลังกายให้แก่สตรีตั้งครรภ์กลุ่มดังกล่าว จัดพื้นที่สักมุมหนึ่งในบ้านสำหรับการออกกำลังกาย การช่วยจัดเตรียมอาหารในการควบคุมน้ำหนัก

การสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่ง ที่ทำให้การควบคุมน้ำหนักขณะตั้งครรภ์สำเร็จได้ ซึ่งจากการศึกษาของพิชชาภรณ์ สาตะรักษ์ และคณะ[16] พบว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทสรุป

การควบคุมน้ำหนักสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ สตรีตั้งครรภ์ต้องอาศัยทั้งความมุ่งมั่นตั้งใจของตนเอง และต้องอาศัยความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพด้วยเช่นกัน โดยกิจกรรมในการควบคุมน้ำหนักต้องกระทำทั้งการควบคุมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายควบคู่กันไป บุคลากรทางสุขภาพจึงควรมีแนวทางในส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์กลุ่มดังกล่าวเกิดความเข้าใจต่อการควบคุมน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ ชี้แนะให้เห็นถึงผลดีที่จะได้รับ ประเมินการรับรู้ต่อสิ่งที่เป็นอุปสรรค ช่วยหาแนวทางแก้ไข เสริมความมั่นใจในการกระทำกิจกรรมในการควบคุมน้ำหนัก และให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยส่งเสริมในการกระทำกิจกรรมสำหรับการควบคุมน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ เพื่อให้การควบคุมน้ำหนักในขณะตั้งครรภ์มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

การควบคุมน้ำหนักในสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ มีแนวทางสำคัญที่ควรกระทำ 2 กิจกรรม คือ การควบคุมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย โดยจะต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอไปตลอดการตั้งครรภ์ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรสาธารณสุข ต้องทราบแนวทางส่งเสริมการควบคุมน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ในสตรีที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ และพยายามส่งเสริมให้มีการคงอยู่ของการกระทำดังกล่าวตลอดการตั้งครรภ์

References

1. World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Geneva; 2009.
2. World Health Organization. Obesity and overweight fact sheet No 311 update January 2015 [internet]. [cited 2015 Jun 15]. Available from: www.who.int.mediacentre/factsheets/fs311/en/

3. Kitiyodom S, Tongswatwong P. Pregnancy outcomes of parturients with excessive-weight in Maharat Nakorn Ratchasima Hospital. Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology.2008;16(4):214-20. (in Thai).
4. Arora R, Arora D, Patumanond J. Adverse pregnancy outcomes in women with high pre-pregnancy body mass index. Open J Obstet Gynecol. 2013;3(2):285-91.
5. World Health Organization Expert Consultation. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. Lancet. 2004; 363:157-63.
6. Li N, Liu E, Guo J, Pan L, Li B, Wang P, et al. Maternal prepregnancy body mass index and gestational weight gain on pregnancy outcomes [Internet]. 2013 [cited 2015 Oct 7]. Available from http:// journals. plos. org/ plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0082310.
7. Li C, Liu Y, Zhang W. Joint and independent associations of gestational weight gain and pre-pregnancy body mass index with outcomes of pregnancy in Chinese women: A retrospective cohort study [Internet]. 2015 [cited 2015 Nov 21]; Available from http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal. pone. 0136850.
8. Choi J, Fukuoka Y, Lee JH. The effects of physical activity and physical activity plus diet interventions on body weight in overweight or obese women who are pregnant or in postpartum: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Preventive Medicine, 2013;56:351-64.
9. Weir Z, Bush J, Robson SC, McParlin C, Rankin J, Bell R. Physical activity in pregnancy: A qualitative study of the beliefs of overweight and obese pregnant women. Bio Med Central Pregnancy and Childbirth. 2010;10(1):1-7.
10. Sui Z, Turnbull DA, Dodd JM. Overweight and obese women's perceptions about making healthy change during pregnancy: A mixed method study. Maternal Child Health J. 2013;17(10):1879-87.
11. Somprasit J. Obesity and pregnancy. In: Ruangchainikom W, Chanratchakul B, Phromsonthi P, Chaiyasit N, Rujitphongsathorn J, Kosolchuenvichit J, Editors. Update in maternal and fetal medicine: Form evidence-based medicine to clinical practice. Bangkok: Union Creation; 2013. Page 179-85. (in Thai).
12. Institute Of Medicine. Report brief: Weight gain during pregnancy: Reexamining the guidlines. Washington: National Academics Press; 2009.
13. Luewan S. Gestational diabetes. In: Thongsong T, Editor. Obstetrics. Bangkok: Lakshmi Rung; 2012. Page 425-37. (in Thai).
14. Pender NJ. Health promotion in nursing practice. New Jersey: Prentice Hall, Upper Saddle River; 1996.
15. Sui Z, Dodd JM. Exercise in obese pregnant women: Positive impacts and current perceptions. IntJ Womens Health. 2013; 5:389-98.
16. Satarak P, Therakulchai J, Khanobdee C.The influence of personal factors, perceived benefit, barrier, self-efficacy, and social support on weight control behaviors of pregnant women with over pre-pregnancy body mass index. Journal of Health Science Research. 2560; 11(2):81-92. (in Thai).
17. Hromi-Fiedler A, Chapman D, Segura-Pérez S, Damio G, Clark P, Martinez J, et al. Barriers and facilitators to improve fruit and vegetable intake among WIC-eligible pregnant Latinas: An application of the health action process approach framework. J Nutr Educ Behav. 2016;48(7):468-77.
18. House JS. Work stress and social support. Reading. MA: Addison- Wesley; 1981.

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

Development of Promoting Self-Management Model among Uncontrolled Diabetic Patients

ธัสมน นามวงษ์[1] รัชชนก กลิ่นชาติ[1] สุมาลี ราชนิยม[1] พนัชกร ค้าผล[2] นฤมล ทองภักดี[3]
Tassamon Namwong[1] Radchanok Klinchad[1] Sumalee Rajchaniyom[1] Panatcakorn Khapol[2] Narumon Thongpakdee[3]
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี[1] โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี[2] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจันทนิมิตร[3]
Prapokklao Nursing College, Chantaburi[1] Prapokklao Hospital Chantaburi[2] Primary Care Unit of Chantanimit[3]
Coresponding author: Tassamon Namwong; Email: tassamon900@yahoo.com
Received: 30 May 2019 **Revised:** 8 October 2019 **Accepted:** 15 November 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค และพัฒนาคุณภาพชีวิตสำหรับผู้เป็นเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้จำนวน 15 คนโดยการคัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน แบบวัดสมรรถนะการจัดการตนเอง แบบประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และแบบวัดคุณภาพชีวิต ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .69-.97 ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ขั้นตอนได้แก่ การเตรียมการ การดำเนินการ ประกอบด้วยศึกษาข้อมูลพื้นฐาน การพัฒนารูปแบบ การทดลองใช้รูปแบบ และ การติดตามและประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง และรูปแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม งานวิจัยเป็นความร่วมมือบุคลากรและผู้ป่วยประกอบด้วย 1) ประเมินภาวะความพร้อมการปรับเปลี่ยนและตั้งเป้าหมาย 2) ทบทวนเป้าหมายการจัดการตนเอง 3) ส่งเสริมและให้ข้อมูล 4) ติดตามเยี่ยม 5) ประเมินผลปัญหา 6) สร้างช่องทางการสื่อสาร 7) เข้ากลุ่มที่มีปัญหา และ 8) สนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ด้านประสิทธิผลของรูปแบบ พบว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มีพฤติกรรมการจัดการตนเอง สมรรถนะการจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยเสนอแนะให้ควรนำรูปแบบการประเมินการเปลี่ยนแปลงไปใช้ในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองให้กับผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง และเพิ่มเรื่องการติดตามเยี่ยมบ้านบ่อยครั้งเพื่อส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลได้ ชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง; คุณภาพชีวิต; โรคเบาหวาน; ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง

Development of Promoting Self-Management Model among Uncontrolled Diabetic Patients

Tassamon Namwong[1] Radchanok Klinchad[1] Sumalee Rajchaniyom[1] Panatcakorn Khapol[2] Narumon Thongpakdee[3]
Prapokklao Nursing College, Chantaburi[1] Prapokklao Hospital Chantaburi[2] Primary Care Unit of Chantanimit[3]
Coresponding author: Tassamon Namwong; Email: tassamon900@yahoo.com
Received: 30 May 2019 **Revised:** 8 October 2019 **Accepted:** 15 November 2019

Abstract

This participatory action research aimed to develop a self-management promoting model for uncontrolled diabetic patients. The purpose was to develop a self-management promoting model for preventing complications and developing the quality of life of diabetic patients with uncontrolled glycaemia. The 15 uncontrolled diabetic patients were recruited using purposive sampling. The research instruments used were a questionnaire of self-management behavior, a questionnaire of self-management performance, a questionnaire of stage of change and quality of life questionnaire. The Cronbach's alpha coefficient ranged from .69 to .97. The research process consisted of three steps: preparation and process step which consisted of exploring baseline data; development of the model; testing the model and evaluating the effectiveness of the model. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and content analysis.

The research results revealed that the model was developed though the collaboration among the research team, nurses, and uncontrolled diabetic patients. The process of developing the model consisted of 1) evaluating the readiness for change and setting of the goals, 2) reviewing self-management goals, 3) promoting and providing data, 4) monitoring and home visits, 5) evaluating the problem, 6) creating the helping channel, 7) approaching the vulnerable group, and 8) supporting from family and community. The effectiveness of the model showed that uncontrolled diabetic patients had a significantly higher self-management behavior score, self-management performance score and quality of life score than those of the baseline, at a level of .05.

This study suggestes that the model should be applied to support in the patients with chronic illness to adjust their health behaviors. This model also suggests more frequent visit to promote glycaemia control and decrease the complications resulting from diabetes among patients.

Keywords: diabetes, quality of life; self-management; stage of change model

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจของประเทศ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมาหลายประการ จนถึงขั้นสูญเสียชีวิต นอกจากนี้ยังอาจเกิดภาวะทุพพลภาพและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยเองรวมถึงสมาชิกในครอบครัว การที่โรคเรื้อรังในปัจจุบันมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นผลมาจากแบบแผนการดำเนินชีวิตได้เปลี่ยนแปลงไปตามการเติบโตทางด้านเศรษฐกิจและสังคม การใช้ชีวิตที่รีบเร่งในสังคมเมืองก่อให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่คำนึงถึงความสะดวก รวดเร็วและรับประทานอาหารนอกบ้าน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาหารประเภทแป้งและไขมันสูง นอกจากนี้การขาดการออกกำลังกายอย่างเพียงพอทำให้มีผลต่อน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ปัจจัยเหล่านี้นำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรังตามมา จากรายงานของ WHO (2548) พบว่าประชากรโลกเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเกือบ 18 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 30 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด ซึ่งการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดจะพบมากขึ้นในผู้ทีมีโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย[1]

สำหรับในประเทศไทย พบว่าอุบัติการณ์โรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วและรัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเรื้อรังเป็นจำนวนเงินมหาศาลในแต่ละปี ในปี 2539 พบผู้ป่วยเบาหวาน 2 ล้านคน และโรคความดันโลหิตสูง 4 ล้านคน ในปี 2548 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดวันละกว่า 200 คน โดยเป็นผู้ที่มารับบริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลของรัฐมากกว่า 48,000 คน และในจำนวนนี้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันละ 2,182 คน โดยเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาถึงร้อยละ 15-20 ของค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้งหมด นอกจากนี้ โรคหลอดเลือดสมองก็เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโดยเกิดจากเส้นเลือดตีบ ตันหรือแตก ทำให้เนื้อสมองตายและเสียชีวิตกระทันหัน ในรายที่รอดชีวิต มักสูญเสียสมรรถภาพในการทำงาน โดยมักพบในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป โดยโรคที่ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองถึง 3-17 เท่า นอกจากนี้โรคเบาหวานก็มีส่วนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเส้นเลือดอุดตันถึง 3 เท่า นอกจากนี้ทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอาจนำไปสู่การเกิดภาวะไตวายในที่สุดหากควบคุมโรคไม่ได้ ซึ่งข้อมูลจากเครือข่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังแจ้งว่าการรักษาโรคไตวายต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงมาก ครั้งละ 1,500-3,000 บาท โดยต้องทำสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง คิดเป็นค่าใช้จ่ายต่อเดือน ประมาณ 15,000-25,000 บาท[2] นอกจากนี้ ครอบครัวอาจต้องออกจากงานเพื่อมาดูแล กรณีการเจ็บป่วยทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เช่น เกิดอัมพาต จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเหล่านี้มีผลกระทบทั้งต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถควบคุมโรคได้จึงเป็นสิ่งสำคัญซึ่งในประเทศตะวันตก ได้มีการนำรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (chronic care model) มาใช้อย่างแพร่หลาย โดยองค์ประกอบที่สำคัญของรูปแบบดังกล่าวนี้ประกอบด้วยความร่วมมือของชุมชน ระบบสุขภาพ ส่วนสนับสนุนการจัดการตนเอง ระบบการให้บริการ ส่วนสนับสนุนการให้อำนาจตัดสินใจและระบบข้อมูลการเจ็บป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วยเบื้องต้นด้วยตนเอง ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์มีหน้าที่ในการให้ความร่วมมือกับผู้ป่วย โดยทำงานร่วมกันเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการหา กลยุทธ์ในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยควบคุมโรคด้วยตนเองเพื่อลดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและปัญหาด้านเศรษฐกิจที่เป็นผลจากโรคเรื้อรังดังกล่าว[3] รวมทั้งพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข[4] แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) จัดเป็นกลวิธีหนึ่งในดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพ โดยได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่ามีความสำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพ[5-10] เป้าหมายสำคัญของการจัดการตนเองคือการสร้างให้เกิดความเชื่อที่ว่าบุคคลมีความสามารถในการปฏิบัติทักษะการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพ[11] การส่งเสริมความสำเร็จในการควบคุมโรคจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยในการจัดการตนเองในชีวิตประจำวันที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ

การตัดสินใจอย่างเหมาะสมและการจัดการกับกิจวัตรประจำวัน โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงศักยภาพในการจัดการตนเองในด้านต่าง ๆ จากผลการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะในการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ไม่ได้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ที่มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิและในโรงพยาบาลชุมชนโดยติดตามเป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่านอกจากจะมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ลดระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า และระดับฮีโมโกลบิน เอวันซี และยังช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่ผู้ที่เข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [9]

ปัจจุบันแนวคิดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change model) เป็นแนวคิดหนึ่งที่นักส่งเสริมสุขภาพนำมาใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังสามารถปรับพฤติกรรมของตนเองโดยสอดคล้องกับความพร้อมของแต่ละรายในการดูแลรักษาสุขภาพ ทั้งกายและใจ รวมถึงสุขภาพของสังคม[12] โดยมีกลุ่มสมาชิกในครอบครัว และผู้ให้การดูแลเป็นคนที่คอยให้คำแนะนำในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ เป็นเพื่อนรับฟัง-ปรึกษาความคิดเห็นต่าง ๆ ของครอบครัว เป็นผู้ติดต่อประสานให้การช่วยเหลือในกรณีที่ต้องปรึกษาหรือส่งต่อผู้ป่วยในครอบครัวที่ดูแล หรือติดต่อประสานงานกับบุคลากรอื่น ที่เกี่ยวข้องซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้ stage of change model ที่พัฒนารูปแบบตามความเป็นจริงในพื้นที่จากการทำสนทนากลุ่มในผู้ป่วยเบาหวาน

ด้วยเหตุนี้ คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตสำหรับผู้เป็นโรคเบาหวานในชุมชน โดยเน้นความร่วมมือจากผู้ป่วย เพื่อก่อให้เกิดความสำเร็จในการควบคุมโรค ลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้และชลอการเกิดโรคแทรกซ้อนด้วยการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข

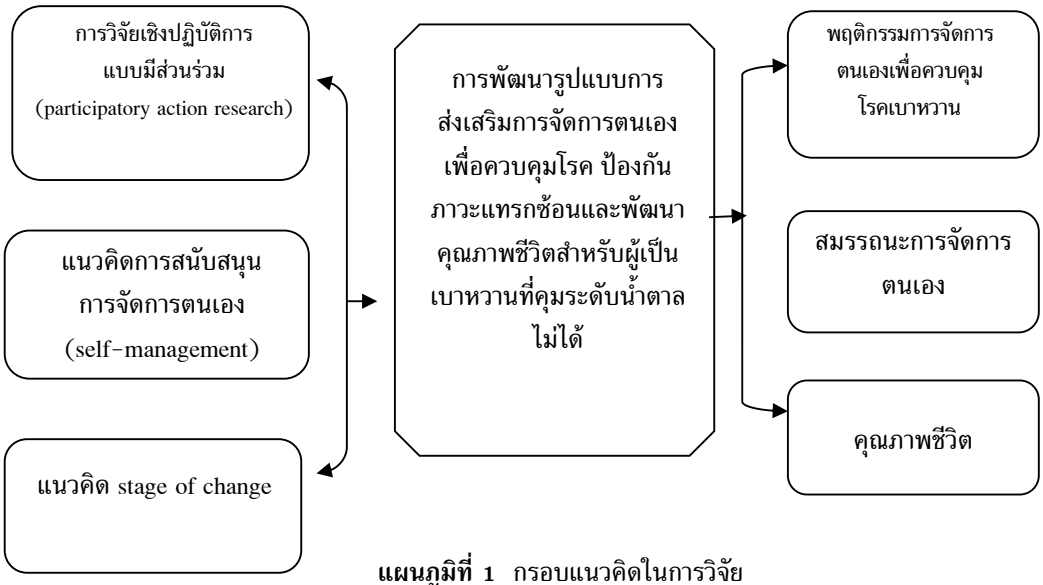
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตสำหรับผู้เป็นเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองโดยเปรียบเทียบ คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง สมรรถนะการจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตสำหรับผู้เป็นเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participant action research) ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตสำหรับผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยการวิเคราะห์สภาพปัญหาของผู้ที่เป็นเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และการประเมินระยะความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงโดยใช้แนวคิด stage of change ของผู้ที่เป็นเบาหวานแต่ละรายของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจันทนิมิต และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง อำเภอเมืองจังหวัดจันทบุรี พร้อมกับจัดกลุ่มตามระยะของ stage of change และร่วมวางแผนกำหนดรูปแบบการดูแลในแต่ละกลุ่มจากการทำสนทนากลุ่มแต่ละกลุ่มเพื่อให้ได้ปัญหา และความต้องการที่สอดคล้องในแต่ละกลุ่ม โดยเลือกกลุ่มที่มีจำนวนของผู้ที่เป็นเบาหวานมากในลำดับที่หนึ่งและสอง นำรูปแบบการดูแลที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม และ ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม และนำไปทดลองปฏิบัติ รวมทั้งสังเกตและประเมินผลเป็นระยะในรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสะท้อนการส่งเสริมการจัดการตนเองโดยผู้รับบริการ ในการส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตสำหรับผู้เป็นโรคเรื้อรังในชุมชน จึงสรุปผลการพัฒนารูปแบบ ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) ซึ่งได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดจันทบุรี เอกสารรับรองเลขที่ 017/61 ให้ไว้ณ วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2561 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลและคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะทำการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่จะได้รับการเปิดเผยข้อมูลทั้งด้านบวกและลบของงานวิจัย สิทธิในการตัดสินใจ การได้รับการปกปิดชื่อไม่ให้ปรากฏ สิทธิความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับส่วนบุคคล สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยไม่เกิดผลกระทบต่อการรับบริการสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนและครอบครัวที่มารับบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพสองแห่ง ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2561–กรกฎาคม 2561 และผู้ที่ควบคุมโรคไม่ได้ (ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับ Hemoglobin A1c>8%) และต้องการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection) ที่จะใช้ทดลองรูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและสมัครใจเข้าร่วมวิจัยตลอดโครงการ จำนวน 15 คน

เครื่องมือวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพหลัก ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัวด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิต ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

2. แบบวัดสมรรถนะการจัดการตนเองเพื่อการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวาน พัฒนาโดย Wattana[14] เป็นการสอบถามความมั่นใจในความสามารถของตนเองต่อการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 15 ข้อคำถาม เป็นแบบวัด Likert scale ตั้งแต่ 10 คะแนน(ไม่มั่นใจเลย)ถึง 100 คะแนน (มั่นใจมากที่สุด)

3. แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยคำถามให้เลือกตอบจำนวน 20 ข้อ โดยประเมินการปฏิบัติตนในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนและการจัดการกับความเครียด เป็นแบบประเมิน มาตราวัดแบบประเมินค่าให้เลือกตอบ ทำเป็นประจำ ทำบ่อย ทำพอ ๆ กับไม่ทำ ทำนาน ๆ ครั้ง และ ไม่เคยทำเลย

4. แบบประเมินความพร้อมของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่มีระดับน้ำตาลสูง พัฒนาจากเครื่องมือของ Intarakamhang[12] ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อเป็นแบบให้เลือกตอบตามความเป็นจริงที่ตรงกับตัวเองมากที่สุด มาตราวัดแบบประเมินค่า ให้เลือกตอบ จริงมาก จริง จริงบ้าง ไม่จริง

5. แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับไทย (WHO 20L-BREF-THAI) ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ ให้เลือกตอบตามมาตราวัดแบบประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

6.คู่มือการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่ปรับปรุงจากงานวิจัย Wattana[13-14] Namwong[15-16] ใช้ในการเข้าร่วมโครงการ และใช้บันทึกความก้าวหน้าของโรค ได้แก่ ค่าระดับน้ำตาลในเลือด การวัดรอบเอว ระดับค่าความดันโลหิต

คุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยได้แก่ แบบวัดพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องในการใช้ภาษา โดยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมและอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ ค่าดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือ ได้ค่า IOC เท่ากับ .8 -1

2. การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงและแบบวัดคุณภาพชีวิตไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 30 ราย ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาทดสอบหาความเชื่อมั่นโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficients) โดยแต่ละเครื่องมือ ดังนี้ แบบวัดสมรรถนะการจัดการตนเองเพื่อการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวาน มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .97 แบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .87 แบบประเมินความพร้อมของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .69 และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .86

ขั้นตอนการทำวิจัย

การวิจัยนี้ประกอบด้วยการดำเนินงาน 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการ และระยะติดตามและประเมินผลโครงการ ในระยะเตรียมการ และระยะดำเนินการวิจัย จัดให้มีเครื่องมือที่จะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการจัดการตนเอง เช่น จัดให้มีการประเมินภาวะ stage of change จากการประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นรายบุคคลเพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยได้รับรู้ข้อมูลตนเอง ทำให้บุคคลได้รับข้อมูลที่มีส่วนช่วยส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในการควบคุมโรคได้ และมีการสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อให้เห็นต้นแบบที่ประสบความสำเร็จ เป็นส่วนหนึ่งช่วยส่งเสริมให้เกิด self-efficacy และในการส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้มีการตั้งเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลตนเอง ร่วมกับคู่มือการจัดการตนเอง การใช้สมุดบันทึกการจัดการตนเอง เป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้เกิด self-management นอกจากนั้น การให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเลือกเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม วางแผนการปฏิบัติตนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของแต่ละคน ตามบริบทของตนเอง ซึ่งจะช่วยให้เกิด self esteem รายละเอียดการดำเนินงาน แต่ละระยะมีดังนี้

1. ระยะเตรียมการ เริ่มตั้งแต่ ประชุมทีมวิจัยเพื่อร่วมกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมายของการวิจัย สร้างความเข้าใจในกรอบของการทำงานวิจัยและการหารือแนวทางดำเนินงานเพื่อให้เกิดความรู้และความเข้าใจตรงกันในบทบาทหน้าที่ในการทำงานวิจัย จัดหาทรัพยากรที่จำเป็นในการดำเนินการวิจัย การจัดเตรียมและทดสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

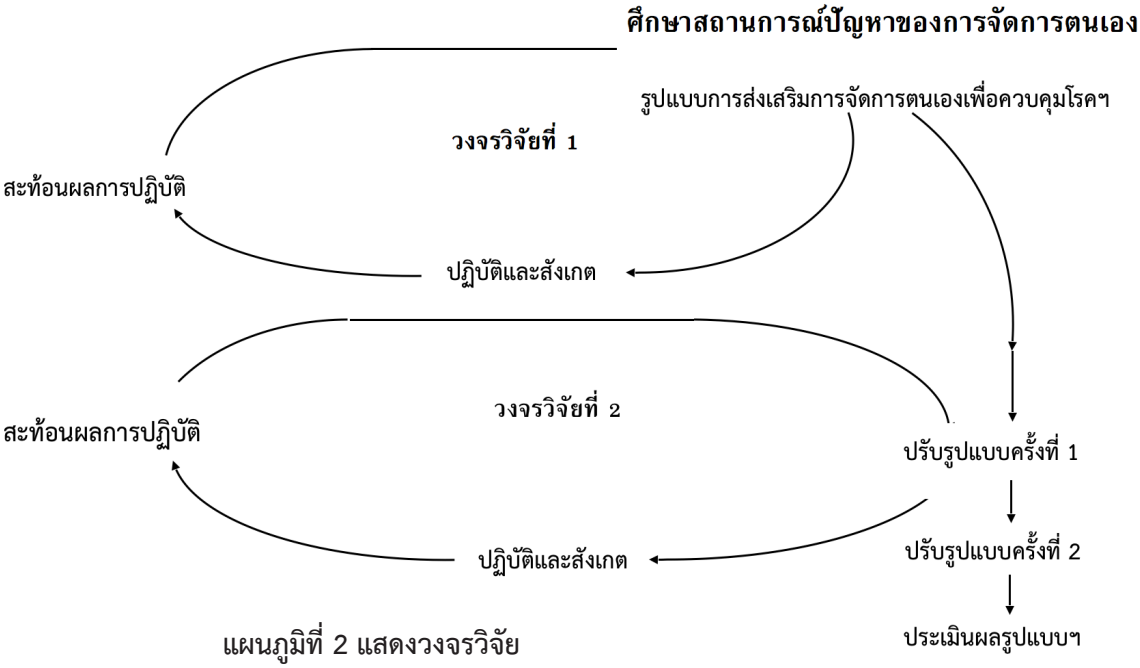
2. ระยะดำเนินการวิจัย แบ่งการดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนารูปแบบ ทำการวิเคราะห์บริบท พร้อมกับประเมินภาวะ Stage of change เพื่อดูความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ที่เป็นเบาหวานในชุมชนที่เข้ารับการบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลจันทนิมิตและตำบลท่าช้าง และพร้อมกับจัดทำสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับปัญหาของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่เป็นเบาหวานแต่ละระยะจัดกลุ่มแต่ละระยะของผู้ที่เป็นเบาหวาน ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง พฤษภาคม 2561

ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเอง วิเคราะห์เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นเบาหวาน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตาม Stage of Change Model พร้อมนำข้อมูลที่ได้มาร่วมวางแผน ออกแบบกระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานในชุมชนและสังเคราะห์รูปแบบ เพื่อนำมาร่างรูปแบบชั่วคราวโดยให้ผู้เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นการร่างรูปแบบดังกล่าว จัดทำในเดือนมิถุนายน 2561

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบ โดยการปฏิบัติตามวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการในแต่ละวงจรประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติและการสังเกต การสะท้อนการปฏิบัติและการปรับปรุงแผน และประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะด้วยการสนทนากลุ่ม มีกิจกรรมดังนี้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ทดลองรูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive Selection) ทดลองใช้รูปแบบโดยใช้แบบแผนการทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลหลังการทดลอง (one short case study) ดำเนินการทดลองตามรูปแบบ ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2561- พฤศจิกายน 2561

3 ระยะติดตามและประเมินผลโครงการ ผู้วิจัย ติดตามผลข้อมูลการดำเนินงาน เป็นระยะทุก 3 เดือน โดยการติดตามทางโทรศัพท์ และการเข้าตรวจตามแพทย์นัดทุก 3 เดือน ติดตามสนับสนุนการใช้รูปแบบ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2561 – มกราคม 2562 ด้วยการประเมินแบบวัดสมรรถนะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง พฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรค แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก รวมไปถึงจัดสนทนากลุ่มย่อย เกี่ยวกับกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 2 กลุ่มย่อย เมื่อสิ้นสุดการดำเนินการทดลองใช้รูปแบบ 1 เดือน โดยผู้วิจัยเปรียบเทียบกับความคาดหวัง สิ่งที่ต้องการให้ปรับปรุงและนำมาเป็นข้อมูลที่ได้มาสังเคราะห์และทำการปรับรูปแบบ จนรูปแบบเป็นที่พึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องและทำการประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรค และคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ซึ่งเข้าร่วมโครงการเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโครงการและทำการสรุปผลการพัฒนารูปแบบที่ศึกษา ดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 แสดงวงจรวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป คะแนนความพร้อมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่และร้อยละ เปรียบเทียบสมรรถนะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคของผู้เป็นโรคเรื้อรัง คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน คุณภาพชีวิตก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ด้วยสถิติ dependent t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ การสนทนากลุ่มในการสัมภาษณ์ผู้ที่เป็นเป็นเบาหวานวิเคราะห์ด้วย content analysis

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ นำเสนอตามระยะของงานวิจัยดังนี้

1 ระยะเตรียมการมีส่วนร่วม แบ่งเป็น 2 ส่วน

1.1 ข้อมูลทั่วไป หลังสิ้นสุดการใช้การเก็บประเมินความพร้อม พบว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานที่ได้รับการประเมินสภาวะความพร้อมในขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีจำนวน 36 คน จัดอยู่ในภาวะ Stage of change ในระยะที่ 1 ไม่สนใจปัญหา จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 38.89 ระยะที่ 2 ลังเลใจ จำนวน 7 คนคิดเป็นร้อยละ 19.44 ระยะที่ 3 ตัดสินใจและเตรียมการ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ13.89 ระยะที่ 4 ลงมือปฏิบัติ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 ระยะที่ 5 ปฏิบัติต่อเนื่อง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 8.33 และระยะที่ 6 กลับไปมีปัญหาซ้ำ จำนวน 1 คน คิดเป็น 2.78

1.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลของการทำการสนทนากลุ่ม Focus Group พบว่า ประเด็นในการปฏิบัติตัวของผู้ที่เป็นเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ในเรื่องของการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประเด็นที่ได้จากการสนทนากลุ่ม

ประเด็นที่พบ	ตัวอย่างคำพูด
อาหารที่รับประทานไม่เหมาะสม ได้แก่ รับประทานไม่ตรงเวลา จำนวนมื้ออาหาร รับประทานเพียงวันละ 2 มื้อ	ก็พยายามคุมอาหารแล้วนะ แต่ไม่รู้ทำไมจึงน้ำตาลขึ้นมาอีก คุมน้ำตาลไม่ได้
	ทุเรียนกินไม่เยอะหรอกนะ รู้ว่ากินได้นิดเดียว แต่ก็อยากกินนี่ ก็กิน
	ปกติจะรับประทานอาหารวันละ 2 มื้อไม่เป็นเวลา บางวันมือเช้าเริ่มกินเที่ยง มื้อกลางวันไม่ค่อยได้กิน เพราะยุ่ง กว่าจะได้กินมื้อกลางวันช่วงเวลาบ่าย 3 พอเย็นก็ต้องขายอาหารต่อ กว่าจะเสร็จก็ตอนค่ำมืดแล้ว
	เป็นคนที่นอนไม่เหมือนคนทั่วไปเพราะมีอาชีพรับจ้างในโรงฆ่าสัตว์ ต้องทำงานตอนเช้ามืด จึงต้องตื่นตี 2 จะกิน กาแฟแบบ 3 in 1 กินสารชูกำลัง เอ็ม 100 เพราะนายจ้างให้ ไม่กินไม่ได้จะง่วงนอน เมื่อเสร็จงานช่วงเช้า จะกินยาก่อนอาหารตอนสาย กินข้าวตอน 8.00 น
	รู้สึกท้อแท้ที่ระดับน้ำตาลขึ้นสูง บางคนบอกว่าตนคุมอาหารทุกอย่างแล้ว แต่ทำไมน้ำตาลยังขึ้น เมื่อสอบถาม ในการเล่าถึงการดำเนินชีวิต พบว่า บางคนรับประทานอาหารเพียง 2 มื้อ
การออกกำลังกายไม่เพียงพอ/ไม่ถูกต้อง	ไม่มีเวลาออกกำลังกาย ต้องทำงานตลอดทั้งวัน
	ไม่ได้ออกกำลังกาย เพราะมีปัญหาเรื่องเส้น ไม่รู้มาก่อนว่า การออกกำลังกายช่วยให้น้ำตาลลดลง
	ออกกำลังกายโดยการเดินไปมาในบ้าน ถือว่าออกแรงทำงานแล้ว
	ได้ออกกำลังกายแต่ไม่มีการคุมอาหารเพราะคิดว่าตนเองนั้นคุมได้ ปกติจะนอน 3 ทุ่มและตื่นตี 2
การรับประทานยาไม่ถูกต้อง	ปกติกินยาครบทุกมื้อ แต่บางวันที่มีลืมกินบ้างเพราะเดินทางไปต่างจังหวัด
	ในวันที่ไปหมอ จะไม่ได้กินยามาเพราะต้องงดน้ำงดอาหารก่อนมา ก็จะไม่กินรอหาหมอเสร็จจึงเริ่มกินอาหาร แล้วจึงกินยารอบมื้อเที่ยงไปเลย

2 ระยะดำเนินการวิจัย แนวคิดของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และพัฒนาคุณภาพชีวิต

2.1 ผู้วิจัยเลือกที่จะพัฒนารูปแบบที่ทำการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในกลุ่มที่อยู่ในระยะลังเล โดยประยุกต์แนวทางการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวานตามแนวคิดของ Glasgow[17]ในกระบวนการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ขั้นตอนของการประเมินปัญหาการจัดการตนเอง

2.2 วางแผนรูปแบบ เนื้อหาที่ให้กลุ่มตัวอย่าง ลักษณะเนื้อหา กิจกรรมที่จะเข้าร่วมในแต่ละครั้ง โดยการวางแผนร่วมกันกับทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลประจำตำบล พร้อมกับให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ มีโอกาสได้เลือกคิดและตัดสินใจที่จะเลือกปัญหาใดเริ่มปรับพฤติกรรมเป็นอันดับแรก

2.3 เลือกประสบการณ์การเรียนรู้ที่ช่วยส่งเสริมการจัดการตนเองให้กับผู้ที่เป็นเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ โดยให้ 1) อาหารแลกเปลี่ยน เพื่อส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาล โดยการใช้บรรยาย พร้อมสาธิตการเลือกประเภทอาหาร 2) การลดความตึงเครียด ขจัดความรู้สึกที่ไม่ดี สอนการทำสมาธิบำบัดโดยใช้ SKT ท่าที่ 1 2 และ 7 โดยการสาธิตและการทำย้อนกลับ 3) ความสำคัญของการออกกำลังกายและการออกกำลังกาย สอนโดยการบรรยาย และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ทดลองปฏิบัติตาม 4) การประเมินตนเองในภาวะความรุนแรงของเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง สอนโดยการฝึกลงในกราฟสีตารางปิงปอง 4) การรับประทานยาและการฉีดยาที่ถูกต้องและเหมาะสมด้วยการประเมินการรับประทานยาของผู้ที่เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ สำหรับในรายที่มีการฉีดยาอินซูลิน มีการซักถามและให้มีการสาธิตวิธีการฉีดยาเมื่ออยู่ที่บ้าน วิธีการเก็บยาฉีด ยากินที่บ้าน

3. ระยะติดตามและประเมินผล

3.1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ที่เป็นเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นหญิง 10 คน ร้อยละ 13.33 ชาย 5 คนร้อยละ 16.7 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า ร้อยละ 26.7 มีสถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 36.7 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 13.3 ทำสวน ร้อยละ13.3 รายได้มากกว่า 10,000 บาทต่อปี ร้อยละ 26.7 ในครอบครัวเคยมีคนเคยเป็นเบาหวานร้อยละ 30 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 26.7

3.2 รูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้เป็นเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นความร่วมมือของทีมวิจัย พยาบาลวิชาชีพประจำตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยทีมผู้วิจัยสนับสนุนการส่งเสริมการจัดการตนเอง มี 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ประเมินภาวะความพร้อมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พร้อมกับร่วมตั้งเป้าหมายของการควบคุมระดับน้ำตาล 2) ทบทวนเป้าหมายการจัดการตนเองให้ผู้ที่เป็นเบาหวานเลือกสิ่งที่ต้องการปรับเปลี่ยน 3) ส่งเสริมและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านต่าง ๆ 4) ติดตามเยี่ยม 5) ประเมินผล ปัญหา อุปสรรคในการส่งเสริมการจัดการตนเอง 6) สร้างช่องทางการสื่อสาร 7) เข้ากลุ่มที่มีปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลได้สำเร็จ 8) ส่งเสริมให้มีการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนโดย อสม แกนนำ สำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน มี 8 ขั้นตอน เช่นกัน 1) เริ่มตั้งเป้าหมายการจัดการตนเอง 2) เลือกวิธีการที่ต้องทำให้บรรลุ 3) ลงมือปฏิบัติ 4) แสวงหาข้อมูล 5) ประเมินตนเองในแก้ปัญหา ขอคำแนะนำ 6) หาแนวทางการแก้ไข 7) ปรับเปลี่ยนวิธีการ 8) มุ่งมั่นจัดการตนเองต่อ สามารถแสดงได้ดังแผนภูมิที่ 3

แผนภูมิที่ 3 รูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ที่เบาหวานควบคุมไม่ได้

3.3 ประสิทธิภาพของการรูปแบบการส่งเสริมจัดการตนเอง นาน 6 เดือน

3.3.1 สมรรถนะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง หลังสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสมรรถนะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค พฤติกรรมการจัดการตนเอง และคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สมรรถนะการจัดการตนเอง คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

	N	Mean	SD	t	df	p- value
สมรรถนะการจัดการตนเอง						
ก่อนเข้าโปรแกรม	15	76.31	20.63	-6.125	14	.000
หลังเข้าโปรแกรม	15	91.02	13.77			
พฤติกรรมการจัดการตนเอง						
ก่อนเข้าโปรแกรม	15	3.32	.56	-10.69	14	.000
หลังเข้าโปรแกรม	15	4.36	.31			
คุณภาพชีวิต						
ก่อนเข้าโปรแกรม	15	3.13	.55	-5.275	14	.000
หลังเข้าโปรแกรม	15	3.73	.21			

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์งานวิจัย ดังนี้

ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นความร่วมมือของทีมวิจัย พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทหน้าที่สนับสนุนการส่งเสริมการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาล ได้แก่ ค้นหาระยะของความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกันตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเองที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ทบทวนเป้าหมายของการควบคุม ติดตามเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำตามความต้องการ ให้การสนับสนุนด้วยการให้กำลังใจเสริมแรงผู้ที่เป็นเบาหวานและครอบครัว ติดตามปัญหาอุปสรรค การกระตุ้นเตือน ให้ช่องทางในการขอความช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหา จัดเข้ากลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกัน พร้อมกับแนะนำแหล่งข้อมูลที่จำเป็น ส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการสร้างกลุ่มเพื่อช่วยเพื่อนเป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลการปรับเปลี่ยน แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ช่วยให้ส่งเสริมให้เกิดกำลังใจต่อผู้ที่เบาหวาน วิธีดังกล่าวนี้ ทำให้ส่งเสริมการจัดการตนเองบรรลุได้ตามเป้าหมาย เนื่องจากเป็นการอาศัยการร่วมมือกันระหว่างทีมสุขภาพและผู้รับบริการ สอดคล้องกับทฤษฎีการจัดการตนเองของ Creer[18] ที่กล่าวถึงว่า ความร่วมมือกันของทีมสุขภาพกับผู้ที่เป็นโรค เป็นกระบวนการเรียนอย่างเป็นพลวัตร ส่งเสริมให้บุคคลได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เหมาะสม เนื่องจากได้รับความรู้ ความเข้าใจในปัญหาสุขภาพเช่นเดียวกับรูปแบบของงานวิจัย ที่มีการสอน ย้ำเนื้อหาในส่วนของความรู้ พร้อมกับให้ทำความเข้าใจในปัญหาสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ได้รับการส่งเสริมการสร้างทักษะการแก้ปัญหาเมื่อบุคคลมีความรู้และเข้าใจในโรคเรื้อรังที่ตนเองเผชิญนั้นแล้ว ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ที่บ่งบอกบุคคลจะมีพฤติกรรมที่ดีได้ถ้าหากได้รับความรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสม ในงานวิจัยนี้จะเห็นได้ว่า การที่ทีมสุขภาพ มีการจัดเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ด้านอาหาร ความรู้ในเรื่องการจัดการความเครียด ความรู้เรื่องการใช้ยาที่ถูกต้อง ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย เป็นการเพิ่มความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่จะอยู่กับโรคที่เป็น ซึ่งเป็นทักษะสำคัญของการสนับสนุนการจัดการตนเอง ช่วยส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

รูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองนี้ เป็นรูปแบบที่มีเกิดจากความร่วมมือของผู้ที่เป็นโรค ครอบครัว และทีมสุขภาพช่วยเพิ่มสมรรถนะการจัดการตนเองได้ดี ทำให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองเองเพิ่มขึ้น เนื่องจาก กระบวนการมีส่วนร่วมหลายกลุ่มทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมตามกระบวนการ Self-management ที่เริ่มจาก การประเมิน

สภาพปัญหาความต้องการ การตั้งเป้าหมาย การวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผล จากขั้นตอนต่าง ๆ เหล่านี้ ทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีกิจกรรมแบบเฉพาะบุคคล ได้รับการเสริมแรงจากครอบครัว ทีมสุขภาพ สอดคล้องกับ Cheunrum[19] ที่พัฒนารูปแบบดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพ และชุมชนในการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบองค์รวมที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งสำคัญหนึ่งในการส่งเสริมให้บุคคลเกิดการจัดการตนเองได้ดี มีกำลังใจ ได้รับการติดตามเยี่ยมจากทีมสุขภาพ ช่วยให้บุคคลมีความตระหนักรู้ถึงความสามารถของตนเอง จึงทำให้บุคคลมีการรับรู้ถึงความสำเร็จของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ประสิทธิภาพของรูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองนี้ เป็นรูปแบบกระบวนการ self-management 5A ของ Glasgow มีลักษณะเดียวกับกระบวนการปรับพฤติกรรมของ Intarakamhang[12] ที่ประกอบด้วย การให้การเสริมแรงทางบวก (rositive reinforcement) มีการเน้นผลลัพธ์การกระทำ (result base management) การออกแบบกิจกรรมด้วยมุมมองในแง่ดี (optimism) การแรงจูงใจ (motivation) ให้กับผู้เข้าโครงการวิจัยโดยครอบครัวและทีมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการพัฒนาทักษะการควบคุมอาหาร ยา การออกกำลังกาย การจัดการด้านอารณ์ ซึ่งเป็นการเน้นปัญหาผู้ที่เป็นเบาหวานเป็นรายบุคคล (individual or client center)[12] ตามความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในแต่ละระยะของการประเมิน stage of change model นอกจากนี้ กระบวนการหรือขั้นตอนของ self-management ส่งเสริมให้เกิด self-esteem, self-regulation and self-control มีผลทำให้ พฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้น คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Namwong[15] ที่ใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง ที่ให้ผู้ที่เป็นเบาหวานที่ใช้อินซูลินที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ให้มีการตั้งเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาล การสอนการใช้ยาฉีด การรับประทานอาหาร มีการเสริมความรู้ ให้ความมั่นใจในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร ยา การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ ซึ่งเป็นรูปแบบที่ให้ประสบการณ์ที่สำเร็จกับผู้ที่เบาหวาน ทำให้สามารถรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดการตนเอง ส่งผลให้บุคคลเชื่อมั่นต่อการจัดการตนเอง พร้อมกับควบคุมจัดการพฤติกรรมตนเองได้สำเร็จ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากรูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมการจัดการตนเองได้สำเร็จต้องเกิดจากปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกของบุคคลนั้น สามารถให้ข้อเสนอแนะได้ ดังนี้

1.การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในบุคคลที่ควบคุมโรคไม่ได้ ควรมีการประเมินระยะของความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change) พร้อมกับใช้เทคนิคของกระบวนการเปลี่ยนแปลง(process of change) ร่วมกับ การตั้งเป้าหมายของการดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นรายบุคคล และควรกำหนดให้เป็นแผนการดำเนินงานทุกครั้งของการรักษาหรือการเยี่ยมบ้านผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง ต้องเป็นแผนการเยี่ยมที่สอดคล้องกับปัญหาปัจจุบันของผู้ป่วยโดยครอบคลุมทุกด้านเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองในเรื่องอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อาการไม่พึงประสงค์จากโรค

2 แนวคิดของการส่งเสริมการจัดการตนเองให้มีประสิทธิภาพ ต้องมีการทำความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง และการทำงานที่ประสานสัมพันธ์ในแต่ละทีมที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจน เช่น หมอครอบครัว พยาบาลประจำการพยาบาลเยี่ยมบ้าน นักโภชนากร เภสัชกร และ นักกายภาพบำบัด พร้อมกับต้องมีการมามีส่วนร่วมตั้งแต่การวางแผนการดำเนินการ การกำกับติดตามและ การประเมินผล

3. แนวคิดการส่งเสริมการจัดการตนเองควรปรับเปลี่ยนจากแนวรับเป็นแนวรุก ต้องขับเคลื่อนในภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน และส่งเสริมด้วยการกำหนดเป็นกลยุทธ์ ยุทธ์ศาสตร์ของจังหวัด เขตพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อให้เกิดความร่วมมือกันโดยปราศจากเงื่อนไขของพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1 ควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานควบคุมไม่ได้ ในระยะอื่น ๆ ของภาวะ stage of change เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมแต่ละกลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานควบคุมไม่ได้

2 ควรศึกษาซ้ำในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดมากขึ้น พร้อมกับการกระตุ้น ติดตามเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เพิ่มขึ้น แก้ปัญหาและอุปสรรคของการใช้รูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเอง

3 ควรมีการใช้นวัตกรรมส่งเสริมการจัดการตนเอง เช่น การใช้แอปพลิเคชั่นของการควบคุมตนเองในด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ และทำวิจัยเพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้

References

1. Aekplakorn W, Stolk RP, Neal B, Suriyawongpaisal P, Chongsuvivatwong V, Cheepudomwit, S, et al. The prevalence and management of diabetes in Thai adults: the international collaborative study of cardiovascular disease in Asia (Epidemiology/Health Services/Psychosocial Research). Diabetes Care. 2003; 26:2758-63.
2. Sawetsrisakul P. Situation and alternative ways to solve the problem of illness until bankruptcy in Thailand. Journal of Health Promotion and Environmental Health [internet]. 2008. [cited 2018 December 13. Available from: http://advisor.anamai.moph.go.th/main.php?filename=JHealthVol21No4_10. (in Thai)
3. Browder DM, Shapiro ES. Applications of self-management to individuals with severe handicaps: a review. Journal for the Association for Persons with Severe Handicaps 1985:10(4):200-8.
4. Dongbo F, Hua F, McGowan P, Yi-e S, Lizhen Z, Huiqin Y, et al. Implementation and quantitative evaluation of chronic disease self-management programme in Shianghai, China: randomized controlled trial. Bulletin of the world Health Organization 2003;81(3):174-82.
5. Clement S. Diabetes self-management education: a technical review. Diabetic Care 1995;18: 1204-14.
6. Lemon CC, Lacey K, Lohse B, Hubacher DO, Klawitter B. Outcomes monitoring of health, behavior, and quality of life after nutrition intervention in adults with type 2 diabetes. Journal of the American Dietetic Association 2004;104:1805-15.
7. Methakanjanasak N. Self-management of end stage renal disease patients receiving hemodialysis [Doctoral thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University. 2005.
8. Norris SL, Lau J, Smith SJ, Schmid CH, Engelgau MM. Self-management education for adults with type 2 diabetes. Diabetes Care 2002;7:1159-71.
9. Schreurs KMG, Colland VT, Kuijer RG, Ridder DTD, Elderen T. Development, content, and process evaluation of a short self-management intervention in patients with chronic diseases requiring self-care behaviors. 2003.
10. Tobin DL, Reynolds RVC, Patient Education and Counseling 2003;51:133-41.
11. Goudswaard AN, Stolk RP, Zuithoff NPA, de Valk HW, Rutten GEHM. Long-term effects of self-management education for patients with type 2 diabetes taking maximal oral hypoglycemic therapy: a randomized trial in primary care. Diabetic Medicine 2004;20:491-6.
12. Intarakamhang U, Chuchoum O, Nerdtip W, Duagchai P. Project management and project evaluation for health behavior change of office in Bangkok. Journal of behavior science 2009;15(1):28-38. (in Thai).

13. Wattana C. An integrative review of diabetes self-management program on glycemic control, cardiovascular risk factors, and quality of life of people with type 2 diabetes (Unpublished). Chiang Mai. 2004.
14. Wattana C, Pothiban L. Self-management in blood glucose controlling of poor controlled type 2 diabetic patients (Unpublished).Chiang Mai. 2003.
15. Namwong T, Klinchart R, Ratchavichai S. The results of the use of self-management promotion program in diabetic patients using insulin Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi 2018;29(2): 186-96. (in Thai)
16. Klinchart R, Namwong T, Rachaphanich S, Rungpan N, Thongma N. Promoting blood glucose control according to the sufficiency economy philosophy in diabetic patients. Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi. 2018;29(2):197-209. (in Thai).
17. Glasgow RE, Toobert DJ, Hampson SE, Strycker LA. Implementation, generalization and long-term results of the "choosing well" diabetes self-management intervention. Patient Education and Counseling. 2002; 48: 115-22.
18. Creer. Self-management. In M Bockaert, PR Pintrich, M Zeidner (Eds.), Handbook of self- regulation. San Diego; California: Academic Press. 2000.
19. Chuenrum K, Chaichana B, Sri Charoen RK. Development of self-care model In non-insulin dependent diabetic patients at Sukhirin Hospital With participatory planning techniques (AIC).2016; 3(3):179-93. (in Thai).

การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับนักศึกษาพยาบาล

Development of Life Skills Training Program to Promote Resilience among Nursing Students

สุกัญญา สุรังษี[1] ลัดดา เหลืองรัตนมาศ[1] สรวงทิพย์ ภู่กฤษณา[1]

Sukanya Surangsee[1] Ladda Leungratanamart[1] Sroungthip Pookitsana[1]

[1]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

[1]Boromarajonnani College of Nursing, Chon Buri

Corresponding author: Sukanya Surangsee; Email: sukanya@bnc.ac.th

Received: 5 April 2019 **Revised:** 10 November 2019 **Accepted:** 15 November 2019

บทคัดย่อ

การฝึกทักษะชีวิตเพื่อเพิ่มความแข็งแกร่งในชีวิตให้กับนักศึกษาพยาบาลเป็นสิ่งที่จำเป็น การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ศึกษาความแข็งแกร่งในชีวิตและแนวทางการพัฒนาความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับนักศึกษาพยาบาล 2) พัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต 3) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต โดยมีรูปแบบการวิจัยเป็นวิจัย และพัฒนากลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี จำนวน 127 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิต และแบบวัดความแข็งแกร่งในชีวิต ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที (t-test) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\overline{X}$ =63.53, SD=7.66) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แนวทางการพัฒนา คือ ควรมีการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต เพื่อให้นักศึกษาสามารถพัฒนาตนเองให้สามารถเผชิญต่อเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจหรือภาวะวิกฤติในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้กระบวนการกลุ่ม และวิธี การสอนที่หลากหลาย การฝึกทักษะชีวิตที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 ชุดกิจกรรม ได้แก่ 1) ความแข็งแกร่งในชีวิต 2) คุณค่าในตนเอง 3) การคิดและตัดสินใจแก้ปัญหา 4) การจัดการกับความเครียดและความโกรธ 5) การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ 6) การเตรียมตัวให้พร้อมรับสถานการณ์ ดำเนินกิจกรรมครั้งละ 50 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ผลการศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรม พบว่า นักศึกษาภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ =114.49, SD=6.46) สรุปได้ว่าโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตสามารถส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตให้กับนักศึกษาพยาบาลได้

คำสำคัญ: ทักษะชีวิต; ความแข็งแกร่งในชีวิต; สุขภาพจิต; นักศึกษาพยาบาล

Development of Life Skills Training Program to Promote Resilience among Nursing Students

Sukanya Surangsee[1] Ladda Leungratanamart[1] Sroungthip Pookitsana[1]
[1]Boromarajonnani College of Nursing, Chon Buri
Corresponding author: Sukanya Surangsee; Email: sukanya@bnc.ac.th
Received: 5 April 2019 **Revised:** 10 November 2019 **Accepted:** 15 November 2019

Abstract

Life skill training to enhance student nurses' resilience is necessary. The purpose of this research were 1) to study the resilience and guidelines for improving the resilience of nursing students; 2) to develop a life skills training program; and 3) to study the effectiveness of the program. The research design of this study was Research and Development. The program was undertaken with 3rd year nursing students, Boromarajonnani College of Nursing, Chon Buri. The sample comprised 127 students. The research instruments consisted of a life skills training program and the resilience scale with reliability at .80. The data were analyzed by using mean, standard deviation and t-tests. Qualitative data were analyzed by using content analysis.

Result of the study were as follows: The nursing students had the resilience score at the low level ($\overline{X}$ =63.53, SD=7.66) before joining the life skills program. The guidelines for improving the resilience for nursing students were that there should be teaching and learning that promotes resilience so that students can develop themselves to be able to effectively deal with situations that cause complications or crises in life by using a variety of group processes and teaching methods. The life skills training program t consists of 6 sets of components, including 1) Resilience, 2) Self-esteem, 3) Thinking and decision making, 4) Stress and anger management, 5) Effective communication, and 6) Preparation for dealing with unexpected situations. The program implementation included 50 minutes of activity twice a week for 3 weeks. The study of the effectiveness of the program was students after joining the activities found that they had developed a high level of resilience ($\overline{X}$ = 114.49, SD=6.46). In conclusion, the life skills training program can promote the resilience for nursing students.

Keywords: life skill; mental health; resilience; student nurse

ความสำคัญและความเป็นมา

การศึกษาในวิชาชีพพยาบาลนั้น นักศึกษาต้องมีการปรับตัวหลายประการ ทั้งการปรับตัวต่อช่วงวัยที่เปลี่ยนแปลง และการดำเนินชีวิตในวิทยาลัย นักศึกษาอยู่ในช่วงวัยของการเปลี่ยนจากวัยรุ่นสู่วัยผู้ใหญ่ นักศึกษาต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจมากมาย เช่น รูปแบบการเรียนที่ยากขึ้น บรรยากาศที่แปลกใหม่ในสถานที่เรียนใหม่ ความหลากหลายของวัฒนธรรม การมีสังคมเพื่อนใหม่ สัมพันธภาพกับเพื่อน เป็นต้น ซึ่งการที่นักศึกษาต้องเผชิญสภาวการณ์ต่าง ๆ เหล่านี้ นักศึกษาแต่ละคนก็จะมีความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรคที่แตกต่างกัน และผลลัพธ์จากการจัดการนั้นก็แตกต่างกันไป บางคนอาจมีปัญหาสุขภาพกายและจิต อันจะส่งผลให้ปัญหาต่าง ๆ ตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ในขณะที่บางคนสามารถยืนหยัดใช้พลังกาย และพลังใจในการต่อสู้ให้ตนเองผ่านพ้นจากสภาวการณ์นั้น ๆ และเรียนรู้จากประสบการณ์ อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในทางบวก ซึ่งคุณสมบัติเหล่านี้เรียกว่า“ความแข็งแกร่งในชีวิต (resilience)” ส่งผลให้บุคคลนั้นมีภาวะสุขภาพจิตดี

ความแข็งแกร่งในชีวิต (resilience) คือความสามารถของบุคคลที่จะยืนหยัดและนำพาชีวิตให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤติไปได้ และเมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจ บุคคลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตจะสามารถจัดการกับสภาวการณ์นั้น ๆ ตามแนวคิดของ Grotberg[1-2] ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ[3] 1) ฉันมี. (I HAVE) 2) ฉันเป็นคนที่.. (I AM) และ 3) ฉันสามารถที่จะ (I CAN) โดยที่ “ฉันมี...” ได้มาจากแหล่งสนับสนุนจากภายนอก “ฉันเป็นคนที่..” เป็นความเข้มแข็งที่เกิดภายในบุคคล ส่วน “ฉันสามารถที่จะ...” เป็นทักษะในการบริหารจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการศึกษาความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2553 – 2557 พบว่า มีปัจจัยหลัก 3 ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความแข็งแกร่งของนักศึกษาพยาบาล คือ แรงสนับสนุน ชั้นปี และพลังอำนาจ (empowerment) โดยที่แรงสนับสนุนมาจากครอบครัว เพื่อน และอาจารย์ผู้สอน ส่วนวุฒิภาวะและประสบการณ์ พบว่านักศึกษาที่เรียนอยู่ในชั้นปีที่สูงจะมีความแข็งแกร่งในชีวิตมากกว่านักศึกษาในชั้นปีต้น ๆ และพลังอำนาจ พบว่านักศึกษาที่มีพลังอำนาจมากนั้น ก็จะมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงด้วย[4]

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี เป็นวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ผลิตนักศึกษาพยาบาลหลักสูตร 4 ปี ซึ่งนักศึกษาที่ศึกษาที่วิทยาลัยจะต้องอาศัยอยู่ในหอพักของวิทยาลัย มีการเรียนทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ซึ่งนักศึกษาต้องปรับตัวทั้งด้านการเรียนและด้านการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยต้องเผชิญเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดมากมาย ไม่ว่าจะเป็นความกดดันด้านผลการเรียน ปริมาณรายงานจำนวนมากที่จะต้องส่งให้ทันเวลา การที่จะกลัวว่าจะทำอะไรที่ผิดพลาด หรือ การสอบ[5-7] ปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อน ครู/อาจารย์ บุคลากรบนหอผู้ป่วย ตลอดจนบิดามารดา และญาติพี่น้อง ปัญหาการเงิน หรือปัญหาสุขภาพ[7] กล่าวได้ว่า นักศึกษาพยาบาลเป็นคนกลุ่มหนึ่งที่มีโอกาสจะมีปัญหาด้านภาวะสุขภาพจิต เนื่องจากสภาพการเรียนที่ต้องเผชิญ อย่างไรก็ตาม หากนักศึกษามีความแข็งแกร่งในชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมที่ดีก็น่าจะสามารถเผชิญต่อสถานการณ์ต่าง ๆ โดยคงไว้ซึ่งการมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีได้

จากแนวคิดการฝึกทักษะชีวิต (life skills training) ของ Botvin[8-10] ให้ความสำคัญกับทักษะการจัดการตนเอง (self-management skills) และทักษะสังคม (general social skills) จะช่วยเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิตของ Grotberg[1,2] โดยที่ทักษะการจัดการตนเองของ Botvin ซึ่งได้แก่ การเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิตของ Grotberg ด้านความเข้มแข็งภายในจิตใจ (inner strength) หรือที่ Grotberg เรียกว่า “ฉันเป็นคนที่...” (I AM) และทักษะสังคม (general social skills) ของ Botvin ซึ่งได้แก่ การตัดสินใจและแก้ปัญหา ทักษะการลดความเครียด และความวิตกกังวล และการจัดการความโกรธ สอดคล้องกับแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิตของ Grotberg ด้านทักษะการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการแก้ปัญหา (interpersonal and problem solving skills) หรือที่ Grotberg เรียกว่า “ฉันสามารถที่จะ...” (I CAN)

ถึงแม้ว่าความแข็งแกร่งในชีวิตด้านแหล่งสนับสนุนทางสังคมหรือที่ Grotberg เรียกว่า “ฉันมี...” (I HAVE) นั้น

จะไม่ได้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้จากตัวของนักศึกษาเองก็ตาม แต่การเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตนั้น สิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตัวของนักศึกษาก่อนคือ นักศึกษามีทักษะการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการแก้ปัญหา หรือที่ Grotberg เรียกว่า “ฉันสามารถที่จะ...” (I CAN) และความเข้มแข็งภายในจิตใจ (inner strength) หรือที่ Grotberg เรียกว่า “ฉันเป็นคนที่...” (I AM) ทำให้นักศึกษาสามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อเกิดปัญหาได้ นั่นคือความแข็งแกร่งในชีวิตด้านแหล่งสนับสนุนทางสังคม (external supports) หรือที่ Grotberg เรียกว่า “ฉันมี...” (I HAVE)

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษา โดยพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งประยุกต์การฝึกทักษะชีวิต (life skills training) ด้วยการใช้กระบวนการเรียนรู้เป็นกลุ่ม โดยผู้เรียนมีส่วนร่วม กิจกรรมที่จัดอยู่ภายใต้ 2 องค์ประกอบหลัก โดยเชื่อว่า โปรแกรมที่พัฒนานี้จะช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดความแข็งแกร่งในชีวิต และมีการพัฒนาตนเองให้สามารถเผชิญต่อเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจหรือภาวะวิกฤติในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน การเรียน การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เรียนรู้ได้เต็มตามศักยภาพ สำเร็จการศึกษาเป็นบุคคลที่มีคุณภาพของสังคมต่อไป

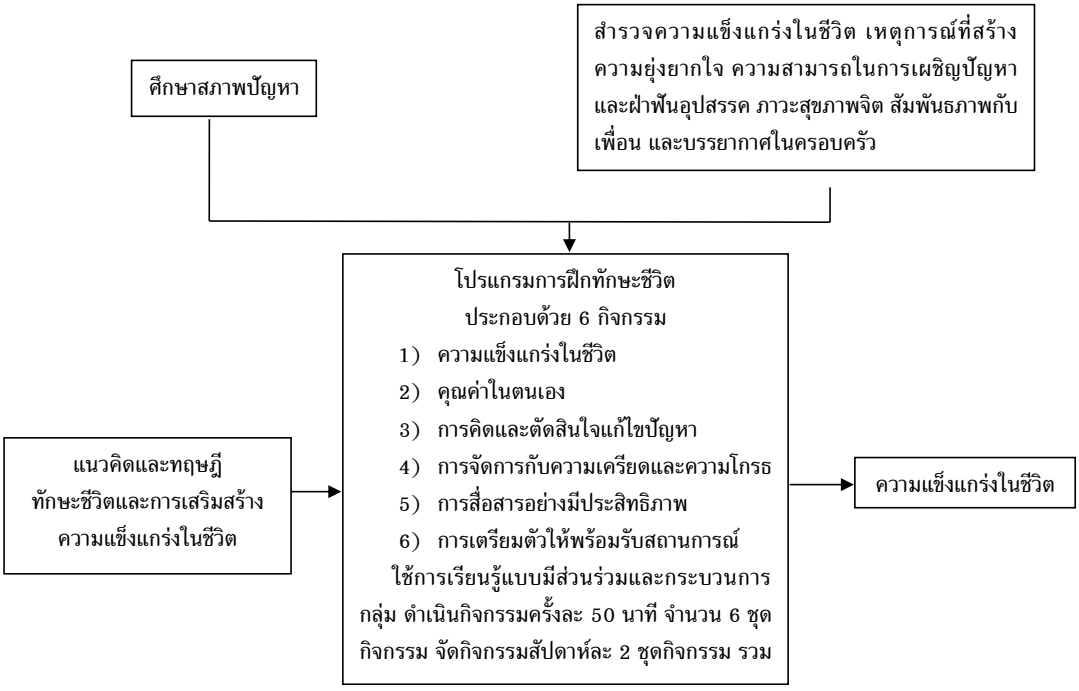
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความแข็งแกร่งในชีวิตและแนวทางการพัฒนาความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับนักศึกษาพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์การฝึกทักษะชีวิต ผสมผสานกับแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิตของ Grotberg[1-2,11] ที่กล่าวว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตของบุคคลที่มีภาวะเสี่ยงเกิดจากความสัมพันธ์ของตัวแปรหลายตัว ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยง (risk factor) ปัจจัยป้องกัน (protective factor) บริบท (context) และกระบวนการปรับตัวในภาวะเสี่ยง (resilience processes) ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยป้องกัน เป็นปัจจัยที่ได้รับอิทธิพลจากบริบท และเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความแข็งแกร่งในชีวิต (adaptive outcomes) โดยผ่านกระบวนการปรับตัว (resilience processes) ความแข็งแกร่งในชีวิต (resilience) ได้มาจากการเสริมสร้างให้เด็กเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีพร้อมใน 3 องค์ประกอบสำคัญคือ “ฉันมี...” (I HAVE) “ฉันเป็นคนที่...” (I AM) และ “ฉันสามารถที่จะ...” (I CAN) โดยที่ “ฉันมี...” เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต “ฉันเป็นคนที่...” เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล และ “ฉันสามารถที่จะ...” เป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้การฝึกทักษะชีวิต 2 องค์ประกอบหลักที่มีความเชื่อมโยงสอดคล้องกับความแข็งแกร่งในชีวิตทั้ง 3 ด้าน กล่าวคือ องค์ประกอบที่ 1 ทักษะการจัดการตนเอง (self-Management skills) ได้แก่ ทักษะในการเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการตัดสินใจและแก้ปัญหา ทักษะการลดความเครียดและความวิตกกังวล และการจัดการความโกรธ และองค์ประกอบที่ 2 ทักษะทางสังคมทั่วไป (general social skills) ทักษะการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ทักษะการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างหญิงชาย และทักษะการยืนยันสิทธิของตนเอง โดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory Learning) กระบวนการกลุ่ม (group Process) และใช้วิธี การสอนที่หลากหลาย ได้แก่ การเอื้ออำนวยการสอน (facilitation) การแสดงบทบาทสมมติ (role Play) และการให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการทำวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

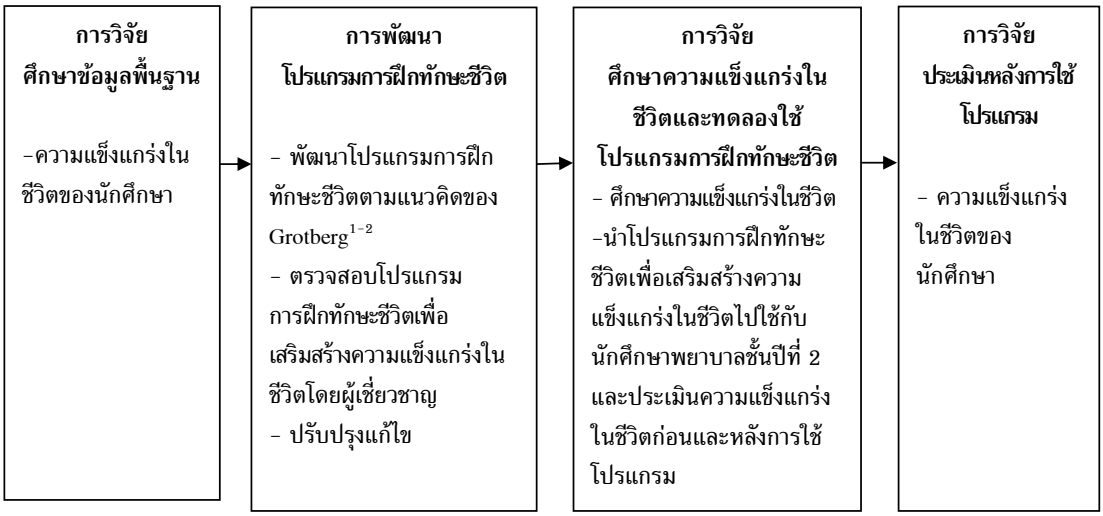
การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา ใช้แบบแผนการวิจัยแบบทดลอง กลุ่มเดียววัดผลหลังทดลอง (one group post-test design) โดยผู้วิจัยได้นำหลักการและขั้นตอนของการวิจัยและพัฒนา (research and development) (แผนภาพที่ 2) เป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาความแข็งแกร่งในชีวิตและแนวทางการพัฒนาความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับนักศึกษาพยาบาล การวิจัยเชิงสำรวจข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 38 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี จำนวน 127 คน โดยให้นักศึกษาทำแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต ซึ่งเป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดยพัชรินทร์ นินทจันทร์[3] ตามแนวคิดของ Grotberg[1-2]

การวิจัยระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะในชีวิตเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยผู้วิจัยศึกษาแนวคิดทฤษฎี และนำข้อมูลจากการสำรวจมาพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะในชีวิตเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและให้ผู้เชี่ยวชาญด้านความแข็งแกร่งในชีวิตตรวจสอบ แล้วนำโปรแกรมที่ผ่านการตรวจสอบไปทดลองใช้ (try-out) กับนักศึกษาชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 38 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี จำนวน 12 คน ซึ่งมีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตในระดับต่ำ-ปานกลาง หลังจากนั้นมีการปรับปรุงแก้ไขโปรแกรม

การวิจัยระยะที่ 3 ศึกษาความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 รุ่นที่ 39 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี จำนวน 158 คน และนำโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นไปใช้กับนักศึกษา จำนวน 35 คน ที่มีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตในระดับปานกลาง

การวิจัยระยะที่ 4 ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต โดยศึกษาความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล โดยประเมินจากแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิตที่ให้นักศึกษาประเมินตนเองเกี่ยวกับความแข็งแกร่งในชีวิต



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการทำวิจัย

เครื่องมือวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือทดลอง

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับนักศึกษาพยาบาลภายใต้แนวคิดการฝึกทักษะชีวิตของ Botvin[8-10] และ แนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิตของ Grotberg[1-2,11] โปรแกรมนี้ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ชุดกิจกรรม ได้แก่ 1) ความแข็งแกร่งในชีวิต 2) คุณค่าในตนเอง 3) การคิดและตัดสินใจแก้ปัญหา 4) การจัดการกับความเครียดและความโกรธ 5) การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ 6) การเตรียมตัวให้พร้อมรับสถานการณ์ ดำเนินกิจกรรมครั้งละ 50 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ โดยเน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่ม ตรวจสอบความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎี ความเป็นไปได้ของคู่มือการฝึกทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประเมินค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มีค่าอยู่ระหว่าง .8-1.00

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดยพัชรินทร์ นินทจันทร์[3] ตามแนวคิดของ Grotberg[1-2,11] โดยให้นักศึกษาประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต จำนวน 28 ข้อ มี 3 องค์ประกอบ คือ 1) I HAVE (ฉันมี...) จำนวน 9 ข้อ 2) I AM (ฉันเป็นคนที่...) จำนวน 10 ข้อ และ 3) I CAN (ฉันสามารถที่จะ...) จำนวน 9 ข้อ คำตอบเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน ให้ผู้ตอบประเมินจากข้อความนั้นว่าตรงกับความรู้สึกของตนเองมากน้อยเพียงใด ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) จนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 28-140 คะแนน โดยคะแนนที่สูงแสดงว่ามีความแข็งแกร่งในชีวิตมาก การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยแบ่งจากค่าคะแนนที่สามารถเป็นไปได้ของจำนวนข้อคำถามทั้งหมด แบ่งออกเป็น 3 ช่วงเท่า ๆ กัน ได้แก่ คะแนนระดับต่ำ (28-65) ระดับปานกลาง (66-102) และระดับสูง (103-140)

จากการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้ทดสอบความตรง เนื่องจากเครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) เพื่อให้เหมาะสมกับวัยรุ่นและนักศึกษามหาวิทยาลัย (CVI=1) แต่ได้ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำไปใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่มีลักษณะคล้าย

กับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ด้วยการคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) ซึ่งในการทดลองครั้งนี้ ผลการทดสอบได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค =.80 ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจริงต่อไป

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี เลขที่ จว.05/2559 และขอคำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ให้ข้อมูล โดยลงนามในใบพิทักษ์สิทธิ์ เข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย การรายงานข้อมูลเป็นภาพรวม

ผลการวิจัย

1. การศึกษาความแข็งแกร่งในชีวิตและแนวทางการพัฒนาความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับนักศึกษาพยาบาล ความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาโดยรวมมีคะแนนระหว่าง 28-140 คะแนน พบว่า นักศึกษามีพิสัยคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวม 56-100 โดยคะแนนเฉลี่ยของความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\overline{X}$ = 63.53 , SD=7.66) และเมื่อพิจารณาคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตแยกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) แหล่งสนับสนุนจากภายนอก ("I HAVE") 2) ความเข้มแข็งภายในจิตใจ ("I AM") และ 3) ทักษะการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการแก้ปัญหา ("I CAN") พบว่า นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยของความแข็งแกร่งในชีวิตในด้านแหล่งสนับสนุนจากภายนอก ("I HAVE") และความเข้มแข็งภายในจิตใจ ("I AM") อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านทักษะการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการแก้ปัญหา ("I CAN") พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยของความแข็งแกร่งในชีวิตอยู่ในระดับต่ำ (ดังแสดงในตารางที่ 1)

ส่วนแนวทางการพัฒนา ได้จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่มกับกลุ่มนักศึกษา คือ ควรมีการจัดการเรียนการสอนหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้นักศึกษาสามารถพัฒนาตนเองให้สามารถเผชิญต่อเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจหรือภาวะวิกฤติในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน การเรียน การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และเรียนรู้ได้เต็มตามศักยภาพ โดยใช้กระบวนการกลุ่ม และวิธีการสอนที่หลากหลาย

ตารางที่ 1 ความแข็งแกร่งในชีวิตแยกเป็นรายด้านและโดยรวม (n=127)

ความแข็งแกร่งในชีวิต	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนจริง	$\overline{X}$	SD	แปลผล
1. แหล่งสนับสนุนจากภายนอก "I HAVE"	9-45	15-28	23.33	3.06	ปานกลาง
2. ความเข้มแข็งภายในจิตใจ "I AM"	10-50	22-35	20.43	2.63	ปานกลาง
3. ทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการแก้ปัญหา "I CAN"	9-45	10-22	19.77	1.97	ต่ำ
ความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวม	28-140	56-100	63.53	7.66	ต่ำ

2. การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากการศึกษาความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษา และจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีการฝึกทักษะชีวิตและความแข็งแกร่งในชีวิต โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับนักศึกษาพยาบาล

ที่พัฒนาขึ้น มีการฝึกทักษะชีวิต 2 องค์ประกอบหลักที่มีความเชื่อมโยงสอดคล้องกับความแข็งแกร่งในชีวิตทั้ง 3 ด้าน กล่าวคือ องค์ประกอบที่ 1 ทักษะการจัดการตนเอง (self-management skills) ได้แก่ การเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง สอดคล้องกับความแข็งแกร่งในชีวิตด้านความเข้มแข็งภายในจิตใจ (inner strength) หรือที่กรอทเบิร์ก เรียกว่า "ฉันเป็นคนที่..." (I AM) ส่วนการฝึกให้นักศึกษามีทักษะการตัดสินใจและแก้ปัญหา ทักษะการลดความเครียดและความวิตกกังวล และการจัดการความโกรธ สอดคล้องกับทักษะการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการแก้ปัญหาหรือที่กรอทเบิร์ก เรียกว่า "ฉันสามารถที่จะ..." (I CAN) เป็นการฝึกให้นักศึกษาได้สำรวจอารมณ์ตนเอง ช่วยให้นักศึกษาได้สังเกตเห็นความต่อเนื่องของความคิด อารมณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรม หรือการเลือกปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติในสถานการณ์เดียวกัน และองค์ประกอบที่ 2 ทักษะทางสังคมทั่วไป ได้แก่ ทักษะการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับความแข็งแกร่งในชีวิตด้านทักษะการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการแก้ปัญหาหรือที่กรอทเบิร์กเรียกว่า "ฉันสามารถที่จะ..." (I CAN) โปรแกรมนี้ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ชุดกิจกรรม ดำเนินกิจกรรมครั้งละ 50 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กระบวนการกลุ่ม และวิธีการที่หลากหลาย เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ การแสดงบทบาทสมมติการอภิปรายกลุ่ม การระดมสมอง การบรรยาย เป็นต้น ภายหลังจากที่ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ข้อเสนอแนะปรับแก้ไขในส่วนของภาษาที่ใช้เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ไม่สับสนในแต่ละขั้นตอน จึงได้นำไปทดลองใช้กับนักศึกษา ภายหลังจากทดลองใช้โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต พบว่าเวลาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมนานเกินไป (60-90 นาที) เนื้อหากิจกรรมมีรายละเอียดค่อนข้างมาก และไม่สอดคล้องกับสถานการณ์จริงเรื่องความเครียดและการปรับตัว ผู้วิจัยจึงปรับก่อนนำไปใช้จริง ให้กิจกรรม ใบงาน และสถานการณ์ตัวอย่างมีความกะทัดรัด และใกล้เคียงกับสถานการณ์ความเครียดที่พบเจอในชีวิตประจำวันที่สามารถนำไปสู่ การปรับตัวผิดปกติได้ โดยใช้ระยะเวลา 1 คาบเรียน คือ 50-60 นาที

3. ผลการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 19-21 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 100 ภายหลังนักศึกษาได้ใช้โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ผู้วิจัยให้นักศึกษาทำแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต ผลการทำแบบประเมินพบว่า นักศึกษามีค่าคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตหลังใช้โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) (ดังแสดงในตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแข็งแกร่งในชีวิตรายด้านและโดยรวม ในช่วงก่อน และหลังใช้โปรแกรม (n=35)

ความแข็งแกร่งในชีวิต	คะแนนที่เป็นไปได้	ก่อนการใช้โปรแกรม				หลังการใช้โปรแกรม				*t*	*p*
		คะแนนจริง	$\bar{X}$	SD	แปลผล	คะแนนจริง	$\bar{X}$	SD	แปลผล		
1. แหล่งสนับสนุนจากภายนอก "I HAVE"	9-45	15-35	23.02	3.03	ปานกลาง	31-45	38.18	2.19	สูง	11.84	.000
2. ความเข้มแข็งภายในจิตใจ "I AM"	10-50	22-35	30.41	2.72	ปานกลาง	30-45	40.13	2.34	สูง	9.23	.000
3. ทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการแก้ปัญหา "I CAN"	9-45	19-30	21.73	1.93	ปานกลาง	31-40	36.18	1.93	สูง	15.92	.000
ความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวม	28-140	56-100	75.16	7.68	ปานกลาง	92-130	114.49	6.46	สูง	15.12	.000

จากตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลรายด้าน พบว่า หลังการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตมีค่าเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตเพิ่มขึ้นทุกด้าน และอยู่ในระดับสูง กว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยที่ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านความเข้มแข็งภายในจิตใจ"I AM" ($\overline{X}$=40.13, SD=2.34) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการแก้ปัญหา "I CAN" ($\overline{X}$=36.18, SD=1.93)

อภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล มีประเด็นที่นำผลมาอภิปราย ดังนี้

1. การศึกษาความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล คะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลาง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรินทร์ นินทจันทร์ และคณะ[15] ที่ศึกษาความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี พบว่านักศึกษามีค่าคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตอยู่ในระดับสูง อาจเป็นเพราะความแตกต่างของลักษณะภูมิภาค และการแข่งขันกันทางเศรษฐกิจ ส่งผลให้คะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตแตกต่างกัน ทั้งนี้สามารถกล่าวได้ว่านักศึกษาพยาบาลเป็นคนกลุ่มหนึ่งที่มีโอกาสจะมีปัญหาด้านภาวะสุขภาพจิต เนื่องจากสภาพการเรียนที่ต้องเผชิญ อย่างไรก็ตาม หากนักศึกษามีความแข็งแกร่งในชีวิตและมีทักษะชีวิตที่ดีก็น่าจะสามารถเผชิญต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้โดยคงไว้ซึ่งการมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีได้

2. การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมี มี 2 องค์ประกอบหลักตามแนวคิดการฝึกทักษะชีวิต ที่มีความเชื่อมโยงสอดคล้องกับความแข็งแกร่งในชีวิตทั้ง 3 ด้าน ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ชุดกิจกรรม ดำเนินกิจกรรมครั้งละ 50 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กระบวนการกลุ่ม และวิธีการที่หลากหลาย เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ การแสดงบทบาทสมมติ การอภิปรายกลุ่ม การระดมสมอง การบรรยาย เป็นต้น ซึ่งเมื่อทดลองใช้แล้ว พบว่า นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยของความแข็งแกร่งในชีวิตโดยรวมสูงขึ้น ($p<.05$) แสดงให้เห็นว่า เมื่อได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของเดรโปและคณะ[12] ที่กล่าวว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตสามารถสร้างและพัฒนาได้โดยการจัดกิจกรรม หรือโปรแกรมที่มีความเหมาะสม และสอดคล้องกับบริบท และสภาพปัญหาของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งโปรแกรม การฝึกทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Botvin[8-10] ที่ประกอบด้วย ทักษะชีวิต 2 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ทักษะการจัดการตนเอง ได้แก่ ทักษะในการเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการตัดสินใจและแก้ปัญหา ทักษะการลดความเครียด และความวิตกกังวล และ การจัดการความโกรธ และ 2) ทักษะสังคมทั่วไป ได้แก่ ทักษะการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทักษะ การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และทักษะการยืนยันสิทธิของตนเอง ซึ่งครอบคลุมทักษะชีวิตที่จำเป็นสำหรับนักศึกษาพยาบาล จึงทำให้ผลของคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตเพิ่มขึ้น

3. ประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล เนื้อหาของกิจกรรมที่จัดให้ประกอบด้วยทักษะชีวิตทั้ง 2 องค์ประกอบหลัก ตามแนวคิดของ Botvin[8-10] ที่มีความเชื่อมโยงสอดคล้องกับความแข็งแกร่งในชีวิต 2 ด้าน คือ I AM และ I CAN นอกจากการฝึกโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และกิจกรรมที่จัดให้มีความเหมาะสมกับสภาพปัญหา และบริบทของกลุ่มเป้าหมายแล้ว รูปแบบการเรียนรู้ก็เป็นสิ่งสำคัญ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การฝึกรายกลุ่ม เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เนื่องจากนักศึกษาอยู่ในวัยรุ่นตอนปลายที่ชอบทดลอง ต้องการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ ๆ ต้องการมีส่วนร่วมและเป็นที่ยอมรับ โดยเฉพาะจากกลุ่มเพื่อน[13] ทำให้นักศึกษาได้รับการเรียนรู้และสะท้อนความคิดที่เกิดจากสภาพปัญหาหรือบริบทของนักศึกษาแต่ละคน เนื่องจากมีการฝึกในกลุ่มเล็ก 8-10 คน ทุกคนในกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์กัน ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ทั้งด้านบวกและด้านลบ ระบายความรู้สึก ได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับ ทิศนา แขมมณี[14] ที่กล่าวว่าการจัดการเรียน

การสอนตามทฤษฎีการสร้างสรรค์ความรู้ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ผู้เรียนจะต้องมีโอกาสเรียนรู้ในบรรยากาศที่เอื้อต่อการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การร่วมมือ และการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิด และประสบการณ์ระหว่างผู้เรียนกับผู้เรียน และผู้อื่น จะช่วยให้การเรียนรู้ของผู้เรียนกว้างขึ้น ซับซ้อนขึ้น และหลากหลายขึ้น มีความเข้าใจและเห็นใจกัน ทำให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนกลายเป็นแหล่งสนับสนุนจากภายนอกของซึ่งกันและกัน เห็นได้จากคะแนนเฉลี่ยรายข้อด้าน I HAVE ที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ การมอบการบ้านยังเป็นการช่วยให้นักศึกษามีการฝึกทักษะให้เกิดเป็นความชำนาญอย่างต่อเนื่องอีกด้วย

นอกจากนี้ ลักษณะการจัดกิจกรรมในโปรแกรมนี้ มีการจัดกิจกรรมการฝึกทักษะชีวิตที่แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่สอนฝึกทีละทักษะเป็นลำดับ โดยโปรแกรมนี้ออกแบบให้มีการฝึกทักษะชีวิตหลายทักษะในหนึ่งชุดกิจกรรม ซึ่งสถานการณ์ที่กำหนดในแต่ละชุดกิจกรรมเป็นสถานการณ์ปัญหาในชีวิตที่เป็นไปได้จริง การผสมผสานในลักษณะนี้ช่วยให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ที่จะเผชิญสถานการณ์ที่คล้ายกับชีวิตจริง จึงทำให้นักศึกษามีความแข็งแกร่งในชีวิตเพิ่มมากขึ้น

จากผลการศึกษาต่าง ๆ ดังที่กล่าวมา แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับนักศึกษาพยาบาลมีประสิทธิภาพสูงในการส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตให้กับนักศึกษาพยาบาล และน่าจะส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพ ครอบครัว สังคมของนักศึกษาในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงขึ้นกว่าก่อนเรียน แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตดังกล่าว สามารถพัฒนาความแข็งแกร่งในชีวิตได้ ดังนั้น การนำโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตดังกล่าวไปใช้ให้มีประสิทธิภาพ ผู้ใช้ควรปฏิบัติ ดังนี้

1.1 เนื่องจากจากช่วงเวลาที่ใช้เข้ากลุ่ม เป็นช่วงเวลานอกจากเวลาเรียน หลัง 17.00 น. ดังนั้น ควรมีการเตรียมความพร้อมด้านกายภาพของตัวนักศึกษา เช่น การพักรับประทานอาหารเย็นก่อนเข้ากลุ่มทุกครั้ง หรือเตรียมอาหารว่างให้นักศึกษาในระหว่างการเข้ากลุ่ม เพื่อให้การเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

1.2 การใช้โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เฉพาะกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างนี้ ในการส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยเน้นการฝึกที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และใช้โปรแกรมการฝึกอย่างต่อเนื่อง

1.3 ควรนำโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับนักศึกษาพยาบาลไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมปฐมนิเทศนักศึกษาชั้นปีที่ 1 เพื่อเตรียม ความพร้อมก่อนที่นักศึกษาจะก้าวเข้าสู่วิชาชีพต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตเพื่อสร้างเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับนักศึกษาพยาบาล จึงควรมีการศึกษาในระยะยาว เพื่อติดตามผลว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น การปรับตัว, ผลการเรียน เป็นต้น และติดตามความแข็งแกร่งในชีวิตในระยะ 6 เดือน

2.2 จากการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า โปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับนักศึกษาพยาบาล สามารถเพิ่มความแข็งแกร่งในชีวิตได้ แต่ทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการแก้ปัญหาไม่สูงมากนัก ซึ่งหากจะพัฒนาให้ระดับทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น ควรเพิ่มจำนวนชุดกิจกรรม เพื่อให้นักศึกษาได้มีการฝึกทักษะนั้นซ้ำ ๆ กลายเป็นพฤติกรรมในระยะยาวต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี สำหรับการสนับสนุนทุนวิจัยทำให้งานวิจัยบรรลุผลสำเร็จด้วยดี

References

1. Grotberg EH. A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit. The Bernard Van Leer Foundation; 1995.
2. Grotberg EH. Tapping your inner Strength: How to find the resilience to deal with anything. Oakland: New Harbinger; 1999.
3. Nintachan P. Resilience and risk-taking behavior among Thai adolescents living in Bangkok, Thailand [Doctoral thesis]. Rischmond, Virginia Commonwealth University, Richmond, Virginia. 2007.
4. Thomas LJ, Revell SH. Resilience in nursing students: An Integrative review. Nurse Education Today 2016;36:457-62.
5. Arpanantikul M, Puttawattana P, Vitayasuporn J. Health and practice health characteristics of Thai nursing students. Thai Journal of Nursing council 2011;26(4):123-6.(in Thai).
6. Thanoi W, Pornchaikate Au-Yeong A, Ondee P. Factors affecting the mental health of the faculty of nursing students, Mahidol University. Thai Journal of Nursing council 2012;27 (Special Issue):60-6. (in Thai)
7. Nintachan P, Moon MW. Modification and translation of the Thai version of the Youth Risk Behavior Survey. Journal of Transcultural Nursing 2007;18(2):127-34. (in Thai).
8. Botvin GJ. Life skills training: an evidence-based approach for preventing alcohol, tobacco, illicit drug abuse and violence [internet]. 2010 [cited 2018 Sept 15] Available from: http://www.lifeskillstraining.com.
9. Botvin GJ, Griffin KW. (2004). Life skills training: empirical findings and future directions. The Journal of Primary Prevention 2004;25(2):211-22.
10. Botvin GJ. (2000). Life skills training: promoting health and personal development, teacher's manual 1. Princeton, NJ: Princeton Health Press and Health 2000;24(4):250-7.
11. Grotberg EH. Resilience for tomorrow [internet]. 2005. [cited 2018 Sept 15]. Available from http://resilnet.uiuc.edu/library/grotberg 2005_resilience-for-tomorrow-brazil.pdf
12. Drapeau S, Saint-Jacques M, Lepine R, Begin G, Bernard M. Processes that contribute to resilience among youth in forest care. Journal of Adolescence 2007;30:977-99.
13. Phuphaibul R. (2005). Participatory adolescent health promotion. Bangkok: Judthong company. (in Thai)
14. Kamanee T. Science of Teaching. 5th ed. Bangkok: Chulalongkorn University printing press. 2009.
15. Nintachan P, Sangon S, Thaweekoon T. (2012). The effect of the resilience enhancing program in graduate nursing students. Thai Journal of Nursing 2012;61(2):18-27. (in Thai)

การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลน่าน

Development of Nursing Service System for Patients with Stroke, Nan Hospital

สุปราณี ยะวิญชาญ[1] วรวรรณ ชำนาญช่าง[1]

Supranee Yawinchan[1] Worrawan Chamnanchang[1]

โรงพยาบาลน่าน[1] Nan Hospital[1]

Corresponding author: Supranee Yawinchan; Email: worrawan1974@gmail.com

Received: 28 October 2016 **Revised:** 5 November 2019 **Accepted:** 18 November 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลน่านการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนและการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง 2) การพัฒนาและทดลองใช้ระบบบริการพยาบาลและ 3) ประเมินผล กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลและทีมสหสาขาวิชาชีพ การดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนเมษายน 2560 ถึง กันยายน 2561 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ แผนพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดระยะเฉียบพลันเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบบันทึกการตรวจสอบเวชระเบียน แบบสัมภาษณ์ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองของผู้ป่วยแบบประเมินความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล และ แบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในระยะเฉียบพลัน

ผลการศึกษาพบว่า หลังการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบ ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองภายหลังจำหน่าย 30 วันมากกว่าก่อนจำหน่าย ผู้ดูแลมีความรู้และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องครบถ้วนทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ด้านบุคลากร สหสาขาวิชาชีพปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 90 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีคะแนนสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในระยะเฉียบพลัน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) การวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาระบบบริการพยาบาลช่วยเพิ่มสมรรถนะให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองได้รับการดูแลตามมาตรฐาน อย่างไรก็ตามควรมีการทบทวนและพัฒนาระบบบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง; ระบบบริการพยาบาล; การบริหารการพยาบาล; ทีมสหสาขาวิชาชีพ

Development of Nursing Service System for Patients with Stroke, Nan Hospital

Supranee Yawinchan[1] Worrawan Chamnanchang[1]
Nan Hospital[1]
Corresponding author: Supranee Yawinchan; Email: worrawan1974@gmail.com
Received: 28 October 2016 **Revised:** 5 November 2019 **Accepted:** 18 November 2019

Abstract

Care for stroke patients needs a care service system developed by multi-disciplinary teams. This research and development study aimed to develop a nursing service system for patients with stroke in Nan hospital. The study involved 3 stages, including 1) analyzing data obtained from patient charts and interviews with stakeholders, 2) developing and testing the nursing service system, and 3) evaluating the efficacy of the developed system. Participants consisted of 3 groups of stakeholders, including 110 stroke patients, care givers, a multi-disciplinary team, and professional nurses working at an emergency room. The study had been conducted from April 2017 to September 2018. The research instruments consisted of the nursing services system, including care maps for stroke patients, practice guidelines for stroke patients, and plans for improving nurses' competencies regarding stroke care. Data were collected using a chart auditing form, interview form, Barthel ADL index, questionnaires assessing caregivers' understanding and competences regarding stroke care, and a questionnaire assessing nurses' competences regarding stroke care. The findings revealed that after the implementation of the nursing service system for stroke patients, participating patients reported a higher level of ADL at 30 days after discharge, compared to the score at discharge day. Also, caregivers had a high level of understanding and skills, and gave sufficient care to stroke patients; consequently, patients' clinical outcomes reached an acceptable standard of care. Regarding health care professions' competencies, over 90% of the multi-disciplinary team followed the practice guidelines. The competency score regarding the care for stroke patients of the nurse working at acute and emergency department was significantly increased ($p<.001$). This study suggests that the systematic development of a nurse service system for stroke patients can improve health professionals; competencies, and helps stroke patients to get a high standard of service. However, the nursing service system should be continuously developed for attaining a higher standard of care.

Keywords: stroke care; nursing service system; nursing administration; multi-disciplinary team

ความสำคัญและความเป็นมา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขทั่วโลกองค์การอนามัยโลกประมาณว่าทุกปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคนทั่วโลก 5 ล้านคนพิการถาวร 5 ล้านคนเสียชีวิต และสองในสามของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาและปี พ.ศ. 2563 จะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า[1]สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขรายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับแรกในทั้งเพศชายและเพศหญิง มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่เกิดขึ้นมากกว่า 250,000 รายต่อปี[2] ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทุกประเทศทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา จำเป็นต้องดำเนินการเพื่อลดอัตราการเกิด ลดความรุนแรง และลดความพิการที่เกิดจากโรค

โรคหลอดเลือดสมองนอกจากจะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตแล้วยังส่งผลกระทบทางด้านร่างกาย ผลกระทบต่อด้านจิตสังคม และภาวะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยอีกด้วย[3] ผลกระทบด้านร่างกายโรคหลอดเลือดในสมองทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต และในรายที่ได้รับการช่วยเหลือจนรอดจะมีอาการอัมพาต แขนขาอ่อนแรง มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวการสื่อสารและการทำกิจวัตรประจำวันการทรงตัวไม่ดีก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย และการเจ็บป่วยเรื้อรังก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ส่วนผลกระทบด้านจิตสังคมนั้นเกิดขึ้นนับตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างเดิมเนื่องจากการภาวะอัมพาต แขนขาอ่อนแรง สูญเสียความสามารถในการควบคุมอวัยวะและสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิต รู้สึกสูญเสียอำนาจเนื่องจากไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่สามารถตัดสินใจได้เนื่องจากการสูญเสียทักษะทางการคิดและการตัดสินใจ เกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเองเนื่องจากรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไร้ความสามารถ และเป็นภาระแก่ผู้อื่น นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองยังส่งผลกระทบด้านเศรษฐกิจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพราะโรคสมองและหลอดเลือดเป็นโรคที่มีต้นทุนในการบำบัดรักษาและการฟื้นฟู[4] รวมถึงต้นทุนในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและสภาพแวดล้อมเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสม

การให้บริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายใต้แนวทางปฏิบัติที่เป็นสากลจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน[5] และทำให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยแต่ละขั้นตอนมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ลดวันนอนในโรงพยาบาลและลดอัตราการเสียชีวิตได้[6] แต่ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันยังพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับแนวการปฏิบัติงานของบุคลากร[7] การประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพ การจัดระบบบริการผู้ป่วยที่แยกส่วนทำให้การดูแลไม่เชื่อมต่อกันส่งผลให้เกิดปัญหาในระยะยาวกับผู้ป่วยจากการศึกษาปัญหาจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตร้อยละ 50 ได้ให้ข้อมูลที่สะท้อนว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการที่จำเป็น[8] ดังนั้นการจัดระบบการให้บริการตลอดจนกระบวนการต่าง ๆ ให้เป็นมาตรฐานเพื่อให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม และเชื่อมต่อกันนับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งอย่างไรก็ตามในการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองต้องพิจารณาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแล ซึ่งจะช่วยให้การดูแลมีคุณภาพและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติมากที่สุด[9]

โรงพยาบาลน่านเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 502 เตียง ให้บริการรับส่งต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในพื้นที่จังหวัดน่าน ในปี 2558–2560 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุบัติใหม่จำนวน 268, 427, 653 ราย ตามลำดับ[10] เพื่อดูแลกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวโรงพยาบาลน่านจึงได้เริ่มพัฒนาระบบการบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบ่งระบบการดูแลออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะเฉียบพลัน (acute phase)และระยะหลังเฉียบพลัน (post-acute phase) จากผลการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน ปี 2559 พบว่าระยะเวลาผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดนับตั้งแต่เวลาเข้ามาในโรงพยาบาลถึงได้รับยามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 54 นาทีอย่างไรก็ตามพบผู้ป่วยที่มีอาการภายใน 4.5 ชั่วโมงแต่ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาทีร้อยละ 18.2 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 7 และพบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การเกิดปอดอักเสบร้อยละ 7.46 การเกิดแผลกดทับร้อยละ .74 และการเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 2.23 นอกจากนี้พบปัญหาการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลของสหสาขาวิชาชีพไม่ครบถ้วน ผู้ป่วย

และญาติขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ซึ่งส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว ในส่วนของบุคลากรพบพยาบาลยังขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านระบบช่องทางด่วน (stroke fast track) และขาดทักษะในการการเฝ้าระวังป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะปอดอักเสบการเกิดแผลกดทับและเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ปัญหาดังกล่าวเป็นสิ่งที่ทางโรงพยาบาลควรเร่งแก้ไขเพื่อให้เกิดคุณภาพของระบบบริการ

จากสภาพปัญหาการดูแลในโรงพยาบาลดังกล่าวรวมถึงนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการจัดระบบบริการสุขภาพ (service plan) ซึ่งมีเป้าประสงค์ยุทธศาสตร์เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถเข้าถึงบริการและได้รับการดูแลตามมาตรฐาน เพื่อลดความเสี่ยง ควบคุมภาวะเจ็บป่วยได้ ชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างทั่วถึงผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารทางการพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว จึงได้พัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้มีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ทั้งด้านการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรพยาบาล การจัดบริการพยาบาล รวมถึงการประสานการดูแลรักษาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเชื่อมโยงตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย การมีส่วนร่วมในการดูแลของญาติผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อผลลัพธ์ในการลดอัตราการเสียชีวิต ความพิการ และภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างราบรื่น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของระบบบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลน่าน
2.เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลน่าน
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลน่าน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารักษาตัวที่โรงพยาบาลน่าน ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2560 ถึง 30 กันยายน 2561 กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลน่านเป็นผู้รับผิดชอบในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการบำบัด

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) โดยแบ่งขั้นตอนการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ เป็นการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันและสภาพปัญหาของระบบบริการพยาบาลที่เป็นอยู่เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาระบบบริการพยาบาล 2) ระยะการพัฒนาระบบบริการพยาบาลเป็นระยะที่มีการประชุมร่วมกันของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง มีการจัดทำระบบและแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองและจัดทำเครื่องมือประเมินประสิทธิภาพของระบบและ 3) ระยะประเมินผลการพัฒนาระบบเป็นระยะของการประเมินผลซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับบุคลากรที่ให้การดูแล

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างตามระยะของการวิจัย ดังนี้

1. ระยะวิเคราะห์สถานการณ์กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 65 ราย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 20 คน ญาติหรือผู้ดูแลจำนวน 20 คน และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 10 คน

2. ระยะการพัฒนาระบบบริการพยาบาลกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ 1

คน เภสัชกร 1 คน นักกิจกรรมบำบัด 1 คน นักกายภาพบำบัด 1คน นักโภชนาการ1 คน พยาบาล 3 คน ระยะทดลองใช้ระบบบริการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลจำนวน 20 คน

3. ระยะประเมินผลการพัฒนาระบบบริการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย

1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (หลอดเลือดสมองตีบ อุดตันหรือแตก) ที่มารักษาตัวโรงพยาบาลน่าน จำนวน 110 คน

2) ผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง จำนวน 110 คน

3) พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 16 คน

4) ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการ จำนวน 15 คน

เครื่องมือวิจัย

การวิจัยนี้ใช้เครื่องมือวิจัยตามระยะของการทำวิจัย ประกอบด้วย

1. ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ใช้เครื่องมือวิจัย ดังนี้

1.1. แบบบันทึกการตรวจสอบเวชระเบียน ประเมินการปฏิบัติตามแบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (care map) ของทีมสหวิชาชีพเป็นการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นกิจกรรมตามบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย

1.2. แบบสัมภาษณ์บุคลากรทีมสหวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.3. แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล

2. ระยะพัฒนาระบบบริการพยาบาล ใช้เครื่องมือวิจัย ดังนี้

2.1. แบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยลำดับขั้นตอนในการปฏิบัติงานที่สามารถดำเนินการได้โดยอัตโนมัติและแผนการดูแลผู้ป่วยของแต่ละวิชาชีพตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

2.2. แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลน่านสำหรับแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ

2.3.แผนพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในระยะเฉียบพลัน

3. ระยะประเมินผล ใช้เครื่องมือวิจัย ดังนี้

3.1. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือดัชนีบาร์เทล (Barthel index)[11] แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

0–20 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถทำเองได้/ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากที่สุด
25–45 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถทำได้ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก
50–75 คะแนน หมายถึง สามารถทำได้ แต่ต้องการความช่วยเหลือในระดับปานกลาง
45–90 คะแนน หมายถึงสามารถทำกิจวัตรประจำวันเองได้ ในระดับมาก
95–100 คะแนน หมายถึงสามารถทำกิจวัตรประจำวันเองได้อย่างปกติ/มากที่สุด

3.2. แบบประเมินความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลจำนวน 13 ข้อทราบ/ปฏิบัติได้ถูกต้อง 1 คะแนน ไม่ทราบ/ปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง 0 คะแนน

3.3. แบบประเมินสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในระยะเฉียบพลัน เป็นแบบประเมินการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมมีประเด็นสังเกตพฤติกรรมจำนวน 9 ข้อ คะแนนเต็ม 45 คะแนน กำหนดให้ค่าคะแนนผ่านที่เกณฑ์ 80%

3.4. แบบบันทึกการตรวจสอบเวชระเบียน ประเมินการปฏิบัติตามแบบแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (care map) ของทีมสหวิชาชีพได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ เภสัชกร และพยาบาลเวชกรรมสังคม เป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) โดยระบุ การบันทึกเป็น “ปฏิบัติตามแผน” และ “ไม่ปฏิบัติตามแผน”

ทีมวิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการนำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง จำนวน 3 คน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ระบบประสาท 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน และ พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน จากนั้นนำเครื่องมือวิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงของเครื่องมือวิจัยและหาค่าความสอดคล้องระหว่างผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า CVI=.86

ขั้นตอนการทำวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินกิจกรรมตามระยะของการทำวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ (research 1) เป็นระยะของการเก็บรวมรวมข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบันและสภาพปัญหาของระบบบริการพยาบาลที่เป็นอยู่ในขณะนั้น เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาระบบบริการพยาบาล มีกิจกรรมย่อย ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลการดูแลผู้ป่วยสมองหลอดเลือดจากข้อมูลย้อนหลังที่ถูกบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วย ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน ถึง 30 กันยายน 2560 จำนวน 65 ราย เพื่อวิเคราะห์กิจกรรมการให้บริการตั้งแต่แรกรับที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จนกระทั่งจำหน่าย ตลอดจนประเมินผลลัพธ์ของการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย

1.2 ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง เพื่อทราบปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน เช่น ปัญหาในการประเมินสภาพผู้ป่วย ปัญหาการใช้แนวปฏิบัติ ปัญหาการเบิกจ่ายยา ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยในระยะต่าง ๆ ปัญหาในการบันทึกและส่งต่อข้อมูล และปัญหาในการปฏิบัติร่วมกัน

1.3 สัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแล ถึงความกังวลใจ ความต้องการความช่วยเหลือในการช่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. ระยะการพัฒนาระบบบริการพยาบาล (development) เป็นระยะของการจัดทำระบบและแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองและจัดทำเครื่องมือประเมินประสิทธิภาพของระบบดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2560 ถึงกุมภาพันธ์ 2561 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการโดยเชิญบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมาร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตามบทบาทขอบเขตหน้าที่และมาตรฐานของแต่ละวิชาชีพ จากนั้นให้แต่ละวิชาชีพนำเสนอแผนหรือกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง เพื่อให้บุคลากรวิชาชีพอื่นร่วมกันพิจารณาและปรับปรุงกิจกรรมการดูแลเพื่อส่งเสริมการวางแผนและการทำงานร่วมกันโดยคำนึงถึงมาตรฐานการดูแล และประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก

2.2 จัดทำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ทั้งในระยะเฉียบพลัน (acute phase) ระยะหลังเฉียบพลัน (post acute phase) และวางแผนจำหน่าย ตั้งแต่แรกรับจนผู้ป่วยจำหน่าย

2.3 จัดทำเครื่องมือประเมินสมรรถนะวิชาชีพพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ตลอดจนการจัดทำแผนการพัฒนาบุคลากรร่วมกับพยาบาลหัวหน้างาน

2.4 นำรูปแบบการบริการผู้ป่วยหลอดเลือดสมองไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง จำนวน 20 ราย เก็บรวมรวมปัญหาในการปฏิบัติเพื่อนำมาพัฒนาระบบบริการพยาบาลอีกครั้ง

3. ระยะประเมินผลการพัฒนาระบบ (research) เป็นระยะของการประเมินผลลัพธ์ทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับบุคลากรที่ให้การดูแล มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

3.1 ประชุมบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนและทำความเข้าใจการใช้ระบบบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

3.2 ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มการพยาบาล ทำการประกาศใช้ระบบบริการพยาบาล โดยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบประกอบด้วย แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หอผู้ป่วยหนัก และ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดำเนินการตั้งแต่ เดือนเมษายน ถึง กันยายน 2561 ซึ่งในระยะเวลาดังกล่าว ได้ให้บริการแก่ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองจำนวนทั้งสิ้น 110 ราย

3.3 ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มการพยาบาล ทำการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบบริการและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง หรือ ดัชนีบาร์เทลของผู้ป่วย และ คะแนนประเมินสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในระยะเฉียบพลัน ข้อมูลอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตามแผนการการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพอัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาที และระยะเวลาเฉลี่ยผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดนับตั้งแต่เข้ามาในโรงพยาบาลถึงได้รับยาและใช้สถิติเพื่อการเปรียบเทียบ (t-test) เพื่อทดสอบประสิทธิผลของระบบที่พัฒนา

ผลการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาผู้วิจัยได้ทำการแบ่งกิจกรรมการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบผลการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. สถานการณ์ปัจจุบันและปัญหาในการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ในระยะแรกของการวิจัย ทีมผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลน่านตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน ถึง 30 กันยายน 2560 จำนวน 65 ราย พบสถานการณ์ปัญหาการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สภาพปัญหาการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=65)

รายการปัญหา	จำนวนครั้ง	ร้อยละ
1. การดูแลในระยะเฉียบพลัน		
1.1 การประเมิน stroke onset	49	75.38
1.2 การตรวจร่างกายทางระบบประสาทโดยใช้ NIHSS	21	32.30
1.3 การให้คำสั่งการรักษาตามมาตรฐาน	38	58.46
2. การดูแลในระยะหลังเฉียบพลัน		
2.1 การติดตาม neuro sign ภายใน 72 ชม.	31	47.69
2.2 ประเมินการกลืน	37	56.92
2.3 การเฝ้าระวังภาวะปัสสาวะคั่งค้าง	30	46.15
3.การวางแผนจำหน่ายครบถ้วนตามหลัก D METHOD	0	0

(หมายเหตุ เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยระหว่างวันที่ 1 มิย.-30 กย. 2560)

นอกจากนี้ทีมผู้วิจัยได้ทำการสอบถามบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อรับทราบสถานการณ์ปัญหาซึ่งบุคลากรได้แสดงความเห็นเกี่ยวกับปัญหาการให้บริการ สรุปประเด็นหลัก ดังนี้

1. ปัญหาระบบการเบิก จ่าย ยาละลายลิ่มเลือดมีหลายขั้นตอนทำให้การเบิกยามีความล่าช้า ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาล่าช้า ดังตัวอย่างคำกล่าวของบุคลากร เช่น “ผู้ป่วย Stroke fast track ที่แพทย์ตัดสินใจสั่งให้ยาละลายลิ่มเลือด ต้องรอคำสั่งจากแพทย์แล้วถึงจะเอาไปเบิกที่ห้องยา และต้องมีการตรวจสอบหลายขั้นตอนก่อนที่จะลงบันทึกการเบิกแล้วจ่ายยาเพราะว่าเป็นยาที่มีค่าใช้จ่ายสูง ทำให้เสียเวลาพอสมควร”

2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการมีความล่าช้าเนื่องจากไม่มีสัญลักษณ์ที่แสดงถึงความเร่งด่วนของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทำให้บุคลากรที่ห้องปฏิบัติการไม่ได้เร่งทำการวิเคราะห์ผลทางห้องปฏิบัติการ ทำให้กระบวนการตรวจและรักษาล่าช้าออกไป ดังตัวอย่างคำกล่าวของบุคลากร เช่น “กรณี Stroke fast track ใช้เวลามากกว่า 30 นาที หากมีการโทรศัพท์ประสานงานขอผลตรวจด่วนใน Stoke fast track เมื่อนำส่งหลอดเก็บเลือดก็จะถูกวางรวมกับของผู้ป่วยคนอื่น ๆ เจ้าหน้าที่จะต้องมาหาหลอดเก็บเลือดของผู้ป่วยที่ต้องการผลด่วน”

3. พยาบาลระดับปฏิบัติการ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ยังขาดทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (Acute stroke) เช่น การประเมินอาการโดยใช้คะแนน NIHSS, ทักษะการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้ยาละลายลิ่มเลือดรวมถึงวิธีการผสมยาและการให้ยาที่ถูกต้อง

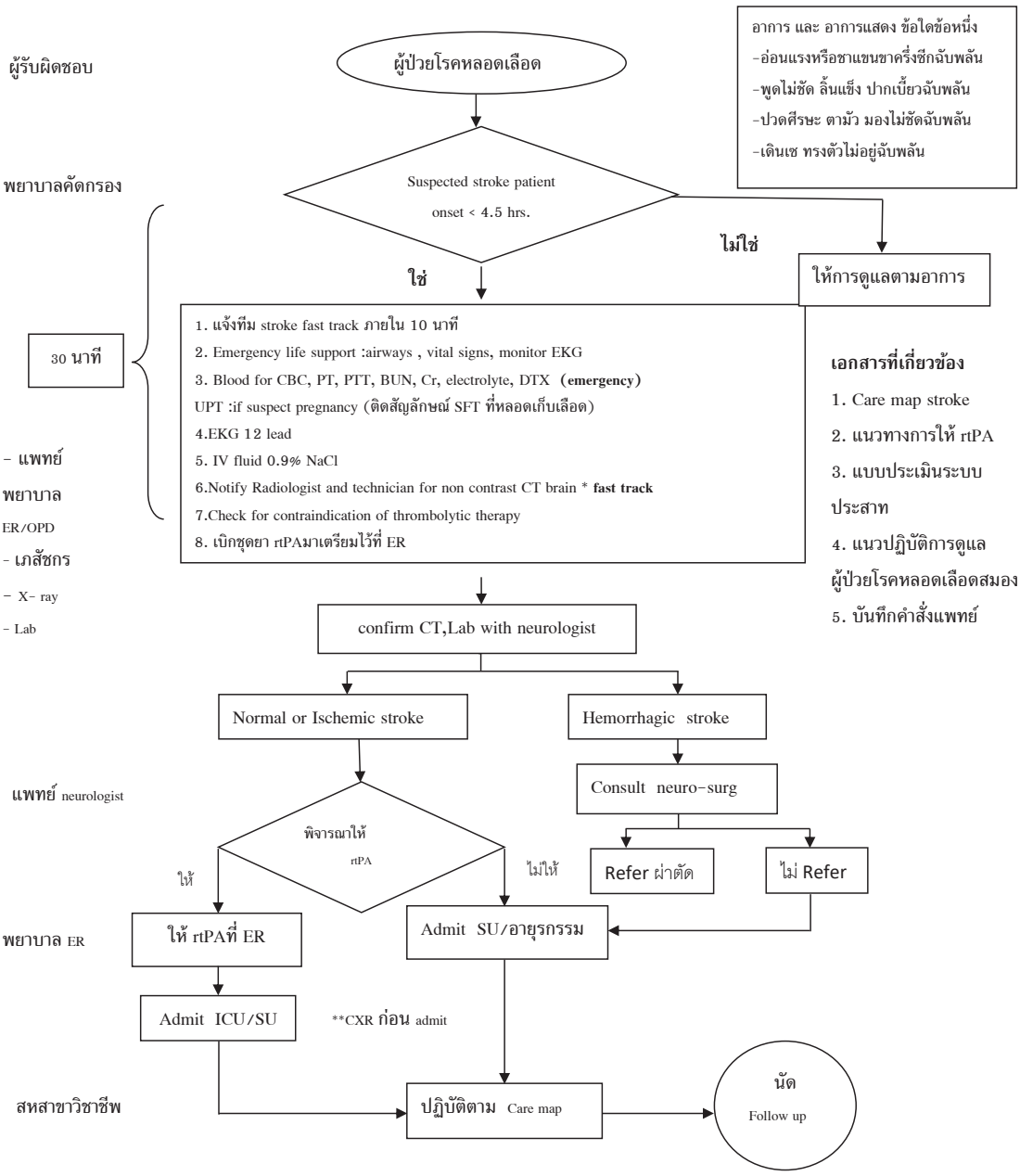
4. ผู้ป่วยที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล ได้รับการประเมินล่าช้า จนเกินระยะเวลาการให้ยาละลายลิ่มเลือด ดังตัวอย่างคำกล่าวของบุคลากร เช่น “เมื่อการประสานส่งต่อว่าจะมีผู้ป่วย Stroke fast track ทาง ER จะแจ้งแพทย์ไว้ก่อนครั้งแรก เพื่อให้เตรียมตัว เมื่อผู้ป่วยมาถึงแล้วก็จะแจ้งให้ทราบอีกครั้ง แต่บางทีแพทย์ก็ไม่ได้มาประเมินคนไข้ อาจจะติดภารกิจผู้ป่วยรายอื่นอยู่”

2.การพัฒนาระบบบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

หลังจากได้ข้อมูลที่เป็นปัญหาในการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแล้ว ทีมวิจัยได้ทำการพัฒนาระบบบริการ โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการโดยเชิญบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อทบทวนและปรับปรุงระบบการให้บริการพยาบาลตามขอบเขตความรับผิดชอบของแต่ละงาน และที่ประชุมมีมติให้มีระบบการให้บริการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ดังแสดงในภาพที่ 1

แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โรงพยาบาลน่าน

Acute stroke fast track guidelines for Nan Hospital



จากภาพที่ 1 แสดงระบบบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ร่วมกันพัฒนาขึ้น โดยมีการปรับปรุงสาระสำคัญ ได้แก่ ใบบันทึกคำสั่งแพทย์ระบุกิจกรรมที่พยาบาลสามารถดำเนินการได้โดยไม่ต้องรอแพทย์เมื่อมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าเกณฑ์ Stroke fast track สามารถนำเอกสารระบุตัวผู้ป่วยไปขอรับชุดยา rtPA ที่เภสัชกรจัดไว้มาเตรียมพร้อมใช้ที่ ER หากไม่มีการใช้ยาจะนำยามาคืนภายหลัง และการลดขั้นตอนการทำเอกซเรย์ทรวงอก (CXR) ก่อนส่งตัวไปทำ CT brain

หลังจากที่พัฒนาระบบบริการในรอบแรก ทีมผู้วิจัยได้นำระบบดังกล่าวไปทดลองใช้เป็นระยะเวลา 1เดือน ให้บริการแก่ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว จำนวน 20 คน ผลของการทดลองใช้ในรอบแรกพบประเด็นที่ต้องทำการปรับปรุงระบบ มีดังนี้การให้คำสั่งการรักษาของแพทย์ยังมีความหลากหลายไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน การส่งต่อข้อมูลสำคัญระหว่างวิชาชีพยังไม่ครบถ้วน พยาบาลประเมินปัญหาผู้ป่วยไม่ครอบคุลมโดยเฉพาะการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย และการประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

จากนั้นได้ข้อมูลปัญหาของการทดลองใช้ระบบบริการพยาบาลทีมผู้วิจัยจึงได้ประชุมบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุงและพัฒนาระบบบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ได้ระบบในการให้บริการแก่ผู้ป่วยดังนี้

1. การกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (care map) ที่ประกอบด้วยกิจกรรมการดูแลรักษาของทีมสหสาขาวิชาชีพตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในชุดเอกสารเดียวกันซึ่งทุกวิชาชีพสามารถติดตามแผนการดูแลผู้ป่วยและนำมาวางแผนร่วมกันได้

2. คำสั่งการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำเพาะและเป็นมาตรฐาน ได้แก่ คำสั่งการรักษา โรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน ที่ได้ยา rtPA คำสั่งการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน non – rtPA และคำสั่งการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

3. กิจกรรมการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายครอบคลุมถึงการประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

3. การประเมินผลการพัฒนาระบบบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

หลังจากที่ทีมวิจัยได้พัฒนาระบบบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ประกาศใช้ระบบที่พัฒนาดังกล่าว โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน ถึงวันที่ 30 กันยายน 2561ทีมวิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบผลการพัฒนาระบบบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยประเมินผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วย และผลลัพธ์ที่เกิดกับบุคลากร ประกอบด้วยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel index) อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนประกอบด้วย อัตราการเกิดภาวะปอดอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับ ระยะเวลาในการให้ยาสลายลิ่มเลือด ความรู้ความสามารถของผู้ดูแล และสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอไงที่ได้รับยาสลายลิ่มเลือดในระยะเฉียบพลัน

ซึ่งผลการเปรียบเทียบพบว่าหลังจากใช้ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองมากขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนาระบบฯ (n=110)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง	ค่าคะแนนเฉลี่ย				t-test	p-value
	ก่อนการใช้รูปแบบ		หลังการใช้รูปแบบ			
	X	SD	X	SD		
Barthel index	51.68	2.46	77.36	2.24	-14.32	.00

หลังจากการพัฒนาระบบบริการพยาบาล พบว่า อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง ได้แก่ ปอดอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับ และผู้ดูแลมีความรู้และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนมากขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์หลังการพัฒนาระบบบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=110)

ผลการประเมิน	ก่อนใช้ระบบ	หลังใช้ระบบ
การเกิดปอดอักเสบ	4.18%	2.01%
การเกิดติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	1.48%	1.28%
การเกิดแผลกดทับ	.37%	.18%
ระยะเวลาเฉลี่ย Door to needle time	54 นาที	42 นาที
ผู้ดูแลมีความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยครบถ้วน	36.36%	100%

หลังจากการพัฒนาระบบบริการพยาบาล พบว่า สมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในระยะเฉียบพลันของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผ่านเกณฑ์การประเมิน (กำหนดให้ค่าคะแนนผ่านที่เกณฑ์ 80%) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 43.75 เป็นร้อยละ 100 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยฯ ในระยะเฉียบพลัน (n=16)

คะแนนสมรรถนะ (คะแนนเต็ม 45)	ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ)	Mean	SD	t	p value
ก่อนการพัฒนา	43.75	34.93	4.20	6.52	.00
หลังการพัฒนา	100	39.31	2.96		

ด้านผู้ให้บริการ การปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแผนได้ค่อนข้างครบถ้วน ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลของแต่ละสหสาขาวิชาชีพ (n=110)

ทีมสหสาขาวิชาชีพ	จำนวนผู้ป่วย (110คน)	ร้อยละ
แพทย์	110	100
พยาบาล	108	98.18
นักกายภาพบำบัด	105	94.45
นักกิจกรรมบำบัด	106	96.36
เภสัชกร	88	80
นักโภชนาการ	103	93.63
พยาบาลเวชกรรมสังคม	100	90.90

อภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง แบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ผลการวิจัยพบประเด็นที่น่าสนใจสำหรับการอภิปรายในเชิงลึกเพื่อประโยชน์ในการพัฒนางาน ดังต่อไปนี้

1. ปัญหาของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทำวิจัยในระยะที่ 1 พบปัญหาหลัก ๆ ในการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ระบบบริการที่มีหลายขั้นตอนซึ่งต้องอาศัยการประสานงานบุคลากรจากหลายวิชาชีพโดยแต่ละบุคคลอาจจะมีแนวคิดพื้นฐานการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน ส่งผลให้การปฏิบัติไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดปัญหาเกี่ยวกับการไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติและการประสานงานการดูแลเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในระบบสาธารณสุขไทย เช่น มีการศึกษาปัญหาระบบการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลราชบุรีก็พบปัญหาความล่าช้า จากการประสานงานระหว่างหน่วยบริการไม่เป็นแนวทางเดียวกัน บุคลากรบางส่วนยังขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว[12] เมื่อวิเคราะห์ถึงสาเหตุในเชิงลึกพบว่าปัญหาดังกล่าวส่วนหนึ่งเกิดจากการที่บุคลากรพยาบาลยังขาดสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะทักษะในการดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันซึ่งถือเป็นช่วงเวลาวิกฤติในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนทันการและลดความรุนแรงของโรค และปัญหาอีกส่วนหนึ่งเกิดจากการที่ญาติหรือผู้ดูแลขาดความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยภายหลังจำหน่วยออกจากโรงพยาบาล ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรารินทร์ พิทธยะพงษ์[13] ที่พบว่าการที่ผู้ดูแลได้รับความรู้และฝึกทักษะวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านไม่เพียงพอทำให้ขาดความมั่นใจ และปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยไม่ถูกต้องซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล ความปลอดภัย การเกิดภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพ

2. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องอาศัยความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพ เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีความซับซ้อนหลายมิติ จึงต้องการการดูแลด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่แตกต่างกันไป[14] จากการศึกษาของโรงพยาบาลน่านในครั้งนี้จะเห็นว่า การพัฒนาระบบบริการจะต้องเริ่มจากการศึกษาสถานการณ์สภาพปัญหาจริงในการทำงาน จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาประชุมเพื่อให้สหสาขาวิชาชีพร่วมกันหาแนวทางในการพัฒนาระบบบริการเพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับกับบริบท และเกิดประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ สอดคล้องกับโรงพยาบาลพระปกเกล้าที่ศึกษาเปรียบเทียบการรักษาแบบเดิมกับการรักษาร่วมกับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ผลการศึกษายืนยันว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ สามารถลดอัตราตาย ภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอน ค่าใช้จ่าย และการกลับรักษาซ้ำใน 28 วันลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[15]

3. ผลของการพัฒนาระบบบริการพยาบาลช่วยให้คุณภาพของการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น โดยการวิจัยนี้พบว่าหลังการใช้ระบบบริการรูปแบบใหม่ในการดูแล และการเตรียมพร้อมก่อนจำหน่ายโดยใช้หลัก D METHOD ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองมากขึ้น และผู้ดูแลมีความรู้และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องครบถ้วน สอดคล้องกับการศึกษาของยุพาพร หัตถโชติ[16] เปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับแผนการจำหน่าย โรงพยาบาลอุดรธานี พบว่าหลังการทดลองมีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมสูงกว่าก่อนทดลองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักมีความพิการความสามารถในการทำกิจกรรมที่เพิ่มขึ้นเป็นผลจากการวางแผนจำหน่ายที่มีโครงสร้างชัดเจนมีการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลตั้งแต่แรกรับกำหนดเป้าหมายหลักในการดูแลรักษาร่วมกันระหว่างผู้ดูแลและทีมสหสาขาวิชาชีพญาติได้รับความรู้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยที่สามารถนำกลับไปใช้ประโยชน์ต่อที่บ้าน

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในครั้งนี้ประกอบด้วยการวิเคราะห์ปัญหาจากกระบวนการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริง ความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ และการให้บริการที่มีผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลางการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเป็นหลักการการดูแลที่บุคลากรด้านสุขภาพให้ความสำคัญกับ

ปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย พยาบาลควรนำหลักการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมาประยุกต์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยทั้งในด้านความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวดีสามารถดูแลตนเองได้หรือพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด

ข้อเสนอแนะในการพัฒนางาน

1. บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองควรมีการทำงานที่เชื่อมโยงต่อเนื่องกัน และปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องและรวดเร็ว มีความสามารถในการดูแลตนเอง เฝ้าระวัง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งขณะอยู่ที่โรงพยาบาล และเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน[17]

2. สิ่งที่มีความสำคัญในการพัฒนาบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือ การวิเคราะห์ปัญหาจากกระบวนการดูแลผู้ป่วย ปัญหาจากผู้ปฏิบัติงาน และ มุมมองความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น จำเป็นต้องมีติดตามทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยของบุคลากรอยู่เสมอ มีการรวบรวมข้อมูลจากผู้ปฏิบัติและวิเคราะห์ปัญหา เพื่อให้เกิดการปรับกระบวนการอย่างเหมาะสม และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง[18] นอกจากการติดตามทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยของบุคลากรอยู่เสมอแล้วควรให้ความสำคัญและสนับสนุนความต้องการที่มีความแตกต่างกันของผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมด้วย ซึ่งจำเป็นจะต้องมีการประเมินด้วยเช่นกัน[19]

3. พยาบาลมีบทบาทในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย ความรู้ความเข้าใจในแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่จำเป็น ซึ่งหากสามารถนำสู่การปฏิบัติได้จริงก็จะเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยสูงสุด[20]

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัย

เพื่อประโยชน์ในการศึกษาเพิ่มเติมผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. เพื่อขยายการดูแลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ควรมีการศึกษาความต้องการได้รับบริการในมุมมองของผู้ป่วยและผู้ดูแลตั้งแต่ระยะแรกรับจนกระทั่งการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยที่ครบถ้วนและสอดคล้องกับปัญหาที่เป็นจริง

2. ควรมีการประเมินและพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลด้านอื่น ๆที่สำคัญอย่างเป็นรูปธรรม เช่น สมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะหลังเฉียบพลัน หรือ สมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เป็นต้นเพื่อให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานและเกิดผลลัพธ์ที่ปลอดภัยสำหรับผู้รับบริการ

References

1. World Health Organization: Cerebrovascular accident [Internet].2015.[cited 2018 Apr 15]. Available from http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident.
2. Suwanwela NC. Stroke epidemiology in Thailand. Journal of Stroke 2014;16(1):1-7.
3. Purba WS, Amatayakul A, Wattanakul B. The relationship between depression, social support and quality of life of stroke survivors in Bukittinggi, Indonesia. J Health Res 2015;29(Suppl.1):S109-16.
4. Chantra R, Sansuwan R, Heeaksorn C. Care for stroke patients with a multidisciplinary team. Journal of the Royal Thai Army Nurses 2017;18:49-55.
5. Lindsay P, Furie KL, Davis SM, Donnan GA, Norrving B. Guidelines. International Journal of Stroke 2014;9:4-13. doi:10.1111/ijs.12371.

6. Kapral MK, Fang J, Silver FL, Hall R, Stamplecoski M, O'Collaghan C, Tu JV. Effect of a provincial system of stroke care delivery on stroke care and outcomes.CMAJ2013;185(10):483-91.
7. Gache K, Leleul H, Nitenberg G, Woimant F, Ferrua M, Minvielle E. Main barriers to effective implementation of stroke care pathways in France: a qualitative study. BMC Health Services Research 2014;95:1-10.
8. McKevitt C, Fudge N, Redfern J, Sheldenkar A, Crichton S, Wolfe C. UK stroke survivor needs survey. London: Stroke Association; 2010.
9. Kitson AL, Dow C, Calabrese JD, Locock L, Athlin AM. Stroke survivors' experiences of the fundamentals of care: a qualitative analysis. International Journal of Nursing Study 2013;50:392-403.
10. Ministry of Public Health. Inspection report of service plan [internet].2018.[cited 2018 Aug 31]. Available from http://bie.moph.go.th/einsreport/file_report/2018-08-15-02-13-53-11.doc
11. Massakulpan P, Saringcaringul T. Clinical practice guidelines for stroke rehabilitation. Bangkok: Tanapress;2016.
12. Songsitthikul T,Anamai O.The Development of a nursing service system for patients with ischemic stroke receiving thrombolytic agents in Ratchaburi Hospital. Nursing Journal of the Ministry of Public Health2016;26(2):142-53.
13. Pitthayapong S. Situations, problems, and barriers of post-stroke care in the transitional period from hospital to home. Thai Red Cross Nursing Journal 2018;11(2):26-39.
14. ClarkeDJ, Forster A. Improving post-stroke recovery: the role of the multidisciplinary health care team. Journal of MultidisciplinaryHealthcare2015;8:433-42.
15. Thammasupapong S. Decreased in mortality and morbidity of ischemic stroke patients after careby multidisciplinary team in Prapokklao Hospital. J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 2008;25:166-74.
16. Hattachot Y. Effects of discharge planning program on knowledgeand activities of daily living of stroke patients in stroke unit Udonthani Hospital. Udonthani Hospital Medical Journal 2017;25(2):136-142.
17. Angkun K, Suwanno J. Development and evaluation of the stroke fast track care system for acute ischemic stroke patients at Hatyai Hospital and Songkhla Provincial Hospital network. J Thai Stroke Soc 2017; 16(2):5-15.
18. Intercollegiate Stroke Working Party. National clinical guideline for stroke. 4th ed. London: Royal College of Physicians;2012.
19. Philp I, Brainin M, Walker MF, Ward AB, Gillard P, Shields AL, Norrving B. Development of a Poststroke Checklist to Standardize Follow-up Care for Stroke Survivors.Journal of Stroke and Cerebrovascular Disease 2013;22(7):e173-80.
20. Reynolds SS, Murray LL, McLennon SM, Bakas T. Implementation of a Stroke Competency Program to Improve Nurses' Knowledge of and Adherence to Stroke Guidelines. Journal of Neuroscience Nursing 2016;48(6):328-35.

คำแนะนำผู้นิพนธ์

เพื่อให้การจัดทำวารสารไปด้วยความเรียบร้อยและมีคุณภาพ วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขจึงขอกำหนดแนวปฏิบัติที่เกี่ยวกับการจัดทำวารสารและการเตรียมต้นฉบับบทความ ดังต่อไปนี้

1. ผลงานวิชาการที่จะลงตีพิมพ์ในวารสาร ทางวารสารฯ ได้กำหนดไว้ดังนี้

1.1 เป็นผลงานวิชาการในรูปของบทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่เขียนเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษในสาขาการพยาบาล การสาธารณสุข หรือสาขาที่เกี่ยวข้อง

1.2 เป็นผลงานวิชาการที่ไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อน ยกเว้นเป็นผลงานวิชาการที่ได้นำเสนอในการประชุมทางวิชาการที่ไม่มี Proceedings และผู้เขียนจะต้องไม่ส่งบทความเพื่อไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นในเวลาเดียวกัน

1.3 หากเป็นบทความสืบเนื่องจากงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง (เฉพาะวิจัยในมนุษย์) หรือเป็นงานวิจัยที่เป็นไปตามข้อกำหนดของจริยธรรมการวิจัย

2. อัตราค่าบำรุงวารสารฯ หรือค่าธรรมเนียม ทางวารสารฯ ได้กำหนดอัตราค่าธรรมเนียมในการจัดทำวารสารและค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ 5,000 บาท/1 บทความ (การชำระเงินจะเกิดขึ้นก่อนที่จะส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาและประเมินบทความเมื่อได้ชำระเงินแล้วจะไม่ส่งคืนไม่ว่ากรณีใด ๆ)

3. การเตรียมต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัย ให้มีรูปแบบดังนี้

3.1 การตั้งค่าหน้ากระดาษ ให้ตั้งค่าขนาดกระดาษ A4 จัดขอบกระดาษด้านบน-ล่าง-ซ้าย-ขวา ด้านละ 1 นิ้ว พิมพ์โดยใช้ฟอนต์ EucorsiaUPC ขนาด 16 และ single space และมีเนื้อหารวมบทคัดย่อและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 15 หน้า

3.2 ในการพิมพ์แต่ละย่อหน้าให้พิมพ์ต่อเนื่องกันไปจนจบย่อหน้า ไม่กด Enter ในระหว่างย่อหน้าและในการเว้นวรรคระหว่างประโยคหรือคำเดี่ยว ให้ใช้เว้นวรรคใหญ่ หรือมีขนาด 2 เท่าของตัว ก หรือเท่ากับ 2 เคาะ

3.3 ขนาดและรูปแบบการพิมพ์ ให้ใช้ดังนี้

รายการ	ลักษณะอักษร	ตำแหน่งการพิมพ์	ขนาด
ชื่อบทความ	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18
ชื่อผู้เขียนและต้นสังกัด	ตัวปกติ	กลางหน้ากระดาษ	14
บทคัดย่อ	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18
Abstract	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18
สถานที่ทำงานของผู้เขียนบทความ	ตัวปกติ	ชิดซ้าย และอยู่ท้ายหน้ากระดาษ	14
หัวข้อใหญ่	ตัวหนา	ชิดซ้าย	18
หัวข้อรอง	ตัวหนา	ย่อหน้า 8 ตัวอักษร	16
หัวข้อย่อย	ตัวปกติ	ใช้หมายเลขกำกับ และย่อหน้า 8 ตัวอักษร	16
เนื้อหาของบทคัดย่อและบทความ	ตัวปกติ		16
การเน้นข้อความในบทความ	ตัวปกติ	ตัวหนา หรือ ตัวเอียง	16
ข้อความในตาราง	ตัวปกติ	ข้อความให้ชิดซ้าย ส่วนตัวเลขให้ชิดขวา	14-16
ตัวเลขอ้างอิง	superscript	ตัวยกท้ายข้อความ	16
Reference	ตัวหนา	ชิดซ้าย	18

4. การเตรียมเนื้อหาของผลงานวิชาการ กำหนดให้เขียนดังนี้

4.1 ชื่อบทความวิชาการหรือชื่อบทความวิจัย ผู้เขียนควรกำหนดชื่อให้กระชับ มีความสอดคล้องหรือสะท้อนถึงประเด็นสำคัญของบทความและควรหลีกเลี่ยงการระบุชื่อบุคคลหรือสถานที่ในชื่อบทความ (หากจำเป็นต้องระบุให้อธิบายไว้ในขอบเขตหรือระเบียบวิธีทำวิจัย)

4.2 ในส่วนของชื่อและต้นสังกัดของผู้นิพนธ์ กำหนดให้ในบรรทัดแรกให้ระบุชื่อและนามสกุล (ภาษาไทย) ของผู้แต่งหลักและผู้แต่งร่วมในบรรทัดเดียวกัน บรรทัดถัดไปให้ระบุชื่อและนามสกุล (ภาษาอังกฤษ) ของผู้แต่งหลักและผู้แต่งร่วมในบรรทัดเดียวกัน บรรทัดที่สามให้ระบุหน่วยงานต้นสังกัดของผู้แต่งทุกคน ในกรณีที่มาจากหลายหน่วยงานให้ใช้ตัวเลขยกเพื่อระบุต้นสังกัด และบรรทัดที่สี่ให้เขียน “Corresponding author E-mail:” ตามด้วยไปรษณีย์อิเลคทรอนิคส์ (Email) ของเจ้าของบทความ

4.3 บทคัดย่อภาษาไทยให้เขียนบทคัดย่อแบบย่อหน้าเดียว (ไม่กด Enter ระหว่างย่อหน้า) มีความยาวไม่เกิน 250 คำ และตามด้วยคำสำคัญ 3-5 คำ เช่น คำสำคัญ: คำที่1; คำที่2; ..... (คั่นด้วยสัญลักษณ์; ต่อท้ายคำสำคัญและเคาะเว้นวรรค 1 ครั้ง)เป็นต้น การเขียนบทคัดย่อไม่ควรมีการอ้างอิงในบทคัดย่อ (สำหรับบทความวิชาการก็ให้เตรียมบทคัดย่อภาษาไทยเช่นเดียวกัน)

4.4 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) ให้เขียนในลักษณะเดียวกันกับบทคัดย่อภาษาไทย

4.5 บทนำและวัตถุประสงค์ เป็นการเขียนความเป็นมาหรือความสำคัญควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักของบทความหรือการวิจัยเขียนให้กระชับ ตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญหรือปัญหาที่ต้อง

ทำการศึกษา อีกทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย หรือของการเขียนบทความวิจัย โดยอาจจะเพิ่มเป็นหัวข้อใหม่หรือไม่ก็ได้

4.6 วิธีดำเนินการวิจัย เป็นการเขียนอธิบายกระบวนการทำวิจัยตามหลักระเบียบวิธี ส่วนการเขียนบทความวิชาการหากเป็นไปได้ให้อธิบายกระบวนการได้มาซึ่งเนื้อหาหรือการสังเคราะห์ความรู้ที่ปรากฏในบทความ

4.7 ผลการวิจัยเป็นการเขียนผลการวิเคราะห์ข้อมูลหรือข้อค้นพบจากการวิจัย ในกรณีที่มีการนำเสนอข้อมูลด้วยตารางควรออกแบบตารางให้เหมาะสม จากนั้นทำการแทรกตาราง ไม่มีเส้นแนวตั้ง ใช้ขนาดตัวอักษา 14-16 ตามความเหมาะสม ชื่อตารางควรควรกำหนดสั้น ๆ สื่อถึงข้อมูลในภาพรวมและไม่เกินหนึ่งบรรทัด วางไว้ด้านบนของตารางและเนื้อหาในตารางให้นำเสนอข้อมูลที่จำเป็น การอธิบายข้อมูลควรหลีกเลี่ยงการกล่าวซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	34	0.55
หญิง	28	0.45
การสูบบุหรี่		
เคย	23	20.37
ไม่เคย	39	0.63

4.8 สรุปและอภิปรายผล เป็นการสรุปและแปลความหมายของผลการวิจัย และอธิบายเหตุผลว่าข้อค้นพบหรือสิ่งที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายด้วยหลักการหรือทฤษฎีใดบ้าง ผลการวิจัยสอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลการวิจัยของคนอื่นที่เคยทำไว้หรือไม่อย่างไร ทั้งนี้ในการอภิปรายควรสนับสนุนด้วยข้อมูลที่เป็นเหตุเป็นผลอธิบายโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และมีการอ้างอิง (in-text citation) อย่างเหมาะสม

4.9 ข้อเสนอแนะ ในการเขียนข้อเสนอแนะ ควรเขียนข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้หรือสำหรับการทำวิจัยต่อยอดในอนาคต ทั้งนี้ข้อเสนอแนะควรสืบเนื่องจากข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ ไม่ใช่ข้อเสนอแนะตามหลักการโดยทั่วไป

4.10 การใช้ภาษาไทยให้ยึดหลักการใช้คำตามราชบัณฑิตยสถานพยายามหลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทยยกเว้นกรณีจำเป็น หลีกเลี่ยงการใช้คำย่อนอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทยหรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน

4.11 ในการนำผลงานของผู้อื่นมาใช้ในบทความ ขอให้ผู้เขียนใช้ข้อมูลจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือและทันสมัยไม่เกิน 10 ปี มีการระบุชื่อผู้เขียนและปีพิมพ์ปรากฏอย่างชัดเจน ควรอ้างอิงจากแหล่งหรือเอกสารที่เป็นต้นตอของข้อมูล และบทความใดที่มีการตรวจสอบพบว่าเข้าข่าย Plagiarism จะถูกตัดสิทธิ์ในการพิจารณาลงตีพิมพ์

4.12 หากบทความมีภาพประกอบ ให้ใช้ภาพขาวดำ โดยระบุชื่อภาพไว้ด้านบนของภาพ หากเป็นภาพที่เป็นผลงานของบุคคลอื่น ให้ระบุที่มาของภาพไว้ที่ใต้ภาพ พร้อมทั้งมีการอ้างอิงด้วยตัวเลขหลังข้อความระบุที่มีและให้ทำการเขียนอ้างอิงท้ายเล่มด้วย เช่น

ที่มา: http://www.wallpapers.eu.com/view/sunrise-reflection-ocean-city-maryland-other.html2

4.13 การเขียนอ้างอิง กำหนดให้ใช้การอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) จำนวน 15-20 รายการ การอ้างอิงในเนื้อหา (in-text citation) ให้นำตัวเลขอารบิคแสดงลำดับของเอกสารอ้างอิงมารวบรวมเขียนไว้ที่ท้ายเนื้อหาส่วนที่มีการอ้างอิงและใช้ตัวยก และเรียงลำดับหมายเลข 1,2,3 ... ตามที่ปรากฏในเนื้อหา ไม่เว้นช่วงตัวอักษร (เช่น เนื้อหา[1,7]) หากมีการอ้างอิงเอกสารมากกว่าหนึ่งแหล่งและมีลำดับต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายยติภังค์ (-) เชื่อมระหว่างเอกสารชิ้นแรกถึงชิ้นสุดท้าย แต่หากลำดับเอกสารไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาคคั่นตัวเลข (เช่น เนื้อหา[1-3,6,9]) และตัวเลขที่แสดงเอกสารอ้างอิง จะต้องตรงกับรายการเอกสารอ้างอิงในท้ายบทความ

การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ท้ายบทความ ให้อ้างอิงตามหมายเลขที่ทำการอ้างอิงแทรกเนื้อหา (in-text citation) และเรียงลำดับต่อเนื่องกันโดยไม่แยกประเภทของเอกสารอ้างอิง เพื่อให้เป็นไปตามข้อกำหนดของฐานข้อมูลอาเซียน (ASEAN Citation Index: ACI) รายการอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยให้ทำการแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการและให้ระบุคำว่า (in Thai) ไว้ท้ายรายการ และให้พิมพ์เอกสารอ้างอิงต่อเนื่องกันไปจนจบแต่ละรายการโดยไม่กด Enter ระหว่างกลาง สำหรับตัวอย่างของการเขียนเอกสารอ้างอิงที่ใช้บ่อย ได้แก่

1. การอ้างอิงบทความจากวารสาร ให้เขียนชื่อสกุลขึ้นก่อน เว้นวรรคตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่มีเครื่องหมายใด ๆ คั่น (กรณีผู้เขียนเป็นคนไทยให้เขียนนามสกุลเป็นภาษาอังกฤษ เว้นวรรคตามด้วยอักษรแรกของชื่อผู้เขียน) ถ้าผู้เขียนมีหลายคนแต่ไม่เกิน 6 คนให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างแต่ละคนและหลังชื่อสุดท้ายให้ใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.) หากผู้เขียนมีมากกว่า 6 คนให้ใส่ชื่อผู้เขียน 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค และตามด้วยคำว่า et al. ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากวารสาร เช่น

Siritharungsri B, Soranastaporn S, Surachet M. Demand and the impact of the elderly living alone. Journal of Gerontology and Geriatric Medicine 2011;12(3):11-22.(in Thai).

Kaewprom C, Curtis J, Deane FP. Factors involved in recovery from schizophrenia; a qualitative study of Thai mental health nurses. Nursing and Health Science 2011;13:323-7.

สำหรับบทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิตอล (Digital Object Identifier: DOI) ให้ระบุรหัสประจำบทความ เช่น

Mookadam F. Social support and its relationship to morbidity and mortality after acute myocardial infarction. Arch Intern Med 2004;164(14):1514-8. doi:10.1001/archinte.164.14.1514.

สำหรับบทความวารสารที่เผยแพร่บนอินเตอร์เน็ตหรือฐานข้อมูล ให้ใช้ดังนี้

Sanongyard J, Dhanawan W, Maungchang Y. The effects of program over three-dimensional comic book knowledge to infection among preschool child. Nursing Journal of the Ministry of Public Health [internet]. 2016[cited 2016 November 12]. Available: http://www.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/65674/53696

2. การอ้างอิงจากหนังสือ การเขียนชื่อผู้เขียนหนังสือให้ใช้ข้อกำหนดเดียวกับชื่อผู้เขียนวารสาร ชื่อหนังสือให้ใช้ตัวอักษรตัวใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของชื่อหนังสือและชื่อเฉพาะ นอกนั้นเป็นอักษรตัวเล็กหมด ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากหนังสือ เช่น

Janeway CA, Travers P, Walport M, Shlomchilk. Immonobilogy. 5thed. New York: Garland Publishing; 2001.

Department of Mental Health. Annual Report 2006. Bangkok: Idea Square. 2006.(in Thai).

3. การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ ให้ระบุประเภทหรือระดับปริญญาในวงเล็บเหลี่ยม เมืองที่ตั้งของมหาวิทยาลัย ชื่อมหาวิทยาลัย และปีที่ได้ส่งเล่มวิทยานิพนธ์ ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ เช่น

Mawat W. Clinical situational analysis of nursing management for patients with chronic kidney disease, Wang Nuea Hospital, Lampang Province [Master thesis]. Chiangmai: Chiangmai University.2012. (in Thai).

4. การอ้างอิงจากฐานข้อมูลบนอินเตอร์เน็ต ให้ระบุคำว่า [internet] ที่ท้ายชื่อเอกสาร ระบุวันที่เปิดเอกสาร โดยใช้คำว่า [Cited YYYY Month DD]" ในวงเล็บเหลี่ยม และที่อยู่ของข้อมูลในอินเตอร์เน็ตโดยใช้คำว่า "Available from" ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากฐานข้อมูลบนอินเตอร์เน็ต เช่น

Olsen NC. Self-reflection: Foundation for meaningful nursing practice [internet]. 2015 [cited 2015 Nov 14]. Available from: http://www.reflectionsonnursingleadership.org/ Pages/Vol39_2_Olsen_Nightingale.aspx

ส่วนเอกสารอ้างอิงในรูปแบบอื่น ๆ ขอให้ผู้เขียนศึกษาเพิ่มเติมได้จากหลักการเขียนอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ ของศุลีพร ช่วยชูวงศ์ จากหอสมุดวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่ http://lib.med.psu.ac.th/libmed2557/index.php/2013-09-04-07-04-05/2013-09-19-09-00-33/vancouver-style

5. การส่งต้นฉบับบทความ ให้ผู้เขียนส่งบทต้นฉบับบทความผ่านระบบ Thai Journal Online (ThaiJO) ทั้งนี้ผู้เขียนจะต้องทำการลงทะเบียนเพื่อเป็นสมาชิก ThaiJO ได้ที่ https://www.tci-thaijo.org/ จากนั้นให้ผู้เขียนเข้าหน้าเว็บไซต์วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข โดยผ่านการสืบค้นผ่านหน้าเว็บไซต์ ThaiJO หรือเข้าไปที่ http://www.tci-thaijo.org/index.php/tnaph และให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการส่งต้นฉบับ ซึ่งทาง ThaiJO ได้เตรียมไว้ที่เมนู For Author ที่ขวามือของหน้าจอ หากมีปัญหาในการส่งต้นฉบับบทความผ่านระบบออนไลน์ให้ติดต่อกลับที่วารสารฯ

6. การจัดการบทความวิชาการเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร เป็นไปตามขั้นตอนดังนี้

6.1 ผู้นิพนธ์ทำการส่งบทความวิชาการผ่านระบบออนไลน์ ThaiJO เมื่อสำเร็จทางกองบรรณาธิการวารสารจะได้รับจดหมายแจ้งเตือนจากระบบ ThaiJO ว่ามีบทความส่งเข้ามาที่วารสาร

6.2 บรรณาธิการจะทำการตรวจสอบคุณภาพและรูปแบบของบทความเบื้องต้น หากพบไม่เป็นไปตามข้อกำหนดของวารสารฯ ก็จะส่งกลับให้ผู้นิพนธ์ทำการแก้ไขให้เรียบร้อยและส่งบทความกลับเข้ามาใหม่ตามระบบอีกครั้ง

6.3 สำหรับบทความที่มีคุณภาพและรูปแบบตามที่วารสารฯ กำหนด กองบรรณาธิการจะส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 ท่านทำการพิจารณาด้วยกระบวนการ Double blind review (โดยผู้ประเมินจะไม่ทราบชื่อเจ้าผู้นิพนธ์ และผู้นิพนธ์จะไม่ทราบชื่อผู้ประเมิน เช่นเดียวกัน)

6.4 เมื่อบทความได้รับการพิจารณาและประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว กองบรรณาธิการจะส่งบทความกลับให้ผู้นิพนธ์ทำการแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ให้ผู้นิพนธ์ทำการแก้ไขและส่งบทความกลับผ่านระบบออนไลน์ภายในเวลาที่กำหนด (ในขั้นตอนนี้จะใช้ระยะเวลาและจำนวนครั้งมากหรือน้อยขึ้นกับมติเห็นชอบในคุณภาพของบทความจากบรรณาธิการวารสาร)

6.5 เมื่อบทความได้รับการแก้ไขจนมีคุณภาพสมบูรณ์แล้ว กองบรรณาธิการจะนำบทความไปจัดเรียงพิมพ์และตรวจสอบความถูกต้องทั้งรูปแบบและการพิมพ์อักษร ในขณะเดียวกันจะส่งบทความให้ผู้นิพนธ์ทำการตรวจสอบและยืนยันเนื้อหาบทความอีกครั้ง หากมีการแก้ไขกองบรรณาธิการจะนำมาแก้ไขให้เป็นไปตามความประสงค์ของผู้นิพนธ์เมื่อเสร็จเรียบร้อย ที่จะนำบทความไปจัดทำเป็นวารสารในที่สุด

7. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขนี้มีกำหนดออกปีละ 3 ฉบับ ดังนี้ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม และ ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

8. ตั้งแต่ฉบับที่ 1 ปีที่ 29 (มกราคม – เมษายน 2562) เป็นต้นไป ทางวารสารฯ จะเผยแพร่ในระบบออนไลน์ผ่านระบบ Thai Journal Online เท่านั้น ผู้สนใจสามารถดาวน์โหลดไฟล์ต้นฉบับของวารสารแต่ละฉบับไว้ที่หน้าเวบไซต์วารสาร

จริยธรรมการตีพิมพ์

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ตระหนักถึงความสำคัญของจริยธรรมการตีพิมพ์บทความในวารสาร จึงมีการดำเนินการเกี่ยวกับจริยธรรมการตีพิมพ์ ดังนี้

1. บทความที่จะตีพิมพ์ในวารสารจะต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือหรือวารสารใดมาก่อน ยกเว้นเป็นบทความที่ได้นำเสนอในการประชุมวิชาการที่ไม่มี proceeding paper และ ผู้เขียนจะต้องไม่ส่งบทความเพื่อไปลงตีพิมพ์ในวารสารอื่นในเวลาเดียวกัน

2. บทความที่ตีพิมพ์ในรูปแบบบทความวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง หรือเป็นไปตามข้อกำหนดของจริยธรรมการวิจัย

3. บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารต้องผ่านการตรวจสอบการพิมพ์ซ้ำ/ซ้ำซ้อน (duplications/plagiarism) โดยกองบรรณาธิการและ/หรือผู้ทรงคุณวุฒิ และหากพบว่ามีการตีพิมพ์ซ้ำหรือซ้ำซ้อน จะมีการหารือร่วมกันของกองบรรณาธิการ และทางวารสารจะตอบปฏิเสธการรับพิจารณาลงตีพิมพ์หากกองบรรณาธิการมีมติว่าบทความเข้าข่ายการคัดลอกผลงานผู้อื่น (plagiarism)

4. วารสารจะรับตีพิมพ์บทความที่ไม่มี conflict of interest โดยผู้นิพนธ์จะต้องระบุไว้ในขั้นตอนของการส่งบทความ และวารสารจะส่งบทความประเมินคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับบทความ

5. วารสารไม่มีการกำกับและร้องขอให้มีการอ้างอิงบทความของวารสารทั้งในลักษณะลับหรือเปิดเผย การอ้างอิงบทความในวารสารเป็นไปตามหลักการทางวิชาการ

6. วารสารได้มีการประกาศการเก็บค่าธรรมการตีพิมพ์บทความในวารสารไว้อย่างชัดเจนในคำแนะนำของผู้นิพนธ์

7. วารสารจะดำเนินการทุกอย่างเพื่อรักษาคุณภาพของบทความที่ตีพิมพ์ โดยจะกำกับให้ถูกต้องตามจริยธรรม/จรรยาบรรณตีพิมพ์ที่กำหนดแนวปฏิบัติโดย COPE–Committee on Publicatoin Ethics (www.publicationethics/org)

การติดต่อสอบถามรายละเอียด

บรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ดร.ศุกร์ใจ เจริญสุข

โทรศัพท์ 086-155-6862/โทรสาร: 02-590-1974,

Email : sukjai@ckr.ac.th

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ดร.เชษฐา แก้วพรม

โทรศัพท์ 086-382-4635/โทรสาร : 02-590-1834,

Email : wlg2552@gmail.com

ผู้จัดการ/ผู้ประสานงาน วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

นางสาวใบศรี นวลอินทร์

โทรศัพท์ 02-590-1834/โทรสาร: 02-590-1834

Email : n.tnaph@gmail.com