



สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ตึก 4 ชั้น 7 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

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

บทความวิชาการ

➡ ประสิทธิภาพของการสื่อสารเพื่อยกระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูง

บทความวิจัย

- ➡ ผลของการใช้สื่อมัลติมีเดียร่วมสอนต่อความรู้และทักษะในการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์
- ➡ องค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลของรัฐ ระดับทุติยภูมิ
- ➡ การพัฒนารูปแบบการดูแลระดับครอบครัวที่ต่อเนื่องที่บ้าน ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ
- ➡ สมรรถนะด้านการบริหารและการบริการของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิโดยใช้เทคนิคเดลฟาย
- ➡ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี
- ➡ ผลการประยุกต์ใช้โปรแกรมการสอนสู่การเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านอินเทอร์เน็ตต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี
- ➡ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการจมน้ำของเด็กวัยเรียนอำเภอเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี
- ➡ ประสบการณ์การจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ: การศึกษาติดตามผลจากเรื่องเล่าของแกนนำกลุ่มสูงอายุ
- ➡ ประโยชน์ อุปสรรค และความพึงพอใจต่อการเรียนแบบผสมผสานในรายวิชาพยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล
- ➡ การจัดการและการถ่ายทอดความรู้การเพิ่มมูลค่าไข่และผลิตภัณฑ์อาหาร เพื่อรองรับภาวะขาดแคลนไอโอดีนและภาวะปัญญาอ่อนจากการขาดสารไอโอดีนในเด็ก
- ➡ ประสบการณ์ของพยาบาลจิตเวชและเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่ประสบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการทำงาน: การศึกษาเชิงคุณภาพ
- ➡ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพเนอเธอร์แลนด์ ในโรงพยาบาลชุมชนเขตสุขภาพที่ 4
- ➡ ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความโดดเดี่ยวและความผาสุกของผู้สูงอายุ
- ➡ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระดับ 3
- ➡ ผลของการใช้สถานการณ์จำลองต่อระดับการรับรู้สมรรถนะตนเองด้านทักษะการฉีดยาและทักษะการฉีดยาของนักศึกษาพยาบาล

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. คุณานิติ เป็นบทความเขียนถึงผู้มีพระคุณ ผู้ที่มีผลงานดีเด่น เป็นที่เชิดชูวิชาชีพ ผู้นำวิชาชีพหรือผู้ปฏิบัติทางวิชาชีพ ด้วยเจตนาเพื่อเผยแพร่ให้เป็นที่รู้จัก เป็นตัวอย่าง และเป็นภาคภูมิใจของชนรุ่นหลัง
2. บทความวิชาการ เป็นบทความทางการแพทย์ การศึกษาพยาบาล การบริหารและงานทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
3. รายงานการวิจัยทางวิชาชีพ หรือเกี่ยวข้อง
4. นานาสาระ เป็นบทความข้อความความรู้ทั่วไปที่เกี่ยวข้อง และเป็นประโยชน์
5. ข่าวน่ารู้จากสมาคมฯ เป็นข้อมูลข่าวสารที่มาจากองค์กรการสาธารณสุข การศึกษาและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

กำหนด

1. ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม
2. อัตราค่าสมาชิก 3 เล่ม 300 บาท/ปี

บทความและรายงานวิจัยในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มิใช่ของคณะผู้จัดทำ และมีใช้ความรับผิดชอบของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

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 32 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2565 ISSN 2673-0693

คณะที่ปรึกษา

ดร. ดารารพร คงจา

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ดร. อีรพร สติธอักษร

กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข

บรรณาธิการ

ดร. ศุภร์ใจ เจริญสุข

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

กองบรรณาธิการ

ดร. เชษฐา แก้วพรม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่

ดร. นุสรุา 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 โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.ดร. นิภาพรรณ สามารถกิจ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ดร. อุษณีย์ เทพวรชัย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

ผศ.ดร. นันทา กิจธีระวุฒิมังษ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ดร. สุภาภรณ์ อุตมลักษณ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น ลำปาง

ดร. กীরติ กิจธีระวุฒิมังษ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

ผศ.ดร.ภก. วินัย สยอวรรณ

โครงการจัดตั้งคณะเภสัชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

รศ.ดร. โสเพ็ญ ชูนวน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ดร. สุวัฒนา เกิดม่วง

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

ดร. ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

ผศ. สมศักดิ์ วงศ์वास

สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.ดร. อัครวิณี ตันกูริมาน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ดร. คมวัฒน์ รุ่งเรือง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ดร. ยศพล เหลืองโสมนภา

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ดร. ชินกร สุจิตมงคล

โรงพยาบาลเลย

ดร. โสภภาพันธุ์ สอาด

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

Dr. Paul Alexander TURNER

St.Francis Xavier School

ผู้จัดการ/เลขาธิการ

นางสาวไบศรี นวลอินทร์ สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

เจ้าของ

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตึก 4 ชั้น 7

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ / โทรสาร 02-590-1834



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้กลั่นกรองบทความวิชาการ/วิจัย
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 32 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2565 ISSN 2673-0693

- | | |
|---|---|
| 1.ศ.ดร.ไชยณรงค์ นาวานุเคราะห์ | คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 2.ศ.ดร.วารุณี พองแก้ว | ผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการอิสระ |
| 3.รศ.ดร. พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์ | คณะแพทยศาสตร์ โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4.รศ.ดร.ขวัญใจ อำนวยศักดิ์ชื้อ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5.ผศ.สมศักดิ์ วงศาवास | สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6.ผศ.ดร.นิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร |
| 7.ผศ.ดร.ระวีวรรณ พิไลเกียรติ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร |
| 8.ผศ.ดร.ฐิติอาภา ตั้งคำพาณิชย์ | คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซียงราย |
| 9.นท.ดร.กนกเลขา สุวรรณพงษ์ | วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ |
| 10.ดร.พัฑ ปรภาวิชา | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสต์สมิธัญ |
| 11.ดร.อรรธยา พรหมภักดี | กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข |
| 12.ดร.อุษณีย์ เทพารชัย | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี |
| 13.ดร.เชษฐา แก้วพรม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ |
| 14.ดร.ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี |
| 15.ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 16.ดร.ดลนภา ไชยสมบัติ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา |
| 17.ดร.สุวัฒนา เกิดม่วง | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี |
| 18.ดร.อรัญญา นามวงษ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา |
| 19.ดร.คมวิวัฒน์ รุ่งเรือง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ |
| 20.ดร.ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช |
| 21.ดร.นภดล เลื่อนนักรบ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์ |
| 22.ดร.อัญญา ปลดเปลื้อง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช |
| 23.ดร.บุญเตือน วัฒนกุล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี |
| 24.ดร.พรรณี ไพศาลทักษิณ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง |
| 25.ดร.กীরติ กิจธีระวุฒิมงษ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช |
| 26.ดร.ลัดดา เหลืองรัตนมาศ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี |



วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 32 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2565 ISSN 2673-0693

สารบัญ

บทความวิชาการ

- ประสิทธิภาพของการสื่อสารเพื่อยกระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน.....1
ร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูง

บทความวิจัย

- ผลของการใช้สื่อมัลติมีเดียร่วมสอนต่อความรู้และทักษะในการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร.....14
เพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์
- องค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลของรัฐ ระดับทุติยภูมิ.....27
- การพัฒนารูปแบบการดูแลระดับประคองต่อเนืองที่บ้าน ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ.....40
- สมรรถนะด้านการบริหารและการบริการของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ.....56
โดยใช้เทคนิคเดลฟาย
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการ...74
ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี
- ผลการประยุกต์ใช้โปรแกรมการสอนสู่การเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านอินเทอร์เน็ตต่อความรู้และความสามารถ...88
ในการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการทำงานเป็ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการจมน้ำของเด็กวัยเรียน....101
อำเภอเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี
- ประสบการณ์การจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ: การศึกษาติดตามผลจากเรื่องเล่า.....112
ของแกนนำกลุ่มสูงอายุ
- ประโยชน์ อุปสรรค และความพึงพอใจต่อการเรียนแบบผสมผสานในรายวิชาพยาธิสรีรวิทยา.....126
ทางการพยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล
- การจัดการและการถ่ายทอดความรู้การเพิ่มมูลค่าไข่และผลิตภัณฑ์อาหาร เพื่อรองรับภาวะขาดแคลน.....139
ไอโอดีนและภาวะปัญญาอ่อนจากการขาดสารไอโอดีนในเด็ก
- ประสบการณ์ของพยาบาลจิตเวชและเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่ประสบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการ...155
ทำงาน: การศึกษาเชิงคุณภาพ
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอรัลในวัย ในโรงพยาบาลชุมชน.....168
เขตสุขภาพที่ 4
- ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความโดดเดี่ยวและความผาสุกของผู้สูงอายุ.....182
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อม.....195
ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระดับ 3
- ผลของการใช้สถานการณ์จำลองต่อระดับการรับรู้สมรรถนะตนเองด้านทักษะการฉีดยา.....206
และทักษะการฉีดยาของนักศึกษาพยาบาล



บรรณาธิการแถลง

สวัสดีค่ะ...สมาชิกวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขและผู้สนใจทุกท่าน

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 1 ปีที่ 32 มกราคม- เมษายน 2565 เป็นวารสารฉบับแรกที่มีการปรับเพิ่มผู้ประเมินบทความจาก 2 คนเป็น 3 คนเพื่อให้สอดคล้องกับประกาศ กพอ. พ.ศ. 2565 และมีบทความวิชาการและบทความวิจัยทั้งในด้านการศึกษายาบาล การบริหารการพยาบาล และการพยาบาลผู้ป่วยทั้งโรคเรื้อรังและโรคโควิด-19

วารสารฉบับนี้มีบทความเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพทั้งบทความวิชาการและบทความวิจัย ได้แก่ “ประสิทธิภาพของการสื่อสารเพื่อยกระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูง” “ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อม ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระดับ 3” และ “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี” บทความด้านการศึกษายาบาล 3 เรื่อง ได้แก่ “ผลของการใช้สื่อมัลติมีเดียร่วมสอนต่อความรู้และทักษะในการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์” “ผลของการใช้สถานการณ์จำลองต่อระดับการรับรู้สมรรถนะตนเองด้านทักษะการฉีดยาและทักษะการฉีดยาของนักศึกษาพยาบาล” และ “ประโยชน์ อุปสรรค และความพึงพอใจต่อการเรียนแบบผสมผสานในรายวิชาพยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล” สำหรับบทความด้านการบริหารการพยาบาล 3 เรื่อง ได้แก่ “องค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลของรัฐ ระดับทุติยภูมิ” “สมรรถนะด้านการบริหารและการบริการของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย” และ “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพเงินเนอร์ชันนาล ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4” มีบทความที่น่าสนใจในการสร้างความเข้มแข็งในชุมชน เรื่อง “การจัดการและการถ่ายทอดความรู้การเพิ่มมูลค่าไข่และผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อรองรับภาวะขาดแคลนไอโอดีนและภาวะปัญญาอ่อนจากการขาดสารไอโอดีนในเด็ก” และ “การพัฒนารูปแบบการดูแลระดับประคองต่อเนื้องที่บ้าน ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ” นอกจากนี้ยังมีบทความที่พัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองทั้งในผู้ป่วยที่ได้รับการทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี และในเด็กวัยเรียนเพื่อป้องกันการจมน้ำ ตลอดจนงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ยังไม่ได้กล่าวถึงคือ “ประสบการณ์ของพยาบาลจิตเวชและเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่ประสบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการทำงาน...” และ “ประสบการณ์การจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ: การศึกษาติดตามผลจากเรื่องเล่าของแกนนำกลุ่มสูงอายุ”

ท้ายสุดนี้วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการทุกท่านที่ได้ร่วมกันกลั่นกรองบทความที่มีคุณภาพลงตีพิมพ์ในวารสาร และขอเชิญชวนท่านที่สนใจส่งบทความลงตีพิมพ์ในวารสาร ขอให้ศึกษาคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ทาง website ของ Thaijo หรือ website ของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นเจ้าของวารสารได้

ดร. ศุภรใจ เจริญสุข
บรรณาธิการ



ประสิทธิภาพของการสื่อสารเพื่อยกระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคเบาหวานร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูง

Effective Communication to Enhance Health Literacy in Diabetic Older Adults with High Blood Pressure

สุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล¹ สมจิตต์ สินธุ์ชัย¹ ดวงดาว อุบลรัมย์¹

Suda Dejpitaksirikul¹ Somchit Sinthuchai¹ Daungdao Ubolyam¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Suda Dejpitaksirikul; Email: suda@bcns.ac.th

Received: April 30, 2020 Revised: November 20, 2021 Accepted: December 2, 2021

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่พบความชุกการเกิดโรคเบาหวานมากที่สุด โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วม หากมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับไม่เพียงพอแล้ว จะส่งผลให้มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น มีการศึกษาผลของการสื่อสารด้วยภาษาพูด ในผู้ป่วยที่มีความฉลาดด้านสุขภาพระดับพอเพียง พบว่า เกิดผลทางบวกกับการดูแลตนเองและผลลัพธ์ทางสุขภาพ สามารถลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ และการที่บุคลากรทางสุขภาพสื่อสารกับผู้สูงอายุโรคเบาหวานร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูงและไม่เกิดผลลัพธ์ทางบวกกับสุขภาพนั้น มีเหตุปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสื่อมของพัฒนาการช่วงวัยและประสบการณ์การรับรู้ต่อสุขภาพที่แตกต่างกัน ทำให้รับข้อมูลคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง และวิธีการสื่อสารเพื่อการเข้าถึง เข้าใจและนำข้อมูลสุขภาพไปสู่การปฏิบัตินั้น จำเป็นต้องพัฒนาการสื่อสาร 3 ระดับ คือ 1) ระดับพื้นฐาน เข้าถึง เข้าใจข้อมูล จากการอ่าน เขียน 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ โดยนำข้อมูลไปซักถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจและบอกต่อให้ผู้อื่นเข้าใจ และ 3) ระดับวิจารณ์ โดยตัดสินใจเลือกข้อมูลสุขภาพที่เชื่อถือได้ และนำไปใช้จัดการกับสุขภาพตนเอง ดังนั้นวิธีการสื่อสารเพื่อการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ จึงประกอบด้วย 1) วิธีการสื่อสารเพื่อสร้างความสัมพันธ์และเปิดรับข้อมูล 2) วิธีการสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพ 3) วิธีการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งแต่ละวิธีการประกอบด้วยเทคนิคต่าง ๆ ดังนั้น การใช้ประสบการณ์ที่เป็นความสำเร็จในการเรียนรู้ การนำเสนอข้อมูลสุขภาพผ่านเรื่องเล่า การกระตุ้นอารมณ์ด้านบวกและด้านลบ เทคนิคการสอนกลับ และการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชัน ไลน์หรือ เฟซบุ๊ก วิธีการสื่อสารดังกล่าว ส่งเสริมให้บุคลากรทางสุขภาพสื่อสารได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อีกทั้งเป็นการยกระดับความฉลาดทางสุขภาพให้กับผู้สูงอายุโรคเบาหวานร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูง ให้เกิดผลลัพธ์ทางบวกกับสุขภาพต่อไป

คำสำคัญ: การสื่อสาร; ความฉลาดทางสุขภาพ; ผู้สูงอายุ; โรคเบาหวาน; โรคความดันโลหิตสูง

Effective Communication to Enhance Health Literacy in Diabetic Older Adults with High Blood Pressure

Suda Dejpitaksirikul¹ Somchit Sinthuchai¹ Daungdao Ubolyam¹

¹Boromarajonani College of Nursing,

Saraburi, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Suda Dejpitaksirikul; Email: suda@bcns.ac.th

Received: April 30, 2020 Revised: November 20, 2021 Accepted: December 2, 2021

Abstract

Older adults are the group with the highest prevalence of diabetes, especially those with hypertension as a comorbidity. If there is insufficient level of health literacy, this leads to increased mortality from cardiovascular disease. A study of the effect of verbal communication in patients with a sufficient level of health literacy found that there was a positive effect on self-care and health outcomes that could reduce blood glucose levels. In addition, the health care provider communication with the elderly with diabetes and hypertension did not have positive health outcomes due to factors associated with developmental deterioration at different ages and different perceived health experiences. These factors meant that information differed from reality. The development of communication methods for accessibility, understanding, and putting health information into practice involved three levels: 1) the basic level is reading and writing; 2) the interaction level is asking questions about things that are not understood and asking others to understand; 3) the judgement level is deciding on reliable health information and using it to manage one's health. Therefore, the communication method for developing health literacy involved 3 steps: 1) Building relationships and openness to information; 2) Raising awareness of health care, and 3) Building motivation to change behavioral decisions. Different communication techniques were used in each step, such as including the use of patients' achievement experiences, communicating health information by using narratives as a presentation technique, stimulating both positive and negative emotions, feedback technique, and communicating through the Line or Facebook applications. These communication techniques could encourage healthcare providers to communicate more effectively and improve the level of health literacy in older diabetic adults with hypertension, which could lead to positive health outcomes.

Keywords: communication; health literacy; elderly; diabetes; hypertension.

ความเป็นมาและความสำคัญ

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและมีความดันโลหิตสูงร่วมมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก จากการสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนไทยในปี พ.ศ.2557 พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุ อายุ 60-69 ปี 70-79 ปี และมากกว่า 80 ปี เป็นกลุ่มที่พบความชุกการเกิดโรคมากที่สุด¹ ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เพราะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ของหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อสังคมจากการเสียชีวิตและทุพพลภาพ รวมทั้งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ จากภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น และปัญหาดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ² โดยมีการศึกษาผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ที่สามารถควบคุมค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม ค่าความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลงส่วนมากมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับเพียงพอ³ เมื่อศึกษาถึงความฉลาดทางสุขภาพด้านการสื่อสารด้วยภาษาพูด ภาษาเขียน ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูง ในคลินิกหมออกรอบครัว จังหวัดสระบุรี ในการทำความเข้าใจ ข้อมูลและตัดสินใจจัดการสุขภาพของตนเอง พบว่ามีประสิทธิภาพมากกว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่มีความฉลาดด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอและไม่ได้รับการพัฒนาการสื่อสารด้วยภาษาพูด โดยเฉพาะด้านความเข้าใจอยู่ในระดับอาจมีปัญหา ร้อยละ 48.54 โดยที่ ช่องทางนำเข้าสู่ข้อมูล ส่วนมากได้จากบุคลากรทางสุขภาพหรือสื่อสิ่งพิมพ์ที่มาจากแหล่งข้อมูลทางการแพทย์เท่านั้น ด้วยเหตุนี้ การสื่อสารด้วยภาษาพูด จึงมีความสำคัญช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูล เพื่อการตัดสินใจในการปฏิบัติ การดูแลสุขภาพของตนเอง⁴ การสื่อสารกับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ด้านภาษาพูด มีความเกี่ยวข้องกับอายุและการศึกษาสำหรับอายุและการเข้าสู่วัยกลางของการสูงอายุนั้นโดยทั่วไปจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย เช่น การมองเห็น การได้ยิน ความเสื่อมเหล่านี้ เป็นข้อจำกัดในการได้รับข้อมูลสุขภาพ ส่วนระดับการศึกษาในระดับพื้นฐานหรือสูงกว่า ช่วยให้ผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีความสามารถในการอ่าน การคำนวณ รวมทั้งการเข้าถึงและทำความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพได้ดี และเพียงพอที่จะนำไปประยุกต์ใช้ได้⁴ และจากการศึกษาของ Inoue และคณะ ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพด้านการสื่อสารและวิจารณญาณของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานบริการปฐมภูมิ พบว่า การสื่อสารมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเข้าใจ ในการดูแลตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการโรคเบาหวาน⁵ ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาและจัดการตนเองที่จำเป็น⁶ ส่งผลให้ควบคุมโรคได้ตามเป้าหมาย⁷

จากทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับการสื่อสารทางสุขภาพกับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุทั่วไป พบว่าความฉลาดในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอโดยเฉพาะเรื่องความรู้ความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารทางสุขภาพ รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีทักษะด้านการตัดสินใจและการเลือกปฏิบัติในระดับดี แต่การได้รับข้อมูลสุขภาพที่ไม่เพียงพอ รวมทั้งการขาดทักษะการสื่อสารทางสุขภาพที่ดี อาจส่งผลต่อการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเองผิดพลาดได้ง่าย⁸ ดังนั้นการยกระดับความฉลาดทางสุขภาพจากระดับอาจมีปัญหาไปสู่ระดับเพียงพอ จึงจำเป็นต้องพัฒนาวิธีการสื่อสาร และทักษะการสื่อสารที่สำคัญ คือ การบอกเล่า การตั้งคำถาม การขอคำ แนะนำ จากบุคลากรทางสุขภาพ โดยการสื่อสารด้วยภาษาเขียนและภาษาพูดที่ชัดเจน เข้าใจง่ายรวมทั้งการใช้เทคนิคการสอนกลับ (teach back method) และการส่งเสริมการตั้งคำถาม⁹ และทักษะการสื่อสารแต่ละทักษะนำมาใช้ในขั้นตอนต่างๆ ของการสื่อสารทางสุขภาพ 3 ระดับ คือ 1) ขั้นพื้นฐาน ได้แก่ เข้าถึงและเข้าใจ 2) ขั้นปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ตอบข้อซักถาม เปรียบเทียบข้อมูลเพื่อตัดสินใจ 3) ขั้นวิจารณญาณ ได้แก่ ตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จัดการกับตนเอง มีการปรับใช้และบอกต่อ ซึ่งการสื่อสารให้ถึงพร้อมทั้ง 3 ระดับนี้ สะท้อนให้เห็นถึงการเกิดความรอบรู้อย่างสมบูรณ์¹⁰ โดยผู้เขียนได้นำแนวคิดดังกล่าวมากำหนดเป็นเป้าหมายและวิธีการของการสื่อสารเพื่อยกระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ซึ่งประกอบด้วย วิธีการการสื่อสารเพื่อสร้างความสัมพันธ์ วิธีการสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักในสุขภาพและวิธีการการสื่อสารเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุโรคเบาหวานกับบุคลากรทางสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน⁷ โดยที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีความฉลาดด้านสุขภาพเพียงพอ จากการได้รับการพัฒนาทักษะการสื่อสารจะสามารถแสวงหาความรู้ ทำความเข้าใจและนำข้อมูลความรู้มาจัดการสุขภาพตนเองได้¹¹ ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพ ควรเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจในหลักการสื่อสารทางสุขภาพ คุณลักษณะและข้อจำกัดในการสื่อสารกับผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วม รวมทั้งฝึกฝนทักษะการสื่อสาร ทั้งวิธีการการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในด้านเนื้อหา การใช้สื่อที่เป็นทั้งภาษาเขียน ภาษาพูด ที่ชัดเจน และการใช้เทคนิคการสอนกลับ¹² รวมทั้งการใช้คำถามสำคัญ 3 ข้อ (ask me three) เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพเพื่อการเลือกและตัดสินใจจัดการตนเองเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพ^{9,13} ทักษะดังกล่าวเป็นองค์ประกอบในแต่ละขั้นของการสื่อสาร 3 ระดับ หากบุคลากรทางสุขภาพสามารถใช้ทักษะการสื่อสารทั้ง 3 ระดับอย่างสมบูรณ์ในการพัฒนาการสื่อสารให้กับผู้สูงอายุโรคเบาหวานจะนำไปสู่การยกระดับความฉลาดทางสุขภาพต่อไป⁷ ซึ่งเนื้อหาของบทความ ประกอบด้วย ปัจจัยที่มีผลต่อการสื่อสารกับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และกลวิธีการสื่อสารเพื่อยกระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ปัจจัยที่มีผลต่อการสื่อสารกับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

การสื่อสารกับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน บุคลากรทางสุขภาพ ควรพิจารณาถึงอายุ และการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญตามวัย ภาวะสุขภาพที่บ่งบอกถึงอาการของโรค ประสบการณ์ชีวิตซึ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความเจ็บป่วย ระดับการศึกษา และความสามารถในการสื่อสารด้วยภาษาพูด ภาษาเขียน⁴ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการสื่อสารกับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ประกอบด้วย

1. ปัจจัยทางกายภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวาน¹⁴ จะมีการเปลี่ยนแปลงของสรีระวิทยาหลายประการที่เป็นอุปสรรคในการสื่อสาร ได้แก่ ระบบประสาทสัมผัสและการรับรู้ที่เสื่อมถอยลงตามวัย ทั้งการได้ยิน และการมองเห็น ซึ่งอาจทำให้การรับข้อมูลคลาดเคลื่อนได้ เช่น สายตายาว ตาฝ้ามัว มองเห็นได้ไม่ชัดเจน จึงมีความยากลำบากในการอ่านข้อมูล เป็นต้น ในด้านการทำงานของสมอง (cognition) มีปัญหาเกี่ยวกับความจำลดลง จำไม่ได้ โดยเฉพาะความจำระยะสั้น มีการคิดประมวลผลช้าลงและบางรายเริ่มมีความผิดปกติของระบบประสาท เช่น โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) ภาวะสมองเสื่อม (dementia) หลงลืมหรือผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความพิการทางสมอง (dysphonia) จะสังเกตเห็นปัญหาในการพูด การรับรู้ตลอดจนปัญหาในการอ่านการเขียน การควบคุมความคิด พฤติกรรมและการจำจากการเปลี่ยนแปลงนี้ ทำให้ความสามารถของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในการสื่อสารกับผู้อื่นลดลง เช่น การเข้าถึงข้อมูลเกิดความเคลื่อนไหวไม่ครบถ้วน ส่งผลให้น่า ข้อมูลไปปฏิบัติไม่ได้หรือไม่ถูกต้อง⁴

2. ปัจจัยด้านประสบการณ์ ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จะมีการสั่งสมประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิตมาแตกต่างกัน การตัดสินใจจึงมักใช้ประสบการณ์ ค่านิยมและความเชื่อเดิมเป็นพื้นฐาน¹⁴

3. ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ในสังคมไทยผู้สูงอายุโรคเบาหวาน มักจะไม่ให้ข้อมูลหรือบอกเล่าปัญหาของตนให้ผู้อื่นฟัง เนื่องจากกังวลกับเงื่อนไขบางอย่างทางสังคมวัฒนธรรม และกลัวว่าจะกระทบต่อครอบครัว กลัวถูกลดบทบาทหน้าที่และความสำคัญลงจากปัญหาของตน¹⁴ นอกจากนี้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานส่วนใหญ่ มักจะให้ความเคารพยำเกรงบุคลากรทางสุขภาพโดยเฉพาะ แพทย์ พยาบาล ด้วยเห็นว่า เป็นผู้มีความรู้มากกว่า ดังข้อมูลการสัมภาษณ์ แพทย์ PCC อ.เมือง จ.สระบุรี ที่กล่าวว่า “ส่วนใหญ่จะเชื่อฟัง ถึงแม้จะอธิบายไปอย่างไรสุดท้ายจะให้แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจการรักษา เช่น พูดว่า “แล้วแต่หมอ” หรือไม่กล้าซักถามเมื่อสงสัย เพราะความเกรงใจ กลัวถูกดู” เป็นต้น

4. ปัจจัยที่เกี่ยวกับบุคลากรทางสุขภาพ ที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการสื่อสาร คือ เรื่องของ “ยุคนิยม” หรือ “ทัศนคติเชิงอคติ” (ageism)¹⁴ ซึ่งเป็นแบบแผนทัศนคติเชิงอคติและเลือกปฏิบัติต่อบุคคลตามอายุ เช่น เห็นว่าผู้สูงอายุเป็นผู้อายุไร้ความสามารถ อ่อนแอ ฟังพาและไม่เปิดรับการเปลี่ยนแปลง ทัศนคติเชิงอคติจึงเป็นปัญหาสำคัญในการสื่อสาร

หากบุคลากรทางสุขภาพ ตีตราผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เกี่ยวกับศักยภาพ ต่างๆ ตามอายุ เป็นต้นว่า “แก่แล้วความจำก็ไม่ได้... สื่อสารข้อมูลและโต้ตอบได้ช้า... พูดไม่รู้เรื่อง” ทัศนคติเช่นนี้จะทำให้เกิดการพูดน้ำเสียงและท่าทางการแสดงออกที่สื่อออกไปไม่เหมาะสมกับวัยของผู้คนที่ควรให้เกียรติ การใช้คำสั่ง หรือตัดสินใจแทน ส่งผลให้เกิดการต่อต้านและไม่ร่วมมือ

ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพ ควรฝึกฝนตนเองในการรู้เท่าทัน ทัศนคติเชิงอคติ และปัจจัยที่มีผลต่อการสื่อสารกับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เพื่อเลือกวิธีการสื่อสารอย่างถูกต้อง และสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อการยกระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานต่อไป

กลวิธีการสื่อสารเพื่อยกระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

จากการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการสื่อสารกับผู้สูงอายุโรคเบาหวานดังกล่าว จึงช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพเข้าใจข้อจำกัดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานมากขึ้น และวิธีการสื่อสารที่จะนำไปสู่การยกระดับความฉลาดทางสุขภาพ เนื้อหาในส่วนนี้จะกล่าวถึง 1) วิธีการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมความสัมพันธ์อันดี 2) วิธีการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมความตระหนักในภาวะสุขภาพและการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ และ 3) วิธีการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนี้

1) วิธีการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมความสัมพันธ์อันดี เน้นหลักการของการสื่อสารที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางด้วยการใช้คำพูดและการแสดงออกด้วยความสุภาพ ยอมรับให้เกียรติ รับฟัง¹⁵⁻¹⁶ เพราะการสื่อสารจากมุมมองที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทำให้บุคลากรทางสุขภาพเข้าใจความรู้สึกของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เพื่อสามารถควบคุมตนเอง และควบคุมสารที่จะสื่อออกไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน สนใจในการเข้าถึงข้อมูล กล้าที่จะซักถาม เกิดความร่วมมือแลกเปลี่ยนข้อมูลมากขึ้น ซึ่งวิธีการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมความสัมพันธ์อันดี มีเทคนิค วิธีการ และทักษะการสื่อสาร ดังนี้

1.1 จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม สถานที่ที่บุคลากรทางสุขภาพจะสื่อสารควรเป็นที่เงียบสงบไม่มีเสียงรบกวน และมีแสงสว่างเพียงพอเพื่อให้มองเห็นได้ชัดเจน ควรจัดที่นั่งที่สบายเพราะผู้สูงอายุโรคเบาหวานอาจมีปัญหาสุขภาพทำให้ยืนนานๆ ไม่ได้ เช่น ปวดเข่า เหนื่อยง่าย และควรจัดทิศทางของที่นั่งในลักษณะที่หันหน้าตรงกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน สามารถเข้าใจสิ่งที่รับฟังได้มากขึ้นจากการมองเห็นและอ่านริมฝีปากของผู้พูด การจัดสิ่งแวดล้อมและที่นั่ง จึงช่วยส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ข้อมูลที่ดีขึ้น¹⁵⁻¹⁶

1.2 สร้างความไว้วางใจ โดยบุคลากรทางสุขภาพสื่อสารให้ข้อมูล ร่วมกับการใช้ภาษาท่าทาง การสบตา ซึ่งเป็นทักษะพื้นฐาน ที่จำเป็นสำหรับปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ที่มีองค์ประกอบย่อย 3 ประการ ในการสื่อสาร คือ การเห็นบุคคลสบตา (seeing the individual) มีความเคารพ (being respectful) และแสดงความเข้าใจในความรู้สึกใจและความเมตตาหรือความเห็นใจ (showing empathy and compassion) ด้วยคำพูดที่ส่งเสริมความภาคภูมิใจในอัตลักษณ์ โดยแสดงออกด้วยท่าที่เป็นมิตร และเคารพให้เกียรติ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานจะรู้สึกถึงการยอมรับ เกิดความผ่อนคลายพร้อมที่เปิดรับข้อมูลร่วมมือและพูดคุยแลกเปลี่ยนด้วยความตั้งใจ¹⁵⁻¹⁶ นอกจากนี้บุคลากรทางสุขภาพควรสื่อสารแบบสองทาง มีท่าที่เป็นมิตร รับฟังอย่างตั้งใจ ไม่ตัดสินหรือตำหนิ โดยซักถามเพิ่มเติม เพื่อตรวจสอบความเข้าใจและลดบทบาทของการเป็นผู้สั่งสอน ควรวางสถานะเป็นผู้ให้คำปรึกษา ให้โอกาสผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของตน¹⁶

1.3 ใช้เวลาในการสื่อสารมากกว่าปกติทั่วไป ผู้สูงอายุโรคเบาหวานเป็นวัยที่พัฒนาการมีทิศทางเสื่อมลง ทั้งการรับรู้ การจัดการกับข้อมูล ความจำ การใช้เหตุผล และการคิดประมวลผลที่ล่าช้า ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงความสามารถทางปัญญาที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของวัย ทำให้รับข้อมูลได้น้อย บุคลากรทางสุขภาพควรหลีกเลี่ยงการพูดอย่างรวดเร็วเกินไป หรือให้ข้อมูลที่ยากซับซ้อน ควรพูดช้าลง ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ร่วมกับการใช้สื่อประกอบที่ชัดเจนทั้งภาพและเสียง

ซึ่งจากมุมมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่บอกถึงความต้องการความรู้จากแพทย์ และเอกสารความรู้ทางสุขภาพที่เข้าใจง่าย เนื้อหาไม่มากเกินไปตัวหนังสือขนาดใหญ่ อ่านง่าย มีรูปประกอบ และสามารถนำไปใช้ได้จริง⁴ ดังคำกล่าว “อยากให้หมอแนะนำว่า เป็นโรคนี้ต้องทำอะไรบ้าง” รวมถึงให้ลองปฏิบัติ จะส่งเสริมความเข้าใจและนำข้อมูลไปใช้ได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นการให้เวลาในการสื่อสารจะช่วยลดความสับสนและรับรู้ข้อมูลดีขึ้น

1.4 การสื่อสารด้วยการพูด การพูดเป็นวิธีการสื่อสารที่รับรู้ได้ด้วยการฟัง ซึ่งคนปกติสามารถรับรู้จากการฟังได้ 13% การพูดที่มีประสิทธิภาพจึงเกี่ยวข้องกับความตั้งใจ ความเร็วเสียง และการใช้ภาษา ดังนี้

1.4.1 การพูดที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ควรเลือกใช้คำพูดที่ชัดเจน ใช้ประโยคสั้น ๆ ไม่เกิน 15 คำ และใช้คำที่น้อยกว่า 3 พยางค์ หรือพูดให้ช้าลงกว่าปกติ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานสามารถรับฟังคำพูดได้ครบถ้วน และเพียงพอต่อการทำความเข้าใจ ควรระวังคำพูดที่เป็นลักษณะการพูดตามเชิงล้อเลียน การพูดของผู้สูงอายุ (elderspeak)¹⁷ ได้แก่ (1) คำพูดที่แสดงความรัก หรือความสัมพันธ์เชิงสังคัม (diminutives) เช่น “ตัวเอง” “ยายจ๊ะ” “น้องหนู” ควรหลีกเลี่ยงและเรียกชื่อบุคคล (2) ใช้คำสรรพนามพหูพจน์ที่ไม่เหมาะสม (inappropriate plural pronouns) เช่น “พวกเรา” ควรใช้คำว่า “คุณ” (3) เลือกใช้คำถามที่ตอบสั้น ๆ เป็นคำตอบเฉพาะบุคคล (tag questions) เช่น “คุณอยากทราบผลเลือดหรือไม่” (4) หลีกเลี่ยงการพูดสั้น ๆ พูดซ้ำและใช้คำศัพท์ง่ายไม่เหมาะสมเหมือนพูดกับเด็ก เช่น “อย่าดื้อสิคะ” การมีปฏิสัมพันธ์เชิงสังคัมแบบผู้ใหญ่ด้วยกันจะไม่ทำให้ผู้สูงอายุรู้โรคเบาหวานรู้สึกว่าคุณปฏิบัติเหมือนเด็ก ควรใช้คำพูดที่เหมาะสมกับการรับรู้ตามวัย และดูมิภาวะจะเป็นการส่งเสริมความสามารถในการเข้าใจความหมายต่าง ๆ ได้ดีขึ้น และทำให้เกิดความสัมพันธ์อันดีซึ่งในการส่งเสริมการสื่อสารขั้นพื้นฐาน เช่น การอ่าน การเขียน คำศัพท์วิชาการทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัว บุคลากรทางสุขภาพจะต้องอธิบายอย่างชัดเจนและให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน อ่านซ้ำ เพื่อตรวจสอบการรับรู้และเข้าใจ จากการทำงานในทีมวิจัยผู้เขียนสังเกตได้ว่า คำศัพท์ที่ผู้สูงอายุจะเข้าใจและจดจำได้ดี คือ “ความดันโลหิต” “ค่าน้ำตาลสะสม” ส่วนคำว่า “โคเลสเตอรอล” “แอล ดี แอล” “เอช ดี แอล” จำไม่ได้ เพราะเป็นคำศัพท์ที่มีหลายพยางค์ บุคลากรทางสุขภาพควรพูดช้าลง เน้นย้ำซ้ำคำให้ชัดเจน เนื่องจากความจำเฉพาะหน้า (immediately memory) และความตั้งใจของผู้สูงอายุเริ่มบกพร่อง นอกจากการพูดให้ได้ยินได้ฟังแล้ว การเพิ่มช่องทาง การรับรู้ให้มากขึ้น เช่น การให้ความรู้เรื่องความเค็มโดยให้อ่านค่าตัวเลขจากเครื่องมือวัดความเค็ม ร่วมกับการชิมอาหารนั้นจะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจในสิ่งที่สื่อสารมากขึ้น

1.4.2 ผู้สูงอายุที่อาจมีปัญหาในการได้ยินซึ่งเป็นการสูญเสียการได้ยินที่เกี่ยวข้องกับอายุ (presbycusis) ถือว่าเป็นเรื่องปกติในวัยผู้สูงอายุ อาจมีอาการหูอื้อ มีความยากลำบากในการได้ยินเสียงความถี่สูง เช่น ฟ ซ ษ ส ธ ห ช ดังนั้น ผู้ส่งสารควรพูดเสียงดังฟังชัดหรือพูดด้วยเสียงดังกว่าปกติ แต่ไม่ตะโกน เพราะอาจแปลความหมายของเสียงในเชิงลบ หรือไม่พอใจได้ ขณะเดียวกันอาจพูดด้วยเสียงสูง ต่ำ เพื่อช่วยลดปัญหาการเข้าถึงเสียงที่มีความถี่สูง ร่วมกับการใช้ภาษากาย ซึ่งมีความสำคัญมากต่อประสิทธิภาพการสื่อสารกับผู้สูงอายุที่สูญเสียการได้ยิน¹⁷

1.4.3 พูดที่ละประเด็นและใช้คำพูดง่ายๆ ที่ใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น ควรปรุงอาหารด้วยวิธี นึ่ง ยำ ต้ม ย่าง สุก เป็นต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจสามารถรับรู้ข้อมูลได้ถูกต้องครบถ้วน การให้ข้อมูลโดยคำพูดควรเริ่มจากสรุปประเด็นเป็นภาพรวมทั้งหมด หลังจากนั้นอธิบายทีละประเด็นตามลำดับความสำคัญ เมื่อจะเปลี่ยนประเด็นควรสรุปและบอกให้ทราบว่าต่อไปจะพูดประเด็นใด

1.5 การรับฟัง ผู้สูงอายุโรคเบาหวานเป็นวัยที่ผ่านประสบการณ์ต่าง ๆ มากมาย เกี่ยวกับภาวะโรคเรื้อรังของตนเอง ย่อมต้องการ การยอมรับจากบุคลากรทางสุขภาพ การรับฟังด้วยความเข้าใจเป็นทักษะการสื่อสารที่สำคัญ เป็นโอกาสให้เข้าถึงข้อมูล เข้าใจความคิด หรือทัศนคติ เกี่ยวกับประเด็นที่กำลังสื่อสารด้วย ตัวอย่างคำพูดที่ผู้เขียนได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เช่น “ให้กินข้าว 1ทัพพี ท้ายากนะ หิว ใจสั่น กลัวน้ำตาลต่ำ กลัวไม่มีแรงจะทำอะไร” คำพูดนี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานจะปรับลดปริมาณการกินที่เหมาะสมกับร่างกายของตนโดยไม่ได้ทำตามที่แพทย์แนะนำการรับฟังได้ถ่มถึงเหตุผลด้วยความเข้าใจในความรู้สึก ไม่ตำหนิจะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานกล้าที่จะพูด

ถึงปัญหาของตนโดยไม่หลีกเลี่ยง วิธีการสื่อสารเพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้สูงอายุโรคเบาหวานและบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้เกิดความไว้วางใจและเปิดรับข้อมูลได้มากขึ้นซึ่งเป็นความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน

2) วิธีการสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักรู้ในภาวะสุขภาพและการปฏิบัติตัว ดันและโคนาท (Dunn & Conard)¹³ กล่าวว่า “ความรู้ เป็นทักษะพื้นฐานลำดับแรกที่จะนำไปสู่การพัฒนาความฉลาดด้านสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการอ่าน การพูด การเขียน และความเข้าใจเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ” ดังนั้น การสื่อสารเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ การนำเสนอข้อมูลสุขภาพ ทั้งด้านบวกและด้านลบที่จะเกิดผลต่อสุขภาพ การจัดทำคู่มือให้อ่านทบทวน การใช้สื่อที่น่าสนใจกระตุ้นการรับรู้อย่างต่อเนื่อง จนเกิดความตระหนักในภาวะสุขภาพและการปฏิบัติตัว จะเป็นการยกระดับความฉลาดด้านสุขภาพประการหนึ่ง ซึ่งวิธีการสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักในภาวะสุขภาพและการปฏิบัติตัว ประกอบด้วย

2.1 การเตรียมเนื้อหาสาระ ต้องคำนึงถึงความถูกต้อง กระชับตรงประเด็น เข้าใจง่าย และเนื้อหาขึ้นตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ร่วมกับใช้ช่องทาง สื่อ ที่น่าสนใจกระตุ้นการรับรู้การจดจำ และเห็นประโยชน์จากการสื่อสารความรู้ จะทำให้เกิดความตระหนักในภาวะสุขภาพของตนต่อไป

2.2 การสื่อสารด้วยคำพูดเชิงบวก ผู้เขียนได้รับข้อมูลจากการสัมภาษณ์แพทย์ท่านหนึ่งที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ สรุปได้ว่า “การสื่อสารกับผู้ป่วยควรเป็นการสื่อสารสองทาง แต่ละครั้งควรให้เวลาอย่างน้อย 5-15 นาที ในการโต้ตอบซักถาม ขอคำอธิบายเพิ่มเติม กับบุคลากรทางสุขภาพเป็นผลให้เกิดความรู้ ได้ข้อเท็จจริงเพื่อการคิด ทำความเข้าใจ และตัดสินใจได้ดีขึ้น อีกทั้งช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ในตนเองมากขึ้น และคำพูดเชิงบวก ได้แก่ คำพูดเชิงขอความเห็น ขอปรึกษา หรือพูดถึงสิ่งที่เป็นผลประโยชน์ ที่ผู้ป่วยจะได้รับ และจบด้วยคำว่า “ดีมัย” ซึ่งเป็นใช้การสื่อสารแบบมีส่วนร่วม ไม่พูดคำที่มีความหมายเชิงบังคับ เช่น ไม่ ต้อง อย่า ห้าม”

2.3 การกระตุ้นอารมณ์ด้านบวกและด้านลบ^{11,13} โดยเฉพาะอารมณ์ด้านลบ เช่น อารมณ์กลัว วิตกกังวลจะเป็นการเสริมแรงทางลบที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ซึ่งผู้สูงอายุโรคเบาหวานส่วนใหญ่อารมณ์กลัวและวิตกกังวลจะเกิดความพิการหรือสูญเสียอวัยวะ เช่น ตาบอด ไตวาย หลอดเลือดสมองตีบ แดก เป็นอัมพฤกษ์ เป็นต้น ความกลัวนี้ทำให้มีการควบคุมตนเองเข้มงวดกว่าเดิม ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ (uncontrol) มีความลังเลใจ การกระตุ้นอารมณ์ด้านลบจะช่วยให้เกิดความตระหนักมากขึ้นในขณะเดียวกันเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแล้วแต่ยังไม่สำเร็จตามเป้าหมาย ควรกระตุ้นอารมณ์ด้านบวกเพื่อให้เกิดความหวัง และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยใช้เทคนิคนี้ร่วมกับทักษะ การสนับสนุน การสรุปความ การฟังโดยสะท้อนความหมาย และการช่วยให้พูดถึงแรงจูงใจของตน

2.4 การฝึกให้ผู้ป่วยถามคำถาม 3 ข้อ หรือเทคนิค “Ask me 3”^{9,13} ได้แก่ (1) ปัญหาสุขภาพของฉันคืออะไร? เช่น “ค่าน้ำตาลสูง ความดันสูง..ขาบวม” (2) ฉันต้องทำอะไรบ้าง? เช่น “ฉันกินลดลงจนบวม ต้องทำอะไรอีก” (3) ทำไมฉันถึงต้องทำสิ่งต่าง ๆ เหล่านั้น มันสำคัญอย่างไร? เช่น “ถ้าฉันทำตามที่คุณแนะนำไม่ได้ฉันอาจต้องล้างไตหรือ?” ซึ่งเทคนิค 3 คำถามนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางที่จะซักถามได้มากขึ้น และควรเว้นระยะการพูดเพื่อให้ผู้ป่วยมีเวลาคิดทบทวนเรื่องที่รับฟัง ไม่ลืมประเด็นที่จะซักถาม ซึ่งในการฝึกทักษะการสื่อสาร ผู้สูงอายุโรคเบาหวานสามารถตอบคำถามเช่น “วันนี้ค่าน้ำตาลดีคุณได้อย่างไร” ผู้สูงอายุโรคเบาหวานตอบว่า “พอได้ความรู้เรื่องขนมปัง 1 แผ่น เท่ากับข้าว 1 ทัพพี และเรื่องอาหารทดแทนก็ปรับการกิน ไมกินเหมือนเดิม” “ผมไขมันเลวสูง เลยลดไขมันลงเปลี่ยนไปใช้น้ำมันรำข้าว” นอกจากนี้การฝึกถาม 3 คำถาม เป็นการถามคำถามที่สำคัญเกี่ยวกับสุขภาพที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานควรฝึกถามบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและการปฏิบัติตัว¹²⁻¹³

2.5 เทคนิคการสอนกลับเพื่อตรวจสอบความเข้าใจ⁵ (teach back technique) เป็นวิธีการที่บุคลากรทางสุขภาพอธิบายข้อมูลสุขภาพอย่างชัดเจน เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง และให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พูดทบทวน ข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับด้วยคำพูดของตนเอง บอกถึงสิ่งที่ต้องรู้และนำไปปฏิบัติอย่างถูกต้อง การให้สอนกลับเพื่อตรวจสอบความเข้าใจ

จนแน่ใจว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานเข้าใจดี เช่น “ช่วยเล่าให้ฟังหน่อยว่า คุณจำเป็นต้องปฏิบัติตัวอย่างไรที่จะควบคุมน้ำตาลได้ หรือ...เข้าใจเรื่องการกินอาหารแลกเปลี่ยนอย่างไรบ้าง ลองจับคู่อาหารแลกเปลี่ยนให้ดูหน่อย” ถ้าไม่สามารถอธิบาย กลับได้ถูกต้องบุคลากรทางสุขภาพ จะต้องอธิบายซ้ำอีกครั้ง เพื่อทบทวนความเข้าใจ โดยใช้สื่อ โมเดลฯ เพื่อกระตุ้นความสนใจ จากนั้นให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน สอนกลับโดยใช้ภาษาพูดของตนเองอีกครั้งหนึ่ง⁴

2.5 เลือกใช้สื่อที่มีการออกแบบและผลได้อย่างถูกต้อง มีมาตรฐานตามหลักการเรียนรู้และการสื่อสาร และตามหลักเทคนิคการใช้ภาพ โดยใช้สื่อที่เน้นภาพประกอบเรื่องราว ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการเรียนรู้ จะเรียนรู้ได้ดีเมื่อได้เห็นภาพที่พร้อมกับการเสนอข้อมูลและความรู้ในการปฏิบัติตัวซึ่งสื่อจากภาพที่ได้รับซ้ำ ๆ ทำให้เกิดจินตภาพที่โน้มน้าวใจให้เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพหรือเกิดความตระหนักในภาวะสุขภาพของตนได้ จากการที่ผู้เขียนสังเกตและรับฟังในการทำกิจกรรม ผู้สูงอายุโรคเบาหวานสะท้อนเกี่ยวกับคู่มือว่า “อ่านทุกหน้า อ่านไม่ยาก เข้าใจง่าย และปฏิบัติตามได้”

2.6 จัดทำคู่มือการปฏิบัติตัวแบบสั้น กระชับ อ่านเข้าใจได้ง่าย ใช้ขนาดตัวหนังสือที่ใหญ่พอที่จะเห็นได้ชัดเจน^{9,13} ซึ่งผู้สูงอายุและผู้ที่มีปัญหาทางด้านสายตาควรใช้ขนาด¹⁴⁻¹⁶ คู่มือทบทวนความรู้ที่อาจจดจำไม่ได้หรือจัดทำสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวให้ผู้ป่วยจดบันทึกความจำสั้น ๆ เช่น จำนวนครั้งของการออกกำลังกาย ชนิดและปริมาณอาหารที่กินแต่ละมื้อ คู่มือการปฏิบัติตัวจึงเป็นสื่อกระตุ้นการจำ ทบทวนความเข้าใจ ดังคำกล่าวที่ว่า “คู่มือเอาไว้ทบทวนจะได้ทำได้ถูกต้อง เวลาลืม เพราะจำได้ไม่หมดและแนะนำคนอื่นได้” และการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการฝึกทักษะการสังเกต เพื่อการตรวจสอบตนเอง ซึ่งเป็นการพัฒนาการสื่อสารเพื่อยกระดับความฉลาดทางสุขภาพวิธีการหนึ่ง

2.7 การใช้เทคนิคการเล่าเรื่อง ในการทำกิจกรรมพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ผู้เขียนได้ใช้เทคนิคการเล่าเรื่องเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้จากความสำเร็จให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานผู้หนึ่งฟัง เพื่อเป็นแบบอย่างและเกิดแรงบันดาลใจที่จะปฏิบัติตาม เช่น ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีค่าน้ำตาลสะสมอยู่ในระดับดี จะเกิดแรงจูงใจที่จะนำประสบการณ์นั้นมาตั้งเป้าหมายใหม่ให้ดีขึ้นกว่าเดิม ดังตอนหนึ่งของเรื่องเล่าที่ว่า “เมื่อคิดจะจริงจังกับการลดน้ำตาลก็เตือนตนเองอยู่เสมอ มันท้าทายที่เราจะทำได้มัย จะคอยลุ้นว่าค่าน้ำตาลจะลดลงมัยแต่ปามีความมั่นใจว่าน้ำตาลต้องลดลง พออาจารย์โทรมาบอกค่าน้ำตาลสะสมว่าอยู่ในเกณฑ์ดี ก็ดีใจมากเพราะผลดีกว่าที่ตั้งใจไว้จึงทำให้มีกำลังใจ เพื่อทำให้ดีกว่านี้อีกและจะพยายามรักษาระดับน้ำตาลให้คงที่” ซึ่งความเชื่อมั่นในความสามารถจะนำไปสู่ลักษณะนิสัย และพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืนในที่สุด

2.8 การใช้สื่อสังคม (social media) บุคลากรทางสุขภาพสามารถใช้สื่อสังคม เพื่อติดตามพฤติกรรมจัดการตนเอง และเป็นการฝึกทักษะการรู้เท่าทันข้อมูลข่าวสารและรู้เท่าทันสื่อ ด้วยการสร้างเครือข่ายการสื่อสารสุขภาพ ระหว่างผู้สูงอายุโรคเบาหวานด้วยกันกับบุคลากรทางสุขภาพ ในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือขอคำอธิบายเพิ่มเติมจากเครือข่ายเกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์หรือเฟซบุค โดยส่งข้อความหรือสื่อที่ส่งเสริมการดูแลตนเองให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ได้รับรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อเปรียบเทียบและตัดสินใจว่าจะเลือกปฏิบัติตามหรือไม่ ด้วยเหตุผลใด เพื่อประเมินและวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของ สื่อประเภทต่าง ๆ รวมถึงข้อมูลที่สื่อนำเสนอ อย่างรู้เท่าทันถึงความตื่น ลึก หนา บาง อันเป็นจุดมุ่งหมายที่สื่อออนไลน์อยู่ ทั้งในทางบวกและทางลบ^{9,13} สื่อสังคม (social media) จึงเป็นเครื่องมือสื่อสารของบุคลากรทางสุขภาพ ที่ใช้เป็นช่องทางหนึ่งในการติดตาม ตรวจสอบความถูกต้องน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้รับ และทำความเข้าใจใหม่เพื่อยกระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในการใช้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อการตัดสินใจวิธีการสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักในภาวะสุขภาพและการปฏิบัติตัว มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีความรู้ เพราะความรู้เป็นทักษะพื้นฐานที่จะนำไปสู่การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาความตระหนักในภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยเฉพาะการสื่อสารด้วยคำพูดเชิงบวก การฝึกเทคนิค “Ask me 3” การใช้สื่อที่เน้นภาพประกอบ และจัดทำคู่มือการปฏิบัติตัวแบบสั้น กระตุ้น การจำ และทบทวนความเข้าใจ

3) การสื่อสารเพื่อสร้างเสริมแรงแรงใจ (motivation interview) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากการศึกษาที่ผู้เขียนได้ร่วมวิจัยการพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูง ในคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดสระบุรี ในด้านการสื่อสารเพื่อสร้างแรงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นลักษณะของการสื่อสารด้วยภาษาพูด สรุปได้ดังนี้ 1) คำพูดสร้างความหวัง 2) การให้ข้อมูลที่เป็นจริง 3) คำพูดที่กระตุ้นให้เกิดความรับผิดชอบและเป็นเจ้าของชีวิตตนเอง และ 4) คำพูดเสริมพลังใจเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย⁴ ซึ่งลักษณะของการสื่อสารด้วยภาษาพูด ทั้ง 4 ลักษณะอยู่บนพื้นฐานแนวคิดการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมแรงแรงใจ (motivation interview) ซึ่งเป็นการสื่อสารประเภทหนึ่งที่เน้นผู้ป่วยเป็นสำคัญมีจุดประสงค์ในการเพิ่มปัจจัยในตัวผู้ป่วยให้เอื้อต่อการตระหนักรู้ถึงปัญหาหรือสิ่งที่จะเป็นปัญหาในอนาคต และหาทางจัดการกับปัญหานั้นด้วยตนเอง¹⁸ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและควบคุมน้ำตาลไม่ได้ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมรับประทานอาหาร หวาน มันๆ และไม่ชอบออกกำลังกาย เพราะร่างกายไม่อำนวยรวมถึงไม่สามารถรับประทานยา ได้ตรงตามตามที่แพทย์สั่ง เพราะหลงลืม ในขณะที่เดียวกันต้องการเห็นค่าน้ำตาลของตนลดต่ำลง แต่ก็ไม่มั่นใจว่าตนจะทำได้ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวมีสาเหตุมาจากความลังเลใจ (ambivalence) และการที่จะแก้ไขด้วยวิธีการสอน ตักเตือนหรือให้กำลังใจ อาจไม่ได้ผลเพียงพอ ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ดังนั้นทักษะการสื่อสารเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานเห็นถึงสิ่งที่

สิ่งที่อยากเป็นได้รับรู้ เข้าใจถึงความลังเลใจและเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนนั้นอาศัยหลักการ 5 ประการของ motivation interview¹⁸ ดังนี้

1. การแสดงความเข้าใจ (express empathy) การแสดงความเข้าใจในอารมณ์ความรู้สึกที่ถูกต้องทักษะพื้นฐานที่นำมาใช้ คือ การสะท้อนความรู้สึก ซึ่งต้องอาศัยทัศนคติการยอมรับ (acceptance) การฟังอย่างตั้งใจ ไม่ตัดสิน วิจารณ์หรือกล่าวโทษ แต่พยายามทำความเข้าใจ เคารพในความคิดเห็น และสะท้อนความคิดออกมาในมุมมองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน จะสร้างความสัมพันธ์ที่ดี และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน ซึ่งเป็นเงื่อนไขนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงจากประสบการณ์ของผู้เขียนในการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจ เช่น ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พูดว่า “อายุ 70 กว่าแล้วรู้หมดละอะไรดี ไม่ดี ถ้าจะทำก็ทำเอง ตอนแรกที่หมอมาดัดต่อสัมพันธ์และชวนให้เข้ากลุ่มไม่สนใจนะแต่ที่มานัดพอใจ รู้สึกว่าหมอเขาไม่ได้มาสอนหรือมาถามอย่างเดียว แต่เขาสนใจฟังสิ่งที่ฉันพูด ทั้ง ๆ ที่มันอาจจะไม่ถูกต้องก็ได้” ผู้เขียนสะท้อนความเข้าใจว่า “คุณป้ารู้สึกดีที่มีคนเข้าใจและรับฟังความคิดเห็น”

2. ขยายความคิดให้เห็นสิ่งที่เป็นอย่างกับสิ่งที่อยากเป็น (develop discrepancy) โดยวิธีกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal) ด้วยข้อความเชิงขู่ให้เกิดความกังวลใจ หรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการสูญเสียโอกาสที่ดีของชีวิตที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมในปัจจุบัน เช่น “ผลการตรวจค่าน้ำตาลสะสม 10% ค่าไม่ลงเลย ค่าไตก็ไม่ดี คงต้องล้างไตนะคะส่วนตาที่มองไม่ชัดอาจจะมองไม่เห็นในไม่ช้า ป้าคิดอย่างไร” วิธีการนี้ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานรับรู้ปัญหาชัดเจนและเห็นความจำเป็นที่ต้องจัดการกับพฤติกรรมของตนเองใหม่ ซึ่งทักษะการสื่อสารที่ใช้ในการขยายความคิด คือ การใช้คำถาม เช่น “ถ้าคุณป้าลดอาหารหวาน มัน ได้สุขภาพจะเป็นอย่างไร?... “ถ้าคุณลุงไม่หยุดดื่มเหล้าผลเสียที่เกิดขึ้นจะมีอะไรบ้าง?” เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงภายในที่เกิดขึ้นจากขยายความคิด จะสังเกตได้จาก (1) การพูดถึงเหตุผลหรือความจำเป็นที่ต้องเปลี่ยนแปลงด้วยตัวของผู้สูงอายุโรคเบาหวานเอง (self-motivation statement) เช่น คำกล่าวที่ว่า “น้ำตาลสูงตลอดแบบนี้ไตเสื่อมแน่ ต้องลดเหล้า...ตั้งแต่วันนี้เลย” (2) การแสดงออกถึงความแข็งแกร่ง (strengthening of effort) เช่น หลังจากที่ผู้เขียนอธิบายว่าไต่ทำงาน 68% ผู้สูงอายุโรคเบาหวานพูดด้วยสีหน้าจริงจังและน้ำเสียงที่หนักแน่นว่า “ฉันจะไม่ยอมล้างไต ฉันจะพยายามทำให้ได้” (3) มีความคาดหวังในผลการปฏิบัติตัวตามเป้าหมายที่สูงขึ้น (performance expectancy) ดังที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานสะท้อนว่า “หมอพูดให้กำลังใจ ทำให้เราต้องมุ่งมั่นมาก ยิ่งไงก็ต้องให้น้ำตาลลดจาก 300” และ (4) เชื่อว่าตนเองมีความสามารถ (belief in personal efficacy) เช่น “ตอนนี้เห็นผลแล้วว่าค่าลดลง



แต่ยังไม่ถึงเกณฑ์ ก็ไม่ลำบากเกินไปที่จะทำให้สำเร็จ”

3. หลีกเลี่ยงการโต้เถียง (avoid argument) จากการสัมภาษณ์ผู้เขียนฟังและสังเกตได้ว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานส่วนใหญ่คิดว่ามียาเบาหวานแล้วจะกินอะไรก็ได้ ปฏิบัติตัวอย่างไรก็ได้ เช่น คำพูดที่ว่า “กินยาสม่ำเสมอ น้ำตาลขึ้นได้อย่างไร?” ผู้เขียนหลีกเลี่ยงที่จะบอกว่า “คิดแบบนี้ยังไม่ถูกต้อง” หรือแนะนำ หรือตัดสินใจแทนเพื่อให้ยอมรับแผนการรักษาของแพทย์ เพราะจะนำไปสู่การต่อต้านได้ ควรเริ่มจากรับฟัง ยอมรับสิ่งที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานพูดระบาย จากนั้นค่อย ๆ ให้ข้อมูลความเป็นจริง เพื่อให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่ถูกต้องและตั้งใจให้มีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายเพื่อจัดการกับปัญหาสุขภาพของตน เช่น “กินยาสม่ำเสมอแต่น้ำตาลสูง 300 mg/dl ป้าคิดว่าอย่างไร...มีวิธีการง่าย ๆ ที่จะควบคุมน้ำตาลได้สนใจมั๊ย?” หรือบอกความจริงว่า “การกินยาช่วยลดน้ำตาลในกระแสเลือดได้แต่ต้องควบคุมปริมาณอาหารหวาน เค็ม มันนะ” เป็นต้น

4. ล้อไปตามแรงต้าน (roll with resistance) คือ การใช้ประสบการณ์ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานเป็นแหล่งคำตอบของปัญหา หรือใช้ประโยชน์จากแรงต้านโดยอาศัยคำพูดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานไปสู่การรับรู้ใหม่ โดยผู้เขียนใช้คำถามกระตุ้นให้พิจารณาข้อมูลใหม่หรือหาคำตอบของปัญหาด้วยตนเอง เช่น ผู้สูงอายุโรคเบาหวานไม่ต้องการฉีดอินซูลิน กล่าวว่า “เพื่อนผมฉีดยาได้ไม่นานก็หัวใจวายตาย” ผู้เขียนถามว่า “เพื่อนลุงเสียชีวิตเพราะโรคหัวใจหรือจากการฉีดอินซูลิน? (เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานทบทวนการรับรู้) เมื่อสังเกตว่าเป็นคำตอบที่ยังไม่มั่นใจ จึงให้ข้อมูลว่า “...ถ้าคุณลุงฉีดยานี้จะป้องกันความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจ อัมพฤกษ์ อัมพาตได้ในระยะยาว คุณลุงจะได้ประโยชน์จากการฉีดยาละ ”

5. สนับสนุนให้เกิดความรู้สึกมั่นใจในความสามารถของตน (support self-efficacy) หลักการนี้ทำได้หลายวิธี เริ่มต้นจากใช้คำพูดกระตุ้นให้ตระหนักถึงเหตุผลที่จะต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสะท้อนให้เห็นผลของการกระทำเพื่อให้เชื่อมั่นในความสามารถของตน เช่น “ค่าน้ำตาลสะสมจาก 12% ลดลงเหลือ 8% คุณทำได้เพราะอะไรคะ” หรือใช้การเน้นในความภูมิใจชอบ โดยบอกให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานรับรู้ตรง ๆ เกี่ยวกับการเลือกเป้าหมายที่จะแก้ไข และต้องกระทำในสิ่งที่ตนเองเลือกให้ได้สำเร็จ เช่น ผู้เขียนถามว่า : “คุณลุงลองตั้งเป้าหมายว่าจะลดไขมันเท่าไรซึ่งต้องไม่เกินค่ามาตรฐาน 200 mg/dl” ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน “จาก 290 mg/dl คงจะได้ซัก 220 mg/dl” ผู้เขียน “จากการปฏิบัติตัวของคุณลุง สามารถลดลงได้ 180-200 mg/dl นะคะ” หรือให้เรียนรู้จากความสำเร็จ ความล้มเหลวของผู้อื่นด้วยการให้ฟังเรื่องเล่าและการจูงใจด้วยวาจา (verbal persuasion) เช่น “คุณทำได้” “ต่อไปไม่ว่าจะอะไรฉันทำได้” ซึ่งความสำเร็จของการส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถจะขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการ คือ ความเชื่อมั่นในโอกาสที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง ความรับผิดชอบในการเลือก และวิธีการที่หลากหลายในการแก้ไข จะเป็นตัวบ่งชี้ถึงความหวัง แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ การช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานเข้าใจความรู้สึกกลัวใจเพื่อเปลี่ยนใจตนเอง (self-change) และส่งเสริมกล่าวถึงแรงจูงใจของตนเอง (self-motivation statement) นั้นเป็นเป้าหมายเฉพาะของกระบวนการ Motivation interview ซึ่งมีทักษะการสื่อสารพื้นฐาน 4 ประการ ตามแนวคิดการให้คำปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เรียกว่า OARS ได้แก่ คำถามปลายเปิด การฟังโดยสะท้อนความหมาย การสนับสนุนและการสรุปความดังนี้

1. ทักษะถามคำถามปลายเปิด (ask open-ended question) การใช้คำถามคำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานพูดและทำความเข้าใจกับปัญหาของตนได้ คำถามที่ดีควรถามในลักษณะที่เป็นกลาง ไม่ตำหนิหรือชี้ไปในทิศทางที่ผู้ถามต้องการใช้คำถามที่กระตุ้นให้คิดถึงประโยชน์และโทษของการกระทำที่ส่งผลต่อสุขภาพ ทั้ง 2 ประเด็น เช่น “อะไรจะเกิดขึ้นถ้าคุณควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิตได้?” “คุณคิดว่าการดื่มสุรามีผลอย่างไรบ้างต่อการควบคุมน้ำตาล?” เป็นต้น

2. ทักษะการฟังโดยสะท้อนความหมาย (listen reflectively) การฟังและสะท้อนความหมาย คือ การตอบสนองของผู้ฟังในลักษณะของการรวบรวมข้อมูลจากการฟัง ทำความเข้าใจ ประเมินความคิด ความรู้สึกบางอย่างที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานต้องการจะสื่อออกมาแต่ไม่ได้พูดออกมาตรง ๆ เป็นภาษาพูดที่สมบูรณ์ว่าหมายความว่าอย่างไร

ในสิ่งที่เขาพูด ซึ่งอาจต้องใช้คำ ๆ อื่นแทนคำที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานพูดออกมาเพื่อสื่อความหมายให้เข้าใจถึงความต้องการนั้น เช่น ผู้สูงอายุโรคเบาหวานพูดว่า “ป่าต้องกินตามที่ลูกจัดให้” ผู้เขียน “ฟังน้ำเสียงคุณป่าพูดเหมือนกับจะบอกว่าอยากควบคุมอาหารแต่เลือกไม่ได้” การตัดสินใจว่าควรจะสะท้อนความหมายเรื่องอะไรบ้าง หรือควรให้ความสำคัญเรื่องอะไร และเรื่องใดควรปล่อยผ่าน ควรใช้ร่วมกับการฟังอย่างตั้งใจ (active listening) ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้สิ่งที่ได้ยิน การจดจำรายละเอียด และทำความเข้าใจทั้งความคิดความรู้สึกของผู้พูด การถามเพื่อให้ขยายความในสิ่งที่สงสัยเกี่ยวกับเรื่องนั้น เป็นระยะ ๆ และคิดวิเคราะห์ในระหว่างการฟัง ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้พูดอย่างถูกต้อง นอกจากนี้ ควรใช้ทักษะการฟังและการสะท้อนความหมายในช่วงแรกของกระบวนการ motivation interview และใช้ตามหลังคำถาม ปลายเปิด เพื่อให้การใช้ทักษะบรรลุเป้าหมายกล่าวคือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานรู้สึกพึงพอใจและร่วมมือให้ข้อมูลความจริงมากขึ้น

3. ทักษะการสนับสนุน (affirm) เป็นเทคนิคที่เกิดจากการฟังและการสะท้อนความหมายในสิ่งที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานพูด โดยสะท้อนถึงประโยคคำพูดที่บ่งถึงความซาบซึ้งใจในการกระทำนั้น ซึ่งในการทำกิจกรรม ผู้เขียนได้ใช้ทักษะการสนับสนุนกับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงและควบคุมน้ำตาลไม่ได้จากการที่ดับทำงานได้ไม่ดีเพราะการดื่มเหล้าวันละครั้งกลมเป็นประจำจึงตั้งเป้าหมายว่าจะต้องหยุดดื่มเหล้าเป็นลำดับแรก ผู้เขียนจึงกล่าวสนับสนุนว่า... “ดีจังประทับใจ ที่คุณลงตัดสินใจหยุดดื่มเหล้า ซึ่งมันเป็นเรื่องไม่ง่ายเลย” หรือผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีค่าการกรองของเสียของไต (GFR) ร้อยละ 68 เมื่อได้เรียนรู้ว่าไตเสื่อมเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการคุมน้ำตาลไม่ได้ จึงตั้งเป้าหมายเรื่องควบคุม เรื่องอาหารเค็ม ผู้เขียนกล่าวสนับสนุนว่า “การเปลี่ยนนิสัยการกินเพื่อชะลอไตเสื่อมคุณป่าต้องอดทนอย่างมาก ขอชื่นชมในความมุ่งมั่น ตั้งใจค่ะ” เป็นต้น

4. การสรุปความ (summarize) มีประโยชน์ในการเชื่อมโยงข้อมูลต่างๆ เข้าด้วยกันเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานสามารถกล่าวถึงแรงจูงใจของตนเอง (self-motivation statement) และมีประโยชน์ในการแสดงให้เห็นถึงความลังเลใจในตัวผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ยังสองจิตสองใจระหว่างความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกับเหตุผลที่จะทำอย่างเดิมต่อไป ซึ่งวิธีการ คือ เชื่อมโยงคำพูดว่า “ในด้านหนึ่ง...แต่ในอีกด้านหนึ่ง...และในขณะที่เดียวกัน...” เช่น “หมอบอกว่าคุณป่าคงลำบากใจที่จะหยุดกินสิ่งที่ชอบ ใจหนึ่งคิดว่ายังกตดี แต่ในอีกใจหนึ่งก็กลัวน้ำตาลจะขึ้นจริง ๆ แล้วเชื่อว่ากินยาแล้วคงไม่เป็นไร”

ทั้งนี้ในการทำกิจกรรมผู้เขียนใช้การสรุปความ ทุกขั้นตอนของกระบวนการการสื่อสาร เช่น สรุปความในการจบการสนทนาในครั้งแรก ใช้สรุปใจความสำคัญจากครั้งที่ผ่านมาเพื่อเริ่มต้นการสนทนา และใช้สรุปเป็นระยะ ๆ ระหว่างการสนทนาเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้สำรวจตนเอง ทำความเข้าใจพฤติกรรมของตนเองทั้งด้านบวกและด้านลบ หรือแก้ไขข้อมูลที่สำคัญ จนสามารถตัดสินใจเปลี่ยนแปลงตนเองได้ ทั้งนี้บุคลากรทางสุขภาพต้องตัดสินใจว่าข้อมูลใดที่จะนำมาสรุปและควรทำความเข้าใจในข้อมูลให้เห็นชัดเจน เพื่อเปลี่ยนประเด็นและเคลื่อนไปสู่ขั้นต่างๆ ของกระบวนการจูงใจต่อไปได้ จะเห็นได้ว่าวิธีการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจ เป็นการสื่อสาร ซึ่งทำให้เกิดการคิดเพื่อตัดสินใจและปฏิบัติตนให้ เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็นผลของการสื่อสารที่ยกระดับความฉลาดในชั้นวิจารณ์ญาณ เป็นวิธีการหนึ่งที่ผู้เขียนใช้ตนเอง เป็นสื่อกระตุ้น ให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานสามารถสื่อสารเพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพมาได้มากขึ้น โดยใช้ทักษะพื้นฐานการสื่อสาร OARS พัฒนาความเข้าใจตนเองและเชื่อมั่นในความสามารถของตน (self-efficacy) ที่จะควบคุมพฤติกรรม (self-regulation) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ได้อย่างมั่นใจ ทั้งนี้ในการทำกิจกรรมผู้เขียนฟังและสังเกตความรู้สึก ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานด้วยความเข้าใจ ยอมรับ หลีกเลี่ยงการตำหนิพูดให้กำลังใจในสิ่งที่พยายามทำเพื่อตนเอง แม้ว่าจะยังไม่เหมาะสมหรือไม่สำเร็จ เพื่อเสริมพลังใจให้มีแรงจูงใจ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพ

บทสรุป

ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วม จะพบมากขึ้นตามอายุหากมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับไม่เพียงพอแล้ว จะส่งผลให้มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น และจากการศึกษาพบว่า ความฉลาดในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอ ในเรื่องความรู้ความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารทางสุขภาพ รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และการที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานสามารถแสวงหาความรู้ ด้วยการ พูด อ่าน เขียน และสื่อสารข้อมูลความรู้ ให้บุคคลอื่นเข้าใจ รวมทั้งใช้ทักษะถาม ตอบ สื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพจนเกิดความเข้าใจและนำข้อมูลมาตัดสินใจจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง แสดงถึงความฉลาดทางสุขภาพที่อาศัยการสื่อสารเป็นพื้นฐานในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ¹⁹⁻²⁰ การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงเป็นเรื่องที่ทำให้เกิดประสิทธิภาพได้ค่อนข้างยาก จากปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น การได้ยินไม่ชัด ความจำลดลง หรือจากอาการเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่ทำให้มีความกังวลใจไม่มีแรงจูงใจที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ร่วมกับอิทธิพลของวัฒนธรรม ประสบการณ์ชีวิต จึงทำให้มีความฉลาดทางสุขภาพไม่เพียงพอเพราะได้รับข้อมูลความรู้ไม่เพียงพอ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องยกระดับความฉลาดทางสุขภาพให้สูงขึ้น ด้วยวิธีการสื่อสารเพื่อสร้างความสัมพันธ์ วิธีการสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักรู้ และวิธีการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจรวมกับการฝึกฝนทักษะการสื่อสารทั้ง 3 ระดับ โดยใช้วิธีการ เทคนิค การสื่อสารต่างๆ ได้แก่ การใช้เรื่องเล่าประสบการณ์ความสำเร็จ เทคนิคการสอนกลับ เทคนิคการไต่ถาม 3 คำถาม และการใช้สื่อทางสังคมในการติดตามพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานเข้าถึงเข้าใจ และใช้ข้อมูลในการจัดการกับสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้อง จนเกิดผลลัพธ์ทางบวกกับสุขภาพต่อไป

References

1. Aekplakor W. Report of the survey of the Thai people by physical examination 5th, 2014. Nonthaburi: Health System Research Institute (HSRI).(in Thai).
2. Lee E.-H, Lee, YW, Lee K.-W, Nam M, Kim SH. A new comprehensive diabetes health literacy scale: Development and psychometric evaluation. *Int J Nurs Stud.*2018;88:1-8. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.08.002>
3. Saeed H, Saleem Z, Naeem R, Shahzadi I, Islam M. Impact of health literacy on diabetes outcomes: a cross-sectional study from Lahore, Pakistan. *Public Health.*2018;156:8-14.
4. Sinthuchai S, Kittiboonthawal P, Dejpitaksirikul S, Chuencham J, Ubolwan K, Pragodpol P. Development of a health literacy model to enhance self-management behaviors and health outcomes among older adults with coexisting type 2 diabetes mellitus and hypertension in primary care cluster Saraburi province. [Internet].2021. [cited 2021 October10]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5384>.(in Thai).
5. Hong YR, Jo A, Cardel M, Huo J, Mainous AG. Patient-provider communication with teachback, patient-centered diabetes care, and diabetes care education. *Patient Educ Couns* 2020;103:2443-50.
6. Inoue M, Takahashi M, Kai I. Impact of communicative and critical health literacy on understanding of diabetes care and self-efficacy in diabetes management: across-sectional study of primary care in Japan. *BMC Fam Pract* 2013;14:40.
7. Tahmasebi R, Noroozi A, Tavafian SS. Determinants of self-management among diabetic patients: A path analysis. *Asia Pac J Public Health* 2013;27(2), NP524-34.doi:10.1177=1010539513475652
8. Boonsatean W, Reantippayasakul O. Health literacy: situation and impacts on health status of older adults. *APHEIT.*2020;2(1):1-9.(in Thai).



9. Kim SH, Lee A. Health-literacy-sensitive diabetes self-management interventions: A systematic review and meta-analysis. *Worldviews Evid Based Nurs* 2016;13(4):324-33.
10. Kaewdamkereng K. Health literacy: basic, interaction, critical. Bangkok: Amarin Printing;2019.(in Thai).
11. Tachavijitjaru C. Health literacy: a key indicator towards good health behavior and health outcomes. *Journal of the Royal Thai Army Nurses* 2018;19 Suppl 1:1-11.
12. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:80.
13. Dunn P, Conard S. Improving health literacy in patients with chronic conditions: A call to action. *Int J Cardiol* 2018;273:249-51.
14. Malcolm S. Ageism and age discrimination. In: M. Sargeant, editor. *Age discrimination and diversity: multiple discrimination from an age perspective*. Cambridge: Cambridge University Press;2011.
15. Nurash P, Intarakamhang U, Kasevayuth K. Effect of teaching program on oral health literacy and patient centered communication promotion. *Journal of Behavioral Science for Development*.2019;11(1):71-90. (in Thai).
16. Hammar LM, Holmstrom IK, Skoglund K, Meranius MS, Sundle AJ. The care of and communication with older people from the perspective of student nurses. A mixed method study. *Nurse Educ Today*. 2017;52:1-6.doi.10.1016/j.nedt.2017.02.002.
17. Williams K, Kemper S, Hummert ML. Enhancing communication with older adults: overcoming elderspeak. *J Gerontol Nurs*.2004;30:17-25.doi:10.3928/0098-9134-20041001-08.
18. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interview helping people change*. 3rd Ed. London:
19. Nutbeam D. Health literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promote Int*.2000;15(3):259-67.
20. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*.2008;67:2072-8.



ผลของการใช้สื่อมัลติมีเดียร่วมสอนต่อความรู้และทักษะในการสร้าง
สัมพันธภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์
Effectiveness of Using Multimedia as Co-teaching on Nursing Students'
Knowledge and Skills in Therapeutic Relationships and Communication

สุริย์ฉาย คิตหาทอง¹ อัครวีณี ตันกูริมาน¹

Surichai Kidhathong¹ Asawinee Tonkuriman¹

¹สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

¹School of Nursing, Mae Fah Luang University

Corresponding author: Surichai kidhathong; Email: Surichai.kid@mfu.ac.th

Received: May 5, 2021 Revised: December 20, 2021 Accepted: January 17, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของการใช้สื่อมัลติมีเดียร่วมสอนในการพัฒนาความรู้และทักษะปฏิบัติในการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง จำนวน 76 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 38 คน ได้รับการเตรียมความพร้อมด้านความรู้ก่อนการปฏิบัติจากอาจารย์ร่วมกับเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านสื่อมัลติมีเดีย และกลุ่มควบคุม 38 คน ได้รับการเตรียมความรู้ตามปกติจากอาจารย์ วิเคราะห์ผลการวิจัยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ และทักษะปฏิบัติในการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัดสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และมีคะแนนทักษะปฏิบัติในการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการวิจัยแสดงถึงประโยชน์ของการใช้สื่อมัลติมีเดียร่วมสอนช่วยเพิ่มความรู้ความเข้าใจของนักศึกษาเชื่อมโยงสู่การพัฒนาทักษะการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงต่อไป

คำสำคัญ: การสื่อสารเพื่อการบำบัด; การศึกษาพยาบาล; สื่อมัลติมีเดีย; สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด



Effectiveness of Using Multimedia as Co-teaching on Nursing Students' Knowledge and Skills in Therapeutic Relationships and Communication

Surichai Kidhathong¹ Asawinee Tonkuriman¹

¹School of Nursing, Mae Fah Luang University

Corresponding author: Surichai kidhathong; Email: Surichai.kid@mfu.ac.th

Received: May 5, 2021 Revised: December 20, 2021 Accepted: January 17, 2022

Abstract

This research aimed to study the effectiveness of using multimedia to develop nursing students' knowledge and skills regarding therapeutic relationships and therapeutic communication. It was a quasi-experimental study with pre- and post-test measurements made on two groups. The 76 fourth-year nursing students were divided into an experimental and a control group. The experimental group was prepared by lecturer orientation and multimedia self-paced learning, while the control group received the usual preparation. Data were analyzed using descriptive statistics, independent samples t-test, and paired samples t-test. After the experiment, the experimental and control groups had a significantly higher level of knowledge than before the experiment ($p=.001$). The communication skills of the experimental group were also significantly higher than that of the control group, with a p -value of .05. The finding shows the use of multimedia can improve nurse students' knowledge and enhance their practice skills.

Keywords: therapeutic communication; nursing education; multimedia; therapeutic relationship

ความเป็นมาและความสำคัญ

การจัดการเรียนการสอนวิชาพยาบาลในยุคปัจจุบันทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติจะเน้นให้นักศึกษามีส่วนร่วมในการเรียนรู้มากขึ้น เปิดโอกาสให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้โดยการฝึกปฏิบัติ ดังนั้นการศึกษาในภาคปฏิบัติจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้นักศึกษามีการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลเนื่องจากนักศึกษาต้องนำความรู้ที่ได้เรียนในภาคทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง ซึ่งสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งในการเรียนในภาคปฏิบัติ คือ การเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลนั้นผู้สอนต้องมีการเตรียมทั้งร่างกาย จิตใจ และสติปัญญาการรู้คิด รวมถึงได้รับการฝึกฝนทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง เพราะเมื่อนักศึกษามีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ก็ส่งผลให้เกิดความมั่นใจและมีความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล¹

ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง มีการจัดการเรียนการสอนรายวิชา การฝึกปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 4 โดยมุ่งหวังให้นักศึกษาพยาบาลได้ฝึกให้การพยาบาลผู้ที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต และผู้ป่วยจิตเวชโดยอาศัยกระบวนการสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดและการสื่อสารเพื่อการบำบัด การฝึกปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชเป็นประสบการณ์ที่ใหม่สำหรับนักศึกษา จากผลการประเมินความรู้สึกก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพและการพยาบาลจิตเวช ของนักศึกษาพยาบาลในปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2557-2559) พบว่า นักศึกษามีความเครียดและความไม่มั่นใจในการสร้างสัมพันธ์ภาพ และการสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากกลัวทำให้ผู้ป่วยเสียใจ ไม่พอใจและไม่มั่นใจว่าจะใช้คำพูดได้กับผู้ป่วยจิตเวชในสถานการณ์ต่าง ๆ สำหรับสาเหตุของความรู้สึกดังกล่าว พบว่า เกิดจากการที่นักศึกษาไม่เคยมีประสบการณ์ในการสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเวชมาก่อน ประกอบกับการเรียนในภาคทฤษฎีใช้รูปแบบของการบรรยายร่วมกับการฝึกสนทนากับบุคคลอื่นในเวลาจำกัดเพียง 4 ชั่วโมง และการเตรียมความพร้อมด้วยการอ่านหนังสือหรือเอกสารประกอบการสอนเพียงอย่างเดียว อาจทำให้นักศึกษาจินตนาการถึงวิธีการต่าง ๆ ในการสร้างสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเวชได้ไม่ชัดเจน เกิดความกังวล ขาดความมั่นใจและรู้สึกไม่พร้อมในการฝึกปฏิบัติงาน ข้อเสนอแนะจากผลการประเมินการเรียนการสอนปีที่ผ่านมาให้มีการจัดทำสื่อการเรียนการสอนในรูปแบบที่เพิ่มพูนความเข้าใจในเรื่องดังกล่าวและเปิดโอกาสให้นักศึกษาสามารถเรียนรู้ได้ซ้ำ ๆ ตามความต้องการ ดังนั้นสื่อมัลติมีเดียอาจเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้และทบทวนเนื้อหาความรู้ได้ด้วยตนเอง พัฒนาความรู้และทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัดของนักศึกษา ช่วยสร้างความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติให้แก่นักศึกษา^{1,3-6} และช่วยให้ผู้สอนสามารถจัดการเรียนการสอนให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของหลักสูตร

สื่อมัลติมีเดียเป็นสื่อที่ช่วยนำเสนอเนื้อหาการเรียนรู้ไปสู่ผู้เรียน มีทั้งข้อความหรือตัวอักษร ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว เสียงและวิดีโอ ที่สามารถสื่อความหมายและเรื่องราวต่าง ๆ ได้ ช่วยให้การเรียนการสอนมีความน่าสนใจ ช่วยให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจผ่านภาพ เสียงและตัวอย่างที่มีลักษณะเป็นรูปธรรม ช่วยกระตุ้นการเรียนรู้และดึงดูดความสนใจของผู้เรียน ผู้เรียนสามารถเรียนรู้และทบทวนด้วยตนเองตามความต้องการและความสามารถของตนเอง สามารถเรียนอย่างช้า ๆ หรือรวดเร็ว หรือเรียนซ้ำได้หลายรอบ จนเกิดความเข้าใจในเนื้อหาและสามารถพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนได้เพิ่มมากขึ้น³⁻⁵ ในการเรียนการสอนยุคปัจจุบันจึงมีการนำสื่อมัลติมีเดียมาเป็นส่วนหนึ่งในการสอนเพื่อช่วยเพิ่มขีดความสามารถในการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้เรียน

เมื่อพิจารณาจากปัญหาการจัดการเรียนการสอนในรูปแบบเดิมซึ่งเป็นการบรรยายร่วมกับการฝึกสนทนากับบุคคลอื่นในเวลาจำกัดเพียง 4 ชั่วโมง ที่ไม่สามารถทำให้นักศึกษามีความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการสร้างสัมพันธ์ภาพและการสนทนาเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวชได้ ร่วมกับประโยชน์ของการใช้สื่อมัลติมีเดียในการเรียนการสอน ทีมผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาสื่อมัลติมีเดียเพื่อนำมาใช้ในการสอนร่วมกับการสอนของอาจารย์ตามปกติ โดยนำหลักการออกแบบ



การเรียนรู้ของ ADDIE Model⁷ มาเป็นแนวทางในการพัฒนาสื่อมัลติมีเดีย เพื่อช่วยให้นักศึกษาได้เรียนรู้ ทำความเข้าใจ กับเนื้อหาที่จำเป็นได้ง่ายขึ้น และสามารถทบทวนเนื้อหาได้บ่อยตามที่ต้องการ รวมถึงศึกษาประสิทธิภาพของการนำสื่อ มัลติมีเดียมาใช้ในการสอนร่วมกับการสอนของอาจารย์ ในด้านการพัฒนาความรู้และทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาพ และการสนทนากับผู้ป่วยจิตเวช

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการใช้สื่อมัลติมีเดียร่วมสอนในการพัฒนาความรู้และทักษะปฏิบัติในการสร้างสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังจากเรียนร่วมกับการใช้สื่อมัลติมีเดียคะแนนความรู้การสร้างสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัด ของกลุ่มทดลองสูงกว่าเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง
2. ภายหลังจากเรียนร่วมกับการใช้สื่อมัลติมีเดียคะแนนความรู้ และทักษะปฏิบัติเรื่องการสร้างสัมพันธ์ภาพ และการสื่อสารเพื่อการบำบัดของกลุ่มทดลองสูงกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest – posttest design) โดยใช้สูตรในการคำนวณขนาดตัวอย่าง แบบการวิจัยกึ่งทดลอง ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 76 คน ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากกลุ่มประชากร โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) แบ่งกลุ่มนักศึกษาออกเป็น กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยการจลัดับรายชื่อนักศึกษาแต่ละกลุ่มตามระดับ คะแนนเฉลี่ยสะสมและคะแนนภาคทฤษฎีจากสูงไปต่ำ โดยให้แต่ละกลุ่มมีคะแนนที่ใกล้เคียงกัน 2) สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มควบคุม โดยการจับฉลากจากกลุ่มที่มีจำนวนนักศึกษาเท่ากัน ได้กลุ่มละ 38 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เอกสารรับรองโครงการเลขที่ REH-56001 ผู้วิจัยได้ขอความยินยอมในการเป็นกลุ่มตัวอย่างจากนักศึกษา โดยผู้วิจัย อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยมั่นใจว่าการเข้าร่วมในงานวิจัยนี้ ไม่มีผลต่อการประเมินผลการเรียนหรือ เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนการสอนที่กลุ่มตัวอย่างพึงจะได้รับในฐานะผู้เรียน ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บรักษา ไว้โดยไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ การรายงานผลการวิจัยจะรายงานเป็นข้อมูลส่วนรวม โดยไม่สามารถระบุข้อมูลเป็น รายบุคคลได้ กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา แต่ยังคงสามารถเข้าร่วมกิจกรรมการเรียน กับกลุ่มตัวอย่างได้โดยไม่ต้องตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ สื่อมัลติมีเดียช่วยสอน เรื่อง การสร้างสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดของ ADDIE Model ซึ่ง 5 ขั้นตอน⁸ โดยเริ่มตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา และความต้องการของผู้เรียน แล้วนำมาใช้ในการวางแผนออกแบบเนื้อหา แบบฝึกหัด รูปแบบสื่อที่จะใช้ รวมถึงวิธีการวัด



และประเมินผลอย่างเป็นระบบ ตลอดจนมีการออกแบบที่มีความเฉพาะเจาะจง และเป็นรูปธรรม หลังจากนั้นจะเป็นการพัฒนาสื่อมัลติมีเดียตามที่ได้มีการออกแบบไว้ สื่อมัลติมีเดียที่ใช้จะประกอบด้วยตัวอักษร ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว เสียง และวิดีโอ ตัวอย่าง และแบบฝึกหัด เพื่อช่วยให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจและสามารถนำไปปรับใช้ในการฝึกปฏิบัติงานต่อได้ ซึ่งสื่อที่พัฒนาขึ้นจะมีการนำไปทดสอบก่อนนำไปดำเนินการ ภายหลังจากทดสอบจะนำสื่อมัลติมีเดียไปใช้สอนในสถานการณ์จริง โดยให้ผู้เรียนได้เริ่มศึกษาเนื้อหาจากง่ายไปยาก และมีการลำดับเนื้อหาให้เชื่อมโยงถึงกัน ช่วยให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้เนื้อหาได้อย่างเป็นขั้นตอน เห็นตัวอย่างวิธีการสร้างสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวช เรียนรู้การใช้เทคนิคการสนทนาจากคำพูดในสถานการณ์ที่ปรากฏ และได้ฝึกทำแบบฝึกหัดท้ายบทเรียน ซึ่งผู้เรียนสามารถเลือกเรียนรู้และเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจได้บ่อยครั้งตามความต้องการของผู้เรียนแต่ละคน หลังจากนั้นจะมีการประเมินประสิทธิผลของการใช้สื่อมัลติมีเดียในการสอนทั้งด้านความรู้ และทักษะในการปฏิบัติเป็นขั้นตอนสุดท้าย โดยเนื้อหาในสื่อมัลติมีเดียช่วยสอน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยความรู้ การสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด โดยแบ่งออกเป็น 3 ตอน ตอนละ 15 นาที

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วยเทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดที่ใช้บ่อย 28 เทคนิค ประกอบด้วย เทคนิคที่ช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่า 3 เทคนิค เทคนิคกระตุ้นให้ระบายความรู้สึก 6 เทคนิค เทคนิคที่ให้บทวนความคิด ความรู้สึกของตนเอง 6 เทคนิค เทคนิคการให้ข้อมูล 2 เทคนิค เทคนิคการสำรวจความคิด การให้ไตร่ตรองเรื่องราวใหม่ 6 เทคนิค เทคนิคที่ช่วยส่งเสริมให้วางแผนแก้ปัญหาและตัดสินใจด้วยตนเอง 5 เทคนิค

ส่วนที่ 3 Clip video ตัวอย่างการสร้างสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัดพร้อมคำอธิบายเทคนิคที่ใช้ในการสนทนาได้ภาพ 45 นาที

โดยสื่อมัลติมีเดียได้ผ่านการทดสอบความตรง ความครอบคลุมและความเหมาะสมของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .99

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

2.1 แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ เกรดเฉลี่ยสะสม

2.2 แบบทดสอบและแบบประเมิน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย

1) แบบประเมินความรู้ เรื่อง การสร้างสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัด แบ่งเป็นข้อคำถามแบบปรนัยเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 60 ข้อ และข้อคำถามแบบเติมคำจากตัวเลือกที่กำหนดในช่องว่าง จำนวน 100 ข้อ

2) แบบประเมินทักษะปฏิบัติการสร้างสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัด จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบประเมินพฤติกรรมหรือการกระทำของผู้เรียนในการให้การสร้างสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัด คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ เรียงลำดับจากน้อยมาก น้อย มาก มากที่สุด (คะแนน 1-5)

3) แบบสอบถามความคิดเห็นของนักศึกษาต่อการเรียนด้วยสื่อมัลติมีเดียช่วยสอน 3 ด้าน จำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ เรียงลำดับจาก น้อยมาก น้อย มาก มากที่สุด (คะแนน 1-4)

โดยเครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการเรียนการสอนเรื่องการสร้างสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัด จำนวน 3 ท่าน ที่มีความเห็นสอดคล้องกันมากกว่าร้อยละ 80 ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .98, .91 และ 1.00 ตามลำดับ หลังจากนั้นได้นำแบบทดสอบและแบบประเมิน ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลในจังหวัดใกล้เคียง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90, .87, .70 ตามลำดับ



การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากได้รับอนุมัติจากกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มนักศึกษาออกเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยทำการจัดลำดับรายชื่อนักศึกษาแต่ละกลุ่มตามระดับคะแนนเฉลี่ยสะสมและคะแนนวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชจากสูงไปต่ำ โดยให้แต่ละกลุ่มมีคะแนนที่ใกล้เคียงกัน หลังจากนั้นสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุม โดยการจับฉลากจากกลุ่มที่มีจำนวนนักศึกษาเท่ากัน ได้กลุ่มละ 38 คน
2. ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงรายละเอียดต่างๆ สอบถามความจำเป็นในการเข้าร่วมการวิจัยพร้อมทั้งให้ลงนามในรายที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
สัปดาห์ที่ 1 <ul style="list-style-type: none"> - ทดสอบความรู้ (pre-test) เรื่องการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัด - ได้รับการสอนจากคณาจารย์ตามปกติ - ได้รับ clip video และ web link สื่อมัลติมีเดียช่วยสอน และผู้วิจัยให้คำแนะนำการใช้ สื่อมัลติมีเดีย และดูสื่อมัลติมีเดียร่วมกันกับผู้วิจัย - กลุ่มตัวอย่างศึกษาสื่อ อย่างน้อย 2 วัน/สัปดาห์ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถาม ข้อสงสัยจากผู้วิจัย ได้ตลอดเวลา 	สัปดาห์ที่ 1 <ul style="list-style-type: none"> - ทดสอบความรู้ (pre-test) เรื่องการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัด - ได้รับการสอนจากคณาจารย์ตามปกติ
สัปดาห์ที่ 2-3 <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการสอนจากคณาจารย์ตามปกติ ร่วมกับการเรียนผ่านสื่อมัลติมีเดียช่วยสอนร่วมกันกับผู้วิจัย - ผู้วิจัยทำกิจกรรมกลุ่ม Assessment for learning การใช้สื่อมัลติมีเดีย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 	สัปดาห์ที่ 2-3 <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการสอนจากคณาจารย์ตามปกติ
สัปดาห์ที่ 4 <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการสอนจากคณาจารย์ตามปกติ ร่วมกับการเรียนผ่านสื่อมัลติมีเดียช่วยสอนวันสุดท้ายของการเรียนการสอน - ทดสอบความรู้หลังการทดลอง (post-test) เรื่องการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัด - ประเมินทักษะปฏิบัติการสร้างสัมพันธภาพ และการสื่อสารเพื่อการบำบัด 	สัปดาห์ที่ 4 <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการสอนจากคณาจารย์ตามปกติ วันสุดท้ายของการเรียนการสอน - ทดสอบความรู้หลังการทดลอง (post-test) เรื่องการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัด - ประเมินทักษะปฏิบัติการสร้างสัมพันธภาพ และการสื่อสารเพื่อการบำบัด



การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และแสดงข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้การสร้างความสัมพันธ์ภาพ และการสื่อสาร เพื่อการบำบัดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired Samples t-test และ เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้การสร้างความสัมพันธ์ภาพ และทักษะปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent Samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 76 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 38 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.74 ในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 21.32 ปี และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 21.26 ปี กลุ่มทดลอง มีเกรดเฉลี่ยสะสม 3.05 (SD=.36) และ กลุ่มควบคุมมีเกรดเฉลี่ยสะสม 3.04 (SD=.39) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n 38)		กลุ่มควบคุม (n 38)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
หญิง	36	94.74	36	94.74
ชาย	2	5.26	2	5.26
อายุ				
20 ปี	2	5.26	2	5.26
21 ปี	22	57.90	24	63.16
22 ปี	14	36.84	12	31.58
	(\bar{X} =21.32)		(\bar{X} = 21.26)	
เกรดเฉลี่ยสะสม				
2.00-2.50	2	5.26	2	5.26
2.51-3.00	16	42.11	16	42.11
3.01-3.50	15	39.47	15	39.47
3.51-4.00	5	13.16	5	13.16
	(\bar{X} =3.05, SD=.36)		(\bar{X} =3.04, SD=.39)	

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การสร้างความสัมพันธ์ภาพ และการสื่อสารเพื่อการบำบัดก่อนและ หลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังกการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้การสร้างความสัมพันธ์ภาพ และการสื่อสารเพื่อการบำบัด และคะแนนโดยรวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และ



ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้การสร้างสัมพันธภาพ และการสื่อสารเพื่อการบำบัดและคะแนนโดยรวม หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยความรู้การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัดก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=38)		กลุ่มควบคุม (n=38)	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
การสร้างสัมพันธภาพ	37.47±6.57	42.24 ±5.09 ^{****}	36.89 ±4.32	42.05 ±3.83 ^{****}
การสื่อสารเพื่อการบำบัด	30.53 ±13.99	40.87 ±16.61 ^{****}	26.74 ±12.45	39.58 ±11.03 ^{****}
คะแนนโดยรวม	68.00 ±17.45	83.11 ±19.13 ^{****}	63.63 ±14.01	81.63 ±12.27 ^{****}

^aการเปรียบเทียบพบความแตกต่างภายในกลุ่ม; **** P<.001

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะปฏิบัติการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัดหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ภายหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะปฏิบัติการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัดโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี (ร้อยละ 84.76) และคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p<.05$) โดยมีคะแนนทักษะปฏิบัติในระยะเวลาการสร้างสัมพันธภาพ ในส่วนของการเริ่มต้นการสร้างสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพที่เหมาะสม ทักษะการแจ้งวัตถุประสงค์การสนทนาและระยะเวลาในการสนทนา และการระบุปัญหาที่เกิดขึ้นในการสร้างสัมพันธภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p<.05$) ส่วนคะแนนทักษะในการทำงานพบว่าไม่มีทักษะในการระบุปัญหาได้เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p<.05$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะปฏิบัติการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัด

	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
ระยะการสร้างสัมพันธภาพ (initial phase)		
จัด setting โดยมีการเลือกสถานที่ การจัดทำนั่ง และการมีระยะห่างที่เหมาะสม	4.26 ±.60	4.00 ±.69
เริ่มต้นการสร้างสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพที่เหมาะสม	4.52 ±.60 *	4.18 ±.72
แจ้งวัตถุประสงค์การสนทนา และระยะเวลาในการสนทนา	4.47 ±.60 *	4.02 ±.91
แจ้งให้ผู้ป่วย ทราบถึงการเก็บรักษาความลับ	4.60 ±.59	4.28 ±.83
เลือกใช้เทคนิคสำคัญในขั้นตอนนี้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์	4.03 ±.75	3.92 ±.85
ระบุปัญหาที่เกิดขึ้นในการสร้างสัมพันธภาพได้	4.21 ±.62 *	3.89 ±.72
แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะสร้างสัมพันธภาพได้โดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์	4.10 ±.72	3.94 ±.73
คะแนนรวม	30.21 ± 3.33 *	28.26 ± 4.72



	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
ระยะทำงาน (working phase)		
เลือกใช้เทคนิคสำคัญในขั้นตอนนี้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์	4.02 ±.67	4.05 ±.69
ระบุปัญหาได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วย	4.21 ±.62 *	3.89 ±.60
ให้การช่วยเหลือตามบทบาทของนักศึกษาได้	4.21 ±.62	4.13 ±.57
ระบุปัญหาที่เกิดขึ้นในการระหว่างทำงานร่วมกับผู้ป่วยได้	4.18 ±.65	3.89 ±.64
แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะทำงานได้โดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์	4.05 ±.51	3.84 ±.71
คะแนนรวม	20.68 ±2.04	19.81±2.74
ระยะยุติสัมพันธภาพ (terminate phase)		
เลือกใช้เทคนิคสำคัญในขั้นตอนนี้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์	4.15 ±.64	4.02 ±.82
ระบุปัญหาที่เกิดขึ้นในการยุติสัมพันธภาพผู้ป่วยได้	4.21 ±.66	4.13 ±.70
แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะทำงานได้โดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์	4.31 ±.57	4.07 ±.63
คะแนนรวม	12.68 ±1.56	12.23 ±1.89
คะแนนโดยรวมทักษะปฏิบัติการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัด	63.57 ±5.35 *	60.31 ±8.35

4. ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับสื่อมัลติมีเดีย

จากการสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับสื่อมัลติมีเดีย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับสื่อมัลติมีเดียอยู่ในเกณฑ์ดีมาก ($\bar{X}=3.30$) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับด้านเนื้อหาอยู่ที่ 3.34 ด้านการนำเสนอบทเรียนผ่าน website 3.29 และด้านการนำเสนอสถานการณ์จำลองผ่านสื่อวีดิทัศน์ 3.26 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับสื่อมัลติมีเดีย

ความคิดเห็น	\bar{X}	SD
ด้านเนื้อหา ($\bar{X}=3.34$, SD = 0.16)		
1. เนื้อหามีความยาวเหมาะสม	3.11	.73
2. เนื้อหาช่วยทบทวนสิ่งที่ยังไม่เข้าใจได้ดี	3.41	.59
3. ความสะดวกในการทบทวนเนื้อหาตามความต้องการ	3.49	.50
4. ความเหมาะสมในการแบ่งเนื้อหาของบทเรียน	3.35	.53
ด้านการนำเสนอบทเรียนผ่าน website ($\bar{X}=3.29$, SD = 0.09)		
1. ความชัดเจนของตัวหนังสือ	3.38	.54



ความคิดเห็น	\bar{X}	SD
2. ภาพ เสียง และตัวอักษรประกอบเอื้อต่อความเข้าใจและการจำเนื้อหา	3.30	.61
3. ความเหมาะสมของเวลาในการนำเสนอเนื้อหาบน website	3.19	.61
ด้านการนำเสนอสถานการณ์จำลอง (ผ่านสื่อวีดิทัศน์) ($\bar{X}=3.26$, SD = 0.08)		
1. การเอื้อต่อความเข้าใจเกี่ยวกับการให้การปรึกษา	3.35	.48
2. ความเหมาะสมของเวลาในการนำเสนอเนื้อหา	3.19	.56
3. เนื้อหาและภาพในบทเรียนส่งเสริมการเรียนรู้เกี่ยวกับการให้การปรึกษา	3.24	.43

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับสื่อมัลติมีเดีย ดังนี้ นักศึกษาส่วนใหญ่เห็นว่าเนื้อหาที่ได้เรียนผ่านสื่อมัลติมีเดียมีประโยชน์อย่างมาก เนื่องจากมีทั้งภาพและเสียงประกอบเนื้อหา ซึ่งช่วยให้นักศึกษาเกิดความเข้าใจในเนื้อหามากขึ้น นอกจากนี้การเรียนผ่านสื่อมัลติมีเดียทำให้นักศึกษามีความสะดวกในการเรียนสามารถเรียนได้ทุกที่ ทุกเวลาที่ต้องการ ช่วยให้นักศึกษาทบทวนได้หลายครั้ง และสามารถนำความรู้ที่ได้มาปรับใช้ในการฝึกปฏิบัติงาน ตัวอย่างความคิดเห็นของนักศึกษา เช่น “เนื้อหากระชับได้ใจความ การนำเสนอน่าสนใจ มีภาพประกอบมีประโยชน์อย่างมากสำหรับการนำไปใช้เพราะใช้คำพูดที่ยกตัวอย่างทำให้เข้าใจได้ง่าย ไม่ซับซ้อนทำให้สามารถนำความรู้มาปรับใช้ได้ง่าย” “สื่อ(วีดิทัศน์)ที่เป็นสถานการณ์ มีการยกตัวอย่างการใช้คำถาม การใช้เทคนิค ทำให้เข้าใจได้ง่าย ทำให้นำมาประยุกต์ใช้ในการฝึกได้” “สื่อมัลติมีเดียนี้เป็นทางเลือกที่ดี ในการนำมาใช้เรียนเพิ่มจากที่อาจารย์สอน เพราะสามารถใช้ทบทวนได้ตลอด สามารถศึกษาได้เองเมื่อต้องการ ทำให้การเรียนมีประสิทธิภาพ สามารถเล่นซ้ำได้เมื่อหลุดประเด็นหรือต้องการฟังซ้ำอีกรอบ”

อภิปรายผล

การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัดเป็นเรื่องที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างมากในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช การที่นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องนี้จะช่วยให้นักศึกษาสามารถนำไปใช้สร้างสัมพันธภาพและสนทนากับผู้ป่วยจิตเวชในสถานการณ์จริงได้ จากผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า ภายหลังจากที่นักศึกษาทดลองได้รับการสอน เรื่องการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัดด้วยสื่อมัลติมีเดียร่วมกับการสอนจากอาจารย์ตามปกติ มีค่าคะแนนความรู้เรื่องการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัดสูงกว่าก่อนการทดลองและมีคะแนนปฏิบัติการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัดอยู่ในเกณฑ์ดี (ร้อยละ 84.76) โดยมีคะแนนปฏิบัติการโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยเฉพาะในส่วนของ การเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ แจงวัตถุประสงค์และระยะเวลาในการสนทนา และระบุปัญหาของผู้ป่วยทั้งในระยะสร้างสัมพันธภาพและระยะทำงานได้อย่างเหมาะสม จากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองที่มีความรู้เรื่องการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัดจะมีทักษะในการปฏิบัติการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัดด้วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sadagheyani และคณะ¹⁰ ที่ศึกษาประสิทธิผลของการใช้สื่อมัลติมีเดียร่วมกับการสอนต่อทักษะการจัดการกับความโกรธ ในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลจำนวน 88 คน ผลการศึกษพบว่า ภายหลังจากทดลองนักศึกษาทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการความโกรธสูงกว่าก่อนได้รับการทดลอง ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงการมีประสิทธิภาพในการนำสื่อมัลติมีเดียมาช่วยสอนนักศึกษาให้ควบคุมความโกรธของตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sheikhaboumasoudi และคณะ¹¹ ที่ศึกษาการพัฒนาผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ในวิชาการพยาบาลพื้นฐานของนักศึกษาพยาบาลด้วยการเรียนแบบผสมผสานระหว่าง e-learning กับการสอนแบบดั้งเดิม ในนักศึกษาจำนวน 60 คน ซึ่งผลการศึกษพบว่า คะแนนของนักศึกษากลุ่มทดลองที่เรียนแบบผสมผสาน

ระหว่าง e-learning กับ การสอนแบบดั้งเดิมสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่เรียนแบบดั้งเดิมเพียงอย่างเดียว ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า วิธีการสอนแบบผสมผสานระหว่าง e-learning กับ การสอนแบบดั้งเดิม สามารถพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลได้ และการศึกษาของ Chang and Hsu¹² ได้ศึกษาประสิทธิภาพของการนำสื่อมัลติมีเดียมาช่วยสอนเรื่องคลื่นไฟฟ้าหัวใจให้แก่ นักศึกษาพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 77 คน ผลการศึกษพบว่า ภายหลังจากที่นักศึกษากลุ่มทดลองได้เรียนรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดียมีคะแนนความรู้เรื่องคลื่นไฟฟ้าเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม¹² และยังมีอีกหลายการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการนำสื่อมัลติมีเดียมาใช้ร่วมกับการสอนตามปกติ ว่ามีผลทำให้นักศึกษามีความรู้เพิ่มขึ้นภายหลังการทดลอง^{3-6,8-9} นอกจากนั้นยังพบว่า การนำสื่อมัลติมีเดียมาใช้สอนร่วมกับการสอนตามปกติมีประสิทธิภาพในการเพิ่มทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษา เช่น ผลการศึกษาของ Bloomfield, Roberts and While¹³ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการใช้คอมพิวเตอร์ช่วยสอนร่วมกับการสอนตามปกติ ในนักศึกษาจำนวน 252 คน พบว่า ภายหลังจากทดลองคะแนนทักษะปฏิบัติของนักศึกษากลุ่มทดลองภายหลังที่ได้เรียนโดยใช้คอมพิวเตอร์ช่วยสอนร่วมกับการสอนตามปกติสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้เรียนด้วยวิธีการดั้งเดิมตามปกติอย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ Lahti, Hätönen and Välimäki¹⁴ โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลของการใช้ e-learning ในการสอนร่วมกับการสอนตามปกติของอาจารย์ต่อความรู้ทักษะ และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษพบว่า มี 11 งานวิจัยที่รายงานว่าไม่พบความแตกต่างทางสถิติด้านคะแนนความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เช่นเดียวกับผลการศึกษครั้งนี้ที่ถึงแม้ว่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะเพิ่มขึ้นภายหลังทดลองแต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติในคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ระหว่างทั้งสองกลุ่ม

สื่อมัลติมีเดียนอกจากจะมีการออกแบบโดยการถ่ายทอดความรู้ผ่านภาพและเสียง หรือแอนิเมชันซึ่งช่วยให้ผู้เรียนมีความเข้าใจในเนื้อหาได้ง่ายแล้ว การมีแบบฝึกหัดให้ผู้เรียนได้ทดลองทำหลังเรียนเนื้อหาบางส่วนช่วยให้ผู้เรียนสามารถจดจำเนื้อหาและเรียนรู้เข้าใจเนื้อหาได้มากขึ้น¹⁻² และการเรียนด้วยสื่อมัลติมีเดียร่วมกับการเรียนตามปกติ ยังช่วยให้ผู้เรียนมีความคล่องตัวในการเรียนรู้เพราะสามารถทบทวนความรู้จากสื่อมัลติมีเดียได้บ่อยครั้งเท่าที่ต้องการ¹² ทำให้ในการศึกษาครั้งนี้การที่นักศึกษากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องการสร้างสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัดเพิ่มขึ้นหลังการทดลองเกิดจากสื่อมัลติมีเดียที่นำมาใช้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่สนับสนุนว่าภาพและเสียงในสื่อมัลติมีเดียช่วยให้นักศึกษาเกิดความเข้าใจในเนื้อหาได้ง่าย^{2,5} นอกจากนั้นนักศึกษากลุ่มทดลองยังให้ข้อมูลเพิ่มเติมไว้ว่า เนื้อหาที่ได้เรียนผ่านสื่อมัลติมีเดียนั้นมีประโยชน์มากเพราะทั้งภาพและเสียงประกอบเนื้อหาช่วยกระตุ้นให้เกิดความสนใจและช่วยให้เข้าใจในเนื้อหา การที่นักศึกษาได้เห็นตัวอย่างการสร้างสัมพันธ์ภาพและวิธีการสื่อสารเพื่อการบำบัด ช่วยให้สามารถทบทวนสิ่งที่ยังไม่เข้าใจได้ดี ($\bar{x}=3.41$) รวมถึงเข้าใจการเลือกใช้เทคนิคในการสื่อสารได้มากขึ้น นอกจากนั้นยังมีความสะดวกที่นักศึกษาสามารถทบทวนเนื้อหาได้ตามที่ต้องการ ($\bar{x}=3.49$) เพราะนักศึกษาสามารถเข้าถึงเนื้อหาได้ทุกที่ทุกเวลาผ่านช่องทางออนไลน์ นักศึกษาสามารถจัดสรรเวลาในการทบทวนเนื้อหาได้ตามความต้องการของตนเอง การที่นักศึกษาได้เห็นภาพ ตัวอย่างและฟังเสียงจากสื่อได้บ่อยตามที่ต้องการ ช่วยให้นักศึกษาเรียนรู้และทำความเข้าใจในเนื้อหาได้มากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า นักศึกษาที่ได้เรียนรู้ผ่านการนำสื่อมัลติมีเดียมาใช้ในการสอนของอาจารย์ สามารถรับผิดชอบการเรียน จัดเวลาทบทวนความรู้ด้วยตนเอง และมีโอกาสได้ทบทวนความรู้บ่อยตามที่ต้องการ จะช่วยกระตุ้นให้เกิดการจดจำเกิดทักษะการเรียนรู้ที่มากขึ้น และช่วยยกระดับความรู้ให้นักศึกษา^{2,5,15} รวมถึงเกิดทัศนคติทางบวกต่อการเรียนรู้และช่วยให้ผลลัพธ์ทางการเรียนพัฒนาขึ้น⁸⁻⁹

จากผลการศึกษาที่แสดงว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติการสร้างสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัด ภายหลังจากทดลองของนักศึกษากลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อาจเกิดจากการที่นักศึกษากลุ่มทดลองได้เรียนรู้



ผ่านการสังเกตวิธีการสร้างสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัดจากตัวอย่างในสื่อมัลติมีเดีย ซึ่งตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของแบนดูรา (social cognitive learning theory) เชื่อว่าบุคคลสามารถเรียนรู้ได้ดีผ่านการสังเกตตัวแบบ¹⁵ ดังนั้นการที่นักศึกษาทดลองได้สังเกตพฤติกรรมของตัวแบบในสื่อมัลติมีเดียที่แสดงตัวอย่างการใช้เทคนิคในการสนทนาเพื่อการบำบัดในสถานการณ์จำลองช่วยให้ศึกษามีความเข้าใจในเนื้อหา มองเห็นภาพของวิธีการสร้างสัมพันธ์ภาพชัดเจนขึ้น สามารถฝึกโดยการเลียนแบบพฤติกรรมตามตัวแบบในสื่อมัลติมีเดียเพื่อช่วยเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติการสร้างสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัดในสถานการณ์จริงได้ นอกจากนี้ตามแนวคิดทฤษฎีการเชื่อมโยงของธอร์นไดค์ (Thorndike's classical connectionism) ที่เชื่อว่า การเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ดีถ้าผู้เรียนมีการทบทวนความรู้ การทำฝึกหัดหรือทดลองกระทำบ่อย ๆ (trial and error) จะส่งผลให้ผู้เรียนเกิดความมั่นใจในการลงมือปฏิบัติ ซึ่งนักศึกษากลุ่มทดลองส่วนใหญ่ได้เข้าไปศึกษาด้วยตัวเองผ่านสื่อมัลติมีเดียประมาณ 2-3 ครั้งอาจช่วยเพิ่มความเข้าใจในเนื้อหา และช่วยให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจในการลงมือปฏิบัติมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้คะแนนทักษะการปฏิบัติการสร้างสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัดของนักศึกษากลุ่มทดลองอยู่ในเกณฑ์ที่ดี

ข้อเสนอแนะ

ด้านการจัดการเรียนการสอน

1. ควรนำสื่อมัลติมีเดียมาใช้สอนร่วมกับการสอนตามปกติของอาจารย์ เพื่อเป็นการเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจก่อนการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย
2. ควรจัดเวลาให้นักศึกษามีเวลาศึกษาสื่อมัลติมีเดียด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้นักศึกษาสามารถนำความรู้ที่นำไปพัฒนาทักษะปฏิบัติการสร้างสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารเพื่อการบำบัดต่อไป

ด้านการวิจัย

1. การศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษา โดยประเมินประสิทธิภาพของการใช้สื่อมัลติมีเดียในระยะ 3 เดือน และ 6 เดือน หลังการฝึกปฏิบัติ เพื่อประเมินประสิทธิภาพระยะยาวของการใช้สื่อมัลติมีเดีย
2. ปรับรูปแบบสื่อมัลติมีเดียมีเนื้อหาที่สั้นกระชับ มีรูปแบบที่หลากหลายมากขึ้นให้เหมาะกับกลุ่มผู้เรียนในศตวรรษที่ 21

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงที่สนับสนุนทุนการวิจัย และขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการทุกท่านที่ช่วยให้การดำเนินงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

References

1. Punyoo J, Saehoong S, Kongsaktrakul C, Jongaramrung J, Srichalerm T. The effect of computer-assisted instruction of pediatric medication administration on medication administration skills among nursing students. *Ramathibodi Nursing Journal*.2019;25(2):181-95.(in Thai).
2. Mamom J. Impact of computer-mediated lesson on nursing students' knowledge and skills in giving post-operational care to spine surgery patients. *Thai Journal of Nursing Council*.2012;27(Special Issue):90-101.(in Thai).
3. Sihawong S, Katichop N, Chantakot A. The effects of multimedia learning tool on nursing students. *HCU Journal of Health Science*.2019;23(2):184-93.(in Thai).

4. Teerawatskul S, Suttineam U, Buathongjun J. Effect of lecture on nursing care of persons with neurological problems delivered by a teacher and online computer on knowledge, learning behavior, and satisfaction of nursing students. *Journal of Health and Nursing Research*.2017;33(3):101-1.(in Thai).
5. Namdej N, Ubonlyaem D, Rangsang N, Luengprateep P. Development of learning multimedia about nursing care of anxiety disorders for nursing students. *Journal of Nursing and Education*.2021;14(1):48-62. (in Thai).
6. Lamchang S, Suklertrakul T, Lamchang P. Development of pediatric medication administration multimedia for nursing students *Nursing Journal* 2019;46(1):114-25.(in Thai).
7. Prakobphol S. Design Nursing Journal and development of computer assisted instruction using ADDIE Model and concept of Gagne. *Journal of Educational Studies*.2020;14(1):17-30.(in Thai).
8. Ismail LMN. Effect of Instructional multimedia methods on learning outcomes among nursing students in selected topic of health assessment. *International Academic Journal of Health, Medicine and Nursing*. 2018;1(2):11-29.
9. Rita SH, Suyitno M, Zulfiati S. Interactive multimedia to improve the students' ability of teacher training and education faculty in learning strategy course. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 2020;24(1):592-7.
10. Sadagheyani HE, Tatari F, Raoufian H, Salimi P, Gazerani A. The effect of multimedia-based education on students' anger management skill. *Educación Médica [Internet]*.2021 May 1 [cited 2021 Oct 11]; 22(3):149-55. Available from:<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsdoj&AN=edsdoj.bdc681c367db48d19ccaa86b4953c322>
11. Sheikhaboumasoudi R, Bagheri M, Hosseini SA, Ashouri E, Elahi N. Improving Nursing Students' Learning Outcomes in Fundamentals of Nursing Course through Combination of Traditional and e-Learning Methods. *Iranian Journal of Nursing & Midwifery Research [Internet]*. 2018 May [cited 2021 Oct 11];23(3):217-21. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=129524491>
12. Chang M, Hsu L. Multimedia instruction: its efficacy in nurse electrocardiography learning. *Journal of Nursing [Internet]*. 2010 Aug [cited 2021 Sep 12];57(4):50-8. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=105080002>
13. Bloomfield J, Roberts J, While A. The effect of computer-assisted learning versus conventional teaching methods on the acquisition and retention of handwashing theory and skills in pre-qualification nursing students: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies [Internet]*. 2010 Jan 1 [cited 2021 Oct 11];47(3):287-94. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselp&AN=S002074890900279>
14. Lahti M, Hätönen H, Välimäki M. Impact of e-learning on nurses' and student nurses knowledge, skills, and satisfaction: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies [Internet]*. 2014 Jan 1 [cited 2021 Oct 11];51(1):136-49. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselp&AN=S0020748912004592>
15. Bandura, A. *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press;1977.



องค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลของรัฐ ระดับทุติยภูมิ

The Components of Charge Nurse Competency at the Surgical Ward in the Public Secondary Level

วรา เขียวประทุม¹ สมพันธ์ หิญชีระนันท์² ปราณี มีหาญพงษ์²

Vara Khiewpratum¹ Sompan Hinjiranant² Pranee Meehanpong²

¹นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

¹Graduated Student of Master of Nursing Science, Faculty of Nursing, Christian University of Thailand

²Faculty of Nursing, Christian University of Thailand

Corresponding author: Vara Khiewpratum; Email: khiewpratum@gmail.com

Received: March 29, 2021 Revised: July 1, 2021 Accepted: July 27, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และกำหนดองค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยศัลยกรรมในโรงพยาบาลของรัฐระดับทุติยภูมิ กลุ่มประชากรที่ใช้ คือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 214 คนที่มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อยหนึ่งปี และได้รับมอบหมายให้เป็นหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยศัลยกรรม ในโรงพยาบาลของรัฐ ระดับทุติยภูมิ เขตบริการสุขภาพที่ 5 จำนวน 11 โรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมา ประกอบด้วยสองส่วนคือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล และ 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยศัลยกรรม ใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .91 มีความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจด้วยวิธีสกัดตัวประกอบหลัก หมุนแกนตัวประกอบด้วยอโรทอนอลด้วยวิธีแวนิแมกซ์ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ องค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลของรัฐระดับทุติยภูมิ มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ มี 12 ตัวแปร คำนวณหักองค์ประกอบ .37-.78 2) ด้านคุณธรรมและจริยธรรม มี 15 ตัวแปร คำนวณหักองค์ประกอบ .43-.79 3) ด้านภาวะผู้นำ มี 14 ตัวแปร คำนวณหักองค์ประกอบ .41-.72 4) ด้านความเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพ มี 7 ตัวแปร คำนวณหักองค์ประกอบ .52-.65 5) ด้านทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพ มี 8 ตัวแปร คำนวณหักองค์ประกอบ .44-.64 และ 6) ด้านการบริหารจัดการ มี 4 ตัวแปร คำนวณหักองค์ประกอบ .33-.35 จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ควรหาความสัมพันธ์ หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดการเชิงลึก สามารถทำการวิจัยที่ขยายประชากรและกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มพยาบาล หัวหน้าเวรหอผู้ป่วยการพยาบาลสาขาอื่น ๆ ที่มากขึ้น

คำสำคัญ: การวิเคราะห์องค์ประกอบ; บริหารการพยาบาล; สมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวร



The Components of Charge Nurse Competency at the Surgical Ward in the Public Secondary Level

Vara Khiewpratun¹ Sompan Hinjiranant² Pranee Meehanpong²

¹Graduated Student of Master of Nursing Science, Faculty of Nursing, Christian University of Thailand

²Faculty of Nursing, Christian University of Thailand

Corresponding author: Vara Khiewpratun; Email: khiewpratun@gmail.com

Received: March 29, 2021 Revised: July 1, 2021 Accepted: July 27, 2021

Abstract

The aim of this descriptive study was to analyze and determine the competence of charge nurses in surgical wards in public secondary level hospitals. The sample consisted of 214 professional nurses, who had been working for at least one year as charge nurses in surgical wards of 11 public secondary level hospitals in the 5th Health District. The research instruments consisted of questionnaires that included: 1) personal information and 2) a five-point rating scale on the competencies of the charge nurses. The content validity was .91. The reliability of the instrument was calculated using Cronbach's alpha coefficient which was .978. Data were analyzed using exploratory factor analysis and principal component analysis. Spindle rotation consisted of orthogonal rotation using the Varimax method. The findings of this study were as follows: the six components of charge nurse competency in the surgical ward were: 1) technology and information with 12 variables factor loading .37-.78 2) moral and ethical aspects with 15 variables factor loading .43-.79 3) leadership with 14 variables factor loading .41-.72 4) professional expertise with 7 variables factor loading .52-.65 5) communication and relationship skills with 8 variables factor loading .44-.64 and 6) management with 4 variables factor loading .33-.35. This research suggests that relationships or related factors should be identified for further management. More research studies can be conducted in a larger population and sample size among nurses, charge nurses, and other groups

Keywords: factor analysis; nursing management; charge nurse competency



ความเป็นมาและความสำคัญ

พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้บริหารระดับต้น¹ มีความรับผิดชอบบริหารการพยาบาลในระดับหน่วยงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ของกลุ่มการพยาบาล ซึ่งการปฏิบัติงานพบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่องตลอดเวลา 24 ชั่วโมง ซึ่งตรงข้ามกับผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการที่ต้องได้รับการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทุกคน ต้องผลัดเปลี่ยนกันทำหน้าที่ในบทบาทต่าง ๆ เช่น การเป็นหัวหน้าเวร การเป็นหัวหน้าทีม และการเป็นสมาชิกทีม ซึ่งบทบาทการเป็นหัวหน้าเวร (charge nurse) ต้องรับผิดชอบภารกิจเกี่ยวกับการบริหารการพยาบาลทุกอย่างในเวรแทนหัวหน้าหอผู้ป่วย ในช่วงเวลาที่หัวหน้าหอผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติ¹ การให้การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง โดยการผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนผู้ปฏิบัติงานเป็นเวรเช้า เวรบ่ายและเวรดึก โดยมีพยาบาลหัวหน้าเวรทำหน้าที่แทนผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ทำหน้าที่จัดให้มีการบริการพยาบาลการดูแลที่มีคุณภาพแก่ผู้ป่วยในทีม และมอบหมายงานแก่บุคลากรให้ปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ จึงถือว่าพยาบาลหัวหน้าเวรทำหน้าที่เป็นผู้บริหารระดับต้นเช่นเดียวกับหัวหน้าหอผู้ป่วย แตกต่างกันเฉพาะในขอบเขตงานและปริมาณงานที่รับผิดชอบเท่านั้น²⁻³ พยาบาลหัวหน้าเวรจึงต้องมีสมรรถนะทั้งด้านการปฏิบัติการพยาบาลและทางด้านการบริหารการพยาบาล¹ ซึ่งเป็นสมรรถนะที่มีความสัมพันธ์กัน สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลนั้น พยาบาลหัวหน้าเวรมีหน้าที่ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ในความรับผิดชอบให้สอดคล้องกับแผนทางการรักษาของแพทย์ และการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต้องสอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาล ส่วนสมรรถนะด้านการบริหาร พยาบาลหัวหน้าเวรมีหน้าที่ประเมินและวางแผนการปฏิบัติงานรายวันของสมาชิกทีมในเวร ให้ปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{2,4} โดยเฉพาะการพยาบาลที่มีคุณภาพจะทำให้เกิดความปลอดภัยต่อสมาชิกในเวรและปลอดภัยต่อผู้ป่วย³ พยาบาลหัวหน้าเวรมีหน้าที่ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ได้การพยาบาลที่สอดคล้องกับผู้ป่วยและญาติ และต้องสอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลที่ส่งเสริมต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและเกิดความพึงพอใจต่อบริการ ไม่มีข้อร้องเรียนเกิดขึ้นและมีการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล รวมทั้งการดูแลเครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้พร้อมใช้ในเวร

จากการทบทวนวรรณกรรมและวิจัยในฐานะเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานการพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมในโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคไม่ต้อผ่าตัด โรคที่ต้องได้รับการผ่าตัด และผู้ป่วยบางส่วนที่การดูแลเกินศักยภาพต้องได้รับการส่งตัวเพื่อไปรักษาในโรงพยาบาลที่ใหญ่กว่า เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่ปลอดภัยและสามารถประเมินผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้งที่ และจากแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ งานศัลยกรรมเป็นส่วนหนึ่งของแผนการพัฒนาที่พบปัญหาการแออัดของหน่วยบริการในระดับตติยภูมิที่ให้บริการกับผู้ใช้บริการทุกระดับ ทำให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพิ่มศักยภาพของหน่วยบริการในระดับตติยภูมิและเพิ่มศักยภาพของบุคลากรให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น ลดการส่งต่อ และหรือถ้าต้องส่งต่อ ต้องส่งต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยและผู้ใช้บริการปลอดภัย ได้รับบริการที่มีมาตรฐาน⁵ พยาบาลหัวหน้าเวร ซึ่งต้องทำหน้าที่ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงผู้ใช้บริการต่าง ๆ ที่ต้องมีการวางแผนการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาลและต้องทำหน้าที่ด้านบริหารคือการกำกับติดตามการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมในเวรให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยและญาติ ลดการเกิดอุบัติเหตุและเกิดข้อร้องเรียน ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยศัลยกรรม เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติการเป็นหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยศัลยกรรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ช่วยให้พยาบาลหัวหน้าเวรที่มีอายุงานน้อยมีความมั่นใจในการบริหารงานและปฏิบัติการพยาบาลได้ และมีการเตรียมความพร้อมในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรที่มีคุณภาพของหอผู้ป่วยศัลยกรรมต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยศัลยกรรมในโรงพยาบาลของรัฐระดับทุติยภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้ ได้จากการทบทวนวรรณกรรมโดยเฉพาะผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลหัวหน้าเวร เพื่อนำมาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้แก่ สมรรถนะของผู้บริหารทางการพยาบาล ของสำนักการพยาบาล⁶ องค์ประกอบสมรรถนะด้านผู้นำและการจัดการของสภาการพยาบาล^{2,7} และการทบทวนวรรณกรรม และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยทั้งในระดับประเทศและต่างประเทศ ผู้วิจัยได้นำความรู้ จากการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาเพื่อกำหนดองค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวร หอผู้ป่วยศัลยกรรม โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ห้วงองค์ประกอบในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณซึ่งได้องค์ประกอบสมรรถนะ ออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านภาวะผู้นำ 2) ด้านการบริหารจัดการ 3) ด้านทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพ 4) ด้านคุณธรรม และจริยธรรม 5) ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ และ 6) ด้านความเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการดำเนินการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2563-ตุลาคม พ.ศ.2563

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานเป็นหัวหน้าเวรหอผู้ป่วย ศัลยกรรม โรงพยาบาลของรัฐระดับทุติยภูมิ เขตบริการสุขภาพเขต 5 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีทั้งหมด จำนวน 11 โรงพยาบาล ได้แก่พยาบาลวิชาชีพที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งของ สภาการพยาบาล และได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยศัลยกรรมตั้งแต่ 1 ปี ขึ้น ไป ในโรงพยาบาลของรัฐระดับทุติยภูมิ เขตบริการสุขภาพ เขต 5 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 11 โรงพยาบาล มีพยาบาลที่ปฏิบัติงานเป็นหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั้งหมดจำนวน 235 คน โดยสัดส่วนจำนวนตัวอย่าง อย่างน้อยที่สุด 3 รายต่อ 1 ตัวแปร⁸ จึงเลือกพยาบาลทั้งหมดที่ปฏิบัติในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 235 คน ได้รับแบบสอบถามตอบกลับจำนวน 214 คน คิดเป็นร้อยละ 91.06 กลุ่มประชากร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานะการศึกษา ระยะเวลาที่ ทำงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ และระยะเวลาที่รับผิดชอบการเป็นหัวหน้าเวรที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นเรื่องสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยศัลยกรรมในโรงพยาบาล ของรัฐ ระดับทุติยภูมิ เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ⁹ มี ข้อคำถาม 60 นำไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไขตามผู้ทรงคุณวุฒิ

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยการคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index for scale) ของเครื่องมือวิจัยทั้งฉบับ จากการพิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับคำนิยามตัวแปรการวิจัยของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน โดยผู้วิจัยนำคะแนนของผู้ทรงคุณวุฒิที่เห็นมีความสอดคล้องมาคำนวณค่าดัชนีความเที่ยงตรง และปรับปรุงในข้อที่ได้รับความแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้เลือกใช้วิธีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ทั้งฉบับ ได้ค่า SCVI .91 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการแก้ไขปรับปรุง

แล้วไปหาค่าความเที่ยง (reliability) โดยการนำไปทดลอง (try out) กับพยาบาลวิชาชีพซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่วิจัย จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .98 การทดสอบเมตริกซ์เอกลักษณ์ (Identity matrix) ด้วยการใช้สถิติทดสอบของบาร์ทเลท (Bartlett's test of sphericity) โดยพิจารณาที่ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ .05 การศึกษาในครั้งนี้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ค่าไคเซอร์-เมเยอร์-ออลกิน (The Kaiser-Mayer-Olkin=KMO) ค่าที่เหมาะสม คือค่าที่เข้าใกล้ 1 ค่าที่น้อยกว่า .5 คือค่าที่ไม่สามารถยอมรับในการวิเคราะห์องค์ประกอบได้ การวิจัยครั้งนี้ ได้ค่า KMO เท่ากับ .96

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตทำวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยคริสเตียน ตามเอกสารรับรองเลขที่ น.15/2562 เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2563 ผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (consent form) เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มประชากรตอบแบบสอบถามตั้งแต่เริ่มต้น ตลอดกระบวนการเก็บข้อมูล และการนำเสนอผลงานวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัย มีอิสระที่จะยุติการให้ข้อมูลได้ รวมทั้งสามารถยุติการตอบแบบสอบถามในขั้นตอนใดก็ได้ของการวิจัยและขอข้อมูลกลับคืนได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องบอกเหตุผล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้ 1) ผู้วิจัยขอหนังสือรับรองจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ และทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยคริสเตียนถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐ ระดับทุติยภูมิ เขตบริการสุขภาพเขต 5 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 11 แห่ง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บข้อมูล เพื่อขออนุมัติในการดำเนินการวิจัย 2) เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว จึงดำเนินการติดต่อไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบงานวิจัยของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล 3) ส่งแบบสอบถามไปยังหน่วยที่รับผิดชอบงานวิจัยของโรงพยาบาลทั้ง 11 แห่ง และให้ส่งแบบสอบถามที่ทำเสร็จส่งกลับคืนที่หน่วยงานที่รับผิดชอบงานวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการส่งและรับแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยนัดเวลาในการขอรับแบบสอบถามคืนภายใน 2 สัปดาห์ หรือส่งทางไปรษณีย์ ไม่เกิน 2 สัปดาห์ 4) ผู้วิจัยติดตามแบบสอบถามจากผู้ประสานงาน แล้วนำแบบสอบถามมารวบรวม ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืน คัดเลือกฉบับที่ตอบครบถ้วนสมบูรณ์ทำการวิเคราะห์ โดยแบบสอบถามที่ได้ส่งไปจำนวน 235 คน ได้กลับคืนมาทั้งสิ้น 214 คน คิดเป็นร้อยละ 91.06

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาในครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. แบบสอบถามตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ (percentage) และ ค่าเฉลี่ย (mean)
2. ข้อมูลที่ได้จากความคิดเห็น ตอนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการกำหนดสมรรถนะเพื่อนำมาวิเคราะห์ตัวแปรและกำหนดน้ำหนักตัวแปรอาศัยหลักเกณฑ์ทางสถิติ เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) ในขั้นการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis: EFA) โดยใช้วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบที่สำคัญ (Principal component analysis: PCA) การหมุนแกนปัจจัยแบบออร์โธโกนอล (Orthogonal rotation) ด้วยวิธีเวริแมกซ์ (Varimax) ที่มีค่าไอแกมมากกว่าหรือเท่ากับ 1 และเกณฑ์ในการจัดองค์ประกอบซึ่งจะต้องมีตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบ ตั้งแต่ 3 ตัวแปรขึ้นไป โดยแต่ละตัวแปรนั้นต้องมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ตั้งแต่ .30 ขึ้นไป⁸



ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ประชากรที่กำหนด เป็นเพศหญิงจำนวน 211 คน คิดเป็นร้อยละ 98.6 และเพศชาย จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.4 ส่วนมากมีอายุอยู่ในช่วง 26-30 ปี จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 22.4 และรองลงมา คือ ช่วงอายุ 20-25 ปี จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 21 ส่วนช่วงอายุ 56-60 ปี จำนวน 11 คน น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.1 การศึกษาส่วนใหญ่จบปริญญาตรีจำนวน 207 คน คิดเป็นร้อยละ 96.7 ระยะเวลาการทำงานเป็นพยาบาลวิชาชีพถึงปัจจุบัน ส่วนมากอยู่ในช่วง 1-5 ปี จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 37.9 และ รองลงมาคือ ช่วง 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 12.1 ส่วนช่วงการทำงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ มากกว่า 30 ขึ้นไป น้อยที่สุด จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 17 และระยะเวลาที่รับผิดชอบการเป็นหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยตลยกรรม ส่วนมากอยู่ในช่วง มากกว่า1-5 ปี จำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 45.8 และรองลงมาคือ ช่วง 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.8 ส่วนช่วงระยะเวลาที่รับผิดชอบการเป็นหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยตลยกรรม มากกว่า 30 ปี น้อยที่สุด จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.4

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบและระดับสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยตลยกรรมโรงพยาบาลของรัฐระดับทุติยภูมิ มีจำนวน 60 ตัวแปร ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ที่มีค่าไอเกนมากกว่าหรือเท่ากับ 1 (ค่าต่ำสุด-สูงสุด) 1.01-34.42 โดยมีองค์ประกอบที่ 1 มีค่าไอเกนสูงสุด สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 57.36 และเมื่อพิจารณาเกณฑ์ในการจัดองค์ประกอบซึ่งจะต้องมีตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบ ตั้งแต่ 3 ตัวแปร ขึ้นไป โดยแต่ละตัวต้องมีค่าน้ำหนักตั้งแต่ .30 ขึ้นไป ทั้ง 6 องค์ประกอบสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 72.42 ตามตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 แสดงค่าความเชื่อมั่น ค่าไอเกน จำนวนตัวแปร ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ร้อยละของความแปรปรวน และร้อยละสะสมของความแปรปรวน ในแต่ละองค์ประกอบสมรรถนะ

องค์ประกอบที่	ค่าความเชื่อมั่น	ค่าไอเกน	จำนวนตัวแปร	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ	ร้อยละของความแปรปรวน	ร้อยละสะสมของความแปรปรวน
1. ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ	.97	34.42	12	.37-.78	57.36	57.36
2. ด้านคุณธรรมและจริยธรรม	.96	3.34	15	.43-.79	5.57	62.93
3. ด้านภาวะผู้นำ	.96	2.06	14	.41-.72	3.43	66.37
4. ด้านความเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพ	.95	1.35	7	.52-.65	2.25	68.62
5. ด้านทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพ	.93	1.27	8	.44-.64	2.11	70.73
6. ด้านการบริหารจัดการ	.88	1.01	4	.33-.35	1.68	72.41



ตารางที่ 2 แสดงพฤติกรรมตัวแปร และน้ำหนักตัวประกอบของแต่ละตัวแปรขององค์ประกอบ

องค์ประกอบที่	ลำดับที่	ตัวแปรที่	พฤติกรรมตัวแปร	น้ำหนักตัวประกอบ
1	1	48	การให้ความสำคัญในการส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศการสื่อสารที่หลากหลายเพื่อคุณภาพการบริการ	.78
	2	44	ความสามารถในการจัดระบบข้อมูลและสารสนเทศทางพยาบาลที่มีประสิทธิภาพเอื้อต่อการใช้ประโยชน์และการเข้าถึงข้อมูล	.78
	3	46	ความสามารถในการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ประโยชน์ในการจัดเก็บและเผยแพร่องค์ความรู้	.77
	4	45	ความสามารถในการใช้สารสนเทศทางพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพการบริการและการบริหารงานในหน่วยงาน	.77
	5	43	ความสามารถในการเลือกเทคโนโลยีใหม่ ๆ มาประยุกต์ในการพัฒนางานบริการได้เหมาะสมและต่อเนื่อง	.74
	6	41	ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการบริหารงานในหอผู้ป่วย	.74
	7	42	ความสามารถในการประเมินความเหมาะสมของการใช้ระบบสารสนเทศในการพัฒนางาน และมีการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	.72
	8	49	การมีส่วนร่วมในการจัดเก็บข้อมูลและ การพัฒนาระบบสารสนเทศในหน่วยงาน	.69
	9	47	การใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยและบุคลากรทุกระดับได้อย่างเหมาะสม	.68
	10	50	การปรับตัวด้านเทคโนโลยีสารสนเทศให้สอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรมและยึดหลักปฏิบัติตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง	.66
	11	53	ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และพัฒนารูปแบบงานบริการโดยคำนึงถึงคุณค่า ความเชื่อ และวิถีของผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่อง	.56
2	12	19	การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงานแก่ผู้ได้บังคับบัญชาอย่างมีประสิทธิภาพ	.37
	1	22	ความซื่อสัตย์สุจริตปฏิบัติหน้าที่ด้วยความถูกต้องโปร่งใส	.79
	2	23	การยึดมั่นปฏิบัติตามจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ อาทิการรักษา วาจาและการรักษาความลับของผู้ป่วย	.78
	3	25	ความยุติธรรมและเอื้ออาทรต่อผู้รับบริการและผู้ได้บังคับบัญชา	.77
	4	26	การดำรงรักษาชื่อเสียงของหน่วยงาน องค์การวิชาชีพ และประเทศชาติ	.73
	5	30	การให้การพยาบาลภายใต้จรรยาบรรณวิชาชีพ กฎหมาย และข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง	.72
	6	21	ความสามารถในการพยาบาลด้วยความเมตตา กรุณา คำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ใช้บริการ เคารพในคุณค่า ความเชื่อ และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์	.71
7	24	ความตรงต่อเวลา รับผิดชอบในหน้าที่และงานที่ได้รับมอบหมาย เสียสละความสุขส่วนตัวเพื่อภารกิจที่จำเป็น	.68	



องค์ประกอบที่	ลำดับที่	ตัวแปรที่	พฤติกรรมตัวแปร	น้ำหนักตัวประกอบ
3	8	28	การตระหนักในข้อจำกัดสมรรถนะตนเอง ไม่เสี่ยงในการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลเสียต่อผู้ใช้บริการและปรึกษาผู้รู้อย่างเหมาะสมเพื่อความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ	.64
	9	27	ความสามารถในการใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมในการตัดสินใจแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน	.63
	10	31	ความสามารถในการติดต่อสื่อสารได้ตรงประเด็น ชัดเจน เข้าใจง่าย	.63
	11	32	ทักษะการรับฟังผู้อื่นอย่างตั้งใจ ให้ความสนใจกับผู้ป่วยและสรุปประเด็นการฟังได้ชัดเจนถูกต้อง	.58
	12	29	การปกป้องผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการถูกละเมิด หรือได้รับการปฏิบัติที่ผิดหลักคุณธรรม จริยธรรม อย่างเหมาะสม	.55
	13	57	ความสามารถพิทักษ์สิทธิในการให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างมีจริยธรรมและปลอดภัย	.51
	14	59	ความประพฤติที่แสดงออกเหมาะสมกับการเป็นพยาบาลที่ดี เป็นที่ยอมรับแก่บุคคลทั่วไป	.50
	15	18	ความสามารถในการบริหารความเสี่ยงและจัดการความปลอดภัยในหน่วยงาน	.43
	1	3	ความสามารถในการสร้างและพัฒนาทีมงานให้มีประสิทธิภาพ โดยการมีส่วนร่วมของสมาชิกทีมทุกคน	.72
	2	5	ความกล้าหาญ กล้าคิด กล้าพูด กล้าทำในสิ่งที่ถูกต้องและกล้าเผชิญปัญหา ต่าง ๆ ด้วยความมั่นใจ	.71
	3	4	ความสามารถในการใช้กลยุทธ์โน้มน้าวจิตใจบุคลากรในทีมงาน ให้มุ่งปฏิบัติงานให้สำเร็จตามเป้าหมาย	.69
	4	2	การคิดเชิงระบบ มีเหตุผล มองภาพองค์รวม เพื่อนำสู่การตัดสินใจที่ดี	.66
	5	8	การให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะกับผู้ใต้บังคับบัญชาได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับมาตรฐานการปฏิบัติงาน	.66
	6	7	ความสามารถในการมอบหมายงานผู้ใต้บังคับบัญชาได้อย่างเหมาะสมกับความรู้ ความสามารถของแต่ละบุคคล	.65
	7	9	การสนับสนุนให้ผู้ใต้บังคับบัญชาพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติพยาบาลอย่างต่อเนื่องให้มีความรู้และแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกับเทคโนโลยีใหม่ ๆ	.63
8	1	ความมุ่งมั่นในการทำงานให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายของหน่วยงานที่กำหนดไว้	.63	
9	10	การเป็นผู้นำหรือริเริ่มทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดูแลทางการพยาบาลที่ทันสมัยและมีคุณภาพ สามารถจูงใจและโน้มน้าวผู้ใต้บังคับบัญชาให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ	.62	
10	14	การเปิดโอกาสและสนับสนุนบุคลากรทุกระดับให้มีส่วนร่วมในการวางแผน และกำหนดเป้าหมายของหน่วยงาน	.58	
11	15	การเปิดโอกาสและสนับสนุนบุคลากรทุกระดับให้มีส่วนร่วมในการวางแผน และกำหนดเป้าหมายของหน่วยงาน	.57	



องค์ประกอบที่	ลำดับที่	ตัวแปรที่	พฤติกรรมตัวแปร	น้ำหนักตัวประกอบ
4	12	6	การยอมรับความคิดเห็นผู้อื่นและรู้จักนำความคิดเห็นที่ดีและเหมาะสมไปใช้	.56
	13	11	ความเข้าใจนโยบายหลัก เป้าหมายและแผนกลยุทธ์ระดับองค์กร	.52
	14	20	ความสามารถในการติดตามนิเทศ ควบคุม กำกับ ดูแลและปรับปรุงให้บุคลากรทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ	.41
	1	60	ความสามารถในการเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการในที่ประชุมหรือการตีพิมพ์ในวารสารหรือนำเสนอผลงานทั้งในและต่างประเทศ	.65
	2	52	ความสามารถในการวางแผนให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลและทฤษฎีทางการพยาบาล และยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม	.59
	3	54	ความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะสาขาอย่างชำนาญ	.58
	4	51	ความเชี่ยวชาญและการเป็นต้นแบบด้านการพยาบาลที่ได้มาตรฐานระดับสากล	.57
	5	55	ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ ทักษะและนิเทศการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะสาขาได้อย่างมีประสิทธิภาพ	.55
5	6	56	ความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหาการดูแลเชิงจริยธรรมและแสดงความคิดเห็นเพื่อแก้ปัญหาทั้งในระดับหน่วยงานและองค์กร	.55
	7	58	ความสามารถในการสร้างเครือข่ายหรือพันธมิตรในวิชาชีพและใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและปรับปรุงการพยาบาล	.52
	1	38	ความสามารถให้การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมด้วยทักษะการสื่อสารได้อย่างถูกต้องเหมาะสม	.64
	2	34	ความสามารถในการใช้ภาษาต่างประเทศ เช่น ภาษาอังกฤษ ญี่ปุ่น จีน พม่า ได้อย่างน้อยหนึ่งภาษาและเหมาะสมกับเชื้อชาติและวัฒนธรรม	.63
	3	39	การมีทักษะการเจรจาต่อรองและความสามารถในการจัดการความขัดแย้ง	.60
	4	35	ความสามารถในการประยุกต์เทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับการติดต่อสื่อสาร	.59
	5	40	ความสามารถสร้างบรรยากาศด้วยทักษะการสื่อสารที่เอื้อต่อการทำงาน มีความรัก และสามัคคีในทีมงาน	.54
	6	37	ความสามารถในการให้ข้อมูลป้อนกลับเชิงสร้างสรรค์ต่อสมาชิกในทีมได้ถูกต้องเหมาะสม	.48
6	7	36	ความสามารถในการประสานงานและขอความร่วมมือกับทีมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ	.48
	8	33	ทักษะการเขียนถูกต้องตามหลักไวยากรณ์และมีเนื้อหาครบถ้วน ชัดเจน ครอบคลุมประเด็นสำคัญ	.44
	1	17	ความสามารถในการนำมาตรฐานการพยาบาลมาใช้ในการควบคุมตรวจสอบและประเมินผลการพยาบาล	.35



องค์ประกอบที่	ลำดับที่	ตัวแปรที่	พฤติกรรมตัวแปร	น้ำหนักตัวประกอบ
	2	13	ความสามารถร่วมกำหนดยุทธวิธีการทำงาน อาทิ การจัดการความเสี่ยงทางคลินิกได้เหมาะสม เพื่อตอบสนองนโยบายและเป้าหมายของฝ่ายการพยาบาล	.35
	3	12	ความสามารถในการจัดทำแผนปฏิบัติงาน ได้แก่ แผนพัฒนาบุคลากร แผนพัฒนางาน และแผนงบประมาณ	.34
	4	16	ความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดผลสำเร็จในการปฏิบัติงาน	.33

ผลการพิจารณาการตั้งชื่อแต่ละด้านซึ่งเป็นการรวมกลุ่มของสมรรถนะที่มีความสัมพันธ์กัน โดยการตั้งชื่อให้สื่อถึงองค์ประกอบทุกตัวของแต่ละสมรรถนะ ดังนี้ 1) สมรรถนะด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ มีจำนวน 12 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักตัวประกอบตั้งแต่ .37-.78 2) สมรรถนะด้านคุณธรรมและจริยธรรม มี 15 ตัวแปร ค่าน้ำหนักตัวประกอบตั้งแต่ .43-.79 3) สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ มีจำนวน 14 ตัวแปร ค่าน้ำหนักตัวประกอบตั้งแต่ .41-.72 4) สมรรถนะด้านความเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพ มีจำนวน 7 ตัวแปร ค่าน้ำหนักตัวประกอบตั้งแต่ .52-.65 5) สมรรถนะด้านทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพ มีจำนวน 8 ตัวแปร ค่าน้ำหนักตัวประกอบตั้งแต่ .44-.64 และ 6) สมรรถนะด้านการบริหารจัดการ มีจำนวน 4 ตัวแปร ค่าน้ำหนักตัวประกอบตั้งแต่ .33-.35

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าภาวะวิเคราะห้และกำหนดองค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยศัลยกรรมในโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิ มีดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบ เท่ากับ 34.42 คิดเป็นร้อยละ 57.36 ของความแปรปรวนทั้งหมด อธิบายได้ด้วยตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักตัวประกอบตั้งแต่ .37-.87 จำนวน 12 ตัวแปร ซึ่งปัจจุบันเทคโนโลยีก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว องค์การนำเทคโนโลยีมาช่วยในการจัดการความรู้ได้อย่างเป็นระบบเพื่อการเตรียมความพร้อมของบุคลากรเพื่อรองรับการพัฒนาระบบงาน พยาบาลหัวหน้าเวรควรต้องมีสมรรถนะด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศและให้ความสำคัญกับการจัดการความรู้ผ่านเทคโนโลยี สามารถค้นหาข้อมูลได้รวดเร็วและช่วยพัฒนาองค์การให้เป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ ช่วยให้ระบบบริหารพยาบาลทั้งด้านการปฏิบัติการพยาบาล การบริหารจัดการ การติดต่อสื่อสาร และการจัดการข้อมูลและการบันทึกต่างๆ ของหน่วยงานเป็นระบบ สอดคล้องกับการศึกษาของ Deemuang¹⁰ ที่พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยควรมีความสามารถในการค้นหาข้อมูลหรือความรู้จากฐานข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตและใช้ประโยชน์จากคอมพิวเตอร์ได้เป็นอย่างดี หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องแสวงหาองค์ความรู้ใหม่นำมาใช้ในการพัฒนางานและพัฒนาความรู้ความสามารถอย่างต่อเนื่อง การให้ความสำคัญกับการใช้เทคโนโลยี และการจัดเก็บข้อมูล

องค์ประกอบที่ 2 ด้านคุณธรรมและจริยธรรม มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบ เท่ากับ 3.34 คิดเป็นร้อยละ 5.57 ของความแปรปรวนทั้งหมด อธิบายได้ด้วยตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักตัวประกอบตั้งแต่ .43-.79 จำนวน 15 ตัวแปร คุณธรรมและจริยธรรม เป็นรากฐานของการพัฒนาวิชาชีพพยาบาล การได้รับความไว้วางใจจากคนรอบข้าง การช่วยตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมเมื่อต้องเผชิญกับประเด็นที่ขัดแย้งเชิงจริยธรรมในยุคที่เทคโนโลยีก้าวหน้า และประชาชนมีความรู้ในเรื่องสุขภาพและสิทธิประโยชน์ของตนเองมากขึ้น เพื่อให้เกิดข้อขัดแย้งและข้อร้องเรียนน้อยที่สุดถึงไม่เกิดขึ้นเลย พยาบาลหัวหน้าเวรในฐานะเป็นผู้นำต้องมีความประพฤติและการปฏิบัติตามจรรยาบรรณให้เป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้ใต้บังคับบัญชา ซึ่งคุณธรรมและจริยธรรมเป็นหลักหนึ่งในการบริหารแบบธรรมาภิบาล ซึ่งเป็นการบริหารองค์กรพยาบาลในศตวรรษที่ 21 สอดคล้องกับที่สภาการพยาบาล¹¹ อธิบายไว้ว่า คุณสมบัติของพยาบาลด้านคุณธรรม



และจริยธรรมเป็นจุดเด่นของวิชาชีพพยาบาล การมีความซื่อสัตย์ สุจริต การยึดมั่นปฏิบัติตามจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ ควบคู่กับความรู้ และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเมตตา กรุณา คำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ใช้บริการ เคารพในคุณค่า ความเชื่อ และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์¹² เพื่อให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการทั้งองค์รวมของผู้รับบริการอย่างมีคุณภาพ

องค์ประกอบที่ 3 ด้านภาวะผู้นำ มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบ เท่ากับ 2.06 คิดเป็นร้อยละ 3.43 ของความแปรปรวนทั้งหมด อธิบายได้ด้วยตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักตัวประกอบตั้งแต่ .41-.72 จำนวน 14 ตัวแปร สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ เป็นสมรรถนะหลักของวิชาชีพที่ต้องแสดงภาวะผู้นำ การมีความรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการ เป็นผู้นำที่มีความมุ่งมั่น สามารถในการวางแผนการปฏิบัติงานในหน่วยงานเพื่อให้เกิดความสำเร็จในงาน มีความคิดเชิงระบบ มีเหตุผล มีการตัดสินใจที่ดี กล้าคิดกล้าพูดและกล้าทำ เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพที่ต้องเป็นหัวหน้าเวรต้องมีภาวะผู้นำเพื่อสร้างและพัฒนาทีมงานให้มีประสิทธิภาพต่อวิชาชีพ ผู้นำจึงต้องพยายามที่จะทำให้บุคคลในองค์กรได้ใช้ศักยภาพของตนเองและสามารถปฏิบัติงานได้ด้วยความมั่นใจยิ่งขึ้น สอดคล้องกับที่ Deemuang¹⁰ ได้ศึกษาและระบุไว้ว่าผู้นำในอนาคตจะต้องมีการพัฒนาและปรับเปลี่ยนบทบาทตนเองให้ซับซ้อนขึ้น เนื่องจากหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยศัลยกรรมเป็นบุคคลหนึ่งที่สามารถขับเคลื่อนหน่วยงานและทำให้องค์กรพยาบาลประสบความสำเร็จ ผู้นำที่ดี คือ ผู้ที่คนอื่นอยากทำตามและเดินตาม การปฏิบัติงานของผู้นำสร้างความรู้สึกลอยลางทำงานของผู้ใต้บังคับบัญชา สอดคล้องกับที่ Marquis & Huston¹³ กล่าวว่าผู้บริหารระดับต้นซึ่งคือหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยศัลยกรรม เป็นผู้นำสร้างบรรยากาศภายในหอผู้ป่วยให้เกิดแรงจูงใจ เป็นผู้สร้างสุขให้กับสมาชิกในทีม

องค์ประกอบที่ 4 ด้านเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพ ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะด้านเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพ มีค่าความแปรปรวนของตัวประกอบ เท่ากับ 1.35 คิดเป็นร้อยละ 2.25 ของความแปรปรวนทั้งหมด อธิบายได้ด้วยตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักตัวประกอบตั้งแต่ .52-.65 จำนวน 7 ตัวแปร ด้านเชี่ยวชาญเชิงวิชาชีพเป็นสมรรถนะที่ทำให้พยาบาลหัวหน้าเวร สามารถนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลและมาบูรณาการระบบงานที่สำคัญกับการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยเฉพาะการประเมินอาการแรกรับและอาการเปลี่ยนแปลงก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งพยาบาลหัวหน้าเวรสามารถที่จะบริหารจัดการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ มีการนำความรู้ทางคลินิกมาใช้ในการตัดสินใจแก้ปัญหาที่เหมาะสม และสามารถจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพและมีความปลอดภัยกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการได้¹⁴ คิดวิเคราะห์แก้ปัญหาได้ มีความสามารถในการคิดเชิงวิเคราะห์และการใช้วิจารณ์ทางคลินิก¹⁵ มีความรับผิดชอบตนเองและวิชาชีพที่สร้างสรรค์ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงานให้ได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังและการวางแผนพัฒนาตามบันไดวิชาชีพเพื่อเสริมสร้างความก้าวหน้าของแต่ละบุคคล

องค์ประกอบที่ 5 ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ ค่าความแปรปรวนของตัวประกอบ เท่ากับ 1.27 คิดเป็นร้อยละ 2.11 ของความแปรปรวนทั้งหมด อธิบายได้ด้วยตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักตัวประกอบตั้งแต่ .44-.64 จำนวน 8 ตัวแปร สมรรถนะด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ การมีกระบวนการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะทำให้งานการพยาบาลมีคุณภาพ เพราะงานพยาบาลต้องมีการสื่อสารกันในห้องทำงาน ระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ การมีการสื่อสารที่ดีจะสามารถสร้างความปลอดภัยทั้งผู้ป่วย และทีมงานพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Limtrakul¹⁶ ว่าผู้บริหารทางการพยาบาลต้องมีทั้งการพูด การฟัง และการเขียนเพื่อสื่อสารต่อผู้ใช้บริการ ต่อบุคลากรและรับข้อมูลย้อนกลับได้อย่างดี และจำเป็นต้องมีความรู้ ด้านภาษาอังกฤษ และภาษาสากลอื่น ๆ เพื่อให้สามารถให้การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมได้อย่างเหมาะสม มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมงานและการขอความร่วมมือกับทีมสุขภาพระหว่างหน่วยงานได้ มีทักษะการฟังที่ดี รับฟังผู้อื่น และให้ความใส่ใจให้ผู้พูด มีความสำคัญต่อวิชาชีพพยาบาล เพราะเมื่อเกิดมิตรภาพย่อมก่อให้เกิด ความไว้วางใจ การพัฒนาสมรรถนะทางด้านสื่อสารและสัมพันธภาพ จึงเป็นสมรรถนะที่พยาบาล



หัวหน้าเวรต้องมี เพื่อจะใช้การสื่อสารด้วยความเข้าใจ ใช้การสื่อสารด้วยหัวใจ และการสื่อสารด้วย ความมีเมตตาต่อกันซึ่งเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดกำลังใจของผู้ใช้บริการหรือผู้ป่วย มีความสามารถในการเป็นผู้ฟังที่ดีให้เกียรติเพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วยและญาติตลอดอุปสรรคของการติดต่อสื่อสาร สามารถสื่อสารและประสานงานระหว่างหน่วยงาน และระหว่างองค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความรู้และทักษะในปฏิสัมพันธ์ตามบทบาทหน้าที่¹⁷

องค์ประกอบที่ 6 ด้านการบริหารจัดการ มีความแปรปรวนของตัวประกอบ เท่ากับ 1.01 คิดเป็นร้อยละ 1.68 ของความแปรปรวนทั้งหมด อธิบายได้ด้วยตัวแปรที่มีค่านำหนักตัวประกอบตั้งแต่ .33-.35 จำนวน 4 ตัวแปรสมรรถนะด้านการบริหารจัดการ เป็นการใช่วิทยาศาสตร์และศิลป์ในการบริหารการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ เข้าใจนโยบายขององค์กร มีส่วนร่วมในการวางแผนและกำหนดเป้าหมายของหน่วยงานของพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วย ศัลยกรรมโรงพยาบาลของรัฐระดับทุติยภูมิ คือการนำมาตรฐานการพยาบาลต่าง ๆ มาใช้และมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง และมีการประเมินผล มีการเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องความเสี่ยงของหน่วยงานตนเองและสามารถรายงานผลได้ มีการจัดทำแผนกลยุทธ์ของหน่วยงาน มีแผนพัฒนาบุคลากร ให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ¹⁸

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพบุคลากรสามารถนำผลการวิจัยไปปรับใช้ การกำหนดสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยศัลยกรรม

1.2 ผู้บริหารทางการพยาบาลนำผลการวิจัยเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวร ให้สามารถปฏิบัติบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำวิจัยต่อยอดเกี่ยวกับเรื่องการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยศัลยกรรม

2.2 ควรทำวิจัยต่อยอดการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยศัลยกรรมให้ถึงขั้นวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลของรัฐ ระดับทุติยภูมิ

2.3 การวิจัยครั้งต่อไป ควรหาความสัมพันธ์ หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดการเชิงลึก สามารถทำการวิจัยที่ขยายประชากรและกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยการพยาบาลสาขาอื่น ๆ ที่มากขึ้น เพื่อนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการบริหารงานการพยาบาลให้กว้างขวางและมีประโยชน์มากยิ่งขึ้น

References

1. Division of Nursing. Roles and responsibilities of professional nurses. Bangkok: Tawan Media Publishing Co., Ltd.2018.(in Thai).
2. Nursing Council. Nursing and midwifery practitioner performance. Nonthaburi: Suruyo Printing Co., Ltd. 2018.(in Thai).
3. Division of Nursing. Bangkok nursing service guide from principle to practice. Bangkok: Thammasat University Printing Company.2016.(in Thai).
4. Stoddart K, Bugge C, Shep herd A, Farquharson B. The new clinical leadership role of senior charge nurses: a mixed method study of their views and experience. J Nurs Manage.2014;22(1):49-59.
5. Ministry of Public Health. Service plan. Nonthabury: Agricultural cooperative printing demonstrations of Thai.2016.(in Thai).



6. Nursing Council. Nursing executive performance. Nonthabury: Suruyo Printing.2013.(in Thai).
7. Office of the Civil Service Commission. Civil service performance guild: competenc. Nonthabury: Prathumkanchang. 2010.(in Thai).
8. Warnishbuncha K. Research statistics. (12th ed).Bangkok: Samlada.2018.(in Thai).
9. Likert R. New patterns of management. New York: McGraw–Hill.1976.
10. Deemuang J, Hinjiranan S, Buddiangkul B. The Components of the leadership competencies of head nurses at the cancer hospital in the department of medical services under the ministry of public health. Christian University of Thailand Journal 2015;21(4):773–84.(in Thai).
11. Nursing Council. Nursing and midwifery professions act. Nonthabury: Suruyo Printing.1999.(in Thai).
12. Terdudomtham Y, Wiwatwanich S. The delvelopment of head nurses' competency assessment for Banphaeo hospital (public organization). Journal of Royal Thai Army Nurses.2017;18(2):168–77.(in Thai).
13. Marquis BL, Huston CJ. Leadership roles and management function in nursing: Theory and application. (9th ed). Philadelphia, PA: R.R. Donnelley Crawfordsville.2017.
14. Jamieson JM, Clark JE. Charge nurse competencies legacy good samaritan medical center portland oregon [internet]. 2019 [cite 2021 may 11]. Available from: www.synovaassociates.com/wp-content/uploads/2018/charge_nurse_Competency.pdf.
15. Thailand Nursing and Midwifery Council. Performance of undergraduate master's doctoral degrees in nursing advanced nursing training courses [internet]. 2018 [cite 2020 December 24]. Available from: www.tnmc.or.th/images/usefiles/files/004.pdf.
16. Limtrakul D, Hinjiranan S, Suwonnakote K. The components of nurse competencies at the tertiary level hospital in Prachuabkhirikhan province. Thai Journal of Nursing 2014;63(2):29–35.(in Thai).
17. Acsanam A. A Model of integrated Buddhist nurse competency development of the naval medical department. Journal of MCU Social Science Review 2015;4(2):102–15.(in Thai).
18. Tannukit P. Study charge nurses' competencies in nursing division B.M.A. General Hospital. Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital 2019;15(1):14–22.(in Thai).



การพัฒนารูปแบบการดูแลระดับประคองต่อเนืองที่บ้าน ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

Development of a Model for Continuing Palliative Care at Home in Contracting Unit for Primary Care

เพ็ญพิมพ์ ปันระสี¹ ภัทราบูลย์ นาคสูสุข¹

Phiangphim Punrasi¹ Patrabul Naksusuk¹

¹มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์

¹Nakhonsawan Campus, Mahidol University

Corresponding author: Phiangphim Punrasi; Email: phiangphim.pun@mahidol.ac.th

Received: July 18, 2021 Revised: December 20, 2021 Accepted: January 17, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในการดูแลระดับประคองต่อเนืองที่บ้าน 2) พัฒนารูปแบบการดูแลระดับประคองต่อเนืองที่บ้าน และ 3) ประเมินผลรูปแบบการดูแลระดับประคองต่อเนืองที่บ้าน ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิระดับอำเภอเขตชนบท แบ่งการวิจัยเป็น 3 ระยะ ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษารวมทั้งสิ้น 73 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม แบบแสดงความคิดเห็นถึงความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงประเด็น ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยายและสถิติทดสอบ paired sample t- test ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในบริการสุขภาพปฐมภูมิมีขีดจำกัดการเข้าถึงบริการดูแลระดับประคองต่อเนืองที่บ้าน และได้รับบริการดูแลระดับประคองต่อเนืองที่บ้านที่ขาดประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับบริการไม่ครอบคลุม และไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแล 2) รูปแบบการดูแลระดับประคองต่อเนืองที่บ้านที่พัฒนาขึ้น มี 3 ขั้นตอนคือขั้นแรกเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการ ขั้นที่สองเป็นการให้บริการดูแลระดับประคองที่บ้าน และ ขั้นที่สามเป็นการติดตามและประเมินผล รูปแบบที่ได้มีความเหมาะสมเฉลี่ยร้อยละ 98.21 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติเฉลี่ยร้อยละ 95.25 3) การนำรูปแบบฯ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในพื้นที่วิจัยพบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจสูงซึ่งนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ นอกจากนี้ยังทำให้ประชาชนในพื้นที่บริการปฐมภูมิเข้าถึงบริการดูแลระดับประคองต่อเนืองที่บ้าน มีอัตราเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 51.39 เป็นร้อยละ 81.32

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ; การดูแลระดับประคองต่อเนืองที่บ้าน; เครือข่ายบริการปฐมภูมิ



Development of a Model for Continuing Palliative Care at Home in Contracting Unit for Primary Care

Phiangphim Punrasi¹ Patrabul Naksusuk¹

¹Nakhonsawan Campus, Mahidol University

Corresponding author: Phiangphim Punrasi; Email: phiangphim.pun@mahidol.ac.th

Received: July 18, 2021 Revised: December 20, 2021 Accepted: January 17, 2022

Abstract

This research and development study aimed to, 1) analyze situations and problems in continuing home-based palliative care; 2) develop a model for continuing home-based palliative care; and 3) evaluate the model for continuing home-based palliative care in the district primary care contract unit in a rural area. The research was divided into 3 phases. A total of 73 participants were involved in the study. The research instruments are an in-depth interview guideline, a group discussion question guideline, a participant observation form, an opinion form on the suitability and feasibility of practice, and a satisfaction assessment form. The qualitative data were analyzed using thematic analysis and the quantitative data were analyzed with descriptive statistics and paired sample t-tests. The results showed that 1) terminally ill patients in primary health care have limited access to continuous palliative care at home, which as results are ineffective. Therefore, the patients do not receive coverage services and do not meet the standards of care. 2) The developed model of continuous palliative care at home consists of 3 steps: 1. preparation for palliative care, 2. palliative care at home, and, 3. follow-up and evaluation. The resulting model had 98.21% average suitability and 95.25% average feasibility of implementation. 3) The model was piloted with palliative care patients in the research site and found that the patients had a significantly higher satisfaction ($p < .05$). Moreover, the rate of continuation of palliative care at home accessibility increased from 51.39% to 81.32%.

Keywords: developing model; continuing palliative care at home; contracting unit for primary care



ความเป็นมาและความสำคัญ

อุบัติการณ์ของโรคเรื้อรัง โรคร้ายแรงและโรคที่คุกคามต่อชีวิต รวมทั้งสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้ความต้องการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตที่มีความสำคัญมากขึ้นตามไปด้วย¹ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (palliative) หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าสภาพการป่วยไข้เป็นระยะลุกลามเรื้อรังหรือเข้าสู่ระยะท้าย ๆ ของโรคซึ่งไม่มีวันรักษาให้หายได้โดยมากจะมีชีวิตอยู่ได้น้อยกว่า 1 ปี² สถิติการเลือกที่จะเสียชีวิตที่บ้านสูงขึ้น ด้วยเหตุที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้สูงอายุระยะบั้นปลายชีวิต (end of life) มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ปัญหาที่ตามมาไม่เฉพาะตัวผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตเท่านั้นที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน แต่ยังรวมถึงญาติและคนในครอบครัวที่จะรับรู้ถึงความทุกข์ใจและการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) มีความเชื่อมโยงตั้งแต่ภายในโรงพยาบาลจนถึงชุมชนและครอบครัว³ องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือการดูแลแบบประคับประคอง คือการดูแลอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แบบองค์รวม โดยให้การรักษาดังแต่ระยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้าย (terminal illness) จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วย หลังจากการสูญเสีย⁴⁻⁵ ซึ่งการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณนั้น เพื่อให้สามารถปรับตัวให้เผชิญความเจ็บป่วยเรื้อรังนั้น ๆ พร้อมทั้งสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ อีกทั้งช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย และใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณค่าและมีคุณภาพชีวิตที่ดี จบจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต⁶ ส่วนการดูแลประคับประคองที่บ้าน (hospice care) คือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและอาสาสมัครในด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เป้าหมายของการดูแลคือการช่วยให้ผู้ที่กำลังจะตายมีความสุขสบายและมีศักดิ์ศรี การควบคุมความเจ็บปวดและอาการอื่น ๆ เพื่อให้บุคคลสามารถตื่นตัวและสะดวกสบายที่สุด รวมถึงการให้บริการแก่นักสนับสนุนครอบครัวของผู้ป่วย⁷

กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายขยายระบบการดูแลผู้ป่วยที่รักษาไม่หาย เช่น โรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 5 โรคหลอดเลือดสมองและอยู่ระยะท้ายของชีวิต โรคหัวใจวายระยะสุดท้าย ให้อยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีเท่าที่จะสามารถเป็นไปได้ โดยสนับสนุนให้โรงพยาบาลในสังกัดทั่วประเทศกว่า 10,000 แห่ง จัดตั้งหน่วยบริการคุณภาพชีวิตทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน โดยสนับสนุนให้มีทีมไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ช่วยบรรเทาอาการทุกข์ทรมานเพื่อตอบสนองความต้องการ ทั้งร่างกาย จิตใจสังคมและจิตวิญญาณ ในช่วงระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีสอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่นและบริบทสังคมไทย⁸⁻⁹ มีระบบการให้คำปรึกษาและประสานงานส่งต่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยจะได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ การดูแลดังกล่าวเป็นการประสานความร่วมมือในการดูแลแบบสหวิชาชีพ และที่สำคัญคือครอบครัวของผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบประคับประคองจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ผู้ดูแลจะต้องมีความเข้าใจในคุณค่า ความเชื่อ ภูมิหลังของผู้ป่วยบริบทของครอบครัว รวมทั้งต้องให้การดูแลผู้ป่วยด้วยการเอาใจใส่ห่วงใย (mindful) และเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (humanized health care) การดูแลแบบประคับประคองนี้มีความเชื่อมโยงหลายระบบตั้งแต่ภายในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน¹⁰ ดังนั้นผู้ที่ให้การดูแลจะต้องทำความเข้าใจมิติทางสังคมวัฒนธรรมและจำเป็นต้องอาศัยการเชื่อมโยงประสานงานการส่งข้อมูล/ แผนการดูแลทั้งระหว่างบุคคลและหน่วยงาน ทำให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง¹¹

การสร้างรูปแบบการดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำเป็นต้องมีการพัฒนาให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ตอบสนองความต้องการ ช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ ปราศจากความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ทั้งร่างกายและจิตใจ ยอมรับการตายและความตายตามธรรมชาติ ลดหรือบรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งทางกายและหรือทางใจ ทำให้เกิดความสงบสุขขึ้น ในจิตใจผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวยอมรับการเปลี่ยนแปลง สมาชิกครอบครัวมีการปรับตัวและแก้ไขปัญหามาพันธ์ปัญหาอุปสรรคไปได้ ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (human dignity) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย



ที่บ้านที่มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบมีคุณภาพจะต้องมีทีมดูแล (palliative care team) ที่มีศักยภาพ มีการจัดสถานที่ให้การดูแลในระยะสุดท้าย (hospice) ที่เหมาะสม มีอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็นต้องใช้อย่างมีคุณภาพและเพียงพอ พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลัก (caregiver)¹²⁻¹³ สร้างรูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่ชัดเจน มีระบบการติดต่อสื่อสาร และการให้คำปรึกษาที่ดี รวมถึงให้มีการสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่มีคุณภาพและเพียงพอต่อความต้องการใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมเพียงพอต่อความต้องการ¹⁴ นอกจากนี้ผู้ที่ให้การดูแลจะต้องทำความเข้าใจมิติทางสังคมวัฒนธรรม มีการเชื่อมโยงประสานงานการส่งข้อมูล แผนการดูแลทั้งระหว่างบุคคลและหน่วยงาน เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง เพราะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนที่มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ จะเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายรวมถึงการลดภาระงานของหน่วยบริการ³

จากการทบทวนการดำเนินงานของเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี พื้นที่ดำเนินการวิจัย พบรายงานการให้บริการของศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care Center: COC) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2558-2562 มีจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ถูกส่งต่อเพื่อการดูแลระดับประคองต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 22, 28, 35, 57, 72 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น แต่รายงานผู้ที่ได้รับบริการดูแลต่อเนื่องแบบระดับประคองที่บ้านยังมีไม่มากนัก คือ ร้อยละ 31.82, 39.29, 45.71, 49.12 และ 51.39 ตามลำดับ¹⁵ แสดงให้เห็นถึงอัตราการเข้าถึงบริการที่น้อยกว่าความต้องการดูแล การให้บริการทำได้ไม่ครอบคลุม อีกทั้งการให้บริการที่ผ่านมานั้นยังขาดรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน ไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดูแล การเชื่อมโยงประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ ผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายชุมชนการทำงานแบบต่างคนต่างทำตามหน้าที่ของตนเอง ไม่ได้รับการสนับสนุน วัสดุอุปกรณ์ในการดูแลอย่างเพียงพอ และยังขาดงบประมาณในการดำเนินงาน ด้านบุคลากรที่ให้การดูแลพบว่าไม่มีความพร้อมต่อการดูแล ขาดทักษะในการใช้อุปกรณ์ที่ติดตั้งผู้ป่วยไปที่บ้าน ขาดความมั่นใจในการดูแลเมื่อมีอาการ เจ็บปวดตามภาวะของโรคและการดูแลด้านจิตใจผู้ป่วยและญาติ ดังนั้นในบทบาทบุคลากรด้านสาธารณสุขจึงต้องจัดบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งในพื้นที่เขตชนบทนั้นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและบุคลากรสหวิชาชีพด้านสุขภาพ และภาคีเครือข่ายในชุมชน จำเป็นต้องมีรูปแบบกิจกรรมการดำเนินงานที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่¹³

ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้าน ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการ บริบททางสังคมและวัฒนธรรม ของชุมชน เพื่อช่วยให้ญาติและสมาชิกในครอบครัวเตรียมพร้อมกับการจากไปของผู้ป่วย ใ้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายจากไปอย่างสงบ ในสิ่งแวดล้อมและบุคคลอันเป็นที่รัก เกิดการมีส่วนร่วมของทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน ส่งผลต่อการดูแลระดับประคองที่บ้าน ซึ่งนับว่าเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และการวิจัยครั้งนี้จะทำให้ทราบถึงลักษณะ สภาพปัญหาที่ผ่านมา นำผลมาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาการดูแลระดับประคองต่อเนื่องที่บ้านให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น ตอบสนองความต้องการของประชาชน เพิ่มการเข้าถึงบริการ กิจกรรมเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ สอดคล้องกับคุณค่าความเชื่อทางสังคมและวัฒนธรรม ญาติและบุคคลในครอบครัวมีความพร้อมที่จะเผชิญการเปลี่ยนแปลงในการจากไปของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ในสิ่งแวดล้อมที่ดี เผชิญความตายอย่างสงบห้อมล้อมด้วยบุคคลอันเป็นที่รัก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในการดูแลระดับประคองต่อเนื่องที่บ้าน ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิระดับอำเภอ
2. เพื่อการพัฒนารูปแบบการดูแลระดับประคองต่อเนื่องที่บ้านในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลระดับประคองต่อเนื่องที่บ้านในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ



วิธีการดำเนินการวิจัย

การพัฒนาารูปแบบการดูแลระดับประคองต่อเนื่งที่บ้านในเครือช่ยบริการปฐมภูมิ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบวิจัยและพัฒนา (research and development) โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีของ Mahdjoubi¹⁶ โดยเน้นขั้นตอนการวิจัยและพัฒนาเพื่อสร้างนวัตกรรมในรูปแบบชุดของการดำเนินงาน (set of activities) โดยมีขั้นตอนดังนี้



จากกรอบการวิจัยนำสู่วิธีดำเนินการวิจัย 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและการดำเนินงานที่ผ่านมาในการดูแลระดับประคองต่อเนื่งที่บ้านของเครือช่ยบริการปฐมภูมิ 2) พัฒนารูปแบบการดูแลระดับประคองต่อเนื่งที่บ้าน (วิธีการปฏิบัติ) และ 3) ประเมินผลรูปแบบการดูแลระดับประคองต่อเนื่งที่บ้าน

ขอบเขตการศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกพื้นที่และประชากรเป้าหมายแบบจำเพาะเจาะจงดำเนินการในพื้นที่บริการของเครือช่ยบริการปฐมภูมิอำเภอสามโก้ จังหวัดอุทัยธานี ซึ่งเป็นอำเภอในเขตพื้นที่ชนบท ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 15 คน ทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพ 13 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 28 คน และผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 17 คนรวมทั้งสิ้น 73 คน ทำการวิจัยตั้งแต่ มกราคม ถึง กันยายน 2563

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นแบบสัมภาษณ์คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความต้องการและปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่งที่บ้าน แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการอยากให้เกิดขึ้นที่บ้าน และความพึงพอใจของกิจกรรมที่กระทำกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน
2. แนวคำถามการสนทนากลุ่มเป็นลักษณะคำถามปลายเปิดเชิงซักถามเหตุผลและค้นหาคำตอบ ประเด็นคำถามที่กำหนดจากวัตถุประสงค์ของการวิจัย และความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่งที่บ้าน
3. แบบสังเกต ใช้ในการสังเกตการณ์โดยผู้วิจัย สังเกตตั้งแต่นั่นตอนแรกจนถึงขั้นตอนสุดท้ายของการดำเนินการวิจัย
4. แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นได้ในการนำไปปฏิบัติของรูปแบบการดูแลระดับประคองต่อเนื่งที่บ้าน
5. แบบประเมินความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่งที่บ้าน 10 ข้อ โดย เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) กำหนดค่าน้ำหนักคะแนน 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือการวิจัยและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ด้วยวิธีตรวจสอบดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item - Objective Congruence: IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และมีการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื้องอกที่บ้าน ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนแล้วนำข้อมูลมาหาค่าคุณภาพของเครื่องมือด้วยสูตรการหาค่าความเชื่อมั่นแบบ Alpha Coefficient ของ Cronbach ของแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติของรูปแบบการดูแลระดับประคองต่อเนื้องอกที่บ้านได้ค่าความเชื่อมั่น .82 ส่วนแบบประเมินความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื้องอกที่บ้านได้ค่าความเชื่อมั่น .85

ขั้นตอนและกระบวนการวิจัย

การวิจัยเชิงพัฒนาครั้งนี้จำแนกออกเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหาและการดำเนินงานที่ผ่านมาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื้องอกที่บ้านเครือข่ายบริการปฐมภูมิลานสัก จังหวัดอุทัยธานี ดังนี้

1.1 สัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยระยะสุดท้าย 5 คน บุคคลในครอบครัว/ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 5 แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 11 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน และอสม. 5 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 28 คน เพื่อทราบความต้องการการดูแลและปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านที่ผ่านมา

1.2 สังเกตแบบมีส่วนร่วม (participant observation) โดยผู้วิจัยเป็นผู้ทำหน้าที่และมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานในกระบวนการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื้องอกที่บ้าน ตั้งแต่การวางแผนการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องจากแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปยังศูนย์ดูแลต่อเนื้องอกที่บ้าน (COC) การส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิที่ให้บริการในพื้นที่บ้านของผู้ป่วย การจัดตั้งศูนย์วัสดุอุปกรณ์เพื่อใช้ในการดูแลต่อเนื้องอกที่บ้าน การให้บริการดูแลต่อเนื้องอกที่บ้าน การทำหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื้องอกที่บ้าน การประสานงานกับภาคีเครือข่ายในชุมชน และการรายงานผลการให้บริการ โดยการจดบันทึกและให้ผู้ร่วมวิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเพื่อลดอคติจากการสังเกตแบบมีส่วนร่วมของตัวผู้วิจัย

นำข้อมูลที่ได้ในระยะที่ 1 มาตรวจสอบ วิเคราะห์ และสรุป เพื่อนำสู่การกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื้องอกที่บ้านในระยะที่ 2

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื้องอกที่บ้าน โดยมีขั้นตอนดำเนินงาน ดังนี้

2.1 จัดเวทีประชาคมเพื่อนำเสนอคืนข้อมูลที่ได้อักระยะที่ 1 ผู้เข้าร่วมวิจัยประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลวิชาชีพจากแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาล 2 คน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนของศูนย์ดูแลต่อเนื้องอก 2 คน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนของ รพ.สต.เครือข่าย 10 คน วิชาชีพด้านสุขภาพอื่นในทีมดูแลสุขภาพต่อเนื้องอกที่บ้าน 8 คน ตัวแทน อสม. 28 คน และตัวแทนญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 5 คน รวมจำนวน 56 คน โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยร่วมเสนอความคิดเห็นประเด็นต่างๆ ของกิจกรรมการบริการ หลังจากนั้นร่างเป็นรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื้องอกที่บ้าน

2.2 ยืนยันรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื้องอกที่บ้าน โดยการนำร่างรูปแบบไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ตรวจสอบ หลังจากนั้นนำร่างรูปแบบที่ได้ไปให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแล จำนวน 56 คน ให้ความเห็นและเสนอแนะเกี่ยวกับความเหมาะสม และความเป็นไป ได้ในการนำไปปฏิบัติจริงในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติของรูปแบบการดูแลระดับประคองต่อเนื้องอกที่บ้าน หลังจากผ่านความเห็นชอบ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อัมากำหนดเป็นขั้นตอนกิจกรรมของรูปแบบการดูแลระดับประคองต่อเนื้องอกที่บ้านในเครือข่ายบริการปฐมภูมิลานสัก จังหวัดอุทัยธานี

2.3 ซึ่งแจ้งการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่งที่บ้านโดยผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่งที่บ้านเครือข่ายบริการปฐมภูมิลานสัก จังหวัดอุทัยธานี

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่งที่บ้านดังนี้

3.1 นำรูปแบบที่ได้รับการยืนยันในระยะที่ 2 มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจำนวน 17 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายและต้องการการดูแลต่อเนื่งที่บ้านในระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึง กรกฎาคม 2563 ในพื้นที่บริการเครือข่ายบริการปฐมภูมิลานสัก จังหวัดอุทัยธานี

3.2 ประเมินผลรูปแบบโดย

3.2.1 การนำข้อมูลจากผู้วิจัยได้สังเกตแบบมีส่วนร่วมให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในขั้นตอนต่าง ๆ ของการบริการ ตามรูปแบบการดำเนินงาน ตรวจสอบความถูกต้อง

3.2.2 แบบประเมินความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน โดยมีผู้ตอบแบบสอบถามเป็นญาติ/ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 17 ราย

3.2.3 ผู้วิจัยถอดบทเรียนหลังดำเนินการแล้วเสร็จ (retrospect) มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวนทั้งสิ้น 38 คน ประกอบด้วยแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 14 คน สหวิชาชีพด้านสุขภาพ 5 คน และตัวแทน อสม. 18 คน ที่มีส่วนร่วมในการบริการ เพื่อหาจุดที่ต้องปรับปรุง พัฒนา และเผยแพร่รูปแบบฯ ที่ได้ต่อไป

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี เลขที่การรับรอง 03/2563 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ให้เวลาในการตัดสินใจก่อนเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน ไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูลข้อมูลเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมรวม ทั้งให้อิสระผู้ร่วมศึกษาถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดเวลาที่รู้สึกไม่สะดวกทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยหาค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เชิงประเด็น (thematic analysis) โดยประมวลคำสำคัญและเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล แล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ มีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้นั้นมีความมั่นใจในความถูกต้องโดยตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลที่หลากหลาย และผู้ให้ข้อมูลที่หลากหลาย เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมศึกษาตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูล ประมวลออกมาเป็นหลักการและรูปแบบของการปฏิบัติ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงบรรยาย คือค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ paired sample t-test ที่ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นคือประชากรมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (normal distribution)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยระยะที่ 1 การวิเคราะห์เชิงประเด็นสถานการณ์สภาพปัญหาและการดำเนินงานที่ผ่านมาในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่งที่บ้านเครือข่ายบริการปฐมภูมิลานสัก จังหวัดอุทัยธานี จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยระยะสุดท้าย บุคคลในครอบครัว/ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข และ อสม. จำนวนทั้งสิ้น 28 คน ร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม จำแนกได้เป็นประเด็นดังต่อไปนี้

1. ขีดจำกัดการเข้าถึงบริการดูแลระดับประคองต่อเนื่งที่บ้าน จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ผ่านมาที่มีสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าไม่ถึงบริการดูแลระดับประคองที่บ้าน ดังนี้



1.1 ขาดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ จากข้อมูลที่ได้จะพบว่า ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิมียุทธศาสตร์ต่าง ๆ ตั้งคณะทำงานดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ประกอบด้วยสหวิชาชีพ ครอบคลุมทุกหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง แต่ขาดการพูดคุย หรือชี้แจงแนวทางการทำงานร่วมกัน ไม่มีแนวทางปฏิบัติสำหรับใช้ร่วมกัน ผู้ที่ทำหน้าที่ประสานการบริการคือพยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบดูแลต่อเนื่อง ส่วนการประสานงานนอกเครือข่ายทั้งในระดับจังหวัดและเขต ไม่มีช่องทางการประสานงานที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับบริการ “คำสั่งทีมให้บริการก็มีแต่ตั้ง ๆ ไว้อย่างนั้น ครอบงำประกอบแต่คนที่ไปเยี่ยมจริง ก็พยาบาลนั้นแหละ มีปัญหาอะไรค่อยปรึกษาแพทย์ เภสัช นาน ๆ นักกายภาพก็ไปด้วยแต่ต้องไปชวนเขาถ้าเขาว่างก็ไปด้วย” (NP2) “คนไข้ที่อยู่ในรับผิดชอบของ รพ.สต. ก็จะประสานน้องพยาบาลที่นั่น น้อง ๆ ในพื้นที่ รพ.สต.เขาจะรู้พื้นที่ดี ประสาน อสม.พาไปบ้านคนไข้ก็ บางหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน อบต. ก็ไปด้วย” (NP1) “พื้นที่โรงพยาบาลแจ้งมาว่าจะมาเยี่ยม เคนในพื้นที่ของ รพ.สต. ก็สนใจ เวลาคนไข้มีปัญหาอะไรก็ประสานง่ายขึ้น” (NP7) “ตั้งแต่มี LINE กลุ่ม COC ทั้งในกลุ่ม จังหวัด และกลุ่มอำเภอ สะดวกขึ้น ประสานงานได้งาน มีปัญหาที่สามารรถ consult หมอได้เลยสะดวกกว่าเมื่อก่อนเยอะ” (NP1)

1.2 ความล่าช้าของข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งเกิดจากแต่เดิมใช้วิธีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ด้วยการส่งเป็นจดหมายหรือเอกสารเป็นกระดาษ ตามแบบส่งต่อของแต่ละโรงพยาบาลโดยส่งทางไปรษณีย์ จากโรงพยาบาล เฉพาะทาง โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลจังหวัด ภายหลังคือปลายปี พ.ศ. 2562 เริ่มมีการส่งข้อมูลผู้ป่วยทาง อินเทอร์เน็ต Website Thai Care Could ซึ่งพยาบาลวิชาชีพในศูนย์ดูแลต่อเนื่องของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และ แต่ละ รพ.สต. ได้เข้ารับการอบรมการใช้โปรแกรมในเบื้องต้น แต่ไม่ครบทุกคน ส่วนคณะทำงานที่ในแผนกต่าง ๆ ของโรงพยาบาลชุมชนไม่ได้รับการอบรมการใช้งานของโปรแกรม ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับบริการล่าช้า หรือไม่ได้รับบริการ “กว่าใบส่งต่อคนไข้จะมาถึง ไปเยี่ยมคนไข้ก็ตายแล้ว” (NP3) “ตั้งแต่มีโปรแกรม Thai Care Could เราได้ข้อมูล คนไข้เร็วขึ้น แต่ต้องเข้าไปเช็คบ่อย ๆ บางทีงานยุ่ง ๆ ก็ไม่ได้เข้าไปดู คนไข้ก็ loss ไป” (NP17) “เดี๋ยวนี้ มีไลน์แจ้ง เคนน้อง ๆ เพิ่มขึ้น ส่งเป็นภาพให้เลย โน้ตไว้ในกลุ่มได้ข้อมูลไม่หาย” (NP2)

1.3 ความไม่ครบถ้วนของข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่ถูกจำหน่ายและส่งต่อจากโรงพยาบาลในแต่ละระดับเพื่อให้ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน บางรายไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไม่มีข้อมูลความต้องการการดูแล ไม่มี การประเมิน PPS Scale ไม่มีการบันทึกถึงการให้คำปรึกษาแบบ Advance care plan ดังนั้นผู้ให้บริการจึงไม่ทราบถึง ความต้องการการดูแลที่บ้านของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแล “ข้อมูลคนไข้ที่ได้มาบางที ก็อ่านไม่ออก ไม่ได้ระบุถึงความต้องการการดูแล รู้แต่ให้ไปเยี่ยมบ้าน” (NP2) “ส่วนใหญ่คนไข้โรคมะเร็ง จะมีแค่ว่าเป็นมะเร็งอะไร ระยะไหน รักษาด้วยอะไรมาบ้าง แต่เราก็ไม่รู้ว่ที่โรงพยาบาลเขาคุยอะไรกับญาติและคนไข้มาบ้าง” (NP5) “คนไข้บางคนไม่ใช่ได้เป็นมะเร็ง เราก็ไม่รู้ว่าจะต้องดูแลแบบ Palliative ในใบส่งต่อไม่มีแจ้งไว้ เลยไปเยี่ยมช้า” (NP8)

2 การให้บริการดูแลระดับประคองต่อเนื่องที่บ้านยังขาดประสิทธิภาพ อันเกิดจากประเด็นปัญหาต่าง ๆ ดังนี้

2.1 การขาดความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์ของบุคลากรผู้ให้บริการดูแลระดับประคองต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งได้แก่ความไม่เข้าใจเกี่ยวกับการวินิจฉัย พยาธิสภาพของโรค การประเมินผู้ป่วยระยะสุดท้าย วิธีการให้บริการและ ให้คำปรึกษา ส่งผลต่อความไม่มั่นใจ ความกังวล ที่จะให้การดูแล ประกอบกับการดูแลระดับประคองที่บ้าน เป็นงาน นโยบายใหม่ในงานบริการระดับปฐมภูมิ นอกจากนี้เครือข่ายการดูแลในชุมชนทั้งที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ญาติ และ อสม. ยังขาดความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ถูกต้องต่อการดูแลระดับประคองที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม “บางทีก็ไม่กล้าวินิจฉัยว่าเป็นระยะสุดท้าย เว้นแต่ว่า โรงพยาบาลจังหวัดแจ้งมา ผลการตรวจมันอยู่ที่เขา เราก็ไม่รู้รายละเอียด” (FM1) “หนูไม่รู้จะปลอบญาติยังไง เห็นคนไข้เหนื่อย ก็อยากให้อยู่ที่โรงพยาบาล” (NP8) “บางบ้านก็ไม่เหมาะให้ผู้ป่วย กลับมาเสียชีวิตที่บ้านนะ มันแคบที่นอนคนไข้ก็ไม่มี เด็ก ๆ ก็เยอะ ญาติบางคนก็กินเหล้ากัน คนไข้ไม่ได้พัก” (NP10) “ไม่เคยผ่านการอบรมเรื่องนี้มาเลย ก็ทำเท่าที่ได้” (NP8) “จากข้อมูลเยี่ยมบ้านของศูนย์ COC มีทั้งคนไข้ CA และ Non CA กลุ่มมะเร็งก็จะมียุทธศาสตร์ค่อนข้างครบ แต่กลุ่มที่ไม่ใช่มะเร็งไม่ค่อยมีระยะว่าเป็นระยะสุดท้าย ต้องตรวจประเมินเอง” (NP1) “เจอคนไข้ palliative เหนื่อย หอบ หายใจลำบาก ปวด กินไม่ได้ เคลื่อนไหวไม่ได้ เป็นแผลกดทับ มีไข้ กระสับกระส่าย



เราก็ไม่ค่อยมั่นใจ จะทำไงดี อยากให้กลับไป admit ตีกว่า” (NP4) “เราจะต้องเยี่ยมยังงี้ ถึแคไหนดริคนใช้ palliative” (NP7) “ผมว่าถ้าคนไข้อาการหนักก็ไม่ควรส่งกลับบ้านหรอก ที่โรงพยาบาลมีเครื่องมือเครื่องมือนะครบ” (GG3) “หมอดูแลได้ดีกว่าญาติ ให้กลับบ้านเดี๋ยวก็ต้องกลับมาโรงพยาบาลอีก” (HV2) “ตัวคนไข้เนี่ยไม่อยากกลับไปโรงพยาบาลหรอกแต่ญาติและผู้ดูแลแทนเห็นคนไข้ที่มานที่บ้านไม่ได้ก็พาคนไข้กลับมาโรงพยาบาลอีก” (PH1)

2.2 ขาดแคลนทรัพยากรสนับสนุนการให้บริการ ได้แก่ เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ในการดูแลผู้ป่วย เช่น ผลิตออกซิเจน ที่นอนลมยาง เตียงปรับระดับ ลูกมีย่าง ผ้าอนามัยผู้ใหญ่ ยาลดอาการปวดกล้ามเนื้ออื่น อีกทั้งขาดงบประมาณในการจัดซื้อ เป็นเหตุให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่เหมาะสมกับสภาพความต้องการ “เครื่องผลิตออกซิเจนไม่พอให้คนไข้ยืม เพราะคนที่ยืมไปยังไม่มาคืน” (NP2) “เราต้องหากคนมาบริจาคเพราะรอนงบประมาณอย่างเดียวไม่ทัน” (FM1) “ปีหน้าต้องทำแผนงบประมาณเพื่อขอซื้อวัสดุและอุปกรณ์ที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านคนไข้ Palliative” (NP2) “คนไข้มีแผลกดทับ จะขอยืมที่นอนลมยาง เขาไม่มีเงินซื้อ สัตถกเราก็อึดแล้ว” “คนไข้บอกยาแก้ปวดที่ได้มาจากโรงพยาบาลจังหวัดหมด ถามว่าที่โรงพยาบาลเรามีให้คนไข้เบ็กไหม” (NP4)

ผลการวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านในเครือข่ายบริการปฐมภูมิลานสัก จังหวัดอุทัยธานี มีกิจกรรมหลัก 3 ขั้นตอน คือ 1) การเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการ 2) การให้บริการดูแลระดับประคองที่บ้าน และ 3) การติดตามและประเมินผล ซึ่งมีรายละเอียดของกิจกรรมแต่ละขั้นตอน ดังตารางที่ 1 ตารางที่ 1 แสดงกิจกรรมการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลระดับประคองต่อผู้ป่วยในเครือข่ายบริการปฐมภูมิลานสัก จังหวัดอุทัยธานี

ขั้นตอน	กิจกรรมการพัฒนา	ผู้ปฏิบัติ
1	จัดประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างทักษะ ความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีแก่	คณะทำงาน
การเตรียม	ทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ในเรื่องการวินิจฉัยผู้ป่วย	ดูแลผู้ป่วย
ความพร้อม	เมื่อเข้าสู่ระยะประคอง Palliative และการบอกข้อมูลแก่ผู้ป่วย ญาติ และ	ระยะสุดท้าย
ก่อน	บุคคลในครอบครัว (Family Meeting) การประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ ผู้ป่วย	ของ รพช.และ
ให้บริการ	และญาติ ให้คำปรึกษา ส่งต่อข้อมูล ตามกระบวนการ Discharge Plan	เครือข่าย
Preparation	เตรียมความพร้อมล่วงหน้าก่อนกลับไปบ้าน สอนและประเมินความพร้อมของ	บริการปฐมภูมิ
for Palliative	ญาติ/ผู้ดูแล (Functional Capacity)	
Care	บันทึกและส่งต่อข้อมูลจาก รพช.ไปยังหน่วย ศูนย์ COC และหน่วยบริการพื้นที่	
	รับผิดชอบบ้านผู้ป่วย ผ่านระบบการติดต่อสื่อสาร ทุกช่องทางที่เร็วที่สุด ทั้งทาง	
	เว็บไซต์ Thai COC โทรศัพท์ และ Application LINE	
	เตรียมเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ อย่างเพียงพอ	
2	ผู้ดูแลศูนย์ COC ทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับส่งต่อ พิจารณาความ	บุคลากรศูนย์
การให้บริการ	เร่งด่วน ความต้องการใช้ยา เครื่องมือ อุปกรณ์สำหรับผู้รับบริการแต่ละราย	COC และ
ดูแลระดับ	จัดเตรียม ประสานและแจ้งข้อมูลไปยังผู้รับผิดชอบพื้นที่อย่างทันท่วงที	สหวิชาชีพ
ประคอง	พยาบาลผู้รับผิดชอบพื้นที่บ้านผู้ป่วย ไปยังบ้านผู้ป่วยอย่างรวดเร็วที่สุดภายหลังจาก	ในงานบริการ
ที่บ้าน	ได้รับข้อมูล เพื่อประเมินผู้ป่วยและครอบครัวตามข้อมูลที่ได้รับการส่งต่อซ้ำ	สุขภาพระดับ
Palliative	ประเมินสภาพทางกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณความเชื่อ การรับรู้ ความ	ปฐมภูมิ
Care	ต้องการ ของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการยอมรับต่อความเจ็บป่วย ซึมเศร้า	
at Home	วิตกกังวล ปัญหาค่าใช้จ่าย ความต้องการพิธีกรรมทางศาสนา สิ่งที่ค้างคาใจ	
	และความต้องการดูแลเป็นรายกรณี	



ขั้นตอน	กิจกรรมการพัฒนา	ผู้ปฏิบัติ
	<ul style="list-style-type: none"> - ให้การดูแล แนะนำ สอน แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติตามลักษณะที่พบ เช่น การดูแลให้ได้รับ ออกซิเจน การให้ยาลดความเจ็บปวด การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดแผล และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความสบายของผู้ป่วย - ประเมินความเหมาะสมของการให้ยาตามแผนการรักษา การให้อาหาร การให้สารน้ำ การให้ออกซิเจน รวมทั้งการดูแลอื่น ๆ อย่างเหมาะสม - ปรึกษาผู้ป่วยหรือครอบครัว/ผู้มีอำนาจตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล รักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต การปฏิบัติตาม Living will - ประเมินและจัดการกับอาการรบกวนด้านร่างกายของผู้ป่วย การรับได้ต่อความเจ็บป่วย การสูญเสีย ความเศร้า ความกังวล ความทุกข์ ความเครียด และให้คำปรึกษาโดยทีมสหวิชาชีพ - จัดสิ่งแวดล้อมที่ดีให้กับผู้ป่วย ประเมินและจัดการความเสี่ยงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ให้ความรู้แก่ครอบครัวถึงการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ - กรณียังไม่เสียชีวิต แจ้งช่องทางการติดต่อแก่ผู้ป่วยและญาติกรณีพบปัญหา และนัดติดตามเยี่ยมซ้ำตามระดับของ PPS Score และปัญหาที่พบ - กรณีถึงแก่กรรมทำความสะอาดร่างกาย เชิญผู้นำทางศาสนาต่าง ๆ ตามความศรัทธาของผู้ป่วยและครอบครัว กล่าวคำอาลัย ให้กำลังใจญาติ 	
3	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามเยี่ยมบ้านโดยตกลงระยะเวลาร่วมกันระหว่างครอบครัวและทีมผู้ให้บริการ - สอบถามข้อมูลจากบุคคลในครอบครัว ญาติ ผู้ดูแล เครือข่ายสุขภาพในชุมชน 	พยาบาล และสหวิชาชีพ
การติดตาม	<ul style="list-style-type: none"> - โดยใช้ช่องทางการติดต่อสื่อสารตามความเหมาะสม 	ในหน่วยบริการ
และ	<ul style="list-style-type: none"> - ส่งรายงานผลการดูแลต่อเนื้องที่บ้านแก่ศูนย์ COC 	ปฐมภูมิ ญาติ บุคคลใน
ประเมินผล	<ul style="list-style-type: none"> - ศูนย์ COC บันทึกข้อมูลในระบบ วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลแก่ผู้บริหาร ของเครือข่ายปฐมภูมิ และทีมสหวิชาชีพผู้ร่วมให้การดูแล เพื่อทราบและปรับปรุง 	ครอบครัว ผู้ดูแล อสม. และผู้เกี่ยวข้อง
Follow Through and Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาระบบการบริการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น 	ในชุมชน

ผลการจัดเวทีประชาคม (civil society forum) รูปแบบการดูแลประคับประคองต่อเนื้องที่บ้าน เครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี มีผู้ให้ข้อมูล รวมจำนวน 56 คน ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพจากแผนกผู้ป่วยใน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนของศูนย์ดูแลต่อเนื้องที่บ้าน พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนของรพ.สต. เครือข่าย วิชาชีพด้านสุขภาพอื่นในทีมดูแลสุขภาพต่อเนื้องที่บ้าน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลการสำรวจความคิดเห็นต่อความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในพื้นที่ แสดงได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบการดูแล

กิจกรรม	ความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (n = 56)			
	ด้านความเหมาะสม		ด้านการนำไปปฏิบัติ	
	(จำนวน/ ร้อยละ)	(จำนวน/ ร้อยละ)	(จำนวน/ ร้อยละ)	(จำนวน/ ร้อยละ)
	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้
การเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการ	56/100	-	56/100	-
การให้บริการดูแลระดับประคองที่บ้าน	56/100	-	54/96.4	2/3.54
การติดตามและประเมินผล	53/94.64	3/5.36	60/89.29	6/10.71
ค่าเฉลี่ย	98.21		95.25	

จากตารางที่ 2 ผลการสำรวจความคิดเห็นต่อความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในพื้นที่พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมเฉลี่ย ร้อยละ 98.21 มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติเฉลี่ยร้อยละ 95.25 ผลการวิจัยระยะที่ 3 นำรูปแบบที่ได้รับการยืนยันในระยะที่ 2 มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายและต้องการการดูแลต่อที่บ้านในระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึง กรกฎาคม 2563 ในพื้นที่บริการเครือข่ายบริการปฐมภูมิสามจังหวัดอุทัยธานี มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการตามรูปแบบ จำนวน 17 คน จำแนกผู้ป่วยเป็นเพศชาย จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 88.24 เพศหญิงจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 11.76 อายุต่ำสุด 45 ปี มากสุด 97 ปี อายุเฉลี่ย 69.47 ปี SD=14.78 การวินิจฉัยโรคที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.47 ไม่ใช่โรคมะเร็งจำนวน 4 ราย (หัวใจวายเรื้อรัง 2 ราย หลอดเลือดสมอง 1 ราย ถุงลมโป่งพอง 1 ราย) คิดเป็นร้อยละ 23.53 ราย และคะแนน PPS Score ต่ำสุด 20 คะแนน สูงสุด 60 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 40.58 (SD=13.45)

3.1 จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (participant observation) พบว่าการให้บริการตามรูปแบบกิจกรรมดูแลต่อเนืองแบบระดับประคองที่บ้าน เครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอสามจังหวัดอุทัยธานี ในแต่ละขั้นตอนมีรูปแบบที่ชัดเจน การประเมินและวินิจฉัยผู้ป่วยระยะสุดท้าย เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติ การส่งข้อมูลมีความครบถ้วนและรวดเร็ว ผ่านโปรแกรมอินเทอร์เน็ต เว็บไซต์ Thai Care Cloud และ Application LINE กลุ่มทั้งในระดับจังหวัดและอำเภอ ส่วนข้อมูลรายละเอียดจะมีการส่ง ญาติและมีอัตราการเข้าถึงบริการมากขึ้นเมื่อเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปีก่อน มีการกำหนดรายชื่อบุคคลที่รับผิดชอบในแต่ละแผนกของโรงพยาบาลชัดเจนและทุกคนเข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อที่บ้านแบบเครือข่ายบริการปฐมภูมิ มีการประชุมปรึกษาหารือร่วมกันของคณะกรรมการผู้รับผิดชอบในภาพเครือข่าย มีขั้นตอน กระบวนการ การจัดเตรียมความพร้อมใช้ของเครื่องมืออุปกรณ์ ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น บุคลากรในทีมมีการประสานงานกันอย่างมีระบบทั้งในส่วนของโรงพยาบาลชุมชนเองและเครือข่าย รพ.สต.ในพื้นที่ ศูนย์ดูแลต่อเนืองที่บ้านมี วัสดุอุปกรณ์เพียงพอกับการเยี่ยมไปใช้ที่บ้านของผู้ป่วย มีทะเบียนวัสดุครุภัณฑ์และแผนการจัดซื้อส่วนที่ขาด มีภาคประชาชนมาร่วมบริจาคจาก นอกจากพยาบาลวิชาชีพของหน่วยบริการปฐมภูมิยังมีสหวิชาชีพเป็นทีมร่วมให้บริการ เช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข ทั้งที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชน และ ใน รพ.สต. เครือข่าย มีการสนับสนุนทั้งงบประมาณและสิ่งของจากภาคเอกชน และท้องถิ่น ผู้เข้าถึงบริการมีอัตราเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยและญาติสามารถสอบถามและปรึกษาได้ตลอดเวลาทั้งทางโทรศัพท์และทาง LINE อสม. มีการค้นหาผู้ป่วยที่เข้าสู่



ระยะสุดท้ายในชุมชน และประสานให้ทีมสหวิชาชีพไปดูแลและวินิจฉัยที่บ้าน กรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าถึงบริการได้ครอบคลุมมากขึ้น ญาติและบุคคลในครอบครัวผู้ป่วยมีความเข้าใจและร่วมมือในการดูแล แสดงความพึงพอใจและขอบคุณต่อทีมผู้ให้การดูแล

3.2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านก่อนและหลังการให้บริการ ด้วยสถิติ Paired Sample t-test ดังตาราง 3

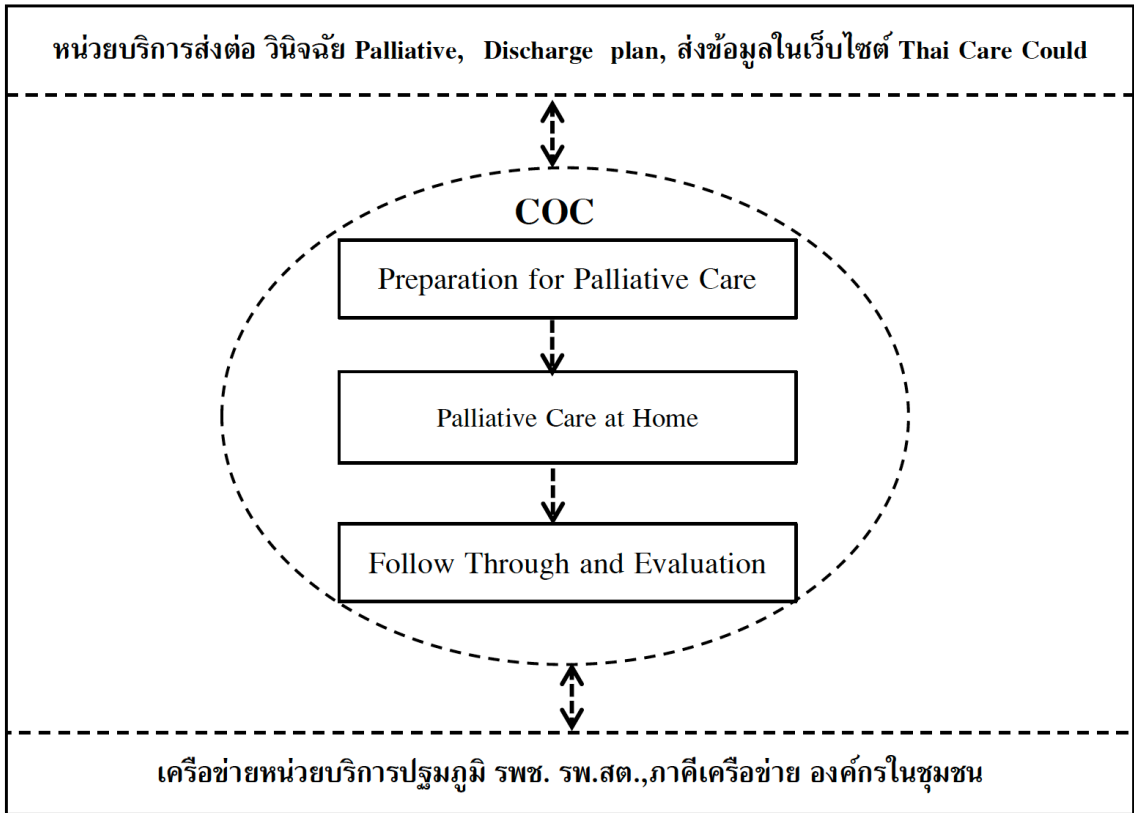
ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังได้รับการดูแลต่อเนื้องที่บ้าน

ตัวแปรที่ศึกษา	\bar{X}	SD	t	df	P-Value
ค่าคะแนนความพึงพอใจแรกเริ่มการดูแล	61.18	8.01			
			7.971	16	<.01
ค่าคะแนนความพึงพอใจหลังได้รับการดูแล	78.94	3.61			

จากตารางที่ 3 ค่าคะแนนความพึงพอใจแรกเริ่มการดูแล มีค่าเฉลี่ย 61.18 ค่าคะแนนความพึงพอใจหลังได้รับการดูแลมีค่าเฉลี่ย 78.94 ซึ่งมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากค่าความพึงพอใจที่มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ยังพบว่า การเข้าถึงบริการดูแลระดับประคองต่อเนื้องที่บ้านมีอัตราสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2558-2562 พบว่า มีอัตราการเข้าถึงบริการร้อยละ 31.82, 39.29, 45.71, 49.12, 51.39 ตามลำดับ แต่ในปี 2563 ซึ่งเป็นปีที่มีการพัฒนา พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ส่งต่อมาที่ ศูนย์ COC จำนวน 92 ราย ได้รับการบริการดูแลต่อเนื้องที่บ้านตามขั้นตอนทั้งสิ้น 74 ราย คิดเป็นร้อยละ 81.32 ซึ่งมีอัตราการเข้าถึงที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

3.3 ผลการถอดบทเรียนหลังดำเนินการแล้วเสร็จ (Retrospective) ของการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลระดับประคองต่อเนื้องที่บ้าน ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิลานสัก ซึ่งเป็นพื้นที่ดำเนินการวิจัย สรุปได้ว่าเหตุจูงใจในการดำเนินงานมีประเด็นสำคัญดังนี้ 1) การที่กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายโดยกำหนดให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านนั้นเป็น เป็นบริการหนึ่งในยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (service excellence) ของแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ซึ่งทำให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีข้อกำหนดในการจ่ายค่าตอบแทนให้กับหน่วยงานที่มีการบริการนี้เป็นรายกรณี 2) การที่ผู้บริหารของเครือข่ายบริการปฐมภูมิเล็งเห็นความสำคัญของการจัดบริการและให้การสนับสนุนการดำเนินงาน มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อดำเนินการและจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการ และ 3) คณะทำงานอันมีพยาบาลวิชาชีพเป็นแกนนำในการดำเนินการ มีการประสานความร่วมมือในการดำเนินการกันเป็นอย่างดี มีการปรึกษาหารือและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ตลอดจนทีมสหวิชาชีพอันประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา และเภสัชกร นอกจากนี้ยังมีเครือข่ายการทำงานในชุมชน ทั้ง อสม. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมทั้งสนับสนุนและร่วมดำเนินการ

ผู้วิจัยนำผลการศึกษาที่ได้มาสรุปเป็นรูปแบบการดูแลระดับประคองต่อเนื้องที่บ้าน ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แสดงรูปแบบการดูแลระดับประคับประคองต่อเนืองที่บ้าน ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

อภิปรายผล

การศึกษานี้มีเป้าประสงค์เพื่อพัฒนางานบริการด้านสุขภาพเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน นั่นคือการดูแลแบบประคับประคองต่อเนืองจากที่โรงพยาบาลไปถึงที่บ้าน ที่มีจำนวนมากขึ้นตามแนวโน้มของโรครุนแรงเรื้อรังที่ยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาด อีกทั้งจำนวนผู้สูงอายุในระยะบั้นปลายของชีวิตที่มีมากขึ้น เป้าหมายของการดูแลระดับประคับประคองคือเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญหน้ากับโรคหรือสภาวะที่คุกคามต่อชีวิต ตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยว่าป่วยระยะสุดท้าย จนกระทั่งผู้ป่วยจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ รวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย¹⁷ ดูแลเป็นองค์รวม ทั้งกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ให้ความเคารพสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวในการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วย และให้มีส่วนร่วมตัดสินใจต่อกิจกรรมการดูแล รวมไปถึงการให้ความเคารพในค่านิยม ความเชื่อ และศาสนาของผู้ป่วยและครอบครัว¹⁸ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลางของการดูแล เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว¹⁹ ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวกับภาวะเจ็บป่วยระยะท้าย พร้อมสำหรับการจากไปอย่างสงบ ท่ามกลางสิ่งแวดล้อมและบุคคลอันเป็นที่รัก²⁰

จากผลการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในการดูแลระดับประคับประคองต่อเนืองที่บ้าน ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ทำให้เห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนืองจากหน่วยบริการไปถึงที่บ้านยังขาดประสิทธิภาพ ไม่สามารถตอบสนองความต้องการดูแลได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุม เมื่อเปรียบเทียบกับแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเลือกที่จะกลับไปเสียชีวิตที่บ้านตนเองที่มากขึ้น นั่นคือส่วนใหญ่ไม่ได้รับการดูแล ด้วยพบประเด็นปัญหาด้านขีดจำกัดการเข้าถึงบริการ อันได้แก่ขาดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน มีความล่าช้าของการส่งข้อมูลผู้ป่วย และความไม่ครบถ้วนของข้อมูลโดยเฉพาะข้อมูลปัญหาและความต้องการ



การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแล นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยบางรายได้รับการดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากการขาดความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์ของบุคลากรผู้ให้บริการ ทั้งที่เป็นสหวิชาชีพด้านสุขภาพและเครือข่ายการดูแลในชุมชน รวมถึงความไม่เพียงพอของทรัพยากรสนับสนุนสำหรับการจัดการ ได้แก่ วัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผลการวิจัยที่ได้ในขณะนี้ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ กิตติกร นิลมานัต และคณะ²⁰ ที่พบว่าอุปสรรคการดูแลระดับประคับประคองต่อเนื่องคือ ข้อจำกัดในการเข้าถึงาระบบปวด การทำงานแบบแยกส่วน และการขาดความรู้และทักษะของบุคลากร จึงสรุปได้ว่าปัญหาในการดูแลระดับประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขหรือพัฒนาเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมกลุ่มผู้รับบริการ

เมื่อนำผลการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหา มาพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลระดับประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โดยผ่านการเสนอแนะและความเห็นชอบจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน พบว่ารูปแบบประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 3 ขั้นตอนคือ 1) การเตรียมความพร้อมก่อนให้บริการทั้งด้านคน เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ และแนวทางปฏิบัติ 2) การให้บริการดูแลระดับประคับประคองที่บ้านตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ด้วยแนวปฏิบัติที่มีมาตรฐานโดยทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องร่วมกับเครือข่ายบริการในชุมชน และ 3) การติดตามและประเมินผล ด้วยการสอบถาม สังเกต การประเมินสภาพ และประเมินความพึงพอใจของญาติและผู้ดูแล พร้อมทั้งปรับปรุงพัฒนากระบวนการบริการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่ได้นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วรนุช วงศ์เจริญและคณะ¹⁷ ที่ว่าการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านนั้น ทีมเยี่ยมบ้านควรมีการเตรียมความพร้อมในด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านทรัพยากร/วัสดุ และการบริหารจัดการ ซึ่งความจำเพาะของรูปแบบที่ได้จากการศึกษานี้คือการใช้กลไกการจัดการดูแลสุขภาพภายใต้การบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care: CUP) ที่ให้ความสำคัญกับการเชื่อมต่อกันนโยบายสู่การปฏิบัติ โดยการประสานงานและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดร่วมกัน ทั้งบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ การสนับสนุนทางวิชาการ รวมทั้งบูรณาการทุกภาคส่วนเพื่อการพัฒนาการบริการสุขภาพอย่างเป็นระบบ²¹ นั่นคือการนำผลการวิเคราะห์ปัญหาของพื้นที่มาเป็นตัวกำหนดรูปแบบกิจกรรมบริการ นอกจากนี้ยังมีพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงสาขาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ที่ถือว่าเป็นทรัพยากรคือที่มีอยู่ในบริบทของเครือข่ายที่ศึกษา เป็นผู้ดำเนินการพัฒนาแนวทาง มีบทบาทหน้าที่ในการชี้แจงทำความเข้าใจ สอน แนะนำ และถ่ายทอดองค์ความรู้ ประสบการณ์ ตลอดจนฝึกทักษะการปฏิบัติ ให้แก่บุคลากรผู้เกี่ยวข้อง ประสานความร่วมมือตามแนวทางที่สร้างร่วมกัน สิ่งสำคัญคือพื้นฐานสัมพันธ์ที่ดีระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิกับเครือข่ายการทำงานในชุมชน นับว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางคอมพิวเตอร์มาใช้ทั้งโปรแกรม Thai Care Could ที่ถือว่าเป็นช่องทางสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ครอบคลุมมากขึ้น รวมทั้งการนำ LINE Application มาเป็นเครื่องมือในการติดต่อสื่อสาร ทั้งการส่งข้อมูล การคำปรึกษา และแลกเปลี่ยนการปฏิบัติการณ์ได้อย่างสะดวกถูกต้องและรวดเร็ว เป็นเหตุให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลระดับประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านอย่างมีคุณภาพ

เมื่อพิจารณาผลการประเมินรูปแบบการดูแลระดับประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ที่พบว่าช่วยให้อัตราการเข้าถึงบริการดูแลระดับประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านของกลุ่มเป้าหมายเพิ่มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนหน้านี้ อีกทั้งทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลระดับประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านเครือข่ายบริการปฐมภูมิลานสัก ที่ทำการพัฒนาขึ้นนี้ สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ถึงแม้ว่าการดูแลระดับประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านจะไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอด แต่ก็ช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบที่บ้านท่ามกลางสิ่งแวดล้อมและบุคคลอันเป็นที่รัก อย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ข้อเสนอแนะ

1. ควรสนับสนุนให้มีการจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ แบบสหวิชาชีพเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ ทักษะ และทัศนคติที่ดี ในการให้การดูแลระดับรองต่อเนื่องที่บ้าน
2. ควรส่งเสริมให้ผู้เกี่ยวข้องในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้เรียนรู้การใช้งานโปรแกรม Thai Care Could เพื่อรับและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ได้อย่างสะดวก อย่างครบถ้วน ถูกต้อง และรวดเร็วต่อการให้บริการ
3. ควรสนับสนุนงบประมาณ บุคลากร และวัสดุอุปกรณ์ให้ศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (COC) ของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ เพื่อให้มีความพร้อมและจัดบริการการที่มีประสิทธิภาพ
4. ควรนำรูปแบบการดูแลระดับรองต่อเนื่องที่บ้านในเครือข่ายบริการปฐมภูมิลานสัก ไปปรับใช้กับเครือข่ายบริการปฐมภูมิอื่น ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

References

1. Pokpalagon P. Palliative care model in Thailand. Nursing Journal of the Ministry of Public Health; 2019;40-51.(in Thai).
2. Phairojkul S. Quality standards for palliative care of patients Karunarak Center. 2nd ed. Khon Kaen: Klang Nana Witthaya Printing Plant LP;2018.(in Thai).
3. Chantanui K, Khunwong P, Chamnanborirak P. Development of palliative care model in Sisurat Community Mahasarakhom Province. Journal of Health Systems Research and Development.2017;10(2):292-8. (in Thai).
4. Connor S, Bermedo MS. Global atlas of palliative care at the end of life. Geneva Switzerland: World Health Organization and Worldwide Palliative Care Alliance;2014.
5. Stephen R, Claire M, Ernesto J, Richard H, James C, Barbara H, et al. Global atlas of palliative care. 2nd ed. London UK: World Health Organization and Worldwide Palliative Care Alliance;2020.
6. World Health Organization. Global atlas of palliative care. 2nd ed. Geneva Switzerland London UK: Worldwide Hospice Palliative Care alliance;2020.
7. Triket B. A Guide for the people palliative care. Bangkok: Sam Dee Printing Equipment Co Ltd published;2017. (in Thai).
8. Office of the National Health Commission (NHSO). Handbook for people to care for terminally ill patients palliative care. Bangkok: Media Creation;2013.(in Thai).
9. Office of the National Health Commission. Health provider handbook laws and practices related to hospice care. Bangkok: Sam Dee Printing Equipment;2017.(in Thai).
10. Nursing Division Ministry of Public Health. Palliative nursing care service system, Nonthaburi: Suetawan published;2016.(in Thai).
11. Rungutaisiri U. Development of a model of palliative care system with the participation of the community in Selaphum District, Roi Et Province. Journal of Public Health System Research 2008;2(2):1021-30. (in Thai).
12. Nuntachaipun P, Soiwong P. Clinical nursing practice palliative care in adult patients. Bangkok: Jood Thong;2015.(in Thai).
13. Athanyachaipong P. Palliative care guidelines. Nonthaburi: Department of Medical Services Ministry of Public Health;2015.(in Thai).



14. Nursing Division Ministry of Public Health. Home health care home ward. 1st ed. Nonthaburi: Agricultural Cooperative Association of Thailand Printing;2013.(in Thai).
15. Lansak Hospital. Continuity care center performance report. Uthai Thani: Primary and Holistic Health Services Department;2020.(in Thai).
16. Mahdjoubi D. Four types of R&D. Texas: Research Associate, IC2 Institute;2009.
17. Wongcharoen W, Ratchadathanarat T, Somngam S. The development of palliative care system in home health care: a case study Pong Hospital Phayao Province. *Journal of Disease and Health Risk DPC3* 2020;14(2):26–37.(in Thai).
18. Nilmanat K, Udchumpisai M, Potjamanpong P, Niyomthai N. Continuing hospital-to-home palliative care: a southern Thai context. *Thai Journal of Nursing Council* 2019;34(2):76–93.(in Thai)
19. Nakanishi M, Ogawa A, Nishida A. Availability of home palliative care services and dying at home in conditions needing palliative care A population-based death certificate. *SAGE Journal Palliative Medicine* (Internet).2020[Cited 2020 January23]. Available: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0269216319896517>
20. Nilmanat N, Sungkamuneejinda K. Caring for grieving patients with terminal cancer. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2017;27(Special Issue);1–8.(in Thai).
21. Sae-hlee D, Namtassnee S, Thiphungthae S, SumamalT, Tunsuthepweravong C, Yana T. District health system (DHS). Bangkok: Public Health Administration Office, Office of the Permanent Secretary for Public Health;2014.(in Thai).



สมรรถนะด้านการบริหารและการบริการของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัด โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย

The Administrative and Service Competencies of Operating Room Head Nurses at a Secondary Level Hospital Using the Delphi Technique

ศิริวรรณ คุ่มนุ่น¹ สมพันธ์ หิญชีระนันท์² ปราณี มีหาญพงษ์²

Siriwan Kumnum¹ Sompan Hinjiranant² Pranee Meehanpong²

¹นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

¹Graduated Student of Master of Nursing Science, Faculty of Nursing, Christian University of Thailand

²Faculty of Nursing, Christian University of Thailand

Corresponding author: Siriwan Kumnum; Email: siriwan.ktu@gmail.com

Received: March 16, 2021 Revised: July 1, 2021 Accepted: July 25, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ กำหนดสมรรถนะด้านการบริหารและการบริการของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารงานการพยาบาลห้องผ่าตัด ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในห้องผ่าตัด ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการการพยาบาลงานห้องผ่าตัด และศัลยแพทย์ จำนวน 20 คน ซึ่งได้จากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสำรวจและแบบสอบถามความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับสมรรถนะด้านการบริหารและการบริการของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่ามัธยฐาน (median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (interquartile range) เพื่อให้ได้ฉันทมติของผู้เชี่ยวชาญ ผลการวิจัย พบว่า สมรรถนะด้านการบริหารและการบริการของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ประกอบด้วย 12 สมรรถนะ 58 ข้อย่อย ได้แก่ สมรรถนะด้านการบริหาร 5 สมรรถนะคือ 1) การวางแผนในห้องผ่าตัด 2) การจัดระเบียบองค์กรในห้องผ่าตัด 3) การบริหารบุคคลในห้องผ่าตัด 4) การมอบหมายงานการพยาบาลในห้องผ่าตัด และ 5) การควบคุมงานการพยาบาลในห้องผ่าตัด และสมรรถนะด้านการบริการ 7 สมรรถนะคือ 1) ผู้ใช้บริการได้รับความปลอดภัย (safety) 2) ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่รวดเร็ว (eager response) 3) ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน (standard) 4) ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่มีคุณค่า (value) 5) ผู้ใช้บริการเป็นบุคคลสำคัญ และเป็นศูนย์กลางการบริการ (importance) 6) ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลด้วยความเอาใจใส่ (concern) และ 7) ผู้ใช้บริการได้รับบริการด้วยความเท่าเทียมกัน (equity) ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาคัดเลือกผู้ที่จะทำหน้าที่พยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัด และเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัด

คำสำคัญ: เทคนิคเดลฟาย; บริหารการพยาบาล; พยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัด; สมรรถนะพยาบาล



The Administrative and Service Competencies of Operating Room Head Nurses at a Secondary Level Hospital Using the Delphi Technique

Siriwan Kumnum¹ Sompan Hinjiranana² Prance Meehanpong²

¹Graduated Student of Master of Nursing Science, Faculty of Nursing, Christian University of Thailand

²Faculty of Nursing, Christian University of Thailand

Corresponding author: Siriwan Kumnum; Email: siriwan.ktu@gmail.com

Received: March 16, 2021 Revised: July 1, 2021 Accepted: July 25, 2021

Abstract

The aim of this descriptive study was to describe the administrative and service competencies of operating theatre head nurses at a secondary level hospital. The twenty informants were experts selected through purposive sampling, including perioperative nursing administrators, perioperative nurses, nursing educators, and surgeons. The instrument used were rating scale questionnaire. The data from the rating scale of the administrative and service competencies questionnaires were analyzed using median and interquartile range to determine the consensus of the experts. The study found that the administrative and service competencies of operating room head nurses at the secondary level hospital in the province consisted of twelve competencies. The 5 administrative competencies for operating room head nurses were: 1) Planning 2) Organizing 3) Personnel management 4) Staff assignment and 5) Controlling nursing tasks. The 7 service competencies for operating theatre head nurses were: 1) the patient is safe (safety), 2) the patient receives prompt service (eager response), 3) the patient receives standardized services (standard), 4) the patient receives valuable services (value), 5) the patient is an important person (importance), 6) the patient is treated with great care (concern), and 7) the patient is treated with fairness (equity). The results of this study can be used to determine the selection criteria for operating theatre head nurses. Furthermore, it is recommended that the guidelines be used for the development of competency among operating theatre head nurses.

Keywords: nurse delphi technique; nurse administration; operating room head; nurse's competencies

ความเป็นมาและความสำคัญ

ห้องผ่าตัดเป็นหน่วยงานพิเศษของโรงพยาบาลมีลักษณะงานที่มีความเฉพาะทาง และเป็นหน่วยงานหนึ่งที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติและการบริหารงานเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่องค์กรคาดหวัง การปฏิบัติงานและการบริหารจัดการภายในห้องผ่าตัด เป็นการทำงานภายใต้สิ่งแวดล้อมที่มีความกดดันทั้งในด้านบรรยากาศขององค์กร การทำงานร่วมกันเป็นทีมร่วมกับคัลยแพทย์ วิศวณูแพทย์ วิศวณูพยาบาล และพยาบาลห้องผ่าตัด เนื่องจากลักษณะงานห้องผ่าตัดมีความแตกต่างจากการพยาบาลด้านอื่น ๆ เป็นการทำงานที่ต้องแข่งกับเวลา เป็นงานที่สามารถเห็นผลได้รวดเร็ว เป็นงานที่ต้องใช้ทักษะชำนาญเฉพาะทางพยาบาลห้องผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ การปฏิบัติหน้าที่ในห้องผ่าตัดต้องปฏิบัติงานภายใต้ความกดดันสูง มีโอกาสเกิดความเสี่ยงกับผู้ป่วยและทีมผ่าตัดได้ตลอดเวลา¹⁻² โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลระดับตติยภูมิซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการหลากหลายสาขาทั้งสาขาหลักและสาขารอง ให้การรักษารักษาบริการที่ยุ่ยากซับซ้อน ปริมาณผู้ใช้บริการที่เพิ่มมากขึ้น และปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยและหลากหลายมาช่วยในการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดด้วยกล้อง และยังเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงาน ดังนั้นพยาบาลหัวหน้าห้องเป็นบุคลากรที่สำคัญต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ มีความชำนาญเฉพาะทางด้านห้องผ่าตัด มีทักษะ ในการควบคุมการปฏิบัติงานของบุคลากร ดูแลและดำเนินงานของงานผ่าตัดเพื่อให้การดำเนินการผ่าตัดเป็นไปด้วยความราบรื่น อุปกรณ์ เครื่องมือ เพียงพอ พร้อมใช้ มีการประสานงาน และสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้อย่างราบรื่น รู้ถึงแนวทางการปฏิบัติและแนวทางการป้องกันความเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในการผ่าตัดตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการผ่าตัด

การปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัดจะปฏิบัติงานตามแนวทางการปฏิบัติงานของห้องผ่าตัด จากการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ที่ผ่านมามีอุบัติการณ์ของความผิดพลาด เช่น การผ่าตัดอวัยวะผิดตำแหน่ง ผิดชนิดของหัตถการ ผ่าชำโลหิตตกค้างในร่างกายผู้ป่วย อุบัติการณ์เหล่านี้นอกจากเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของคัลยแพทย์แล้วยังเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลผ่าตัดของพยาบาลวิชาชีพประจำห้องผ่าตัด จากอุบัติการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า สมรรถนะในการปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัด เป็นสิ่งสำคัญทั้งทางด้านการบริหารและการบริการ ที่จะช่วยให้เกิดคุณภาพและผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด พยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดจำเป็นต้องมีการพัฒนาความรู้ความสามารถตลอดเวลา สามารถควบคุม กำกับ ติดตามการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกในห้องผ่าตัดได้ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพ เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย⁴ หากพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดขาดความรู้ หรือมีสมรรถนะที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อการทำงาน ทั้งความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากร ดังนั้นพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัด จึงควรมีสมรรถนะที่เหมาะสม มีความรู้ ความสามารถ ทักษะ และคุณลักษณะส่วนบุคคล ในด้านการบริหารงานและการบริการผู้ป่วยผ่าตัด ป้องกันอันตราย และให้การดูแลในทุกระยะของการผ่าตัด เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ปลอดภัย³ ซึ่งปัจจุบันห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลของรัฐระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งนั้น ระบบการคัดสรรกรขึ้นเป็นพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดไม่เป็นรูปธรรม ยังไม่มีการกำหนดสมรรถนะและรูปแบบการประเมินสมรรถนะของบุคลากรที่ชัดเจน ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการคัดสรรพยาบาลวิชาชีพที่จะทำหน้าที่เป็นพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดแต่ละห้องเพื่อให้ได้บุคลากรที่มีสมรรถนะตามมาตรฐาน มีสมรรถนะที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานทั้งด้านการบริการและด้านการบริหารสามารถควบคุม กำกับ ติดตามบุคลากรทางการพยาบาลในห้องผ่าตัดนั้นได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามียางานผลกรวิจัยด้านการกำหนดสมรรถนะด้านการบริหารและการบริการของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดที่ทำหน้าที่หัวหน้าห้องผ่าตัดแต่ละห้อง โดยส่วนใหญ่มีเพียงการวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัด และสมรรถนะการบริหารงานของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัด ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งจึงมีความสนใจในการศึกษาสมรรถนะด้านการบริหารและการบริการของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัด โดยใช้เทคนิคเดลฟายเพื่อให้ได้มาซึ่งการกำหนดสมรรถนะด้านการบริหารและการบริการของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ อันจะมีผลให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ

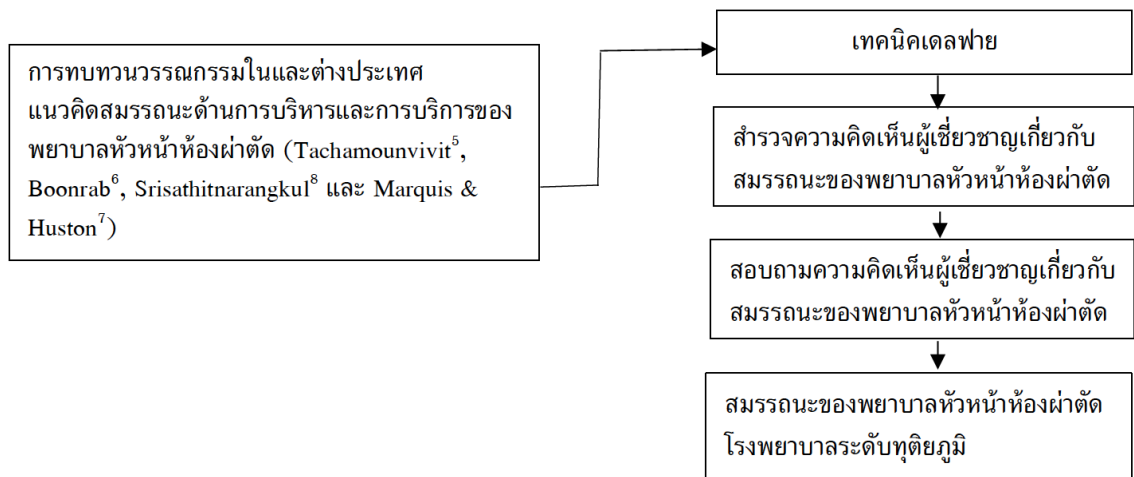
และเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารและการบริการของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อกำหนดสมรรถนะด้านการบริหารและการบริการของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและผลงานวิจัยเกี่ยวกับการวิเคราะห์ตัวประกอบสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดโรงพยาบาลรัฐของ Tachamounvivi⁵ แนวคิดสมรรถนะการบริหารงานของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดโรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร ของ Boonrab⁶ แนวคิดด้านกระบวนการบริหารของ Marquis & Huston⁷ และแนวคิดด้านการบริการของ Srisathitnarangkul⁸ ซึ่งเป็นพฤติกรรมกาปฏิบัติของผู้ให้บริการเพื่อให้เป็นไปตามความต้องการของผู้ใช้บริการ ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนของเทคนิคเดลฟาย⁹ เพื่อให้ได้ความเห็นร่วมของผู้เชี่ยวชาญเป็นฉันทามติและกำหนดสมรรถนะด้านการบริหารและการบริการของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ทั้งหมดสามารถเขียนเป็นกรอบดำเนินการวิจัยได้ ดังภาพที่ 1



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique)⁹ เพื่อรวบรวมความคิดเห็นให้ได้เป็นฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ ตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแทนการสัมภาษณ์ตามวิธีการเทคนิคเดลฟาย⁹ โดยผู้วิจัยได้สร้างแบบสำรวจซึ่งมีลักษณะเป็นข้อคำถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับสมรรถนะด้านการบริหารและการบริการของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งสรุปได้ข้อมูลเกี่ยวกับสมรรถนะด้านการบริหารและการบริการของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัด จำนวน 12 สมรรถนะ จำแนกรายละเอียดได้ทั้งสิ้น 58 ข้อ โดยได้ข้อมูลเกี่ยวกับสมรรถนะด้านการบริหาร จำนวน 5 สมรรถนะจำแนกรายละเอียดได้ 29 ข้อ และข้อมูลเกี่ยวกับสมรรถนะด้านการบริการ จำนวน 7 สมรรถนะ จำแนกรายละเอียดได้ 29 ข้อ

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาแบบสอบถามการวิจัย เมื่อผู้วิจัยรับแบบสำรวจความคิดเห็นกลับจากผู้เชี่ยวชาญ นำข้อมูลที่ได้กลับมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ได้ข้อความที่มีความชัดเจนและพัฒนาให้เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) แล้วจึงดำเนินการส่งแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมตอบ



ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินการวิจัย เมื่อผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยตามการดำเนินงานในขั้นตอนที่ 2 จึงดำเนินการส่งแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมตอบแบบสอบถามในแต่ละรอบดังนี้

รอบที่ 1 ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละบุคคล และขอรับคืนภายในเวลา 2 สัปดาห์

รอบที่ 2 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามรอบที่ 1 ที่ได้กลับคืนจากผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์และจัดทำแบบสอบถามรอบที่ 2 เป็นรายบุคคล เพิ่มการแสดงคำมีฐาน คำพิสัยระหว่างควอไทล์ และค่าคำตอบเดิมในรอบที่ 1 ของผู้เชี่ยวชาญแต่ละราย ส่งคืนให้ผู้เชี่ยวชาญพร้อมผลการวิเคราะห์โดยเฉลี่ยของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละราย พิจารณาว่าจะเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นหรือยืนยันความคิดเห็นเดิม และผู้วิจัยขอรับคืนภายใน 2 สัปดาห์ และผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ในรอบนี้ ได้คำตอบที่สอดคล้องกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ คือ คำพิสัยระหว่างควอไทล์น้อยกว่า 1.5 แสดงว่าค่าความคิดเห็นที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญสอดคล้องกัน¹⁰ จึงยุติกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลและสรุปเป็นผลการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลความคิดเห็น ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 20 คน ตามการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Macmillan¹¹ ซึ่งกล่าวว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน ตั้งแต่ 17 คนขึ้นไป จะมีระดับความคลาดเคลื่อนลดลง และมีความคลาดเคลื่อนน้อยมากเท่ากับ .02 ผู้เชี่ยวชาญในการวิจัยนี้ประกอบด้วยบุคลากร 4 กลุ่ม กำหนดคุณสมบัติดังนี้

1. ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารงานการพยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 9 คน วุฒิการศึกษาด้านการพยาบาลหรือด้านการบริหารการพยาบาล ระดับปริญญาโทขึ้นไป หรือ ดำรงตำแหน่งข้าราชการระดับชำนาญการพิเศษ มีประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลผ่าตัด อย่างน้อย 10 ปี ดำรงตำแหน่งด้านบริหารระดับหัวหน้างานห้องผ่าตัด อย่างน้อย 3 ปี และเป็นผู้มีคุณสมบัติอย่างน้อยอย่างใดอย่างหนึ่ง คือ 1) ดำรงตำแหน่งหรือเคยดำรงตำแหน่งหัวหน้างานการพยาบาลในห้องผ่าตัด 2) มีผลงานด้านวิชาการเกี่ยวกับการพยาบาลในห้องผ่าตัด และ 3) เป็นคณะกรรมการสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย

2. ผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลในห้องผ่าตัด จำนวน 8 คน วุฒิการศึกษาด้านการพยาบาลระดับปริญญาตรีขึ้นไป ผ่านการอบรมเฉพาะทางพยาบาลห้องผ่าตัด ระยะเวลา 4 เดือน และมีประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลผ่าตัด อย่างน้อย 10 ปี

3. ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการการพยาบาลงานห้องผ่าตัด จำนวน 2 คน ดำรงตำแหน่งหรือเคยดำรงตำแหน่งอาจารย์พยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาและมีผลงานด้านวิชาการเกี่ยวกับการพยาบาลในห้องผ่าตัด

4. ศัลยแพทย์ จำนวน 1 คน วุฒิการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต และวุฒิบัตรศัลยแพทย์เฉพาะทางสาขาใดสาขาหนึ่ง และมีประสบการณ์การทำงานด้านการผ่าตัด อย่างน้อย 10 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยมี 3 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบสำรวจความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับสมรรถนะด้านการบริหารและการบริการของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 แบบสำรวจข้อมูลทั่วไปของผู้เชี่ยวชาญ ตอนที่ 2 เป็นข้อคำถามให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะด้านการบริหารและการบริการของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัด จำนวน 58 ข้อ ชนิด 3 ตัวเลือก ประกอบด้วย เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และข้อเสนอแนะ

ชุดที่ 2 รอบที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับสมรรถนะด้านการบริหารและการบริการของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดที่ได้จากข้อมูลชุดที่ 1 นำมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และพัฒนาเป็นแบบสอบถามความคิดเห็นแบบประเมินค่า (rating scale) ชนิด 5 ระดับ คือ สมรรถนะที่จำเป็นมากที่สุดจนถึงสมรรถนะที่จำเป็นน้อยที่สุด



ความหมายแต่ละระดับคือ คะแนน 5 หมายถึง สมรรถนะที่จำเป็นมากที่สุด คะแนน 4 หมายถึง สมรรถนะที่จำเป็นมาก คะแนน 3 หมายถึง สมรรถนะที่จำเป็นปานกลาง คะแนน 2 หมายถึง สมรรถนะที่จำเป็นน้อย และคะแนน 1 หมายถึง สมรรถนะที่จำเป็นน้อยที่สุด จำแนกข้อความคำถามสมรรถนะด้านการบริหาร 5 สมรรถนะและสมรรถนะด้านการบริการ 7 สมรรถนะรวมเป็น 12 สมรรถนะ

ชุดที่ 3 รอบที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ เช่นเดียวกับเครื่องมือชุดที่ 2 คือ สมรรถนะที่จำเป็นมากที่สุดจนถึงสมรรถนะที่จำเป็นน้อยที่สุด ซึ่งเป็นข้อความเดิมแต่เพิ่มการแสดงค่ามัธยฐาน คะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละราย และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญเห็นคะแนนของตน เปรียบเทียบกับคะแนนของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณา ยืนยันคำตอบเดิมหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ เพื่อสรุปเป็นผลการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยคริสเตียน ตามเอกสารรับรองเลขที่ น. 13/2562 วันที่ 22 มิถุนายน 2563 และผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย การเก็บรักษาข้อมูลที่ได้เป็น ความลับ ซึ่งระหว่างการรวบรวมข้อมูลผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิ์ที่จะขอออกจากการวิจัยได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผลแก่ผู้วิจัย และขอความร่วมมือให้ผู้ร่วมวิจัยลงนามเอกสารแสดงการยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยให้ข้อมูลตั้งแต่เริ่มต้นใน กระบวนการเก็บข้อมูลจนกระทั่งนำเสนอผลงาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้วผู้วิจัยขอหนังสือจากมหาวิทยาลัยคริสเตียนเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญพร้อมส่งแบบสำรวจ เอกสารชี้แจงและขอความยินยอมจากผู้เชี่ยวชาญพร้อมนัด วันส่งแบบสำรวจความคิดเห็นกลับภายใน 2 สัปดาห์ เมื่อได้รับการตอบกลับ ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขพัฒนาเป็นแบบสอบถามการวิจัย และเป็นแบบสอบถามรอบที่ 1

2. ส่งแบบสอบถามรอบที่ 1 ให้ผู้เชี่ยวชาญได้ลงความเห็นและนัดวันรับแบบสอบถามกลับภายใน 2 สัปดาห์ เมื่อได้รับการตอบกลับนำมาหาค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์แต่ละข้อความ

3. ส่งแบบสอบถามรอบที่ 2 ซึ่งทุกข้อความจะมีค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และคำตอบเดิมของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณา ยืนยันคำตอบเดิมหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ

4. เมื่อได้รับแบบสอบถามในรอบที่ 2 กลับจากผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์หาค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เมื่อมีความสอดคล้องกันจะได้เป็นฉันทามติและได้เป็นผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ (frequency) และหาค่าร้อยละ (percentage)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลรอบสำรวจความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

3. การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1 นำคำตอบที่ได้จากแบบสอบถาม มาวิเคราะห์หาค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เป็นรายชื่อ

4. นำคำตอบที่ได้จากแบบสอบถามรอบที่ 2 มาวิเคราะห์หาค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เป็นรายชื่อ พร้อมการแปลผลดังนี้

ค่ามัธยฐานตั้งแต่ 4.50 ขึ้นไป	หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด
ค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.50 - 4.49	หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก



ค่ามัธยฐานตั้งแต่ 2.50 - 3.49 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง

ค่ามัธยฐานตั้งแต่ 1.50 - 2.49 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย

ค่ามัธยฐานต่ำกว่า 1.50 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยที่สุด

โดยค่ามัธยฐานในระดับมากและมากที่สุด (ตั้งแต่ 3.5 ขึ้นไป) แสดงถึง ระดับความสอดคล้องของข้อความ¹⁰

และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ของข้อความที่มีค่าไม่เกิน 1.50 หมายถึง ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อข้อความนั้นสอดคล้องกันและค่ามากกว่า 1.50 หมายถึง ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อข้อความนั้นไม่สอดคล้องกัน¹⁰ เมื่อผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ามีค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน จึงพิจารณายุติการเก็บข้อมูล และถือได้ว่าเป็นฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้หญิงทั้งหมดจำนวน 20 คน กลุ่มอายุ 50-59 ปี มีจำนวนมากที่สุด 11 คน คิดเป็นร้อยละ 55 วุฒิกการศึกษาระดับปริญญาโทมีจำนวนมากที่สุด 9 คนคิดเป็นร้อยละ 45 การอบรมเฉพาะทางห้องผ่าตัดมีจำนวนมากที่สุด 15 คนคิดเป็นร้อยละ 75 ตำแหน่งงานเป็นหัวหน้างานห้องผ่าตัดจำนวนมากที่สุด 7 คน คิดเป็นร้อยละ 35 ประสบการณ์การดำรงตำแหน่งปัจจุบันพบว่าประสบการณ์ระหว่าง 3-8 ปี มีจำนวนมากที่สุด 8 คน คิดเป็นร้อยละ 40 และความเชี่ยวชาญและประสบการณ์การทำงานห้องผ่าตัดระหว่าง 11-20 ปี และ 21-30 ปี มีจำนวนมากที่สุด 7 คน แต่ละความเชี่ยวชาญและประสบการณ์คิดเป็นร้อยละ 35 และรองลงมา 31ปีขึ้นไป จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 30

ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะด้านการบริหารและการบริการของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประกอบด้วย 12 สมรรถนะ และจำแนกเป็น 58 ข้อย่อย ได้แก่ สมรรถนะด้านการบริหาร 5 สมรรถนะ จำแนกเป็น 29 ข้อ และสมรรถนะด้านการบริการ 7 สมรรถนะ จำแนกเป็น 29 ข้อ โดยพบว่าข้อย่อยทั้งหมด 58 ข้อ มีความสำคัญอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์มีค่าเป็น 0 จำนวน 55 ข้อย่อย และมีค่าเป็น 1 จำนวน 3 ข้อย่อย ดังตารางที่ 1-2

ตารางที่ 1 สมรรถนะด้านการบริหารของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (n=20)

สมรรถนะด้านการบริหารของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัด	Med	IQR	ระดับความสำคัญ	ความหมาย
สมรรถนะข้อที่ 1 การวางแผนในห้องผ่าตัด				
1. การวางแผนในการจัดเตรียมสถานที่ บุคลากร เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ในการให้การพยาบาลในห้องผ่าตัด	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
2. การวางแผนในการเตรียมความพร้อมในการให้บริการ ผ่าตัดทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
3. การวางแผนการปฏิบัติงานและวางแผนการพยาบาลในห้องผ่าตัดเพื่อป้องกันความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
4. การรับและส่งเวร เพื่อวางแผนปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
5. การวางแผนในการพัฒนาตนเองและส่งเสริมให้บุคลากรในทีมการพยาบาลในห้องผ่าตัด มีการพัฒนางานอย่างต่อเนื่องและพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
6. การวางแผนในการจัดลำดับการทำงานได้อย่างเหมาะสม เช่น การเตรียมผ่าตัดแต่ละชนิดการผ่าตัด	5	1	มากที่สุด	เหมาะสม
สมรรถนะข้อที่ 2 การจัดระเบียบองค์การในห้องผ่าตัด				
1. ความสามารถในการสร้างสัมพันธ์กับทีมสหสาขาเพื่อให้เกิดการสื่อสารและประสานงานที่ดีต่อกัน	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม



สมรรถนะด้านการบริหารของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัด	Med	IQR	ระดับความสำคัญ	ความหมาย
2. ความสามารถในการบริหารจัดการ เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์การแพทย์ ในห้องผ่าตัด ให้มีเพียงพอและพร้อมใช้งาน	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
3. การจัดการมอบหมายงานแก่สมาชิกในทีมการพยาบาลผ่าตัด ในห้องผ่าตัดอย่างชัดเจน ทำงานตามหน้าที่รับผิดชอบ	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
4. การมีส่วนร่วมในการจัดระบบลำดับการให้บริการผ่าตัดตาม ความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
5. การปฏิบัติงานตามลำดับขั้นของการสั่งการในการพยาบาลผ่าตัด เช่น จาก หัวหน้างานห้องผ่าตัดมายังพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดแต่ละห้อง	5	1	มากที่สุด	เหมาะสม
สมรรถนะข้อที่ 3 การบริหารบุคคลในห้องผ่าตัด				
1. การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานเพื่อให้ ปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมาย	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
2. การมอบหมายงานในทีมการพยาบาลในห้องผ่าตัดได้อย่าง เหมาะสมใน แต่ละบุคคล	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
3. การสนับสนุนให้ทีมการพยาบาลในห้องผ่าตัดมีความมั่นใจในการ ทำงานโดยการยกย่อง ชมเชย	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
4. การพัฒนาบุคลากรในทีมการพยาบาลในห้องผ่าตัด โดยการสอนสาธิต และเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำแก่สมาชิกในทีม	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
5. การสนับสนุนส่งเสริมให้บุคลากรในทีมการพยาบาลผ่าตัดเกิด บรรยากาศการเรียนรู้และสร้างนวัตกรรมในการพยาบาลในห้องผ่าตัด	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
6. การส่งเสริมให้บุคลากรพยาบาลในทีมผ่าตัดมีความสามารถเป็นวิทยากร การพยาบาลในห้องผ่าตัด ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
สมรรถนะข้อที่ 4 การมอบหมายงานการพยาบาลในห้อง ผ่าตัด				
1. ความสามารถในการตัดสินใจและสั่งการในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าใน กรณีฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินได้รวดเร็วและเหมาะสม	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
2. ความสามารถแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานร่วมกับสมาชิกในทีมการ พยาบาลในห้องผ่าตัดและทีมสหสาขาได้อย่างมีประสิทธิภาพ	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
3. การมอบหมายงานอย่างชัดเจนให้สมาชิกทีมการพยาบาลในห้องผ่าตัด ปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
4. การเป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำการพยาบาลในการผ่าตัดที่ซับซ้อน ฉุกเฉิน และการใช้เครื่องมือพิเศษได้	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
สมรรถนะข้อที่ 5 การควบคุมงานการพยาบาลในห้องผ่าตัด				
1. ความสามารถในการกำกับ ควบคุมและติดตามสมาชิกในทีมให้ปฏิบัติ ตามมาตรฐานการพยาบาลในห้องผ่าตัดได้	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
2. การควบคุม กำกับติดตามในการป้องกันความเสี่ยง ที่หน่วยงานกำหนด อย่างเคร่งครัด เช่น การป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดหัตถการ การ ป้องกัน ผ้าซัลโลทิด ก๊อส เครื่องมือ ของมีคม ตกค้างในร่างกายผู้ป่วย เป็นต้น	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม

สมรรถนะด้านการบริหารของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัด	Med	IQR	ระดับความสำคัญ	ความหมาย
3. การติดตามตรวจสอบความเรียบร้อยของบันทึกการพยาบาลห้องผ่าตัดให้ถูกต้องครบถ้วน	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
4. ความสามารถในการติดตามตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในห้องผ่าตัดให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
5. ความสามารถในการกำกับบุคลากรที่ทำการพยาบาลในห้องผ่าตัดในการใช้และดูแลบำรุงรักษาเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดได้อย่างถูกต้องวิธี	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
6. การควบคุมการใช้ทรัพยากรในห้องผ่าตัดตามความเหมาะสม เช่น น้ำยาฆ่าเชื้อ วัสดุการแพทย์ โดยใช้อย่างประหยัดและคุ้มค่า	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
7. การควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อโรคในห้องผ่าตัด	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
8. การควบคุมกำกับดูแลสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัดให้ได้ตามมาตรฐานเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรที่ปฏิบัติงาน	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม

ตารางที่ 2 สมรรถนะด้านการบริการของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (n=20)

สมรรถนะด้านการบริการของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัด	Med	IQR	ระดับความสำคัญ	ความหมาย
สมรรถนะข้อที่ 1 ผู้ใช้บริการได้รับความปลอดภัย				
1. ความสามารถในการปฏิบัติ และควบคุมกำกับ ติดตามสมาชิกในห้องผ่าตัดให้ปฏิบัติงานตามแนวปฏิบัติความปลอดภัยของผู้ป่วยและระบบบันทึกเกี่ยวกับความปลอดภัย เช่น การทำแบบ ตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย (Surgical safety checklist) เพื่อตรวจสอบความปลอดภัยของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
2. ความสามารถในการประเมินและป้องกันความเสี่ยงในการพยาบาลในห้องผ่าตัด ทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
3. การประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและสามารถให้การพยาบาลได้ทันในภาวะฉุกเฉิน	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
4. การร่วมจัดทำมาตรฐานการพยาบาลในห้องผ่าตัด เพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยงจากการให้บริการพยาบาลผ่าตัดรายโรค เช่น มาตรฐานบริการพยาบาลผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า เป็นต้น	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
5. การส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในห้องผ่าตัดเช่น เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ร่วม วิเคราะห์รากสาเหตุของเหตุการณ์นั้น (Root cause analysis : RCA)	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
สมรรถนะข้อที่ 2 ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่รวดเร็ว				
1. การมีส่วนร่วมในการปรับปรุงขั้นตอนวิธีปฏิบัติงาน เพื่อให้สะดวก รวดเร็วและปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
2. การสื่อสาร ประสานงานที่ดี ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน เพื่อผู้ป่วยได้รับการบริการที่ต่อเนื่อง และรวดเร็ว	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
3. การศึกษาค้นคว้าความรู้ใหม่ ๆ ที่ใช้ในการพยาบาลในห้องผ่าตัด เช่น ด้านการใช้เทคโนโลยีในการผ่าตัด	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม



สมรรถนะด้านการบริการของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัด	Med	IQR	ระดับความสำคัญ	ความหมาย
สมรรถนะข้อที่ 3 ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน				
1. เป็นผู้มีความรู้ และความเชี่ยวชาญในงานการพยาบาลผ่าตัดมีทักษะและประสบการณ์สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้องตามมาตรฐาน	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
2. การปฏิบัติงานตามแนวทางการปฏิบัติที่ได้มาตรฐานอย่างเคร่งครัดเพื่อให้เกิดความปลอดภัย เช่น การป้องกันการติดเชื้อ	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
3. การปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล ในห้องผ่าตัดในการให้บริการพยาบาลผ่าตัดรายโรค เช่น มาตรฐานบริการผ่าตัดตลอดทางหน้าห้อง เป็นต้น	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
4. การให้การพยาบาลผ่าตัดแก่ผู้รับบริการ ทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด				
5. การตรวจสอบความพร้อมใช้ของเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ทุกครั้งก่อนใช้งานเพื่อการปฏิบัติงานเกิดความราบรื่น	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
สมรรถนะข้อที่ 4 ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่มีคุณค่า				
1. การให้การพยาบาลผ่าตัดในห้องผ่าตัดที่ถูกต้องตามมาตรฐานผ่าตัดและตามแผนการรักษา	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
2. ผู้ป่วยได้รับบริการที่ปลอดภัยได้รับการป้องกันความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ตามมาตรฐานการพยาบาล ผ่าตัด	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
3. ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเพื่อให้บริการผ่าตัดตามวันและเวลาที่กำหนด	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
สมรรถนะข้อที่ 5 ผู้ใช้บริการเป็นบุคคลสำคัญ				
1. การปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในห้องผ่าตัดเพื่อให้บริการตามปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการแต่ละบุคคล โดยคำนึงถึงความเชื่อ เจตคติ ของผู้ป่วยและครอบครัว	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
2. การแสดงการเอาใจใส่พร้อมรับฟังปัญหาและความคิดเห็นของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
3. การให้ข้อมูลด้านการพยาบาลผ่าตัดที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
สมรรถนะข้อที่ 6 ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลด้วยความเอาใจใส่				
1. ความสามารถในการประสานทีมผ่าตัดและหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
2. การให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
3. ความสามารถในการสอนและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลหลังผ่าตัดเฉพาะรายโรคได้ เช่น การผ่าตัดต่อกระบอก การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก เป็นต้น	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม

สมรรถนะด้านการบริการของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัด	Med	IQR	ระดับความสำคัญ	ความหมาย
4. การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อประเมินอาการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พร้อมทั้งรับฟังปัญหาของผู้ป่วย	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
5. การประสานความร่วมมือกับครอบครัวผู้ป่วยและการส่งต่อข้อมูลไปยังสถานบริการในโรงพยาบาลและชุมชนเพื่อ ติดตามดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด	5	1	มากที่สุด	เหมาะสม
สมรรถนะข้อที่ 7 ผู้ใช้บริการได้รับบริการด้วยความเท่าเทียมกัน				
1. การปกป้องข้อมูลของผู้ป่วยไม่นำข้อมูลของผู้ป่วยไปเปิดเผยต่อผู้อื่นหรือในที่สาธารณะ	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
2. การตรวจสอบการลงนามยินยอมผ่าตัดของผู้ป่วยทุกรายก่อนผ่าตัด	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
3. การรักษาลิทธิผู้ป่วยและให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยตามประกาศสิทธิผู้ป่วยของกระทรวงสาธารณสุข	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
4. การให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทุกรายด้วยความเท่าเทียมกัน	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม
5. การให้ข้อมูลคำแนะนำที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถเลือกแผนการรักษาได้ด้วยตนเอง	5	0	มากที่สุด	เหมาะสม

อภิปรายผล

สมรรถนะด้านการบริหารและการบริการของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประกอบด้วย 12 สมรรถนะคือ สมรรถนะด้านการบริหาร 5 สมรรถนะ และสมรรถนะด้านการบริการ 7 สมรรถนะ ดังนี้

สมรรถนะด้านการบริหารของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัด มี 5 สมรรถนะ คือ

สมรรถนะด้านการบริหาร ข้อที่ 1 การวางแผนในห้องผ่าตัด พบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้งหมด 6 ข้อย่อย และมีระดับความสำคัญมากที่สุดทั้งหมด อภิปรายได้ว่า การวางแผนในห้องผ่าตัด เป็นกระบวนการคิดและเป็นการเตรียมการเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด โดยมีเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ขั้นตอน ภาวะเสี่ยงต่าง ๆ กำหนดการทำงานที่ชัดเจน และแนวทางในการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดควรมีความสามารถในการกำหนดกิจกรรมทางการบริหาร โดยกำหนดวัตถุประสงค์และวิธีปฏิบัติได้สอดคล้องกับนโยบายและเป้าหมายของหน่วยงาน เพื่อเป็นแนวทางในการบริหารบุคลากร อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้และแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดในห้องผ่าตัดนั้น และเพื่อความสำเร็จตามเป้าหมายของหน่วยงานห้องผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดของ Marquis & Huston⁷ ที่กล่าวไว้ว่า การวางแผนหรือการกำหนดทิศทางองค์กรและแผนงาน เพื่อให้งานบรรลุเป้าหมาย โดยการกำหนดเป้าหมายของหน่วยงาน วัตถุประสงค์ นโยบาย แนวทางการปฏิบัติงาน และภาวะเสี่ยง ความสามารถด้านการวางแผนจะช่วยให้มีแนวทางและเป้าหมายของการปฏิบัติงานอย่างชัดเจน ดังนั้นพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดจึงควรมีความสามารถในการวางแผนที่ดีในการจัดเตรียมบุคลากร สถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ในการให้การพยาบาลในห้องผ่าตัด การวางแผนในการเตรียมความพร้อมในการให้บริการผ่าตัดทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน วางแผนการปฏิบัติงานและการพยาบาลในห้องผ่าตัดเพื่อป้องกันความเสี่ยงในผู้ป่วยผ่าตัด เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับบริการผ่าตัดตามเป้าหมายและปลอดภัย

สมรรถนะด้านการบริหาร ข้อที่ 2 การจัดระเบียบองค์กรในห้องผ่าตัด พบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้งหมด 5 ข้อย่อย และมีระดับความสำคัญมากที่สุดทั้งหมด อภิปรายได้ว่า การจัดระเบียบองค์กรในห้องผ่าตัด เป็นการจัดโครงสร้างของการบริหารงานในห้องผ่าตัดโดยกำหนดอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบหรือตำแหน่งต่าง ๆ ในห้องผ่าตัดให้ชัดเจนและเหมาะสม เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีระเบียบแบบแผน มีกลไกในการประสานงาน



เพื่อให้การทำงานของบุคลากรแต่ละตำแหน่งเข้ากันได้เป็นอย่างดี ลดการก้าวท้าวหรือการทำงานซ้ำซ้อนกัน และไม่เกิดการขัดแย้งกันในการปฏิบัติงาน และมุ่งให้เกิดการประสานงานระหว่างกิจกรรมต่างๆ ได้เป็นอย่างดี ดังนั้นการจัดระเบียบองค์กรในท้องผ่าตัด จึงมีความสำคัญต่อสมรรถนะด้านการบริหารของพยาบาลหัวหน้าท้องผ่าตัด เพื่อให้การปฏิบัติงานในท้องผ่าตัดมีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมาย และสอดคล้องตามแนวคิดของ Marquis & Huston⁷ ที่กล่าวว่า การจัดระเบียบทรัพยากรในองค์กร เป็นการจัดระเบียบกิจกรรมต่างๆ ในองค์กรและมอบหมายงานให้บุคลากรปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่วางไว้ ผู้บริหารที่มีความสามารถด้านการจัดองค์การที่ดี จะช่วยให้การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพได้เนื่องจากทำให้ทราบขอบเขต ความรับผิดชอบและอำนาจหน้าที่ต่างๆ ช่วยป้องกันการงานที่ซ้ำซ้อน ช่วยประสานงานในหน้าที่ต่างๆ ได้ดี มีการสื่อสารตามสายการบังคับบัญชาที่ดี ช่วยลดปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคลากรในองค์กรได้ ดังนั้นพยาบาลหัวหน้าท้องผ่าตัดจึงควรมีความสามารถในการกำหนดตำแหน่งงานที่เหมาะสมแก่บุคลากรในท้องผ่าตัดนั้น มีการจัดการมอบหมายงานแก่สมาชิกในทีมการพยาบาลผ่าตัดในท้องผ่าตัดอย่างชัดเจน ทำตามหน้าที่ความรับผิดชอบ ช่วยลดปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคลากรในท้องผ่าตัดได้ สร้างสัมพันธภาพกับทีมสหสาขาเพื่อให้เกิดการสื่อสารและประสานงานที่ดีต่อกัน ทำให้การปฏิบัติงานเกิดความราบรื่น เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ใช้บริการ และปฏิบัติงานตามลำดับขั้นของการสั่งการในการพยาบาลผ่าตัด เช่น จากหัวหน้างานท้องผ่าตัดมายังพยาบาลหัวหน้าท้องผ่าตัดแต่ละห้อง

สมรรถนะด้านการบริหาร ข้อที่ 3 การบริหารบุคคลในท้องผ่าตัด พบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้งหมด 6 ข้อย่อย และมีระดับความสำคัญมากที่สุดทั้งหมด อภิปรายได้ว่า การบริหารบุคคลในท้องผ่าตัด เป็นกระบวนการในการจัดการบุคลากรในท้องผ่าตัดเพื่อให้สามารถดำเนินการทำงานตามหน้าที่ของตนให้เกิดประสิทธิภาพ รวมถึงการพัฒนาให้บุคลากรมีศักยภาพเพิ่มขึ้น เพื่อความสำเร็จของงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด และบุคลากรถือเป็นหัวใจของการบริหาร คนนับว่ามีความสำคัญที่สุด ในการที่จะทำให้องค์กรสามารถดำเนินงานได้บรรลุวัตถุประสงค์ องค์กรที่ประสบความสำเร็จจะเป็นองค์กรที่น่าค้นหาที่มีทักษะความสามารถหลากหลายมารวมกัน เพื่อดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมกันได้⁵ ดังนั้นการบริหารบุคคลในท้องผ่าตัดจึงเป็นสมรรถนะที่สำคัญของพยาบาลหัวหน้าท้องผ่าตัด และสอดคล้องตามแนวคิดของ Marquis & Huston⁷ ที่กล่าวว่า การบริหารบุคคล (staffing) เป็นการบริหารจัดการเกี่ยวกับตัวบุคคล เป็นกระบวนการที่เป็นขั้นตอน ครอบคลุมการคัดเลือก การปฐมนิเทศ การพัฒนา การอำนวยการให้บุคลากรมีทรัพยากรบุคคลที่ทรงคุณค่าสูงสุด เพื่อพร้อมที่จะปฏิบัติงานและสร้างสรรค์ความสำเร็จให้กับองค์กร รวมทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Tangjirukkrandee¹² เรื่อง อนาคตภาพบทบาทของพยาบาลหัวหน้างานท้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไป (พ.ศ.2554-2559) ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลเป็นบทบาทของพยาบาลหัวหน้างานท้องผ่าตัดในปีพ.ศ.2554-2559 ที่ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน และบทบาทย่อยที่มีความน่าจะเป็นอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งเป็นบทบาทของพยาบาลหัวหน้างานท้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไป (พ.ศ.2554-2559) ได้แก่ การส่งเสริมและผลักดันพยาบาลท้องผ่าตัดที่มีศักยภาพสูงสร้างผลงานที่เป็นเลิศ และให้มีความก้าวหน้าในวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง มีการกำหนดบันไดความก้าวหน้าในวิชาชีพ ที่ชัดเจน วางแผนพัฒนาบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาครบทุกแผนกที่ให้บริการพยาบาลผ่าตัด จัดระบบการพัฒนาความรู้ ทักษะให้กับบุคลากรท้องผ่าตัด เพื่อพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัดทันต่อตามความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการผ่าตัด จึงเห็นได้ว่าการบริหารทรัพยากรบุคคลเป็นบทบาทของพยาบาลหัวหน้างานท้องผ่าตัดที่มีความสำคัญ ดังนั้นพยาบาลหัวหน้าท้องผ่าตัดควรมีความสามารถในการบริหารบุคคลที่ดี สามารถพัฒนาบุคลากรในทีมการพยาบาลในท้องผ่าตัด สนับสนุนส่งเสริมให้บุคลากรในทีมการพยาบาลผ่าตัดเกิดบรรยากาศการเรียนรู้ มีความก้าวหน้าในวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง หากบุคลากรท้องผ่าตัดมีทักษะ มีความรู้ ความสามารถ ส่งผลให้การปฏิบัติงานพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมีประสิทธิภาพ

สมรรถนะด้านการบริหาร ข้อที่ 4 การมอบหมายงานการพยาบาลในท้องผ่าตัด พบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้งหมด 4 ข้อย่อย และมีระดับความสำคัญมากที่สุดทั้งหมดอภิปรายได้ว่า การมอบหมายงานการ

พยาบาลในห้องผ่าตัด คือการมอบหมายงานให้ผู้บังคับบัญชาหรือผู้ร่วมงานปฏิบัติและการจูงใจบุคลากรในห้องผ่าตัด ในการปฏิบัติงานต่าง ๆ ที่ได้วางแผนไว้ โดยผ่านการติดต่อสื่อสาร เพื่อให้งานสำเร็จตามเป้าหมายของหน่วยงาน และยังมีหน้าที่ในการแก้ปัญหาและตัดสินใจร่วมด้วย ซึ่งพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดควรมีความสามารถในการมอบหมายงาน การพยาบาลในห้องผ่าตัดให้แก่สมาชิกทีมได้อย่างชัดเจน สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาและเป็นที่ปรึกษาแก่สมาชิกในทีม ได้ด้วยความราบรื่น สามารถปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายของงานการพยาบาลผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อผลสำเร็จของส่วนรวม โดยพบว่าสอดคล้องกับกระบวนการบริหารด้านอำนาจการหรือการสั่งการ (directing) ตามแนวคิดของ Marquis & Huston⁷ ที่ได้กล่าวว่า การมอบหมายงานเป็นกระบวนการของผู้บริหารที่ใช้ในการกำหนดทิศทาง การสร้างความเข้าใจ การจัดการผู้ปฏิบัติงาน การควบคุม การสร้างแรงจูงใจ การสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคลากรในองค์กรก้าวไปตามทิศทางที่กำหนดไว้ เพื่อผลสำเร็จของส่วนรวม และยังสอดคล้องกับ Kondrat¹³ ที่ระบุว่า สมรรถนะที่จำเป็นของผู้จัดการพยาบาลผ่าตัด คือ สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ ซึ่งต้องเป็นผู้ชี้แนะ เป็นพี่เลี้ยง และแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงาน รวมทั้งการมอบหมายงานเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ปฏิบัติ ดังนั้นพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดควรมีความสามารถในการตัดสินใจและสั่งการในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าในกรณีฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินได้รวดเร็วและเหมาะสม และสามารถแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานร่วมกับสมาชิกในทีมการพยาบาลในห้องผ่าตัดและทีมสหสาขาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สมรรถนะด้านการบริหาร ข้อที่ 5 การควบคุมงานการพยาบาลในห้องผ่าตัด พบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้งหมด 8 ข้อย่อย และมีระดับความสำคัญมากที่สุดทั้งหมดอภิปรายได้ว่า การควบคุมงานการพยาบาลในห้องผ่าตัด เป็นการติดตาม ตรวจสอบ ให้ปฏิบัติงานตามมาตรฐานของบุคลากรในห้องผ่าตัด เพื่อให้งานเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ซึ่งพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัด ต้องมีความสามารถในการกำกับ ควบคุม และติดตามสมาชิกในทีม ให้ปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลในห้องผ่าตัด เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรที่ปฏิบัติงาน โดยสอดคล้องกับแนวคิดของ Marquis & Huston⁷ ที่กล่าวว่า การควบคุม (controlling) หรือการติดตามผลการปฏิบัติงานที่กำลังดำเนินไปเพื่อให้ทราบถึงประสิทธิภาพของการทำงาน ครอบคลุมการประเมินผลการปฏิบัติงาน การควบคุมคุณภาพ กฎระเบียบและจริยธรรม ผู้บริหารต้องมีการควบคุมติดตามผลการปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ สอดคล้องกับ Srisathitmarangkul⁸ ที่กล่าวว่า การควบคุม เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้บริหารมั่นใจว่ากำลังทำให้องค์การมุ่งสู่เป้าหมาย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ Rothrock & McEwen¹⁴ ที่กล่าวว่า หัวหน้าห้องผ่าตัดต้องมีการควบคุมตรวจสอบการบันทึกกิจกรรมการพยาบาลในห้องผ่าตัดให้ครบถ้วน ได้ตามมาตรฐาน และการควบคุมภาวะการติดเชื้อโดยใช้หลักการปราศจากเชื้อ ทั้งในกระบวนการผ่าตัด อุปกรณ์เครื่องมือ และการปฏิบัติการบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โดยใช้กระบวนการพยาบาลผ่าตัดตามมาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดควรมีความสามารถในการกำกับ ควบคุม และติดตามสมาชิกในทีมให้ปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลในห้องผ่าตัดได้ มีการควบคุม กำกับติดตามในการป้องกันความเสี่ยง ที่หน่วยงานกำหนดอย่างเคร่งครัด เช่น การป้องกัน การผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดหัตถการ การป้องกัน ผ้าซับโลหิต ก๊อส เครื่องมือ ของมีคม ตกค้างในร่างกายผู้ป่วย เป็นต้น และความสามารถในการติดตามตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในห้องผ่าตัดให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ

สมรรถนะด้านการบริการของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัด มี 7 สมรรถนะ คือ

สมรรถนะด้านการบริการ ข้อที่ 1 ผู้ใช้บริการได้รับความปลอดภัย (safety) พบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้งหมด 5 ข้อย่อย และมีระดับความสำคัญมากที่สุดทั้งหมด อภิปรายได้ว่า ผู้ใช้บริการได้รับความปลอดภัย (safety) หมายถึง ผู้ใช้บริการได้รับการบริการที่ปราศจากอันตราย และความเสี่ยงต่างๆ เป็นความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดในการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ที่มีรับบริการผ่าตัด ประกอบด้วย การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด อุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด และการป้องกันความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ดังนั้นพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดต้องมีความสามารถในการปฏิบัติ ควบคุม กำกับ และติดตามสมาชิกในทีมให้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติความปลอดภัยอย่างเคร่งครัดในการให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัด และมีความสอดคล้อง

กับสมรรถนะที่กำหนดโดย สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดนานาชาติ (AORN)¹⁵ ที่ระบุว่าสมรรถนะพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัดมี สมรรถนะด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็น 1 ใน 5 ด้านถือเป็นความสามารถของพยาบาลห้องผ่าตัดที่จำเป็นในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ Tangjirukkrandee¹² ที่พบว่าอนาคตภาพบทบาทของพยาบาลหัวหน้างานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไป ที่มีความน่าจะเป็นอยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในห้องผ่าตัด โดยพัฒนาบุคลากร พัฒนาระบบการทำงานที่มีมาตรฐาน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน ควบคุมและจัดการสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัดให้ปลอดภัยทั้งกับผู้ป่วย บุคลากร และทีมผ่าตัดมีการพัฒนาแนวปฏิบัติและระบบบันทึกที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย และทีมผ่าตัด และจัดทำมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัดเพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยงจากการให้บริการพยาบาลผ่าตัดทุกโรค การพยาบาลในห้องผ่าตัดเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้เข้ารับการผ่าตัดและห้องผ่าตัดมีการปฏิบัติงานโดยมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดให้ได้รับการผ่าตัดอย่างปลอดภัย โดยมีการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพมุ่งเน้นที่ความปลอดภัยของผู้ป่วย และเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดสำเร็จบรรลุตามเป้าหมาย พยาบาลหัวหน้างานห้องผ่าตัดควรมีส่วนร่วมในการจัดทำแนวทางปฏิบัติงานเพื่อดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย เช่น แนวทางปฏิบัติการนับผ้าซับโลหิตและของมีคม แนวทางการป้องกันการผ่าตัดอวัยวะผิดตำแหน่ง ผิดชนิดของหัตถการ เป็นต้น พยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดส่งเสริมให้บุคลากรในทีมการพยาบาลผ่าตัดเกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในห้องผ่าตัด เช่น เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร่วมวิเคราะห์รากสาเหตุของเหตุการณ์นั้น (Root cause analysis : RCA) พร้อมทั้งร่วมหาแนวทางการป้องกันและแก้ไข และพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดและบุคลากรในห้องผ่าตัดมีส่วนร่วมในการวางแผนการให้บริการผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดให้ปลอดภัยตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยมารับบริการที่ห้องผ่าตัด

สมรรถนะด้านการบริการ ข้อที่ 2 ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่รวดเร็ว (eager response) พบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้งหมด 3 ข้อย่อย และมีระดับความสำคัญมากที่สุดทั้งหมด อภิปรายได้ว่า ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่รวดเร็ว (eager response) เป็นการปฏิบัติงานที่มีความรวดเร็วในการให้บริการ เป็นที่พึงประสงค์ของผู้รับบริการ การให้บริการที่รวดเร็วจึงเป็นที่ประทับใจเพราะผู้รับบริการไม่ต้องเสียเวลารอคอย และสามารถใช้เวลาได้คุ้มค่า โดยพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดควรมีความสามารถในการสื่อสาร ประสานงานที่ดี ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน เพื่อผู้ป่วยได้รับการบริการที่ต่อเนื่องและรวดเร็วเกิดความพึงพอใจ สอดคล้องกับ Office of the Civil Service Commission¹⁶ ได้กำหนดสมรรถนะทางการบริการที่ดีไว้ 5 ด้าน และ 1 ใน 5 ด้าน คือ เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่ต่อเนื่องและรวดเร็ว ดังนั้นพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดจึงต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาวิธีปฏิบัติงาน เพื่อให้สะดวก รวดเร็ว และปลอดภัยแก่ผู้รับบริการและมีการประสานงานที่ดีเพื่อผู้ป่วยได้รับการบริการที่ต่อเนื่องและรวดเร็ว เกิดความพึงพอใจ

สมรรถนะด้านการบริการ ข้อที่ 3 ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน (standard) พบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้งหมด 5 ข้อย่อย และมีระดับความสำคัญมากที่สุดทั้งหมด อภิปรายได้ว่า ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน (standard) หมายถึง ผู้ใช้บริการได้รับบริการตามแนวทางการปฏิบัติ หรือวิธีดำเนินการที่ครอบคลุมขอบเขตของการพยาบาล เป็นข้อกำหนดให้มีการปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลดีต่อการดูแลหรือให้บริการ โดยผู้ให้บริการมีความน่าเชื่อถือ มีความรู้ ทักษะ และความชำนาญ รวมทั้งได้ใช้บริการด้วยเครื่องมือ อุปกรณ์ที่มีความแม่นยำ การวินิจฉัยโรค การรักษา และการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้อง ดังนั้นผู้ใช้บริการได้รับบริการที่ได้มาตรฐานจึงเป็นสมรรถนะด้านการบริการที่สำคัญของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดในการให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดเพื่อผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ Bureau of Nursing¹⁷ ที่ได้กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดให้พยาบาลนำไปปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดในหน่วยบริการจนออกจากหน่วยบริการ รวมถึงการดูแลต่อเองที่บ้าน โดยให้การพยาบาลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย 9 มาตรฐานคือ 1) การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด 2) การพยาบาลระยะผ่าตัด 3) การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด 4) การดูแลต่อเนื่อง 5) การสร้างเสริมสุขภาพ 6) การคุ้มครองภาวะสุขภาพ 7) การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ 8) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และ 9) การบันทึก



ทางการพยาบาล ดังนั้นพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดต้องสามารถปฏิบัติ ควบคุม กำกับ ติดตาม ให้คำแนะนำ ให้พยาบาลห้องผ่าตัดปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัดอย่างเคร่งครัด และพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดร่วมจัดทำวิธปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยรายโรคตามมาตรฐาน 9 มาตรฐาน ได้แก่ วิธปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง วิธปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระຈก เป็นต้น ซึ่งกำหนดไว้ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด ได้รับความปลอดภัย และเพื่อให้พยาบาลห้องผ่าตัดเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน

สมรรถนะด้านการบริการ ข้อที่ 4 ผู้ให้บริการได้รับการที่มีคุณค่า (value) พบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้งหมด 3 ข้อย่อย และมีระดับความสำคัญมากที่สุดทั้งหมด อภิปรายได้ว่า ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่มีคุณค่า (value) เป็นการให้บริการที่เป็นประโยชน์ สำคัญประหยัดเวลา ลดความเสี่ยง ลดอันตรายที่อาจเกิดต่อผู้รับบริการ ซึ่งพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดควรมีความสามารถในการให้การพยาบาลผ่าตัดในห้องผ่าตัดที่ต้องตามมาตรฐานผ่าตัดและตามแผนการรักษา ผู้ป่วยได้รับการที่ปลอดภัย ได้รับการป้องกันความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัด โดยมีความสอดคล้องกับ Plengarom² ที่กล่าวว่า ลักษณะงานห้องผ่าตัดเป็นงานซึ่งเกี่ยวข้องกับสวัสดิภาพความปลอดภัยของผู้รับบริการ เป็นงานบริการที่ต้องใช้ความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะ ได้แก่ การส่งเครื่องมือผ่าตัด ความสามารถในการใช้เครื่องมือพิเศษต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง ปฏิบัติงานโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ ดังนั้นพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดจึงต้องมีความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางการพยาบาลผ่าตัด การบริหารความเสี่ยงเพื่อลดอัตราเสี่ยงของผู้ที่มารับการผ่าตัด และมีการเตรียมความพร้อมตัวผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัดตามวันและเวลาที่กำหนด ซึ่งพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดจะต้องเป็นผู้มีความรู้ ทักษะ และมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย²⁰ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพและไม่เกิดความเสียหายต่างๆ

สมรรถนะด้านการบริการ ข้อที่ 5 ผู้ให้บริการเป็นบุคคลสำคัญ และเป็นศูนย์กลางการบริการ (importance) พบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้งหมด 3 ข้อย่อย และมีระดับความสำคัญมากที่สุดทั้งหมด อภิปรายได้ว่า ผู้ใช้บริการเป็นบุคคลสำคัญ และเป็นศูนย์กลางการบริการ (importance) เป็นการให้บริการโดยเน้นผู้ให้บริการเป็นสำคัญ โดยรับฟังความคิดเห็นของผู้ใช้บริการ ปฏิบัติต่อผู้ใช้บริการอย่างเคารพนับถือ ในคุณค่าและศักดิ์ศรีของบุคคล ตระหนักถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล การปกป้องศักดิ์ศรีของบุคคล และการเคารพสิทธิ์และการตัดสินใจของผู้ใช้บริการ โดยพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดต้องมีความสามารถในการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในห้องผ่าตัด เพื่อให้บริการตามปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการแต่ละบุคคล โดยคำนึงถึง ความเชื่อ เจตคติ ของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการพยาบาลผ่าตัด โดยสอดคล้องกับ Thailand Nursing and Midwifery Council¹⁸ ที่ได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาลให้เป็นมาตรฐานหลักของบริการการพยาบาล ซึ่งจะนำไปสู่การบริการการพยาบาลที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน คือระบบบริการการพยาบาลที่เน้นผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง และสอดคล้องกับ Ardsalee¹⁹ ที่ได้กล่าวว่า ความรู้ด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ เป็นสิ่งสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม การปฏิบัติตัวและประเพณีวัฒนธรรมในการดูแลสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญกับผู้ป่วย พยาบาลต้องยอมรับความเชื่อและแนะนำสิ่งที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วยแต่ละรายที่แตกต่างกัน ซึ่งพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดต้องให้การดูแลผู้ป่วยในสภาพแวดล้อมที่มีความหลากหลาย ต้องทราบถึงความต้องการของผู้ป่วย เพื่อปฏิบัติการพยาบาล และการปฏิบัติงานให้บรรลุผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยแต่ละคนต้องได้รับการเคารพในความเป็นปัจเจกบุคคล และวางแผนให้การดูแลตามความต้องการเฉพาะบุคคล และพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการบอกว่าต้องผ่าตัด หรือทำหัตถการในห้องผ่าตัด และสิ้นสุดการดูแลเมื่อผู้ป่วยสามารถกลับไปกระทบบาทและหน้าที่ได้ตามปกติ

สมรรถนะด้านการบริการ ข้อที่ 6 ผู้ให้บริการได้รับการดูแลด้วยความเอาใจใส่ (concern) พบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้งหมด 5 ข้อย่อย และมีระดับความสำคัญมากที่สุดทั้งหมด อภิปรายได้ว่า



ผู้ให้บริการได้รับการดูแลด้วยความเอาใจใส่ (concern) เป็นการรับรู้ของผู้ใช้บริการต่อพยาบาลห้องผ่าตัดที่ให้การดูแลเอาใจใส่ ให้การดูแลช่วยเหลือทันทีเมื่อผู้ให้บริการต้องการหรือร้องขอด้วยความเต็มใจโดยปลอดภัย ปราศจากอุบัติเหตุ ปราศจากภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดต้องมีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้มารับบริการผ่าตัดด้วยความเอาใจใส่ทั้งด้านร่างกายและจิตใจรวมทั้งครอบครัวผู้รับบริการ สามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว ให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้ รวมทั้งมีความสามารถในการสอนและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลหลังผ่าตัดเฉพาะรายโรคได้ เช่น การผ่าตัดต่อกระเจก การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก เป็นต้น ซึ่งทำให้เกิดความพึงพอใจต่อผู้ให้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับ Ardsalee¹⁹ ที่กล่าวว่า การให้การดูแลเอาใจใส่ ช่วยเหลือ ให้กำลังใจผู้มารับบริการผ่าตัด ในการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง อธิบายถึงสาเหตุและผลของการปฏิบัติตัวตามข้อสงสัยของผู้ป่วย โดยยึดหลักความรู้ทางด้านทฤษฎีและหลักการพยาบาลที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องทำให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาพปกติได้อย่างรวดเร็ว และผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ ประทับใจกับการบริการที่ได้รับจากห้องผ่าตัด รวมทั้งสอดคล้องกับ Rukdee²⁰ ที่กล่าวว่า พยาบาลมีความกระตือรือร้นให้การดูแลผู้รับบริการ และช่วยเหลือทันทีเมื่อต้องการหรือร้องขอ ตลอดจนได้รับการส่งต่อที่สะดวก รวดเร็ว ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเอาใจใส่ต่อผู้รับบริการ จนผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

สมรรถนะด้านการบริการ ข้อที่ 7 ผู้ใช้บริการได้รับบริการด้วยความเท่าเทียมกัน (equity) พบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้งหมด 5 ข้อย่อย และมีระดับความสำคัญมากที่สุดทั้งหมด อภิปรายได้ว่า ผู้ใช้บริการได้รับบริการด้วยความเท่าเทียมกัน (equity) คือ ผู้ใช้บริการได้รับบริการด้วยความยุติธรรม ไม่มีการแบ่งแยกในการให้บริการ ไม่คำนึงถึงตัวบุคคลและได้รับการเคารพในสิทธิของตนเอง โดยพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกรายด้วยความเท่าเทียมกัน ไม่มีการแบ่งแยก ให้บริการตามลำดับก่อนหลัง ปกป้องข้อมูลของผู้ป่วย รวมทั้งการรักษาสิทธิผู้ป่วยและให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยตามประกาศสิทธิผู้ป่วยของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นไปตามสมรรถนะพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัดที่กำหนดโดย สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดนานาชาติ (AORN)¹⁵ โดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ทางการพยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งได้รวมถึงให้การดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอโดยปราศจากอคติ และความลำเอียง ให้การดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณด้วยความเคารพให้เกียรติ ยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วย และรักษาข้อมูลของผู้ป่วยเป็นความลับ ซึ่งสอดคล้องกับ Bureau of Nursing¹⁷ ที่ได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดให้พยาบาลห้องผ่าตัดปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยทุกรายอย่างเท่าเทียมกัน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Puttaraksa²¹ ที่พบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดมีการประเมินสมรรถนะของตนเองในระดับสูง รวมทั้งด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลห้องผ่าตัดถูกปลูกฝังให้ปฏิบัติหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณด้วยความเคารพให้เกียรติ และรักษาข้อมูล ของผู้ป่วยเป็นความลับ ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอโดยปราศจากอคติ และความลำเอียง ดังนั้นพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดด้วยความเท่าเทียมกัน ด้วยความเอื้ออาทรมีน้ำใจ เห็นอกเห็นใจ ให้ความเป็นกันเอง ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาพยาบาลภายใต้ข้อมูลที่ครบถ้วน ชัดเจนเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถาม และให้คำอธิบายอย่างชัดเจนเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อให้การพยาบาลผ่าตัดมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการใช้ประโยชน์

1. ผู้บริหารระดับสูงทางการพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ สามารถนำผลการวิจัยสมรรถนะการบริหารและการบริการของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดไปเป็นแนวทางในการกำหนด บทบาทหน้าที่ และพิจารณาคัดเลือกแต่งตั้งบุคคลที่เหมาะสมในการทำหน้าที่พยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัด และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะการบริหารและการบริการของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัด

2. เป็นแนวทางในการพัฒนาโครงการเตรียมความพร้อมสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัดที่จะทำหน้าที่พยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น



ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาสมรรถนะการบริหารและการบริการของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดในบริบทที่ต่างกัน เช่น สาขาการพยาบาลที่ต่างกัน หรือผู้ที่ปฏิบัติอยู่ในโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลรัฐปาลระดับต่างกัน เช่น โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
2. ศึกษาการสร้างเครื่องมือแบบประเมินสมรรถนะด้านการบริหารและการบริการของพยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับที่แตกต่างกัน

References

1. Haytham MA. How does patient safety culture in the operating room and post-anesthesia care unit compare to the rest of the hospital?. *The American Journal of Surgery* 2009;198(1):70-5.
2. Plengarom R. The relationship between organizational climate and perioperative nurses competency at the tertiary level hospital in Suphanburi Province [Master thesis]. Nakhon Pathom: Christian University. 2012.(in Thai).
3. Ardsalee R. Perioperative nursing. 2nd ed. Bangkok: NPS Limited;2010.(in Thai).
4. Peehakun B. Development of knowledge and skill growth evaluation system of perioperative nurses, division of perioperative nursing, Siriraj hospital. *Thai Journal of Nursing* 2012;61(3):44-51.(in Thai).
5. Tachamounvivit S. A factor analysis of head nurse's competency in operation room, governmental hospitals [Master thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University.2006.(in Thai).
6. Boonrab S. Managerial competency of perioperative head nurses, government hospitals, bangkok metropolis [Master thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University.2008.(in Thai).
7. Marquis BL, Huston CJ. Leadership roles and management function in nursing theory and application. 9thed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.2017.
8. Srisathitnarangkul B. Leadership and strategic management in nursing organization for the 21st century. 2nd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House;2008.(in Thai).
9. Dhatsiwat C. The delphi technique of researching. *Public Administration Journal* 2010;8(1):185-223. (in Thai).
10. Poolpatarachewin C. Future research technique for EDFR in policy analysis methodology. Bangkok: Chulalongkorn University.1992.(in Thai).
11. Mcmillan TT. The delphi technique. In Paper Resented at the Annual Meeting of the California Junior Colleges Associations Committee on Research and Development, Monterey, California. May 3-5.1971.
12. Tangjirukkrande J. Scenario of the roles of perioperative head nurses, at general hospital (a.d. 2011-2016) [Master thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University.2011.(in Thai).
13. Kondrat BK. Operating room nurse managers-competence and beyond. *Association Operating Room Nurses Journal* 2003;3(6):1116-1130.
14. Rothrock JC, Smith DA, McEwen DR. Alexander's care of the patient in surgery. 12th ed. London: Mosby.2003.
15. Association of Perioperative Registered Nurse. Standards, recommended, practice and guidelines. Denver: AORN.2006.



16. Office of the Civil Service Commission. Manual competency determination in civil service: core competencies manual. Bangkok: Prachumchang Co,Ltd;2010.(in Thai).
17. Bureau of Nursing. Nursing standards in hospital. 3rded. Bangkok: War Veterans Organization Printing House;2008.(in Thai).
18. Thailand Nursing and Midwifery Council. Nursing standards of 2019 [internet].2019 [cited 2020 Sep 10]. Available from: <http://www.tnmc.or.th>.
19. Ardsalee R. Perioperative nursing. Bangkok: NPS Limited;2007.(in Thai).
20. Rukdee R. Professional nurses' service behavior perceived by inpatients of Charoensin hospital, Sakon nakhon province [Master thesis]. Chon Buri: Burapha University.2013.(in Thai).
21. Puttaraksa W, Masingboon K, Khamyu A. Factors associated with competency of perioperative nurses in eastern regional hospitals. Christian University Journal 2017;23(4):577-88.(in Thai).



ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเอง
ในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี
Factors Related to Health Literacy and Self-Protective Behaviors on the
Coronavirus-2019 Infection Disease Surveillance of Village Health Volunteers
in Soi-Dao District, Chanthaburi Provinc

เอกราช มีแก้ว¹ วัลลภ ใจดี² สุนิศา แสงจันทร์²

Ekkarat Meekaew¹ Wanlop Jaidee² Sunisa Sangjun²

¹นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹Student of Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Burapha University, Thailand

²Faculty of Public Health, Burapha University, Thailand

Corresponding author; Ekkarat Meekaew; Email: ekkmeenew@gmail.com

Received: October 7, 2021 Revised: October 25, 2021 Accepted: October 28, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด-19) และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี ตัวอย่างถูกสุ่มด้วยวิธีสุ่มอย่างง่ายจำนวน 410 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการถดถอยพหุคูณเชิงเส้น ผลการศึกษาพบว่า อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันตนเอง ในระดับต่ำมาก (ร้อยละ 85.12) และ (ร้อยละ 80.24) ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ เขตที่อยู่อาศัย ($\chi^2=7.457$, $p<.05$) การรับรู้การบริการสุขภาพเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($r=.148$, $p<.01$) การเข้าร่วมกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน ($r=.250$, $p<.01$) การเรียนรู้จากการสังเกตต้นแบบ ($r=.150$, $p<.01$) การใช้สื่อสังคมออนไลน์ ($r=.171$, $p<.01$) และแรงเสริมจากบุคคลอื่น ($r=.125$, $p<.05$) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเอง ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเอง ($B=.931$, 95%CI .73-1.14) ด้านการเข้าถึงข้อมูล ($B=.628$, 95%CI .37-.88) และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ($B=.286$, 95%CI .07-.50) รวมถึงปัจจัยด้านเขตที่อยู่อาศัย (เทศบาล) ($B=1.168$, 95%CI .41-1.93) โดยปัจจัยข้างต้นสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันตนเองฯ ได้ถึงร้อยละ 40.90

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; พฤติกรรมการป้องกันตนเอง; โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



Factors Related to Health Literacy and Self-Protective Behaviors on the Coronavirus-2019 Infection Disease Surveillance of Village Health Volunteers in Soi-Dao District, Chanthaburi Province

Ekkarat Meekaew¹ Wanlop Jaidee² Sunisa Sangjun²

¹Student of Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Burapha University, Thailand

²Faculty of Public Health, Burapha University, Thailand

Corresponding author; Ekkarat Meekaew; Email: ekkmeenew@gmail.com

Received: October 7,2021 Revised: October 25,2021 Accepted: October 28,2021

Abstract

The aim of this study was to investigate the factors related to health literacy of COVID-19, and the factors influencing self-protective behavior in monitoring COVID-19. The sample consisted of village health volunteers (VHVs) in Soi Dao district, Chanthaburi Province. Four hundred and ten people were selected by simple random sampling. The newly developed questionnaire was used. The data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and linear multiple regression. The results of the study revealed that the VHVs had very good levels of both health literacy of COVID-19 (85.12%) and self-protective behaviors (80.24%). The factors related to health literacy were: area of residence ($\chi^2=7.457$, $p<.05$), perceptions of proactive health services by health care workers ($r=.148$, $p<.01$), participation in proactive community activities ($r=.250$, $p<.01$), learning from model observation ($r=.150$, $p<.01$), social media use ($r=.171$, $p<.01$), and personal reinforcement ($r=.125$, $p<.05$). The 4 factors affected that self-protective behaviors were health literacy in 3 aspects: self-management ($B=.931$, 95%CI .73-1.14), access to information ($B=.628$, 95%CI .37-.88), discrimination decisions ($B=.286$, 95%CI .07-.50) and including area of residence (municipality) factors ($B=1.168$, 95%CI .41-1.93). The above factors could predict 40.90% of the variation in self-protective behavior.

Keywords: health literacy; self-protective behaviors; coronavirus 2019; village health volunteer

ความเป็นมาและความสำคัญ

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ.2562 ได้ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจต่อประชากรโลกอย่างกว้างขวาง จนกระทั่งองค์การอนามัยโลก ประกาศให้เป็น การระบาดครั้งใหญ่¹ สำหรับประเทศไทยได้ประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558² เพื่อใช้มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการระบาดของโรคภายในประเทศ ร่วมกับการดำเนินงาน ควบคุมโรคเชิงรุกในชุมชนโดยบุคลากรที่เป็นส่วนสำคัญในการดำเนินงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และทีมบุคลากร ทางการแพทย์อื่นๆ แบบเคียงบาเคียงโหล่มาตลอดคือกลุ่มประชาชนอาสาสมัครอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือโดยทั่วไปเรียกกันว่า อสม. ทั้งนี้ อสม. ถือว่าเป็นกำลังสำคัญในการร่วมต่อสู้กับโรคร้ายครั้งนี้ และส่งผลให้ประเทศไทย สามารถผ่านวิกฤตการระบาดของโรคโควิด-19 มาได้ตั้งแต่การระบาดในระลอกที่ 1 (มกราคม-พฤศจิกายน 2563) ระลอกที่ 2 (ธันวาคม 2563-มีนาคม 2564) จนเข้าสู่ในระลอกที่ 3 เมื่อเดือนเมษายน 2564 เป็นต้นมา

ปัจจุบัน อสม. มีจำนวนมากกว่า 1,090,000 คนรวมทั้งประเทศ³ ถือเป็นกลุ่มประชาชนอาสาสมัครที่มีบทบาททางสุขภาพ ที่สำคัญของระบบสาธารณสุขไทย และได้ร่วมดำเนินการในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ มาอย่างต่อเนื่องในช่วงหลาย ทศวรรษที่ผ่านมา อสม.ช่วยสนับสนุนการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในทุกสถานการณ์ทั้งในภาวะวิกฤตและภาวะปกติ รวมถึงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในครั้งนี้ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น และถึงแม้ว่าในระลอกที่ 3 ตั้งแต่ เดือนเมษายน 2564 เป็นต้นมา พบผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจำนวนมากขึ้น แต่ทีม อสม. ของแต่ละพื้นที่ยังคงปฏิบัติ หน้าที่ด้วยหัวใจของความเป็นประชาชนจิตอาสาอย่างเข้มแข็งเสมอมา สำหรับบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวัง การระบาดของโรคโควิด-19 กระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายให้ทีม อสม. ร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ทั้งผู้ที่เดินทางมาจากต่างประเทศและพื้นที่เสี่ยงในประเทศหรือผู้ใกล้ ชิดกับผู้ป่วย มีบทบาทในการติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการกักตัว เคาะประตูบ้านเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง ปฏิบัติงาน ณ จุดคัดกรองของชุมชน รวมถึงการณรงค์ให้ความรู้ และแพร่กระจายข่าวสารในการป้องกันตนเอง สำหรับประชาชนให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด-19⁴ จากบทบาทการทำงานและการดำเนินที่เข้มแข็งของ อสม. จึงเป็นกลไกสำคัญที่นำความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน และผลงานดังกล่าว นั้นเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปรวมถึงองค์การอนามัยโลกซึ่งเป็นองค์กรที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากล ได้กล่าวชื่นชม ความเข้มแข็งของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของประเทศไทยว่าเป็นผู้มีส่วนสำคัญทำให้ประเทศไทยมี ระบบการดูแลสุขภาพระดับครอบครัวที่เข้มแข็ง และเป็นความภูมิใจของระบบสุขภาพไทย⁵

บทบาทของ อสม. ถือเป็นบทบาทของผู้นำในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน และเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะในยุคที่ปัญหาสาธารณสุขมีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว ประชาชนจึงต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน อสม. จึงจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพ อยู่เสมอเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถปฏิบัติงานอาสาในงานสาธารณสุขและเป็นต้นแบบของประชาชนได้ ตามแนวคิดของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข⁶ ที่ได้เสนอแนวคิดให้พัฒนาพฤติกรรม สุขภาพจากปัจจัยพื้นฐานที่อยู่ภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะ ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างมากในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ⁷⁻⁸ มีการศึกษาถึงปัจจัยภายนอกที่มีความเกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ เช่น การรับรู้การบริการสาธารณสุข การเข้าร่วม กิจกรรมการเรียนรู้ด้านสุขภาพ แรงเสริมจากบุคคลอื่น การเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ การใช้สื่อสังคมออนไลน์ เขตที่อาศัย เป็นต้น⁸⁻⁹ แต่ยังมีพบว่าการศึกษาด้านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในประเด็นโรคติดต่อ ยังมีค่อนข้างน้อยในกลุ่ม อสม. เมื่อเทียบกับการศึกษาในประเด็นของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะในประเด็น ของโรคติดต่ออันตรายหรือโรคติดต่ออุบัติใหม่อย่างเช่นโรคโควิด-19 ที่กำลังระบาดอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งในทั่วโลกต่าง



ก็ตระหนักในการออกนโยบายและมาตรการในการป้องกันควบคุมโรคดังกล่าว เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเกิดความรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบรูปแบบใหม่เพื่อป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ได้ถูกต้อง จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่ยังมีแนวโน้มการระบาดอย่างต่อเนื่องและอาจจะยากในการคาดการณ์ สถานการณ์ในอนาคตอันใกล้ และบทบาทที่โดดเด่นในการช่วยดำเนินงานการเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 ของทีม อสม. รวมถึงแนวคิดในการพัฒนาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพของรัฐบาล ซึ่งแนวคิดดังกล่าวถือเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญและมีความน่าสนใจดำเนินการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 ของ อสม. โดยประชากรกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาคือ อสม. ในพื้นที่อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี สำหรับจังหวัดจันทบุรีนั้น เป็นจังหวัดในภาคตะวันออกของไทยที่ได้ดำเนินการตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในพื้นที่อย่างเข้มข้นมีทีม อสม. เป็นกำลังหลักร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้อง อำเภอสอยดาวเป็นอำเภอที่เป็นประตูจังหวัดจันทบุรีและหลาย ๆ จังหวัดในภาคตะวันออกจะมีผู้เดินทางและผู้ใช้แรงงานเข้าออกเป็นจำนวนมาก การดำเนินงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชนจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการนำไปพัฒนาศักยภาพเพื่อให้ อสม. มีความสามารถในการรับมือกับสถานการณ์โรคโควิด-19 ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยมุ่งเน้นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ที่ถูกต้อง ทั้งนี้ข้อมูลจากการวิจัยนี้ยังเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. และในเตรียมความพร้อมรับมือกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ โรคติดต่ออุบัติซ้ำ และภัยสุขภาพอื่น ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตต่อไปได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

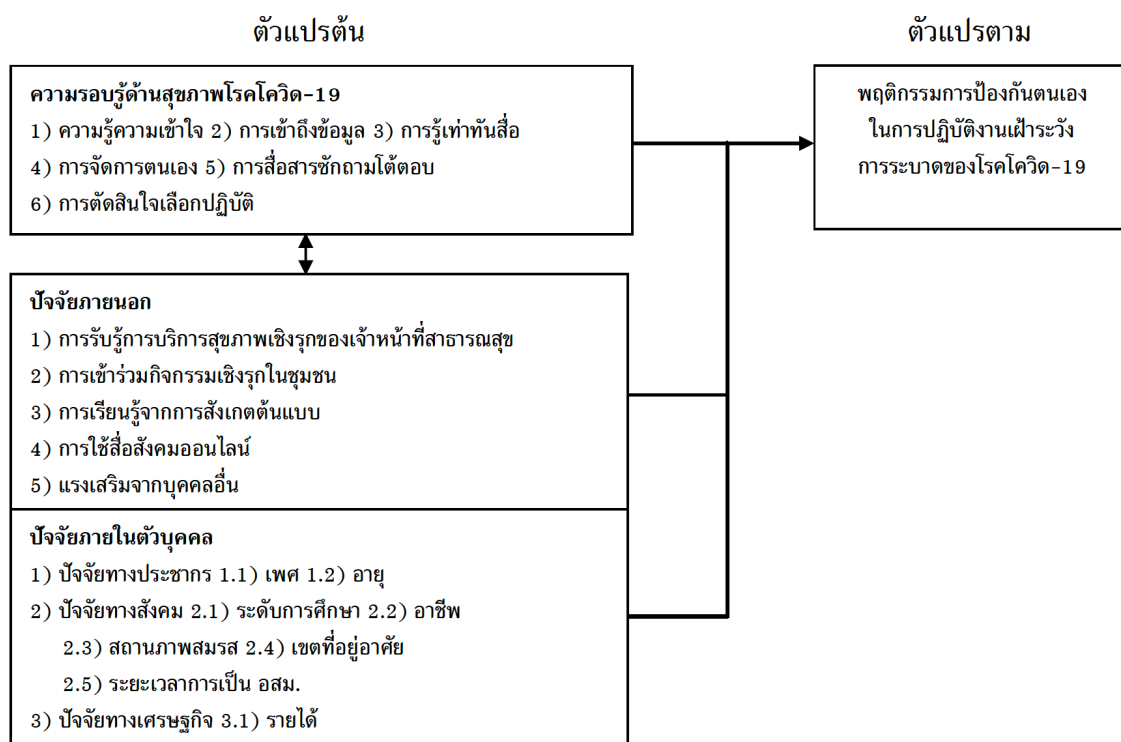
1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ที่ปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 อ.สอยดาว จ.จันทบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 ของ อสม. อ.สอยดาว จ.จันทบุรี

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอก มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ที่ปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 อ.สอยดาว จ.จันทบุรี
2. ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยภายนอกและปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 ของ อสม. อ.สอยดาว จ.จันทบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยได้พัฒนามาจากแนวคิดของกองสุขศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ¹⁰ และธัญชนก ขุมทอง⁸ ดังนี้



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ใช้วิธีการศึกษาแบบสำรวจภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (analytic cross-sectional survey research) โดยมีกลุ่มประชากรคือ อสม. จากหน่วยบริการสาธารณสุขทั้งหมด 12 แห่ง ใน อ.สอยดาว จ.จันทบุรี จากจำนวน อสม. ทั้งหมด 1,121 คน³

การคำนวณและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

มีขั้นตอนการคำนวณและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ใช้วิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Cochran¹¹ เป็นการคำนวณแบบการประมาณค่าเฉลี่ยกรณีที่เราทราบจำนวนประชากรได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 287 คน ขั้นตอนที่ 2 ปรับขนาดตัวอย่างให้เหมาะสมกับการนำไปวิเคราะห์สมการที่เป็นตัวแปรทำนายตามวิธีของ Hsieh FY¹² จำนวนได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นเท่ากับ 410 คน

จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งสัดส่วน อสม. แยกตามหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ อ.สอยดาว จ.จันทบุรี ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชน 1 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 11 แห่ง รวม 12 แห่ง แล้วจึงทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนึงถึงความน่าจะเป็นในการสุ่ม (probability sampling) ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (sample random sampling) เพื่อเปิดโอกาสให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสิทธิได้รับการคัดเลือกเท่าๆ กันแล้วใช้วิธีการจับฉลาก จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามต้องการ

เกณฑ์การคัดเข้า คือ อสม. ที่ปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชนและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปนับตั้งแต่เริ่มมีการระบาดของโรคโควิด-19 ในระลอกแรก (นับจากวันที่ 1 ธันวาคม 2562) ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ อสม. ที่ไม่สะดวกให้ข้อมูลต่อหลังจากให้ข้อมูลไปบางส่วนแล้ว หรือขอลอนตัวจากการวิจัย หรือตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนสมบูรณ์



เครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือการวิจัยขึ้นมาใหม่ มี 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลด้านปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ 1) ปัจจัยทางประชากร คือ เพศ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด ให้เลือกตอบ มีระดับการวัดข้อมูลแบบนามบัญญัติ และอายุ ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมคำ มีระดับการวัดข้อมูลแบบอัตราส่วน 2) ปัจจัยทางสังคม คือ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด ให้เลือกตอบ มีระดับการวัดข้อมูลแบบนามบัญญัติ และระยะเวลาการเป็น อสม. ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมคำ มีระดับการวัดข้อมูลแบบอัตราส่วน และ 3) ปัจจัยทางเศรษฐกิจ คือ รายได้ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด ให้เลือกตอบ มีระดับการวัดข้อมูลแบบจัดอันดับ

ตอนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยภายนอก ได้แก่ 1) การรับรู้การบริการสุขภาพเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (4 ข้อ) 2) การเข้าร่วมกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน (4 ข้อ) 3) การเรียนรู้จากการสังเกตต้นแบบ (5 ข้อ) 4) การใช้สื่อสังคมออนไลน์ (9 ข้อ) และ 5) แรงเสริมจากบุคคลอื่น (5 ข้อ) ลักษณะคำถามจะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (เป็นประจำ ค่อนข้างบ่อย บางครั้ง แทบจะไม่เคย ไม่เคยเลย) มีระดับการวัดข้อมูลแบบอันตรายภาค รวมคะแนนแยกเป็นรายหัวข้อ แบ่งช่วงคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ¹³ คือ น้อย (น้อยกว่าร้อยละ 33.33) ปานกลาง (ร้อยละ 33.34-66.67) และ มาก (มากกว่าร้อยละ 66.67)

ตอนที่ 3 แบบทดสอบความรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 มีจำนวน 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจ (5 ข้อ) แยกเป็นแบบ 4 ตัวเลือก ข้อถูก 1 ตัวเลือก และข้อผิด 3 ตัวเลือก 2) การเข้าถึงข้อมูล (3 ข้อ) 3) การรู้เท่าทันสื่อ (3 ข้อ) 4) การจัดการตนเอง (4 ข้อ) 5) การสื่อสารซักถามโต้ตอบ (3 ข้อ) และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ (4 ข้อ) ลักษณะคำถามจะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (เป็นประจำ ค่อนข้างบ่อย บางครั้ง แทบจะไม่เคย ไม่เคยเลย) มีระดับการวัดข้อมูลแบบอันตรายภาค รวมคะแนนแต่ละด้านและรวมคะแนนทั้งหมดโดยกำหนดเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนรวมเป็น 4 กลุ่ม¹⁴ คือ ไม่ถูกต้อง/ไม่ดี (น้อยกว่าร้อยละ 60) ถูกต้องบ้าง/พอใช้ (ร้อยละ 60-70) ถูกต้อง/ดี (ร้อยละ 70-80) และถูกต้องที่สุด/ดีมาก (มากกว่าร้อยละ 80)

ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชน มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามจะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (เป็นประจำ ค่อนข้างบ่อย บางครั้ง แทบจะไม่เคย ไม่เคยเลย) มีระดับการวัดข้อมูลแบบอันตรายภาค จากนั้นจะรวมคะแนนโดยกำหนดเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนรวมเป็น 4 กลุ่ม¹⁴ คือ ไม่ดี (น้อยกว่าร้อยละ 60) พอใช้ (ร้อยละ 60-70) ดี (ร้อยละ 70-80) และดีมาก (มากกว่าร้อยละ 80)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยหาทัศนคติความสอดคล้องของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน จำนวน 3 ท่าน และผ่านการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในอำเภอโป่งน้ำร้อนซึ่งเป็นอำเภอใกล้เคียงในจังหวัดจันทบุรี ด้วยการทดสอบความยากง่าย (กำหนดเกณฑ์อยู่ระหว่าง .20-.80 ค่าที่ได้ต่ำสุด .47 สูงสุด .83) ค่าอำนาจจำแนก (กำหนดเกณฑ์ .20 ขึ้นไป ค่าที่ได้ต่ำสุด .23 สูงสุด .89) และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (กำหนดเกณฑ์ .70 ขึ้นไป ค่าที่ได้ต่ำสุด .71 สูงสุด .88) สำหรับข้อคำถามที่ไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบ ได้ปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้แบบสอบถามมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้รับผิดชอบงาน อสม. ของหน่วยบริการสาธารณสุขแต่ละแห่ง ประกอบด้วย ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลสอยดาว สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสอยดาว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขต



อำเภอสอยดาว โดยผู้วิจัยได้ประชุมสื่อสารถึงขั้นตอนและวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยให้กับผู้รับผิดชอบงาน อสม. ทุกแห่งได้รับทราบ พร้อมทั้งประสานขอเก็บข้อมูลตามวันที่มีการประชุมของ อสม. ในช่วงเดือนเมษายน ถึง พฤษภาคม 2564 การเก็บข้อมูลจะชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยทุกครั้ง พร้อมทั้งสื่อสารทำความเข้าใจแก่ อสม. เพื่อให้มีความเข้าใจที่ชัดเจน และเปิดโอกาสให้ อสม. ชักถามในประเด็นที่มีความกังวล และแจ้งถึงสิทธิการขอถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา พร้อมทั้งให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ อสม. ได้ชี้แจงว่าการตอบแบบสอบถามไม่ได้มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่หรือผลกระทบอื่น ๆ ต่อหน่วยบริการสาธารณสุขหรือชุมชนแต่อย่างใด จากนั้นให้ อสม. ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ทั้งนี้เพื่อให้ อสม. มีความเป็นอิสระในการตอบแบบสอบถามอย่างมั่นใจ ตลอดจนการตอบแบบสอบถามเพื่อให้สามารถสะท้อนข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริงได้ ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลได้เน้นให้มีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคโควิด-19 พร้อมทั้งได้ปฏิบัติตามคำสั่งและประกาศของจังหวัดจันทบุรีเกี่ยวกับมาตรการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระหว่างตัวผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยภายนอก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage;%) ค่าเฉลี่ยกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean: Standard Deviation, $\bar{X} \pm SD$) ค่าต่ำสุด-สูงสุด (Min-Max) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพกับปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอก ใช้สถิติไคสแควร์ (Pearson Chi-Square; χ^2) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Correlation Coefficient; r) และระดับความสัมพันธ์ตามเกณฑ์ของโซเบอร์¹⁵ สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ และใช้สถิติการถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (multiple linear regression) ในการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองฯ โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ $<.05$

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เอกสารรับรองเลขที่ IRB3-020/2564 วันที่รับรอง 15 มีนาคม 2564

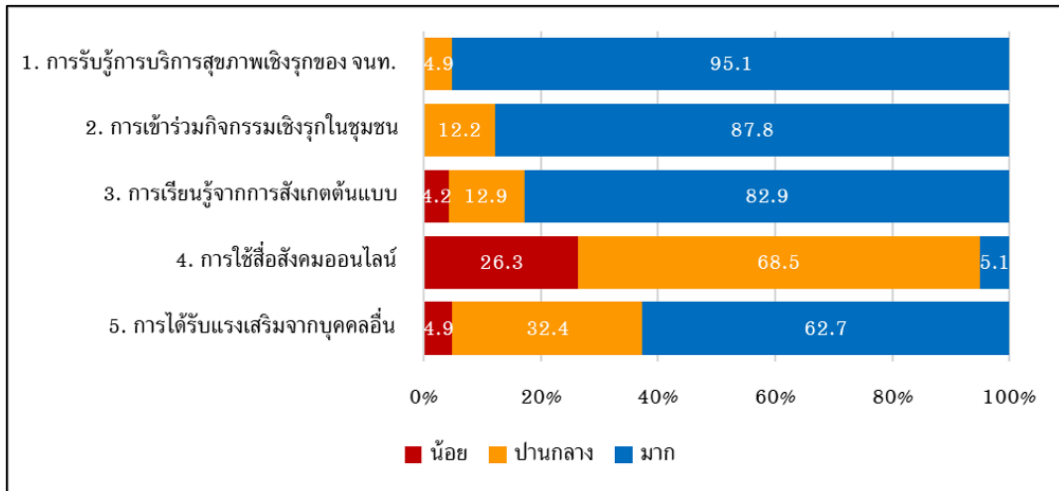
ผลการวิจัย

1. ปัจจัยภายในตัวบุคคล

ผลการวิจัยพบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 78.05 มากกว่าร้อยละ 90 มีอายุ 35 ขึ้นไป(48.64±9.43, Min-Max 20-78) ครึ่งหนึ่งจบประถมศึกษา (ร้อยละ 50) อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร (ร้อยละ 62.44) สถานภาพการสมรสส่วนใหญ่อยู่เป็นคู่ (ร้อยละ 82.68) ที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่อยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล หรือ อบต. (ร้อยละ 66.10) ระยะเวลาการเป็น อสม.เฉลี่ย 13.14 ปี (8.43, Min-Max 2-41) และมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 52.20) มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่ารายได้เฉลี่ยขั้นต่ำของประชากรในอำเภอเดียวกัน

2. ปัจจัยภายนอก

ผลการวิจัยพบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับมาก (ดังรูปที่ 2) โดยพบว่า อสม. มีการรับรู้การบริการสุขภาพเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากถึงร้อยละ 95.12 (17.79±2.20) รองลงมาคือมีการเข้าร่วมกิจกรรมเชิงรุกในชุมชนร้อยละ 87.80 (17.24±2.69) มีการเรียนรู้จากการสังเกตต้นแบบร้อยละ 82.93 (21.29±4.23) มีการได้รับแรงเสริมจากบุคคลอื่นร้อยละ 62.68 (17.49±3.43) ส่วนด้านการใช้สื่อสังคมออนไลน์ พบว่า อสม. ส่วนใหญ่ใช้สื่อสังคมออนไลน์อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 68.54 (19.54±5.65) โดยพบว่าสื่อสังคมออนไลน์ที่มีการใช้งานมากที่สุดคือ ไลน์ ร้อยละ 91.22 รองลงมาคือ เฟซบุ๊กร้อยละ 84.15 ตามลำดับ

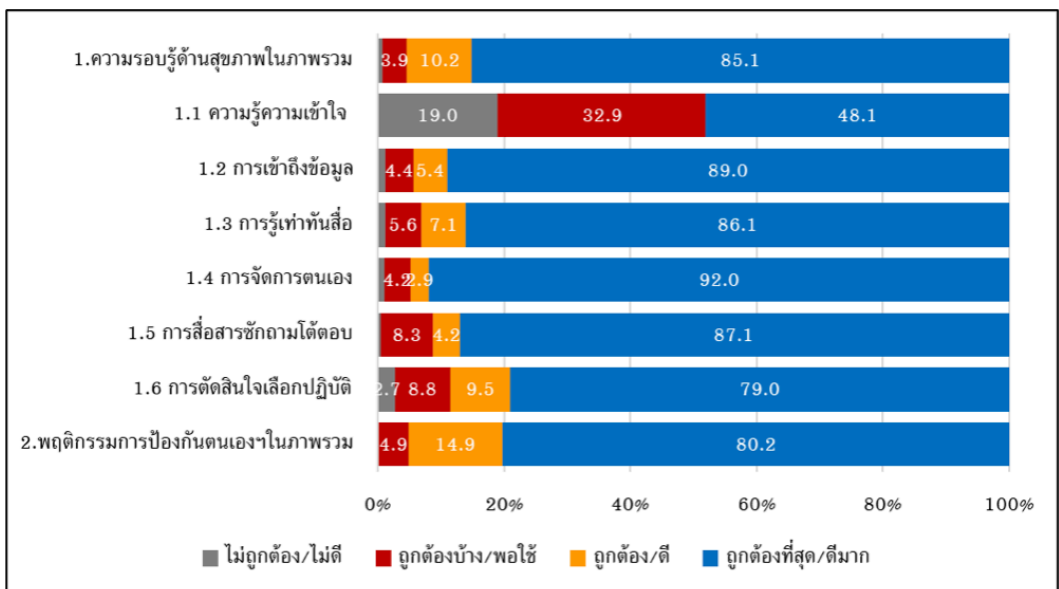


รูปที่ 2 ร้อยละของคะแนนข้อมูลด้านปัจจัยภายนอก (n=410 คน)

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการป้องกันตนเอง

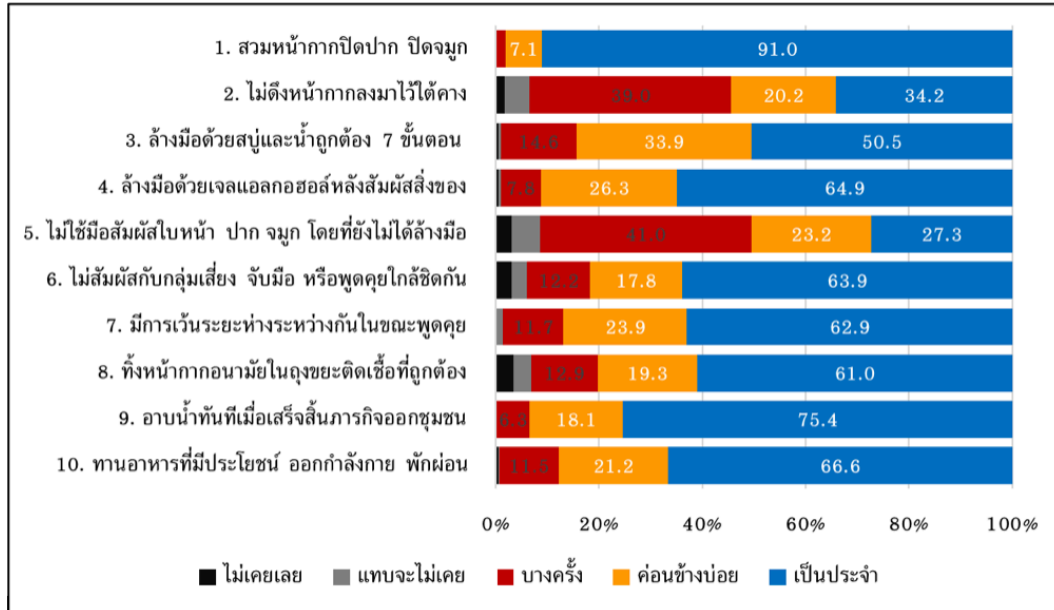
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 ในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 85.12) โดยเฉพาะคะแนนด้านการจัดการตนเองที่มีมากที่สุดถึงร้อยละ 91.95 (18.59 ± 2.13) รองลงมา คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูล ร้อยละ 89.02 (13.61 ± 1.73) ด้านการสื่อสารซักถามโต้ตอบ ร้อยละ 87.07 (13.31 ± 1.77) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ร้อยละ 86.10 (13.34 ± 1.72) และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ร้อยละ 79.02 (13.70 ± 1.71) ตามลำดับ ส่วนด้านความรู้ความเข้าใจเป็นเพียงด้านเดียวที่ อสม. ได้คะแนนในระดับดีมากน้อยที่สุด ร้อยละ 48.05 (3.33 ± 1.13) (ดังรูปที่ 3)

สำหรับพฤติกรรมการป้องกันตนเอง ผลการวิจัยพบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 ภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 80.24 (43.60 ± 4.75) (ดังรูปที่ 3)



รูปที่ 3 ร้อยละของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเอง (n=410 คน)

พฤติกรรมการป้องกันตนเองที่มีคะแนนมากที่สุดคือ การสวมหน้ากากปิดปากปิดจมูกเป็นประจำ (ร้อยละ 90.98) รองลงมา คือ การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายทันทีเมื่อเสร็จสิ้นภารกิจออกชุมชนในแต่ละวัน (ร้อยละ 75.39) การรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ พักผ่อนเพียงพอ (ร้อยละ 66.59) การล้างมือที่ถูกต้องด้วยเจลแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 64.88) การเว้นระยะห่างเมื่อต้องพบกับบุคคลอื่น (ร้อยละ 62.93) การทิ้งหน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง (ร้อยละ 60.98) และการล้างมือที่ถูกต้องด้วยสบู่และน้ำ (ร้อยละ 50.49) ตามลำดับ (ตั้งรูปที่ 4)



รูปที่ 4 ร้อยละของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันตนเองฯ (n=410 คน)

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันตนเองฯ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 ผลการวิจัยจำแนกเป็นด้านปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ เขตที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนปัจจัยด้านเพศ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก สถานภาพสมรส และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 สำหรับปัจจัยภายนอกพบที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 ทุกปัจจัย ได้แก่ การรับรู้การบริการสุขภาพเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($r = .148, p < .01$) การเข้าร่วมกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน ($r = .250, p < .01$) การเรียนรู้จากการสังเกตต้นแบบ ($r = .150, p < .01$) การใช้สื่อสังคมออนไลน์ ($r = .171, p < .01$) และแรงเสริมจากบุคคลอื่น ($r = .125, p < .05$) (ตั้งตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19

ปัจจัยภายนอก (n=410)		ระดับความสัมพันธ์	P
ปัจจัยภายใน	χ^2		
เขตที่อยู่อาศัย เขตเทศบาล (เทียบกับเขต อบต.)	7.457		.024
ปัจจัยภายนอก	r		
1. การรับรู้การบริการสุขภาพเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	.148	ระดับต่ำ	.003
2. การเข้าร่วมกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน	.250	ระดับต่ำ	<.001
3. การเรียนรู้จากการสังเกตต้นแบบ	.150	ระดับต่ำ	.002
4. การใช้สื่อสังคมออนไลน์	.171	ระดับต่ำ	.001
5. แร่งเสริมจากบุคคลอื่น	.125	ระดับต่ำ	.011

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเอง มีขั้นตอนในการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์การถดถอยแบบ Multiple Linear Regression ขั้นตอนที่ 1 ตรวจสอบคุณลักษณะของตัวแปรต้นและตัวแปรตาม โดยได้แปลงข้อมูลตัวแปรที่มีระดับการวัดแบบนามบัญญัติ (Nominal Scale) ให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) ส่วนตัวแปรอื่นๆ ที่มีระดับการวัดแบบเชิงปริมาณ (Scale) อยู่แล้วให้คงคุณลักษณะเดิม ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลหาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยรายตัวแปร (Crude) เพื่อคัดเลือกตัวแปรต้นที่ละตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ไปวิเคราะห์แบบหลายตัวแปรพร้อมกัน หรือ Multiple Linear Regression โดยพบตัวแปรที่ผ่านการทดสอบในขั้นตอนที่ 2 จำนวน 10 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล 1 ตัวแปร คือ เขตที่อยู่อาศัยเขตเทศบาล ($B=2.035$) ปัจจัยภายนอก 3 ตัวแปร คือ 1) การรับรู้การบริการสุขภาพเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($B=.344$) 2) การเข้าร่วมกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน ($B=.472$) 3) การเรียนรู้จากการสังเกตต้นแบบ ($B=.205$) ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ตัวแปร คือ 1) ความรู้ความเข้าใจ ($B=.491$) 2) การเข้าถึงข้อมูล ($B=1.400$) 3) การรู้เท่าทันสื่อ ($B=1.191$) 4) การจัดการตนเอง ($B=1.299$) 5) การสื่อสารชักถามได้ตอบ ($B=1.300$) และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ($B=.687$) ขั้นตอนที่ 3 นำตัวแปรทั้ง 10 ตัวแปร เข้าสมการวิเคราะห์การถดถอยแบบ Multiple Linear Regression เลือกวิธีนำเข้าสมการแบบ Stepwise ผลการวิเคราะห์มีตัวแปรที่ผ่านการคัดเลือกในขั้นตอนนี้จำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล 1 ตัวแปร คือ เขตที่อยู่อาศัยเขตเทศบาล และปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 ตัวแปร คือ 1) การเข้าถึงข้อมูล 2) การจัดการตนเอง และ 3) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ขั้นตอนที่ 4 ตรวจสอบผลการวิเคราะห์ตามข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ 1) พิจารณาค่า F-test ANOVA มีค่า 70.12 ที่ระดับนัยสำคัญ $p < .05$ แสดงว่าในรูปแบบการวิเคราะห์ครั้งนี้ ตัวแปรต้นกับตัวแปรตามมีความสัมพันธ์กันในลักษณะเชิงเส้นตรง (Linearity) 2) พิจารณาค่า Variance Inflation Factor (VIF) < 10 ค่า Tolerance > .1 ทุกตัวแปร แสดงว่าไม่พบปัญหา Multicollinearity 3) พิจารณาการทดสอบข้อมูลของตัวแปร Y บนทุกค่าของตัวแปร X เมื่อนำค่า Residual มา Plot โดยใช้ Histogram พบมีการแจกแจงแบบปกติ 4) พิจารณาค่าสถิติ Durbin-Watson เท่ากับ 1.53 แสดงว่าความคาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน และ 5) พิจารณาค่าส่วนเหลือมาตรฐาน (Standardized Residual) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0 และไม่มีการกระจายที่เป็นระบบ แสดงว่าข้อมูลมีความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนแบบคงที่¹⁶

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 สามารถอธิบายจากค่า Beta(B) โดยพบว่าปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 ปัจจัย ได้แก่ การจัดการตนเอง ($B=.931$) การเข้าถึงข้อมูล ($B=.628$) และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ($B=.286$) ร่วมกับปัจจัยภายในตนเอง 1 ปัจจัย

คือ เขตที่อยู่อาศัยเทศบาล ($B=1.168$) ซึ่งทั้ง 4 ตัวแปร มีระดับนัยสำคัญ $p<.01$ โดยปัจจัยเหล่านี้สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันตนเองฯ ได้ถึงร้อยละ 40.90 (ดังตารางที่ 2) และสามารถเขียนสมการทำนายในรูปคะแนนดิบได้ ดังนี้

$$\text{พฤติกรรมการป้องกันตนเอง} = 13.420 + .931(\text{การจัดการตนเอง}) + .628(\text{การเข้าถึงข้อมูล}) + .286(\text{การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ}) + 1.168(\text{เขตที่อยู่อาศัย เทศบาล})$$

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองฯ

ตัวแปรต้น	ค่าสัมประสิทธิ์แสดงความสัมพันธ์ ($n=410$)				
	B	95%CI	β	t	p
การจัดการตนเอง	.931	.73-1.14	.418	8.896	<.001
การเข้าถึงข้อมูล	.628	.37-.88	.229	4.830	<.001
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	.286	.07-.50	.103	2.618	.009
เขตที่อยู่อาศัยเขตเทศบาล	1.168	.41-1.93	.117	3.013	.003
ค่าคงที่ (Constant)	13.420	9.42-17.42		6.598	<.001

$R=.64$, $R^2=.409$, Adjust $R^2=.403$, S.E.=3.667

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า อสม. อ.สอยดาว จ.จันทบุรี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการป้องกันตนเองฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับที่ดีมาก (ร้อยละ 85.12 และ 80.24 ตามลำดับ) ถึงแม้ว่าการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-reporting) ของอสม. อาจจะเป็นข้อจำกัดหนึ่งของงานวิจัยนี้ แต่อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้มีวิธีการลดอคติในส่วนของ self-reporting¹⁷ ด้วยการเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาที่อสม. ปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 จริง อีกทั้งผู้วิจัยยังได้สื่อสารทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การรักษาความลับของข้อมูล การไม่เปิดเผยตัวตน ทำให้ อสม. มีอิสระในการตอบแบบสอบถาม นอกจากนี้ผลการวิจัยที่พบยังสอดคล้องกับผลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานและพฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชนทั่วไปในจังหวัดจันทบุรี ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มากกว่าครึ่งเป็น อสม. พบว่าผลการศึกษาอยู่ในระดับดีมาก¹⁸ และผลการวิจัยที่สำคัญนี้ยังสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย แนวคิดของกองสุศึกษา⁶ และอีกหลาย ๆ การศึกษา ดังนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่พบว่า อสม. มีคะแนนในภาพรวมอยู่ในระดับดีมากนั้น อาจเป็นผลมาจากการเก็บข้อมูลในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นช่วงที่รัฐบาลและหน่วยงานต่าง ๆ ได้ร่วมรณรงค์เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างกว้างขวาง ส่งผลให้ อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ดีด้วย ดังการศึกษาในประเทศออสเตรเลียที่พบว่า การรณรงค์ของรัฐบาลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้น¹⁹ ผลการศึกษายังสอดคล้องการศึกษาที่มีแนวคิดพื้นฐานที่คล้ายกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า อสม. มีทักษะพื้นฐานความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีอยู่แล้ว เห็นได้จากการศึกษาของอารีย์ แร่ทอง ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. แล้วพบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน²⁰ สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) การรับรู้การบริการสุขภาพเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2) การเข้าร่วมกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน 3) การเรียนรู้จากการสังเกตต้นแบบ 4) แรงเสริมจากบุคคลอื่น 5) การใช้สื่อสังคมออนไลน์ และ 6) ปัจจัยด้านเขตที่อยู่อาศัย โดย 4 ปัจจัยแรกเป็นกิจกรรมสำคัญของ อสม. ในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชนโดยตรงตามที่กระทรวงสาธารณสุขมอบหมายไว้ และสอดคล้องกับการศึกษาของธัญชนก ขุมทองที่ได้ศึกษารูปแบบอิทธิพลเชิงสาเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของประชาชนไทย



วัยผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง โดยพบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพเชิงรุก การเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ และแรงเสริมจากบุคคลอื่น เป็นกิจกรรมที่เอื้อให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ส่งผลให้ปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁸ ส่วนปัจจัยข้อที่ 5) การใช้สื่อสังคมออนไลน์ สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานวิจัยและพัฒนาเพื่อการปรองปรองวิจัยสุขภาพสู่การปฏิบัติที่ศึกษา ทบทวนสถานการณ์และกลไกการจัดการความแตกฉานด้านสุขภาพ ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการค้นหาข้อมูลสุขภาพแบบออนไลน์ด้วยตนเอง⁹ นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านเขตที่อยู่อาศัย สอดคล้องกับการศึกษาของธัญชนก ชุมทอง ซึ่งอาจเนื่องจากเขตเทศบาลมีแหล่งข้อมูลสุขภาพที่หลากหลายมากกว่า⁸

พฤติกรรมการป้องกันตนเองฯ ผลการศึกษาได้ค้นพบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงาน เฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 ของ อสม. ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพใน 3 ปัจจัย คือ 1) การจัดการตนเอง เป็นทักษะในการจัดการพฤติกรรมตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง 2) การเข้าถึงข้อมูล เป็นทักษะในการเลือกเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพที่น่าเชื่อถือเพื่อนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และ 3) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ เป็นทักษะในการกำหนดทางเลือกหรือปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี¹⁰ โดยปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 3 ปัจจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่มีลักษณะการศึกษาที่คล้ายกัน อาทิเช่น การศึกษาของ ธนะวัฒน์ รวมสุข และคณะ²¹ ที่ศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรณพฤติกรรมกรณช่วยเลิกบุหรี่ของ อสม. ในจังหวัดสมุทรสงคราม พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเด็นการจัดการตนเอง การเข้าถึงข้อมูล และการตัดสินใจ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรณช่วยเลิกบุหรี่ได้ และการศึกษาของภมร ธรรม และประกันชัย ไกรรัตน์²² ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเด็นการจัดการตนเอง การเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติ มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าปัจจัยด้านเขตที่อยู่อาศัยเขตเทศบาลมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองฯ โดย อสม. ที่อยู่ในเขตที่เทศบาลมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพมากกว่า อสม. เขต อบต. เกือบ 1.2 เท่า ($B=1.168, p<.01$) อาจเนื่องมาจากเขตเทศบาลเป็นชุมชนที่หนาแน่นมากกว่า การเข้าถึงข้อมูลและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์จึงมากกว่าเขต อบต. ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันของโรคโควิด-19 ระหว่างผู้อยู่อาศัยเขตเมืองและชนบท ในประเทศจีน ซึ่งพบว่าผู้ที่อยู่ในเขตชนบทมีพฤติกรรมป้องกันตนเองไม่ค่อยดีนักเมื่อเปรียบเทียบกับคนที่อยู่ในเขตเมือง²³

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงาน

จากผลการวิจัยที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 ของ อสม. อ.สอยดาว จ.จันทบุรีนั้น นักสาธารณสุขควรพัฒนาศักยภาพของ อสม. ตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม ได้แก่ ประชาสัมพันธ์ให้ อสม. รับรู้การบริการสุขภาพเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน การเรียนรู้จากการสังเกตต้นแบบ การใช้สื่อสังคมออนไลน์ และเรียนรู้การเสริมแรงจากบุคคลอื่น พร้อมทั้งพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับ อสม. เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง โดยเน้นมิติด้านการจัดการตนเอง การเข้าถึงข้อมูล และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ โดยเฉพาะในกลุ่ม อสม. เขตเทศบาล ซึ่งผลการศึกษพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

ถึงแม้ว่าโดยภาพรวมของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จะพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองฯ ของ อสม. อยู่ในระดับที่ดีมาก แต่หากขาดการส่งต่อถึงประชาชนแล้วนั้น การดำเนินงานในชุมชนก็คงเป็นไปค่อนข้างยาก นักสาธารณสุขจึงควรพัฒนาสร้างกิจกรรมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพให้กับ อสม. เพื่อให้สามารถส่งต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันตนเองที่ถูกต้องแก่ประชาชนในการดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนอย่างครอบคลุมทุกมิติต่อไป



ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งถัดไป

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะกลุ่ม อสม. เท่านั้น แต่ในทางปฏิบัติจริงพบว่าในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 มีหน่วยงานหลายๆ หน่วยงานเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 อาทิเช่น ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ฝ่ายปกครอง ฝ่ายทหาร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชมรมจิตอาสาต่างๆ เป็นต้น จึงควรศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเหล่านี้ด้วย เพื่อนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคระบาดในอนาคตต่อไป อย่างไรก็ตาม ในยุคที่โลกมีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว ปัญหาด้านสาธารณสุขก็มีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็วและมีความซับซ้อนมากขึ้นด้วย การเตรียมความพร้อมรับมือกับสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต จึงควรเร่งพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ครอบคลุมทุกมิติปัญหา เพื่อสร้างกระบวนการทางปัญญารวมถึงทักษะทางสังคม ให้กับ อสม. ส่งต่อถึงประชาชนสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับทุกสถานการณ์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัย (อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏโพธิ์พระยา และหัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลนายายอาม จังหวัดจันทบุรี) ผู้ช่วยเหลือการทดสอบเครื่องมือวิจัย (หัวหน้างานควบคุมโรค โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี) ผู้ช่วยเก็บเครื่องมืองานวิจัย (หัวหน้างานและเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลสอยดาว สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสอยดาว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี)

References

1. World health organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19-11 March 2020 [internet]. 2020 [cited 2020 June 9]. Available from: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--11-march-2020>
2. Ministry of public health. Notification of the Ministry of public health (No. 3) Re: affair names and presenting symptoms of dangerous communicable diseases B.E. 2563. Government gazette volume 137, Special section 48 D (Dated 29 February 2020).(in Thai).
3. Public health information system, Primary health care division. National village health volunteers report [internet]. 2020 [cited 2020 June 3]. Available from: <http://www.thaiphc.net/new2020>.(in Thai).
4. Ministry of public health. Ask for cooperation to support the campaign "knock on the door to against covid-19". Official document of office of the permanent secretary ministry of public health No. ST 0705. 03/ W 153 dated 6 March 2020.(in Thai).
5. Human resource for health research and development office. VHV's are worker about health system of Thailand [internet].2020 [cited 2020 June 6].(in Thai).
6. Department of health service support. Enhancing health literacy from village health volunteer to family volunteer. 1st ed. Bangkok: O VIT (Thailand);2017.(in Thai).
7. Xinying Sun et al. Determinants of health literacy and health behavior regarding infectious respiratory diseases: a pathway model. BMC Public Health 2013;13(261),1-8.



8. Khumthong T. A causal model and effect of health literacy to health behavior and health outcome of risk Thai adults with diabetes and hypertension in Uthai Thani and Ang Thong province [Dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University.2016.(in Thai).
9. Office for health research translation. Situation review and mechanisms for managing health literacy. Department of preventive and social medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University;2015.(in Thai).
10. Health education division, Department of health service support. Enhancing and assessing health literacy and health behaviors, Children and youth groups (7–14 years old) people aged 15 years or older group. Revised edition 2018;2018.(in Thai).
11. Cochran WG. Sampling Techniques. 3rd ed. New York: John wiley & Sons;1977.
12. Hsieh FY, Daniel A, Michael D, Larsen. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Statistics in Medicine*1998;17(143):1623–34.
13. John BW. Research in Education: Prentice–Hall;1977.
14. Health education division, Department of health service support. Guidelines for changing health behaviors provincial level. Nonthaburi: Ministry of Public Health;2013.(in Thai).
15. Schober P, Boer C, Schwarte LA. Correlation coefficients: appropriate use and interpretation. *Anesth Analg* 2018 May;126(5):1763–1768.doi:10.1213/ANE.0000000000002864.PMID:29481436.
16. Kim HY. Statistical notes for clinical researchers: simple linear regression 3–residual analysis. *The Restorative Dentistry and Endodontics* 2019;44(1):e11.eISSN 2234–7666
17. Althubaiti A. Information bias in health research: definition, pitfalls, and adjustment methods. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 2016;9:211–7.
18. Chanthaburi provincial public health office. Basic health literacy situation surveillance report. Official document of Chanthaburi provincial public health office No. CB 0032.003/3659 dated 22 Jun 2020.(in Thai)
19. Jhummon–Mahadnac ND, Knott J, Marshall C. A cross–sectional study of pandemic influenza health literacy and the effect of a public health campaign. *BMC Research Notes* 2012;5(377):1–8.
20. Aree R. Health literacy and health behaviour 3Aor 2Sor for the village health volunteers (VHVs): case study of Hintok Sub–district, Ronphibun District, Nakhon Si Thammarat Province. *Journal of Department of Health Service Support* 2019;15(3):62–70.(in Thai).
21. Ruamsook T, Tipwong A, Vorasiha P. Predictors of helping behavior on smoking cessation among village health volunteers in Samut Songkhram province. *Thai journal of nursing* 2020;69(1):10–8.(in Thai).
22. Darun P, Krirat P. Health literacy factors influencing on health behavior of population in Bueng kan province. *Journal of Department of Health Service Support* 2019;15(3):71–82.(in Thai).
23. Chen X, Chen H. Differences in preventive behaviors of COVID–19 between Urban and Rural Residents: Lessons learned from A cross–sectional study in China. *International journal of environmental research and public health* 2020;17(4437):1–14. doi:10.3390/ijerph17124437.



ผลการประยุกต์ใช้โปรแกรมการสอนสู่การเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านอินเทอร์เน็ต ต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยที่ได้รับการทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี

Effects of Applied Education Program for Self-Directed Learning via Internet on Knowledge and Self-Care Ability in Patients undergoing Coronary Artery Bypass Grafting

อนุสรณ์ มั่นศิลป์¹ อรทัย โสมนรินทร์¹ นพมาศ ขำสมบัติ¹

Anutsara Mansin¹ Oratai Somnarin¹ Nopamas Khamsombat¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

¹Faculty of Nursing, Pathumthani University

Corresponding author: Anutsara Mansin; E-mail: anutsara@ptu.ac.th

Received: April 9, 2021 Revised: November 6, 2021 Accepted: January 25, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการเรียนรู้โปรแกรมการสอนด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ตต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารีเป็นครั้งแรก จำนวน 99 ราย โดยผู้ป่วย 49 รายแรกถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มควบคุม และ 50 รายต่อมาอยู่ในกลุ่มทดลอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสอนด้วยวีดิทัศน์ผ่านการเรียนรู้ทางอินเทอร์เน็ตในวันนัดหมายเพื่อผ่าตัดและหลังผ่าตัด 5 วันก่อนกลับบ้าน โปรแกรมการสอนครอบคลุมเนื้อหาความรู้อย่างครบถ้วนทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและการฟื้นตัวในระยะหลังผ่าตัดขณะรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรู้ก่อนและหลังผ่าตัด ก่อนและหลังการเรียนรู้ด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ตภายใน 2 สัปดาห์ แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัด 1 เดือน เครื่องมือวิจัยทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างด้านความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองระหว่าง 2 กลุ่มด้วยสถิติทีอิสระ (independent t-test) ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ในระยะก่อนผ่าตัดและก่อนกลับบ้านภายหลังเรียนรู้ด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ตและคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด 1 เดือนในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จากผลการศึกษาแสดงว่า ควรจัดโปรแกรมการสอนในรูปแบบสื่อวีดิทัศน์ในผู้ป่วยที่ได้รับการทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารีได้เรียนรู้ด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ต ส่งผลดีต่อการเพิ่มพูนความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัด 1 เดือน

คำสำคัญ: การเรียนรู้ด้วยตนเอง; การเรียนรู้ผ่านอินเทอร์เน็ต; การดูแลตนเอง; ทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี



Effects of Applied Education Program for Self-Directed Learning via Internet on Knowledge and Self-Care Ability in Patients undergoing Coronary Artery Bypass Grafting

Anutsara Mansin¹ Oratai Somnarin¹ Nopamas Khamsombat¹

¹Faculty of Nursing, Pathumthani University

Corresponding author: Anutsara Mansin; E-mail: anutsara@ptu.ac.th

Received: April 9, 2021 Revised: November 6, 2021 Accepted: January 25, 2022

Abstract

This quasi-experimental study aimed to investigate the effects of a self-directed learning programme via the Internet on knowledge and self-care skills in patients undergoing coronary artery bypass grafting. The sample consisted of 99 patients who underwent Coronary Artery Bypass Grafting: CABG surgery for the first time. The first 49 patients were assigned into the control group, followed by 50 patients assigned to the experimental group. The experimental group received an education program via video media over the internet at the day of surgery and on the 5th post-operative day before discharge. The video media contained comprehensive pre- and post-operative information to promote recovery during hospitalization and at home. Data were collected using questionnaires on pre- and post-operative knowledge, before and two weeks after self-directed learning via Internet. A self-care ability questionnaire was used at one-month after the intervention. All research instruments were content validated by three experts. Data were analyzed by using the mean, SD and independent t-test to test for differences between groups. The study revealed that the mean scores for pre-operative and pre-discharge knowledge after self-directed learning via internet, and the mean self-care ability scores at 1-month post-operative of the experimental group were significantly higher than those of the control group ($p < .001$). The results suggest that a modified training program inform with video media and self-directed learning via the Internet, can enhance pre- and post-operative knowledge, as well as self-care skills at one month in patients who have undergone coronary artery bypass grafting.

Keywords: self-directed learning; internet learning; self-care ability; coronary artery bypass grafting

ความเป็นมาและความสำคัญ

หลอดเลือดแดงโคโรนารีคือหลอดเลือดหัวใจมีหน้าที่ลำเลียงก๊าซและสารอาหารต่างๆ ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ หากมีการพอกหนาของไขมันหรือแคลเซียมตามผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดตีบแคบลงและไม่สามารถนำเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้อย่างเพียงพอก็จะทำให้เกิดโรค โดยทั่วไปมักมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกด้านซ้าย เจ็บลิ้นๆ เจ็บร้าวไปที่ไหล่และบริเวณแขนซ้าย ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่ การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ความอ้วน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ข้อมูลสถิติจาก WHO (World Health Organization) พบว่า ปีพ.ศ. 2560 กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของโลก โดยประมาณ 17.9 ล้านคนต่อปี คิดเป็น 31% ของการเสียชีวิตของประชาชนทั่วโลก¹ สถิติของกระทรวงสาธารณสุขพบอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในปี พ.ศ. 2561 อัตราส่วนผู้ป่วยเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 1 : 1.3 กลุ่มอายุที่ป่วยสูงสุด คือ กลุ่มอายุมากกว่า 70 ปี เท่ากับร้อยละ 50.31 กลุ่มอายุ 60-69 ปี เท่ากับร้อยละ 26.46 กลุ่มอายุ 50-59 ปี เท่ากับร้อยละ 15.89 กลุ่มอายุ 40-49 ปี เท่ากับร้อยละ 5.61 กลุ่มอายุ 30-39 ปี เท่ากับร้อยละ 1.35 และกลุ่มอายุ 15-29 ปี เท่ากับร้อยละ 0.38² โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบส่วนใหญ่มักได้รับการรักษาด้วยการทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary Artery Bypass Grafting: CABG) สถิติจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจทุกชนิดที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลราชวิถี 3 ปีย้อนหลัง พบว่า พ.ศ.2559=8,739 ราย พ.ศ.2560=9,469 ราย พ.ศ.2561=10,862 ราย โดยเฉพาะ พ.ศ. 2561 มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาต่อเนื่องภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารีไปแล้วจำนวนทั้งสิ้น 2,991 ราย โดยเฉลี่ย 249 ราย/เดือน คิดเป็นร้อยละ 27.54 ของจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจทั้งหมด³ การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี เป็นการผ่าตัดใหญ่และมีความสำคัญกับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยจึงควรที่จะต้องมีความรู้ในเรื่องของการเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจก่อนที่จะเข้ารับการรักษา ได้แก่ ความรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจให้แข็งแรงสมบูรณ์ การเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้องตามหลักโภชนาการ การออกกำลังกายตามความเหมาะสม การบริหารร่างกาย การฝึกบริหารปอดด้วยการหายใจเข้า-ออกลึกๆ (deep breathing exercise) หรือการใช้อุปกรณ์ช่วยฝึกบริหารปอด (incentive spirometer) การฝึกการไออย่างถูกวิธี (cough technique) การฝึกการพลิกตะแคงตัว การลุกนั่ง ยืน เดิน ภายหลังผ่าตัดอย่างถูกวิธี (early ambulation) การรับประทานยาหรือการงดยาบางชนิดตามคำสั่งของแพทย์อย่างเคร่งครัด ตลอดจนการให้เห็นสภาพภายหลังผ่าตัด วิธีการผ่อนคลายความเครียดความวิตกกังวล ส่วนความรู้และการปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัดที่สำคัญ เช่น การดูแลแผลผ่าตัด การบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัด การปฏิบัติกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันตามความเหมาะสมในแต่ละช่วงเวลาภายหลังผ่าตัด การบริหารร่างกายและการออกกำลังกายตามลำดับขั้นตอน การยกของหนัก การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น การควบคุมอาหาร การงดสูบบุหรี่ เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมและการวิเคราะห์ปัญหาในระบบการปฏิบัติงานเดิม พบว่า ระบบการสอนการให้คำแนะนำยังขาดความครอบคลุมครบถ้วนในเนื้อหาที่สำคัญทั้งหมดที่ผู้ป่วยควรต้องเรียนรู้และสามารถนำไปปฏิบัติได้ด้วยภาระงานตามหน้าที่และกิจกรรมทางการพยาบาลต่างๆ ที่มากมาย จึงเป็นเหตุให้พยาบาลไม่มีเวลาอย่างเพียงพอต่อการให้ความรู้และการตอบข้อสงสัยต่างๆ จากผู้ป่วย การสอนการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยมักเริ่มต้นเมื่อผู้ป่วยได้เข้ามาพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเพื่อรอรับการผ่าตัดในอีกประมาณ 1-2 วัน ทั้งๆ ที่ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับนัดหมายเพื่อรอเข้ารับการรักษาโดยเฉลี่ยประมาณ 3-6 เดือน³ ซึ่งเป็นระยะเวลาที่นานพอสมควรที่ผู้ป่วยควรมีความรู้เพื่อการเตรียมความพร้อมเป็นอย่างดีก่อนที่จะเข้ารับการรักษา อีกทั้งด้วยวิธีการสอนที่ไม่ทันสมัย มักเป็นการให้คำแนะนำอย่างคร่าวๆ หรือแจกคู่มือ/แผ่นพับให้ผู้ป่วยไปศึกษาเอง จึงขาดการสร้างแรงจูงใจต่อการเรียนรู้สถานที่ในโรงพยาบาลที่ค่อนข้างคับแคบและแออัดไปด้วยผู้ป่วยจำนวนมาก ล้วนส่งผลต่อประสิทธิภาพการสอนและการเรียนรู้ของผู้ป่วยได้น้อยลง ปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มักจะทำให้เกิดความกลัวการผ่าตัด มีความเครียดความวิตกกังวล และคิดหมกมุ่น



ไปเองต่าง ๆ นานา สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดมาจากความไม่รู้ การมีความเชื่อที่ผิด ๆ หรือได้ความรู้มาจากแหล่งข้อมูลที่ขาดความน่าเชื่อถือ เป็นต้น ด้วยปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ จึงเป็นอุปสรรค/ข้อจำกัดที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในการขาดความรู้และขาดความพร้อมในการดูแลตนเองได้ ย่อมส่งผลกระทบต่อที่ไม่ดีต่อภาวะสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ล่าช้า รวมถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้โดยง่าย จากผลการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดพบว่า ค่าการบีบตัวของหัวใจและความรู้เรื่องโรคและการผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงพฤติกรรมดูแลตนเอง โรคร่วม ระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนผ่าตัด อายุ สามารถร่วมทำนายภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 74⁴ ในส่วนของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้านมีส่วนสำคัญต่อการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยให้มีความรู้และมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี จึงควรได้รับการสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อช่วยทำให้เกิดการฟื้นฟูสภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะการนอนในโรงพยาบาล ป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ และช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดได้ดียิ่งขึ้น⁵

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะปรับปรุงแบบการสอนการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยโดยมีสื่อวีดิทัศน์ประกอบการสอน จากผลการศึกษาวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแบบบรรยายร่วมกับสื่อวีดิทัศน์มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดระยะเวลา 5 วัน และ 1 เดือน มากกว่าคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁶ รวมทั้งได้เพิ่มเติมการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีทางอินเทอร์เน็ต (internet) ในยุคปัจจุบันเข้ามาผสมผสานเพื่อให้ระบบการปฏิบัติงานของพยาบาลเกิดความคล่องตัวมากยิ่งขึ้น ลดภาระงานลง มีความง่ายและความสะดวกต่อการเรียนรู้ได้ด้วยตนเองของผู้ป่วย ดังเช่นบทความที่ได้กล่าวถึงประสิทธิผลของการเรียนรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์เป็นการเรียนรู้ที่มีความยืดหยุ่น ค่าใช้จ่ายต่ำ มีความทันสมัยนิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย มีแรงจูงใจต่อการเรียนรู้และสามารถเข้าถึงได้โดยง่าย⁷ ผู้ป่วยควรจะต้องมีความรู้อย่างถูกต้องครบถ้วนในทุกๆ ระยะของการผ่าตัดและควรได้รับการเสริมแรงเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นต่อการปฏิบัติได้ เพื่อผลลัพธ์ที่ดีต่อการฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจให้แข็งแรงสมบูรณ์ได้โดยเร็วและปราศจากภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการเรียนรู้โปรแกรมการสอนในรูปแบบสื่อวีดิทัศน์ด้วยตนเองผ่านอินเทอร์เน็ตต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี

สมมติฐานการวิจัย

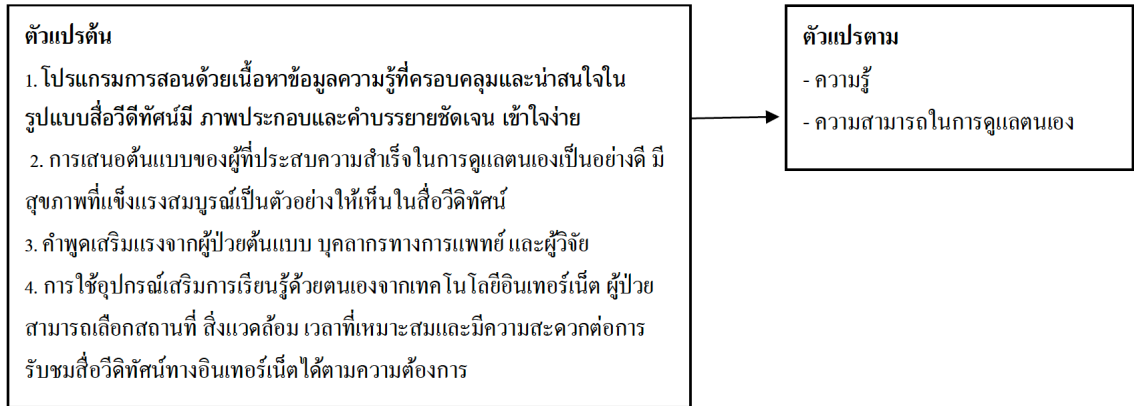
กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี ภายหลังจากที่ได้เรียนรู้โปรแกรมการสอนในรูปแบบสื่อวีดิทัศน์ด้วยตนเองผ่านอินเทอร์เน็ตในกลุ่มทดลอง จะมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองได้สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เรียนรู้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยออกแบบงานวิจัยตามกรอบแนวคิดทางทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (self-efficacy)⁸ โดยการจัดโปรแกรมการสอนด้วยเนื้อหาข้อมูลความรู้ที่ครอบคลุมและน่าสนใจในรูปแบบสื่อวีดิทัศน์ที่มี ภาพประกอบและคำบรรยายชัดเจน เข้าใจง่าย การนำเสนอผู้ป่วยต้นแบบที่เคยได้รับการผ่าตัดชนิดเดียวกันมาก่อนและประสบความสำเร็จในการดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ คำพูดเสริมแรงเพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยได้เกิดความเชื่อมั่นต่ออารมณ์ความคิดและความรู้สึกจากผู้ป่วยต้นแบบ บุคลากรทางการแพทย์ และจากผู้วิจัย เป็นการชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ต่อสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ตามมาได้ ถ้าสามารถนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติได้ดี อุปกรณ์เสริมการเรียนรู้ด้วยตนเอง



จากเทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตเพื่อช่วยให้เกิดความง่ายและสะดวกต่อการรับชมวิดีโอ เนื่องจากผู้ป่วยสามารถเลือกสถานที่ สิ่งแวดล้อม และเวลาที่เหมาะสมต่อการรับชมวิดีโอได้ตามความต้องการ เป็นการกระตุ้นสภาวะทางสรีระและอารมณ์ให้เกิดผลต่อการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น และสามารถนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม จึงจะบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ไว้วางไว้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษาเป็นกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) แบบวัดก่อนและหลังการทดลองมีกลุ่มเปรียบเทียบ (the pretest posttest design with a comparison group)

กลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับนัดหมายวันผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารีเป็นครั้งแรกแบบนัดไว้ล่วงหน้าที่หน่วยงานตรวจรักษาผู้ป่วยนอกศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบสะดวก (convenience sampling) อายุระหว่าง 40-70 ปี มีความสามารถในการใช้สื่อทางอินเทอร์เน็ตหรือมีญาติรวมถึงบุคคลในครอบครัวที่ใช้สื่ออินเทอร์เน็ตได้ สื่อสารได้ตามปกติ ไม่มีความพิการใดๆ และไม่มีการผ่าตัดโรคหัวใจชนิดอื่นร่วมด้วย เช่น การผ่าตัดลิ้นหัวใจ

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม n-Query โดยข้อมูลเดิมผู้ป่วยที่เข้ารับการทำผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารีและได้รับการสอนก่อนผ่าตัดด้วยวิธีการสอนการให้คำแนะนำอย่างคร่าว ๆ พบว่า ประมาณร้อยละ 50 มีความรู้เพิ่มมากขึ้น ดังนั้น จึงกำหนด effect size ขนาดปานกลาง ($d=.5$) $\alpha=.05$ และ $\text{power}=.80$ ได้จำนวน 49 ราย ป้องกันการขาดหายของกลุ่มตัวอย่างหรือข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์อีกร้อยละ 10 ดังนั้น จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ต้องการศึกษาคือกลุ่มละ 54 ราย ผลลัพธ์จากการศึกษาหลังสิ้นสุดโครงการได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจำนวน 50 ราย กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมได้ 49 ราย จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีเกณฑ์คัดออก ได้แก่ มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดที่รุนแรง ได้รับการรักษาภายหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยวิกฤติ ICU (Intensive Care Unit) เป็นเวลานาน และบางรายไม่มาตามแพทย์นัดเพื่อติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามรวม 4 ชุด สร้างโดยผู้วิจัยหลังจากการทบทวนวรรณกรรมและได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการผ่าตัดหัวใจ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูหัวใจ และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง



ได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เพื่อทดสอบความเข้าใจในภาษาที่ใช้ และวิธีการตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามคุณลักษณะทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สูงสุด อาชีพ ประวัติการมีโรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว

2. แบบสอบถามด้านความรู้ในระยะก่อนผ่าตัด เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความรู้ในเรื่องของโรค อาการ การปฏิบัติตนตลอดจนกิจกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมในช่วงก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดขณะพักฟื้นอยู่ในโรงพยาบาล เน้นในเรื่อง การบริหารปอดด้วยการหายใจเข้า-ออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ การใช้อุปกรณ์ช่วยฝึกบริหารปอด (incentive spirometer) เทคนิคการไออย่างมีประสิทธิภาพ การฝึกพลิกตะแคงตัว การลุกนั่ง การยืน การบริหารร่างกายและการเดินออกกำลังกายอย่างเหมาะสมในแต่ละวัน มีคำถามให้เลือกตอบว่าถูกหรือผิดรวมทั้งหมด 10 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน รวม 10 คะแนน สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .65

3. แบบสอบถามด้านความรู้ในระยะหลังผ่าตัด เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความรู้ในเรื่องของการปฏิบัติกิจกรรม ที่ถูกต้องเหมาะสมในด้านต่าง ๆ ขณะพักฟื้นที่บ้าน 1 เดือน การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค การดูแลแผลผ่าตัด การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติ การรับประทานยา มีคำถามให้เลือกตอบว่าถูกหรือผิดรวมทั้งหมด 10 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน รวม 10 คะแนน สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .45

4. แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองขณะพักฟื้นอยู่ที่บ้าน 1 เดือน ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองด้านกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันที่ต้องเริ่มต้นแต่น้อย ๆ และเพิ่มความหนักของกิจกรรมการออกกำลังกายในแต่ละขั้นตอนด้วยความระมัดระวัง การบริหารร่างกายได้อย่างถูกต้องเหมาะสม การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค การเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่า การดูแลแผลผ่าตัด การสังเกตอาการผิดปกติ การรับประทานยา ประกอบด้วย ข้อควรปฏิบัติทั้งหมด 10 ข้อ เกณฑ์ให้เลือกตอบการปฏิบัติได้ใน 3 ระดับ คือ ปฏิบัติสม่ำเสมอเท่ากับ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งเท่ากับ 1 คะแนน ไม่ได้ปฏิบัติเท่ากับ 0 คะแนน สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .81

เครื่องมือวิจัยเพื่อดำเนินการทดลอง คือ สื่อวีดิทัศน์รวม 3 ชุด สร้างโดยความร่วมมือระหว่างผู้วิจัยกับ สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดังนี้

วีดิทัศน์ชุดที่ 1 เรื่อง เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดหัวใจ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับความรู้ทั่วไปในการดูแล สุขภาพกายและสุขภาพใจของผู้ป่วยก่อนมาเข้ารับการผ่าตัด วิธีการบริหารปอดด้วย Deep breathing exercise และการใช้อุปกรณ์ช่วยฝึกบริหารปอด incentive spirometer หรือ Tri-flow การฝึกการไออย่างมีประสิทธิภาพ การฝึก การลุกนั่ง การพลิกตะแคงตัวและการบริหารร่างกายด้วยท่าบริหารที่เริ่มต้นจากท่าบริหารอย่างง่าย การให้ได้เห็น สภาพโดยทั่วไปของโรงพยาบาล หอผู้ป่วย วันแรกที่มาอยู่โรงพยาบาลจะต้องปฏิบัติอย่างไรบ้าง ตลอดจนการเตรียม ลังของต่างๆที่ต้องนำมาด้วย การเตรียมญาติมาบริจาคโลหิต ยาสำคัญที่ต้องงดก่อนมาผ่าตัด การผ่อนคลาย ความเครียดความวิตกกังวล

วีดิทัศน์ชุดที่ 2 เรื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังผ่าตัดหัวใจ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับสภาพโดยทั่วไป ของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด สภาพหอผู้ป่วยวิกฤติ (ICU) สภาพหอผู้ป่วยภายหลังฟื้นระยะวิกฤติ การประเมินความปวดแผล ผ่าตัด (pain score) และการจัดการกับความปวด (pain management) กระบวนการขั้นตอนของการฟื้นฟูสมรรถภาพ ร่างกายตามความเหมาะสมในแต่ละวันภายหลังผ่าตัด การเพิ่มความหนัก-เบาหรือความแรงของการออกกำลังกาย การเพิ่มระยะเวลาหรือระยะทางในการเดินออกกำลังกายในแต่ละวันอย่างเหมาะสม และการบริหารร่างกายเพื่อการยืดเหยียด กล้ามเนื้อและข้อต่ออย่างเหมาะสม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ อย่างเหมาะสม การเฝ้าระวัง อาการผิดปกติต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ การพูดเสริมแรงจากผู้ป่วยต้นแบบที่เคยได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี

วัตถุประสงค์ชุดที่ 3 เรื่อง การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดหัวใจในระยะพักฟื้นที่บ้าน โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด การรับประทานยา กิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้ในแต่ละสัปดาห์ ข้อห้ามข้อควรระวังต่าง ๆ เช่น การยกของหนัก การรู้จักสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง การเรียนรู้การจับชีพจรด้วยตนเอง เป็นต้น การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ต่อการเกิดโรค การเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสม การบริหารเพื่อการยืดเหยียดกล้ามเนื้อข้อต่อต่าง ๆ และการออกกำลังกาย ด้วยการเดินอย่างต่อเนื่องในแต่ละสัปดาห์เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายให้แข็งแรงสมบูรณ์ การพูดเสริมแรงจากแพทย์ ผ่าตัดหัวใจ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ เป็นต้น

ขั้นตอนการดำเนินการ

กลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามรูปแบบเดิมจากบุคลากรวิชาชีพพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแต่ละหน่วยงาน โดยวิธีการให้คำแนะนำอย่างคร่าว ๆ ในเรื่องของกรนัดหมายวันผ่าตัด การนัดหมายเพื่อติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติ การดูแลแผลภายหลังผ่าตัด เป็นต้น ผู้ช่วยวิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามตามระยะเวลาของการผ่าตัดในกลุ่มควบคุมจนครบสมบูรณ์แล้วจึงดำเนินการต่อในกลุ่มทดลอง ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดระยะเวลาของการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมเช่นเดียวกันกับการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการสอนด้วยรูปแบบวีดิทัศน์ผ่านทางอินเทอร์เน็ต 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1. ระยะก่อนเข้ารับการรักษา ผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างพร้อมญาติพบผู้วิจัยที่คลินิกตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก กลุ่มตัวอย่างจะได้รับคำแนะนำพร้อมคู่มือวิธีการสแกนรหัส QR code ในแผ่นกระดาษขนาด A4 เพื่อนำไปใช้เป็นเครื่องมือผ่านเข้าไปชมวีดิทัศน์ชุดที่ 1 เรื่อง เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดหัวใจ และชุดที่ 2 เรื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังผ่าตัดหัวใจ ผ่านทางอินเทอร์เน็ต โดยกลุ่มตัวอย่างนำไปศึกษาด้วยตนเองที่บ้าน ภายใน 2 สัปดาห์ อีกทั้งให้อุปกรณ์ช่วยฝึกบริหารปอด (incentive spirometer) ให้กลุ่มตัวอย่างนำไปฝึกบริหารปอดที่บ้านเพื่อเตรียมความพร้อมและเพิ่มความแข็งแรงของปอดก่อนที่จะถึงวันนัดหมายเพื่อผ่าตัด หลังครบ 2 สัปดาห์ผู้วิจัยโทรศัพท์เยี่ยมกลุ่มตัวอย่างเพื่อทบทวนความรู้ ถาม-ตอบปัญหาข้อสงสัยและเน้นย้ำประเด็นสำคัญ

ระยะที่ 2. ระยะก่อนกลับบ้านภายหลังผ่าตัด 5 วัน ที่หอผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างจะได้รับคำแนะนำพร้อมคู่มือวิธีการสแกนรหัส QR code ในแผ่นกระดาษขนาด A4 เพื่อนำไปใช้เป็นเครื่องมือผ่านเข้าไปชมวีดิทัศน์ชุดที่ 3 เรื่อง การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดหัวใจในระยะพักฟื้นที่บ้าน ผ่านทางอินเทอร์เน็ต โดยกลุ่มตัวอย่างนำไปศึกษาด้วยตนเองที่บ้านภายใน 2 สัปดาห์ หลังครบ 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์เยี่ยมกลุ่มตัวอย่างเพื่อทบทวนความรู้ ถาม-ตอบปัญหาข้อสงสัยและเน้นย้ำประเด็นสำคัญ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี เอกสารเลขที่ 122/2562 รหัสโครงการ 62117 โดยผู้วิจัยปฏิบัติตามมาตรฐานสากลของจริยธรรมการวิจัยในคน ตั้งแต่กระบวนการเชิญชวนผู้เข้าร่วมวิจัย การชี้แจงรายละเอียดการวิจัย และการขอความยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยผู้ช่วยวิจัยที่ได้รับการฝึกอบรมจากผู้วิจัยในประเด็นของเนื้อหาแต่ละข้อคำถามและวิธีการในการสอบถามกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ พยาบาลปฏิบัติงานที่คลินิกตรวจรักษาผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วย ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก รวม 2 ท่าน



- กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามชุดที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปและแบบสอบถามด้านความรู้ชุดที่ 2 ในวันที่ผู้ป่วยมารับนัดหมายวันผ่าตัด ที่คลินิกตรวจรักษาผู้ป่วยนอกศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามอีกครั้งทางโทรศัพท์หลังจากได้รับชมวีดิทัศน์ชุดที่ 1 และชุดที่ 2 ทางอินเทอร์เน็ตผ่านไปแล้ว 2 สัปดาห์

- กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความรู้ชุดที่ 3 หลังผ่าตัด 5 วัน ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก ก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับไปพักฟื้นที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามอีกครั้งทางโทรศัพท์หลังจากได้รับชมวีดิทัศน์ชุดที่ 3 ทางอินเทอร์เน็ตผ่านไปแล้ว 2 สัปดาห์

- กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามชุดที่ 4 ความสามารถในการดูแลตนเองขณะพักฟื้นที่บ้านหลังผ่าตัด 1 เดือน เมื่อมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ที่คลินิกตรวจรักษาผู้ป่วยนอกศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก **ขั้นตอนการติดตามผลลัพธ์ของโครงการ**

ภายหลังจากที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการรวบรวมแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างในแต่ละรายแล้ว ผู้วิจัยจะดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถามและสุ่มสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างบางราย เพื่อเป็นการทดสอบว่ากลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบสอบถามจริง หลังจากนั้นจึงดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลในลำดับต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมานเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ระหว่างก่อนและหลังการเรียนรู้ด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ต และความสามารถในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด 1 เดือน ระหว่าง 2 กลุ่มตัวอย่าง ด้วยการทดสอบค่าทีอิสระ (independent t-test)

ผลการวิจัย

กลุ่มควบคุม 49 ราย และกลุ่มทดลอง 50 ราย พบว่า มีคุณลักษณะโดยทั่วไปไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 62.20 ปี และ 59.68 ปี เพศชายร้อยละ 69.39 และร้อยละ 76.00 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 69.39 และร้อยละ 70.00 การศึกษาระดับประถม/มัธยม/ปวช./ปวส. ร้อยละ 87.76 และร้อยละ 78.00 อาชีพรับจ้าง/ธุรกิจส่วนตัวร้อยละ 55.10 และร้อยละ 50.00 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลตามคุณลักษณะทั่วไป ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n=49)	กลุ่มทดลอง (n=50)	P-value
อายุ (ปี) (ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน))	62.20 (6.26)	59.68 (7.05)	.075
เพศ			.460
เพศชาย (ร้อยละ)	34 (69.39)	38 (76.00)	
เพศหญิง (ร้อยละ)	15 (30.61)	12 (24.00)	
สถานภาพสมรส			.085
เดี่ยว (ร้อยละ)	15 (30.61)	15 (30.00)	
คู่ (ร้อยละ)	34 (69.39)	35 (70.00)	
ระดับการศึกษา			.638
ไม่ได้เรียน (ร้อยละ)	1 (2.04)	1 (2.00)	

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n=49)	กลุ่มทดลอง (n=50)	P-value
ประถม-มัธยม / ปวช.-ปวส. (ร้อยละ)	43 (87.76)	39 (78.00)	
ปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ)	5 (10.20)	10 (20.00)	
อาชีพ			.696
ไม่มี (ร้อยละ)	10 (20.41)	10 (20.00)	
เกษตรกรรม (ร้อยละ)	10 (20.41)	8 (16.00)	
รับจ้าง / ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ)	27 (55.10)	25 (50.00)	
รับราชการ (ร้อยละ)	1 (2.04)	3 (6.00)	
เกษียณอายุ (ร้อยละ)	1 (2.04)	4 (8.00)	

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในระยะก่อนผ่าตัด พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการเรียนรู้ด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ตในกลุ่มควบคุม 67.58 ± 8.80 ในกลุ่มทดลอง 69.44 ± 8.67 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=1.06, p=.29$) หลังการเรียนรู้ด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ต คะแนนเฉลี่ยความรู้ในกลุ่มควบคุม 66.35 ± 9.06 ในกลุ่มทดลอง 89.50 ± 8.67 คะแนนเฉลี่ยในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=17.45, p<.001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการเรียนรู้ด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ตระยะก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี

คะแนนความรู้ (ก่อนผ่าตัด)	กลุ่มควบคุม (n=49) X+SD	กลุ่มทดลอง (n=50) X+SD	t	P-value
ก่อนการเรียนรู้	67.58 ± 8.80	69.44 ± 8.67	1.06	.29
หลังการเรียนรู้	66.35 ± 9.06	89.50 ± 8.67	17.45	< .001

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในระยะหลังผ่าตัด พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการเรียนรู้ด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ตในกลุ่มควบคุม 67.0 ± 8.70 ในกลุ่มทดลอง 67.68 ± 10.98 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=.34, p=.73$) หลังการเรียนรู้ด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ต คะแนนเฉลี่ยความรู้ในกลุ่มควบคุม 69.66 ± 9.12 ในกลุ่มทดลอง 89.50 ± 3.88 คะแนนเฉลี่ยในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=13.28, p<.001$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการเรียนรู้ด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ตระยะหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี

คะแนนความรู้ (หลังผ่าตัด)	กลุ่มควบคุม (n=49) X+SD	กลุ่มทดลอง (n=50) X+SD	t	P-value
ก่อนการเรียนรู้	67.0 ± 8.70	67.68 ± 10.98	.34	.73
หลังการเรียนรู้	69.66 ± 9.12	89.50 ± 3.88	13.28	<.001



การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด 1 เดือน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยในกลุ่มควบคุม 58.35 ± 14.02 ในกลุ่มทดลอง 77.09 ± 14.54 คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=6.53, p<.001$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด 1 เดือน

คะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง	กลุ่มควบคุม (n=49) X±SD	กลุ่มทดลอง n=50) X±SD	t	P-value
หลังผ่าตัด 1 เดือน	58.35 ± 14.02	77.09 ± 14.54	6.53	< .001

อภิปรายผล

ผลจากการศึกษาด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า มีคุณลักษณะส่วนบุคคลใกล้เคียงกัน ได้แก่ อายุ เพศชาย สถานภาพคู่ การประกอบอาชีพรับจ้าง/ธุรกิจส่วนตัว ผลลัพธ์ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในระยะก่อนผ่าตัด พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ภายหลังการเรียนรู้ด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ตในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการเรียนรู้ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) ในระยะหลังผ่าตัด พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ภายหลังการเรียนรู้ด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ตในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการเรียนรู้ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างหลังผ่าตัด 1 เดือนในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

ผลลัพธ์จากการวิจัยในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองในรูปแบบสื่อวีดิทัศน์ทางอินเทอร์เน็ตได้ส่งผลต่อการเพิ่มพูนความรู้ได้ดีในกลุ่มทดลอง สื่อวีดิทัศน์มีส่วนสำคัญเป็นอย่างมากต่อการสร้างเสริมแรงจูงใจต่อการรับชม ด้วยภาพประกอบเคลื่อนไหวที่สวยงามชัดเจน คำบรรยายที่สั้นกระชับ สื่อความหมายให้ผู้รับชมเข้าใจได้ง่าย การพูดเสริมแรงจากผู้บำบัดแบบและจากบุคลากรทางการแพทย์ สามารถกระตุ้นหรือเป็นแบบอย่างเพื่อจูงใจให้กลุ่มตัวอย่างได้เกิดแนวคิดแนวทางปฏิบัติอย่างถูกต้องเหมาะสม การใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามามีส่วนช่วยในการจัดให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองได้ทางอินเทอร์เน็ต เนื่องจาก ปัจจุบันเทคโนโลยีได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในวงกว้างทั่วโลก แทบจะทุกสาขาอาชีพได้นำเทคโนโลยีที่สามารถติดตามสื่อสารและการจัดการด้านการเรียนการสอนให้ประชาชนส่วนใหญ่ได้สามารถเข้าถึงได้ในโลกออนไลน์ โดยเฉพาะบุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถที่จะจัดหาและนำเทคโนโลยีมาใช้ได้อย่างเหมาะสมกับการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้ป่วยได้ และสามารถเพิ่มความสะดวกสบายให้กับผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี^{7,9} จากรายงานการศึกษาการใช้เทคโนโลยีเพื่อประโยชน์ต่อการเรียนรู้ 4 รูปแบบ คือ สมาร์ทโฟน (smart phone) 53.8%, แท็บเล็ต (tablets) 50.4%, ยูทูป (YouTube) 43.0%, และโมบายล์ แอปพลิเคชัน (mobile apps) 35.8%¹⁰ ดังนั้น การนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยเข้ามามีส่วนช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ทางด้านสุขภาพได้ดีอีกเหตุผลหนึ่งเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างสามารถเปิดรับชมวีดิทัศน์ได้ด้วยตนเองที่บ้านหรือสถานที่ใดก็ได้ที่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ตพร้อมกับอุปกรณ์เสริมทางเทคโนโลยีมาประกอบในการช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกที่จะรับชมในเวลาใดก็ได้ที่มีความสะดวกหรือจะรับชมวีดิทัศน์ได้อีกหลายรอบตามความต้องการ เนื่องจากความรู้ที่ได้เรียนรู้ด้วยตนเองเพียงครั้งเดียวอาจจะไม่สามารถจดจำเนื้อหาข้อมูลได้ทั้งหมด แต่เมื่อได้รับชมหลาย ๆ รอบแล้ว จะสามารถเพิ่มเติมการจดจำเนื้อหาข้อมูลความรู้หรือข้อแนะนำต่าง ๆ ได้มากยิ่งขึ้น ทำให้การเรียนรู้ได้ด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ตนั้น ประสบกับความสำเร็จได้ด้วยดี

ความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างหลังผ่าตัด 1 เดือนในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นได้ว่า หลังจากที่ถูกกลุ่มตัวอย่างได้มีความรู้เป็นอย่างดีแล้ว ส่งผลให้



กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองได้นำความรู้ไปสู่การปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองได้ดีตามมาได้เช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการสอนในรูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเน้นให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี มีความรู้และสามารถดูแลตนเองได้ดี โดยทำการทดลองเปรียบเทียบกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนในรูปแบบการบรรยายพร้อมกับสื่อวีดิทัศน์ประกอบการบรรยาย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองได้สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติในรูปแบบเดิมและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีส่วนในการช่วยลดการกลับมารักษาอยู่ในโรงพยาบาลใหม่ภายหลังผ่าตัดได้^{6,11} เช่นเดียวกับผลการศึกษาวิจัยโดยการให้ข้อมูลความรู้พร้อมกับการสร้างเสริมแรงจูงใจแก่กลุ่มตัวอย่างในผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี พบว่า มีประโยชน์ต่อการเกิดผลของความรู้และการปฏิบัติได้ดีมากขึ้น¹²

จากผลการศึกษาดังกล่าว สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้กับการปฏิบัติงานเดิมทั้งที่หน่วยตรวจรักษาผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก เพื่อลดปัญหาต่างๆ ที่เคยเกิดขึ้นมาแล้ว ได้แก่ ปัญหาเรื่องของบุคลากรวิชาชีพพยาบาลที่ล้าแล้วแต่มีภาระงานค่อนข้างมาก ส่งผลให้มีเวลาน้อยต่อการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยก่อนที่จะเข้ารับการผ่าตัดหรือในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้านภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดไปแล้ว ถ้าหากความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับมาน้อยจึงไม่เพียงพอต่อการนำไปปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเหมาะสมได้ ดังนั้น การให้ผู้ป่วยได้สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ตในรูปแบบสื่อวีดิทัศน์ นอกเหนือจากผู้ป่วยจะมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองได้เป็นอย่างดีแล้ว ยังจะมีส่วนช่วยลดภาระงานและลดระยะเวลาการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยของบุคลากรวิชาชีพพยาบาลในหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัด ส่งผลดีต่อผู้ป่วยในด้านของการมีระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นเพื่อการเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจก่อนที่จะมาเข้ารับการผ่าตัด เนื่องจากกระบวนการสอนการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดในรูปแบบเดิมนั้น มักจะให้คำแนะนำอย่างคร่าวๆ เมื่อผู้ป่วยเข้ามาพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเพื่อรอรับการผ่าตัดภายใน 1-2 วัน ซึ่งผู้ป่วยมีระยะเวลาที่น้อยมากต่อการเตรียมตัวให้พร้อม ทั้งความพร้อมในการได้รับความรู้อย่างครบถ้วน รวมถึงความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การเตรียมความพร้อมของร่างกายและจิตใจตั้งแต่ในช่วงระยะเวลาที่รอการผ่าตัดนั้น มีส่วนสำคัญต่อการฟื้นฟูสุขภาพที่รวดเร็วขึ้นและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้น เช่น การที่ให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้วิธีการบริหารปอดด้วยการหายใจลึกๆ หรือการใช้อุปกรณ์ช่วยบริหารปอด (Incentive spirometer) สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะช่วยเสริมให้เกิดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจและการทำหน้าที่ของปอดได้เป็นอย่างดี¹³⁻¹⁴ อีกทั้งการให้คำแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างได้เตรียมความพร้อมให้เกิดความแข็งแรงด้านร่างกายด้วยการออกกำลังกายตามความเหมาะสมก่อนที่จะเข้ารับการผ่าตัด มีส่วนช่วยให้เกิดการฟื้นตัวที่ดี ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ภายหลังผ่าตัด การศึกษาวิจัยในส่วนของการให้ข้อมูลความรู้เพื่อเป็นการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้านภายหลังผ่าตัดนั้นเป็นสิ่งที่จำเป็นเพราะการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความต้องการการเรียนรู้ข้อมูลความรู้ส่วนใหญ่มักเกี่ยวข้องกับเรื่องของการดูแลแผลผ่าตัดที่หน้าอกและที่ขา ภาวะแทรกซ้อนการรับประทานยา ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการต้องกลับไปดูแลตนเองได้ในขณะพักฟื้นที่บ้าน¹⁵ ส่วนการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจนั้น ซึ่งได้มีคำแนะนำสอดแทรกไว้ในวีดิทัศน์ถึงวิธีการผ่อนคลายความเครียดการลดความวิตกกังวล อีกทั้งการให้ความรู้รวมถึงการให้กลุ่มตัวอย่างได้เห็นสภาพภายหลังผ่าตัดไว้ก่อนล่วงหน้า จะช่วยลดความวิตกกังวลได้เนื่องจากได้เห็นสภาพจริงโดยที่ไม่ต้องหมกมุ่นถึงการคิดไปเองต่างๆ นาๆ เพราะการคิดไปเองประกอบกับการได้รับข้อมูลมาจากแหล่งข้อมูลที่ขาดความน่าเชื่อถือด้วยแล้วนั้น จะยิ่งส่งผลให้เกิดความเครียดความวิตกกังวลมากขึ้นได้ เช่นเดียวกับการศึกษาผลของการฟื้นฟูและด้วยการสอนการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารีอย่างครอบคลุมครบถ้วน มีส่วนช่วยลดความวิตกกังวลได้¹⁶



ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีสื่อวีดิทัศน์ให้ผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี ได้มีการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านทางอินเทอร์เน็ตในระยะก่อนที่จะได้รับการผ่าตัดและก่อนจำหน่ายกลับบ้านภายหลังได้รับการผ่าตัดแล้ว
2. ควรมีระบบติดตามผู้ป่วยว่าได้มีการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านอินเทอร์เน็ตหรือไม่ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถสอบถามข้อสงสัยเพิ่มเติมได้ภายหลังจากที่ได้เรียนรู้ด้วยตนเองผ่านทางอินเทอร์เน็ต
3. ควรมีการจัดบริการสื่อวีดิทัศน์ให้ผู้ป่วยได้มีการเรียนรู้ผ่านทางอินเทอร์เน็ตที่หน่วยงานหรือหอผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัด ในกรณีที่ผู้ป่วย ญาติ หรือบุคคลในครอบครัว ไม่สามารถที่จะไปเรียนรู้ด้วยตนเองที่บ้านได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขที่ได้ให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยในครั้งนี้

References

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDS) [Internet]. Geneva: WHO;2017 [cited 2017 May 17]. Available from: [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
2. Epidemiology Division, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. [Internet]. Nonthabuli: Epidemiology Division, Ministry of Public Health; 2019 [cited 2019]. Coronary Artery Disease (CAD) in 2019. (2019). Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1081120191227084415.pdf>.(in Thai).
3. Department of Cardiovascular-Thoracic Surgery Outpatient, Rajavithi Hospital. The statistical number of cardiac patients who were underwent in cardiac surgery [copied document]. Bangkok, Rajavithi Hospital, 2018.(in Thai).
4. Chintapanyakun T, Ua-Kit N, Chaiyaroj S. Predicting factors of health status among patients after coronary artery bypass graft surgery. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2017;28(1):96-110.(in Thai).
5. Srikasem S. Discharge planning for patients after coronary artery bypass grafting surgery (CABG): application of transition theory. Thai Red Cross Nursing Journal. 2020;13(2):47-61.(in Thai).
6. Mansin A, lerdkittikulyotin S, Lertraikul N, Asdomwised U, Thanakiatpinyo T, Tantiwongkosri K. The effect of education program on knowledge and self-care ability in patients undergoing coronary artery bypass grafting. Journal of Nursing Science, Mahidol University. 2016;34(1):17-26.(in Thai).
7. Ruggeri K, Farrington C, Brayne C. A global model for effective use and evaluation of e-learning in health. Telemed J E Health. 2013 Apr;19(4):312-21. doi:10.1089/tmj.2012.0175.
8. Bandura A. Self efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company.1997.
9. Karen M Scott, Louise Baur, Jenny Barrett. Evidence-Based Principles for Using Technology-Enhanced Learning in the Continuing Professional Development of Health Professionals. Contin Educ Health Prof. Winter 2017;37(1):61-66. doi:10.1097/CEH.000000000000146.
10. Curran V, Fleet L, Simmons K, Lannon H, Gustafson DL, Wang C, et al. Adoption and Use of Mobile Learning in Continuing Professional Development by Health and Human Services Professionals. J Contin Educ Health Prof. Spring 2019;39(2):76-85. doi: 10.1097/CEH.000000000000243.



11. Mohsenipouya H, Majlessi F, Forooshani AR, Ghafari R. The effects of health promotion model-based educational program on self-care behaviors in patients undergoing coronary artery bypass grafting in Iran. *Electron Physician*. 2018 Jan 25;10(1):6255-6264. doi:10.19082/6255.eCollection 2018 Jan.
12. Zarani F, Besharat MA, Sadeghian S, Sarami G. The effectiveness of the information- motivation-behavioral skills model in promoting adherence in CABG patients. *J Health Psychol*. 2010;15(6):828-37.
13. Savci S, Degirmenci B, Saglam M, Arıkan H, Inal-Ince D, Turan HN, et al. Short-term effects of inspiratory muscle training in coronary artery bypass graft surgery: a randomized controlled trial. *Scand Cardiovasc J*. 2011;45(5):286-93.
14. Chen J-O, Liu J-F, Liu Y-Q, Chen Y-M, Tu M-L, Yu H-R, et al. Effectiveness of a perioperative pulmonary rehabilitation program following coronary artery bypass graft surgery in patients with and without COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2018 May 16;13:1591-7. doi: 10.2147/COPD.S157967. eCollection 2018.
15. Almaskari AA, Noumani HA, Al-Omari K, Al-Maskari MA. Patients' and nurses' perceptions of post-coronary artery bypass graft learning needs in two Omani hospitals. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2019 May;19(2):e122-8. doi: 10.18295/squmj.2019.19.02.007.
16. Ma L, Deng L, Yu H. The effects of a comprehensive rehabilitation and intensive education program on anxiety, depression, quality of life, and major adverse cardiac and cerebrovascular events in unprotected left main coronary artery disease patients who underwent coronary artery bypass grafting. *Ir J Med Sci*. 2020; 189(2):477-88. doi: 10.1007/s11845-019-02129-x.



ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการจมน้ำของเด็กวัยเรียน อำเภอเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

Effects of Drowning Prevention Self Care Program on Knowledge and Practice for Drowning Preventive Behavior of Primary School Student, Amphor Kiensa, Surat Thani

เปรมฤดี เฮนะเกษตร¹ รุ่งนภา จันทรา²

Pramrudee Hanakachet¹ Rungnapa Chantra²

¹โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี สถาบันพระบรมราชชนก

¹Khiensa Hospital, Suratthani

²Boromarajonani College of Nursing, Suratthani, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Rungnapa Chantra; Email: rungnapac64@gmail.com

Received: August 12, 2021 Revised: November 21, 2021 Accepted: January 20, 2022

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียวทดสอบก่อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการจมน้ำของเด็กวัยเรียนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการจมน้ำ และศึกษาระดับความพึงพอใจของเด็กวัยเรียนที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการจมน้ำ กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กวัยเรียนในอำเภอเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 357 คน เครื่องมือการวิจัยคือ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการจมน้ำที่ผ่านการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามการประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการจมน้ำ หาค่าความเที่ยงตรงของแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้การป้องกันการจมน้ำด้วยวิธีการของคูเดอร์ริชาร์ดสัน-21 ได้ .78 และแบบประเมินพฤติกรรมตนเองการป้องกันการจมน้ำหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ .89 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการทดสอบค่าที่แบบสัมพันธกัน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการจมน้ำของเด็กวัยเรียนหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการจมน้ำสูงกว่าก่อน ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเด็กวัยเรียนที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการจมน้ำมีความพึงพอใจภาพรวมระดับมาก (Mean=4.62; SD=.63) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ผู้สอนได้ทำตัวอย่างให้ดูก่อนที่จะให้นักเรียนฝึกทำจริง ๆ มีความพึงพอใจสูงสุด (Mean=4.70; SD=.46) ผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอว่า โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการจมน้ำสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมการดูแลตนเองและป้องกันการจมน้ำเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตในเด็กวัยเรียนได้

คำสำคัญ: การป้องกันอุบัติเหตุ; การป้องกันการจมน้ำ; เด็กวัยเรียน



Effects of Drowning Prevention Self Care Program on Knowledge and Practice for Drowning Preventive Behavior of Primary School Student, Amphor Kiensa, Surat Than

Pramrudee Hanakachet¹ Rungnapa Chantra²

¹Khiensa Hospital, Suratthani

²Boromarajonani College of Nursing, Suratthani, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Rungnapa Chantra; Email: rungnapac64@gmail.com

Received: August 12, 2021 Revised: November 21, 2021 Accepted: January 20, 2022

Abstract

This quasi-experimental study used a one group pretest-posttest design, which aimed to compare knowledge and drowning prevention behaviors among school-aged children before and after participation in the drowning self-care program and to examine the level of satisfaction of school-aged children who received the drowning self-care program. The sample included 357 school age children in Khian Sa district, Surat Thani province. The instrument consisted of the drowning self-care promotion program and was tested for content validity by three experts. Data were collected using a questionnaire for self-assessment of drowning prevention knowledge and behavior. The reliability of the drowning prevention knowledge test was .78, and the Cronbach's alpha coefficient of alpha of the drowning prevention behavior self-assessment was .89. Descriptive statistics and paired sample t-tests were used for data analysis. The result revealed that knowledge scores and drowning prevention behavior scores of school-aged children after participating in the drowning self-care program was significantly higher than before receiving the program at the .01 level. The children who had participated in the drowning self-care program were satisfied to a high level (Mean=4.62; SD=.63). At the item level, it was found that the item of "instructor gave an example before practiced" was rated highest (Mean=4.70; SD=.46). This result suggests that the program could be applied to promote self-care and prevent drowning behavior in school-aged to reduce mortality rates

Keywords: accident prevention; drowning prevention; school student



ความเป็นมาและความสำคัญ

องค์การอนามัยโลก¹ รายงานเด็กวัยเรียนจมน้ำ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสาม ซึ่งนำไปสู่การสูญเสียที่ไม่ได้ตั้งใจและมีแนวโน้มมากขึ้นละ 135,585 คน ในประเทศไทยเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีเสียชีวิตโดยพบว่าเด็กจะจมน้ำเสียชีวิตเนื่องจากเด็กไม่รู้วิธีการเอาชีวิตรอดในน้ำและวิธีการช่วยเหลือที่ถูกต้อง ซึ่งจะเสียชีวิตเฉลี่ย 372 คนต่อวัน ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 6.2 ต่อประชากรแสนคน เป็นเด็กที่เสียชีวิตจากการจมน้ำเฉลี่ย 90 คนต่อวัน² ซึ่งร้อยละ 50-80 ของเด็กที่เสียชีวิตจากการจมน้ำพบว่า วายน้ำไม่เป็น³ สำหรับประเทศไทย เขตสุขภาพที่ 11 มีรายงานว่าจำนวนและอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรเด็กแสนคนจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีจำแนกรายเขตและรายจังหวัด ปี พ.ศ.2560⁴ พบว่าจังหวัดสุราษฎร์ธานีมีจำนวนและอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรเด็กแสนคนจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีเท่ากับ 5.2 เป็นอันดับสองรองจากจังหวัดนครศรีธรรมราชเท่ากับ 5.6⁵ สำหรับเดือนที่มีเด็กตายจากอุบัติเหตุสูงสุดคือเมษายนตรงกับช่วงปิดเทอมใหญ่ เฉลี่ย 350 ราย ทั้งนี้ข้อมูลในปี 2560 พบว่าการจมน้ำเป็นสาเหตุการตายในเด็กอายุ 1-14 ปี จำนวนถึง 700 ราย จุดเสี่ยง คือแหล่งน้ำและแกวชุมชนใกล้บ้าน เช่น บ่อขุด สระน้ำ คลอง และแม่น้ำในชุมชน สาเหตุเกิดการไปเล่นตามแหล่งน้ำสาธารณะ ได้แก่ อ่างเก็บน้ำ คลองชลประทาน ซึ่งเด็กที่เสียชีวิตส่วนใหญ่ว่ายน้ำเป็น มีความคุ้นเคยกับแหล่งน้ำแต่ไม่ทราบสภาพแวดล้อมใต้น้ำที่เปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ ความแรงของกระแสน้ำ หรือพลัดตกบ่อจากการไปยืนใกล้หรือเด็กถูกปล่อยอยู่ตามลำพัง ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการจมน้ำในเด็กวัยเรียน พบว่าส่วนหนึ่งมาจากปัจจัยด้านสังคม พบว่าการดูแลเด็ก เช่น ผู้ดูแลที่ไม่ใช่ผู้ดูแลหลัก (ฝากผู้อื่นช่วยดูแลในเวลากลางวัน) ผู้สูงอายุ เช่น ปู่ย่าตายาย หรืออายุน้อยกว่า 20 ปี ผู้ดูแลขาดการรับรู้เรื่องความเสี่ยง ผู้ดูแลต้องดูแลเด็กหลายคนในเวลาเดียวกัน เป็นต้น

จากข้อมูลการเฝ้าระวังพบว่า เด็กจะจมน้ำเสียชีวิตพร้อมกันครั้งละหลาย ๆ คน เนื่องจากเด็กไม่รู้วิธีการเอาตัวรอดในน้ำและวิธีการช่วยเหลือที่ถูกต้องมักจะกระโดดไปช่วยคนที่ตกน้ำ และจากการศึกษาของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคพบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ว่ายน้ำเป็นร้อยละ 23.7 และว่ายน้ำพอเอาตัวรอดได้เพียงร้อยละ 4.4 ทั้งนี้เด็กที่เรียนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดจะมีความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำ ทักษะการเอาชีวิตรอด และทักษะการช่วยผู้ประสบภัยมากกว่าคนที่ไม่ได้เรียนถึง 7.4 เท่า, 20.7 เท่า และ 2.7 เท่า ตามลำดับ⁶ การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการจมน้ำในเด็กวัยเรียน⁷ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง การสนับสนุนทางสังคม และสภาพแวดล้อมทางกายภาพ กับพฤติกรรมป้องกันการจมน้ำในเด็กวัยเรียน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าเด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมป้องกันการจมน้ำโดยรวมอยู่ในระดับสูง ความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง การสนับสนุนทางสังคม และสภาพแวดล้อมทางกายภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการจมน้ำในเด็กวัยเรียน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ซึ่งมาตรการการป้องกันการจมน้ำตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกประกอบด้วย (1)การจัดให้มีสถานที่ปลอดภัยสำหรับเด็กเล็กก่อนวัยเรียนซึ่งต้องอยู่ห่างจากแหล่งน้ำ (2)การติดตั้งเครื่องกีดขวางหรือรั้ว หรือคอกกั้นเด็กเพื่อป้องกันการเข้าถึงแหล่งน้ำ (3) สอนเด็กวันเรียน(อายุมากกว่า 6 ปีขึ้นไป) ใ้ว่ายน้ำเป็นและมีทักษะความปลอดภัยทางน้ำ (4)สร้างความสามารถในการป้องกันการฟื้นฟูภาวะปกติ และบริหารจัดการความเสี่ยงจากอุทกภัยและภัยพิบัติอื่น ๆ ในระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ (5)ฝึกให้ผู้เห็นเหตุการณ์รู้จักวิธีการช่วยเหลือและกู้ชีพที่ปลอดภัย รวมทั้ง (6) กำหนดกฎระเบียบวิธีการเกี่ยวกับความปลอดภัยทางเรือและความปลอดภัยทางน้ำ ดังนั้นการสอนให้เด็กการมีทักษะการเอาชีวิตรอดและช่วยเหลือคนตกน้ำหรือจมน้ำที่ถูกต้องสามารถช่วยให้เด็กปลอดภัยจากการจมน้ำ การสอนให้เรียนรู้กฎแห่งความปลอดภัยทางน้ำ ได้แก่ การไม่เล่นใกล้แหล่งน้ำ ไม่เล่นคนเดียว ไม่เล่นน้ำตอนกลางคืน รู้จักแหล่งน้ำเสี่ยง การรู้จักใช้ชูชีพหรืออุปกรณ์ลอยน้ำได้เมื่อต้องโดยสารเรือ การเอาชีวิตรอดในน้ำ ได้แก่การลอยตัวอยู่ในน้ำให้นานที่สุดเพื่อรอการช่วยเหลือ เรียนรู้วิธีการช่วยเหลือที่ถูกต้อง คือ “ตะโกน โยน ยื่น” นอกเหนือจากการดูแลเด็กโดยไม่ปล่อย



ให้เด็กไปเล่นน้ำกันเองตามลำพัง ต้องมีผู้ใหญ่ไปด้วย การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่เด็ก เช่น สร้างรั้ว หาฝาปิด/ฝักกลบหลุมบ่อที่ไม่ได้ใช้ ติดป้ายคำเตือน จัดให้มีอุปกรณ์ช่วยคนตกน้ำที่ทำได้ง่าย และการมีมาตรการทางด้านกฎหมาย/กฎระเบียบ/ข้อบังคับ เช่น กำหนดให้มีบริเวณเล่นน้ำ/ตม่าน้ำที่ปลอดภัย และแยกออกจากบริเวณสัญจรทางน้ำ กำหนดให้มีเจ้าหน้าที่ดูแลแหล่งน้ำ

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการเอาชีวิตรอดและการช่วยเหลือผู้ที่จมน้ำ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบจำลอง KAP⁹ ซึ่งแบบจำลองนี้จะช่วยกำหนดแนวทางและมาตรการในการกระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการให้ความรู้โดยตรง เพื่อที่จะก่อให้เกิดทัศนคติและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมที่ต้องการและมีการกระตุ้นทางตรงต่อพฤติกรรม เพื่อให้เกิดทักษะตามที่ต้องการนั้น คือ ทักษะการป้องกันตนเองจากการจมน้ำ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันพฤติกรรมป้องกันการจมน้ำของเด็กวัยเรียน และเป็นแนวทางให้ชุมชนอื่นๆ ป้องกันการจมน้ำของเด็กวัยเรียนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมป้องกันการจมน้ำของเด็กวัยเรียนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการจมน้ำ
2. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของเด็กวัยเรียนที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการจมน้ำ

สมมติฐานการวิจัย

1. เด็กวัยเรียนที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการจมน้ำมีคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมป้องกันการจมน้ำสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการจมน้ำ
2. ความพึงพอใจของเด็กวัยเรียนที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการจมน้ำอยู่ในระดับมาก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อความรู้และพฤติกรรมป้องกันการจมน้ำของเด็กวัยเรียน เป็นการให้ความรู้ เพื่อส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนได้ฝึกทักษะการป้องกันการจมน้ำของเด็กวัยเรียนเพื่อให้เด็กวัยเรียนมีความรู้และพฤติกรรมที่พึงประสงค์เป็นการประยุกต์ใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติให้สู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์⁹ ซึ่งจะกล่าวถึงความสัมพันธ์ของความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม โดยที่ผู้วิจัยได้ส่งเสริมความรู้ (knowledge) และการฝึกทักษะปฏิบัติ (practice) เพื่อให้ความรู้จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเชื่อว่า การที่บุคคลมีความรู้ จะทำให้มีพฤติกรรมที่ดี ซึ่งความรู้และพฤติกรรมมีผลต่อเนื้องกัน ดังนั้นในงานวิจัยนี้จึงได้ให้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการจมน้ำด้วยการให้ความรู้ด้วยวิธีการบรรยาย การฝึกทักษะปฏิบัติด้วยการใช้สถานการณ์จำลองการป้องกันการจมน้ำและการช่วยเหลือเบื้องต้น การแสดงบทบาทสมมุติ และฝึกทักษะการป้องกันการจมน้ำ เพื่อส่งเสริมต่อความรู้และพฤติกรรมป้องกันการจมน้ำของเด็กวัยเรียน ดังแผนภาพ



โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการจมน้ำ

ประกอบด้วย

- การให้ความรู้การป้องกันการจมน้ำและการช่วยเหลือด้วยวิธีการบรรยาย
- การใช้สถานการณ์จำลองการป้องกันการจมน้ำและการช่วยเหลือเบื้องต้น
- การแสดงบทบาทสมมุติการป้องกันการจมน้ำ
- ฝึกทักษะการป้องกันการจมน้ำ

- ความรู้การป้องกันการจมน้ำของเด็กวัยเรียน
- พฤติกรรมการป้องกันการจมน้ำของเด็กวัยเรียน
- ความพึงพอใจการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการจมน้ำ

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบชนิดกลุ่มเดียวทดสอบก่อนหลัง (one group pretest posttest designs) ระยะเวลาศึกษาวิจัย ระหว่าง วันที่ 1 สิงหาคม - 31 ธันวาคม 2562

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เด็กวัยเรียน ใน อ.เคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 5,135 คน กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กวัยเรียน ใน อ.เคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประมาณขนาดตัวอย่างของ Krijicice & Morgan¹⁰ ได้จำนวน 357 คน สุ่มตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ

1. เป็นเด็กที่มีอายุ 6-12 ขวบ และเข้าเรียนระดับประถมศึกษา
2. เขียนและอ่านภาษาไทยได้
3. สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดระยะเวลา
4. ผู้ปกครองให้ความยินยอม

จากนั้นมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน (proportion random sampling) ดังแสดงในตารางที่ 1 ตารางที่ 1 จำนวนเด็กวัยเรียน 6-12 ปี อ.เคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ตำบล	จำนวนเด็กจำแนกรายตำบล			จำนวนตัวอย่าง (คน)
	ชาย	หญิง	รวม (คน)	
พ่วงพรมคร	652	629	1,281	89
เคียนซา	470	408	878	61
เขาตอก	182	189	371	26
อรัญ	287	268	555	39
บ้านเสด็จ	1,072	978	2,050	142
รวม	2,663	2,472	5,135	357

จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 5,135 คน ผู้วิจัยได้เลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และเลือกให้ได้ตามสัดส่วนในแต่ละตำบล ในขณะเดียวกันเพื่อป้องกันการลำเอียงจากการวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ทั้งกลุ่มประชากร จากการคำนวณขนาดตัวอย่างได้ 357 คน ผู้วิจัยได้แบบสอบถามคืนกลับจำนวน 297 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 83.19



เครื่องมือการวิจัย

แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการจมน้ำ ประกอบด้วย กิจกรรมการบรรยายให้ความรู้ ชมวิดีโอทัศน์ และการฝึกปฏิบัติในสระว่ายน้ำ มีรายละเอียด ดังนี้

ครั้งที่ 1 การทดสอบความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำ โดยใช้แบบทดสอบและแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการจมน้ำ

ครั้งที่ 2 การบรรยายเนื้อหาความรู้ในห้องเรียน วิธีการป้องกันการจมน้ำและการช่วยเหลือ เป็นเวลา 1 ชั่วโมง

ครั้งที่ 3 รับชมวิดีโอทัศน์สถานการณ์จำลองการป้องกันการจมน้ำและการช่วยเหลือเบื้องต้น เป็นเวลา 1 ชั่วโมง และการแสดงบทบาทสมมติการป้องกันการจมน้ำ เป็นเวลา 1 ชั่วโมง โดยมีอุปกรณ์ ประกอบด้วย แกลลอนน้ำ ขวดน้ำ รองเท้าแตะแบบหูหนีบ เชือก เชือกผูกแกลลอนน้ำ ถุงผ้า หางยาง เสื้อชูชีพ ลูกมะพร้าว

ครั้งที่ 4 การฝึกในสระว่ายน้ำขนาด 5X12 เมตร เป็นเวลา 2 ชั่วโมง โดยฝึกทักษะการป้องกันการจมน้ำ ซึ่งจะมีครูฝึก 1 คน ต่อจำนวนนักเรียน 5 คน โดยมีอุปกรณ์ ประกอบด้วย แกลลอนน้ำ ขวดน้ำ รองเท้าแตะแบบหูหนีบ เชือก เชือกผูกแกลลอนน้ำ ถุงผ้า หางยาง เสื้อชูชีพ ลูกมะพร้าว

ครั้งที่ 5 การทดสอบหลังกิจกรรมเป็นเวลา 1 ชั่วโมง โดยการทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำ โดยใช้แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำ แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการจมน้ำ และแบบประเมินความพึงพอใจของกิจกรรมการส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการจมน้ำ

หากคุณภาพของโปรแกรมโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประเมินความเหมาะสมและการนำไปใช้ พบว่าอยู่ในระดับดีมาก

2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม (questionnaire) แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

2.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อคำถามประเภทเลือกตอบ คือ เพศ ชั้นปี โรคประจำตัว การได้รับการฝึกว่ายน้ำ

2.2 แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้การป้องกันการจมน้ำของเด็กวัยเรียน โดยให้เลือก 3 คำตอบ คือ ถูก ผิด และไม่แน่ใจ ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย ความหมาย ความสำคัญ และความรู้เกี่ยวกับการการป้องกันการจมน้ำ โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียง 1 คำตอบมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ถ้าตอบถูก ให้ 1 คะแนน ส่วนตอบผิดหรือไม่ทราบให้ 0 คะแนน ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการแบ่งระดับความรู้ ดังนี้

ถ้าคะแนนมากกว่า ร้อยละ 80 อยู่ในระดับดี

ถ้าคะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 60-79 อยู่ในระดับปานกลาง

ถ้าคะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60 อยู่ในระดับน้อย

2.3 แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการจมน้ำ เป็น แบบมาตราส่วนประมาณค่า ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ มีตัวเลือกให้เลือก 3 ตัวเลือก คือ ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อย และไม่เคยปฏิบัติเลย โดยมีการให้คะแนนของระดับพฤติกรรม ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 2 คะแนน

ปฏิบัติบ่อย ให้ 1 คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติเลย ให้ 0 คะแนน

เกณฑ์การประเมินแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้ช่วงของแต่ละคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 0.00-1.00 หมายถึง พฤติกรรมป้องกันการจมน้ำอยู่ใน ระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 1.01-2.00 หมายถึง พฤติกรรมป้องกันการจมน้ำอยู่ใน ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 หมายถึง พฤติกรรมป้องกันการจมน้ำอยู่ใน ระดับสูง



การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้การป้องกันการจมน้ำ และแบบประเมินพฤติกรรมตนเองการป้องกันการจมน้ำ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนนความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (item objective congruence: IOC) พบว่า ทุกข้อมีดัชนีความสอดคล้องมากกว่า .67 และมีการปรับปรุงข้อคำถามในบางประเด็นเพื่อให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

2. การหาความเที่ยงของแบบสอบถาม (reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้การป้องกันการจมน้ำ และแบบประเมินพฤติกรรมตนเองการป้องกันการจมน้ำ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับเด็กวัยเรียน จำนวน 30 คนจากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปหาค่าความเที่ยง โดยแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้การป้องกันการจมน้ำด้วยวิธีการของ คูเดอริชาร์ดสัน-21 ได้ .78 และแบบประเมินพฤติกรรมตนเองการป้องกันการจมน้ำหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ .89

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่ STPHO2019-011 ลงวันที่ 7 ตุลาคม 2562 ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในประชากรเด็กวัย 6-12 ปี และผู้ปกครองเด็ก โดยมีเอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้รับการวิจัยที่เหมาะสมกับเด็กวัย 6-12 ปี เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยสำหรับอาสาสมัครอายุ 6-12 ปี และเอกสารแสดงความยินยอมในโครงการวิจัยสำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินโปรแกรมและเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งการปฏิเสธการเข้าร่วมโปรแกรมจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลจะถือเป็นความลับ นำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้และจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

วิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้การป้องกันการจมน้ำและแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการจมน้ำ

2. กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการจมน้ำ จำนวน 5 ครั้ง ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 การทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำ โดยใช้แบบทดสอบและแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการจมน้ำ

ครั้งที่ 2 การบรรยายเนื้อหาความรู้ในห้องเรียน วิธีการป้องกันการจมน้ำและการช่วยเหลือ เป็นเวลา 1 ชั่วโมง

ครั้งที่ 3 รับชมวิดีโอทัศนการณ์ใช้สถานการณ์จำลองการป้องกันการจมน้ำและการช่วยเหลือเบื้องต้น เป็นเวลา 1 ชั่วโมง และการแสดงบทบาทสมมุติการป้องกันการจมน้ำ เป็นเวลา 1 ชั่วโมง

ครั้งที่ 4 การฝึกในสระว่ายน้ำขนาด 5X12 เมตร เป็นเวลา 2 ชั่วโมง โดยฝึกทักษะการป้องกันการจมน้ำซึ่งจะมีครูฝึก 1 คน ต่อจำนวนเด็ก 5 คน

ครั้งที่ 5 การทดสอบหลังกิจกรรมเป็นเวลา 1 ชั่วโมง โดยการทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำ โดยใช้แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำ แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการจมน้ำ และแบบประเมินความพึงพอใจของกิจกรรมการส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการจมน้ำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) สถิติการทดสอบค่าที่แบบสัมพันธ์กัน (dependent sample t-test)



ผลการวิจัย

1. ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการจมน้ำของเด็กวัยเรียนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการจมน้ำ พบว่า คะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการจมน้ำของเด็กวัยเรียนหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการจมน้ำสูงกว่าก่อน ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการจมน้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 2-3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำของเด็กวัยเรียนก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ข้อมูล	โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ด้านการจมน้ำ		t-test	p-value
	Mean	SD		
ก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการจมน้ำ	13.60	5.77	6.15	.00*
หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการจมน้ำ	15.45	6.78		

**p<.01

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการจมน้ำของเด็กวัยเรียนก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ข้อมูล	โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ด้านการจมน้ำ		t-test	p-value
	Mean	SD		
ก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการจมน้ำ	49.90	7.59	18.05	.00**
หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการจมน้ำ	55.45	10.53		

**p<.01

2. ความพึงพอใจของเด็กวัยเรียนที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการจมน้ำ จากการใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจของเด็กวัยเรียนที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการจมน้ำ พบว่า เด็กวัยเรียนที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการจมน้ำมีความพึงพอใจภาพรวมระดับมาก (Mean=4.62; SD=.63) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ผู้สอนได้ทำตัวอย่างให้ดู ก่อนที่จะให้นักเรียนฝึกทำจริง ๆ มีความพึงพอใจสูงสุด (Mean=4.70; SD=.46) ดังตาราง 4



ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจของเด็กวัยเรียนที่ได้รับโปรแกรม

รายการความพึงพอใจ	Mean	SD.	แปลผล
1. นักเรียนได้รับการอธิบายการเตรียมตัวก่อนการสอนเรื่องการดูแลตนเองด้านการจมน้ำ	4.66	2.89	ระดับมาก
2. นักเรียนได้รับการอธิบายเกี่ยวกับขั้นตอนการสอนเรื่องการดูแลตนเองด้านการจมน้ำ	4.56	.52	ระดับมาก
3. ผู้สอนให้คำอธิบายใช้น้ำเสียงที่เหมาะสม ไม่ดัง และไม่เบาจนเกินไป	4.60	.68	ระดับมาก
4. ผู้สอนได้ทำตัวอย่างให้ดู ก่อนที่จะให้นักเรียนฝึกทำจริง ๆ	4.70	.46	ระดับมาก
5. ระยะเวลาในการสอนเรื่องการดูแลตนเองด้านการจมน้ำมีความเหมาะสม	4.59	.55	ระดับมาก
ภาพรวม	4.62	.63	ระดับมาก

อภิปรายผล

1. ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการจมน้ำของเด็กวัยเรียนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการจมน้ำ พบว่า คะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการจมน้ำของเด็กวัยเรียนหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการจมน้ำสูงกว่าก่อน ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการจมน้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อาจเนื่องจาก โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการจมน้ำช่วยให้เด็กก่อนวัยเรียนมีเข้าใจในการป้องกันการจมน้ำได้ดีขึ้น ซึ่งมาจากการโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมที่หลากหลายที่ครอบคลุมด้านความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม ได้แก่ การบรรยายเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านการจมน้ำ การรับชมวีดิทัศน์ การแสดงบทบาทสมมติ การการสาธิตและการฝึกในสระว่ายน้ำ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้เป็นไปตามแนวคิดที่อธิบายว่า ความรู้และพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กันหลายแบบทั้งทางตรงและทางอ้อม เชื่อว่า การที่บุคคลมีความรู้จะทำให้มีพฤติกรรมที่ดี ซึ่งความรู้และพฤติกรรมมีผลต่อเนื้องกัน นอกจากนี้ในเด็กวัยเรียนเป็นช่วงวัยที่เริ่มเรียนสิ่งต่าง ๆ รอบตัวได้ดีขึ้น เด็กจะเริ่มเห็นความสามารถของตนเองในการควบคุมสิ่งต่าง ๆ และสามารถวิเคราะห์ เปรียบเทียบเรื่องราวต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ดังนั้นการให้ความรู้ที่เน้นการป้องกันความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการจมน้ำ จะทำให้เด็กเข้าใจสถานการณ์รอบตัวได้ดีขึ้น ซึ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำนี้จะสอดคล้องกับความต้องการของเด็กวัยเรียนที่ต้องการให้ฝึกการว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด¹¹ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ภาวะเสี่ยงในการป้องกันการจมน้ำจะช่วยลดการเกิดการจมน้ำในเด็กและพฤติกรรมการป้องกันการจมน้ำเป็นสิ่งสำคัญสำหรับเด็กวัยเรียนที่จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำได้⁷ และการศึกษาที่พบว่า คะแนนความรู้และทัศนคติในการป้องกันการจมน้ำของเด็กวัยเรียนในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนการป้องกันการจมน้ำแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับการสอน¹² และสอดคล้องกับการศึกษาที่ศึกษาผลการจัดการเรียนรู้วิชาว่ายน้ำสำหรับการเอาชีวิตรอดสำหรับการป้องกันตนเองจากการจมน้ำของเด็กประถมศึกษาที่พบว่า การให้ความรู้และการฝึกทักษะในรายวิชาว่ายน้ำจะทำให้เด็กประถมศึกษาที่มีทักษะการเอาชีวิตรอดและทักษะการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05¹¹ ดังนั้นการให้ความรู้ การให้ได้รับประสบการณ์จริง จะทำให้เด็กวัยเรียนเกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ได้¹³

2. ผลการศึกษาระดับความพึงพอใจของเด็กวัยเรียนที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการจมน้ำ พบว่าเด็กวัยเรียนที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการจมน้ำมีความพึงพอใจภาพรวมระดับมาก อาจเนื่องจากเด็กวัยเรียนมีความพึงพอใจในโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการจมน้ำที่มีกิจกรรมที่หลากหลายทำให้เด็กวัยเรียนเข้าใจภาวะเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการจมน้ำ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการจมน้ำจากการให้ความรู้ผ่าน



การบรรยายร่วมกับการชมวิดีโอทัศนศึกษา กิจกรรมเหล่านี้ช่วยให้เด็กวัยเรียนมีความเข้าใจในการป้องกันเองจากการจมน้ำได้ และการที่เด็กพอใจในวิธีการสอนของผู้สอนที่มีการสาธิตให้เด็กเห็นภาพ และการใช้น้ำเสียงของผู้สอนที่ส่งเสริมบรรยากาศการเรียนรู้ ซึ่งผู้สอนที่มีประสบการณ์มีความเชี่ยวชาญ สามารถจัดลำดับขั้นตอนการสอน และจัดกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนเป็นกัลยาณมิตรเป็นปัจจัยหนึ่งส่งผลต่อการเรียนรู้ของผู้เรียน และถ้าผู้เรียนเกิดความพึงพอใจในการเรียน จะทำให้ผู้เรียนเรียนอย่างมีความสุขและเกิดประสิทธิภาพในการเรียน¹⁴ เช่นเดียว และการที่ผู้สอนเปิดโอกาสในการถาม ให้ความเป็นกันเอง ให้มีอิสระ มีความสบายในการทำกิจกรรม บรรยากาศน่าเรียน น่าสอนจะส่งเสริมการเรียนรู้¹⁵ จึงทำให้เด็กวัยเรียนมีความพึงพอใจในโปรแกรมดังกล่าว

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการติดตามประเมินผลระยะยาวจากการดำเนินงานจากโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการจมน้ำ
2. ควรให้ผู้ปกครอง เข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการจมน้ำเพื่อให้ผู้ปกครองเห็นความสำคัญของการดูแลบุตรหลานเพื่อป้องกันการจมน้ำดังกล่าว

References

1. World Health Organization. Global report on drowning: preventing a leading killer. World Health Organization. 2014.
2. Division of Non Communication Disease. Guideline for prevention drowning in community. The National of Buddhism Printing, Bangkok, 2014. (in Thai).
3. World Health Organization [Internet]. Drowning. 2019; cited 2019 June 15]. Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/drowning>
4. Division of Non Communication Disease. Situation analysis of child drowning surveillances in Thailand. The War Veterans Affairs Office Printing, Bangkok, 2010. (in Thai).
5. Division of Non Communication Disease. Ministry of Public Health. Statistical Thailand. [Internet]. 2019. [cited 2019 June 15]. Available <http://www.thaincd.com/2016/mission3>. (in Thai).
6. Kerdmongkolkarn, S., and other. The Evaluation of Prevention Drowning “Drowning Vaccine” Division of Non Communication Disease. 2014.
7. Chaithat B, Ua-Kit N. Factors related to drowning preventive behaviors among school-age children, Northeastern Region. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2015; 27(2): 72-84. (in Thai).
8. Department Disease Control. Injuries surveillance system 2016. Bangkok. Department Disease Control. Ministry of Public Health. 2018. (In Thai).
9. Wongchaum P. The Relationship among knowledge and attitude and alcohol drinking behaviour of students in regular study programs at Burapha University. Research report. Chonburi: Burapha University; 2014. (in Thai).
10. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement. 1970; 3: 607-10.
11. Jongsukklai K. The Perception of news on child drowning problem in Thailand. Journal of Public Administration and Politics. 2019; 8(2): 48-68. (in Thai).



12. Lubpairee. K, Effect of survival swimming management for self drowning prevention of elementary school student. [Master Thesis]. Bangkok: Chulalongorn University.2014.(in Thai).
13. Muksing W, Tohyusoh N, Punriddum J. Factors related to health care behavior among school children in Nakhon Si Thammarat Municipality. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health.2019;3(2):63–76.(in Thai).
14. Rongmuang, D. Learning atmosphere, satisfaction with learning management in 21st century and academic achievement among bachelor in nursing science Students. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health.2019;6(1):167–77.(in Thai).
15. Fubin W. Development of a classroom learning environment scale for primary education. [Master Thesis]. Bangkok: Chulalongorn University.2014.(in Thai).



ประสบการณ์การจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ:
การศึกษาติดตามผลจากเรื่องเล่าของแกนนำกลุ่มสูงอายุ
Experiences with Knowledge Management for Health Promotion:
The Follow-up Study via Story Telling Among the Elder Leaders

ประนอม โอทกานนท์¹ พวงพกา คงวัฒนานนท์¹

Pranom Othaganont¹ Puangpaga Klongwatananont¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

¹Faculty of Nursing, Thammasat University, Rangsit Center

Corresponding author: Pranom Othaganont; Email: otpranom@gmail.com

Received: June 15, 2021 Revised: June 29, 2021 Accepted: January 25, 2022

บทคัดย่อ

การจัดการความรู้ คือการทำให้ความรู้ที่มีอยู่อย่าง ออกดอกออกผล นำมาใช้เป็นประโยชน์กับองค์กร ผู้สูงอายุ คือ บุคคลผู้มากด้วยข้อมูล ประสบการณ์ชีวิต และเป็นผู้ที่มีภาระสะสมความรู้ทั้งความรู้ชัดแจ้งและความรู้ฝังลึก งานวิจัยเชิงคุณภาพ (descriptive qualitative research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการความรู้ของแกนนำกลุ่มสูงอายุ เรื่อง ความหมายคำว่า “ความรู้” กระบวนการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยขัดขวางการจัดการความรู้ ผู้ให้ข้อมูลหลักคือแกนนำกลุ่มสูงอายุ ชุมชนเทศบาลเมืองคลองหลวง จ.ปทุมธานี ที่ผ่านการอบรมจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เรื่องการจัดการความรู้ จำนวน 27 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสนทนากลุ่ม (focus group) และ สัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธี content analysis ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้ 1) แกนนำกลุ่มสูงอายุให้ความหมายคำว่า “ความรู้” คือ สิ่งที่สามารถปฏิบัติได้ ให้ประโยชน์ 2) กระบวนการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ มาจากประสบการณ์ตรง 3) ปัจจัยสนับสนุนการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ คือ มีปัจจัยเอื้อสนับสนุน และ การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และ 4) ปัจจัยขัดขวาง คือ การไม่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพ และการขาดวินัยตนเอง ข้อมูลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้ กล่าวคือพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข เร่งส่งเสริม ความรู้และกระบวนการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนปัจจัยส่งเสริมและขจัดปัจจัยขัดขวางการจัดการความรู้ ทั้งนี้เพื่อนำพลังของผู้สูงอายุมาช่วยในการพัฒนาสังคม/ชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ อย่างยั่งยืนและเป็นจริงได้

คำสำคัญ: การจัดการความรู้; การสร้างเสริมสุขภาพ; แกนนำกลุ่มสูงอายุ



Experiences with Knowledge Management for Health Promotion: The Follow-up Study via Story Telling Among the Elder Leaders

Pranom Othaganont¹ Puangpaga Klongwatananont¹

¹Faculty of Nursing, Thammasat University, Rangsit Center

Corresponding author: Pranom Othaganont; Email: otpranom@gmail.com

Received: June 15, 2021 Revised: June 29, 2021 Accepted: January 25, 2022

Abstract

Knowledge management is the process of creating, sharing, using and managing knowledge and information in an organization. Older people have had a lot of life experiences. The aim of this descriptive qualitative study was to describe the meaning of knowledge, the knowledge management process, and the factors that promote or hinder the knowledge management process, from the perspective of older leaders. Twenty-seven older leaders at Klong Luang Municipality Community, who passed the knowledge management program, participated in the study. Focus group and individual in-depth interviews were conducted and tape-recorded, and the data were transcribed and analyzed using content analysis. The results are as follows: 1) Importance of knowledge; can be built, practical, beneficial, 2) Knowledge management process; directed experiences. 3) Factors that enhance the knowledge management process; supporting facilities, and good relationships, and 4) Barriers to knowledge management process; lack of health-awareness and self-discipline. The findings of this study provide opportunities for nurses and health care teams to promote knowledge and knowledge management processes in health promotion, in order to use the wisdom of elders for the sustainable health development of their community.

Keywords: knowledge management; health promotion; elderly leaders



ความเป็นมาและความสำคัญ

การจัดการความรู้ (knowledge management) เป็นกระบวนการที่หรือวิธีดำเนินงานที่ได้รับความสนใจอย่างมาก ในศาสตร์หลายสาขามาเป็นเวลายาวนานจนถึงปัจจุบัน และการจัดการความรู้โดยเฉพาะการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้รับความสนใจ นำมาใช้อย่างแพร่หลายและกว้างขวาง ในวงการแพทย์และการสาธารณสุขในปัจจุบันเช่นกัน เพื่อเป้าหมายสำคัญ คือ การพึ่งพาตนเองโดยเฉพาะการมีชีวิตอิสระเมื่อเข้าสู่ชีวิตปัจเจกวัย จาก Cambridge Dictionary คำว่า “การจัดการความรู้” หมายถึง วิธีทางที่มีการรวบรวมและนำความรู้มาใช้ในองค์กร หรือเป็นการศึกษาถึงการดำเนินการและใช้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพ สตาร์มูลิส และคณะ (Stamoulis et al.)¹ กล่าวในงานเขียนของเขาว่า “การจัดการความรู้” เป็นกระบวนการทางสังคม เกี่ยวข้องกับคน ทัศนคติ พฤติกรรม ความคิดเห็นของคนเกี่ยวกับข้อมูลสารสนเทศที่กระจุกกระจายอยู่ในองค์กร เขานำเสนอแนวคิดไว้ว่า หลักการและแนวปฏิบัติของการจัดการความรู้สามารถนำมาขับเคลื่อนระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่องานบริการในการบริหารองค์กรได้ จีราด และจีราด (Girard & Girard)² ทำการรวบรวมนิยามคำว่า “การจัดการความรู้” ไว้ทั้งหมด 100 นิยาม พบคำที่ใช้อธิบายคำนี้มาก 10 อันดับแรก ได้แก่ คำว่า ความรู้ (knowledge) องค์กร (organization) กระบวนการ (process) ข้อมูลสารสนเทศ (information) การใช้ (use) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (share) การสร้างสรรค์ (create) การจัดการ (manage) ทรัพย์สิน (asset) และ คน (people) คณะผู้ศึกษา จึงสรุปนิยามสั้น ๆ ของคำว่า “การจัดการความรู้” หมายถึง กระบวนการสร้างสรรค์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ใช้และจัดการข้อมูลขององค์กร การจัดการความรู้เป็นกระบวนการสร้างความรู้ใหม่ที่เป็นวงจรต่อเนื่อง (spiral) ไม่มีจุดจบ โมเดลเซกิ (SECI Model)³ เป็นโมเดลดั้งเดิมที่ได้อธิบายการเกิด/สร้างความรู้ใหม่/หรือ กระบวนการจัดการความรู้ กระบวนการจัดการความรู้เริ่มต้นจากการส่งผ่านความรู้จากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง เช่น มีการพูดคุย แลกเปลี่ยน เรียนรู้ ความรู้จะถูกผสมผสานและปรับแต่งเป็นปฏิกริยาภายในบุคคลเชิงสังคม (socialization: tacit to tacit) ต่อมาบุคคลจะมีการผสมผสานความรู้และประสบการณ์ของตนเองและมีการแสดงออก เช่น มีการพูดคุย บันทึกผ่านสื่อหรือถ่ายทอดผ่านกิจกรรมบางอย่าง ส่งผ่านไปสู่ผู้อื่น (externalization: tacit to explicit) กิจกรรมจะทำให้มีการผสมผสานกับความรู้ที่มีในตัวตนกับคนภายนอกขึ้น (combination: explicit to explicit) เกิดเป็นความรู้ใหม่ ผนึกฝัง กลับเข้าไปเป็นความรู้เฉพาะในตัวบุคคลอีกครั้งหนึ่ง (internalization: explicit to tacit) กระบวนการนี้จะเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา จากความรู้เฉพาะตน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการสกัด รวบรวมความรู้ บุคคลได้เรียนรู้ ผนึกเป็นความรู้เฉพาะตนอีก เป็นการสร้างความรู้ใหม่ต่อไปอย่างต่อเนื่อง ไม่มีที่สิ้นสุด การจัดการความรู้เป็นกระบวนการ เป็นพฤติกรรมของคน การ์เซีย และโซซา-เฟย์ (Garcia & Sosa-Fey)⁴ ได้ศึกษาวิเคราะห์เรื่องการนำกระบวนการจัดการความรู้สู่ความสำเร็จขององค์กร เขาได้นำเสนอประเด็นน่าสนใจว่า กระบวนการจัดการความรู้เริ่มมาจากการมีข้อมูล (data) นำข้อมูลที่มีอยู่มาจัดเป็นข่าวสาร (information) ข่าวสารที่เหมาะสมกับบริบทในที่สุดจะถูกสังเคราะห์เป็น ความรู้และภูมิปัญญา (knowledge and wisdom) ตามกระบวนการของการจัดการความรู้ ขั้นตอนการถ่ายทอดความรู้ฝังลึก (tacit knowledge) เป็นขั้นตอนที่ยาก งานนี้ได้เสนอแนะว่า การถ่ายทอดความรู้ฝังลึกในขั้นตอนนี้ ให้น่าสนใจ สอน สนับสนุน จัดหา/จัดสร้างวัฒนธรรมองค์กร (cultural environment) ที่ทำให้บุคลากรมีความคุ้นเคย สนใจการพูดคุย แลกเปลี่ยน เรียนรู้ และมีความมั่นใจต่อการถ่ายทอดความรู้ฝังลึก (tacit knowledge) ออกมาเป็นความรู้ชัดแจ้ง (explicit knowledge) รวมทั้งฝึกฝนผู้นำเพื่อการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ สร้างความรู้ใหม่ และการจัดหาเทคโนโลยีให้พอเพียงเพื่อรองรับกิจกรรมการถ่ายทอด แลกเปลี่ยน เรียนรู้ และร่วมกันที่จะพัฒนาองค์กร ซึ่งในเรื่องนี้ พัชรินทร์ ลีรสุนทร⁵ เขียนหนังสืออธิบายคำว่า Community of Practice: CoP ได้ชัดเจน มีความสำคัญ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในเรื่องการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของคน/กลุ่มคนได้เป็นอย่างดี สารสำคัญของคำว่า CoP หมายถึง การรวมตัวหรือเชื่อมโยงของคน/กลุ่มคนที่มีพื้นฐานใกล้เคียงกันอย่างไม่เป็นทางการ มีความสนใจเรื่องใกล้เคียงกัน มีเป้าหมายร่วมกัน ลักษณะที่ไม่เป็นทางการและใกล้ชิดกันตั้งนี้จะเอื้อต่อการเรียนรู้ กลุ่มคนจะมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ปฏิสัมพันธ์ระหว่างคน/กลุ่มคน ทำให้เกิดการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนความรู้โดยเฉพาะความรู้ฝังลึก คน/กลุ่มคน ต้องการที่จะแบ่งปันหรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกันและกัน มุ่งมั่นร่วมกันที่จะพัฒนาการทำงานของตนเอง/ชุมชนให้ดีขึ้น



นอกจากนี้งานวิจัยของ เมลาติ และคณะ (Melati et al.)⁶ จากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร 17 คนในเมือง Southern Brazil ได้ข้อมูลน่าสนใจว่า ความรู้ ความเข้าใจ ชาวกรอง รวมทั้ง กระบวนการจัดการความรู้ มีความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพการตัดสินใจของผู้บริหาร วิจารย์ พานิช⁷ นับเป็นคนแรก ๆ ที่กล่าวถึง เป้าหมายของการจัดการความรู้ เขาได้กล่าวไว้ชัดเจนว่า การจัดการความรู้เป็นเครื่องมือเพื่อบรรลุเป้าหมาย 4 ประการ คือ การบรรลุเป้าหมายของงานของการพัฒนาคน ของการพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และของการเป็นชุมชน เป็นหมู่คณะ มีความเอื้ออาทรระหว่างกันและกันในที่ทำงาน ทิพวรรณ จันศิริ⁸ ได้ให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนไว้ว่า ควรนำการจัดการความรู้ไปใช้ มีการปฏิบัติจริง ทำการประเมินผลต่อเนื่อง และนำไปใช้ให้ครอบคลุมทุกชั้นตอนอย่างสมบูรณ์ ลัดดาวัลย์ พุทธิรักษา และคณะ⁹ ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาผู้ดูแลผู้ป่วยโดยวิธีการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองและการจัดการความรู้ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมการจัดการความรู้สามารถนำไปผสมผสานร่วมกับวิธีการเรียนรู้แบบอื่นซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ คือ การนำตนเอง สามารถส่งเสริมการพัฒนาคนได้ ศิริพงษ์ เกี้ยวสกุล¹⁰ ได้ทำวิจัยส่งเสริมการจัดการความรู้ของชุมชนในการนำพลังผู้สูงอายุมาใช้ในการพัฒนาชุมชน ผลงานวิจัยพบว่า การส่งเสริมการจัดการความรู้ ได้แก่ การประยุกต์ใช้ประสบการณ์ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ รวมทั้งใช้ปัจจัยสนับสนุน อาทิ ฐานวัฒนธรรมเดิม ความใฝ่รู้ของผู้สูงอายุ มีสถานที่บริการเพียงพอ จัดกิจกรรมชุมชนถ่ายทอดและต่อยอดองค์ความรู้ สร้างชุมชนนักปฏิบัติ และเปิดพื้นที่ให้ผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะน่าสนใจไว้ว่า ประเด็นสำคัญของการจัดการความรู้ของชุมชนที่ประสบความสำเร็จ คือ ขึ้นชมในความสามัคคีและให้คุณค่าแก่ผู้สูงอายุ มีการนำพลังของผู้สูงอายุในชุมชนออกมาถอดบทเรียนให้เป็นจุดเด่นและนำพาชุมชนไปสู่ความสำเร็จ โดยวิธีการยกย่อง ให้ความเป็นผู้มีคุณค่าแก่ผู้สูงอายุ และนำผู้สูงอายุที่มีศักยภาพมาเป็นแกนนำในการแก้ปัญหาของชุมชน วีรวรรณ เข้มแข็ง และคณะ¹¹ ทำการพัฒนา รูปแบบการจัดการความรู้ของกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อเสริมสร้างทุนทางปัญญาในการจัดการศึกษาตลอดชีวิต จังหวัดเชียงใหม่ ข้อเสนอแนะจากการพัฒนาที่น่าสนใจ คือ ขั้นตอนการค้นหาและแบ่งปันองค์ความรู้ทุนทางปัญญา (search and sharing intellectual knowledge) เป็นขั้นตอนที่มีคุณค่าและมีประโยชน์อย่างยิ่ง ทั้งผู้เรียน ครูผู้สอน และชุมชน ซึ่งได้ส่งผลดีช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตและสร้างความสามัคคีภายในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุได้ถ่ายทอดองค์ความรู้ ทุนทางปัญญา เกิดความภาคภูมิใจ ไม่มีการเชื่อมความสัมพันธ์ของนครระหว่างวัย นอกจากนี้กระบวนการจัดการความรู้ในขั้นตอนการสะท้อนกลับการเรียนรู้ (reflection) ที่เกิดขึ้นได้ตลอดตามความต้องการในการเรียนรู้ของผู้เรียน ที่ได้ใช้ข้อมูลตนเอง ข้อมูลทางสังคม และข้อมูลวิชาการ ประกอบเพื่อตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา แสวงหาหนทางในการพัฒนาตนเองและชุมชนให้มีความสุขตามอัตตาภาพ นับเป็นขั้นตอนสำคัญและจะก่อให้เกิดการพัฒนาต่อไปอย่างต่อเนื่อง

การจัดการความรู้เองก็ต้องการการจัดการ (management) ด้วยเช่นกัน กระบวนการจัดการความรู้ จะเริ่มต้นที่งานหรือเป้าหมายของงาน ส่วนเป้าหมายสุดท้ายของการจัดการความรู้ คือ การที่หน่วยงาน/องค์กรหรือกลุ่มคนมีชุดความรู้ของตนเองที่เหมาะสมกับหน่วยงาน/สภาพของตนเอง ซึ่งเกิดจากการสร้างขึ้นใช้เองตลอดเวลาและอาจเป็นบางส่วนจากการสอดแทรกหรือบูรณาการกับทุกกิจกรรมของการทำงาน หรือสร้างจากการทดลองก็ได้ ดังได้อภิปรายมาแล้วว่าองค์ประกอบสำคัญของการจัดการความรู้ (knowledge process) ก็คือ คน สำหรับเทคโนโลยีและการบริหารจัดการก็มีความสำคัญไม่น้อยเช่นกัน คน คือ แหล่งความรู้และจะเป็นผู้นำความรู้ไปใช้ประโยชน์ เทคโนโลยี เป็นเครื่องมือเพื่อการค้นหา จัดเก็บ แลกเปลี่ยนรวมทั้งนำความรู้ไปใช้ได้อย่างง่ายและรวดเร็ว ส่วนการบริหารจัดการ คือการจัดให้มีการนำความรู้ไปใช้เพื่อให้มีการปรับปรุงและเกิดนวัตกรรมใหม่ องค์ประกอบทั้ง 3 ส่วนนี้ จะต้องมีการดำเนินการที่เชื่อมโยงกันเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว เหมาะสมต่อสถานการณ์ เรียนรู้ร่วมกันตลอดเวลา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้ให้ความสำคัญกับ “การจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ” เผยแพร่ความรู้ให้แก่ แกนนำกลุ่มสูงอายุ และกลุ่มสตรีชุมชนมุสลิม ในเขตเทศบาลเมืองคลองหลวง อย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 ถึง ปัจจุบัน (2564) งบประมาณปี พ.ศ. 2558 ปรณอม โอทกานนท์ และ พวงผกา คงวัฒนานนท์¹² ได้ทำการวิจัยทดลอง เรื่อง “ผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาทักษะการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมการจัดการความรู้

ด้านการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับแกนนำกลุ่มสูงอายุ ชุมชนเทศบาลเมืองคลองหลวง” กลุ่มควบคุม 24 คน รับประทานอาหารตามปกติ กลุ่มทดลอง 28 คน ได้รับโปรแกรมการสอนแบบยืดหยุ่น ยืดผู้เรียนเป็นสำคัญคือ กำหนดหัวข้อ ตารางการเรียนการสอนตามความสนใจของผู้เรียน ประกอบด้วย 1) ภาคบรรยาย/สัมมนาความรู้เรื่อง “การสร้างเสริมสุขภาพ” และความรู้เรื่อง “การจัดการความรู้” จำนวน 9 ชั่วโมง สอนด้วยวิธี ให้ผู้เรียนเล่าเรื่อง ยกตัวอย่างกรณีศึกษา กระตุ้นการมีส่วนร่วมเชิงวิเคราะห์ วิพากษ์ เสนอแนะ 2) ทักษะแสดงออกของผู้นำและฝึกปฏิบัติการจัดการความรู้ ด้วยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ จดบันทึกข้อความสำคัญและประทับใจเก็บไว้เป็น “ข้อคิดคำคม” รวม 9 ชั่วโมง และ 3) ฝึกปฏิบัติการทักษะแสดงออกของผู้นำด้วยการออกเยี่ยมบ้าน/สถานประกอบการ ด้วยการจัดแบ่งหน้าที่ ทำงานเป็นทีม ผลัดเปลี่ยนการเป็นผู้นำ รวม 27 ชั่วโมง รวมเวลาอบรมทั้งสิ้น 45 ชั่วโมง ภายหลังการทดลอง การวิเคราะห์ด้วย paired t-test analysis กลุ่มทดลองผ่านการอบรมด้วยคะแนนพฤติกรรมจัดการความรู้หลังการทดลอง (post) สูงกว่าก่อนการทดลอง (pre) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=25.19, P=.000$) โดยคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ 7.75 ($SD=1.71$) และคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองเท่ากับ 14.14 ($SD=2.16$)

ระหว่างปี 2560-2561 แกนนำกลุ่มสูงอายุก่อนการทดลอง ได้นำความรู้และทักษะที่ได้รับการฝึกฝนไปปฏิบัติการจริง ในชุมชน แกนนำกลุ่มสูงอายุและชุมชนเทศบาลเมืองคลองหลวงรายงานว่าการนำความรู้ ทักษะ ออกไปแลกเปลี่ยน เรียนรู้ และช่วยเหลือสังคมในรอบปีที่ผ่านมา มีคุณค่ายิ่ง รวมทั้งได้นำไปปฏิบัติขณะทำหน้าที่ อสม.ด้วย ดังนั้นจึงได้พบว่า การจัดการความรู้เป็นเครื่องมือสำคัญประการหนึ่งของการพัฒนาชุมชน เทศบาลเมือง คลองหลวงได้ ปรากฏรายงานระบุว่า ในการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพนั้นมีทั้งปัจจัยสนับสนุนและ ปัจจัยขัดขวาง แกนนำกลุ่มสูงอายุต่างรายงานว่าตนเองมีการเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่ดีขึ้น มีเพื่อน มีความสุข มีความ พึงพอใจในชีวิต มีกิจกรรมสังคมและมีผลงานการเป็นผู้นำด้านสุขภาพชุมชนปรากฏอยู่เนื่อง ๆอย่างต่อเนื่อง และ ในการจัดการความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพก็ยังมีอุปสรรคปัญหาที่จะต้องร่วมกันระดมแรงค์ต่อไปอีก

จากที่มาและเหตุผลข้างต้น คณะวิจัยจึงได้ทำการศึกษาวิจัยติดตามแกนนำ ด้วยคำถาม คือ แกนนำให้ความหมาย ความรู้ กระบวนการจัดการความรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยสนับสนุน/ขัดขวางการจัดการความรู้ด้านสุขภาพ คืออะไร กำหนดวัตถุประสงค์การวิจัยเป็นการศึกษาการรับรู้ของแกนนำกลุ่มสูงอายุ ในเรื่อง 1) ความหมายคำว่า “ความรู้” 2) “กระบวนการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ” 3) ปัจจัยสนับสนุนการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และ 4) ปัจจัยขัดขวางการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลไปใช้ต่อยอดและเสนอแนะการบริหาร เพื่อการพัฒนาสุขภาพชุมชน เทศบาลเมืองคลองหลวง ต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (descriptive qualitative research) ผู้ให้ข้อมูลเป็นแกนนำกลุ่มสูงอายุ ชุมชนร่มเย็น เทศบาลเมืองคลองหลวงที่ผ่านการอบรมและได้รับวุฒิบัตรจากคณะพยาบาลศาสตร์ในปี พ.ศ. 2560 เรื่อง “การใช้โปรแกรมพัฒนาทักษะการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ” ที่มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 27 คน (ผู้ให้ข้อมูลการระดมสมอง 5 คน ผู้ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก 17 คน)”

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัย คือ ตัวผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย 4 คนที่เป็นนักศึกษาหลักสูตรดุซุญบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ผ่านการเรียนรายวิชา NS 815 Advanced Research in Nursing: Qualitative Research Methodology 3 (2-2-9) ทำการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structure interview)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยเป็น แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล คำถามหลักเป็นคำถาม ปลายเปิดเกี่ยวกับ ความหมาย ประสพการณ์ การจัดการความรู้รวมทั้งการรับรู้ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยขัดขวาง



ต่อการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมุ่งให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นและเล่าประสบการณ์ชีวิตการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และใช้คำถามเชิงลึกเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนข้อมูลที่แท้จริง ใช้เทปบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ เป็นอุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบคุณภาพแบบสัมภาษณ์โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านในสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ การพยาบาลอนามัยชุมชน และการสร้างเสริมสุขภาพ ทำการตรวจสอบแนวคำถาม ด้านเนื้อหา ความถูกต้อง ความครอบคลุม และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ภายหลังจากตรวจสอบ ทำการปรับปรุงและนำไปทดลองใช้กับแกนนำกลุ่มผู้สูงอายุ 5 ราย ทำการปรับปรุงข้อคำถามอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

ในขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยเสนอโครงการขออนุมัติการทำวิจัยในคนต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ชุมชนที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ใบรับรองโครงการวิจัยที่ 090/2561 วันที่ 8 ส.ค. 2561 ทำการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลทุกรายตลอดโครงการโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย และขออนุญาตก่อนบันทึกเสียงและจดบันทึก รวมทั้งแจ้งผู้ให้ข้อมูลมีอิสระในการเข้าร่วมและถอนตัวได้ตลอดเวลา นำเสนอข้อมูลด้วยการใช้รหัสแทนชื่อและเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับอนุมัติให้ทำการวิจัย ผู้วิจัยประสานงานขอใช้สถานที่กับศูนย์บริการสาธารณสุขสุขชุมชนร่วมเย็น วางแผนการรวบรวมข้อมูลด้วยการจัดทำ 1) กลุ่มระดมสมอง (focus group) ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขสุขชุมชนร่วมเย็น 2) สัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล (in-depth interview) ณ ชมรมผู้สูงอายุชุมชนร่วมเย็น ประสานงาน แจ้งวัตถุประสงค์ สอบถามความสมัครใจและความสะดวกในการเข้ากลุ่มและให้สัมภาษณ์ จากนั้นให้ผู้ให้ข้อมูลอ่านเอกสาร “ข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร (information sheet)” เมื่อผู้ให้ข้อมูลเข้าใจดีแล้วและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงลายมือชื่อ ในเอกสาร “ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (consent form)” จัดสรรเวลาการสัมภาษณ์โดยยึดความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งทำการวิจัยในพื้นที่ชุมชนร่วมเย็น เทศบาลเมืองคลองหลวง ระหว่าง 15 สิงหาคม-2561-มิถุนายน 2562 รวมใช้เวลา 11 เดือน

กลุ่มระดมสมอง (focus group) ประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูลจำนวน 5 คน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจำนวน 3 คน ใช้เวลาในการระดมสมอง 1 ชม 20 นาที ในระหว่างการระดมสมอง ผู้ช่วยวิจัย 1 คนทำการสัมภาษณ์ 1 คนทำการบันทึกสรุปข้อมูล และอีก 1 คน เป็นผู้อำนวยความสะดวกให้แก่การประชุมระดมสมอง ตัวอย่างคำถามนำในการระดมสมอง “ท่านได้นำเสนอประสบการณ์ เรื่องราวเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของท่านแก่ผู้อื่น หรือไม่ เรื่องใดบ้าง?” “ท่านเคยได้เรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพจากการกระทำจากคนอื่น หรือไม่?”

การสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล (in-depth interview) ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 22 คน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอีกจำนวน 4 คน ทำการประสาน วางแผนงาน ลงมือกิจกรรม ใช้เวลาในการสัมภาษณ์คนละประมาณ 60 นาที ในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ช่วยวิจัยขออนุญาตบันทึกเทป และจดบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลสำคัญ บรรยายภาค ข้อสังเกต รวมถึงคำถามและการสะท้อนคิดจากผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยทำการถอดเทปภายหลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง กระบวนการรวบรวมข้อมูลสิ้นสุดลงเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (saturation of data)¹³ หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำไปพบกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของประเด็นหลัก (member checking) แล้วจึงทำการตรวจสอบกับผู้รู้ในสาขา (peer debriefing)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามแนวคิด 8 ขั้นตอนของ Datt & Chetty¹⁴ และทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (trustworthiness) ของผลการวิจัยตามแนวคิดของ Lincoln and Guba¹⁵ ซึ่งแสดงให้เห็นตลอดกระบวนการ ดังนี้ 1) ความน่าเชื่อถือ (credibility) ซึ่งสร้างได้ด้วยการเก็บข้อมูลหลากหลายวิธีควบคู่กันไป



ระดมสมอง สัมภาษณ์และสังเกต (methodological triangulation), ผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย ต่างก็วิเคราะห์ จัดทำ category, sub-category, coding แล้วนำมาเปรียบเทียบ ทำการสรุปข้อค้นพบ (analyst triangulation), พิจารณาข้อมูลทางลบที่ได้อย่างระมัดระวังและลึกซึ้ง เพื่อหาข้อค้นพบที่อาจมีความสัมพันธ์กัน (negative case analysis) นำข้อมูลที่ได้ไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของประเด็นหลัก (member checking) ทำการตรวจสอบกับผู้รู้ในสาขา (peer debriefing) 2) เก็บข้อมูลจากแกนนำกลุ่มสูงอายุที่มีประสบการณ์จริงในพื้นที่ สามารถนำผลการศึกษาไปปรับใช้ ถ่ายโอนในประชากรที่มีความคล้ายคลึงได้ (transferability) 3) ขณะสัมภาษณ์ทุกครั้งที่มีการบันทึกเทป จดบันทึกหลักฐานรายละเอียด ทำการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบสามารถตรวจสอบได้ ทำให้เกิดการพึ่งพาเกณฑ์อื่นได้ (dependability) และ 4) ผลการค้นพบได้รับการยืนยันจากบุคคลอื่นเพื่อความเป็นกลางของข้อมูล โดยมีการสะท้อนและผ่านการทบทวนจากผู้ให้ข้อมูล และผู้รู้ในสาขา (confirmability) ตลอดจนกระบวนการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้มีความน่าเชื่อถือ (credibility) สามารถถ่ายโอนผลวิจัยได้ (transferability) เกิดการพึ่งพาเกณฑ์อื่นได้ (dependability) และส่งผลให้เข้าถึงการยืนยันผลการค้นพบครั้งนี้ (confirmability)

ข้อค้นพบจากการวิจัย

ส่วนที่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ผู้ให้ข้อมูลการระดมสมอง (focus group) จำนวน 5 คน (A-E) ทั้งหมดเป็นเพศชาย อายุระหว่าง 54-67 ปี สถานภาพสมรสคู่ มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 3 คน ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 2 คน มีสถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัวเพียงพอ จำนวน 3 คน ไม่พอใช้ จำนวน 2 คน มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่ 2-6 คน และไม่มีประวัติการเจ็บป่วย จำนวน 2 คน

1.2 ผู้ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) จำนวน 22 คน (P1-P22) เป็นเพศหญิง 17 คน เพศชาย 5 คน อายุระหว่าง 55-75 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 17 คน สถานภาพสมรสหย่า จำนวน 3 คน วุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 2 คน ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 7 คน ระดับประถมศึกษา จำนวน 12 คน และไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 1 คน สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัวมีเหลือเก็บ จำนวน 9 คน มีเพียงพอ จำนวน 10 คน และ ไม่พอใช้ จำนวน 3 คน สมาชิกในครอบครัวมีตั้งแต่ 2-7 คน ไม่มีประวัติการเจ็บป่วย จำนวน 10 คน

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของแกนนำกลุ่มสูงอายุ เทศบาลเมืองคลองหลวง

ตอนที่ 1. ความหมายของ “ความรู้” ผู้ให้ข้อมูล ให้ความหมายแก่นสาระของความรู้ไว้ 1 แก่นสาระ คือ สร้างได้ ปฏิบัติได้ ให้ประโยชน์ มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) คุณลักษณะความรู้ 2) วิธีการได้มาซึ่งความรู้ และ 3) ประโยชน์ของความรู้

1) คุณลักษณะความรู้: ผู้ให้ข้อมูล กล่าวว่า คุณลักษณะของรู้นั้นต้องเป็นสิ่งที่ดี มีประโยชน์ สามารถพิสูจน์ นำไปปฏิบัติได้ และบอกต่อ พูดคุยเป็นเรื่องเป็นราว สอน แลกเปลี่ยนกันได้ ตัวอย่างองค์ประกอบดังกล่าว “ความเข้าใจในสิ่งต่างๆ ที่ทำได้ปฏิบัติได้ (P1)” “สิ่งที่พิสูจน์ได้ว่าปฏิบัติได้จริง (P3)” “มันมีประโยชน์ได้นำมาใช้ มาปฏิบัติถึงวันนี้ (P3)(P21)(P22)” “คุยกันบอกกันในสิ่งที่ดี ปฏิบัติได้ นั่นแหละอะไรอย่างนี้ (P7) (P3)(P8)(P14)” “ความรู้หมายถึงว่าก็เพื่อนฝูงก็คุยบอกต่อกัน มีอะไรก็สารพัดเรื่องนั้นแหละ เจอหน้ายังก็ คุยบอกกัน (P3)” “ใช่ สิ่งที่ดี นะ ถือเป็นความรู้ที่เรา อยากจะรับเอามาแล้วพอเรารับเอามาปฏิบัติแล้ว เราเห็นว่ามันดี เราก็เอาไปบอกต่อสอนคนอื่น (P7)” “สิ่งที่เราทดลองทำ ทำแล้วบอกต่อ วิธีบอกต่อก็จะต่อยอดความรู้แบบหนึ่ง (B)”

2) วิธีการได้มาซึ่งความรู้: ผู้ให้ข้อมูล กล่าวว่า วิธีการได้มาซึ่งรู้นั้น ได้มาจากเรียนรู้ หรือได้พบเห็น ทั้งจากประสบการณ์ของตนเอง และจากผู้อื่น ตัวอย่าง ดังคำกล่าว “ความรู้ คือ บางครั้งเราก็รู้จากตัวเอง เช่น มีประสบการณ์เจ็บป่วยเป็นโรคอะไร ก็ได้ปฏิบัติกะตัวเอง ยังไงแล้วมันก็ดีขึ้น (P7) “ความรู้หรือ ในมุมมองก็คือสิ่งที่เราได้รู้จากครอบครัว จากครอบครัว ได้รู้จากพ่อแม่ ได้ รู้จากในชุมชน รู้จากที่ฟังมาฟัง (P21)” “การ



ได้ความรู้ก็คือ จากที่เราได้ศึกษาอบรมมาจากอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ นึก ๆ อันดับแรก อันดับสองการใฝ่รู้ ก็คือหลังจากเข้าอบรมเราเป็น อสม. ไข้ไหมคะ สมมุติว่าเรามีอาการเจ็บป่วยบางอย่างที่ซึ่งเราสงสัย เอ๊ะ เราก็เลยเข้า Google ไปหาความรู้พวกนี้แล้วเราก็จะได้ความรู้จากพวกโซเชียลด้วย (P11)”

3) ประโยชน์ของความรู้: ผู้ให้ข้อมูล กล่าวว่า ประโยชน์ของความรู้ได้แก่ เห็นวิถีปฏิบัติที่ถูกต้อง ช่วยขจัดปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ ตัวอย่าง ดังคำกล่าว “คะ เมื่อรู้สิ่งที่ถูกต้อง เรากระทำสิ่งที่รู้ ลดขั้นตอนการทำงาน ทำแล้วสิ่ง ๆ ก็เกิดขึ้นกับชีวิต (P8)” “ความรู้คือสิ่งที่เราได้เห็นวิถีปฏิบัติ ลงมือปฏิบัติแล้วแก้ปัญหาได้ ไม่ต้องลองผิดลองถูกคะ (P21)”

ตอนที่ 2. กระบวนการจัดการความรู้: ผู้ให้ข้อมูล ระบุว่าแก่นสาระ กระบวนการจัดการความรู้ ไว้ 1 แก่นสาระ คือ 1. จากประสบการณ์ตรง

แก่นสาระที่ 1: กระบวนการจัดการความรู้ จากประสบการณ์ตรง มี 4 องค์ประกอบที่ต่อเนื่องกัน คือ 1) พุดคุย แลกเปลี่ยน แบ่งปัน เห็นตัวแบบ 2) ลองทำด้วยตนเอง 3) รับรู้ด้วยตนเอง และ 4) จัดบันทึกและส่งข้อมูลต่อกัน เป็นวัฏจักรต่อเนื่องกันไป ดังนี้

1) พุดคุย แลกเปลี่ยน แบ่งปัน เห็นตัวแบบ: ผู้ให้ข้อมูล ได้กล่าวถึงการพุดคุย แลกเปลี่ยน แบ่งปัน เห็นตัวแบบ จากประสบการณ์ตรง ดังคำกล่าว “นอกจากอ่านหนังสือฟังข่าวแล้วยังต้องไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เข้ากลุ่มหรืออบรมอะไรต่าง ๆ การอบรมจากคณะพยาบาลศาสตร์ที่ผ่านมาเราได้รู้ ได้เห็น ได้ลงมือทำในการ พุดคุย แลกเปลี่ยน และแบ่งปัน นับเป็นตัวแบบที่ดี (P1)” “จะดูจากหนังสือแล้วก็ออกไปอบรมบ้าง ได้ความรู้มาก็แบ่งปันเป็นการช่วยกัน (P5)” “รับและถ่ายทอดไป (P10)” “ความรู้ เขามีกระบวนการนะ คือ กระบวนการเนี่ยก็ต้องมาจากสื่อ ไข้ไหมคะ มาจากสื่อ คนเนี่ย เรา ไม่รู้ เราก็ต้องไปหาคนที่รู้ คนที่รู้เราต้องไปสอบถามเขา เขาคือผู้รู้เพราะเขาทำแล้วดูดีมีประโยชน์ (P6)” “เห็นแบบอย่างของแม่จ๊ะ ตอนนี่แม่ 86 แล้ว แม่ก็แข็งแรงไปวัดได้ ไปนอนค้างวัดได้จ๊ะ แม่ชอบกินผักมาก ชอบกินปลา ชอบกินงา ชอบกินปลาอย่าง ไม่เคยขาดจ๊ะ ปลาอย่างจ๊ะ แม่ชอบกินปลาอย่าง และก็ผัก (E)”

2) ลองทำด้วยตนเอง: ผู้ให้ข้อมูล กล่าวว่า ความรู้ที่ได้จากพุดคุย แลกเปลี่ยนต้องนำมาลองทำด้วยตนเอง ดังคำกล่าว “ความรู้มันจะต้องลองพิสูจน์ด้วยตนเองว่ามันจริงไหม สมมุติรู้มาว่าอย่างปลาน้ำจืดไข้ไหมคะ ล้าง แลมันไม่หาย ชิงแก่ทุบ ๆ แล้วขยำแล้วเอาปลาลงไปแช่ มันก็จะล้างควา ทำแล้วก็เห็นผลว่าล้างควาได้จ๊ะ (P3)” “คนบอกก็ยังไม่เชื่อ ต้องเอามาทำเองก่อน รู้เองก่อนจึงจะดี (P7)” “เราคือต้องทำด้วยตนเอง ...ในการที่เราจะมีความรู้จากสิ่งที่เราสัมผัส ได้ยิน ได้ฟัง (P15)”

3) รับรู้ด้วยตนเอง: ตัวอย่างองค์ประกอบรับรู้ด้วยตนเอง ดังคำกล่าว “ใคร คนนั้นคนนี้ บอกอะไรต่อมื่ออะไร เราต้องคิดก่อน จริง ไม่จริง การคิด คิดถึงสิ่งที่เคยประสบและลองทำมา จากลองทำก็จะรู้ได้ชัดเจนว่า ไข้หรือไม่ไข้ (P3)” “อย่างคนอายุเยอะ ๆ แล้ว จากประสบการณ์ รู้ เห็น ทำมามากในแล้วชีวิต จะรู้เท่าทันด้วยตนเอง จึงรู้กัน รู้วิธีกัน แล้วก็ รู้วิธีแก้ (P15)”

4) จัดบันทึกและส่งข้อมูลต่อกัน: ตัวอย่างองค์ประกอบการจัดบันทึกและส่งข้อมูลต่อกัน ดังคำกล่าว “ความรู้เธอ ถ้าอยากรู้ เราต้องไปสอบถามผู้รู้ ดูจากทีวี ฟังคนอื่นเขาพูด ลองทำ เมื่อรู้แล้ว จดไว้ เพื่อเอาไปบอกต่อ (P6)” “ถ้าไม่มีการจดไว้ หลาย ๆ ครั้ง หลาย ๆ เรื่อง เราก็จะลืม จดไว้เพื่อคนอื่นมาอ่านก็เป็นประโยชน์ (A)” เมื่อเจ็บป่วยถ้าเราแก้ไขไม่ได้เราก็ต้องไปหาหมอ ได้ยามากิน วิธีปฏิบัติตน แพทย์ที่ดี ที่สุดก็คือ ตัวเรา แล้วโรงพยาบาลที่ดีที่สุกก็นคือครัว เราก็ทำอาหารที่ถูกต้องลักษณะมากินนะ และยาที่ดีที่สุดก็คืออาหาร เนี่ยเราจะได้ข้อมูลแบบนี้เราก็จดลักษณะนั้นนะ แล้วเรา ก็ไปพุดความรู้ที่เราจดไว้ให้คนอื่นฟัง (E)”

ตอนที่ 3. ปัจจัยสนับสนุนการจัดการความรู้: ผู้ให้ข้อมูล ระบุว่าปัจจัยสนับสนุนการจัดการความรู้ ไว้ 2 แก่นสาระ คือ 1. มีปัจจัยเอื้อสนับสนุน แก่นสาระที่ 2 คือ การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

แก่นสาระที่ 1. มีปัจจัยเอื้อสนับสนุน ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ 1) การมีใจรักต่อการมีสุขภาพดี และ 2) การมีสิ่งเอื้ออำนวย

1) การมีใจรักต่อการมีสุขภาพดี: การมีใจรักต่อการมีสุขภาพดี เป็นปัจจัยหนึ่งที่สนับสนุนการจัดการความรู้ ตัวอย่างเช่น ผู้ให้ข้อมูล กล่าวว่า “ใจรักและมีเวลาว่าง ดีกว่าอยู่เปล่าๆ เต็มวันหนึ่งอายุยืนไปซักวันหนึ่งละ (P1)” “ทำได้ ป้าเป็นคนทำได้เลย ใครบอกอะไรมาอย่างนี้ หรือแค่ผ่านสายตาป้าทำได้เพราะใจรักและชอบ (P3)” “มันก็ตามวัยนะ เพียงแต่เราต้องปฏิบัติ เอาจริงเอาจัง แต่ตอนนี้คือเราเป็นหลายโรคอย่างเช่น ความดัน ป้าก็เป็นความดัน ป้าก็ออกกำลังกาย (P19)” “ตื่นมาก็อาบน้ำ ดูแลสุขภาพ ออกกำลังกาย และหุงข้าว ใส่บาตร ทำกับข้าว และก็เรื่องส่วนตัวเยอะ เข้าจะเป็นยังงี้ทุกวัน ตื่นตั้งแต่ตีสี่ มันท้องยึดเส้นยึดสาย ใส่บาตรเจ็ดโมง ทำอย่างนี้ร่างกายดีขึ้น (B)” “ใช้ค่ะ คือพอเราผ่านการอบรมจากอาจารย์พยาบาลแล้วเราก็มีความมั่นใจ ชักจูงเพื่อนฝูงในชุมชน คือ เราต้องออกกำลังกายนะ เราจะมานั่งอยู่เฉยๆ ไม่ได้ ในวันๆ หนึ่งเราต้องออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที ร่างกายจะดี แข็งแรงอะไรยั้งนี้ แล้วทุกคนก็จะเข้าใจว่า ชีวิตประจำวันเราก็กินไปปกติ พอช่วงเย็นเราก็จะพากันไปออกกำลังกาย (C)”

2) การมีสิ่งเอื้ออำนวย: ผู้ให้ข้อมูล กล่าวว่า การมีสิ่งเอื้ออำนวยเป็นปัจจัยสนับสนุนหนึ่งของการจัดการความรู้ เช่น การมีชมรมต่างๆ มีเพื่อน มีผู้ที่มีความรู้จริง มีการพูดคุยไปในแนวทางเดียวกัน มีบรรยากาศเอื้อในการส่งเสริมความรู้ สนุก ไม่เครียด สามารถเข้าร่วมการพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้ได้สะดวกและไม่เสียค่าใช้จ่าย ตัวอย่าง ดังคำกล่าว “มีชมรมตั้งกันมาแล้วชวนกันไป เมื่อได้ไปพบปะกันแล้วก็มีโอกาสคุยกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ (P1)” “ถ้าต้องมีการเดินทาง ป้าก็ไม่สะดวก การจัดในชุมชนใกล้บ้านทำให้มีโอกาสได้ไป (P1)”

แก่นสาระที่ 2 การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เป็นปัจจัยสนับสนุนหนึ่งของการจัดการความรู้ มี 1 องค์ประกอบ คือ มีความไว้วางใจ เชื่อถือศรัทธา พูดคุยกันได้ ผู้ให้ข้อมูล กล่าวว่า “มีกำลังใจ มีแรงกดดันทางบวก มีความน่าเชื่อถือ คนในชุมชนมีการทำร่วมกัน และพูดคุย เห็นดีเห็นชอบร่วมกัน (P1)” “อะไรที่เกิดความรู้ เราก็ไปฟังเพื่อนฝูง หรือพระหรืออะไรอย่างนี้ เราก็เอามาปฏิบัติ เราเชื่อ เราก็เอาบอกต่อเราก็จะได้ คิดว่าเราจะได้บุญด้วยนะ (P9)” “การที่เราจะคุยกับเขาให้สำเร็จเนี่ย ก็ต้องสร้างสัมพันธภาพและความเชื่อมั่น ก็ต้องเป็นต้นแบบที่ดีให้กับทุกคนได้เห็นก่อน ต้นแบบที่ดีทำให้เกิดสัมพันธภาพความรักความศรัทธา (P12)” “ลองคิดว่าสิ่งที่ช่วยสนับสนุนให้ลุงมีความรู้ จนได้ปฏิบัติแล้วแข็งแรง ก็ได้แรงกดดันจากที่เข้าไปประชุมมาบ่อยๆ พบเพื่อนฝูง ฮาๆ พบคุณหมอบอกอะไรดี ๆ จากอะไรนิด ๆ หน่อย มาประสมกันก็ทำให้เรารู้มากขึ้น (P22)” “ภูมิใจ สนุก ... เพราะว่าเป็นในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งหมดเนี่ยะ คือเคยอบรมร่วมกัน เป็นลูกศิษย์ ครูคนเดียวกัน มาด้วยกัน คุยเข้าใจกันดี ก็ไม่ค่อยขัดกัน (P7)”

ตอนที่ 4. ปัจจัยขัดขวางการสร้างความรู้: ผู้ให้ข้อมูล ระบุปัจจัยขัดขวางการจัดการความรู้มี 2 แก่นสาระ คือ 1. การไม่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพ และ 2. การขาดวินัยในตนเอง

แก่นสาระที่ 1: การไม่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพ ประกอบด้วย 1 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ไม่ใช้เวลาดูแลตนเอง ขาดการใฝ่รู้ ตัวอย่าง ดังคำกล่าว “เค้าไปพบปะพูดคุยกับเพื่อนไม่ได้ เขาไม่แบ่งเวลา เค้าทำงาน บางทีเข้าเวร (P1)” “เรื่องดี ๆ ก็ทำตามบางครั้ง ก็ไม่ได้ผลเค้าก็บอกมีเวลาไม่มาก (P5)” “บางทีเขาก็ไม่ให้เวลาคะ เขาก็อาจไม่เข้าใจ ความเข้าใจแต่ละคน เขา ป้าคิดว่า เขาไม่มีเวลาดูแลตนเองและก็ไม่ใส่ใจต่อสุขภาพ ไม่มีเวลาของแต่ละคนไม่เหมือนกัน บางคนก็ไม่มีเวลาต้องทำงาน หาเช้ากินค่ำ หรือ บางคนป่วย เช่น เป็นความดันอะไรอย่างนี้ แต่ที่นั่นต้องทำงานหาเช้ากินค่ำก็อาจจะไม่คิดที่จะสนใจดูแลตัวเอง ป้าคิดว่า นะ (P19)” “อุปสรรคจริงๆ ของการเรียนรู้เรื่องสุขภาพ คือ การไม่ให้ความสำคัญ ไม่อยากพูดคุย ไม่แลกเปลี่ยนและไม่ลองทำ (D)”

แก่นสาระที่ 2: การขาดวินัยในตนเอง ประกอบด้วย 1 องค์ประกอบ ได้แก่ ไม่อดทน ไม่มีเหตุผล ไม่ฝึกฝน วินัยตนเอง และเก็บตัว ตัวอย่าง ดังคำกล่าว “เค้าไม่อดทน เขาไม่เชื่อ เค้าถือ เขาไม่เปิดใจ แต่เค้าป่วย สิ่งที่ดีๆ เค้าไม่ทำ เค้าเลือกทำที่เค้าชอบ เปลี่ยนตัวเองไม่ได้ (P2)” “เค้าไม่พูดไม่คุย แล้วคนรอบๆ ก็ไม่กล้า จะเข้ามาถามชวน ไปที่นั่นไหมที่นี่ไหม ไปออกกำลังกายไหม ไม่ไป แล้วเค้า ก็จะอยู่แต่ในบ้าน เป็นคนที่แบบเก็บเนื้อเก็บตัว เหนงก็จะไม่



ดี (P20)” “การหาความรู้ ...เรื่องการกินการอยู่ เขาไม่เห็นด้วยกับเรา แล้วก็ไม่อยากจะลองฝึกฝนทำ ก็ไม่ตื่นละเป็นคนแบบว่าไม่สูงลิบกับใครอะไรอย่างนี้ มันก็จะเหงา อยู่ตามลำพังก็ไม่มีใครที่จะมาพูดคุยด้วย (P5) ”

การอภิปรายผล

ประเด็นที่ 1 ความหมายของ “ความรู้”

ผู้ให้ข้อมูล ให้ความหมายคำว่า “ความรู้” หมายถึง สิ่งที่สามารถทำได้ ปฏิบัติได้ ให้ประโยชน์ ซึ่งมีองค์ประกอบคือ มีคุณลักษณะเฉพาะ สร้างได้ มีประโยชน์ และบอกต่อได้ ตามความหมายนี้ เป็นความรู้สึก การรับรู้ ของผู้ให้ข้อมูลที่สอดคล้องกับคำกล่าวข้อหนึ่งของ วิจารณ์ พานิช⁷ ที่กล่าวว่า ความรู้ คือ สิ่งที่เหมาะสมนำไปใช้ จะไม่หมกหรือลึกลับหรือแต่จะยิ่งงอกเงยหรืองอกงามขึ้น หรือ ความรู้ คือ สารสนเทศที่นำไปสู่การปฏิบัติ และจากทาคูจิ และโนนาเกะ³ กล่าวว่าไว้ว่า “ความรู้” หมายถึง ความเชื่อที่ยอมรับแล้วว่าเป็นจริง ความเห็นของ เอล-ฮาวารี¹⁶ กล่าวว่า ความรู้ คือ วัตถุของจริงที่สามารถให้รหัส แจกจ่าย เข้าใจ และนำไปใช้เพื่อบรรลุเป้าหมายได้ ความรู้ถือเป็นสิ่งเฉพาะตัวของแต่ละบุคคลที่เกิดขึ้นจากการศึกษา การค้นคว้า หรือประสบการณ์ที่มีการผสมผสานระหว่างการรับรู้ ความจำ ความคิด ความเข้าใจ และความรู้สึกของบุคคล ความรู้แสดงออกให้ปรากฏแก่บุคคลอื่นผ่านพฤติกรรม สามารถบันทึกและถ่ายทอดได้ ตามความหมาย ความรู้ตามที่อภิปรายมานี้สอดคล้องเช่นเดียวกันกับผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงกระบวนการจัดการความรู้หมายถึงวัฏจักรต่อเนื่องจากการพูดคุย แบ่งปัน แลกเปลี่ยน ลองทำ และทำการจดบันทึกไว้ ความสอดคล้องเกิดขึ้นได้เนื่องจาก ผู้ให้ข้อมูลเป็นแกนนำกลุ่มสูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่พบ 20 คน จากทั้งหมด 27 คน ผ่านประสบการณ์ชีวิตหลากหลาย รวมทั้งความเจ็บป่วยที่มีมาเป็นครั้งคราวมายาวนาน ผ่านการฝึกอบรมจัดการความรู้ที่ มีการรวมตัวหรือเชื่อมโยงของคน/กลุ่มคนที่มีพื้นฐานใกล้เคียงกันอย่างไม่เป็นทางการด้วยกระบวนการ พูดคุย สัมมนา แลกเปลี่ยนระหว่างผู้มีการศึกษาหลากหลายตั้งแต่ไม่ได้เรียน จนถึง ปริญญาตรี ร่วมกันฝึกแก้ปัญหาในภาวะต่าง ๆ ทั้งด้านบวกและด้านลบ ในสังคม ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่กล่าวว่า “มันก็คืออะไรก็ได้ ที่ทำแล้ว ทำให้เราใช้ชีวิตประจำวันได้ดี ” “สิ่งที่พิสูจน์ได้ว่าปฏิบัติได้จริง” “ใช่ สิ่งที่ดี นะ ถือเป็นความรู้ที่เราอยากจะได้รับเอามา แล้วพอเราได้รับเอามาปฏิบัติแล้ว เราเห็นว่า มันดี เราก็เอาไปบอกต่อสอนคนอื่น” “สิ่งที่เราทดลองทำ ทำแล้วบอกต่อ วิธีบอกต่อก็จะต่อยอดความรู้แบบหนึ่ง” ด้วยความเชื่อ ประสบการณ์ การปฏิบัติจริงและการรับรู้ของแกนนำกลุ่มสูงอายุที่ถ่ายทอดออกมาครั้งนี้จึงเห็นความเป็นไปได้ที่ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ สามารถพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพของสังคมชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ได้ ประพนธ์ ผาสุยดี¹⁷ กล่าวไว้เช่นกันว่า “โดยทั่วไปพบว่าสัดส่วนความรู้ของบุคคล ความรู้เฉพาะตัวหรือความรู้ฝังลึกของบุคคลมีมากกว่าความรู้ชัดแจ้งหรือความรู้ที่แสดงออกมากถึง 4 ต่อ 1 ด้วยข้อเท็จจริงนี้ การสนับสนุนให้มีการนำพลังความรู้ฝังลึกของผู้สูงอายุมาพัฒนาสังคมชุมชนนับเป็นสิ่งควรปฏิบัติอย่างยิ่ง” ซึ่งงานวิจัยของศิริพงษ์ เกี้ยวสกุล¹⁰ สนับสนุน “การนำพลังผู้สูงอายุมาใช้ในการจัดการความรู้เพื่อเป้าหมายของการพัฒนาชุมชน” ซึ่งจะทำได้ประโยชน์ทั้งสองทาง คือ การพัฒนาความรู้ ประสบการณ์ผู้สูงอายุเองและพัฒนาสังคมชุมชนไปพร้อม ๆ กัน

ประเด็นที่ 2 กระบวนการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูล ระบุว่า “กระบวนการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ” ไว้ 1 แนวทาง คือ จากประสบการณ์ตรง ซึ่งมีองค์ประกอบ 1) พูดคุย แลกเปลี่ยน แบ่งปัน เห็นตัวแบบ 2) ลองทำด้วยตนเอง 3) รับรู้ด้วยตนเอง 4) จดบันทึก และส่งข้อมูลต่อกัน

ผู้ให้ข้อมูล ระบุว่า กระบวนการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ จากประสบการณ์ตรง ซึ่งหมายถึง การพูดคุย แลกเปลี่ยน แบ่งปัน เห็นตัวแบบ การลองทำด้วยตนเอง การรับรู้ด้วยตนเอง และการจดบันทึกและส่งข้อมูลต่อกัน อภิปรายได้ว่า แกนนำกลุ่มสูงอายุนั้นรับรู้ว่าการจัดการความรู้ นั้น เป็นวงจรต่อเนื่อง ไม่มีที่สิ้นสุด เริ่มต้นจากการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ แบ่งปัน หรือเห็นตัวแบบ ซึ่งหมายถึง การเชื่อมต่อความรู้ ข้อมูลข่าวสารระหว่างคนกับคน



เมื่อมีการส่งผ่านความรู้จากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง ความรู้จะถูกผสมผสานและปรับแต่งถือเป็นปฏิกิริยาภายในบุคคลเชิงสังคม (socialization) จากประสบการณ์ของตนเองเมื่อนำมาผสมผสานกับความรู้ใหม่ที่ได้รับ ต่อจากนั้น นำข้อมูลที่ได้รับไปลองทำ หลังจากการลองทำ วิเคราะห์ ประเมินผลก่อน หลังการปฏิบัติ เมื่อพบว่าได้ผลดี ทำการจดบันทึกเพื่อการบอกต่อหรือเผยแพร่ต่อไป สอดคล้องกับแนวคิดของทาคูจิ และโนนากะ³ ที่เสนอการสร้างความรู้ใหม่ ด้วย โมเดลเชกิดังกล่าวจากประสบการณ์ตรง เช่นคำพูดว่า “นอกจากอ่านหนังสือฟังข่าวแล้วยังต้องไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เข้ากลุ่มหรืออบรมอะไรต่างๆ” ตัวอย่างการลองทำด้วยตนเองซึ่งเป็นการทำให้เห็นความรู้ประจักษ์ คือ “องค์ความรู้นี้จะต้องลองพิสูจน์ ด้วยตนเองว่ามันจริงไหม สมมุติอย่างปลาน้ำจืดใช้ไหมคะ ล้างและมันไม่หาย ชิงแก่ทุบๆ แล้วขยำแล้วเอาปลา ลงไปแช่ มันก็จะล้างขาว” ตัวอย่างการรับรู้ด้วยตนเองซึ่งเป็นการนำความรู้จากแหล่งต่างๆ หลากหลายมาประกอบกันเป็นความรู้ใหม่ เช่น “รู้เท่า รู้ทัน รู้กัน รู้แก่” อย่างคนอายุเยอะ ๆ แล้ว จากประสบการณ์แล้วจะรู้เท่าทัน รู้กัน รู้วิธีกันแล้วก็รู้วิธีแก่” ส่วนตัวอย่าง การจดบันทึกและส่งข้อมูลต่อกันซึ่งเป็นการสั่งสมเป็นความรู้เฉพาะตัว ถูกบันทึกไว้เพื่อบอกต่อ เช่น “แพทย์ที่ดีที่สุดก็คือตัวเรา เราจะรู้ว่าเราเป็นอะไรใช้ไหม แล้วถ้าเราแก้ไขไม่ได้เราก็ต้องไปหาหมอ แพทย์ที่ดีที่สุดก็คือ ตัวเรา แล้วโรงพยาบาลที่ดีที่สุดก็คือครัว เราก็ทำอาหาร ทำอาหารที่ถูกสุขลักษณะมากินนะ และก็ยาที่ซื้อ ยาที่ดีที่สุดก็คืออาหารเนี่ยเราจะได้ข้อมูลแบบนี้เราก็จด จด จด ลักษณะนี้นะ แล้วเรา ก็ไปพูดที่เรา จดไว้ให้คนฟัง”

การจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของแกนนำกลุ่มสูงอายุ เทศบาลเมืองคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าครอบคลุมเรื่อง การออกกำลังกาย อาหาร สมุนไพร การกำจัดขยะ ความพอเพียง และการรักษาสุขภาพจิต สอดคล้องกับงานวิจัยถอดบทเรียนของ เวธกา กลิ่นวิจิต และคณะ¹⁸ ที่พบว่าได้แนวปฏิบัติที่ดีในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนนักปฏิบัติ โดยมีชุมชนนักปฏิบัติเกิดขึ้น 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอาหารสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มการออกกำลังกาย กลุ่มการจัดการอารมณ์และความเครียด กลุ่มเรื่องยา และกลุ่มรู้เท่าทันโรคภัยไข้เจ็บ และการศึกษาของพิทักษ์ ทองสุข และคณะ¹⁹ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรค สามารถมีการแลกเปลี่ยนความรู้และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ ชุมชนมีการพัฒนาและเรียนรู้ไปด้วยกัน โดยเฉพาะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้นจึงอภิปรายได้ว่า การจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลคลองหลวง มีการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้จาก การที่ได้มีการพูดคุยและถ่ายทอดข้อมูลความรู้ให้แก่กันและกันในกลุ่ม

ด้วยความรู้ความเข้าใจที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้จากการฝึกอบรมที่จัดโดยคณะพยาบาลศาสตร์ ทั้งได้นำไปปฏิบัติจริง แสดงให้เห็นว่าผู้ให้ข้อมูลรับรู้กระบวนการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้มาจาก ข้อมูลเชิงประจักษ์ คือ จากประสบการณ์ตรง การรับรู้ข้อมูลเชิงประจักษ์ดังเช่นนี้จะทำให้ได้แนวความคิดการนำพลังของแกนนำกลุ่มสูงอายุไปพัฒนาสังคมชุมชนด้วยการให้แกนนำกลุ่มผู้สูงอายุมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้การพัฒนาสามารถปฏิบัติและเป็นจริงได้

ประเด็นที่ 3 ปัจจัยสนับสนุนการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูล รับรู้ปัจจัยสนับสนุนการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบไปด้วย แก่นสาระ ที่ 1. มีปัจจัยเอื้อ มีสิ่งสนับสนุน ประกอบไปด้วย 1) การมีใจรักต่อการมีสุขภาพดี 2) การมีสิ่งเอื้ออำนวย และ แก่นสาระที่ 2. การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ได้แก่ 1) มีความไว้วางใจ เชื่อถือศรัทธา

ผู้ให้ข้อมูล รับรู้ ปัจจัยสนับสนุนการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบไปด้วย การมีใจรักต่อการมีสุขภาพดี การมีสิ่งเอื้ออำนวย ซึ่งหมายถึงว่า การมีใจรักที่จะใฝ่หาความรู้เพื่อการเป็นผู้มีสุขภาพดี สิ่งเหล่านี้ย่อมเป็นแรงหนุนอย่างดีของการพูดคุย แลกเปลี่ยน แบ่งปันสิ่งที่ตนรู้ ลองทำและได้ผลดีมาก่อน ดังคำกล่าว “มีชมรมตั้งกันมาแล้วชวนกันไป เมื่อได้ไปพบปะกันแล้วก็มีโอกาสคุยกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้” “ใจรักและมีเวลาว่าง ดึกว่าอยู่เปล่า ๆ เต้นวันหนึ่งอายุยืนไปซักวันหนึ่งละ” “มีผู้จริง คุยเข้าใจง่าย ไม่เครียด” “ภูมิใจ สนุกเพราะว่าในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งหมดนี้ละ คือจะคิดไปในแนวทางเดียวกัน” นอกจากนี้ การมีสิ่งเอื้อสนับสนุน คือ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมต่างๆ รวมทั้งสิ่งเสริมอื่น ๆ ได้แก่ ฐานะเศรษฐกิจ พบ ผู้ให้ข้อมูลจำนวนรวม 22 คน ใน



27 คนที่มีเงินเหลือเก็บและมีรายได้พอเพียง การพบปะกันในรูปแบบ การเป็นชมรม อาทิ ชมรมผู้สูงอายุ หรืออาสาสมัครในรูปแบบต่างๆ ที่มีความเป็นกันเอง มีความคุ้นเคย สนับสนุนกันล้วนเป็นสิ่งสนับสนุนให้ผู้สูงอายุซึ่งได้ชื่อว่าเป็นผู้ที่มากด้วยข้อมูล มากด้วยประสบการณ์ เคยลองผิดลองถูกมากมายได้มีโอกาสพบปะ สังสรรค์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งกันและกันได้มากขึ้น

ผู้ให้ข้อมูล ระบุว่าปัจจัยสนับสนุนการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ อีกลักษณะหนึ่ง คือ การมีสัมพันธภาพที่ดี ได้แก่ มีความไว้วางใจ เชื่อถือศรัทธา สอดคล้องกับแนวคิด Community of Practice: CoP หรือที่เรียกว่า “ชุมชนแห่งการเรียนรู้ หรือชุมชนนักปฏิบัติ” พชรินทร์ ลิธสุทร⁵ กล่าวถึงสาระสำคัญของคำว่า CoP หมายถึง การรวมตัวหรือเชื่อมโยงของคน/กลุ่มคนที่มีพื้นฐานใกล้เคียงกันอย่างไม่เป็นทางการ มีความสนใจเรื่องใกล้เคียงกัน มีเป้าหมายร่วมกัน ลักษณะที่ไม่เป็นทางการและใกล้ชิดกันตั้งนี้จะเอื้อต่อการเรียนรู้ กลุ่มคนจะมีความไว้วางใจสนับสนุน รู้จักกันดี ทำให้มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ปฏิสัมพันธ์ระหว่างคน/กลุ่มคน ทำให้เกิดการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนความรู้โดยเฉพาะความรู้ฝังลึก คน/กลุ่มคน สะดวกใจที่จะแบ่งปันหรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกันและกัน มุ่งมั่นร่วมกันที่จะพัฒนาการทำงานของตนเอง/ชุมชนให้ดีขึ้น ดังคำกล่าว “บรรยากาศที่พบกันทำให้เรากล้าพูด กล้าแสดงออก” “ก็มีประโยชน์นะ แบบพอเราไปบอกไปอะไรเค้าเนี่ย คนก็ให้ศีลให้พรเนาะ เค้าให้ศีลให้พร แล้วเขาก็สนับสนุน ก็ช่วยให้กำลังใจ เราว่าเราทำงานชุมชน มันต้องเพื่อชุมชน ทำดีที่สุด อะไรต่ออะไรเขาก็ให้ดีต่อกำลังใจ เราก็มั่นใจทำ” “การที่เราจะคุยกับเขาให้สำเร็จเนี่ย ก็ต้องสร้างความเชื่อมั่น ก็ต้องเป็นต้นแบบให้กับทุกคนได้เห็นก่อน เป็นต้นแบบเพราะเราจะต้องทำให้เป็นต้นแบบก่อน แล้วก็ต้นแบบที่ดีให้เกิดความรักความศรัทธา”

ประเด็นที่ 4 ปัจจัยขัดขวางการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูลระบุว่าปัจจัยขัดขวางการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบไปด้วย แก่นสาระ ที่ 1. คือ การไม่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพ ซึ่งมีองค์ประกอบ ได้แก่ 1) ไม่ให้เวลาดูแลตนเอง ขาดการใฝ่รู้ และแก่นสาระที่ 2. คือ การขาดวินัยในตนเอง ซึ่งมีองค์ประกอบ ได้แก่ 1) ไม่อดทน ไม่มีเหตุผล ไม่ฝึกฝนวินัยตนเอง และเก็บตัว

ผู้ให้ข้อมูล ระบุว่าปัจจัยขัดขวางการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ คือ การไม่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพ ซึ่งหมายความว่า ไม่ให้เวลาเรื่องสุขภาพ ไม่อยากเรียนรู้ ดังคำกล่าว “เค้าไปพบปะพูดคุยกับเพื่อนฝูงไม่ได้ เขาบอกไม่มีเวลา เค้าทำงาน บางทีเข้าเวร” “ก็ทำตามบางครั้ง ก็ไม่ได้ผลเค้าบอกมีเวลาไม่มาก” “มันก็มีบ้างอุปสรรค อุปสรรคของเราคือ บางทีหนึ่งเราต้องดูแลลูกหลานด้วย อันนี้ถือว่าเป็น อุปสรรคแล้วนะ ดูแลลูกหลาน วันนี้แฟนไม่อยู่ ไปธุระ อันนี้ ๆ เวลาเรานัดกับเพื่อนไว้ก็ไม่ได้ไปมันคือ อุปสรรค” “ก็บางทีเขาไม่มีเวลา เรื่องไม่มีเวลาเพราะต้องทำงาน กลับมีตอะไรอย่างนี้ ก็เฉพาะคนที่มีความไคร่ว่างก็ไปไม่ได้บังคับ ไคร่ว่างก็ไปพูดคุย ออกกำลังนะ ชวนกันไป” การไม่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้อีกปราชัยได้ว่า อาจมีเหตุผลมาจากครอบครัวผู้ให้ข้อมูลล้วนเป็นครอบครัวขยาย จำนวนสมาชิกในครอบครัวมีตั้งแต่ 2-7 คน และมีถึง 5 ครอบครัวที่มีฐานะเศรษฐกิจไม่พอใช้ ยังต้องทำงานหนักเพื่อการยังชีพ และมีจำนวนผู้ให้ข้อมูลที่เจ็บป่วยและมีโรคประจำตัวถึง 15 คน ด้วยเหตุผลเหล่านี้ อาจเป็นปัจจัยหนึ่งทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่สนใจใฝ่รู้ เรื่องอื่น ๆ นอกจากการทำมาหากิน และไม่สามารถพบปะ แลกเปลี่ยนเรียนรู้และเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนได้อย่างสม่ำเสมอ

ผู้ให้ข้อมูล ระบุว่าปัจจัยขัดขวางการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพอีกลักษณะหนึ่ง คือ การขาดวินัยในตนเอง ซึ่งหมายความว่า เมื่อบุคคลขาดวินัยตนเอง บุคคลย่อมขาดการควบคุมพฤติกรรม ไม่อดทน ไม่เปิดใจ และเมื่อจะพูดคุยเรื่องสุขภาพอนามัย บุคคลย่อมไม่รับฟัง ดังคำกล่าว “เค้าคือ เขาไม่เปิดใจ แต่เค้าป่วย สิ่งที่ดี ๆ เค้าไม่ทำเค้าเลือกทำที่เค้าชอบ เปลี่ยนตัวเองไม่ได้” “การสร้างความรู้...เขาไม่เห็นด้วยกับเรา” “ก็ไม่มีนะคะ เป็นคนแบบว่าไม่สู้สิ่งกับใครอะไรอย่างนี้ มันก็จะเหงา อยู่ตามลำพังก็ไม่มีใครที่จะมาพูดคุยด้วย” ปัจจัยขัดขวางการจัดการความรู้ดังกล่าวอย่างมานี้ หากพิจารณาความหมายของ Merriam-Webster²⁰ ที่ให้ความหมายความรู้ ไว้ว่า คือ การตระหนักรู้



ดังนั้น “ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริง สถานการณ์ การตระหนักรู้ต่อบางสิ่งบางอย่าง หรือ คือ สถานการณ์ความเข้าใจ ในความจริง ข้อเท็จจริงจากเหตุและผล” ด้วยนัยความหมายดังกล่าวมานี้ บุคคลจะเรียนรู้และแสดงพฤติกรรม แสวงหาความรู้ด้านสุขภาพอนามัย คือสนใจที่จะพูดคุย แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลด้วยกันจะต้องมีความตระหนักรู้ถึงคุณประโยชน์ของการมีสุขภาพที่ดีเสียก่อน ดังนั้นการสร้างความรู้ รวมทั้งการสร้างวินัยตนเอง จึงเป็นเรื่องจำเป็นสิ่งแรกสำหรับกลุ่มบุคคลที่ยังไม่เปิดใจและไม่ให้ความสำคัญต่อการเสริมสร้างสุขภาพ สอดคล้องกับคำกล่าวของเอล-ฮาวารี¹⁶ ที่กล่าวว่า ความรู้เป็นเรื่องเฉพาะตัว ดังนั้น ความรู้เป็นสิ่งเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล ที่เกิดขึ้นจากการศึกษา ค้นคว้า หรือประสบการณ์ที่มีการผสมผสานระหว่างการรับรู้ ความจำ ความคิด ความเข้าใจ และความรู้สึกของบุคคล ความรู้แสดงออกให้ปรากฏแก่บุคคลอื่นผ่านพฤติกรรม สามารถบันทึกและถ่ายทอดได้”

อภิปรายโดยสรุป การให้ความสำคัญต่อการตระหนักรู้เรื่องสุขภาพ การฝึกฝนวินัยตนเอง การมีปัจจัยเอื้อ และสิ่งเสริมสนับสนุน สามารถเป็นปัจจัยสนับสนุนหรือขัดขวางการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้น ในการดำเนินงานด้านสุขภาพที่จะให้ได้ผลดี จักต้องคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้เป็นสำคัญ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายคำว่า “ความรู้” หมายถึง สิ่งที่สามารถปฏิบัติให้ประโยชน์ และกระบวนการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้จากการมีประสบการณ์ตรง ดังนั้นพยาบาลควรเร่งพัฒนากลุ่มผู้สูงอายุอื่น ๆ ให้มีความรู้ ฝึกฝนทักษะการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยการเอื้อปัจจัยสนับสนุน ในการต่อยอดนำความรู้ ประสบการณ์ ของผู้สูงอายุมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลตนเอง สร้างความรู้ใหม่ และเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ใกล้ชิดในชุมชน ซึ่งเท่ากับ มีการใช้พลังความรู้ที่ผู้สูงอายุมีอยู่มาใช้ประโยชน์ พัฒนาคุณภาพชีวิต พัฒนาสังคม และชุมชนให้มีการจัดการความรู้ด้านสุขภาพอนามัยที่ได้ผลและเป็นจริงได้

2. จากการศึกษาครั้งนี้น่าสนใจพบปัจจัยขัดขวางการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ คือความไม่ตระหนักรู้ ไม่ให้ความสำคัญเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีและการไม่มีวินัยตนเอง สถิติพบผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ (Non Communicable Disease: NCD) มีจำนวนสูงขึ้นทุกวัน ดังนั้นงานวิจัยที่จะให้ข้อเสนอแนะ ตอบคำถาม ทำอย่างไร จึงจะสร้างความตระหนักรู้ ให้ความสำคัญเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและการฝึกฝนวินัยตนเองแก่บุคคลได้ จึงเป็นเรื่องน่าศึกษาค้นคว้าต่อไป ซึ่งด้วยความจริงเช่นนี้ผู้สูงอายุที่มากด้วยข้อมูล ประสบการณ์ชีวิต ประกอบด้วยทั้งความซัดเซงและความรู้ฝังลึก คือแหล่งเรียนรู้ที่ดีที่สุดสำหรับตอบคำถามข้างต้น

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะผู้ให้ข้อมูลแก่นากลุ่มสูงอายุ ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเทศบาลเมืองคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี เท่านั้น

References

1. Stamoulis D, Platid C, Sepetis A, Psomiadi M-E. Knowledge management driven information system for improved service in the social administration field. *International Journal of Caring Sciences* 2020;13(2):1480-8.
2. Girard JP, Girard JL. Defining knowledge management: toward an applied compendium. *Online Journal of Applied Knowledge Management* 2015;3(1):1-20.
3. Takeuchi H, Nonaka I. *Hitotsubashi on knowledge management*. Singapore: John Wiley & Son (Asia); 2004.
4. Garcia S, Sosa-Fey J. Knowledge management: what are the challenges for achieving organizational success. *International Journal of Business and Public Administration* 2020;17(2):15-28.



5. Sirashonthorn P. Community of practice: theory, technique and process. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2009.
6. Melati C, Janissek-muniz R, Marques Curado CM. Decision-making quality of public managers: contributions from intelligence and knowledge2021;25(2):1-16.
7. Panich V. Learning organization and knowledge management. 2nded. Bangkok: Tata Press;2012.(in Thai).
8. Junsiri T. A development of knowledge management in private hospital, Bangkok [Master Thesis]. Bangkok: Christian University.2015.(in Thai).
9. Phuttharaksa L. Model of developing elder care taker using self-directed learning and knowledge management process. Journal of Educational Research 2013;7(2):195-210.(in Thai).
10. Kaewskul S. A propose guidelines for community knowledge management in utilizing the elderly power for community development [Dissertation]. Bangkok: Chulalongkon University.2012.(in Thai).
11. Kemkeng V. A development of knowledge management model for enhancing wisdom in life-long learning of the elderly. Journal of Educational Review 2017;33(3):60-70.(in Thai).
12. Othaganont P, Kongvattananon P. The effects of using knowledge management skills development program towards knowledge management behaviors on health promotion of the elder leaders at Klong Luang Municipality Community. Faculty of Nursing, Thammasat University;2015.(in Thai)
13. Tappen RM. Advanced research in nursing; from theory to practice. Canada: Jones & Bartlett Learning;2011.
14. Datt S, Chetty P. 8-step procedure to conduct qualitative content analysis in a research [internet].2016 [cited 2019 Dec 15]. Available from: <https://www.projectguru.in/qualitative-content-analysis-research>.
15. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Newbury Park, CA:Sage;1985.
16. Al-hawari M. Knowledge management styles and performance: a knowledge space model from both theoretical and empirical perspectives [internet]. 2004 [cited 2019 June12]. Available from <https://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1243&context=theses>
17. Phasukyud P. Knowledge management. Bangkok: Yaimai; 2006.(in Thai)
18. Klinvichit V, Rodcharkpai Y, Usimart K, Knowledge management on health promotion of the elderly living at eastern region: a case study of Chonburi province and Sakaew province. Burapha Journal of Medicine 2017;4(2):1-16.(in Thai).
19. Tongasuk P. Life-long learning of the elderly living at Takienkaew district, Banglamong, Chonburi province [internet]. 2017 [cited 2019 Nov 15]. Available from: http://www.northern.ac.th/north_research/document/file_14926806481
20. Merriam Webster. Knowledge [internet]. 2020 [cited 2020 Aug 10]. Available from:<https://www.Merriam-Webster.com/dictionary/knowledge> 2020



ประโยชน์ อุปสรรค และความพึงพอใจต่อการเรียนแบบผสมผสาน ในรายวิชาพยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาลตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล Benefits, Obstacles, and Satisfaction with Blended Learning as Perceived by Nursing Students in Nursing Pathophysiology Course

พรศิริ พิพัฒนานันท์¹ ชื่นจิตร์ จันทร์สว่าง¹

Pornsiri Phipatanapanit¹ Chuenjit Junsawang¹

¹โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ

¹Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University Bangkok

Corresponding author: Pornsiri Phipatanapanit; Email: pornsiri.phi@mahidol.edu

Received: July 7, 2021 Revised: January 20, 2022 Accepted: February 4, 2022

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณานี้วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประโยชน์ อุปสรรคและความพึงพอใจต่อการเรียนแบบผสมผสานในรายวิชาพยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 161 คน สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามประโยชน์ของการเรียนแบบผสมผสาน แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการเรียนแบบผสมผสาน และข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาในการเรียนแบบผสมผสาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการเรียนแบบผสมผสาน นักศึกษารู้ประโยชน์ของการเรียนแบบผสมผสานอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=4.13) ความพึงพอใจภาพรวมต่อการเรียนแบบผสมผสานอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย=4.11) และพบปัญหาของการเรียนแบบผสมผสาน 4 ประเด็น ได้แก่ 1) การเข้าถึงระบบสารสนเทศ 2) ปริมาณและความซับซ้อนของเนื้อหา 3) ข้อจำกัดในการสื่อสาร และ 4) เพิ่มภาระงาน ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการเรียนแบบผสมผสานช่วยให้นักศึกษาทบทวนเนื้อหาตามที่ต้องการได้ มีทักษะการเรียนรู้ ความรับผิดชอบ และเกิดความพึงพอใจในการเรียน ควรนำมาใช้ในการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลต่อไป โดยก่อนการจัดการเรียนการสอนควรมีการวางแผนทั้งในระดับหลักสูตรและมหาวิทยาลัย รวมถึงปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้สอนและนักศึกษาเพื่อลดอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการเรียนแบบผสมผสาน

คำสำคัญ: การเรียนแบบผสมผสาน; ความพึงพอใจ; ประโยชน์ของการเรียนแบบผสมผสาน; อุปสรรคของการเรียนแบบผสมผสาน



Benefits, Obstacles, and Satisfaction with Blended Learning as Perceived by Nursing Students in Nursing Pathophysiology Course

Pornsiri Phipatanapanit¹ Chuenjit Junsawang¹

¹Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital,
Mahidol University Bangkok

Corresponding author: Pornsiri Phipatanapanit; Email: pornsiri.phi@mahidol.edu

Received: July 7, 2021 Revised: January 20, 2022 Accepted: February 4, 2022

Abstract

This descriptive study aimed to investigate the benefits, obstacles, and satisfaction with blended learning among second-year nursing students taking a pathophysiology course. Purposive sampling was used to recruit 161 nursing students who were asked to respond to questions regarding demographic characteristics, usefulness of the blended learning questionnaires, satisfaction with blended learning, and open-end questions on barriers to blended learning. Data were analyzed using descriptive statistics for quantitative data and the content analysis method for qualitative data. The results showed that the majority of nursing students perceived a high level of the usefulness on blended learning (Mean=4.13), a high level of satisfaction with blended learning (Mean=4.11). Barriers toward blended learning were grouped into four categories: 1) network access 2) volume and complexity of content 3) communication limitations, and 4) work overload. This study indicated that blended learning was beneficial for nursing students. Blended learning can help them to review the lesson content according to their needs and improve their learning ability, responsibility, and learning satisfaction. Therefore, blended learning should be used for nursing students in the future, and instructors should have a plan at both the course and university level. This should include consultations between teachers and students to reduce obstacles that may arise during blended learning.

Keywords: blended learning; satisfaction; benefits of blended learning; obstacles of blended learning



ความเป็นมาและความสำคัญ

โลกในศตวรรษที่ 21 มีความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีและระบบสารสนเทศ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในหลายด้าน บุคคลจำเป็นต้องมีทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 (21st century skills) อันประกอบด้วย 3R คือ อ่านออก (Reading) เขียนได้ (Writing) และคิดเลขเป็น (Arithmetic) และ 7C คือ ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ไขปัญหา ทักษะการเรียนรู้ ทักษะด้านการสร้างสรรค์ ทักษะด้านความเข้าใจความต่างวัฒนธรรม ทักษะด้านความร่วมมือ ทักษะการสื่อสารและทักษะด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ¹ เพื่อสามารถดำรงชีวิตและก้าวทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมและโลกได้ ดังนั้นระบบการศึกษาในศตวรรษนี้จึงมีการเปลี่ยนแปลงการจัดการเรียนรู้ โดยเน้นที่นักศึกษาและการจัดการศึกษาเพื่อการเรียนรู้ 5 ด้าน คือ ด้านมาตรฐานการเรียนรู้ ด้านการประเมินผลทักษะการเรียนรู้ ด้านหลักสูตรและวิธีการสอน ด้านการพัฒนาทางวิชาการ และด้านสภาพแวดล้อมในการเรียนรู้² ผู้สอนซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการจัดการเรียนการสอนจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการเรียนการสอน จากผู้ให้ความรู้เป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้ สร้างสิ่งแวดล้อมการเรียนรู้ รวมถึงส่งเสริมให้นักศึกษามีการประเมินตนเองเกิดการเรียนรู้และปรับปรุงการเรียนรู้ให้ดีขึ้น เพื่อให้นักศึกษابرลุผลสัมฤทธิ์ตามที่มุ่งหวังอย่างแท้จริง³⁻⁴

การเรียนรู้แบบผสมผสาน (blended learning) เป็นวิธีการจัดการเรียนการสอนแบบหนึ่งที่บูรณาการทั้งการเรียนแบบเผชิญหน้า (face-to-face) ภายในชั้นเรียน และการเรียนรู้ผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ (online learning) ภายนอกชั้นเรียน ทั้งในด้านวิธีการสอน รูปแบบการเรียนรู้ และช่องทางการสื่อสารระหว่างนักศึกษาและผู้สอน โดยยึดนักศึกษาเป็นศูนย์กลางในการออกแบบการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และลักษณะรายวิชา เพื่อตอบสนองความแตกต่างระหว่างบุคคล และเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ของนักศึกษาให้สูงขึ้น⁵⁻⁶ โดยนำข้อดีของการเรียนในชั้นเรียนและข้อดีของการเรียนผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศมารวมกัน นักศึกษาจึงมีอิสระต่อการเรียนเพิ่มขึ้นทั้งในด้านของเวลา สถานที่ และความต้องการในการเรียนรู้ สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้สอนได้ตลอดเวลา มีส่วนร่วมในการเรียนเพิ่มมากขึ้น⁵ ปัจจุบันการเรียนรู้แบบผสมผสานจึงถูกนำมาใช้ในกระบวนการจัดการเรียนการสอนเพิ่มมากขึ้น เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาพัฒนาศักยภาพและทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นในการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการเรียนแบบผสมผสานทำให้เกิดประโยชน์ต่อนักศึกษาหลายประการ เช่น เพิ่มทักษะการเรียนรู้ สร้างวินัยและความรับผิดชอบ ต่อตนเอง มีความยืดหยุ่นในการเรียน ส่งเสริมบรรยากาศการเรียนรู้⁷⁻⁹ และทำให้เกิดความพึงพอใจต่อการเรียน^{7,10} ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าการเรียนแบบผสมผสานเป็นนวัตกรรมในการจัดการเรียนการสอนที่จะช่วยให้นักศึกษาเกิดความพึงพอใจและเกิดผลสัมฤทธิ์ที่ดีต่อการเรียนรู้ของนักศึกษาต่อไป

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง 2560 โดยมุ่งเน้นในการพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้เป็นผู้ที่มีความรู้ และทักษะในการเรียนรู้ สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง มีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนการสอนและนำองค์ความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยมีวิชาพยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาลเป็นวิชาพื้นฐานทางการพยาบาลวิชาหนึ่งเพื่อช่วยให้นักศึกษาเข้าใจเกี่ยวกับความผิดปกติของร่างกาย ซึ่งมีความสำคัญต้องนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยต่อไป¹¹ แต่จากผลการประเมินผลรายวิชาในหลายปีที่ผ่านมาพบว่านักศึกษามีผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ที่ต่ำกว่าเกณฑ์ และพึงพอใจต่อเนื้อหาและกระบวนการเรียนการสอนในภาพรวมน้อยที่สุด เนื่องจากวิชาพยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาลเป็นวิชาที่มีเนื้อหาจำนวนมาก ซับซ้อน ต้องการเวลาในการทำความเข้าใจกลไกความผิดปกติต่างๆ มากกว่าปกติ ซึ่งจากผลการประเมินดังกล่าวนี้สะท้อนให้เห็นว่าการจัดการเรียนการสอนโดยวิธีการบรรยายภายในชั้นเรียนแต่เพียงอย่างเดียวที่ใช้ในรายวิชาพยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาลยังไม่สามารถทำให้นักศึกษาทำความเข้าใจเนื้อหา และเกิดผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ได้ดีเท่าที่ควร ทีมผู้สอนจึงได้ทำการวิเคราะห์และออกแบบวิธีการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์รายวิชาและความต้องการของนักศึกษา ด้วยการนำการเรียนรู้แบบผสมผสานมาใช้ในการจัดการเรียนการสอน



เพื่อเพิ่มช่องทางในการเรียนรู้และกระตุ้นให้นักศึกษาได้พัฒนาทักษะในการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น โดยเลือกวิธีการเรียนแบบผสมผสานให้เหมาะสมกับเนื้อหาในรายวิชาพยาธิสรีรวิทยาทางการแพทย์พยาบาลแต่ละหัวข้อ ทีมผู้สอนเลือกใช้วิธีการบรรยายในชั้นเรียนร่วมกับการศึกษาผ่านวิดีโอประกอบการบรรยายภายนอกชั้นเรียน การทำแบบฝึกหัดบนระบบออนไลน์ การซักถามผ่านช่องทางออนไลน์แบบปิด และการทดสอบย่อยในชั้นเรียน สำหรับหัวข้อที่มีปริมาณเนื้อหาและความซับซ้อนค่อนข้างมากต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจรายละเอียดมาก และเลือกการบรรยายในชั้นเรียนร่วมกับการทำแบบฝึกหัดบนระบบออนไลน์ การซักถามผ่านช่องทางออนไลน์แบบปิดสำหรับหัวข้อที่มีปริมาณเนื้อหาและความซับซ้อนไม่มากนัก เพื่อเพิ่มโอกาสและช่องทางให้นักศึกษาทำความเข้าใจเนื้อหาที่ยากได้ดีขึ้น แต่เนื่องด้วยเนื้อหาในรายวิชาพยาธิสรีรวิทยาทางการแพทย์พยาบาลบางส่วนมีลักษณะเป็นนามธรรม นักศึกษาที่ไม่มีประสบการณ์ในการพบตัวอย่างผู้ป่วยในคลินิกมาก่อน อาจทำความเข้าใจเนื้อหาบางส่วนได้ค่อนข้างลำบาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการนำกระบวนการเรียนแบบผสมผสานมาใช้ในรายวิชาพยาธิสรีรวิทยาทางการแพทย์พยาบาล ทั้งในด้านของประโยชน์ อุปสรรคและความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานดังกล่าว ข้อมูลที่ได้สามารถนำมาใช้ในการปรับปรุงกระบวนการในการจัดการเรียนการสอน และรูปแบบการสอนแบบผสมผสานให้เหมาะสมกับลักษณะรายวิชาในปีการศึกษาต่อไป รวมถึงยังสามารถนำข้อมูลไปเป็นแนวทางในการวางแผนการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานในรายวิชาอื่นที่มีลักษณะของรายวิชาคล้ายคลึงกับวิชาพยาธิสรีรวิทยาทางการแพทย์พยาบาลด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาประโยชน์ของการจัดการเรียนแบบผสมผสานในรายวิชาพยาธิสรีรวิทยาทางการแพทย์พยาบาล
2. ศึกษาความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนแบบผสมผสานในรายวิชาพยาธิสรีรวิทยาทางการแพทย์พยาบาล
3. ศึกษาอุปสรรคของการจัดการเรียนแบบผสมผสานในรายวิชาพยาธิสรีรวิทยาทางการแพทย์พยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการเรียนแบบผสมผสาน (blended learning) ของ Bonk และ Graham⁶ ร่วมกับแนวคิดการประเมินผลการเรียนรู้ของนักศึกษา^{2,12} โดย Bonk และ Graham ได้นิยามการเรียนแบบผสมผสานว่าเป็นระบบการเรียนการสอนที่ผสมผสานระหว่างการเรียนแบบเผชิญหน้ากับการเรียนการสอนผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยใช้คอมพิวเตอร์เป็นฐานสำคัญในการเรียนรู้ เพื่อตอบสนองความแตกต่างของนักศึกษาและเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ของนักศึกษาให้สูงขึ้น โดยมีองค์ประกอบของการจัดการเรียนแบบผสมผสาน 5 ประการ คือ 1) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นปัจจุบัน เพื่อให้ นักศึกษามีส่วนร่วมในการเรียนในช่วงเวลาเดียวกัน เช่น การบรรยายในชั้นเรียน 2) การเรียนเนื้อหาแบบออนไลน์ ซึ่งนักศึกษสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองตามสภาพความพร้อมหรือความสามารถในการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล เช่น การเรียนผ่านบทเรียนออนไลน์ 3) การสร้างสิ่งแวดล้อมให้นักศึกษาสามารถสื่อสารกับบุคคลอื่น ทั้งกลุ่มนักศึกษาด้วยกันและอาจารย์ผู้สอนจากระบบสื่อออนไลน์ 4) การวัดและประเมินผลการเรียนรู้โดยการประเมินความก้าวหน้าผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษา เพื่อนำไปสู่การพัฒนาการเรียนรู้อต่อไป 5) มีเอกสารสนับสนุนการเรียนการสอน เช่น เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งช่วยสนับสนุนการเรียนการสอน¹³

ส่วนแนวคิดการประเมินผลการเรียนรู้ของนักศึกษา เป็นกลวิธีในการตรวจสอบสภาพของนักศึกษาตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ และเป็นวิธีการในการตรวจสอบประสิทธิภาพและประสิทธิผลของสภาพการจัดการเรียนการสอน² กระบวนการวัดและประเมินผล ประกอบด้วย 1) การกำหนดวัตถุประสงค์ในการจัดการเรียนการสอนที่คาดหวังให้เกิดขึ้นหลังการเรียนรู้ 2) การดำเนินการเรียนการสอน 3) การวัดและประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้และการประเมินผลลัพธ์ของกระบวนการสอนที่นำไปสู่การเกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ รวมถึงการหาแนวทางในการสนับสนุน



ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมการเรียนรู้ให้ดีขึ้น โดยองค์ประกอบทั้งสามส่วนมีความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน¹² ข้อมูลที่ได้จากการประเมินผลการเรียนรู้ของนักศึกษาจึงนำไปใช้ในการพัฒนาความสามารถในการเรียนรู้ของนักศึกษาและปรับปรุงข้อบกพร่องในกระบวนการจัดการเรียนรู้ได้

โดยเมื่อพิจารณาแนวคิดการจัดการเรียนแบบผสมผสานร่วมกับการประเมินผลการเรียนรู้ของนักศึกษาข้างต้นแล้ว พบว่าการจัดการเรียนแบบผสมผสานเป็นกระบวนการเรียนการสอนที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ของนักศึกษาได้⁵⁻⁶ และยังช่วยให้นักศึกษามีความสามารถในการเรียนรู้ เข้าถึงเนื้อหา เข้าใจบทเรียนได้^{9,14} โดยอาศัยกระบวนการเรียนการสอนที่มีความหลากหลาย ดังนั้นในการจัดการเรียนแบบผสมผสาน นอกจากการประเมินผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ของนักศึกษาแล้ว ควรให้ความสำคัญต่อการประเมินผลลัพธ์จากกระบวนการสอนที่นำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ร่วมด้วย ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงการตอบสนองของนักศึกษาต่อกระบวนการเรียนการสอนแบบผสมผสานทั้งในด้านของทักษะ ความพึงพอใจ ความคิดเห็นต่อกระบวนการเรียนแบบผสมผสาน การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นประเมินผลลัพธ์ อันประกอบด้วย ประโยชน์ อุปสรรคและความพึงพอใจของนักศึกษาจากการนำกระบวนการเรียนแบบผสมผสานดังกล่าวมาใช้

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยวิธีการเชิงปริมาณร่วมกับวิธีการเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีทั้งหมดที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาพยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล จำนวน 190 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 162 คน สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ 1) ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาพยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล 2) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา แต่เนื่องจากแบบสอบถามจำนวน 1 ฉบับขาดความครบถ้วนของข้อมูล จึงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 161 คน คิดเป็นร้อยละ 84.74 ของประชากรทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาขึ้นโดยทีมผู้วิจัยเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ และประสบการณ์เดิมของการเรียนแบบผสมผสาน โดยข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประโยชน์ของการเรียนแบบผสมผสาน สำหรับประเมินประโยชน์ของการเรียนแบบผสมผสานตามการรับรู้ของนักศึกษา แบบสอบถามนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นโดย อภิรติ นันทศุภวัฒน์และคณะ⁷ ลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ระดับ 5 คือ มีประโยชน์มากที่สุด ระดับ 1 คือมีประโยชน์น้อยที่สุด มีจำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ คิดคะแนนรวมประโยชน์ของการเรียนแบบผสมผสานตามการรับรู้ของนักศึกษาโดย นำคะแนนในแต่ละข้อมารวมกันและหาค่าเฉลี่ย คะแนนรวมจะอยู่ในช่วง 1.00-5.00 คะแนน โดยแบ่งออกเป็น การรับรู้ประโยชน์น้อยที่สุด (1.00-1.50) การรับรู้ประโยชน์น้อย (1.51-2.50) การรับรู้ประโยชน์ปานกลาง (2.51-3.50) การรับรู้ประโยชน์มาก (3.51-4.50) และ การรับรู้ประโยชน์มากที่สุด (4.51-5.00)⁷

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการเรียนแบบผสมผสาน ทีมผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการเรียนแบบผสมผสาน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดองค์ประกอบในการจัดการเรียนแบบผสมผสานของ



Carman¹³ มีข้อคำถามจำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ ประเมินความพึงพอใจต่อการเรียนแบบผสมผสาน ในด้านสัดส่วนเนื้อหา ภายในชั้นเรียนและภายนอกชั้นเรียน รูปแบบการจัดการเรียนการสอน การประเมินผล การสื่อสารและความพึงพอใจ โดยรวมต่อการเรียนแบบผสมผสาน แบบสอบถามมีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ ระดับ 1 คือความพึงพอใจน้อยที่สุด ระดับ 5 คือความพึงพอใจมากที่สุด คิดคะแนนรวมความพึงพอใจต่อการเรียนแบบผสมผสานโดยนำคะแนนแต่ละข้อมารวมกันและหาค่าเฉลี่ย โดยแปลผลคะแนนเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ความพึงพอใจน้อยที่สุด (1.00-1.50) ความพึงพอใจน้อย (1.51-2.50) ความพึงพอใจปานกลาง (2.51-3.50) ความพึงพอใจมาก (3.51-4.50) และ ความพึงพอใจมากที่สุด (4.51-5.00)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามอุปสรรคและข้อเสนอแนะของการจัดการเรียนแบบผสมผสานในรายวิชาพยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล ข้อคำถามเป็นลักษณะปลายเปิด (open end question) จำนวน 2 ข้อเพื่อสอบถามปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการเรียนแบบผสมผสาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิทางการศึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสื่อการสอน และผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นอาจารย์พยาบาลมีความเชี่ยวชาญในด้านการสอนนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิไปปรับแก้ไขแบบสอบถามก่อนนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาพยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล จำนวน 30 คน จากจำนวนประชากรทั้งหมด 220 คน คงเหลือกลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 190 คน ผลการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 เท่ากับ .83 และ .91 ตามลำดับ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (COA. MURA2021/7) มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมหรือการถอนตัวออกจากโครงการวิจัยโดยที่ไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นให้อิสระกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัยลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอม (consent form) โดยข้อมูลของการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่มีเปิดเผยข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเตรียมการก่อนการวิจัย

1) ประชุมวางแผนกำหนดวิธีการเรียนการสอนให้เหมาะสมในแต่ละหัวข้อ โดยเลือกเนื้อหาที่เหมาะสมกับการบรรยายในชั้นเรียนร่วมกับการทำแบบฝึกหัดบนระบบออนไลน์ การซักถามผ่านช่องทางออนไลน์แบบปิดจำนวน 11 เรื่อง และเลือกเนื้อหาที่มีความเหมาะสมกับการบรรยายในชั้นเรียนร่วมกับการศึกษาผ่านวิดีโอประกอบการบรรยายภายนอกชั้นเรียน การทำแบบฝึกหัดบนระบบออนไลน์ การซักถามผ่านช่องทางออนไลน์แบบปิด และการทดสอบย่อยในชั้นเรียน จำนวน 5 เรื่อง

2) อาจารย์ทุกท่านผู้รับผิดชอบแต่ละหัวข้อจัดทำแผนการสอนรายเนื้อหา ส่วนอาจารย์ที่รับผิดชอบหัวข้อที่มีการศึกษาผ่านวิดีโอประกอบการบรรยายภายนอกชั้นเรียน นอกจากจัดทำแผนการสอนรายเนื้อหาแล้ว รับผิดชอบจัดทำสื่อการเรียนออนไลน์ร่วมด้วย โดยหลังการจัดทำสื่อการเรียนออนไลน์เสร็จเรียบร้อย นำส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน



(ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบแบบสอบถามในการวิจัย) คือ ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านเนื้อหาและผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสื่อทเรียนออนไลน์ตรวจสอบตามเกณฑ์การประเมินของมหาวิทยาลัยก่อนนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอน

3) ทีมผู้สอนทำการเปิดการสอนรายวิชาผ่านระบบ MUx ซึ่งเป็นระบบการจัดการเรียนการสอนของมหาวิทยาลัย โดยมีภาระชี้แจงให้นักศึกษาทราบถึงกระบวนการเรียนการสอน การใช้งานระบบ การวัดและการประเมินผลในวันแรกของการเปิดการเรียนการสอน

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

ภายหลังสิ้นสุดการเรียนการสอนในรายวิชาพยาบาลศิริวิทยาทางการแพทย์พยาบาล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยดังนี้

1) ทีมผู้วิจัย เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยและสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษา โดยกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอม (consent form)

2) กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามทั้ง 4 ส่วน ด้วยตนเอง (self-administrated questionnaires) โดยใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามไม่เกิน 30 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามครบถ้วนจึงนำใส่ซองปิดผนึกและนำส่งให้ทีมผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ประโยชน์ของการจัดการเรียนแบบผสมผสาน และความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนแบบผสมผสาน ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Version 18.0 โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลอุปสรรคของการจัดการเรียนแบบผสมผสาน ด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) จากแบบสอบถามปลายเปิด ทีมผู้วิจัยสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness) ด้วยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) คือ 1) ข้อมูล โดยพิจารณาจากแหล่งผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด สามารถให้ข้อมูลตามที่ต้องการศึกษาได้จริง คือผ่านการเรียนแบบผสมผสานในรายวิชาพยาบาลศิริวิทยาทางการแพทย์พยาบาล 2) ผู้วิจัย โดยร่วมกันเก็บรวบรวมข้อมูล แต่แยกกันตีความข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลและจัดหมวดหมู่ของข้อมูล ตามวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา หลังจากนั้นจึงอภิปรายร่วมกันเพื่อหาข้อสรุปในส่วนที่มีความคิดเห็นไม่ตรงกัน 3) ด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามปลายเปิดร่วมกับการดูข้อมูลจากเอกสารอื่น ๆ เช่น ผลการประเมินรายวิชา ข้อคิดเห็นของนักศึกษาต่อรายวิชา

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง 149 คน คิดเป็นร้อยละ 92.5 และเพศชาย 12 คน คิดเป็นร้อยละ 7.5 มีอายุระหว่าง 19-22 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 20.16 ปี (SD=.58) กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์เดิมในการเรียนแบบผสมผสานจากรายวิชาอื่น จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 74.5 (SD=.44) โดยมีประสบการณ์การเรียนแบบผสมผสานมาก่อนอย่างน้อย 1 รายวิชา จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 72.7 วิชาที่นักศึกษาที่มีประสบการณ์การเรียนแบบผสมผสานมาก่อน เช่น วิชาภาษาไทย วิชาการพยาบาลรากฐาน วิชาเภสัชวิทยา วิชากายวิภาคศาสตร์

ด้านประโยชน์ของการจัดการเรียนแบบผสมผสาน ค่าเฉลี่ยรวมการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 4.13 (SD=.50) โดยนักศึกษารับรู้ว่าการจัดการเรียนแบบผสมผสานมีประโยชน์สามารถทบทวนเนื้อหาได้ตลอดเวลาและทุกสถานที่สูงสุด คะแนนเฉลี่ย 4.62 (SD=.62) รองลงมา คือ มีเสรีภาพในการเรียนรู้และทบทวนสิ่งที่นักศึกษาสนใจ คะแนนเฉลี่ย 4.55 (SD=.63) ในขณะที่นักศึกษารับรู้ประโยชน์ของการจัดการเรียนแบบผสมผสานด้านการสื่อสารกับอาจารย์ผู้สอนได้ตรงประเด็น สะดวกและง่ายขึ้นน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.74 (SD=.76) ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการเรียนแบบผสมผสานของนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาพยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล (n=161)

การรับรู้ประโยชน์ของการเรียนแบบผสมผสาน	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
สามารถทบทวนเนื้อหาได้ตลอดเวลาและทุกสถานที่	4.62	.62	มากที่สุด
มีเสรีภาพในการเรียนรู้และทบทวนสิ่งที่ตนสนใจ	4.55	.63	มากที่สุด
เข้าถึงเนื้อหาได้ง่าย สะดวกและรวดเร็ว	4.45	.74	มาก
สามารถจัดสรรเวลาในการเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง	4.35	.74	มาก
เรียนรู้ได้ทันเหตุการณ์และต่อเนื่อง	4.34	.69	มาก
มีรูปแบบการเรียนรู้ที่หลากหลาย	4.24	.69	มาก
ประเมินความสามารถและความก้าวหน้าของตนเองได้	4.15	.65	มาก
เพิ่มทักษะการเรียนรู้ในเนื้อหาแต่ละบทเรียน	4.10	.60	มาก
มีความรับผิดชอบและมีวินัยในตนเอง	4.02	.78	มาก
เข้าใจบทเรียนแต่ละบทมากขึ้น	4.02	.77	มาก
สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้ด้วยตนเอง	3.97	.75	มาก
ส่งเสริมบรรยากาศของการเรียนรู้	3.89	.76	มาก
มีความกระตือรือร้นในการเรียนมากขึ้น	3.77	.79	มาก
มีการคิดและค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติม	3.74	.81	มาก
สื่อสารกับอาจารย์ผู้สอนได้ตรงประเด็น สะดวกและง่ายขึ้น	3.74	.76	มาก

ด้านความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนแบบผสมผสาน นักศึกษามีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 4.11 (SD=.64) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจต่อการทำแบบฝึกหัดและทดสอบย่อยมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 4.27 (SD=.68) และความพึงพอใจต่อการแบ่งสัดส่วนเนื้อหามีคะแนนน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.84 (SD=.69) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนแบบผสมผสานของนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาพยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล (N=161)

ความพึงพอใจต่อ	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
การแบ่งสัดส่วนเนื้อหา	3.84	.69	มาก
วิธีการจัดการเรียนการสอน	3.95	.64	มาก
การประเมินผล	4.06	.75	มาก
การทำแบบฝึกหัดและทดสอบย่อย	4.27	.68	มาก
การสื่อสารข้อมูล	4.04	.84	มาก
ความพึงพอใจโดยรวม	4.11	.64	มาก



ผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเกี่ยวกับอุปสรรคในการจัดการเรียนแบบผสมผสาน พบว่านักศึกษา จำนวน 74 คน (เพศหญิง 67 คน เพศชาย 7 คน) คิดเป็นร้อยละ 45.96 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด อธิบายอุปสรรคในการจัดการเรียนแบบผสมผสาน สรุปได้ 4 ประเด็น ได้แก่ 1) การเข้าถึงระบบสารสนเทศ 2) ปริมาณและความซับซ้อนของเนื้อหา 3) ข้อจำกัดในการสื่อสาร 4) เพิ่มภาระงาน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การเข้าถึงระบบสารสนเทศ นักศึกษาแสดงความคิดเห็นถึงปัญหาในการเข้าถึงระบบการเรียนออนไลน์ว่า สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่แรง การดาวน์โหลดเอกสารประกอบการเรียนลำบาก ดึงข้อความที่นักศึกษาให้ข้อมูลว่า การเข้าถึงระบบ MUx ด้วยอินเทอร์เน็ตในบางครั้งไม่สามารถใช้งานได้ เนื่องจากมีผู้ใช้งานมากเกินไป ทำให้ระบบล่ม (ID073)

เอกสารการเรียนบางส่วนมีปัญหาเรื่องการไม่สามารถเข้าถึงเอกสารทำให้ไม่สามารถดาวน์โหลดเอกสารมาเรียนในคลาสได้ (ID187)

2) ปริมาณและความซับซ้อนของเนื้อหา นักศึกษาแสดงความคิดเห็นถึงสัดส่วนเนื้อหาในสื่อสารสนเทศว่ามีความซับซ้อน รายละเอียดมาก และมีปริมาณมากเกินไป จนบางครั้งทำให้เกิดความเบื่อหน่าย ไม่แน่ใจความเข้าใจของตนเองว่าถูกต้องหรือไม่ ดึงข้อความที่นักศึกษาให้ข้อมูลว่า

วิดีโอมีเนื้อหาเยอะเกินไป น่าจะเอามาเรียนในห้องเรียนเพิ่มมากขึ้น เพราะบางเนื้อหายังไม่เข้าใจ (ID040)

วิดีโอบางตัวซับซ้อน ไม่แน่ใจในความรู้ที่เรียนผ่านออนไลน์ว่าตนเองเข้าใจถูกไหม จึงอยากให้อาจารย์สอน.....

(ID161)

3) ข้อจำกัดในการสื่อสาร นักศึกษาแสดงความคิดเห็นว่าการศึกษาบทเรียนออนไลน์มีข้อจำกัดในด้านการซักถามข้อสงสัย ทำให้ไม่ได้รับคำตอบจากซักถามทันที ดึงข้อความที่นักศึกษาให้ข้อมูลว่า

ในการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ไม่สามารถซักถามข้อสงสัยหรือถามในส่วนที่ไม่เข้าใจได้ในทันที

(ID031)

บางครั้งดูคลิปแล้วไม่เข้าใจ แต่พอจะไปตอบปัญหาเกี่ยวกับเคสที่ต้องส่งวันพรุ่งนี้แล้วไม่รู้จักตอบอะไรไม่รู้จักถามใคร ปกติก็เลยตอบไปแค่บางข้อแล้วที่เหลือไปฟังคำตอบในห้องเรียนเอา (ID089)

4) เพิ่มภาระงาน นักศึกษาแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการเรียนแบบผสมผสานว่าเป็นการเพิ่มงานให้กับนักศึกษา โดยเฉพาะการศึกษาบทเรียนออนไลน์ ทำให้ต้องจดเนื้อหาเพิ่มขึ้น จัดสรรเวลาในการเรียนมากขึ้น รวมถึงต้องใช้เวลาในการเรียนเพิ่มมากขึ้น ดึงข้อความที่นักศึกษาให้ข้อมูลว่า

การเรียนแบบออนไลน์ทำให้เข้าใจยาก เสียเวลาในการจดเมื่อเทียบกับการเรียนในห้องจะมีชีทเอกสารประกอบการเรียนทำให้เห็นผ่านตา เข้าใจมากขึ้น มองเห็นภาพมากขึ้น (ID105)

นักศึกษาต้องจัดสรรเวลาในการเรียนรู้ออนไลน์เอง ซึ่งถ้าจัดสรรไม่ดีในบทเรียนไหน ก็จะทำให้ไม่เข้าใจบทเรียนนั้นได้ (ID219)

นอกจากนี้พบว่านักศึกษามีจำนวน 50 คน (เพศหญิง 47 คน เพศชาย 3 คน) คิดเป็นร้อยละ 31.11 ของกลุ่มตัวอย่าง เสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการจัดการเรียนแบบผสมผสานของวิชาวาทยาสรีรวิทยาทางการแพทย์ ใน 3 ประเด็น คือ 1) สื่อการสอนผ่านระบบออนไลน์ 2) สัดส่วนเนื้อหา 3) เอกสารสนับสนุนการเรียน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) สื่อการสอนผ่านระบบออนไลน์ นักศึกษาเสนอแนะเกี่ยวกับสื่อการสอนบนระบบออนไลน์ว่าควรรวมเป็นคลิปยาวไม่แบ่งหลายคลิปในเรื่องเดียวกัน โดยน้ำเสียงที่ใช้ในสื่อการสอนควรเป็นเสียงคล้ายกับการบรรยายในชั้นเรียน และเพิ่มเติมภาพประกอบให้มากขึ้นจะช่วยให้มีความน่าสนใจและเข้าใจได้ง่ายขึ้น ดึงข้อความที่นักศึกษาให้ข้อมูลว่า

อยากให้ทำคลิปมารวมกัน เพราะบางอันไม่ควรแยกกลับแบ่งเป็น 2-3 part มันทำให้เยอะเกินไปและทำให้ไม่ยอดดู (ID180)



เสียงบรรยายในวิดีโอเรียบเป็นเสียงเดียวกันทำให้เกิดความง่วง และความน่าสนใจลดลง ควรเพิ่มลูกเล่นในการใช้โทนเสียงบรรยายให้คล้ายบรรยายภาคในห้องเรียนจะช่วยเพิ่มความสนใจในการเรียนออนไลน์มากขึ้น... (ID217)

2) สัดส่วนเนื้อหา นักศึกษาเสนอแนะเกี่ยวกับการแบ่งสัดส่วนเนื้อหาว่าควรแบ่งเนื้อหาการสอนในชั้นเรียนให้มากกว่าเนื้อหาบนสื่อการสอนออนไลน์ และไม่ควรมีความซ้ำซ้อนกันระหว่างการเรียนในชั้นเรียนและการเรียนนอกชั้นเรียน ดึงข้อความที่นักศึกษาให้ข้อมูลว่า

เนื้อหาในระบบ MUx บางเรื่องมันมีเยอะมาก แต่พอเป็นเนื้อหาที่สอนในห้องกลับน้อยน่าจะสลับในส่วนนี้ โดยให้พาร์ทที่สอนในห้องเรียนเยอะว่าพาร์ทใน MUx ... (ID035)

อยากให้แบ่งเนื้อหาจากออนไลน์มาเรียนในห้อง เพราะวิดีโอบางตอนมีความยากมากและเป็นเรื่องที่เข้าใจยากในบางเรื่อง (ID147)

3) เอกสารสนับสนุนการเรียน นักศึกษาเสนอแนะว่าควรมีเอกสารเพิ่มเติมตามการบรรยายบนระบบออนไลน์สำหรับนำไปทบทวนและสะดวกในการเรียนรู้มากขึ้น ดึงข้อความที่นักศึกษาให้ข้อมูลว่า

อยากให้อาจารย์อัปเดตสไลด์ต่างๆ ในวิดีโอลงให้ด้วยเวลาอยากทบทวนจะได้เปิดดูโดยไม่ต้องเปิดวิดีโอ (ID049)

อภิปรายผล

นักศึกษารับรู้ประโยชน์ของการจัดการเรียนแบบผสมผสานในรายวิชาพยาธิสรีรวิทยาทางการแพทย์พยาบาลอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาผลลัพธ์ของการเรียนแบบผสมผสานในรายวิชาการผดุงครรภ์⁹ รายวิชาภาวะผู้นำ และการจัดการทางการแพทย์⁷ ที่พบว่านักศึกษามีความคิดเห็นเชิงบวกต่อการเรียนแบบผสมผสาน^{7,9} จึงอธิบายได้ว่า การเรียนแบบผสมผสานซึ่งมีการเรียนภายนอกชั้นเรียนผ่านสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศเป็นองค์ประกอบ ทำให้นักศึกษามีเวลาในการทำความเข้าใจเนื้อหาเพิ่มมากขึ้น สามารถเลือกทบทวนเนื้อหาส่วนที่ตนเองไม่เข้าใจซ้ำๆ ได้ สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของนักศึกษาในปีการศึกษาที่ผ่านมาของรายวิชาพยาธิสรีรวิทยาทางการแพทย์พยาบาล ที่ระบุว่าเนื้อหาในรายวิชานี้มีจำนวนมาก ต้องการเวลาในการทำความเข้าใจเนื้อหา นอกจากนี้การเรียนภายในชั้นเรียน นักศึกษาจะได้รับการอธิบายเพิ่มเติมและตอบข้อซักถามจากครูผู้สอน ซึ่งทำให้นักศึกษาเข้าใจเนื้อหาที่ยากและไม่สามารถทำความเข้าใจด้วยตนเองได้ จึงทำให้นักศึกษารับรู้ประโยชน์ของการเรียนแบบผสมผสานอยู่ในระดับมาก โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าประโยชน์ของการเรียนแบบผสมผสานด้านความสะดวกในการทบทวนเนื้อหาได้ตลอดเวลาและทุกสถานที่และด้านมีเสรีภาพในการเรียนรู้และทบทวนสิ่งที่สนใจอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับแนวคิดของ University of Western Sydney ที่กล่าวว่า การเรียนแบบผสมผสานทำให้เกิดความยืดหยุ่น สามารถเข้าถึงบทเรียนได้ง่ายขึ้น และเข้าถึงสิ่งที่สนใจได้สะดวกขึ้น¹⁵ นอกจากนี้อาจอธิบายได้ว่าประโยชน์ด้านความสะดวกในการทบทวนเนื้อหาได้ตลอดเวลาและทุกสถานที่และด้านมีเสรีภาพในการเรียนรู้และทบทวนสิ่งที่สนใจอยู่ในระดับสูง เป็นผลมาจากการนำรูปแบบการศึกษาด้วยตนเองผ่านวิดีโอประกอบคำบรรยายมาใช้ในการเรียนภายนอกชั้นเรียน ซึ่งเป็นวิธีการเรียนที่มีความยืดหยุ่นในการเข้าถึงทั้งในด้านสถานที่ เวลา และเนื้อหาแตกต่างจากการสอนแบบเดิมที่นักศึกษาต้องเข้าเรียนในชั้นเรียนตามเวลาที่ผู้สอนกำหนดเท่านั้น ดังนั้นประโยชน์ในด้านความสะดวกในการทบทวนเนื้อหาได้ตลอดเวลา ทุกสถานที่ และมีเสรีภาพในการทบทวนสิ่งที่สนใจจึงเป็นประโยชน์ที่ชัดเจนของการเรียนแบบผสมผสานในรายวิชาพยาธิสรีรวิทยาทางการแพทย์พยาบาล

นอกจากนี้การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการเรียนแบบผสมผสานมีประโยชน์ต่อนักศึกษาในการเพิ่มทักษะการเรียนรู้ ความรับผิดชอบและวินัยในตนเอง การเรียนรู้อย่างต่อเนื่องและทันเหตุการณ์ รวมถึงสามารถประเมินความสามารถ



และความก้าวหน้าในการเรียนรู้ของตนเองได้ อันเป็นทักษะที่นักศึกษาในศตวรรษที่ 21 ควรได้รับการพัฒนาทั้งสิ้น สอดคล้องกับแนวคิดของภาคีเครือข่ายเพื่อทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 (The Partnership for 21st Century Skill) ที่กล่าวว่า การจัดการศึกษาควรเตรียมความพร้อมให้นักศึกษารู้จักคิด รู้จักเรียนรู้ ทำงาน แก้ปัญหา มีความสามารถในการเข้าถึงสารสนเทศ¹ ดังนั้นการเรียนแบบผสมผสานจึงเป็นวิธีการจัดการเรียนการสอนที่มีประโยชน์และช่วยพัฒนาทักษะให้กับนักศึกษาได้ ควรใช้ในการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาพยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาลและรายวิชาอื่นต่อไป

นอกจากนี้ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การเรียนแบบผสมผสานช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดความพึงพอใจโดยรวมระดับมาก อาจเนื่องจากการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานในรายวิชาพยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาลมีความหลากหลายของกิจกรรม มีแบบฝึกหัดและการทดสอบย่อย ช่วยให้นักศึกษาสามารถประเมินความสามารถของตนเองได้ตลอดการเรียน ดังจะเห็นได้จากคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจด้านการทำแบบฝึกหัดและการทดสอบย่อยที่มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Ross et. al. ที่ชี้ว่าการทดสอบย่อยทำให้นักศึกษาเกิดแรงจูงใจ มีส่วนร่วมในการเรียน และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการเรียน¹⁶ กิจกรรมการทำแบบฝึกหัดและการทดสอบย่อยจึงเป็นองค์ประกอบที่ทำให้ให้นักศึกษาเกิดความพึงพอใจในการเรียนแบบผสมผสาน แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาผลการศึกษารับรู้ประโยชน์ร่วมด้วย พบว่าการทำแบบฝึกหัดย่อยในรายวิชาพยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาลและการทดสอบย่อย แม้จะทำให้ให้นักศึกษาประเมินความสามารถและความก้าวหน้าของตนเองได้ แต่ยังกระตุ้นให้นักศึกษามีความกระตือรือร้นในการเรียน รู้จักการคิดและค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมได้ไม่มาก ดังนั้นในการจัดการเรียนแบบผสมผสาน อาจต้องออกแบบกิจกรรมอื่นเพิ่มเติมเพื่อกระตุ้นให้นักศึกษาได้คิดวิเคราะห์ ค้นหาความรู้เพิ่มเติม เช่น การวิเคราะห์กรณีศึกษา เป็นต้น

นอกจากนี้ การศึกษานี้พบว่า นักศึกษาร้อยละ 45.96 เสนออุปสรรคของการเรียนแบบผสมผสาน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า นักศึกษาจำนวนมากพบอุปสรรคระหว่างการเรียนแบบผสมผสานในรายวิชาพยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล เช่น การเข้าถึงบทเรียนและเอกสารประกอบการเรียนออนไลน์ สอดคล้องกับผลการศึกษารับรู้ประโยชน์ของการเรียนแบบผสมผสานด้านการส่งเสริมบรรยากาศในการเรียนรู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ใน 4 ลำดับสุดท้าย ซึ่งอาจเป็นผลกระทบจากปัญหาการเข้าถึงระบบเรียนออนไลน์ที่ไม่สะดวกทำให้บรรยากาศในการเรียนรู้ลดน้อยลง นอกจากนี้เมื่อพิจารณาสภาพแวดล้อมในการเรียนบทเรียนออนไลน์ของนักศึกษา พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่เรียนบทเรียนออนไลน์ผ่านทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ตของมหาวิทยาลัย จึงทำให้มีความไม่เสถียรของสัญญาณอินเทอร์เน็ตจากการใช้งานปริมาณมากในช่วงเวลาเดียวกันได้ ดังนั้นเพื่อเป็นการส่งเสริมบรรยากาศการเรียนรู้ที่ดีขึ้น ผู้สอนควรคำนึงถึงความพร้อมของเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ในขณะเดียวกันหลักสูตรและระบบสารสนเทศของมหาวิทยาลัยควรทำการตรวจสอบสัญญาณอินเทอร์เน็ตให้มีความแรงและพร้อมในการเข้าถึงเพิ่มมากขึ้นก่อนเปิดการเรียนการสอน

อุปสรรคด้านสัดส่วนเนื้อหาของบทเรียนออนไลน์ที่มีความซับซ้อนและปริมาณมากเกินไป เป็นอีกประเด็นที่นักศึกษาแสดงความคิดเห็น สะท้อนให้เห็นว่าบทเรียนออนไลน์ที่มีปริมาณเนื้อหาและความซับซ้อนมาก แม้จะทำให้ นักศึกษามีเสรีภาพในการทบทวนสิ่งที่ตนเองไม่เข้าใจได้ตามความต้องการแต่อาจไม่สามารถทำให้นักศึกษาเกิดความเข้าใจ บทเรียนแต่ละบทเรียนได้มากขึ้นเท่าที่ควร ดังนั้นผู้สอนควรทบทวนวัตถุประสงค์และเนื้อหาบทเรียนออนไลน์อีกครั้ง โดยแบ่งเนื้อหาส่วนของบทเรียนออนไลน์ให้มีปริมาณน้อยกว่าเนื้อหาในชั้นเรียน และมีความซับซ้อนของเนื้อหาไม่มากเกินไป จนนักศึกษาไม่สามารถทำความเข้าใจด้วยตนเองได้ ควรเน้นเนื้อหาบทเรียนออนไลน์ที่เป็นพื้นฐานความรู้ที่นักศึกษาจำเป็นต้องนำมาใช้ในการต่อยอดองค์ความรู้ที่มีความซับซ้อนมากกว่า

ประเด็นข้อจำกัดในการสื่อสาร เป็นอีกอุปสรรคที่พบในการเรียนแบบผสมผสานของรายวิชาพยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล สอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณด้านความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการสื่อสารข้อมูล ที่พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าวิธีการสื่อสารผ่านสื่อออนไลน์ระบบปิด (Facebook) ที่รายวิชาพยาธิสรีรวิทยาทางการ



พยาบาลนำมาใช้ ยังเป็นระบบการสื่อสารที่ไม่สามารถแก้ไขข้อจำกัดทางด้านการสื่อสารได้ อาจเนื่องมาจากเวลาในการเข้าถึงช่องทางการสื่อสารที่แตกต่างกันของนักศึกษาและผู้สอน ดังนั้นทั้งผู้สอนและนักศึกษาอาจพิจารณาร่วมกันถึงช่องทางที่สะดวกในการสื่อสารรวมถึงช่วงเวลาในการตอบข้อซักถามเกี่ยวกับบทเรียนด้วย

นอกจากนี้ นักศึกษาคิดว่าการเรียนแบบผสมผสานในรายวิชาพยาธิสรีรวิทยาทางการแพทย์พยาบาลทำให้มีภาระงานมากกว่าการเรียนในชั้นเรียนเพียงอย่างเดียว เนื่องจากต้องจัดสรรเวลาและใช้เวลาในการศึกษาด้วยตนเองมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Gedik และคณะ ที่พบว่านักศึกษาไม่มีปัญหาในการบริหารจัดการเวลาในการเรียนแบบผสมผสาน¹⁷ แต่อย่างไรก็ตามภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นในรายวิชาพยาธิสรีรวิทยาทางการแพทย์พยาบาลมีผลมาจากปัจจัยอื่นร่วมด้วยเช่น ไม่มีเอกสารประกอบการสอนของบทเรียนออนไลน์ สัดส่วนเนื้อหาบนระบบออนไลน์ที่มากเกินไป ดังนั้นการวางแผนเกี่ยวกับสัดส่วนเนื้อหา และเอกสารสนับสนุนการเรียนเป็นสิ่งที่คุณสอนควรคำนึงถึงและสนับสนุนให้เกิดความสะดวกในการเรียนมากขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการเรียนแบบผสมผสานทำให้นักศึกษามีความสะดวกในการทบทวนเนื้อหา และมีเสรีภาพในการเรียนรู้สิ่งที่นักศึกษาสนใจได้ รวมถึงยังสามารถพัฒนาทักษะการเรียนรู้ ทักษะการแก้ไขปัญหาได้ ดังนั้นควรนำการเรียนแบบผสมผสานมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาพยาธิสรีรวิทยาทางการแพทย์พยาบาลต่อไป

2. กิจกรรมการทำแบบฝึกหัดและทดสอบย่อยช่วยให้นักศึกษาประเมินความสามารถและความก้าวหน้าของตนเองได้ ซึ่งทำให้นักศึกษาเกิดความพึงพอใจ ดังนั้นแบบฝึกหัดทำยบทเรียนและการทดสอบย่อยในแต่ละบทเรียนเป็นสิ่งที่ควรมีในการเรียนแบบผสมผสาน

3. การจัดการเรียนแบบผสมผสานควรมีกิจกรรมที่กระตุ้นให้นักศึกษามีความกระตือรือร้นในการเรียน รู้จักการคิดและค้นคว้าหาความรู้เพิ่มมากขึ้น เช่น การศึกษาจากกรณีตัวอย่าง

4. ก่อนการจัดการเรียนแบบผสมผสานควรมีการวางแผนทั้งในระดับหลักสูตรและมหาวิทยาลัย รวมถึงการปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้สอนและนักศึกษาเพื่อลดอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการเรียนแบบผสมผสาน เช่น การเข้าถึงสัญญาณอินเทอร์เน็ต ข้อจำกัดในการสื่อสาร

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงองค์ประกอบด้านอื่นในการเรียนแบบผสมผสาน เช่น ปัจจัยด้านผู้สอน สื่อการสอน ต่อประโยชน์และอุปสรรคของการเรียนแบบผสมผสาน

References

1. Thanormchayathawat B, Vanitsupavong P, Niemted W, Portjanatanti N. 21st century skills: a challenge for student development. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2016; 3(2):208-22.(in Thai).
2. Buathong S. Measurement and assessment of learning skills in the 21st century. Veridian E-Journal Silpakom University.2017;10(2):1856-67.(in Thai).
3. Tuntirojanawong S. A direction of educational management in the 21st century. Veridian E-Journal Silpakom University.2017;10(2):2843-54.(in Thai).
4. Turner K, Leungratanamart L, Niranrat S, Jarmarerux J, Wattanakull B, Reubreaung T. Twenty first century skills of nursing students of boromarajonani college of nursing, chonburi. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2015;25(2):178-93.(in Thai).



5. Waichompu N, Jussapalo C. Challenges of nursing instructors: blended learning. *EAU Heritage Journal Science and Technology*.2017;11(1):15–29.(in Thai).
6. Graham CR. Blended learning systems: definition, current trends, and future directions. In: Bonk CJ, Graham CR, editors. *Handbook of blended learning: global perspectives, local design*. San Francisco: Pfeiffer Publishing;2004.
7. Nantsupawat A, Nantsupawat R. Satisfaction and outcomes of the teaching styles with blended learning in a nursing leadership and management course, faculty of nursing, Chiang Mai University. *Nursing Journal*. 2013;40:47–60.(in Thai).
8. Kiviniemi MT. Effects of a blended learning approach on student outcomes in a graduate-level public health course. *BMC Medical Education*.2014;14(47).
9. Fadel EA, Yousif A, Mohammed HH. International students' perceived usefulness and satisfaction with professional midwifery blended learning course. *American Journal of Nursing Research*. 2016;4(3):108–13.
10. Thaewpia S, Potchana R, Intaraphet S. The impact of blended learning on learning achievement satisfaction, and self-directed learning among nursing students. *Journal of Nursing Science & Health*.2019;42(4):121–31. (in Thai).
11. Richards A, Edwards S. *Essential pathophysiology for nursing and healthcare student*: Open University Press;2014.
12. Sirum U, Chaiso P, Ekwarangkul P, Ugsonkid S. Strategies of assessment for learning for learner in the 21st century. *Sripatum Review of Humanities and Social Sciences*.2020(;20)193–200.(in Thai).
13. Carman JM. Blended learning design: five keys ingredients [internet]. 2002 [cited 2020 May 20] Available from: <http://blended2010.pbworks.com/f/Carman.pdf>.
14. Rueangsawat S, Saetew P, Choome P. The effect of blended learning management on 21st century learning skills for nursing students, Boromarajonani College of Nursing, Suratthani. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2020;21(1):235–44.(in Thai).
15. Saliba G, Rankine L, Cortez H. *Fundamentals of blended learning*: University of Western Sydney;2013.
16. Ross B, Chase A, Robbie D, Oates G, Absalom Y. Adaptive quizzes to increase motivation, engagement and learning outcomes in a first year accounting unit. *Int J Educ Technol High Educ*.2018;15:30.
17. Gedik N, Kiraz E, Ozden MY. The optimum: affordances and challenges of blended learning for students. *Turkish Online Journal of Qualitative Inquiry*.2012;3(3):102–17.



การจัดการและการถ่ายทอดความรู้การเพิ่มมูลค่าไข่และผลิตภัณฑ์อาหาร เพื่อรองรับภาวะขาดแคลนไอโอดีนและภาวะปัญญาอ่อน จากการขาดสารไอโอดีนในเด็ก

Knowledge Management and Transfer of Adding Values of Eggs and Food Products for Supporting Iodine Deficiency and Cretinism in Children

จิราพร วรวงศ์¹ ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง¹ พรพรรณ มนัสจกุล² วิจิตร แผ่นทอง¹ นริศรา สุวยรูป³

Chiraporn Worawong¹ Chawewan Sridawruang¹ Pornpun Manasatchakun²

Wichitr Phantong¹ Naritsara Suayroop³

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี ¹Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ²Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai

³มหาวิทยาลัยขอนแก่น ³Khon Kaen University

Corresponding author; Chiraporn Worawong Email: c_worawong2@yahoo.com

Received: December 7, 2021 Revised: January 25, 2022 Accepted: March 20, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการถ่ายทอดความรู้ด้านการเพิ่มมูลค่าไข่และผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อรองรับภาวะขาดแคลนไอโอดีนและภาวะปัญญาอ่อนจากการขาดสารไอโอดีนในเด็ก และพัฒนาศูนย์วิจัยชุมชนด้านการเพิ่มมูลค่าผลิตภัณฑ์การเกษตรในการเพิ่มมูลค่าไข่และผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อรองรับภาวะขาดแคลนไอโอดีนและภาวะปัญญาอ่อนจากการขาดสารไอโอดีนในเด็ก วิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการในตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี องค์ความรู้ถ่ายทอดได้แก่ การพัฒนาผลิตภัณฑ์ เกษตรเสริมไอโอดีน การแปรรูปผลิตภัณฑ์เกษตรเสริมไอโอดีน และโรคขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และการบริโภคอาหารเสริมไอโอดีน ผู้เข้าร่วมวิจัยได้แก่ เกษตรกร ผู้ประกอบการ วิทยากร เจ้าหน้าที่ และประชาชนในพื้นที่ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า การถ่ายทอดองค์ความรู้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและผลสำเร็จที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชนกลุ่มเป้าหมายและชุมชน ผลผลิต ได้แก่ วิทยากรถ่ายทอดความรู้ในพื้นที่ คู่มือและและสื่อดิจิทัลการพัฒนาผลิตภัณฑ์เกษตรเสริมไอโอดีนและการแปรรูป คู่มือโภชนาการและการบริโภคอาหารเสริมไอโอดีน และศูนย์วิจัยชุมชนด้านการเพิ่มมูลค่าผลิตภัณฑ์เกษตรเสริมไอโอดีนตำบลนาพู่ ประโยชน์ต่อชุมชน ได้แก่ เกษตรกรและผู้ประกอบการในพื้นที่รวมกลุ่มเป็นวิสาหกิจชุมชน ผลิตภัณฑ์ได้รับการเพิ่มมูลค่าทางโภชนาการ เกษตรกรมีรายได้เพิ่ม มีคุณภาพชีวิตที่ดี และผลลัพธ์ของการวิจัยส่งผลให้ชุมชนเกิดการพึ่งพาตนเองทางสังคมและเศรษฐกิจ

คำสำคัญ: ไข่เสริมไอโอดีน; ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมไอโอดีน; ภาวะปัญญาอ่อนจากการขาดสารไอโอดีน; โรคขาดสารไอโอดีน



Knowledge Management and Transfer of Adding Values of Eggs and Food Products for Supporting Iodine Deficiency and Cretinism in Children

Chiraporn Worawong¹ Chaweewan Sridawruang¹ Pornpun Manasatchakun²

Wichitr Phantong¹ Naritsara Suayroop³

¹Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani

²Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai

³มหาวิทยาลัยขอนแก่น ³Khon Kaen University

Corresponding author; Chiraporn Worawong Email: c_worawong2@yahoo.com

Received: December 7,2021 Revised: January 25,2022 Accepted: March 20,2022

Abstract

The aim of this study were to: 1) assess the effectiveness of knowledge management and transfer of value addition of eggs and foods to support iodine deficiency and cretinism in children and 2) develop a community research center for adding value to agricultural products, as applied to eggs and food products to support iodine deficiency and cretinism in children. Participatory action research was conducted in Naphu sub-district, Phen district, Udonthani province. The knowledge imparted consisted of the production of iodine fortified agricultural products, processing of agricultural products and iodine deficiency, nutrition, and consuming iodine enriched foods. The participants were farmers, entrepreneurs, local trainers, officers, and local people. Data were collected using questionnaires, interviews, and focus groups. Frequencies, percentages, means, and standard deviations were used to analyze the quantitative data. Content analysis was used to analyze the qualitative data. The research findings revealed that knowledge transfer led to changes and achievement for the benefit of targeted populations and the community, which could be continued and expanded in terms of sustainability in this area. Outputs obtained include producing local trainers, the production of iodine fortified agricultural products , a processing manual and digital media for the transfer of knowledge, a nutrition and iodine-enriched food consuming manual, and a community research center for the production of iodine fortified agricultural products. The benefits to community were that farmers and entrepreneurs could work together in community enterprises, the products had higher nutrition values, generated higher income and achieved a life of prosperity. The outcomes of the study will lead the community to become socially and economically self-reliant.

Keywords: iodine enriched eggs; iodine enriched food products; cretinism; iodine deficiency



ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคขาดสารไอโอดีนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง มีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชากรทุกกลุ่มวัยในทุกวงจรของชีวิต โดยกลุ่มประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงมากที่สุด คือ หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร เด็กทารก และเด็กปฐมวัย การขาดสารไอโอดีนส่งผลให้เกิดภาวะคอพอก ไทรอยด์ฮอร์โมนต่ำ สติปัญญาพัฒนาช้า และภาวะปัญญาอ่อนในเด็ก เนื่องจากไอโอดีนเป็นสารอาหารที่มีความสำคัญต่อการสร้างเซลล์สมอง และการทำงานของร่างกาย โดยเฉพาะทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาจนกระทั่งถึงเด็กทารก 2-3 ปีที่กำลังมีการเจริญเติบโตของสมองมากที่สุด หากได้รับสารไอโอดีนไม่เพียงพอ เซลล์สมองจะเกิดขึ้นน้อยและไม่หนาแน่น อาจส่งผลให้พัฒนาการของสมองเจริญเติบโตไม่เต็มที่ ทารกปัญญาอ่อน ประสาทพิการแต่กำเนิด ความเฉลียวฉลาดหรือระดับสติปัญญาหรือไอคิวของเด็กที่ขาดสารไอโอดีนลดลง ทำให้เด็กมีปัญหาการเรียนส่งผลต่อการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ¹ การดำเนินการด้านการเฝ้าระวัง ติดตาม ส่งเสริม ป้องกัน และแก้ไขภาวะขาดสารไอโอดีนของประชากรจึงมีความสำคัญยิ่ง

มาตรการสำคัญในการป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขภาวะขาดสารไอโอดีน ได้แก่ การส่งเสริมให้หน่วยงานระดับจังหวัด มีการเฝ้าระวังการขาดสารไอโอดีนอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอตามสถานการณ์ของแต่ละจังหวัด การพัฒนาระบบเฝ้าระวังภาวะขาดสารไอโอดีนในประเทศไทยแบบบูรณาการ ประกอบด้วย ผู้ประกอบการเกลือเสริมไอโอดีน ผู้จำหน่าย ผู้บริโภค มารดา ทารกแรกเกิด และเด็กวัยเรียน การส่งเสริมสนับสนุนให้มีการเพิ่มการผลิตและกระจายเกลือเสริมไอโอดีนให้มากขึ้น การส่งเสริมการใช้เกลือเสริมไอโอดีนในการประกอบอาหารหรือส่งเสริมการเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนอื่น ๆ เช่น น้ำปลาเสริมไอโอดีน ซีอิ๊วเสริมไอโอดีน ไข่สดเสริมไอโอดีน ส่งเสริมการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนสูงเป็นประจำ เช่น อาหารทะเลทุกชนิด โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เด็กอายุ 3-5 ปี และผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามการศึกษาวิจัยศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนและตรวจคุณภาพเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนตามโครงการเฝ้าระวังโรคขาดสารไอโอดีนแบบบูรณาการ ปี 2558² พบว่า ครึ่งเรือนใช้เกลือเสริมไอโอดีนในการประกอบอาหารครอบครัวร้อยละ 77.9 ต่ำกว่าเป้าหมายร้อยละ 90 เกือบทุกครัวเรือนมีการบริโภคไข่ไก่และไข่เป็ด ร้อยละ 92.7 ครึ่งเรือนส่วนใหญ่มีการบริโภคอาหารที่มีไอโอดีนอื่น ๆ เช่น ปลา กุ้ง ปู สาหร่ายทะเล ร้อยละ 84.6 นอกจากนี้รายงานการศึกษาผลของการให้ยาเม็ดเสริมไอโอดีนต่อภาวะโภชนาการไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์³ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ยังมีปัญหาการขาดสารไอโอดีน ผลการตรวจปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์พบค่ามัธยฐานปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ 131.7 ไมโครกรัมต่อลิตรต่ำกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตรตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก⁴ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะปัญญาอ่อนในเด็กได้ ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนความจำเป็นของการหาแนวทางและวิธีการดำเนินการในการควบคุมและป้องกันปัญหาการขาดสารไอโอดีนที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับบริบท สถานการณ์ และการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมของท้องถิ่นและชุมชนในภูมิภาคต่าง ๆ ของประเทศ ภายใต้การดำเนินการและความร่วมมือของเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องในการสร้างความรู้ความเข้าใจและความตระหนักถึงผลเสียของโรคขาดสารไอโอดีนที่มีผลต่อระดับสติปัญญาและคุณภาพชีวิตประชาชนคนไทยทุกกลุ่มวัย รวมทั้งทางเลือกในการใช้เกลือและผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนเพื่อมุ่งสู่ความสำเร็จของการพัฒนาเสริมสร้างศักยภาพ และการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนคนไทยในทุกมิติในทุกช่วงวัย

จากสถานการณ์ปัญหาของการขาดสารไอโอดีนและผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาวิจัยเรื่องการเพิ่มมูลค่าไข่และผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อรองรับภาวะการขาดแคลนสารไอโอดีน และภาวะปัญญาอ่อนจากการขาดสารไอโอดีนในเด็ก เพื่อเพิ่มทางเลือก ในการบริโภคอาหารที่เข้าถึงได้และราคาถูก เพื่อช่วยป้องกันการขาดสารไอโอดีนสำหรับผู้บริโภคโดยเฉพาะภาวะปัญญาอ่อนจากการขาดสารไอโอดีนหรือโรคเอ๋อในเด็ก โดยการถ่ายทอดองค์ความรู้สู่การใช้ประโยชน์ให้กับประชาชนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ตำบลนาโพธิ์ อำเภोधุมพันธ์ จังหวัดอุตรดิตถ์



ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความสนใจในการยกระดับ ต่อยอด และขยายผลการดำเนินการต่อเนื่องจากโครงการวิจัยการส่งเสริม การเลี้ยงไก่ไข่และปลูกผักไฮโดรโปนิกส์เพื่อป้องกันและแก้ปัญหาโรคขาดสารไอโอดีนในชุมชนตำบลนาปู่ผู้การเพิ่มมูลค่า ไข่และผลิตภัณฑ์อาหารด้วยกระบวนการผลิตให้มีคุณภาพ มาตรฐาน และเพิ่มคุณค่าทางโภชนาการสำหรับผู้บริโภค ทั้งในโรงเรียน โรงพยาบาล ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และชุมชนในพื้นที่ของตำบลและพื้นที่ใกล้เคียง⁵

ผลสำเร็จที่คาดว่าจะได้รับภายหลังการถ่ายทอดและนำองค์ความรู้ไปใช้ประโยชน์ ได้แก่ ประชาชนมีผลิตภัณฑ์ อาหารสำหรับการบริโภคเพื่อป้องกันและลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดแคลนสารไอโอดีน กลุ่มเกษตรกรในพื้นที่ มีศักยภาพและการรวมกลุ่มในชุมชนเพื่อการทำงาน ฝึกอาชีพ และการสร้างเสริมรายได้จากการยกระดับคุณภาพ มาตรฐานการผลิตและเพิ่มมูลค่าผลิตภัณฑ์ ได้ชุดความรู้เรื่องการเพิ่มมูลค่าไข่และผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อรองรับภาวะขาดแคลน ไอโอดีนและภาวะปัญหาอ่อนจากการขาดสารไอโอดีนในเด็กที่สามารถนำไปต่อยอด ขยายผล และใช้ประโยชน์ในวงกว้าง ได้ชุดความรู้โภชนาการและการบริโภคอาหารเสริมไอโอดีน และมีศูนย์วิจัยชุมชนเรื่องการเพิ่มมูลค่าเพิ่มของผลิตภัณฑ์ เกษตรเพื่อการต่อยอด และขยายผลสู่พื้นที่อื่นในภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนและภูมิภาคอื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาผลของการถ่ายทอดความรู้ด้านการเพิ่มมูลค่าไข่และผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อรองรับภาวะขาดแคลน ไอโอดีนและภาวะปัญหาอ่อนจากการขาดสารไอโอดีนในเด็ก
2. พัฒนาศูนย์วิจัยชุมชนด้านการเพิ่มมูลค่าผลิตภัณฑ์การเกษตรในการเพิ่มมูลค่าไข่และผลิตภัณฑ์อาหาร เพื่อรองรับภาวะขาดแคลนไอโอดีนและภาวะปัญหาอ่อนจากการขาดสารไอโอดีนในเด็ก

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) ใช้กระบวนการวิจัยเชิง ปริมาณและเชิงคุณภาพ (quantitative and qualitative methods) ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ทุนอุดหนุนการทำกิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัย โครงการวิจัย ต่อยอด ขยายผลสู่การใช้ประโยชน์ เพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่ตามโจทย์ปัญหาของจังหวัด/ภูมิภาค โดยเครือข่ายภูมิภาคจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ประจำปีงบประมาณ 2563

ขอบเขตพื้นที่ศึกษาวิจัย

วิจัยนี้ดำเนินการในพื้นที่ตำบลนาปู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ซึ่งเป็นตำบลที่มีความพร้อม มีศักยภาพ มีภาคี เครือข่ายความร่วมมือที่เข้มแข็ง และมุ่งมั่นทำงานเพื่อการพัฒนาสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของประชาชน เป็นพื้นที่เรียนรู้ ศึกษาดูงาน และต้องการการหนุนเสริมทางวิชาการในการพัฒนาผลิตภัณฑ์เกษตรเสริมไอโอดีนและแปรรูปเพื่อเพิ่ม ผลผลิตในการกระจายสู่ตลาดและผู้บริโภครองรับการป้องกันและแก้ปัญหาโรคขาดสารไอโอดีนในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วย 3 กลุ่มที่จะได้รับประโยชน์โดยตรงจากการถ่ายทอดความรู้ในพื้นที่ ดังนี้ 1) กลุ่มวิทยากรถ่ายทอดความรู้ในพื้นที่ จำนวน 40 คน เป็นผู้บริหาร ผู้นำชุมชน เกษตรกรหรือผู้ประกอบการผู้เลี้ยงไก่/เปิด/ปลูกผัก กลุ่มสตรี เจ้าหน้าที่ องค์การบริหารส่วนตำบลนาปู่และหน่วยงานภาคีเครือข่าย 2) กลุ่มประชาชนในพื้นที่ตำบลนาปู่ จำนวน 396 คน และกลุ่ม ประชาชนในพื้นที่ใกล้เคียงจำนวน 6 คน รวมทั้งสิ้น 402 คน โดยเป็นกลุ่มเป้าหมายในการถ่ายทอดความรู้ด้านการเพิ่มมูลค่า



ไข่และผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อรองรับภาวะขาดแคลนไอโอดีนและภาวะปัญญาอ่อนจากการขาดสารไอโอดีนในเด็ก และ 3) กลุ่มเกษตรกรและผู้ประกอบการในพื้นที่ จำนวน 40 คน ที่ต้องการมีอาชีพและรายได้และร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มวิสาหกิจชุมชนด้านการเพิ่มมูลค่าผลิตภัณฑ์เกษตรเสริมไอโอดีนและการแปรรูป

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

วิจัยนี้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน (planning) 2) การปฏิบัติการ (action) 3) การสังเกตการณ์ (observation) และ 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติ (reflection)⁶ ดังนี้

1. การวางแผน ผู้วิจัย ผู้บริหารและผู้แทนหน่วยงานภาคีเครือข่ายร่วมกันศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนของชุมชนที่มีอยู่และถอดบทเรียนการดำเนินงานการแก้ไขปัญหาโรคขาดสารไอโอดีนในพื้นที่ตำบลนาพู่เพื่อการดำเนินการต่อยอดและขยายผลการใช้ประโยชน์ในวงกว้างมากขึ้น

2. การปฏิบัติการ ผู้วิจัยร่วมกับชุมชนจัดการความรู้จากผลงานวิจัยและถ่ายทอดองค์ความรู้สู่กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่เพื่อการนำไปใช้ประโยชน์เป็นรูปธรรมสามารถเชื่อมโยงให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด

2.1 การจัดการความรู้เพื่อการถ่ายทอดความรู้ การจัดการความรู้จากผลงานวิจัยดำเนินการอย่างเป็นระบบครอบคลุมรวบรวม กลั่นกรอง สรุปและประมวลผลองค์ความรู้ให้มีความสมบูรณ์ เข้าใจได้ง่าย ปฏิบัติได้จริงและพร้อมสำหรับการถ่ายทอดสู่กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ โดยมีการจัดทำคู่มือและสื่อดิจิทัลเพื่อการถ่ายทอดความรู้สู่กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ องค์ความรู้ประกอบด้วย 5 องค์ความรู้^{1,7-10} ได้แก่ 1) การผลิตไข่ไก่เสริมไอโอดีน 2) การผลิตไข่เป็ดเสริมไอโอดีน 3) การปลูกผักเสริมไอโอดีน 4) การแปรรูปผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน และ 5) โรคขาดสารไอโอดีน โภชนาการและการบริโภคอาหารเสริมไอโอดีน

2.2 การถ่ายทอดความรู้สู่กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ การถ่ายทอดความรู้ดำเนินการภายใต้กลไกความร่วมมือทางวิชาการ การสนับสนุนวิทยากรจากหน่วยงานภาคีเครือข่าย และวิทยากรในพื้นที่ โดยมีกระบวนการหลักในการถ่ายทอดและนำส่งความรู้สู่กลุ่มเป้าหมาย 3 วิธีการ ได้แก่

2.2.1 การพัฒนาศักยภาพวิทยากรในพื้นที่ ใช้เวลา 6 วัน แบ่งเป็น 1) การศึกษาดูงานชุมชนต้นแบบการพัฒนาชุมชนเชิงพื้นที่แบบองค์รวมสู่การสร้างงาน อาชีพ และรายได้เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี ใช้เวลา 2 วัน และ 2) การพัฒนาศักยภาพวิทยากรในพื้นที่ตามแนวคิด Training for the Trainers ใช้เวลา 4 วัน องค์ความรู้ถ่ายทอดเพื่อพัฒนาศักยภาพวิทยากรให้มีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการถ่ายทอดความรู้ในพื้นที่ ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ 1) เทคนิคการเป็นวิทยากรและการฝึกปฏิบัติทักษะการถ่ายทอดความรู้ 2) การพัฒนาผลิตภัณฑ์เกษตรเสริมไอโอดีน ได้แก่ การผลิตไข่ไก่เสริมไอโอดีน การผลิตไข่เป็ดเสริมไอโอดีน และการปลูกผักเสริมไอโอดีน 3) การแปรรูปผลิตภัณฑ์เกษตรเสริมไอโอดีน เช่น เต้าหู้ไข่เสริมไอโอดีน ไข่เค็มเสริมไอโอดีน 4) การเพิ่มมูลค่าผลิตภัณฑ์เกษตรโดยการเพิ่มคุณค่าทางโภชนาการ และ 5) การบริหารจัดการ การตลาด วิสาหกิจชุมชน และผลิตภัณฑ์ชุมชน

2.2.2 การเสริมสร้างความสามารถของประชาชนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ตำบลนาพู่และพื้นที่ใกล้เคียง ใช้ระยะเวลา 1 วัน ในการถ่ายทอดความรู้ให้กับกลุ่มเป้าหมายครั้งละ 50-75 คน การถ่ายทอดความรู้มุ่งเน้นการสาธิตถ่ายทอดประสบการณ์ ฝึกปฏิบัติ และเรียนรู้ผ่านสื่อดิจิทัล องค์ความรู้ถ่ายทอดประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) โรคขาดสารไอโอดีน โภชนาการ และการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันการขาดสารไอโอดีน และ 2) การพัฒนาผลิตภัณฑ์เกษตรเสริมไอโอดีน ได้แก่ การผลิตไข่ไก่เสริมไอโอดีน การผลิตไข่เป็ดเสริมไอโอดีน และการปลูกผักเสริมไอโอดีน หรือการแปรรูปผลิตภัณฑ์เกษตรเสริมไอโอดีน ได้แก่ ไข่เค็มเสริมไอโอดีน เต้าหู้ไข่เสริมไอโอดีน เค้กไข่เสริมไอโอดีน ขนมสาลี่เสริมไอโอดีน ฝอยทองเสริมไอโอดีน และผักกาดดองเค็มเสริมไอโอดีน



2.2.3 การพัฒนาศักยภาพกลุ่มเกษตรกร ผู้ประกอบการ และวิสาหกิจชุมชนด้านการเพิ่มมูลค่าผลิตภัณฑ์เกษตรในพื้นที่ ใช้เวลา 2 วัน องค์กรความรู้ถ่ายทอด ได้แก่ 1) การเพิ่มผลผลิตและการเพิ่มมูลค่าผลิตภัณฑ์เกษตรด้วยคุณค่าทางโภชนาการ 2) การนำองค์ความรู้ไปใช้ประโยชน์เป็นรูปธรรมในการพัฒนาผลิตภัณฑ์เกษตรเสริมไอโอดีนและการแปรรูป 3) การบริหารจัดการ การตลาด วิสาหกิจชุมชน 4) ผลิตภัณฑ์ชุมชน การรับรองคุณภาพและบรรจุภัณฑ์ และ 5) การเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากฟาร์มสาธิตและแปลงสาธิตในพื้นที่

2.3 การประเมินผลการถ่ายทอดความรู้ในพื้นที่ผู้วิจัยและชุมชนร่วมประเมินผลการถ่ายทอดความรู้ในพื้นที่ครอบคลุมการพัฒนาศักยภาพวิทยากรในพื้นที่ การสะท้อนประสบการณ์ของวิทยากร และประชาชนกลุ่มเป้าหมายในการเข้าร่วมกิจกรรมถ่ายทอดองค์ความรู้ในพื้นที่

3. การสังเกตการณ์ ผู้วิจัยและชุมชนร่วมสังเกตและบันทึกการมีส่วนร่วม ปฏิสัมพันธ์ และการเข้าร่วมกิจกรรมถ่ายทอดความรู้ของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่

4. การสะท้อนผลการปฏิบัติ ผู้วิจัยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับชุมชนผ่านการสัมภาษณ์ สทนากลุ่ม ค้นข้อมูลในพื้นที่ และหาข้อสรุปร่วมกับพื้นที่และภาคีเครือข่ายเกี่ยวกับความสำเร็จด้านผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบที่เกิดขึ้นรวมทั้งประเมินโอกาส ศักยภาพ และสมรรถนะของพื้นที่ในการขยายผลการดำเนินงานให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

การเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการตอบแบบสอบถาม เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่

1.1 แบบประเมินศักยภาพวิทยากรในการถ่ายทอดความรู้ให้กับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีจำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ความรู้ ความสามารถในการถ่ายทอดและการปฏิบัติตามหลักสูตร และ 2) บุคลิกภาพ การสื่อสาร และปฏิสัมพันธ์ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ทุกข้อมีค่า IOC มากกว่า .50 ทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอร์นบาด เท่ากับ .88 การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1.00-1.50 หมายถึง มีศักยภาพระดับน้อยที่สุด 1.51-2.50 หมายถึง มีศักยภาพระดับน้อย 2.51-3.50 หมายถึง มีศักยภาพระดับปานกลาง 3.51-4.50 หมายถึง มีศักยภาพระดับมาก และ 4.51-5.00 หมายถึง มีศักยภาพระดับมากที่สุด

1.2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นเกษตรกร ผู้ประกอบการหรือกลุ่มวิสาหกิจชุมชนในพื้นที่ที่มีอาชีพและรายได้จากการพัฒนาผลิตภัณฑ์เกษตรเสริมไอโอดีนหรือการแปรรูป ผลิตภัณฑ์เกษตรเสริมไอโอดีน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง¹¹ มีจำนวน 26 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) สุขภาพและหน้าที่ 2) สังคมเศรษฐกิจ 3) จิตวิญญาณ และ 4) ครอบครัว ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน แต่ละข้อมีค่า IOC มากกว่า .50 ทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ .79 การแปลผลแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 1.00-1.50 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับน้อย 1.51-2.50 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง 2.51-3.50 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับมาก และ 3.51-4.50 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับมากที่สุด

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้างในการรวบรวมข้อมูล 3 ส่วน ดังนี้ 1) การสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ผู้บริหาร ผู้แทนภาคีเครือข่าย และชุมชน เพื่อค้นหาผลของการถ่ายทอดความรู้และแนวทางในการต่อยอดการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนสารไอโอดีนของพื้นที่ ตัวอย่างคำถาม ได้แก่ สถานการณ์การขาดแคลนสารไอโอดีนของพื้นที่น่าเป็นอย่างไร? องค์กรความรู้ใดที่ควรนำมาพัฒนาเพื่อให้เกิดการดำเนินการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนสารไอโอดีนในพื้นที่? 2) การสนทนากลุ่มวิทยากรในพื้นที่ เพื่อประเมินผลการพัฒนาศักยภาพการเป็นวิทยากร สะท้อนบทบาทหน้าที่ของการเป็นวิทยากรพื้นที่ และการวางแผนการนำองค์ความรู้



ที่ได้รับไปถ่ายทอดในชุมชน ตัวอย่างคำถาม ได้แก่ ท่านรู้สึกอย่างไรที่ได้เข้ามาเป็นวิทยากรในโครงการวิจัย? ท่านวางแผนในการนำองค์ความรู้ที่ได้รับจากการอบรมพัฒนาศักยภาพการเป็นวิทยากรครั้งนี้ไปถ่ายทอดแก่กลุ่มเป้าหมายในชุมชนของท่านอย่างไร? และ 3) การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล (in-depth interview) กลุ่มเกษตรกร ผู้ประกอบการ และวิสาหกิจชุมชน เพื่อสอบถามถึงผลการดำเนินงานด้านการถ่ายทอดความรู้ ประโยชน์ และผลกระทบต่อกลุ่มเป้าหมาย และชุมชนจากการดำเนินโครงการวิจัยนี้ รวมทั้งการพัฒนางานเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในชุมชน ตัวอย่างคำถาม เช่น ท่านคิดว่าโครงการเพิ่มมูลค่าไข่และผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อรองรับภาวะขาดแคลนไอโอดีนและภาวะปัญญาอ่อนจากการขาดสารไอโอดีนในเด็ก มีประโยชน์ต่อชุมชนของท่าน/ชุมชนอื่น ๆ หรือไม่? อย่างไร? ท่านคิดว่าควรต้องมีการพัฒนางาน/กระบวนการอย่างไรเพื่อให้สามารถต่อยอดหรือรองรับการขาดแคลนไอโอดีนในพื้นที่ของท่านหรือพื้นที่/ชุมชนอื่น ๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด? ทั้งนี้ผู้วิจัยมีคำถามเพิ่มเติมเพื่อค้นหาความกระจ่างชัดกรณีที่ต้องการคำอธิบายจากผู้ให้ข้อมูล (probing questions) เช่น ท่านช่วยอธิบายประเด็นนี้ให้ชัดเจนได้หรือไม่? ท่านหมายความว่าอย่างไรในประเด็นที่ได้กล่าวมา?

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)¹² โดยการจัดระเบียบและการอ่านข้อมูล การย่อข้อมูล การกำหนดรหัสข้อมูล การรวมกลุ่มข้อมูล และการจำแนกข้อมูลเป็นหมวดหมู่

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี ที่รับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากล ใบรับรองเลขที่ IRB BCNU 300/39/63

ผลการวิจัย

1. ศึกษาผลของการถ่ายทอดความรู้ด้านการเพิ่มมูลค่าไข่และผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อรองรับภาวะขาดแคลนไอโอดีนและภาวะปัญญาอ่อนจากการขาดสารไอโอดีนในเด็ก

ผลสำเร็จที่เกิดขึ้นด้านผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบจากการนำองค์ความรู้ไปถ่ายทอดและใช้ประโยชน์ในพื้นที่ตำบลนาโพธิ์ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดอุดรธานี มีดังนี้

1.1 ผลผลิตของโครงการ ผลสำเร็จด้านผลผลิตตามตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายที่กำหนด มีดังนี้

1.1.1 วิทยากรในพื้นที่ ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีศักยภาพและผ่านการประเมินความรู้ ความสามารถ และทักษะในการเป็นวิทยากรตามเกณฑ์ที่กำหนดในระดับมากขึ้นไป เพื่อเป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้ต่อในพื้นที่ จำนวน 18 คน บรรลุเป้าหมายที่กำหนดอย่างน้อย 15 คน เป็นเพศหญิง 7 คน และเพศชาย 11 คน อายุเฉลี่ย 50.21 ปี (SD=17.84) ทั้งนี้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมพบคะแนนเฉลี่ยศักยภาพด้านความรู้/ความสามารถในการถ่ายทอด และการปฏิบัติตามหลักสูตรอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.25$, SD=.24) และคะแนนเฉลี่ยศักยภาพด้านบุคลิกภาพ การสื่อสาร และปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.45$, SD=.36)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มวิทยากรในพื้นที่ทำให้เกิดผล 2 ด้าน ได้แก่ 1) เกิดคุณค่าผ่านการเรียนรู้ และ 2) ส่งเสริมการดำเนินงานผ่านการสร้างความเข้าใจ ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 แสดงผลการสะท้อนจากวิทยากรในพื้นที่หลังการได้รับการพัฒนาศักยภาพวิทยากร

Categories	Sub-Categories	Quotations
เกิดคุณค่าผ่านการเรียนรู้	สะท้อนคุณค่าของตนเอง	“ในวันแรกที่เข้ามายังไม่แน่ใจในเรื่องต่างๆ แต่เมื่อมีการศึกษางานก็เลยไปด้วย นำแนวคิดมาใช้ต่อ รู้สึกว่าได้รับความไว้วางใจในการเป็นตัวแทน ถ่ายทอดความรู้สู่หมู่บ้านได้ มีความมั่นใจ จะพยายามเป็นวิทยากรที่ดี พยายามตอบคำถามและให้ความรู้กับชาวบ้านให้ดีที่สุด” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3, กลุ่มที่ 1)
	ยอมรับคุณค่าของชุมชน	“คิดว่าชุมชนเราเป็นต้นแบบได้ ปัญหาเรื่องการขาดไอโอทีนมีอยู่ทุกที่ แต่ยังไม่สามารถแก้ไขได้ อย่างจริงจัง อยากให้พวกเราได้เป็นวิทยากร ร่วมกันและร่วมแก้ปัญหาอย่างจริงจัง สร้างกลุ่มวิทยากรให้เข้มแข็ง ให้ทุกคนมีบทบาท เมื่อเวลาไปถ่ายทอดองค์ความรู้ก็จะจัดเป็นทีมงานของเรา นำความรู้ถ่ายทอดสู่ชุมชน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1, กลุ่มที่ 2)
ส่งเสริมการดำเนินงานผ่าน การสร้างความเข้าใจ	มุ่งใช้ทรัพยากรร่วมกัน	“อยากให้มีการประสานเชื่อมโยงระหว่าง การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การสร้างเงินและรายได้ เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายเราก่อนข้างเยอะ พื้นที่ใช้ของร.ร.ผู้สูงอายุหรือ อบต. ได้ แต่วิทยากรอาศัย วิทยากรในกลุ่มอย่างเดียวอาจจะไม่ครอบคลุม อาจต้องใช้วิทยากรอื่นเช่น รพสต. วิทยาลัยพยาบาล มาช่วย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2, กลุ่มที่ 1)
	คาดการณ์อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น	“เราต้องพูดเรื่องการตลาด ต้องมีการวางแผน เนื่องจากปกติก็ปลูกผักไว้มากอยู่แล้ว อยากรู้ว่า ถ้ามีตลาดเพิ่มขึ้น เราจะสามารถปลูกได้เยอะขึ้นหรือไม่ และถ้าผสมสารไอโอทีนอาจจะต้องมีต้นทุนเพิ่มขึ้น ตรงนี้ต้องวางแผน และเราอาจจะไม่มีกำลังที่จะไปแข่งขันทางการตลาดได้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8, กลุ่มที่ 2)

1.1.2 คู่มือและสื่อเพื่อการถ่ายทอดองค์ความรู้ คู่มือและสื่อดิจิทัลพัฒนาขึ้นเพื่อสนับสนุนการถ่ายทอดและการนำองค์ความรู้ไปใช้ประโยชน์ รวมทั้งสนับสนุนการเผยแพร่สู่การขยายผลและต่อยอดการใช้ประโยชน์ในวงกว้างมากขึ้น ได้แก่ 1) คู่มือการพัฒนาผลิตภัณฑ์เกษตรเสริมไอโอทีนและการแปรรูป 2) คู่มือโภชนาการและ



การบริโภคอาหารเสริมโอโอติน 3) สื่อดิจิทัลการผลิตไข่ไก่เสริมโอโอติน 4) สื่อดิจิทัลการผลิตไข่เป็ดเสริมโอโอติน และ 5) สื่อดิจิทัลการปลูกผักเสริมโอโอติน

1.1.3. ผู้ประกอบการ/เกษตรกร/ผู้สนใจเข้าร่วมกิจกรรมการถ่ายทอดความรู้จากวิทยากรในพื้นที่ ผลการศึกษาพบว่าประชาชนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ตำบลนาพู่และพื้นที่ใกล้เคียงเข้ารับการถ่ายทอดความรู้รวมจำนวน 402 คน บรรลุเป้าหมายที่กำหนดอย่างน้อย 400 คน

1.1.4. ชุมชนตำบลนาพู่มีผลิตภัณฑ์เกษตรเสริมโอโอตินเพื่อการจำหน่ายและกระจายสู่ผู้บริโภค ได้แก่ 1) ไข่ไก่เสริมโอโอตินนาพู่ 2) ไข่เป็ดเสริมโอโอตินนาพู่ และ 3) ผักเสริมโอโอตินนาพู่ และผลิตภัณฑ์ดังกล่าวสามารถแปรรูปเป็นผลิตภัณฑ์อาหารเสริมโอโอติน เช่น ไข่เค็มโอโอตินนาพู่ เต้าหู้ไข่โอโอตินนาพู่ แค็กไข่โอโอตินนาพู่ สาลี่โอโอตินนาพู่

1.2. ผลลัพธ์ของโครงการ การถ่ายทอดและนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในพื้นที่เชื่อมโยงไปสู่ผลลัพธ์ของโครงการ ดังนี้

1.2.1. เกษตรกร ผู้ประกอบการ และวิสาหกิจชุมชน ที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้ด้านการพัฒนาผลิตภัณฑ์เกษตรเสริมโอโอตินและการแปรรูป จำนวน 40 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 75 มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 37.5 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ร้อยละ 90 ส่วนมากมีโรคประจำตัวร้อยละ 82.5 ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 80.0 และไม่มีเพียงพอกับค่าใช้จ่ายร้อยละ 62.5 มีการรวมกลุ่มเป็นวิสาหกิจชุมชน 2 กลุ่มประกอบด้วย 1) กลุ่มผลิตภัณฑ์เกษตรเสริมโอโอติน และ 2) กลุ่มแปรรูปผลิตภัณฑ์อาหารเสริมโอโอติน ผลการศึกษาพบว่าภายหลังเกษตรกรและผู้ประกอบการที่รวมตัวเป็นวิสาหกิจชุมชนและนำองค์ความรู้ถ่ายทอดไปใช้ประโยชน์เป็นรูปธรรมมีระดับคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.15$, $SD=.48$) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ ด้านจิตวิญญาณ ($\bar{X}=3.21$, $SD=.45$) ด้านครอบครัว ($\bar{X}=3.10$, $SD=.52$) ด้านสุขภาพและหน้าที่ ($\bar{X}=3.01$, $SD=.41$) และด้านสังคมเศรษฐกิจมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=2.99$, $SD=.36$)

1.2.2. การจัดตั้งศูนย์วิจัยชุมชน ผลสำเร็จของโครงการทำให้พื้นที่ตำบลนาพู่ได้รับการพัฒนาสมรรถนะให้มีความเข้มแข็งสามารถเชื่อมโยงไปสู่การจัดตั้งศูนย์วิจัยชุมชนด้านการเพิ่มมูลค่าผลิตภัณฑ์เกษตรเสริมโอโอตินในพื้นที่ตำบลนาพู่ ชื่อศูนย์คือ “ศูนย์วิจัยชุมชนผลิตภัณฑ์เกษตรเสริมโอโอตินนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี” เพื่อรองรับการขับเคลื่อนและสนับสนุนการนำองค์ความรู้จากผลงานวิจัยไปถ่ายทอด ต่อยอด และขยายผลให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องสู่การใช้ประโยชน์ในพื้นที่และในวงกว้างอย่างเป็นรูปธรรม

1.3. ผลกระทบของโครงการ ผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังการนำองค์ความรู้ไปใช้ประโยชน์ในพื้นที่ในมิติทางสังคมและด้านเศรษฐกิจ มีดังนี้

1.3.1. ด้านสังคม เกษตรกรและผู้ประกอบการในชุมชนที่เลี้ยงไก่ไข่ เลี้ยงเป็ดไข่ และปลูกผัก ซึ่งเดิมไม่ได้มีการรวมกลุ่มกัน ประกอบกิจการภายในครัวเรือนเท่านั้น มีการรวมตัวกันเพื่อจัดตั้งเป็นกลุ่มวิสาหกิจชุมชนทำให้เกิดเครือข่ายความร่วมมือของสมาชิก กลุ่มมีความเข้มแข็ง ชุมชนเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถ่ายทอดประสบการณ์การนำองค์ความรู้ไปใช้ประโยชน์ให้กับประชาชนในพื้นที่ กลุ่มมีเป้าหมายการขับเคลื่อนงานในพื้นที่ เพื่อการสร้างความสำเร็จของตนเองและการสร้างความมั่นคงของชุมชน ซึ่งเป็นรากฐานของการพัฒนาการดำเนินงานให้ต่อเนื่องจนเกิดความยั่งยืน

1.3.2. ด้านเศรษฐกิจ การรวมกลุ่มเป็นวิสาหกิจชุมชนเพื่อเพิ่มผลผลิตกระจายสู่ตลาดและผู้บริโภค เชื่อมโยงไปสู่การสร้างอาชีพและรายได้ให้กับประชาชนในพื้นที่ ความร่วมมือในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ให้เป็นที่ยอมรับของผู้บริโภค การขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ให้เป็นสินค้าหนึ่งตำบล หนึ่งผลิตภัณฑ์ (One Tambon One Product: OTOP) เพื่อสร้างเอกลักษณ์เฉพาะให้กับผลิตภัณฑ์ สร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้บริโภค เพิ่มโอกาสและช่องทางการตลาดให้มากขึ้น



สร้างมูลค่าเพิ่มให้ผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการยอมรับในตลาดที่กว้างขึ้น และสร้างรายได้หลักให้กับชุมชนนำไปสู่การสร้าง ความเข้มแข็งให้เกิดขึ้นในชุมชนอย่างยั่งยืน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มภายหลังการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์สะท้อนผลกระทบ ที่เกิดขึ้นในประเด็นแนวทางการพัฒนางานเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในชุมชน สามารถอธิบายได้เป็น 2 หมวดหมู่ (categories) ได้แก่ สร้างการขับเคลื่อนจากพื้นที่ และพัฒนาการจัดการด้านการตลาด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงแนวทางการพัฒนางานเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในชุมชน

Categories	Sub-Categories	Quotations
สร้างการขับเคลื่อนจากพื้นที่	ชุมชนช่วยคิดช่วยทำ	“พวกเราต้องถอดเอา ทำงานกันเป็นทีม อย่างวิสาหกิจของชุมชนเรารวมกลุ่มกัน ทำงานไปด้วยกัน มันมีเป้าหมายชัดเจนนะคะพี่ว่า ก่อนจะทำอะไรเราชัดเจน ร้านเรามีของอามพื้มีมูลค่า คนก็รู้จักมากขึ้น มีการจ้างงาน เราก็ช่วยกันผลักดันให้เกิดค่ะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)
	สนับสนุนจากผู้มาในพื้นที่	“ผมว่าเราต้องทำทนายตัวเองอยู่ตลอด ผมก็ให้กำลังใจทีม ให้เขาเห็นความสำคัญที่จะมีต่อเราเองและชุมชนนาปูของเรา เราต้องเปิดรับ เปิดรับทุกอย่าง ช่วยคนที่เขาอยากทำ ให้กำลังใจกันไป ในทีมผม การเกษตรมันไม่ง่าย มันขึ้นอยู่กับกลไกตลาดเป็นเหตุผลที่ทำไมเกษตรกรถึงล้มเหลวถ้า สายป่านไม่ยาว มันมีต้นทุนสูง มันที่บางที่รายใหญ่เขาบีบเรา อย่างความรอดของเกษตรกรมาร้อยคนอาจจะเหลือแค่ 30 คนที่เหลือก็ถอดใจ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)
พัฒนาการจัดการด้านการตลาด	สร้างเอกลักษณ์เฉพาะ	“ถ้าเรายังไม่สามารถเป็นแหล่งผลิตรายใหญ่ได้ ผมว่าการเพิ่มมูลค่านี้แหละสำคัญ ถ้าเราไม่ใช้นักผลิตนะแบบผลิตไม่พอ เราก็ต้องสร้างจุดเด่น ในสินค้าแปรรูป อย่างการแปรรูปสินค้าแบบนี้ให้นึกถึงอาหารเสริม ไอโอดีน นึกถึงเราเลย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)
	ค้นหาวิธีกระจายสินค้าสู่กลุ่มเป้าหมาย	“เราต้องคิดถึงจะทำยังไงให้มันเคลื่อนได้ ทำตามลูกค้าต้องการ หรือส่งตามตลาดนัด หรือตลาดทั่วไปใหม่ ตลาดที่ใหญ่กว่านี้มีไหม ต้องทำโฆษณาใหม่ มีป้าย ต้องให้ผู้บริโภค รู้ตรงนี้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)



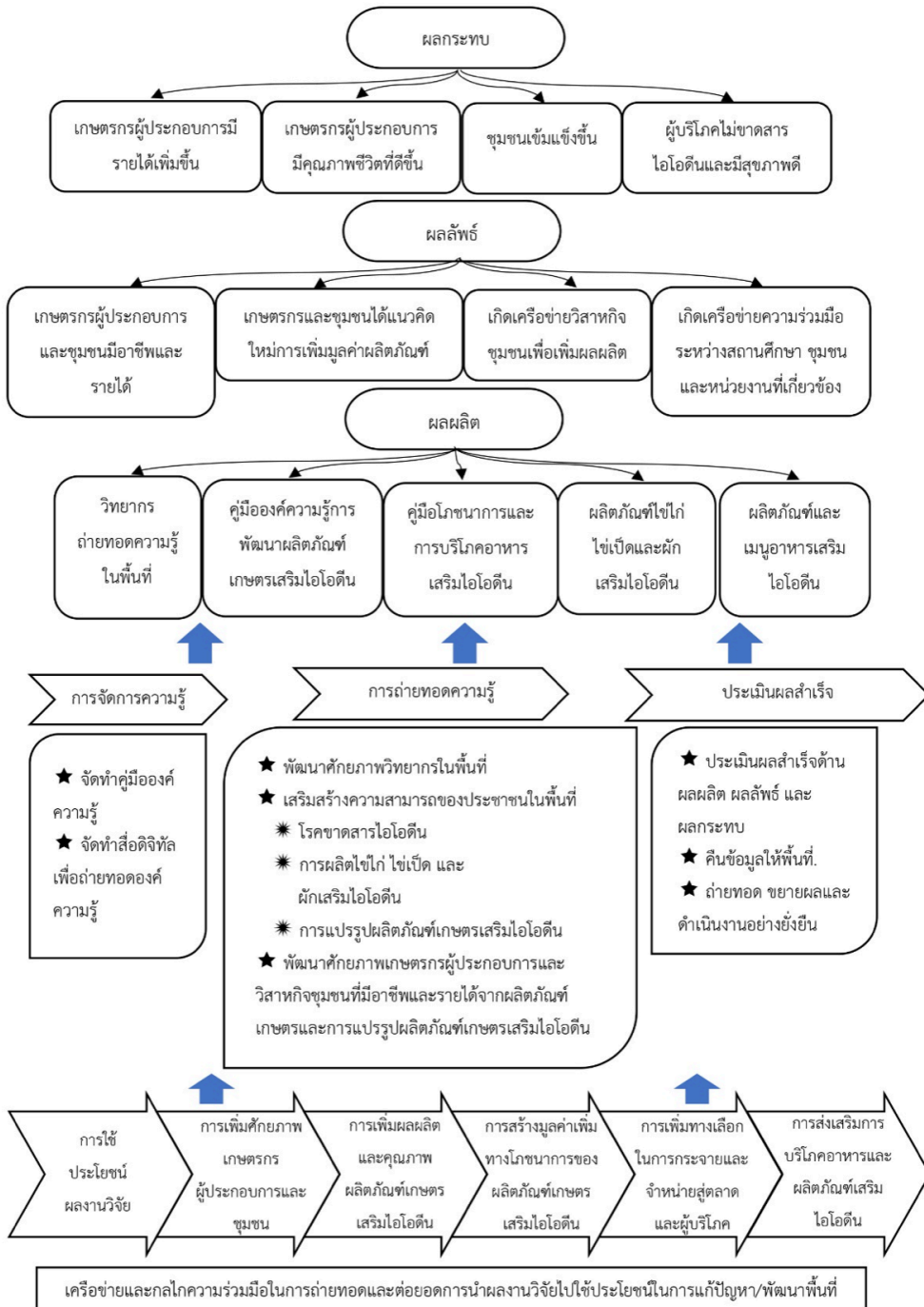
2. พัฒนาศูนย์วิจัยชุมชนด้านการเพิ่มมูลค่าผลิตภัณฑ์การเกษตรในการเพิ่มมูลค่าไข่และผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อรองรับภาวะขาดแคลนไอโอดีนและภาวะปัญหาอ่อนจากการขาดสารไอโอดีนในเด็ก

ศูนย์วิจัยชุมชนผลิตภัณฑ์เกษตรเสริมไอโอดีนนาปู อำเภอยะผิง จังหวัดอุดรธานี เป็นศูนย์วิจัยชุมชนที่จัดตั้งขึ้นในพื้นที่ตำบลนาปู ได้รับการจัดตั้งและเปิดอย่างเป็นทางการ โดย ผู้อำนวยการสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ดร. วิจารณ์ ตี๋อ่อง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ส่งเสริมการถ่ายทอดความรู้จากผลงานวิจัยให้กับประชาชนในพื้นที่ รวมทั้งต่อยอดหรือขยายผลเพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ตรงกับความต้องการของชุมชนในการนำองค์ความรู้ไปใช้ในการแก้ปัญหาและพัฒนาพื้นที่ตามความเหมาะสม และ 2) ส่งเสริมการเป็นแหล่งเรียนรู้ ศูนย์รวมองค์ความรู้และสร้างองค์ความรู้ใหม่ๆ ในชุมชนด้านการเพิ่มมูลค่าผลิตภัณฑ์เกษตรเสริมไอโอดีนที่เกษตรกร ผู้ประกอบการ และชุมชนสามารถเรียนรู้และนำไปใช้ประโยชน์ การดำเนินงานของศูนย์วิจัยชุมชนนี้เน้นให้ชุมชนและภาคส่วนต่างๆ ในพื้นที่มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการและพัฒนาการดำเนินงานตามภารกิจของศูนย์วิจัยชุมชน มุ่งเน้นให้ประชาชนในพื้นที่ดูแลรับผิดชอบ และร่วมดำเนินการเพื่อให้เกิดประโยชน์กับพื้นที่อย่างแท้จริง นำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิต รายได้ที่สูงขึ้น เกิดการพัฒนาเศรษฐกิจฐานรากของชุมชน และการมีสุขภาพดี

ศักยภาพและความพร้อมของศูนย์วิจัยชุมชนที่จัดตั้งขึ้น ได้แก่ 1) ความร่วมมือของหน่วยงานภาคีเครือข่ายและคณะทำงานในพื้นที่ 2) อาคารสถานที่ในการจัดตั้งศูนย์วิจัยชุมชน 3) องค์ความรู้จากผลงานวิจัยที่ตรงกับความต้องการของพื้นที่ด้านผลิตภัณฑ์เกษตรเสริมไอโอดีนและการแปรรูป 4) คู่มือและสื่อดิจิทัลถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์เกษตรเสริมไอโอดีน 5) คู่มือโภชนาการและการบริโภคอาหารเสริมไอโอดีน 6) วิทยากรถ่ายทอดความรู้อย่างต่อเนื่องในพื้นที่ 7) นิทรรศการให้ความรู้ที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย 8) ผลิตภัณฑ์ไข่ไก่ ไข่เป็ด และผักเสริมไอโอดีนในพื้นที่ 9) ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมไอโอดีนจากการแปรรูปไข่และผักเสริมไอโอดีน และ 10) ฟาร์มและแปลงสาธิตในพื้นที่เพื่อการเรียนรู้และถ่ายทอดประสบการณ์การนำองค์ความรู้ไปใช้ประโยชน์

กรอบแนวคิดและเส้นทางการนำองค์ความรู้จากผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ แสดงดังภาพที่ 1

เส้นทางการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์
ศูนย์วิจัยชุมชนผลิตภัณฑ์เกษตรเสริมไอโอดีนนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี



เครือข่ายและกลไกความร่วมมือในการถ่ายทอดและต่อยอดการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหา/พัฒนาพื้นที่

โครงการวิจัยการเพิ่มมูลค่าไข่และผลิตภัณฑ์อาหารรองรับภาวะขาดแคลนไอโอดีนและภาวะปัญญาอ่อนจากการขาดสารไอโอดีนในเด็ก ได้รับทุนอุดหนุนการทำการกรมส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ปีงบประมาณ 2563

ภาพที่ 1 แสดงเส้นทางการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ของศูนย์วิจัยชุมชนผลิตภัณฑ์เกษตรเสริมไอโอดีนนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี



อภิปรายผล

การวิจัยนี้มุ่งเน้นการนำเสนอองค์ความรู้จากผลงานวิจัยที่มีความพร้อมในการเผยแพร่และใช้ประโยชน์ไปถ่ายทอดสู่กลุ่มเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างความสามารถของกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ เกษตรกร ผู้ประกอบการ และชุมชนในพื้นที่ให้มีศักยภาพด้านการเพิ่มมูลค่าผลิตภัณฑ์เกษตรหรือผลผลิตด้วยการเพิ่มคุณค่าทางโภชนาการเพื่อรองรับการขาดแคลนสารไอโอดีนและภาวะปัญญาอ่อนจากการขาดสารไอโอดีนในเด็ก ผลการวิจัยพบว่าการถ่ายทอดองค์ความรู้พื้นที่ตำบลนาพู่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและผลสำเร็จที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชนกลุ่มเป้าหมายและชุมชน และสามารถเชื่อมโยงไปสู่การต่อยอดและขยายผลการดำเนินงานในพื้นที่ที่มีความต่อเนื่องสูงความยั่งยืน ได้แก่ วิทยากรถ่ายทอดความรู้ต่อในพื้นที่ คู่มือและสื่อดิจิทัลเพื่อการถ่ายทอดความรู้ คู่มือโภชนาการและการบริโภคอาหารเสริมไอโอดีน กลุ่มวิสาหกิจชุมชน และศูนย์วิจัยชุมชนด้านการเพิ่มมูลค่าผลิตภัณฑ์เกษตรเสริมไอโอดีนในพื้นที่ การส่งเสริมให้ชุมชนตำบลนาพู่มีองค์ความรู้ไปขยายผลและพัฒนาดำเนินงานไปสู่ความยั่งยืนจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยหลัก 2 ประการ ได้แก่ 1) การบูรณาการความร่วมมือที่เข้มแข็งของภาคีเครือข่ายในการร่วมรับผิดชอบการดำเนินงานต่อเนื่องในพื้นที่ เพื่อการถ่ายทอดองค์ความรู้จากผลงานวิจัยสู่การใช้ประโยชน์ในพื้นที่ และ 2) การสนับสนุนกลไกการถ่ายทอด ต่อยอด และขยายผลการใช้ประโยชน์ในวงกว้าง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตและกระบวนการพัฒนาผลิตภัณฑ์เกษตรเสริมไอโอดีนให้มีคุณภาพ มีคุณค่าทางโภชนาการสูง เพียงพอ และตรงกับความต้องการของตลาดและผู้บริโภครองรับการแก้ปัญหาการขาดสารไอโอดีน

ปัจจัยสู่ความสำเร็จของการดำเนินโครงการวิจัยในพื้นที่ ได้แก่ 1) ความเชื่อมโยงระหว่างองค์ความรู้พร้อมใช้และความต้องการองค์ความรู้ที่ตรงกับความต้องการที่แท้จริงเพื่อการแก้ปัญหของพื้นที่ พัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง 2) การมีส่วนร่วมและความร่วมมือที่เข้มแข็งระหว่างสถาบันการศึกษา ชุมชน และหน่วยงานในพื้นที่ 3) ศักยภาพ ความพร้อม และความต้องการของชุมชนในการต่อยอดการใช้ประโยชน์จากองค์ความรู้ถ่ายทอดสู่การสร้างอาชีพ รายได้ สร้างความเข้มแข็ง และแก้ปัญหของชุมชน รวมทั้งการเป็นแหล่งเรียนรู้และศึกษาดูงานในการขยายผลไปในพื้นที่อื่น ๆ และ 4) ความร่วมมือร่วมใจของวิทยากรในพื้นที่ กลุ่มเกษตรกร ผู้ประกอบการ และวิสาหกิจชุมชนในพื้นที่ในการหนุนเสริมการทำงานในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

ผลการศึกษาด้านการถ่ายทอดองค์ความรู้ ได้แก่ องค์ความรู้การผลิตไข่ไก่เสริมไอโอดีนมีความสอดคล้องกับการวิจัยของอรประพันธ์ ส่งเสริม และคณะ⁵ ซึ่งวิจัยการเสริมธาตุไอโอดีนในอาหารไก่ไข่เพื่อการผลิตไข่ไก่เสริมไอโอดีนแบบเป็นอุตสาหกรรมเพื่อศึกษาระดับการเสริมสารไอโอดีนในอาหาร ไก่ไข่เพื่อเพิ่มปริมาณไอโอดีนในไข่ไก่ให้อยู่ในระดับที่สูงเพียงพอต่อความต้องการในแต่ละวัน โดยไม่ส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพการให้ผลผลิตไข่ของแม่ไก่และต้นทุนการผลิต ผลการศึกษาพบว่าองค์ความรู้การเสริมสารไอโอดีนในอาหารไก่ไข่ได้รับการยอมรับและนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ไข่ไก่ให้มีคุณค่าทางโภชนาการมากขึ้น ผู้บริโภคทุกกลุ่มวัยโดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารไอโอดีน และผู้บริโภคมีทางเลือกเพิ่มในการบริโภคอาหารที่มีสารไอโอดีนครบถ้วนและและราคาไม่แพง เกิดผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจคือ สร้างรายได้ให้กับเกษตรกรผู้เลี้ยงไก่ไข่เสริมไอโอดีน โดยพบว่าเกษตรกรผู้ผลิตมีรายได้เพิ่มขึ้นจากการขายไข่ไก่เสริมไอโอดีนที่ราคาสุทธิที่ขายได้เพิ่มขึ้น 1 บาทต่อฟอง ในขณะที่ต้นทุนการผลิตจากการเสริมสารไอโอดีนในอาหารไก่ไข่เพิ่มขึ้นไม่ถึง 1 สตางค์ต่อ 1 ฟอง ด้านสุขภาพประชาชนได้รับสารไอโอดีนเพิ่มขึ้นและลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคขาดสารไอโอดีนจากการณรงค์ให้ผู้บริโภคบริโภคบริโภคบริโภคไข่ไก่เสริมไอโอดีนเพื่อป้องกันโรคที่เกิดจากการขาดสารไอโอดีน

การพัฒนาศักยภาพวิทยากรในพื้นที่ในการวิจัยนี้พบว่าวิทยากรในพื้นที่สามารถถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ให้แก่กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของชบาไพรัช ยานเนตร์ และ ภักดี โพธิ์สิทธิ์¹³ ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงภายใต้โครงการสัมมาชีพชุมชนซึ่งมีการพัฒนาศักยภาพคนในพื้นที่ให้เป็นวิทยากรสัมมาชีพชุมชนเพื่อถ่ายทอดความรู้อาชีพที่เชี่ยวชาญให้กลุ่มเป้าหมาย



ในชุมชนให้มีอาชีพใหม่ พบว่าวิทยากรที่ได้รับการพัฒนามีศักยภาพในการถ่ายทอดความรู้และสามารถถ่ายทอดความรู้ได้อย่างมั่นใจ มีความภาคภูมิใจต่อการได้เป็นวิทยากรในชุมชนของตนและได้รับการยอมรับจากชุมชนมากขึ้น

ผลการศึกษาด้านการถ่ายทอดและนำองค์ความรู้ไปใช้ประโยชน์พบว่า องค์ความรู้ถ่ายทอดมีความเหมาะสมและตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ ชุมชนสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการถ่ายทอดไปใช้ประโยชน์ในการสร้างอาชีพ รายได้ และยกระดับคุณภาพชีวิตของเกษตรกร ผู้ประกอบการและประชาชนในพื้นที่ตำบลนาโพธิ์ใต้ ชุมชนสะท้อนมุมมองด้านประโยชน์ที่ชุมชนได้รับจากโครงการวิจัยนี้คือชุมชนสามารถใช้ความรู้เพื่อการบรรลุเป้าหมายโดยมุ่งความสำเร็จของตนในด้านรายได้และการดูแลสุขภาพพร้อมกับการพึ่งพาเพื่อความมั่นคงของชุมชนทั้งในด้านความมั่นคงทางองค์ความรู้ ทุนทางสังคม และรายได้ที่เพิ่มขึ้นของสมาชิกในชุมชน ซึ่งมีความเชื่อมโยงทั้งมิติสุขภาพ มิติเศรษฐกิจและมิติสังคมที่เน้นการมีความเป็นอยู่ที่ดีทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน นอกจากนี้ชุมชนยังได้สะท้อนถึงความต้องการให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนของการดำเนินงานเพื่อให้เกิดการขยายองค์ความรู้ด้านไข่และผลิตภัณฑ์อาหารรองรับภาวะขาดแคลนไอโอดีนและภาวะปัญญาอ่อนจากการขาดสารไอโอดีนในเด็ก โดยจำเป็นต้องสร้างการขับเคลื่อนจากพื้นที่และส่งเสริมให้เกิดพัฒนาการจัดการด้านการตลาดและการกระจายสินค้า การพัฒนาผลิตภัณฑ์การจัดการทุนของชุมชน และการนำความรู้ไปต่อยอดให้เกิดกิจการของชุมชนในรูปแบบของวิสาหกิจชุมชนในชุมชนตำบลนาโพธิ์ใต้เพื่อการบรรลุเป้าหมายของการสร้างอาชีพและรายได้สู่การพึ่งพาตนเองของครอบครัวและชุมชนซึ่งจะช่วยส่งเสริมยกระดับคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ของคนในชุมชนตำบลนาโพธิ์ใต้ ผลการศึกษามีความสอดคล้องกับการศึกษาของลักขณา สุกใส และคณะ¹⁴ ซึ่งศึกษาการพัฒนาผลิตภัณฑ์ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการพัฒนาศักยภาพชุมชนยั่งยืนพบว่าผลิตภัณฑ์ต้องสอดคล้องกับความต้องการของผู้บริโภค การจัดการด้านบรรจุภัณฑ์ การโฆษณาช่องทางเข้าถึงสินค้า และการส่งเสริมการตลาดเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับชุมชน และการศึกษาของเพ็ญศรี ฉิรินัง และศิริวัฒน์ เปลี่ยนบางยาง¹⁵ ซึ่งศึกษาการบริหารจัดการวิสาหกิจชุมชนเพื่อความยั่งยืนทางเศรษฐกิจของกลุ่มแม่บ้านเกษตรมหาสวัสดิ์ อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐมพบว่าการทำงานวิสาหกิจชุมชนจำเป็นต้องคำนึงถึงศักยภาพของชุมชน เครือข่ายการทำงาน และบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดความยั่งยืนและชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ประโยชน์และต่อยอดขยายผล ได้แก่ 1) ส่งเสริมการถ่ายทอดและนำองค์ความรู้ไปใช้ประโยชน์ให้เกิดอย่างต่อเนื่องในพื้นที่และสามารถขยายผลสู่พื้นที่อื่น ๆ ผ่านศูนย์วิจัยชุมชนในการเผยแพร่ ฝึกอบรม เป็นแหล่งเรียนรู้และศึกษาดูงานให้กับกลุ่มเกษตรกร ผู้ประกอบการ วิสาหกิจชุมชน ผู้ที่สนใจ และหน่วยงานต่าง ๆ 2) ส่งเสริมการนำองค์ความรู้ถ่ายทอดไปใช้ประโยชน์และขยายผลในพื้นที่ในวงกว้างมากขึ้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพคุณภาพการผลิตและการเพิ่มคุณค่าทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์เกษตรเสริมไอโอดีนและการแปรรูปเพื่อรองรับความต้องการของผู้บริโภคและตลาดที่เพิ่มมากขึ้น 3) ต่อยอดการแปรรูปผลิตภัณฑ์เกษตรเสริมไอโอดีนเพื่อสร้างมูลค่าเพิ่มให้กับผลิตภัณฑ์ทั้งการพัฒนารูปแบบและบรรจุภัณฑ์ที่จะทำให้เป็นผลิตภัณฑ์/สินค้าที่มีคุณค่าและจำหน่ายได้มากขึ้น 4) เพิ่มช่องทาง การประชาสัมพันธ์ การตลาด และการจำหน่ายผลิตภัณฑ์เกษตรเสริมไอโอดีนในพื้นที่ตำบลนาโพธิ์ใต้เป็นที่รู้จักและเข้าใจในคุณค่าทางโภชนาการ 5) ต่อยอดการเพิ่มศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งเสริมโภชนาการและการบริโภคอาหารเสริมไอโอดีนเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัยในชุมชน และ 6) พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพสามารถนำองค์ความรู้จากการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมภาวะโภชนาการและการบริโภคอาหารเสริมไอโอดีนเพื่อป้องกันการโรคขาดสารไอโอดีนให้กับประชาชนทุกกลุ่มวัยโดยเฉพาะกลุ่มสตรีตั้งครรภ์และเด็ก

ข้อเสนอแนะในการวิจัย ได้แก่ 1) ควรมีการวิจัยเพื่อติดตามผลที่เกิดขึ้นและประเมินผลกระทบต่อชุมชนในมิติสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจรวมทั้งติดตามว่าชุมชนมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนหรือไม่อย่างไร 2)



วิจัยการเพิ่มศักยภาพการผลิตและการบริหารจัดการเชิงธุรกิจวิสาหกิจชุมชนผลิตภัณฑ์เกษตรเสริมไอโอดีน ตำบลนาพู่ และ 3) การวิจัยเพื่อเพิ่มศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งเสริมโภชนาการและการบริโภคอาหารเสริมไอโอดีนเพื่อป้องกันและแก้ปัญหาโรคขาดสารไอโอดีนสำหรับประชาชนในชุมชน

References

1. Ministry of Public Health. Department of Health. Guidelines for the control and prevention of iodine deficiency diseases for health workers 2020. Bangkok: Samphan Charoenpanich;2020.(in Thai).
2. Ministry of Public Health. Department of Health. Report on the study of consumption behavior of iodized products and quality test of iodized salt according to the disease surveillance project integrated iodine deficiency in 2015. Bangkok: Sam Charoen Panich;2017.(in Thai).
3. Ministry of Public. Department of Health. Health report on the effect of iodine supplemented tablets on iodine nutrition in pregnant women. Bangkok: Samphan Charoen Panich;2019.(in Thai).
4. World Health Organization/International Council for the Control of the Iodine Deficiency Disorders/ United Nations Children Fund (WHO/ICCIDD/UNICEF). Assessment of the iodine deficiency disorders and monitoring their elimination. 2nd edition. Geneva: WHO;2007.
5. Charoensiriwatana W, Srijantr P, Teeyapant P, Wongvilairattana J. Consuming iodine enriched eggs to solve the iodine deficiency endemic for remote areas in Thailand. *Nutrition Journal* 2010;9(1):1-5.
6. Kemmis S, McTaggart R. Participatory action research: community action and the public sphere. In: Denzin N K, Lincoln YS, editors. *Strategies of qualitative inquiry*. 3rd ed. Thousand Oaks CA: Sage Publications;2008.271-330.
7. Jaipong P, Kotham P, Ngoc TN, Kaewkongsap A, Thongchai W, Yaemkong S, Yaemkong S. The participation of happy laying chicken with iodine supplementation farmer group in Samokhae sub-district, Pitsanulok Province. *Area Based Development Research Journal [internet]* 2019 [cited 2022 Feb 13];11(1), 22-35. Available from: <https://so01.tci-thaijo.org/index.php/abcjournal/article/view/169918>.(in Thai).
8. Songserm O, Chaunchom S, Sanguanphan S, Triwutanon O, Plaiboon A. Iodine supplementation in layer diets for commercial production of iodine-enriched eggs 1. The effect on iodine content of eggs and layer performance. In *Proceedings of 44th Kasetsart University Annual Conference: Animal, Veterinary Medicine*; 2006 January 30- February 2; Bangkok: Kasetsart University;2006.257-64.(in Thai).
9. Ministry of Agriculture and Cooperatives. Department of Livestock Development. *Manual of duck farming*. Bangkok: Agricultural Cooperative Society of Thailand Printing House;2016.(in Thai).
10. Pithakpol W, Jitaree B, Panya K. Effects of iodide and iodate foliar application on yield and iodine uptake of lettuce. *Khon Kaen Agr.J.41* 2013;Suppl 1:579-84.(in Thai).
11. Ferrans CE, Powers MJ. Psychometric assessment of the Quality of Life Index. *Research in Nursing & Health* 1992;15(1):29-38.
12. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2004;24(2):105-12.
13. Chaihaketra C, Phosing K, Success in driving community livelihoods. *Journal of Buddhist Studies Vanam Dongrak* 2020;6(1):51-60.(in Thai).



14. Suksai L, Hokuwan S, Phungphet S, Jedaman P. Development to sustainable community potential of local wisdoms productive “Native silk” based on sufficiency economy & creative economy of Chaiyaphum province communities. *Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology*. 2021; 6(7):382-98. (in Thai).
15. Chirinang P, Plainbangyang S. Community enterprise management for economy sustainability of Mahasawat agricultural housewife group, Phutthamonthon district, Nakhon Pathom province. *RMUTSB Academic Journal (Humanities and Social Sciences)*.2018;3(2):139-50.(in Thai).



ประสบการณ์ของพยาบาลจิตเวชและเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือ
ผู้ป่วยที่ประสบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการทำงาน: การศึกษาเชิงคุณภาพ
Experiences of Psychiatric Nurses and Helper Undergo Adverse Event
at Work: Qualitative Study

ประชุมพร บัวคลี่¹ ธวัชชัย ธีปะपाल¹

Prachumporn Buaklee¹ Thawatchai Tepapal¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

¹Faculty of Nursing, Suratthani Rajabhat University

Corresponding author; Prachumporn Buaklee Email: kaewsunyata@hotmail.com

Received: August 10, 2021 Revised: October 22, 2021 Accepted: March 7, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์นิยมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ประสบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการทำงานที่มีระดับความรุนแรงด้าน Clinical Risk ที่ระดับความรุนแรง E-I กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเป็นพยาบาลจิตเวชและเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ณ โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในภาคใต้ ประเทศไทย ระหว่างเดือน ตุลาคม 2563-กุมภาพันธ์ 2564 จำนวน 14 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการวิจัยพบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เผชิญกับสภาวะทุกข์ที่บีบคั้น ทั้งทางจิตใจ ร่างกาย สังคม และจิตวิญญาณ มีผลให้บุคคลรู้สึกเปราะบาง ไม่ดีพอ จิตใจไม่สงบ และ ความผูกพันกับงานลดลงมีความคิดอยากเปลี่ยนงานมากขึ้น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นคืนสู่สภาวะในสองลักษณะคือ 1) ความไม่ละเอียดอ่อนต่อบาดแผลทางใจ และ 2) ความไม่ปลอดภัยในการทำงาน ผลการวิจัยเน้นย้ำให้เห็นถึงความสำคัญของการต้องกำหนดรูปแบบดูแลด้านจิตใจแก่บุคลากรให้เป็นระบบอย่างเป็นรูปธรรม ครอบคลุมความเสี่ยงระดับองค์กร ระดับหน่วยงาน และระดับบุคคล

คำสำคัญ: การวิจัยเชิงคุณภาพ; พยาบาลจิตเวช; ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย; เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์; เหยื่อคนที่สอง



Experiences of Psychiatric Nurses and Helper Undergo Adverse Event at Work: Qualitative Study

Prachumporn Buaklee¹ Thawatchai Tepapal¹

¹Faculty of Nursing, Suratthani Rajabhat University

Corresponding author; Prachumporn Buaklee Email: kaewsunyata@hotmail.com

Received: August 10,2021 Revised: October 22,2021 Accepted: March 7,2021

Abstract

This phenomenology qualitative study sought to understand the experiences of psychiatric nurses and nurse aids who experienced an adverse events at work with clinical risk at E-I level. The sample consisted of 14 psychiatric nurses and nurse aids from a psychiatric hospital in Southern Thailand who participated in an in-depth interview between October 2020 and February 2021. The findings indicate that most respondents suffered mentally, physically, socially, and spiritually. As a result, people feel vulnerable, inadequate, inattentive, and unengaged with work and have a desire to leave their current jobs. In addition, the respondents cited factors that interfered with recovery from an adverse event in two ways: 1) insensitivity to one's trauma 2) lack of job security. The findings from this study emphasize the importance of creating a methodically mental health care model that covers risks at the organization level, departmental level, and personnel level.

Keywords: qualitative study; psychiatric nurses; nurse aids; adverse event; second victim



ความเป็นมาและความสำคัญ

ในทศวรรษที่ผ่านมาแม้สถานบริการสุขภาพทุกระดับให้ความสำคัญกับคุณภาพและความปลอดภัยของการทำงาน แต่ความคลาดเคลื่อนที่ไม่พึงประสงค์จากการทำงานยังคงปรากฏให้เห็น ความเสียหายทางด้านร่างกายจิตใจที่เกิดกับผู้ป่วย (first victim) ในอีกนัยยะหนึ่งย่อมส่งผลอย่างใดอย่างหนึ่งต่อร่างกายจิตใจของบุคลากรสาธารณสุขผู้เกี่ยวข้อง ในฐานะเหยื่อรายที่สอง (second victim) ในอุบัติการณ์นั้นด้วย¹⁻²

Second victim หรือ เหยื่อรายที่สอง เป็นคำที่บัญญัติโดยอัลเบิร์ต วู MD, MPH³ ผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย อธิบายถึงบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในการทำงานก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ครอบคลุมถึงการเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อน การบาดเจ็บทุกขั้วทรมาณ ความพิการ การเสียชีวิต และอันตรายทางด้านสังคมหรือจิตใจ ผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อสภาพจิตใจของผู้ให้บริการ เช่น ความรู้สึกผิดอย่างรุนแรง ภาวะเศร้าโศก สูญเสียความมั่นใจ ไม่สามารถรวบรวมสมาธิ และ ตื่นตระหนกง่าย กลับมาทำงานด้วยความวิตกกังวล กลัวการสูญเสียสถานภาพในงาน⁴⁻⁶ หลีกเลี้ยงพื้นที่ที่มีคนไข้ ย่ำคิดอยู่กับความผิดพลาดที่เกิดขึ้น⁷ นอกจากนี้ยังมีความรู้สึกล้มเหลว โทษตนเอง สงสัยตนเองว่าไม่ดีพอ ไม่มีความสามารถ ขาดความรู้และทักษะทางคลินิก^{4,7} รวมถึง สิ่งย่ำต่อการฆ่าตัวตายหากไม่ได้รับการช่วยเหลือทางจิตใจอย่างทันเวลา⁶ หลักฐานงานวิจัยชี้ว่าบุคลากรทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการทำงานเหล่านี้มีความต้องการการสนับสนุนทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม โดยแสวงหาการสนับสนุนทางจิตใจทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการเพื่อเยียวยาตนเอง หลังเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรืออุบัติการณ์ในงาน บุคลากรผู้ประสบเหตุจะสนใจที่จะทำงานน้อยลง มีความพึงพอใจในงานที่ทำน้อยลง และพร้อมที่จะเปลี่ยนงานมากขึ้น⁶⁻⁹

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในการทำงานระบุปัจจัยที่มีส่วนผลักดันให้บุคลากรต้องตกอยู่ในฐานะเหยื่อรายที่สอง โดยปัจจัยภายนอกได้แก่ กำลังคนในการทำงานน้อย ไม่เพียงพอ ปริมาณงานที่มากเกินไป การติดฉลากหรือป้ายสื่อสารที่ไม่ชัดเจนนำไปสู่ความผิดพลาด ข้อบกพร่องของโครงสร้างการทำงาน และข้อผิดพลาดทางเทคโนโลยี วัฒนธรรมองค์กรที่มุ่งระบุด่วนคนผิด ต่ำหนืดเตียนบุคคลที่ทำผิดพลาด การขาดความรู้ไม่เข้าใจปรากฏการณ์เหยื่อรายที่สอง¹⁰⁻¹¹ รวมถึงมายาคติเกี่ยวกับวิชาชีพมองแพทย์พยาบาลว่าเป็นวิชาชีพที่สมบูรณ์แบบไม่มีทางผิดพลาด³ และปัจจัยภายในได้แก่ ปัจจัยความเป็นมนุษย์ (fallible beings) ในฐานะมนุษย์เราทุกคนผิดพลาดได้เพราะไม่มีใครสมบูรณ์แบบ มนุษย์ไม่ได้มีอำนาจเหนือปัจจัยบางอย่างที่ไม่ชัดเจนและควบคุมไม่ได้ และมนุษย์มีโอกาสที่จะเข้าใจผิด (human fallibility) มีการรับรู้คลาดเคลื่อนจากความอ่อนล้าในงานได้^{3,12-13} การดำเนินการเพื่อให้การช่วยเหลือเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นโรงพยาบาลจะมีการจัดลำดับความสำคัญในการดูแลดังนี้: 1) สุขภาพ ผู้ป่วยที่เป็นเหยื่อโดยตรงและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย 2) เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่มีส่วนร่วมในเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และ 3) องค์กร อย่างไรก็ตามองค์กรที่ให้ความสำคัญกับรายได้และผลกำไร มักสิ่งเลที่จะตอบสนองความต้องการทางร่างกายและจิตใจของบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นเหยื่อรายที่สอง การมองข้ามเรื่องการช่วยเหลือบุคลากรนี้ เกิดจากความเชื่อว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการทำงานเป็นผลมาจากความบกพร่อง ไร้ความสามารถและเป็นความโชคร้ายของผู้ปฏิบัติงานเอง^{5,13}

วรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่ปรากฏงานวิจัยของประเทศไทยที่พูดถึงปรากฏการณ์เหยื่อรายที่สอง พบเพียงการแบ่งปันประสบการณ์ของพยาบาลจิตเวชในงานสัมมนาทางวิชาการเรื่อง “เปิดโลกนวัตกรรมการพยาบาลจิตเวชเพื่อการคืนสู่สุขภาวะ: ก้าวต่อไปเพื่ออนาคต” (explore psychiatric nursing innovation for recovery: next step for the future) ในวันที่ 14-19 มิถุนายน 2562 จัดโดยสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย การแบ่งปันประสบการณ์มีเป้าหมายเพื่อให้แวดวงวิชาการเกิดการตื่นตัวให้ความสำคัญกับปรากฏการณ์สุขภาพจิต (mental health) ของบุคลากรวัยทำงานในแวดวงสาธารณสุข ผู้อยู่ในฐานะ Second Victim รวมถึงการชี้ให้เห็นปรากฏการณ์ที่รอการสำรวจ ทำความเข้าใจ



และพัฒนา โดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเหตุการณ์ถูกผู้ป่วยทำร้ายขณะปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งเมื่อหลายปีก่อน หลังเกิดเหตุการณ์ คำถาม คำพูด ปฏิกริยาอัตโนมัติของผู้คนในที่ทำงานยังก่อให้เกิดความสะเทือนใจของพยาบาล ผู้ประสบเหตุแม้เวลาผ่านไปหลายปีแล้วก็ตาม เรื่องเล่าในพื้นที่ปฏิบัติงานนี้เป็นตัวอย่างหนึ่งของประสบการณ์ที่สะท้อนปัญหาและแสดงถึงความต้องการการเยียวยาเพื่อฟื้นคืนสู่สภาวะ ของผู้ให้บริการทางสาธารณสุขผู้ประสบกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการทำงาน

ผลการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเหยื่อรายที่สองในฐานะข้อมูลใน Clinical key, CINAHL, Pub Med พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาในบุคลากรที่เป็นแพทย์ในบริบทที่เป็นโรงพยาบาลทั่วไป^{3,9,14-15} มีเพียงส่วนน้อยที่ศึกษาในพยาบาล^{5,7} และยังไม่พบการศึกษาในบริบทโรงพยาบาลจิตเวช จึงมีความจำเป็นที่จะต้องเข้าถึงประสบการณ์ของพยาบาลและบุคลากรผู้ทำงานในโรงพยาบาลจิตเวชที่ประสบกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการทำงานเพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์นี้อย่างแจ่มชัด อันจะเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาวิธีการจัดการและสนับสนุนช่วยเหลือผู้ที่ตกเป็นเหยื่อรายที่สองในอนาคต ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ประสบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการทำงาน ด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์นิยมเชิงพรรณนา (descriptive phenomenology) โดยมีคำถามการวิจัยว่า 1) ภาวะจิตสังคมของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ประสบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการทำงานเป็นอย่างไร 2) ปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสู่สภาวะ ภายหลังจากที่พยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ประสบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการทำงาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ประสบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการทำงาน

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นแบบปรากฏการณ์นิยมเชิงพรรณนา (descriptive phenomenology)¹⁶ เพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์เหยื่อรายที่สองผ่านประสบการณ์ (the essence of lived experience) ของผู้ให้ข้อมูล ผลการวิจัยในบทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในกลุ่มพยาบาลจิตเวช และเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย การศึกษานี้อาจช่วยให้เข้าใจถึงการรับรู้ประสบการณ์ รวมถึงสะท้อนปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นคืนสู่สภาวะภายหลังเผชิญเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการทำงาน

ผู้ให้ข้อมูล (Informants)

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นพยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในภาคใต้ ประเทศไทยจำนวน 14 ราย โดยถูกคัดเลือกเข้าร่วมงานวิจัยแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) และแบบเครือข่าย (snowball sampling) โดยผู้ให้ข้อมูลมีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นพยาบาลจิตเวชและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล 2) เป็นผู้มีประสบการณ์ตรงในเรื่องเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการทำงานที่มีระดับความรุนแรงด้าน Clinical Risk ที่ระดับความรุนแรง E-I) เต็มใจที่จะทบทวนและถ่ายทอดประสบการณ์และให้ความยินยอมในการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตัวผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลักในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีประสบการณ์การทำงานวิจัยเชิงคุณภาพ มีผลงานตีพิมพ์เผยแพร่ รวมถึงมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล นำมาซึ่งความไว้วางใจในการเข้าถึงข้อมูลเชิงลึกซึ่งเป็นอารมณ์



ความรู้สึกและประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล โดยแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์สร้างจากการศึกษาเอกสารงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับประเด็น Second victim โดยแนวคำถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด เช่น ช่วยทบทวนอุบัติการณ์การทำงานที่เกิดขึ้นในวันนั้น เกิดอะไรขึ้น? หลังเกิดเหตุการณ์ มีอะไรเกิดขึ้นตามมาบ้าง? โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และผู้ทรงคุณวุฒิด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเป็นผู้ตรวจสอบแนวคำถาม มีการทดลองใช้สัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยจิตเวช 1 ราย เพื่อตรวจสอบความชัดเจนและมีการปรับคำถามให้ชัดเจนเข้าใจได้ง่ายก่อนนำไปใช้

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เลขที่ REC-SRU 014/2020 และ SSR REC 5/2563 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอนโดยให้ความสำคัญกับการเคารพศักดิ์ศรี สิทธิ และป้องกันผลเสียหายที่อาจเกิดแก่ผู้ให้ข้อมูล โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย สิทธิของผู้ให้ข้อมูล การรักษาความลับ ผู้วิจัยใช้รหัสสองข้อมูลและเก็บข้อมูลไว้ในสถานที่ที่ปลอดภัย การนำเสนอผลการวิจัยอยู่ในลักษณะเป็นภาพรวมไม่เปิดเผยตัวตนของผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลจะถูกทำลายเมื่อผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และ เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยทำประกาศเชิญชวนผู้สนใจที่มีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์การคัดเลือก เมื่อมีผู้แจ้งความประสงค์ในการเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยจึงลงพื้นที่พบผู้ที่แจ้งความประสงค์โดยคำนึงถึงปฏิสัมพันธ์เชิงการวิจัยในทุกขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลตามหลักการปฏิบัติเพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลอย่างเคร่งครัด ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จะได้รับการสัมภาษณ์เชิงลึก (semi structure in-depth interviews) จำนวน 1-2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 60-90 นาที และมีการบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ตลอดระยะเวลาการสัมภาษณ์ สัมภาษณ์ภายในห้องที่มีความเป็นส่วนตัว โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการปกปิด ชื่อ-สกุล ที่แท้จริงโดยการใช้รหัส กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะต้องได้รับคำชี้แจงข้อมูลการวิจัยอย่างชัดเจน รวมถึงรับทราบสิทธิที่สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบก่อนลงลายมือชื่อให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในใบพิทักษ์สิทธิ (inform consent)

ระยะเวลาการวิจัย

ธันวาคม 2562 - มิถุนายน 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

เทปบันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งหมด (in-depth interview) ได้รับการถอดเทปเป็นบทสัมภาษณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามวิธีการของ Elo and Kyngas¹⁷ โดยการ อ่าน และทำความเข้าใจข้อมูล ตั้งตรรกะนิ จัตรระบบจำแนกหมวดหมู่ข้อมูล ตีความ เชื่อมโยงความสัมพันธ์ และ สร้างข้อสรุป

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิง และเพศชายในสัดส่วนที่เท่ากัน อายุเฉลี่ย 46 ปี ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาโท และประมาณครึ่ง (ร้อยละ 57.1) มีสถานภาพสมรสคู่ และครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) มีสถานภาพในงานเป็นพยาบาลประจำการเวรป่วย-ตึก ระยะเวลาตั้งแต่ประสบอุบัติเหตุจนถึงปัจจุบัน น้อยที่สุด 10 วัน ค่าเฉลี่ยมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.8 สำหรับข้อมูลด้านผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการทำงาน



พบว่า ประมาณครึ่ง (ร้อยละ 57.1) มีวิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไปจากปกติหลังเกิดเหตุการณ์ในช่วง 6 เดือน เช่นเดียวกับเหตุการณ์ดังกล่าวยังรบกวนจิตใจจนถึงปัจจุบันคิดเป็นร้อยละ 57.1

ประสบการณ์การเผชิญกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการทำงาน

ประสบการณ์การเผชิญกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการทำงาน สรุปได้ 2 ประเด็นดังนี้ 1) การเผชิญความทุกข์รอบด้านทั้งจิตใจ ร่างกาย สังคม และจิตวิญญาณ และ 2) การรับรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสู่สภาวะภายหลังเผชิญกับอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ในการทำงาน

การเผชิญความทุกข์รอบด้าน

การเผชิญความทุกข์รอบด้าน เป็นประสบการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลเผชิญกับความทุกข์ทั้งทางจิตใจ ร่างกาย สังคม และจิตวิญญาณ ดังนี้

1. ความทุกข์ทางจิตใจ เป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายประสบการณ์ความทุกข์ทางจิตใจ 9 ลักษณะ คือ ตกใจ เครียด คิดวน รู้สึกสงสารเห็นใจผู้ป่วย ห่วงความรู้สึกของญาติผู้ป่วย วิตกกังวล ขาดความมั่นใจ โกรธ/ปฏิเสธ ไม่อยากพูดถึงเหตุการณ์ และมีบาดแผลทางใจ

ตกใจ: ตกใจ เป็นความรู้สึกแรก ณ นาทีที่พบว่ามียุบัติการณ์เกิดขึ้นโดยไม่คาดฝัน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล “ความรู้สึกตอนนั้น...ตกใจ...ใจหายมากความรู้สึกตอนนั้น ที่มันเกิดขึ้นแล้ว ความรู้สึกจะโรดิ่งลงสุด(RN8) “...ความรู้สึกคือเราตกใจมาก เราไม่เคยเจอคนไข้แรงค์กึ่งอย่างนั้นนะ ไม่เคยเจอเลย” (RN1)

เครียด: ความเครียดเกิดจากหลายสาเหตุ เช่นเครียดเมื่อรับรู้ถึงภาระหลายด้านที่ถาโถมเข้ามาให้ต้องจัดการ เครียดจากปัจจัยแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบ เครียดจากการต้องตัดสินใจ เครียดกับกระบวนการสอบสวนอุบัติการณ์ เครียดกับการต้องเผชิญความคาดหวังของญาติผู้ป่วย เครียดกับปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ โดยอธิบายด้วยคำว่า “เครียดหลายชั้น” ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

“เครียดนะเราเจอเหตุการณ์ตอนค่าต้องตามไปโรงพัก แล้วงานที่ดูคนไข้ในตึกอีกไม่มีใครมาจัดการแทนนะตอนนั้นเครียดมาก งานประจำที่เคลียร์มันก็ต้องเดินซ้ำหน่อย..... “ความเครียดมันอยู่ตอนเกิดเหตุการณ์.....ตัวกระตุ้นที่ห้อยเข้ามา การสอบสวนก็มีการทำรายงานข้อมูลก็เริ่มมีเครียดมากขึ้น ๆ..... “สำหรับกรณีนี้ที่เครียดมากก็เพราะว่าอันดับแรกเลยก็คือ 1. ญาติไม่พอใจมาก 2. เพราะว่าทรัพย์สินร.พ.เสียหาย และ 3. ก็คือหาคนไข้ไม่เจอ 4. เครียดที่เราควรตอบยังไงที่ไม่กระทบกับคนอื่นที่อยู่ในเหตุการณ์ซึ่งมันเป็น stress หลายชั้น ในขณะที่เราก็เครียดอยู่แล้วแต่ทุกอย่างก็ถาโถมมาแล้วเราก็เลยต้องมานั่งดูแลญาติอีกเพื่อป้องกันไม่ให้มันเกิดอะไรไปมากกว่านี้ ป้องกันคนไข้ฟ้อง และให้ญาติรู้สึกที่เราได้ทำเต็มที่..... ความเครียดในลำดับถัดมามันอยู่ที่การคิดกับตนเองว่าแล้วเราจะทำอะไรหากเราเจอคนไข้ลักษณะนี้อีกในการทำงานในอนาคต เราจะทำงานอย่างไร เราจะป้องกันความผิดพลาดเหล่านี้ได้อย่างไร และเราจะจัดการกับปัจจัยที่เราไม่สามารถควบคุมได้อย่างไร เราจะทำงานของเราอย่างไรต่อไม่ให้เกิดความผิดพลาดนั้นแหละคือประเด็น”(RN2)

คิดวน: เป็นประสบการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลคิดวนเวียนกับสิ่งที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ เพื่อทบทวนทำความเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นเพื่อให้ตนเองเข้าใจ สามารถสื่อสารเรื่องราวที่เกิดขึ้นได้

“...โลกภายในคือรู้สึกคิดวน วนทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นอยู่แบบนั้น ออกจากความคิดวนไม่ได้”. (RN8)

“หลังเกิดเหตุ คือคิดอยู่ตลอดเวลาไม่น่าเลย เวิร์เรา หลายอาทิตย์แหละ เกือบเดือน แต่มันก็ค่อย ๆ ว่างไปบ้าง สะดุดบ้างเดินผ่านตรงที่เขา suicide บางทีเราพอเข้าใจไปดูแล้วเราแบบไม่น่าเลย ..ใจนี้มันคิดอยู่เรื่อยอะไม่น่าเลย คิดวน คิดซ้ำ เหตุการณ์เดิม ๆ”(helper4)

รู้สึกสงสารเห็นใจผู้ป่วย: ความรู้สึกสงสารเห็นใจผู้ป่วย เกิดจากพยาบาลผู้ให้การดูแลเข้าใจ เห็นใจ ร่วมรับรู้ความรู้สึกสุขทุกข์ของผู้ป่วย เหมือนความรู้สึกนั้นได้เกิดขึ้นกับตนเอง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล



“เหตุการณ์ครั้งนี้มันจะใหญ่สำหรับตัวเอง คนไข้เสียชีวิตผมก็ไม่เคยเจอ ทำให้เคลียร์ใจได้ยาก..... “เพราะเรารู้สึก sympathy คนไข้ด้วย สงสารเห็นใจ ใจสั่นเราก็มองเหมือนจะตายไปกับคนไข้ด้วย”(RN8)

ห่วงความรู้สึกของญาติผู้ป่วย: ความห่วงความรู้สึกของญาติผู้ป่วยเกิดจากผู้ให้ข้อมูลคำนึงถึงความทุกข์ ความลำบากที่อาจจะเกิดกับญาติเมื่อรับทราบอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น

“คิดถึงความรู้สึกญาติของพ่อแม่คนไข้ คนไข้อยู่เรือนจำก็ส่งมาตามระบบ คนไข้หนีออกในกระบวนการดูแล ญาติก็คงต้องไปลุ้นในเรื่องของกฎหมายอีก ตอนนั้นห่วงความรู้สึกญาติมาก ๆ” (RN6)

วิตกกังวล ขาดความมั่นใจ: ประสบการณ์จากอุบัติการณ์ในงานที่เคยเกิดขึ้นก่อให้เกิดความไม่เชื่อมั่น วิตกกังวลผิดพลาด ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“หลังเกิดเหตุการณ์ ตัวเราเองก็รู้สึกว้า เหมือนเรากังวลมากขึ้นเวลาทำงาน..เราก็มพยายามที่จะถามตลอด ว่าเคสที่เราทำนี้ถูกต้องไหม” เหมือนรีเช็คตลอดว่าโอเคได้ไหม สเต็ปได้ไหมมันก็เหมือนกับว่ากังวลเกินเหตุ ไม่มั่นใจ. (RN5)

“วิตกกังวลไปหมดเลย วิตกว่าเราจะโดนตำหนิอะไร เพื่อนที่ทำงานบ้าง หัวหน้าบ้าง หัวหน้าฝ่ายบ้าง ผอ. อะไรอย่างเนี่ย เรื่องแบบนี้วิตกไปหมด ญาติอีกจะเรียกร้องค่าเสียหายอะไรจากเราหมด สารพัด ความคิดกับความรู้สึกเหล่านี้มันถาโถมเข้ามา”(helper3)

โกรธ และปฏิเสธ: เป็นความรู้สึกยากลำบากที่จะทำใจยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น มีความโกรธคับข้องอยู่ภายใน “คือมันโกรธไปหมดถามตัวเองว่าอะไรทำไม ๆ ๆ ทำไมมันถึงต้องเป็นแบบนี้ทำไมต้องเรา แล้ววันนั้นเวลามีใครพูดไม่เข้าหูอารมณ์ของผมปรี๊ดเลยนะแต่ก็พยายามที่จะนิ่ง เพราะถ้าโวยวายไปก็เท่านั้นแหละ” (RN2)

ไม่อยากพูดถึงเหตุการณ์: ผู้ให้ข้อมูลต้องการความสงบเพื่อคิดทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้น และไม่ต้องการรื้อฟื้นในอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น

“ถ้ามีคนมาถามว่าเหตุการณ์เกิดขึ้นได้อย่างไรเราไม่อยากเล่า...คิดในใจคิดว่าอย่ามาถามอารมณ์ที่ไม่อยากให้ใครมาถามกินระยะเวลานานตลอด ถ้าเหตุการณ์นั้นยังไม่ได้คลี่คลายนะก็ไม่อยากให้ใครมาถาม ยังไม่อยากเล่าเพราะต้องนั่งทบทวน ให้ตนเองเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้น และรายงาน...ไม่อยากเล่ารวมถึงในที่ประชุมใหญ่ ๆ ด้วยไม่อยากเข้าไปไม่อยากพูดถึงเหตุการณ์ตรงนั้นหรือแม้กระทั่งเหตุการณ์คลี่คลายแล้วเราก้ยังไม่อยากเล่า” (RN2)

มีบาดแผลทางใจ: เป็นภาวะเปราะบางทางใจอันเป็นผลสืบเนื่องจากการเผชิญอุบัติการณ์

“พอเราทำงานต่อแล้วเจอคนไข้ที่มีลักษณะใกล้เคียงหรือคล้ายคลึงกัน มันก็จะกระตุ้นให้เรา รู้สึกแย่.... เหมือนเรามีแผลอยู่.. มัน trauma อยู่ในใจเรา แบบหลากหลายความรู้สึกมาก ที่มันเข้ามา มันเป็นความรู้สึกแบบทำไมต้องเป็นเรา ๆ ที่เจอเหตุการณ์แบบนี้ (RN5)

“ถ้าพูดตามประสบการณ์วันนั้นคือฟ้าผ่า มันเหมือนกับฟ้าผ่า เพราะว่ามันเป็นเหตุการณ์ที่เกิดโดยไม่ได้ตั้งตัวแล้วเรารู้สึกว่า เราบาดเจ็บทางใจเยอะ.....มันหายช้า.....” (RN7)

2. ความทุกข์ทางกาย (physical distress) ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายประสบการณ์ความทุกข์ทางกายในลักษณะของการบาดเจ็บ

การบาดเจ็บ: เกิดจากการปฏิบัติหน้าที่ เช่น แขนหัก ถูกกัด จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลเพิ่มเติม ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูล “คนไข้ก็ดิ้นไม่ยอมไป เราก้จับแขน ผมก้จับจนกว่าที่มันจะเข้ามาช่วยก้จับ..... เจ็บที่ข้อมือพอเข้ามันบวมหอมเอ็กซ์เซรี่..หอมว่ากระดุกแตก” (Helper3)

“คนไข้มีการโวยวายก็ restrain เขา เขาก็ระแวง พอจะผูกเขาที่เตียง เขาเอี้ยวตัวมากัดที่ขา ทำให้ผมเป็นแผลที่ขาข้างขวา....ผลกระทบเบื้องต้นก็คือหอมให้เจาะเลือดตรวจหาไวรัสตับอักเสบบ เพราะว่ามันเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากคนไข้ได้” (Helper1)



3. ความทุกข์ทางสังคม ความทุกข์ทางสังคมเกิดจากสัมพันธภาพและความไว้วางใจต่อกันและกันในที่มเปลี่ยนแปลงไปภายหลังอุบัติการณ์ ผู้เผชิญเหตุการณ์ไม่ยากเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่ตนอยู่ ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายประสบการณ์ ออกมา 2 ลักษณะ ดังนี้

ความผูกพันที่ต้องคัดรลดลงอยากออกจากงาน: เป็นการใคร่ครวญถึงชีวิตการทำงานปัจจุบัน แล้วพบว่างานนี้อาจไม่เหมาะกับตน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ช่วงแรกของเหตุการณ์อยากออกจากงานมาก ๆ คิดจะย้ายกลับไปทำงานที่เก่า.... สิ่งที่เกิดขึ้นมันทำให้เบื่อที่ทำงานมาก ๆ... คิดกับตัวเองว่าจะอยู่ต่อหรือจะลาออกดี เราเหมาะกับงานนี้หรือไม่มันจะไหวไหม..... ช่วงนั้นเราคิดเลยว่า เราคิดผิดหรือเปล่านะที่เราเลือกมาทำงานที่นี่” (RN5).

เกิดช่องว่างความสัมพันธ์ในที่มทำงาน: ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกที่ตนเองต้องทำงานแบบโดดเดี่ยวในที่มทำงานแบบตัวใครตัวมัน ไม่อยากยุ่งเกี่ยวกับใคร ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“เราเลือกที่จะไม่พูดเพราะว่าเวลาใครมาอยู่เวรร่วมกัน..งานเขาเราก็จะไม่เข้าไปทำหน้าที่โดยเด็ดขาดเราก็จะทำเฉพาะในส่วนของเรา แล้วเขาก็ทำในส่วนของเขา.....เมื่อมีเกิดเหตุการณ์อะไรรู้สึกว่าเขาไม่ได้มาช่วยอะไรเราเลยนะ ไม่ได้มายอมรับผลการกระทำของเขาเลยนะแล้วเราก็ต้องรับคนเดียวเราก็ก็นั่งตัดสินใจว่าเราไม่ยุ่งเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเขา ก็คือแยกกันทำไปเลย....” (RN5)

4. ความทุกข์ทางจิตวิญญาณ เป็นภาวะที่บุคลากรสูญเสียสุขภาพทางปัญญา ไม่เชื่อมั่นศรัทธาในตนเองและสิ่งอื่น ๆ ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายประสบการณ์ความทุกข์ทางจิตวิญญาณออกมา 4 ลักษณะ คือ 1) รู้สึกผิด/ตำหนิตนเอง 2) บุคลิกตัวตนเปลี่ยนไปหลังเผชิญเหตุการณ์ 3) เสียความเชื่อมั่นต่อระบบคุณค่าที่เคยยึดถือ 4) สิ้นหวัง ท้อแท้ เพราะไม่สามารถควบคุมสิ่งใดได้

รู้สึกผิด/ตำหนิตนเอง: ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นส่วนหนึ่งเกิดจากการทำหน้าที่ของตน ทำให้รู้สึกไม่ดีกับตนเอง

“รู้สึกผิดที่เราดูคนไข้ไม่ครอบคลุมทุกด้าน เหมือนที่เราเซ็นชื่อกับอาการคนไข้บ่อยไป พอหลังเกิดเหตุการณ์เราก็มึนๆ มีความรู้สึกที่เราทำงานบกพร่อง” (RN 1)

บุคลิกตัวตนเปลี่ยนไปหลังเผชิญเหตุการณ์: ผู้ให้ข้อมูลพบว่าความบีบคั้นที่เกิดขึ้นภายหลังเผชิญอุบัติการณ์ส่งผลให้บุคลิกตัวตนแปรปรวนไปจากเดิม

“...คนในครอบครัวเขาก็บอกว่า เอ๊ะทำไมช่วงนี้ขี้หงุดหงิดใจร้อน....โกรธง่ายขึ้น รู้สึกว่าเราก้าวร้าวขึ้น” (RN 7)

เสียความเชื่อมั่นต่อระบบคุณค่าที่เคยยึดถือ: อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ให้ข้อมูลกลับมาทบทวนระบบคุณค่าในวิชาชีพที่ได้รับการปลูกฝังมา และพบว่ายังมีคุณค่าอื่น ๆ ในชีวิตนอกเหนือจากคุณค่าในวิชาชีพ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“เมื่อก่อนการทำงาน ไม่เคยนึกถึงเวลา เราจะนึกถึงคนไข้และผู้ร่วมงานคนอื่น เมื่อก่อนบ่อยมากที่กลับบ้าน 19:00 น-20:00 น เป็นเรื่องปกตินะ เพราะว่าเราจะอยู่กับเพื่อนกับพี่ ๆ น้อง ๆ ช่วยดูแลคนไข้ตอนเย็น แต่สุดท้ายพอเกิดเหตุแบบนี้เราก็ต้องกลับมาทบทวนว่าจริง ๆ แล้วชีวิตของคนเรานั้นไม่ได้มีแต่เรื่องงาน..... ตอนเรียนพยาบาลเนี่ยะ อาจารย์จะสอนว่าให้คิดถึงผู้อื่น คิดถึงส่วนรวม เสียสละ คำสอนทั้งหมดนี้ก่อนเกิดเหตุเราก็อำนาจด้วยความภาคภูมิใจ แต่พอหลังเกิดเหตุ ต้องเอากลับมาทบทวนหมดเลย ว่าการเสียสละที่ผ่านมาของเราเนี่ยะมันมากเกินไปไหม หรือมันพอดีแล้ว หรือมันเป็นยังไง.... จากที่เคยทุ่มเทเต็มร้อย ก็เหลือสักครึ่งนึงได้..... ที่บอกว่าเหลือครึ่งนึงนั่นสิ่งที่ผูกพันอยู่ไม่ใช่ตัวงานนะ แต่เป็นตัวคนคือเพื่อนร่วมงาน... เปลี่ยนความตั้งใจเปลี่ยนความคาดหวัง (RN 7)

สิ้นหวัง ท้อแท้: สิ้นหวัง ท้อแท้เกิดจากการผู้ให้ข้อมูลรู้สึกไร้พลังอำนาจในการควบคุม

“หลังจากเกิดเหตุการณ์ทำให้รู้สึกเหนื่อยท้อแท้ และความเหนื่อยท้อแท้นั้นไม่ได้เกิดจากการรู้สึกตัวตัวเอง



ไม่ได้ทำให้เต็มที่ เพราะเราทำเต็มที่ สุดกำลังที่เรามีแล้วตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งเกิดเหตุการณ์ เราก็กวนวาย ทำตลอดในเคสนี้แล้วมันก็ยังเกิดขึ้นอีกที่จริง ๆ” (RN4)

“รู้สึกตัวเอง ทำงานไปต่อไม่ค่อยได้ ผิดหวัง แล้วก็รู้สึกท้อท้อถอย....การจะเปลี่ยนแปลงระบบที่เป็นอยู่ ไม่ได้คิดว่าทำได้ คงจะลำบากในสิ่งที่เราเจอ มันเขยื้อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไม่ได้ด้วยตัวเอง” (RN2)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสู่สภาวะภายหลังเผชิญเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการทำงาน

การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักรับรู้ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นคืนสู่สภาวะภายหลังเผชิญเหตุการณ์ ใน 2 รูปแบบ คือ ความไม่ละเอียดอ่อนต่อบาดแผลทางใจ และความไม่ปลอดภัยในการทำงาน

1. ความไม่ละเอียดอ่อนต่อบาดแผลทางใจ

ความไม่ละเอียดอ่อนต่อบาดแผลทางใจหมายถึงกระบวนการสอบสวนเหตุการณ์การที่ละเลยความรู้สึกและมิติทางจิตใจของผู้ประสบเหตุการณ์อุบัติการณ์ในการทำงาน อธิบายได้ด้วยชุดประสบการณ์ใน 5 ลักษณะ คือ 1) การถูกตัดสิน 2) การต้องบอกเล่าอุบัติการณ์ซ้ำ ๆ 3) การถูกคาดหวัง 4) การต้องทำหน้าที่ต่อเนื่องแม้ใจยังไม่พร้อม และ 5) ไม่ได้รับการเยียวยาด้านจิตใจ

การถูกตัดสิน: ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ผ่านประสบการณ์ว่ากระบวนการสอบสวนพุ่งเป้าหมายที่สมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานมากกว่าพิจารณาเหตุปัจจัยที่เป็นเหตุของอุบัติการณ์โดยรอบ

“การเอาแนวปฏิบัติออกมาจากเขาก็บอกว่ามันเป็นการทบทวนแต่ว่า ความรู้สึกเราก็ดำเนินไม่ใช้การทบทวน แต่มันเป็นการหาคนผิด มาหาจุดระยะเวลาที่ผิดเหมือนกับพยายามหาข้อที่เขาได้วางเอาไว้ ชะมากกว่า แต่เขาใช้คำว่าทบทวน แต่เราว่ามันคือกล่าวโทษโดยไม่ดูปัจจัยอื่น ๆ ” (RN 4)

“การทบทวนปฏิบัติให้เราเล่าเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แล้วก็จะมีคนถามเป็นระยะว่าใครคิดว่าตรงไหนที่เป็นรูรั่ว ก็จะถูกบีบคั้นให้ตอบให้ได้ว่า ทำไมถึงเป็นแบบนั้น ทั้งน้ำเสียง ทั้งประโยคการพูด ทำไมถึงปล่อยปละละเลย ทำไมทำไม ต้องถามทำไมตลอดเลย แล้วไม่ใช่ผมคนเดียว คือพยาบาลเทคนิคและผู้ช่วยเหลือก็รู้สึกไม่ต่างกันนะ”....กรรมการสอบสวน ส่วนใหญ่เขาไม่ได้มองถึงประเด็นอื่น เขาจะมองไปที่สมรรถนะของคนที่อยู่เวรในวันนั้น เพราะเขากำลังหาจุดบกพร่อง” (RN 7)

“ลักษณะคำถามที่สร้างความลำบากใจตอนนั้นคือคำว่า “อยู่กับยังงี้” “อยู่กับยังงี้ใครใช้หนี้” ทำให้ตอบยาก “ทำอะไรกันอยู่?... บางทีคำถาม เขาก็จะถามอยู่ระยะหนึ่ง ถามเหมือน...เราผิด” (RN6)

การต้องบอกเล่าอุบัติการณ์ซ้ำ ๆ: เป็นประสบการณ์ความทุกข์ที่เกิดจากการตอกย้ำสิ่งที่เกิดขึ้นผ่านการเล่าซ้ำ ๆ ทำให้ความทุกข์ในใจคลี่คลายได้ยาก ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“การทบทวนเคส ต้องเล่าซ้ำมีการส่งเวรเรื่องเดิมซ้ำ ๆ ทำให้แผลมันจะหายมันก็ไม่หายสักที (RN 4)

“บางทีมันเล่าซ้ำ ๆ แล้วเรารู้สึกว่ามันไม่ค่อยดีนะก็มีระดับหัวหน้าที่เขาถามอยู่ว่าอะไรเป็นยังงี้ ตั้งแต่หัวหน้าตึก หัวหน้างาน หัวหน้าฝ่ายการอะไรอย่างนั้น หัวหน้ากลุ่มงาน ตอนนั้นในระบบคือการเก็บความเสี่ยง เรามันเป็นกระดาษ บางทีเขาอ่านแล้วเขาไม่เข้าใจ เขาก็มาถามเราว่าเออน้องเป็นยังงี้ เราต้องเล่าซ้ำ ๆ บางทีเราเล่าแล้วเรารู้สึกไม่ดี” (RN 1)

ความคาดหวัง: การถูกคาดหวังให้เป็นผู้คลี่คลายสถานการณ์ ผลกระทบ จากอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ณ. เวลานั้น ถามตัวเองตลอดว่าอะไรอะไร! นี่ฉันต้องรับผิดชอบคนเดียวเลยใช้ไหม ต้องเป็นเจ้าของภาพคือต้องดำเนินการทั้งหมดใช้ไหม...ระบบเป็นแบบ...พี่คนนี้แหละที่ต้องรับผิดชอบทุกอย่างสิ ต้องเขียนรายงาน...ต้องตอบคำถาม...ต้องจัดการทุกอย่าง ในขณะที่คนอื่นร่วมเวรไม่ต้อง แบบนี้มันใช้ไหม?” (RN2)

ทำหน้าที่ต่อเนื่องแม้ใจยังไม่พร้อม: ภายหลังอุบัติการณ์ ผู้ให้ข้อมูลไม่มีโอกาสได้พักใจ ยังคงต้องปฏิบัติหน้าที่ตามเวรที่ได้รับมอบหมาย ต่อเนื่องแม้ว่ากายใจยังไม่พร้อม



“ปัญหาที่เกิดขึ้นขณะนั้นมันมีมาก...เพราะว่าขณะที่เราเกิดความรู้สึกตั้งหลายอย่าง เราก็ไม่ได้หยุดทำงานนะ วันต่อมาเราก็ยังต้องอยู่เวรเหมือนเดิม ถ้ามีเวรตึกก็จะต้องขึ้นเวรตึก ถ้ามีเวรบายก็จะต้องขึ้นเวรบาย ในขณะที่ที่เราขึ้นเวรถัดมา เราก็ต้องตั้งสติตั้งสมาธิของเรา ตั้งสติ ซึ่งมันก็จะไม่ค่อยเต็มร้อย เรายังไม่สามารถตั้งสติของเราให้อยู่กับปัจจุบันในเวรวันนั้นได้ สมรรถนะในการทำงานลดลงเยอะ แต่ก็ไม่ได้รับการแก้ไขหรือได้รับการช่วยเหลืออะไร เพราะว่าเราก็ยังต้องทำงานต่อไปในทุก ๆ วันเหมือนเดิม” (RN7)

ไม่ได้รับการเยียวยาด้านจิตใจ: เป็นประสบการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าจะระบบเยียวยาที่มีอยู่เน้นการดูแลสุขภาพจิตมากกว่าการดูแลสุขภาพ

“ระยะหลังมีข้อกำหนดของสปสช. ที่กำหนดถึงการจ่ายเยียวยา เยอะแยะมากมาย แต่มันเป็นการเยียวยาสิ่งที่มองเห็นเช่นบาดเจ็บจากการทำงานแล้วมีบาดแผล ต้องเข้ารับการรักษา สาหัสหรือไม่สาหัส.... ถ้าเป็นการบาดเจ็บทางด้านร่างกายคนจะเห็นชัด คนก็อาจจะคำนึงถึงและให้การช่วยเหลือได้ง่ายกว่า แต่การบาดเจ็บทางด้านจิตใจเป็นสิ่งที่มองได้ยาก พอมองเห็นยากคนก็ให้ความสำคัญน้อย... น้อยมาก (RN7) คนไข้ต่อยโสหน้าเราแก้มมีรอยถลอก... พูดให้กำลังใจกันดีกว่าไม่ใช่ถามว่าเข้าไปยังงั้นให้คนไข้ต่อย เอาจีนมาชดเชยให้เรา 200 เรื่องเงิน 500 1000 พี่ไม่ได้สนใจตรงนั้น แต่กำลังใจ ความเข้าใจสำหรับพื้นที่สำคัญมาก (Helper 4)

2. ความไม่ปลอดภัยในการทำงาน

ความไม่ปลอดภัยในการทำงานหมายถึงข้อจำกัดด้านความปลอดภัย อธิบายได้ด้วยชุดประสบการณ์ใน 2 ลักษณะ คือ ระบบการบริหารงานที่ไม่เอื้อต่อความปลอดภัย และ ความเสี่ยงด้านโครงสร้างอาคารและสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ระบบการบริหารงานที่ไม่เอื้อต่อความปลอดภัย: เป็นการรับรู้ต่อข้อจำกัดในงานที่มีผลต่อความปลอดภัย เช่น ข้อจำกัดด้านอัตรากำลังคนทำงาน การกำหนดขอบเขตหน้าที่ของพยาบาล และมุมมองเรื่องความปลอดภัยของ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติมองที่ไม่ตรงกันมีผลต่อการกำหนดบริบทการทำงาน ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

“ในช่วงเวลาก่อนหน้านั้นอัตรากำลังคนก็จะมีแค่สองคนก็คือพยาบาลกับผู้ช่วยเหลือคนไข้ขออะไรไม่ได้ เพราะว่าเขาจะไม่จัดคนไว้รองาน ...เมื่อเกิดเหตุการณ์ปั๊บก็จะมีคนแก้ไขเปลี่ยนแปลง พอเหตุการณ์ผ่านไปแล้วยียอดน้อย...เขาก็จะ มองจำนวนของคนไข้เป็นหลักเขาไม่ได้มองว่าถ้าเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินด่วนหรือกระทั่งหัน เมื่อไหร่ที่เราลดคนมันก็จะเกิดความเสี่ยงแบบนั้นเกิดขึ้น ซึ่งเราก็บอกไม่ได้ว่ามันจะเกิดช่วงไหน” (RN1)

“แม้แต่การ restrain ก็มีรายละเอียดปลีกย่อยแต่มีกำลังคนแค่ 2 คนในเวรตึกแล้วมันไม่ใช่มีงานแค่นั้นนะ มันยังมีงานอื่น ๆ อีกคือ 1 คนต้องทำให้ได้ทั้งหมด แล้วไหนจะต้องเตรียมคนไข้ไป ECT คือมันมีรายละเอียดปลีกย่อยที่อธิบายได้ไม่หมดแต่พอเราอธิบายแบบนี้ เขาก็ตอบว่างานที่ไม่เร่งด่วนไม่จำเป็นก็ไม่ต้องทำ เขาก็จะออกไปแวนนั้นอีก (RN4)

“ทุกวันนี้เห็นว่า การทำหน้าที่ของแต่ละบทบาทของพยาบาลมันไม่ตรง พยาบาลต้องแบกรับอะไรมากมาย มันเยอะอย่างเช่นคิดเงิน นอกเวลาเราก็มานั่งคิดเงินกลายเป็นงานของเรา ในขณะที่เราต้องมาทำหน้าที่บทบาทของคนอื่น...งานตัวเองก็ต้องทำ .สุดท้ายอะไรก็มาลงอยู่ที่คนทำงาน” (RN2)

ความเสี่ยงด้านโครงสร้างอาคารและสิ่งแวดล้อมในการทำงาน: ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงความเสี่ยงด้านโครงสร้างอาคารและสิ่งแวดล้อมในการทำงานหมายถึง โครงสร้างอาคารที่เป็นความเสี่ยง ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูล “ตึกในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช อาคารมันไม่เหมาะกับผู้ป่วยจิตเวชมาตั้งแต่ต้น เพราะว่าเวลาเราอยู่ที่เคาน์เตอร์มันน่าจะมองเห็นผู้ป่วยในทุกกรณีถ้าเราอยู่ที่เคาน์เตอร์เราจะมองไม่เห็นแม้กระทั่งทางเข้าห้องนี้...สมัยนั้นนั่นกล้องวงจรปิดก็ไม่มี...แล้วกระบบของการได้มาซึ่งตึกของผู้ป่วย พยาบาลไม่ได้มีส่วนร่วมให้ข้อคิดเห็นเรื่องโครงสร้างเหล่านี้เลย ...ประเด็นความเสี่ยงของโครงสร้างตึกกรรมการเขาจะไม่มองเห็น



เขาจะมองว่าเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ระยะเวลาผ่านไปเป็น 10 ปีจึงค่อยมาเปลี่ยน” (RN7) สายไฟในห้องคนไข้ไม่ควรมီးเลย สายไฟมันไม่โอเค ฝาเพดานที่มันเปิดได้ก็โอเคหลบหนีได้ด้วยทั้งปีนฝาเพดานซึ่งบางที.. เราไม่รู้ว่าคนไข้เขาคิดอะไรอยู่ คือบางคนไม่ได้จะหลบหนีหรอกหนูแ้ว แต่รู้ฝ่าเพดานเพราะมีหนูแ้วประสาหลอน... แก่ไขแปลนอาคารมันก็ทำยาก มันสร้างมาอย่างนั้น” (RN 1)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยได้ข้อมูลชัดเจนว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการทำงานที่เกิดขึ้น ส่งผลเป็นสภาวะทุกข์ที่บีบคั้นทางจิตใจ ร่างกาย สังคม จิตวิญญาณ ของบุคคลผู้ประสบเหตุ ไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง กระบวนการทบทวนอุบัติการณ์ที่มุ่งทำความเข้าใจอุบัติการณ์มากจนเกินไป อาจทำให้ขาดความไวในการรับรู้ความรู้สึกภายในของบุคลากรผู้ประสบอุบัติการณ์ นำมาสู่การเก็บงำความคิดความรู้สึก ต้องแสวงหาพื้นที่ปลอดภัยในการเยียวยาตนเอง รวมถึงรับรู้ตีความจากประสบการณ์ว่าระบบลดทอนคุณค่าของผู้ปฏิบัติมีผลให้ความผูกพันกับงานลดลงมีความคิดอยากเปลี่ยนงานมากขึ้น ข้อสังเกตหนึ่งจากงานวิจัยนี้คือ พยาบาล และ เจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือคนไข้ มีการรับรู้ถึงปัญหาและผลกระทบจากอุบัติการณ์ในการทำงานที่เกิดขึ้นต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะตำแหน่งและความรับผิดชอบในงานที่ต่างกัน เจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือคนไข้มีสถานะเป็นลูกจ้าง ทำหน้าที่ภายใต้การกำกับของพยาบาลประจำเวร ลักษณะงานเป็นเหมือนด่านหน้าในการควบคุมดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการบาดเจ็บทางร่างกายมากกว่าพยาบาล ในขณะที่พยาบาลมีความเสี่ยงที่จะได้รับผลกระทบด้านจิตใจสูงกว่าเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เนื่องมาจากพยาบาลทำงานภายใต้ข้อกำหนดของจรรยาบรรณวิชาชีพ มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงตามที่ระบุในแนวปฏิบัติหรือ Clinical Practice Guidelines อย่างชัดเจน และพยาบาลทั้งหมดเป็นข้าราชการ อุบัติการณ์จึงมีผลกระทบโดยตรงต่อหน้าที่ความรับผิดชอบนั้น ปรากฏการณ์เหยื่อรายที่สองไม่ใช่เรื่องใหม่ในพื้นที่การทำงานของสาธารณสุข เพียงแต่ที่ผ่านมาเป็นเพียงประสบการณ์ภายในของปัจเจกบุคคล ทำให้กระบวนการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้การสนับสนุนผู้ประสบเหตุเป็นไปอย่างเชื่องช้า ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Megan Headley¹⁸ ที่พูดถึงความจำเป็นที่จะต้องยกระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข เน้นย้ำให้เห็นถึงความสำคัญของการต้องกำหนดรูปแบบดูแลด้านจิตใจแก่บุคลากรให้เป็นระบบอย่างเป็นรูปธรรม ครอบคลุมความเสี่ยงระดับองค์กร (risk management team) ระดับหน่วยงาน (head) และระดับบุคคล (staff) ข้อค้นพบนี้ตอบสนองต่อนโยบายของรัฐบาลในกรอบยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560–2579) ที่มุ่งลดปัญหาความเหลื่อมล้ำในมิติต่าง ๆ ก็มีนัยยะต่อการสร้าง ความสามัคคีสมานฉันท์ในสังคมการทำงานภายใต้องค์กรที่มีโครงสร้างที่เป็นจุดอ่อนและการบริหารจัดการที่ขาดประสิทธิภาพ และการกตัญญูเป็นมนุษย์ของคนทำงาน รวมถึงตอบสนองนโยบายเรื่องความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุขปี 2561 (personnel safety goals: SIMPLE Thailand 2018) ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบาย Patient and Personnel Safety ที่ต้องการขยายให้ครอบคลุมความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุข (patient and personnel safety goals) และตอบสนองแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564) ที่สนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตประชาชนวัยทำงาน ให้บุคลากรวัยทำงานมีความสุข

ข้อเสนอแนะในการพัฒนางาน

1. การยอมรับ ตระหนักรู้ ถึงการมีอยู่จริงของปรากฏการณ์เหยื่อรายที่สอง จะนำมาสู่การวางแผนแก้ไขปัญหาย่อยอย่างเป็นระบบ ป้องกันไม่ให้ผู้ที่เผชิญเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการทำงานต้องบาดเจ็บทางจิตใจซ้ำ
2. ควรมีค่าประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของบุคลากรผู้ประสบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการทำงาน เช่นเดียวกับการประกาศสิทธิผู้ป่วย เพื่อให้เข้าใจเป็นแนวปฏิบัติตรงกันภายในหน่วยงานว่าภายหลังเหตุการณ์ฯ จะต้องดำเนินการ และปฏิบัติต่อบุคคลอย่างถูกต้องอย่างไร เช่น กำหนดการดูแลและระยะแรก หลังเผชิญเหตุการณ์ทันที การดูแล



ติดตามการเปลี่ยนแปลงภาวะจิตสังคมในระยะถัดมา มีแนวทางปฏิบัติการดูแลด้านร่างกายและจิตใจ ที่คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล

3. พัฒนาช่องทางการให้การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจแก่บุคลากร ให้ความสำคัญกับการรับฟังเพื่อความเข้าใจ โดยไม่ด่วนตัดสิน หลีกเลี่ยงกระบวนการสอบสวนโดยยึดเอากรอบมาตรฐานเป็นตัวตั้งเพียงอย่างเดียว เพราะจะเป็นการปิดกั้นการฟังอย่างลึกซึ้งตั้งแต่เริ่มต้น

4. ทบทวนขอบเขตหน้าที่การทำงานของพยาบาลให้ชัดให้พยาบาลทำงานสร้าง-ส่งเสริม-และฟื้นฟูสุขภาพ ตามกรอบหน้าที่ของตนเอง ไม่ควรเพิ่มความเสี่ยงในการทำงานของพยาบาลโดยให้พยาบาลทำงาน อื่น ๆ นอกเหนือกรอบงานพยาบาล

5. ควรมีระบบการทบทวนแนวปฏิบัติต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อตรวจสอบช่องว่างในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานเก่าและใหม่สามารถเข้าใจสิ่งที่พึงกระทำและไม่พึงกระทำไปในทิศทางเดียวกัน ไม่ควรยึดติดกับแนวปฏิบัติเดิม ๆ เป็นเวลานาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเห็นว่าวิธีในการทำงาน หรือแนวปฏิบัติใดอาจมีช่องว่างในการนำไปปฏิบัติจริง

References

1. Fischer MA, Mazor KM, Baril J, Alper E, DeMarco D, Pugnaire M, Learning from mistakes. Factors that influence how students and residents learn from medical errors. *J Gen Intern Med.* 2006;21(5):419–23.doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00420.x.
2. Scott SD. The second victim phenomenon: a harsh reality of health care professions [internet]. 2011 [cited 2021 December 15]. Available form: <https://psnet.ahrq.gov/perspective/second-victim-phenomenon-harsh-reality-health-care-professions>.
3. Wu AW. Medical error: the second victim: the doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ.* 2000; 320(7237):726–7.doi:10.1136/bmj.320.7237.726
4. Hall LW, Scott SD. The second victim of adverse health care events. *Nurs Clin North Am.* 2012;47(3): 383–93.doi:10.1016/j.cnur.2012.05.008
5. Maiden J, Georges JM, Connelly CD. Moral distress, compassion fatigue, and perceptions about medication errors in certified critical care nurses. *Dimens Crit Care Nurs.*2011;30(6):339–45.doi:10.1097/DCC.0b013e31822fab2a.
6. Ullstrom S, Sachs MA, Hansson J, Ovreteit J, Brommels M. Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. *BMJ Qual Saf.* 2014;23(4):325–31. doi: 10.1136/bmjqs-2013-002035.
7. Cabilan CJ, Kynoch K. Experiences of and support for nurses as second victims of adverse nursing errors: a qualitative systematic review. *JBISIRIR-2016-003254.* JBI Database System Rev Implement Rep 2017;15(9):2333–64.doi: 10.11124/JBISIRIR-2016-003254.
8. Mokhtari Z, Hosseini MA, Khankeh HR, Fallahi-Khoshknab M, Nasrabadi AN. Barriers to support nurses as second victim of medical errors: A qualitative study. *Australas Med J.*2018;11(12):556–60. doi:10.21767/AMJ.2018.3515
9. Busch IM, Moretti F, Purgato M, Barbui C, Wu AW, Rimondini M. Psychological and psychosomatic symptoms of second victims of adverse events: a systematic review and meta-analysis. *JPatientSaf.*2020;16(2): e61–74. <https://doi.org/10.1097/PTS.10.1097/0000000000000589>



10. Miller RG; Scott SD; Hirschinger LE. Improving patient safety: the intersection of safety culture, clinician and staff support, and patient safety organizations [internet]. 2011 [cited 2021 December 25]. Available from: <http://www.centerforpatientsafety.org/wp-content/themes/patient-safety/pdf/Second-Victims-White-Paper.pdf>
11. Kronman AC, Paasche-Orlow M, Orlander JD. Factors associated with disclosure of medical errors by housestaff. *BMJ Qual Saf.* 2012;21(4):271–278. doi:10.1136/bmjqs-2011-000084
12. Carr S. Disclosure and apology: What’s missing? *PSQH* [internet]. 2010 [cited 2020 December 15]. Available from: <https://www.psqh.com/analysis/disclosure-and-apology-whats-missing/>
13. Edrees HH, Wu AW. Does one size fit all? Assessing the need for organizational second victim support programs. *J Patient Saf.* 2017. doi:10.1097/PTS.0000000000000321
14. Seys D, Wu AW, Gerven EV, Vleugels A, Euwema M, Panella M, et al. Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. *Eval Health Prof.* 2013;36(2):135–62. doi:10.1177/0163278712458918
15. Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, Dunagan WC, Levinson W, Fraser VJ, Gallagher TH, The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2007;33(8):467–76. doi:10.1016/s15537250(07)33050-x.
16. Miller WL, Crabtree BF. Primary care research: a multimethod typology and qualitative road map. In: Crabtree BF, Miller WL, (editors.) *Doing qualitative research.* Newburg Park: SAGE;1992.p.3>28.
17. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs.* 2008;62(1):107–15
18. Headley M. Are second victims getting the help they need?. *PSQH* [internet]. 2018 [cited 2020 December 18]. Available from: <https://www.psqh.com/analysis/are-second-victims-getting-the-help-they-need/>



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวาย ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4

Factors Relating to Job Retention of Generation Y Registered Nurses at Community Hospitals in Health Region 4

ชวัลรัตน์ บุญแดง¹ วันเพ็ญ แก้วปาน² สุรินทร์ กลัมพากร² จุฑาธิป ศีลบุตร²

Chawalrat Boondang¹ Wonpen Kaewpan² Surintorn Kalampakorn² Jutatip Seenboot²

¹สถาบันบำราศนราดูร, ²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute, ²Faculty of Public Health, Mahidol University

Correspondence author: Chawalrat Boondang; Email: meameew@gmail.com

Received: May 12, 2021 Revised: August 30, 2021 Accepted: September 27, 2021

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการคงอยู่ในงาน ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านคุณลักษณะขององค์กรกับการคงอยู่ในงาน และความสามารถทำนายการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ เจนเนอเรชันวายในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวายในโรงพยาบาล ชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 401 คน ซึ่งสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวายในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการคงอยู่ในงานด้วยโค-สแควร์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน วิเคราะห์ความสามารถทำนายการคงอยู่ในงาน ด้วยการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณแบบตัดเข้า ผลการศึกษา พบว่า การคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวายอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลด้าน ขนาดโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงาน ($X^2=14.15$, $p\text{-value}<.05$) อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ตำแหน่ง รายได้ ครอบครัวและภูมิลำเนาไม่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงาน ปัจจัยด้านคุณลักษณะขององค์กร โดยรวมมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการคงอยู่ในงาน ($r=.64$, $p\text{-value}<.05$) และคุณลักษณะส่วนบุคคลด้าน ขนาดของโรงพยาบาล คุณลักษณะองค์กรด้านลักษณะของนายจ้างและด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ปฏิบัติงานร่วม ทำนายการคงอยู่ในงานได้ร้อยละ 42 ($p\text{-value}<.05$) ผลการศึกษามีข้อเสนอแนะผู้บริหารทางการแพทย์ ควรส่งเสริม การอํารงรักษาพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวายให้คงอยู่ในงานโดยการพัฒนาองค์กรให้เอื้อต่อการปฏิบัติงาน การ สร้างวัฒนธรรมที่ดีและการมีส่วนร่วมในองค์กร การจัดสรรทรัพยากรที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานและการพัฒนา สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ปฏิบัติงาน

คำสำคัญ: การคงอยู่ในงาน; คุณลักษณะส่วนบุคคล; คุณลักษณะองค์กร; เจนเนอเรชันวาย; พยาบาลวิชาชีพ



Factors Relating to Job Retention of Generation Y Registered Nurses at Community Hospitals in Heath Region 4

Chawalrat Boondang¹ Wonpen Kaewpan² Surintorn Kalampakorn² Jutatip Seenboot²

¹Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute, ²Faculty of Public Health, Mahidol University

Correspondence author: Chawalrat Boondang; Email: meameew@gmail.com

Received: May 12, 2021 Revised: August 30, 2021 Accepted: September 27, 2021

Abstract

The purpose of this study was to explore job retention rate, the relationship between personal characteristics, organizational characteristics, and job retention, and the predictive ability of personal characteristics and organizational characteristics in relation to job retention of Generation Y registered nurses in community hospitals in Health Region 4. The sample comprised 401 Generation Y registered nurses selected through multi-stage random sampling. The researcher-developed questionnaire regarding factors relating to job retention of Generation Y registered nurses at community hospitals was used. The relationships between factors related to job retention were analyzed with Pearson product-moment correlation coefficient. The predictive factor of job retention was analyzed using multiple regression analysis. The results of the study showed that job retention of generation Y registered nurses was at a moderate level, personal factors including hospital size was related to job retention ($X^2=14.15$, $p\text{-value}<5$), age, duration of service, position, income, family an domicile were not related to job retention. Organizational characteristics were related to job retention at a moderate level ($r=.64$, $p\text{-value}<.05$). Personal characteristics and hospital size were the only factors that predicted retention of Generation Y registered nurses. Organization characteristics, characteristic of the employer, and employee relationships could jointly predict 42% of the variation in job retention of generation Y registered nurses ($p\text{-value}<.05$). The study recommends that nurse administrators should continually promote and support the retention of Generation Y registered nurses in the profession by developing the organization to support their practice, creating a positive organizational culture and participation, providing resources that support their practice, and fostering positive relationships between practitioners.

Keywords: job retention; personal factors; organization characteristics; generation Y; registered nurse



ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันโครงสร้างประชากรมีการเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งโครงสร้างอายุของพยาบาลในระบบสุขภาพสามารถจำแนกเป็นกลุ่มวัยได้ 3 กลุ่มวัย¹ คือ พยาบาลรุ่นเยาว์หรือเจนเนอเรชันวาย (generation Y) ซึ่งเกิดระหว่างปี พ.ศ.2523-2543 พยาบาลรุ่นกลาง (generation X) ซึ่งเกิดระหว่างปี พ.ศ.2508-2523 และพยาบาลสูงวัย (baby boomers) ซึ่งเกิดระหว่างปี พ.ศ.2489-2507² ถ้าคิดเป็นสัดส่วนจะมีพยาบาลเจนเนอเรชันวายในระบบมากที่สุดคือ ร้อยละ 49.31 พยาบาลรุ่นกลาง ร้อยละ 44.31 และพยาบาลสูงวัย ร้อยละ 6.133 พยาบาลแต่ละกลุ่มวัยเป็นกำลังสำคัญของระบบสุขภาพแต่พบว่ามีพยาบาลลาออกอย่างต่อเนื่อง โดยระหว่างปี พ.ศ.2558-2560 มีการสูญเสียร้อยละ 2.71, 2.99 และ 3.29 ตามลำดับ⁴ และมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นในระหว่างปี 2560-2564 เนื่องจากการลาออกและการเกษียณอายุตามโครงสร้างอายุ และยังมีพบว่าพยาบาลรุ่นเยาว์หรือเจนเนอเรชันวายลาออกเร็ว⁴ การลาออกของพยาบาลส่งผลให้อัตรากำลังพยาบาลไม่เพียงพอ เกิดความไม่สมดุลระหว่างภาระงานกับจำนวนพยาบาล ทำให้พยาบาลวิชาชีพที่มีอยู่ต้องทำงานหนักและอาจส่งผลต่อคุณภาพการปฏิบัติงาน

การคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวายซึ่งเป็นกลุ่มคนที่มีจำนวนมากในระบบบริการสุขภาพจึงมีความสำคัญต่อองค์กร เนื่องจากลักษณะการปฏิบัติกรพยาบาลต้องใช้แรงกาย ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงแตกต่างกัน มีการจัดงานแบบกะ (shiftwork) หมุนเวียนเพื่อดูแลผู้รับบริการตลอด 24 ชั่วโมง รวมทั้งมีการนำเทคโนโลยี อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัยมาใช้ให้บริการในระบบสุขภาพ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวายจะมีลักษณะเด่นต่อการให้บริการสุขภาพ คือ มีสภาพร่างกายแข็งแรงเหมาะสมกับลักษณะงานที่ใช้แรงกาย (physical demanding) มีความสามารถทำงานที่หลากหลาย มีทักษะการใช้งานด้านเทคโนโลยีสูง¹ และมีอายุงานอยู่ในองค์กรน้อยกว่ากลุ่มวัยอื่น จึงนับเป็นกำลังสำคัญต่อการบริหารองค์กร เนื่องจากคนกลุ่มนี้มีจำนวนมากและพร้อมที่จะทำงาน แต่ถ้าองค์กรไม่สามารถทำให้คนกลุ่มนี้เห็นความก้าวหน้าในอาชีพได้ก็พร้อมเปลี่ยนงานได้เสมอ⁵ หากองค์กรไม่สามารถธำรงรักษาบุคลากรกลุ่มนี้ให้คงอยู่ในงานจะส่งผลต่อปัญหาการขาดแคลนอัตรากำลังและสูญเสียงบประมาณในการสรรหาและฝึกฝนบุคลากรใหม่⁶ ทั้งนี้ การดึงดูดใจให้พยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวายคงอยู่ในงานจะต้องใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสม จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการคงอยู่ในงาน เพื่อนำมาใช้เป็นกลยุทธ์ในการธำรงรักษาให้พยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวายอยู่ในองค์กรต่อไป

การตัดสินใจคงอยู่ในงานมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหลายประการและปัจจัยเหล่านี้องค์กรสามารถควบคุมได้⁷ จากแนวคิดของมาทิสและแจ๊คสัน⁷ ระบุว่าปัจจัยในองค์กรที่ทำให้เกิดการคงอยู่ในงานที่สำคัญมี 5 ประการ ได้แก่ 1) ลักษณะของนายจ้าง หมายถึง ลักษณะองค์กรที่มีวัฒนธรรมเชิงบวก มีการบริหารงานที่ดีและมีความปลอดภัยในการทำงาน 2) การออกแบบงาน หมายถึง ลักษณะเฉพาะของงานที่บุคลากรต้องปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ 3) โอกาสความก้าวหน้าของอาชีพ หมายถึง ความเป็นไปได้ที่จะเจริญเติบโตในอาชีพของบุคลากร 4) รางวัล หมายถึง สิ่งที่บุคลากรได้รับการทำงานโดยอยู่ในรูปของค่าตอบแทน แรงจูงใจและผลประโยชน์ และ 5) สัมพันธภาพระหว่างผู้ปฏิบัติงาน หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างผู้ปฏิบัติงานด้วยกัน และผู้ปฏิบัติงานกับผู้บริหาร รวมทั้งสัมพันธภาพในเชิงการบริหาร ปัจจัยองค์กรดังกล่าวมีผลต่อความรู้สึกของบุคคลให้ปฏิบัติงานด้วยความพึงพอใจและมุ่งมั่นที่จะทำงานในองค์กรต่อไป⁷ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า นอกจากปัจจัยด้านองค์กรแล้วยังมีปัจจัยในด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ในงาน ได้แก่ อายุ⁸⁻⁹ รายได้¹⁰ ภูมิฐานะ¹⁰ ระยะเวลาปฏิบัติงาน¹¹ ภาวะครอบครัว¹¹ ขนาดโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน¹² ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวายตามแนวคิดของมาทิสและแจ๊คสัน⁷ ร่วมกับปัจจัยด้านบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการคงอยู่ในงานจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว

การจัดบริการสุขภาพในประเทศไทยมีการแบ่งเขตพื้นที่ให้บริการเป็น 12 เขต เขตสุขภาพที่ 4 มีพื้นที่ครอบคลุม 8 จังหวัด เป็นเขตพื้นที่ที่มีความแตกต่างทางบริบทค่อนข้างมาก ในด้านภูมิศาสตร์และระบบสังคมเศรษฐกิจ มีจังหวัดที่อยู่ในเขตปริมณฑลและเขตอุตสาหกรรมซึ่งมีประชากรหนาแน่นกว่าพื้นที่ทั่วไป มีจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด 71 แห่ง



จำแนกเป็นโรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 9 แห่งและเป็นโรงพยาบาลชุมชน 59 แห่ง มีสัดส่วนอัตรากำลังพยาบาลต่ำกว่าระดับประเทศ และมีข้อจำกัดในเรื่องอัตรากำลังในโรงพยาบาลชุมชน¹³ สะท้อนให้เห็นว่าการปฏิบัติงานอาจประสบปัญหาได้เนื่องจากภาระงานมากในขณะที่บุคลากรมีไม่เพียงพอ อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน ทั้งนี้ โรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานบริการระดับทุติยภูมิในระบบบริการสุขภาพที่มีความสำคัญต่อการบริการสุขภาพให้กับประชาชนในชุมชนระดับอำเภอโดยจัดบริการครบถ้วนทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสภาพ โดยแบ่งขนาดตามความสามารถของโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3) ขนาดกลาง (F2) ขนาดใหญ่ (F1) และโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (M2) สำหรับในเขตสุขภาพที่ 4 มีพยาบาลวิชาชีพเงินเนอเรชั่นวัยในโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 34.42 และในปีที่ผ่านมามีพยาบาลวิชาชีพเงินเนอเรชั่นวัยในโรงพยาบาลชุมชนลาออกคิดเป็นร้อยละ 10.39 ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนที่ลาออกทั้งหมด¹⁴ เมื่อพิจารณาสาเหตุการลาออกของพยาบาลกลุ่มนี้พบว่า สาเหตุสำคัญเกี่ยวกับความมั่นคงในงานและรายได้ รวมทั้งขวัญกำลังใจในการทำงาน ถึงแม้ว่านโยบายของรัฐบาลจะส่งเสริมการคงอยู่ในงานโดยการให้ทุนแก่นักศึกษาพยาบาลซึ่งมีภูมิลำเนาในพื้นที่นั้น ๆ และเมื่อสำเร็จการศึกษาให้กลับมาปฏิบัติงานในภูมิลำเนาเดิม และส่วนใหญ่ต้องไปปฏิบัติหน้าที่ให้ทุนในโรงพยาบาลชุมชน เมื่อครบกำหนดการใช้ทุนมักลาออกเนื่องจากขาดความมั่นคงในงานถ้าไม่ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ และปริมาณภาระงานหนักแต่ค่าตอบแทนต่ำกว่าภาคเอกชนในพื้นที่เดียวกัน¹⁵ สะท้อนให้เห็นว่าระบบการบริหารทรัพยากรบุคคลที่ผ่านมาไม่สามารถธำรงรักษาบุคลากรในระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งปัญหาการไม่คงอยู่ในงานย่อมเกิดผลกระทบต่อองค์กร เกิดความขาดแคลนบุคลากรในสถานบริการภาครัฐ

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาอัตราคงอยู่ในงาน และวิเคราะห์ปัจจัยการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพเงินเนอเรชั่นวัย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานนำเสนอแก่ผู้บริหารในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผนแก้ไขปัญหาการสูญเสียพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการสร้างเสริมการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพเงินเนอเรชั่นวัยในหน่วยบริการต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาอัตราการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพเงินเนอเรชั่นวัย ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ตำแหน่งงาน รายได้ ครอบครัว ภูมิลำเนา และขนาดโรงพยาบาลกับการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพเงินเนอเรชั่นวัยในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะขององค์กร ได้แก่ ลักษณะนายจ้าง การออกแบบงาน โอกาสความก้าวหน้าของอาชีพ รางวัล สัมพันธภาพระหว่างผู้ปฏิบัติงาน กับการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพเงินเนอเรชั่นวัยในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4
4. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านคุณลักษณะองค์กร ที่มีต่อการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพเงินเนอเรชั่นวัยในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) แบบภาคตัดขวาง (cross-section study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ คือ พยาบาลวิชาชีพเงินเนอเรชั่นวัย ที่เกิดระหว่างปี พ.ศ.2523-2543 มีอายุ 20-40 ปี ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 8 จังหวัด จำนวน 59 โรงพยาบาล ในปีงบประมาณ 2563 จำนวน 993 คน³

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันภายในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากสูตรของแดเนียล¹⁴ กรณีทราบค่าประชากร ซึ่งได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม จำนวน 341 คน และเพื่อลดโอกาส การสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 40 รวมเป็นขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 477 คน การสุ่ม ตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยขั้นแรกสุ่มเลือกจังหวัดแบบง่าย 4 จังหวัดโดยการจับฉลาก ได้พื้นที่วิจัย คือ จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา และลพบุรี แล้วคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละจังหวัด ได้ จำนวนกลุ่มตัวอย่างจากจังหวัดนนทบุรี 227 คน ปทุมธานี 136 คน พระนครศรีอยุธยา 162 คน และลพบุรี 190 คน หลังจากนั้นสุ่มเลือกโรงพยาบาลชุมชนโดยสุ่มแบบง่ายและไม่แทนที่ ขนาดละ 1 แห่ง ในแต่ละจังหวัด แล้วสุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันภายในแต่ละโรงพยาบาลเป็นกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ตำแหน่งงาน รายได้ ภาวะครอบครัว ภูมิฐานะ และขนาดโรงพยาบาล จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด

ส่วนที่ 2 คุณลักษณะองค์กร ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของมาทิสและแจ๊คสัน⁷ เป็นแบบสอบถาม เกี่ยวกับปัจจัยองค์กร 5 ด้าน ได้แก่ (1) ลักษณะของนายจ้าง สอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันนาย ต่อลักษณะโรงพยาบาลชุมชน วัฒนธรรมองค์กร การบริหารจัดการและความมั่นคงในงาน จำนวน 15 ข้อ (2) การ ออกแบบงาน สอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันนายที่มีต่องานที่ปฏิบัติ ความสอดคล้องระหว่าง บุคคลกับงาน การยืดหยุ่นของเวลาและความยืดหยุ่นของงาน จำนวน 15 ข้อ (3) โอกาสความก้าวหน้าของอาชีพ สอบถาม ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันนายต่อการเติบโตในอาชีพ การอบรม พัฒนา การมีพี่เลี้ยงและการวางแผน ก้าวหน้าในอาชีพ จำนวน 10 ข้อ (4) รางวัล สอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันนายต่อค่าตอบแทน และผลประโยชน์ต่างๆ ที่ได้รับการดำเนินงาน รวมถึงการให้การยอมรับจากโรงพยาบาล จำนวน 15 ข้อ (5) สัมพันธภาพ ระหว่างผู้ปฏิบัติงาน สอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันนายต่อสัมพันธภาพระหว่างพยาบาล วิชาชีพเจนเนอเรชันนายกับผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ความยุติธรรมและการไม่เลือกปฏิบัติ การบริหารการจัดการและการนิเทศงานอย่างเป็นธรรม จำนวน 13 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นข้อความเชิงบวก โดยให้คะแนน ตามแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ 5 หมายถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 หมายถึงเห็นด้วยมาก 3 หมายถึงไม่แน่ใจ 2 หมายถึงไม่เห็นด้วย และ 1 หมายถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 การคงอยู่ในงานเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของมาทิสและแจ๊คสัน⁷ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นข้อความเชิงบวกโดยให้คะแนนแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย และ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การแปลผล พิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยรายด้านและรายข้อตามแนวคิดของแดเนียล¹⁴ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (1.00-2.33) ระดับปานกลาง (2.34-3.66) และระดับสูง (3.67-5.00)

คุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ด้านความตรงของเครื่องมือ (validity) โดยการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน นำคะแนนความเห็น มาวิเคราะห์ค่าความตรง (CVI) พบว่าแบบสอบถามมีค่า ความตรงเชิงเนื้อหาในส่วนด้านคุณลักษณะองค์กร เท่ากับ .98 และการคงอยู่ในงาน เท่ากับ 1

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันนาย ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 ในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยสถิติค่าสัมประสิทธิ์



แอลฟา (alpha coefficient) ของكرونบาค พบว่า ด้านคุณลักษณะองค์กร มีค่าเท่ากับ .99 และการคงอยู่ในงาน มีค่าเท่ากับ .89 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการ ดังนี้

1. ภายหลังจากผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว (เลขที่หนังสือรับรอง MUPH2020-095) ผู้วิจัยนำส่งหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่วิจัย 4 จังหวัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

2. เมื่อได้รับการอนุมัติ จึงประสานขอความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนในการเก็บข้อมูล และประสานขอความอนุเคราะห์จากหัวหน้ากลุ่มการงานพยาบาล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากนั้นมอบแบบสอบถามให้แก่พยาบาลวิชาชีพเจนเนอร์ชานายที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำทะเบียนไว้ในแต่ละพื้นที่ โดยแนบเอกสารชี้แจงการเข้าร่วมวิจัยและหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย พร้อมซองเปล่า 2 ซอง เพื่อแยกแบบสอบถามและหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยการตอบแบบสอบถามการวิจัยจะแสดงเพียงรหัสข้อมูลเท่านั้น เพื่อการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลและป้องกันผลกระทบต่อด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูล ซึ่งจากรหัสข้อมูลผู้วิจัยจะทราบชื่อโรงพยาบาลและทราบขนาดของโรงพยาบาล

3. กำหนดระยะเวลาการเก็บข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ เมื่อครบกำหนดผู้วิจัยกลับไปปรับแบบสอบถามด้วยตนเองแล้วนำมาตรวจสอบและเตรียมการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างวันที่ 1-30 กันยายน 2563 และผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับคืนจำนวน 401 ฉบับ คิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ 84.06

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลและคุณลักษณะองค์กร ที่มีลักษณะเป็นนามบัญญัติและเรียงลำดับด้วยสถิติค่าไคว์-สแควร์ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการคงอยู่ในงาน ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลได้แก่ อายุ รายได้ และปัจจัยด้านคุณลักษณะองค์กรด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายการคงอยู่จากปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลและคุณลักษณะองค์กรด้วยวิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบคัดเข้า (enter multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า พยาบาลวิชาชีพเจนเนอร์ชานายที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 27.92 ปี (\bar{X} =27.92, SD=4.12, min=21, max=40) มีระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 4.52 ปี (\bar{X} =4.52, SD=3.92, min=1, max=18) ตำแหน่งงานส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ (ร้อยละ 89.53) มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 23,410 บาท (\bar{X} =23,410.45, SD=7186.38, min=10,000, max=50,000) ส่วนใหญ่มีภาระครอบครัว (ร้อยละ 92.27) มีภูมิลำเนาในพื้นที่ทำงาน (ร้อยละ 67.33) และส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแม่ข่าย (ร้อยละ 44.14) ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=401)

	คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ	น้อยกว่า 30 ปี	271	67.58
	30 - 35 ปี	96	23.94
	มากกว่า 35 ปี	34	8.48
ระยะเวลาปฏิบัติงาน	น้อยกว่า 5 ปี	250	62.34
	5 - 10 ปี	119	29.68
	มากกว่า 10 ปี	32	7.98
ตำแหน่งงาน	ข้าราชการ	359	89.53
	พนักงานราชการ และลูกจ้าง	42	10.47
รายได้ต่อเดือน	ไม่เกิน 20,000 บาท	173	43.14
	20,001 - 30,000 บาท	187	46.63
	มากกว่า 30,000 บาท	41	10.22
การครอบครัว	ไม่มีภาระรับผิดชอบดูแลบุคคลในครอบครัว	31	7.73
	มีภาระรับผิดชอบดูแลบุคคลในครอบครัว	370	92.27
ภูมิลำเนา	อยู่ในพื้นที่เดียวกับโรงพยาบาลที่ทำงานอยู่	270	67.33
	อยู่ต่างพื้นที่	131	32.67
ขนาดโรงพยาบาล	ขนาดเล็ก (F3ขนาดเตียง 30 เตียง)	54	13.47
	ขนาดกลาง (F2ขนาดเตียง 30 - 90 เตียง)	90	22.44
	ขนาดใหญ่ (F1ขนาดเตียง 90 - 120 เตียง)	80	19.95
	แม่ข่าย (M2 ขนาด 120 เตียงขึ้นไป)	177	44.14

2. อัตราการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพเงินเนอเรนวายในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 พบว่า อัตราการคงอยู่ในงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.59$, $SD=.72$) เมื่อจำแนกรายละเอียดพบว่า ความตั้งใจที่จะคงอยู่ในโรงพยาบาลนี้ต่อไปอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.75$, $SD=.80$) ความพึงพอใจที่ทำงานในโรงพยาบาลนี้อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.68$, $SD=.78$) ยังไม่มีแผนการลาออกหรือเปลี่ยนงานอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.63$, $SD=.92$) มีความเต็มใจยังอยู่กับองค์กรไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.46$, $SD=.87$) และมีความมุ่งมั่นปฏิบัติงานโดยไม่คิดที่จะลาออกอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.42$ ($SD=.91$)) ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ระดับความคิดเห็นของการคงอยู่ในงานของกลุ่มตัวอย่าง (n=401)

การคงอยู่ในงาน	\bar{x}	SD	ระดับค่าเฉลี่ย
การคงอยู่ในงาน	3.59	.72	ปานกลาง
1. ความตั้งใจที่จะทำงานในโรงพยาบาลนี้ต่อไป	3.75	.80	สูง
2. ความพึงพอใจที่ทำงานในโรงพยาบาลนี้	3.68	.78	สูง
3. ยังไม่มีแผนการลาออกหรือเปลี่ยนงาน	3.63	.92	ปานกลาง
4. ความมุ่งมั่นปฏิบัติงานโดยไม่คิดที่จะลาออก	3.42	.91	ปานกลาง
5. ความเต็มใจยังอยู่กับองค์กรไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้น	3.46	.87	ปานกลาง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล คุณลักษณะองค์กรกับการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชั่นวาย

3.1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ผลการศึกษา พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล ด้านตำแหน่งงาน ภาวะครอบครัวและภูมิลำเนาไม่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงาน ($p>.05$) ส่วนขนาดของโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงาน ($p<.05$) ดังตารางที่ 3 ส่วนปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านอายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน รายได้ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงาน ($p>.05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการคงอยู่ในงาน ด้านตำแหน่งงาน ภาวะครอบครัวและภูมิลำเนา ขนาดของโรงพยาบาล (n=401)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	χ^2 (df)	p-value
ตำแหน่งงาน	1.18(1)	.28
ภาวะครอบครัว	.22(1)	.64
ภูมิลำเนา	.00(1)	.98
ขนาดโรงพยาบาล	14.15(3)	.00

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับการคงอยู่ในงาน ด้านอายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน รายได้ (n=401)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	r	p-value
อายุ	.05	.31
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน	.07	.15
รายได้ต่อเดือน	.03	.60

3.2 ปัจจัยคุณลักษณะองค์กร พบว่า คุณลักษณะองค์กรโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการคงอยู่ในงานในระดับปานกลาง ($r = .64, p<.01$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านลักษณะนายจ้าง การออกแบบงาน โอกาสและความก้าวหน้าในอาชีพ รางวัลและสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับการคงอยู่ในงาน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ทุกด้าน ($r=.60, .58, .56, .55, .60$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 5)



ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะองค์การกับการคงอยู่ในงาน (n=401)

คุณลักษณะองค์การ	r	p-value
1. ลักษณะนายจ้าง	.60	<.01
2. การออกแบบงาน	.58	<.01
3. โอกาสและความก้าวหน้าในอาชีพ	.56	<.01
4. รางวัล	.55	<.01
5. สัมพันธภาพระหว่างผู้ปฏิบัติงาน	.60	<.01
รวมด้านคุณลักษณะองค์การ	.64	<.01

4. ความสามารถของคุณลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยด้านคุณลักษณะองค์การในการทำนายการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวาย ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล ด้านขนาดโรงพยาบาลแม่ข่าย (M2) และปัจจัยคุณลักษณะองค์การ ด้านลักษณะของนายจ้าง ด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ปฏิบัติงานสามารถร่วมกันทำนายการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวาย ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 ได้ร้อยละ 42 (Adjusted R²=.420, p<.001) และมีสมการทำนายดังนี้ $\hat{Y} = b_0 + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_kx_k$

$$\text{แทนค่า } \hat{Y} = .73 + .34X_1 + .30X_2 + (-.17)X_3$$

เมื่อ \hat{Y} = การคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวาย ของกลุ่มตัวอย่าง X_1 =ลักษณะของนายจ้าง X_2 =สัมพันธภาพระหว่างผู้ปฏิบัติงาน (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ค่าสถิติทดสอบสมการถดถอยเชิงพหุและค่าสัมประสิทธิ์ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่

ตัวแปร	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p-value
	B	Std. Error	Beta		
ค่าคงที่	.73	.21		3.52	<.01
1. ลักษณะนายจ้าง	.34	.09	.27	3.73	<.01
2. การออกแบบงาน	.07	.10	.06	.70	.49
3. โอกาสความก้าวหน้าในอาชีพ	.10	.09	.09	1.25	.21
4. รางวัล	.02	.08	.01	.17	.86
5. สัมพันธภาพระหว่างผู้ปฏิบัติงาน	.30	.09	.26	3.54	<.01
6. ขนาดโรงพยาบาล - ขนาดเล็ก(F3)	.33	.10	.02	.04	.73
- ขนาดใหญ่ (F1)	-.13	.09	-.07	-1.54	.13
- แม่ข่าย (M2)	-.17	.08	-.17	-2.27	<.05

Adjusted R²=.42, SEE=.55, F=37.18, p-value<.05, Exclude variable=ขนาดโรงพยาบาลขนาดกลาง (F2)



อภิปรายผล

1. อัตราการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพเงินเนอเรชันวายในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาศึกษาของนลินรัตน์ ทองนิรันดร์⁸ ที่พบว่าการตั้งใจคงอยู่ในอาชีพของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 1 อยู่ในระดับปานกลาง กล่าวคือ พยาบาลวิชาชีพเงินเนอเรชันวายมีความพึงพอใจในงานโดยไม่คิดที่จะลาออกและมุ่งมั่นที่จะอยู่ปฏิบัติงานกับองค์กรต่อไปด้วยความเต็มใจในระดับสูง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้บรรจุเป็นข้าราชการ (ร้อยละ 89.53) จากการจัดสรรอัตราบรรจุให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านหน้าในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ซึ่งมีการบรรจุ 3 ระยะ คือ เดือนพฤษภาคม เดือนสิงหาคม และเดือนพฤศจิกายน 2563¹⁵ ส่วนผู้ที่ยังไม่บรรจุก็มีความคาดหวังในการบรรจุระยะถัดไปทำให้มีขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน กอปรกับการทำงานใหม่ในช่วงนี้จะยุ่งยาก จึงตั้งใจที่จะทำงานในโรงพยาบาลนี้ต่อไป แต่หากสถานการณ์ในอนาคตเปลี่ยนแปลง แผนการคงอยู่ก็อาจเปลี่ยนไป และหากไม่มีความชัดเจนถึงความก้าวหน้าในอาชีพคนกลุ่มนี้ก็พร้อมเปลี่ยนงาน⁵ จึงทำให้อัตราการคงอยู่ปานกลาง

2. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ตำแหน่งงาน รายได้ ภาวะครอบครัว ภูมิฐานะ และขนาดของโรงพยาบาลกับการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพเงินเนอเรชันวายในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาปฏิบัติงาน ตำแหน่งงาน รายได้ ครอบครัว และภูมิฐานะ ไม่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงาน ($p > .05$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุและระยะเวลาปฏิบัติงาน ใกล้เคียงกันคือ มีอายุน้อยกว่า 30 ปี (ร้อยละ 67.58) มีระยะเวลาปฏิบัติงานน้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 62.34) ซึ่งเป็นช่วงวัยที่เริ่มต้นในการทำงาน กำลังเรียนรู้งานที่เพิ่งเริ่มต้นและพร้อมที่จะแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลอื่น⁹ นอกจากนี้ ตำแหน่งงานส่วนใหญ่ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ เป็นการสร้างแรงจูงใจแก่พยาบาลกลุ่มนี้ว่ามีความมั่นคงในงานมากกว่าที่ผ่านมาซึ่งไม่มีโอกาสบรรจุในตำแหน่งข้าราชการ จึงพึงพอใจและไม่คิดลาออก ดังนั้น การวิเคราะห์ผลจึงอาจไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มได้

ด้านรายได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 23,415 บาท ซึ่งกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามเกี่ยวกับค่าตอบแทนและผลประโยชน์ที่ได้รับอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะครอบครัว (ร้อยละ 92.27) มีภูมิฐานะอยู่ในพื้นที่เดียวกับกับโรงพยาบาลที่ทำงานอยู่ (ร้อยละ 67.33) ทำให้มีเวลาอยู่กับครอบครัว แต่จากลักษณะของกลุ่มคนเงินเนอเรชันวายที่มีความทะเยอทะยานสูงและจะเลือกงานที่สร้างความมั่นใจว่าจะให้มีความสุขในอาชีพ และความสำเร็จในการดำเนินชีวิต¹ ดังนั้น หากได้รับการชักชวนให้ไปปฏิบัติงานที่อื่นโดยมีข้อเสนอ ค่าตอบแทนและผลประโยชน์ที่ดีกว่าก็อาจเป็นเหตุผลให้ตัดสินใจออกจากโรงพยาบาลเดิม¹⁶ หรือโอนย้ายไปในหน่วยงานราชการอื่นที่ต้องการได้ตามความต้องการโดยไม่กระทบกับตำแหน่งงาน จึงอาจทำให้อายุ ระยะเวลาปฏิบัติงาน ตำแหน่งงาน รายได้ ครอบครัว และภูมิฐานะ ไม่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงาน สอดคล้องกับการศึกษาของบุญช่วย ศิลาม่อม¹⁶ ที่พบว่ารายได้ ภาวะครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงาน และนิตยา วันทยานันท์¹⁷ ที่พบว่ารายได้ ภาวะครอบครัว และภูมิฐานะ ไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจคงอยู่ในงาน

ด้านขนาดโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพเงินเนอเรชันวาย ($p < .05$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่า โรงพยาบาลแต่ละขนาดมีขีดความสามารถและภาระงานต่างกัน โรงพยาบาลที่มีขนาดเล็กกว่าจะมีภาระงานตามกรอบงานน้อยกว่าโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่กว่า และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นข้าราชการสามารถยื่นคำร้องขอย้ายที่ทำงานไปโรงพยาบาลที่มีขนาดเหมาะสมกับความต้องการของตนได้ เพราะลักษณะของกลุ่มคนเงินเนอเรชันวายจะเลือกงานที่มั่นใจว่าจะให้มีความสุขในอาชีพ¹ จึงทำให้ขนาดโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงาน สอดคล้องกับบอยล์และคณะ¹² ที่พบว่าขนาดโรงพยาบาลอธิบายการคงอยู่ในงานของพยาบาลได้

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะขององค์กร ได้แก่ ลักษณะของนายจ้าง การออกแบบงาน โอกาสความก้าวหน้าของอาชีพ รางวัล สัมพันธภาพระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับการคงอยู่ในงาน พบว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะ

ขององค์กรโดยรวม มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงาน ในระดับปานกลาง ($r=.64$; $p<.001$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของนิตยา วันทยานันท์¹⁷ ศักดิ์กฤษณ์ ประสิทธิ์ศุภการ¹⁸ ที่พบว่าคุณลักษณะขององค์กรมีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงานในระดับปานกลาง อธิบายตามรายด้านปัจจัยด้านคุณลักษณะขององค์กร ได้ดังนี้

3.1 ด้านลักษณะนายจ้าง มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงานในระดับปานกลาง ($r=.60$, $p<.01$) อธิบายได้ว่า ลักษณะนายจ้างซึ่งหมายถึงลักษณะของโรงพยาบาลชุมชนมีวัฒนธรรมเชิงบวก มีการบริหารงานที่ดี มีความปลอดภัยในการทำงาน สอดคล้องกับผลการศึกษานิตยา วันทยานันท์¹⁷ และศักดิ์กฤษณ์ ประสิทธิ์ศุภการ¹⁸ ทั้งนี้เพราะพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชั่นวัยรับรู้ถึงลักษณะของโรงพยาบาลชุมชนว่าเป็นองค์กรที่ดี มีการจัดกิจกรรมเชื่อมโยงค่านิยมกระทรวงสาธารณสุขสู่ปฏิบัติชัดเจน¹⁵ มีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพตามหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี และโรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยงานภาครัฐ ลักษณะงานจึงมีความต่อเนื่องมั่นคง อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นข้าราชการจึงมีความมั่นคงในงาน สอดคล้องกับแนวคิดของมาทิสและแจ๊คสัน⁷ ที่พบว่าลักษณะงานที่มีความมั่นคงทำให้อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสูงตามไปด้วย

3.2 การออกแบบงาน มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงานในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.58$; $p<.01$) อธิบายได้ว่า ลักษณะของงานที่พยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชั่นวัยที่ปฏิบัติตามเป็นไปตามบทบาทหน้าที่ มีความสอดคล้องระหว่างบุคคลกับงาน มีการยืดหยุ่นของงาน ของเวลา สอดคล้องกับผลการศึกษานิตยา วันทยานันท์¹⁷ และศักดิ์กฤษณ์ ประสิทธิ์ศุภการ¹⁸ ทั้งนี้เพราะ งานที่ปฏิบัติในโรงพยาบาลชุมชนมีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลตามนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลภาครัฐให้เป็น Smart Hospital¹⁵ ทำให้งานมีคุณภาพมีความปลอดภัยและทันสมัย สอดคล้องกับลักษณะของเจนเนอเรชั่นวัยที่คุ้นเคยกับเทคโนโลยี⁵ และงานที่ปฏิบัติมีความสมดุลระหว่างงานและชีวิตของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชั่นวัยได้เหมาะสม สอดคล้องผลการศึกษาของโทแอนเจีย¹¹ ที่พบว่า ความพึงพอใจของความสัมพันธ์ระหว่างงานกับการใช้ชีวิตมีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของพยาบาล และสอดคล้องกับแนวคิดของมาทิสและแจ๊คสัน⁷ ที่พบว่าความพึงพอใจต่อการออกแบบงานทำให้เกิดการคงอยู่ในงาน

3.3 โอกาสและความก้าวหน้าในอาชีพ มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงานในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.56$; $p<.01$) อธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชั่นวัยรับรู้ว่าการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนสามารถเติบโตก้าวหน้าในอาชีพ สามารถขอกำหนดตำแหน่งให้สูงขึ้นเมื่อมีคุณสมบัติครบ สอดคล้องกับผลการศึกษานิตยา วันทยานันท์¹⁷ และศักดิ์กฤษณ์ ประสิทธิ์ศุภการ¹⁸ ทั้งนี้เพราะพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชั่นวัยมีโอกาสได้รับการพัฒนาความรู้ ความสามารถ มีการปฐมนิเทศ มีพี่เลี้ยงดูแลให้คำปรึกษาช่วยให้มีการพัฒนางาน และโรงพยาบาลชุมชนมีแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้ได้รับการพัฒนาและก้าวหน้าในอาชีพ ซึ่งกลุ่มเจนเนอเรชั่นวัยต้องการความก้าวหน้าและประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับแนวคิดของมาทิสและแจ๊คสัน⁷ ที่พบว่าเมื่อบุคลากรได้รับการส่งเสริมให้มีความก้าวหน้าในงานก็จะมีแนวโน้มออกจากงานน้อยลง

3.4 รางวัล มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงานในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.55$; $p<.01$) อธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชั่นวัยรับรู้ว่า โรงพยาบาลชุมชนให้สิ่งตอบแทนการปฏิบัติงานได้เหมาะสม ซึ่งค่าตอบแทนเป็นกุญแจสำคัญของการคงอยู่ในงาน⁷ รางวัลจึงมีสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงาน สอดคล้องกับผลการศึกษานิตยา วันทยานันท์¹⁷ และศักดิ์กฤษณ์ ประสิทธิ์ศุภการ¹⁸ ทั้งนี้เพราะ พยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชั่นวัยได้รับค่าตอบแทน และผลประโยชน์จากการปฏิบัติงานสอดคล้องกับความสามารถและผลการปฏิบัติงาน และโรงพยาบาลชุมชนยังมีการสร้างการยอมรับผู้ปฏิบัติงานที่มีผลงานดีในรูปแบบต่าง ๆ โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ความสามารถ จะได้รับการยอมรับนับถือจากผู้อื่น สอดคล้องกับลักษณะของคนกลุ่มเจนเนอเรชั่นวัยที่ต้องการการยอมรับนับถือจากบุคคลอื่นในฐานะปัจเจกบุคคล¹ และสอดคล้องกับแนวคิดของมาทิสและแจ๊คสัน⁷ ที่พบว่า การได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของแรงจูงใจทำให้เกิดการคงอยู่ในงาน



3.5 สัมพันธภาพระหว่างผู้ปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงานในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.60$; $p<.01$) อธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวายรับรู้ถึงสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน สอดคล้องกับผลการวิจัยของนิตยา วันทยานันท์¹⁷ ศักดิ์กฤษณ์ ประสิทธิ์ศุภการ¹⁸ และชาติลือค และบูรเนโต¹⁹ ทั้งนี้เพราะ พยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวายรับรู้ว่าโรงพยาบาลชุมชนมีการปฏิบัติกับบุคลากรทุกคนอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม ยุติธรรมและไม่เลือกปฏิบัติ มีการนิเทศงานและมีการบริหารจัดการของผู้นำที่สร้างความสัมพันธ์เชิงบวกกับผู้ปฏิบัติงาน และพยาบาลเจนเนอเรชันวายมีสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานสูง สอดคล้องกับลักษณะของกลุ่มคนเจนเนอเรชันวายที่มีสังคม ต้องการการยอมรับ² และสอดคล้องกับแนวคิดของมาทิสและแจ๊คสัน⁷ ที่พบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงาน

4. ความสามารถในการทำนายของคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านคุณลักษณะองค์กร ต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวาย ในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4

คุณลักษณะส่วนบุคคลด้านขนาดของโรงพยาบาลแม่ข่าย (M2) และปัจจัยคุณลักษณะองค์กร ได้แก่ ด้านลักษณะของนายจ้าง ด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ปฏิบัติงาน สามารถร่วมกันทำนายการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวายโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 ได้ร้อยละ 42 (Adjusted $R^2=.420$, $p\text{-value}<.001$) อธิบายได้ว่า ขนาดของโรงพยาบาลแม่ข่าย (M2) เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีระดับความสามารถมากที่สุดในการแบ่งระดับของโรงพยาบาลชุมชน รองรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนอื่นและลดการส่งต่อไปโรงพยาบาลทั่วไป จึงทำให้มีภาระงานที่หนักกว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาดอื่น และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแม่ข่าย (M2) (ร้อยละ 44.14) ซึ่งลักษณะของกลุ่มคนเจนเนอเรชันวายมีความอดทนต่ำและชอบการเปลี่ยนแปลง⁵ เมื่อมีภาระงานที่หนักอาจทำให้ทำนายการคงอยู่ในงานของพยาบาลเจนเนอเรชันวายเป็นไปในทางน้อยลง

ด้านลักษณะของนายจ้าง อธิบายได้ว่า โรงพยาบาลชุมชนมีลักษณะองค์กรที่ดี มีวัฒนธรรมดี มีการบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ ทำให้พยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวายเกิดภาพลักษณ์ที่ดีต่อองค์กร และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นข้าราชการจึงมีความมั่นคงในงาน จึงทำนายการคงอยู่ในงานของพยาบาลเจนเนอเรชันวายสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทอนตัน เคมพิทซ์ และวุตลี¹⁰ และบงกชพร ตั้งฉัตรชัย¹⁰ ที่พบว่า ลักษณะขององค์กรสามารถทำนายการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพได้

ด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ปฏิบัติงาน อธิบายได้ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวายกับผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างผู้ปฏิบัติงานทำให้เกิดความผูกพันทางสังคมในที่ทำงาน เกิดความพึงพอใจในการทำงาน ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงานจึงทำนายการคงอยู่ในงานของพยาบาลเจนเนอเรชันวายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของชาวดีฟ²⁰ ที่พบว่าสัมพันธภาพการทำงานร่วมกันสามารถลดความเครียดและเพิ่มความพึงพอใจในการทำงาน และความพึงพอใจนี้มีผลโดยตรงกับการคงอยู่ในงาน

ข้อเสนอแนะในการพัฒนางาน

จากผลการวิจัยที่พบว่าปัจจัยคุณลักษณะองค์กร ด้านลักษณะของนายจ้าง และสัมพันธภาพระหว่างผู้ปฏิบัติงานสามารถร่วมกันทำนายการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวายได้ ผู้บริหารทางการพยาบาลผู้บริหารหน่วยงาน จึงควรกำหนดนโยบายเพื่อธำรงรักษาพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวาย ให้คงอยู่ในงานอย่างต่อเนื่อง โดยส่งเสริมการพัฒนาองค์กรให้เอื้อต่อการปฏิบัติงาน การสร้างวัฒนธรรมที่ดีและการมีส่วนร่วมในองค์กร การจัดสรรทรัพยากรที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน และการพัฒนาการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงลักษณะงานที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวาย เพื่อการพัฒนากระบวนการสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวายต่อไป



2. ควรพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวายให้เกิดคงอยู่ในงาน และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเกิดความพึงพอใจในงานและมีความมุ่งมั่นที่จะอยู่ปฏิบัติงานกับองค์กรต่อไป
3. ควรมีการศึกษาการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวายในเชิงคุณภาพ โดยเพิ่มวิธีการการสัมภาษณ์ ร่วมกับการเก็บข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมยิ่งขึ้น

References

1. Chuphan S. Generation Y professional nurses : a challenge for nursing administrators. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*.2018;28:1–12.(in Thai).
2. Weingarten RM. Four generations one workplace : a gen X–Y staff nurse’s view of team building in emergency department. *J Emerg Nurs*.2009;35(1):27–30.doi:10.1016/j.jen.2008.02.017. PubMed PMID:19203677.
3. Office of the permanent secretary ministry of public health. Human resources management division. Data of nursing loss : Fiscal year 2019. Nonthaburi:Office;2020.(in Thai).
4. Office of the permanent secretary ministry of public health. Nursing division. National nursing service strategy 2017–2021[internet]. Nonthaburi : Office; 2018 [cited 2019 October 29]. Available : http://www.don.go.th/?page_id=1499.(in Thai).
5. Wittawatolam S. Gen Y hold on tight, squeeze to work. Bangkok : Nation Multimedia Group;2007.(In Thai).
6. Sawaengdee K. Crisis of nursing shortage in health service facilities under office of permanent Secretary ministry of public health : Policy Recommendations. *J. of Health Science*.2017;26(2):457–68.(In Thai).
7. Mathis RL, Jackson JH. *Human Resource Management*. 12thed. Ohio : Thomson South–Western a part of The Thomson Corporation;2008.
8. Thongniran N. Intention to stay in the occupation of registered nurse at a community hospital region 1: central, Thailand [Master thesis]. Nakhonpathom: Mahidol University;2017.(in Thai).
9. Taunton R L, Krampitz SD, Woods CQ. Manager impact on retention of hospital staff : Part 1. *J Nurs Adm*.1989;19(3):14–9. PubMed PMID:2921631.
10. Tangchatchai B. Factors predicting job retention of professional nurses at the Northeast Regional Hospitals: Ministry of Public Health [Master thesis]. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat open University;2010. (in Thai).
11. Tourangeau A, Lisa AC. Nurse intention to remain employed: understanding and strengthening determinant. *J Adv Nurs* 2006;55(4):497–509.doi:10.1111/j.1365–2648.2006.03934.x Abstract. PubMed PMID:16866845.
12. Boyle DM, Bott MJ, Hansen HE, Woods CQ, Taunton RL Manager ‘leadership and critical care nurses’ intent to stay. *Am J Crit Care*.1999;6:361–71. PubMed PMID:10553177.
13. Health Region 4. Report of the operating results of the fiscal year 2018 [internet]. Nonthaburi: Office; 2019 [cited 2020 January 27]. Available From: <http://rh4.moph.go.th/j61/mobile/index.html#p=2021>. (in Thai).
14. Daniel WW. *Biostatistics: A foundation for analysis in the health science*. 10thed . New Jersey: John Wiley&Sons Inc;2013 [cited 2020 Aug 7]. Available from:<http://docshare02.docshare.tips/files/22448/224486444.pdf>.



15. Office of the permanent secretary ministry of public health. Human resources management division. The results of the ministry of public health fiscal year 2020. Nonthaburi : Office;2020.(in Thai).
16. Silamon B. Factor influencing the retention of generation Y professional nurse at a hospital [Master thesis]. Chonburi : Burapha University;2017.(in Thai).
17. Wantayanun N. Factors related to the persistence intention of temporary workers nurses hospital in Sakonnakhon province [Master thesis]. Chonburi : Burapha University;2014.(in Thai).
18. Prasitsuppakain S. Factors relating to job retention of generation Y professional nurses at a regional Hospital : Northeastern Region [Master thesis]. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat open University; 2015.(in Thai).
19. Shackloc K, Brunetto Y. The intention to continue nursing : work variables affecting three nurse generations in Australia. *J Adv Nurs.* 2012; 68(1) : 36-46.doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05709.x.
20. Sourdif J. Predictors of nurses' intent to stay at work in a university health center. *Nurs Health Sci.* 2004;6(1):59-68.doi:10.1111/j.1442-2018.2003.00174.x.PubMed PMID:14764195



ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความโดดเดี่ยว และความผาสุกของผู้สูงอายุ

The Effects of a Social Support Program on the Loneliness and Well-being of Older Persons

พัชราภรณ์ ตังชุม¹ ศากุล ช่างไม้² ทิพา ต่อสกุลแก้ว²

Phatcharaphon Tingchum¹ Sakul Changmai² Tipa Toskulkao²

¹นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

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

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ²Faculty of Nursing, Christian University of Thailand

Corresponding author; Phatcharaphon Tingchum; Email: Hying_2002@hotmail.com

Received: June 25, 2021 Revised: July 22, 2021 Accepted: July 28, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความโดดเดี่ยวและความผาสุกของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้จำนวน 60 ราย และทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก และจับสลากเพื่อแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 30 ราย และกลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเซฟเฟอร์ (Schaefer) และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ โปรแกรมสนับสนุนทางสังคมที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ แบบประเมินความโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุและแบบประเมินความผาสุกของผู้สูงอายุ หาความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80 และ .82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติไคสแควร์ และสถิติเชิงอนุมานโดยใช้ค่า Mean Difference ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความโดดเดี่ยวลดลงและค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกเพิ่มขึ้นภายหลังการทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความโดดเดี่ยวกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม และค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความผาสุกกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสามารถลดความโดดเดี่ยวและเพิ่มความผาสุกในผู้สูงอายุได้ ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้มีการจัดโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้สูงอายุในกลุ่มอื่น ๆ เพื่อลดความโดดเดี่ยวและเพิ่มความผาสุกต่อไป

คำสำคัญ: ความโดดเดี่ยว; ความผาสุก; ผู้สูงอายุ; โปรแกรมสนับสนุนทางสังคม



The Effects of a Social Support Program on the Loneliness and Well-being of Older Persons

Phatcharaphon Tingchum¹ Sakul Changmai² Tipa Toskulkao²

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

²Faculty of Nursing, Christian University of Thailand

Corresponding author; Phatcharaphon Tingchum; Email: Hying_2002@hotmail.com

Received: June 25, 2021 Revised: July 22, 2021 Accepted: July 28, 2021

Abstract

This quasi-experimental study using a two-group pretest-posttest design aimed to investigate the effects of a social support program on loneliness and well-being of older persons. The subjects were 60 older persons aged 60 and over, who met the inclusion criteria. Convenience sampling was used to recruit samples, while drawing was used to assign each person to be in the experimental group (n=30) or the control group (n=30). The experimental group participated in a five-week social support program that was developed based on the Schaefer's concepts of social support, while the control group received regular care activities. The research instruments were the social support program validated by five experts. The loneliness questionnaire and the well-being questionnaire were tested for reliability with Cronbach's alpha coefficients of .80 and .82, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and independent t-tests. The results of the study were as follows. After participation in the social support program, the mean score for loneliness in the experimental group was lower than the pre-test score and the mean score for well-being in the experimental group was higher than the pre-test score at statistical significance. The mean score for loneliness in the experimental group after participating in the social support program was statistically significantly lower after participation in the social support program than in the control group, which received regular care activities. In addition, the mean difference in well-being scores was statistically significantly higher in the experimental group after participation in the social support program was higher than in the control group receiving regular care ($p < .05$). Based on the results of this research, the social support program reduced loneliness and increased well-being in older persons. Therefore, the social support program for older people should be promoted in other groups in order to reduce loneliness scale and increase their well-being.

Keywords: loneliness; well-being; older persons; social support program

ความเป็นมาและความสำคัญ

จากสถานการณ์ประชากรโลกในปัจจุบัน พบว่าการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากใน พ.ศ. 2561 จากจำนวนประชากรทั้งหมด 7,633 ล้านคนทั่วโลก มีจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด¹ สำหรับประเทศไทยนั้นก็มีการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง จากในปี.ศ. 2559 มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งหมด² และในปี.ศ. 2563 มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 17.57 ของประชากรทั้งหมด³ ปัจจุบันได้มีแนวทางการดูแลและการให้บริการผู้สูงอายุ โดยมีการแบ่งลักษณะผู้สูงอายุทางสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม โดยจุดมุ่งหมายของการให้บริการมีเป้าหมาย คือการบริการผู้สูงอายุโดยภาพรวมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันภาวะทุพพลภาพ และการส่งเสริมความเป็นอิสระมากที่สุด ดังนั้นบริการที่ให้กับผู้สูงอายุจึงมีจุดเน้นที่เป็นเฉพาะของแต่ละกลุ่ม การจัดบริการให้กับผู้สูงอายุนั้นต้องสอดคล้องกับความต้องการหรือปัญหาของผู้สูงอายุครอบคลุมความเป็นองค์รวม และเป็นบริการที่บูรณาการด้านสุขภาพและสังคมเข้าด้วยกัน⁴ รวมทั้งต้องคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวมด้วย การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุพบได้หลายอย่าง ตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ ที่สามารถพบเห็นได้บ่อยคือมีความสุขน้อยลง มักมีสาเหตุมาจากความเสื่อมของร่างกาย ความเจ็บป่วย สถานะทางสังคมที่เปลี่ยนไป และการสูญเสียคนใกล้ชิด ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลหรือไม่มีการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้อาจนำไปสู่ความรู้สึกโดดเดี่ยวได้⁵

เพพพลอและเพิร์ลแมน (Peplau & Perlman)⁶ ได้มีการอธิบายเชิงแนวคิดและทฤษฎีของความโดดเดี่ยวไว้ว่าการเกิดความโดดเดี่ยวยังมีจุดเริ่มต้นจากลักษณะของแต่ละบุคคล รวมทั้งวัฒนธรรมและบรรทัดฐานของบุคคลในสิ่งแวดล้อมที่บุคคลใช้ชีวิตอยู่ ร่วมกับการมีปัจจัยโน้มนำ เช่น ลักษณะการใช้ชีวิตที่ไม่ชอบความวุ่นวายหรืออาจเป็นคนที่ชอบเข้าสังคมร่วมกับเหตุการณ์สำคัญในชีวิตที่เกิดขึ้นบุคคลจึงพยายามใช้ความสามารถทางการรับรู้ในการทำความเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้น แต่ด้วยความคาดหวังที่ยังคงอยู่ และความเป็นจริงไม่สามารถตอบสนองความคาดหวังนั้นได้ จึงทำให้บุคคลเกิดประสบการณ์ของความโดดเดี่ยว และมีการตอบสนองต่อความโดดเดี่ยวและพยายามเผชิญกับความรูสึกนั้น โดยผู้ที่สามารถเผชิญกับความโดดเดี่ยว และสามารถตอบสนองในลักษณะที่ผ่านสถานการณ์นั้นไปได้จะนำไปสู่การแสดงออกถึงความผาสุก (well-being) แต่หากไม่สามารถผ่านไปได้จึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ เพราะความโดดเดี่ยวอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้⁶

ความผาสุก (well-being) หมายถึงความพึงพอใจในชีวิตและความรูสึกมีคุณค่าในตนเองเป็นคำที่มีความหมายทางด้านบวกและเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนาในการดำรงชีวิตของทุกคน ผู้ที่มีความผาสุกจะเป็นผู้ที่มีความสุขมีความยินดีและมีความพึงพอใจกับชีวิต⁷ ดูพวย (Dupuy)⁸ ได้กล่าวว่า ความผาสุกเกิดจากประสบการณ์หรือการประมวลผลในสิ่งที่เกิดขึ้นกับชีวิตโดยรวมของบุคคลแล้วแสดงออกมาเป็น 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความวิตกกังวล ด้านความซึมเศร้า ด้านความสุขในชีวิต ด้านการควบคุมตนเอง ด้านความมีชีวิตชีวา และด้านสุขภาพทั่วไป ซึ่งมิติ ทั้ง 6 ด้านประกอบด้วย ความรูสึกด้านบวกและด้านลบ ถ้าบุคคลมีความรูสึกด้านบวกมาก ก็จะแสดงออกถึงความผาสุกอยู่ในระดับสูง แต่ในทางกลับกันหากบุคคลมีความรูสึกเป็นไปในทางด้านลบมาก ก็จะแสดงออกถึงความผาสุกอยู่ในระดับต่ำ สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับความสุขของผู้สูงอายุโดยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขทางใจของผู้สูงอายุ คือ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้ภาวะสุขภาพ⁹

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเชฟเฟอร์ (Schaefer)¹⁰ พบการสนับสนุนทางสังคมมี 4 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร 3) ด้านเครื่องมือ และ 4) ด้านการประเมิน เป็นสิ่งที่มีความสำคัญเนื่องจากสามารถช่วยแบ่งปันหรือถ่ายเทความเครียดของบุคคลซึ่งเกิดจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน บุคคลมีความสามารถในการรับรู้ความเครียดแตกต่างกัน ดังนั้นบุคคลจึงต้องแสวงหาสิ่งที่ดีกว่าหรือสิ่งสนับสนุน หากต้องพบกับความเครียดในชีวิตซึ่งบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีกว่าจะสามารถเผชิญกับความเครียดและจัดการกับความเครียดได้ดีกว่าบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่น้อยหรือไม่เหมาะสม¹⁰ นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่ผู้สูงอายุเข้าใจ



และรับรู้ว่าตนได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคล ไม่ว่าจะเป็น ครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญ ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่ำแสดงถึงความรู้สึกขาดหรือไม่เพียงพอของการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไม่พอใจในการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดความโดดเดี่ยวได้สูง¹¹ การศึกษาความโดดเดี่ยวในผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่าผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา มีความโดดเดี่ยวหรือความว้าเหวระดับปานกลางมากถึงร้อยละ 86.66¹² แต่การศึกษาในจังหวัดราชบุรีซึ่งมีจำนวนผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 18.36 ยังไม่มีปรากฏเป็นรายงาน โดยเฉพาะในอำเภอบ้านโป่ง ซึ่งเป็นอำเภอหนึ่งที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยในพ.ศ.2558 ถึงปี พ.ศ.2560 จำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 15.63 ร้อยละ 18.96 และร้อยละ 19.65 ตามลำดับ¹³ จึงเป็นอำเภอหนึ่งของจังหวัดราชบุรี ที่ต้องมีการเตรียมการในการดูแลสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุ เพราะการเป็นผู้สูงอายุนั้นมีโอกาสเกิดความเปราะบางทางสุขภาพโดยเฉพาะสภาพจิตใจด้วยเหตุและปัจจัยดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาเป็นเบื้องต้นในกลุ่มผู้สูงอายุของตำบลลาดบัวขาว อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ด้วยการประเมินสุขภาพจิตสังคมของผู้สูงอายุโดยใช้แบบวัดความโดดเดี่ยวในผู้สูงอายุของ UCLA จากการแปลและพัฒนาโดยศาสตราจารย์นายแพทย์ทินกร วงศ์ปการันย์¹⁴ พบว่าร้อยละ 43.33 ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุมีคะแนนความโดดเดี่ยวอยู่ในระดับปานกลาง จากการวิเคราะห์รายข้อในแบบประเมินข้อมูลที่ได้ พบว่าผู้สูงอายุรู้สึกว้าเหวเองไม่สามารถเข้ากับคนรอบข้างได้ ไม่สนิทสนมกับใคร ไม่มีใครที่ตนเองสามารถพูดคุยด้วยหรือสามารถแสดงความคิดเห็นด้วยได้จากคะแนนการประเมินดังกล่าวทำให้เห็นว่าผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีคะแนนความโดดเดี่ยวระดับปานกลางนี้ มีความรู้สึกที่มีแนวโน้มของการขาดการสนับสนุนทางจิตใจและสังคม หากไม่ให้การดูแลในเบื้องต้นอย่างรีบด่วน มีโอกาสที่จะมีความรู้สึกโดดเดี่ยวได้มากขึ้นและกลายเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้าได้ในอนาคต จากประเด็นดังกล่าว ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันและลดความรู้สึกโดดเดี่ยวในผู้สูงอายุรวมถึงการแสดงออกถึงความผาสุกของผู้สูงอายุที่มีความโดดเดี่ยว จึงได้พัฒนาโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความโดดเดี่ยวในผู้สูงอายุและเพิ่มความผาสุกโดยนำไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ทั้งนี้การดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมจะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถมีการดำเนินชีวิตแบบพึ่งพาตนเองได้โดยมีการสนับสนุนการดูแลจากครอบครัวและชุมชน เพื่อลดความโดดเดี่ยว (loneliness) และเพิ่มความผาสุก (well-being) สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน และเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม
2. เพื่อเปรียบเทียบความโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบความผาสุกของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม
4. เพื่อเปรียบเทียบความผาสุกของผู้สูงอายุหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

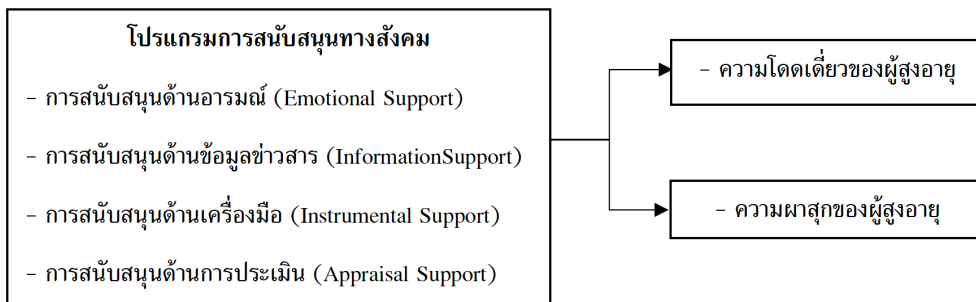
สมมติฐานของการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนทางสังคม
2. ภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความโดดเดี่ยวลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม
3. ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนทางสังคม
4. ภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม



กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเชฟเฟอร์ (Schaefer)¹⁰ ที่กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากสามารถช่วยแบ่งปันหรือถ่ายทอดความเครียดของบุคคลซึ่งเกิดจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีกว่าจะสามารถเผชิญกับความเครียดและจัดการกับความเครียดได้ดีกว่าบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่น้อยหรือไม่เหมาะสมและส่งผลต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ และแนวคิดความโดดเดี่ยวของเพพพลอและเพิร์ลแมน (Peplau & Perlman)⁶ ที่อธิบายว่า หากบุคคลมีความคาดหวังในสัมพันธภาพทางสังคมเกิดขึ้น แต่ในชีวิตจริงไม่เป็นไปตามความคาดหวังนั้น บุคคลจะเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวเกิดขึ้น การมีแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลรับรู้ถึงการมีสัมพันธภาพทางสังคมและช่วยลดความโดดเดี่ยวรวมทั้งส่งเสริมการเผชิญกับสถานการณ์จนมีการตอบสนองเป็นความผาสุกได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมาใช้เป็นรูปแบบการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีความโดดเดี่ยว และมีการตอบสนองโดยประเมินเป็นความผาสุก ทั้งนี้ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ด้าน คือการสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental support) และการสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal support) ซึ่งสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดได้ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) แบบ 2 กลุ่ม มีการทดสอบวัดผลก่อนและหลังการทดลองเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม (two group pretest - posttest design) การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยคริสเตียน ตามเอกสารรับรองเลขที่ น.21/2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีภูมิลำเนาตำบลลาดบัวขาวหรือตำบลเบิกไพร อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุทรงคุณค่าตำบลลาดบัวขาวหรือสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลเบิกไพร อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ ได้มาจากการเลือกตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) ทั้งสองชุมชน โดยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G* Power โดยกำหนดค่าต่าง ๆ ดังนี้ ค่า $\alpha = .05$, Power of test = .80, Effect size = .50 ใช้นาถกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 26 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกประมาณร้อยละ 20¹⁵ ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 33 คน รวมผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งสิ้น จำนวน 66 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้เป็นผู้ที่มีการรับรู้ บุคคล เวลา สถานที่ปกติ ไม่มีภาวะสมองเสื่อมเมื่อประเมินด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (thai mental state examination)¹⁶ โดยได้คะแนนมากกว่า 23 คะแนนขึ้นไป สามารถได้ยินและสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ เป็นผู้มีสุขภาพจิตปกติโดยไม่ได้รับ



การวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีโรคทางจิตเวช มีคะแนนความโดดเดี่ยวอยู่ในระดับปานกลาง ใช้การจับฉลากเพื่อเลือกกลุ่มระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง คือ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลลาดบัวขาว และกลุ่มควบคุมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลเป็กไพร ทั้งนี้กลุ่มทดลองมีผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามกำหนด จำนวน 3 ราย และกลุ่มควบคุมมีผู้ขอยุติการเข้าร่วมวิจัยจำนวน 3 ราย ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 60 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็นเครื่องมือรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุ ประเมินโดยใช้แบบวัดความโดดเดี่ยวในผู้สูงอายุของ University of California, Los Angeles loneliness scale version 3 (UCLA) ของรัสเซล แพลและพัฒนาโดยศาสตราจารย์ นายแพทย์ทินกร วงศ์ปการันย์¹⁴ จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามทางบวก 9 ข้อ และคำถามทางลบ 11 ข้อ ข้อคำถามทางด้านบวก ได้แก่ ข้อ 1, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 19 และ 20 ข้อคำถามทางด้านลบ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 17 และ 18 โดยการให้คะแนนดังนี้

คำถามทางบวก ไม่เคย=4 แทบจะไม่เคย บางครั้ง=2 เป็นประจำ=1 คำถามทางลบ ไม่เคย=1 แทบจะไม่เคย=2 บางครั้ง=3 เป็นประจำ=4 การแปลคะแนนความโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุ โดยแสดงเป็นพิสัยคะแนน¹⁷ ดังนี้

คะแนนความโดดเดี่ยว 20-40 คะแนน หมายถึง ความโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุในระดับต่ำ

คะแนนความโดดเดี่ยว 41-60 คะแนน หมายถึง ความโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุในระดับปานกลาง

คะแนนความโดดเดี่ยว 61-80 คะแนน หมายถึง ความโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุในระดับสูง

แบบประเมินความผาสุกของผู้สูงอายุ ประเมินโดยใช้ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย¹⁸ ที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต จำนวน 15 ข้อ เป็นคำถามทางบวก 12 ข้อ และคำถามทางลบ 3 ข้อ ข้อคำถามทางด้านบวก ได้แก่ข้อ 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14 และ 15 ข้อคำถามทางด้านลบ ได้แก่ ข้อ 3, 8 และ 12 โดยการให้คะแนนดังนี้ คำถามทางบวก ไม่เลย=0 เล็กน้อย=1 มาก=2 มากที่สุด=3 คำถามทางลบ ไม่เลย=3 เล็กน้อย=2 มาก=1 มากที่สุด=0 การแปลผลแบบประเมินความผาสุก โดยแสดงเป็นพิสัยคะแนนดังนี้

คะแนนความผาสุก 26 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง มีความผาสุกน้อยกว่าคนทั่วไป (poor)

คะแนนความผาสุก 27-32 คะแนน หมายถึง มีความผาสุกเท่ากับคนทั่วไป (fair)

คะแนนความผาสุก 33-45 คะแนน หมายถึง มีความผาสุกมากกว่าคนทั่วไป (good)

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินความโดดเดี่ยว (content validity index) เท่ากับ .85 และนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha) เท่ากับ .80 และแบบวัดความผาสุกของผู้สูงอายุได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ 1 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha) เท่ากับ .82

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาโดยบูรณาการจากงานวิจัยที่มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้การสนับสนุนทางสังคม โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเชฟเฟอร์ (schaefer)¹⁰ เป็นหลัก โดยแต่ละกิจกรรมสอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน โดยมีการบูรณาการให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมที่ผู้สูงอายุเป็นผู้เลือกและสามารถมีส่วนร่วมได้ อย่างเหมาะสมกับบริบทของชุมชน โดยกิจกรรมมีดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 “รู้จักเรา เข้าใจกัน” คือกิจกรรมการนัดพบและการแนะนำตนเองเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ ทำความรู้จักกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ส่งผลให้เกิดความไว้วางใจระหว่างเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม โดยการเน้นในเรื่องการสนับสนุนด้านอารมณ์ เพื่อตระหนักรู้เข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกตนเองและการมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเพื่อตระหนักรู้การยอมรับการเปลี่ยนแปลงของตนเองและการแบ่งปันข้อมูลตนเองแก่ผู้อื่น



กิจกรรมครั้งที่ 2 “เปลี่ยนแปลง แก้ไขใส่ใจตนเอง” คือกิจกรรมแลกเปลี่ยนให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนข้อมูลการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของตนเองและเป็นการฝึกการบริหารสมองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยการเน้นในเรื่องเป็นการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เพื่อเรียนรู้การแบ่งปันข้อมูลตนเองแก่ผู้อื่นและเรียนรู้ข้อมูลของผู้อื่นมาปรับใช้ในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนประเมินเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงร่างกายของตนเอง และบทบาททางสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองและยอมรับการเปลี่ยนแปลง และมีแนวทางการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับวัย ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจในชีวิตมีทัศนคติที่ดีในการดำเนินชีวิตที่ดี

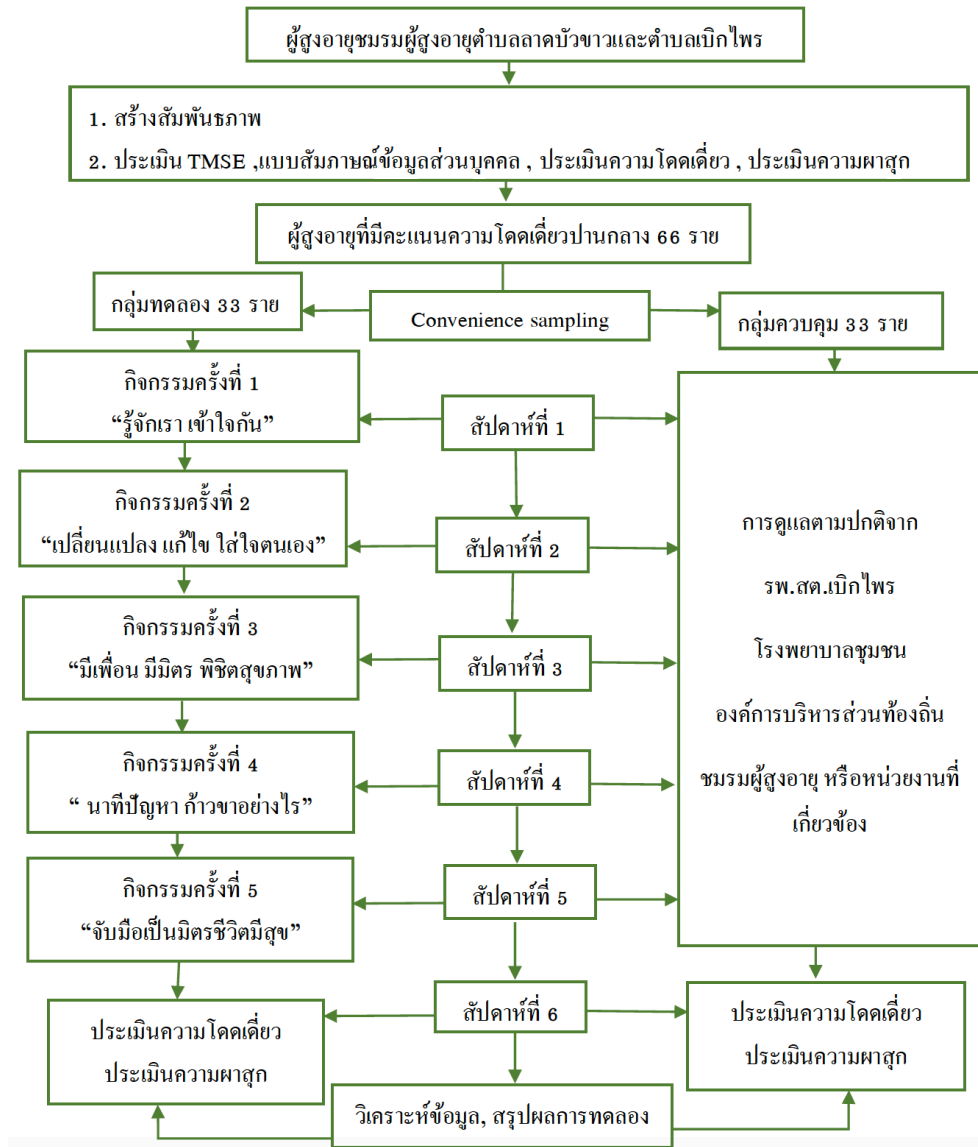
กิจกรรมครั้งที่ 3 “มีเพื่อน มีมิตร พิชิตสุขภาพ” คือกิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลสุขภาพของแต่ละบุคคล พร้อมทั้งมีการเรียนรู้การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ และมีการประดิษฐ์ปฏิทินเตือนการออกกำลังกายและการบริหารสมอง โดยการเน้นในเรื่องการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เพื่อเรียนรู้การแบ่งปันการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุและเรียนรู้ข้อมูลของผู้อื่นมาปรับใช้ในการดูแลตนเอง และการสนับสนุนด้านการประเมินเพื่อประเมินการดูแลสุขภาพตนเอง การสนับสนุนด้านอารมณ์ เพื่อตระหนักถึงเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง และ การมีคุณค่าในตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 4 “นาที่ปัญหา ก้าวหาอย่างไร” คือกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแนะนำวิธีการแก้ปัญหาที่เคยพบเจอพร้อมทั้งบอกแนวทางการเผชิญปัญหาดังกล่าว โดยการเล่าถึงเหตุการณ์ที่ตนเองนั้นคิดว่ารุนแรงที่สุดในชีวิตและการเผชิญกับปัญหาดังกล่าว ทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน โดยการเน้นในเรื่องการสนับสนุนด้านอารมณ์ เพื่อตระหนักถึงเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง การมีคุณค่าในตนเอง พร้อมทั้งการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เพื่อเรียนรู้การแบ่งปันการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุทราบพร้อมทั้งการจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกของแต่ละบุคคลและการสนับสนุนด้านการประเมิน เพื่อประเมินการรับรู้และการวางแผนในการแก้ปัญหา

กิจกรรมครั้งที่ 5 “จับมือเป็นมิตรชีวิตมีสุข” คือกิจกรรมเปิดใจการดูแลตัวเองอย่างยั่งยืนและการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขพร้อมทั้งแนะนำการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชน โดยการเน้นในเรื่องการสนับสนุนด้านอารมณ์ เพื่อตระหนักถึงการรับรู้อารมณ์ความรู้สึกของตนเองและการมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เพื่อเรียนรู้แนวทางการพึ่งตนเองและการดูแลตนเองอย่างยั่งยืนพร้อมทั้งการระบุแหล่งทรัพยากรในชุมชนและวิธีการติดต่อการเข้าถึงแหล่งสนับสนุน และการสนับสนุนด้านการประเมิน เพื่อประเมินการสร้างความสุขให้ตนเอง และการดำเนินกิจกรรมอย่างยั่งยืน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 ก่อนเริ่มกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 6 โดยผู้วิจัยประเมินความโดดเด่นและความผาสุกของผู้สูงอายุด้วยตนเอง ดังรายละเอียดในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แผนผังการดำเนินการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-Square) ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความโดดเดี่ยว และความผาสุกก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมระหว่างกลุ่มทดลองกับควบคุมโดยใช้ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-Square) พบว่าข้อมูลดังกล่าวไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$)

ด้านเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย ความพอเพียงของค่าใช้จ่าย การพักอาศัย โรคประจำตัว ยาโรคประจำตัว การนอนโรงพยาบาล การเกิดเหตุการณ์รุนแรงในระยะเวลา 1 ปี การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนในระยะเวลา 1 เดือน และการได้รับวัคซีน มีเพียงตัวลักษณะของครอบครัว พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวคิดเป็นร้อยละ 73.30 และผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยายคิดเป็นร้อยละ 56.70

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความโดดเดี่ยวและค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกของผู้สูงอายุ

2.1 ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนความโดดเดี่ยวหลังทดลอง ($\bar{X}=31.07$, $SD=3.88$) ต่ำกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X}=49.23$, $SD=3.46$) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกหลังทดลอง ($\bar{X}=34.70$, $SD=3.06$) สูงกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X}=22.43$, $SD=2.35$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความโดดเดี่ยวและความผาสุกของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง ($n=30$)

คะแนน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
ความโดดเดี่ยว	49.23	3.46	31.07	3.88	29	20.01	.00
ความผาสุก	22.43	2.35	34.70	3.06	29	-18.13	.00

อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความโดดเดี่ยวและความผาสุกของผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับการดูแลตามปกติ (ดังตารางที่ 2) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กล่าวคือพบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนความโดดเดี่ยวหลังทดลอง ($\bar{X}=56.40$, $SD=1.45$) สูงกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X}=55.13$, $SD=1.88$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงถึงมีความโดดเดี่ยวน่ามากขึ้น แต่ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกหลังทดลอง ($\bar{X}=21.63$, $SD=1.51$) สูงกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X}=19.43$, $SD=1.77$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความผาสุกเพิ่มขึ้นได้ แม้ได้รับการดูแลตามปกติ แต่ความโดดเดี่ยวไม่ได้ลดน้อยลง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความโดดเดี่ยวและความผาสุกของผู้สูงอายุของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับการดูแลตามปกติ ($n=30$)

คะแนน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
ความโดดเดี่ยว	55.13	1.88	56.40	1.45	29	-3.73	.01
ความผาสุก	19.43	1.77	21.63	1.51	29	-6.96	.00

2.2 หลังการทดลอง พบว่า มีค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนน (Mean difference) ความโดดเดี่ยวของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ เท่ากับ 18.15 และ -1.26 ตามลำดับ เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างด้วยค่าที่ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความโดดเดี่ยวหลังทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนน (Mean difference) ความผาสุกของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ เท่ากับ



-12.26 และ -2.16 ตามลำดับ เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างด้วยค่าที่พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความผาสุกหลังทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความโดดเดี่ยวและความผาสุกของผู้สูงอายุ หลังทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คะแนน	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	df	t	p-value
	(n = 30)	(n = 30)			
	\bar{d}	\bar{d}			
ความโดดเดี่ยว	-1.26	18.15	36.93	20.05	.00
ความผาสุก	-2.16	-12.26	40.23	-13.62	.00

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความโดดเดี่ยวลดลง ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนความโดดเดี่ยวของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 สามารถอธิบายได้ว่าเป็นผลมาจากการดำเนินกิจกรรมทั้ง 5 ครั้งของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเซฟเฟอร์ (Schaefer)¹⁰ โดยได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร 3) ด้านเครื่องมือ และ 4) ด้านการประเมิน ส่งผลต่อความโดดเดี่ยว ดังนั้นผู้วิจัยจึงอภิปรายผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อความโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุ ดังนี้

เพพพลอและเพิร์ลแมน (Peplau & Perlman)⁶ กล่าวว่าความโดดเดี่ยว เกิดจากประสบการณ์ ความรู้สึกที่ทำให้ทุกข์ใจจากการสูญเสียสัมพันธ์ภาพ หรือไม่มีสัมพันธ์ภาพกับคนอื่นในแบบที่ตนคิดไว้ในใจ ทำให้เกิดความรู้สึกเศร้าเบื่อหน่าย ท้อแท้ สูญเสียบทบาททางสังคม รู้สึกด้อยค่าในตนเอง รู้สึกไม่เป็นที่ต้องการของสังคม จึงทำให้มีสัมพันธ์ภาพกับคนอื่นน้อยลงโดดเดี่ยวและแยกตัวจากสังคม การออกแบบกิจกรรมของผู้วิจัยจึงส่งเสริมการมีกิจกรรมร่วมกันของผู้สูงอายุซึ่งเป็นการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ กิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลสุขภาพและแนวทางการแก้ปัญหาต่างๆ ของแต่ละบุคคล รวมไปถึงแนวทางการดูแลตัวเองอย่างยั่งยืนและการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข เป็นการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนด้านการประเมินภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล รวมไปถึงการสนับสนุนด้านอารมณ์การตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง พร้อมทั้งแนะนำการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชนเป็นการสนับสนุนทางด้านเครื่องมือต่างๆ ในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยหรือต้องการข้อมูลการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฟาโกยา (Fakoya)¹⁹ ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมได้แก่ การแลกเปลี่ยนข้อมูลต่างๆ การให้คำปรึกษาปัญหาที่ผู้สูงอายุแต่ละบุคคลพบเจอ รวมถึงการมีกิจกรรมสามารถจัดการกับความโดดเดี่ยวได้ คอทโทเรล (Cotterell)²⁰ พบว่าการดูแลให้บริการเช่น การส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโดยการออกกำลังกายแบบรวมกลุ่ม ซึ่งจะนำไปสู่การพูดคุยในเรื่องต่างๆ ของผู้สูงอายุในกลุ่มนั้นๆ เพื่อส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเชื่อมั่นในตนเองมากยิ่งขึ้น โคเฮน (Cohen)²¹ พบว่ากระบวนการดูแลแบบกลุ่ม เช่นการฝึกทักษะทางสังคมการสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการพัฒนาเครือข่ายทางสังคม โปรแกรมการสร้างความรู้ความเข้าใจการดูแลตนเอง และดิกเคน (Dickens)²² พบว่าการดูแลแบบผสมผสาน โดยมีการให้คำปรึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม พบว่าสามารถลดความโดดเดี่ยวในผู้สูงอายุได้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาของ พรพิมล เพ็ชรบุรี²³ ที่พบว่ากระบวนการของการสนับสนุนทางสังคมส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสัมพันธ์ภาพที่ดี และส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี



สรุปได้ว่าการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม จึงเป็นการออกแบบกิจกรรมเพื่อสร้างการสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้สูงอายุได้ และการคงไว้ซึ่งการมีกิจกรรมร่วมกันของผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายการสร้างพันธะสัญญา การทำกิจกรรมต่อเนื่อง พร้อมทั้งแนะนำแนวทางการพึ่งตนเองและการดูแลตนเองอย่างยั่งยืนของผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ผลลัพธ์ที่ได้ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนความโดดเดี่ยวต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม และสามารถบอกได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีผลช่วยลดความโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุได้มีประสิทธิผลมากกว่าการดูแลปกติ ทั้งนี้เพราะหลังจากที่ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีเพื่อน มีสัมพันธภาพที่ดีกับคนอื่น รู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง มีเครือข่ายทางสังคมไม่แยกตัวออกจากสังคม ดังจะเห็นได้จาก ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งนำไปสู่คะแนนเฉลี่ยความโดดเดี่ยวโดยรวมหลังทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

นอกจากนี้ยังพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 3 และพบว่าเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความผาสุกกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 4 สามารถอธิบายได้ว่าเป็นผลมาจากการดำเนินกิจกรรมทั้ง 5 ครั้งของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม เพื่อเพิ่มความผาสุกโดยโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ได้ส่งผลให้ผู้สูงอายุแสดงออกถึงความผาสุกดังนี้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การดูแลสุขภาพของแต่ละบุคคลซึ่งส่วนใหญ่เป็นความกังวลจากสภาพร่างกายหรือสุขภาพที่เปลี่ยนไป และเป็นการเรียนรู้การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อลดความวิตกกังวล (anxiety) การมีกิจกรรมการนัดพบเพื่อการเพิ่มความซึมเศร้า (depression) กิจกรรมแลกเปลี่ยนข้อมูลการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของตนเอง เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้เกิดความเข้าใจ ยอมรับ ถึงการเปลี่ยนแปลงและสามารถปรับตัวในวัยสูงอายุได้ และเกิดความพึงพอใจในชีวิต เพื่อส่งเสริมความสุขในชีวิต (positive well-being) กิจกรรมแลกเปลี่ยนข้อมูลการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของตนเองและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์พร้อมทั้งแนะนำวิธีการแก้ปัญหาที่เคยพบเจอ เพื่อส่งเสริมการควบคุมตนเอง (self-control) และกิจกรรมเปิดใจการดูแลตัวเองอย่างยั่งยืนและการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข พร้อมทั้งแนะนำการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชนเพื่อส่งเสริมด้านความมีชีวิตชีวา (vitality) และเป็นการส่งเสริมด้านสุขภาพทั่วไป (general health) โดยการออกกำลังกายและการบริหารสมอง เป็นการส่งเสริมการดูแลสุขภาพ

สรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้สูงอายุได้ และการคงไว้ซึ่งการมีกิจกรรมร่วมกันของผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายการสร้างพันธะสัญญาการทำกิจกรรมต่อเนื่อง พร้อมทั้งแนะนำแนวทางการพึ่งตนเองและการดูแลตนเองอย่างยั่งยืนของผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ผลลัพธ์ที่ได้ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนความผาสุกสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม และส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนความผาสุกเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lee²⁴ ที่ได้กล่าวไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการแสดงออกในหลายรูปแบบไม่ว่าจะเป็นการดูแลหรือความเข้าใจ ความสามารถในการพูดคุยให้ผ่อนคลายเมื่อเกิดความเครียด ความรู้สึกได้ผ่อนคลายและเป็นตัวของตนเองเมื่ออยู่กับผู้อื่นส่งผลให้ความเครียดลดลง และส่งผลให้บุคคลเกิดความผาสุกทางด้านจิตใจ รวมถึงเป็นปัจจัยป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจอีกด้วยและจากการศึกษาของยุพา ทองสุข²⁵ ที่พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ คือการสนับสนุนทางสังคม เพราะการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เนื่องจากรู้สึกว่าได้รับการยอมรับนับถือจากลูกหลาน ทำให้เกิดความเชื่อมั่นและมีความมั่นคง มีความเข้าใจกันระหว่างกันในครอบครัวมากขึ้น ซึ่งมีความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลที่ได้จากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมและมีสุขภาพที่ดีและเกิดความผาสุกทางใจที่สูงขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของฤติมาศ พุทธิมาตย์²⁶ พบว่าการสนับสนุนทางสังคม



มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจในระดับสูง กล่าวคือผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะมีความผาสุกทางใจที่มากขึ้นด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรมีการนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความโดดเดี่ยวและเพิ่มความผาสุกสำหรับผู้สูงอายุไปใช้ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีความโดดเดี่ยวแต่ละชุมชน

1.2 การใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม มีความจำเป็นต้องดำเนินกิจกรรมตามคู่มือโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมซึ่งพัฒนาตามแนวคิดและหลักการการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้เกิดประสิทธิผลของโปรแกรมอย่างสมบูรณ์

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามภาวะความโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ในระยะยาว เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ถึงความยั่งยืนในผลของโปรแกรม

References

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). Situation of the Thai elderly 2018.[internet] 2018 [cited 2020 Aug 22] Available from https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1573033396-261_0.pdf
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). Situation of the Thai elderly 2016.[internet] 2016 [cited 2020 Aug 28] Available from https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1543898263-146_0.pdf
3. Department of Older Persons (DOP). Statistics of the elderly in Thailand, 77 provinces. [internet] 2020 [cited 2020 Aug 24] Available from <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/335>
4. Department of Older Persons (DOP). Measures to drive regulation National Agenda on Aging Society. [internet] 2019 [cited 2020 Oct 31] Available from <http://www.dop.go.th/th/know/5/155>
5. Department of Older Persons (DOP). Self care knowledge set and develop the potential of healthy elderly people.[internet] 2017[cited 2020 Aug 24] Available from https://www.dop.go.th/download/form/download/th1529476181-813_3.pdf
6. Peplau L, Perlman D. Loneliness. In: Friedman, H. S. editors. Encyclopedia of Mental Health. Academic Press. Vol. 2. San Diego: Academic Press;1998.p571-581
7. Graney M J. Happiness and social participation in aging. JG.1973;30:701-706
8. Dupuy H J. The General Well-being Schedule. In I. McDowell & C. Newell. editors. Measuring health: a guide to rating scales and questionnaire.2nd ed. New York: Oxford University Press;1996p.206-213.
9. Thongsuk Y, Vatanasin D, Hengudomsub P. Factors Influencing Psychological Well-Being Among Older Adults.JPNMH.2019;33:95-110
10. Schaefer MA. Social Support: Journal of middle Range Theories Application to Nursing Research. 2nded. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.2013
11. Gumphun S, Sangon S, Nintachan P. Factors Influencing Loneliness in Older Adults. JPNMH.2016; 30:50-68
12. Theyanarong S. Factors influencing loneliness among the elderly chronic illness at out patient department of a hospital [Dissertation]. Chonburi: Burapha University.2015.



13. Ratchaburi Provincial Public Health Office. Ministry of Public Health inspection plan report for the fiscal year 2017. [internet] 2017 [cited 2020 Aug 24] Available from hpc.go.th/inspect/web/fileupload/20170425143029AY1BBGY8OXPM.pdf
14. Wongpakaran T, Wongpakaran N. UCLA Loneliness Scale revised version in 2020 [internet] 2020 [cited 2020 Oct 31] Available from <http://www.pakaranhome.com/index.php?lay>
15. Jirawatkul A. Sampling the sample size in case of survey victims or lost from tracking: Scientific statistics for research. Bangkok: S. Asia Petch;2015
16. Prasat Neurological Institute. Thai Mental State Examination: TMSE. Clinical Practice Guidelines: Dementia. [internet] 2017. [cited 2020 Oct 31] Available from <https://www.slideshare.net/UtaiSukviwatsirikul/57dementia>
17. Sansamak R, Sasat S. The Effect of Public Mind Social Support Program on Loneliness in Older Persons Resided in Public Welfare Home for The Age. JRTAN.2017;18:251-260
18. Department of Mental health. Thai Happiness Indicators (THI-15)[internet] 2009 [cited 2020 Oct 24] Available from <https://www.dmh.go.th/test/qtest/>
19. Fakoya O A, McCorry N K, Donnelly M. Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. BMC Public Health. [internet] 2020 [cited 2020 Aug 26] 20:1-14 Available from doi.org/10.1186/s12889-020-8251-6
20. Cotterell N, Buffel T, Phillipson C. Preventing social isolation in older people. Maturitas [internet] 2018 [cited 2020 Aug 26] 113:80-4 Available from [https://www.maturitas.org/article/S0378-5122\(18\)30163-4/fulltext](https://www.maturitas.org/article/S0378-5122(18)30163-4/fulltext)
21. Cohen M J, Perach R. Interventions for alleviating loneliness among older persons: a critical review. AJHP. [internet] 2015 [cited 2020 Aug 26] 29:109-25 Available from <https://doi.org/10.4278/ajhp.130418-LIT-182>
22. Dickens A P, Richards S H, Greaves C J, Campbel J L. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. BMC Public Health [internet] 2011. [cited 2020 Aug 26] 11:1-22 Available from <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/647>
23. Petburi P, Somprasert C, Othaganont P. The effect of a social support program on the mental health of the elderly. JNH.2017;35:188-97
24. Lee K H. Stressors, social support, religious practice, and general well-being among Korean adult Immigrants. JEBSW [internet] 2013. [cited 2020 Aug 23]; 10:421-34 Available from <http://dx.doi.org/10.1080/15433714.2012.759483>
25. Thongsuk Y, Vatanasin D, Hengudomsu P. Factors influencing well-being among older adults. JPNMH. 2019;33:65-110
26. Puttamat R., Chintanawat R., Pothiban L. Social support for and psychological wellbeing of older people in nursing homes. JTNMC.2020;25:61-74



ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ
ในการป้องกันภาวะไตเสื่อม
ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระดับ 3
Effectiveness of a Health Literacy Development Program
for Kidney Degenerative Prevention among Type II
Diabetic Mellitus Patients with Stage 3 Chronic Kidney Condition

เสาวลักษณ์ ศรีตาเกษ¹ เทพไทย โชตชัย¹ อาทิตย์ ฉัตรชัยพลรัตน์² นุสรา โชตชัย³ อิศรีย์ ปัดภัย¹
Saowaluk Seedaket¹ Tepthai Chotchai¹ Artit Chutchaipolrut² Nusara Chotchai³ Issaree Padphai¹

¹วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น สถาบันพระบรมราชชนก

²วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย ³โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

¹Sirindhorn College of Public Health, KhonKaen, Praboromarajchanok Institute

²College of Asian Scholars ³Samran Sub District Health Center, Muaeng District, KhonKaen Province

Corresponding author: Saowaluk Seedaket; Email: ooyja_ommy@hotmail.com

Received: August 16, 2021 Revised: October 25, 2021 Accepted: December 28, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระดับ 3 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระดับ 3 ในพื้นที่ตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง ประกอบไปด้วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย โดยมีโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่ง ประกอบไปด้วยการให้ความรู้เรื่องอาหาร ยา การออกกำลังกาย การคลายเครียด การสร้างเป้าหมายในการดูแลตนเอง กิจกรรมการสร้างพันธะสัญญาร่วมกันในการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ สถิติพรรณนาประกอบไปด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานใช้เปรียบเทียบค่าสัดส่วน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วย Chi-square test และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) หลังเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .038$) และหลังเข้าร่วม โปรแกรมค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .012$)

คำสำคัญ: การป้องกันภาวะไตเสื่อม; ความรู้ด้านสุขภาพ; โรคเบาหวาน



Effectiveness of a Health Literacy Development Program for Kidney Degenerative Prevention among Type II Diabetic Mellitus Patients with Stage 3 Chronic Kidney Condition

Saowaluk Seedaket¹ Tepthai Chotchai¹ Artit Chutchapolrut² Nusara Chotchai³ Issaree Padphai¹

¹Sirindhorn College of Public Health, KhonKaen, Praboromarajchanok Institute

²College of Asian Scholars ³Samran Sub District Health Center, Muaeng District, KhonKaen Province

Corresponding author: Saowaluk Seedaket; Email: ooyja_ommy@hotmail.com

Received: August 16, 2021 **Revised:** October 25, 2021 **Accepted:** December 28, 2021

Abstract

This quasi-experiment research aimed to determine effectiveness of health literacy developmental program for kidney degenerative prevention among type II diabetic patients with stage 3 chronic kidney condition in Samran sub-district, Mueang district, Khon Kaen. The samples included 20 individuals for each experimental and controlled group. The health literacy developmental program was consisted of knowledge regarding food, medicine, physical exercise training, stress relief, goal setting for self-care, participative self-care activities and health visiting. The statistics were used in this research included frequency, percentage, average and standard deviation for descriptive statistical analysis. Inferential statistic Chi-square test was not only used to proportionally compared between experimental group and its counterpart, but independent t-test was also used to compared the average between those two groups. The results revealed that an average of health literacy scores of the experimental group were increased with statistical significance ($p < .001$). The glomerular filtration of the experimental participants was statistically significantly greater than the controlled participants, after the project participation ($p = .038$). In addition, cumulative blood sugar of the experimental group was reduced with statistical significance, when compared to its counterparts ($p = .012$).

Keywords: simulation-based learning; self-efficacy; injection skill; nursing student



ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคเบาหวานเป็นความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม ซึ่งมีลักษณะสำคัญคือระดับน้ำตาลในเลือดสูงอันเนื่องมาจากความบกพร่องในการหลั่งอินซูลินหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือทั้งสองอย่างรวมกัน การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานทำให้เกิดการทำลาย การเสื่อมสมรรถภาพ และการล้มเหลวในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ¹ ซึ่งในปัจจุบันความชุกของโรคเบาหวานยังคงเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติคาดว่าในปี พ.ศ.2588 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานจะมีมากถึง 629 ล้านคน² โดยองค์การอนามัยโลกระบุว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในปี พ.ศ.2573 และจะมีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานมากถึง 3.2 ล้านคนในแต่ละปี³

จากสถิติข้อมูลในประเทศไทยพบว่าประชากรมีความชุกไตวายเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 3 ขึ้นไป ร้อยละ 3.0-8.9⁴ แต่เมื่อมีเบาหวานร่วมด้วยจะพบความชุกเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.0-25.0⁵ โดยมีอัตราการตายเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 31.1 และเมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage renal disease) ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องหรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต⁶ โดยที่ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระดับ 3 ซึ่งเป็นไตเสื่อมระยะก่อนฟอกไต การทำงานของไตจะเริ่มลดลงในระดับปานกลางในผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในกลุ่มนี้จะเริ่มมีอาการแสดงออกจนถึงมีความผิดปกติเกิดร่วมหลายอย่าง ได้แก่ ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น มีแคลเซียมในเลือดต่ำ โลหิตจาง ตรวจพบภาวะเลือดเป็นกรด โพแทสเซียมในเลือดอยู่ในระดับสูง และฟอสเฟตในเลือดอยู่ในระดับสูง เป็นต้น⁷ แนวทางหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติคือ การชะลอการเสื่อมของไต โดยผู้ป่วยต้องสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ตั้งแต่ในเรื่องของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ควบคุมความดันโลหิต เป็นต้น ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การรับประทานยา ความเครียด เป็นต้น

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นแนวคิดทฤษฎีที่สามารถประเมินบุคคลได้ว่าเป็นผู้มีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะการใช้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ สามารถวิเคราะห์ กลั่นกรอง ประเมิน และตัดสินใจ เลือกใช้บริการ⁸ นอกจากนี้ทฤษฎีนี้ยังสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตนเองของกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ โดยวัดจากการอ่านออกเขียนได้ และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงกว่ากลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงและกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจะดูแลตนเองและการประเมินสถานะสุขภาพด้วยตนเองได้ดีกว่ากลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ⁹ ซึ่งจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่ามีการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมจัดการตนเองแก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2¹⁰ ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง โดยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งจากรายงานการศึกษาพบผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะไตเรื้อรังร่วมด้วยมากถึงร้อยละ 20-40 โดยผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปได้ถึงประมาณร้อยละ 1.90 และ 1.60 เท่าตามลำดับ¹¹ ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องใช้งบประมาณการล้างไตเป็นการเฉพาะแยกจากงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว จากปีงบประมาณ 2558 จำนวน 5,247 ล้านบาทเพิ่มเป็น 6,318 ล้านบาทในปี 2559 ซึ่งถ้ารวมงบประมาณสำหรับบริการผู้ป่วยกลุ่มนี้ในสิทธิอื่น ๆ รัฐบาลต้องใช้งบประมาณสูงถึงหนึ่งหมื่นล้านบาทต่อปี¹² ดังนั้นการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 จึงมีความสำคัญมากประกอบกับไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นกลุ่มที่มีภาวะไตเสื่อมเรื้อรังในระดับ 3 แต่อย่างใด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระดับ 3 เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนการจัดกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อเป็นการส่งเสริมผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพ อัตราการกรองของไต และระดับน้ำตาลในเลือดสะสมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระดับ 3

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระดับ 3 ในกลุ่มทดลองมีความรู้ด้านสุขภาพดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มควบคุม
2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระดับ 3 ในกลุ่มทดลองมีอัตราการกรองของไตมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมากกว่ากลุ่มควบคุม
3. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระดับ 3 ในกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดสะสมน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008)¹³ “Conceptual model of health literacy as a risk” ที่พัฒนามาจากสองประเด็นที่ต่างกันในการดูแลรักษาทางคลินิก (clinical care) และการพัฒนาสุขภาพของประชาชน (public health) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึง “ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค” โดยจะให้ความสำคัญต่อการเรียนรู้ของผู้ใหญ่และการส่งเสริมสุขภาพต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพที่ส่งผลให้บุคคลมีการควบคุมสุขภาพ และปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น ในกรณีบุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวและการจัดการทางสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล (access) ความรู้ความเข้าใจ (cognitive) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) การจัดการตนเอง (self-management) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) และ ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) และแนวคิดกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข¹⁴ มาใช้ในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนหลัง (two group pretest-posttest design)

ประชากรเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระดับ 3 ในเขตตำบลลำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งมีทั้งสิ้น 13 หมู่บ้าน รวม 152 คน (ข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านโคก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำราญ) และกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระดับ 3 ในเขตตำบลลำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ได้มาจากการสุ่มอย่างง่ายมา 1 หมู่บ้าน คือบ้านลำราญ หมู่ที่ 1 เพื่อเป็นกลุ่มทดลอง และสุ่มอีก 1 หมู่บ้าน คือบ้านเพี้ยพาน หมู่ที่ 5 เพื่อเป็นกลุ่มควบคุม โดยมีเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการศึกษ (inclusion criteria) ดังนี้ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า (1) เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระดับ 3 ซึ่งได้จาก OPD card (2) มีความสามารถในการเรียนรู้ตามปกติ สามารถได้ยิน ฟัง พูด ไม่มีอุปสรรคในการสื่อสารและอ่านออก เขียนได้ (3) สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง จากการวินิจฉัยของแพทย์ ซึ่งทราบได้จาก OPD card และ (5) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ มีข้อจำกัดในการออกกำลังกาย ได้แก่ มีความดันโลหิตขณะพักสูงเกิน 200/100 มิลลิเมตรปรอท มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่ยังควบคุมไม่ได้ มีอาการเจ็บหน้าอก เป็นต้น รวมทั้งไม่



สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดการทดลอง ซึ่งจะได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน รวมทั้งสิ้น 40 คน การคำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้หลักการของ Polit & Hungler¹⁵ ที่ระบุว่าถ้าเป็นการวิจัยแบบทดลอง กลุ่มตัวอย่างควรมีขนาดอย่างน้อยที่สุด 20-30 ราย และถ้าเป็นเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม แต่ละกลุ่มไม่ต่ำกว่า 10 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อมจำนวน 3 ครั้ง และการออกติดตามเยี่ยมบ้าน รวมระยะเวลาในการดำเนินการ 1 ปี ตั้งแต่เดือน มกราคม-ธันวาคม พ.ศ. 2563 สำหรับกลุ่มควบคุมจะได้รับบริการด้านการพยาบาลตามมาตรฐานตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น ทั้งนี้งานวิจัยครั้งนี้ได้รับรองการศึกษาวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น หมายเลขโครงการวิจัย เลขที่ HE6210028 ลงวันที่ 18 ธันวาคม 2562

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาในครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 3 ข้อ และเป็นแบบเติมคำตอบ จำนวน 1 ข้อ

2. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจาก กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ¹² ข้อคำถามประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้

(1) ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคไต จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวก 7 ข้อ (ข้อที่ 1 2 3 5 8 9 และ 10) และเชิงลบ 3 ข้อ (ข้อที่ 4 6 และ 7) คำถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ไม่ทราบ (หากเป็นข้อความเชิงบวก และเชิงลบ ได้ 0 และ 0 คะแนนตามลำดับ) ไม่ถูกต้อง (หากเป็นข้อความเชิงบวก และเชิงลบ ได้ 0 และ 1 คะแนนตามลำดับ) และถูกต้อง (หากเป็นข้อความเชิงบวก และเชิงลบ ได้ 1 และ 0 คะแนนตามลำดับ) การแปลผลใช้เกณฑ์ของ Bloom¹³ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ สูง (8-10 คะแนน) ปานกลาง (5-7 คะแนน) และต่ำ (0-4 คะแนน)

(2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและการบริการทางสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวก 7 ข้อ (ข้อที่ 1-7) และเชิงลบ 1 ข้อ (ข้อที่ 8) คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) เป็นแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้คะแนน 5 4 3 2 และ 1 ตามลำดับ การแปลผลใช้เกณฑ์ของ Bloom¹³ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ สูง (32-40 คะแนน) ปานกลาง (24-31 คะแนน) และต่ำ (8-23 คะแนน)

(3) ด้านทักษะการจัดการตนเอง จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวก 5 ข้อ (ข้อที่ 1-5) และเชิงลบ 1 ข้อ (ข้อที่ 6) คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า เป็นแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หากเป็นข้อความเชิงบวก ได้คะแนน 5 4 3 2 และ 1 ตามลำดับ และหากเป็นข้อความเชิงลบ ได้คะแนน 1 2 3 4 และ 5 ตามลำดับ การแปลผลใช้เกณฑ์ของ Bloom¹³ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ สูง (24-30 คะแนน) ปานกลาง (18-23 คะแนน) และต่ำ (6-17 คะแนน)

(4) ด้านทักษะการตัดสินใจ จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวก 4 ข้อ (ข้อที่ 1 2 5 และ 6) และเชิงลบ 2 ข้อ (ข้อที่ 3 และ 4) คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า เป็นแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หากเป็นข้อความเชิงบวก ได้คะแนน 5 4 3 2 และ 1 ตามลำดับ และหากเป็นข้อความเชิงลบ ได้คะแนน 1 2 3 4 และ 5 ตามลำดับ การแปลผลใช้เกณฑ์ของ Bloom¹³ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ สูง (24-30 คะแนน) ปานกลาง (18-23 คะแนน) และต่ำ (6-17 คะแนน)

(5) ด้านทักษะการสื่อสาร จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวก 3 ข้อ (ข้อที่ 1 3 และ 5) และเชิงลบ 2 ข้อ (ข้อที่ 2 และ 4) คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า เป็นแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หากเป็นข้อความเชิงบวก ได้คะแนน 5 4 3 2 และ 1 ตามลำดับ และ

หากเป็นข้อความเชิงลบ ได้คะแนน 1 2 3 4 และ 5 ตามลำดับ การแปลผลใช้เกณฑ์ของ Bloom¹³ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ สูง (20-25 คะแนน) ปานกลาง (15-19 คะแนน) และต่ำ (5-14 คะแนน)

(6) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวก 3 ข้อ (ข้อที่ 2-4) และเชิงลบ 2 ข้อ (ข้อที่ 1 และ 5) คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า เป็นแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือเห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หากเป็นข้อความเชิงบวก ได้คะแนน 5 4 3 2 และ 1 ตามลำดับ และหากเป็นข้อความเชิงลบ ได้คะแนน 1 2 3 4 และ 5 ตามลำดับ การแปลผลใช้เกณฑ์ของ Bloom¹³ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ สูง (20-25 คะแนน) ปานกลาง (15-19 คะแนน) และต่ำ (5-14 คะแนน)

ในการแปลผลคะแนนรวมแต่ละด้านเพื่อนำไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดของความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและการบริการทางสุขภาพด้านทักษะการจัดการตนเองด้านทักษะการตัดสินใจ ด้านทักษะการสื่อสาร และด้านการรู้เท่าทันสื่อ ที่ข้อความถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า นั้น ในข้อความที่เป็นข้อความเชิงลบก่อนวิเคราะห์ผู้วิจัยได้ดำเนินการกลับค่าคะแนน (recode) ดังนี้ คำตอบที่ระบุเห็นด้วยอย่างยิ่ง (จาก 5 เป็น 1) เห็นด้วย (จาก 4 เป็น 2) ไม่แน่ใจ (จาก 3 เป็น 3) ไม่เห็นด้วย (จาก 2 เป็น 4) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (จาก 1 เป็น 5) สำหรับข้อความเชิงบวกไม่มีการ recode แต่อย่างใด โดยในการแปลผลความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมทั้ง 6 ด้าน ผู้วิจัยได้ใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยในการเปรียบเทียบ โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 30-160 คะแนน

โดยในส่วนของการทดสอบผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีความตรงเชิงเนื้อหา .67-1.00 จากนั้นได้นำไปทดลองใช้ (try-out) กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระดับ 3 ในเขตตำบลโนนทอน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยข้อความที่มีคำตอบแบบ 0 และ 1 คะแนน จะวิเคราะห์โดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson; KR-20) สำหรับข้อความที่มีคำตอบแบบ 1 - 5 คะแนน จะวิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค (cronbach's alpha coefficient) ซึ่งพบว่าด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและการบริการทางสุขภาพ ด้านทักษะการจัดการตนเอง ด้านทักษะการตัดสินใจ ด้านทักษะการสื่อสาร และด้านการรู้เท่าทันสื่อ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .81 .78 .85 .83 .79 และ .83 ตามลำดับ และมีค่าความเชื่อมั่นโดยรวมทั้งฉบับเท่ากับ .82

3. แบบเก็บข้อมูลอัตราการกรองของไต และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ทีมคณะผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บสิ่งส่งตรวจที่เป็นการตรวจสุขภาพประจำปีของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วงเวลาเดียวกัน ในวันประเมินผลการตรวจร่างกายประจำปี ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ และนำส่งไปตรวจที่ห้องปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์ที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น โดยการประสานงานด้วยหนังสือของทางราชการ สำหรับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ได้ดำเนินการตรวจโดยใช้เครื่องมือ รุ่น Accu-Chek Performa ตรวจโดยพยาบาลวิชาชีพที่เป็นทีมคณะผู้วิจัย

4. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย (1) เดือนแรก ในกลุ่มทดลองจัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคไต การสังเกตอาการและการรักษา และภาวะแทรกซ้อน เป็นเวลา 3 ชั่วโมง โดยวิทยากรที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน และคณะผู้วิจัย (2) เดือนที่สอง ในกลุ่มทดลองเป็นการให้ความรู้เรื่องอาหาร ฉลากโภชนาการ ยา การเข้ากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การใช้แบบบันทึกการรับประทานอาหาร เป็นเวลา 3 ชั่วโมง โดยวิทยากรที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน และคณะผู้วิจัย (3) เดือนที่สาม ในกลุ่มทดลองเป็นการให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย การฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายที่ถูกต้อง การใช้งานบันทึกการออกกำลังกายและประเภทของการออกกำลังกาย การคลายเครียด การสร้างเป้าหมายในการดูแลตนเองจากผลการพัฒนาทักษะและศักยภาพที่ได้รับจากโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จะส่งผลให้ตนเองมีการควบคุมสุขภาพ และปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งผลให้ตนเองมีสุขภาพดีขึ้น กิจกรรมการสร้างพันธมิตรสัญญา ร่วมกันในการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นเวลา 3 ชั่วโมง โดยวิทยากรที่เป็นพยาบาล



วิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน และคณะผู้วิจัย (4) หลังจากเมื่อครบระยะเวลา 3 เดือนแล้ว คณะผู้วิจัยได้แนะนำให้กลุ่มทดลองไปฝึกปฏิบัติต่อที่บ้าน ในระหว่างการปฏิบัติต่อที่บ้านของกลุ่มทดลองจะมีคณะผู้วิจัยดำเนินการออกเยี่ยมบ้าน เดือน 1 ครั้ง จากเดือนที่ 4 – 12 โดยจะติดตามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร โดยใช้แบบบันทึกการรับประทานอาหารทั้งประเภทและปริมาณ การออกกำลังกาย โดยใช้แบบบันทึกการออกกำลังกายทั้งประเภทการออกกำลังกายและระยะเวลา การรับประทานยา การคลายเครียด และอื่น ๆ ที่คณะผู้วิจัยดำเนินการไว้ตามโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่กำหนดไว้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลา 1 ปี โดยมีรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

(1) เดือนแรกเป็นการประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ประเมินผลการตรวจร่างกายประจำปี ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด (fasting blood sugar: FBS) ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) อัตราการกรองของไต (estimated Glomerular Filtration Rate: eGFR) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นคณะผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มทดลองโดยการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคไต การสังเกตอาการและการรักษา และภาวะแทรกซ้อน เป็นเวลา 3 ชั่วโมง โดยวิทยากรที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน และคณะผู้วิจัย

(2) เดือนที่สอง ในกลุ่มทดลองเป็นการให้ความรู้เรื่องอาหาร ฉลากโภชนาการ ยา การเข้ากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การใช้แบบบันทึกการรับประทานอาหาร เป็นเวลา 3 ชั่วโมง โดยวิทยากรที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน และคณะผู้วิจัย

(3) เดือนที่สาม ในกลุ่มทดลองเป็นการให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย การฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายที่ถูกต้อง การใช้แบบบันทึกการออกกำลังกายและประเภทของการออกกำลังกาย การคลายเครียด การสร้างเป้าหมายในการดูแลตนเอง กิจกรรมการสร้างพันธะสัญญาร่วมกันในการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นเวลา 3 ชั่วโมง โดยวิทยากรที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน และคณะผู้วิจัย

(4) หลังจากเมื่อครบระยะเวลา 3 เดือนแล้ว คณะผู้วิจัยได้แนะนำให้กลุ่มทดลองไปฝึกปฏิบัติต่อที่บ้าน ในระหว่างการปฏิบัติต่อที่บ้านของกลุ่มทดลองจะมีคณะผู้วิจัยดำเนินการออกเยี่ยมบ้าน เดือน 1 ครั้ง (5) เมื่อครบ 1 ปีแล้วคณะผู้วิจัยดำเนินการติดตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ประเมินผลการตรวจร่างกายประจำปี ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting blood sugar: FBS) ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) อัตราการกรองของไต (estimated Glomerular Filtration Rate: eGFR)

การวิเคราะห์ข้อมูล

คณะผู้วิจัยดำเนินการบันทึกข้อมูล ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูล และวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด ในการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2. ใช้สถิติอนุมาน ได้แก่ สถิติ Chi-square test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าสัดส่วนข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และใช้สถิติ Independent t-test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรที่ศึกษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ (assumption) โดยพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ($p > .05$) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกำหนดที่ระดับนัยสำคัญ .05



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อพิจารณาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า ค่าสัดส่วนของจำนวนกลุ่มตัวอย่างเมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ การศึกษา รายได้ต่อเดือน (บาท) และสถานภาพสมรส ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ					.077
ไม่เกิน 45 ปี	8	72.7	3	27.3	
46 ปีขึ้นไป	12	41.1	17	58.6	
Mean (SD.), Min:Max	48.8 (5.8), 42:68		47.1 (4.7), 44:67		
การศึกษา					
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	10	55.6	8	44.4	.525
มัธยมศึกษาขึ้นไป	10	45.5	12	54.5	
รายได้ต่อเดือน (บาท)					.749
< 5,000	11	47.8	12	52.2	
≥ 5,000	9	52.9	8	47.1	
สถานภาพสมรส					.752
สมรส	9	47.4	10	52.6	
หม้าย/หย่า/แยก	11	52.4	10	47.6	

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ อัตราการกรองของไต ระดับโซเดียมในปัสสาวะ ระดับอัลบูมินในปัสสาวะ ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 88.10 คะแนน (SD=14.01) และกลุ่มควบคุม เท่ากับ 88.20 คะแนน (SD=14.43) ซึ่งไม่แตกต่างกัน ($p=.493$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 110.20 คะแนน (SD=14.88) และกลุ่มควบคุม เท่ากับ 87.40 คะแนน (SD=11.36) ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 50.80 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร (SD=4.96) และกลุ่มควบคุม เท่ากับ 51.80 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร (SD=5.47) ซึ่งไม่แตกต่างกัน ($p=.337$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต



ของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 57.40 มิลลิกรัมต่ออนาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร (SD=8.96) และกลุ่มควบคุม เท่ากับ 51.30 มิลลิกรัมต่ออนาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร (SD=4.95) ซึ่งค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.038$)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 7.99 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (SD=1.17) และกลุ่มควบคุม เท่ากับ 8.09 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (SD=1.11) ซึ่งไม่แตกต่างกัน ($p=.423$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 7.41 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (SD=.89) และกลุ่มควบคุม เท่ากับ 8.45 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (SD=1.04) ซึ่งค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.012$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ อัตราการกรองของไต และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

*ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง Mean (SD)	กลุ่มควบคุม Mean (SD)	Mean diff	95% CI of mean diff		p-value
				Lower	Upper	
ความรู้ด้านสุขภาพ						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	88.10 (14.01)	88.20 (14.43)	.10	-12.99	12.79	.493
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	110.20 (14.88)	87.40 (11.36)	22.80	10.36	35.24	<.001*
อัตราการกรองของไต						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	50.80 (4.96)	51.80 (5.47)	1.00	-5.91	3.91	.337
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	57.40 (8.96)	51.30 (4.95)	6.10	-.69	12.89	.038*
ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	7.99 (1.17)	8.09 (1.11)	.10	-.97	1.17	.423
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	7.41 (.89)	8.45 (.99)	1.04	.16	1.92	.012*

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามประเด็นข้อค้นพบที่สำคัญ ดังนี้

1. โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระดับ 3 ที่นำมาใช้ในกลุ่มทดลอง พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.038$) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมค่า

เฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.012$) ซึ่งผลการศึกษา
นี้สามารถนำมาอธิบายได้ว่าความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระดับ 3 เพิ่มขึ้น
จากกิจกรรมการเสริมสร้างความรอบรู้ให้กับกลุ่มตัวอย่าง ทั้งในเรื่องของการให้ความรู้เรื่องอาหาร ฉลากโภชนาการ
ยา การเข้ากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การใช้แบบบันทึกการรับประทานอาหาร การให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย การ
ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายที่ถูกวิธี การใช้แบบบันทึกการออกกำลังกายและประเภทของการออกกำลังกาย การคลายเครียด
การสร้างเป้าหมายในการดูแลตนเอง กิจกรรมการสร้างพันธะสัญญา ร่วมกันในการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง
การแนะนำให้ไปฝึกปฏิบัติที่บ้าน ในระหว่างการปฏิบัติที่บ้านมีคณะผู้วิจัยดำเนินการออกเยี่ยมบ้าน เดือน 1 ครั้ง
โดยทุกกิจกรรมมีการปฏิบัติควบคู่ไปกับการพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพ ที่ประกอบด้วย 6 ประเด็น ได้แก่ (1)
ด้านความรู้ความเข้าใจ โดยคณะผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคไต (2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ
และการบริการทางสุขภาพ (3) ด้านการจัดการตนเอง (4) ด้านการตัดสินใจ (5) ด้านการสื่อสาร และ (6) ด้าน
การรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่เกิดจากการได้รับการ
ถ่ายทอดให้บุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ มีทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการ
ทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อให้ตนเองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีความมั่นใจในการปฏิบัติ ช่วยให้สุขภาพ
ของตนเองดีขึ้น โดยการสามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ต่อไปได้ เป็นแนวคิดที่สามารถประเมินบุคคล
ได้ว่าเป็นผู้มีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะการใช้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ สามารถวิเคราะห์ กลั่นกรอง ประเมิน
และตัดสินใจ เพื่อพัฒนาด้านสุขภาพตนเอง นอกจากนี้แนวคิดนี้ยังสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ
ตนเองของกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับไม่ต่ำ รวมทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ^{10,17-18}

2. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่ออัตราการครองของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
ที่มีภาวะไตเสื่อมเรื้อรังระดับ 3 มีระดับอัตราการครองของไตที่เพิ่มขึ้นและในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.038$) และผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อระดับน้ำตาลในเลือดสะสมในผู้
ป่วย มีระดับน้ำตาลในเลือดสะสมลดลงและในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.012$) ผลการ
วิจัยนี้อธิบายได้ว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมนี้ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มทดลองมีความรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมการ
ดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ ที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติตาม
มาตรฐานตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ส่งผลให้ผู้ป่วย
ในกลุ่มทดลองมีอัตราการครองของไตที่เพิ่มขึ้นและมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งผลที่เกิดขึ้นนี้อาจจะเป็นผลมาจากโปรแกรมนี้
ที่มีกิจกรรมที่หลากหลายและมีระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมเป็นระยะเวลา 1 ปี โดยกิจกรรมมี
ทั้งการให้ความรู้เรื่องอาหาร การออกกำลังกายที่ถูกวิธี การช้ยา กิจกรรมทางสังคมด้วยการเข้ากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้
กิจกรรมการสร้างพันธะสัญญา ร่วมกันในการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง การคลายเครียด การแนะนำให้ไปฝึกปฏิบัติ
ที่บ้าน ในระหว่างการปฏิบัติที่บ้านมีคณะผู้วิจัยดำเนินการออกเยี่ยมบ้าน เดือน 1 ครั้ง โดยทุกกิจกรรมมี
การปฏิบัติควบคู่ไปกับการพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพด้วย ซึ่งมีระยะเวลา 1 ปี

ข้อเสนอแนะ

โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม
เรื้อรังระดับ 3 นี้สามารถนำไปปรับใช้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทที่ใกล้เคียงกับการศึกษานี้ คือเป็นชุมชนกึ่งเมือง
กึ่งชนบท ที่ตั้งของหมู่บ้านเป็นเขตพื้นที่ที่อยู่ใกล้ตัวเมืองหรือชานเมือง อยู่ในเขตเทศบาล เป็นชุมชนใหม่ที่ขยายและ
เปลี่ยนแปลงมาจากชุมชนชนบทดั้งเดิม มีที่ตั้งของหน่วยงานราชการ ร้านสะดวกซื้อ มีความเจริญทางด้านวัตถุมาก มีการ
รวมกลุ่มอย่างเป็นทางการ และประชากรมีการประกอบอาชีพที่หลากหลาย เช่น ค้าขาย รับจ้าง รับราชการ เป็นต้น รวมทั้ง
การนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการศึกษากับผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ในชุมชนที่มีลักษณะที่ใกล้เคียงกัน ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง จากการวินิจฉัยของแพทย์ เป็นต้น



References

1. Department of Disease Control. World Diabetes Day Campaign Issue. 2018 [cited 25 Nov 2019]. Available from: <https://www.thaincd.com/>.(in Thai).
2. International Diabetes Federation. World Diabetes Day Campaign Issue. 2019 [cited 10 Oct 2019]. Available from: <http://www.thaincd.com/>.
3. World Health Organization. World Diabetes Day Campaign Issue. 2018 [cited 10 Oct 2019]. Available from: <http://www.thaincd.com/>.
4. Ong-Ajyooth L. Prevalence of chronic kidney disease in Thai adults: a national health survey. *BMC Nephrol* 2009;10:35.(in Thai).
5. Domrongkitchaiporn S. Risk factors for development of decreased kidney function in a Southeast Asian population: a 12-year cohort study. *J Am Soc Nephrol* 2005;16(3):791-9.(in Thai).
6. Afkarian M. Kidney disease and increased mortality risk in type 2 diabetes. *J Am Soc Nephrol* 2013;24(2):302-8.
7. Diabetes Association of Thailand. Clinical practice Guideline for Diabetes: Bangkok.2019.(In Thai).
8. Haera S, Kitreerawutiwong N. Improving health literacy in type 2 diabetes mellitus patients. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal* 2020;12(1):39-51.(in Thai).
9. Urairugsakul C. Health literacy, Retrieved 2018 [cited 7 October 2019] Available from: <http://doh.hpc.go.th/data/HL/HealthLiteracySolidFactThai.pdf>.(in Thai).
10. Sarin S, Moolsart S, Chailimpamontree W. The Effectiveness of a health literacy development program in patients with type 2 diabetes risking to chronic kidney disease. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2019;29(2):86-101.(in Thai).
11. Thanakitjaru P. Current Situation of Chronic Kidney Disease in Thailand. *Journal of the Department of Medical Services* 2015;40(5):5-19.
12. Tianhaworn V. Diabetes is a silent threat, every 8 seconds, 1 person dies. 2019 [cited 10 Nov 2019] Available from: http://www.mtichon.co.th/columnists/news_1747055.
13. Nutbeam D. Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 2008;15(3): 259-267.
14. Health Education Division. Enhancing and assessing health literacy and health behavior children and Youth groups (7-14 years old), 2018 [cited 13 October 2019] Available from: <http://www.hed.go.th/linkhed/file/575>.(in Thai).
15. Polit DF, Hungler, BP. *Nursing research: principle and methods*. Philadelphia: Lippincott;1999.
16. Bloom. B.S. *Mastery learning*. UCLA - CSEIP Evaluation Comment. Los angeles. University of California at Los Angeles.1968.
17. Seedaket S, Turnbull N, Phajan T. The effect of the health literacy program among students in Sirindhorn College of Public Health KhonKaen, Praboromarajchanok Institute,Ministry of Public Health. *Journal of Nursing, Public Health, and Education* 2019;20(3):144-55.(in Thai).
18. Punyathanachaikhul K, Moolsart S, Chailimpamontree W. The effectiveness of a health literacy developmental program in hypertension patients risking to chronic kidney disease. *Nursing Public Health and Education Journal* 2020;20(1):41-54.(in Thai).



ผลของการใช้สถานการณ์จำลองต่อระดับการรับรู้สมรรถนะตนเองด้านทักษะการฉีดยา และทักษะการฉีดยาของนักศึกษาพยาบาล

Effects of Simulation-Based Learning on Nursing Students' Perceived Self-Efficacy and Injection Skill

ณัฐธยาน์ ชาบัวคำ¹ สุภารัตน์ พิสัยพันธ์¹ ญาณี แสงสาย¹

Natthaya Chabuakam¹ Suparat Phisaiphanth¹ Yanee Sangsai¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Boromarajonani College of Nursing, Sanpasitthiprasong, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Natthaya Chabuakam; Email: natthaya@bcnsp.ac.th

Received: November 15, 2020 Revised: December 10, 2021 Accepted: January 17, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้สถานการณ์จำลองต่อระดับการรับรู้สมรรถนะตนเอง และทักษะการฉีดยา และเพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะตนเอง และทักษะการฉีดยาระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการสอนปกติในนักศึกษาพยาบาลก่อนฝึกภาคปฏิบัติวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาล จำนวน 60 ราย สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายเข้ากลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 ราย ดำเนินการสอนกลุ่มทดลองโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบสอนปกติตามหลักสูตรเครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเองด้านทักษะการฉีดยา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย, Paired t-test และ Independence t-test ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเอง ($t=20.95$, $p<.001$) และคะแนนเฉลี่ยทักษะการฉีดยา ($t=.17.60$, $p<.001$) ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้สถานการณ์จำลองของนักศึกษาพยาบาล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเอง ($t=16.46$, $p<.001$) และคะแนนเฉลี่ยทักษะการฉีดยา ($t=14.25$, $p<.001$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ผลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลสนับสนุนส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองด้านทักษะการฉีดยาของนักศึกษาพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลอง จึงควรมีการเตรียมพร้อมทักษะปฏิบัติการพยาบาลก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติวิชาหลักการและเทคนิค เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลมีความพร้อม และมั่นใจก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วย

คำสำคัญ: การรับรู้สมรรถนะตนเอง; ทักษะการฉีดยา; นักศึกษาพยาบาล; สถานการณ์จำลอง



Effects of Simulation-Based Learning on Nursing Students' Perceived Self-Efficacy and Injection Skill

Natthaya Chabuakam¹ Suparat Phisaiphanth¹ Yanee Sangsai¹

¹Boromarajonani College of Nursing, Sanpasitthiprasong, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Natthaya Chabuakam; Email: natthaya@bensp.ac.th

Received: November 15, 2020 Revised: December 10, 2021 Accepted: January 17, 2022

Abstract

The aim of this study was to determine the effects of simulation-based learning on student nurses perceived self-efficacy, and injection skill performance, and to compare student nurses perceived self-efficacy and injection skill performance between experimental and control groups after simulation-based learning (SBL). Using simple random sampling, 60 nursing students were recruited and divided into two groups, the experimental and a control group. The experimental group (n=30) was taught with SBL. The control group (n=30) was taught using a routine learning method. Descriptive statistics, paired t-tests and independent t-tests were used to analyze data. The results were as follows: Participants in the experimental group who participated in the simulation-based training showed statistically significant improvement in perceived self-efficacy related to injection skill ($t=20.95$, $p<.001$) and performance in injection skill (17.60 , $p<.001$) after participating in the simulation program. Furthermore, after participating in the simulation program, the experimental group had higher average scores for perceived self-efficacy in injection skill ($t=16.46$, $p<.001$) and injection skill performance ($t=14.25$, $p<.001$), than those of the control group. This study recommends that SBL should be created to increase student nurses perceived self-efficacy and injection skill performance. Therefore, nursing instructors should prepare simulations to teach injection techniques to nursing students and enhance their self-efficacy prior to providing direct care to patients.

Keywords: self-efficacy; injection skill; nursing student; simulation-based learning



ความเป็นมาและความสำคัญ

ทักษะการฉีดยาเป็นการพยาบาลพื้นฐานที่จำเป็นต่อวิชาชีพพยาบาล การฉีดยา (drug injection) เป็นทักษะปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ โดยพยาบาลวิชาชีพต้องสามารถให้การพยาบาลอย่างมีมาตรฐานตามกรอบวิชาชีพ หลักการฉีดยาจึงต้องตระหนักถึงความถูกต้องตามแผนการรักษา และตรวจสอบความถูกต้องตามหลักการให้ยา 6R คือ ถูกคน (right patient) ถูกชนิดยา (right drug) ถูกขนาดยา (right dose) ถูกเวลา (right time) ถูกวิถีทาง (right route) และ ถูกเทคนิค (right technique) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยบริการ หากมีอาการรุนแรงอาจทำให้ผู้ป่วยบริการถึงแก่ชีวิตได้ โดยเฉพาะการฉีดยาทางหลอดเลือดดำ เนื่องจากการฉีดยาทางหลอดเลือดดำเป็นวิธีให้ยาที่ออกฤทธิ์และดูดซึมเร็วกว่าการให้ยาด้วยวิธีอื่น¹ ดังนั้นทักษะการฉีดยาทางหลอดเลือดดำจึงเป็นทักษะสำคัญสำหรับพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจัดการเรียนการสอนหัวข้อการฉีดยาในวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาล จัดการเรียนการสอนในรูปแบบเรียนภาคทฤษฎีในห้องเรียน และภาคทดลองเรียนในห้องปฏิบัติการพยาบาล ตามมาตรฐานหลักสูตรโดยมุ่งหวังให้นักศึกษาได้ศึกษาจากทฤษฎีสู่การปฏิบัติมองเห็นภาพได้ชัดเจน เมื่อสิ้นสุดการเรียนวิชาหลักการและเทคนิค นักศึกษาต้องขึ้นฝึกปฏิบัติ ณ สถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาได้มีโอกาสปฏิบัติจริงเกิดการเรียนรู้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ นอกจากนี้ยังเป็นการสนับสนุนนักศึกษาให้มีทักษะการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ² จากการศึกษา ผลการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย พบว่า นักศึกษาพยาบาลรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้น มีความมั่นใจหรือมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้นภายหลังได้รับการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง³ ดังนั้นการจัดกิจกรรมโดยให้นักศึกษามีโอกาสทบทวนความรู้ และทักษะปฏิบัติการพยาบาล น่าจะช่วยให้ นักศึกษาพยาบาลเกิดความมั่นใจในการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติงาน

สำหรับหัวข้อการสอนฉีดยาของหลักสูตรพยาบาลจัดอยู่ในหมวดวิชาชีพการพยาบาล นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 ทุกคนต้องผ่านการสอบภาคทฤษฎี ภาคทดลอง และภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย เนื่องจากทักษะการฉีดยาเป็นทักษะพื้นฐานทางการพยาบาล และเป็นทักษะปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ จากการประเมินผลรายวิชาทั้งภาคทฤษฎีภาคทดลอง รวมทั้งการขึ้นฝึกภาคปฏิบัติที่ผ่านมาปีการศึกษา 2562 โดยแหล่งฝึกและอาจารย์นิเทศ พบว่า แม้นักศึกษาเคยผ่านการเรียน วิชา หลักการและเทคนิคมาแล้วก็ตาม แต่ยังพบว่าทักษะการฉีดยาทางหลอดเลือดดำ นักศึกษาพยาบาลยังขาดความพร้อมในการปฏิบัติที่คล่องแคล่ว ทั้งขั้นเตรียมการ ขั้นปฏิบัติการพยาบาล และขั้นประเมินผล แสดงออกถึงความไม่มั่นใจต่อการปฏิบัติการพยาบาลต่อหน้าผู้รับบริการ ถูกปฏิเสธการปฏิบัติการพยาบาล ส่งผลให้นักศึกษาไม่กล้าที่จะปฏิบัติการพยาบาล ขาดความมั่นใจ โดยเฉพาะเมื่อขึ้นฝึกภาคปฏิบัติครั้งแรกในวิชา ปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล⁴ ทักษะการฉีดยาทางหลอดเลือดดำซึ่งเป็นทักษะที่พบมากที่สุดเมื่อเทียบกับการฉีดยาเข้าทางชั้นใต้ผิวหนัง และทางกล้ามเนื้อ และหากมีข้อผิดพลาดเกิดขึ้น อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากยาได้ เนื่องจากการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำนั้นเป็นทางที่ยาออกฤทธิ์ได้เร็วกว่าการให้ยาทางอื่น¹ ความไม่มั่นใจในการฝึกปฏิบัตินี้สอดคล้องกับการศึกษาของศุภลักษณ์ ธนาโรจน์ (2560) พบว่านักศึกษารู้สึกกังวล และไม่มั่นใจต่อความรู้ที่ตนเองมีความรู้การเตรียมความพร้อมให้มากขึ้นก่อนฝึกปฏิบัติ⁵ ผลการจัดการเรียนการสอน ปีการศึกษา 2562 จากการสัมภาษณ์อาจารย์นิเทศ พบว่า ทักษะการสอบฉีดยาทางหลอดเลือดดำแม้มีคะแนนผ่านเกณฑ์ แต่พบว่า นักศึกษามีความตื่นตันทันที ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติครั้งแรกมากกว่าร้อยละ 50 หลังจากผ่านการปฏิบัติครั้งแรกนักศึกษาค่อยมีความมั่นใจเพิ่มขึ้น และจากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากนักศึกษา พบว่า เมื่อต้องปฏิบัติทักษะการฉีดยามีความตื่นตันทันที กังวล กลัวจากการใช้อุปกรณ์ที่มีคม เช่น การจับเข็มฉีดยา การทักยาชนิด ampule การเปิดขวดยาชนิด vial การคำนวณยา เตรียมอุปกรณ์ไม่เหมาะสม มือสั่นเมื่อปฏิบัติการพยาบาล และจากการสุ่มถามนักศึกษาจำนวน 8 ใน 10 คน เคยมีประสบการณ์จากถูกเข็มทิ่มมือ เป็นต้น⁴ หลายการศึกษาพบว่า การเพิ่มสมรรถนะให้นักศึกษามีความมั่นใจ สามารถแก้ไขได้โดย



การฝึกให้มีทักษะความชำนาญด้วยวิธีการทำซ้ำหลาย ๆ ครั้งในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง เพื่อให้นักศึกษาคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อม คิดทบทวนสิ่งที่ปฏิบัติ นำประสบการณ์ที่ต้องพัฒนามาปรับใช้ในครั้งต่อไป ซึ่งจะช่วยให้ศึกษามีความมั่นใจจากการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้นในการปฏิบัติทักษะทางการพยาบาลนั้น ๆ มากขึ้น⁶⁻⁸

การใช้สถานการณ์จำลอง (simulation based learning: SBL) เป็นวิธีการศึกษารูปแบบหนึ่ง เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลสัมผัสประสบการณ์ทางการพยาบาลในสภาพแวดล้อมเสมือนจริง สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่รู้สึกปลอดภัยในสถานะที่ผู้เรียนไม่กดดัน (safe learning environment) เนื่องจากอยู่ภายใต้การให้คำแนะนำจากผู้สอนที่มีประสบการณ์และมีความเชี่ยวชาญ นักศึกษาพยาบาลสามารถฝึกฝนทักษะปฏิบัติต่าง ๆ ด้วยตนเองซ้ำได้หลายครั้งโดยไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ช่วยส่งเสริมทักษะทางคลินิกที่จำเป็น⁹ การเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองประกอบด้วย 1) ขั้นนำ โปรแกรมเทค และชี้แจงรายละเอียด (pre-brief) ให้ผู้เรียนได้รู้จักห้องปฏิบัติการ อุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นการสร้างความคุ้นเคยกับหุ่น และอุปกรณ์ในห้อง 2) ขั้นตอนสถานการณ์ (scenario) ตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ และ 3) ขั้นสรุปผลการเรียนรู้ (debrief) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญ เนื่องจากผู้เรียนและผู้สอนร่วมกันสะท้อนคิดว่า เกิดอะไรขึ้นในสถานการณ์ ผู้เรียนได้ทบทวนสมรรถนะในตนเองถึงสิ่งที่ต้องพัฒนาในครั้งต่อไปเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ในครั้งใหม่ ส่งผลให้ผู้เรียนมีความรู้ ทักษะการปฏิบัติ ความพึงพอใจ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ และความมั่นใจในตนเอง¹⁰ ซึ่งเป็นแนวคิดทางการศึกษาทางการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลอง จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการใช้สถานการณ์จำลองในการจัดการเรียนการสอน พบว่า ทำให้ผู้เรียนมีความรู้เพิ่มขึ้น และมีความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การศึกษาเกี่ยวกับการใช้สถานการณ์จำลองในการศึกษาพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติทางคลินิกครั้งแรก พบว่า หลังการสอนนักศึกษาที่มีความวิตกกังวลลดลง มั่นใจในตนเองมากขึ้น มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น¹¹ เช่นเดียวกับการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติการพยาบาลในครั้งแรก พบว่า มีความมั่นใจในทักษะการตรวจร่างกายเพิ่มขึ้น ความเครียดในวันแรกของการปฏิบัติการทางคลินิกลดลง² เพื่อให้ศึกษามีทักษะการเรียนรู้ตามที่กำหนดโดยเฉพาะการจัดการเรียนการสอนทางคลินิกที่มีเป้าหมายเพื่อให้ศึกษามีความมั่นใจในความรู้ภาคทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติในสถานการณ์จริง ซึ่งอาจจะทำให้ประสบปัญหาในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากการเรียนทฤษฎีก้าวสู่ภาคปฏิบัติ โดยอาจขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ผลต่อการเรียนรู้ในสถานการณ์ใหม่ที่ต้องฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยจริงหรือสถานการณ์การเรียนรู้ที่มีความยากหรือซับซ้อนในคลินิก ซึ่งการเชื่อในความสามารถของตนเองเป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล จากการศึกษาของ Lundberg³ พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีความเชื่อมั่นในตนเองสูง จะมีความวิตกกังวลต่ำ สามารถปฏิบัติเหตุการณ์ที่มีความยากและซับซ้อนได้ดี จึงประสบความสำเร็จเนื่องจากมีเป้าหมายที่ชัดเจนเมื่อเทียบกับนักศึกษาพยาบาลที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่ำ⁸ สำหรับการสร้างความเชื่อมั่นนั้น ไม่สามารถเรียนรู้ได้ในชั้นเรียนภาคทฤษฎี จำเป็นต้องจัดการเรียนรู้โดยการสร้างสถานการณ์จำลองให้นักศึกษาได้มีการฝึกปฏิบัติจริง เพื่อให้เกิดความมั่นใจ เมื่อกล่าวตามแนวคิดการพัฒนาความสามารถของตนเองหรือสมรรถนะแห่งตนของบุคคลของ Bandura กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (perceive self-efficacy) และความคาดหวังในผลลัพธ์เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ถ้าบุคคลนั้นเห็นว่าการปฏิบัติพฤติกรรมเกิดประโยชน์ จะมีแนวโน้มให้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นสูง และการทำกิจกรรมใดจนเกิดความสำเร็จได้ด้วยตนเอง จะทำให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง และมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นต่อไป¹²⁻¹³ ซึ่งการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง เป็นการจัดการเรียนรู้วิธีหนึ่งที่เน้นให้เรียนรู้จากประสบการณ์ด้วยตนเอง เพื่อให้บุคคลผู้เรียนมีความเชื่อมั่นในตนเอง รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถและพยายามใช้ทักษะต่าง ๆ ปฏิบัติกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมาย โดยเชื่อมโยงจากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ คิดแก้ไขปัญหากับสิ่งที่เผชิญ ทบทวนตนเองกับประสบการณ์ที่เข้าฝึกทักษะในสถานการณ์เสมือนจริง แต่มีความผ่อนคลายมากกว่าการเผชิญสถานการณ์ที่ยังไม่ผ่านการฝึกมาก่อน เป็นการช่วยเพิ่มสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลให้มีความสามารถในการปฏิบัติทักษะทางการพยาบาลเพิ่มขึ้น ทำให้มีความพร้อมและความมั่นใจก่อนฝึก



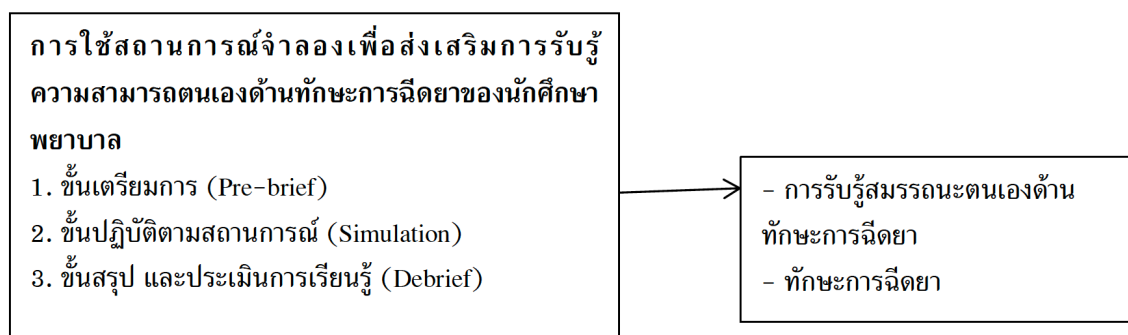
ปฏิบัติจริง หากนักศึกษามีทักษะหรือมีสมรรถนะแล้ว จะส่งผลให้ทำกิจกรรมนั้นด้วยความเอาใจใส่ และพยายามกระทำมากขึ้น เพื่อแก้ไขปัญหาให้ประสบความสำเร็จสู่การบรรลุเป้าหมาย ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลอง ให้รับรู้สมรรถนะตนเอง เพื่อพัฒนาทักษะปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลให้มีความพร้อมก่อนฝึกภาคปฏิบัติ ส่งผลให้นักศึกษามีความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะทางการพยาบาล อาจารย์ยังสามารถนำไปใช้ปรับปรุงการจัดการเรียนการสอน เพื่อการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทักษะอื่น ๆ ให้นักศึกษาสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของการใช้สถานการณ์จำลองต่อการรับรู้สมรรถนะตนเองด้านทักษะการฉีดยา และทักษะการฉีดยาของนักศึกษาพยาบาลก่อนฝึกภาคปฏิบัติวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาล
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะตนเองด้านทักษะการฉีดยา และทักษะการฉีดยา ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการสอนปกติ

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ ใช้แนวคิดความสามารถของตนเองหรือสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) ของ Bandura¹² ซึ่งการรับรู้ความสามารถหรือความมั่นใจของบุคคลในความสามารถของตนเองเป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ภายใต้สถานการณ์เฉพาะ การที่บุคคลได้ทำกิจกรรมใดจนเกิดความสำเร็จได้ด้วยตนเอง จะทำให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในเรื่องนั้นสูง และเชื่อว่าหากได้ทำกิจกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันอีก จะสามารถทำได้สำเร็จเหมือนครั้งก่อนโดยมีอิทธิพลสูงสุดในการสร้างการรับรู้ความสามารถ ดังนั้นการส่งเสริมนักศึกษาพยาบาลให้มีความสามารถของตนเองหรือสมรรถนะแห่งตนโดยการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง (SBL) ซึ่งเป็นกระบวนการจัดการเรียนรู้โดยฝึกปฏิบัติการพยาบาลทักษะการฉีดยา โดยใช้สถานการณ์จำลองที่มีความเสมือนจริง ให้นักศึกษามีสมรรถนะการรับรู้ตนเอง เพื่อพัฒนาความสามารถของตนเองหรือสมรรถนะแห่งตน ทำให้นักศึกษามีประสบการณ์จากความสำเร็จ (performance accomplishment) เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลทักษะการฉีดยาก่อนขึ้นฝึกวิชา ปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล ดังกรอบแนวคิด



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อศึกษาผลของการใช้สถานการณ์จำลองต่อระดับการรับรู้สมรรถนะตนเอง และทักษะการคิดยาของนักศึกษาพยาบาลก่อนฝึกภาคปฏิบัติวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาล เก็บข้อมูลเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 2 ที่ลงทะเบียนเรียน วิชา ปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล จำนวน 200 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบจับฉลากแบบไม่ใส่คืนตามเลขที่ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 60 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1. สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (SBL) เรื่อง ทักษะการคิดยาทางหลอดเลือดดำ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองทั้งหมดจำนวน 5 เรื่อง ทั้ง 5 เรื่องมีลักษณะสถานการณ์คล้ายคลึงกัน ประกอบด้วย ข้อมูลผู้ป่วย และข้อมูลแผนการรักษาการได้รับยาฉีดปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เรียนแสดงออกถึงการใช้ทักษะด้านการคิดยาทางหลอดเลือดดำ กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการสุ่มให้ได้รับสถานการณ์จำลองจากผู้วิจัยเพื่อประเมินทักษะปฏิบัติการคิดยาทางหลอดเลือดดำก่อนประเมินทักษะปฏิบัติการคิดยาทางหลอดเลือดดำทุกคนจากผู้วิจัย

1.2. หุ่นจำลองเป็นหุ่นจำลองที่มีตำแหน่งฉีดยาทางหลอดเลือดดำ มีคุณสมบัติแตกต่างจากการสอนปกติคือ มีเส้นเลือดดำสำหรับฉีดยา สามารถดูดเลือดทดสอบการฉีดเข้าทางหลอดเลือดได้เสมือนจริง เนื่องจากมีคุณสมบัติเด่นที่มีลักษณะคล้ายเลือด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ เกรดเฉลี่ยสะสม

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วย 2 แบบประเมิน คือ

2.1 แบบสอบถามวัดระดับการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อการปฏิบัติทักษะคิดยา โดยใช้กรอบแนวคิดของ Bandura¹² ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และตำราวิชาการ ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ คะแนนรวม 100 คะแนน เป็นแบบประเมิน Likert scale 5 ระดับ คะแนน 1 หมายถึง รับรู้สมรรถนะตนเองในข้อความนั้นในระดับต่ำที่สุด คะแนน 2 หมายถึง รับรู้สมรรถนะตนเองในข้อความนั้นในระดับต่ำ คะแนน 3 หมายถึง รับรู้สมรรถนะตนเองในข้อความนั้นในระดับปานกลาง คะแนน 4 หมายถึง รับรู้สมรรถนะตนเองในข้อความนั้นในระดับมาก คะแนน 5 หมายถึง รับรู้สมรรถนะตนเองในข้อความนั้นในระดับมากที่สุด

2.2 แบบประเมินทักษะการคิดยา ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และตำราวิชาการ มีทั้งหมดจำนวน 25 ข้อ คะแนนรวม 75 คะแนน ผ่านเกณฑ์ประเมินตามมาตรฐานประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาล 60 คะแนน (ร้อยละ 80) เป็นแบบประเมิน Likert scale 3 ระดับ 0 คะแนน หมายถึง นักศึกษาไม่ปฏิบัติ หรือไม่สามารถปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนนั้นได้แม้ว่าได้รับการชี้แนะจากอาจารย์ผู้คุมสอบอยู่ในระดับไม่ผ่าน, 1 คะแนน หมายถึง นักศึกษาสามารถปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนนั้นได้ด้วยตนเองถูกต้องบางส่วน หรือปฏิบัติได้ถูกต้องภายหลังได้รับการชี้แนะจากอาจารย์ผู้ประเมินได้เพียงบางส่วนอยู่ในระดับไม่ผ่าน, 2 คะแนน หมายถึง นักศึกษาสามารถปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนนั้นได้ด้วยตนเองถูกต้องบางส่วน หรือปฏิบัติได้ถูกต้องภายหลังได้รับการชี้แนะจากอาจารย์ผู้ประเมินอยู่ในระดับผ่าน, 3 คะแนน หมายถึง นักศึกษาสามารถปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนนั้นได้ด้วยตนเองถูกต้องทั้งหมดโดยไม่ต้องรับคำแนะนำจากอาจารย์ผู้ประเมินอยู่ในระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือของแบบสอบถาม 2 ชุด ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการเรียนการสอนทางการพยาบาลมีประสบการณ์นี้เทศ วิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล 10 ปีขึ้นไป จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการจัดการเรียนการสอนแบบ SBL จำนวน 1 ท่าน ปรับปรุงแก้ไขความตรงตามเนื้อหาและความชัดเจนด้านภาษาตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence: IOC) ของแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด ระหว่าง .67–1.00 ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักศึกษาศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย จำนวน 30 คน ด้วยวิธีการสุ่มโดยการจับสลากตามเลขที่แบบไม่ใส่คืน คำนวณค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองด้านทักษะการฉีดยา เท่ากับ .81 ส่วนแบบประเมินทักษะการฉีดยา ตรวจสอบความเชื่อมั่นความเห็นพ้องระหว่างผู้ประเมิน¹⁴ (inter-rater reliability) ได้ค่า percentage of agreement เท่ากับ 92.0 และค่า Cohen's Kappa เท่ากับ .80 สำหรับสถานการณ์เสมือนจริงที่สร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน เป็นอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการสอนและนิเทศน์กศึกษาวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคมากกว่า 10 ปี และมีประสบการณ์ในการใช้สถานการณ์จำลองอย่างน้อย 3 ปี ตรวจสอบความถูกต้อง และความเหมาะสม ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง

ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 1 เตรียมการทดลอง ผู้วิจัยและคณะ จำนวน 3 คน ที่มีประสบการณ์การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง และเป็นอาจารย์สอนภาคปฏิบัติวิชาหลักการและเทคนิค เตรียมสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (SBL) ตามขั้นตอน ได้แก่ การเตรียม และเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ให้สอดคล้องกับสถานการณ์จำลองที่กำหนด การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการหลังจากนักศึกษาเรียน วิชา หลักการและเทคนิคการพยาบาลเสร็จสิ้นแล้ว

ขั้นที่ 2 ดำเนินการทดลอง หลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ทำหนังสือขออนุญาต ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ เพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพบนักศึกษา เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงแนวปฏิบัติที่กลุ่มตัวอย่างต้องปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมวิจัย ขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล และชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง หรือผลการเรียน เนื่องจากทำกิจกรรมนอกเวลาเรียนโดยไม่ส่งผลกระทบต่อเวลาเรียนปกติ โดยวันที่ 1 และ 2 ทำกิจกรรมในวันเสาร์-อาทิตย์ และวันที่ 3 ทำกิจกรรมกับกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อให้กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการจัดประสบการณ์เดียวกันกับกลุ่มทดลอง กิจกรรมมีดังนี้

วันที่ 1

1. สุ่มแบ่งกลุ่มนักศึกษาเข้าฝึกปฏิบัติกับหุ่นสถานการณ์จำลองเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ
2. ให้กลุ่มทดลองเรียนรู้ด้านทักษะการฉีดยาทางหลอดเลือดดำ เนื่องจากเป็นวิธีการให้ยาที่พบมากที่สุดเมื่อขึ้นฝึกภาคปฏิบัติ เพื่อให้ นักศึกษามีความมั่นใจ และมีความพร้อมก่อนขึ้นฝึกภาคปฏิบัติ ด้วยวิธีการใช้สถานการณ์จำลอง โดยผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนของการดำเนินการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง โดยผู้เรียนจะได้รับการปฐมนิเทศเกี่ยวกับการเข้าสู่สถานการณ์จำลอง และดำเนินการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง มี 3 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 ขั้นนำ ปฐมนิเทศ และชี้แจงรายละเอียด (pre-brief) อธิบายก่อนปฏิบัติโดยคณะผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์การเรียนรู้ ระบุบทบาทของผู้สอนและผู้เรียนแต่ละคน อธิบายเกี่ยวกับสถานการณ์เสมือนจริง แนะนำ อุปกรณ์ทางการแพทย์ อธิบายกติกาก่อนเข้าสู่สถานการณ์เสมือนจริง และสอบถามความรู้สึกของนักศึกษาในการเข้าสู่สถานการณ์เสมือนจริง



2.2 ปฏิบัติตามสถานการณ์เสมือนจริง และสังเกตพฤติกรรมของนักศึกษาในขณะที่เข้าสถานการณ์ (scenario) ตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้

2.3 สรุปและสะท้อนคิดหลังการเรียนรู้ (debrief) โดยคณะผู้วิจัยสอบถามความรู้สึก สรุป และสะท้อนคิด สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบให้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง เพื่อให้ได้ข้อมูลการวิจัยตามสภาพจริงมากที่สุด ผู้วิจัยแจ้งกลุ่มทดลอง ทั้ง 30 คน ไม่ให้มีการส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าเรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองแก่กลุ่มเปรียบเทียบเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน

วันที่ 2

ประเมินทักษะปฏิบัติด้านการฉีดยาทางหลอดเลือดดำทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบโดยผู้วิจัยและคณะผู้วิจัย จำนวน 3 คน ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นความเห็นพ้องระหว่างผู้ประเมิน¹⁴ (inter-rater reliability) โดยผู้วิจัยหรือคณะผู้วิจัย 1 คน ประเมินทักษะการฉีดยาเข้าทางหลอดเลือดดำนักศึกษาครั้งละ 1 คน ใช้เวลาประเมินคนละประมาณ 15-20 นาที รวมผู้วิจัยประเมินทักษะการฉีดยาทางหลอดเลือดดำทั้งหมดจำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 10 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 10 คน หลังจากประเมินทักษะการฉีดยาแล้ว มอบหมายให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนทำแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเองด้านทักษะการฉีดยาทางหลอดเลือดดำ และถอดบทเรียนเพื่อสะท้อนคิดเกี่ยวกับการเข้าฝึกปฏิบัติกับหุ่นสถานการณ์จำลอง

วันที่ 3 ให้กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการทำกิจกรรมโดยเข้าสถานการณ์จำลองหลังจากเสร็จสิ้นการทดลอง เพื่อให้กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการจัดประสบการณ์เดียวกันกับกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยการหาค่าความถี่และร้อยละค่าเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะตนเองด้านทักษะการฉีดยา และทักษะการฉีดยาของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติทดสอบค่าที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) และวิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้สถานการณ์จำลองต่อการรับรู้สมรรถนะตนเองด้านทักษะการฉีดยาและทักษะการฉีดยาของนักศึกษาพยาบาลของกลุ่มทดลองโดยใช้ สถิติทดสอบค่าที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test) โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ อนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ เลขที่ EC. 8/2562 วันที่อนุมัติ 22 กุมภาพันธ์ 2562 ผู้วิจัยชี้แจงแนวการตอบแบบสอบถาม และสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่กระทบการเรียนรู้ กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยวิธีลงนาม ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มทดลองแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มเปรียบเทียบทุกคนได้รับการเรียนโดยใช้สถานการณ์จำลอง

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ทั้งหมดจำนวน 60 คน พบว่า ร้อยละ 95.00 เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่อายุเฉลี่ยเท่ากับ 20.93 (SD=3.34) โดยพบในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 21.93 ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มเปรียบเทียบ คือ มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 19.93 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีเกรดเฉลี่ยเท่ากับ 2.88 (SD=.26) โดยพบว่ากลุ่มทดลองจำนวน 30 คน มีเกรดเฉลี่ยเท่ากับ 2.88 (MIN=2.17, MAX=3.47) ซึ่งเท่ากับกลุ่มเปรียบเทียบ คือ มีเกรดเฉลี่ยเท่ากับ 2.88 (MIN=2.48, MAX=3.30)

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเอง และคะแนนเฉลี่ยทักษะการฉีดยาภายในกลุ่มทดลอง

ภายหลังการใช้สถานการณ์จำลองของนักศึกษาพยาบาล ด้วยสถิติค่าที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเอง ($t=20.95, p<.001$) และคะแนนเฉลี่ยทักษะการฉีดยา ($t=17.60, p<.001$) แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองด้านทักษะการฉีดยาทางหลอดเลือดดำ และการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการฉีดยาทางหลอดเลือดดำ ภายในกลุ่มทดลองก่อน และหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	t	p-value
- การรับรู้สมรรถนะตนเองด้านทักษะการฉีดยาทางหลอดเลือดดำ (Mean, SD)	54.86(4.42)	83.63(7.51)	20.95	<.001
- ทักษะการฉีดยาทางหลอดเลือดดำ (Mean, SD)	54.66(5.67)	69.23(3.01)	17.60	<.001

ผลการศึกษาก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองด้านทักษะการฉีดยาทางหลอดเลือดดำก่อนการใช้สถานการณ์จำลองของนักศึกษาพยาบาล ด้วยสถิติค่าที่เป็นอิสระต่อกัน (Independence t-test) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=.57, p=.570$) เช่นเดียวกันกับการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการฉีดยาทางหลอดเลือดดำของนักศึกษาพยาบาลก่อนใช้สถานการณ์จำลองต่อทักษะการฉีดยาทางหลอดเลือดดำของนักศึกษาพยาบาลด้วยสถิติค่าที่เป็นอิสระต่อกัน (Independence t-test) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=.30, p=.763$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ผลการศึกษาหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองด้านทักษะการฉีดยาทางหลอดเลือดดำหลังการใช้สถานการณ์จำลองของนักศึกษาพยาบาล เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติค่าที่เป็นอิสระต่อกัน (Independence t-test) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=16.46, p<.001$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยทักษะการฉีดยาทางหลอดเลือดดำของนักศึกษาพยาบาลหลังการใช้สถานการณ์จำลองต่อทักษะการฉีดยาทางหลอดเลือดดำของนักศึกษาพยาบาล พบว่า คะแนนทักษะการฉีดยาทางหลอดเลือดดำของนักศึกษาพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=14.25, p<.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะตนเองด้านทักษะการฉีดยาทางหลอดเลือดดำ และการเปรียบเทียบทักษะการฉีดยาทางหลอดเลือดดำของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการใช้สถานการณ์จำลองระหว่าง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n30)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n30)	t	p-value
ก่อนการทดลอง				
- การรับรู้สมรรถนะตนเองด้านทักษะการฉีดยาทางหลอดเลือดดำ (Mean, SD)	54.86(4.42)	55.60(5.45)	.57	.570
- ทักษะการฉีดยาทางหลอดเลือดดำ (Mean, SD)	54.66(5.67)	54.26(4.46)	.30	.763



ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n30)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n30)	t	p-value
หลังการทดลอง				
- การรับรู้สมรรถนะตนเองด้านทักษะการ ฉีดยาทางหลอดเลือดดำ (Mean, SD)	83.63(7.51)	56.67(4.90)	16.46	<.001
- ทักษะการฉีดยาทางหลอดเลือดดำ (Mean, SD)	69.23(3.01)	54.83(4.63)	14.25	<.001

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

อภิปรายผล

การรับรู้สมรรถนะตนเองต่อทักษะการฉีดยาทางหลอดเลือดดำของนักศึกษาพยาบาลก่อนฝึกภาคปฏิบัติวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้สถานการณ์จำลองภายในกลุ่มทดลองพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองด้านทักษะการฉีดยาทางหลอดเลือดดำมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เช่นเดียวกันจากผลการศึกษาก็อธิบายได้ว่า การที่นักศึกษาในกลุ่มทดลองได้รับการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทักษะฉีดยาทางหลอดเลือดดำโดยใช้สถานการณ์จำลอง ส่งผลให้นักศึกษามีการทบทวนความรู้ ความสามารถของตนเอง เชื่อมโยงระหว่างความรู้และการกระทำ ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติการพยาบาลทักษะฉีดยาด้วยความพยายาม มุ่งมั่น ตั้งใจ ให้ได้ผลลัพธ์ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ เห็นได้จากก่อนการใช้สถานการณ์จำลองต่อทักษะการฉีดยาทางหลอดเลือดดำของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองต่อทักษะการฉีดยาทางหลอดเลือดดำของนักศึกษาพยาบาลก่อนฝึกภาคปฏิบัติวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาลไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .30, p > .05$) เมื่ออธิบายตามทฤษฎีของแบนดูรา กล่าวได้ว่าบุคคลเมื่อรับรู้ความสามารถของตนเอง (perceived self-efficacy) จะเป็นแรงกระตุ้นให้ตนเองมีความพยายาม เพื่อให้ประสบผลสำเร็จตามที่คาดหวัง ซึ่งความสามารถแห่งตนมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหรือการกระทำของบุคคล¹²⁻¹³ เนื่องจากความเชื่อในความสามารถของความรู้ และทักษะในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติการพยาบาลด้วยตนเอง ได้เรียนรู้ในสิ่งที่ถูกต้อง และรู้ว่าถ้าทำผิดพลาดจะเกิดผลเสียกับผู้ป่วยบริการอย่างไร ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากสิ่งที่ผิดพลาดแล้วนำมาพัฒนาตนเองให้ดีขึ้นในการพัฒนาสมรรถนะทักษะการฉีดยา นำไปสู่การพัฒนาความสามารถแห่งตนของผู้เรียน ซึ่งนับเป็นสิ่งสำคัญสำหรับนักศึกษาพยาบาลในการช่วยส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติทักษะการพยาบาล⁶ นักศึกษาจึงมีความมั่นใจในสมรรถนะตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัย เรื่อง ผลการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลหลังการเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การใช้สถานการณ์จำลองจึงเป็นการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนได้ฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาลโดยผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้สูงมาก³ สอดคล้องกับการศึกษาโดยใช้สถานการณ์จำลองในการส่งเสริมทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพหลายการศึกษาพบว่า ก่อนและหลังใช้สถานการณ์จำลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น¹⁸⁻¹⁹

ทักษะปฏิบัติการฉีดยาทางหลอดเลือดดำของนักศึกษาพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองที่มีการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อพิจารณาคะแนนอธิบายได้ว่าการใช้สถานการณ์จำลอง เป็นการสอนให้ผู้เรียน ได้ลงมือปฏิบัติจริง จากขั้นสรุปและประเมินการเรียนรู้ (debrief) พบว่า นักศึกษาสะท้อนคิดสิ่งที่ตนเองปฏิบัติในขั้น ปฏิบัติตามสถานการณ์ (simulation) ว่าเกิดอะไรขึ้นในสถานการณ์จำลอง โดยสะท้อนคิด ความรู้สึก และเหตุผลถึง ประสบการณ์ที่ปฏิบัติได้ดี และประสบการณ์ที่ต้องการพัฒนาทำให้ดีขึ้น¹⁸ ผ่านการวิเคราะห์เชื่อมโยงความรู้จากทฤษฎี กับประสบการณ์ และสรุปหลักการแนวคิดเพื่อนำไปปฏิบัติในสถานการณ์ใหม่¹⁹ อธิบายได้ว่า การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์ จำลองในขั้นสรุปและประเมินการเรียนรู้ (debrief) ซึ่งเป็นกิจกรรมภายหลังสิ้นสุดการเข้าสถานการณ์จำลอง เป็นกิจกรรม ที่ทำให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการทบทวนตนเอง สะท้อนประสบการณ์ และวิธีคิดของผู้เรียนที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้ผู้เรียนได้สำรวจและวิเคราะห์ตนเอง แล้วนำไปสู่การปรับกระบวนการคิดใหม่เพื่อแก้ปัญหาและพัฒนาสมรรถนะตนเอง นำประสบการณ์ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้เมื่อเผชิญกับสถานการณ์จริงในครั้งถัดไป^{16,18} การใช้สถานการณ์จำลองเป็นวิธี สอนให้ผู้เรียนมีโอกาสฝึกทักษะกระบวนการต่าง ๆ จำนวนมาก สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การใช้สถานการณ์ จำลองในการพัฒนาทักษะทางการพยาบาล ช่วยให้นักเรียนมีความมั่นใจ คณะนักศึกษามีความพร้อมต่อการปฏิบัติ การพยาบาลเพิ่มขึ้น²⁰⁻²¹ ส่วนงานวิจัยเชิงคุณภาพยังพบว่า สามารถส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการคิด วิเคราะห์ ทักษะการตัดสินใจ การปฏิบัติการพยาบาล และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนมีความมั่นใจในการปฏิบัติ การพยาบาลกับผู้ป่วยบนหอผู้ป่วย²²⁻²³ จากการทบทวนวรรณกรรม ตั้งแต่ปี 2000-2010 เกี่ยวกับการใช้สถานการณ์ จำลองในการเรียนการสอนทางการพยาบาล พบว่า สามารถส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความรู้ ทักษะปฏิบัติการพยาบาล ความปลอดภัย และมีความมั่นใจเพิ่มขึ้น⁶ จากผลการวิจัยและงานวิจัยที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่า การใช้สถานการณ์จำลอง ในการเรียนการสอนทำให้ผู้เรียนรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาตนเองให้ประสบผลสำเร็จ ตามที่คาดหวังได้¹⁰⁻¹¹ นักศึกษาเข้าใจสิ่งที่ปฏิบัติมากขึ้นเกิดการเรียนรู้จากทฤษฎีนำไปสู่การปฏิบัติในสถานการณ์เสมือนจริง จากการลงมือปฏิบัติจริง (practice doing) ทำให้นักศึกษาได้พัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ด้วยวิธีการคิดอย่าง มีวิจารณญาณ และการตัดสินใจทางคลินิก^{2,13}

จากการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า สถานการณ์จำลอง (simulation based learning) เป็นวิธีหนึ่งที่เหมาะสมที่จะ นำมาใช้ในการเตรียมความพร้อมนักศึกษา ก่อนการฝึกปฏิบัติ เพื่อการพัฒนาทักษะทางการพยาบาล เพราะเป็นการ บูรณาการความรู้ทางทฤษฎีสู่การปฏิบัติจนเกิดเป็นประสบการณ์ทางการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวมที่ชัดเจนถูกต้อง เกิดความชำนาญ และมีความมั่นใจตามมาในที่สุด²⁴ ผู้เรียนสามารถฝึกฝนทักษะการพยาบาลต่าง ๆ ในสภาพแวดล้อม การเรียนรู้ที่ปลอดภัยก่อนให้การดูแลผู้ป่วยจริง

ข้อเสนอแนะ

1. การสอนโดยสถานการณ์จำลองควรนำไปจัดการเรียนการสอน วิชา ปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองให้พัฒนาทักษะทางการพยาบาลก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ และมีความมั่นใจก่อนฝึกภาคปฏิบัติมากขึ้น
2. พัฒนาสมรรถนะครูด้านการสรุปและประเมินการเรียนรู้ (debrief) ในกระบวนการเรียนรู้ได้ตั้งแต่เริ่มต้น จนเสร็จสิ้นกระบวนการ เพื่อให้การเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและบรรลุตาม วัตถุประสงค์การเรียนการสอน
3. ควรมีการเปรียบเทียบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเปรียบเทียบกับวิธีสอนอื่น ๆ เพื่อ เป็นการส่งเสริม และหาแนวทางในการปรับปรุงพัฒนาการจัดการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลต่อไป
4. ควรจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองในสถานการณ์อื่น ๆ หรือ การปฏิบัติการพยาบาลทักษะอื่น ๆ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมนักศึกษา ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิค เนื่องจากวิชานี้เป็นการขึ้น ฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงครั้งแรกของนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้นักศึกษามีทักษะการปฏิบัติการพยาบาล และมีความมั่นใจมากขึ้น



กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ที่สนับสนุนทุนวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ข้อเสนอแนะในการตรวจเครื่องมือวิจัย กลุ่มตัวอย่างทุกคนที่เข้าร่วมงานวิจัย และขอขอบคุณผู้เกี่ยวข้องทุกคนที่ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

References

1. Sanadisai S, Prapaipwnich W. Fundamentals of mental health nursing. 2nd. Bangkok: Judthong Company; 2011.430-1.(in Thai).
2. Chaichanarungreang W, et.al. The effect of the preparation to practical training on knowledge, attitudes and skills to care for people with health problems, 3rd year nursing students, Buddha College of Nursing, Praboromarajchanok, Ministry Ministry of Health.2017.(in Thai).
3. Jamjang S, Yomdit V, Pongphetdit B, Pitaksin D, Changsieng P, Montong A. Effects of using simulation-based learning for preparation of nursing practicum on perceptions of self efficacy in performing nursing care in a hospital. Nursing Journal of The Ministry of Public Health 2017;27,46-58.(in Thai).
4. Office of the Registrar and Education Evaluation. Ubonratchathani: Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong.2018.(in Thai).
5. Thanaroj S. Simulation-based learning in principles and techniques course in nursing practicum. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal 2016;9(2):70-84.(in Thai).
6. Prakas N, Sombutboon J, Khanwiset S, Development of a simulation-based learning model for encouraging perceive self-efficacy in utilizing nursing process among nursing students at Phrapokkklao Nursing College, Chanthaburi. Journal of Phrapokkklao Nursing College 2019; 30(1):200-15.
7. Norman J. Nursing education systematic review of the literature on simulation in The ABNF. Journal Spring 2012;24-8.
8. Lundberg K. M. Promoting self-confidence in clinical nursing students. Nurse Educator 2008;33(2),86-9.
9. Lertbanapong T. Simulation based medical education. Journal of Siriraj Medicine 2015;8(1):39-46.
10. Jeffries PR. A framework for designing, implementing, and evaluating Simulations used as teaching strategies in nursing. Nursing Education Perspectives 2005;26(2):96-103.
11. Khalaila R. Simulation in nursing education: an evaluation of students' outcomes at their first clinical practice combined with simulations Nurse. Education Today 2014;34:252-8.
12. Bandura A. Self-efficacy in changing societies. New York: Cambridge University Press;1995.
13. Bandura A. An argentic perspective on positive psychology: exploring the best in people 2008;(1):167-96.
14. Gisev N, Bell JS, Chen TF, Inter-rater agreement and inter-rater reliability: key concepts, Approaches, and applications. Research in Social and Administrative Pharmacy 2013;9:330-8.
15. McHugh ML, "Interrater reliability: the kappa statistic". Biochemia Medica 2012;22(3):276-82.
16. Sinthuchai S, Ubolwan K, Boonsin S. Effects of high-fidelity simulation based learning on knowledge, satisfaction, and self-confidence among the fourth year nursing students in comprehensive nursing care practicum. Rama Nurse Journal 2017;23(1):113-27.(in Thai).



17. Amanda N. Promoting continuing competence and confidence in nurses through high-fidelity simulation-based learning. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 2014;45(8):1-6.
18. Liaw SY. Integration of simulation-based learning in the nursing program: A reflection. *Singapore Nursing Journal* 2011;38(4):28-31.
19. Thanaroj S. Simulation-based learning in principles and techniques course in nursing practicum, Boromarajonani College of Nursing, *Uttaradit Journal* 2017;9(3):70-84.(in Thai).
20. Kolb DA. Experiential learning theory: a dynamic, holistic approach to management learning, education and development. In Armstrong SJ, Fukami CV. *The SAGE handbook of management learning, education and development* 2009:42-68.
21. Tantalanukul S, Rattanasak S, Sengpanich C, Srisung W, Tungkawanich T. The effect of simulation-based learning on the ability development of primary medical care practicum of nursing students at Boromarajonani College of Nursing Uttaradit. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal* 2015;8(1):49-58. (in Thai).
22. Ogilvie S, Cragg B, Foulds B. Perceptions of nursing students on the process and outcomes of a simulation experience. *Nurse Education* 2011;36(2):56-58.
23. Winum A. BSN students' satisfaction and self-confidence in simulation-based learning (internet) 2017 [cited 15 Oct 2020] Available from <https://digitalcommons.gardner-webb.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1010&context=undergrad-honors>
24. Lewis R, Strachan A, Smith MM. is high fidelity simulation the most effective method for the development of non-technical skills in nursing? a review of the current evidence. *The Open Nursing Journal* 2012;6:82-89.



คำแนะนำผู้พิมพ์

เพื่อให้การจัดทำวารสารไปด้วยความเรียบร้อยและมีคุณภาพ วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขจึงขอแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับการจัดทำวารสารและการเตรียมต้นฉบับบทความ ดังต่อไปนี้

1. วารสารฯ ได้กำหนดผลงานวิชาการที่จะลงเผยแพร่ในวารสาร ดังนี้

1.1 เป็นผลงานวิชาการในรูปของบทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่เขียนเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษในสาขาการพยาบาล การสาธารณสุข หรือสาขาที่เกี่ยวข้อง

1.2 เป็นผลงานวิชาการที่ไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อน และผู้เขียนจะต้องไม่ส่งบทความเพื่อไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นในเวลาเดียวกัน

1.3 หากเป็นบทความสืบเนื่องจากงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง หรือเป็นงานวิจัยที่เป็นไปตามข้อกำหนดของจริยธรรมการวิจัย

2. วารสารฯ กำหนดอัตราค่าธรรมเนียมในการบริหารจัดการบทความเพื่อเผยแพร่ในอัตราบทความละ 6,000 บาท (หกพันบาทถ้วน) (การชำระเงินจะเกิดขึ้นก่อนที่วารสารฯ จะส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ เมื่อได้ชำระเงินแล้วทางวารสารฯ จะไม่คืนเงินในทุกกรณี)

3. วารสารฯ กำหนดการเตรียมต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัย ตามรูปแบบดังนี้

3.1 การตั้งค่าหน้ากระดาษ ให้ตั้งค่าขนาดกระดาษ A4 จัดขอบกระดาษด้านบน-ล่าง-ซ้าย-ขวา ด้านละ 1 นิ้ว พิมพ์โดยใช้ฟอนต์ EucorsiaUPC ขนาด 16 และ single space และมีเนื้อหารวมบทความย่อและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 15 หน้า

3.2 ขนาดและรูปแบบการพิมพ์ ให้ใช้ดังนี้

รายการ	ลักษณะอักษร	ตำแหน่งการพิมพ์	ขนาด
ชื่อบทความ	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18-20
ข้อมูลผู้พิมพ์ (ไทยและอังกฤษ)	ตัวปกติ	กลางหน้ากระดาษ	14
บทคัดย่อ	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18
Abstract	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18
หัวข้อใหญ่	ตัวหนา	ชิดซ้าย	18
หัวข้อรอง	ตัวหนา	ย่อหน้า (เคาะ 1 tab)	16
หัวข้อย่อย	ตัวปกติ	ย่อหน้า (เคาะ tab)	16
เนื้อหาของบทคัดย่อและบทความ	ตัวปกติ	จัดข้อความชิดขอบทั้งสองข้าง	16
การเน้นข้อความในบทความ	ตัวปกติ	ตัวหนา หรือ ตัวเอียง	16
ข้อความในตาราง	ตัวปกติ	ข้อความให้ชิดซ้าย ส่วนตัวเลขให้ชิดขวา	14-16
ตัวเลขอ้างอิง	superscript	ตัวยกท้ายข้อความ	16
References	ตัวปกติ ใช้ลำดับตัวเลข	ชิดซ้าย	16



3.3 ในการพิมพ์เนื้อหาแต่ละย่อหน้าให้พิมพ์ต่อเนื่องกันไปจนจบย่อหน้า ไม่กด Enter ในระหว่างย่อหน้า ไม่ใช้การเคาะ space เพื่อจัดคำหรือจัดหน้า และในการเว้นวรรคระหว่างประโยคหรือคำเดียว ให้ใช้เว้นวรรคใหญ่ หรือเท่ากับการกด space 2 เคาะ

4. การเตรียมเนื้อหาของผลงานวิชาการ กำหนดให้เขียนดังนี้

4.1 ชื่อบทความวิชาการหรือชื่อบทความวิจัย ผู้เขียนควรกำหนดชื่อให้กระชับ มีความสอดคล้องหรือสะท้อนถึงประเด็นสำคัญของบทความ และควรหลีกเลี่ยงการระบุชื่อบุคคลหรือสถานที่ในชื่อบทความ (หากจำเป็นต้องระบุให้อธิบายไว้ในขอบเขตหรือระเบียบวิธีทำวิจัย)

4.2 ในส่วนข้อมูลผู้นิพนธ์ กำหนดให้บรรทัดแรกระบุชื่อและนามสกุลภาษาไทยของผู้แต่งหลักและผู้แต่งร่วมในบรรทัดเดียวกัน (ใช้ตัวเลขแบบตัวยกเพื่อการอ้างอิงต้นสังกัด) จากนั้นบรรทัดถัดไปให้ระบุชื่อและนามสกุลภาษาอังกฤษของผู้แต่งหลักและผู้แต่งร่วมในบรรทัดเดียวกัน (ใช้ตัวเลขแบบตัวยกเพื่อการอ้างอิงต้นสังกัด) บรรทัดถัดไปให้ระบุหน่วยงานต้นสังกัดของผู้นิพนธ์ (ทางวารสารฯ ของสงวนสิทธิ์ในการแสดงแค่ชื่อคณะฯ และสถาบันเท่านั้น) ในบรรทัดสุดท้ายให้เขียน “Corresponding author: (ชื่อภาษาอังกฤษ); Email: (อีเมลล์ที่ใช้ติดต่อ)”

4.3 บทคัดย่อภาษาไทยให้เขียนบทคัดย่อแบบย่อหน้าเดียว (ไม่กด Enter ระหว่างย่อหน้า) มีความยาวไม่เกิน 300 คำ การเขียนบทคัดย่อไม่ควรมีการอ้างอิงในบทคัดย่อ (สำหรับบทความวิชาการก็ให้เตรียมบทคัดย่อภาษาไทยเช่นเดียวกัน) สำหรับบทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) ให้เขียนในลักษณะเดียวกันกับบทคัดย่อภาษาไทยจากนั้นตามด้วยคำสำคัญ 3-5 คำ ตัวอย่างเช่น

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง; การส่งเสริมสุขภาพ; ความดันโลหิตสูง; ผู้สูงอายุ

Keywords: self-management; health promotion; hypertension; elderly

4.4 บทนำและวัตถุประสงค์ เป็นการเขียนความเป็นมาหรือความสำคัญควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักของบทความหรือการวิจัยเขียนให้กระชับ ตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญหรือปัญหาที่ต้องทำการศึกษา อีกทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย หรือของการเขียนบทความวิจัย โดยอาจจะเพิ่มเป็นหัวข้อใหม่หรือไม่ก็ได้

4.5 วิธีดำเนินการวิจัย เป็นการเขียนอธิบายกระบวนการทำวิจัยตามหลักระเบียบวิธี ส่วนการเขียนบทความวิชาการ หากเป็นไปได้ให้อธิบายกระบวนการได้มาซึ่งเนื้อหาหรือการสังเคราะห์ความรู้ที่ปรากฏในบทความ

4.6 ผลการวิจัยเป็นการเขียนผลการวิเคราะห์ข้อมูลหรือข้อค้นพบจากการวิจัย การเขียนผลการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ให้เขียนสิ่งที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยแยกเป็นประเด็น ๆ ให้ชัดเจน พร้อมยกตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ส่วนการเขียนผลการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) หากมีการนำเสนอข้อมูลด้วยตารางควรออกแบบตารางให้เหมาะสมและสอดคล้องสถิติที่ใช้ในแต่ละประเภท อธิบายข้อมูลในตารางก่อน โดยนำเสนอข้อมูลที่จำเป็น การอธิบายข้อมูลควรหลีกเลี่ยงการกล่าวซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง จากนั้นทำการแทรกตาราง โดยรูปแบบตารางจะไม่มีเส้นแนวตั้ง (ดังตัวอย่าง) ชื่อของตารางควรเป็นข้อมูลสั้น ๆ ไม่เกินหนึ่งบรรทัด วางไว้ด้านบนของตาราง



ตัวอย่างการเขียนตาราง

ตารางที่ 1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	34	.55
หญิง	28	.45
การสูบบุหรี่		
เคย	23	.37
ไม่เคย	39	.63

สำหรับการเขียนค่าสถิติต่าง ๆ ให้พิมพ์ชิดกัน ใช้ทศนิยมสองตำแหน่ง กรณีที่มีค่าไม่ถึง 1.00 หรือระหว่าง .01-.99 ไม่ต้องเขียนเลข 0 หน้าทศนิยม ตัวอย่างการเขียนค่าสถิติต่าง เช่น Mean=15.60 SD=1.28 r=.75 p<.01 เป็นต้น

4.7 สรุปและอภิปรายผล เป็นการสรุปและแปลความหมายของผลการวิจัย ไม่กล่าวซ้ำกับผลการวิจัย การอภิปรายจะเป็นการอธิบายเหตุผลว่าข้อค้นพบหรือสิ่งที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายด้วยหลักการหรือทฤษฎีใดบ้าง ผลการวิจัย สอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลการวิจัยของคนอื่นที่เคยทำไว้หรือไม่อย่างไร ทั้งนี้ในการอภิปรายควรสนับสนุนด้วยข้อมูลที่เป็นเหตุเป็นผลอธิบายโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และมีการอ้างอิง (in-text citation) อย่างเหมาะสม

4.8 ข้อเสนอแนะ ในการเขียนข้อเสนอแนะ ควรเขียนข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้หรือสำหรับการทำวิจัยต่อยอดในอนาคต ทั้งนี้ข้อเสนอแนะควรสืบเนื่องจากข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ ไม่ใช่ข้อเสนอแนะตามหลักการโดยทั่วไป

4.9 การใช้ภาษาไทยให้ยึดหลักการใช้คำตามราชบัณฑิตยสถานพยายามหลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทยยกเว้นกรณีจำเป็น หลีกเลี่ยงการใช้คำย่อนอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน

4.10 ในการนำผลงานของผู้อื่นมาใช้ในบทความ ขอให้ผู้เขียนใช้ข้อมูลจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือและทันสมัยไม่เกิน 10 ปี มีการระบุชื่อผู้เขียนและปีพิมพ์ปรากฏอย่างชัดเจน ควรอ้างอิงจากแหล่งหรือเอกสารที่เป็นต้นตอของข้อมูล และบทความใดที่มีการตรวจสอบพบว่าเข้าข่าย Plagiarism จะถูกตัดสิทธิ์ในการพิจารณาผลงานตีพิมพ์

4.11 หากบทความมีภาพประกอบ ให้ใช้ภาพสี โดยระบุชื่อภาพไว้ด้านบนของภาพ หากเป็นภาพที่เป็นผลงานของบุคคลอื่น ให้ระบุที่มาของภาพไว้ที่ใต้ภาพ พร้อมทั้งมีการอ้างอิงด้วยตัวเลขหลังข้อความระบุที่มา และให้ทำการเขียนอ้างอิงท้ายเล่มด้วย เช่น

ที่มา: <http://www.wallpapers.eu.com/view/sunrise-reflection-ocean-city-maryland-other.html>²

4.12 การเขียนอ้างอิง วารสารฯ กำหนดให้ใช้อ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) จำนวน 15-20 รายการ การอ้างอิงในเนื้อหา (in-text citation) ให้นำตัวเลขอารบิกแสดงลำดับของเอกสารอ้างอิงมารวบรวมเขียนไว้ท้ายเนื้อหาส่วนที่มีการอ้างอิงและใช้ตัวยก และเรียงลำดับหมายเลข 1,2,3 ... ตามที่ปรากฏในเนื้อหา ไม่เว้นช่วงตัวอักษร (เช่น เนื้อหา1,7) หากมีการอ้างอิงเอกสารมากกว่าหนึ่งแหล่งและมีลำดับต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายติดกัน (-) เชื่อมระหว่างเอกสารชิ้นแรกถึงชิ้นสุดท้าย แต่หากลำดับเอกสารไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาคคั่นตัวเลข (เช่น เนื้อหา1-3,6,9) และตัวเลขที่แสดงเอกสารอ้างอิง จะต้องตรงกับรายการเอกสารอ้างอิงในท้ายบทความ



การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ท้ายบทความ ให้อ้างอิงตามหมายเลขที่มีการอ้างอิงแทรกเนื้อหา (in-text citation) และเรียงลำดับต่อเนื่องกันโดยไม่แยกประเภทของเอกสารอ้างอิง เพื่อให้เป็นไปตามข้อกำหนดของฐานข้อมูลอาเซียน (ASEAN Citation Index:ACI) รายการอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยให้ทำการแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการและให้ระบุว่า (in Thai) ไว้ท้ายรายการ และให้พิมพ์ต่อเนื่องกันไปจนจบแต่ละรายการ โดยไม่กด Enter ระหว่างกลาง (กด Enter เมื่อสิ้นสุดรายการเท่านั้น) และไม่เคาะ space เพื่อทำการจัดคำหรือจัดหน้า

สำหรับตัวอย่างของการเขียนเอกสารอ้างอิงที่ใช้อยู่ ได้แก่

การอ้างอิงบทความจากวารสาร ให้เขียนชื่อสกุลของผู้แต่งขึ้นก่อน เว้นวรรคตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้น และชื่อกลางโดยไม่มีเครื่องหมายใด ๆ คั่น (กรณีผู้เขียนเป็นคนไทยให้เขียนนามสกุลเป็นภาษาอังกฤษ เว้นวรรคตามด้วยอักษรแรกของชื่อผู้เขียน เช่น ปราณอม ใจเก่งกล้า ให้เขียนเป็น Jaikengkla P. เป็นต้น) ถ้าผู้เขียนมีหลายคนแต่ไม่เกิน 6 คนให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายให้ใช้เครื่องหมายทับภาค (.) หากผู้เขียนมีมากกว่า 6 คนให้ใส่ชื่อผู้เขียน 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค และตามด้วยคำว่า “et al.” สำหรับข้อบทความขอให้ใช้ตัวพิมพ์เล็ก ตลอดทั้งข้อบทความ (ยกเว้นอักษรแรกของประโยค หรือคำเฉพาะ) ส่วนชื่อวารสารขอให้ใช้ชื่อเต็มของวารสารนั้น ๆ ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากวารสาร เช่น

References

1. 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).
2. 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.

สำหรับบทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิทัล (Digital Object Identifier: DOI) ให้ระบุรหัสประจำบทความ เช่น

3. 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.

สำหรับบทความวารสารที่เผยแพร่บนอินเทอร์เน็ตหรือฐานข้อมูล ให้ผู้ค้นพบอ้างอิงข้อมูลจากแหล่งข้อมูลเดิมก่อนที่จะนำมาเผยแพร่เว็บไซต์ (โดยทั่วไปผู้เผยแพร่จะแจ้งแหล่งข้อมูลเดิมไว้ที่หน้าเว็บไซต์) หรือหากเป็นไปได้ขอให้หลีกเลี่ยงการอ้างอิงจากหน้าเว็บเพจ

การอ้างอิงจากหนังสือ การเขียนชื่อผู้เขียนหนังสือให้ใช้ข้อกำหนดเดียวกับชื่อผู้เขียนวารสาร ชื่อหนังสือให้ใช้ตัวอักษรตัวใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของชื่อหนังสือและชื่อเฉพาะ นอกนั้นเป็นอักษรตัวเล็กหมด ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากหนังสือ เช่น

4. Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. Garland Publishing; 2001.
5. Department of Mental Health. Annual report 2006. Bangkok: Idea Square. 2006.(in Thai).



การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ให้ระบุประเภทหรือระดับปริญญาในวงเล็บเหลี่ยม เมืองที่ตั้งของมหาวิทยาลัย ชื่อมหาวิทยาลัย และปีที่ได้ส่งเล่มวิทยานิพนธ์ ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ เช่น

6. 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).

การอ้างอิงจากฐานข้อมูลบนอินเทอร์เน็ตให้ระบุคำว่า [internet] ที่ท้ายชื่อเอกสาร ระบุวันที่เปิดเอกสาร โดยใช้คำว่า [Cited DD Month YYYY] ในวงเล็บเหลี่ยม และที่อยู่ของข้อมูลในอินเทอร์เน็ตโดยใช้คำว่า “Available from” อย่างไรก็ตามขอให้ผู้พิมพ์พิจารณาอ้างอิงจากแหล่งข้อมูลเดิมที่มีคนนำมาเผยแพร่ทางเว็บไซต์เพื่อให้เกียรติแก่เจ้าของข้อมูล ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากฐานข้อมูลบนอินเทอร์เน็ต เช่น

7. Olsen NC. Self-reflection: Foundation for meaningful nursing practice [internet]. 2015 [cited 14 August 2020]. Available from: http://www.reflectionsonnursingleadership.org/Pages/Vol39_2_Olsen_Nightingale.aspx
8. Leungratanamart L, Sudjainark S, Wattanaivoj N, Meelai. Factors influencing the executive function in preschool-age children. Nursing Journal of the Ministry of Public Health [internet]. 2021 [cited 23 March 2022];31(3):15-27. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/255634/173945>. (in Thai).

ส่วนเอกสารอ้างอิงในรูปแบบอื่นๆ ขอให้ผู้เขียนศึกษาเพิ่มเติมได้จากหลักการเขียนอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ของคู่มือช่วยชูวงศ์ 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. การส่งต้นฉบับบทความให้ผู้เขียนส่งบทความผ่านระบบ 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 ผู้เขียนทำการส่งบทความวิชาการผ่านระบบออนไลน์ ThaiJo เมื่อสำเร็จทางกองบรรณาธิการวารสารจะได้รับจดหมายแจ้งเตือนจากระบบ ThaiJo ว่ามีบทความส่งเข้ามาที่วารสาร

6.2 บรรณาธิการวารสารฯ จะทำการตรวจสอบคุณภาพและรูปแบบของบทความเบื้องต้น หากพบไม่เป็นไปตามข้อกำหนดของวารสารฯ ก็จะส่งกลับให้ผู้พิมพ์ทำการแก้ไข จากนั้นให้ผู้พิมพ์ส่งบทความที่แก้ไขแล้วกลับเข้ามาใหม่ผ่านเมลของระบบ ThaiJo (โดยใช้ระบบ submission เดิม)

6.3 สำหรับบทความที่มีคุณภาพและรูปแบบตามที่วารสารฯ กำหนด ทางวารสารฯ จะส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2-3 ท่านทำการพิจารณาและประเมินคุณภาพด้วยกระบวนการ double blinded review



6.4 เมื่อบทความได้รับการพิจารณาและประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ทางวารสารฯ จะส่งบทความกลับให้ผู้นิพนธ์ทำการแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้ผู้นิพนธ์ทำการแก้ไขและส่งบทความกลับผ่านระบบออนไลน์ภายในเวลาที่กำหนด (ในขั้นตอนนี้จะใช้ระยะเวลาและจำนวนครั้งมากหรือน้อยขึ้นกับมติเห็นชอบในคุณภาพของบทความจากกองบรรณาธิการวารสาร)

6.5 เมื่อบทความได้รับการแก้ไขจนมีคุณภาพสมบูรณ์แล้ว กองบรรณาธิการจะนำบทความไปจัดเรียงพิมพ์และตรวจสอบความถูกต้องทั้งรูปแบบและการพิมพ์อักษร ในขณะเดียวกันจะส่งบทความให้ผู้นิพนธ์ทำการตรวจสอบและยืนยันเนื้อหาบทความอีกครั้ง หากมีการแก้ไขกองบรรณาธิการจะนำกลับมาแก้ไข และเมื่อเสร็จเรียบร้อยแล้วบทความจะถูกนำไปจัดทำเป็นวารสารในที่สุด

7. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขนี้มีกำหนดออกปีละ 3 ฉบับ ดังนี้ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม และ ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม และตั้งแต่ฉบับที่ 1 ปีที่ 29 (มกราคม – เมษายน 2562) เป็นต้นไป ทางวารสารฯ จะเผยแพร่ในระบบออนไลน์ผ่านระบบ Thai Journal Online เท่านั้น ผู้สนใจเล่มวารสารฯ สามารถดาวน์โหลดไฟล์ต้นฉบับของวารสารได้ที่หน้าเว็บไซต์วารสาร



การติดต่อ

ผู้พิมพ์หรือผู้สนใจสามารถติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

1. บรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
ดร.ศุภกรใจ เจริญสุข
โทรศัพท์/โทรสาร: 02-590-1974, 086-155-6862
E-mail : sukjai@bnc.ac.th
2. รองบรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
ดร.เชษฐา แก้วพรม
โทรศัพท์/โทรสาร : 02-590-1834, 086-382-4635
E-mail : wlg2552@gmail.com
3. ผู้จัดการ/ผู้ประสานงาน วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
นางสาวไบศรี นวลอินทร์
โทรศัพท์/โทรสาร: 02-590-1834
E-mail : n.tnaph@gmail.com