



- ➔ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการพยาบาล: บทบาทที่ทำหายของพยาบาล
- ➔ อาจารย์พยาบาลกับความสุขในการทำงาน
- ➔ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกในชุมชน โดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
- ➔ แบบจำลองเชิงสาเหตุของสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย
- ➔ การพัฒนารูปแบบการรู้เรียนการสอนที่ส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล ในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้
- ➔ รูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- ➔ รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร
- ➔ พฤติกรรมทางเพศและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ ของวัยรุ่นในจังหวัดสระบุรี
- ➔ ประสิทธิภาพโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองร่วมกับเจลแปะต้านเชื้อแบคทีเรียช่องปาก อักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
- ➔ รูปแบบการบูรณาการวิจัยกับการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม : กรณีศึกษา ชุมชนสามัคคี ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม
- ➔ ผลของการประคบแผลฝีเย็บหลังคลอดด้วยผ้าอนามัยชุบน้ำเกลือเย็น และผ้าอนามัย ชุบน้ำสะอาดเย็น ต่อ การลดความเจ็บปวด และการบวมของแผลฝีเย็บ
- ➔ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาสารคามศรีธรรมราช
- ➔ ผลของการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจด้วยสื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน และระดับความวิตกกังวล “The Effect of instruction in pre opened heart patients by Video Compact Disc on knowledge regarding health practice and anxiety level”
- ➔ การวิจัยและพัฒนารูปแบบการโค้ชเพื่อพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงาน ด้านการบริการสุขภาพ

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ปีที่ 25 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2558



สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ตึก 4 ชั้น 7 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

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

พิมพ์ที่ : บริษัท ยุทธินันท์การพิมพ์ จำกัด

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 25 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2558 ISSN 0857-3743

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ
ดร.ดารารพร คงจา
ดร.กาญจนา จันทน์ไทย
ศ.ดร.วีณา จิระแพทย์

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
สำนักการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บรรณาธิการ

ดร.ศุภรใจ เจริญสุข

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

รองบรรณาธิการ

ดร.เชษฐา แก้วพรม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่

กองบรรณาธิการ

ดร.มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์
Dr.Paul Alexander Turner
ผศ.ดร.พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์
ผศ.ดร.โสภณัท ครไชย
ผศ.ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ
ดร.อุษณีย์ เทพวรชัย
ดร.จิราพร วัฒนศรีสิน
ดร.บุญเตือน วัฒนกุล

ผู้ทรงคุณวุฒิ
ผู้ทรงคุณวุฒิ
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

ผู้จัดการ

นางโพนุลย์ วงษ์ใหญ่

เจ้าของ

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

พิมพ์ที่

บริษัท ยูทธรินท์ การพิมพ์ จำกัด
เลขที่ 35/36 ซอยกรุงเทพ-นนท์ 8
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทร. 0-2965-1431-3 โทรสาร 0-2965-1434
Email : ytrprinting@gmail.com



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้กลั่นกรองบทความวิจัย
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 25 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2558 ISSN 0857-3743

1	อ.ด.ร.สาธิตา	เมธนาวิณ	ผู้ทรงคุณวุฒิ
2	อ.สมทรง	จุไรทัศน์ย์	ผู้ทรงคุณวุฒิ
3	ผศ.ดร.พูลสุข	เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4	ผศ.ดร.โสมภักดิ์	ศรไชย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
5	ผศ.ดร.นิภาวรรณ	สามารถกิจ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
6	ผศ.ดร.ชนิษฐา	นาคะ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
7	ผศ.ดร.กาญจนา	ครองธรรมชาติ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
8	ผศ.ดร.จริยาภรณ์	รุจิโรระ	คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา
9	รศ.ดร.วรรณภา	ศรีธัญรัตน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
10	ผศ.ดร.ขวัญใจ	อำนาจสัตย์เชื้อ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
11	ผศ.ดร.สตรีรัตน์	ธาดากานต์	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
12	ผศ.ดร.ฉวีวรรณ	อยู่สำราญ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
13	อ.ดร.ละอียด	แจ่มจันทร์	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
14	อ.ดร.อุษณีย์	เทพวรชัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
15	อ.ดร.จุฬารัตน์	ห้าวหาญ	สถาบันพระบรมราชชนก
16	อ.ดร.จิราพร	รัตนศรีลิน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
17	อ.ดร.กมลรัตน์	เทอร์เนอร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
18	อ.ดร.บุญเดือน	วัฒนกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
19	อ.ดร.เพ็ญพรรณ	พิทักษ์สงคราม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
20	อ.ดร.ลัดดา	เหลือองรัตนมาศ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
21	อ.ดร.ยุพาภรณ์	ศิริไพวงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
22	อ.ดร.มาริสา	สุวรรณราช	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
23	อ.ดร.เยาวลักษณ์	มีบุญมาก	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี



วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 25 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2558 ISSN 0857-3743

สารบัญ

- ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการพยาบาล: บทบาทที่ท้าทายของพยาบาล.....1
- อาจารย์พยาบาลกับความสุขในการทำงาน.....13
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน.....25
โดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
- แบบจำลองเชิงสาเหตุของสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาล.....40
ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย
- การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล.....54
ในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้
- รูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี70
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....83
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร
- พฤติกรรมทางเพศและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์.....97
ของวัยรุ่นในจังหวัดสระบุรี
- ประสิทธิภาพโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองร่วมกับเจลแปะต้านเชื้อแบคทีเรียของช่องปาก.....110
อีกเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัด
- รูปแบบการบูรณาการวิจัยกับการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ด้านสุขภาพ.....124
ผู้สูงอายุของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม : กรณีศึกษา ชุมชนสามัคคี ต.ตลาด
อ.เมือง จ.มหาสารคาม
- ผลของการประคบแผลฝีเย็บหลังคลอดด้วยผ้าอนามัยชุบน้ำเกลือเย็น และผ้าอนามัย.....133
ชุบน้ำสะอาดเย็น ต่อ การลดความเจ็บปวด และการบวมของแผลฝีเย็บ
- การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง.....144
โรงพยาบาลมหาสารคามศรีธรรมราช
- ผลของการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจด้วยสื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน.....157
และระดับความวิตกกังวล “The Effect of instruction in pre opened heart patients by
Video Compact Disc on knowledge regarding health practice and anxiety level”
- การวิจัยและพัฒนารูปแบบการโค้ชเพื่อพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงาน.....167
ด้านการบริการสุขภาพ



บรรณาธิการ

สวัสดิ์ดีค่ะ...สมาชิกวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขและผู้สนใจทุกท่าน

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้ เป็นฉบับที่ ๑ ปีที่ ๒๕ มกราคม-เมษายน ๒๕๕๘ การก้าวเข้าสู่ปีที่ ๒๕ นับว่าเป็นระยะเวลาที่ยาวนานในการดำเนินการจัดทำวารสารที่ต้องมีการปรับปรุงพัฒนาให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงกว่า ๒ ทศวรรษที่ผ่านมา และรักษาคุณภาพของวารสารให้อยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่ม ๑ โดยได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นเวทีให้สมาชิกได้เผยแพร่ แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ทางวิชาการพยาบาล ทั้งด้านการศึกษาพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการบริหารการพยาบาล ซึ่งต้องขอขอบคุณไว้ ณ ที่นี้ นอกจากนี้วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ยังได้รับเกียรติจากสมาชิกหลายท่านทั้งในส่วนของปฏิบัติการพยาบาล และผู้ที่อยู่ในวงการศึกษายพยาบาล ในการส่งบทความวิชาการและบทความวิจัยมาลงตีพิมพ์เพิ่มมากขึ้น ทำให้อารสารเต็มไปด้วยผลงานวิชาการที่เป็นประโยชน์หลากหลาย

วารสารฉบับนี้ขอนำเสนอบทความวิชาการ เรื่อง “ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการพยาบาล: บทบาทที่ท้าทายของพยาบาล” ซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญในปัจจุบันที่สังคมไทยเริ่มเข้าสู่สังคมสูงอายุ (Aging Society) โดยบทความได้นำเสนอความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม หลักการรักษาเพื่อชะลอความเสื่อมถอย การพยาบาลตามระยะการดำเนินของภาวะสมองเสื่อมที่เปลี่ยนแปลงไปตามระยะต่างๆ ของโรคของผู้สูงอายุ และครอบครัว ซึ่งเป็นบทบาทที่ท้าทายของพยาบาล นอกจากนี้ยังมีบทความวิชาการ เรื่อง “อาจารย์พยาบาลกับความสุขในการทำงาน” ที่จะเป็นแนวทางในการสร้างความสุขในการทำงานของอาจารย์พยาบาลสำหรับบทความวิจัย ฉบับนี้มีบทความวิจัยที่หลากหลายทั้งด้านการเรียนการสอนทางการพยาบาล ได้แก่ ๑) การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ๒) รูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และ ๓) รูปแบบการบูรณาการวิจัยกับการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคามฯ และด้านการปฏิบัติการพยาบาล ที่เพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย อาทิเช่น ๑) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบระดับประคองฯ ๒) รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฯ ๓) ผลของการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจด้วยสื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนและระดับความวิตกกังวล และ ๔) ผลของการประคบแผ่นฟิล์มหลังคลอดด้วยผ้าอนามัยชุบน้ำเกลือเย็น และผ้าอนามัยชุบน้ำสะอาดเย็น ต่อการลดความเจ็บปวด และการบวมของแผ่นฟิล์มเย็น เป็นต้น จึงหวังว่าวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขจะเป็นเวทีให้สมาชิกและผู้สนใจได้แลกเปลี่ยนเผยแพร่ผลงานวิชาการที่มีคุณค่าต่อการศึกษาพยาบาลเช่นนี้ต่อไป

ดร.ศุภกรใจ เจริญสุข

บรรณาธิการ



ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการพยาบาล : บทบาทที่ท้าทายของพยาบาล

ศิริกุล การุณเจริณพณิชย์*

บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อมจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจาก มีการเพิ่มจำนวนมาก เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ดูแล ชุมชนและสังคมสูง และยังไม่มียารักษาให้หายขาดในปัจจุบัน ประกอบกับในปัจจุบันยังมีกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่พักอาศัยในชุมชนและไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม โดยพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุขในชุมชนได้รับการคาดหวังให้เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมและให้การพยาบาล เพื่อนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลต่อไป บทความวิชาการนี้นำเสนอความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม หลักการรักษาเพื่อชะลอความเสื่อมถอย การพยาบาลตามระยะการดำเนินของภาวะสมองเสื่อมที่เปลี่ยนแปลงไปตามระยะต่างๆ ของโรคของผู้สูงอายุและครอบครัว ซึ่งเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับพยาบาล

คำสำคัญ: ภาวะสมองเสื่อม, ผู้สูงอายุ, การพยาบาล



Older People with Dementia and Nursing Care: A Challenging Role for Nurses

*Sirikul Karuncharempanit**

Abstract

Dementia is a crucial health problem for four main reasons: high prevalence of dementia; high negative impacts toward older people with dementia, their caregivers, community and society; no current curative treatment; and a high rate of undiagnosed cases. Furthermore, nurses, who are at the forefront of health care professions in primary care are expected to play a major role in screening and providing nursing intervention effectively to achieve quality of life of older people with dementia and their caregivers. Therefore, this article aims to present knowledge of dementia and palliative treatments to delay deterioration and appropriate nursing care for people with dementia according to the complexity, diversity, and stage, and their contexts which are challenges for nurses.

Keywords: dementia, older people, nursing care

ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Ageing society) โดยมีผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ต่อประชากรทั้งหมด เท่ากับร้อยละ 15.38 และผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ร้อยละ 10.29¹ ทำให้ประเทศไทยต้องเผชิญกับปัญหาที่เฉพาะเจาะจงในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคเรื้อรัง โดยเฉพาะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุทั่วโลกและประเทศไทย²⁻⁸ เนื่องจากมีความชุกของภาวะสมองเสื่อมมาก ดังในรายงานจากสมาคมอัลไซเมอร์โลก (Alzheimer's Disease International) ที่ระบุว่าในปี 2551 มีจำนวนผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์สูงมากกว่า 35 ล้านคนและจะมีการเพิ่มจำนวนขึ้นเกือบ 2 เท่าหรือเท่ากับเป็น 65 ล้านคนในปี 2573⁹ โดยเฉพาะในกลุ่มของประเทศในภูมิภาคเอเชีย ได้แก่ จีน อินเดีย และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งมีความชุกของภาวะสมองเสื่อม เท่ากับ 3.9%¹⁰ เนื่องจากมีการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพประชาชนและการสาธารณสุขของประเทศต่างๆ ทำให้มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว พร้อมกันนี้ประชากรสูงอายุมักจะมีโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อหลอดเลือดได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ จึงทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้น เมื่อพิจารณาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย ซึ่งได้จากการศึกษาภาวะสุขภาพประชาชนไทยพบว่ามีความชุกของภาวะสมองเสื่อมในคนไทย โดยการสำรวจและตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พศ. 2551-2552 พบว่า ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประชาชนไทยเท่ากับร้อยละ 12 หรือประมาณ 880,000 คน¹¹ ประกอบกับภาวะสมองเสื่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและสังคมที่ซับซ้อนและรุนแรง^{12, 13} ตัวอย่างของผลกระทบของสมองเสื่อมที่เกิดต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยตรง คือรู้สึกสูญเสียจากการมีภาวะสมองเสื่อม ผลของอาการที่เกิดขึ้นทำให้สูญเสียความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆ และขาดความมั่นใจในตนเอง¹⁴ เนื่องจาก การสูญเสีย

ความสามารถในการรู้คิด ตัดสินใจที่ซับซ้อน เมื่อเป็นสมองเสื่อมระยะแรก ต่อมาเมื่อมีอาการมากขึ้นจะทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การเดิน การรับประทานอาหาร และนำไปสู่การช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในที่สุด นอกจากนี้ปัญหาของอารมณ์และพฤติกรรมเช่น ก้าวร้าว ซึมเศร้า และหวาดระแวง ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยด้วย^{15, 16} ผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนชีวิตประจำวันเพื่อให้ยังสามารถทำกิจกรรมด้วยตนเองได้นานที่สุด¹⁴

นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลยังได้รับผลกระทบจากการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อมโดยตรง เช่น เกิดความเครียดในการดูแล¹⁷ โดยเฉพาะในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาทางจิตใจ อารมณ์และพฤติกรรมมากๆ ญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุมาก ทำให้สูญเสียโอกาสในการทำงาน และมีรายได้ลดลง¹⁴ นอกจากนี้ ยังพบว่า ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีการเสื่อมถอยลง เช่น มีปัญหาของการเกิดความดันโลหิตสูง ปวดหลัง การนอนหลับ¹⁸ และความเครียด เป็นต้น พร้อมกันนี้ สมองเสื่อมยังส่งผลกระทบต่อสังคม ผู้สูงอายุนับเป็นบุคคลที่เปี่ยมด้วยความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ แต่ภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้สูงอายุดังกล่าวไม่สามารถถ่ายทอดประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์ให้กับคนรุ่นหลังได้ นอกจากนี้ภาวะสมองเสื่อมยังเพิ่มภาระการดูแลแก่สังคม เช่น การสูญเสียเงินในการดูแลสุขภาพมาก ทำให้สูญเสียรายได้ของประเทศชาติ เนื่องจากต้องมีการนำเข้ายาจากต่างประเทศที่มีราคาแพง เป็นต้น

ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาภาวะสมองเสื่อมให้หายขาดได้ มีแต่การรักษาเพื่อชะลอการสูญเสียความจำ¹⁹ ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรสุขภาพจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างเหมาะสม บททบทวนวิชาการนี้นำเสนอครอบคลุมใน 3 ประเด็นดังนี้ ภาวะสมองเสื่อม การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและประเด็นที่ท้าทายบทบาทพยาบาล



ภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม เป็นความเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ของสมอง ซึ่งจะครอบคลุมความสามารถเกี่ยวกับความจำ การรู้คิด ตัดสินใจ และการทำงานที่ยากและซับซ้อน เป็นการเสื่อมถอยอย่างถาวร จนทำให้เกิดการบกพร่องความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้¹⁰ ในบางกรณีอาจเกิดความผิดปกติของอารมณ์และพฤติกรรมร่วมด้วย²⁰ ภาวะสมองเสื่อมเกิดจากสาเหตุจากโรคหรือความผิดปกติต่างๆ ได้แก่ อัลไซเมอร์ หลอดเลือดสมอง พาร์กินสัน การติดเชื้อวัณโรค และฮันติงตัน ซึ่งเป็นความผิดปกติถาวร เป็นต้น แต่ในบางรายซึ่งมีความผิดปกติแบบชั่วคราวเช่น การคั่งของน้ำในโพรงสมอง ชิพิลิสและไทรอยด์ต่ำ ไม่ถือว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมเนื่องจากสามารถเปลี่ยนแปลงกลับสู่สภาพเดิมได้

การตรวจวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย การซักประวัติ ตรวจร่างกาย การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจสมรรถภาพของสมอง การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรังสีวิทยา สามารถใช้เกณฑ์การประเมินหลัก 2 ประเภท จาก Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)²¹ ได้แก่

1. มีความผิดปกติของสมองในด้านต่างๆ ได้แก่ ความจำ ภาษา การทำกิจกรรม ไม่รู้จักหรือไม่รู้เรื่อง หรือวางแผนทำกิจกรรมที่ซับซ้อน อย่างน้อย 1 อย่าง

2. ปัญหาที่เกิดขึ้นต้องไม่เกี่ยวข้องกับความคิดผิดปกติอื่นๆของระบบประสาท จิตเวช ได้รับสารพิษ การเผาผลาญอาหาร หรือ หลายๆ ระบบ

การตรวจวินิจฉัยโรค ประกอบด้วย^{10, 22}

1. การซักประวัติ ได้แก่ ความผิดปกติที่เกิดขึ้นระยะเวลาที่เริ่มต้น ลักษณะการลืม ลักษณะการดำเนินของโรค ช้า เร็ว หรือคงที่ แบบแผนการดำเนินชีวิต การบาดเจ็บทางสมอง ลักษณะอาหาร ยา โรคประจำตัว อัมพาตและอัมพฤกษ์ การติดเชื้อในระบบประสาท โดยทั่วไปให้แยกซักประวัติระหว่างผู้ป่วยและญาติ เพื่อจะได้นำข้อมูลมาเปรียบเทียบกัน

2. การตรวจร่างกาย ได้แก่ การวัดความดันโลหิต การตรวจหาความผิดปกติในร่างกายทั่วไป การตรวจทางระบบประสาทและการเดิน เป็นต้น

3. การตรวจสมรรถภาพของสมอง โดยการใช้แบบประเมิน เช่น Mini Mental Status Examination (MMSE-T) หรือ Thai Mental Status Examination (TMSE) หรือ การตรวจทางจิตวิทยาอื่นๆ เพื่อยืนยันผล เป็นต้น

4. การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ตรวจเลือด) ได้แก่ ไทรอยด์ ชิพิลิส เบาหวาน ไขมัน เป็นต้น ในปัจจุบันได้มีนักวิทยาศาสตร์พยายามคิดค้นวิธีการเจาะเลือดเพื่อหาองค์ประกอบของโปรตีนและไขมัน^{23,24} เพื่อนำมาวินิจฉัยโรคอัลไซเมอร์ แต่ยังคงอยู่ในระยะของการทดลอง และทดสอบความตรง ความเที่ยงและความไวของการตรวจ

5. การส่งตรวจทางรังสีวิทยา ได้แก่ การเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง การตรวจสมองด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า เพื่อหารอยโรคของหลอดเลือด^{10, 25} ขณะเดียวกันได้มีความพยายามในการนำถ่ายภาพรังสีโดยใช้โพสิตรอน (Positron Emission Tomography: PET scan) ซึ่งสามารถเห็นถึงลักษณะการทำงานของอวัยวะที่ต้องการตรวจ ส่วนใหญ่นำมาใช้ในการวินิจฉัยโรคอัลไซเมอร์ที่ไม่มีข้อบ่งชี้ชัดเจน หรือในระยะแรก แต่เนื่องจาก การตรวจชนิดนี้มีค่าใช้จ่ายสูงและไม่พบว่าเป็นการตรวจที่ไวว่าการตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า²⁶ จึงยังแพร่หลายในระดับการศึกษาวิจัยเท่านั้น

การดำเนินของภาวะสมองเสื่อม แบ่งได้เป็น 4 ระยะ²⁷ ได้แก่

1. ก่อนสมองเสื่อมหรือมีความบกพร่องทางพุทธิปัญญาเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment)

2. สมองเสื่อมระยะแรก (Mild dementia) สามารถตรวจพบความผิดปกติโดยแพทย์ เช่น พบว่ามีปัญหาด้านความจำเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น สูญเสียความสามารถในการคำนวณ เช่น 100-7 จำนวน 5 ครั้ง ไม่สามารถวางแผนกิจกรรมที่ซับซ้อน เช่น การจัดการเรื่องเงิน การ



ประกอบอาหาร สัมผัสเรื่องราวส่วนตัวของตนเอง บางราย อาจมีความผิดปกติทางอารมณ์หรือแยกตัวได้

3. สมองเสื่อมระยะกลาง (Moderate dementia) ในระยะนี้จะพบว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับความจำและการคิดมากขึ้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันง่ายๆ เช่น ไม่สามารถจำที่อยู่หรือเบอร์โทรศัพท์ โรงเรียนที่เรียนจบมา อาจจะมีความสับสนเกี่ยวกับวันเวลาสถานที่ เช่น มีการทำกิจกรรมซ้ำๆ ในตอนกลางวัน มีปัญหาเกี่ยวกับการคำนวณ หรือการนับเลขง่ายๆ เช่น 40-4 หรือ 20-2 จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแลเกี่ยวกับการอาบน้ำ สวมใส่เสื้อผ้าที่เหมาะสม และยังช่วยตนเองเรื่องการรับประทานอาหาร และการใช้ห้องสุขาได้ ในช่วงท้ายของระยะกลางอาจจะใช้ห้องสุขาเองไม่ได้ กลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ในระยะนี้มีมักพบปัญหาของจิตเวชและพฤติกรรม เช่น การหลงผิด ประสาทหลอน การทำกิจกรรมซ้ำๆ และเดินหลงทาง เป็นต้น

4. สมองเสื่อมระยะสุดท้าย (Severe or advanced dementia) มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว การหดเกร็งของกล้ามเนื้อ มีปัญหาเรื่องการกลืน การสนทนากับบุคคลอื่น และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ส่วนใหญ่จะพบในลักษณะของผู้ป่วยติดเตียง

หลักการรักษา

ในปัจจุบันยังไม่มีการรักษาภาวะสมองเสื่อมเพื่อให้อาการหายขาด แต่สามารถจำแนกได้เป็นการรักษาสำคัญ 2 ประเภท²⁸ ได้แก่

1.1 การรักษาโดยการให้ยา ได้แก่ ยาที่สามารถชะลอความผิดปกติด้านความจำได้²⁹ เช่นยา โดเนเพซิล (Donepezil)³⁰, กาแลนตามีน (Galantamine) ริวาสติกมีน (Rivastigmine) และ เมมทานีน ภาวะแทรกซ้อนของยากลุ่มนี้ จะทำให้เกิดการรบกวนระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน การเดินของหัวใจช้า ขาเป็นตะคริว นอนไม่หลับได้ ส่วนยาที่ออกฤทธิ์เพื่อต้านความผิดปกติทาง

จิตเวช (Antipsychotic drug) ไม่ได้รับคำแนะนำให้ใช้โดยทั่วไปหรือในระยะยาว เนื่องจากเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน คือ ยา³¹ หรือนำไปสู่สาเหตุการตายได้ ดังนั้นแพทย์จึงจำเป็นต้องมีการประเมินผลการใช้ยาร่วมกับการดูแลอย่างใกล้ชิดของผู้ดูแล

1.2 การรักษาโดยไม่ใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการหรือชะลอความเสื่อม ถึงแม้ว่าผลการวิเคราะห์ห็อกิมาอันยังไม่พบผลที่ยืนยันการรักษาโดยไม่ใช้ยา³² แต่พบว่ามีการแนะนำให้ใช้การรักษาโดยไม่ใช้ยา³³ เช่น การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy)³² การทำการกระตุ้นสมอง (Cognitive stimulation)³⁴ การระลึกถึงความหลัง (Reminiscence)³² กิจกรรมบำบัด การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การนวด³² การใช้แสงสว่าง³⁵ ออกกำลังกาย³⁶ และสุนทรบำบัดเพื่อลดความก้าวร้าวรุนแรง เป็นต้น

จากความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมที่ระบุถึงความหมาย สาเหตุ การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม การบำบัดรักษา ดังอธิบายไปแล้วข้างต้น ช่วยทำให้พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของภาวะสมองเสื่อมและมีความรู้ความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความซับซ้อนและต้องอาศัยการผสมผสานทั้งศาสตร์และศิลป์ ในการให้การพยาบาล ตลอดจนในการดูแลควรให้การดูแลทั้งผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และญาติหรือผู้ดูแลด้วย เพราะภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อครอบครัวของคนที่เกี่ยวข้องทุกคน

การพยาบาลแก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อมโดยตรง

การพยาบาลผู้สูงอายุสมองเสื่อมโดยตรงถือเป็นงานที่ทำทลายความสามารถของพยาบาล เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแต่ละรายมีความแตกต่าง



ของระยะ อาการและอาการแสดง ประสบการณ์และภูมิหลังของผู้สูงอายุและครอบครัว บางครั้งพบว่าอาการและอาการแสดงอาจส่งผลให้พยาบาลเกิดความรำคาญหรืออารมณ์หงุดหงิดได้ง่าย เช่น การถามซ้ำ การหลงทาง การแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลควรมีคุณสมบัติที่เอื้อต่อการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คุณสมบัตินี้ดังกล่าวได้แก่

1. การมีเจตคติที่ดีในการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การตระหนักรู้และยอมรับว่าผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อม จะช่วยให้พยาบาลมีความอดทนและมีความคิดสร้างสรรค์ในการหาวิธีการจัดการกับปัญหาทางจิตเวชและพฤติกรรมของผู้ป่วยเฉพาะกรณีได้

2. การมีความรู้ เข้าใจและทักษะเกี่ยวกับการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่สอดคล้องกับระยะหรืออาการที่เกิดขึ้นจัดเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้พยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลเฉพาะกรณีและให้คำแนะนำเพื่อลดความเครียด วิตกกังวลและภาระแก่ผู้ดูแล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ในระยะที่มีปัญหาความจำแต่ยังไม่สามารถยืนยันว่าเป็นโรคสมองเสื่อมได้ ซึ่งจะพบได้มากในชุมชน ควรจะมีการส่งเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรคที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมขึ้น³⁵ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักอาศัยในบริเวณที่มีอากาศดี พักผ่อนเพียงพอ หลีกเลี่ยงการทำให้สมองได้รับการบาดเจ็บหรือกระทบกระเทือน การสูบบุหรี่หรือสารเสพติด ควรมีการพัฒนาสมองโดยการอ่านหนังสือ ทำกิจกรรมที่ตนเองชอบ เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เป็นต้น ขณะเดียวกันควรมีการพัฒนาสมองขั้นสูง ได้แก่ การฝึกสติและสมาธิ การคิดจินตนาการหรือสร้างภาพขึ้น การกระตุ้นสมอง (Cognitive stimulation) การระลึกถึงความหลัง การเล่าข่าว การเล่นเกมที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยเครียดมากเกินไป การฝึกแบบนิวโรบิคอิเล็กทรอนิกส์ ที่ใช้ประสาทสัมผัสหลาย

ประเภทมากระตุ้นการทำงานของสมอง เช่น การทำสิ่งที่ไม่ถนัดหรือคุ้นชิน เช่น แปร่งฟันด้วยมือซ้าย การเปลี่ยนแปลงเส้นทางไปทำงาน การสวดมนต์หรือสัมผัสด้วยมือแทนการมองเห็นสำหรับของที่ไม้เป็นอันตรายนอกจากนี้การฝึกกิจกรรมทางกายที่กระตุ้นการทำงานของสมอง ได้แก่ การเล่นเปียโน การทำงานฝีมือ การฝึกลีลาศ³⁹ การใช้ตาราง 9 ช่อง⁴⁰ การฝึก Brain Gym⁴¹ เป็นต้น จะเป็นการกระตุ้นให้มีเซลล์ประสาทแตกแขนงเพิ่มขึ้นจากการใช้หรือกระตุ้นกล้ามเนื้อ หรือการทำกิจกรรมที่ใช้มือและเท้าเคลื่อนไหวในทิศทางที่ไม่เหมือนกันจัดเป็นการฝึกสมองไปด้วย

2.2 เมื่อมีภาวะสมองเสื่อมในระยะแรก และได้รับการตรวจวินิจฉัยชัด ในระยะนี้ผู้สูงอายุยังสามารถรับรู้ได้ถึงความยากลำบากในการดำเนินชีวิตของตนเอง ดังนั้นอาจจะเป็นภาวะเครียด วิตกกังวล หงุดหงิดหรือก้าวร้าวได้ ดังนั้นในระยะนี้ ผู้ดูแลควรมีความเข้าใจให้กำลังใจผู้ป่วยและแนะนำวิธีการพัฒนาสมองเพื่อให้คงความจำไว้ได้นานที่สุด สำหรับพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข ควรจะมีการประเมินความสามารถของสมองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ให้คำแนะนำต่อผู้ดูแลในการจัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นสมอง ซึ่งคล้ายคลึงกับในระยะแรกที่ระบุไว้ข้างต้น ฝึกให้ผู้สูงอายุคุ้นเคยกับกิจกรรมและตารางเวลากิจกรรม เพื่อสะดวกในการจัดการเมื่อมีภาวะสมองเสื่อมระยะกลาง หากมีการถามซ้ำๆ ควรใช้รูปภาพและเขียนอธิบายภาพเพื่อเป็นสื่อ ให้ผู้สูงอายุได้อ่านและทบทวนความจำบ่อยๆ เป็นต้น

2.3 เมื่อมีภาวะสมองเสื่อมระยะกลาง จะพบว่าผู้ป่วยจะลืมขั้นตอนการทํากิจวัตรประจำวันหลายอย่าง เช่น การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร ดังนั้นพยาบาลควรปฏิบัติดังนี้

2.3.1 บอกขั้นตอนการปฏิบัติเป็นลำดับขั้นง่ายๆ หรือทำให้ดู เช่นการบอกหรือทำเป็นตัวอย่าง เรื่องการอาบน้ำ โดยบอกเป็นขั้นตอนที่สั้น ใช้ภาษาที่ง่ายหรือทำเป็นตัวอย่างให้ดู เช่น การเอาน้ำราดตัว การใช้



มือถูสบู่ให้เป็นพอง การฟอกสบู่บนอวัยวะแต่ละส่วน การเอาน้ำราดตัวเพื่อล้างสบู่ออก เป็นต้น ในระยะนี้ ควรคงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไว้ให้นานที่สุด

2.3.2 หากผู้ป่วยมีอาการลึ้มมากขึ้นและหลงผิด ควรใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ โดยการเปลี่ยนเรื่องคุยจากสิ่งที่ผู้ป่วยหมกมุ่นไปทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบ จะทำให้อารมณ์ดีขึ้น และลึ้มสิ่งที่ตนเองหมกมุ่นไปได้ เช่น การเรียกร้องให้พาไปหาพ่อหรือแม่ที่ตายไปแล้ว การขอลงไปบ้านเดิมที่เคยอยู่สมัยเด็ก ควรพาออกไปนอกบ้านเพื่อทำกิจกรรมอื่นๆ ที่ผู้ป่วยชอบหรือให้รับประทานขนมหรืออาหารที่ผู้ป่วยชอบ หากไม่มีความจำกัดเรื่องโรคเบาหวาน พยายามหลีกเลี่ยงการถกเถียงถึงแม้จะเป็นการนำเสนอความจริงก็ตาม เพราะอาจทำให้เกิดความขัดแย้งกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

2.3.3 ในระยะนี้อาจพบปัญหาทางจิตใจ และพฤติกรรมอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น การตามติดเป็นเงา (Shadowing) ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลเกิดความรำคาญอย่างมาก ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มักเกิดความรู้สึกไม่มั่นคงและกลัวถูกทอดทิ้งจากญาติผู้ดูแล เนื่องจากรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง ดังนั้นพยาบาลจึงควรส่งเสริมความมั่นใจให้ผู้สูงอายุในเรื่องการได้รับการดูแลและไม่ทอดทิ้งจากญาติผู้ดูแล เป็นต้น

2.3.4 ควรมีการป้องกันการพลัดหลงของผู้สูงอายุ โดยการทำป้ายชื่อและที่อยู่ของผู้สูงอายุไว้ในกรณีที่ย้ายออกจากบ้านขณะเดินออกไปนอกบ้านแล้วหาทางกลับบ้านไม่ได้ และควรถ่ายรูปที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วยไว้ ติดต่อประสานงานกับร้านค้า ยามของหมู่บ้าน หรือวินของรถจักรยานยนต์รับจ้างที่อยู่ใกล้เคียง เพื่อให้เป็นช่วยเป็นแหล่งข้อมูลหรือพาผู้สูงอายุที่เดินพลัดหลงออกจากบ้านเพื่อกลับมาถึงบ้านอย่างปลอดภัย และพยายามใช้แหล่งประโยชน์ เช่น มูลนิธิกระจกเงา ในการประกาศตามหา เป็นต้น

2.4 เมื่อมีภาวะสมองเสื่อมระยะสุดท้าย ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจจะนอนติดเตียง ลึ้มวิธีการกิน หรือการกิน ดังนั้นอาจจะต้องใส่สายยางให้อาหารทางจมูกหรือทางหน้าท้อง ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลแบบสมบูรณ์แก่ผู้ป่วยและระมัดระวังเรื่องภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน เช่น แผลกดทับ การสำลักอาหาร เป็นต้น

การพยาบาลแก่ผู้ดูแล

การพยาบาลแก่ผู้ดูแลมีความสำคัญเนื่องจากผู้ดูแลจัดเป็นผู้ป่วยแอบแฝง มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพทางกายและจิต ดังนั้นพยาบาลจึงควรปฏิบัติการพยาบาลผู้ดูแลควบคู่ไปด้วย กิจกรรมการพยาบาลผู้ดูแลสามารถทำได้ดังนี้

1. การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลยอมรับการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม แต่ยังคงเคารพความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุด้วย จัดเป็นสิ่งที่สำคัญอันดับแรกอันจะนำไปสู่ความเข้าใจในพฤติกรรมและบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย เนื่องจากภาวะสมองเสื่อม จะทำให้สมองของผู้ป่วยซึ่งเคยเป็นบุคคลที่มีความสามารถสูง ได้ลดการทำหน้าที่ของสมองลง ซึ่งอาจจะทำให้พฤติกรรม อารมณ์ของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ แต่ลักษณะที่เกิดขึ้นนี้ผู้สูงอายุไม่ได้มีการเจตนาหรือประสงค์ที่จะกลั่นแกล้งแต่เกิดจากการทำงานของสมองที่เปลี่ยนแปลงเท่านั้น แต่ในขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุก็น่าจะมีคุณค่าและมีอารมณ์ ความรู้สึกอยู่ ดังนั้นการดูแลหรือปฏิบัติการพยาบาลต้องมีการระลึกถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ได้

ตัวอย่างที่พบบ่อยในสถานบริบาลผู้สูงอายุ คือ การต่อสู้อะหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกับผู้ดูแลหรือพยาบาลในการอาบน้ำ ซึ่งมีสาเหตุหลากหลาย เช่น ความกลัวและวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือยังเหนื่อยล้าและต้องการพักผ่อน หากผู้ดูแลมีการพูดเสียงดังหรือสัมผัสตัวผู้สูงอายุกะทันหันหรือ



รุนแรง จะทำให้เกิดการต่อต้านได้ ได้มีผลการศึกษาที่สนับสนุนแนวคิดที่ว่าความรุนแรงที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เกิดจากความปวดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือเป็นผลจากพฤติกรรมของผู้ดูแล⁴² ดังนั้น การเคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วย เช่น ค้นหาสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีการต่อต้าน การลดความเจ็บปวด การพูดคุยบายด้วยน้ำเสียงอ่อนโยนกับผู้ป่วยก่อนสัมผัสร่างกายหรือการยอมผ่อนปรนโดยการขยายเวลาในการอาบน้ำ อาจช่วยลดการต่อต้านจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ ในบางรายพยาบาลจำเป็นต้องมีการแนะนำเทคนิควิธีการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแก่ญาติผู้ดูแลเพื่อนำไปใช้เป็นทางเลือกในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้เหมาะสมกับครอบครัวต่อไป

2. ส่งเสริมความคิดเชิงบวกและเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีพลังในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยใจอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากในระหว่างการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อมจะทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ความรู้สึกถึงการมีภาระได้ง่าย

3. ให้คำแนะนำหรือส่งเสริมให้มีการจัดการในครอบครัวที่เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะเครียดกดดันและความรู้สึกเป็นภาระก่อนเวลาอันควรแก่ผู้ดูแลหลัก เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักจะมีภาวะเครียดทางร่างกายและจิตใจร่วมด้วย⁴³ ดังนั้น พยาบาลจึงควรให้คำแนะนำผู้ดูแลหลักให้พยายามจัดสรรเวลาที่เป็นส่วนตัวหรือมีการพักผ่อน โดยให้ผู้ดูแลรองหรืออื่นๆ มาช่วยดูแลผู้ป่วยแทน หากไม่สามารถตกลงกันในครอบครัวเองได้ พยาบาลอาจเป็นตัวกลางในการประสานให้ครอบครัวได้มีการประชุมปรึกษาและวางแผนการดูแลร่วมกัน เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อทุกฝ่าย (win-win situation) เช่น ช่วยลดความเครียด ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลหลัก ป้องกันภาวะที่ผู้ดูแลรองเปลี่ยนหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถรับผิดชอบได้อีกต่อไป อันจะนำไปสู่การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อม

มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

บทบาทที่ท้าทายของพยาบาล

การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลถือเป็นบทบาทที่ท้าทาย เนื่องจากในปัจจุบันยังมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อมแต่ไม่ได้รับการวินิจฉัยโรค เนื่องจากคนทั่วไปยังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมว่าเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการสูงอายุ อากาการ อากาการแสดงมีความหลากหลาย ไม่ชัดเจน จึงไม่พาดูผู้สูงอายุมาพบแพทย์ ประกอบกับปัญหาการขาดแคลนแพทย์ประจำบ้านในชุมชน ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะพยาบาล ซึ่งเป็นบุคลากรด่านหน้าในชุมชนและมีความใกล้ชิดกับประชาชน จะเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการบริการและการดูแลที่เหมาะสม ทั้งในระดับชุมชนและในสถานบริการเช่น สถานพยาบาล ได้แก่

1. การส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความตระหนักถึงความสำคัญ ผลกระทบของภาวะสมองเสื่อมและเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนผู้ดูแล

2. จัดระบบการสืบค้นภาวะสมองเสื่อมในชุมชนผ่านกระบวนการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุข และให้บริการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น และส่งต่อไปยังสถานบริการที่สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อการวินิจฉัยและการรักษาต่อไป

3. การเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม นอกจากนี้พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้าใจ ยอมรับการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ให้กำลังใจ และแนะนำแหล่งประโยชน์ในการสนับสนุนผู้ดูแล เพื่อจะช่วยให้ป้องกันหรือลดความขัดแย้งระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลได้

4. การจัดบริการครบวงจรแก่ผู้สูงอายุในชุมชน



เช่น การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคที่จะนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อม การจัดคลินิกกระตุ้นความจำ หรือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในสถานดูแลผู้สูงอายุกลางวัน (Day care)

5. พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพการดูแลที่สูงขึ้น หรือในสถานบริบาล ควรมีความรู้และสามารถปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือฉุกเฉิน ปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมรุนแรง เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งปัจจุบันมีการเพิ่มจำนวนขึ้นจากสภาพสังคมผู้สูงอายุ จัดเป็นกิจกรรมที่ทำนายสำหรับพยาบาลหรือบุคลากรทางสาธารณสุข เนื่องจาก เป็นภาวะที่ซับซ้อน มีผลกระทบต่ผู้ป่วย ผู้ดูแลและสังคมมาก จำเป็นจะต้องใช้ศาสตร์และศิลปะในการดูแล และนอกจากนี้จำเป็นต้องมีการดูแลทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมีความเปลี่ยนแปลงในแต่ละระยะ และมีความแตกต่างระหว่างบุคคลมาก รวมทั้งผู้ดูแลซึ่งจัดเป็นผู้ป่วยแฝงด้วย ดังนั้นการมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับความรู้พื้นฐานของภาวะสมองเสื่อม การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยตรงและผู้ดูแล และบทบาทที่ทำนายของพยาบาล เช่น การจัดระบบการดูแลที่ครบวงจรในชุมชน เช่น การสืบค้นและคัดกรองภาวะสมองเสื่อม การส่งเสริมให้ผู้ดูแลยอมรับการเจ็บป่วย การให้การดูแลด้วยใจและเคารพความเป็นปัจเจกบุคคล การให้การพยาบาลในระยะต่างๆ และการดูแลผู้ดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จะนำไปสู่การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. คู่มือยึดอายุสมอง. กรุงเทพมหานคร: รักลูกกรุ๊ป; 2556.
2. Krairit O, Chansirikarnjana S. Dementia: An

Epidemic on the horizon. Nakornpratom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University, under the Health Information System Development Project of the Health System Research Institute.; 2007. Available from: <http://www.hiso.or.th/hiso/HealthReport/report2007-ENG.php?manu=4>.

3. Matsui Y, Tanizaki Y, Arima H, Yonemoto K, Doi Y, Ninomiya T, et al. Incidence and survival of dementia in a general population of Japanese elderly: the Hisayama study. *J Neurol Neurosurg Ps.* 2009;80(4):366–70.
4. Nitrini R, Bottino CMC, Albalá C, Capunay NSC, Ketzoian C, Rodriguez JLL, et al. Prevalence of dementia in Latin America: a collaborative study of population-based cohorts. *Int Psychogeriatr.* 2009;21(4):622–30.
5. Qiu C, Kivipelto M, von Strauss E. Epidemiology of Alzheimer's disease: occurrence, determinants, and strategies toward intervention. *Dialogues Clin Neurosci.* 2009;11(2):111–28. Epub 2009/07/10.
6. Sabat SR. Dementia in developing countries: a tidal wave on the horizon. *The Lancet.* 2009;374(9704):1805–6.
7. Suh GH, Shah A. A review of the epidemiological transition in dementia—cross-national comparisons of the indices related to Alzheimer's disease and vascular dementia. *Acta Psychiatr Scand.* 2001;104(1):4–11. Epub 2001/07/05.
8. Wangtongkum S, Sucharitkul P, Silprasert N, Intrachak R. Prevalence of dementia among population age over 45 years in Chiang Mai, Thailand. *Journal of Medical Association of Thailand.* 2008;91(11):1685–90. Epub 2009/01/09.



9. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer report 2009. London: Alzheimer's Disease International, 2009.
10. McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, Hyman BT, Jack CR, Kawas CH, et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association*. 2011;7(3):263-9.
11. วิชัย เอกพลการ, เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, สุรศักดิ์ สุวานีพานิชสกุล, หทัยชนก พรรคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า, กนิษฐา ไทยกล้า. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - 2. นนทบุรี: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2553. Available from: <http://www.hiso.or.th/hiso5/report/report1.php>.
12. Dennison R. Rethinking dementia. *British Journal Of Community Nursing*. 2014;19(1):5-.
13. Wimo A, Winblad B, Jonsson L. The worldwide societal costs of dementia: Estimates for 2009. *Alzheimers & Dementia*. 2010;6(2):98-103.
14. Murray A. The effect of dementia on patients, informal carers and nurses. *Nursing Older People*. 2014;26(5):27-31.
15. Aguero-Torres H, Fratiglioni L, Guo Z, Viitanen M, von Strauss E, Winblad B. Dementia is the major cause of functional dependence in the elderly: 3-year follow-up data from a population-based study. *Am J Public Health*. 1998;88(10):1452-6.
16. Arango Lasprilla JC, Moreno A, Rogers H, Francis K. The Effect of Dementia Patient's Physical, Cognitive, and Emotional/ Behavioral Problems on Caregiver Well-Being: Findings From a Spanish-Speaking Sample From Colombia, South America. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. 2009;24(5) : 384-95.
17. Prince M, Quraishi S, Copeland J, Varghese M, Murali T, Srinivasan L, et al. Care arrangements for people with dementia in developing countries. *Int J Geriatr Psych*. 2004;19(2):170-7.
18. Simpson C, Carter P. Dementia behavioural and psychiatric symptoms: effect on caregiver's sleep. *Journal of Clinical Nursing*. 2013;22(21/22) : 3042-52.
19. De la Torre JC. Alzheimer's Disease is Incurable but Preventable. *Journal of Alzheimers Disease*. 2010;20(3):861-70.
20. Nilamadhab K. Behavioral and psychological symptoms of dementia and their management. *Indian Journal of Psychiatry*. 2009;51(5):77.
21. Keeforver RW. Dementia. West Virginia: West Virginia Integrated Behavioral Health Conference, 2013; 2013 [cited 2015 12 February 2015]; Available from: <http://www.dhhr.wv.gov/bhhf/Documents/2013%20IBHC%20Presentations/Day%20%20Workshops/Dementia%20Handouts.pdf>.
22. Feldman HH, Jacova C, Robillard A, Garcia A, Chow T, Borrie M, et al. Diagnosis and treatment of dementia: 2. Diagnosis. *Can Med Assoc J*. 2008;178(7):825-36.



23. Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*. 2012;8(2):131-68.
24. Serrano-Pozo A, Qian J, Monsell SE, Blacker D, Gómez-Isla T, Betensky RA, et al. Mild to moderate Alzheimer dementia with insufficient neuropathological changes. *Ann Neurol*. 2014;75(4):597-601.
25. Chawalparit O, Senanarong V, Chiewwit P. CT Criteria in Vascular Dementia: A Study in Thai Population *Siriraj Medical Journal*. 2006;58(2) : 644-7.
26. Karow DS, McEvoy LK, Fennema-Notestine C, Hagler DJ, Jr., Jennings RG, Brewer JB, et al. Relative capability of MR imaging and FDG PET to depict changes associated with prodromal and early Alzheimer disease. *Radiology*. 2010;256(3):932-42.
27. วีระศักดิ์ เมืองไพศาล. ระยะเวลาดำเนินของภาวะสมองเสื่อม. เข้าถึงเมื่อ 13 สิงหาคม 2557]; เข้าถึงจาก : http://www.si.mahidol.ac.th/project/geriatrics/network_title2_3.html#.
28. 2014 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*. 2014;10(2):e47-e92.
29. Santoro A, Siviero P, Minicuci N, Bellavista E, Mishto M, Olivieri F, et al. Effects of donepezil, galantamine and rivastigmine in 938 Italian patients with Alzheimer's disease: a prospective, observational study. *Cns Drugs*. 2010;24(2):163-76.
30. Sevilla C, Jimenez Caballero PE, Alfonso V, Gonzalez-Adalid M. Current treatments of Alzheimer disease: are main caregivers satisfied with the drug treatments received by their patients? *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2009;28(3):196-205. Epub 2009/09/10.
31. Selbaek G, Kirkevold O, Engedal K. The course of psychiatric and behavioral symptoms and the use of psychotropic medication in patients with dementia in Norwegian nursing homes - A 12-month follow-up study. *Am J Geriatr Psychiat*. 2008;16(7):528-36.
32. Saddichha S, Pandey V. Alzheimer's and non-Alzheimer's dementia: A critical review of pharmacological and nonpharmacological strategies. *Am J Alzheimers Dis*. 2008;23(2): 150-61.
33. Tsolaki M, Kounti F, Agogiatou C. Effectiveness of pharmacological and non pharmacological therapy in patients with MCI and Mild Alzheimer's disease. *Alzheimer's and Dementia*. 2009;5(4, Supplement):P98.
34. Aguirre E, Hoare Z, Streater A, Spector A, Woods B, Hoe J, et al. Cognitive stimulation therapy (CST) for people with dementia who benefits most? *Int J Geriatr Psych*. 2013;28(3):284-90.
35. Barrick AL, Sloane PD, Williams CS, Mitchell CM, Connell BR, Wood W, et al. Impact of ambient bright light on agitation in dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010. Epub 2010/01/28.
36. Santana-Sosa E, Barriopedro MI, Lopez-Mojares LM, Perez M, Lucia A. Exercise Training is Beneficial for Alzheimer's Patients. *Int J Sports Med*. 2008;29(10):845-50.
37. Yamaguchi H, Maki Y, Yamagami T. Overview of non-pharmacological intervention for dementia and principles of brain-activating rehabilitation. *Psychogeriatrics*. 2010;10(4):206-13.



38. สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. สมอมงเลื่อม: สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมอมงเลื่อมแห่งประเทศไทย; มปป. Available from: <http://www.azthai.org/e-book/dementia1024/dementia.htm>.
39. Guzmán-García A, Hughes JC, James IA, Rochester L. Dancing as a psychosocial intervention in care homes: a systematic review of the literature. *Int J Geriatr Psych.* 2013;28(9):914-24.
40. ทองใบ ชื่นสกุลพงศ์, อรพรรณ แอบไธสง. ผลของการเคลื่อนไหวร่างกายในตารางเก้าช่องต่อการทรงตัวและความจำในผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ตึกประสาทสุข. *วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา.* 2555;13(กันยายน 2555):16-26.
41. Barnes I. Enhancing cognitive performance in dementia care: using BRAIN GYM exercises to access and enhance cognitive performance. *Canadian Nursing Home.* 2003;14(1):33-5.
42. Yamamoto Y, Hayashino Y, Yamazaki S, Takegami M, Fukuhara S. Violent patient behavior is associated with bodily pain and a high burden on informal caregivers. *J Gen Intern Med.* 2009;24(10):1085-8. Epub 2009/07/07.
43. Yilmaz A, Turan E. Burnout in caregivers of Alzheimer patients, factors leading to burnout and coping ways: Scientific letter. *Turk Klin Tip Bilim.* 2007;27(3):445-54.



อาจารย์พยาบาลกับความสุขในการทำงาน

บุญญาภา โพธิ์เกษม *

บทคัดย่อ

อาจารย์พยาบาลมีภาระหน้าที่ต้องรับผิดชอบทั้งการสอนในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ นอกจากนี้ ยังต้องดำเนินงานบริการวิชาการแก่สังคม การพัฒนางานวิจัยเพื่อให้ตอบสนองต่อการจัดการเรียนการสอน และทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมไทย รวมทั้งเตรียมและจัดทำงานเอกสารการประกันคุณภาพการศึกษา และการรับรองสถาบันให้ครบถ้วน ด้วยภาระงานที่มีมากทำให้อาจารย์พยาบาลมีเวลาส่วนตัวลดลงการจัดสรรเวลาให้เหมาะสมทั้งเรื่องงานและส่วนตัว ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของอาจารย์พยาบาล บทความนี้บรรยายและอภิปรายถึงความหมายและความสำคัญของความสุขในการทำงาน องค์ประกอบ การประเมิน และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสุข รวมทั้งแนวทางในการสร้างความสุขในการทำงานของอาจารย์พยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลแก่อาจารย์พยาบาล ผู้บริหารการศึกษาพยาบาล รวมทั้งผู้ที่สนใจเกี่ยวกับความสุขในการทำงานของอาจารย์พยาบาล ใช้เป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยต่อไป เพื่อให้อาจารย์พยาบาลมีความสุขในการทำงาน อีกทั้งยังช่วยให้เกิดความสามัคคี ความรักและเอาใจใส่ซึ่งกันและกันของบุคลากร ทำให้องค์กรมีความเข้มแข็งและพัฒนา งานต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : ความสุขในการทำงาน, อาจารย์พยาบาล

* อาจารย์ประจำสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



Nursing Instructors and Work Happiness

Boonyapa Pokasem *

Abstract

Nursing instructors have several responsibilities, including teaching both in classes and clinics, providing academic services, conducting and developing research in response to teaching and learning activities as well as supporting and maintaining Thai culture. Moreover, paperwork for academic quality assurance and nursing institute accreditation also need to be prepared and completed. With this workload, nursing instructors have decreased their personal time. Proper time management for duties may influence the work happiness of nursing instructors. This article describes and discusses the definition and importance of work happiness, composition, assessment, influencing factors on happiness, as well as suggestions for improving work happiness for nursing instructors. It would provide useful information for nursing instructors, nursing education administrators and persons interested in this topic to use for further studies. Ultimately, nursing instructors would have improved work happiness which would result in strengthening of the organization and better job development.

Key words: Work happiness, nursing instructors



ความเป็นมาและความสำคัญ

อาจารย์พยาบาล คือผู้ทำหน้าที่รับผิดชอบการเรียนการสอนในสถาบันการศึกษาพยาบาล ทำการสอน นิเทศ และดูแลการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล รวมทั้งการผลิตผลงานทางวิชาการที่เป็นประโยชน์ต่อการเรียนการสอนสาขาพยาบาล¹ นอกจากนี้ยังต้องทำงานวิจัยทางการพยาบาลและเผยแพร่ผลการวิจัย ให้บริการด้านความรู้ทางด้านวิชาการแก่บุคคลภายนอกทั่วไป และมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม ซึ่งเป็นพันธกิจหลัก 4 ด้านของอาจารย์ทุกคน อาจารย์พยาบาลที่เป็นอาจารย์ประจำในสถาบันการศึกษาพยาบาลทั่วประเทศไทยในปัจจุบันมีจำนวน 28,252 คน² สังกัดมหาวิทยาลัยของรัฐ ร้อยละ 42.4 มหาวิทยาลัยเอกชน ร้อยละ 23.2 และวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงและหน่วยงานอื่น ร้อยละ 34.4 นอกจากนี้ อาจารย์พยาบาลส่วนมากสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทและปริญญาเอก ร้อยละ 75 และ 23 ตามลำดับ อาจารย์พยาบาลทุกคนต้องทำหน้าที่เหมือนกัน คือเป็นอาจารย์ แต่ในความเป็นอาจารย์ ก็ยังคงต้องมีหน้าที่รับผิดชอบเป็นลูก เป็นภรรยา เป็นแม่ของลูก หรืออื่นๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันให้มีความเหมาะสมและมีความสุขทั้งเรื่องของการทำงานและเรื่องส่วนตัว

ในปัจจุบัน การปฏิบัติงานของอาจารย์พยาบาลโดยเฉพาะที่เป็นอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย นอกจากต้องรับผิดชอบการสอนนิสิตนักศึกษาทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ เพื่อให้ นิสิตได้รู้ความรู้อะไรและมีทักษะที่ดีในการปฏิบัติการทำงานดังกล่าวแล้ว การปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรมแก่ศิษย์ ส่งเสริมและสนับสนุนการพยาบาล ชำม่วัฒนธรรม ประเมินผลการจัดการเรียนการสอน จัดการและวิเคราะห์ข้อสอบ รวมทั้งการทำงานตามแนวนโยบายของผู้บริหารในการพัฒนาและประกันคุณภาพ การศึกษา และการรับรองสถาบัน เป็นงานที่อาจารย์พยาบาลไม่อาจละเลยได้ นอกจากนี้อาจารย์จำเป็นต้องจัดการเรียนการสอนเป็นภาษาอังกฤษในรายวิชาที่

กำหนดไว้ตามหลักสูตร ซึ่งต่างจากในอดีตที่พบว่าหน้าที่หลักของอาจารย์พยาบาลคือ การสอนในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติเท่านั้น ภาระงานที่มากและหลากหลายหน้าที่ มีผลกระทบต่อความสุขในการทำงานของอาจารย์พยาบาล ทำให้มีเวลาส่วนตัวหรือมีเวลาให้กับครอบครัวน้อยลง เกิดความเครียดและเหนื่อยล้า³ และจากงานตามภารกิจหลักตามพันธกิจหลักทั้ง 4 ด้านของอาจารย์ การประกันคุณภาพการศึกษา การรับรองสถาบัน การสอนเป็นภาษาอังกฤษ รวมถึงการต้องพัฒนาศักยภาพของตนเองให้มีความรู้เท่าทันกับสภาวะการณปัจจุบัน และภารกิจที่ต้องทำงานต่างๆ ให้บรรลุตามตัวบ่งชี้และให้ครบตามเกณฑ์มาตรฐานของอาจารย์ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งอาจารย์ที่มีตำแหน่งทางวิชาการ ได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รองศาสตราจารย์ และศาสตราจารย์ ที่จะมีเกณฑ์มาตรฐานภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นตามลำดับ ทำให้อาจารย์พยาบาลต้องใช้เวลากับการทำงานเพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อความสุขในการทำงานของอาจารย์พยาบาลได้

บทความนี้บรรยายและอภิปรายถึงความหมายและความสำคัญของความสุขในการทำงาน องค์ประกอบ การประเมิน ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสุข รวมทั้งแนวทางในการสร้างความสุขในการทำงานของอาจารย์พยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลแก่อาจารย์พยาบาล ผู้บริหาร การศึกษาพยาบาล รวมทั้งผู้ที่สนใจเกี่ยวกับความสุขในการทำงานของอาจารย์พยาบาล ใช้เป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยต่อไปในเรื่องที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความสุขกับสมรรถนะการทำงานของอาจารย์พยาบาล และการพัฒนาบุคลากรด้านการศึกษาพยาบาลในการคงอยู่ในงานของอาจารย์พยาบาล เป็นต้น

ความสุขในการทำงาน

การทำงานให้มีความสุข เป็นเป้าหมายหลักของมนุษย์ หากบุคคลปฏิบัติงานด้วยความเต็มใจ เปี่ยมไปด้วยความสุข จะทำให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ



สมาชิกในองค์กรเกิดความรักและสามัคคีกัน มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่กัน และนำพองค์กรให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

ความสุขในการทำงาน หมายถึง ความสุขในมุมมองด้านประสบการณ์ และการทำงานของบุคคลที่แสดงออกมาทางด้านจิตใจ และอารมณ์ ขณะทำงาน⁵ นอกจากนี้ Fredrickson⁴ ได้กล่าวถึงความสุขในการทำงานที่ไม่ได้มองเพียงการแสดงผลทางด้านอารมณ์ขณะทำงานเท่านั้น แต่ให้ความสำคัญกับความสุขที่เกิดขึ้นตลอดการทำงาน และการสร้างความสุขในการทำงาน

ความสุขในการทำงาน หมายถึง ความรู้สึกถึงสถานะที่รับรู้ว่าตนเองได้ทำในสิ่งที่ตนต้องการและทำได้สำเร็จ มีความเป็นตัวของตัวเอง มีความภาคภูมิใจในการกระทำของตน มีความคิดเชิงบวก มีความกระตือรือร้นในการดำเนินชีวิตที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี การพัฒนาตน การมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนรอบข้าง และสังคม สามารถดำเนินชีวิตอย่างพอเพียงและมีใจที่สงบ การได้ทำในสิ่งที่ต้องการ มีอิสระที่จะเลือกทางเดินชีวิตของตนเอง เลือกทำสิ่งต่างๆ ได้ตามที่ต้องการ ไม่ต้องฝืนใจทำสิ่งที่ไม่ต้องการ การมีความสัมพันธ์ที่ดีสามารถแบ่งปันความรู้สึกกับคนที่ใกล้ชิดได้ กล้าที่จะรักและไว้ใจผู้อื่น มีคนที่รักอย่างจริงใจ ได้รับการยอมรับจากคนใกล้ชิด มีจิตใจที่มั่นคงไม่หวั่นไหว สามารถรับมือกับทุกสิ่งได้เป็นอย่างดี มีเป้าหมายในชีวิต มีความหวังในการดำรงชีวิต รู้สึกว่าประสบการณ์ชีวิตในแต่ละวันมีคุณค่า เรียนรู้จากชีวิตที่ผ่านมา ไม่ว่าจะล้มเหลวบ่อยแค่ไหนก็ไม่คิดจะยอมแพ้ มองหาสิ่งดีๆ ที่อยู่ในสถานการณ์ต่างๆ ไม่ยอมแพ้กับอุปสรรค มีความรู้สึกภูมิใจในสิ่งที่เป็น ร่าเริงแจ่มใส ไม่เจ็บป่วยบ่อยๆ สนุกสนานกับชีวิต มีแรงจูงใจ ควบคุมตัวเองให้ทำในสิ่งที่ต้องการได้ รับผิดชอบต่อตัวเอง ควบคุมอารมณ์ความรู้สึกของตัวเองได้ ทำในสิ่งที่ต้องการ ประสบความสำเร็จตามที่ได้ตั้งใจไว้ อิ่มเอมใจเมื่อได้ช่วยเหลือคนอื่น รู้สึกพอใจในสิ่งที่เป็นพอใจในสิ่งที่มีอยู่ ไม่รู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจ ไม่เอาตัวเองไป

เปรียบเทียบกับใคร มีความภูมิใจในสิ่งที่ทำ และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าในสังคม⁵

ความสุขในการทำงาน ประกอบด้วยปัจจัยหลัก 3 ประการ⁶ คือ

1. ปัจจัยด้านที่มีผลชั่วคราว (Transient level) เป็นปัจจัยภายในของบุคคลที่มีความหลากหลายด้านอารมณ์และความรู้สึกนึกคิด ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ การคงไว้ซึ่งวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่เหมาะสม ประสบการณ์ในการปรับเปลี่ยนบทบาทการทำงาน การแสดงออกทางด้านอารมณ์ที่แสดงออกชัดเจน เช่น ดีใจ เสียใจ และการสร้างความสุขและความพึงพอใจในงาน

2. ปัจจัยระดับบุคคล (Person level) เป็นปัจจัยที่ทุกองค์กรไม่อาจมองข้ามได้ เนื่องจากเป็นปัจจัยหลักที่มีผลต่อการพัฒนาองค์กรโดยตรง ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่

2.1 ความพึงพอใจในงานที่ทำ (Job satisfaction) คือ เจตคติ หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคลที่มีต่องานที่ปฏิบัติในทางบวก มีความรู้สึกชื่นชอบ และมีความสุขกับงานที่ปฏิบัติซึ่งมีผลทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการทำงานที่ดี⁷

2.2 ความจงรักภักดีต่อองค์กร (Organization commitment) หมายถึง ความต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการทำงานให้กับหน่วยงานหรือองค์กรที่ตนเองเป็นสมาชิกอยู่ มีความรัก ความซื่อสัตย์และเชื่อมั่นในองค์กรร่วมแรงร่วมใจทำงานเพื่อให้องค์กรเจริญก้าวหน้า บุคคลใดที่มีความรู้สึกผูกพันกับองค์กรสูง คนเหล่านั้นจะมีความรู้สึกว่าเขเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร⁸

2.3 ความทุ่มเทต่องาน (Job Involvement) คือ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่องานที่ทำอยู่ ซึ่งนักพฤติกรรมศาสตร์เชื่อว่า ถ้าพนักงานให้ความสำคัญ และมีความเต็มใจเข้าไปเกี่ยวข้องกับงานจะทำให้ผลผลิตเพิ่มมากขึ้น จำนวนคนที่ลาออกจากงาน และมาทำงานสายจะน้อยลง⁹ ซึ่ง โลดคาท และคีทเนอร์¹⁰ โดยได้เสนอแนวคิดการทุ่มเทในการพัฒนางานและการปรับเปลี่ยนแนวคิดการบริหารงานเพื่อให้ทันต่อยุคสมัยที่เปลี่ยนแปลงไป จากนั้น



คานังโก¹¹ ได้พัฒนาแนวคิดนี้ เพื่อให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยอธิบายว่า ความทุ่มเทในงาน เป็นความรู้สึกของบุคคลในองค์กรที่มีต่องานที่ทำในปัจจุบันว่างานมีความสำคัญ บุคคลจะคิดว่างานเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในชีวิตและมีความพึงพอใจในงานที่ทำอยู่ และตั้งใจปฏิบัติงานจนกว่าจะสำเร็จ

2.4 ความรู้สึกผูกพันในงาน (Job engagement) โดย กัปแมน¹² ได้ให้ความหมายความรู้สึกผูกพันในงานคือ ความผูกพันของพนักงานที่มีต่องาน ทุ่มเทพลังกาย และพลังใจอย่างเต็มที่ให้กับงานที่ตนได้รับมอบหมาย ซึ่งแสดงออกมาในการทำงานที่สร้างสรรค์และมีความคุ้มค่า สอดคล้องกับแนวคิดของ คาร์น¹³⁻¹⁴ ที่กล่าวว่า ความรู้สึกผูกพันมักจะแสดงถึงความรักในงาน โดยกล่าวรวมถึง ลักษณะการทำงาน, การรับรู้ในบทบาทหน้าที่ และการแสดงออกด้านสัมพันธภาพ การพัฒนางาน และการมีจุดมุ่งหมายในการทำงาน

2.5 ความเจริญก้าวหน้าและการทุ่มเทในการทำงาน (Job thriving and vigor) เป็นการจุดประกายแนวคิดในการพัฒนาความสุขและความผาสุกในการทำงานในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา โดยสไปร์เซอร์¹⁵ ซึ่งได้กล่าวถึงแนวคิดเรื่องความเจริญก้าวหน้าและการทุ่มเทในการทำงานให้องค์กร โดยควรคำนึงถึงความเจริญก้าวหน้าในการทำงานร่วมกับการสร้างเสริมพลังอำนาจ การสร้างความเชื่อมั่นในองค์กร และมีแนวทาง ขั้นตอน ที่ชัดเจนในการพัฒนาพนักงานในองค์กรให้มีความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน

2.6 การพลักดันและแรงจูงใจภายใน (Flow and intrinsic motivation) เป็นพฤติกรรมที่พนักงานในองค์กรแสดงออกมา ได้แก่ เจตคติ, ความอยากรู้อยากเห็นในงาน, ความใส่ใจและสนใจในงาน, ความเห็นอกเห็นใจเพื่อนร่วมงาน, ความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อองค์กร โดยมีแรงพลักดันภายในเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการตอบโต้และปรับตัวในแต่ละสถานการณ์¹⁶

2.7 การตอบสนองต่องานที่ทำ (Affect at work) หมายถึงลักษณะทางด้านอารมณ์ที่แสดงออกทั้งด้านบวกและลบต่อการทำงานที่ทำ เช่น ความกระตือรือร้นที่จะทำงาน หรือความเบื่อหน่ายในงานที่ทำโดยทั่วไปมักจะประเมินโดยการสังเกตอารมณ์และสีหน้าขณะทำงาน โดยแบ่งออกเป็น 2 มิติ คือ มิติด้านที่แสดงออกถึงความสุขสบายขณะทำงาน และมิติด้านปฏิกิริยาที่ตอบสนองขณะทำงาน¹⁷

3. ปัจจัยระดับหน่วยงาน (Unit level) เป็นปัจจัยด้านโครงสร้างหลักของความสุขในการทำงานในที่นี้ หมายถึง หน่วยงาน องค์กร หรือแผนก ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ความสุขในการทำงานของบุคลากรในองค์กรจะเกิดขึ้นก็เมื่อบุคลากรหน่วยงานร่วมกันพัฒนางานและรับผิดชอบต่องานของตนอย่างเต็มความสามารถซึ่งปัจจัยระดับหน่วยงานที่มีผลต่อความสุขในการทำงาน ได้แก่

3.1 ผู้นำ (Leaderships) หมายถึง ผู้บริหารหรือหัวหน้างานในที่มีลักษณะในการส่งเสริมให้บุคลากรในหน่วยงานเกิดการ ทำงานอย่างมีความสุข มีการสร้างแรงจูงใจ สนับสนุน สร้างความรู้สึกตระหนัก สร้างแรงปรารถนาในการทำงานอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ยังต้องสร้างการสื่อสารแบบสองทางเพื่อให้เกิดการสื่อสารอย่างโปร่งใส และอุทิศตนเองเพื่อส่วนรวม และเพื่อสร้างบรรยากาศที่ดีต่อการทำงานของผู้ใต้บังคับบัญชา

3.2 ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน (Friendships) หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) กันในที่ทำงานระหว่างเพื่อนร่วมงานด้วยกัน โดยลักษณะของความสัมพันธ์ดังกล่าวจะต้องมีความผูกพันในกลุ่ม

3.3 ความรักในงาน (Job inspiration) หมายถึง กิจกรรมหนึ่งที่บุคคลต้องปฏิบัติเพื่อให้ภารกิจที่รับมอบหมาย บรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่ได้วางเอาไว้ โดยบุคคลนั้นที่ปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวมีความพึงพอใจในกิจกรรมที่ตนปฏิบัติ



3.4 ค่านิยมร่วมขององค์กร (Organization's share value) หมายถึง พฤติกรรมของคนในองค์กรที่ยึดถือเป็นพฤติกรรมร่วมและมีการปฏิบัติกันมาอย่างต่อเนื่องจนเกิดเป็นวัฒนธรรมขององค์กรนั้น

3.5 คุณภาพชีวิตในการทำงาน (Quality of work life) หมายถึง ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบสามด้าน คือ สภาพการทำงาน (Work environment) การมีส่วนร่วมของพนักงาน (Employee participation) และการคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ในการทำงาน (Humanization of work) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อองค์กรและพนักงานใน การที่จะหาจุดที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจร่วมกัน เพื่อให้พนักงานมีประสิทธิภาพในการทำงานอย่างสูงที่สุด

การประเมินความสุขในการทำงาน

การวัดระดับความสุขในการทำงาน มักจะกล่าวถึง ปัจจัยทั้งด้านที่มีผลชั่วคราว ปัจจัยระดับบุคคล และระดับหน่วยงาน เช่น ความซับซ้อนของงานที่ทำ ความพึงพอใจในงาน ประสบการณ์ที่ได้รับจากลักษณะงานที่ทำ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านการพัฒนาตนเองให้ควบคู่กับการพัฒนางาน ความรับผิดชอบต่องาน ความก้าวหน้าในงาน และการพัฒนางานที่เป็นรูปธรรม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แบบสอบถามหรือแบบประเมินที่ใช้ในการวัดระดับความสุขในการทำงานที่นิยมใช้ มีดังต่อไปนี้

แบบสอบถามความพึงพอใจของมินเนโซต้า (Minnesota Satisfaction Questionnaire: MSQ) แบบสอบถามนี้มหาวิทยาลัยมินเนโซต้าในประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นผู้พัฒนาโดย วิอิส, เลวิส, อิงแลนและ ลอฟควิส¹⁶ เป็นแบบวัดความสุขและพึงพอใจในงานโดยแรกเริ่มทดลองใช้กับพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม และได้รับการพัฒนาจนได้รับความนิยมมากแบบวัดหนึ่งในประเทศไทยได้มีนักวิจัยหลายท่านได้นำมาปรับตัวแปรเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและบริบทที่ทำการศึกษากันอย่างแพร่หลาย โดยแบบสอบถามเป็นแบบให้

เลือกตอบในลักษณะมาตราประเมินค่า (Rating scale) ตามแบบของลิเคิร์ต (Likert) แบบสอบถามประกอบด้วยมาตราย่อย ได้แก่ความพึงพอใจในผลตอบแทนโอกาสก้าวหน้าในงานอาชีพ เพื่อนร่วมงาน การได้รับการยอมรับเป็นต้น แบบวัดนี้มี 2 รูปแบบคือ 1) 100 ข้อคำถาม และ 2) 20 ข้อคำถาม ทั้งสองรูปแบบประกอบด้วยความสุขและพึงพอใจในการทำงาน 20 ด้าน แต่การประเมินรายด้านจะทำได้เฉพาะแบบวัด 100 ข้อเท่านั้นส่วนแบบวัด 20 ข้อจะใช้ในการประเมินความสุขและพึงพอใจในภาพรวมและใช้ประเมินความสุขและพึงพอใจจากปัจจัยภายในและภายนอก ซึ่งปัจจัยภายในหมายถึงลักษณะของงานโดยตัวงานเองและความรู้สึกของบุคคลที่มีต่องานที่เขาทำ ส่วนปัจจัยภายนอก หมายถึงสถานการณ์อื่นที่เกี่ยวข้องกับตัวงาน เช่นผลตอบแทนพิเศษและ ค่าตอบแทนเป็นต้น นอกจากนี้ สุริย์ เข็มทอง และกิตติพงษ์ เกียรติวัชรชัย¹⁹ ได้นำแบบวัดนี้มาใช้ประเมินความสุขและพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสายวิชาการ ในสาขาวิชาวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่ง และ พรวิรัตน์ เลิศสุวรรณเสรี²⁰ ได้นำแบบวัดนี้มาใช้ในการประเมินความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรวิทยาลัยราชพฤกษ์ ประจำปีการศึกษา 2555 ซึ่งพบว่าแบบวัดนี้ใช้ง่ายและมีค่าความตรงและความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้เนื่องจากแบบวัดนี้เคยใช้ในกลุ่มของบุคลากรในสถานศึกษาระดับอุดมศึกษาจึงสามารถนำแบบวัดนี้มาใช้วัดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของอาจารย์พยาบาลในสถาบันการศึกษา ที่จัดการเรียนการสอนด้านพยาบาลเพื่อประเมินความสุขและความพึงพอใจในงานของอาจารย์พยาบาล

แบบวัดดัชนีบ่งชี้งาน (Job Descriptive Index: JDI) พัฒนาโดย สมิท, เคนคอลลและฮิวลิน²¹ เป็นแบบวัดที่นิยมใช้แพร่หลายที่สุดเพื่อประเมินความสุขในการทำงาน ประกอบด้วยข้อคำถามต่างๆ ที่เกี่ยวกับการทำงาน เช่น ด้านเกี่ยวกับลักษณะของงานเอง (Work itself) ด้านเงินเดือน/ค่าตอบแทน (Payment), ด้านโอกาสก้าวหน้า



(Promotional opportunities), ด้านการนิเทศงาน (Supervision) และด้านเกี่ยวกับคนหรือเพื่อนร่วมงาน (People) โดยแต่ละด้านจะใช้คำคุณศัพท์ต่างๆ ที่เกี่ยวกับงานในด้านนั้นให้ผู้ตอบ ตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ โดยคำตอบจะบ่งบอกให้ทราบทิศทางของสุขการทำงานว่ามีมากน้อยแค่ไหน^๑ ในประเทศไทย ศิริวรรณ คงชำนาญลิขิต^{๒๒} ได้พัฒนาแบบวัดดัชนีปฏิบัติงาน (Job Descriptive Index; JDI) ให้เหมาะสมกับบริบทของวัฒนธรรมองค์กรในประเทศไทย ซึ่งสามารถนำมาใช้ประเมินความสุขในการทำงานของอาจารย์พยาบาลได้ โดยพัฒนาเป็นมาตรวัดประเมินค่า (Rating scale) ตามแบบของลิเคิร์ต (Likert) 5 ช่วง ให้ผู้ตอบระบุว่า เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับแต่ละข้อความ คะแนนตั้งแต่ 1 หมายถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงคะแนน 5 หมายถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมาตรวัดนี้มีความชัดเจนครอบคลุมเนื้อหาต่างๆ ในการวัดความสุขในงาน อีกทั้งยังเป็นมาตรวัดที่นิยมนำมาใช้ในงานวิจัยต่างๆ และยังมีความกระชับในเนื้อหาต่าง ๆ รวมทั้ง 55 ข้อ แบ่งเป็นเนื้อหาในด้านบวก 35 ข้อ และเนื้อหาในด้านลบ 20 ข้อ มี 5 องค์ประกอบ คือ ลักษณะงาน ผู้บังคับบัญชา รายได้ การเลื่อนตำแหน่ง และเพื่อนร่วมงานแบบวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .96

แบบวัดความพึงพอใจในงานทั่วไป (The job in General Scale : JIG) สร้างโดย ไอรอนสันและคณะ^{๒๓} แบบวัดนี้จะใช้ในการประเมินความสุขในการทำงานจากความรู้สึกต่องานโดยทั่วไป ซึ่งความรู้สึกต่องานมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมในการทำงานของพนักงาน รวมถึงการพัฒนาองค์กรให้มีประสิทธิภาพสูงสุดแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ ซึ่งเป็นคำคุณศัพท์หรือวลีสั้นๆ ที่เกี่ยวกับการทำงานทั่วไป นิยมใช้ในต่างประเทศ เนื่องจากการนำแบบวัดความพึงพอใจในงานทั่วไป (The job in General Scale : JIG) ไม่นิยมนำมาใช้ในประเทศไทย เนื่องจากมีข้อจำกัดในการตีความข้อคำถาม ที่กระทบต่อความเชื่อมั่นและความเที่ยงของเครื่องมือ^{๒๔}

ในปัจจุบันงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขในการทำงานของอาจารย์พยาบาลยังไม่แพร่หลาย การใช้เครื่องมือในการประเมินความสุขในการทำงานของอาจารย์พยาบาลจึงไม่แพร่หลายเท่าที่ควร จากการศึกษาของ บุญญาภา โพธิ์เกษม และนุจรีย์ ไชยมงคล^๓ ได้นำแบบสอบถามความสุขในการทำงานของกรมสุขภาพจิตของ อภิรัชย์ มงคลและคณะ^{๒๕} มาใช้วัดความสุขในการทำงานของอาจารย์พยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสุขในการทำงานของอาจารย์พยาบาลเท่ากับ 63.50+6.84 จากคะแนนที่เป็นไปได้คือ 45-75 ซึ่งสูงกว่าค่ากลาง (median = 60) เพียงเล็กน้อย แสดงว่าอาจารย์พยาบาลมหาวิทยาลัยมีความสุขในการทำงานอยู่บ้าง

การประเมินความสุขในการทำงานมักจะเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในการทำงานในองค์กรนั้นๆ เนื่องจากความพึงพอใจในงานเป็นตัวแปรสำคัญที่สามารถอธิบายความสุขในการทำงานได้ ซึ่งการวัดระดับความสุขในการทำงาน มักจะกล่าวถึงปัจจัยมากมาย เช่น ความซับซ้อนของงานที่ทำ ความพึงพอใจในงาน ประสบการณ์ที่ได้รับจากลักษณะงานที่ทำ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านการพัฒนาตนเองให้ควบคู่กับการพัฒนางาน ความรับผิดชอบ ต่อตนเอง ความก้าวหน้าในงาน และการพัฒนางานที่เป็นรูปธรรม เพื่อให้ทราบถึงความสุขในการทำงานที่หลากหลายมิติ

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสุขในการทำงานของอาจารย์พยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมด้านปัจจัยทำนายความสุขในการทำงานของอาจารย์พยาบาล^๓ พบว่าปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสุขของอาจารย์พยาบาลได้แก่

1. ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ อายุ พบว่า อายุการทำงานที่มากขึ้นทำให้อาจารย์พยาบาลเกิดความผูกพันกับองค์กร และเกิดความรัก มีสัมพันธภาพที่ดีกับนักเรียนพยาบาล ศิษย์เก่า และอาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติ



งานร่วมกัน เกิดเป็นความสุข ความภูมิใจที่ได้ทำงานให้กับองค์กร

2. ปัจจัยระดับองค์กร ได้แก่ การรับรู้ต่อการบริหารงานด้านทรัพยากรบุคคล มีทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่

2.1 ด้านนโยบายและการบริหารที่เอื้อต่อการทำงานของอาจารย์พยาบาล โดยผู้บริหารการศึกษา ต้องทำความเข้าใจในบริบทการทำงานของอาจารย์พยาบาลของสถาบันนั้นๆ เพื่อสร้างสรรค์นโยบายที่เหมาะสมกับการทำงานของอาจารย์พยาบาล รวมทั้งการบริหารงานที่สอดคล้องกับการจัดการเรียนการสอนของอาจารย์พยาบาล เช่น นโยบายและการบริหารงานที่เอื้อต่อการทำงานของอาจารย์พยาบาล เนื่องจากอาจารย์พยาบาลต้องปฏิบัติงานทั้งการสอนในทฤษฎี สอนการปฏิบัติ การบริการวิชาการแก่ชุมชน และหากนโยบายและการบริหารงานเอื้อต่อการจัดการเรียนการสอนก็จะทำให้อาจารย์พยาบาลเกิดความสุขในการทำงาน

2.2 ด้านรายได้ ค่าตอบแทน และสวัสดิการที่เหมาะสมจะเป็นแรงดึงดูดให้อาจารย์พยาบาลมีกำลังใจในการทำงาน โดยเฉพาะในยุคปัจจุบันที่เศรษฐกิจมีการขยายตัวทั้งด้านการอุปโภค การบริโภคและการคมนาคมขนส่ง ทำให้ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันเพิ่มมากขึ้น ซึ่งหากอาจารย์พยาบาลได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับภาระงาน และมีสวัสดิการที่เหมาะสม จะทำให้อาจารย์พยาบาลตั้งใจทำงานและมีความสุขในการทำงานทำให้งานมีคุณภาพที่ดี

2.3 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมภายในหน่วยงาน การติดต่อสื่อสารในหน่วยงานเป็นสิ่งสำคัญในการทำงานร่วมกัน โดยเฉพาะในการจัดการเรียนการสอนด้านการพยาบาล เนื่องจากเป็นการสอนนั้นมีทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติจึงจำเป็นต้องมีการติดต่อกันทั้งกับอาจารย์ บุคลากรในหน่วยงาน และผู้บริหาร เพื่อให้การจัดการเรียนการสอนดำเนินไปด้วยดีและมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้การที่มีมนุษยสัมพันธ์อันดีภายในหน่วยงานกับบุคลากรทุกระดับ จะทำให้การประสานงาน

เพื่อดำเนินงานของอาจารย์พยาบาลดำเนินไปอย่างราบรื่นและก่อให้เกิดความเข้าใจกัน เกิดความสุขในการทำงานกับอาจารย์พยาบาลและบุคลากรในองค์กรทุกระดับนำมาซึ่งความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของหน่วยงานและเกิดความเข้าใจในการทำงาน

2.4 ด้านสิ่งแวดล้อมและสภาพการทำงาน หมายถึงสภาพในการทำงาน ความสะดวกที่เหมาะสมทางกายภาพของงาน เช่น เสียง แสง และอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ ซึ่งส่งเสริมให้เกิดความสะดวกสบายในการทำงานของอาจารย์พยาบาลเนื่องมาจากการจัดการเรียนการสอนด้านการพยาบาลจำเป็นต้องมีอุปกรณ์และเครื่องมือที่ทันสมัย กับกิจกรรมการพยาบาลในปัจจุบัน โดยเฉพาะ อุปกรณ์ในห้องปฏิบัติการพยาบาลจำเป็นต้องมีอุปกรณ์พื้นฐานในการให้การพยาบาลครบถ้วน เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต อุปกรณ์ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นต้น เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลได้มีโอกาสใช้อุปกรณ์เสมือนจริง ทำให้การจัดการเรียนการสอนด้านการพยาบาลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เกิดการเรียนรู้ได้ดีขึ้น อาจารย์พยาบาลก็จะสามารถถ่ายทอดความรู้ทางการพยาบาลได้อย่างเต็มความสามารถ นอกจากนี้อุปกรณ์การสอนภายในห้องเรียนจำเป็นต้องมีอุปกรณ์ที่เหมาะสม และมีบรรยากาศที่เอื้อต่อการจัดการเรียนการสอนทำให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องจะทำให้อาจารย์พยาบาลมีความพึงพอใจในการจัดการเรียนการสอนและเกิดความสุขในการทำงาน

2.5 ด้านโอกาสความก้าวหน้าในงาน การส่งเสริมให้อาจารย์พยาบาลได้มีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอจะทำให้เกิดความมั่นใจในการจัดการเรียนการสอนด้านการพยาบาล นอกจากนี้ยังเพิ่มศักยภาพของอาจารย์พยาบาลในการจัดการเรียนการสอนด้านการพยาบาลในสาขาที่เชี่ยวชาญได้ดียิ่งขึ้น สามารถจัดการเรียนการสอนได้หลายระดับ ทั้งในพยาบาลศาสตร์ และการจัดการเรียนการสอนด้านการพยาบาลในระดับบัณฑิตศึกษา และการได้รับโอกาส



ต่างๆ เพื่อพัฒนาตนเอง ทำให้อาจารย์พยาบาลมีความมั่นใจ และมีความภาคภูมิใจในวิชาชีพอาจารย์พยาบาล ย่อมส่งผลต่อความสุขในการทำงานของอาจารย์พยาบาล

แนวทางการสร้างความสุขในการทำงานของอาจารย์พยาบาล

ความสุขในการทำงานของบุคคลเป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญต่อตัวบุคคลนั้นและองค์กรไม่ว่าบุคคลนั้นจะทำงานในสาขาอาชีพหรือวิชาชีพใด หรือองค์กร สถาบันใด ซึ่งรวมถึงอาจารย์พยาบาลด้วย การสร้างความสุขในการทำงานของอาจารย์พยาบาลอาจไม่แตกต่างกันนักจากสาขาอาชีพอื่น แต่เป็นแนวทางที่จะเกิดประโยชน์และสามารถส่งเสริมความสุขในการทำงานของอาจารย์พยาบาลได้ โดยการสร้างความสุขในการทำงานจากปัจจัยระดับบุคคล และปัจจัยระดับองค์กร เพื่อช่วยให้เกิดความสุขในการทำงานแก่อาจารย์พยาบาลอย่างยั่งยืน แนวทางการสร้างความสุขในการทำงานของอาจารย์พยาบาลจากปัจจัยระดับบุคคลประกอบไปด้วย²⁶

1. สุขภาพดี (Happy body) การส่งเสริมร่างกายให้มีสุขภาพแข็งแรงทั้งกายและจิตใจย่อมนำความสุขมาให้แก่อาจารย์พยาบาล กิจกรรมที่นำไปสู่การมีสุขภาพดีนั้น มีหลายกิจกรรม เช่น กิจกรรมการออกกำลังกายก่อนหรือหลังเลิกงาน การแข่งขันกีฬาต่างๆ เป็นต้น

2. การมีน้ำใจแก่ผู้ร่วมงาน (Happy Heart) การมีน้ำใจเอื้ออาทรต่อกันและกัน ซึ่งความรักและความมีน้ำใจต่อกันเป็นจุดเด่นของสังคมไทย แต่สังคมไทยในปัจจุบัน ให้ความสำคัญกับวัตถุและเงินตรา สภาพการดำเนินชีวิตที่แข่งขันและเร่งรีบทำให้ความใส่ใจต่อคนรอบข้างลดน้อยลง จึงควรจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดความมีน้ำใจและรักกันในองค์กร การมีน้ำใจระหว่างกันของบุคคลในองค์กรช่วยลดความขัดแย้งในการทำงานมีความสามัคคีและก่อให้เกิดการทำงานเป็นทีม

3. ความสงบ (Happy soul) การนำหลักคำสอน

ทางศาสนามาใช้ในการทำงานจะช่วยลดความขัดแย้งในการทำงาน มีสมาธิในการทำงานมากขึ้น รู้จักเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่แก่บุคคลอื่น และมีความซื่อสัตย์ต่อองค์กร

4. การผ่อนคลาย (Happy relax) การรู้จักผ่อนคลายกับสิ่งต่างๆ ในการดำเนินชีวิต การทำงานที่เร่งรีบและแข่งขัน การทำงานที่หนักงาน ขาดการพักผ่อน ปัญหาต่างๆ ในชีวิต หากบุคคลไม่รู้จักผ่อนคลายต่อการแก้ปัญหาในการดำเนินชีวิตจะนำไปสู่ความเครียดทั้งร่างกายและจิตใจที่มากขึ้น ปราศจากความสุขในการดำเนินชีวิตและการทำงาน สิ่งเหล่านี้สร้างปัญหาให้กับองค์กร เพราะความสามารถและประสิทธิภาพในการทำงานของคนทำงานลดลง ทำยที่สุด เมื่อคนทำงานไม่สามารถรับสภาพการทำงานได้ ทำให้เกิดการลาออก เปลี่ยนงานก่อให้เกิดความสูญเสียต่อองค์กรทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ เช่น ค่าใช้จ่ายในการหาคนทำงาน ทดแทนและฝึกอบรมก่อนทำงาน หากองค์กรมีมาตรการในการประเมินความเครียดและมาตรการผ่อนคลายต่างๆ เช่น กิจกรรมบันเทิง หรือพักผ่อนเวลาพัก จะช่วยลดความเหนื่อยล้าและความเครียดจากการทำงานได้

5. การแสวงหาความรู้ (Happy Brain) การศึกษาหาความรู้ พัฒนาตนเองตลอดเวลา เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้คนทำงานเกิดการเพิ่มพูนความรู้ความสามารถให้แก่ตนเอง เกิดความก้าวหน้าในงานและความมั่นคงในอาชีพ การทำงานของอาจารย์พยาบาลนั้นต้องมีการศึกษาหาความรู้ตลอดเวลา เพื่อสามารถถ่ายทอดความรู้ให้นักศึกษาพยาบาล หรือการแลกเปลี่ยนความรู้กับอาจารย์พยาบาลท่านอื่นได้ ความรู้ที่ได้นอกจากจะนำมาใช้ในการทำงานแล้วยังสามารถใช้ในการดำเนินชีวิตเพื่อประโยชน์ต่อตนเองและสังคม ทุกวันนี้อาจารย์พยาบาลสามารถหาความรู้ได้จากหลายแหล่ง ได้แก่ ห้องสมุด อินเทอร์เน็ต อาจารย์พยาบาลด้วยกัน หรือ สื่อต่างๆ ซึ่งการแสวงหาความรู้จะช่วยในการพัฒนาคนทำงานให้มีความคิดกว้างไกล สร้างสรรค์ เพื่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด



6. การรู้จักประหยัด ไม่เป็นหนี้ (Happy money) ปัญหาหนี้สินเป็นปัญหาสำคัญของคนทำงานและเป็นจุดเริ่มต้นของการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี การมีหนี้สินส่วนใหญ่มักเกิดจากการดำเนินชีวิตที่ขาดความพอเพียง การแสวงหาความสุขจากวัตถุสิ่งของหรือกิจกรรมต่างๆ ที่ต้องใช้เงินซื้อหา แต่ความสามารถในการหารายได้ไม่เพียงพอจึงนำไปสู่การเป็นหนี้ ปัจจุบันโอกาสเป็นหนี้ของคนทำงานสูงขึ้น ทั้งหนี้ในระบบ เช่น ธนาคาร บัตรเครดิต หรือหนี้นอกระบบ เมื่อมีหนี้สินความต้องการเงินมากขึ้น คนทำงานจึงต้องทำงานหนักขึ้น ขาดการพักผ่อน ร่างกายทรุดโทรม สภาพจิตใจแย่งลง ขาดการผ่อนคลายความมีน้ำใจลดลง เพราะต้องทำเพื่อตนเองมากขึ้น สังคมมีแต่การแก่งแย่งเอาวัดเอาเปรียบกัน ทุกคนมุ่งแต่ทำงานหนักเพื่อนำเงินมาใช้หนี้ที่เกิดจากความต้องการแสวงหาสิ่งที่เชื่อว่าเป็นความสุขแก่ตนเอง ในองค์กรที่คนทำงานมีปัญหาหนี้สินมาก ย่อมประสบปัญหาการจัดการด้านกำลังคน เพราะคนทำงานในองค์กรนั้น มีประสิทธิภาพการทำงานที่ลดลงขาดความตั้งใจและขาดสมาธิในการทำงาน เกิดความเครียด เจ็บป่วยและลางานเพิ่มบ่อยขึ้น ขาดความสามัคคี มีความขัดแย้งมากขึ้น ดังนั้นจึงควรมีการจัดการการใช้เงินให้เหมาะสม ก็จะลดความเครียดและปัญหาจากการเป็นหนี้ให้น้อยลง²³

7. การมีครอบครัวที่อบอุ่นและมั่นคง (Happy family) คนทำงานที่มีครอบครัวที่อบอุ่นและมั่นคงย่อมมีความสุขในการดำเนินชีวิตนำไปสู่การทำงานที่มีความสุขและมีประสิทธิภาพ การจะมีครอบครัวที่อบอุ่นและมั่นคงต้องประกอบด้วยสมาชิกในครอบครัวมีความรักสามัคคีกัน มีความมั่นคงทางการเงิน มีชีวิตที่พอเพียง มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน สิ่งเหล่านี้ย่อมนำไปสู่การทำงานที่มุ่งมั่นและมีความสุข มีความตั้งใจในการทำงาน มีสมาธิ มีสติในการทำงาน

8. การอยู่ในสังคมที่ดี (Happy Society) การอาศัยอยู่ในสังคมที่ดี มีการเอื้อเฟื้อกัน ทำให้สังคมมีความสุข เป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา การจะเกิดสังคมที่ดีได้

คนในสังคมต้องมีความรักสามัคคีและสมานฉันท์ต่อกัน มีความห่วงใยต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในองค์กรและร่วมกันแก้ไขปัญหาร่วมกันจะทำให้องค์กรนั้นมีความสุข

นอกจากนี้ การสร้างความสุขในการทำงานของอาจารย์พยาบาลจากปัจจัยระดับองค์กร มีแนวทางดังต่อไปนี้

1. ด้านนโยบายและการบริหาร ควรมีการส่งเสริมให้อาจารย์พยาบาลมีส่วนร่วมในการบริหารงานอย่างเป็นรูปธรรม เปิดโอกาสให้อาจารย์พยาบาลได้เสนอแนวทางการบริหาร และมีนโยบายการบริหารงานที่ชัดเจน ไม่ซ้ำซ้อน

2. ด้านรายได้ ค่าตอบแทน และสวัสดิการ ควรมีการจัดการเรื่องค่าตอบแทนที่เหมาะสม เช่น การสอนเกินภาระงานขั้นต่ำ ค่าใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ค่าตอบแทนตำแหน่งทางวิชาการ มีนโยบายส่งเสริมสนับสนุนทุนการฝึกอบรม ทุนการศึกษา การทำและเผยแพร่การวิจัย จัดสวัสดิการที่เหมาะสม ได้แก่ การประกันสุขภาพและอุบัติเหตุกลุ่ม สวัสดิการสหกรณ์ออมทรัพย์ จัดรถรับ-ส่ง และที่พักให้เพียงพอและเหมาะสมสำหรับอาจารย์พยาบาลที่ต้องสอนภาคปฏิบัติภายนอก เงินช่วยค่าเล่าเรียนบุตร เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมภายในหน่วยงาน ควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสัมพันธ์ภาพที่ดีทั้งการจัดกิจกรรมเพื่อพบปะผู้บริหารองค์กรก่อนปฏิบัติงานในองค์กร และการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพกันระหว่างอาจารย์พยาบาลในองค์กร เพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อการบริหารงานของผู้บริหาร และการดำเนินงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ลดความตึงเครียดในการทำงานของอาจารย์พยาบาล และส่งเสริมให้เกิดความรักสามัคคีและความสุขในองค์กรเช่น การแนะนำอาจารย์ผู้ปฏิบัติงานใหม่ให้รู้จักกับผู้บริหาร และทำความรู้จักกับผู้ร่วมงานแต่ละหน่วยงาน การจัดงานในเทศกาลต่างๆ โดยให้อาจารย์พยาบาลทุกคนได้มีส่วนร่วม



4. ด้านสิ่งแวดล้อมและสภาพการทำงาน ควรจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการทำงาน เช่น มีห้องทำงานที่เป็นสัดส่วน ตู้เก็บเอกสารสำคัญ คอมพิวเตอร์ และแสงสว่างที่เพียงพอต่อการทำงาน นอกจากนี้ยังรวมถึง การจัดให้มีอุปกรณ์ต่างๆ ในห้องเรียน ห้องประชุม และห้องอาหารที่มีสภาพพร้อมใช้งาน เพื่ออำนวยความสะดวกให้อาจารย์พยาบาล

5. ด้านโอกาสความก้าวหน้าในงาน ควรจัดให้อาจารย์พยาบาลได้พัฒนาตนเอง เช่น ส่งเสริมให้อาจารย์พยาบาลมีโอกาสเข้ารับการอบรมเพิ่มพูนความรู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชา พัฒนาการเป็นผู้บริหารในอนาคต การใช้ภาษาอังกฤษ การศึกษาในระดับสูงขึ้น เพื่อเป็นแรงจูงใจและมองเห็นความมั่นคงและก้าวหน้าในวิชาชีพ

บทสรุป

การส่งเสริมให้เกิดความสุขในการทำงานของอาจารย์พยาบาลจำเป็นต้องมีการส่งเสริมให้เกิดความสุขทั้งระดับบุคคล ซึ่งเป็นการทำให้เกิดความสุขจากปัจจัยภายในของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกันไป การสร้างความสุขในระดับบุคคลจำเป็นต้องอาศัยแรงผลักดันจากภายในที่ก่อให้เกิดความสุข เช่น ความพึงพอใจในการทำงาน การทุ่มเทต่อการทำงาน ความจงรักภักดีต่อองค์กรที่ปฏิบัติงานอยู่ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะเป็นแรงผลักดันให้อาจารย์พยาบาลคงอยู่ในองค์กรและวิชาชีพ อาจารย์พยาบาล นอกจากนี้ปัจจัยระดับองค์กร ทั้งทางด้านผู้ร่วมงาน ผู้บริหาร และสิ่งแวดล้อมในหน่วยงาน ก็เป็นปัจจัยที่สำคัญภายนอกที่ส่งเสริมให้อาจารย์พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ และเกิดความสุขในการทำงานอย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. สภาการพยาบาล. แผนพัฒนาการพยาบาล และการผดุงครรภ์แห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2555-2559). สภาการพยาบาล: นนทบุรี; 2555.

2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ไตรมาส 1-ไตรมาส 4 (ทั่วราชอาณาจักร) พ.ศ. 2552- พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2556.
3. บุญญาภา โพธิ์เกษม, นุจรี ไชยมงคล. ปัจจัยทำนายความสุขในการทำงานของอาจารย์พยาบาล. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2557; 22(1): 13-24.
4. Fredrickson, B. L. Positivity. New York: Crown; 2009.
5. ศูนย์จิตวิทยาสุขภาพและสุขภาพะสาธาณะ. คุณแลจิตใจก่อนที่จะเสียศูนย์. (อินเตอร์เน็ต). 2555 (เข้าถึงเมื่อ 25 ตุลาคม พ.ศ. 2555), เข้าถึงได้จาก <http://www.chulawellness.com/index.php?option>.
6. ลักษณ์า ศิริธิรกุล, วาสนา อุปป้อ, จริญญาลักษณ์ บ้องเจริญ. คุณภาพชีวิตในการทำงานและความสุขในการทำงานของอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2555; 24(1): 10-21.
7. Makikangas, A., Feldt, T., & Kinnunen, U. Warr's scale of job-related effective well-being: a longitudinal examination of its structure and relationships with work characteristics. Work and stress 2007; 21: 197-219.
8. บุญใจ ศรีสถิตยน์รากุล. ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
9. วิภาส ทองสุทธิ. พฤติกรรมองค์การ. กรุงเทพฯ: อินทภาษา; 2552.
10. Lodahl, T. M. & Kejner, M. The definition and measurement of job involvement. Journal of Applied Psychology 1965; 49: 24-33.



11. Kanungo, R. N. Work alienation: An integrative approach. New York: Praeger; 1982.
12. Gubman, L. E. The Talent Solution: Aligning Strategy and people to Achieve Extraordinary Results. New York: McGraw-Hill; 1998.
13. Kahn, W. Psychological condition of personal engagement and disengagement at work. Academy of Management Journal 1990; 33: 692 – 724.
14. Kahn, W. To be fully there: Psychological present at work. Human Relations 1992;45: 321 – 349.
15. Spreitzer, G. Leading to Grow and Growing to Lead. Organizational Dynamics 2006; 35(4): 305 – 315.
16. Mayer, J. P., & Gagne, M. Employee engagement from a self determination theory perspective. Industrial and Organization Psychology 2008;1: 60–62.
17. Kelloway, E. K., Barling, J., & Hurrell, J. J. Hand book of workplace violence. Thousand Oaks, CA: SAGE publication; 2006.
18. Weiss, D. J., Dawis, R. V., England, G. W. & Lofquist, L. H. Manual for the Minnesota satisfaction Questionnaire. Vol. 22, Minnesota studies in Vocational Rehabilitation, Minneapolis: University of Minnesota, Industrial Relations Center; 1967.
19. สุริย์ เข็มทอง และ กิตติพงษ์ เกียรติวัชรชัย. การประเมินความพึงพอใจการปฏิบัติงานของบุคลากรสายวิชาการในสาขาวิชาวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. วารสารการจัดการสมัยใหม่. 2554;9(2), 41–53.
20. ปวรรัตน์ เลิศสุวรรณเสรี. ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรวิทยาลัยราชพฤกษ์ ประจำปีการศึกษา 2555. นนทบุรี: วิทยาลัยราชพฤกษ์; 2555
21. Smith, P. C., Kendall, L. M. & Hulin, C. L. The Measurement of Satisfaction in Work and Retirement. Chicago: Rand McNally; 1969.
22. ศิริวรรณ คงชำนาญลิขิต. ผลของความพึงพอใจในงานต่อความตั้งใจในการลาออกโดยมีการรับรู้การสนับสนุนจากองค์การเป็นตัวแปรสื่อ. ค้นคว้าอิสระ ปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
23. Ironson, G. H., Smith, P. C., Brannick, M. T., Gibson, W. M., & Paul, K. B. Constitution of a Job in General Scale: A comparison of Global, Composite, and Specific Measures. Journal of Applied Psychology 1989;74:193 – 200.
24. วรณารถ แสงมณี. การบริหารทรัพยากรมนุษย์/งานบุคคล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ประสิทธิ์ภัณฑ์ แอนปริ้นติ้ง; 2547.
25. อภิชัย มงคล. วัชณี หัตถพนม, ภัสรา เชษฐโชติศักดิ์, วรณประภา ชลอกกุล และละละเอียด ปัญโญใหญ่. การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล). ขอนแก่น: คณานันทวิทยาขอนแก่น; 2544.
26. ดวงฤดี สุวรรณศิริ. คู่มือความสุข 8 ประการในการทำงาน. กรุงเทพฯ: แผนงานสุขภาพองค์กรภาคเอกชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2550.



ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

นงนุช เลือพุมี่*, กุลฤดี จิตตยานันต์*,
วันดี วงศ์รัตนรักษ์*, วลัยทณี นาคศรีสังข์*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม พื้นที่ดำเนินการวิจัย เป็นตำบลที่มีอัตราป่วยด้วยไข้เลือดออกเป็นอันดับหนึ่งในอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ผู้เข้าร่วมการวิจัย ประกอบด้วย สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ครูอนามัยโรงเรียน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและตัวแทนครัวเรือน จำนวน 100 คน วิธีดำเนินการวิจัย ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย 7 ขั้นตอน 1) การศึกษาชุมชนและการระบุผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 2) การกำหนดวิสัยทัศน์เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 3) การระบุความจำเป็นในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 4) การวิเคราะห์สาเหตุของการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในครัวเรือนและชุมชน 5) การวางแผนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับครัวเรือนและชุมชน 6) การดำเนินงานตามแผนงาน 7) การติดตามและประเมินผลก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ 60 วัน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ สํารวจ และสังเกต เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ แบบสำรวจความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายและยุงลายตัวเต็มวัย แบบสังเกตสิ่งแวดล้อม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า หลังดำเนินการผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความรู้ อยู่ในระดับสูง และปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก สูงกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ค่า Breteau index, Container index, Landing rate และ Biting rate หลังการดำเนินงานต่ำกว่าก่อนการดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) นอกจากนี้พบว่า หลังดำเนินการผู้เข้าร่วมการวิจัยมีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมบริเวณโดยรอบครัวเรือนและชุมชนดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการดำเนินงาน แสดงให้เห็นว่า การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม นั้น เป็นทางเลือกหนึ่งที่มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ เพื่อป้องกันและควบคุมโรคที่ต่อเนื่อง ยั่งยืน และเหมาะสมกับบริบทชุมชนอย่างแท้จริง

คำสำคัญ: การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือด กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม



Effectiveness of the Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and Control Program in Community using a Participatory Learning Process

Nongnuch Suapumee, Kuleudee Chittayanunt*
Wandee Wongrattanak*, Wantanee Naksrisang**

Abstract

This Action Research aimed to examine the effectiveness of the dengue hemorrhagic fever prevention and control program in community using a participatory learning process. The study site was a sub-district that had the highest incidence of dengue hemorrhagic fever in Banpong, Ratchaburi province. The participants were 100 stakeholders, including members of local government, school nurses, district health volunteers, health personnel, and householders. The participatory learning process including 7 steps was employed as follows; 1) exploring the community and identifying stakeholders, 2) setting a vision of dengue hemorrhagic fever prevention and control, 3) identifying the needs of dengue hemorrhagic fever prevention and control, 4) analyzing the causes of dengue hemorrhagic fever in households and communities, 5) planning for dengue hemorrhagic fever prevention and control, 6) implementing as planned, and 7) monitoring and evaluating 60 days after implementation. Data were collected through interview, survey, and observation. The instrument used was composed of a knowledge questionnaire about dengue hemorrhagic fever prevention and control, a survey of mosquito larvae, and an environmental observation form. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Paired t-test.

The results found that after implementing the dengue hemorrhagic fever prevention and control program in community, the participants reported a higher level of knowledge, a better behavior in dengue hemorrhagic fever prevention and control than those before the implementation. Breteau index, Container index, Landing rate, and Biting rate after implementing the program were significantly lower than before the implementation. In addition, the participants improved the environment surrounding their houses and community after participating in the program.

The study suggests that the dengue hemorrhagic fever prevention and control program in community using a participatory learning process is effective and appropriate in the Thai community context.

Keywords: Dengue Hemorrhagic Fever, Prevention, Control Participatory Learning Process

* Nurse instructor, Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj



ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคไข้เลือดออกยังคงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ เพราะมีการระบาดทุกปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่พบมากในกลุ่มเด็กอายุ 5-15 ปี ถึงร้อยละ 80 และมีแนวโน้มสูงขึ้น เมื่อศึกษาการระบาดของโรคไข้เลือดออก 5 ปี ย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552-2556 อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก 89.27, 117.91, 107.06, 122.63 และ 234.81 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตายโรคไข้เลือดออก 0.09, 0.12, 0.19, 0.09 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ¹ ที่สำคัญจากแบบรายงานผู้ป่วยด้วยโรคที่อยู่ในข่ายงานเฝ้าระวัง (รายงาน 506) ในปี พ.ศ. 2556 จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคไข้เลือดออก จำนวนทั้งสิ้น 24,272 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 37.88 ต่อประชากรแสนคน ผู้เสียชีวิต 28 รายคิดเป็นอัตราตาย 0.04 และอัตราป่วยตายร้อยละ 0.12 พบอัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 1: 1.01 กลุ่มอายุที่พบสูงสุดคือกลุ่มอายุ 10-14 ปี อาชีพที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุดคือนักเรียน 12,860 ราย พบว่าสูงมากกว่าถึง 2.4 เท่าเมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกันกับค่ามัธยฐาน 5 ปี ซึ่งเป็นจำนวนที่เพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจนส่วนหนึ่งมีสาเหตุเนื่องจากการระบาดที่ต่อเนื่องมาจากช่วงปลายปี พ.ศ. 2555 ซึ่งเป็นช่วงครึ่งปีหลังปีที่พบการระบาดสูงอย่างผิดปกติและจำนวนผู้ป่วยยังคงเพิ่มจำนวนอยู่ในระดับสูงอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน²

การรักษาและการป้องกันควบคุมโรคในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการที่จำเพาะเจาะจง สำหรับการรักษาโรคกลุ่มไข้เลือดออกใช้วิธีการรักษาตามอาการหรือการรักษาแบบประคับประคอง (supportive treatment) และยังพบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างต่อเนื่องในทุกๆ ปี โดยในปัจจุบันมีความพยายามในการพัฒนาวัคซีนป้องกันโรคไข้เลือดออกยังไม่สำเร็จ วิธีการป้องกันและควบคุมโรคที่เป็นที่ยอมรับในปัจจุบันว่าได้ผลดีที่สุดคือ การป้องกันและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์และลูกน้ำยุงลาย³ ซึ่งรัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขได้พยายามใช้กลวิธีต่างๆ เพื่อให้ประชาชนเห็นความสำคัญและร่วมมือกันในการป้องกัน

ลูกน้ำยุงลายและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย โดยประสานความร่วมมือกันหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐบาล เอกชนและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น แต่การดำเนินงานยังขาดความต่อเนื่องและอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในปีที่มีการระบาดไม่ลดลงตามเป้าหมายที่กำหนดไว้⁴

สถานการณ์โรคไข้เลือดออก อำเภอบ้านโป่ง จากสถิติข้อมูล 5 ปี ย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552-2556 อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกเท่ากับ 223.92, 166.82, 383.58, 254.08 และ 134.66 ต่อแสนประชากรตามลำดับ⁵ เช่นเดียวกับสถานการณ์โรคไข้เลือดออก ตำบลสวนกล้วย อำเภอบ้านโป่ง จากสถิติข้อมูล 5 ปี ย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552-2556 อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก มีดังนี้ 71.06, 150.02, 86.83, 244.77 และ 71.06 ต่อแสนประชากรตามลำดับ⁶ จึงเห็นได้ว่าอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกของตำบลสวนกล้วยมีการระบาดในลักษณะปีเว้นปี ซึ่งทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนกล้วยได้ทำแผนดำเนินการในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง แต่พบว่ากระบวนการการป้องกันและควบคุมโรคยังไม่ครอบคลุมทุกประเด็นไม่มีแนวทางที่เป็นมาตรฐาน ยังไม่มีการนำผลการวิจัยใหม่ๆ มาใช้ และยังขาดการประสานงานทั้งในและนอกหน่วยงานเพื่อให้การป้องกันและควบคุมเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และตามที่สำคัญงานสาธารณสุขอำเภอบ้านโป่งได้มีนโยบายการพัฒนาคุณภาพบุคลากรสาธารณสุขให้มีความรู้ความสามารถ สนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุข และแกนนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุม ภายใต้การนิเทศกำกับงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่องและมุ่งหวังผลลัพธ์รวมทั้งการประสานความร่วมมือในระดับองค์กร ดังนั้นการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จึงต้องใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทำให้ชุมชนมีความรู้และเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยการร่วมกันจัดทำแผนงาน/



โครงการการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน รวมทั้งมีการปฏิบัติตนของในการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ถูกต้อง ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะนำเทคนิคกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มาประยุกต์ใช้ในการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยให้ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นถึงการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา การร่วมกันหาแนวทางและแก้ไขปัญหาระบาดโรคไข้เลือดออกในตำบลสวนกล้วย อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี อันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกที่ยั่งยืนและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของประชาชนก่อนและหลังการใช้โปรแกรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนโดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
2. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคของประชาชนก่อนและหลังการใช้โปรแกรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนโดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
3. เพื่อเปรียบเทียบความชุกของลูกน้ำยุงลายและยุงลายตัวเต็มวัยก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล(ส.อบต.) ครูอนามัยโรงเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตัวแทนครัวเรือน ใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Selection) คือ ส.อบต. จำนวน 2 ราย ครูอนามัยโรงเรียน จำนวน 3 ราย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 2 ราย อสม. จำนวน 12 ราย และทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ในการเลือกตัวแทนครัวเรือน จำนวน 100 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป 5 ชุด ใช้สำหรับ 1) ส.อบต. 2) ครูอนามัยโรงเรียน 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4) อสม. 5) ตัวแทนครัวเรือน กลุ่มละ 1 ชุด ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา ตำแหน่ง และระยะเวลาการปฏิบัติงาน

2. แนวทางการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วยแบบคำถามสนทนากลุ่ม 2 ชุด โดยชุดที่ 1 ประกอบด้วย ส.อบต. ครูอนามัยโรงเรียน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชุดที่ 2 คือ อสม. โดยแนวคำถามการสนทนากลุ่มมีประเด็นคำถามเกี่ยวกับ ข้อมูลชุมชน วิสัยทัศน์เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก การระบุความจำเป็นในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การวิเคราะห์สาเหตุและการจัดทำแผนงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การดำเนินการตามแผนงาน การควบคุม กำกับ และการประเมินผล

3. แบบวัดความรู้ และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนที่สร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ วุฒิการศึกษา สถานภาพ และอาชีพ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก เป็นการรับรู้ข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับวิธีการหรือขั้นตอนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 15 ข้อ ลักษณะแบบวัดเป็นแบบถูก-ผิด

โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิด ได้ 0 คะแนน



สำหรับการแปลผล จะใช้เกณฑ์การประเมิน

โดยประยุกต์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975 : 47) ดังนี้

ระดับคะแนนความรู้	เกณฑ์ระดับความรู้ (ร้อยละ)	เกณฑ์ระดับความรู้ (คะแนน)
สูง	> 80	> 12 คะแนน
ปานกลาง	60-80	9-12 คะแนน
ต่ำ	< 60	< 9 คะแนน

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นการปฏิบัติหรือการกระทำของประชาชน ที่เป็นการป้องกันและควบคุมไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยด้วย

โรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบวัดเป็นแบบ Likert Scale 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้ค่าคะแนน ดังนี้

แบบสอบถามด้าน (บวก)		แบบสอบถามด้าน (ลบ)	
ปฏิบัติสม่ำเสมอ	5 คะแนน	ปฏิบัติสม่ำเสมอ	1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	4 คะแนน	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	3 คะแนน	ปฏิบัติบางครั้ง	3 คะแนน
ปฏิบัตินานๆครั้ง	2 คะแนน	ปฏิบัตินานๆครั้ง	4 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	1 คะแนน	ไม่ปฏิบัติเลย	5 คะแนน

เกณฑ์การประเมินพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคโรคไข้เลือดออก แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคดีมาก เท่ากับหรือมากกว่า	41	คะแนน
ปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคดี	31-40	คะแนน
ปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคปานกลาง	21-30	คะแนน
ปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรค น้อย	11-20	คะแนน
ปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคน้อยมาก น้อยกว่าหรือเท่ากับ	10	คะแนน

ประสิทธิภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 1 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับประชาชนหมู่ที่ 5 ตำบลนครชุมน์ อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 30 ชุด ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ โดยใช้ KR 20 = 0.75 และแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟา ครอนบาค = 0.87

การพิทักษ์สิทธิของผู้ถูกวิจัย

ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการทำวิจัย ผู้ร่วมวิจัยมีสิทธิในการประเมินตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัย และสิทธิที่จะขอถอนตัวจากการเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ พร้อมทั้งให้ความมั่นใจว่าจะเก็บข้อมูลนี้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลนี้ต่อบุคคลอื่นว่าเป็นข้อมูลของใคร เพื่อปกป้องสิทธิของผู้ร่วมวิจัยไม่ได้รับผลกระทบจากการเข้าร่วมวิจัย และผลงานวิจัยจะรายงานเป็นภาพรวม



การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช ผู้วิจัยทำหน้าที่สื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้อง และนัดหมายวัน เวลา และสถานที่กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์ และสอบถาม

2. ดำเนินการสนทนากลุ่มแกนนำ โดยคณะผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม การดำเนินการสนทนากลุ่มแกนนำแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ประกอบด้วย ส.อบต. ครูอนามัยโรงเรียน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มที่ 2 คือ อสม. โดยผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนากลุ่ม กำหนดระยะเวลาในการสนทนากลุ่ม 1.5 – 2 ชั่วโมง ให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มตอบสัมภาษณ์ ข้อมูลทั่วไป ดำเนินการสนทนากลุ่มตามแนวคำถามที่สร้างขึ้น โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้

1. การศึกษาชุมชนและการระบุผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

เพื่อศึกษาสภาพทั่วไป ลักษณะทางกายภาพ สังคม วัฒนธรรม สถานการณ์ด้านสุขภาพ สถานการณ์โรคไข้เลือดออกและภาวะเสี่ยงต่างๆ รวมถึงค้นหาและเลือกกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อเป็นแกนนำของชุมชนในการเข้าสู่กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

2. การกำหนดวิสัยทัศน์เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

โดยการจัดกิจกรรมและประสบการณ์เรียนรู้ให้กลุ่มแกนนำได้ระบุภาพที่พึงปรารถนาและตัวชี้วัด “ชุมชนปลอดภัยห่างไกลจากโรคไข้เลือดออก”

3. การระบุความจำเป็นในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

เปิดโอกาสให้กลุ่มแกนนำประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในปัจจุบันของชุมชนตนเอง ร่วมกับ

การนำเสนอผลการศึกษาชุมชนโดยคณะผู้วิจัย จากนั้นเปรียบเทียบสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันว่าบรรลุตามตัวชี้วัดที่พึงปรารถนาหรือไม่ และให้รวบรวมรายการที่ยังไม่บรรลุตามตัวชี้วัดที่พึงปรารถนาที่กำหนดเป็นประเด็นที่ต้องดำเนินการแก้ไข

4. การวิเคราะห์สาเหตุของการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในครัวเรือนและชุมชน

ขั้นตอนนี้ให้กลุ่มแกนนำระดมความคิดเกี่ยวกับสาเหตุของปัญหาโรคไข้เลือดออกที่พบทั้งในระดับครัวเรือนและชุมชน

5. การวางแผนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับครัวเรือนและชุมชน

เป็นขั้นตอนการระดมความคิดเพื่อกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาในแต่ละสาเหตุ เพื่อจัดทำเป็นแผนงานโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับครัวเรือนและชุมชน โดยใช้รูปแบบการจัดทำแผนงานโครงการขององค์การบริหารส่วนตำบล กำหนดโครงสร้างองค์กรและแนวทางการติดตามและประเมินผล จากนั้นประชุมตัวแทนทุกหลังคาเรือน เพื่อนำเสนอผลการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคในกลุ่มแกนนำได้พัฒนาขึ้น อภิปราย และทำความเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่และกิจกรรมที่ต้องดำเนินการร่วมกัน

6. การดำเนินงานตามแผนงาน

ขั้นตอนนี้ประชาชนที่เป็นตัวแทนในแต่ละครัวเรือนและกรรมการระดับชุมชนดำเนินการตามบทบาทหน้าที่และระยะเวลาที่กำหนดในแผนงาน โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้การสนับสนุนด้านสื่อการให้ความรู้เทคนิคการสำรวจ และอุปกรณ์การป้องกันและควบคุมโรค

7. การติดตามและประเมินผล

กำหนดให้แกนนำช่วยเหลือและตรวจสอบการดำเนินงานของครัวเรือนทุกสัปดาห์ โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้คำปรึกษาและแนะนำอย่างต่อเนื่อง

ด้านการประเมินผลนั้น เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการดำเนินงานในช่วงเดียวกันกับขั้นตอนการศึกษาชุมชน



และประเมินผลหลังการใช้โปรแกรม 60 วัน ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลคือคณะผู้วิจัย โดยประเด็นในการประเมินครอบคลุมตัวแปรต่างๆ ดังนี้

7.1) ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (การป้องกันและการกำจัดลูกน้ำยุงลาย การสำรวจลูกน้ำยุงลายและการป้องกันยุงกัด)

7.2) ความซุกซมของลูกน้ำยุงลายและยุงลายตัวเต็มวัย

7.3) สิ่งแวดล้อม เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกต

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ตำแหน่ง และระยะเวลาการปฏิบัติงาน โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

2. ข้อมูลความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกก่อนและหลังโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ การปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และความซุกซมของลูกน้ำยุงลายและยุงลายตัวเต็มวัยก่อนและหลังดำเนินการ ด้วยสถิติ T-Test

4. การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ของข้อมูลที่ได้จากการอภิปรายกลุ่มและสังเกตการณ์มีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อสรุปและนำแนวคิดที่ได้ไปเชื่อมโยงเพื่อหาความสัมพันธ์กับแต่ละประเด็นที่ได้ทำการศึกษาต่อไป

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลหมู่บ้าน

หมู่บ้านแห่งนี้ตั้งอยู่ทางทิศตะวันตกของอำเภอบ้านโป่ง โดยมีทั้งหมด 104 หลังคาเรือน มีประชากร

438 คน เป็นชาย 206 คน และหญิง 232 คน มีน้ำประปาและไฟฟ้าใช้ทุกหลังคาเรือนประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างในโรงงาน รองลงมาคือไม่มีอาชีพ รายได้เฉลี่ยประมาณ 5,384 บาท / ครอบครัว/เดือน นับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 99.56 มีกลุ่มและชมรมในหมู่บ้าน ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มฌาปนกิจ และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ประชาชนทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ภาษาพูดใช้ภาษาไทย โรคที่เฝ้าระวัง 5 อันดับแรก ที่พบในปี พ.ศ. 2556 คือ ไข้เลือดออก 17 ราย อุจจาระร่วง 15 ราย ตาแดง 7 ราย ไข้หวัด 5 ราย และคออักเสบ 4 ราย และมีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายจำนวนมากทั้งในครัวเรือนและบริเวณโดยรอบบ้านและในหมู่บ้าน

2. วิสัยทัศน์เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

วิสัยทัศน์ คือ “บ้านหลังวัดบ้านโป่ง ร่วมมือ ร่วมใจต้านภัยและห่างไกลไข้เลือดออก” โดยมีตัวชี้วัดและเกณฑ์ดังนี้ ไม่มีผู้ป่วยไข้เลือดออกในหมู่บ้าน, ครัวเรือนที่พบลูกน้ำยุงลายและยุงลายตัวเต็มวัยลดลงเหลือไม่เกิน 10 หลังคาเรือน และทุกครัวเรือนมีการป้องกันยุงกัดเช่น การฉีดยาฆ่ายุง การนอนในมุ้ง การจุดยากันยุง และการใช้ตะไคร้หรือมะกูดกันยุง

3. การระบุความจำเป็นในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

จากการเปรียบเทียบตัวชี้วัดภาพที่พึงปรารถนาเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กับสถานการณ์ในชุมชนที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ตามการรับรู้ของกลุ่มแกนนำและการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่ได้จากการประเมินผลก่อนดำเนินการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่าผู้เข้าร่วมประชุมมีความเห็นตรงกันว่าโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาของชุมชนและมีความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเพื่อให้บรรลุตัวชี้วัดที่พึงปรารถนาเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกข้างต้น



4. การวิเคราะห์สาเหตุและการจัดทำแผนงานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก

กลุ่มแกนนำได้ร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุของการเจ็บป่วยด้วยโรคใช้เลือดออก และภาวะเสี่ยงต่อโรคใช้เลือดออกในชุมชน โดยระบุสาเหตุหลักคือ พฤติกรรมการกำจัดลูกน้ำยุงลายและยุงลายตัวเต็มวัย การป้องกันยุงกัดไม่เหมาะสม และมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และสาเหตุรอง ได้แก่ ขาดความรู้และทักษะในการป้องกันโรค ไม่เห็นความสำคัญ ขาดอุปกรณ์และวัสดุป้องกันและควบคุมโรค ขาดผู้นำในการดำเนินการที่ต่อเนื่อง ขาดการสนับสนุนจากโรงเรียน ขาดความร่วมมือของประชาชนบางครัวเรือน ขาดแรงจูงใจและที่สาธารณะและบริเวณโดยรอบบ้านขาดการดูแล จากนั้นได้จัดทำแผนงานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก ซึ่งประกอบด้วย 4 แผนงาน คือ 1) แผนงานกำจัดลูกน้ำยุงลายและยุงลายตัวเต็มวัย 2) แผนงานป้องกันยุงกัดในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี 3) แผนงานการป้องกันยุงลายโดยใช้สมุนไพร และ 4) แผนงานพัฒนารักษ์สิ่งแวดล้อม

5. การดำเนินการตามแผนงาน การควบคุมกำกับ และการประเมินผล

กลุ่มแกนนำได้จัดประชุมตัวแทนประชาชนทุกครัวเรือน เพื่อประชาพิจารณ์แผนงานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก กำหนดผู้รับผิดชอบ ระบุบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก โดยในชุมชนมี ส.อบต. อสม. แกนนำ ส่วนโรงเรียน มีครูอนามัยโรงเรียน เป็นแกนนำทั้ง 2 กลุ่ม มีหน้าที่เป็นที่เสี่ยงในการถ่ายทอดความรู้และคำแนะนำในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก ให้กับประชาชน บุคลากรและนักเรียนในโรงเรียน และจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงาน โดยนัดหมายดำเนินการครั้งแรกในหมู่บ้านพร้อมกันทุกครัวเรือน จากนั้นกำหนดรายละเอียดการดำเนินการและติดตามทุกสัปดาห์

6. การประเมินผลโปรแกรมการป้องกันและ

ควบคุมโรคใช้เลือดออกในชุมชนโดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ 2 เดือน สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของประชาชน ทั้งก่อนและหลังดำเนินการได้ 100 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 96.2 ของครัวเรือนทั้งหมด สรุปผลเป็นดังนี้

6.1 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก

จากการศึกษา พบว่า หลังได้รับการใช้โปรแกรม ร้อยละ 89 (89 คน) มีความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ประชาชนร้อยละ 100 (100คน) ตอบได้ถูกต้องว่า ยุงลายวางไข่ตามภาชนะซึ่งน้ำที่นิ่งและใส การนอนในมุ้ง หรือเปิดพัดลมไต่ยุงเป็นการป้องกันโรคใช้เลือดออก การใช้ยาทากันยุงกัดหรือใช้กลิ่นของสมุนไพรไล่ยุง เช่น ตะไคร้หอม มะกูด เป็นการป้องกันโรคใช้เลือดออก ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของการตอบความรู้ได้ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของประชาชนก่อนและหลังการใช้โปรแกรม จำแนกตามรายชื่อ

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก	ก่อนการใช้โปรแกรม		หลังการใช้โปรแกรม	
	จำนวน (n = 100)	ร้อยละ	จำนวน (n = 100)	ร้อยละ
1. โรคใช้เลือดออกเกิดจากเชื้อไวรัสเด็งกี	83	83	93	93
2. โรคใช้เลือดออกมีขลุ่ยกลายเป็นพาหะนำโรค	97	97	97	97
3. ขลุ่ยวางวางไขตามภาชนะซึ่งน้ำที่น้ำนิ่งและใส	93	93	100	100
4. ขลุ่ยวางจะวางไขน้ำสะอาดหรือสกปรกก็ได้	67	67	89	89
5. น้ำฝนมักเป็นน้ำที่ขลุ่ยวางไขมากที่สุด	63	63	95	95
6. การป้องกันไม่ให้ขลุ่ยวางไขหรือไม่ให้ไขกลายเป็นขลุ่ยเป็นวิธีที่ดีที่สุด	97	97	97	97
7. มีฝาปิดภาชนะเก็บกักน้ำเป็นการป้องกันขลุ่ยวางไข	83	83	92	92
8. การทำลายแหล่งน้ำซึ่งตามบริเวณบ้านทำให้ไม่เสี่ยงต่อการเป็นโรคใช้เลือดออก	77	77	88	88
9. การพ่นหมอกควันเป็นการกำจัดขลุ่ยวางไข	98	98	94	94
10. การนอนในมุ้ง หรือเปิดพัดลมไต่ขลุ่ยเป็นการป้องกันโรคใช้เลือดออก	98	98	100	100
11. การใส่ทรายอะเบทลงในตุ่มน้ำใช้อย่างสม่ำเสมอเป็นการป้องกันโรคใช้เลือดออก	98	98	97	97
12. การทำความสะอาดภายในและนอกบ้านอย่างสม่ำเสมอเป็นการป้องกันโรคใช้เลือดออก	78	78	89	89
13. การเลี้ยงปลาหางนกยูงในภาชนะที่ไม่สามารถปิด ฝาได้เป็นการป้องกันโรคใช้เลือดออก	88	88	93	93
14. การตรวจจสอบแจกัน ถ้วยรองขาตุ่มกันมด ต้องเปลี่ยนน้ำทุกสัปดาห์ สำหรับแจกันอาจจะใส่ทรายก่อสร้างผสมลงไป ส่วนถ้วยรองขาตุ่มให้ใส่เกลือเพื่อป้องกันลูกน้ำ	89	89	99	99
15. การใช้ยาทากันขลุ่ยกัด หรือใช้กลิ่นของสมุนไพรไล่ขลุ่ยเป็นการป้องกันโรคใช้เลือดออก	90	90	100	100

6.2 การปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก

จากการศึกษา พบว่า หลังได้รับการใช้โปรแกรม พบว่า ร้อยละ 96 (96 คน) มีการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกที่ถูกต้องอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า หลังการใช้โปรแกรม

ประชาชน ร้อยละ 100 (100คน) ปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกได้ถูกต้อง โดยการใส่ทรายอะเบทลงในตุ่มน้ำใช้อย่างสม่ำเสมอ นอนในมุ้ง หรือเปิดพัดลมไต่ขลุ่ย และการให้บ้านของตนได้รับพ่นหมอกควัน ทุกครั้งที่พบการระบาดของโรค ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของประชาชน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม จำแนกตามรายชื่อ

การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมโรคใช้เลือดออก	ก่อนการใช้โปรแกรม		หลังการใช้โปรแกรม	
	จำนวน (n = 100)	ร้อยละ	จำนวน (n = 100)	ร้อยละ
การป้องกันและกำจัดลูกน้ำยุงลาย				
1. มีฝาปิดภาชนะเก็บกักน้ำทุกภาชนะ	78	78	100	100
2. ทำลายแหล่งน้ำขังตามบริเวณบ้านทุกสัปดาห์	77	77	98	98
3. พ่นหมอกควันทุกครั้งที่พบการระบาดของโรค	100	100	100	100
4. ใส่ทรายอะเบทลงในตุ่มน้ำใช้อย่างสม่ำเสมอ	78	78	100	100
5. ทำความสะอาดภายในและนอกบ้านอย่างสม่ำเสมอ	87	87	95	95
6. เลี่ยงปลาหางนกยูงในภาชนะที่ไม่สามารถปิดฝา				
7. ใส่ทรายก่อสร้างผสมลงไปแจกัน ส่วนถ้วยรองขาตู้ ให้ใส่เกลือเพื่อป้องกันลูกน้ำ	76 74	76 74	92 92	92 92
การสำรวจลูกน้ำยุงลาย				
8. ตรวจสอบแจกัน ถ้วยรองขาตู้กันมด โดยการใช้ไฟฉายส่อง เปลี่ยนน้ำทุกสัปดาห์	72	72	96	96
การป้องกันยุงกัด				
9. นอนในมุ้ง หรือเปิดพัดลมไต่ยุง				
10. ใช้ยาทาป้องกันยุงกัด หรือใช้กลิ่นของสมุนไพรไต่ยุง เช่น ตะไคร้หอม มะกูด	82 62	82 62	100 83	100 83

7. การเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของประชาชน และความซุกซมของลูกน้ำยุงลายและยุงลายตัวเต็มวัย ก่อนและหลังการใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก

7.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของประชาชน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

จากการศึกษา พบว่า โปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีผลให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของประชาชนเพิ่มสูงขึ้น แสดงให้เห็นว่ากระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดของประชาชน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t-test (n=100)

ตัวแปร	ผลการเปรียบเทียบความรู้				df	p-value
	ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม					
	\bar{x}	SD	95%CI	Z		
ก่อนการใช้โปรแกรม	10.5	1.5	1.5-3.0	4.9	29	<0.001*
หลังการใช้โปรแกรม	13	0.5				

7.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของประชาชน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

จากการศึกษา พบว่า โปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีผลให้การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันและ

ควบคุมโรคใช้เลือดออกของประชาชน เป็นไปในทางที่ดีขึ้น แสดงให้เห็นว่า กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของประชาชนก่อนและหลังการใช้โปรแกรมโดยใช้สถิติ Paired t-test (n=100)

ตัวแปร	ผลการเปรียบเทียบการปฏิบัติตน				df	p-value
	ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม					
	\bar{x}	SD	95%CI	Z		
ก่อนการใช้โปรแกรม	36	3.5	27.9-33.1	6.1	14	<0.001*
หลังการใช้โปรแกรม	43.5	3.0				

7.3 เปรียบเทียบความแตกต่างความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายและยุงลายตัวเต็มวัยก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

ร้อยละของบ้านที่พบลูกน้ำยุงลาย (House Index) ก่อนและหลังดำเนินการเท่ากับ 28.3 และ 22.2 ตามลำดับซึ่งไม่แตกต่างกันในทางสถิติ ($p=0.164$) ร้อยละของภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย (Container Index) หลัง

ดำเนินการเท่ากับ 19.6 ซึ่งต่ำกว่าก่อนดำเนินการ (41.1) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$) และร้อยละของภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายใน 100 หลังคาเรือน (Breteau Index) หลังดำเนินการเท่ากับ 73.7 ซึ่งต่ำกว่าก่อนดำเนินการ (124.2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อัตราการเกาะของลูกน้ำยุงลายตัวเต็มวัย ต่อคนต่อหนึ่งชั่วโมง (Landing Rate) หลังดำเนินการเท่ากับ 3.0ตัว/คน/ชั่วโมง



ซึ่งต่ำกว่าก่อนดำเนินการ (8.1 ตัว/คน/ชั่วโมง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และอัตราการกัดของยุงลายตัวเมีย (Biting Rate) หลังดำเนินการเท่ากับ 1.5 ตัว/คน/

ชั่วโมง ซึ่งต่ำกว่าก่อนดำเนินการ (3.9 ตัว/คน/ชั่วโมง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายและยุงลายตัวเต็มวัยก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

ความชุกชุมของลูกน้ำยุงลายและยุงลายตัวเต็มวัย	Before	after	P-value
จำนวนบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำใน 100 บ้าน (House Index)	28.3	22.2	0.164
จำนวนภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำใน 100 ภาชนะ (Container Index)	41.1	19.6	0.002*
จำนวนภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำใน 100 บ้าน (Breteau Index)	124.2	73.7	<0.001*
จำนวนยุงที่จับได้ทั้งตัวผู้ ตัวเมีย ต่อคนต่อชั่วโมง (Landing Rate)	8.1	3.0	<0.001*
จำนวนยุงตัวเมียที่จับได้ต่อคนต่อชั่วโมง (Biting Rate)	3.9	1.5	<0.001*

8. สิ่งแวดล้อมในชุมชน

จากการสังเกตพบว่าหลังดำเนินการ บริเวณภายในและนอกบ้านเรือนของประชาชน รวมทั้งบริเวณต่างๆ ชุมชน เช่น ถนน สถานที่ออกกำลังกาย ศาลาประชาคมที่อ่านหนังสือพิมพ์วางระบายน้ำ ไม่พบการทิ้งขยะเกลื่อนกลาด และที่สาธารณะได้รับการดูแลโดยคนในชุมชน นอกจากนี้พบว่า บริเวณที่มีน้ำท่วมขังและวัชพืชลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการดำเนินการ

สรุปอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

1. ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก

หลังการใช้โปรแกรม พบว่า ประชาชนมีความรู้อยู่ในระดับสูงเพิ่มมากขึ้นเป็น ร้อยละ 89 สอดคล้องกับการศึกษาของพัศกร สงวนชาติ และคณะ⁷ ที่พบว่า หลังจากการใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคใช้เลือดออก ผู้นำชุมชน มีความรู้เรื่องโรคใช้เลือดออกอยู่

ในระดับสูง (100%) นอกจากนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนงนุช เสือพุมิ⁸ ที่พบว่า การที่ประชาชนมีความรู้ในการทำลายแหล่งน้ำขังตามบริเวณบ้านนั้นสามารถลดโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคใช้เลือดออกได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Green⁹ และนงนุช เสือพุมิ¹⁰ ที่พบว่า เมื่อให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันโรค ประชาชนมีความรู้เพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนดำเนินการ จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกโดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ส่งผลทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกถูกต้องเพิ่มขึ้น

2. การปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก

หลังการดำเนินการตามโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้พบว่า ประชาชนมีการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคดีขึ้น พบว่าประชาชนร้อยละ 100 พันทมออกควั่นทุกครั้งที่พบการระบาดของ



โรค และใส่ทรายอะเบทลงในตุ่มน้ำใช้อย่างสม่ำเสมอ นอนในมุ้ง หรือเปิดพัดลมไต่ยุง สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณช พิศาลสุทธิกุล และคณะ¹¹ ที่พบว่า การมีส่วนร่วมในการรณรงค์ป้องกันใช้เลือดออกในชุมชนทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคใช้เลือดออกอยู่ในระดับที่สูงขึ้นจึงสรุปได้ว่า โปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกโดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทำให้การปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกถูกต้องเพิ่มขึ้น

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของความถี่และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก ความซุกของลูกน้ำยุงลายและยุงลายตัวเต็มวัยก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกโดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

จากการศึกษา พบว่า โปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก โดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีผลให้ความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของประชาชนเพิ่มสูงขึ้น แสดงให้เห็นว่า กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมความสัมพันธ์กับความรู้และการปฏิบัติตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ วิชัย พิลัยกุล¹² ที่พบว่า ผลการของการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมและป้องกันวัณโรคทำให้ประชาชนมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ความซุกของลูกน้ำยุงลายและยุงลายตัวเต็มวัย หลังดำเนินงานต่ำกว่าก่อนดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นผลจากการให้ชุมชนร่วมค้นหาปัญหา สาเหตุ วางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหา ร่วมกันทำให้ความซุกของลูกน้ำยุงลายและยุงลายตัวเต็มวัยมีค่าต่ำลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ พูลสุข ช่วยทอง และคณะ¹³ พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นตัวแปรที่สำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p < .05$) จึงสรุปได้ว่า กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทำให้ประชาชนมีความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของประชาชนเพิ่มสูงขึ้น เกิดจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในชุมชนร่วมกับนักวิชาการ ทำให้ผลการพัฒนาระบบงาน และการดำเนินงานดีขึ้น

4. การป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกในชุมชนโดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ผลจากการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกนั้น เป็นทางเลือกหนึ่งที่มีความเป็นไปได้ในการป้องกันและควบคุมโรคที่ต่อเนื่องและยั่งยืนขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของรอยฮาน เจ๊ะหะและคณะ¹⁴ พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกในชุมชน โดยเฉพาะการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้ชุมชนมีแนวคิดในการแก้ปัญหาเชิงรุกที่ยึดวิสัยทัศน์เป็นเป้าหมายในการพัฒนาทำให้ทิศทางในการแก้ปัญหาชัดเจน รอบคอบสอดคล้องกับบริบทของชุมชน อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้การดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ประสบความสำเร็จได้แก่ 1) การคัดเลือกแกนนำเข้าร่วมการประชุมระดมความคิด ซึ่งพยายามคัดสรรผู้ที่เป็นตัวแทนของประชาชนทุกกลุ่ม 2) กระบวนการจัดประชุม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมที่หลากหลายไม่น่าเบื่อ กระชับได้เนื้อหาสาระ กระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมเห็นความสำคัญและประโยชน์ที่ได้รับ 3) วิทยากรกลุ่มผู้เอื้ออำนวยกลุ่ม (facilitator) มีความพร้อมทั้งในด้านองค์ความรู้ และทักษะและ 4) หน่วยงานและองค์กรภาครัฐที่เกี่ยวข้องให้การสนับสนุนเป็นอย่างดีเพื่อเป็นการกระตุ้นการดำเนินงานแสดงออกถึงความเอาใจใส่ต่อชุมชนตลอดจนติดตามให้คำปรึกษาและให้กำลังใจชุมชนอย่างต่อเนื่อง



ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในด้านความเป็นตัวแทนของประชากร ซึ่งเป็นลักษณะจำเพาะของการศึกษาเชิงปฏิบัติการที่ไม่เน้นเรื่องจำนวนขนาดตัวอย่าง งานวิจัยนี้จึงไม่สามารถใช้อ้างอิงไปถึงกลุ่มประชากรที่มีบริบทแตกต่างกันได้ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้เป็นการสะท้อนถึงมุมมองของผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์จริงและผู้มีส่วนร่วมในการดูแลป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในตำบลสวนกล้วย อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ซึ่งอาจนำไปใช้ในการปรับปรุงแก้ไขรวมทั้งการวางแผนกลยุทธ์ เพื่อให้สามารถลดจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในบริบทที่คล้ายคลึงกันได้

เอกสารอ้างอิง

1. อัตราตายด้วยโรคไข้เลือดออก. สืบค้น พฤษภาคม 2556, จาก <http://www.hiso.or.th/hiso/visualize/Index.php?links=v263&show=2&no=75 &menu=1>
2. สำนักควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงกรมควบคุมโรคติดต่อกระทรวงสาธารณสุข.(2556). รายงานเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา. พิมพ์ที่:โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
3. การมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อควบคุมยุงลาย. สืบค้น พฤษภาคม 2556, จาก <http://www.thaivbd.org/content.php?id=34>
4. กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร,สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข,การมีส่วนร่วมของประชาชน. สืบค้น กรกฎาคม 2556, จาก<http://www.google.co.th/search?output=search&client=psy->
5. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. รายงานประจำปี 2556. ราชบุรี: ธรรมมาภิบาลการพิมพ์; 2556.
6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนกล้วย. รายงานการประเมินคุณภาพเครือข่ายปฐมภูมิ(PCAP profile) 2556 ราชบุรี: ธรรมมาภิบาลการพิมพ์; 2556.
7. พัสกร สงวนชาติ และคณะ. ผลการจัดการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลหน้าพระลาน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี. วารสารสุขศึกษา 2551;31: 81-110
8. นงนุช เสือพุ่มี. รายงานวิจัย ความเชื่อด้านสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลวัดเพลง อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีราช; 2551.
9. Green, L. W., & Kreuter, M. W.(1999). Health promotion planning an educational and ecological approach (3rd ed.). Toronto: Mayfield. prevention in Sarawak, Malaysia. Human Organization. 60: 281-7.
10. นงนุช เสือพุ่มี. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้กับพฤติกรรมกำป้องกันวันโรคของประชาชน ตำบลสวนกล้วย อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2556; 2:79-93
11. อรณัฐ พิศาลสุทธิกุล และคณะ. พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน กรณีศึกษา:หมู่บ้านในเขตตำบลควนโพธิ์ อำเภอเมืองจังหวัดสตูล. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2552; 27:81-89.
12. วิชัย พิลัยกุล. ผลการของการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมและป้องกันวันโรคบ้านนาสีนวล หมู่ที่ 5 ตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2553.



13. พูลสุข ช่วยทอง และคณะ. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารเกื้อการุณย์. 2556; 20:55-69.
14. รอยฮาน เจ๊ะหะ และคณะ. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก: กรณีศึกษาตำบลเขาต้อม อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี. วารสาร AL_NUR บัณฑิตวิทยาลัย. 2554; 6:129-141.



แบบจำลองเชิงสาเหตุของสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัย ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย

สุวัฒนา เกิดม่วง*
สุรินทร์ กลัมพากร**

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบแบบจำลองเชิงสาเหตุของสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย โดยแบบจำลองสมมติฐานเชิงสาเหตุในการศึกษานี้ใช้แนวคิดสมรรถนะของ Spencer กลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอนจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย จำนวน 940 คน (อัตราการตอบกลับร้อยละ 72.1) การเก็บข้อมูลใช้การส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างด้วยโปรแกรม AMOS

ผลการศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย โดย 4 ปัจจัย ประกอบด้วย ประสบการณ์ ความรู้ คุณลักษณะเฉพาะบุคคล และทักษะในการบริการอาชีวอนามัย สามารถอธิบายความแปรปรวนของสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยได้ร้อยละ 56 แบบจำลองเชิงสาเหตุของสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยที่พัฒนาจากแนวคิดสมรรถนะของ Spencer สามารถอธิบายรูปแบบของสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทยได้ดี ($\chi^2 = 0.71$, $df=1$, $p = 0.40$, $CFI = 1.00$, $GFI=1.00$, $RMSEA = 0.00$) โดยทักษะในการบริการอาชีวอนามัย มีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.56$, $p < .001$) ส่วนคุณลักษณะเฉพาะบุคคล ความรู้และประสบการณ์การทำงานอาชีวอนามัยมีอิทธิพลโดยอ้อมทางบวกต่อสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลผ่านทักษะในการบริการอาชีวอนามัย ($\beta = 0.44$, $p < .001$; $\beta = 0.07$, $p < .001$; $\beta = 0.05$, $p < .05$) ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่าทักษะในการบริการอาชีวอนามัยเป็นปัจจัยสื่อกลางระหว่างสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยและปัจจัยทำนายอื่น

ผลการวิจัยบ่งชี้ว่าแบบจำลองเชิงสาเหตุของสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัย สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย ทั้งนี้ การปรับปรุงพัฒนาควรเริ่มจากทักษะในการบริการอาชีวอนามัยก่อนเป็นอันดับแรก

คำสำคัญ : แบบจำลองเชิงสาเหตุ, สมรรถนะ, พยาบาล, การบริการอาชีวอนามัย, หน่วยบริการปฐมภูมิ, แนวคิดสมรรถนะของ Spencer

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



A Causal Model of Occupational Health Service Competencies Among Thai Primary Care Unit Nurses

Suwattana Kerdmuang*

Surintorn Kalampakorn**

Abstract

A cross-sectional study was designed to examine a causal model of Occupational Health Service Competencies (OHSC) of nurses working in primary care units (PCU). A hypothesized causal model based on Spencer's competency concept was used. Multistage random sampling was employed to obtain 940 nurses working at PCU nationwide (returned rate: 72.1%). Data were collected from the mailed questionnaires and analyzed using descriptive statistics and structural equation modeling in the Analysis of Moment Structures program (AMOS).

The findings revealed that four components of OHSC of nurses working in PCU, including OHS experiences, OHS knowledge, OHS traits, and OHS skills explained 56% of variance in the subject's OHSC. A causal model based on Spencer's competency concept explained OHSC of nurses working in Thai PCU well ($\chi^2 = 0.71$, $df=1$, $p = 0.40$, CFI = 1.00, GFI=1.00, RMSEA =0.00). The OHS skills had a total direct positive effect on OHSC of nurses working in PCU ($\beta =0.56$, $p<0.001$). The OHS traits, OHS knowledge, and OHS experiences were found to have an indirect positive effect on the OHSC of nurses working in PCU via OHS skill ($\beta =0.44$, $p<.001$; $\beta =0.07$, $p<.001$; $\beta =0.05$, $p<0.05$, respectively). Moreover, the OHS skills were found to be a mediator between OHSC and other predictors.

The research findings indicate that a causal model of OHSC of nurses working in Thai PCU could be used as a guideline in improving and developing OHSC. The interventions should start at OHS skills.

Keywords: Causal model, Competency, Nurse, Occupational health service, Primary care Unit, Spencer's competency concept

* Registered Nurse, Professional level / Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi

** Associate Professor / Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University



ความเป็นมาและความสำคัญ

ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมดจำนวน 65 ล้านคน พบว่าเป็นประชากรที่อยู่ในวัยแรงงานถึง 38.7 ล้านคน (ร้อยละ 59.5) ซึ่งแบ่งออกเป็นแรงงานในระบบจำนวน 14.4 ล้านคน (ร้อยละ 37.7) และแรงงานนอกระบบ 24.3 ล้านคน (ร้อยละ 62.3)¹ ปัจจุบันจำนวนของแรงงานทั้งในระบบและนอกระบบกำลังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และแรงงานเหล่านี้ถือเป็นประชากรที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศไทย² แต่พบว่าประชากรวัยแรงงานกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีโอกาสที่จะได้รับผลกระทบหรือเผชิญความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุในการทำงาน หรือโรคที่เกิดจากการทำงาน (Occupational Diseases) และโรคที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน (Work-related diseases)²⁻³ ดังนั้นการป้องกันและควบคุมโรคที่เกี่ยวข้องกับงาน จึงถือเป็นบทบาทหนึ่งของการบริการอาชีวอนามัย

การบริการอาชีวอนามัยของประเทศไทยกำลังอยู่ในขั้นการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากวิกฤตทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นในปี 2540 วิกฤตดังกล่าวส่งผลให้เกิดความถดถอยทางเศรษฐกิจและอัตราการจ้างงานที่ลดลง ทำให้มีธุรกิจขนาดเล็กเพิ่มมากขึ้น แต่ในปัจจุบันพบว่าการบริการอาชีวอนามัยเฉพาะแรงงานในระบบที่ทำงานในสถานประกอบการขนาดใหญ่เท่านั้น จึงส่งผลให้ขาดการบริการอาชีวอนามัยแก่แรงงานในสถานประกอบการขนาดเล็กจนถึงขนาดกลาง (small and medium enterprises scale : SMEs) เกษตรกร แรงงานที่รับงานไปทำที่บ้าน ซึ่งเป็นแรงงานนอกระบบที่เป็นกลุ่มแรงงานที่มีขนาดใหญ่ที่สุดด้วย ด้วยเหตุนี้ จึงควรมีการให้บริการอาชีวอนามัยแก่แรงงานกลุ่มดังกล่าวตามความเสี่ยงของงานด้วยดังเช่นที่แรงงานในระบบได้รับ³⁻⁴

ด้วยเหตุนี้ หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Units) จึงเป็นหน่วยงานที่เหมาะสมต่อการบริการอาชีวอนามัยและการดูแลสุขภาพของแรงงานกลุ่มนี้ แต่พบว่าการดำเนินงานบริการ อาชีวอนามัยดังกล่าวยังไม่เป็นรูปธรรมเนื่องจากส่วนใหญ่พบว่า ขาดบุคลากรที่มีความรู้ และสมรรถนะในด้านนี้^{1,3,4} และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าพยาบาลวิชาชีพถือเป็น

บุคคลสำคัญในการให้บริการดูแลด้านสุขภาพแก่ประชาชน ซึ่งจะเห็นได้ชัดเจนจากจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีพยาบาลปฏิบัติงาน จำนวนถึง 9,444 แห่ง จากหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด 9,537 แห่ง⁵ ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นผู้ที่เหมาะสมในการให้บริการอาชีวอนามัยแก่แรงงานในชุมชน ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงเป็นเหตุผลให้พยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย ควรมีสมรรถนะในการบริการอาชีวอนามัยให้แก่แรงงานในชุมชนไม่ว่าจะเป็น แรงงานในสถานประกอบการขนาดเล็กจนถึงขนาดกลาง เกษตรกร แรงงานที่รับงานไปทำที่บ้านและแรงงานนอกระบบ

ปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลจะมุ่งเน้นไปที่สมรรถนะของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหรือสถาบันการศึกษาเป็นส่วนใหญ่⁵⁻⁶ อย่างไรก็ตามมีการศึกษาและประเมินเฉพาะสมรรถนะของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการเท่านั้น ซึ่งชี้ให้เห็นว่าเป็นการประเมินสมรรถนะที่เหมาะสมกับบริบทการทำงานของพยาบาลอาชีวอนามัยมากกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ⁷⁻⁸ มีงานวิจัยที่ได้ทำการศึกษาสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ศึกษาในภาพรวมเท่านั้น⁵ ผลการศึกษาพบว่าบทบาทด้านการดูแลประชากรกลุ่มแรงงานเป็นบทบาทย่อย^{2,5}

นอกจากนี้ พบว่า การศึกษาสมรรถนะของพยาบาลส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นไปที่สมรรถนะด้านทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานเท่านั้น แต่สำหรับสมรรถนะของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนหรือในพื้นที่ชนบทนั้น กลับต้องการพยาบาลที่มีทั้งความรู้ ทักษะและคุณลักษณะเฉพาะของบุคคล ซึ่งรวมถึง ค่านิยม ทัศนคติและประสบการณ์การทำงานในการปฏิบัติงานนอกเหนือจากทักษะที่มีเพียงด้านเดียว ซึ่งปัจจัยทั้งหลายนี้จะส่งผลโดยตรงต่อการเกิดสมรรถนะเพราะทำให้บุคคลมีความมุ่งมั่นสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ^{5,9} ดังนั้นสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาสมรรถนะที่ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะเฉพาะ



ของบุคคล ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้มีความสอดคล้องกับแนวคิดสมรรถนะของ Spencer⁹ ในการศึกษาครั้งนี้แนวคิดดังกล่าวจึงถูกนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิด ทฤษฎีของการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นพบช่องว่างในการวิจัยที่ผ่านมา คือ ยังไม่มีการศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานปฐมภูมิไทย และจากการศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าสมรรถนะในการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นการศึกษา บทบาทและสมรรถนะในการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลอาชีวอนามัยที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการ หรือในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ และศึกษาในลักษณะหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับบทบาทหรือสมรรถนะในการปฏิบัติงานเท่านั้น ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงศึกษาตัวแปรสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย โดยแนวคิดสมรรถนะของ Spencer⁹ ซึ่งประกอบด้วย ความรู้ ทักษะและคุณลักษณะเฉพาะของบุคคล มาทำการศึกษา โดยทดสอบแบบจำลองเชิงสาเหตุ (Causal Model) ในรูปแบบของความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัย ของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย และเป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอน การฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของพยาบาลให้มีสมรรถนะที่สอดคล้องกับสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับการบริการอาชีวอนามัย รวมทั้งใช้ในการพัฒนามาตรฐานการบริการอาชีวอนามัยสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทยต่อไป ซึ่งจะส่งผลต่อการจัดบริการอาชีวอนามัยที่เหมาะสมแก่แรงงานในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อทดสอบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของแบบจำลองสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย

กรอบแนวคิดการวิจัย

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ใช้ กรอบความคิดสมรรถนะของ Spencer⁹ ตามแนวความคิดนี้ สมรรถนะคือ ความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะเฉพาะของบุคคล

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 9,444 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Cochran¹⁰ ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 622 คน และควรเพิ่มจำนวนตัวอย่างอีกร้อยละ 50 ในกรณีที่ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ เพื่อป้องกันการสูญหาย และการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์¹⁰ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้รวมทั้งสิ้น 940 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling technique) ซึ่งมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและมีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี และจะไม่ย้ายออกภายใน 6 เดือน และ 2) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยรวบรวมจากการศึกษาองค์ประกอบของสมรรถนะการบริการ อาชีวอนามัยตามกรอบความคิดสมรรถนะของ Spencer⁹ และแนวคิดการบริการอาชีวอนามัยขั้นพื้นฐาน¹¹ เพื่อนำมาสร้างแบบสอบถามในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ และค้นหาแบบจำลองสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย โดยแบบสอบถามที่สร้างขึ้นแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามแบบเติมคำและมีตัวเลือกให้เลือกตอบ 2) แบบสอบถามความรู้การบริการ อาชีวอนามัย 3) แบบสอบถามคุณลักษณะเฉพาะของบุคคลด้านการ



บริการอาชีวอนามัย 4) แบบสอบถามทักษะการบริการอาชีวอนามัย และ 5) แบบสอบถามสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัย ซึ่งลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ซึ่งแบบสอบถามทั้ง 5 ส่วนได้ให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) และความสอดคล้องตลอดจนความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ นอกจากนั้นนำแบบสอบถามดังกล่าวไปทดสอบความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Reliability) กับพยาบาลที่ปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย จำนวน 30 คน ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ พบว่า ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) มีค่าระหว่าง .95 ถึง .97 และ ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าระหว่าง .96 ถึง .98

4. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ด้านจริยธรรมของผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยติดต่อขออนุมัติหนังสือจากวิทยาลัยฯ ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ทั้ง 76 จังหวัด เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล โดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์แก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย จำนวน 940 คน โดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-administered questionnaire)

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) และข้อมูลสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยที่ประเมินโดยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย ถูกนำมาทดสอบแบบจำลองเชิง

สาเหตุของสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย ด้วยวิธีสมการโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM) โดยวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติ Analysis of Moment Structures (AMOS)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากแบบสอบถามจำนวน 940 ฉบับ ที่ส่งไปยังพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย ถูกส่งกลับมาจำนวน 684 ฉบับ (72.2%) และพบว่ามี 678 ฉบับ (72.1%) ที่สามารถใช้ทดสอบแบบจำลองเชิงสาเหตุของสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทยได้

1. ข้อมูลทั่วไป

จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.2 เพศชาย ร้อยละ 6.8 โดยมีช่วงอายุระหว่าง 22 ถึง 58 ปี ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 39.0 ± 7.3 ปี ($\bar{X} = 39.0$, $SD = 7.3$) ด้านสถานภาพ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 67.7 รองลงมา คือ สถานภาพโสด ร้อยละ 23.5 และโดยส่วนใหญ่พบว่าจบการศึกษาระดับปริญญาตรีทางพยาบาล หรือเทียบเท่า ถึงร้อยละ 92.5 และมีเพียงร้อยละ 7.5 ของกลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาในระดับปริญญาโททางพยาบาล ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ร้อยละ 71.7

ประสบการณ์ในการทำงาน พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์ในการทำงานอยู่ระหว่าง 1 ถึง 37 ปี โดยมีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 15.9 ± 7.8 ปี ($\bar{X} = 15.9$, $SD = 7.8$) และในส่วนของประสบการณ์การทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย พบว่า มีประสบการณ์ในการทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย อยู่ระหว่าง 1 ถึง 36 ปี โดยมีระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 11.8 ± 7.7 ปี ($\bar{X} = 11.8$, $SD = 7.7$) และเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ให้ข้อมูล (ร้อยละ 45.4) มีประสบการณ์ในการทำงานด้านอาชีวอนามัย โดยมีประสบการณ์ในการให้บริการอาชีวอนามัยระหว่าง 1 ถึง 28 ปี เฉลี่ย 2.2 ± 1.0 ปี ($\bar{X} = 2.2$, $SD = 1.0$)



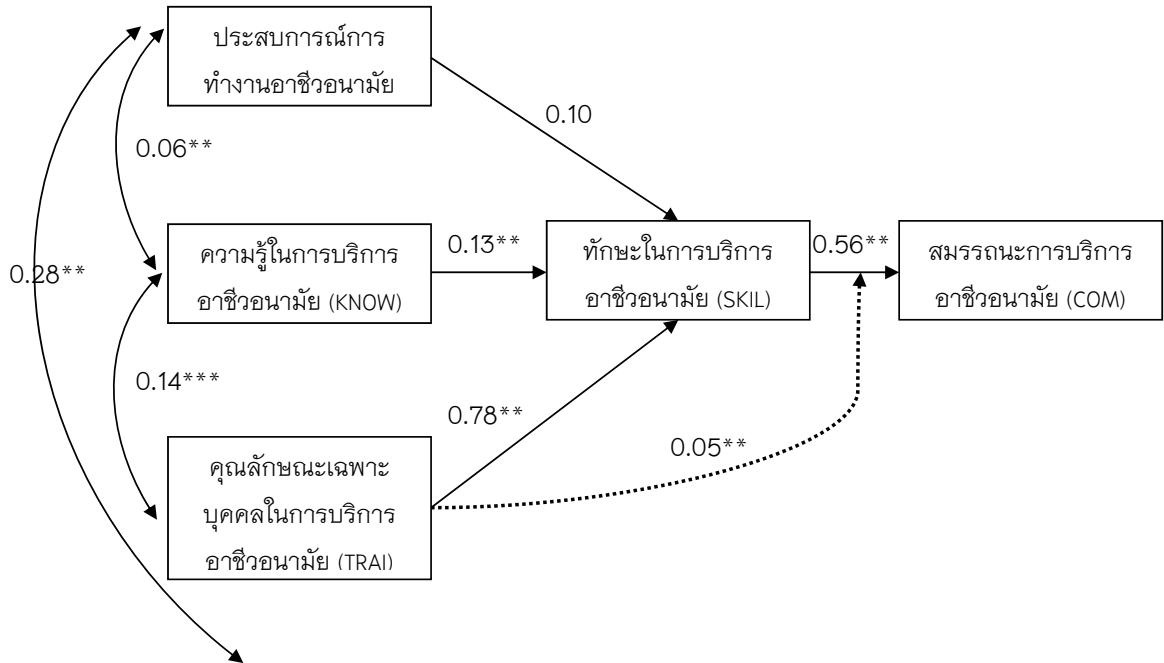
สำหรับการฝึกอบรมวิชาการหรือฝึกปฏิบัติการให้บริการอาชีวอนามัย พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.0) ไม่ได้รับการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการอาชีวอนามัย อย่างไรก็ตาม มีเพียง 99 คน (ร้อยละ 14.6) ที่ได้เข้าร่วมการฝึกอบรมดังกล่าว โดยพบว่า ผู้ที่ได้เข้าร่วมการฝึกอบรมการให้บริการอาชีวอนามัยส่วนใหญ่ ได้รับการฝึกอบรมในหลักสูตร อาชีวอนามัยระยะสั้น คิดเป็นร้อยละ 9.0 และมีเพียงร้อยละ 1.9 ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการอบรมในหลักสูตร เฉพาะทางพยาบาลอาชีวอนามัย(หลักสูตร 4 เดือน) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

2. ทดสอบแบบจำลองเชิงสาเหตุของสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย

ผลการทดสอบแบบจำลองเชิงสาเหตุของสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย พบว่า แบบจำลองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในเกณฑ์ดี ผลการทดสอบค่าสถิติไค-สแควร์ (χ^2) มีค่าเท่ากับ 0.71 องศาอิสระ (df) เท่ากับ 1 โดยมีค่าความน่าจะเป็น (p-value) เท่ากับ 0.40 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบ (GFI) เท่ากับ 1.00 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) เท่ากับ 0.99 ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบ (CFI) เท่ากับ 1.00 ค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคาดเคลื่อนมาตรฐาน (SRMR) เท่ากับ 0.0058 ค่ารากที่สองของค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนกำลังสองของการประมาณค่า (RMSEA) เท่ากับ 0.00 และค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ของตัวแปรตาม ได้แก่ ทักษะในการบริการอาชีวอนามัย (SKIL) และ สมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย (COM) มีค่าเท่ากับ 0.51 และ 0.56 ตามลำดับ แสดงว่าตัวแปรอิสระทั้งหมดในแบบจำลองสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรทักษะในการบริการอาชีวอนามัย (SKIL) และ สมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย (COM) ได้ร้อยละ 51 และ 56 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาเส้นทางอิทธิพลที่ส่งผลต่อสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย (COM) พบว่า ตัวแปรที่ส่งผลสูงสุด คือ ทักษะในการบริการอาชีวอนามัย (SKIL) มีอิทธิพลทางตรงต่อสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย (COM) ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.56 รองลงมาคือ ทักษะในการบริการอาชีวอนามัย (SKIL) ร่วมกับคุณลักษณะเฉพาะของบุคคลในการบริการอาชีวอนามัย (TRAI) มีอิทธิพลทางตรงต่อสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย (COM) ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.05 ทั้งนี้คุณลักษณะเฉพาะของบุคคลในการบริการอาชีวอนามัย (TRAI) ความรู้ในการบริการอาชีวอนามัย (KNOW) และประสบการณ์การทำงานอาชีวอนามัย (EXP) มีอิทธิพลทางตรงต่อทักษะในการบริการอาชีวอนามัย (SKIL) โดยมีขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.78, 0.13 และ 0.10 ตามลำดับ

ประสบการณ์การทำงานอาชีวอนามัย (EXP) มีอิทธิพลทางอ้อมต่อสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย (COM) ผ่านทางทักษะในการบริการอาชีวอนามัย (SKIL) ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.05 ความรู้ในการบริการอาชีวอนามัย (KNOW) มีอิทธิพลทางอ้อมต่อสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย (COM) ผ่านทางตัวแปรทักษะในการบริการอาชีวอนามัย (SKIL) ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.07 และคุณลักษณะเฉพาะของบุคคลในการบริการอาชีวอนามัย (TRAI) มีอิทธิพลทางอ้อมต่อสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย (COM) ผ่านทางทักษะในการบริการอาชีวอนามัย (SKIL) ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.44 ดังรายละเอียดตามแผนภาพที่ 1 และตารางที่ 2



แผนภาพที่ 1 แบบจำลองเชิงสาเหตุของสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย
(n=678)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	632	93.2
ชาย	46	6.8
อายุ (ปี)		
20-30	78	11.5
31-40	326	48.1
41-50	241	35.5
51-60	31	4.6
ไม่ระบุ	2	0.3
Min= 22 Max = 58 Mean = 39.0 SD = 7.3		
สถานภาพสมรส		
สมรส (คู่)	459	67.7
โสด	159	23.5
หม้าย/หย่า/แยก	60	8.8
ระดับการศึกษาสูงสุดทางการพยาบาล		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	627	92.5
ปริญญาโท	51	7.5
ตำแหน่งปัจจุบัน		
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	108	16.0
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	486	71.7
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	47	6.9
พยาบาลวิชาชีพ (อัตราจ้าง/ลูกจ้างเงินบำรุง)	36	5.3
ไม่ระบุ	1	0.1
ประสบการณ์การทำงาน(ปี)		
1-10	175	25.8
11-20	307	45.3
> 20	185	27.3
ไม่ระบุ	11	1.6
Min= 1 Max = 37 Mean = 15.9 SD = 7.8		



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย (n=678)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน(ปี)		
1-10	538	79.4
11-20	117	17.3
21-30	17	2.5
ไม่ระบุ	6	0.8
Min= 1 Max = 29 Mean = 7.4 SD = 5.1		
ประสบการณ์การทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย (ปี)		
1-10	337	49.7
11-20	253	37.3
> 20	84	12.4
ไม่ระบุ	4	0.6
Min= 1 Max = 36 Mean = 11.8 SD = 7.7		
การฝึกอบรมวิชาการ หรือฝึกปฏิบัติการให้บริการอาชีวอนามัย		
ไม่ระบุ	3	0.4
ไม่เคย	576	85.0
เคย**	99	14.6
- พยาบาลอาชีวอนามัยระยะสั้น 60 ชั่วโมง	37	5.5
- เฉพาะทางพยาบาลอาชีวอนามัย หลักสูตร 4 เดือน	13	1.9
- หลักสูตรอื่น ๆ	61	9.0
ประสบการณ์การทำงานด้านอาชีวอนามัย		
ไม่มี	370	54.4
มี	308	45.4
- 1-10 ปี	223	72.4
- 6-10 ปี	75	24.4
- >10 ปี	10	3.2
Min= 1 Max = 28 Mean = 2.2 SD = 1.0		

** เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ



ตารางที่ 2 ค่าอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลรวมของแบบจำลองเชิงสาเหตุของสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย

ตัวแปรสาเหตุ	ตัวแปรผล					
	SKIL			COM		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE
- ประสบการณ์การทำงานอาชีวอนามัย (EXP)	0.10* (0.05)	-	0.10* (0.05)	-	0.05* (0.03)	0.05* (0.03)
- ความรู้ในการบริการอาชีวอนามัย (KNOW)	0.13*** (0.03)	-	0.13*** (0.03)	-	0.07*** (0.02)	0.07*** (0.02)
- คุณลักษณะเฉพาะของบุคคลในการบริการอาชีวอนามัย (TRAI)	0.78*** (0.04)	-	0.78*** (0.04)	-	0.44*** (0.05)	0.44*** (0.05)
- ทักษะในการบริการอาชีวอนามัย (SKIL)				0.56*** (0.06)	-	0.56*** (0.06)
- ทักษะในการบริการอาชีวอนามัย*คุณลักษณะเฉพาะของบุคคลในการบริการอาชีวอนามัย (SKIL*TRAI)				0.05*** (0.00)		0.05*** (0.00)
ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (r ²)	0.51			0.56		

ค่าสถิติ $\chi^2 = 0.71$, $df=1$, $p = 0.40$, $RMSEA = 0.00$, $RMR = 0.027$, $SRMR = 0.0058$, $NEI = 1.00$, $NNFI = 1.00$, $CFI = 1.00$, $IFI = 1.00$, $GFI = 1.00$, $AGFI = 0.99$ * $p < .05$

** $P < .01$ *** $P < .001$



อภิปรายผลการวิจัย

ผลการทดสอบแบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย พบว่า แบบจำลองมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในเกณฑ์ดี ซึ่งจากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าทักษะในการบริการอาชีวอนามัยและปฏิสัมพันธ์ระหว่างทักษะในการบริการอาชีวอนามัยกับคุณลักษณะเฉพาะของบุคคลในการบริการอาชีวอนามัยมีอิทธิพลทางตรงต่อสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย ในขณะที่คุณลักษณะเฉพาะของบุคคลในการบริการอาชีวอนามัย ความรู้ในการบริการอาชีวอนามัย และประสบการณ์การทำงานอาชีวอนามัยมีอิทธิพลทางอ้อมต่อสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทยผ่านทางทักษะในการบริการอาชีวอนามัย ซึ่งเป็นไปตามกรอบแนวคิดสมรรถนะของ Spencer⁹ ที่ใช้เป็นการกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยแนวคิดดังกล่าวอธิบายว่า “สมรรถนะ” เป็นสิ่งที่มีอยู่ในตัวบุคคลซึ่งถือเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล เพื่อให้บรรลุถึงความต้องการของงานภายใต้ปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ คุณลักษณะเฉพาะของบุคคล ซึ่งประกอบด้วย แรงจูงใจ ค่านิยม ทศนคติรวมทั้งประสบการณ์การทำงาน ซึ่งปัจจัยทั้งหลายนี้ ส่งผลโดยตรงต่อการเกิดสมรรถนะ เพราะทำให้บุคคลมีความมุ่งมั่นสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ นอกจากนี้คุณลักษณะเฉพาะของบุคคลยังมีความสัมพันธ์กับทักษะในการบริการอาชีวอนามัย ส่งผลต่อการเกิดสมรรถนะด้วย เนื่องจาก Spencer⁹ ระบุว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลเป็นองค์ประกอบของสมรรถนะที่อยู่ลึกลงไปหรือซ่อนอยู่ภายในตัวบุคคล (Hidden competency) ได้แก่ ทศนคติ ค่านิยม และภาพลักษณ์ของตนเองในการที่จะผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมหรือทักษะได้อย่างเด่นชัด (Visible competency)

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. ทักษะในการบริการอาชีวอนามัย มีอิทธิพล

ทางตรงเชิงบวกต่อสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย แสดงว่าพยาบาลมีความสามารถในการทำงานด้วยความคล่องแคล่ว ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งทักษะในการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย ประกอบด้วย การให้บริการอาชีวอนามัยในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย การให้บริการอาชีวอนามัยในชุมชน การให้บริการอาชีวอนามัยอย่างต่อเนื่อง การจัดการข้อมูลอาชีวอนามัย การประสานความร่วมมือ การสื่อสารอาชีวอนามัย และการวิจัยและการนำผลการวิจัยไปใช้ เมื่อพยาบาลมีความสามารถในทักษะดังกล่าว ก็จะแสดงผ่านทางพฤติกรรมการทำงานและส่งผลให้เกิดสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัย ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดสมรรถนะของ Spencer⁹ นอกจากนี้ พบว่าผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยหลายชิ้นว่าหากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทยขาดทักษะดังกล่าวจะส่งผลต่อความสามารถหรือสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยแก่ประชากรวัยแรงงาน^{4,7,8,12,13}

2. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างทักษะกับคุณลักษณะเฉพาะบุคคลในการบริการอาชีวอนามัยมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย แสดงว่าเมื่อพยาบาลมีคุณลักษณะเฉพาะของบุคคล ซึ่งประกอบด้วยแรงจูงใจ ค่านิยม ทศนคติในการจัดบริการอาชีวอนามัยและมีทักษะในการบริการอาชีวอนามัยด้วย ก็จะมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสามารถหรือสมรรถนะในการบริการอาชีวอนามัย เนื่องจากคุณลักษณะส่วนบุคคลเป็นองค์ประกอบของสมรรถนะที่อยู่ลึกลงไปหรือซ่อนอยู่ภายในตัวบุคคล (Hidden competency) ในการที่จะผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมหรือทักษะได้อย่างเด่นชัด (Visible competency) มากขึ้น เช่น หากพยาบาลที่แสดงออกถึงความกระตือรือร้น ความสนใจในงานอาชีวอนามัยก็จะมีพฤติกรรมในการแสดงความสามารถหรือสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยสูงกว่าพยาบาลที่ขาดความ



สนใจในงาน^{13,14} ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับสมรรถนะพยาบาล อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม^{7,15}

3. ประสิทธิภาพการทำงานอาชีวอนามัยมีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย ผ่านทางตัวแปรทักษะในการบริการอาชีวอนามัย แสดงว่าการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพการทำงานอาชีวอนามัยจะทำให้เกิดทักษะการบริการอาชีวอนามัย แล้วจึงทำให้เกิดสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัย แต่ประสิทธิภาพการทำงานเพียงอย่างเดียวไม่ได้มีผลโดยตรงต่อสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดสมรรถนะของ Spencer⁹ ที่กล่าวว่าสมรรถนะเกิดจากการสั่งสมประสิทธิภาพการทำงานในเรื่องนั้นๆ ของแต่ละบุคคล หากบุคคลใดที่มีประสิทธิภาพการทำงานเป็นระยะเวลานานก็จะแสดงออกซึ่งพฤติกรรมการทำงานที่โดดเด่นและเชี่ยวชาญ นอกจากนี้ พบว่าผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของ Non-tapet และคณะ¹⁵ ที่พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการทำงานและสมรรถนะของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าหากพยาบาลที่มีประสิทธิภาพการทำงาน ซึ่งหมายรวมถึงการได้รับการอบรม ระยะเวลาการทำงานจะสามารถเพิ่มศักยภาพในการจัดบริการอาชีวอนามัยได้¹³

4. ความรู้ในการบริการอาชีวอนามัยมีอิทธิพลทางอ้อมทางเชิงบวกต่อสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย ผ่านทางตัวแปรทักษะในการบริการอาชีวอนามัย แสดงว่า พยาบาลมีข้อมูลที่มีอยู่ในตัวของบุคคลประกอบด้วย หลักการด้านการบริการอาชีวอนามัย การบูรณาการงานอาชีวอนามัยร่วมกับงานอนามัยชุมชน การศึกษาเบื้องต้นสำหรับการเจ็บป่วยจากการประกอบอาชีพ การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพและกฎหมาย เมื่อพยาบาลมีความรู้ดังกล่าวก็จะแสดงผ่านทางพฤติกรรมปฏิบัติงานและสั่งสมให้เกิดสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัย ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดสมรรถนะของ

Spencer⁹ นอกจากนั้น พบว่าผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของ Elma และคณะ¹² และ Rogers¹³ ที่พบว่าการศึกษาความรู้ด้านอาชีวอนามัยของของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทยนั้น ทำให้เป็นอุปสรรคในการประเมินปัญหาด้านอาชีวอนามัยและให้คำแนะนำในเรื่องอาชีวอนามัยสำหรับแรงงานในชุมชน

5. คุณลักษณะเฉพาะบุคคลในการบริการอาชีวอนามัยมีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย ผ่านทางตัวแปรทักษะในการบริการอาชีวอนามัย นอกจากนี้ยังพบว่าตัวแปรคุณลักษณะเฉพาะบุคคลในการบริการอาชีวอนามัยมีอิทธิพลทางตรงต่อตัวแปรทักษะในการบริการอาชีวอนามัยโดยมีขนาดอิทธิพลสูงถึง 0.78 ทั้งนี้คุณลักษณะเฉพาะบุคคลในการบริการอาชีวอนามัย ซึ่งประกอบด้วยแรงจูงใจ ค่านิยม ทักษะคิดรวมทั้งประสิทธิภาพการทำงาน ซึ่งปัจจัยทั้งหลายนี้ ส่งผลโดยตรงต่อการเกิดสมรรถนะเพราะทำให้บุคคลมีความมุ่งมั่นสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ นอกจากนี้คุณลักษณะเฉพาะของบุคคลยังมีความสัมพันธ์กับทักษะในการบริการอาชีวอนามัย ส่งผลต่อการเกิดสมรรถนะด้วย เนื่องจาก Spencer⁹ ระบุว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลเป็นองค์ประกอบของสมรรถนะที่อยู่ลึกลงไปหรือซ่อนอยู่ภายในตัวบุคคล (Hidden competency) ได้แก่ ทักษะคิด ค่านิยม และภาพลักษณ์ของตนเองในการที่จะผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมหรือทักษะได้อย่างเด่นชัด (Visible competency) นอกจากนั้น พบว่าผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของ Rogers¹³ ที่พบว่ามีความสัมพันธ์ประสิทธิภาพการได้รับการอบรมและสมรรถนะของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าหากพยาบาลที่ได้รับการอบรม โดยเฉพาะการได้รับการอบรมเฉพาะทาง อาชีวอนามัย จะสามารถเพิ่มศักยภาพหรือสมรรถนะในการจัดบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทยได้¹³



ทั้งนี้สมรรถนะในการจัดบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย ประกอบด้วยความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะส่วนบุคคลที่ซ่อนอยู่ภายในตัวบุคคล ซึ่งสามารถผลักดันให้ปัจเจกบุคคลนั้นสร้างผลการปฏิบัติงานที่ดีหรือตามเกณฑ์ที่กำหนดในงานที่บุคคลนั้นรับผิดชอบ ซึ่งพบว่าผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิดสมรรถนะของ Spencer⁹ ที่ว่าสมรรถนะแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) สมรรถนะที่สังเกตได้หรือเห็นได้ (Visible competency) ได้แก่ ความรู้และทักษะซึ่งเป็นสมรรถนะที่มีโอกาสพัฒนาได้ง่าย ในการศึกษาครั้งนี้ สมรรถนะที่สังเกตได้หรือเห็นได้ คือ ความรู้และทักษะในการบริการอาชีวอนามัย และ 2) สมรรถนะที่อยู่ลึกลงไปหรือซ่อนอยู่ภายในตัวบุคคล (Hidden competency) นับเป็นสมรรถนะที่ยากต่อการวัดและพัฒนา ได้แก่ แรงจูงใจ ทศนคติ และประสิทธิภาพการทำงาน สำหรับการศึกษานี้ สมรรถนะที่อยู่ลึกลงไปหรือซ่อนอยู่ภายในตัวบุคคล คือ คุณลักษณะส่วนบุคคลในการบริการอาชีวอนามัยที่ครอบคลุมถึงแรงจูงใจ ทศนคติ และประสิทธิภาพการทำงานอาชีวอนามัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. กระทรวงสาธารณสุข หรือองค์การวิชาชีพพยาบาล เช่น สภาการพยาบาล ควรเร่งผลักดันให้งานอาชีวอนามัยเป็นนโยบายหรือเป็นตัวชี้วัดในการทำงานของหน่วยบริการปฐมภูมิไทยเพราะจะทำให้ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย เกิดความกระตือรือร้น ใฝ่หาความรู้ในด้านนี้เพิ่มขึ้น
2. พยาบาลอาชีวอนามัยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์ ควรเป็นผู้ให้คำแนะนำ คำปรึกษาและเป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงานบริการอาชีวอนามัยแก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย รวมทั้งแบ่งปันทรัพยากร (sharing resources) แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ได้แก่ งบประมาณ, กำลังคน / บุคลากร, อุปกรณ์, และโปรแกรมหรือวิธีการในการส่งเสริมและป้องกันปัญหา ด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม

3. องค์การวิชาชีพพยาบาลและสถาบันการศึกษาพยาบาลควรเพิ่มเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับ อาชีวอนามัยในหลักสูตรปริญญาตรีและหลังปริญญาตรี เช่น หลักสูตรการอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป

4. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดอบรมเกี่ยวกับอาชีวอนามัยแก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทยและควรมีการจัดอบรมต่อยอดและเพิ่มพูนความรู้ในระดับที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องด้วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษานี้ พบว่า ทักษะการบริการอาชีวอนามัยกับคุณลักษณะเฉพาะของบุคคลเป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย ดังนั้นในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาในลักษณะของการประยุกต์ใช้ตัวแปรดังกล่าวเพื่อการพัฒนาสมรรถนะในการบริการอาชีวอนามัย เช่น การวิจัยเชิงทดลอง หรืองานวิจัยเชิงพัฒนาตามแนวคิดสมรรถนะของ Spencer เพื่อพัฒนาสมรรถนะดังกล่าวของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย

2. การศึกษานี้ ศึกษาแบบจำลองสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทย สำหรับการศึกษานี้ต่อไป ควรมีการออกแบบโปรแกรมในการพัฒนาศักยภาพสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัย โดยเฉพาะองค์ประกอบสมรรถนะด้านความรู้และทักษะการบริการอาชีวอนามัย

3. การศึกษานี้ ทดสอบแบบจำลองเชิงสาเหตุของสมรรถนะในการบริการอาชีวอนามัยโดยให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไทยประเมินด้วยตนเอง (self-assessment) สำหรับการศึกษานี้ต่อไปควรมีการประเมินสมรรถนะการบริการอาชีวอนามัยโดยผู้ร่วมงานหรือผู้รับบริการ เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะในการบริการอาชีวอนามัย ผลลัพธ์การบริการอาชีวอนามัยและคุณภาพของการให้บริการ



4. การศึกษาคั้งนี้ ศึกษาข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง ในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อ ทดสอบแบบจำลองเชิงสาเหตุของสมรรถนะการบริการ อาชีวอนามัย สำหรับการศึกษาคั้งต่อไปควรศึกษากับ กลุ่มตัวอย่างอื่น เช่น พยาบาลอาชีวอนามัยเพื่อเป็นการ ยืนยันความถูกต้องของแบบจำลอง

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่องนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข และ สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

1. Siriruttanaprak S, Anantagunlathi P. Occupational health and safety situation and research priority in Thailand. *Ind Health*. 2004; 42(2): 135–140.
2. Kalampakorn S. Nurses' roles in provision of health care services for home-based workers. *Faculty of nursing, Burapa University Journal*. 2002; 10(3): 42–51.
3. Kalampakorn S. Occupational health nursing in Thailand: Insight into international occupational health. *AAOHN*. 2003; 51(2): 79–83.
4. Wittayapun Y, Lagampan S, Kalampakorn S, Rogers B, Vorapongsathorn T. Application of the occupational health services model in Thai primary care units. *AAOHN*. 2008; 56 (5): 197–205.
5. Thailand Nursing and Midwifery Council. Nurse and the health service system at primary care unit. *Health System Research Institute (HSRI)*: Bangkok, 2009.
6. Benner P. From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park: Addison-Wesley Publishing Company, 2001.
7. American Association of Occupational Health Nurses. *Competencies in Occupational and Environmental Health Nursing*. AAOHN. 2007; 55(11): 442–447.
8. Jantian P, Rashainbunyawat K, Tantawutho V, Khemtong P. A development of professional competency standard of occupational health nurses in the industrial enterprises. *Ministry of Public Health: Nonthaburi*, 2008.
9. Spencer LM, Spencer SM. *Competence at work: Models for superior performance*. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1993.
10. Cochran WG. *Sampling techniques*. (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons, 1977.
11. Rantanen J. Basic occupational health services. *African Newsletter on Occupational Health and Safety*. 2005; 15: 34–37.
12. Elma J, et al. The perceptions of occupational health in primary care. [cited 2011 August, 25]; Available from: <http://ocmed.oxfordjournals.org/cgi/reprint/kqi123v1>
13. Rogers B. *Occupational and environmental health nursing: Concept and practice*. (2nd ed.). Philadelphia: Saunders, 2003.
14. Childre F. Nurse managed occupational health services: A primary care model in practice. *AAOHN*. 1997; 45(10): 486–490.
15. Nontapet O, Isaramalai S, Petpichatchain, Brooks CW. Conceptual structure of primary care competency for Thai primary care unit (PCU) nurses. *Thai J Nurs Res*. 2008; 12 (3): 195–209.



การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมสมรรถนะทาง วัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้

ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์*
ศศิณาภรณ์ ชูดำ**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ การดำเนินการวิจัย มี 2 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การพัฒนาการเรียนการสอน โดยศึกษาจากเอกสารและจัดสนทนากลุ่มกับอาจารย์พยาบาล 6 คน พยาบาลวิชาชีพ 6 คน และ หญิงตั้งครรภ์ 6 คน ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง และนำมาร่างรูปแบบ 2) การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนการสอน โดยประเมินสมรรถนะทางวัฒนธรรมกับกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำนวน 84 คน สุ่มแบบแบ่งชั้น ได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 42 คน ดำเนินการสอนกลุ่มทดลองโดยใช้ชุดการสอนที่ส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ ส่วนกลุ่มควบคุมสอนปกติตามหลักสูตร เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ชุดการสอนที่ส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ แบบประเมินสมรรถนะทางวัฒนธรรมและแบบประเมินความพึงพอใจของนักศึกษา ซึ่งผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิและได้หาค่าความเที่ยงของแบบประเมิน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.71, 0.76 และ 0.93 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการทดสอบค่าที ผลการวิจัยพบว่า

1) รูปแบบการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้น มีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ แนวคิดและหลักการพื้นฐานที่เน้นความแตกต่างทางวัฒนธรรม วัตถุประสงค์ ผลลัพธ์ที่คาดหวัง สารการเรียนการสอน กระบวนการเรียนการสอนที่สอดคล้องเนื้อหาเกี่ยวกับวัฒนธรรมในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์และใช้วิธีการสอน ให้เข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น เรียนรู้ประสบการณ์ตรงบนความแตกต่างทางวัฒนธรรม และประยุกต์ใช้ความรู้ในการวางแผนการพยาบาลผู้รับบริการให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม

2) ประสิทธิภาพของรูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะทางวัฒนธรรมโดยรวม แตกต่างกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าด้านความรู้และด้านตระหนักรู้มีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3) ความพึงพอใจในการจัดการเรียนการสอน ทั้งรายด้านและโดยรวมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการวิจัย รูปแบบการเรียนการสอนนี้ควรได้รับการเผยแพร่และนำไปใช้เพื่อส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ต่อไป

คำสำคัญ : รูปแบบการเรียนการสอน สมรรถนะทางวัฒนธรรม นักศึกษาพยาบาล การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์



A Development of an Instructional Model Emphasizing Cultural Competency of Nursing Students for Antenatal care in Three Southern Border Provinces of Thailand

Siriphan Siriphan*

Sasinaporn Choodam **

Abstract

This study aimed to (1) develop the instructional model, and (2) evaluate the effectiveness of the learning and teaching model for the cultural competency of nursing students. The research process was conducted in two stages as follows : The first stage was development of a culture – based teaching model of nursing students through a literature review and participating group discussion by interviewing 6 nursing teachers, 6 nurses, and 6 pregnant women which were selected and used to draft out the instructional model. The second stage was conducted to evaluate the effectiveness of the learning and teaching model. The samples were 84 nursing students who were randomly stratified. 42 of the samples were randomly assigned into each of the experimental and the control group. The employed research instruments comprised of an instructional package enhancing cultural competency on the topic of antenatal care, a self–assessment on cultural competency, and evaluation avaluation form, which were tested for their validity and reliability. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation and T–test.

Research findings showed that

1) the development of the learning and teaching method was composed of main components as follows: the concepts and basic principles emphasizing on cultural diversity; objectives and expected outcomes; learning and teaching contents ; instructional processes with immersion of cultural contents in antenatal care and using the teaching method to encourage the learner to understand oneself, understand others and acquire direct experience on cultural diversity, and to apply the obtained knowledge in taking care of the client’s health in accordance with his/her own culture.

2) the effectiveness of the learning and teaching model for the cultural competency of the nursing student found that cultural efficiency in the average of experimental group was significantly dissimilar from control group at the 0.05 level. The domain of cultural knowledge and cultural awareness group was significantly different at the 0.05 level.

3) The satisfaction of students in terms of their advantages of teaching and learning methods found that the experimental group was statistically significantly higher than the control group at the 0.05 level.

It can be promoted and used to emphasize cultural competency of nursing students for antenatal

Keyword : Cultural – based teaching method,Cultural competency,nursing student,antenatal care

*Assistant Professor, Faculty of Nursing Princess of Naradhiwas University

**Instructor, Faculty of Nursing Princess of Naradhiwas University



ความเป็นมาและความสำคัญ

พื้นที่ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ คือ นราธิวาส ยะลา และปัตตานี เป็นพื้นที่ที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัว แตกต่างจากพื้นที่ส่วนอื่นๆ ของประเทศไทยในหลายๆ ด้าน ได้แก่ สิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม ประเพณี ภาษา ศาสนา และ ลักษณะโครงสร้างทางสังคม ฯลฯ เนื่องจากประชาชนที่อาศัยอยู่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ได้แก่ ชาวไทยพุทธ ชาวไทยมุสลิมเชื้อสายมลายู ชาวไทยเชื้อสายจีน ชาวไทยที่ย้ายมาจากภาคอื่นๆ ของประเทศไทย เป็นต้น ทำให้การอยู่ร่วมกันต้องมีการปรับตัวอย่างมาก เพื่อให้มีการยอมรับความหลากหลายทางวัฒนธรรม¹ อีกทั้ง ประชาชนในพื้นที่มีการนับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 89.5 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 10.75 นับถือศาสนาคริสต์ และอื่นๆ ร้อยละ 0.20² ทำให้มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง เนื่องจากศาสนาเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณีของตนเอง และความเชื่อในสังคม ดังนั้นการจะเข้าใจในบุคลิกภาพ และทัศนคติของคนในพื้นที่นี้ซึ่งเป็นผู้รับบริการ จึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจ ในทั้ง 2 มิติคือ มิติด้านศาสนา และมิติด้านวัฒนธรรมของชุมชนควบคู่กันไป³ สอดคล้องกับการศึกษา⁴ ที่พบว่า ชุมชนมีความต้องการพยาบาล ที่มีความเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติ เข้าใจวัฒนธรรมของชุมชนนั้นๆ ขณะที่กลุ่มพยาบาลและผู้บริหารระดับปฏิบัติการใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ต้องการพยาบาล ที่มีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ พัฒนาคูณธรรมจริยธรรม พัฒนาคำไว้วางใจด้านวัฒนธรรม มีการดูแลสุขภาพจิต และการบริหารจัดการ รวมทั้งการตัดสินใจที่ดี และต้องการให้สถานศึกษาพยาบาล จัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมมากขึ้น

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎี ที่สามารถอธิบายถึงความเข้าใจและความหลากหลายทางวัฒนธรรม พบว่า กรอบแนวคิดของ แคมพินฮา – บาโคท (Campinha-Bacote)⁵ เป็นแนวคิดหนึ่ง ที่เน้นการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมในการบริการสุขภาพสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพนำไปประยุกต์ใช้ เพื่อสามารถให้บริการได้

อย่างมีประสิทธิภาพและประสบผลสำเร็จ สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมของผู้รับบริการ ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดนี้มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอน ที่ส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมให้กับนักศึกษาพยาบาล โดยเน้นเพียง 3 ด้านหลัก คือ ด้านตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม ด้านความรู้ทางวัฒนธรรม และด้านการมีทักษะทางวัฒนธรรม โดยให้ผู้เรียนมีความเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่นผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบุคคลและสื่อต่างๆ มีความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ วิถีชีวิต และพฤติกรรมของผู้อื่นที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม สามารถประยุกต์ใช้ความรู้ ในการวางแผนการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ให้สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรม ปรับทัศนคติ วิถีคิด และเข้าใจมุมมองที่แตกต่างไปจากตนโดยปราศจากอคติ ปรับตัวในการอยู่ร่วมกันได้ โดยใช้เทคนิคกิจกรรมการเรียนการสอนที่หลากหลาย ประกอบด้วย การสำรวจ ความคิดเห็น ร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการใช้แผนผังความคิดที่สอดคล้องเรื่องวัฒนธรรม

การจัดนิทรรศการด้านวัฒนธรรมของผู้รับบริการ เชิญผู้รู้ในชุมชนมาถ่ายทอดประสบการณ์การดูแล ผู้รับบริการตามภูมิปัญญาท้องถิ่น และการใช้กระบวนการพยาบาลในการวิเคราะห์กรณีตัวอย่างที่มีประเด็นปัญหาเชิงวัฒนธรรม ทั้งนี้ การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่ทุกสถาบันมีการเรียนการสอนเกี่ยวกับวัฒนธรรม และให้นักศึกษาได้คำนึงถึงวัฒนธรรมของผู้รับบริการ ในขณะที่ปฏิบัติงาน แต่ยังขาดการเชื่อมโยงประเด็นเนื้อหาทางวัฒนธรรมให้เข้ากับเนื้อหาสาระทางการพยาบาล⁴ ทำให้นักศึกษาขาดความตระหนักและความเข้าใจในวัฒนธรรมของผู้รับบริการ อีกทั้งนักศึกษาพยาบาลที่เข้ารับการศึกษาในสถานศึกษาพยาบาล มาจากทั่วทุกภาคของประเทศไทย ทำให้มีโอกาสไม่เข้าใจบริบททางวัฒนธรรมของผู้รับบริการในพื้นที่เท่าที่ควร มีการศึกษาวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3,4 ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง⁶ ดังนั้น เมื่อนักศึกษา



นำเนื้อหาภาคทฤษฎีไปประยุกต์ใช้สู่การปฏิบัติ อาจทำให้เกิดความไม่เข้าใจกันระหว่างผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ให้การดูแลที่ไม่สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรม อาจนำไปสู่ความขัดแย้งทางความคิด และเกิดการปฏิเสธจากผู้ให้บริการได้⁷

การปรับหลักสูตรและวิธีการเรียนการสอนจึงมีความสำคัญยิ่งต่อการจัดการศึกษาในยุคที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม เพื่อลดผลกระทบและแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพและสังคม รวมทั้งตอบสนองปัญหาและความต้องการบุคลากรในพื้นที่ ซึ่งการปรับปรุงและการเรียนการสอนที่ส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมทางการพยาบาลอาจเริ่มต้นจากรายวิชาใดวิชาหนึ่งที่สะท้อนการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม ผู้วิจัยจึงเลือกที่จะจัดการเรียนการสอน วิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 หัวข้อเรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ ทั้งนี้เนื่องจาก การตั้งครรภ์เป็นส่วนสำคัญของชีวิตเลยทีเดียวที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับหลักการทางศาสนา ความเชื่อ ประเพณีและวัฒนธรรมของผู้หญิงในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยเฉพาะพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์อย่างมากกับความเชื่อทางวัฒนธรรม ที่ได้รับการถ่ายทอดจากครอบครัวและได้ถือปฏิบัติสืบต่อกันมา⁸ การปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ ในบางครั้งอาจทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพตามมาได้ เช่น ปัญหาภาวะซีดจากการไม่รับประทานยาบำรุงเลือดเพราะเชื่อว่าทำให้ทารกในครรภ์โตมากจะคลอดยาก การไม่มาฝากครรภ์และรับวัคซีนตามนัดในช่วงถือศีลอด มีภาวะครรภ์เป็นพิษส่วนหนึ่งสาเหตุพฤติกรรม การชอบรับประทานอาหารรสเค็มจัด บางรายมีการถือธรรมเนียมปฏิบัติที่จะต้องฝากครรภ์และคลอดกับผดุงครรภ์โบราณ เป็นต้น^{9,10} ซึ่งสอดคล้องกับ รายงานผลการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กจังหวัดนราธิวาส¹¹ ที่พบว่า ตัวชี้วัดที่ยังคงเป็นปัญหาไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ได้แก่ อัตราการตายของมารดา อัตราทารกตายปริกำเนิด อัตราการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ อัตราโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ อัตราทารกน้ำหนักน้อยแรกเกิดและอัตราการเกิดภาวะ

ขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ดังนั้น การศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ นี้ จะเป็นประโยชน์ช่วยให้นักศึกษา มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องของ การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความต่างทางวัฒนธรรมมากขึ้น สามารถให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของหญิงตั้งครรภ์ ทำให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล ในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ กระบวนการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ มี 2 ขั้นตอนย่อย คือ

1.1 ขั้นศึกษาเอกสารและการจัดทำสารสนเทศนากลุ่ม

เป็นการวิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสาร ร่วมกับการจัดทำสารสนเทศนากลุ่ม ได้ผลดังนี้ ผลการ

ศึกษาเอกสารและแนวคิดทฤษฎี เรื่องสมรรถนะทางวัฒนธรรม ผู้วิจัยพบว่า ทฤษฎีการดูแลสุขภาพทางวัฒนธรรมของ Campinha – Bacote⁵ สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการเรียนการสอนทางการพยาบาลได้ดี ผู้วิจัยได้จัดสนทนากลุ่ม เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1. ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล จำนวน 6 คน มีการสนทนาในประเด็นรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรม ในหัวข้อ การพยาบาลในระยะตั้งครรรค์ ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ก่อนสอนควรทำความเข้าใจกับนักศึกษาเรื่องวัฒนธรรม ความสำคัญของสมรรถนะทางวัฒนธรรม วิธีการส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรม เพื่อช่วยสร้างความเข้าใจและตั้งใจให้อยากเรียนในเรื่องเหล่านี้ และให้นักศึกษาเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น เคารพ ยอมรับให้เกียรติกับทุกคน ให้มีความไวทางวัฒนธรรม ส่วนเนื้อหาควรเน้นปัจจัยทางด้านความเชื่อ วัฒนธรรมและศาสนา ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรรค์ และให้นักศึกษาได้เข้าใจวิธีการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรรค์ตามวิถีชีวิตจริง และต้องสอดแทรกเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมของหญิงตั้งครรรค์โดยเฉพาะในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เข้ากับเนื้อหาตำราทางทฤษฎี เพื่อให้นักศึกษาได้เกิด ความเชื่อมโยงทางความคิดนำไปสู่การปฏิบัติได้และควรใช้วิธีการสอน เช่น ฝึกสัมภาษณ์หญิงตั้งครรรค์ในชุมชน เพื่อเรียนรู้วิถีชีวิตของหญิงตั้งครรรค์ และนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์มาถ่ายทอดความรู้ผ่านแผนผังความคิดได้ ในเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางด้านกาย จิต สังคม ส่วนสื่ออุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อ พิธีกรรมทางศาสนา ของหญิงตั้งครรรค์ จากในชุมชนที่อาศัย อาจนำมาให้เพื่อนได้เห็นของจริง นอกจากนี้ควร จะเชิญ ผดุงครรรค์โบราณมาสาธิตการดูแลหญิงตั้งครรรค์ตามภูมิปัญญาพื้นบ้าน อีกทั้งการฝึกการใช้กระบวนการพยาบาลโดยการวิเคราะห์กรณีศึกษาหญิงตั้งครรรค์ ที่มีปัญหาเชิงวัฒนธรรม จะช่วยส่งเสริมให้นักศึกษามีสมรรถนะทางวัฒนธรรมในการดูแลหญิงตั้งครรรค์ได้ดียิ่งขึ้น

ส่วนผลการสนทนากลุ่มกับ กลุ่มที่ 2 ประกอบ

ด้วยพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานประจำใน แผนกฝากครรรค์ 6 คน ได้เสนอแนะให้ฝึกการประเมินสภาพและวางแผนการพยาบาลหญิงตั้งครรรค์ ที่มีประเด็นปัญหาความขัดแย้งเชิงวัฒนธรรม เช่น ความเชื่อเรื่องอาหาร แผลงในระยะเวลาตั้งครรรค์ การไม่ให้ความสำคัญการฝากครรรค์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การไม่มาตรวจตามนัด การปฏิบัติตนขณะตั้งครรรค์ที่ไม่ถูกต้องในช่วงถือศีลอด การไม่ทานยาบำรุงเลือด และการหาแนวทางร่วมกันในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรรค์ที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม

ส่วนผลการสนทนากลุ่ม กับกลุ่มที่ 3 ประกอบด้วย หญิงตั้งครรรค์ที่นับถือศาสนาพุทธ 3 คน และนับถือศาสนาอิสลาม 3 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 6 คนให้ข้อคิดเห็นในประเด็นเกี่ยวกับความเชื่อในการดูแลตนเอง ความเชื่อเรื่องสาเหตุการเกิดอาการไม่สุขสบายต่างๆในช่วงตั้งครรรค์ บอกเล่าวิธีการดูแลตนเองที่บ้าน ความต้องการให้พยาบาลประจำฝึก เข้าใจผู้รับบริการ โดยเฉพาะเรื่องความเชื่อในการรับประทานอาหาร การทำพิธีกรรมทางศาสนา การฝากครรรค์กับผดุงครรรค์โบราณร่วมด้วยเพื่อให้เกิดความสบายใจทั้งตนเองและครอบครัว และอยากให้บอกผลการตรวจครรรค์และวิธีการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปบ้านมากกว่านี้

ผู้วิจัยได้นำข้อมูล แนวความคิด คำสำคัญเหล่านี้ไปเป็นพื้นฐานประกอบการสร้างรูปแบบการเรียนการสอน ต่อไป

1.2 ขั้นการพัฒนา รูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรม

ผู้วิจัยร่างรูปแบบการเรียนการสอนที่ได้จากการสังเคราะห์เนื้อหาและ แนวคิดหลักการสำคัญจากการสนทนากลุ่มในขั้นตอนแรก มีองค์ประกอบสำคัญได้แก่ แนวคิดและหลักการพื้นฐานที่เน้นความแตกต่างทางวัฒนธรรม วัตถุประสงค์ ผลลัพธ์ที่คาดหวัง การเรียนการสอน กระบวนการเรียนการสอนที่สอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับวัฒนธรรมในการพยาบาลหญิงตั้งครรรค์ และนำรูปแบบไปตรวจสอบความตรงและความถูกต้อง ความสอดคล้องของรูปแบบ จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้คำดัชนีความสอดคล้องของความคิดเห็นของ



ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีต่อรูปแบบการเรียนการสอนในแต่ละข้อ มีค่าอยู่ระหว่าง 0.61–1.00 และมีข้อเสนอแนะให้เพิ่มเติมเนื้อหาเชิงวัฒนธรรมและปัญหาเชิงวัฒนธรรมที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยนำข้อมูลไปปรับปรุงเนื้อหาให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น จากนั้นจึงนำรูปแบบไปสอบถามความคิดเห็นของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา ปีการศึกษา 2557 ภาคการศึกษาที่ 1 จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างเพราะอยู่ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้และแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องที่พบ ได้รูปแบบการเรียนการสอนที่มีคุณภาพสำหรับนำไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการเรียนการสอน

ผู้วิจัยศึกษาโดยใช้กระบวนการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2557 ในสถานศึกษา 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ คือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา รวมจำนวน 162 คน มีลักษณะการจัดการเรียนการสอนคล้ายคลึงกัน โดยนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2557 ภาคการศึกษาที่ 1 จำนวน 84 คน ได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) โดยแบ่งกลุ่มจากเกรดเฉลี่ยสะสม (GPA) เป็น 3 ระดับ คือ สูง (GPA=3.58–3.06) ปานกลาง (GPA=3.03–2.80) อ่อน (GPA=2.79–2.56) แบ่งตามอิงเกณฑ์ และคณะศาสนาที่ใกล้เคียงกันทั้งสองกลุ่ม ได้กลุ่มทดลอง 42 คน และกลุ่มควบคุม 42 คน จัดการเรียนการสอน ภาคทฤษฎี เรื่อง การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ ใช้เวลาเรียนจำนวน 16 ชั่วโมง กลุ่มทดลองได้รับการสอนโดยผู้วิจัย

ที่สอนเพื่อส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมและกลุ่มควบคุมได้รับการสอนแบบปกติตามหลักสูตรโดยอาจารย์ประจำวิชา

การประเมินผลรูปแบบการเรียนการสอน โดยให้นักศึกษาทั้งสองกลุ่มประเมินสมรรถนะทางวัฒนธรรมก่อนและหลังเรียนภาคทฤษฎีและประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการเรียนการสอน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การศึกษานี้ มีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 2 ชุด ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ ชุดการสอนที่ส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรม เรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ ภาคทฤษฎี ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย แผนการสอน สื่อการเรียนการสอน คู่มือผู้สอน คู่มือผู้เรียน และได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ
2. เครื่องมือที่ใช้ประเมินผลรูปแบบการเรียนการสอน คือ

2.1 แบบประเมินสมรรถนะทางวัฒนธรรมของแคมพินฮา-บาโคท (IAPCC-R ของ Campinha-Bacote)¹² ซึ่งแปลและดัดแปลงโดย ประณีต ส่งวัฒนาและคณะ¹³ และผู้วิจัยเพิ่มเติมเนื้อหาบางส่วนที่เกี่ยวข้องกับบริบททางวัฒนธรรมในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ โดยมีการประเมินตนเอง 3 ด้านต่อไปนี้ คือ

2.1.1 ด้านความรู้ทางวัฒนธรรม ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับความเข้าใจวัฒนธรรม ความเชื่อ และพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ การเข้าใจลักษณะเฉพาะด้านร่างกาย ชีวิตวิทยา สรีรวิทยา ภูมิลักษณ์และวิธีการสื่อสาร รวมทั้งการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ และผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบข้อละ 1 คะแนน มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน

2.1.2 สมรรถนะเฉพาะมี 2 ด้าน คือ ด้านการตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม ประกอบด้วย การรับรู้ถึงวิถีชีวิต การแยกแยะความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ การให้คุณค่า และแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเองที่



แตกต่างกันไปจากเพื่อน หรือหญิงตั้งครรภ์และผู้รับบริการ ที่มีภูมิหลังแตกต่างกันไปจากตนและด้านทักษะทางวัฒนธรรม ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติและปัญหาของผู้รับบริการ การเรียนรู้วิธีที่จะประเมินปัญหาของผู้รับบริการที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม ความไวทางวัฒนธรรมในการเข้าถึงผู้รับบริการนำไปสู่การสร้างความร่วมมือกับผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม และมีความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับผู้รับบริการที่มีภูมิหลังทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน เป็นแบบสอบถามรายข้อโดยให้ผู้ตอบประเมินตนเองตามการรับรู้ มีข้อความถาม จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตรวัด 4 ระดับ ตั้งแต่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน)

การแปลผล ในการประเมินสมรรถนะทางวัฒนธรรม ใช้คะแนนรวมจากแบบประเมินทั้ง 2 ส่วน มาประกอบกันโดยมีเกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนน ดังนี้

คะแนน 81 – 100 หมายถึง รับรู้ว่าตนเอง มีสมรรถนะทางวัฒนธรรมในระดับสูง

คะแนน 61 – 80 หมายถึงรับรู้ว่าตนเอง มีสมรรถนะทางวัฒนธรรมในระดับปานกลาง

คะแนน 41 – 60 หมายถึง รับรู้ว่าตนเอง มีสมรรถนะทางวัฒนธรรมในระดับพอใช้

คะแนน 20 – 40 หมายถึงรับรู้ว่าตนเอง มีสมรรถนะทางวัฒนธรรมในระดับต่ำ

แบบประเมินสมรรถนะทางวัฒนธรรม ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านและนำไปทดลองใช้เครื่องมือกับ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา จำนวน 30 คนและคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ แบบประเมินด้านความรู้ทางวัฒนธรรม โดยใช้สูตรของ คูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR – 20) ได้ ค่าเท่ากับ 0.71 ส่วนแบบประเมินการตระหนักรู้ทางวัฒนธรรมและทักษะทางวัฒนธรรม ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.76

แบบประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาต่อรูปแบบการเรียนการสอน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้ประเมินความคิดเห็นของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนการสอนหลังการเรียนภาคทฤษฎี ประกอบด้วย 1) ประโยชน์ของรูปแบบการเรียนการสอน มีจำนวน 4 ข้อ 2) กระบวนการเรียนการสอน มีจำนวน 11 ข้อ รวมทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะแบบประเมินใช้มาตรวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ ระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุดได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.93

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัยและได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัยและตำราของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ เพื่อการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ การดำเนินการวิจัยและประโยชน์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ โดยงานวิจัยนี้ไม่มีผลกระทบต่อการเรียนการสอนอันพึงได้รับในปัจจุบันและในอนาคต และไม่มีผลต่อการวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในรายวิชาที่ทดลองสอน กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์จะปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ มีอิสระที่จะถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกเวลาที่รู้สึกไม่สะดวก และดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม ภายหลังเสร็จสิ้นการทำวิจัย ผู้วิจัยได้จัดการเรียนการสอนเพิ่มเติมโดยการบรรยายและยกตัวอย่าง วิธีการส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมตามรูปแบบการวิจัยที่สร้างขึ้น เพื่อจะได้รับความรู้และประสบการณ์ การเรียนที่ส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง



การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองโดยวิธีสอนตามที่กำหนดไว้ดังนี้

1. ระยะก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนประเมินสมรรถนะทางวัฒนธรรมในชั้นเรียน ก่อนการเรียนภาคทฤษฎี เรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์

2. ระยะทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการเรียนการสอน ดังนี้

2.1 กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สอน ใช้รูปแบบการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้น ใช้เวลาสอน จำนวน 4 ชั่วโมง /สัปดาห์ รวมจำนวน 16 ชั่วโมง/ 4 สัปดาห์

2.2 กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่เรียนโดยวิธีการสอนแบบปกติ โดยอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญทางด้านพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ เรียนแยกห้องเรียน ใช้วิธีการสอนแบบบรรยาย ใช้แผนผังความคิด และวิเคราะห์กรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีประเด็นปัญหาเชิงวัฒนธรรม สอนจำนวน 16 ชั่วโมง ระยะเวลาเดียวกันกับกลุ่มทดลอง โดยยึดการจัดการเรียนการสอนตามที่หลักสูตรกำหนด

3. ระยะหลังการทดลอง ให้นักศึกษาทุกคนประเมินสมรรถนะทางวัฒนธรรมและประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการเรียนการสอนภายหลังสิ้นสุดการเรียนการสอนภาคทฤษฎีทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เปรียบเทียบและทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยทำการตรวจสอบการกระจายของข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ t-test ว่ามีการแจกแจงแบบปกติหรือไม่ ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test¹⁴ ผลปรากฏว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ จากนั้น ผู้วิจัยดำเนินการ

วิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ ข้อมูลส่วนบุคคลโดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะทางวัฒนธรรม ก่อนและหลังทดลองของแต่ละกลุ่ม โดยใช้สถิติ paired t-test
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะทางวัฒนธรรมและ ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของนักศึกษาต่อรูปแบบการเรียนการสอน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล ในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้มีองค์ประกอบด้านเนื้อหาและวิธีการจัดการเรียนการสอน ดังนี้

1.1 ด้านเนื้อหาทฤษฎี เกี่ยวกับการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยได้สอดแทรกความรู้และสร้างความตระหนักทางวัฒนธรรม ได้ปรับเปลี่ยนเนื้อหารายวิชาจากเดิมในหลักสูตร มี 4 บท เป็น 3 หน่วยการเรียนรู้ แต่ระยะเวลาในการสอนเท่าเดิม ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย หน่วยการเรียนรู้ที่ 1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตสังคมของหญิงตั้งครรภ์ หน่วยการเรียนรู้ที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ หน่วยการเรียนรู้ที่ 3 กระบวนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง การพยาบาลที่ผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นและความหลากหลายทางวัฒนธรรม ในการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในระยะตั้งครรภ์ปกติ ผู้วิจัยได้มีการบูรณาการเนื้อหาทางด้านวัฒนธรรมที่เกี่ยวกับ ความเชื่อ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ นิสัย ความชอบ ค่านิยม ขนบธรรมเนียม ประเพณี พิธีกรรมทางศาสนาของหญิงตั้งครรภ์ เข้าไปทั้ง 3 หน่วยการเรียนรู้ และผสมผสานการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมในหน่วยการเรียนรู้ทั้ง 3 หน่วย ผ่านการจัด



กิจกรรมการเรียนรู้การสอน

1.2 กระบวนการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีสมรรถนะทางวัฒนธรรม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก คือ

1.2.1. การนำเข้าสู่กระบวนการเรียนการสอน หรือ “สร้างแรงจูงใจ นำไปให้คิด” เป็นการเตรียมผู้เรียนก่อนที่จะเข้าสู่กระบวนการเรียนการสอน ประกอบด้วยกิจกรรม คือ การชี้แจง เกี่ยวกับแนวคิดและหลักการ วัตถุประสงค์ สาระสำคัญ กระบวนการเรียนการสอน และการประเมินผลเพื่อให้เห็นความสำคัญและเข้าใจในแนวทางของรูปแบบการเรียนการสอนและสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน ให้ผู้เรียนเปิดใจกว้าง เข้าใจและยอมรับวัฒนธรรมของผู้อื่น สร้างแรงจูงใจที่จะพัฒนาตนเองเข้าสู่กระบวนการเรียนการสอนอย่างตั้งใจ

1.2.2 กระบวนการเรียนการสอน จัดทำกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมให้นักศึกษามีสมรรถนะทางวัฒนธรรม โดยมีแนวคิดหลัก 3 ด้าน คือ

1. มีความเข้าใจตนเองและเข้าใจผู้อื่น โดยผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบุคคลและสื่อต่างๆ
2. เรียนรู้จากประสบการณ์ตรงบนความแตกต่างทางวัฒนธรรมเพื่อเชื่อมโยงไปสู่การปฏิบัติโดย
3. สามารถประยุกต์ใช้ความรู้ในการวางแผนการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ให้สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรม โดยใช้เทคนิควิธีการสอนในแต่ละหน่วยการเรียนรู้ ดังนี้

1) หน่วยการเรียนรู้ที่ 1 เรื่อง การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตสังคมของหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยได้จัดรูปแบบกิจกรรมการสอน ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยมอบหมาย ให้นักศึกษาทุกคนไป สสำรวจตนเอง สสำรวจคนในครอบครัวของตนเองที่เพิ่งผ่านการตั้งครรภ์หรือหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนของตนเองคนละ 1 ราย โดย สอบถาม เรื่องความเชื่อ พฤติกรรม นิสัย ความชอบ ค่านิยม ขนบธรรมเนียม ประเพณี พิธีกรรมทางศาสนา ในการดูแลตนเองและการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตสังคมขณะตั้งครรภ์ โดยแจกแบบสำรวจความคิดเห็นให้กับทุกคน

(มอบหมายงานล่วงหน้า) หลังจากนั้น มาเข้ากระบวนการกลุ่มๆ ละ 7 คน เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้มีการนำเสนอผลงานกลุ่มหน้าชั้นเรียนและผู้สอนสรุปประเด็นสำคัญเพื่อเชื่อมโยงกับแนวคิดความเข้าใจตนเองและเข้าใจผู้อื่นของผู้เรียนในประเด็น ความเชื่อ พฤติกรรม นิสัย ความชอบ ค่านิยม ขนบธรรมเนียม ประเพณี พิธีกรรมทางศาสนาของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความต่างทางวัฒนธรรม และให้นำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มไปทำแผนผังความคิดเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตสังคมของหญิงตั้งครรภ์เชื่อมโยงกับเนื้อหาทางทฤษฎีให้เห็นการบูรณาการวัฒนธรรมกับเนื้อหาตามหลักสูตร แบ่งเนื้อหาให้แต่ละกลุ่มนำเสนอหน้าชั้นเรียน ให้นักศึกษาเกิดความตระหนักรู้และความรู้และทักษะทางวัฒนธรรม ใช้เวลาสอน จำนวน 4 ชั่วโมง

2) หน่วยการเรียนรู้ที่ 2 เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ การจัดการเรียนการสอนโดยเชิญผดุงครรภ์โบราณ และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชน มาให้ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับเรื่องนี้และบอกเล่าถึงปัจจัยทางด้านวัฒนธรรมในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนที่ควรตระหนักถึง ส่วนผดุงครรภ์โบราณได้มาสาธิตวิธีการดูแลหญิงตั้งครรภ์ การคัดท้อง ยกท้อง การทำพิธีแนแนง แนะนำการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์ การดูแลทางด้านจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน และการทำพิธีกรรมทางศาสนา เป็นต้น รวมทั้งมีการจัดนิทรรศการ แสดงสื่อ จากการที่นักศึกษานำมาจากชุมชนของตนเอง ทำห้องเรียน เกี่ยวกับ พิธีกรรม ประเพณีนิยม การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น สมุนไพร อาหารสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่สอดคล้องกับวิถีพุทธ มุสลิม และการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ตามวิถีชาวไทยพุทธและชาวไทยมุสลิม ให้นักศึกษาเกิดความตระหนักรู้และความรู้และทักษะทางวัฒนธรรม ทั้งหมดใช้เวลาสอน จำนวน 4 ชั่วโมง

3) หน่วยการเรียนรู้ที่ 3 เรื่อง กระบวนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง การพยาบาลที่ผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นและความหลากหลาย



หลายทางวัฒนธรรม ในการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในระยะตั้งครรภ์ปกติ จัดกิจกรรมการเรียนรู้การสอนโดยการบรรยายเนื้อหา กระบวนการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ ใช้เวลาสอน จำนวน 2 ชั่วโมง หลังจากนั้นให้นักศึกษาเข้ากลุ่ม แจกกรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีประเด็นปัญหาเชิงวัฒนธรรมกลุ่มละ 1 ราย (ประเด็นความเชื่อเรื่องอาหารแสลง การกินยาสมุนไพรในระยะตั้งครรภ์ การไม่ให้ความสำคัญการฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การไม่มาตรวจตามนัด การปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ที่ไม่ถูกต้องในช่วงถือศีลอด การไม่รับประทานยาบำรุงเลือด) ทุกคนร่วมกันอภิปราย แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ การประเมินสภาพหญิงตั้งครรภ์ การวิเคราะห์ข้อมูล ในประเด็นความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของความเจ็บป่วยของหญิงตั้งครรภ์ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและรักษา การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการวางแผนการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ให้ตัวแทนนำเสนอหน้าชั้นเรียน ผู้สอนสรุปประเด็นสำคัญชี้ให้เห็นถึงการใช้กระบวนการพยาบาลในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม ทำให้นักศึกษาเกิดความตระหนักรู้และความรู้และทักษะทางวัฒนธรรม รวมใช้เวลาสอนทั้งหมด จำนวน 6 ชั่วโมง

1.2.3 การประเมินผล มีการให้นักศึกษาสะท้อนคิดทุกกิจกรรมเพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงแก้ไขและให้นักศึกษาประเมินสมรรถนะทางวัฒนธรรมและความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนการสอน

2. การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนรู้การสอน

ในการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะทางวัฒนธรรมด้านความรู้ การตระหนักรู้และทักษะทางวัฒนธรรม ระหว่างนักศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า

ผลการเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน สมรรถนะทางวัฒนธรรม ด้านความรู้ทางวัฒนธรรม ด้านการตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม และด้านทักษะทางวัฒนธรรมของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ในแต่ละด้านและโดยรวม ($n = 42$) พบว่า หลังการทดลอง นักศึกษา มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean = 74.86 , S.D. = 3.45) และคะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ ผลการเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน สมรรถนะทางวัฒนธรรม ด้านความรู้ทางวัฒนธรรม ด้านการตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม และด้านทักษะทางวัฒนธรรม ของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ในแต่ละด้านและโดยรวม ($n = 42$) และ ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะทางวัฒนธรรม โดยรวม ทั้ง 3 ด้าน พบว่า หลังการทดลอง นักศึกษา มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean = 71.76, S.D. = 6.04) และ คะแนนเฉลี่ยในด้านการตระหนักรู้ทางด้านวัฒนธรรม และด้านทักษะทางวัฒนธรรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะทางวัฒนธรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมรรถนะทางวัฒนธรรม	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม							
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
ด้านความรู้	9.50	1.954	11.60	1.33	-5.42	.000*	10.14	2.343	10.71	1.54	-1.35	.184
ด้านการตระหนักรู้	23.29	2.156	25.55	2.11	-6.29	.000*	23.57	1.889	23.57	2.36	-2.56	.014*
ด้านทักษะ	36.64	4.853	37.71	2.75	-2.40	.021*	36.19	3.423	37.48	4.72	-2.43	.020*
โดยรวม	69.43	6.604	74.86	3.45	-5.61	.000*	69.90	4.967	71.76	6.04	-3.40	.002*

2.2 ผลการเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสมรรถนะทางวัฒนธรรม ด้านความรู้ ด้านการตระหนักรู้ และด้านทักษะทางวัฒนธรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง โดยรวม พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ย

แตกต่างกันกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนรายด้าน ความรู้และด้านตระหนักรู้มีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 2

2.3 ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจของ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน สมรรถนะทางวัฒนธรรม แต่ละด้านและโดยรวม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

สมรรถนะทางวัฒนธรรม	กลุ่มทดลอง (n=42)		กลุ่มควบคุม (n=42)		t	p
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
ด้านความรู้	11.60	1.326	10.71	1.535	3.226	.002**
ด้านการตระหนักรู้	25.55	2.109	23.57	2.360	4.201	.000**
ด้านทักษะ	37.71	2.752	37.48	4.723	.293	.771
โดยรวม	74.86	3.447	71.76	6.044	3.006	.005**

* P < .05

นักศึกษาต่อรูปแบบการเรียนการสอนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อรูปแบบการเรียนการสอน แต่ละด้านและโดยรวม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยทุกด้านและโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดง ในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจของนักศึกษาต่อรูปแบบการเรียนการสอน แต่ละด้านและโดยรวม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อรูปแบบการเรียนการสอน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
1. ประโยชน์ของรูปแบบการเรียนการสอน	4.33	.443	3.80	.43	5.92	.000**
2. กระบวนการเรียนการสอน	4.29	.301	3.81	.43	4.85	.000**
โดยรวม	4.31	.317	3.81	.39	6.20	.000**

*p < .01

สรุปและอภิปรายผล

1. รูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการพัฒนาในด้านการตระหนักรู้ มีความรู้และทักษะทางวัฒนธรรมเพิ่มขึ้นทั้งนี้เป็นเพราะว่า ได้จัดรูปแบบการเรียนการสอน ตามปรัชญาความเชื่อที่ว่า สมรรถนะทางวัฒนธรรม ทั้ง 3 ด้าน เป็นสิ่งที่สามารถพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง ตามแนวทางการจัดการศึกษาพยาบาลที่เน้นสมรรถนะทางวัฒนธรรมตามแนวคิดของ แคมพินฮา-บาโคท⁵ โดยการกำหนดสาระองค์ความรู้ที่เป็นระบบและชัดเจน มีลักษณะเป็นแบบแผนโครงสร้าง ที่แสดงถึงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ของระบบการเรียนการสอน ได้แก่ แนวคิดและหลักการพื้นฐาน วัตถุประสงค์ ผลลัพธ์ที่คาดหวัง สาระการเรียนการสอน กระบวนการเรียนการสอนและการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ โดยสอดแทรกเนื้อหาทางวัฒนธรรมเข้าไปในเนื้อหาสาระของเรื่องการศึกษาพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ และใช้วิธีการจัดการเรียนการสอนที่หลากหลาย ทั้งนี้ เพื่อให้ นักศึกษา มีความเข้าใจในความแตกต่างทางวัฒนธรรม ของหญิงตั้งครรภ์และให้บริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ได้

2. ประสิทธิภาพของรูปแบบการเรียนการสอน พบว่านักศึกษากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย สมรรถนะทาง

วัฒนธรรม โดยรวม ทั้ง 3 ด้าน สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถอภิปรายดังต่อไปนี้

การจัดกระบวนการเรียนการสอน โดยวิธีการสอนที่หลากหลายให้กับนักศึกษาในกลุ่มทดลอง เรื่อง การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ ได้ใช้วิธีการสอนให้นักศึกษามีการตระหนักรู้ทางวัฒนธรรมโดยให้เข้าใจตนเองและเข้าใจผู้อื่น คือการให้นักศึกษาไปสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ที่บ้าน หรือในหมู่บ้าน ของตนเองแล้วนำมา พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกับเพื่อนในชั้นเรียน ทำให้นักศึกษาเปิดใจกว้างยอมรับวัฒนธรรมของผู้อื่นที่ต่างไปจากตน ดังการสะท้อนคิดของนักศึกษาในกิจกรรมนี้ว่า “จากการที่ได้แลกเปลี่ยนความรู้ความคิดกับเพื่อน ทำให้เกิดความรู้ในเรื่องขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ได้มีความรู้ใหม่ๆ เกี่ยวกับคนท้อง ซึ่งบางอย่างก็ไม่เคยทราบมาก่อนต่างๆ ที่อยู่ในพื้นที่ เป็นการเข้าถึงความหลากหลายทางวัฒนธรรมอย่างเต็มรูปแบบ” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา¹⁵ ที่ได้ใช้วิธีการสอนเพื่อเพิ่ม ความตระหนักและความไวทางวัฒนธรรมให้กับนักศึกษาพยาบาล โดยออกแบบวิธีสอน ให้นักศึกษาพยาบาล จำนวน 22 คน และอีก 2 คนที่มาจากชนกลุ่มน้อย ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ โดยสัมภาษณ์พยาบาลที่มาจากชนชาติอื่น และเขียนรายละเอียดใน



การมีปฏิสัมพันธ์กัน แล้วมานำเสนอเพื่อการอภิปรายร่วมกันในชั้นเรียน ในประเด็น ความคิดเห็นของคนต่างเชื้อชาติ ต่างสีผิว และเป็นชนกลุ่มน้อย เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ ผลการสอน พบว่า นักศึกษารู้สึกประหลาดใจ รู้สึกผิด รู้สึกน่าสนใจ และเข้าใจถึงความรู้สึกของชนกลุ่มน้อยหรือชนชั้นสอง คนละสีผิว ที่ถูกเหยียดผิว ทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจคนต่างผิว ทำให้เกิดปัญหาขัดแย้งในสังคมอเมริกา ขณะเดียวกันนักศึกษาก็ได้ตระหนักถึงบทบาทของตนเองว่า มีส่วนสำคัญที่จะช่วยลดปัญหาเหล่านี้ และมีการศึกษาวิจัยเรื่องประสิทธิผลของการจัดการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐานต่อสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาปีที่ 1 หลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต¹⁶ โดยส่วนหนึ่งของกิจกรรมให้นักศึกษาลงไปในพื้นที่ชุมชนสร้างความสัมพันธ์ ศึกษาประวัติชีวิต ประวัติครอบครัว ผังเครือญาติ และแผนที่เพื่อจัดทำผังครอบครัว ศึกษาเรื่องสมุนไพร ประเมินผู้รับบริการที่มีความต่างทางวัฒนธรรม ทำให้นักศึกษาได้มีโอกาสสัมผัสกับการให้บริการจริงกับผู้รับบริการและให้นักศึกษามีโอกาสสัมผัสกับผู้รับบริการที่มีลักษณะทางวัฒนธรรมแตกต่างจากตัวนักศึกษา มีประสิทธิผลต่อการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาเพิ่มขึ้น

นอกจากวิธีการจัดการเรียนรู้ดังกล่าวแล้ว การสอนโดยนำผลสรุปจากการสัมภาษณ์มาเชื่อมโยง ความรู้ผ่านแผนผังความคิดในเรื่อง การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตสังคมในระยะตั้งครรภ์ จะช่วยให้นักศึกษาสามารถเชื่อมโยง สอดแทรกในเรื่องวัฒนธรรม ความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความต่างทางวัฒนธรรม ความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมอย่างเป็นเหตุเป็นผลเชื่อมโยงสัมพันธ์กับเนื้อหาเชิงทฤษฎี เป็นการส่งเสริมทักษะด้านความรู้ทางวัฒนธรรม ส่วน การจัดนิทรรศการแสดงวัฒนธรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ร่วมกับเชิญพยาบาลวิชาชีพในชุมชนมาบรรยาย เรื่องปัจจัยที่มีต่อการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ และ เชิญผดุงครรภ์โบราณมาบอกเล่าประสบการณ์และสาธิต การดูแล

หญิงตั้งครรภ์ในชุมชน จะช่วยส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมทางด้านความรู้ การตระหนักรู้และทักษะทางวัฒนธรรม ทำให้นักศึกษากลุ่มทดลองได้เกิดการเรียนรู้วัฒนธรรม เรียนรู้วิถีชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนผ่านทางผู้รู้ ได้เห็นบทบาทของผดุงครรภ์โบราณ ผู้ที่มีความสำคัญทางด้านจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน เห็นวิธีการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีวัฒนธรรมความเชื่อ พิธีกรรมทางศาสนาเข้ามาเกี่ยวข้อง เข้าใจถึงเหตุผลในการดูแลผู้รับบริการ ซึ่งในบางครั้งรู้สึกขัดแย้งในใจ เพราะขัดกับการรักษาแบบแผนปัจจุบันแต่ยอมรับกับความคิดที่แตกต่างได้ และคิดหาหนทางที่จะให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งเทคนิควิธีการสอนแบบนี้สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า¹⁵ กระบวนการและกิจกรรมที่จะนำไปสู่การเรียนรู้ทางวัฒนธรรม อาจใช้กิจกรรมการบรรยายของผู้เชี่ยวชาญที่มีภูมิหลังที่ต่างกัน ให้ความรู้ด้านการมองวัฒนธรรมที่ครอบคลุมประเด็นทางด้านวัฒนธรรม ความเป็นเอกลักษณ์ ฐานะทางสังคม เศรษฐกิจ สภาพความเป็นเมืองและชนบท และในกิจกรรมนี้นักศึกษาได้สะท้อนคิด ว่า “เป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในความเชื่อ และวิถีชีวิตของผู้คนในพื้นที่นี้เป็นอย่างมาก ทั้งหญิงตั้งครรภ์ ผดุงครรภ์โบราณ และพยาบาลวิชาชีพในชุมชน อยากให้มีการอนุรักษ์และสืบสาน พิธีกรรมต่างๆ ตามความเชื่อ และวัฒนธรรมเหล่านี้อีกต่อไป ด้วยความรู้ ความเข้าใจ เนื่องจากความเชื่อ ค่านิยม และวัฒนธรรมนี้เป็นเรื่องที่จะเลืดยอดอนมาก ผู้คนต่างก็มีความคิด ความเชื่อ และวัฒนธรรมของตนเอง ดังนั้นการกระทำต่างๆ ก็ย่อมต้องนึกถึงปัจจัยทางวัฒนธรรมเหล่านี้ด้วย

ส่วนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีประเด็นปัญหาทางด้านวัฒนธรรม ทำให้นักศึกษา ได้ฝึกคิด วิธีการประเมินสภาพหญิงตั้งครรภ์ที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม ฝึกการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เป็นประเด็นปัญหาทางด้านวัฒนธรรม และวางแผนการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม ช่วยส่งเสริมนักศึกษาได้พัฒนา การ



ตระหนักรู้ ความรู้และทักษะทางวัฒนธรรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า¹⁷ ข้อดีของการสอนโดยใช้กรณีตัวอย่าง ช่วยให้ผู้เรียนได้พัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ การคิดแก้ปัญหา มีมุมมองที่กว้างขึ้น เกิดความพร้อมที่จะแก้ปัญหาในสถานการณ์จริง ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนสูงและส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียน และ ส่งเสริมการเรียนรู้ซึ่งกันและกันและสอดคล้องกับการศึกษาวิจัย¹⁸ ที่ใช้การสอนแบบกรณีศึกษา โดยเข้าไปสังเกตในชั้นเรียนพบว่า ตลอดภาคการศึกษา ในเรื่องการมีส่วนร่วมในชั้นเรียน การฟัง การอภิปราย การตั้งคำถาม คำตอบ ผลการศึกษาพบว่า ทำให้นักศึกษาได้ฝึกแก้ปัญหา สะท้อนความคิดซึ่งกันและกัน ในการอภิปรายร่วมกัน

สำหรับ การที่นักศึกษากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะทางวัฒนธรรมด้านทักษะทางวัฒนธรรมไม่แตกต่างกันอาจเป็นเพราะว่าการจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎีอาจจะไม่ได้ปฏิบัติตามการฝึกภาคปฏิบัติและต้องใช้เวลาพอสมควร สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า¹⁹ ทักษะทางวัฒนธรรมเป็นความสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ ให้สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ ต้องมี ทักษะการประเมินทางด้านวัฒนธรรม ทักษะการสื่อสารต่างวัฒนธรรม คือทักษะการฟัง ทักษะการพูด ทักษะการแสดงออก ทักษะการตัดสินใจแก้ปัญหาและทักษะการโน้มน้าวและเจรจาต่อรอง ซึ่งการจัดการจัดการเรียนการสอนให้นักศึกษาฝึกวิเคราะห์กรณีศึกษา โดยใช้กระบวนการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีประเด็นปัญหาเชิงวัฒนธรรมอาจจะไม่เพียงพอและไม่ส่งเสริมสมรรถนะทักษะทางวัฒนธรรมเท่ากับการให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติจริง บนหอผู้ป่วย เพียงแต่ค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะทางทักษะทางวัฒนธรรมของนักศึกษากลุ่มทดลองภายหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมเท่านั้น ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการวิจัยนี้ ที่ไม่สามารถทดลองศึกษาวิจัยไปถึงระยะการฝึกภาคปฏิบัติได้ เนื่องจากหลักสูตรได้กำหนดการจัดการฝึกภาคปฏิบัติแผนกฝาก

ครรภ์ไม่ต่อเนื่องกับภาคทฤษฎีมีระยะห่างกัน 3 เดือน ทำให้นักศึกษาวิจัยได้เพียงระยะการสอนภาคทฤษฎีเท่านั้น ผลการศึกษาทักษะทางวัฒนธรรมทั้งสองกลุ่มจึงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากผลการวิเคราะห์ข้อมูล มีข้อสังเกตว่า นักศึกษากลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะทางวัฒนธรรม หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองในด้านการตระหนักรู้ทางด้านวัฒนธรรม และด้านทักษะทางวัฒนธรรม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า นักศึกษากลุ่มควบคุม เป็นนักศึกษาปีที่ 3 เคยมีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม ถึงร้อยละ 82.1 และทุกคนมีเพื่อนต่างศาสนา ต่างเชื้อชาติ ต่างความเชื่อและ ต่างภูมิภาค ซึ่งอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการตระหนักรู้และทักษะทางวัฒนธรรมและจากการจัดการเรียนการสอนมีการใช้วิธีการสอนโดยใช้กรณีศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีประเด็นเชิงวัฒนธรรม แต่มีกระบวนการฝึกวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แบบแผนสุขภาพของ Gordon แบบแผนสุขภาพที่ 11 เรื่องคุณค่าและความเชื่อ ที่อาจจะเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมอยู่บ้าง ทำให้นักศึกษาได้ทำความเข้าใจ เรื่องคุณค่าและสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ ความเชื่อทางด้านสุขภาพ เป็นการเพิ่มทักษะทางวัฒนธรรม อีกทั้งการสอนทางการพยาบาลเน้นให้ผู้เรียนมองผู้รับบริการแบบองค์รวมและต้องคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลในการให้บริการ¹⁹ อยู่แล้วทำให้นักศึกษามีความตระหนักในประเด็นเหล่านี้ได้

3. ผลการประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาต่อรูปแบบการเรียนการสอนแต่ละด้านและโดยรวมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยทุกด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุม สามารถอภิปรายได้ว่า โดยธรรมชาติแล้ว นักศึกษามีเจตคติและมีความพร้อมที่จะฝึกฝนพัฒนาตนเป็นพยาบาลที่ดี และเข้าใจวัฒนธรรมของผู้อื่นอยู่แล้ว เมื่อมีการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรม ดังกล่าว นักศึกษาได้รับทราบและเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ หลักการแนวคิดของรูปแบบการเรียนการสอนที่เน้นสมรรถนะทางวัฒนธรรม และความ



สำคัญของสมรรถนะทางวัฒนธรรมกับวิชาชีพพยาบาล ว่าการที่พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ ในวิถีชีวิตของผู้รับบริการที่มีความหลากหลายทางเชื้อชาติ ศาสนา และบริบทความเป็นอยู่และตระหนักถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรม จะทำให้เกิดความเข้าใจกันทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ¹⁹ สอดคล้องกับการศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการประเมินคุณภาพการสอนของอาจารย์และสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์บัณฑิตชั้นปีที่ 3 ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ มีความพึงพอใจต่อการประเมินคุณภาพการสอนของอาจารย์และสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก²⁰

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยพบว่า การใช้รูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมในภาคทฤษฎีอย่างเดียวไม่สามารถส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมด้านทักษะทางวัฒนธรรมได้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นควรมีการจัดรูปแบบการเรียนการสอนที่บูรณาการวัฒนธรรมเข้าไปในเนื้อหาวิชาทางการพยาบาลทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษามีสมรรถนะทางวัฒนธรรมทั้งสามด้านที่สูงขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย งานวิจัยนี้เป็นการประเมินการรับรู้สมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลเท่านั้น ซึ่งอาจจะไม่ได้ประเมินสมรรถนะทางวัฒนธรรมที่แท้จริง จึงควรมีการศึกษาเชิงสังเกตพัฒนาการการเกิดในแต่ละสมรรถนะโดยตรงกับนักศึกษาจะเห็นผลที่ถูกต้องชัดเจนกว่านี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักบริหารโครงการวิจัยในอุดมศึกษาและพัฒนามหาวิทยาลัยวิจัยแห่งชาติ สำนักคณะกรรมการอุดมศึกษาที่ได้มอบทุนสนับสนุนการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. อมรา พงศาพิชญ์. ความหลากหลายทางวัฒนธรรม (กระบวนการต้นและบทบาทในประชาคม) .กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์; 2549.
2. สำนักงานจังหวัดนราธิวาส. รายงานประจำปี. นราธิวาส; 2556.
3. ยูซุฟ นิมะและสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม. สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2550.
4. ประณีต ส่งวัฒนา และคณะ. ทิศทางและแผนกลยุทธ์ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการพยาบาลที่เป็นไปได้ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ รายงานวิจัย; 2548.
5. Campinha-Bacote, J. A Model and Instrument for Addressing Cultural Competence in Health Care Journal of Nursing Education .1999; 38(5): 203- 207.
6. ศิริพันธ์ ศิริพันธ์ ดาริน ไต่กานีและมุสลิมห์ ไต่กานี. สมรรถนะทางวัฒนธรรมทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2552; 1(1): 42-52.
7. หทัยชนก บัวเจริญ. การพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมในระบบบริการพยาบาลของสังคมไทย. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2549; 24,(2) : 17-23.
8. กัญญาชลา สาหมุน.ความต้องการการดูแลตามวัฒนธรรมและความเชื่อวิถีอิสลามและการดูแลที่ได้รับจริงในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอดของสตรีมุสลิม.(วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา. คณะพยาบาลศาสตร์. สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว; 2554.



9. สุदारัตน์ ชีระวร และคณะ. คู่มือสร้างเสริมความเข้าใจในงานอนามัยแม่และเด็ก หลักศาสนาอิสลามกับการดูแลมารดาทางสูติกรรม ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. เอสพีรินทร์ (2004) ; 2549.
10. เพ็ญกานต์ เต็นคารา. แบบแผนการดำเนินชีวิตของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิมในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2556.
11. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส รายงานผลการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปี 2556.นราธิวาส; 2556.
12. Campinha-Bacote, The process of cultural competence in the delivery of health care services; A culturally competent model of care (4thed.) Transcultural C.A.R.E. publisher; 2003.
13. ประณีต ส่งวัฒนา สุตศิริ หิรัญชอุณหะ หทัยรัตน์ แสงจันทร์ วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร และศิริพร ชัมภลสิทธิ์. รายงานการศึกษาวิจัย การพัฒนาหลักสูตรเพื่อส่งเสริมสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2552.
14. ปารีชาต โรจน์พลากร-ก๊วย และยุวดี ฤชา. สถิติสำหรับงานวิจัยทางการพยาบาลและการใช้โปรแกรม SPSS for Windows. ปรับปรุงครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ บริษัทจุดทอง จำกัด;2553.
15. Hoey, R.J. Increasing Students Cultural sensitivity: A Step Toward Greater Diversity .Nurse Educator Forum.2000; 25 (3) : 131-135.
16. กรรณิกา เรืองเดช โปบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ รุจา รอดเข็ม และชจิต โอชาอัมพันธ์. ประสิทธิภาพของการจัดการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐานต่อสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาปีที่ 1 หลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.2555; 22(3): 12-25.
17. ทิศนาแชมมณี. ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
18. Powell, J.L Case Method in Higher Education ; A case study Dissertation Abstracts International 1994; 55 (March)
19. ประณีต ส่งวัฒนา. การวิจัยทางการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม: ก้าวต่อไปในอาเซียน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการพยาบาลแห่งชาติ ของสภาการพยาบาล ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ กรุงเทพฯ 2-4 ธันวาคม 2556.
20. ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. รายงานการประเมินประสิทธิภาพการสอนของอาจารย์.นราธิวาส; 2556.



รูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามาศิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาศิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์*
พรศรี ดิสรเดติวัฒน์ **

บทคัดย่อ

การพิจารณารูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาเป็นพื้นฐานสำคัญในการออกแบบการจัดการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพเพื่อเพิ่มคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา วัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษารูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล 4 ชั้นปีของโรงเรียนพยาบาลรามาศิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาศิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้และระดับชั้นปีของนักศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามแบบประมาณค่ามีตัวเลือก 5 ระดับ เกี่ยวกับรูปแบบการเรียนรู้ของ กราฟิศา และ โรสแมน โดยแบ่งรูปแบบการเรียนรู้เป็น 6 รูปแบบดังนี้ แบบอิสระ แบบพึ่งพา แบบร่วมมือ แบบหลีกเลี่ยง แบบแข่งขัน และแบบมีส่วนร่วม ความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.83 กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของโรงเรียนพยาบาลรามาศิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาศิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ตั้งแต่ ชั้นปี ที่ 1 ถึงปีที่ 4 จำนวน 724 คน โดยจำแนกดังนี้ นักศึกษาพยาบาลปีที่ 1 จำนวน 179 คน นักศึกษาพยาบาลปีที่ 2 จำนวน 167 คน นักศึกษาพยาบาลปีที่ 3 จำนวน 232 คนและนักศึกษาพยาบาลปีที่ 4 จำนวน 146 คน ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีรูปแบบการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน ซึ่งนักศึกษาแต่ละชั้นปีมีรูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือ เป็นส่วนใหญ่ (49.3– 67.1 %) รองลงมาได้แก่รูปแบบการเรียนรู้แบบพึ่งพา (13.4 – 18.5 %) จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลรามาศิบดีและระดับชั้นปีโดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) พบว่ารูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลรามาศิบดีและระดับชั้นปีมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 ดังนั้น หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตควรจัดการเรียนการสอนให้เหมาะสมกับรูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือของนักศึกษา เช่น การอภิปรายกลุ่มย่อย สัมมนา การแสดงบทบาทสมมุติ และสนับสนุนให้นักศึกษามีส่วนร่วมในการตั้งวัตถุประสงค์การเรียนรู้และการประเมินผล

คำสำคัญ : รูปแบบการเรียนรู้ นักศึกษาพยาบาล

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาศิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาศิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**อาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาศิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาศิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



Learning Style Preferences of Nursing Students at Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Poolsuk Janepanish Visudtibhan*

Pornsri Disornatitawat**

Abstract

Determining the learning style of nursing students is an important basis of effective instructional design that can improve learning outcomes. The purpose of this study was to examine learning style preferences of nursing students from each of the four year levels of Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. We also studied the relationship between learning style and college year level. The research design was a descriptive study. The research instrument used for collecting data was a five– likert scale from Grasha and Riechmann's questionnaire that assessed learning style preferences on a six dimensions, including independence, avoidance, collaboration, dependence, competitiveness, and participation style which had reliability coefficient of 0.83. The samples included 724 nursing students which consisted of 179 first year students, 167 second year students, 232 third year students, and 146 fourth year students. Analyzing the data revealed that learning styles among nursing students are different but most of them had a collaborative learning style (49.3%–67.1%) and dependent learning style (13.4%–18.5%), respectively. Using Chi-square to compare learning styles among four college years revealed that the proportion of learning styles was significant related with the college years ($p < 0.05$). The finding of this study indicated that nursing curriculum might consider a good framework to design curriculum compatible with collaborative learning style such as small group discussions, seminars, role plays, and also to motivate them to set course learning objectives and evaluation.

Keyword : Learning style, Nursing students

*Assistant Professor. Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

**Lecturer. Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.



ความเป็นมาและความสำคัญ

แนวความคิดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของการศึกษามากมาย อาทิเช่น เปลี่ยนสถานศึกษาที่มุ่งเน้นอาคารและสิ่งก่อสร้างเป็น ศูนย์การเรียนรู้ที่เชื่อมโยงระหว่างผู้สอน ผู้เรียน และ ชุมชน เปลี่ยนจากผู้สอนที่เน้นการเป็นผู้มอบความรู้ เป็น ผู้ส่งเสริมหรือออกแบบการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงการจัดการเรียนการสอนจากการเรียนรู้ในห้องเรียน เป็นการเรียนทางไกล หรือสามารถเรียนตามความต้องการของผู้เรียนโดยใช้เครือข่ายอินเทอร์เน็ต และ เปลี่ยนผู้เรียนจากนักศึกษาเป็นนักแสวงหาด้วยตนเอง เป็นต้น ประกอบกับในปัจจุบันนี้ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม รวมทั้งความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้นักศึกษาในยุคนี้มีลักษณะที่แตกต่างจาก นักศึกษาในอดีตอย่างสิ้นเชิง ซึ่งรวมถึงนักศึกษาพยาบาลด้วย นักศึกษาพยาบาลที่กำลังศึกษาในขณะนี้ มีช่วงอายุสอดคล้องกับช่วงอายุ (generation) ของเด็กยุคใหม่ที่เรียกว่า “generation Y” ซึ่งมีลักษณะที่มีความเป็นตัวของตัวเอง คิดเร็ว ตัดสินใจเร็ว เป็นวัยที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีลักษณะที่กระตือรือร้นในสิ่งที่ตนเองสนใจ นิยมสื่อสารผ่านทางเทคโนโลยีที่ล้ำยุค และขาดความอดทน¹⁻² ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนที่จะทำให้ นักศึกษาในช่วงอายุนี้อยู่ในศตวรรษที่ 21 นี้ประสบความสำเร็จในการศึกษาวิธีหนึ่ง คือต้องจัดการเรียนการสอนตามความสนใจหรือลักษณะรูปแบบการเรียนรู้ (learning style) ของนักศึกษาแต่ละคน หรือจัดการเรียนการสอนโดยวางแผนร่วมกับนักศึกษา และนำเอาเทคโนโลยีทางการศึกษามาประยุกต์ใช้กับการเรียนการสอนในปัจจุบัน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการเรียนการสอนที่เน้นความต้องการของผู้เรียนเป็นสำคัญ เพื่อส่งผลทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาสูงสุด ซึ่งสอดคล้องกับหลักสำคัญในการจัดการเรียนรู้ในพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 และ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2553 มาตรา 24(1) ที่ได้กำหนดให้จัดเนื้อหาสาระ และ

กิจกรรมให้สอดคล้องกับความสนใจและความถนัดของผู้เรียน โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล³

รูปแบบการเรียนรู้ (Learning style) เป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมหรือลักษณะการเรียนการสอนต่างๆ ที่นักศึกษาชอบและคิดว่าเรียนได้ดีในสภาพนั้นๆ ซึ่งจะส่งผลให้นักศึกษามีคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงกว่านักศึกษาที่เรียนด้วยวิธีการสอนที่ไม่สอดคล้องกับรูปแบบการเรียนรู้ของตนเอง⁴ นอกจากนี้ การพิจารณารูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาแต่ละบุคคลเป็นพื้นฐานสำคัญในการออกแบบโปรแกรมการจัดการสอนที่มีประสิทธิภาพ⁵ มีงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาเพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาจัดการเรียนการสอน ซึ่งผลการวิจัยสรุปได้ว่า นักศึกษามีรูปแบบการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน ดังนั้นอาจารย์จึงต้องพยายามพัฒนาวิธีการสอนที่หลากหลายเพื่อตอบสนองต่อรูปแบบการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของนักศึกษา หรือต้องพัฒนาวิธีการสอนที่เหมาะสมสำหรับชั้นเรียนที่รูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาแตกต่างกัน ซึ่งจะทำให้นักศึกษามีผลลัพธ์ทางการศึกษาสูงขึ้น คือ มีความรู้เพิ่มมากขึ้น มีทัศนคติที่ดีต่อการศึกษาหรือวิชาชีพ รวมทั้งมีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน เป็นการเพิ่มสมรรถนะทางวิชาชีพ ซึ่งจะทำให้การเรียนการสอนมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น ในทางตรงข้ามการจัดการเรียนการสอนโดยไม่คำนึงถึงความต้องการการเรียนรู้ของนักศึกษาจะทำให้เกิดผลเสียทางด้านการศึกษาตามมา⁶⁻¹¹

การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล เป็นการจัดการเรียนการสอนในระดับอุดมศึกษาโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อผลิตพยาบาลที่มีความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการดูแลรักษาพยาบาลและให้คำปรึกษาผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การเตรียมนักศึกษาพยาบาลให้มีสมรรถนะตามที่ต้องการวิชาชีพและสังคมต้องการ จึงต้องมีการพัฒนาระบบการเรียนการสอนให้ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา นอกจากนี้วิสัยทัศน์ของโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัย



มหิดล คือการเป็นสถาบันการศึกษาพยาบาลชั้นนำในระดับสากล โดยมีพันธกิจในการมุ่งมั่นสร้างความเป็นเลิศด้านการศึกษา วิจัย นวัตกรรม และบริการวิชาการทางการพยาบาล บนพื้นฐานของคุณภาพ คุณธรรมเพื่อสุขภาพวะสังคม โดยมุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีความรู้ ทักษะ และทักษะ ครอบคลุมทั้ง 8 สมรรถนะ ตามที่สภาการพยาบาลแห่งประเทศไทยกำหนด¹² ดังนั้นการที่จะบรรลุพันธกิจของสถาบันนั้น โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดีมีความจำเป็นต้องจัดการเรียนการสอนที่หลากหลาย ทันสมัยและสอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียนรวมทั้งความต้องการของสังคมไทยและสังคมโลก (Thai and Global societies) ซึ่งจากการศึกษารูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลซึ่งถึงแม้จะใช้กรอบทฤษฎีการวัดรูปแบบการเรียนรู้ที่แตกต่างกันแต่พบว่านักศึกษาพยาบาลมีรูปแบบการเรียนรู้ที่แตกต่างกันเช่นเดียวกับนักศึกษาด้านวิชาชีพอื่นๆ¹³⁻¹⁸ ดังนั้นการศึกษารูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล จะทำให้อาจารย์สามารถออกแบบการศึกษาโดยคำนึงถึงความแตกต่างของนักศึกษาเพื่อให้ตรงตามลักษณะการเรียนรู้ของนักศึกษามากที่สุด และเกิดประสิทธิผลการเรียนการสอนมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลรามาธิบดีทั้ง 4 ชั้นปี
2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลของโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลกับระดับชั้นปี

สมมุติฐาน

รูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลของโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลมีความสัมพันธ์กับระดับชั้นปี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

รูปแบบการเรียนรู้ เป็นลักษณะความชอบในการรับข้อมูลเฉพาะของแต่ละบุคคลซึ่งบูรณาการ ลักษณะทางกายภาพ อารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด และปรากฏให้เห็นว่าแต่ละบุคคลมีความถนัดในการรับรู้ข้อมูลหรือสามารถเรียนรู้จากวิธีการให้ข้อมูลที่แตกต่างกัน¹⁹ การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎี รูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาของ กราส์ซา และ โรชแมน (Grasha & Reichman)²⁰ ที่แบ่งรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาออกเป็น 6 แบบคือ

1. แบบอิสระ (independent) ลักษณะของนักศึกษากลุ่มนี้คือ ชอบคิดและทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง แต่จะรับฟังความคิดเห็นของคนอื่นๆ ในชั้นเรียน นักศึกษากลุ่มนี้จะตั้งใจเรียนเนื้อหาที่ตนเองรู้สึกว่ามีค่าและมั่นใจในความสามารถในการเรียนรู้ของตนเองเป็นอย่างมาก

2. แบบพึ่งพา (dependent) ลักษณะของนักศึกษากลุ่มนี้คือ มีความอยากรู้ทางวิชาการน้อย จะเรียนรู้เฉพาะที่กำหนดไว้ให้เรียน นักศึกษากลุ่มนี้จะพึ่งพาอาจารย์และเพื่อนร่วมชั้นเป็นแหล่งของความรู้ เป็นแหล่งสนับสนุนทางวิชาการ และไม่มีความคิดริเริ่ม

3. แบบร่วมมือ (collaborative) ลักษณะของนักศึกษากลุ่มนี้คือ เป็นผู้ที่สามารถเรียนรู้ได้ดีด้วยการแสดงความคิดเห็น หรือร่วมกันใช้ความสามารถของกลุ่มที่มีอยู่ นักศึกษากลุ่มนี้จะร่วมมือกับอาจารย์และเพื่อนๆ ในกิจกรรมการเรียนการสอน ชอบที่จะทำงานร่วมกับผู้อื่นโดยมีความเห็นว่าห้องเรียนเป็นที่ซึ่งเหมาะสมกับการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และ เรียนรู้เนื้อหาวิชาในเวลาเดียวกัน

4. แบบหลีกเลี่ยง (avoidance) ลักษณะของนักศึกษากลุ่มนี้ คือผู้ที่ไม่สนใจเนื้อหาวิชาที่เรียนในชั้นเรียน ไม่ชอบมีกิจกรรมในชั้นเรียนร่วมกับอาจารย์และเพื่อนๆ ไม่สนใจสิ่งที่เกิดขึ้นในชั้นเรียน และมีความคิดว่า การเรียนในชั้นเรียนไม่น่าสนใจ

5. แบบแข่งขัน (competitive) ลักษณะของนักศึกษากลุ่มนี้คือผู้ที่ชื่นชอบการเรียนรู้ด้วยการ



พยายามทำในสิ่งต่างๆ เพื่อให้ดีกว่าเพื่อนร่วมชั้น รู้สึกว่าตัวเองต้องแข่งขันกับเพื่อนร่วมชั้นเพื่อให้ได้รางวัล เช่น คะแนน คำชมจากอาจารย์ มีความคิดว่าการเรียนในห้องต้องมีการแพ้หรือชนะและตนจะต้องเป็นผู้ชนะเสมอ

6. แบบมีส่วนร่วม (participant) ลักษณะของนักศึกษาในกลุ่มนี้คือ มีลักษณะเป็นคนที่ต้องการเรียนรู้เนื้อหาวิชา และชอบเข้าเรียนในชั้นเรียน ต้องการมีส่วนร่วมในชั้นเรียนให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ แต่ถ้าเป็นกิจกรรมนอกหลักสูตร หรือกิจกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเรียนในชั้นเรียนจะมีส่วนร่วมน้อยมาก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรเป็นนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ตั้งแต่ ชั้นปี ที่ 1 ถึงปีที่ 4 จำนวน 724 คน โดยจำแนกดังนี้ นักศึกษาพยาบาลปีที่ 1 จำนวน 179 คน นักศึกษาพยาบาลปีที่ 2 จำนวน 167 คน นักศึกษาพยาบาลปีที่ 3 จำนวน 232 คนและนักศึกษาพยาบาลปีที่ 4 จำนวน 146 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ รหัสนักศึกษา ชั้นปี อายุ และเพศ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับรูปแบบการเรียนรู้ของ กรราล์ซา และ โรซแมน²⁰ ซึ่งผู้วิจัยนำมาแปลและแปลกลับ (translation/ back-translation) เป็นภาษาไทยโดยมีขั้นตอนดังนี้ ผู้วิจัยแปลจากแบบสอบถามภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยและให้มีการแปลย้อนกลับ

โดยให้ผู้เชี่ยวชาญสองภาษา (bilingual expert) แปลจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาอังกฤษตรวจสอบความสอดคล้องอีกครั้ง แบบสอบถามมีจำนวน 60 ข้อที่มีลักษณะแบบประมาณค่า (likert scale) มีตัวเลือก 5 ระดับ และแบ่งรูปแบบการเรียนรู้ 6 รูปแบบดังนี้

1. แบบอิสระ (independent) ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 1 7 13 19 25 31 37 43 49 และ 55
2. แบบพึ่งพา (dependent) ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 4 10 16 22 28 34 40 46 52 และ 58
3. แบบร่วมมือ (collaborative) ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 3 9 15 21 27 33 39 45 51 และ 57
4. แบบหลีกเลี่ยง (avoidance) ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 2 8 14 20 26 32 38 44 50 และ 56
5. แบบแข่งขัน (competitive) ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 5 11 17 23 29 35 41 47 53 และ 59
6. แบบมีส่วนร่วม (participant) ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 6 12 18 24 30 36 42 48 54 และ 60 นำเครื่องมือที่ผ่านกระบวนการแปลและแปลกลับมาตรวจสอบความถูกต้องเกี่ยวกับภาษาอีกครั้งโดยผู้วิจัย และนำมาหาความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีละ 5 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 20 คน คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .83 และทดสอบอีกครั้งเมื่อเก็บข้อมูลครบได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .87

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลแล้วจึงดำเนินการโดยมีขั้นตอนดังนี้คือผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย รวมถึงอธิบายวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ซักถาม และขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมใน



การวิจัย จึงให้ลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัยและแจกแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองซึ่งใช้เวลาในการทำแบบสอบถาม 15-20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การเก็บข้อมูลกระทำโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยวิเคราะห์ดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคล และรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 ถึงปีที่ 4 คำนวณโดยใช้ โดยใช้สถิติบรรยาย ความถี่ ร้อยละ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลรามคำแหง และระดับชั้นปี โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test)

ผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มประชากรจำนวน 724 คน ส่วนใหญ่ร้อยละ 97.24 เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 17-22 ปี ค่าเฉลี่ยของอายุ 19.08 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.28) เป็นนักศึกษาพยาบาลปีที่ 1 จำนวน 179 คน (24.72%) นักศึกษาพยาบาลปีที่ 2 จำนวน 167 คน (23.07%) นักศึกษาพยาบาลปีที่ 3 จำนวน 232 คน (32.04%) และนักศึกษาพยาบาลปีที่ 4 จำนวน 146 คน (20.17%) จากการศึกษารูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพบว่านักศึกษาแต่ละชั้นปีมีรูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือเป็นส่วนใหญ่ (49.3- 67.1 %) รองลงมาได้แก่รูปแบบการเรียนรู้แบบฟังพา (13.4 - 18.5 %) ดังตารางที่ 1-4

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1

รูปแบบการเรียนรู้	จำนวน (179)	ร้อยละ
แบบอิสระ	18	10
แบบหลีกเลี่ยง	11	6.1
แบบร่วมมือ	105	58.7
แบบฟังพา	24	13.4
แบบแข่งขัน	13	7.3
แบบมีส่วนร่วม	8	4.5

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาชั้นปีที่ 2

รูปแบบการเรียนรู้	จำนวน (167)	ร้อยละ
แบบอิสระ	9	5.4
แบบหลีกเลี่ยง	12	7.2
แบบร่วมมือ	112	67
แบบฟังพา	23	13.8
แบบแข่งขัน	6	3.6
แบบมีส่วนร่วม	5	3.0



ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาชั้นปีที่ 3

รูปแบบการเรียนรู้	จำนวน (232)	ร้อยละ
แบบอิสระ	26	11.2
แบบหลีกเลี่ยง	14	6.0
แบบร่วมมือ	136	58.6
แบบพึ่งพา	34	14.7
แบบแข่งขัน	8	3.5
แบบมีส่วนร่วม	14	6.0

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาชั้นปีที่ 4

รูปแบบการเรียนรู้	จำนวน (146)	ร้อยละ
แบบอิสระ	17	11.6
แบบหลีกเลี่ยง	7	4.8
แบบร่วมมือ	72	49.3
แบบพึ่งพา	27	18.5
แบบแข่งขัน	8	5.5
แบบมีส่วนร่วม	15	10.3

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลรามาริบติ ทั้ง 4 ชั้นปีโดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) พบว่ารูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับระดับชั้นปีที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาชั้นปีที่ 5

รูปแบบการเรียนรู้	นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่				χ^2	P-value
	1	2	3	4		
แบบอิสระ	18(10.1%)	9(5.4%)	28(12.1%)	17(11.6%)	29.95	0.012
แบบหลีกเลี่ยง	11(6.1%)	12(7.2%)	13(5.6%)	6(4.1%)		
แบบร่วมมือ	105(58.7%)	112(67.1%)	133(57.3%)	67(45.9%)		
แบบพึ่งพา	24(13.4%)	23(13.8%)	35(15.1%)	32(21.9%)		
แบบแข่งขัน	13(7.3%)	6(3.6%)	8(3.4%)	8(5.5%)		
แบบมีส่วนร่วม	8(4.5%)	5(3.0%)	15(6.5%)	16(11.0%)		
	179(100%)	167(100%)	232(100%)	146(100%)		



อภิปรายผล

กลุ่มประชากรคือนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของโรงพยาบาลรามาศิริ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาศิริ มหาวิทยาลัยมหิดลซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและนักศึกษาในแต่ละชั้นปีมีอายุใกล้เคียงกัน เนื่องจากหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเป็นหลักสูตรที่รับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่ต้องผ่านการสอบคัดเลือกจากทบวงมหาวิทยาลัยหรือรับนักศึกษาตรงจากโรงเรียนมัธยมศึกษา จึงทำให้นักเรียนกลุ่มนี้มีอายุไม่แตกต่างกันมากนัก และวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่สังคมมองว่าเหมาะสมกับเพศหญิง ดังนั้นพยาบาลส่วนใหญ่ของประเทศจึงเป็นเพศหญิง แต่อย่างไรก็ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โรงเรียนพยาบาลรามาศิริได้เปิดโอกาสให้นักเรียนชายได้มีโอกาสได้เข้ามาเรียนได้มากขึ้น จะพบได้ว่ามีนักศึกษาพยาบาลชายเพิ่มมากขึ้นทุกปี ซึ่งจะทำให้การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนหลากหลายมากยิ่งขึ้น

จากการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่ของประชากรมีรูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือ (collaborative learning style) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของไกรเลิศ พาสณาโสภณ นิภาวรรณ รัตนานนท์ และพุดตาล มีสรวรวงศ์²¹ และ วันดี วงศ์รัตนรักษ์ และ กุลฤดี จิตตยานันท์¹⁵ ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลมีรูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือสูงสุด การที่ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ มีรูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือเป็นส่วนใหญ่อาจเนื่องมาจากการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของโรงเรียนพยาบาลรามาศิริได้มุ่งเน้นให้นักศึกษามีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอนมากที่สุด เช่น การจัดการเรียนการสอนในรูปแบบ problem based learning แบบสัมมนา และแบบกลุ่มย่อยอภิปรายปัญหา ซึ่งเป็นการจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสมสำหรับรูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือทั้งสิ้น เพราะนักศึกษาที่มีรูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือมักจะสามารถเรียนรู้ได้ดีด้วยการแสดงความคิดเห็น หรือร่วมกันใช้ความสามารถของกลุ่มที่มีอยู่ นักศึกษากลุ่มนี้จะร่วมมือ

กับอาจารย์และเพื่อนๆ ในกิจกรรมการเรียนการสอนชอบที่จะทำงานร่วมกับผู้อื่น จึงทำให้นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ของโรงเรียนพยาบาลรามาศิริคุ้นเคยกับการเรียนการสอนในลักษณะนี้ อย่างไรก็ตามมีงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลและสาขาวิชาชีพอื่นๆ ที่พบว่ารูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาส่วนใหญ่เป็นรูปแบบอื่นๆ เช่น การศึกษาของ ศิริรัตน์ จำปีเรือง จิราจันทร์ คณหา และ วงศ์สิริ แจ่มฟ้า¹⁸ ที่ศึกษารูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลที่จังหวัดนครสวรรค์ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมากที่สุด เช่นเดียวกับการศึกษาของธรรมศักดิ์ โทนไทย²² และ อภินันท์ สิริรัตนจิตต์ และ ยุวัลดา ชูรัชย์²³ ที่พบว่านักศึกษาสาขาวิชาชีพครู มีรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมากที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับนักศึกษาที่มีรูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือคือต้องจัดการเรียนการสอนในลักษณะเป็นกลุ่มย่อย (small group) เปิดโอกาสให้นักศึกษามีส่วนร่วมในการเรียนรู้ มีการปรึกษาหารือ มีการทำงานกันเป็นทีม โดยแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ และมีส่วนร่วมในการประเมินการเรียนการสอน²⁴ ซึ่งการจัดการเรียนการสอนในลักษณะนี้จะช่วยส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการค้นคว้าหาความรู้ และฝึกทักษะในการทำงานเป็นทีม มีการระดมสมอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อพัฒนาสมรรถนะให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพพยาบาลที่ต้องทำงานร่วมกับทีมสุขภาพอื่นๆ อย่างไรก็ตามการจัดการเรียนการสอนในลักษณะนี้นักศึกษาต้องมีการเตรียมตัวในการเรียนสูงโดยมีอาจารย์เป็นผู้ช่วยเหลือเพื่อให้การจัดการเรียนการสอนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลของโรงเรียนพยาบาลรามาศิริ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาศิริมหาวิทยาลัยมหิดลมีความสัมพันธ์กับระดับชั้นปีอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ ลักษณ์ มีนะนันท์ และ



รุจิเรศ ธนรัชต์²⁵ ที่ศึกษารูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามธิบดีในปี พ.ศ. 2528 โดยใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการเรียนรู้ของกราส์ซาและไรซ์แมน เช่นเดียวกัน โดยพบว่าระดับชั้นปีของนักศึกษาที่แตกต่างกันมีรูปแบบการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆ ในต่างประเทศ ที่พบว่ารูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลที่มีระดับชั้นปีต่างกันจะแตกต่างกัน²⁶⁻²⁷ และเมื่อพิจารณาจากจำนวนและร้อยละของรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาของแต่ละชั้นปี พบว่า นอกเหนือจากรูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือที่กลุ่มประชากรส่วนใหญ่มีลักษณะการเรียนรู้แบบนี้แล้ว จำนวนร้อยละของรูปแบบการเรียนรู้อื่นๆ ของนักศึกษาในแต่ละชั้นปีแตกต่างกัน โดยพบว่ารูปแบบการเรียนรู้แบบพึ่งพาของนักศึกษาชั้นปีที่ 2 และ ปีที่ 3 มีจำนวนร้อยละสูงกว่าชั้นปีที่ 1 ซึ่งอาจเนื่องจากนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ต้องเริ่มขึ้นฝึกปฏิบัติในคลินิกเป็นครั้งแรกและนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ต้องขึ้นฝึกปฏิบัติในคลินิกเป็นส่วนใหญ่ นักศึกษากลุ่มนี้ ต้องปรับตัวกับการขึ้นฝึกปฏิบัติในคลินิกที่ต้องดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริง จึงอาจเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจและต้องการพึ่งพาอาจารย์มากขึ้น เพื่อไม่ให้เกิดความผิดพลาดในการพยาบาลผู้ป่วย นอกจากนี้ที่นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 มีจำนวนร้อยละของรูปแบบการเรียนรู้แบบแข่งขันสูงกว่านักศึกษาชั้นปีอื่นๆ อาจเนื่องมาจากนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ที่เข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยมหิดล การจัดการเรียนการสอนส่วนใหญ่เป็นการบรรยายในห้องใหญ่ และมีการเรียนและการประเมินผลร่วมกับคณะอื่นๆ จึงทำให้นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ต้องแข่งขันกันเรียนสำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ซึ่งเป็นปีสุดท้ายของการศึกษา นักศึกษาอาจารย์รู้ว่ามีควมรู้มากขึ้นหรือสามารถหาแหล่งความรู้ได้มากขึ้นและเชื่อมั่นในตัวเองมากขึ้น นอกจากนี้การจัดการเรียนการสอนในระดับชั้นปีนี้ เน้นให้นักศึกษาล้ำที่ จะคิดและตัดสินใจในบทบาทของผู้นำทางวิชาชีพมากขึ้น นักศึกษาในชั้นปี นี้จึงมีรูปแบบการเรียนรู้แบบอิสระมากกว่าชั้นปีอื่นๆ ดังนั้นหลักสูตรพยาบาลศาสตร์และอาจารย์ที่สอนในหลักสูตรต้องจัดวิธีการสอนที่หลากหลายให้เหมาะสม

กับนักศึกษาที่มีรูปแบบการเรียนรู้ที่หลากหลาย โดยคำนึงถึงความแตกต่างของระดับชั้นปี นอกจากนี้ต้องให้นักศึกษามีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนการสอนให้มากขึ้น โดยสามารถชี้แนะจุดเด่นและจุดด้อยของกระบวนการเรียนการสอนที่ทำให้นักศึกษาเหล่านั้นประสบความสำเร็จในการศึกษา กระบวนการเรียนการสอนที่ดีต้องจัดให้นักศึกษาประเมินรูปแบบการเรียนรู้ของตนเองเป็นระยะๆ เพื่อวางแผนการจัดการเรียนการสอนให้เหมาะสม ซึ่งการวางแผนนั้นต้องคำนึงถึงรูปแบบการสอนของอาจารย์ เนื้อหาสาระทางวิชาการ รูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษา และการประเมินผลที่ตรงกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับรูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือ ได้แก่การจัดการจัดการเรียนการสอนแบบกลุ่มย่อย ซึ่งการจัดการเรียนแบบกลุ่มย่อยของหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ที่ทุกสถาบันจัดการเรียนการสอนอยู่แล้ว คือการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติในคลินิกที่สภาการพยาบาลกำหนดให้นักศึกษาขึ้นฝึกปฏิบัติในคลินิกไม่เกิน 8 คน ต่ออาจารย์ 1 คน ดังนั้นอาจารย์สามารถประเมินรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาแต่ละบุคคลได้และสามารถวางแผนการจัดการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาแต่ละคนได้ง่ายมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะทำให้นักศึกษาที่ขึ้นฝึกปฏิบัติในคลินิกมีความสุขกับการเรียนในรูปแบบการเรียนรู้ที่ตนเองถนัด เกิดแรงจูงใจในการเรียน ลดภาวะเครียดจากการขึ้นฝึกปฏิบัติในคลินิก และมีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ ส่งผลทำให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาสูงขึ้น

2. รูปแบบการสอนของอาจารย์ก็มีส่วนสำคัญต่อการจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษา ดังนั้นสถาบันการศึกษาพยาบาลต้องให้ความสำคัญในการพัฒนาอาจารย์ ให้ตระหนักถึงความสำคัญของรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษา และสนับสนุนให้ใช้วิธีการสอนที่หลากหลาย และอาจต้องปรับปรุงรูปแบบการสอนของอาจารย์ให้สอดคล้องกับ



รูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษา ซึ่งอาจารย์จำเป็นต้องได้รับการอบรมเพื่อให้เกิดความรู้ ทักษะที่ดีในการจัดการเรียนการสอนตามรูปแบบการเรียนรู้ที่หลากหลายของนักศึกษา รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการเรียนการสอน และมีการถอดบทเรียนจากอาจารย์ที่ประสบความสำเร็จในการจัดการสอนซึ่งจะทำให้เกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลเบื้องต้นเพื่อการทำวิจัยต่อยอดเกี่ยวกับการออกแบบการจัดการเรียนการสอนให้เหมาะสมกับรูปแบบการเรียนรู้แบบร่วมมือของนักศึกษาพยาบาลที่หลากหลาย โดยอาจทำวิจัยร่วมกับนักออกแบบการศึกษาจากคณะครุศาสตร์หรือคณะศึกษาศาสตร์ เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์สูงสุดของนักศึกษา
2. การวิจัยครั้งนี้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้และระดับชั้นปีเท่านั้น อาจมีตัวแปรตัวอื่นๆที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล ดังนั้นการทำวิจัยเพื่อศึกษาตัวแปรอื่นๆ จะทำให้ได้องค์ความรู้ใหม่เพิ่มขึ้น เพื่ออธิบายความหลากหลายของรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. เยาวลักษณ์ โพธิ์ดารา. การจัดการศึกษาทางการพยาบาล : สำหรับนักศึกษา Generation Y.วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2554; 34(2): 61-8.
2. วรชัย ทองไทย. ประชากรและสังคม 2552: สถานการณ์ครอบครัวในต่างประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 25 ตุลาคม 2557] เข้าถึงได้จากhttp://www.ipsr.mahidol.ac.th/IPSR/AnnualConference/ConferenceV/Download/Article_Files/Article19_GenerationXYZ.pdf.
3. สำนักงานเลขาธิการคุรุสภา. พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 และ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2553 มาตรา 24(1) [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 25 ตุลาคม 2557] เข้าถึงได้จาก <https://www.mwit.ac.th/~person/01-Statutes/>

NationalEducation.pdf).

4. De Tomyay R. & Thompson MA. Strategies for Teaching Nursing. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons; 1982.
5. Frankel A. Nurses' learning styles: promoting better integration of theory into practice. Nursing Times 2009; 105 (2): 24-7.
6. Abdolghani, M. & Ja'afar R. Learning style preference of nursing students at two universities in Iran and Malaysia. J Educ Eval Health Prof; [Internet] 2014 [Available at 2015, January, 15]. Available: <http://jeehp.org/DOIx.php?id=10.3352/jeehp.2014.11.30> November 24.
7. AL Qahtani DA. & Al-Gahtani SM. Assessing learning styles of Saudi dental students using Kolb's Learning Style Inventory. J Dent Educ 2014; 78(6): 927-33.
8. Cox L, Clutter J, Sergakis G, Harris L. Learning Style of Undergraduate Allied Health Students: clinical versus classroom. J Allied Health 2013; 42 (4): 223-8.
9. Good JP, Ramos D, D'Amore AC. Learning style preferences and academic success of preclinical allied health students. J Allied Health 2013; 42 (4): 81-90.
10. Hallin K. Nursing students at a university - A study about learning style preferences. Nurse Educ Today 2014; 34(12): 1443-9.
11. Shinnick MA, Woo MA. Learning style impact on knowledge gains in human patient simulation. Nurse Educ Today 2015; 35(1): 63-7.
12. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หลักสูตรปรับปรุง 2555 ; 2555.



13. Li Chen, Yang, Liu. An exploratory study of the relationship between age and learning styles among students in different nursing programs in Taiwan. *Nurse Educ Today* 2011; 31(1): 18–23.
14. Rassool GH, Rawaf S. The influence of learning styles preference of undergraduate nursing students on educational outcomes in substance use education *Nurse Educ Prac* 2008; 8(5): 306–14.
15. วันดี วงศ์รัตน์รักษ์ และ กุลฤดี จิตตยานันท์. รูปแบบการเรียนของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช*. 2556; 19(2): 60–72.
16. Rassool GH, Rawaf S. Learning style preferences of undergraduate nursing students. *Nursing Standard* 2007; 21(32): 35–41.
17. Li, Yu, Liu, Shieh, Yang. An exploratory study of the relationship between learning styles and academic performance among students in different nursing programs *Cont Nurse* 2014; Oct 27.
18. ศิริรัตน์ จำปีเรือง จิราจันทร์ ดนตา และ วงศ์สิริ แจ่มฟ้า. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และ รูปแบบการเรียน กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ* 2553; 4 (2):21–8
19. Felder RM. Reaching the Second Tier: Learning and Teaching Styles in College Science Education. *J College Science Teaching* 1993; 23(5), 286–290.
20. Grasha A. & Reichman S. Workshop Handout on learning styles. Ohio; University of Cincinnati; 1975.
21. ไกรเลิศ พาสนาโสภณ นิภาวรรณ รัตนานนท์ และ พุฒตาล มีสรรพวงศ์. แบบการเรียนของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี* 2548; 16(2): 44–55.
22. ชรรมศักดิ์ โทนไทย. รูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรบัณฑิต สาขาวิชาชีพครู มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์* 2552; 1(3) : 145–157
23. อภินันท์ สิริรัตนจิตต์ และ ยุวัฒน์ ชูรักษ์. รูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาคณะศิลปศาสตร์และศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาดใหญ่ การประชุมมหาดใหญ่วิชาการ ครั้งที่ 4 วันที่ 10 พฤษภาคม 2556 เรื่อง การวิจัยเพื่อพัฒนาสังคมไทย [อินเทอร์เน็ต] 2556 [เข้าถึงเมื่อ 25 ตุลาคม 2557] เข้าถึงได้จาก http://www.hu.ac.th/conference2013/Proceedings2013/pdf/Book3/Describe2/390_435-440.pdf
24. ทศนา แคมมณี. การสอนจิตวิทยาการเรียนรู้ เรื่องศาสตร์การสอนองค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
25. ลักษณ์ มีนะนันท์ และ รุจิเรศ อนุรักษ์. การศึกษาแบบการเรียนของนักศึกษาพยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี กรุงเทพฯ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2528.
26. Salehi Sh. Nursing students' preferred learning styles. *Journal of Medical Education* 2007; 11(3,4): 85–9.
27. Rakoczy, M. & Money, S. Learning styles of nursing students: A 3-year cohort longitudinal study. *Journal of Professional Nursing* 1995; 11(3): 170–174.



แบบสอบถามเกี่ยวกับรูปแบบการเรียนรู้ ของ กราฟิศา และ ไรซ์แมน

ข้อ	เนื้อหา
1	ฉันมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะเรียนรู้ เนื้อหาที่สำคัญในหลักสูตร
2	ฉันมักจะใจลอยบ่อยๆ ในขณะที่อยู่ในห้องเรียน
3	การทำโครงการต่างๆร่วมกับเพื่อนในชั้นเรียนเป็นอะไรที่ฉันเพลิดเพลิน
4	เนื้อหาต่างๆที่เรียนรู้ในห้องเรียนหรือในหนังสือมักเป็นข้อมูลที่ถูกต้อง
5	เพื่อที่จะทำได้ดี มันเป็นเรื่องที่จำเป็นที่จะต้องแข่งขันกับเพื่อนๆ เพื่อดึงดูดความสนใจของอาจารย์
6	ฉันมักจะมีความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้เนื้อหาต่างๆ ที่สอนในชั้นเรียน
7	แนวความคิดของฉันที่เกี่ยวกับเนื้อหาในแต่ละวิชานั้นดีพอๆกับ เนื้อหาที่มีในตำราเรียน
8	กิจกรรมต่างๆในชั้นเรียนโดยทั่วไปเป็นสิ่งที่น่าเบื่อ
9	ฉันรู้สึกเพลิดเพลินเมื่อได้อภิปรายหรือ แสดงความคิดเห็นของตนเองเกี่ยวกับเนื้อหาในหลักสูตรกับเพื่อนๆ
10	ครูเป็นผู้ตัดสินที่ดีที่สุด ว่าอะไรเป็นสิ่งสำคัญของฉันที่ควรจะเรียนรู้ในการเรียนแต่ละรายวิชา
11	เพื่อให้ได้เกรดที่ดี จึงจำเป็นที่จะต้องแข่งขันกับเพื่อนๆ
12	การเรียนในแต่ละชั้นเรียนเป็นสิ่งที่มีความหมาย และ ค้ำค้ำต่อความพยายามที่จะเรียนรู้
13	ฉันอยากศึกษาอะไรที่ฉันคิดว่าสำคัญต่อฉัน ไม่ใช่อะไรที่ครูบอกว่าสำคัญเสมอ
14	ฉันไม่รู้สึกตื่นเต้นกับเนื้อหาที่มีครอบคลุมอยู่ในหลักสูตร
15	ฉันรู้สึกเพลิดเพลินที่จะได้ฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นต่างๆที่เพื่อนได้หยิบยกขึ้นมาพูดในชั้นเรียน
16	ครูควรชี้แจงให้ชัดเจนว่าอะไรคือสิ่งที่ครูคาดหวังจากนักศึกษา
17	ในระหว่างการอภิปรายในชั้นเรียน ฉันต้องแข่งขันกับเพื่อนๆ เพื่อให้ความคิดของฉันเป็นที่ยอมรับ
18	ฉันได้ความรู้ หรือประโยชน์มากมายจากการเข้าเรียนในชั้นเรียนมากกว่าการอ่านหนังสืออยู่กับบ้าน หรือหอบฟัก
19	ความรู้ต่างๆที่ฉันรู้ ส่วนใหญ่ฉันศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง
20	โดยทั่วไปฉันรู้สึกว่าฉันจำเป็นต้องเข้าชั้นเรียน มากกว่าความรู้ที่ฉันต้องการอยากจะทำ
21	นักศึกษาสามารถเรียนรู้ได้เพิ่มมากขึ้นโดยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันกับเพื่อนๆ
22	ฉันพยายามที่จะทำรายงานตามที่ครูมอบหมายอย่างถูกต้อง และครบถ้วน
23	นักศึกษาจะต้องกลายเป็นคนที่มีความมั่นใจสูงเพื่อที่จะทำงานที่รับมอบหมายให้ดี
24	นักศึกษาทุกคนมีความรับผิดชอบที่จะต้องหาความรู้จากนอกหลักสูตรให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้
25	ฉันสามารถพิจารณาได้ว่า เนื้อหาหรือประเด็นอะไรที่สำคัญในหลักสูตร
26	การตั้งใจเรียนในห้องเรียนเป็นสิ่งที่ยากลำบากสำหรับตัวฉันเอง
27	ฉันชอบที่จะเรียนเพื่อไปทดสอบความรู้กับเพื่อนคนอื่นๆ
28	ครูที่อนุญาตให้นักเรียนทำอะไรตามสิ่งที่นักเรียนอยากทำ ถือว่าไม่ทำตามหน้าที่ของครู



ข้อ	เนื้อหา
29	ฉันชอบที่จะถามปัญหา หรือตอบคำถามก่อนเพื่อนๆ ในชั้นเรียน
30	กิจกรรมต่างๆในห้องเรียนโดยทั่วไปเป็นสิ่งที่น่าสนใจ
31	ฉันชอบมีแนวคิดเป็นของตนเองเกี่ยวกับการจัดการ เรียนการสอน หรือเนื้อหาต่างๆในหลักสูตร
32	ฉันถนัดใจที่จะพยายามเรียนรู้สิ่งต่างๆจากการเข้าเรียนในชั้นเรียน
33	ความคิดของเพื่อนๆช่วยให้ฉันเข้าใจเนื้อหาของหลักสูตรได้มากขึ้น
34	นักศึกษาคควรได้รับคำแนะนำจากครูอย่างใกล้ชิด ในทุกวิชาที่ทำโครงการ
35	เพื่อที่จะอยู่ในแนวหน้าของชั้นเรียน ฉันจะต้องทำอะไรที่ดีกว่าเพื่อนๆ
36	ฉันพยายามที่จะมีส่วนร่วมกับเพื่อนๆเท่าที่จะทำได้ในทุกๆด้านของแต่ละรายวิชา
37	ฉันมีความคิดของตนเองว่าชั้นเรียนควรจะดำเนินไปอย่างไร
38	วิชาส่วนใหญ่ที่ฉันเรียน ฉันเรียนหนักเพียงแคให้ผ่านวิชานั้นเท่านั้น
39	การเรียนรู้ที่จะเข้ากับเพื่อนๆได้เป็นอย่างดีเป็นส่วนสำคัญอย่างหนึ่งของการเรียนในชั้นเรียน
40	ฉันจดบันทึกเกือบทุกสิ่งที่อาจารย์พูดในชั้นเรียน
41	นักศึกษาจะเสียใจที่ได้คะแนนหรือเกรดน้อยกว่าเพื่อนที่นักศึกษาให้ยืมสมุดจดบันทึก หรือ เพื่อนที่นักศึกษาได้ติวเนื้อหาให้
42	ฉันทำงานที่อาจารย์มอบหมายอย่างเรียบร้อยครบถ้วน โดยไม่คำนึงว่า มันน่าสนใจหรือไม่
43	ถ้าฉันชอบหัวข้อใด ฉันมักจะหาความรู้หรือข้อมูลมากขึ้นด้วยตัวของฉันเอง
44	ฉันมักจะคร่ำเคร่งจริงจัง กับการสอบ
45	การเรียนรู้ ควรจะเป็นการพยายามร่วมมือกัน หรือมีส่วนร่วมกัน ระหว่างนักเรียนและอาจารย์
46	ฉันชอบเรียนในรายวิชาหรือหลักสูตรที่มีการวางแผนการเรียนการสอนเป็นอย่างดี
47	เพื่อที่จะเป็นเลิศในชั้นเรียน ฉันพยายามทำรายงานให้ดีกว่าเพื่อน คนอื่นๆ
48	ฉันสามารถทำรายงานเสร็จหลังจากที่ได้รับมอบหมายไม่นาน
49	ฉันชอบที่จะทำโครงการต่างๆในชั้นเรียนด้วยตัวของฉันเอง
50	ฉันต้องการให้อาจารย์ มองข้าม หรือไม่สนใจฉันเวลาอยู่ในชั้นเรียน
51	ฉันให้เพื่อนๆ ยืมสมุดจดงานเมื่อเพื่อนขอความช่วยเหลือ
52	อาจารย์ควรจะบอกนักศึกษาให้ชัดเจนว่า ข้อมูลหรือเนื้อหาใดที่จะออกเป็นข้อสอบ
53	ฉันต้องการจะรู้ว่าเพื่อนๆ คนอื่นทำคะแนนข้อสอบ หรือรายงานได้ดีแค่ไหน
54	ฉันอ่านหนังสือทุกเล่ม ที่อาจารย์ต้องการให้อ่านในแต่ละรายวิชา
55	เมื่อฉันไม่เข้าใจอะไรบางสิ่ง ฉันมักจะหาคำตอบด้วยตนเองก่อนที่จะต้องการความช่วยเหลือ
56	ฉันมักชอบคุย หรือเล่าเรื่องตลกกับเพื่อนที่นั่งข้างๆในระหว่างการเรียน
57	ฉันสนุกสนาน และเพลิดเพลินเมื่อได้เข้าร่วมกลุ่มย่อยในชั้นเรียน
58	ฉันค้นพบว่า แผนการสอนหรือเนื้อหาที่อาจารย์สอนมีประโยชน์มาก
59	ฉันชอบถามเพื่อนๆในชั้นเรียน เกี่ยวกับ เกรด หรือคะแนนที่เพื่อนทำได้เวลาสอบหรือเวลาทำรายงาน
60	ในชั้นเรียนฉันมักนั่งอยู่แถวหน้าของห้อง



รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช

ปราณี เกษรสันต์ *

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 2 ระยะ คือขณะอยู่โรงพยาบาลและหลังจำหน่าย 6 สัปดาห์ โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 60 คนเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 ราย รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คู่มือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านความรู้ของผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความรู้หลังการใช้รูปแบบการดูแลเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับความพึงพอใจในการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ดูแลและผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่าน พบว่า ในภาพรวมทั้งหมดอยู่ในระดับมากที่สุด และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแลการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน/ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



A Transitional Care Model for Stroke Patients at Chaopraya Yommarat Hospital.

Pranee Kasornsunt *

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to examine the effect of a transitional care model for Stroke patients at Choapraya Yommarat Hospital. The study comprised two phases: phase 1) in the hospital, and phase 2) 6 weeks after being discharged from the hospital. The subjects were 60 stroke patients. The sample was purposively selected and assigned equally to the control and experimental groups, 30 participants in each group, with similarities in gender, age, and activities of daily living (ADL) level. Research instruments were composed of: 1) the Transitional Care of Stroke Patients Model, 2) a Handbook of Activities of Daily Living for Persons with Stroke, and 3) a Handbook of Transitional Nursing Care with Stroke Patients for patients and a handbook on stroke patient care for their caregivers. The data collection instruments included: the transitional care Model for Stroke Patients, Handbooks of Activities of Daily Living for Persons with Stroke and Handbooks on stroke patient care. The assessment tools consisted of a Demographic Data Form and Assessment Form of ADL Stroke Patients, Caring Knowledge of Stroke Patient questionnaires and Stroke Patient Satisfaction questionnaires. All data were analyzed by percentage, mean, standard deviation and t-test.

The research findings were as follows: The activities of daily living mean score of the experimental group after receiving the Transitional Care of Model for stroke patients was significantly higher than that of the control group, at the significant level of 0.05. The overall caring knowledge of stroke patients after the implementation of a transitional care Model for stroke patients was significantly higher than before the implementation of the Model at the 0.05 level. These results show that the implementation of the transitional care model for ischemic stroke patients in overall stroke patient satisfaction scores after receiving Transitional Care Model for stroke patients of the experimental group were at the very good level and significantly higher than before the implementation of the Model at the 0.05 level.

Results of this study indicate that Transitional Care Model for stroke patients could be used to improve holistic and continuous caring of stroke patients. Thus, it should be used as a nursing practice guideline for improving the effectiveness of care for stroke patients and also providing baseline information for further research.

Keywords : Transitional care Model / Stroke Patients



ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke หรือ Cerebrovascular Disease) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยพบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553-2555 มีอัตรา 271.85, 254.48 และ 318.83 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ สำหรับประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายแบ่งตามกลุ่มโรคสำคัญเป็นอันดับสาม รองจากโรคมะเร็งและอุบัติเหตุ¹ แต่อย่างไรก็ตามโรคหลอดเลือดสมองมีความรุนแรงหลายระดับ ในผู้ป่วยที่รอดชีวิตนั้น พบว่าประมาณร้อยละ 20 จะหายเป็นปกติ ร้อยละ 60 ต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องระยะหนึ่งจึงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ อีกร้อยละ 20 ต้องการคนดูแลให้ความช่วยเหลือตลอดเวลา จากการที่มีความพิการหลงเหลืออยู่มีโอกาสกลับเป็นซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา และบางรายอาจต้องเสียชีวิตประมาณในการดูแลไปตลอดชีวิต เนื่องจากไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้เป็นภาระแก่ผู้ป่วย ญาติ และสังคมเป็นอย่างยิ่ง² นอกจากนี้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายสูงทั้งค่ายา ค่าวัสดุ/ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ต่างๆ จึงจำเป็นต้องให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากภาวะการเจ็บป่วยโดยเร็ว รวมทั้งลดภาวะแทรกซ้อนและมีวันนอนในโรงพยาบาลน้อยที่สุดเพื่อเป็นการลดต้นทุนการบริการทางการแพทย์^{3,4} เนื่องจากผลของโรคที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ ความพิการที่หลงเหลืออยู่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกระทำการบำบัดในครอบครัว ไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้ดั้งเดิม บางรายไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจได้ตลอด จากการศึกษาของ วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และคณะ⁵ เกี่ยวกับการพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐบาลเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปบ้าน พบว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยยังเป็นงานที่พยาบาลปฏิบัติไม่มีรูปแบบชัดเจน ไม่สม่ำเสมอ ไม่ครอบคลุมในทุกขั้นตอน ขาดความต่อเนื่องในขั้นตอนการปฏิบัติและยังไม่ต่อเนื่องถึง

บ้านผู้ป่วย จึงมีความจำเป็นในการนำรูปแบบการดูแลการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านมาใช้ เพื่อเชื่อมช่องว่างการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปบ้าน⁴

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวปฏิบัติการดูแลในช่วงเปลี่ยนผ่านของเนลเลอร์และคณะ^{6,7} ซึ่งมีการกำหนดโปรแกรมการดูแลที่มีลักษณะการดูแลครอบคลุม 2 ระยะ คือ 1) ระยะรับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนจำหน่าย ตั้งแต่การดูแลในระยะเฉียบพลันตามแนวปฏิบัติ ร่วมกับการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความรู้เกี่ยวกับโรคโดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ 2) ระยะภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน โดยการติดตามเยี่ยมที่บ้านและเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลและที่บ้าน โดยอาศัยบทบาทของพยาบาล คือ เป็นผู้ดูแลโดยตรงและประสานงานกับทีมสหสาขาในการดูแล ทั้งระยะที่อยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน โดยเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ ซึ่งจะมีความรุนแรงมากขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพที่สมอง บางคนอาจมีความพิการทำให้ส่งผลต่อความพร้อมในการทำกิจวัตรประจำวัน ชี้นะและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในชุมชนและส่งเสริมการดูแล รวมทั้งการติดตามเยี่ยมภายหลังจำหน่าย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพร้อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านด้วยการเปรียบเทียบ

1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. ความแตกต่างของระดับความรู้ของผู้ป่วยโรค



หลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมุติฐานของการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. ระดับความรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสูงกว่าก่อนในกลุ่มควบคุม

3. ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสูงกว่าในกลุ่มควบคุม

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัตถุประสงค์ก่อนและหลังการทดลอง (two groups pre-post test design) มุ่งศึกษาผลของรูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยา ยมราช ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2557 จำนวน 60 ราย

นิยามศัพท์

นิยามศัพท์

การดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ระยะเฉียบพลันจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยอาศัยบทบาทของพยาบาล ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ และภายหลัง

จำหน่ายกลับบ้าน มีการติดตามเยี่ยมที่บ้าน และเยี่ยมทางโทรศัพท์

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การกระทำกิจกรรมขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละวันตามดัชนีกิจวัตรประจำวัน ซึ่งประกอบด้วย 1) การรับประทานอาหาร 2) การล้างหน้า หรือผม แปรงฟัน โกนหนวด 3) การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ 4) การใช้ห้องสุขา 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น 8) การอาบน้ำ 9) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ 10) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ประเมินความสามารถในการกระทำกิจวัตรประจำวันจากดัชนีกิจวัตรประจำวันบาร์เทิลแบบประยุกต์ ของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ⁵

ความรู้ของผู้ป่วย หมายถึง คะแนนที่ได้จากการตอบแบบวัดความรู้ของผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพของผู้ป่วยเป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น 25 ข้อ ดังนี้ ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6 ข้อ การดูแลกิจวัตรประจำวันจำนวน 7 ข้อ การดูแลความปลอดภัยจำนวน 7 ข้อ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลด้านจิตสังคมจำนวน 5 ข้อ โดยกำหนดให้คำตอบที่ถูกต้องให้ 1 คะแนน คำตอบที่ไม่ถูก และไม่ทราบให้ 0 คะแนน

ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกที่ดีของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อเขาได้รับบริการตรงตามความคาดหวัง ซึ่งวัดจากแบบประเมินความพึงพอใจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาโดยเป็น 1) แบบประเมินความพึงพอใจต่อกิจกรรมที่ได้รับการสอน แบ่งเป็น การดูแลกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน จำนวน 7 ข้อ การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน จำนวน 5 ข้อ การดูแลโภชนาการ จำนวน 3 ข้อ การดูแลสุขภาพจิต จำนวน 3 ข้อ และการดูแลผู้มีอุปการณการแพทย์และการให้ยา จำนวน 5 ข้อ 2) แบบประเมินความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ



จำนวน 15 ข้อ มี 5 ระดับ มากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน มากเท่ากับ 4 คะแนน ปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน น้อย เท่ากับ 2 คะแนน และน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน คะแนนความพึงพอใจยิ่งมาก แสดงว่ามีความพึงพอใจมาก

กรอบแนวความคิดของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แนวปฏิบัติการดูแลในช่วงเปลี่ยนผ่านของเนเลอร์^{6,7} ประกอบด้วย 1) การประเมินอย่างสมบูรณ์แบบเกี่ยวกับสุขภาพ ความต้องการด้านร่างกาย อารมณ์ การรู้คิด และการทำหน้าที่ รวมทั้งสังคมและสิ่งแวดล้อม 2) นำแผนการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านที่อาศัยหลักฐานที่เชื่อถือได้ไปปฏิบัติ 3) การดูแลจะต้องเริ่มตั้งแต่รับไว้รักษาและต่อเนื่องไปถึงบ้านและติดตามเยี่ยมและโทรศัพท์ติดตาม 4) สร้าง

กลไกที่จะได้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกัน ระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และสถาบันที่รับส่งต่อ และ 5) การให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน บุคลากรที่มีสุขภาพที่ได้รับการฝึกอบรม นำมาประยุกต์ใช้โดยมีการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ทั้งในเรื่อง ความรู้เกี่ยวกับโรคและการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองต่อเนื่องของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและการติดตามเยี่ยมที่บ้านร่วมกับการเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ต่อเนื่องครอบคลุมเป็นองค์รวม ทำให้ทราบถึงปัญหา ความต้องการในแต่ละระยะเปลี่ยนผ่าน โดยอาศัย บทบาท ของพยาบาลประสานความร่วมมือในการดูแล กับทีมสหวิชาชีพ

รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมอง

ขั้นตอนที่ 1. ระยะรับการรักษาในโรงพยาบาล

การประเมิน/การเตรียมความพร้อมเพื่อการเปลี่ยนผ่าน

- ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวตามระยะ

เปลี่ยนผ่าน

- พัฒนาทักษะในการดูแลตนเองต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 2. ระยะภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน

การติดตามเยี่ยม

- เยี่ยมที่บ้าน

- เยี่ยมทางโทรศัพท์

ผลของการใช้รูปแบบการ

ดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่าน

ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมอง

- ความสามารถในการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวัน

- ระดับความรู้โรคหลอดเลือด

สมองของผู้ป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest – Posttest Control Group Design)

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. **ประชากร** ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองและมาเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมและพิเศษ โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี

2. **กลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2557

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง จากการเปิดตารางประมาณจำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ .05 กำหนดอำนาจในการทดสอบ (power) ที่ .80 และขนาดของความสัมพันธ์ที่ต้องการศึกษา (effect size) เท่ากับ .80 จะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 ราย รวมเป็น 60 ราย⁹ ใช้เทคนิควิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มเจาะจง เป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย โดยการนับลำดับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ให้รายชื่อที่ 1, 3, 5 ...จนครบ 30 ราย เป็นกลุ่มทดลอง และรายชื่อที่ 2, 4, 6 ... จนครบ 30 ราย เป็นกลุ่มควบคุม โดยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งสองกลุ่มมีลักษณะที่ใกล้เคียงกันในด้านเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบมีพยาธิสภาพที่สมองของผู้ป่วย อายุ เพศและการศึกษา

3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย ประกอบด้วย

- 1) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 4 ส่วน โดยส่วนที่หนึ่งเป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนที่สองเป็นแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนที่สามเป็นแบบวัดความรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และส่วนที่สี่เป็นแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 2) เครื่องมือสำหรับดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามระยะการเปลี่ยนผ่าน

ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและประยุกต์จากแนวปฏิบัติการดูแลในช่วงการเปลี่ยนผ่านของเนลเลอร์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามความพึงพอใจในการดูแล ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน แล้วนำผลการทดลองใช้ไปปรับปรุงรูปแบบให้มีความชัดเจนและมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติมากขึ้น จากนั้นจึงนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง และทำการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ .96 แบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ .88 และแบบสอบถามความพึงพอใจในการดูแล เท่ากับ .88

4. ขั้นตอนการดำเนินงาน

การรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม

1) ระยะรับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 1 เยี่ยมภายใน 24 ชั่วโมงแรกที่เข้ารับการรักษา รวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินอาการทางระบบประสาทพร้อมบันทึกลงในแบบบันทึก ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เยี่ยมทุกวันใน 5 วันแรก และทุก 2 วันจนกระทั่งจำหน่าย ก่อนจำหน่ายจะมีการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและความพึงพอใจในการดูแล

2) ระยะติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย การเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 6 หลังจำหน่าย โดยผู้วิจัยซักถามอาการและความเป็นอยู่ทั่วไป ดำเนินการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างซ้ำ

การรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง

1. ระยะรับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 1



เยี่ยม 24 ชั่วโมงแรกที่เข้ารับการรักษา ประเมินข้อมูลส่วนบุคคล ซักถามอาการทั่วไปของผู้ป่วย ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินอาการทางระบบประสาทพร้อมบันทึกลงในแบบบันทึก และประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เยี่ยมทุกวันใน 5 วันแรกและทุก 2 วันจนกระทั่งจำหน่าย ซึ่งจะเน้นเรื่องของการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล วางแผนการพยาบาลตามอาการและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน ในเรื่องความรู้เรื่องโรค การฝึกทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการสอนสาธิตและให้คำปรึกษา ให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการพยาบาลที่จะต้องได้รับอย่างต่อเนื่องที่บ้าน รวมทั้งจัดหาแหล่งช่วยเหลือต่างๆ ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน โดยการประสานงานระหว่างสหสาขาที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกโรงพยาบาลในการให้การดูแล พร้อมทั้งส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนและการฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพ แจกคู่มือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมทั้งให้เบอร์โทรศัพท์ในแหล่งประโยชน์ในชุมชนหรือเบอร์โทรศัพท์ของผู้วิจัย ซึ่งสามารถขอคำปรึกษาและขอความช่วยเหลือได้ทันที ก่อนจำหน่ายจะมีการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและความพึงพอใจในการดูแล

2) ระยะเวลาติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย การเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 1 หลังจำหน่าย การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ในสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 5 หลังจำหน่าย ในสัปดาห์ที่ 4 จะเป็นการมาตรวจตามนัดหลังจำหน่าย 1 เดือน เป็นการประเมินอาการและการรักษาต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 6 หลังจำหน่าย ซักถามเกี่ยวกับปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเมื่อกลับไปบ้าน ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการแก้ไขปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อ

การปฏิบัติกิจกรรม พร้อมทั้งพูดคุยให้กำลังใจ ชี้แนะแหล่งประโยชน์ เช่น การขอคำปรึกษาเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพในแหล่งบริการใกล้บ้าน เมื่อไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่นอกเหนือความสามารถในการดูแลตามศักยภาพที่มีอยู่ให้เข้ากับวิถีชีวิตและสภาพแวดล้อมที่บ้าน จะมีการประเมินผลความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามระยะเวลาเปลี่ยนผ่าน

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบด้วยสถิติ chi-square test ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบด้วยสถิติ t-test

2) วิเคราะห์คะแนนความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยและระดับความพึงพอใจก่อนและหลังได้รับการดูแลการเปลี่ยนผ่าน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบด้วยสถิติ t-test

3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายในกลุ่มเดียวกัน ก่อนและหลังได้รับการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านโดยใช้สถิติ dependent t-test

4) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t-test

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยหลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลเจ้าพระยา ยมราช โดยให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความยินดีเข้าร่วมวิจัย เป็นลายลักษณ์อักษร ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และชั้น



ตอนของการเข้าร่วมการวิจัยโดยละเอียด และหากกลุ่มตัวอย่างไม่ประสงค์เข้าร่วมวิจัยสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลา ข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ วิเคราะห์ข้อมูลและรายงานผลวิเคราะห์ในลักษณะภาพรวมเชิงวิชาการ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.70 เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย = 63.50 (S.D.= 7.90, range=54-79 ปี) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.70 ด้านการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 50.00 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว = 5,113.61 (S.D.= 2,550.36, range=3,000-12,000 บ.) ส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัว เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 67.70 และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย = 6.33 (S.D.= 3.93 range= 1-20 วัน)

และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.70 มีอายุเฉลี่ย = 66.10 (S.D.= 6.14, range= 55-76 ปี) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50.00 ด้านการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 ด้านอาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ

ร้อยละ 40.00 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว = 5,274.90 (S.D.= 3,023.18 range=3,000-15,000 บ.) และการมีโรคประจำตัว เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 26.70 และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย = 4.00 (S.D.= 1.23, range= 3-7วัน)

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายในกลุ่มก่อนและหลังการได้รับการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมการวิจัยเมื่อทดสอบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลตามปกติ เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมการวิจัยไม่แตกต่างกัน ($p < 0.5$) กลุ่มทดลอง เมื่อทดสอบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (รายละเอียดดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง(n=60)

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง (n=30)			หลังการทดลอง (n=30)			t	p-value
	\bar{x}	min-max	S.D.	\bar{x}	min-max	S.D.		
กลุ่มควบคุม	8.00	4-11	1.84	8.10	4-11	1.79	2.11	.08
กลุ่มทดลอง	7.73	4-11	1.82	11.10	8-15	2.26	12.51	.00

p-value <.05



เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนเข้าร่วมวิจัยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่แตกต่างกัน ($p < 0.5$) การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังเข้าร่วมวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่าน มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -5.72$, $p\text{-value} = .00$) (รายละเอียดดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($n=60$)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	กลุ่มควบคุม ($n=30$)		กลุ่มทดลอง ($n=30$)		t	$p\text{-value}$
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
ก่อนทดลอง	8.00	1.84	7.73	1.82	.49	.29
หลังทดลอง	8.10	1.79	11.10	2.26	-5.72	.00

$p\text{-value} < .05$

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน

ควบคุม หลังได้รับการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (รายละเอียดดังตารางที่ 4)

ความรู้ของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่ม

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเมื่อแรกรับและก่อนจำหน่าย ($n=60$)

ความรู้ของผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม ($n=30$)		กลุ่มทดลอง ($n=30$)		t	$p\text{-value}$
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
ก่อนทดลอง	13.10	1.58	13.50	1.20	-1.10	.27
หลังทดลอง	19.30	1.27	22.77	1.36	-10.99	.00

$p\text{-value} < .05$



ตารางที่ 5 ระดับความพึงพอใจในการดูแลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่าน (n = 60)

ระดับความพึงพอใจในการดูแล	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	\bar{x}	SD	แปลผล	\bar{x}	SD	แปลผล
ความพึงพอใจในกิจกรรมการดูแล						
การดูแลกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน	3.36	.32	ปานกลาง	4.52	.20	มากที่สุด
การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน	3.39	.27	ปานกลาง	4.58	.20	มากที่สุด
การดูแลโภชนาการ	3.49	.34	ปานกลาง	4.49	.30	มาก
การดูแลสุขภาพจิต	3.46	.45	ปานกลาง	4.43	.29	มาก
การดูแลผู้มีอุปการะคุณและการให้ยา	3.38	.35	ปานกลาง	4.51	.33	มากที่สุด
โดยรวม	3.40	.18	ปานกลาง	4.52	.19	มากที่สุด
ความพึงพอใจในบริการ						
ความสะดวก รวดเร็ว	3.43	.38	ปานกลาง	4.56	.29	มากที่สุด
คุณภาพการให้บริการ	3.69	.35	มาก	4.63	.24	มากที่สุด
อภัยและเอาใจใส่	3.76	.53	มาก	4.72	.43	มากที่สุด
การให้ข้อมูล / คำแนะนำด้านสุขภาพและบริการ	3.64	.38	มาก	4.73	.21	มากที่สุด
โดยรวม	3.64	.23	มาก	4.66	.19	มากที่สุด
ทั้งหมดในภาพรวม	3.50	.14	ปานกลาง	4.57	.17	มากที่สุด

ส่วนที่ 4 ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังเข้าร่วมวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่าน มีคะแนนค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมของผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) มีคะแนนค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในกิจกรรมการดูแลโดยรวมของผู้ป่วยสูง

กว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .01$) และมีคะแนนค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการโดยรวมของผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .01$) (รายละเอียดดังตารางที่ 6)



ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยโรคเลือดสมอง (n = 60)

ความพึงพอใจ	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		t	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
กิจกรรมการดูแลโดยรวม	78.23	4.05	103.87	4.26	-23.88	.00
บริการโดยรวม	54.60	3.38	69.93	2.83	-19.06	.00
ทั้งหมดในภาพรวม	132.83	5.40	173.80	6.55	-26.43	.00

p-value <.05

สรุปและอภิปรายผล

จากการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นและมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น หลังจากได้รับการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านและสูงกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังการวิจัย เนื่องจากการใช้รูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตั้งแต่ระยะวันแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามแผนการพยาบาลตั้งแต่วินิจฉัยจนถึงระยะฟื้นฟูสภาพตามปัญหา ตามความต้องการและความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน การวางแผนจำหน่าย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนมีการติดตามประเมินผล การประสานงานอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านของเนลเลอร์^{6,7} นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สนับสนุนคู่มือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อใช้อ่านประกอบเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา ซึ่งการดูแลที่เหมาะสมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การปรับสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนา

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้จัดหาแหล่งช่วยเหลือต่างๆ ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน โดยการประสานงานระหว่างสหสาขาที่เกี่ยวข้อง ทั้งในและนอกโรงพยาบาลในการให้การดูแลพร้อมทั้งส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนและการฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพ การจัดทำทำเนียบแหล่งประโยชน์ในชุมชนจะมีประโยชน์ต่อระบบการส่งต่อ ทำให้เจ้าหน้าที่พยาบาลสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เพื่อการเตรียมพร้อมที่ดีเกิดความมั่นใจในการดูแลต่อเมื่อที่บ้าน⁹ ส่งผลให้ผู้ป่วยมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ตามสถานการณ์ที่เป็นจริง โดยลดการพึ่งพาผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตลอดจนจนผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถปรับตัวในระยะเปลี่ยนผ่านได้อย่างราบรื่น^{6,7} สอดคล้องกับการศึกษาของสาสิ เฉลิมวรรณพงศ์¹¹ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านต่อความสามารถในการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งสองกลุ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในสัปดาห์ที่ 12 แต่กลุ่มทดลองมีความสามารถในการทำหน้าที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01) สอดคล้องกับการศึกษาของนพวรรณ ผ่องใส¹² ที่ศึกษาผลของการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด



สมอง พบว่ากลุ่มทดลองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุม จากการเยี่ยมบ้านช่วงแรก พบว่า กิจกรรมที่ผู้ป่วยมีปัญหาส่วนมาก ได้แก่ การเดิน การแต่งตัว การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียง ไปยังเก้าอี้ การใช้ห้องสุขา การอาบน้ำ การขึ้นลงบันได 1 ชั้น เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติเองได้เองทั้งหมด ยังต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการให้ความช่วยเหลือ ซึ่งผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษาและสอนเพิ่มเติม ประกอบกับมีการปรับสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน การปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ต่างๆ ให้เหมาะสมและเอื้ออำนวยต่อการฝึกทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองเพิ่มขึ้น และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของเนเลอร์และคณะ^{13,14} พบว่า ลดการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลประมาณ 1 ใน 5 ภายใน 30 วันของการจำหน่ายและ 1 ใน 3 ภายใน 90 วัน รวมทั้งเพิ่มระยะห่างของเวลาที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำและลดค่าใช้จ่าย สอดคล้องกับการศึกษาของวชิราภรณ์ โนราช¹⁵ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวมีความต้องการให้ทีมเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลแม่ข่ายให้การแนะนำในการดูแลให้ครอบครัวทุกคนทั้งทางด้านกาย จิตและสังคม เพื่อลดภาระการพึ่งพาผู้อื่นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

นอกจากนี้การติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ยังทำให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสอบถามข้อสงสัยเพิ่มเติม นำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นตามมา ช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดกำลังใจ ตระหนักในคุณค่าตนเอง พยายามที่จะปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองให้ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Shyu Y., และคณะ¹⁶ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมครอบครัวของผู้ดูแลโดยใช้โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการใช้โทรศัพท์ติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 1 และ 4 หลังจำหน่ายจากโรง

พยาบาลเพิ่มความพึงพอใจและความพร้อมของการดูแลได้มากกว่าก่อนทดลอง ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายพบว่ากลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ป่วยได้ทราบถึงแนวทางการรักษา ระยะเวลาที่ต้อง อยู่โรงพยาบาล ได้รับความรู้และได้ฝึกทักษะที่จำเป็นทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยต่อเองที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ เครือวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์และจรรยาลักษณ์ ป้องเจริญ¹⁷ ซึ่งศึกษาผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธรจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุดต่อการบริการของทีมสหสาขาวิชาชีพ

จากการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ว่า รูปแบบการดูแลการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการประยุกต์แนวปฏิบัติการดูแลในช่วงเปลี่ยนผ่านของเนเลอร์และคณะ^{6,7} มาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการดูแลและรักษาผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางเป็นการปฏิบัติของทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งมีการวางแผนกิจกรรมและขั้นตอนไว้อย่างชัดเจน จะช่วยเพิ่มความรู้ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ช่วยลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำลดลง รวมทั้งพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ควรส่งเสริมให้มีการใช้รูปแบบการดูแลการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง ควรส่งเสริมความรู้ ความสามารถของผู้ดูแล เพื่อช่วยในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นระบบและมีการติดตามผลอย่างเป็นระยะเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และลดภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ผู้บริหารการพยาบาลมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการวางนโยบาย และเป็นผู้นำให้กับพยาบาลวิชาชีพได้พัฒนาและปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น



เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการป่วยของผู้ป่วยที่รับบริการสาธารณสุข. นนทบุรี : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2555.
2. ปิยะภัทร เดชพระธรรม. โรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร ใน อาริรัตน์ สุพุทธิธาดา, บรรณาธิการ. การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: อัสตรา พรินต์ติ้ง จำกัด; 2548.
3. จินตนา จักรปิง. ผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลโรงพยาบาลน่าน. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
4. จินตนา จักรปิงและวาสิณี วิเศษสุทธิ. ผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วย และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล โรงพยาบาลน่าน. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2555; (ฉบับพิเศษ): 14-26.
5. Pichitpornchai, W., Street, A., & Boontong, T. Discharge planning and transitional care: Issues in Thai nursing. International Journal of Nursing Studies 1999; 36: 355-362.
6. Naylor, M. D. Transitional care of older adults. In P. Archbold, & B. Stewart (Eds.), Annual review of nursing research New York: Springer. 2002; 20: 127-47.
7. Naylor, M.D., Brooten, D., Campbell, R. L., Maislin, G., McCauley, K. M., & Schwartz, J.S. Transitional care of older adults hospitalized elders: A randomized controlled trial. Journal American Geriatrics Society 2004; 52: 675-84.
8. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, และคณะ. การวิเคราะห์ผู้สูงอายุ. ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (บก.), หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (หน้า 85-86). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
9. Polit, D. F. Testing the difference between two means: The two-sample t-test. In Polit, D.F. (Ed.), Data analysis & statistics for nursing research. Stamford: Appleton & Lange; 1996.
10. ประคอง อินทรสมบัติและคณะ. การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลอย่างครบวงจรและต่อเนื่อง: การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน Rama Nurs J 2013; 19(2): 194-205.
11. Salee Chalermwannapong. Effects of the transitional care program on functional ability and quality of life of stroke survivors. [Thesis (Doctor of Philosophy) Chiang Mai ; 2009.
12. นพวรรณ ผ่องใส. ผลของการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] เชียงใหม่ ; 2552.
13. Naylor, M. D., Brooten, D. A., Campbell, R. L., Maislin, G., McCauley, & Schwartz, J. Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: A randomized, controlled trial. Journal of the American Geriatrics Society 2004; 52(5): 675-684.
14. Naylor, M. D., & Keating, S. K. Transitional Care: Movement from one care setting to another. American Journal of Nursing 2008; 108(S9): 58-63.
15. วชิราภรณ์ โนราช. ความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวในการดูแลด้านกาย จิต และสังคม จากทีมเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลแม่ข่าย. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต] เชียงใหม่ ; 2552.



16. Shyu Y., Chen M., Chen S., Wang H. & Shao J. A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregiver. *Journal of Clinical Nursing & Residential Care*, 2008; 17: 2497–2508.
17. เค็ววัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์ และ จริญญาลักษณ์ ป้องเจริญ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข* 2554; 21(1): 4–21.



พฤติกรรมทางเพศและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจ ในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในจังหวัดสระบุรี

ศิริวรรณ ทุมเชื้อ*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมทางเพศและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในจังหวัดสระบุรี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มหลายขั้นตอน (Multi – Stage Random Sampling) เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 215 คน ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 298 คน และระดับอาชีวศึกษา (ปวช.) จำนวน 270 คน รวมทั้งหมด 779 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศและความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ มีความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Chi-square ผลการวิจัย พบว่า ร้อยละ 19.5 (152 คน) เคยมีเพศสัมพันธ์มาแล้ว ร้อยละ 40.8 ที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 15 ปี ร้อยละ 7.2 อายุต่ำสุดที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ 13 ปี ร้อยละ 2.0 อายุมากที่สุดที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก คือ 18 ปี ร้อยละ 12.5 ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 53.3 ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์บางครั้ง ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 34.2) ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างที่มีความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์โดยรวมในระดับดี ($\bar{X} = 3.70$, S.D. = .52) วัยรุ่นหญิงควรปฏิบัติการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อไม่มีการป้องกันการตั้งครรภ์ ($\bar{X} = 4.33$, S.D. = 1.10) เป็นความตั้งใจสูงสุด ส่วน ความรู้เรื่องการใช้ถุงยางอนามัยจะทำให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น ($\bar{X} = 2.79$, S.D. = 1.36) เป็นความตั้งใจระดับต่ำสุด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน การอยู่ร่วมกันของบิดามารดาและปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจของวัยรุ่น

ผลจากการศึกษานี้ทำให้เข้าใจถึงสภาพการณ์พฤติกรรมทางเพศและความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในจังหวัดสระบุรีเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการให้บริการส่งเสริมสุขภาพทางเพศและเพศวิถีศึกษาของวัยรุ่นต่อไป

คำสำคัญ : พฤติกรรมทางเพศ ตั้งครรภ์ เพศสัมพันธ์ วัยรุ่น

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี



Sexual behaviors and factors correlated with the intention of protection

Siriwan Tumchuea*

Abstract

The objectives of this survey research were to investigate sexual behavior and other factors correlated with the intention of preventing and protecting against teen pregnancy in Saraburi province. Multiple stages of a random sampling method were used to recruit samples. The sample of 779 students consisted of 215, 298 and 270 students from secondary school, high school, and vocational college, respectively. The questionnaire was used to collect demographic data, sexual behavior information and factors related to intention of preventing pregnancy. The reliability of the questionnaire was 0.90. Descriptive statistics in terms of the mean and standard deviation and chi-square were used to analyze the data. It was found that 19.5% (152 samples) had had sexual intercourse. The samples start to have sex at 15 years old (40.8%) and the minimum age for sex was 13 years old (7.2%), while the oldest start having sex at 18 years of age (2.0%). The sample had not used condoms during sexual intercourse (12.5%), occasional use (53.3%) and mostly used (34.2%). The intention scoring of the sample group in pregnancy protection was at the good level ($\bar{X} = 3.70$, S.D. =0.52). The highest scoring of intention, where teenage girls denied unprotected sexual intercourse ($\bar{X} = 4.33$, S.D. =1.10), while high incidence of sexual intercourse as a consequence of increase in knowledge of condom use had the lowest score ($\bar{X} = 2.79$, S.D. =1.36). The factors correlated with intention of protection of 0.001 were age, education, family income, marital status of the parents and the problems that make teenagers feel unhappy.

The results from the study showed conditions of sexual behavior and factors correlated with intention of protecting from pregnancy which can be used to develop guidelines for sexual well-being and sexuality studies for the next generation

Keywords : Sexual behavior, Attitudes, Sex, Adolescents



ความเป็นมาและความสำคัญ

วัยรุ่นคือขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาทางร่างกายและจิตใจของมนุษย์ ซึ่งเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาระหว่างวัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยา เช่น ระบบสืบพันธุ์ในลักษณะที่พร้อมจะมีเพศสัมพันธ์ได้¹ ทางจิตวิทยาและทางสังคมวัยรุ่น ถือเป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิตเป็นรอยเชื่อมระหว่างการเป็นเด็กกับการเป็นผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นระยะที่ต้องปรับพฤติกรรมจากเด็กให้เป็นแบบผู้ใหญ่ที่สังคมยอมรับ เป็นวัยที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจที่ต้องเรียนรู้ถึงความเป็นตัวของตัวเอง การเป็นวัยรุ่นจึงมิได้มีเพียงการเติบโตทางร่างกายเท่านั้น หากแต่หมายรวมถึงการเติบโตทางสังคมซึ่งอยู่ในกรอบของวัฒนธรรมในแต่ละท้องถิ่น พฤติกรรมต่างๆ ที่วัยรุ่นแสดงออกแตกต่างจากวัยเด็ก เช่น อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด ติดเพื่อน ไม่เชื่อฟังพ่อแม่ โดยเฉพาะพัฒนาการทางเพศในช่วงวัยรุ่นซึ่งได้รับอิทธิพลจากฮอร์โมนเพศในร่างกาย คือ พฤติกรรมมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ที่สำคัญประการหนึ่ง จากการศึกษาของ อัมพวา ทิมแบน² การให้ความหมายของเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานของวัยรุ่นชายมีความหลากหลายและแตกต่างกันไป เช่น การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก หมายถึง การหาประสบการณ์ทางเพศ ทำให้มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับแฟน เป็นเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ตั้งใจเพราะความใกล้ชิดและเมาสุราด้วยกัน และเป็นเพศสัมพันธ์ที่ตั้งใจเพราะเป็นแฟนกันไปเที่ยวด้วยกันและอยู่ด้วยกันสองต่อสอง

การมีครอบครัวที่อบอุ่นถือเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยป้องกันวัยรุ่นจากพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมได้ วัยรุ่นที่มีการพูดคุยเรื่องการคุมกำเนิดกับพ่อแม่ มีการใช้วิธีคุมกำเนิดมากกว่าผู้ที่ไม่เคยคุยกับพ่อแม่/ผู้ปกครอง³ อย่างไรก็ตามวัยรุ่นยังเป็นวัยที่ยังขาดความพร้อมในหลายๆด้าน ผลที่เกิดจากการที่มีเพศสัมพันธ์ในวาระที่ยังไม่เหมาะสมนั้น จะนำมาซึ่งปัญหาต่างๆทั้งในครอบครัวและสังคม จากการศึกษาของอนงค์ ชีระพันธ์⁴ พบว่า อายุ เพศ ระดับการศึกษา ค่าใช้จ่าย

ที่ได้รับความรู้เรื่องเพศ การทำกิจกรรมของกลุ่มเพื่อนที่คบ เนื้อหาข้อมูลข่าวสารเรื่องเพศที่ได้รับ แหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องเพศที่ได้รับ ลักษณะเพื่อนสนิทที่คบสัมพันธภาพในครอบครัว รูปแบบการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมและการอบรมสั่งสอนเรื่องเพศในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษา รวมถึงการศึกษาของวิไล คุณคำ⁵ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ เพศ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของนักเรียนทัศนคติต่อเรื่องเพศ อาศัยอยู่กับญาติ การเข้าถึงสื่อเรื่องเพศ การอบรมสั่งสอนเรื่องเพศของครอบครัว และอาศัยอยู่กับพ่อและแม่ตัวแปรพยากรณ์ที่ดี ได้แก่ การเข้าถึงสื่อเรื่องเพศทัศนคติต่อเรื่องเพศ รายได้ของนักเรียนเฉลี่ยต่อเดือน และการตระหนักรู้ตนเองในเรื่องเพศ

ในแต่ละปีมีสตรีวัยรุ่นคลอดบุตรทั่วโลกราว 14 ล้านคน โดยประมาณ 12.8 ล้านคน หรือมากกว่า 90% อยู่ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา⁶ ซึ่งในประเทศไทยมีวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี ประมาณ 10 ล้านคน ชายหญิงมีสัดส่วนพอๆ กัน พบว่าการคลอดในวัยรุ่นไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก 123,447 คนในปี พ.ศ. 2548 เป็น 131,748 ในปี พ.ศ. 2552 นอกจากนี้ยังพบว่ามีแม่วัยรุ่นต่ำกว่า 20 ปี คลอดบุตร จำนวน 106,726 คน คิดเป็นร้อยละ 13.5 ของจำนวนมารดาทุกช่วงวัย ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยมาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ที่ ร้อยละ 107 ในปี พ.ศ. 2553 มีอัตราการตั้งครรภ์ของหญิงอายุ 15-19 ปีต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1000 คน เท่ากับ 56.1 : 1000 นอกจากนี้จากการสำรวจพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นไทยปี พ.ศ. 2555 ที่จัดทำโดยสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่าวัยรุ่นไทยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุน้อยลง นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มัธยมศึกษาปีที่ 5 และ ปวช.ปี 2 มีเพศสัมพันธ์มากขึ้น และมีเพียงร้อยละ 50 เท่านั้นที่ใช้ถุงยางอนามัยป้องกันซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาการตั้งท้องโดยไม่พร้อม พร้อมกันนี้ ยังระบุด้วยว่า สาเหตุของการท้องไม่



พร้อมในวัยรุ่นไทย เกิดขึ้นจากการขาดความรู้เรื่องเพศศึกษาและเรื่องการคุมกำเนิดที่ถูกวิธี โดยเฉพาะกับความเชื่อผิดๆ ที่คิดว่า “ครั้งเดียวคงไม่ท้อง” ดังนั้น จึงไม่สวมถุงยางอนามัย ซึ่งไม่เพียงแต่ส่งผลให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมแล้ว ยังส่งผลถึงการทำให้รวมถึงการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์⁸ และจากข้อมูลโดยสำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2556 ได้รายงานสถานการณ์บริการสุขภาพและการเข้าถึงบริการด้านเด็กและสถานการณ์ด้านสตรี พบว่า สัดส่วนการให้กำเนิดบุตรของวัยรุ่นเท่ากับ 60 : 1,000 คน โดยสตรีอายุ 20-24 ปีที่เคยให้กำเนิดบุตรก่อนอายุ 18 ปีมีร้อยละ 13 การตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่น การฝากครรภ์เร็วและได้รับการดูแลคุณภาพ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ยังคงเป็นปัญหา⁹ ยิ่งในปัจจุบันนี้จากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ทำให้วัยรุ่นชายที่นิยมใช้บริการทางเพศกับหญิงบริการเปลี่ยนมาเป็นมีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคูรักรักของตนเองโดยเชื่อว่าจะไม่ติดเชื้อและไม่นิยมใช้ถุงยางอนามัยกับคูรักรักของตนเองเพราะเชื่อมั่นว่าปลอดภัย² และทัศนคติเกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่เป็นความรับผิดชอบของฝ่ายหญิงเพียงลำพัง¹⁰ รวมถึงการไม่ให้ความสนใจเรียนรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดอย่างจริงจัง การมีทัศนคติที่เห็นว่าการถูกเนื้อต้องตัวกัน การอยู่ร่วมกันก่อนแต่งงานเป็นเรื่องปกติธรรมดา¹¹ ส่งผลให้วัยรุ่นไทยมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรมากขึ้น จากการศึกษาของ พอเพ็ญ ไกรนรา และคณะ¹² พบว่าเพศวิถีที่นำไปสู่การตั้งครรภ์ไม่พร้อม คือ ติดเที่ยว รักสนุก มีคูรักร่วมกัน กระแสและเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นเป็นเรื่องธรรมดาไม่ได้แต่ต้องป้องกัน และยิ่งในปัจจุบันค่านิยมวัยรุ่นในเมืองทั้งชายและหญิงส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าการสัมผัสถูกันเนื้อต้องตัว การมีแฟนมากกว่า 1 คนและการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานเป็นเรื่องธรรมดา โดยกล่าวตรงกัน ใครๆ เขาก็ปฏิบัติกันและเชื่อว่าพฤติกรรมดังกล่าวเป็นการแสดงถึงความรักที่มีต่อกันและวัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่เชื่อในเรื่องพรหมจรรย์ การที่มีความรักให้แก่กันอยู่ที่ความเข้าใจและเหตุผล¹³ ส่วนแนวทางการแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ด้านตัววัยรุ่นควรใช้เวลา

การคบหาก่อนมีเพศสัมพันธ์ มีทักษะชีวิต ด้านครอบครัว พ่อแม่ต้องมีความรู้เรื่องเพศศึกษา เป็นแบบอย่างที่ดี แสดงความรักต่อบุตรไม่บังคับหรือกดดันบุตร โดยเฉพาะเรื่องการเรียนรู้ การเปรียบเทียบกับผู้อื่น¹¹

ข้อมูลของจังหวัดสระบุรี พบว่าอัตราการตั้งครรภ์ของหญิงอายุ 15-19 ปี เท่ากับ 79.9 : 1000 ในปี พ.ศ. 2553 ซึ่งสูงเป็นอันดับ 8 ของประเทศ และในปี พ.ศ. 2555 มีหญิงอายุ 15-19 ปี จำนวน 22,319 คน หญิงที่คลอดบุตรอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 1,383 คน แบ่งเป็น อายุ 15-19 ปี 1,322 คน อายุน้อยกว่า 14 ปี 61 คน อำเภอเมืองมากที่สุด คือ 639 คน ซึ่งอัตราการคลอดบุตรของวัยรุ่น 15-19 ปียังคงสูง คือ เท่ากับ 59.23:1000¹⁴ ซึ่งยังถือว่าอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของจังหวัดสระบุรียังคงสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ ไม่ให้เกินร้อยละ 10⁷

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นและเพื่อการเข้าถึงสาเหตุที่แท้จริงของพฤติกรรมทางเพศในวัยรุ่นร่วมกับยังไม่เคยมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดสระบุรี ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาพฤติกรรมทางเพศและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในจังหวัดสระบุรี เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทางเพศและเพศวิถีศึกษาของวัยรุ่นในจังหวัดสระบุรีและนำมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนดำเนินการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นในจังหวัดสระบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในจังหวัดสระบุรี



นิยามคำศัพท์เฉพาะ

พฤติกรรมทางเพศ หมายถึง พฤติกรรมมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสหรือการแสดงออกด้วยการกระทำ ได้แก่ การคบเพื่อนต่างเพศ การโอบกอด การจูบ การจับมือถือแขนทั้งในสถานที่สาธารณะอย่างเปิดเผยและในสถานที่ลับตาคน¹⁵

ความตั้งใจ หมายถึง ความตั้งใจที่จะแสดงออกกระทำพฤติกรรมนั้น¹⁶

ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจ หมายถึง ความรู้สึกหงุดหงิด ไม่สบายใจ คิดมาก เบื่อหน่าย¹⁷ การตั้งครรรค์ในวัยรุ่น หมายถึง การตั้งครรรค์ในสตรีที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี โดยถืออายุ ณ เวลาที่คลอดบุตร⁶

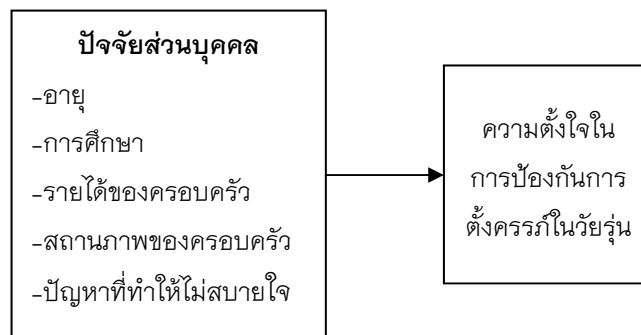
สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรรค์ในวัยรุ่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา ค่าใช้จ่ายที่ได้รับ สัมพันธภาพในครอบครัว รูปแบบการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม และการอบรมสั่งสอนเรื่องเพศในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น^{4,5} แต่ไม่พบผู้ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรรค์ในวัยรุ่น โดย Ajzen ได้อธิบายถึงความตั้งใจเชิงพฤติกรรม (Behavioral Intention) ซึ่งเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลและทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen¹⁶ ว่าเป็นปัจจัยหลักในการ

กำหนดพฤติกรรมของบุคคลโดย ความตั้งใจในทฤษฎีนี้หมายถึง ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ความตั้งใจเป็นปัจจัยการจูงใจที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ความตั้งใจเป็นตัวชี้ว่า บุคคลได้ทุ่มเทมากน้อยเพียงใดที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ยิ่งบุคคลมีความตั้งใจแน่วแน่และพยายามมากเพียงใด ความเป็นไปได้ที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมก็มีมากเท่านั้น ความตั้งใจเชิงพฤติกรรมขึ้นอยู่กับ 3 ปัจจัยคือ เจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม กล่าวคือ เจตคติต่อการป้องกันการตั้งครรรค์เป็นผลมาจากความเชื่อต่อผลของการป้องกันการตั้งครรรค์และการประเมินผลของการป้องกันการตั้งครรรค์ ส่วนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นผลจากความเชื่อว่าบุคคลอ้างอิงคิดว่าตนควรจะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ หรือไม่กับแรงจูงใจที่จะกระทำพฤติกรรมตามความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิงเป็นผลจากความเชื่อของกลุ่มอ้างอิงในการป้องกันการตั้งครรรค์ เช่น พ่อ แม่ ผู้ปกครอง ครู และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมเป็นผลจากความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมพฤติกรรมและการรับรู้ปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยขัดขวางที่จะป้องกันการตั้งครรรค์ กล่าวคือ การรับรู้ของวัยรุ่นเกี่ยวกับความยาก ง่าย ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรรค์ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้ศึกษาทั้ง 3 ปัจจัย แต่เลือกสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์เฉพาะปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพของครอบครัว ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจกับความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรรค์ของวัยรุ่นตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ดังกรอบแนวคิดของการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาสระบุรีและนักศึกษา ระดับอาชีวศึกษา (ปวช.) ในจังหวัดสระบุรี ได้มาด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi - Stage Random Sampling) โดยขั้นที่ 1 จับฉลากสุ่มโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาและระดับอาชีวศึกษาในจังหวัดสระบุรี ขั้นที่ 2 จับฉลากสุ่มห้องเรียนในแต่ละโรงเรียน ซึ่งการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane กลุ่มตัวอย่าง คือนักเรียนหญิงและชาย ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 215 คน ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 293 คน และระดับอาชีวศึกษา (ปวช.) จำนวน 270 คน รวมทั้งหมด 778 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม พฤติกรรมทางเพศและความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นพัฒนาขึ้นโดย ดร. ศิริธร ยิ่งเรืองและทีมคณะนักวิจัยของสถาบันพระบรมราชชนกกระทรวงสาธารณสุข ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่ทีมคณะนักวิจัยของสถาบันพระบรมราชชนก และผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .90 ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2557 ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อรวบรวมข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพของครอบครัว รายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจในวัยรุ่น เป็นแบบสำรวจรายการ (Check list)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศ เป็นแบบปรนัยเลือกตอบ (Multiple Choices) โดยมี 2 ตัวเลือก (เคย - ไม่เคย), (ใช่-ไม่ใช่)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นมีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) มี 5 ระดับ เห็นด้วยมาก

ที่สุด เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 14 ข้อ มีข้อความทางลบ 4 ข้อ คือ ข้อ 20-21 และ ข้อ 27-28 การแปลค่าคะแนนโดยหาค่าเฉลี่ยจากแบบสอบถาม¹⁶

คะแนนเฉลี่ย	การแปลคะแนน
4.50-5.00	มีความตั้งใจในระดับดีมาก
3.50-4.49	มีความตั้งใจในระดับดี
2.50-3.49	มีความตั้งใจในระดับปานกลาง
1.50-2.49	มีความตั้งใจในระดับน้อย
1.00-1.49	มีความตั้งใจในระดับน้อยที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ประสานงานไปยังผู้ประสานงานในโรงเรียนให้แต่ละโรงเรียนสุ่มคัดเลือกห้องเรียนระดับชั้นละ 2 ห้อง นัดหมายวันเวลาที่สะดวกในการเก็บข้อมูลก่อนการเดินทางไปโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการวิจัย หลังจากนั้นเข้าพบนักเรียนในชั้นเรียน อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม การเก็บรักษาข้อมูล การนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และสอบถามความสมัครใจที่จะเข้าร่วมตอบแบบสอบถาม และเซ็นชื่อใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แจกแบบสอบถามและให้ส่งคืนโดยนักเรียนเป็นผู้นำใส่กล่องด้วยตนเอง โดยแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมได้จะต้องนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้องของข้อมูลที่ได้มาแล้วนำมาบันทึกข้อมูลเพื่อประมวลผล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี ผู้วิจัยได้ส่งหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยไปยังโรงเรียนที่จะเก็บข้อมูล และเมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารของแต่ละโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะตอบแบบสอบถามผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวรับทราบถึงวัตถุประสงค์การ



วิจัย การนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ รวมถึงกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิเข้าร่วมหรือยุติเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจโดยไม่ส่งผลกระทบต่อๆ ทั้งสิ้นแล้วให้กลุ่มตัวอย่างลงนามให้ความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เกิดขึ้นรวบรวมได้มาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพของครอบครัว รายได้เฉลี่ย ครอบครัวต่อเดือน ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจในวัยรุ่น พฤติกรรมทางเพศ โดยใช้สถิติ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage)
2. วิเคราะห์คะแนนความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviations)
3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ด้วยสถิติ Chi-square

ผลการวิจัย

พบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นเป็นเพศหญิง จำนวน 408 คน (ร้อยละ 52.4) เพศชายจำนวน 371 คน (ร้อยละ 47.6) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 14-17 ปี (ร้อยละ 82.3) กำลังศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มากที่สุด จำนวน 294 คน (ร้อยละ 37.7) รองลงมาคือระดับอาชีวศึกษา 270 คน (ร้อยละ 34.7) มัธยมศึกษาตอนต้นจำนวน 215 คน (ร้อยละ 27.6) ส่วนใหญ่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน 499 คน (ร้อยละ 64.01) ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 10,001-25,000 บาท (ร้อยละ 27.01) ปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างพบว่าทำให้ไม่สบายใจมากที่สุด คือ การเรียน (ร้อยละ 47.6) รองลงมา คือ การล้อเลียน (ร้อยละ 15.3) และปัญหาความรัก (ร้อยละ 10.8) ตามลำดับ



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่น (N=152)

พฤติกรรมทางเพศ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก		
อายุ 13 ปี	11	7.2
อายุ 14 ปี	33	21.7
อายุ 15 ปี	62	40.8
อายุ 16 ปี	23	15.1
อายุ 17 ปี	20	13.2
อายุ 18 ปีขึ้นไป	3	2.0
การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์		
ไม่เคยใช้	19	12.5
ใช้บางครั้ง	81	53.3
ใช้เป็นส่วนใหญ่	52	34.2
ใช้เครื่องตีผสมแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์		
ดื่ม	21	13.8
ไม่ดื่ม	131	86.2
ก่อนจะใช้เครื่องตีผสมแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์		
ดื่ม	17	11.2
ไม่ดื่ม	135	88.8
ได้รับสิ่งตอบแทนแลกกับการมีเพศสัมพันธ์		
ใช่	6	3.9
ไม่ใช่	146	96.1

จากตารางที่ 1 แสดงประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยมีประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์มาแล้วจำนวน 152 คน (ร้อยละ 19.5) จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 779 คน มีอายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ 15 ปี (ร้อยละ 40.8) โดยอายุต่ำสุดที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ 13 ปี (ร้อยละ 7.2) ส่วนอายุมากที่สุดที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ 18 ปี (ร้อยละ 2.0) ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ 19 คน (ร้อยละ 12.5) ใช้

ยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์บางครั้ง 81 คน (ร้อยละ 53.3) ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์เป็นส่วนใหญ่ 52 คน (ร้อยละ 34.2) กลุ่มตัวอย่างไม่ดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์ 131 คน (ร้อยละ 86.2) ไม่ได้รับสิ่งตอบแทนแลกกับการมีเพศสัมพันธ์ 146 คน (ร้อยละ 96.1) ตามลำดับ



ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่น (N=779)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์		Chi-square	ระดับนัยสำคัญ
	ความถี่	ร้อยละ		
อายุ				
11 -13 ปี	72	9.2	82.372*	.001
14-17 ปี	641	82.3		
18 ปี ขึ้นไป	66	8.5		
กำลังศึกษาระดับ				
มัธยมศึกษาตอนต้น	215	27.6	41.828*	.001
มัธยมศึกษาตอนปลาย	294	37.7		
อาชีวศึกษา (ปวช.)	270	34.7		
สถานภาพของครอบครัว				
พ่อแม่อยู่ด้วยกัน	499	64.1	42.230*	.001
พ่อแม่แยกกันอยู่	130	16.7		
พ่อแม่หย่าร้างกัน	96	12.3		
พ่อหรือแม่เสียชีวิต	51	6.5		
พ่อและแม่เสียชีวิต	3	0.4		
รายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน				
5,000 -10,000 บาท	389	49.9	97.138*	.001
10,001-25,000 บาท	203	26.1		
25,001-50,000 บาท	133	17.1		
50,001 บาท ขึ้นไป	54	6.9		
ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจ				
การล้อเลียน	119	15.3	61.142*	.001
การใช้ความรุนแรงในครอบครัว	61	7.8		
สัมพันธ์ภาพกับเพื่อน	58	7.4		
ความรัก	84	10.8		
การเรียน	371	47.6		
รูปร่างหน้าตา/สุขภาพ	49	6.4		
อื่นๆ	37	4.7		



จากตารางที่ 2 พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ อายุ การศึกษา สถานภาพของครอบครัว รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจ มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรมทางเพศ ผลการศึกษาพฤติกรรมทางเพศในครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีสุตา โภคา¹⁸ ที่พบว่า พฤติกรรมทางเพศของเด็กวัยรุ่นชายมีเพียงร้อยละ 9.6 ที่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งและครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 55.2) ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัย และสอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นไทย พ.ศ. 2555 ที่จัดทำโดยสำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค ที่พบว่าวัยรุ่นไทยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุน้อยลง นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มัธยมศึกษาปีที่ 5 และปวช.ปี 2 มีเพศสัมพันธ์มากขึ้นและมีเพียงร้อยละ 50 เท่านั้นที่ใช้ถุงยางอนามัยป้องกัน⁷ การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ส่วนใหญ่ก่อนมีเพศสัมพันธ์กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 86.2) และไม่ได้รับสิ่งตอบแทนแลกกับการมีเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 96.1) แสดงว่าการมีเพศสัมพันธ์ในแต่ละครั้งเกิดขึ้นเพราะเจตนาและความต้องการของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นเอง ปราศจากสิ่งชักจูงหรือว่าเชิญชวนใดๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ อัมพวา ทิมแป้น ที่พบว่า การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกจะหมายถึง เป็นการหาประสบการณ์ทางเพศทำให้มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับแฟน เป็นเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ตั้งใจเพราะความใกล้ชิดและเมาสุราด้วยกัน เป็นเพศสัมพันธ์ที่ตั้งใจเพราะเป็นแฟนกันไปเที่ยวด้วยกันและอยู่ด้วยกันสองต่อสอง² นอกจากนี้ยังพบปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจมากที่สุด คือปัญหาการเรียน (ร้อยละ 47.6) รองลงมาคือ ปัญหาล้อเลียน (ร้อยละ 15.3) และปัญหาความรัก (ร้อยละ 12.6) แม้ว่าข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้านสถานภาพของครอบครัว พบว่าพ่อกับแม่อยู่ด้วยกันมากที่สุด (ร้อยละ 64.1) แต่ครอบครัวมีรายได้ต่อเดือน 5,000-10,000

บาท มากที่สุด (ร้อยละ 49.9) แสดงว่าฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวเป็นผู้มีรายได้น้อย พ่อแม่ต้องทำงานหาเงินเพื่อนำมาใช้จ่ายในครอบครัวจนอาจไม่มีเวลาใส่ใจลูกวัยรุ่นของตนเองเท่าที่ควร ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 14-17 ปี จึงอาจเป็นสาเหตุส่งเสริมให้วัยรุ่นสนใจเพื่อน หรือเพื่อนต่างเพศ มากกว่าที่จะสนใจการเรียนของตนเอง

การศึกษาในครั้งนี้ยังสะท้อนให้เห็นประเด็น พฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น นั่นคือ ในกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์ ยังเห็นความสำคัญของการป้องกันตนเองในขณะมีเพศสัมพันธ์ค่อนข้างน้อย เพราะใช้ถุงยางอนามัยเป็นบางครั้งร้อยละ 53.5 แสดงว่ายังไม่ให้ความสำคัญเท่าที่ควร จึงอาจเป็นไปได้ว่าในกลุ่มนี้ขาดการขัดเกลาทางสังคม อันเนื่องมาจากฐานะของครอบครัวมีรายได้ค่อนข้างน้อย พ่อแม่ไม่มีเวลาใกล้ชิด อบรมตักเตือนลูก เพราะการมีครอบครัวที่อบอุ่นถือเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยป้องกันวัยรุ่นจากพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมได้³ ซึ่งจากการศึกษาของนิตยา ปริญญาปริวัฒน์ พบว่า การขัดเกลาทางสังคมเรื่องเพศของวัยรุ่นเกิดจากสถาบันที่สำคัญคือ ครอบครัวและชุมชน สถาบันการศึกษา กลุ่มเพื่อนและสื่อมวลชนซึ่งมิได้ทำงานแยกออกจากกันเด็ดขาด²⁰

2. ความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ ผลการวิจัยพบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การศึกษา สถานภาพครอบครัว รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจ มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไล คุณคำ⁵ ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ เพศ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของนักเรียน ทศนคติต่อเรื่องเพศ อาศัยอยู่กับญาติ การเข้าถึงสื่อเรื่องเพศ การอบรมสั่งสอนเรื่องเพศของครอบครัว และอาศัยอยู่กับพ่อและแม่ ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนระดับชั้น



มัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ การเข้าถึงสื่อเรื่องเพศ ทักษะคิดต่อเรื่องเพศ รายได้ของนักเรียนเฉลี่ยต่อเดือน และการตระหนักรู้ตนเองในเรื่องเพศ โดยตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 4 ตัวร่วมกันสามารถพยากรณ์พฤติกรรมทางเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัดอุบลราชธานี ได้ร้อยละ 11 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ .18 และการศึกษาของอนงค์ ชีระพันธ์⁴ ที่พบว่า อายุ เพศ ระดับการศึกษา ค่าใช้จ่ายที่ได้รับ ความรู้เรื่องเพศ การทำกิจกรรมของกลุ่มเพื่อนที่คบ เนื้อหาข้อมูลข่าวสารเรื่องเพศที่ได้รับ แหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องเพศที่ได้รับ ลักษณะเพื่อนสนิทที่คบ สัมพันธภาพในครอบครัว รูปแบบการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม และการอบรม สั่งสอนเรื่องเพศในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษา

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นเพียงการสำรวจข้อมูลเบื้องต้น และเป็นการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลกับความตั้งใจ ซึ่งความตั้งใจเชิงพฤติกรรมนั้นขึ้นอยู่กับ 3 ปัจจัยคือ เจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม จึงอาจเป็นไปได้ว่าผลการศึกษานี้ในกลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.70$, S.D. = .52) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อแล้ว พบว่า วัยรุ่นหญิงควรปฏิบัติภารกิจมีเพศสัมพันธ์เมื่อไม่มีการป้องกันการตั้งครรภ์ ($\bar{X} = 4.33$, S.D. = 1.10) เป็นความตั้งใจสูงสุด จึงสอดคล้องกับ Ajzen¹⁶ เนื่องจากความตั้งใจเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล โดยความตั้งใจเป็นตัวชี้ว่าบุคคลได้ทุ่มเทมากน้อยเพียงใดที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นยิ่งบุคคลมีความตั้งใจแน่วแน่และพยายามมากเพียงใด ความเป็นไปได้ที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมก็มีมากเท่านั้น จึงสะท้อนว่าความตั้งใจของวัยรุ่นที่จะกระทำพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับ อายุ การศึกษา สถานภาพครอบครัว รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน และปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย จึงควรศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ ที่มีผลต่อความตั้งใจในการ

ป้องกันการตั้งครรภ์เพิ่มเติม เพื่อจะได้นำมาเป็นข้อมูลในพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทางเพศและเพศวิถีศึกษาของวัยรุ่นรวมถึงนำมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนดำเนินการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่อไป

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้จึงสะท้อนให้เห็นว่าพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นนั้นมีวัยรุ่นที่มีประสบการณ์ทางเพศสูง ความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในจังหวัดสระบุรีอยู่ในระดับดีและความตั้งใจดังกล่าวนี้สัมพันธ์กับ อายุ การศึกษา สถานภาพของครอบครัว รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจ จึงสะท้อนให้เห็นถึงสภาพการณ์พฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นรวมถึงแนวโน้มที่ชัดเจนในการนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. ประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์มาแล้วมีสูงโดยอายุที่ต่ำสุดที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก 13 ปี ดังนั้นหลักสูตรการเรียนการสอนเรื่องเพศวิถีศึกษาในโรงเรียนควรนำมาใช้อย่างเป็นระบบและพัฒนาให้เห็นผลอย่างเป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน
2. ความตั้งใจในการป้องกันตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล ในบริบทของครอบครัวจะต้องเข้ามามีบทบาทส่งเสริมและสนับสนุนความตั้งใจในการป้องกันตั้งครรภ์มากขึ้นรวมถึงการให้ความรู้กับครอบครัวให้เข้าใจในเพศวิถีของวัยรุ่นยุคปัจจุบันมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัยในอนาคต

1. การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับเพศวิถีศึกษาในโรงเรียน
2. การวิจัยหาอำนาจการทำนายของตัวแปร 3 ปัจจัยคือ เจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคลกับความตั้งใจการป้องกันตั้งครรภ์ในวัยรุ่น



เอกสารอ้างอิง

- ศิริกุล อิศรานุรักษ์ (2557). สุขภาพเด็กวัยรุ่นและการดูแล. เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2557 เข้าถึงได้จาก http://www.elib-online.com/doctors/sexed_teenage03.html
- อัมพวา ทิมแป้น. เพศวิถีของวัยรุ่นชายกลุ่มเสี่ยง: กรณีศึกษาจังหวัดเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2005: 178 หน้า.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ นพ. กรมอนามัยเร่งลดปัญหาวัยรุ่นท้องไม่พร้อม. เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2557 เข้าถึงได้จาก <http://www.bangkokbiznews.com/home/detail/politics/life/>
- อนงค์ ชีระพันธ์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดขอนแก่น. (วิทยานิพนธ์) ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2544: 213 หน้า.
- วิไล คุณคำ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัด อุบลราชธานี. (วิทยานิพนธ์) อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี; 2553: 203 หน้า.
- มนฤดี เตชะอินทร์ พญ. และ พรรณี ศิริวรรณภากร ศ. พญ. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Adolescent Pregnancy). เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2557 เข้าถึงได้จาก www.ned.cmu.ac.th/dept/obgyn
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2557 เข้าถึงได้จาก <http://bps.ops.moph.go.th/Plan>
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ นพ. (2557). กรมอนามัยเร่งลดปัญหาวัยรุ่นท้องไม่พร้อม. กรุงเทพธุรกิจออนไลน์. เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2557 เข้าถึงได้จาก <http://www.bangkokbiznews.com/home/detail/politics>
- กรมอนามัย (2557). แผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ด้านส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 (5 Flagship Projects). กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. เข้าถึงเมื่อ 30 มีนาคม 2557 เข้าถึงได้จาก www.mhso.moph.go.th.
- สุภาวดี สมจิตต์ และนันทนา น้าฝน. ภาวะสุขภาพของวัยรุ่นตอนต้น เขตสาทร กรุงเทพมหานคร. วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร. 2556; 21: 55-63.
- กิงดาว มะโนวรรณ. แนวทางการแก้ไขการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์: กรณีศึกษา โครงการคุมแม่วัยใสห่วงใยอนาคต ศูนย์ฝึกอาชีพสตรีจังหวัดเชียงราย อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย. (วิทยานิพนธ์) เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553: 174 หน้า.
- Pourpen Krinara, Muntana Maneechot and Korapin Sudsanguan. Sexuality of Thai Unintended Teenage Pregnancies. Oral presentation. "International Conference on Education and Social Sciences 2014" February. 3-5, 2014. Nippon Hotel, Istanbul, Turkey.
- แสงอัมพวา บำรุงธรรม. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเชื่อ ค่านิยม และพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นในเมืองเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์) เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2543: 135 หน้า
- สำนักบริหารงานทะเบียน กรมการปกครอง(2555). ตั้งครรภ์วัยรุ่น. เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2557 เข้าถึงได้จาก http://www.m-society.go.th/article_attach/10430/15330.pdf
- จินตนา ทรงเจริญ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นไทย กรณีศึกษา โรงเรียนเอกวิทย์อ่อนนุชบริหารธุรกิจ จังหวัดกรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2553: 133 หน้า.
- วนิดา ชวเจริญพันธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการวางแผนครอบครัวของมารดาวัยรุ่นภายหลังคลอดบุตรครั้งแรก. (วิทยานิพนธ์) ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2551: 82 หน้า.



17. กรมสุขภาพจิต. คู่มือเรียนรู้ด้วยตนเอง เรื่อง การดูแลสุขภาพจิตครอบครัว สำหรับแกนนำครัวเรือน. เข้าถึงเมื่อ 28 มีนาคม 2557 เข้าถึงได้จาก <http://www.dmh.go.th>
18. ประคอง กรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
19. ศรีสุตา โภคา. พฤติกรรมทางเพศและปัจจัยที่กำหนดความตั้งใจใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของเด็กรุ่นชาย. (วิทยานิพนธ์) เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2541: 107 หน้า.
20. นิตยา ปริญญาปริวัฒน์. การขัดเกลาทางสังคมเรื่องเพศ: ศึกษาเฉพาะกรณีวัยรุ่นที่มีประสบการณ์ยุติการตั้งครรภ์. (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2004: 136 หน้า.



ประสิทธิผลโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองร่วมกับเจลแป๊ะดำปิ้ง ต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ณัฐรยาน์ ชาบัวคำ*
ปณิดา คุณสาระ**
พรรณวดี พุฒวัฒน์***

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองร่วมกับเจลแป๊ะดำปิ้งต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดโรงพยาบาลเลิดสิน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเข้ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 40 ราย เก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมก่อนแล้วเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองร่วมกับเจลแป๊ะดำปิ้ง 20 ราย และศึกษาในโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง 20 ราย ระหว่างเดือน ธ.ค. พ.ศ. 2555 – เม.ย. พ.ศ. 2556 สุ่มกลุ่มตัวอย่างรับสิ่งทดลอง คือ กลุ่ม 1 ได้รับเจลแป๊ะดำปิ้งกลุ่ม 2 ได้รับเจลหลอก และสลับรับสิ่งทดลองเมื่อมารับเคมีบำบัดต่อไป ทุกรายได้รับโปรแกรมการดูแลช่องปากเหมือนกันตลอดช่วงที่ศึกษา คือ สอน สาธิต แนะนำการปฏิบัติตัว ติดตามให้กำลังใจ การดูแลช่องปาก ตรวจช่องปากด้วยตนเอง การบันทึกอาการ ผู้วิจัยแปลผลแบบบันทึกอาการในช่องปาก จำแนกระดับเยื่อช่องปากอักเสบตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองหลังได้รับเคมีบำบัดร่วมกับเจลแป๊ะดำปิ้งมีอัตราการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบระยะเวลาเริ่มเกิดอาการระยะมีอาการ ความรุนแรงของอาการ ความปวดในช่องปาก น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และผลการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองช่วงเวลาที่ได้รับเจลแป๊ะดำปิ้งมีอัตราการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบระยะเวลาเริ่มเกิดอาการ ระยะมีอาการ ความรุนแรงของอาการ ความปวดในช่องปาก น้อยกว่าช่วงที่ได้รับเจลหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ช่วงที่ได้รับเจลแป๊ะดำปิ้งมีความพึงพอใจต่อการใช้สมุนไพรมากกว่าระยะควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สรุปว่า โปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ร่วมกับเจลแป๊ะดำปิ้งสามารถป้องกันและบรรเทาอาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดได้

คำสำคัญ : มะเร็ง, เยื่อช่องปากอักเสบ, เคมีบำบัด, เจลแป๊ะดำปิ้ง, การดูแลช่องปาก

*อาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

**พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเลิดสินกรุงเทพมหานคร

***Corresponding author, รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



The Effects Of An Oral Self Care Program With Gynura Procumbens On Chemotherapy Related Oral Mucositis In Patients With Cancer

Natthaya Chabuakam*

PanitaKunsara**

Panwadee Putwatana***

Abstract

The following study aimed to assess the effects of an oral self-care program with Gynura procumbens (*G. procumbens*) on chemotherapy to induce oral mucositis in patients with cancer in the short stay unit of the Lerdsin hospital in Bangkok, Thailand. The sample was purposively selected according to the pre-determined criteria. A quasi-experimental research design and randomized cross-over research design was employed. The control group, 40 patients, received usual care, and the experimental group, 20 patients, received the oral self-care program with Gynura procumbens (*G. procumbens*). Purposive sampling was used to recruit 20 cancer patients who came for chemotherapy at Ubonratchatani Cancer Hospital, Ubonratchatani province, Thailand, from December, 2012 to April, 2013. The subjects were randomly assigned to Group 1 and Group 2. Group 1 received *G. procumbens* while Group 2 received a placebo gel; then the Group 2 received *G. procumbens* while Group 1 crossed over to placebo. All patients received the same self-care program throughout the study period. The program was composed of teaching and demonstration of oral hygiene care, oral hygiene self-assessment and oral mucositis evaluation. The researcher rated the severity of oral mucositis based on WHO criteria.

It was found that patients who received *G. procumbens* had lower incidence, shorter onset, shorter duration, lower severity score, and lower pain score of oral mucositis than those who received usual care ($p < 0.05$). With the other group it was found that patients who received *G. procumbens* had lower incidence, shorter onset, shorter duration, lower severity score, and lower pain score of oral mucositis than those who received the placebo gel. The patients who received *G. procumbens* had a higher score of satisfaction than those who received placebo gel ($p < 0.05$). Therefore, oral self-care program with *G. procumbens* can prevent and relieve oral mucositis related to chemotherapy in patients with cancer.

Keywords : Cancer, Oral mucositis, Chemotherapy, GynuraProcumbens, Oral care program

*Lecturer, Sappasithiprasong Nursing College, Ubonratchatani

**Registered Nurse, Lerdsin Hospital, Bangkok

*** Corresponding author, Associated Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University



ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในเกือบทุกประเทศ เนื่องจากเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูงและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากสถิติอัตราการตายของประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552- 2555 พบอัตราผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเท่ากับ 88.3,91.2, 95.2 และ 98.5 รายต่อประชากร 100,000 คนตามลำดับ¹ โรคมะเร็งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแก่ผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายจิตใจและสังคมมีการกระจายของโรคไปยังอวัยวะและระบบต่างๆ ของร่างกายจึงยากต่อการรักษาให้หายขาดได้โดยการรักษาเพียงวิธีเดียวจึงจำเป็นต้องใช้หลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด รังสีรักษา ให้ยาเคมีบำบัด และการรักษาด้วยฮอร์โมน² การรักษาขึ้นอยู่กับระยะการดำเนินของโรค และความพร้อมของผู้ป่วย เคมีบำบัดเป็นวิธีการรักษาโรคมะเร็งที่มีประสิทธิภาพแต่ในขณะเดียวกันก็มีผลข้างเคียงสูงยาเคมี ถึงแม้จะมีการพัฒนายาเคมีบำบัดให้มีผลดีในทางรักษาแต่ยังพบภาวะแทรกซ้อนได้ เนื่องจากยาเคมีบำบัดไปทำลายเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติ โดยเฉพาะเซลล์เยื่อบุทางเดินอาหารรากผมมักได้รับผลกระทบจากยาเคมีบำบัดมากที่สุด³

ยาเคมีบำบัดส่งผลต่อเยื่อบุต่างๆ ในระบบทางเดินอาหารโดยเฉพาะการเกิดเยื่อบุช่องปากอักเสบ มีรายงานอุบัติการณ์การเกิดประมาณร้อยละ 40 ในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีขนาดมาตรฐาน ร้อยละ 80 ในผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนถ่ายไขกระดูก^{4,5,6} และร้อยละ 100 หรือทุกรายที่ได้รับยาเคมีในขนาดสูง⁷ ฤทธิ์ยาเคมีไปขัดขวางการแบ่งเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติทำให้เซลล์ปกติถูกทำลายด้วย อาการเยื่อบุช่องปากอักเสบก่อให้เกิดปัญหาในช่องปากความไม่สุขสบายจากอาการปวดในช่องปาก น้ำลายเหนียวและแห้ง การรับรสเปลี่ยนแปลง รับประทานอาหารได้ลดลง^{5,6} เกิดความทุกข์ทรมาน บางรายอาจเกิดอาการรุนแรงจนต้องหยุดการให้ยาเคมีบำบัดส่งผลต่อการรักษาและการดำเนินของโรค⁸ เกิดการแพร่กระจายของมะเร็งในระยะลุกลาม อัตราการรอดชีวิตลดลง รวมทั้งค่าใช้จ่ายและ

ระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น⁹ จึงนับเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต

การพัฒนาวิธีการป้องกันและบรรเทาภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบในปัจจุบันมีหลายวิธีแต่มีข้อจำกัดในการใช้หรือเหมาะสมกับสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งเท่านั้น นอกจากนี้ยังพบว่าได้รับความสนใจน้อยจากแพทย์และพยาบาลที่ดูแล เพราะผู้ป่วยเริ่มมีอาการเมื่อกลับไปอยู่บ้าน^{10,11} หากมีวิธีจัดการที่เน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องน่าจะเป็นแนวทางหนึ่งในการช่วยลดและบรรเทาอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบได้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า The PRO-SELF Program ซึ่งเป็นโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองที่พัฒนามาจากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม(Orem) โดยเน้นการให้ข้อมูลการฝึกทักษะปฏิบัติการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองและจัดการกับอาการข้างเคียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹¹ ซึ่งมีรายงานการพัฒนาการดูแลช่องปากหลังได้รับยาเคมีบำบัดโดยการจัดทำโปรแกรมการดูแลช่องปากและการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการรักษาความสะอาดในช่องปากผลการวิจัยยังไม่สามารถระบุการเกิดอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบเกิดขึ้นเมื่อไร (onset) ระยะเวลาในการเกิดอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบนานเท่าไร (duration) และไม่สามารถบอกลักษณะในช่องปากของกลุ่มทดลองที่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมได้แต่พบว่าสามารถลดระดับความรุนแรงอาการเยื่อบุช่องปากอักเสบภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดได้¹² และมีการขยายขอบเขตการศึกษาของไปยังผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดโดยพัฒนาโปรแกรมในการดูแลช่องปาก ผลการวิจัยพบว่าสามารถลดระยะเวลาเริ่มเกิดอาการ ระยะเวลาในการมีอาการ ความรุนแรงของการ และความปวดในช่องปากได้¹³

อย่างไรก็ตามในส่วนของผู้ป่วยมีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงคู่มือ วิธีการสอนผู้ป่วยในการดูแลช่องปากด้วยตนเอง หากมีการพัฒนาโปรแกรมโดยผู้วิจัยออกแบบโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองภายใต้



ความเชื่อว่าพยาบาลจะสามารถพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้ด้วยตัวเอง ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ตามแผนการสอน แผ่นภาพพลิก และคู่มือการดูแลช่องปากด้วยตนเองหลังได้รับยาเคมีบำบัด การพัฒนาทักษะการดูแลช่องปากด้วยตนเองโดยฝึกทักษะในการตรวจช่องปากด้วยตนเองและบันทึกอาการในช่องปากการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลช่องปากด้วยตนเองด้วยการให้วัสดุ อุปกรณ์ในการดูแลช่องปาก การโทรศัพท์ติดตามให้กำลังใจหลังได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการดูแลช่องปากและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมดูแลช่องปากอย่างต่อเนื่องเหมาะสมภายใต้ความเชื่อที่ผู้ป่วยจะสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและบรรเทาความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบหลังได้รับยาเคมีบำบัดได้¹⁴

นอกจากนี้ในประเทศไทยพบว่ามีการใช้สมุนไพรมาช่วยในการบรรเทาอาการเยื่อช่องปากอักเสบหลายชนิด เช่น พญาบาท ว่านหางจระเข้ น้ำผึ้ง น้ำมันมะพร้าว น้ำมันพืช และมีสมุนไพรอีกชนิดหนึ่งคือ เป๊ะตำปึง ที่มีการศึกษาทางคลินิกมาแล้วพบว่ามีการออกฤทธิ์ต้านอักเสบ 13 คือ สารกลุ่มฟลาโวนอยด์หลายชนิด เช่น kaempferolglucoside, kaempferyl-3-O- α -L-rhamnosyl(1-6)- β -D-galactopyranoside และ quercetin-3-O- β -glucoside^{15,16,17,18} ฤทธิ์ต้านการอักเสบในเจลเป๊ะตำปึงดังกล่าว ได้มีการศึกษาการใช้สารสกัดจากเป๊ะตำปึงในสัตว์ทดลอง¹⁶ และในผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่าไม่มีผลข้างเคียง ผลการศึกษาพบว่าเมื่อใช้สารสกัดจากเป๊ะตำปึงทาบริเวณที่มีการเกิดแผล สามารถลดการติดเชื้อได้จาก 48.7% เหลือ 7.69% และยังพบว่าแผลเริ่มหายภายใน 7 วัน¹⁹ จากการศึกษาดังกล่าวเห็นถึงประโยชน์และประสิทธิภาพต่อการลดการอักเสบของสารสกัดจากเป๊ะตำปึง หากนำมาใช้เพื่อบรรเทาและลดอาการเยื่อช่องปากอักเสบผลการศึกษาครั้งนี้ น่าจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่แล้วเกิดอาการเพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งในการป้องกันและบรรเทาอาการเยื่อช่องปากอักเสบอีกทั้ง

ยังเป็นการใช้สมุนไพรไทยที่มีการใช้มาช้านาน และเหมาะกับบริบทตามวัฒนธรรมที่แสดงถึงภูมิปัญญาไทย การศึกษานี้จึงประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มมา เป็นระบบสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อเพิ่มความสามารถการดูแลตนเองของผู้ป่วย มีการสอน การให้คำแนะนำ การกระตุ้นเตือน และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง หรือเอื้ออำนวยให้ปฏิบัติการดูแลตนเอง อำนวยความสะดวก¹⁷ โดยพัฒนาโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองร่วมกับเจลเป๊ะตำปึง เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงอาการเยื่อช่องปากอักเสบให้มีการนำผลวิจัยไปใช้อย่างกว้างขวางและได้รับการยอมรับในการนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติคาดว่า จะช่วยลดอาการที่เป็นผลข้างเคียงของการได้รับยาเคมีบำบัดซึ่งน่าจะสนับสนุนให้เพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิด ระยะเวลาเริ่มเกิดอาการ ระยะเวลามีอาการ ความรุนแรง และความปวดในช่องปากระหว่างกลุ่มตัวอย่างเมื่อได้รับโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองร่วมกับ เจลเป๊ะตำปึง และเจลหลอก
2. เปรียบเทียบความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการใช้เจลเป๊ะตำปึงและเจลหลอก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดของการวิจัยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม²⁰ โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเริ่มดูแลตนเองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด ส่งเสริมให้มีความเอาใจใส่ต่อตนเองอย่างเหมาะสมโดยใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ประกอบด้วย การสอน (teaching) การชี้แนะ (guiding) การสนับสนุน (supporting) การให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมโดยใช้โปรแกรมการดูแล



ช่องปากด้วยตนเองร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองโดยใช้เจลแป๊ะดำบิงที่มีสารฟลาโวนอยด์ (flavonoid) ซึ่งมีฤทธิ์ต้านการอักเสบ และยังสามารลดอาการปวด ซึ่งเป็นอาการอย่างหนึ่งของการอักเสบ ซึ่ง

คาดว่าหากผู้ป่วยได้มีการปฏิบัติตามโปรแกรมร่วมกับการใช้สมุนไพรน่าจะช่วยลดอัตราการเกิดอาการ ระยะเวลามีอาการ ความรุนแรงของอาการ และความปวดในช่องปาก และมีระยะเวลาเริ่มเกิดอาการช้าลง

โปรแกรม
การดูแลช่องปากด้วยตนเอง

ลดอาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

- ลดอัตราการเกิดอาการ
- ระยะเวลาเริ่มเกิดอาการช้า
- ลดระยะเวลามีอาการ
- ลดความรุนแรงของอาการ
- ลดความปวดในช่องปาก

วิธีการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดหลังการจัดกระทำศึกษา กำหนดขนาดตัวอย่างตามหลักการคำนวณและเปิดตาราง (power analysis) ของโคเฮน (Cohen)²¹ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 40 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน และทำการศึกษาวิจัยเชิงทดลองชนิดไขว้ (cross-over design) เปรียบเทียบในผู้ป่วยรายเดียวกัน ณ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเป็นระบบจำนวน 20 คนทั้ง 2 งานวิจัยศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดว่าเป็นมะเร็งที่เข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ระหว่างเดือน ธ.ค. พ.ศ. 2555-เม.ย. พ.ศ. 2556 ตามเกณฑ์ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 20-60 ปี 2) ได้รับยาเคมีชนิดใดชนิดหนึ่งหรือหลายชนิดรวมกันที่มีแนวโน้มว่าสามารถพบอาการเยื่อช่องปากอักเสบ ได้แก่ Methotrexate, Doxorubicin, Epirubicin, Vincristine, Vinblastin, Actinomycin D, Paclitaxel, Docetaxel, Cisplatin, Carboplatin, Fluorouracil อย่างน้อย 1 ชนิดในรอบของการให้ยาเคมีบำบัดที่มีแผนการรักษาด้วย

เคมีบำบัดต่อไปไม่น้อยกว่า 2 รอบ 3) เยื่อช่องปากปกติและไม่มีแผลก่อนเข้าร่วมการวิจัยประเมินโดยผู้วิจัยที่ผ่านการฝึกตรวจกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 4) สามารถดูแลช่องปากได้ด้วยตนเอง 5) มีจำนวนเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลสัมบูรณ์ (Absolute Neutrophil Count: ANC) มากกว่า 1,500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ในวันที่เริ่มศึกษา 6) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถพูด สื่อสารภาษาไทยได้ 7) ยินดีและเต็มใจที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้โดยการลงนามและ 8) ไม่ใช่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา และมีเกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) มีโรคที่เกี่ยวข้องกับอาการเยื่อช่องปากอักเสบในระหว่างการเข้าร่วมวิจัย เช่น โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคเหงือกและฟัน โรคเบาหวาน 2) ได้รับการเปลี่ยนชนิดของยาเคมีที่ให้ในระหว่างช่วงที่ศึกษาซึ่งไม่เป็นยาที่อยู่ในรายการตามเกณฑ์การคัดเข้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ ประวัติการระคายเคืองภายในช่องปาก ประวัติการดูแลช่องปาก



2. แบบบันทึกอาการในช่องปาก สร้างขึ้นโดย พิชานี แสพนโมวงศ์²² โดยแยกเป็น

รายการย่อยให้ตรงกับแบบประเมินเยื่อช่องปาก ตามเกณฑ์องค์การอนามัยโลก ประกอบด้วย ลักษณะเยื่อช่องปาก ความเจ็บปวดในช่องปาก ชนิดอาหารที่รับประทานในการศึกษาคั้งนี้ใช้เนื้อหาเดิมแต่ปรับปรุงรูปแบบให้น่าสนใจ อ่านง่าย ปรับภาษาเล็กน้อยความตรงเชิงเนื้อหาผ่านการตรวจสอบโดยแพทย์เฉพาะทางโรคมะเร็ง 2 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.80 ตรวจสอบความเที่ยงของความสอดคล้องภายใน โดยผู้วิจัยกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งวิทยา ได้ความเที่ยงของการสังเกต (Interrater reliability) เท่ากับ 1

3. แบบการประเมินอาการเยื่อช่องปากอีกเสบขององค์การอนามัยโลก²³ แบ่งระดับ

ความรุนแรงของเยื่อช่องปากไว้ 5 ระดับ ตามลักษณะที่ตรวจพบและอาการ ได้แก่ สีของเยื่อช่องปาก การเกิดแผล ความเจ็บปวดในช่องปาก และความสามารถในการรับประทานอาหาร มีระดับ (grade) ดังนี้ ระดับ 0 หมายถึง เยื่อช่องปากปกติไม่มีอาการอักเสบหรือเป็นแผล (none) ระดับ 1 หมายถึง เยื่อช่องปากเริ่มมีสีแดง แต่ไม่มีอาการปวดหรือเริ่มมีอาการเจ็บในช่องปากเล็กน้อย (oral soreness, erythema) ระดับ 2 หมายถึง เยื่อช่องปากมีสีแดง บวม ปวด หรือมีแผลสามารถรับประทานอาหารธรรมดาได้ (oral erythema, ulcers, solid diet tolerated) ระดับ 3 หมายถึง เยื่อช่องปากมีสีแดง บวม ปวดหรือมีแผลรับประทานอาหารเหลวหรือน้ำได้ (oral ulcers, liquid diet only) ระดับ 4 หมายถึง มีอาการเยื่อช่องปากอักเสบอย่างรุนแรงจนไม่สามารถรับประทานอาหารหรือน้ำทางปากได้ ต้องได้รับอาหารทางสายยางหรือให้อาหารหรือทางหลอดเลือดดำทดแทน (oral alimentation impossible)

4. แบบประเมินก่อนได้รับยาเคมีบำบัดในแต่ละรอบประกอบด้วย วงรอบการได้รับเคมีบำบัด การเปลี่ยนขนาดยา การเปลี่ยนชนิดยา จำนวนครั้งที่ได้รับยา

สมุนไพร จำนวนเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิล และการดูแลช่องปากในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ การแปรงฟัน การใช้ยาบ้วนปาก และการใช้สมุนไพร

5. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้สมุนไพร ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถาม 3 ข้อคือ ข้อที่ 1 ความพึงพอใจในการใช้สมุนไพร ให้เลือกตอบ 4 ระดับคือ มาก ปานกลาง น้อย ไม่พึงพอใจ ข้อที่ 2 และ 3 เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียของการใช้สมุนไพร

6. โปรแกรมในการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ประกอบด้วย 1) อุปกรณ์ในการดูแลช่องปาก (แปรงสีฟัน ยาสีฟัน กระจกสองในช่องปาก) 2) เจลแป๊ะดำปึง เป็นผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปใช้ป้ายในช่องปาก มีส่วนผสมของสารสกัดจากแป๊ะดำปึง 2.5 กรัม ละลายในไฮโดรคาร์บอนเจลเบลส 96 กรัม บรรจุในหลอดและมีฉลากติดบอกชื่อที่ข้างขวด 3) ยาหล่อลื่นมีส่วนประกอบเช่นเดียวกับเจลแป๊ะดำปึง ยกเว้นสารสกัดแป๊ะดำปึง แต่งสียาหล่อลื่นให้คล้ายคลึงกับเจลแป๊ะดำปึงผ่านการฉายรังสีฆ่าเชื้อ ผลิตภัณฑ์โดยคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 4) คู่มือการดูแลช่องปากด้วยตนเองเมื่อได้รับเคมีบำบัด 5) แผนการสอนการดูแลช่องปากที่ใช้ผู้วิจัยปรับปรุงจากคู่มือของ ปณิตา คุณสารและคณะ¹⁵ โดยปรับปรุงเนื้อหาให้สั้น กระชับ และอ่านเข้าใจง่าย 6) แผนภาพพลิกประกอบการสอนการดูแลช่องปากผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับเคมีบำบัดผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของภาษา โดยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง 2 ท่าน นำข้อแนะนำที่ได้รับมาแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือจนสมบูรณ์ก่อนนำมาใช้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติคณะกรรมการการศึกษาวิจัยโรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลมะเร็ง อุบลราชธานี เลขที่ 007/2012 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลข้อมูลที่ได้จากการศึกษา



ครั้งนี้นำเสนอในภาพรวม และข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้โดยไม่ส่งผลกระทบต่อทำให้การพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยสำรวจจำนวนและรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและคัดเลือกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้ป่วยเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ขอความร่วมมือในการทำวิจัย แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย ขั้นตอนดำเนินการวิจัย แจงการพิทักษ์สิทธิ และใช้การสมัครใจไม่มีการบังคับใดๆ ในการยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย แล้วผู้วิจัยสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการระคายเคืองในช่องปากและประวัติการระคายเคืองและการดูแลช่องปากแล้วทำการศึกษาดังนี้

1. วิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดหลังการจัดกระทำ กลุ่มควบคุมจำนวน 40 คนได้รับการดูแลตามปกติคือได้รับการแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันอาการแทรกซ้อนทุกด้านจากพยาบาลประจำหน่วยงาน ผู้วิจัยนัดกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อติดตามทางโทรศัพท์สอบถามอาการจำนวน 2 ครั้งคือในวันที่ 2 และ 7 หลังได้รับยาเคมีบำบัดตามแบบบันทึกอาการในช่องปากกลุ่มตัวอย่างระบุนอาการในช่วงวันที่ผ่านมา และระบุนอาการปวดเป็นคะแนนผู้วิจัยนำมาแปลผลตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกเมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูลผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามและให้คำแนะนำตามข้อสงสัยและเพิ่มเรื่องการดูแลช่องปาก ส่วนกลุ่มทดลองมีจำนวน 20 คน ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลเมื่อได้ข้อมูลจากกลุ่มควบคุมครบ ดำเนินการเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมแต่จะได้รับโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองร่วมกับการใช้เจลแปะดำปิง

2. วิจัยเชิงทดลองชนิดไขว้ (cross-over design) เพื่อลดความแตกต่างระหว่างบุคคลโดยการเปรียบเทียบในผู้ป่วยรายเดียวกัน และยืนยันผลของการใช้สมุนไพรผู้วิจัยสุ่มให้ผู้ป่วยรายแรกว่าจะได้รับสมุนไพรชนิดใดก่อน (เจลแปะดำปิง และเจลหลอก) โดยผู้วิจัยจัด

ลำดับไว้โดยการสุ่มระบุนชนิดไว้เป็นรหัส ผู้ป่วยไม่ทราบว่าเป็นโรบยาเคมีนั้นๆ ได้รับสมุนไพรชนิดใดรายถัดไปสลับให้ได้รับสมุนไพรอีกชนิดหนึ่งสลับกันจนครบ 20 ราย เมื่อผู้ป่วยมารับยาเคมีรอบถัดไปผู้วิจัยสลับให้ได้รับสมุนไพรผู้วิจัยให้โปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ประกอบด้วย การสอน แนะนำ สาธิต และให้สาธิตกลับ ก่อนผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัด โดยใช้แผนภาพพลิกประกอบการสอน การตรวจและลงบันทึกอาการในช่องปาก พร้อมทั้งมอบคู่มือการดูแลช่องปากหลังได้รับยาเคมีบำบัด และแบบบันทึกอาการในช่องปาก จากนั้นแจกผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อใช้ในช่องโดยแนะนำให้ผู้ป่วยเริ่มใช้หลังจากได้รับยาเคมีบำบัด 24 ชั่วโมงจนถึงประมาณวันที่ 14-21 หรือจนกระทั่งไม่มีแผลในช่องปากมีข้อแนะนำการใช้กำกับไว้ และผู้วิจัยอธิบายเพิ่ม ดังนี้ขณะนี้ไม่มีอาการ ล้างมือให้สะอาด และบิเบจลส์น้ำชี่แล้วทาบ่างๆ ในช่องปาก ทาเจลหลังแปรงฟันและบ้วนปากวันละ 3 ครั้ง (เช้า เที่ยง เย็น) ขณะมีอาการทาเจลหลังแปรงฟันและบ้วนปากวันละ 5 ครั้ง (เช้า สาย เที่ยง เย็น ก่อนนอน) แจงกลุ่มตัวอย่างว่าผู้วิจัยจะติดตามสัมภาษณ์อาการทางโทรศัพท์ จำนวน 2 ครั้งคือในวันที่ 2 และวันที่ 7 หลังได้รับยาเคมีรอบแรกที่ศึกษาในช่องปากครั้งแรกของการศึกษา เพื่อติดตามและแนะนำวิธีใช้ที่ถูกต้องวันที่กลุ่มตัวอย่างมารับยาเคมีบำบัดครั้งต่อไป ซึ่งมีระยะพัก 3-4 สัปดาห์ผู้วิจัยรับแบบบันทึกอาการในช่องปากคืนจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อมาแปลผลตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก แล้วเก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินก่อนได้รับยาเคมีบำบัด และประเมินความพึงพอใจต่อสมุนไพรทำซ้ำจนครบ 2 รอบของการศึกษาแต่ละรอบห่างกันประมาณ 3-4 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติบรรยายคือค่าความถี่และร้อยละและเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองของข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติไคสแควร์เปรียบเทียบความแตกต่างของระยะเวลาเริ่มเกิดอาการระยะเวลาการเกิด



อาการความปวดในช่องปากด้วยสถิติที่แบบ 2 กลุ่ม เป็นอิสระจากกัน (independent t-test) โดยได้ทดสอบ การกระจายของข้อมูลว่าเป็นโค้งปกติและเปรียบเทียบ ความรุนแรงของอาการระหว่าง 2 กลุ่มโดยใช้ Mann-Whitney U Test เนื่องจากทดสอบแล้วข้อมูลความรุนแรง ของอาการมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ

2. การศึกษาชนิดไขว้ (cross-over design) ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติบรรยายร้อยละค่าเฉลี่ยและ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบอัตราเกิดอาการ เชื้อช่องปากอักเสบและความพึงพอใจต่อการ ใช้ สมุนไพรใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) เปรียบ เทียบความแตกต่างของระยะเวลาเริ่มเกิดอาการเชื้อ ช่องปากอักเสบใช้สถิติที่แบบ 2 กลุ่มไม่เป็นอิสระจาก กัน (pair t-test) หลังจากผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น มีการกระจายแบบโค้งปกติและระยะเวลามีอาการ ความรุนแรงของอาการและความปวดในช่องปากมี การกระจายไม่เป็นโค้งปกติใช้สถิติ wilcoxon signed rank test

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกชนิดสอง กลุ่มวัดหลังการจัดกระทำ (กลุ่มควบคุม 40 ราย และ กลุ่มทดลอง 20 ราย) และการศึกษาชนิดไขว้ (cross-over design) เปรียบเทียบในผู้ป่วยรายเดียวกัน (กลุ่ม ตัวอย่าง 20 ราย) พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากที่สุด (ร้อยละ 90 และ 85) อายุเฉลี่ย 43.5 และ 47.8 ปี สถานภาพสมรสคู่มากที่สุดเท่าร้อยละ 50) ได้รับการ

วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมมากที่สุด (ร้อยละ 65 เท่า กัน) ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีรวมกับการผ่าตัดมากที่สุด (ร้อยละ 65) ยาเคมีบำบัดที่ได้รับพบว่าได้รับ Doxorubicin (ร้อยละ 35) และยาเคมี 3 ชนิดรวมกันคือ 5-Fluorouracil, Doxorubicin, Cyclophosphamide (ร้อยละ 35) วง รอบมารับยาเคมีบำบัดเมื่อเริ่มศึกษาเป็นวงรอบที่ 3 มากที่สุด (ร้อยละ 25 และ 50) ปัจจัยส่งเสริมอาการเชื้อ ช่องปากอักเสบในการศึกษารั้งนี้พบว่า มีประวัติเคย สูบบุหรี่ ร้อยละ 15 เคยดื่มสุราร้อยละ 30 ใส่ฟันปลอม ร้อยละ 10 ก่อนเข้าร่วมวิจัยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดื่มน้ำวันละ 1,000-2,000 มิลลิลิตร (ร้อยละ 53.3) และ รักษาความสะอาดในช่องปาก โดยแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง (ร้อยละ 60) หลังแปรงฟันใช้น้ำยาบ้วนปาก ร้อยละ 20.8 ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดทั้งสองวิธี พบว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เกิดอาการเชื้อช่องปาก อักเสบ 40 ราย (ร้อยละ 100) มากกว่ากลุ่มทดลองที่ ได้รับโปรแกรมการดูแลช่องปากร่วมกับเจลแป๊ะดำบั้ง เกิดอาการเชื้อช่องปากอักเสบ 7 ราย (ร้อยละ 35) ส่วน กลุ่มตัวอย่างที่เปรียบเทียบในตนเองได้รับโปรแกรมการ ดูแลช่องปากด้วยตนเองร่วมกับเจลหลอกเกิดอาการ เชื้อช่องปากอักเสบ 17 ราย (ร้อยละ 85) มากกว่าช่วง เวลาที่ได้รับเจลแป๊ะดำบั้งที่เกิดอาการเชื้อช่องปาก อักเสบ 7 ราย (ร้อยละ 35) เมื่อเปรียบเทียบอัตราการ เกิดอาการเชื้อช่องปากอักเสบพบว่าแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบอัตราการเกิดอาการเชื้อช่องปากอักเสบระหว่าง 2 วิธีการ

การเกิดเชื้อช่องปากอักเสบ	วิจัยกึ่งทดลอง				วิจัยเชิงทดลองชนิดไขว้			
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	χ^2	p	สมุนไพรมีการศึกษา		χ^2	p
	(n=40)	(n=20)			(n=20)			
จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	เจลแป๊ะดำบั้ง	เจลหลอก			
ไม่เกิด	0(0)	13(65)	52.27	.000	13(65)	3 (15)	19.46	.000
เกิด	40(100)	7(35)			7 (35)	17 (85)		



ระยะเวลาเริ่มเกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบ หมายถึงจำนวนวันนับจากวันที่ได้รับเคมีบำบัดในรอบที่ศึกษา ถึงวันแรกที่เริ่มมีอาการของเยื่อช่องปากอักเสบที่มีระดับความรุนแรงตั้งแต่ระดับ 1 ขึ้นไปหลังผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัด พบว่ากลุ่มควบคุมมีระยะเวลาเริ่มเกิดอาการวันที่ 2 ถึงวันที่ 7 เฉลี่ยระยะเวลาเริ่มเกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบเท่ากับ 3.90 วัน กลุ่มทดลองมีระยะเวลาเริ่มเกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบตั้งแต่วันที่ 5 ถึงวันที่ 8 เฉลี่ยระยะเวลาเริ่มเกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบเท่ากับ 6.71 วัน เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาเริ่มเกิดอาการระหว่างระยะควบคุมและระยะทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.94, p < .001$) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองร่วมกับช่วงเวลาที่ได้รับเจลแป๊ะตำปึง มีระยะเวลาเริ่มเกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบตั้งแต่วันที่ 6 ถึงวันที่ 10 เฉลี่ยระยะเวลาเริ่มเกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบเท่ากับ 7.14 วัน ช่วงเวลาที่ได้รับเจลหลอกมีระยะเวลาเริ่มเกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบตั้งแต่วันที่ 2 ถึงวันที่ 5 เฉลี่ยระยะเวลาเริ่มเกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบเท่ากับ 3.43 เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาเริ่มเกิดอาการระหว่างระยะควบคุมและระยะทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.13, p = .001$)

ระยะเวลามีอาการเยื่อช่องปากอักเสบหมายถึงจำนวนวันของการมีอาการเยื่อช่องปากอักเสบหลังจากได้รับเคมีบำบัด (ระดับ 1 ขึ้นไป) จนกระทั่งไม่มีอาการ (ระดับ 0) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลช่องปากร่วมกับเจลแป๊ะตำปึงตั้งแต่วันที่ 1 ถึงวันที่ 3 เฉลี่ย 2.00 วัน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีอาการเยื่อช่องปากอักเสบตั้งแต่วันที่ 2 ถึงวันที่ 14 เฉลี่ย 6.17 วัน ผลวิเคราะห์เปรียบเทียบระยะเวลามีอาการเยื่อช่องปากอักเสพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.64, p < .001$) ส่วนกลุ่มตัวอย่างช่วงเวลาที่ได้รับโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองร่วมกับเจลแป๊ะตำปึงระยะเวลามีอาการ

ตั้งแต่วันแรกถึงวันที่ 4 เฉลี่ย 1.15 วัน ช่วงเวลาที่ได้รับเจลหลอกระยะเวลามีอาการตั้งแต่วันแรกถึงวันที่ 12 ค่าเฉลี่ย 6.80 วัน ผลวิเคราะห์เปรียบเทียบระยะเวลามีอาการเยื่อช่องปากอักเสบช่วงเวลาที่ได้รับเจลแป๊ะตำปึงและเจลหลอก พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 3.63, p < .001$)

ความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบ หมายถึง ระดับความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากจากการประเมินสภาพช่องปากตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกที่มีตั้งแต่ระดับ 1-4 คะแนนยิ่งมาก หมายถึงความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสวยิ่งมากจากการศึกษากลุ่มควบคุมมีระดับความรุนแรงตั้งแต่ระดับ 1 ถึง 4 ค่าเฉลี่ย 1.77 กลุ่มทดลองพบระดับความรุนแรงตั้งแต่ระดับ 0 ถึง 2 ค่าเฉลี่ย 0.05 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 4.88, p < .001$) ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองช่วงเวลาที่ได้รับเจลแป๊ะตำปึง มีคะแนนความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบตั้งแต่ระดับ 0 ถึง 2 ค่าเฉลี่ย 0.45 ช่วงเวลาที่ได้รับเจลหลอกมีคะแนนความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบตั้งแต่ระดับ 0 ถึง 3 ค่าเฉลี่ย 1.45 ผลการศึกษาพบว่าความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอักเสบในช่วงเวลาที่ได้รับเจลแป๊ะตำปึง และเจลหลอกมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 3.272, P < .001$)

ความปวดในช่องปาก ใช้เกณฑ์การประเมินแบบตัวเลข (numeric Scale) โดยแบ่งระดับคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความปวด คะแนน 10 หมายถึง มีความปวดมากที่สุดเมื่อวิเคราะห์โดยเปรียบเทียบความปวดของอาการเยื่อช่องปากอักเสพระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มควบคุมมีคะแนนความปวดตั้งแต่ 1 ถึง 8 คะแนน เฉลี่ย 4.55 คะแนน กลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดตั้งแต่ 2 ถึง 5 คะแนน เฉลี่ย 3.14 คะแนน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.98, P < .001$) ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วย



ตนเองช่วงเวลาที่ได้รับเจลหลอกมีคะแนนความปวดในช่องปากตั้งแต่ 0 ถึง 7 เฉลี่ย 2.25 คะแนน ช่วงเวลาที่ได้รับเจลแป๊ะตำปึง มีคะแนนความปวดในช่องปากตั้งแต่ 0 ถึง 2 คะแนนเฉลี่ย 0.45 คะแนนหมายความว่าความปวดในช่องปากระหว่างช่วงเวลาที่ได้รับเจลแป๊ะตำปึงและเจลหลอกมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=3.30, p < .001$)

ความพึงพอใจศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองร่วมกับสมุนไพรระดับมากระหว่างใช้เจลแป๊ะตำปึงมีความพึงพอใจระดับมาก 15 ราย (ร้อยละ 75) มากกว่าช่วงที่ได้รับเจลหลอก (ร้อยละ 75) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการเกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบระหว่าง 2 การทดลอง

	วิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research)				วิจัยเชิงทดลองชนิดไขว้ (cross-over design)			
	กลุ่มควบคุม (n=40)	กลุ่มทดลอง (n=20)	ค่าสถิติ	p-value	สมุนไพรที่ศึกษา (n=20) เจลแป๊ะตำปึง	ค่าสถิติ	p-value	
อาการเยื่อช่องปากอักเสบ								
ระยะเวลาเริ่มเกิดอาการ (วัน)								
Mean (SD)	3.90(1.82)	6.71(1.11)	t=3.94	.000	7.14 (1.68)	3.43(1.81)	t= 6.13	.001
Min-Max	2-7	5-8			6-10	1-5		
ระยะเวลามีอาการ (วัน)								
Mean (SD)	6.17(2.85)	2.00(0.81)	t=7.64	.000	1.15 (1.63)	6.80(3.86)	Z=3.63	.001
Min-Max	2-14	1-3			0 - 4	0 - 12		
ความรุนแรง (คะแนน)								
Mean (SD)	1.77(0.69)	0.05(0.76)	Z=4.88	.000	0.45 (0.60)	1.45(0.89)	Z=3.27	.000
Min-Max	1-3	0-2			0 - 2	0 - 3		
ความปวด (คะแนน)								
Mean(SD)	4.55(1.81)	3.14(1.06)	t=1.98	.053	0.45 (0.68)	2.25(1.97)	Z=3.30	.001
Min-Max	1-8	2-5			0 - 2	0 - 7		

การอภิปรายผล

ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดหลังได้รับโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองร่วมกับเจลแป๊ะตำปึง ช่วยป้องกันและบรรเทาอาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้ดีกว่าการให้การพยาบาลตามปกติและการใช้เจลหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอธิบายได้ว่า การแนะนำให้ผู้ป่วยเพิ่มการรับรู้ถึงความสำคัญในการทำความสะอาดช่องปาก ด้วยการแปรงฟันที่ถูกวิธี เลือกแปรงสีฟันและ

ยาสีฟันที่ไม่ทำให้เกิดการระคายเคืองในช่องปาก บ้วนปากด้วยน้ำเกลือหลังแปรงฟัน เพิ่มจำนวนครั้งการแปรงฟัน แนะนำหลีกเลี่ยงสิ่งทีระคายเคืองในช่องปากรวมทั้งแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การให้ตรวจในช่องปาก และให้บันทึกอาการทุกวัน เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเพิ่มความใส่ใจและเพิ่มความตระหนักในการดูแลช่องปากด้วยตนเอง พร้อมทั้งผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์เป็นการสนับสนุนให้กำลังใจและส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ



ในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับ Pro-SELF mouth aware program ที่มีการศึกษามาแล้ว พบว่ามีประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดอาการเยื่อหูช่องปากอักเสบ^{11,12} ซึ่งการดูแลตนเองควรเริ่มตั้งแต่ยังไม่เกิดอาการเยื่อหูช่องปากอักเสบ ร่วมกับการทาเจลแป๊ะตำปึงในช่องปากบางๆ หลังทำความสะอาดช่องปากทุกวัน ซึ่งสารกลุ่มฟลาโวนอยด์หลายชนิด เช่น kaempferol glucoside, kaempferyl-3-O- α -L-rhamnosyl(1-6)- β -D-galactopyranoside, และ quercetin-3-O- β -glucoside ที่มีอยู่ในเจลแป๊ะตำปึง^{15,16,17} มีการศึกษามาแล้วว่า มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ น่าจะช่วยป้องกันและบรรเทาอาการเยื่อหูช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งช่องที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ใช้สารสกัดจากแป๊ะตำปึงทาตำแหน่งที่มีรอยโรคพบว่าสามารถลดอัตราการติดเชื้อได้เช่นเดียวกัน¹⁹

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าระยะควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับช่วงเวลาที่ได้รับเจลหลอก พบอาการเยื่อหูช่องปากอักเสบร้อยละ 100 และ 85 ซึ่งมากกว่าระยะทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองร่วมกับการใช้เจลแป๊ะตำปึงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ ปณิตา คุณสารและคณะ¹⁵ ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัดพบว่าระยะควบคุมที่มีการดูแลตามปกติเกิดอาการเยื่อหูช่องปากอักเสบ ร้อยละ 100 เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการเกิดอาการเยื่อหูช่องปากอักเสบในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติพบว่าอัตราการเกิดมากกว่าระยะควบคุมที่ได้รับโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองร่วมกับระยะที่ได้รับเจลหลอก อาจเนื่องจากระยะควบคุมใช้สมุนไพรหลอก ยังให้มีโปรแกรมการดูแลช่องปากรวมทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นคนละกลุ่มกับระยะทดลอง และได้รับการดูแลตามปกติทั่วไปของโรงพยาบาล คือ การแนะนำการดูแลความสะอาดของช่องปากหลังได้รับยาเคมีบำบัด แต่การศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกัน ได้รับการสอนเรื่องการดูแลความสะอาดช่องปากทั้งในระยะควบคุมและระยะ

ทดลอง และการได้รับสมุนไพรหลอกอาจทำให้เยื่อหูช่องปากได้รับความชุ่มชื้น จึงพบอัตราการเกิดเยื่อหูช่องปากอักเสบน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

เมื่อศึกษาระยะเวลาเริ่มเกิดอาการนับจากวันที่ได้รับยาเคมีบำบัดครบในรอบที่ศึกษาจนถึงวันแรกที่เริ่มเกิดอาการตั้งแต่ระดับ 1 ขึ้นไปหลังได้รับยาเคมีบำบัดพบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีระยะเวลาเริ่มเกิดอาการเท่ากับ 3.90 วัน และ 6.71 วัน ตามลำดับซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มตัวอย่างรายเดียวกันพบว่าระยะควบคุมมีระยะเวลาเริ่มเกิดอาการในเฉลี่ย 3.42 วันกลุ่มทดลองระยะเวลาเริ่มเกิดอาการเฉลี่ย 7.14 วัน ซึ่งอาการเยื่อหูช่องปากอักเสบเริ่มเกิดภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด 3-5 วันและสามารถเกิดแผลภายใน 2-3 วันต่อมา^{25,26} อย่างไรก็ตามในระยะทดลองยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการเยื่อหูช่องปากอักเสบเกิดขึ้นได้เนื่องจากเป็นไปตามกลไกพยาธิสภาพที่เป็นผลจากยาเคมีบำบัดโดยกลุ่มควบคุมมีความรุนแรงของอาการเยื่อหูช่องปากอักเสบเพิ่มขึ้นทุกวันแต่กลุ่มทดลองกลับมีความรุนแรงของอาการเยื่อหูช่องปากอักเสบลดลงในระหว่างการได้รับยาเคมีบำบัด และจากการศึกษาครั้งนี้ในกลุ่มทดลองพบว่าบางรายมีอาการแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดมาก เช่น คลื่นไส้ อาเจียน บางรายให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าการใช้เจลแป๊ะตำปึงไม่ค่อยสะดวก เนื่องจากต้องป้ายในช่องปาก กระพุ้งแก้ม ทำให้รู้สึกว่าเป็นการกระตุ้นให้เกิดอาการอาเจียนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามโปรแกรม ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองตั้งแต่เริ่มแรกที่ไม่มีการจะช่วยยืดเวลาการเกิดอาการให้เกิดช้าลงได้ อัตราการเกิดอาการที่น้อยกว่าและการเกิดอาการช้ากว่า จึงเท่ากับสามารถช่วยป้องกันการเกิดอาการเยื่อหูช่องปากได้ส่วนหนึ่ง¹¹

ผลการศึกษานี้พบว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลช่องปากด้วยตนเองร่วมกับได้รับเจลหลอก



ระยะเวลามีอาการเยื่อช่องปากนานกว่าระยะทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองร่วมกับได้รับเจลแป๊ะดำบิง การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่ระยะเวลามีอาการเยื่อช่องปากอีกเสบประมาณ 5-7 วัน จะหายเป็นปกติ ยกเว้นกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อน⁴ ในการศึกษาครั้งนี้พบระยะเวลามีอาการช่วงที่ได้รับสมุนไพรมั่นกว่า อาจเป็นเพราะโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองทำให้ช่องปากสะอาดลดการหมักหมมเชื้อแบคทีเรียในช่องปาก รวมทั้งฤทธิ์ยาสมุนไพรมช่วยด้านอาการอักเสบ จึงทำให้มีอาการน้อยกว่าช่วงเวลาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและเจลดอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าสมุนไพรมช่วยลดอาการอักเสบของเยื่อช่องปากในรายที่ยังคงเกิดอาการ ทั้งระยะเวลามีอาการ ความรุนแรงของอาการ และความปวดในช่องปากทั้งนี้จะเป็นผลมาจากสารออกฤทธิ์ด้านอักเสบที่มีอยู่ในเจลแป๊ะดำบิงคือ สารกลุ่มฟลาโวนอยด์หลายชนิด เช่น kaempferolglucoside, kaempferyl-3-O- α -L-rhamnosyl(1-6)- β -D-galactopyranoside และ quercetin-3-O- β -glucoside^{15,16,17} ที่คัดเลือกมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้เมื่อพิจารณาถึงฤทธิ์ของสมุนไพรมที่ศึกษาในแต่ละระยะ (wash out effect) เจลแป๊ะดำบิงหลังทาในช่องปาก 2-3 วัน^{15,16} ซึ่งไม่มีผลต่อการศึกษาในแต่ละรอบ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับเคมีบำบัดห่างกัน 3-4 สัปดาห์ก่อนเริ่มศึกษารอบถัดไป และอาการเยื่อช่องปากอีกเสบมีอาการนานสูงสุด 2 สัปดาห์ ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีระยะพักก่อนเริ่มศึกษารอบถัดไป 1 สัปดาห์หรือมากกว่านั้นเมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการใช้สมุนไพรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างในระยะทดลองมีความพึงพอใจมากกว่าระยะควบคุม

จากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่านอกจากนั้นการสนับสนุน/ชมเชยและให้กำลังใจโดยผู้วิจัยเป็นระยะด้วยวิธีการโทรศัพท์ติดตามยังเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเกิดความคุ้นเคยไว้วางใจกล้าพูดคุยปัญหาระบายความวิตกกังวลต่างๆ ผู้ป่วยเกิดกำลังใจและแรงผลักดันที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแล

ช่องปากด้วยตนเองที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องมีทัศนคติที่ดีในรักษาและการเผชิญต่อภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น กิจกรรมดังกล่าวเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยนำความรู้/ทักษะที่ได้รับไปพัฒนาศักยภาพตนเองในการจัดการการดูแลตนเองที่ดีขึ้นนำไปสู่การมีสภาพช่องปากที่ดีและลดความรุนแรงของภาวะเยื่อช่องปากอีกเสบได้

การส่งเสริมพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับเคมีบำบัดให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้น โดยใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม²⁰ ประกอบด้วย การให้ความรู้ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน การให้กำลังใจโปรแกรมดูแลตนเองจึงเป็นกิจกรรมที่กระทำให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพการเจ็บป่วยทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ความเข้าใจวิถีชีวิตความเชื่อและทัศนคตินำไปสู่การพัฒนาทักษะที่จำเป็นเพื่อความสามารถในการดูแลตนเองและมีแรงจูงใจจากการปฏิบัติดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ถึงประสบการณ์การเกิดอาการประเมินความรุนแรงที่เกิดขึ้นและสามารถจัดการกับอาการด้วยตนเอง โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการตรวจช่องปากด้วยตนเองลงบันทึกอาการในช่องปาก การทำความสะอาดช่องปาก การดูแลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การใช้น้ำเกลือบ้วนปาก การใช้สมุนไพรมเจลแป๊ะดำบิง รวมถึงหลีกเลี่ยงสิ่งทีก่อให้เกิดการระคายเคือง และการให้คู่มือ ทั้งหมดนี้ทำให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในการดูแลช่องปากด้วยตนเองอย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และสม่าเสมอผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองร่วมกับเจลแป๊ะดำบิงในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดสามารถลดอัตราการเกิดอาการเยื่อช่องปากอีกเสบยืดเวลาการเริ่มเกิดอาการในรายที่มีอาการเยื่อช่องปากอีกเสบ ลดระยะเวลามีอาการเยื่อช่องปากอีกเสบ ลดความรุนแรงของอาการเยื่อช่องปากอีกเสบและลดความปวดในช่องปากได้



ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้แสดงให้เห็นประโยชน์ของโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองร่วมกับเจลแปะต้านเชื้อแบคทีเรียต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับเคมีบำบัด จึงควรนำไปเป็นวิธีหนึ่งในการผสมผสานกับโปรแกรมการดูแลช่องปากที่มีอยู่ในปัจจุบัน โดยการเลือกใช้สมุนไพรเจลแปะต้านเชื้อแบคทีเรียในช่องปากหลังแปรงฟันและบ้วนปาก ในรายที่ไม่มีอาการเยื่อช่องปากอักเสบควรทาววันละ 3 ครั้งและในรายที่มีอาการเยื่อช่องปากอักเสบควรทาววันละ 5 ครั้ง เริ่มใช้หลัง 24 ชั่วโมง จนถึง 14 วัน หลังจากได้รับเคมีบำบัด เพื่อป้องกันและบรรเทาอาการเยื่อช่องปากอักเสบลดความไม่สบายและผลเสียอื่นๆ ที่สามารถเกิดตามมา ทั้งนี้ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมปรับปรุงบรรจุภัณฑ์ให้เหมาะสมในการใช้ในช่องปาก หรือปรับวิธีการใช้ยาให้สะดวกกับผู้ป่วยมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของสมุนไพรนี้ร่วมกับโปรแกรมการดูแลช่องปากในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่เสี่ยงต่อการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบ เช่น ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา หรือผู้ป่วยเปลี่ยนถ่ายไขกระดูก เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ในโครงการของรองศาสตราจารย์ ดร. พรรณวดี พุทธิวัฒน์

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุขสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ; 2557.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. Hospital based cancer registry 2010. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2554.
- Yarbro CH, Frogge MH, Goodman M. Cancer principles and practice: Chemotherapy: Principles of therapy. 6thed.Sudbury, Mass: Jones and Bartlett;2005:315–50.
- Carpenito–Moyet LJ, Nursing diagnosis: Application to clinical practice.13rded.Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins, 2010.
- Langhorne ME, Fulton JS, Otto SE, Oncology Nursing. 5thed. St. Louis: Mosby. 2007
- Sonis ST, Elting LS, Keefe D, Peterson DE, Schubert M, Hauer–Jensen M, et al. Perspectives on cancer therapy–induced mucositis injury pathogenesis, measurement,epidemiology, and consequences for patients. Cancer 2004; 1995–2025.
- Rubenstein EB, Peterson DE, Schubert M, Keefe D, McGuire D, Epstein J, et al..Clinical practice for the prevention and treatment of cancer therapy–induced oral and gastrointestinal mucositis.Cancer 2004; 2026–46.
- Jones JA, Avritscher EBC, Cooksley CD, Michelet, Bekele BN, Elting LS. Epidemiology of treatment–associated mucosal injury after treat with newer regimens for lymphoma, breast, lung, or colorectal cancer. Support Care Cancer 2006; 505–15.
- Eilers J, Berger AM, Peterson MC. Development, testing, and application of the oral assessment guide.Oncology Nursing Forum2004;325–330.
- Cawley MM, Benson LM. Current trends in managing oral mucositis.Clinical Journal of Oncology Nursing2005; 584–92.
- Dodd MJ, Maiskowski C. The PRO–SELF Program: A self–care intervention program for Patients receiving cancer treatment. Seminar in Oncology Nursing 2000;300–7.



12. เนตรสุวิณี เจริญจิตสวัสดิ์. ผลการส่งเสริมโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่ออาการเยื่อหูช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่). คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์; 2547.
13. ปณิดา คุณสาระ, พรธรวดี พุทธิวัฒนะ, ชีราภรณ์ จันทร์ดา. ผลของโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่ออาการเยื่อหูช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2556;19:73-86.
14. สมจิต หมูเจริญกุล. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: วีเจพริ้นติ้ง: 2544.
15. Dictionary of Chinese MateriaMedica. Shanghai science and technology. Shanghai: Publishing House 1997:2134.
16. Iskander NM, Song Y, Couper MI, Jiratcharikul W. Anti-inflammatory screening of the medicinal plant *Gynura procumbent*. Plant Foods for Human Nutrition 2002;233-44.
17. วิณา จิรัจรรย์ยากุล, นงลักษณ์ เรืองวิเศษ. โครงการพัฒนามาตรฐานสารสกัดส่วนเหนือดินแป๊ะตำปิ้งในโครงการพัฒนามาตรฐานของสารสกัดสมุนไพร. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติประจำปี: 2544.
18. Raymond C, Rowe J, Sheekey, Paul J, Wheeler. Handbook of pharmaceutical excipients. 4th ed. Pharmaceutical press and the American Pharmaceutical Association 2003.
19. Jarikasem S, Charuwichitratana S, Siritantikorn S, Chantratita W, Iskander M, Frahm AW, Jiratchariyakul W. Antiherpetic effects of *Gynura procumbens*. Evidence-based Complementary and Alternative Medicine 2013; 2013.
20. Orem DE. Nursing concept of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
21. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New Jersey; Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
22. พิชานี แสนมโนวงศ์. ประสิทธิภาพของกลีเซอรีนพญายอในการป้องกันและบรรเทาอาการเยื่อหูช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่). บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2549.
23. World Health Organization. Handbook for reporting result of cancer treatment. Geneva: World Health Organization; 1979.
24. จุฑามาศก์ แสงไสย์. การแยก การพิสูจน์สูตรโครงสร้าง และการวิเคราะห์ปริมาณสารในสารสกัดและน้ำคั้นของแป๊ะตำปิ้งโดยเทคนิคโครมาโตกราฟีที่ใช้แรงดันสูง (วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชมหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล. 2546.
25. National Cancer Institute. Oral complication of chemotherapy and head/neck radiation : Health professional version. Retrieved March 20, 2012, from National Cancer Institute Web site: www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportive/oral complication. 2006.
26. Scully C, Sonis S. Mucosal diseases series oral mucositis. Oral Diseases 2006; 229-41.



รูปแบบการบูรณาการวิจัยกับการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐาน การเรียนรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม : กรณีศึกษา ชุมชนสามัคคี ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม

กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์*
ผดุงศิษย์ ชำนาญบริรักษ์*
สกาวรัตน์ ไกรจันทร์*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการบูรณาการวิจัยกับการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคามโดยใช้วิธีการวิจัยแบบการผสมผสานระหว่างวิธีการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ กลุ่มเป้าหมายหลักในการศึกษาคือ กลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 74 คน ชมรมผู้สูงอายุ/ชมรมรักสุขภาพ/อสม. จำนวน 35 คน อาจารย์พยาบาล นักศึกษาพยาบาล จากวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จำนวน 30 คน เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง จำนวน 5 คน ใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูล คือ การศึกษาเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การบูรณาการการวิจัยเป็นการดำเนินโครงการวิจัย โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน และบูรณาการไปกับการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาลตั้งแต่ การศึกษาสภาพปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนปฏิบัติการ การทดลองปฏิบัติการ และการประเมินผลการปฏิบัติการร่วมกัน ผลการวิจัยมีดังนี้

1. การสำรวจข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยนักศึกษาร่วมกับ อสม. ออกสำรวจข้อมูล มีการใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและครอบครัว เกิดการเรียนรู้ร่วมกันและเกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้สูงอายุในชุมชน
2. การปฏิบัติการวิจัย โดยบูรณาการไปกับการฝึกประสบการณ์ของนักศึกษา เช่น การจัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมสันทนาการ การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การให้บริการสุขภาพที่บ้าน การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยมีเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและ อสม. ร่วมกันวางแผนและจัดกิจกรรมตามความต้องการของผู้สูงอายุและสอดคล้องกับแผนการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชน
3. การสรุปผลการเรียนรู้ โดยการถอดบทเรียนร่วมกันของทีมวิจัย นักศึกษาพยาบาล และผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย พบว่า ใต้องค์ความรู้และแนวทางการพัฒนางานของตนเอง การมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้เกิดเครือข่ายของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำงานเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีปัญหาสุขภาพหรือภาวะแทรกซ้อนมีแนวโน้มลดลง

คำสำคัญ : การบูรณาการวิจัย, ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้, สุขภาพผู้สูงอายุ



A Model of Integration of Research and Community Based Pedagogy for Health of Elderly at Samukkee Urban Community of Mahasarakham Province

*Kittisak Kraichan**

*Phadungsit chumnanboriluk**

*Sakaorat Kraichan**

Abstract

This research aimed to study the Model of Integration of Research and Community based Pedagogy for Health of the Elderly at Samukkee urban Community of Mahasarakham Province. The study participants consisted of 4 groups: 74 elders living in Samukkee 's urban community, 35 elderly / Clubs Health Care / village health volunteers, 30 nurse instructors of the Sri Maha Sarakham Nursing College, and 5 nursing staff of the Community Health Center. The instruments employed in this study included focus group discussion, structural in-depth interview and secondary document. The pattern for development started by integrating methods through knowledge sharing, followed by pedagogic activities, planning guidelines for the development, implementation and the expansion of the results to the public. Every process focused on the knowledge sharing and participation. The researcher and research assistants provided a closed observation, support, and guidance step by step.

The results were as follows:

1. The process of survey for the situation and context of the elderly and their families in the community by the students and village health volunteers using questionnaires and interviews enabled them to learn together and developed good relationship.
2. Integration of research and learning experience of the students such as the project for elderly health promotion including health education, home visit etc. were planned together with Clubs Health Care / village health volunteers and staff of Community Health Center according to the elderly's needs and the action plan of the Community Health Center.
3. It was found from the after action review among the researchers, the students, and the elderly that the study yielded some knowledge and guidelines for work development. The participation of the community enhanced the networking of stakeholders for health of the elderly. This would result in better health of the elderly and reduce the problems of diabetes and hypertension.

Keyword : Integration of Research, Community based pedagogy, Health of Elderly



ความเป็นมาและความสำคัญ

การจัดการศึกษาพยาบาลมีจุดมุ่งหมายให้บัณฑิตพยาบาลได้ใช้ความรู้ความสามารถตามลักษณะวิชาชีพที่กำหนดไว้ในหลักสูตรให้เป็นประโยชน์ต่อตนเองและสังคม สามารถนำความรู้จากศาสตร์หลายๆ ด้านมาประกอบกัน เพื่อให้การพยาบาลบังเกิดผลตามความมุ่งหมาย และนำความรู้ไปใช้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ได้ การบริหารจัดการหลักสูตรการเรียนการสอนในสาขาพยาบาลศาสตร์จึงเริ่มตั้งแต่การกำหนดปัจจัยนำเข้าที่ได้มาตรฐานตามที่กำหนด ประกอบด้วย การมีอาจารย์ที่มีปริมาณและคุณภาพตามมาตรฐานหลักสูตร มีกระบวนการบริหารการจัดการเรียนการสอนที่อาศัยหลักการร่วมมือรวมพลังของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกสถาบัน และเชื้ออำนวยการเรียนรู้ของผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนได้แสวงหาและสร้างความรู้ด้วยตนเอง¹

การจัดการเรียนการสอนต้องเป็นไปตามแนวทางที่กำหนดในพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 ที่เน้น ผู้เรียนเป็นสำคัญ มีการจัดรูปแบบการเรียนการสอน ที่เหมาะสมและยืดหยุ่น โดยการมีส่วนร่วมจากบุคคล สถาบันหรือชุมชนภายนอก นอกจากนี้ในการเป็นสถาบันการศึกษาต้องมีพันธกิจด้านการวิจัย การบริการทางวิชาการแก่สังคม และการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม² โดยในกระบวนการจัดการเรียนการสอน จะมีการบูรณาการพันธกิจเหล่านั้นกับการจัดการเรียนการสอนด้วย

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคามเป็นสถาบันการศึกษาอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่ในการผลิตบัณฑิตพยาบาล โดยมุ่งสร้างและผลิตบัณฑิตให้มีอัตลักษณ์บัณฑิตในการให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ด้วยการพัฒนาด้านจิตบริการ การคิดวิเคราะห์และการให้ผู้รับบริการอย่างมีส่วนร่วมการศึกษาพยาบาลเป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญโดยบูรณาการศาสตร์ทางการ

พยาบาล (Professional meaning) ศาสตร์ที่เกี่ยวข้องและการเรียนรู้เกี่ยวกับผู้รับบริการ (Client Meaning) ในเชิงสังคมวิทยา มนุษยวิทยามีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้เรียน ผู้สอนและผู้รับบริการบนพื้นฐานความเอื้ออาทรภายใต้ สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้จากสภาพจริง ด้วยวิธีการจัดการเรียนการสอนที่หลากหลายมุ่งเน้นชุมชน เพื่อให้ได้บัณฑิตที่มีคุณลักษณะมีความรู้ความสามารถเชิงวิชาชีพ มีคุณธรรม จริยธรรม ทักษะทางปัญญา ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลรวมทั้งมีภาวะผู้นำ สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเป็นระบบตามการเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อม

ปัจจุบันวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม เปิดทำการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ตามความต้องการของชุมชนและประเทศ โดยการบูรณาการพันธกิจด้านการผลิตบัณฑิต กับการวิจัย บริการวิชาการ และการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม¹ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นตามโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป จึงต้องมีการเตรียมองค์ความรู้ในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อรองรับสถานการณ์ดังกล่าว กลุ่มวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคามได้ออกแบบการเรียนการสอนในรายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ และรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน ที่เน้นการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ มีการบูรณาการการจัดการเรียนการสอนสู่ชุมชน บูรณาการกับโครงการวิจัย “การสร้างพื้นที่ต้นแบบในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เมือง ชุมชนสามัคคี ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม” บูรณาการทางวิชาการแก่สังคมสู่ชุมชน ในรูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัวและกลุ่มคน การให้บริการสุขภาพที่บ้าน และการบูรณาการการทำนุบำรุง



ศิลปะและวัฒนธรรมสู่ชุมชน โดยการออกแบบกิจกรรม เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับ วิถีชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นของชุมชนที่นักศึกษา ลงฝึกปฏิบัติงาน จากผลการดำเนินงานส่งผลให้ประชาชน ในชุมชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เห็นคุณค่าของการร่วมมือร่วมใจต่อการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนโดยชุมชน เกิดเครือข่ายความร่วมมือของ ชุมชน หน่วยงานด้านสุขภาพ สถาบันการศึกษา และองค์กรท้องถิ่น ในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่ สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ผู้การเป็น ชุมชนต้นแบบในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการบูรณาการวิจัยกับการเรียน การสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. **ขอบเขตพื้นที่** ดำเนินการในพื้นที่ชุมชน สามัคคี ตำบลตลาด อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยการคัดเกณฑ์พื้นที่จากการสุ่มแบบจำเพาะเจาะจง

2. **ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา** ประกอบด้วย

1) กลุ่มผู้ได้สัมภาษณ์แบบเชิงลึก ประกอบด้วย ตัวแทนผู้สูงอายุ ตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ ตัวแทนชมรม รักรักรสุขภาพ ตัวแทน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง จำนวน 12 คน โดยใช้วิธีการ เลือกแบบจำเพาะเจาะจง

2) กลุ่มสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย ตัวแทนผู้สูงอายุ ตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ ตัวแทนชมรมรักรักรสุขภาพ ตัวแทน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำศูนย์สุขภาพ ชุมชนเมือง จำนวน 8 คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบ จำเพาะเจาะจง จากประสบการณ์การเป็นสมาชิกชมรม เป็น อสม. ปฏิบัติงานมากกว่า 1 ปีขึ้นไป

3) กลุ่มประชุมระดมความคิดเห็น ประกอบด้วย

อาจารย์พยาบาล นักศึกษาพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประจำศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ตัวแทนผู้สูงอายุ ตัวแทน ชมรมผู้สูงอายุ ตัวแทนชมรมรักรักรสุขภาพ ตัวแทน อสม. จำนวน 30 คน

4) กลุ่มผู้สังเกตแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย ตัวแทนผู้สูงอายุ ตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ ตัวแทนชมรม รักรักรสุขภาพ ตัวแทน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ตัวแทนนักศึกษาพยาบาล จำนวน 25 คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง โดยใช้วิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง จากประสบการณ์ การเป็นสมาชิกชมรม เป็น อสม. ปฏิบัติงานมากกว่า 1 ปีขึ้นไป

3. **ขั้นตอนและกระบวนการวิจัย** แบ่งเป็นระยะ ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้ 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1: ระยะเตรียมคนและรวบรวมข้อมูล

1) ประชุมเตรียมความพร้อมและสร้างความ เข้าใจต่อวัตถุประสงค์โครงการและกำหนดบทบาท หน้าที่ของนักวิจัย

2) ประชุมที่มิวิจัยเพื่อชี้แจงโครงการกับชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3) ประชุมออกแบบเครื่องมือและวิธีการเก็บ ข้อมูล

4) จัดเวทีนำเสนอเครื่องมือและวิธีการเก็บเก็บ ข้อมูล เพื่อรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้เกี่ยวข้อง

5) เก็บรวบรวมข้อมูลปัญหาสุขภาพ และการ จัดการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนสามัคคี โดยวิธีดังนี้ สัมภาษณ์แบบเชิงลึก โดยสัมภาษณ์ ตัวแทนผู้สูงอายุ ตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ ตัวแทนชมรมรักรักรสุขภาพ ตัวแทน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำศูนย์สุขภาพชุมชน เมือง เพื่อขอทราบแนวความคิดเห็นเกี่ยวกับ ปัญหา สุขภาพผู้สูงอายุและแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้ สูงอายุ ที่เหมาะสมกับชุมชน

สนทนากลุ่ม โดยสัมภาษณ์ ตัวแทนผู้สูงอายุ ตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ ตัวแทนชมรมรักรักรสุขภาพ ตัวแทน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำศูนย์สุขภาพชุมชน เมือง เพื่อทราบปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและแนวทางการ



แก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 การวิเคราะห์สังเคราะห์ ศึกษาสร้างรูปแบบ

1) **ขั้นวางแผน (Plan)** จัดทำแผนการบูรณาการการวิจัยกับการจัดการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ มีดังนี้

1.1) คณะกรรมการการจัดทำแผนวิทยาลัยวางแผนในการดำเนินงาน

1.2) คณะกรรมการบริหารหลักสูตรกำหนดนโยบายการบูรณาการจัดการเรียนการสอน

1.3) ประชุมเพื่อวางแผนร่วมกันระหว่างกลุ่มของวิทยาลัยเพื่อวางแผนการบูรณาการกับพันธกิจของสถาบันการศึกษาในด้านการผลิตบัณฑิต กับการวิจัย

1.4) ชี้แจงการลงพื้นที่ชุมชนเพื่อรับฟังข้อเสนอแนะจากพื้นที่ และการวางแผนการบูรณาการกับโครงการวิจัย

2) **ขั้นดำเนินการ (DO)** โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนในทุกขั้นตอนของการวิจัย และบูรณาการกับการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาล

2.1) การสำรวจข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยนักศึกษาร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ออกสำรวจข้อมูล มีการใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและครอบครัว

2.2) การปฏิบัติการวิจัย โดยบูรณาการกับการฝึกประสบการณ์ของนักศึกษา

2.3) การสรุปผลการเรียนรู้ โดยการถอดบทเรียนร่วมกันของทีมนักวิจัย นักศึกษาพยาบาล และผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย

3) **จัดประชุมระดมความคิดเห็น** ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล นักศึกษาพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ตัวแทนผู้สูงอายุ ตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ ตัวแทนชมรมรักสุขภาพ ตัวแทน อสม. เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนจัดเวทีคืนข้อมูลสู่ชุมชน

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการบูรณาการวิจัยกับการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

ประเมินผลจากแบบสังเกต เกี่ยวกับการบูรณาการวิจัยกับการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้อง

4. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

4.1 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นแบบสัมภาษณ์คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับแนวความคิดเห็นเกี่ยวกับ ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและแนวทางการแก้ไข ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 4 ข้อ

4.2 การสนทนากลุ่ม เป็นลักษณะคำถามปลายเปิดเชิงซักถามเหตุผลและค้นหาคำตอบ ประเด็นในการตั้งคำถามกำหนดจากวัตถุประสงค์ของการวิจัย และเน้นให้แสดงและความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 6 ข้อ

4.3 แบบสังเกต เป็นการสังเกตการณ์โดยผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติงานและบทบาทหน้าที่ต่างๆ ที่ปฏิบัติ

เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน โดยการพิจารณาความชัดเจนของภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญแล้วปรับปรุงแก้ไข ตามคำแนะนำเพื่อความถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น

5. **การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยประมวลคำสำคัญและเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล แล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ มีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้นั้นมีความมั่นใจในความถูกต้องโดยตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยใช้หลายวิธีการในการเก็บข้อมูล และเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมศึกษาตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูล



ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐานและการจัดทำแผน

ขั้นตอนการจัดทำแผนหรือโครงการบูรณาการวิจัยกับการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุมีดังนี้

1) คณะกรรมการการจัดทำแผนวิทยาลัยวางแผนในการดำเนินงานโดยการทบทวนยุทธศาสตร์ของวิทยาลัย กำหนดโครงการกลยุทธ์เพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของสถาบันพระบรมราชชนก และการประกันคุณภาพการศึกษา

2) คณะกรรมการบริหารหลักสูตรกำหนดนโยบายการบูรณาการจัดการเรียนการสอน กำหนดพื้นที่ชุมชนเพื่อให้ทุกกลุ่มวิชาได้รับทราบร่วมกันและให้กลุ่มวิชาได้นำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติการวางแผนการจัดการเรียนการสอนของกลุ่มวิชา

3) ประชุมเพื่อวางแผนร่วมกันระหว่างกลุ่มของวิทยาลัยเพื่อวางแผนการบูรณาการกับพันธกิจของสถาบันในด้านการผลิตบัณฑิตกับการวิจัย

4) กลุ่มวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชนวางแผนการบูรณาการวิจัยกับการจัดการเรียนการสอนที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน ดังนี้

4.1 กำหนดรายวิชาที่จะบูรณาการคือรายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ และรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1

4.2 ชี้แจงการลงพื้นที่ชุมชนเพื่อรับฟังข้อเสนอแนะจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่

5. ผู้รับผิดชอบวางแผนการทำโครงการวิจัยและแหล่งทุน โดยจัดทำโครงการวิจัย “การสร้างพื้นที่ต้นแบบในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เมือง ชุมชนสามัคคี ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม” กับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

ระยะที่ 2 การวิเคราะห์สังเคราะห์ ศึกษาสร้างรูปแบบ

ผลการสร้างรูปแบบการบูรณาการวิจัยกับการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ด้าน

สุขภาพผู้สูงอายุของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการและการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การวางแผนการจัดการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคามในที่ประชุมได้เสนอรูปแบบที่ควรกำหนดเป็นแนวทางการดำเนินงานโครงการวิจัยภายใต้การทำงานร่วมกันระหว่างวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคามกับศูนย์การเรียนรู้ชุมชนต้นแบบ การสร้างเสริมสุขภาพชุมชนสามัคคีคือการบูรณาการบริการวิชาการกับการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาล ในรายวิชาการประเมินภาวะสุขภาพ รายวิชาการสอนและให้คำปรึกษารายวิชาการวิจัยทางการพยาบาล รายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ และรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน เน้นการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ มีการศึกษาข้อมูลและการวางแผนจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ มีกิจกรรมที่หลากหลาย มีการวางแผนจัดทำโครงการวิจัย “การสร้างพื้นที่ต้นแบบในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เมืองชุมชนสามัคคี ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม” กับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ซึ่งเป็นองค์การภายนอกที่สนับสนุนการวิจัยในชุมชนที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัยและมุ่งเป้าหมายให้ชุมชนเกิดการพัฒนายั่งยืนด้วยชุมชน โดยทีมวิจัยประกอบด้วยอาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม เจ้าหน้าที่ของศูนย์แพทย์ชุมชนสามัคคี และประชาชนในชุมชนสามัคคี มีลักษณะดำเนินการให้มีการบูรณาการกับการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาลดังนี้

1. การสำรวจข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยนักศึกษาร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ออกสำรวจข้อมูล มีการใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและครอบครัว เกิดการเรียนรู้ร่วมกันและเกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้สูงอายุในชุมชน

2. การปฏิบัติการวิจัยโดยบูรณาการไปกับการฝึกประสบการณ์ของนักศึกษา เช่น การจัดทำโครงการ



สร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมสันทนาการ การให้ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นต้น การให้บริการสุขภาพที่บ้าน การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยมีเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมในการวางแผนและจัดกิจกรรมตามความต้องการของผู้สูงอายุและสอดคล้องกับแผนการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชน

3. การสรุปผลการเรียนรู้โดยการถอดบทเรียนร่วมกันของทีมวิจัย นักศึกษาพยาบาล และผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย เกิดองค์ความรู้ในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่ต้องอาศัยความร่วมมือกันของทุกภาคส่วนในพื้นที่ ดังนี้

3.1 ศูนย์สุขภาพชุมชนสามัคคี กำหนดรูปแบบการดำเนินกิจกรรมในชุมชนที่บูรณาการไปพร้อมกับการฝึกประสบการณ์ของนักศึกษา และนำผลการปฏิบัติงานมาวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ต่อเนื่อง

3.2 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ ทำให้นักศึกษาเกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ สามารถจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

3.3 ชุมชนสามัคคี รับผิดชอบต่อและเข้าใจปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน ผู้สูงอายุเองเกิดการรวมกลุ่มกันและแสวงหาวิธีการจัดการสุขภาพตนเอง กลุ่มแกนนำชุมชนและแกนนำด้านสุขภาพ เกิดจิตอาสาในการที่จะช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนเดียวกัน ทั้งนี้ ควรมีการประยุกต์การใช้รูปแบบทั้ง 3 กลุ่ม เพื่อให้เกิดเป็นองค์ความรู้ที่เน้นความรู้ ทักษะ ทัศนคติ เป็นจุดเชื่อมโยงสามารถประยุกต์ให้เข้ากับบริบทชุมชนของผู้สูงอายุโดยการดำเนินกิจกรรมจะดำเนินไปพร้อมๆ กัน เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชนสามัคคี วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม เกิดองค์ความรู้ใหม่ได้

การประเมินผลการสร้างรูปแบบการบูรณาการวิจัยกับการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้

รู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

1. จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุพึงพอใจในกิจกรรมเป็นอย่างมาก ให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงานทุกกระบวนการ โดยเฉพาะกิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุด้วยกัน เกิดความประทับใจได้ช่วยเหลือและ สอบถามสารทุกข์สุกดิบซึ่งกันและกัน ผู้สูงอายุที่ได้รับการเยี่ยมบ้านเองก็เกิดความประทับใจ ดีใจ สอดคล้องกับคำกล่าวของผู้สูงอายุบอกว่า

“ไม่ค่อยได้เจอหน้าเจตาคัน ได้มาเยี่ยมกันต่างคนต่างก็ดีใจ ร้องไห้กัน ดีใจหลาย อยากให้มาหาบ่อยๆ”
“ผู้เฒ่ามาเยี่ยมกัน เหมือนญาติพี่น้อง เอาของไปฝาก มีของมาเยี่ยม ประทับใจคักหลาย”

2. จากการสัมภาษณ์กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า อสม. มีความพึงพอใจในกิจกรรมที่ดำเนินการ ได้รับความร่วมมือในการทำงานและความไว้วางใจ จากผู้สูงอายุ และชุมชนเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งกิจกรรมที่ทำก็เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่แล้ว ทำให้ไม่รู้สึกเป็นภาระ อสม. ได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกของกลุ่มอาชีพ ทำให้เกิดรายได้เพิ่มเติม และได้รับความรู้จากการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับคำกล่าว อสม.บอกว่า

“เวลาไปเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยยิ้ม ตอนนี้ออกไปเยี่ยมก็ยิ้มแย้ม ถามอยากให้มาอีก”
“ก็เหมือนกับเราไปเยี่ยมบ้านตามปกติ แต่มีทีมผู้สูงอายุไปด้วย ผู้สูงอายุเองก็ชอบ ได้งานทั้งสองฝ่าย”

3. จากการสัมภาษณ์กลุ่มเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนสามัคคี พบว่า มีความพึงพอใจในการดำเนินโครงการเป็นอย่างมาก มีการบูรณาการการทำงานที่สอดคล้องกับงานประจำที่ทำอยู่ เกิดการปรับวิธีการทำงานให้เหมาะกับบริบทของชุมชนและบริบทของผู้สูงอายุ ได้องค์ความรู้และแนวทางการพัฒนางานของตนเอง การมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้เกิดเครือข่ายของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำงานเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีปัญหาสุขภาพหรือภาวะแทรกซ้อนมีแนวโน้มลดลง



สอดคล้องกับคำกล่าวของเจ้าหน้าที่บอกว่า

“ส่วนใหญ่กิจกรรมของงานวิจัยที่ทำอยู่ ก็เป็นกิจกรรมที่ต่อยอดจากงานที่เราทำอยู่แล้ว แต่เราก็มาพูดคุยกัน ปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ กับพื้นที่ เช่นเราเปลี่ยนมาจัดกิจกรรมในช่วงวันพระ ผู้สูงอายุมาวัดอยู่แล้วและเราก็เอากิจกรรมมาเสริม ได้ประโยชน์ร่วมกัน”

“เวลาทำกิจกรรมอะไรในชุมชน เดี่ยวนี้ผู้สูงอายุให้ความสนใจ อยากมาร่วมกิจกรรมมากขึ้น คนไม่เคยมาก็มา คนมาไม่ได้เราก็เอากิจกรรมไปทำถึงบ้าน เขาก็พอใจดีใจที่มีคนดูแล”

4. จากการสัมภาษณ์นักศึกษพยาบาลจากวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม พบว่า การจัดกิจกรรมหรือโครงการต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชน โดยนำการวิจัยให้นักศึกษาเข้าไปมีส่วนร่วมในการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชน และสภาพปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้เข้าใจในกระบวนการวิจัยเพิ่มมากขึ้นและสามารถวิเคราะห์ชุมชนโดยใช้หลักสถิติและความน่าจะเป็นเข้ามาช่วยด้วย นักศึกษาเข้าใจกระบวนการวิจัยมากขึ้นและเชื่อมโยงงานวิจัยให้สามารถแก้ปัญหาในชุมชนได้เป็นอย่างดี เช่น การนำภูมิปัญญาที่มีอยู่ในท้องถิ่นมาใช้ประโยชน์ การใช้สมุนไพร ความรู้การแพทย์แผนไทย มาบูรณาการความรู้และปรับวิธีการให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุตามบริบทชุมชน ความรู้การใช้พืชสวนครัวที่มีสรรพคุณในการบำรุงร่างกายและปลอดภัยกับโรคที่เป็นอยู่ มาใช้ประกอบอาหารท้องถิ่น การจัดกิจกรรมออกกำลังกายโดยใช้อุปกรณ์ที่หาได้ในท้องถิ่น เช่น ผ้าขาวม้า หนังกาย ไม้พลอง เป็นต้น รวมทั้งนำนวัตกรรมการดูแลเท้าแก่ผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้แผ่นมะกรูด มาแนะนำและเผยแพร่แก่ผู้สูงอายุซึ่งผู้ร่วมกิจกรรมมีความพึงพอใจในกิจกรรมที่ดำเนินงาน แม้บางกิจกรรมจะมีปัญหาอุปสรรคบ้าง เป็นเพราะยังอยู่ในช่วงเริ่มต้นการทำงาน จึงต้องมีการวางแผนการทำงานที่ต่อเนื่องเพื่อให้เกิดรูปแบบที่ชัดเจน นำไปสู่การดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนต่อไป

อภิปรายผล

ผลจากการศึกษาเบื้องต้นสะท้อนให้เห็นว่าการบูรณาการวิจัยกับการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ทำให้ประชาชนมีความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งในภาวะปกติและภาวะที่เจ็บป่วย มีความรู้และเข้าใจถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ตามสภาพพื้นฐานทางด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม โดยอาศัยจากกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามสภาพปัญหาในชุมชนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิ่นนเรศ กาศอุดมและคณะ³ ที่พบว่า ผลการเรียนรู้วิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและผลการเรียนตลอดหลักสูตรแตกต่างกัน มีสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลในชุมชนไม่แตกต่างกัน จากการวิจัยครั้งนี้ทำให้นักศึกษาเข้าใจกระบวนการวิจัยมากขึ้นและเชื่อมโยงงานวิจัยให้สามารถแก้ปัญหาในชุมชนได้เป็นอย่างดี เช่น ได้เน้นการนำภูมิปัญญาที่มีอยู่ในท้องถิ่นมาใช้ประโยชน์ การใช้สมุนไพร ความรู้การแพทย์แผนไทย มาบูรณาการความรู้และปรับวิธีการให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุตามบริบทชุมชนส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากโรคที่เป็นอยู่

ปัจจัยทางด้านครอบครัวและผู้ดูแล กลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มรักสุขภาพ องค์การทางด้านการศึกษาและองค์กรภาคีรัฐ ที่เข้ามาดำเนินกิจกรรมเพื่อดูแลและสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ล้วนส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สร้างความรู้ความเข้าใจในแนวทางการปฏิบัติที่ดี ยิ่งส่งผลต่อการสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่จากผลการศึกษากลับไม่พบรูปแบบการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายที่เกิดจากการบูรณาการการทำงานร่วมกันที่ชัดเจน จึงควรที่จะมีการพัฒนารูปแบบการบูรณาการเพื่อนำไปสู่การสร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมตามบริบทของชุมชนสามัคคีที่เน้นการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายสุขภาพ การแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยการมีความรู้ความสามารถและทักษะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและบุคคล



ในครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ควรได้รับการพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน อันจะนำไปสู่สุขภาพของครอบครัว ชุมชนอย่างแท้จริง จึงได้รูปแบบการบูรณาการวิจัยกับการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม โดยการดำเนินกิจกรรมจะดำเนินไปพร้อมๆกันเพื่อให้เกิดแหล่งเรียนรู้ และฐานการเรียนรู้เรื่องการพัฒนาเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่ดีในชุมชน

ผลจากการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับ กิ่งกาญจนา เมืองโคตร⁴ ศึกษาการพัฒนาต้นแบบเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบ้านฝาง เป็นการศึกษาระดมเสริมความเข้มแข็งให้แก่ชมรมผู้สูงอายุ โดยการทำงานแบบเป็นเครือข่ายเป็นกลยุทธ์สำคัญในการพัฒนาบริการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และการเปิดโอกาสให้ชมรมผู้สูงอายุหลายๆ ชมรมได้ร่วมกันทำงานในลักษณะ “เครือข่าย” โดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ช่วยเหลือเกื้อกูลและประสานประโยชน์จากแหล่งทรัพยากรในชุมชนร่วมกันเป็นผลให้การดำเนินงานของชมรมมีความสำเร็จเข้มแข็งและพัฒนาอย่างยั่งยืนต่อไปและสอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล อเนกวิทย์⁵ พบว่า ในการนำหลักสูตรไปใช้ตั้งแต่ขั้นเตรียมหลักสูตรและวางแผนการสอน การดำเนินการสอน การวัดและประเมินผล เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้และผู้เรียนเกิดผลสัมฤทธิ์ตามจุดมุ่งหมายของหลักสูตรทั้งพุทธิพิสัย ทักษะพิสัย และเจตพิสัย และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ให้เกิดขึ้นได้ในสังคม

นอกจากนั้นผลการศึกษาดังนี้ยัง สอดคล้องกับการศึกษาของ ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์⁶ ที่พบว่าการดูแลตนเองของประชาชนอันเป็นผลกระทบจากปัจจัยแวดล้อมภายนอกหลากหลายประการในขณะเดียวกันก็ต้องตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของสังคมและประชาชน ภายใต้หลักการพื้นฐานของวิชาชีพ สภาวะความรุนแรงของโรคส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับ การดูแลตนเองของผู้เจ็บป่วยที่ไม่ทำให้โรคที่เป็นอยู่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นแล้วกระทบต่อส่วนอื่นๆ ของร่างกาย ซึ่งการดูแลจะต้องอาศัยคนในครอบครัว

และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยเน้นที่การฝึกปฏิบัติเป็นหลัก

จากข้อค้นพบจากการวิจัยในครั้งนี้ จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญต่อการเสนอแนะต่างๆ ในการกำหนดนโยบาย และเสริมสร้างความรู้ทางวิชาการใหม่ๆ ในการบูรณาการวิจัยกับการเรียนการสอนที่เน้นชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน รวมทั้งการนำข้อมูลและผลการศึกษาไปใช้ในการศึกษาประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

1. วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม. คู่มือการจัดการเรียนการสอน ปีการศึกษา 2551 (เอกสารอัดสำเนา); 2551.
2. คณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, สำนักงาน. พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545. กรุงเทพฯ: บริษัทพรทิทวานกราฟฟิค จำกัด; 2545.
3. ปิ่นนเรศ กาศอุดมและคณะ. สมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพระปกเกล้า จันทบุรี (รายงานวิจัยอัดสำเนา); 2546.
4. กิ่งกาญจนา เมืองโคตร. การพัฒนาต้นแบบเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น. รายงานการศึกษาอิสระปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
5. นฤมล อเนกวิทย์. การพัฒนาหลักสูตรจิตตปัญญาศึกษาสำหรับนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญาศึกษาศาสตร ดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
6. ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์. การพัฒนาหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ด้อยโอกาสสำหรับแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวของเขตที่ 12. มหาสารคาม: วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม; 2554.



ผลของการประคบแผลฝีเย็บหลังคลอดด้วยผ้าอนามัยชุบน้ำเกลือเย็น และผ้าอนามัยชุบน้ำสะอาดเย็น ต่อ การลดความเจ็บปวด และการบวมของแผลฝีเย็บ

สุภาพร บรรารมย์* อ้อมใจ สิทธิจำลอง**
พัชณี วรรณวัต ** ภมรรัตน์ มณีรัตน์**
หฤทัย ใจกว้าง** กาญจนา สัจใจ**
ดุลยเรศ อาชัชชาญ**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความเจ็บปวด และการบวมแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอด ที่ได้รับการประคบแผลฝีเย็บ ด้วยผ้าอนามัยชุบน้ำเกลือเย็น ผ้าอนามัยชุบน้ำสะอาดเย็น กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย มารดาหลังคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลนครพิงค์ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ใช้ผ้าอนามัยชุบน้ำเกลือเย็น ผ้าอนามัยชุบน้ำสะอาดเย็น และกลุ่มที่ไม่ใช้ โดยประคบเย็นหลังเย็บแผลทันที ประคบเย็นหลังเย็บแผล 30 นาที (หลังประคบเย็นครั้งที่ 1) และประคบเย็นหลังเย็บแผล 60 นาที (หลังประคบเย็นครั้งที่ 2) ประเมินความเจ็บปวดแผลฝีเย็บโดยใช้แบบประเมินระดับความเจ็บปวด และประเมินอาการบวมแผลฝีเย็บโดยใช้แบบประเมินลักษณะแผลฝีเย็บหลังคลอด (REEDA scale) เก็บข้อมูลระหว่าง 1 ตุลาคม 2556 – 30 ธันวาคม 2556 วิเคราะห์ข้อมูลสถิติพรรณนา คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติวิเคราะห์ ได้แก่ Kruskal-Wallis Test กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่ใช้ผ้าอนามัยชุบน้ำเกลือเย็น และผ้าอนามัยชุบน้ำสะอาดเย็น ประคบแผลฝีเย็บหลังเย็บแผล หลังเย็บแผล 60 นาที มีคะแนนความเจ็บปวด น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้การประคบเย็น แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ส่วนการประเมินอาการบวมไม่พบการบวมของแผลฝีเย็บ ทั้ง 3 กลุ่ม ดังนั้นควรนำประคบเย็นมาใช้หลังเย็บแผล 60 นาที เพื่อลดปวด และประคบทันทีเพื่อป้องกันการบวมแผลฝีเย็บ ส่งผลให้สุขสบายหลังคลอด

คำสำคัญ : แผลฝีเย็บ, การประคบเย็น, perineal pain, hematoma, cool pad

* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่

** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนครพิงค์ เชียงใหม่



Effect of cold compress with cold normal saline pad and cold sterile water pad on perineum pain and edema in the post partum period.

Supaporn prarom* Oamjai Sittijumlong**

Haruathai Jaikwang** Pachanee Wannawat**

Pamonrat Maneerat** Dulyarat aatchaichan**

Kanjana Sanjai**

Abstract

This quasi-experimental research was conducted to compare the effect of cold compress with cold normal saline pad and cold sterile water pad on perineum pain, and edema in post partum among the groups of sample who received compression with the cold saline pad, cold sterile water pad and no cold pad. The simple random sample of 90 post partum patients was divided into 3 groups used cold saline pad, cold sterile water pad and without cold pad. Intervention took place at the first compress (immediately after stitches), second compress (30 minutes after stitches) and third compress (60 minutes after stitches). Perineal pain was assessed by the numeric pain rating scale and perineal edema was assessed by the REEDA scale. Data were collected between 1st of October 2013 and 30th of December, 2013. The data were analysed by descriptive statistics; percentage, average and statistical analysis included the Kruskal-Wallis test with a confidence level of $p = 0.05$.

The study found that those who used cold saline pads and cold pad compresses had reduced perineal pain at 60 minutes after stitches and was statistically significant ($p < 0.01$). No swelling was found in any subjects of all 3 groups. The findings suggest that cold compress should be applied to the wound at 60 minutes after perineal repairing to reduce pain and prevent swelling and erythema of the perineal.

Key words : cold compress, perineal pain, hematoma, cool pads

* Nurse instructor Boromrajanani College of Nursing Phrae.

**Registered Nurse. Nakomping Hospital , Chaingmai



ความเป็นมาและความสำคัญ

ในระหว่างการคลอดมักจะมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ แผลฝีเย็บ¹ ซึ่งเกิดจากการตัดฝีเย็บหรือการฉีกขาดของฝีเย็บเองจากกระบวนการคลอดหรือทั้งสองอย่างร่วมกัน² ระดับความรุนแรงของของการบาดเจ็บนั้นขึ้นอยู่กับการศึกษาของแผลฝีเย็บ ขนาดของทารก การคลอดที่ยาวนาน การใช้หัตถการช่วยคลอด และความยาวของแผลฝีเย็บ³ การมีแผลฝีเย็บจะส่งผลกระทบต่อผู้คลอด คือ ความเจ็บปวดบริเวณแผลฝีเย็บ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการหลังสารชีวเคมีในบริเวณที่เนื้อเยื่อมีการบาดเจ็บ เช่น kinin, histamine และ serotonin เป็นต้น สารชีวเคมีดังกล่าว ทำให้มีการขยายตัวของหลอดเลือด เกิดการซึมผ่านของสารน้ำออกนอกเซลล์ในบริเวณที่บาดเจ็บมากขึ้น จึงทำให้เกิดอาการปวด หากไม่ได้รับการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ด้วยวิธีการที่เหมาะสม จะส่งผลกระทบต่อมารดาหลังคลอดทั้งร่างกาย จิตใจ และสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก สำหรับด้านร่างกายทำให้มารดาเกิดความไม่สบาย ในการเคลื่อนไหว และมีความลำบากในการขับถ่ายอุจจาระในระยะหลังคลอด⁴ ด้านจิตใจ ทำให้เกิดความเครียด ด้านสัมพันธภาพมารดาและทารก ทำให้ความสามารถในการเลี้ยงดูทารกลดลง และเกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อการคลอด นอกจากนี้อาการเจ็บปวดที่รุนแรงจะบ่งบอกถึงการเกิดพยาธิสภาพของภาวะก่อนเลือดคั่งได้⁵

ภาวะบวมก่อนเลือดคั่ง เป็นผลกระทบบจากการที่มีเลือดออกจากแผลฝีเย็บ หลังการคลอด หากมีการเย็บซ่อมแซมไม่ดีพอ จะทำให้เลือดออกคั่งอยู่ใต้เนื้อเยื่อมองเห็นเป็นก้อนสีม่วงคล้ำ ก้อนเลือดที่คั่งอยู่ภายใน หากมีการประคบเย็น และจัดการล่าช้า จะทำให้ก้อนเลือดมีขนาดใหญ่ขึ้น ปวดรุนแรง นำไปสู่ภาวะช็อคได้⁶ ส่งผลให้มารดาหลังคลอดนอนโรงพยาบาลนาน สูญเสียค่าใช้จ่าย และประสบการณ์ที่ไม่ดีต่อการคลอด⁷ การป้องกันการบวมก่อนเลือดคั่ง เป็นตัวชี้วัดหนึ่งของคุณภาพงานห้องคลอด ผู้คลอดโรงพยาบาลนครพิงค์ ส่วนใหญ่มีการบาดเจ็บ และฉีกขาดของฝีเย็บ ร้อยละ 89.9 และพบ

อุบัติการณ์การบวมก่อนเลือดคั่ง ร้อยละ 1.03 ในปี 2554 และร้อยละ 2.1 ปี 2555 ตามลำดับ อุบัติการณ์ดังกล่าวเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้และไม่ควรเกิด ทั้งนี้โรงพยาบาลนครพิงค์ ยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการลดความเจ็บปวด และการป้องกันการบวมของแผลฝีเย็บ

การประคบเย็นเป็นกิจกรรมการดูแลที่ช่วยลดอาการปวดและป้องกันอาการบวมแผลฝีเย็บจากทบทวนวรรณกรรม พบว่า การประคบเย็นทำให้มีการหดตัวของหลอดเลือด การไหลเวียนของเลือดบริเวณที่บาดเจ็บลดลง เพิ่มความหนืดของเลือด ส่งเสริมให้เลือดมีการแข็งตัว ทำให้เลือดหยุดไหล และป้องกันการบวม นอกจากนี้ความเย็นจะทำให้การเผาผลาญภายในเซลล์ลดลง ลดการใช้ออกซิเจนของเนื้อเยื่อและความเย็นยังมีผลเป็นยาชาเฉพาะที่โดยการทำให้เนื้อเยื่อชา ซึ่งสามารถลดความเจ็บปวดได้ ความเย็นจะช่วยลดอุณหภูมิของกล้ามเนื้อ ลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ ผู้คลอดจึงรู้สึกสบายขึ้น⁸ และการศึกษาแบบ meta-analysis แนะนำว่าการใช้ความเย็นประคบแผลฝีเย็บ ในระยะ 24 -72 ชั่วโมงแรก จะลดอาการปวด และบวมได้ดี⁹

จากการศึกษาของ ฉวีวรรณ อยู่สำราญ และคณะ¹⁰ พบว่า การประคบแผลฝีเย็บด้วยความเย็น ลดบวมได้ คณะผู้วิจัยมีความสนใจเทคนิคการประคบเย็น เพื่อลดอาการปวดและบวมแผลฝีเย็บในมารดาหลังคลอด จึงทำการทดลองใช้แผ่นเจลประคบเย็น แต่เมื่อพิจารณาแล้ว พบว่าการใช้แผ่นเจลประคบเย็นไม่สะดวกในการปฏิบัติ และมีราคาแพง นอกจากนี้ยังมีการศึกษา พบว่าการให้หญิงหลังคลอดนั่งแช่ฝีเย็บด้วยน้ำเกลือช่วยบรรเทาอาการปวดแผลฝีเย็บ ช่วยส่งเสริมการหายของแผลได้ดี¹¹ จึงประยุกต์การประคบแผลฝีเย็บโดยการนำผ้าอนามัยมาชุบน้ำเกลือ โดยใส่ 0.9% normal saline ที่ปราศจากเชื้อ 20 ซีซี และผ้าอนามัยโดยใส่ sterile water ที่ปราศจากเชื้อ 20 ซีซี แล้วทำให้เย็นอุณหภูมิ 10-14 องศาเซลเซียส นำมาประคบแผลฝีเย็บ เพื่อลดการปวดและบวมของแผลฝีเย็บ ดังนั้นผู้วิจัยและคณะ



จึงต้องการศึกษาผลของการประคบแผลฝีเย็บหลังคลอดด้วยผ้าอนามัยชุบน้ำเกลือเย็น และผ้าอนามัยชุบน้ำสะอาดเย็น ต่อ การลดความเจ็บปวด และการบวมของแผลฝีเย็บ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางการดูแลแผลฝีเย็บและคุณภาพการพยาบาลผู้คลอดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการประคบแผลฝีเย็บด้วยผ้าอนามัยชุบน้ำเกลือเย็น และผ้าอนามัยชุบน้ำสะอาดเย็น ต่อระดับความปวดแผลฝีเย็บ ของมารดาหลังคลอด
2. เพื่อศึกษาผลของการประคบแผลฝีเย็บด้วยผ้าอนามัยชุบน้ำเกลือเย็น และผ้าอนามัยชุบน้ำสะอาดเย็น ต่อการบวมแผลฝีเย็บ ของมารดาหลังคลอด

สมมติฐานการวิจัย

1. มารดาหลังคลอดที่ได้รับการประคบแผลฝีเย็บด้วยผ้าอนามัยชุบน้ำเกลือเย็น และผ้าอนามัยชุบน้ำสะอาดเย็น มีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่า กลุ่มควบคุม
2. มารดาหลังคลอดที่ได้รับการประคบแผลฝีเย็บด้วยผ้าอนามัยชุบน้ำเกลือเย็น และผ้าอนามัยชุบน้ำสะอาดเย็น มีการบวมน้อยกว่า กลุ่มควบคุม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการใช้ผ้าอนามัยชุบน้ำเกลือเย็น และผ้าอนามัยชุบน้ำสะอาดเย็น ประคบแผลฝีเย็บทันทีหลังเย็บแผล ต่อ การลดความเจ็บปวดและการบวมของแผลฝีเย็บ ในมารดาหลังคลอดระยะแรก (2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด) ประชากรและ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้คลอดปกติในโรงพยาบาลนครพิงค์ โดยมีคุณสมบัติดังนี้ คือ 1) ตั้งครรภ์ครบกำหนด (37- 42 สัปดาห์) 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระยะตั้งครรรภ์และระยะรอคลอด 3) ไม่ได้รับยาแก้ปวดในระยะที่ 2 ของการคลอด 4) มารดาหลังคลอดมีแผลฝีเย็บระดับ 1-2 5) ฟังและพูดภาษาไทยได้ 6) ยินยอม

เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการของทฤษฎีขีดจำกัดกลาง (central limited theorem)¹² ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 ราย คือ กลุ่มที่ได้รับการประคบด้วยผ้าอนามัยชุบน้ำเกลือเย็น กลุ่มที่ได้รับการประคบด้วยผ้าอนามัยชุบน้ำสะอาดเย็น และกลุ่มควบคุม จำนวน 3 กลุ่ม รวม 90 ราย จากนั้นทำการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยการสุ่มอย่างง่าย จับฉลากที่ละใบ จำนวน 90 ใบ เมื่อผู้คลอดได้รับการตัดฝีเย็บ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งมี 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการประคบด้วยผ้าอนามัยชุบน้ำเกลือเย็น กลุ่มที่ได้รับการประคบด้วยผ้าอนามัยเย็น และกลุ่มควบคุม อย่างละ 30 ใบ และจับฉลากตามลำดับที่ 1 ถึงลำดับที่ 90 เพื่อเป็นการให้โอกาสกลุ่มตัวอย่างในการทดลองมีความเท่าเทียมกัน โดยผู้วิจัยทำการจับฉลากที่ละใบ และดำเนินการวิจัยทีละคนจนสิ้นสุดการทดลองครบ 90 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) ผ้าอนามัยชุบน้ำเกลือเย็น เนื่องจากมีการศึกษาพบว่า การให้หญิงหลังคลอดนั่งแช่ฝีเย็บด้วยน้ำเกลือช่วยบรรเทาอาการปวดแผลฝีเย็บ ช่วยส่งเสริมการหายของแผลได้ดี¹¹ จึงประยุกต์โดยการนำผ้าอนามัยขนาดกว้าง 6 เซนติเมตร ยาว 12 เซนติเมตร ชุบ 0.9% normal saline 20 ซีซี ที่ปราศจากเชื้อ ทำให้เย็นโดยแช่ตู้เย็นที่ระดับอุณหภูมิ 10 องศาเซลเซียส อย่างน้อย 20 นาที จะทำให้ผ้าอนามัยมีอุณหภูมิ 10-14 องศาเซลเซียส 2) ผ้าอนามัยชุบน้ำสะอาดเย็น ขนาดเดียวกัน ใส่ sterile water 20 ซีซี ทำให้โดยวิธีการเดียวกัน มีอุณหภูมิ 10-14 องศาเซลเซียส

ผู้วิจัยควบคุมคุณภาพของผ้าอนามัยเย็น โดยการทดสอบอุณหภูมิผ้าอนามัยเย็น ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ นำผ้าอนามัยชุบน้ำเกลือและผ้าอนามัยชุบน้ำสะอาด แช่ตู้เย็นที่มีอุณหภูมิ 4-10 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 15-20 นาที จะได้ผ้าอนามัยที่มีความเย็น 10-14 องศาเซลเซียส มาทดสอบกับผู้คลอดที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง



จำนวน 5 ราย ซึ่งไม่ใช่กลุ่มเดียวกับกลุ่มวิจัย ขณะ ประคบเย็นจะวัดอุณหภูมิทุกนาที ต่อเนื่องนาน 30 นาที เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิของแผ่น ประคบเย็นบริเวณผิวหนังสัมผัส พบว่าบริเวณที่ทำการ ประคบต่อเนื่องนาน 30 นาที จะมีระดับอุณหภูมิบริเวณ ผิวสัมผัสในช่วง 10-15 องศาเซลเซียส และไม่พบ อันตรายต่อผิวหนังบริเวณที่ทำการประคบ จากการ ทดลองอุณหภูมิความเย็นของผ้าอนามัยเย็น เมื่อครบ 15 นาที อุณหภูมิจะอุ่นขึ้น เนื่องจากแปรเปลี่ยนไปตาม อุณหภูมิลिंगแวดล้อมและผ้าอนามัยจะซึมซับน้ำคาวปลา ทำให้ผ้าอนามัยมีอุณหภูมิสูงขึ้น และเนื้อเยื่อบริเวณที่ ประคบไม่ถูกทำลายจากความเย็น

2. เครื่องมือที่ใช้ในรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบรวบรวมข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ อายุ ครรภ์ ระดับการศึกษา วิธีการคลอด น้ำหนักทารกแรก เกิด 2) มาตรฐานวัดความเจ็บปวดชนิดเป็นตัวเลข โดยการ วัดความรู้สึกเกี่ยวกับระดับความเจ็บปวดของผู้คลอดที่ เพิ่มขึ้นเป็นคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนนโดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความเจ็บปวด และ 10 คะแนนหมายถึง ความเจ็บปวดรุนแรงสูงสุด 3) แบบประเมินลักษณะแผล ผิวยับภายหลังคลอด (REEDA: Evaluating Postpartum Healing) ของเดวิดสัน³ ที่ได้รับการแปลโดย ลาวัลย์ สมบูรณ์ และคณะ¹³ โดยประเมินเฉพาะในหัวข้ออาการ บวม มีรายละเอียดดังนี้ คือ อาการบวมของแผล (Edema: E) 0 หมายถึง ไม่มีอาการบวม 1 หมายถึง บวมบริเวณผิวยับวัดได้ไม่เกิน 1 ซม. 2 หมายถึง ผิวยับ และ/หรืออวัยวะ บวม 1-2 ซม. จากขอบแผล 3 หมายถึง ผิวยับและ/หรืออวัยวะ บวม มากกว่า 2 ซม. จากขอบแผล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ จาก คณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รพ.นครพิงค์ เลขที่การวิจัย 011/2556

ผู้วิจัยเข้าพบอาสาสมัครที่มีคุณสมบัติตามที่ กำหนด ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การรวบรวม

ข้อมูล และระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แนะ สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย อาสา สมัครสามารถถอนตัวจากผู้วิจัยได้ทันที โดยไม่ต้องแจ้ง เหตุผล ข้อมูลที่ได้จะได้รับการปกปิด และเซ็นยินยอม เข้าร่วมวิจัย

เมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัย และได้รับการอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากโรง พยาบาลนครพิงค์ แล้ว ผู้วิจัยและคณะ เริ่มดำเนินการ เก็บข้อมูล ดังนี้

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่ กำหนด เมื่อมารดาหลังคลอดได้รับการตัดฝีเย็บ ดำเนิน การจับฉลากเข้ากลุ่ม โดยการจับฉลากที่ละใบ เพื่อจัด เข้ากลุ่มควบคุม กลุ่มที่ใช้ผ้าอนามัยชุบน้ำเกลือเย็น และ กลุ่มที่ใช้ผ้าอนามัยชุบน้ำสะอาดเย็น

2. เมื่อมารดาหลังคลอดได้รับการเย็บแผลฝีเย็บ แล้ว ปฏิบัติดังนี้

2.1 ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่าง และทำการบันทึกข้อมูล

2.2 ผู้วิจัยทำการประคบแผลฝีเย็บ 3 ครั้ง ดังนี้ 1) หลังเย็บแผลฝีเย็บทันที 2) หลังเย็บแผล 30 นาที 3) หลังเย็บแผล 60 นาที ตามลำดับ

2.3 ผู้วิจัยทำการประเมินความเจ็บปวด โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดเป็นตัวเลข และประเมิน การบวมของแผลฝีเย็บ โดยใช้แบบประเมินลักษณะแผล ผิวยับภายหลังคลอด REEDA Scale ทำการประเมินดังนี้ 1) หลังเย็บแผลฝีเย็บทันที (ก่อนประคบเย็น) 2) หลังเย็บ แผลฝีเย็บ 30 นาที 3) หลังเย็บแผล 60 นาที 3) หลัง เย็บแผล 90 นาที



หลังเย็บแผล 0 นาที

30 นาที

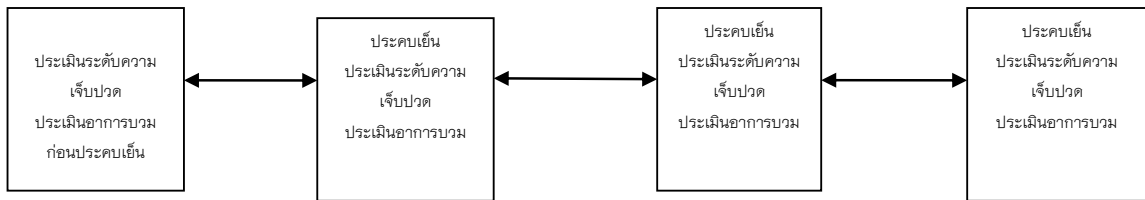
60 นาที

90 นาที

ประคบเย็นครั้งที่ 1

ประคบเย็นครั้งที่ 2

ประคบเย็นครั้งที่ 3



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ทิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบผลการใช้ผ้าอนามัยชุบน้ำเกลือเย็น ผ้าอนามัยชุบน้ำสะอาดเย็น ประคบแผลฝีเย็บทันที หลังเย็บแผล และกลุ่มที่ไม่ใช้ ต่อ ระดับความปวดแผลฝีเย็บใช้ ข้อมูลแจกแจงแบบโค้งไม่ปกติ ใช้ สถิติ Kruskal-Wallis Test

3. เปรียบเทียบผลการใช้ผ้าอนามัยชุบน้ำเกลือ

เย็น ผ้าอนามัยชุบน้ำสะอาดเย็น ประคบแผลฝีเย็บหลังเย็บแผล และกลุ่มที่ไม่ใช้ ต่อการบวมแผลฝีเย็บ ข้อมูลแจกแจงแบบโค้งไม่ปกติ ใช้ สถิติ Kruskal-Wallis Test

ผลการศึกษา (Result)

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้มีจำนวน 90 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ใช้ผ้าอนามัยชุบน้ำเกลือเย็น ผ้าอนามัยชุบน้ำสะอาดเย็น ประคบแผลฝีเย็บหลังเย็บแผล และกลุ่มที่ไม่ประคบเย็น มีข้อมูลทั่วไป ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ใช้ผ้าอนามัยชุบน้ำเกลือเย็น	กลุ่มที่ใช้ผ้าอนามัยชุบน้ำสะอาดเย็น	กลุ่มที่ไม่ประคบเย็น
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
อายุน้อยกว่า 20 ปี	2(6.7)	2(6.7)	1(3.3)
20-29 ปี	24(80.0)	16(53.3)	18(60.0)
30-39 ปี	4(13.4)	10(33.3)	11(36.7)
อายุครรภ์			
- ก่อนกำหนด	3(10.0)	4(13.3)	3(10.0)
- ครบกำหนด	27(90.0)	26(86.7)	27(90.0)
น้ำหนักแรกเกิด			
- น้อยกว่า 2500 กรัม	9(30.0)	13(43.3)	15(50.0)
- 2,500 – 3,500 กรัม	20(66.7)	16(53.3)	15(50.0)
- มากกว่า 3,500 กรัม	1(3.3)	1(3.3)	0(0)
วิธีการคลอด			
- คลอดปกติ	27(90.0)	30(100)	30(100)
- คลอดด้วยคีม	1(3.3)	0(0)	0(0)
- คลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ	2(6.7)	0(0)	0(0)

การประเมินคะแนนความปวดแผลฝีเย็บ ก่อนทำการประคบเย็น ระหว่างกลุ่มที่ใช้ผ้าอนามัยชุบน้ำเกลือเย็น ผ้าอนามัยชุบน้ำสะอาดเย็น และกลุ่มที่ไม่ประคบเย็น พบว่า ก่อนประคบเย็น มารดาหลังคลอด

ทั้ง 3 กลุ่ม มีระดับความเจ็บปวด เท่ากับ 3-3.5 แต่เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดทั้ง 3 กลุ่ม พบว่า ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p>.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดแผลฝีเย็บ ก่อนทำการประคบเย็น

กลุ่มที่	median	IQR	χ^2	p
1) กลุ่มที่ใช้ผ้าอนามัยชุบน้ำเกลือเย็น	3	5		
2) กลุ่มที่ใช้ผ้าอนามัยชุบน้ำสะอาดเย็น	3.5	3.5	1.972	.373
2) กลุ่มที่ไม่ประคบเย็น	3	4		



หลังเย็บแผล 30 นาที (หลังประคบเย็นครั้งที่ 1) พบว่า มารดาหลังคลอดที่ประคบฝีเย็บด้วยผ้าอนามัยชุบน้ำเกลือเย็น และผ้าอนามัยชุบน้ำสะอาดเย็น มีค่าเฉลี่ยความเจ็บปวด เท่ากับ 3 ในขณะที่มารดาหลังคลอดกลุ่ม

ที่ไม่ประคบเย็น มีคะแนนความเจ็บปวด เท่ากับ 4 มากกว่ากลุ่มที่ประคบเย็น เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดทั้ง 3 กลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดแผลฝีเย็บระหว่างกลุ่ม หลังเย็บแผล 30 นาที (หลังประคบเย็นครั้งที่ 1)

กลุ่มที่	median	IQR	χ^2	p
1) กลุ่มที่ใช้ผ้าอนามัยชุบน้ำเกลือเย็น	3	2		
2) กลุ่มที่ใช้ผ้าอนามัยชุบน้ำสะอาดเย็น	3	2	4.681	.096
3) กลุ่มที่ไม่ประคบเย็น	4	1		

หลังเย็บแผล 60 นาที (หลังประคบเย็นครั้งที่ 2) พบว่า มารดาหลังคลอดที่ประคบฝีเย็บด้วยผ้าอนามัยชุบน้ำเกลือเย็น และผ้าอนามัยชุบน้ำสะอาดเย็น มีค่าเฉลี่ยความเจ็บปวด เท่ากับ 2.5-3 ในขณะที่กลุ่มที่ไม่

ประคบเย็นมีคะแนนความเจ็บปวด เท่ากับ 4 มากกว่ากลุ่มที่ประคบเย็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเมื่อเปรียบเทียบคู่ที่แตกต่างกัน พบว่า มีกลุ่มที่ 1,3 และกลุ่มที่ 2,3 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดแผลฝีเย็บระหว่างกลุ่ม หลังเย็บแผล 60 นาที (หลังประคบเย็นครั้งที่ 2)

กลุ่มที่	median	IQR	χ^2	p	คู่ที่แตกต่าง
1) กลุ่มที่ใช้ผ้าอนามัยชุบน้ำเกลือเย็น	2.5	2			กลุ่มที่ 1,3
2) กลุ่มที่ใช้ผ้าอนามัยชุบน้ำสะอาดเย็น	3	2	10.304	0.006	กลุ่มที่ 2, 3
3) กลุ่มที่ไม่ประคบเย็น	4	1			

หลังเย็บแผล 90 นาที (หลังประคบเย็นครั้งที่ 3) พบว่า มารดาหลังคลอด ทั้ง 3 กลุ่ม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวด เท่ากับ 2 เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดทั้ง 3 กลุ่ม พบว่า

ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) มารดาหลังคลอดทั้ง 3 กลุ่ม มีคะแนนความเจ็บปวดไม่แตกต่างกันทางสถิติ ดังตารางที่ 5



ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดแผลฝีเย็บระหว่างกลุ่ม หลังเย็บแผล 90 นาที (หลังประคบเย็นครั้งที่ 3)

กลุ่มที่	median	IQR	χ^2	p
1) กลุ่มที่ใช้ผ้าอนามัยชุบน้ำเกลือเย็น	2	0.25		
2) กลุ่มที่ใช้ผ้าชุบน้ำสะอาดเย็น	2	1	3.134	0.209
3) กลุ่มที่ไม่ประคบเย็น	2	3		

ส่วนด้านการบวมแผลฝีเย็บ ของมารดาหลังคลอด กลุ่มที่ใช้ผ้าอนามัยชุบน้ำเกลือเย็น กลุ่มที่ใช้ผ้าอนามัยชุบน้ำสะอาดเย็น ประคบแผลฝีเย็บ และกลุ่มที่ไม่ประคบเย็น หลังเย็บแผล พบว่า ไม่มีการบวมของแผลฝีเย็บทั้ง 3 กลุ่ม ในทุกระยะของการวิจัย

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบประเด็นสำคัญ ดังต่อไปนี้

1. หลังเย็บแผลทันที และหลังเย็บแผล 30 นาที มารดาหลังคลอดที่ได้รับการประคบแผลฝีเย็บด้วยผ้าอนามัยชุบน้ำเกลือเย็น ผ้าอนามัยชุบน้ำสะอาดเย็น และกลุ่มที่ไม่ประคบเย็น มีค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดแผลฝีเย็บทั้ง 3 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เป็นเพราะเนื่องจากการเย็บแผลฝีเย็บทุกรายใช้ยาชาเฉพาะที่ ซึ่งออกฤทธิ์นาน 30–60 นาที¹⁴ ดังนั้นคะแนนความเจ็บปวดแผลฝีเย็บหลังคลอดทันที ของมารดาหลังคลอดทั้ง 3 กลุ่มจึงไม่แตกต่างกัน

มารดาหลังคลอดที่ได้รับการประคบแผลฝีเย็บหลังเย็บแผล 30 นาทีและ 60 นาทีหลังเย็บแผล ด้วยผ้าอนามัยชุบน้ำเกลือเย็น ผ้าอนามัยชุบน้ำสะอาดเย็น มีคะแนนความเจ็บปวด น้อยกว่า กลุ่มที่ไม่ประคบเย็น แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เนื่องจากการประคบเย็น จะทำให้ผิวหนังเย็น ความเย็นจะเพิ่มระดับความทนต่อความเจ็บปวด ซึ่งกระตุ้นปลายประสาทอิสระที่บริเวณใยประสาทส่วนปลาย ในกลุ่มเส้นใยประสาท C-fiber จึงส่งผลต่อศักยภาพในการรับ

ความรู้สึกเจ็บปวดในบริเวณที่ได้รับประคบเย็น ทำให้การรับความรู้สึกเจ็บปวดได้ลดลง¹⁵ นอกจากนี้ความเย็นช่วยลดอัตราการเผาผลาญ ลดอัตราการทำลายของเนื้อเยื่อ ลดการหลั่งสารเคมีที่เป็นต้นเหตุของอาการปวดเฉียบพลัน และจากการกระตุ้น alpha motor neuron ส่งผลให้กล้ามเนื้อคลายตัว ช่วยให้เกิดความรู้สึกสุขสบาย เบี่ยงเบนความสนใจจากความรู้สึกเจ็บปวดได้⁷

การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Steen และคณะ⁵ ที่นำการใช้ถุงน้ำแข็ง มาประคบบริเวณแผลฝีเย็บในระยะ 24–74 ชั่วโมงแรก สามารถลดอาการบวม ลดการฟกช้ำของเนื้อเยื่อ และลดอาการปวดได้ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาการลดความเจ็บปวดของฝีเย็บด้วยการประคบเย็นภายหลังเย็บแผลทันทีโดยใช้ cold gel pack pad ของ ฉวีวรรณ อยู่สำราญ และคณะ¹⁰ พบว่า การประคบแผลฝีเย็บด้วยความเย็น ภายหลังเย็บแผลทันที คะแนนความปวดแผลฝีเย็บ กลุ่มที่ประคบแผลฝีเย็บด้วย cold gel pack pad ลดปวดในแผลฝีเย็บได้หลังคลอดได้

2. ระดับการบวมของแผลฝีเย็บ ระหว่างกลุ่มที่ใช้ผ้าอนามัยชุบน้ำเกลือเย็น ผ้าอนามัยเย็น ประคบแผลฝีเย็บทันทีหลังเย็บแผล และกลุ่มที่ไม่ใช้ ผลการศึกษาไม่พบอาการบวมในแผลฝีเย็บ ทั้ง 3 กลุ่ม จากการศึกษาอุบัติการณ์การบวมของแผลฝีเย็บ มีอุบัติการณ์การเกิด 1:4,000 ถึง 1:1,000¹⁵ แต่ในการวิจัยนี้มีเพียง 3 รายเท่านั้น และจากการวิจัยนี้ส่วนใหญ่เป็นการคลอดปกติ



ไม่มีการใช้หัตถการช่วยคลอด จึงทำให้ไม่มีความเสี่ยงต่อการบวมคั่งของก้อนเลือด แผลฝีเย็บ และหูดทวารหนักได้มากขึ้น 2-7 เท่า¹⁶ ประกอบกับใช้การประคบเย็นในแผลฝีเย็บตั้งแต่ระยะแรก ทำให้ไม่พบอุบัติการณ์การบวมของแผลฝีเย็บ สอดคล้องกับ การวิจัย Steen และคณะ⁵ ที่นำการใช้ถุงน้ำแข็ง ประคบบริเวณแผลฝีเย็บในระยะ 24-74 ชั่วโมงแรก ลดอาการบวมของเนื้อเยื่อได้ การศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงไม่พบการบวมของแผลฝีเย็บ

ข้อเสนอแนะ

1. การประคบเย็นแผลฝีเย็บหลังเย็บแผล 30 นาที ช่วยลดปวด และป้องกันการบวมก้อนเลือดคั่งได้ ส่งผลให้สุขสบายหลังคลอด สามารถปฏิบัติกิจวัตร และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งช่วยลดการปวดโดยไม่ใช้ยาได้อีก

2. การศึกษาวิจัย พบว่า การใช้ผ้าอนามัยชุบน้ำเกลือ และผ้าอนามัยชุบน้ำสะอาดเย็น ไม่แตกต่างกัน จึงสามารถใช้เพียงน้ำสะอาดได้

3. ควรมีการศึกษา เรื่อง การประคบเย็น เปรียบเทียบกับการใช้ยาลดปวดในมารดาหลังคลอด ความสัมพันธ์ของระยะเวลาในการประคบเย็น ต่อ ระดับความปวดแผลฝีเย็บในมารดาหลังคลอดตั้งแต่ระยะแรก จนถึง หลังคลอด 7 วัน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัยจากสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข และได้คำปรึกษาด้านการวิจัยและสถิติ จาก ดร.สมหมาย ดชนาม

เอกสารอ้างอิง

1. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [RCOG] .Guidelines methods and materials used in perineal repair.Clinical Green Top No.23.2004. [Cited 2010 December 1]. Available from http://www.tums.ac.ir/briefcase/forouzan/perineal_repair

2. Aasheim V, Nilsen A, Lukasse M, & Reinart LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. 2007. [Cited 2012 October 30]. Available from: http://www.cochrane.org/reviews/en/protocol_2BD74D8782E26AA2006
3. Davidson N. REEDA: Evaluating postpartum healing . Journal Nurse-Midwifery, 19, 1974 ; 6-9.
4. Kapoor DS, Thakar R, & Sultan AH. Combined urinary and faecal incontinence. International Urogynecology Journal and Pelvic floor dysfunction, 2005 ; 16 (4):321-8.
5. Steen M. Perineal tears and episiotomy: How do wounds heal? British Journal of Midwifery, 2007;15 (5):273-9.
6. Egan CE, Dundee P, & Lawrentschuk N. Vulvar hematoma secondary to spontaneous rupture of the internal iliac artery. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2009; 200(1):17-8.
7. Littleton LY, & Engebretson JC. Postpartum nursing care . In Littleton LY, Engebretson JC, Littleton LY & Engebretson JC. (Eds.), Maternity nursing care . Ottawa: Thomson Delmar learning. 2010; 666-90.
8. สุกัญญา ปรีชญญกุล , นันทพร แสนศิริพันธ์. การพยาบาลสตรีในระยะคลอด. เชียงใหม่: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2550.
9. East CE, Begg L, Henshall NE, Marchant P, & Wallace K. Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth. 2007. [Cited 2012 October 10]. Available from : <http://www.cochrane.org/reviews/en/aboo6304.html>



10. ฉวีวรรณ อยู่สำราญ,วิทยา ถิฐาพันธ์, อัมพร คงจิระ. การลดความเจ็บปวดด้วยการประคบเย็นทันทีหลังเย็บแผลฝีเย็บ วารสารวิจัยทางการแพทย์บาล, 2550. 11(2):87-95.
11. เจศฎา ถิ่นคำรพ, ภิศก ลุมพิกานนท์. สูติศาสตร์เชิงประจักษ์ = Evidence-base obstetrics. ขอนแก่น : ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2550.
12. Bartz, Albert E. Basic Statistical Concept. New Jersey: Printice-Hall, Inc., 1999.
13. ลาวัลย์ สมบูรณ์. รายงานการวิจัย การศึกษาเปรียบเทียบผลการซ้าระแผลฝีเย็บด้วยน้ำยาเซฟลอน ร่วมกับเซฟิโรล กับการใช้สบู่ เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2535.
14. จุฑามณี สุทธิสีสังข์, รัชณี เมฆมณี. เกสัชวิทยา เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: นิเวศน์มิตรการพิมพ์; 2551.
15. Dahlen HG, & Hommer C. Perineal trauma and postpartum perineal morbidity in Asian and Non-Asia primiparous women giving birth in Australia. Journal of Obstetric Gynecology and Neonatal Nursing, 37(4), 2008 ;455-63.
16. O’Herliby C, & Kearney R. Perineal repair and pelvic floor injury. In C. P. James, C. P. Weiner, P. J. Steer, B. Gonik, C. P. James, C. P. Weiner, P. J. Steer, & B. Gonik (Eds.), High risk pregnancy: management options (3 ed). Pennsylvania: Philadelphia.2006 ;1499-510.



การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช

วาสนา สวัสดิ์ถิ่นฐาน*

อมรพันธ์ ชานีรัตน์**

ธารทิพย์ วิเศษธาร***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขององค์การอนามัยโลกร่วมกับกระบวนการวิจัยและพัฒนา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและ/หรือผู้ดูแลหลัก 35 คน และทีมผู้ให้บริการคือพยาบาล 145 คน และทีมสหสาขาวิชาชีพ 24 คน เครื่องมือที่ใช้ 1) เครื่องมือดำเนินการพัฒนารูปแบบ และ 2) เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และหาความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2556 ถึงเดือนตุลาคม 2557 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์วิธีเชิงเนื้อหา (content analysis) ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ 1. หลักการของรูปแบบการดูแล 2. โครงสร้างด้านรูปแบบการดูแล 3. กระบวนการดูแล และ 4. การติดตามและประเมินผลลัพธ์

ผลการนำรูปแบบไปใช้พบว่าพยาบาลมีการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M=2.47; SD=0.51$) ระยะเวลาผู้ป่วยมีความปวดลดลงร้อยละ 71.4 อาการคลื่นไส้อาเจียนลดลงร้อยละ 60 ความไม่สบายใจกังวลใจหรือกลัวลดลงร้อยละ 88.57 ผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการดูแลแบบประคับประคองโดยรวมในระดับมาก ($M=4.24; SD=.62$) สรุปว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองช่วยสนับสนุนให้ทีมสามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากขึ้นเกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งด้านผู้ให้บริการ ผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนั้นควรนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้กับผู้ป่วยเรื้อรังระยะท้ายกลุ่มอื่นๆ ต่อไป

คำสำคัญ : มะเร็งระยะท้าย, การดูแลแบบประคับประคอง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาล

** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN)

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม



The Development of a Palliative Care Model for Terminal Cancer Patients at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Vasana Sawasdeenarunat*

Amornpan Taneerat**

Tarntip Wisettharn***

Abstract

The purpose of this study was to develop and describe the effect of a palliative care model for patients with terminal cancer in Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital. The World Health Organization research and development model were used as the conceptual and methodological framework. Samples were purposively selected, including 35 hospitalized patients with terminal cancer or primary caregivers of patients with terminal cancer, 145 nurses and 24 multidisciplinary providers. Tools used in this study were tools for research implementation and tools for evaluating the outcome of model implementation. These tools were validated by 5 experts working in palliative care and tested for reliability, using Cronbach's alpha coefficient. The study was conducted from October 2013 to October 2014. Descriptive statistics were used to analyze quantitative data whereas content analysis was applied for qualitative data. The results of this study revealed that the Palliative care model suitable for Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital has 4 components :1) Concept of care model, 2) Structure of care model, 3) Process of care model, and 4) follow and evaluate outcomes. After implementing the palliative care model, nurses reported that palliative care of terminal cancer patient informants resulted in their reported pain being relieved from severe ($M=8.40;SD=1.78$) to moderate ($M=5.51;SD=1.46$); relief nausea and vomiting 60% and their distress symptoms were relieved high level, while 88.57 % of patients and their caregivers' satisfaction toward palliative care services were also at high level. In conclusion, the developed palliative care model is useful for supporting patients with terminal cancer and their families. Therefore, this newly developed caring model should be introduced to care for terminal patients in other groups.

Keyword : terminal cancer; palliative care

* Registered Nurse, Senior Professional Level ; Head Nurse

** Registered Nurse, Advance Practice Nurse

*** Registered Nurse, Senior Professional Level



ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ องค์การอนามัยโลกพบว่าในปี ค.ศ. 2008 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 12.7 ล้านคน และเสียชีวิต 7.6 ล้านคน และคาดว่าในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นถึง 11.4 ล้านคน¹ สำหรับประเทศไทยพบว่าอัตราการป่วยต่อแสนประชากรในโรคมะเร็งเพิ่มจาก 468.3 ในปี พ.ศ. 2548 เป็น 759.8 ในปี พ.ศ. 2555 ในขณะที่โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของไทยและมีแนวโน้มสูงขึ้น 8 เท่าจาก 12.6 ในปี พ.ศ. 2510 เป็น 43.8 ในปี พ.ศ. 2540 และ 98.5 ในปี พ.ศ. 2555² ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมีความถี่ของการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากการกำเริบของอาการรบกวนต่างๆ แม้นเทคโนโลยีทางการแพทย์จะช่วยให้ชีวิตยืนยาวขึ้นแต่ผู้ป่วยจะได้รับความทุกข์ทรมานจากการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์³

ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเป็นผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงทางคลินิกเปลี่ยนแปลงในทางเลวลงและความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ⁴ อาการที่พบบ่อยและสร้างความทุกข์ทรมานที่สุด คือความปวด⁵ และผู้ป่วยจะมีความบิบบั้นทางด้านจิตวิญญาณ จากความไม่แน่นอนของโรค การเผชิญความตายที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้⁶ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะใกล้ตายจะมีความวิตกกังวล ห้อแท้ ซึมเศร้า หมดหวังและกลัวตายอย่างโดดเดี่ยว⁷ ภารกิจค้างค่างที่ไม่ได้รับการจัดการก่อนตาย⁸ ส่งผลให้ช่วงสุดท้ายของชีวิตเป็นวาระแห่งความเศร้าโศก รวมทั้งมีผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องรับภาระต่างๆ เพิ่มขึ้น⁹ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจึงมุ่งเน้นการลดความทุกข์ทรมานจากความปวดและอาการรบกวนต่างๆ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยและครอบครัว และเสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีของความ เป็นมนุษย์ตามแนวทางที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงเจตจำนงไว้¹⁰ ซึ่งต้องอาศัยการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเข้าใจและเข้าถึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างแท้จริง ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการวินิจฉัยจนถึงระยะท้ายของชีวิต¹¹ โดยพยาบาลมีบทบาท

สำคัญในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงระบบบริการได้ง่าย รวดเร็ว ครอบคลุม ได้รับการดูแลต่อเนื่องและมีคุณภาพชีวิตที่ดีเต็มศักยภาพที่มีอยู่¹²

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งเข้ารับการรักษายาบาล ในปีพ.ศ. 2555-2556 จำนวน 2,671 และ 2,841 คน ตามลำดับ และเสียชีวิต จำนวน 266 และ 317 คน ตามลำดับ และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 รองจากโรคหลอดเลือดสมอง¹³ พบประเด็นปัญหาการจัดการความปวดและอาการรบกวนต่างๆ ยังไม่เหมาะสม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการดูแลด้านร่างกายหรือตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งระบบการติดตามเยี่ยมที่บ้านและการส่งต่อข้อมูลยังล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยบางรายเสียชีวิตก่อนการได้รับการเยี่ยม ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัว ไม่พึงพอใจ และมีความทุกข์ทรมานด้านจิตใจเป็นอย่างมาก

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองของประเทศไทย พบว่า อยู่ในช่วงกำลังพัฒนา มีเฉพาะบางพื้นที่และมีเพียงร้อยละ 60 ของสถานพยาบาลภาครัฐ ยังต้องการการศึกษาวิจัยเชิงระบบและรูปแบบการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองที่เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่และบริบทสังคมไทย¹⁴ มีการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลจากหลายแห่ง เช่น โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ส่วนใหญ่ใช้แนวคิดการดูแลแบบ องค์กรวมและการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ บางแห่งมีแพทย์ประจำหน่วยประคับประคองร่วมกับการจัดการรายกรณี (case manager) ซึ่งรูปแบบดังกล่าวไม่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เนื่องจากไม่มีหอผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายโดยเฉพาะแต่จะกระจายอยู่ในทุกหอผู้ป่วย และขาดแคลนแพทย์ที่จะรับผิดชอบในด้านนี้โดยตรง ทำให้พยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) รับผิดชอบการดูแลแบบประคับประคองซึ่งมีเพียงคนเดียว ไม่สามารถดูแลได้ทั่วถึงทั้งโรงพยาบาล อีกทั้งบริบททางสังคมวัฒนธรรมและความเชื่อแตกต่างกัน¹⁵ จึงจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการดูแล



ที่เหมาะสมกับบริบท โดยบูรณาความรู้ทางการแพทย์ การพยาบาลและสังคมวัฒนธรรม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมองค์รวม ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม จนกระทั่งจำหน่าย และการส่งต่อเพื่อการติดตามเยี่ยมที่บ้านรวมทั้งผู้ป่วยหรือผู้ดูแลและทีมผู้ให้บริการมีความพึงพอใจ

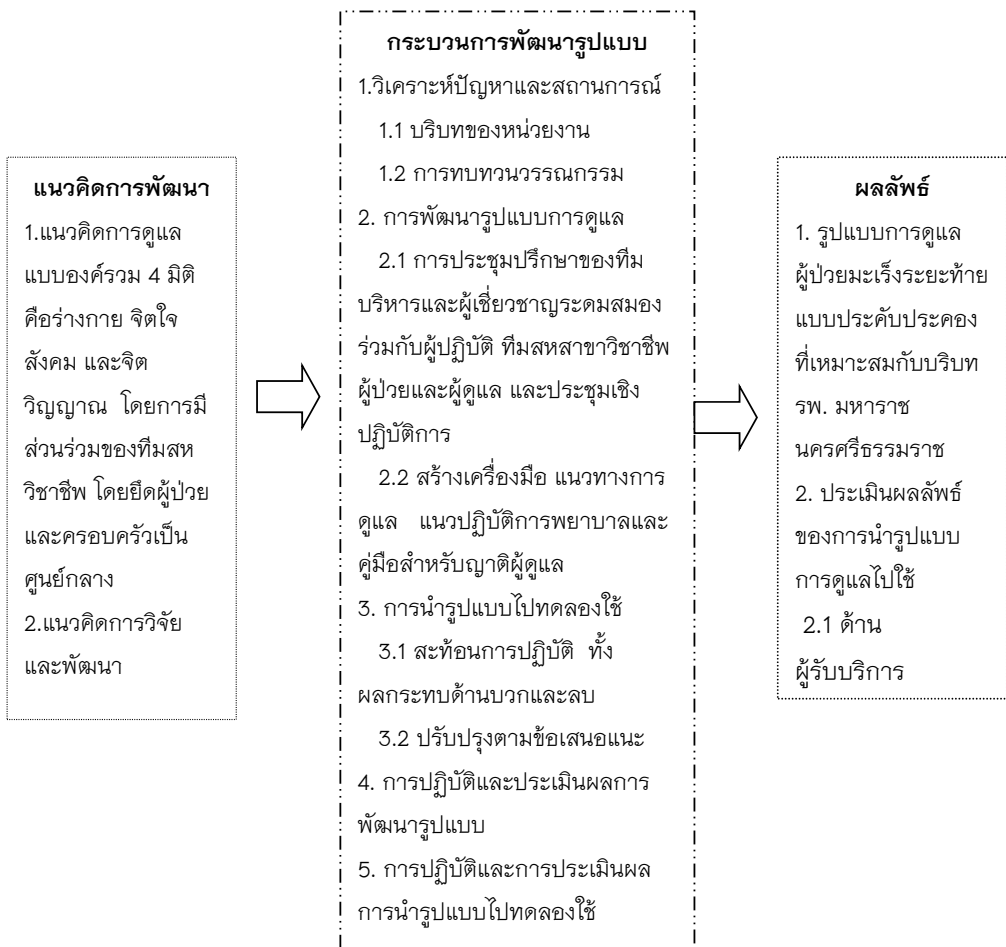
ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น คณะผู้วิจัยซึ่งมีทั้งผู้บริหารองค์กรพยาบาลและพยาบาล ผู้ปฏิบัติ ได้เห็นความสำคัญดังกล่าว จึงประยุกต์ใช้บทบาทในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ผสมผสานความรู้ ประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญทางคลินิก ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองให้มีความสอดคล้องกับสังคม วัฒนธรรมของท้องถิ่น และเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง ที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาผลการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองไปใช้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการบูรณาการกรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลกซึ่งเป็นการดูแลที่ครอบคลุมองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณเน้นการมีส่วนร่วมของทีมนสหวิชาชีพโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง¹⁵ ร่วมกับแนวคิด การวิจัยและพัฒนา (Research and Development :R&D) ของบอร์ริกและกอลส์ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน¹⁶ ดังรูป





วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ที่เข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครศรีธรรมราช ระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2557 โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติ ดังนี้คือ เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

- ผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เจ้าของไข้ว่าเป็นมะเร็งระยะท้ายและลงความเห็นว่าควรรักษาแบบประคับประคอง (palliative care)
 - ผู้ป่วยรับทราบผลการวินิจฉัย และสมัครใจรับการรักษาตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง
 - ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย
- เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)
- ผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานทางกายมาก และไม่สามารถที่จะเข้าร่วมวิจัยได้

ผู้ดูแลหลัก มีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติดังนี้คือ เป็นผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และรับหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในครั้งนั้นมากที่สุด มีระยะเวลาในการดูแลมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ โดยไม่หวังค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล และยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลและการสัมภาษณ์ ทีมผู้ให้บริการ หมายถึง บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยดังกล่าวของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครศรีธรรมราช ที่มีความพร้อมและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย 145 คน และทีมสหสาขาวิชาชีพคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ อายุรแพทย์ 8 คน ศัลยแพทย์ 6 คน จิตแพทย์ 1 คน เภสัชกร 3 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน พยาบาลเวชกรรมสังคม 2 คน พยาบาลโรงพยาบาลชุมชน(รพช.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เครือ

ข่ายนำร่อง 3 คน รวมทั้งสิ้น 169 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่1 เครื่องมือดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแล ประกอบด้วย

1.1 แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง สำหรับสัมภาษณ์ ทีมผู้ให้บริการ ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย และผู้ดูแลหลัก

1.2 แนวทางการดูแลและแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง

1.3 แบบสังเกตการปฏิบัติของพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

2.1 แบบประเมินผลการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง โดยดัดแปลงจากเครื่องมือแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Outcome Scale :POS) ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครเชียงใหม่17 จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ คำถามปลายปิด 10 ข้อ มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (0-4 คะแนน) ส่วนข้อ 11 และ ข้อ 12 เป็นคำถามปลายเปิดไม่นำมาคิดคะแนน

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลหลักต่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองของ องค์การอนามัยโลก15 จำนวน 20 ข้อ มีคำตอบ 5 ระดับ (1-5 คะแนน)

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลหลักผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต่อบริการติดตามเยี่ยมบ้าน ดัดแปลงจากแบบสำรวจความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยที่มีต่อบริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตและครอบครัว ของฐิติมา โพธิ์ศรี18 จำนวน 8 ข้อ มีคำตอบ 5 ระดับ (1-5 คะแนน)

2.4 แบบสอบถามการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองของพยาบาล



พยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก 15 จำนวน 30 ข้อ มีคำตอบ 4 ระดับ (0 -3 คะแนน)

2.5 แบบสอบถามความคิดเห็นของทีมผู้ให้บริการต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง ดัดแปลงจากแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้รูปแบบการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ของเทวี ไชยเสน 19 จำนวน 5 ข้อ มีคำตอบ 5 ระดับ (1-5 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ซึ่งเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งและการดูแลแบบประคับประคอง ประกอบด้วย รังสีแพทย์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ 1 ท่าน อายุรแพทย์ โรงพยาบาลมหาสารคามศรีธรรมราช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 1 ท่าน และวิทยาลัยบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช 1 ท่าน รวมทั้งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ 1 ท่าน และนำมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ คือ 1) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลหลักต่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายต่อบริการติดตามเยี่ยมบ้าน 3) แบบสอบถามการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ และ 4) แบบสอบถามความคิดเห็นของทีมผู้ให้บริการต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง ทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85, 0.88, 0.80 และ 0.78 ตามลำดับ

ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพควบคุมคุณภาพความน่าเชื่อถือของข้อมูล ด้วยการตรวจสอบสามเส้าเชิงวิธีการ (methodological triangulation) โดยการเก็บรวบรวมข้อ

มูลหลายๆ วิธี เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกต และนำผลการวิเคราะห์กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลได้ตรวจสอบ และรับรองความถูกต้องของข้อมูล (member check) เพื่อการยืนยันว่าข้อมูลที่ได้ออกต้องกับการรับรู้ของตนเอง

ประเด็นการพิทักษ์สิทธิ์

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาสารคามศรีธรรมราช และผ่านการพิจารณาเห็นชอบเชิงนโยบายจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการกลุ่มการพยาบาล ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลตามหลักของผู้เข้าร่วมการวิจัยและดำเนินงานตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทั้งขณะเก็บรวมข้อมูลและหลังเสร็จสิ้นการรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)²⁰

ขั้นตอนการดำเนินงาน

การพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลมหาสารคามศรีธรรมราช แบ่งเป็น 5 ระยะคือ

ระยะที่ 1 : วิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์
การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้ข้อมูลจาก 2 ส่วน

1.1 การทบทวนองค์ความรู้ แนวคิด ทฤษฎี ฐานงานการวิจัย บทความวิชาการที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลเชิงนโยบายต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งและการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

1.2 การศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับ



ประกอบด้วย การสัมมนาเชิงลึกผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย และผู้ดูแลหลัก จำนวน 8 คน เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2556 และการสนทนากลุ่มกับทีมผู้ให้บริการ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม อายุรแพทย์ ศัลยแพทย์ เกสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลเวชกรรมสังคม พยาบาล รพช. และ รพ.สต. เครือข่ายนำร่อง รวมทั้งสิ้น 12 คน รวมทั้งการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมจาก พยาบาลและทีมผู้ให้บริการในสถานการณ์จริง

ผลการวิเคราะห์รูปแบบการปฏิบัติงานเดิมพบว่า ทีมผู้ให้บริการมีทัศนคติและการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองแตกต่างกัน ขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ขาดทักษะ และความมั่นใจในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว เน้นดูแลด้านร่างกายขาดการดูแลด้านจิตสังคมและ จิตวิญญาณ มีประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ชัดเจน ขาดการร่วมปรึกษาและการสื่อสาร ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพการประเมินปัญหา และ ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวยังไม่ครอบคลุม ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ และขาด การมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล การติดตามเยี่ยม ที่บ้านขาดความต่อเนื่องและล่าช้า ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเครียดและวิตกกังวลสูง ผู้วิจัยจึงนำข้อสรุปที่ได้ มาสังเคราะห์เพื่อร่วมกันพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ในระยะท้ายต่อไป

ระยะที่ 2 : การพัฒนารูปแบบการดูแล

ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการดูแลจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และนำผลการวิเคราะห์ปัญหา และสถานการณ์ของระยะที่ 1 มาเสนอในการสนทนากลุ่มของคณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาล คณะทำงานตามแผนแม่บท (service plan) การพัฒนาสุขภาพสาขามะเร็งและคณะกรรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช เพื่อร่วมกันพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง โดยมีประเด็นดำเนินการ ดังนี้คือ

2.1 ประชุมปรึกษาร่วมกับผู้เชี่ยวชาญและ ทีมผู้บริหาร 2 กลุ่มคือ 1) ทีมผู้บริหารของกลุ่มการพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาสาร นครศรีธรรมราช และ 2) ทีมผู้บริหารของรพช.เครือข่าย นำร่องและรพ.สต.นำร่อง

2.2 ประชุมระดมสมองร่วมกับผู้ปฏิบัติการ พยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมกันกำหนด เกณฑ์การแบ่งระดับผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย เป้าหมาย ของการดูแลและแผนการดูแล และสนทนากลุ่มกับ ผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแล เพื่อประเมินปัญหาและความ ต้องการการดูแล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง

2.3 ดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง ใน วันที่ 17 ธันวาคม พ.ศ. 2556 เพื่อพัฒนาศักยภาพ พยาบาลและทีมผู้ให้บริการ ประกอบด้วย พยาบาล วิชาชีพทุกหอผู้ป่วย แพทย์ จิตแพทย์ เกสัชกร นัก สังคมสงเคราะห์ พยาบาลเวชกรรมสังคม และพยาบาล รพช.และรพ.สต.เครือข่ายนำร่อง รวมทั้งสิ้น 254 คน

2.4 จัดประชุมกลุ่มย่อยในพยาบาลวิชาชีพ แต่ละหอผู้ป่วย เพื่อร่วมกันพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง สร้างเครื่องมือ/ แบบประเมิน จัดทำคู่มือและแนวปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 12 เรื่อง ประกอบด้วย แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง แนวปฏิบัติการ พยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่มีความปวดและ อาการรบกวนต่างๆ ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้อง ผูก เบื่ออาหาร กลืนลำบาก ปากแห้ง-คอแห้ง หายใจ ลำบาก แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ที่มีปัญหาด้านจิตสังคม (ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า) และจิตวิญญาณ รวมทั้งนำข้อมูลจากการสัมมนาผู้ดูแลมาใช้พัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ บ้านสำหรับผู้ดูแล

ผลการพัฒนารูป ได้ว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง ของโรงพยาบาล มหาสารนครศรีธรรมราช มีการกำหนดบทบาทหน้าที่



ของแต่ละวิชาชีพ และแนวทางการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วย แต่รายได้รับบริการตามความเหมาะสม และจัดกระบวนการดูแลเป็น 4 ระยะคือ 1) ระยะแรกรับแพทย์ จะแจ้งผลการวินิจฉัย ระยะของโรคและแนวทางการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งให้ทางเลือกในการดูแลรักษา 2) ระยะดูแลต่อเนื่อง มีการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลระดับประคองประจำหอผู้ป่วย (Palliative Care Nurse Ward :PCWN) และพยาบาลผู้ดูแลแบบระดับประคอง(Palliative Care Nurse :PCN) มีหน้าที่ประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุม และประสานงานร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยปฏิบัติตามแนวทางต่างๆที่สร้างขึ้น โดยมีพยาบาล APNเป็นผู้ให้คำปรึกษาและการประเมินผลลัพธ์การดูแล 3) ระยะจำหน่ายมีการวางแผนจำหน่ายและขยายการดูแลลงสู่ รพช.และรพ.สต. เครือข่าย เพื่อการติดตามเยี่ยมที่บ้าน และ 4)การเยี่ยมครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

ระยะที่ 3: การนำรูปแบบไปทดลองใช้

นำรูปแบบการดูแลไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วย มะเร็งระยะท้ายแบบประคองที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม ทั้งผู้ป่วยหญิง และชาย ตามคุณสมบัติที่กำหนด ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2557 จำนวน 10 ราย มีการดำเนินการดังนี้

3.1 ประกาศนโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะท้ายแบบประคอง และประกาศใช้ แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคอง และนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ลงสู่การทดลองปฏิบัติ

3.2 การสะท้อนผลการปฏิบัติ และผลกระทบของการนำรูปแบบการดูแลไปทดลองใช้ทั้งใน ด้านบวกและด้านลบ โดยจัดการประชุมวิพากษ์รูปแบบ การดูแลร่วมกับผู้ ปฏิบัติทีม สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และคณะทำงาน ทั้งของโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราชโรงพยาบาลชุมชนและเครือข่าย เพื่อ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และรับฟังปัญหา

อุปสรรคต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วย

3.4 การประเมินผลลัพธ์ทั้งทางด้านผู้ป่วย และ/หรือผู้ดูแล และทีมผู้ให้บริการ รวมทั้งประเมิน ความพึงพอใจของผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแล และผู้ให้บริการ ผลของระยะที่ 3 หลังนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะท้ายแบบประคองไปทดลองใช้ พบปัญหาอุปสรรคคือพยาบาลผู้ปฏิบัติไม่คุ้นชินกับการ ใช้แบบประเมิน Palliative Performance Scale version 2 (PPS V2) และ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ภาษาที่ใช้ในแนวทางปฏิบัติสื่อสารไม่ ตรงกัน เนื่องจากพยาบาลไม่ได้เข้าร่วมประชุมครบ ทุกคน ทำให้ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติตามรูปแบบ การจัดการความปวดยังไม่เหมาะสม การประเมินปัญหา และความต้องการด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณไม่ ครอบคลุม และต้องใช้เวลาในการประเมินค่อนข้างมาก ซึ่งส่วนหนึ่งมองว่าเป็นการเพิ่มภาระงาน แต่อย่างไร ก็ตามทีมได้มองเห็นผลด้านบวกคือมีการทำงานเป็นทีม และมีการประสานงานที่ดีขึ้น พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติ ที่ชัดเจน และทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปในรูปแบบ เดียวกัน มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติได้ครบถ้วน และชัดเจนมากขึ้น รวมทั้งมีการวางแผนการดูแลรักษา ล่วงหน้า ลดการแก้ปัญหาแบบรายวัน ส่งผลให้คุณภาพ การดูแลเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยและทีมผู้ให้บริการมีความพึง พอใจ

ในขณะนี้มีการปรับปรุงรูปแบบการดูแล เพื่อให้ เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยและของหน่วยงานภายใต้ สถานการณ์หรือเงื่อนไขปัจจัยที่เกิดขึ้นจริง ร่วมกับการ ประเมินผลลัพธ์ทั้งทางด้านผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมผู้ให้ บริการ ผู้วิจัยจัดประชุมกลุ่มย่อยชี้แจงแนวทางปฏิบัติ ต่างๆ แก่พยาบาลผู้ปฏิบัติในแต่ละหอผู้ป่วยอีกครั้ง จัด ทำคู่มือการใช้แนวทางปฏิบัติต่างๆ ให้มีความชัดเจน และปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้สั้นกระชับและเข้าใจง่าย และจัดทำเอกสารแผนพับเกี่ยวกับแนวทางการดูแล ผู้ป่วยแบบประคองเพิ่มเติม และได้ติดบอร์ด ประชาสัมพันธ์ในประเด็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะ ท้าย รวมทั้งปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศ



ให้เอื้อต่อการดูแล ซึ่งในแต่ละหอผู้ป่วยมีการแบ่งโซน การดูแล หรือจัดมุมที่สงบสำหรับการปฏิบัติศาสนกิจ หอละหมาด อุปกรณ์การปฏิบัติศาสนกิจ เช่น จัดมุม ของโต๊ะหมู่บูชา หิ้งพระพุทธรูป พวงมาลัย ดอกไม้ รูป เทียน รัตนธรรมะเคลือบที่ และเทพธรรมะ เป็นต้น

ระยะที่ 4 การปฏิบัติและประเมินผล

จากการนำรูปแบบการดูแลไปใช้จริง ในหอผู้ป่วย สามัญและพิเศษอายุรกรรม จำนวน 8 หอผู้ป่วย หอผู้ป่วย สามัญและพิเศษศัลยกรรม จำนวน 4 หอผู้ป่วย รวม ทั้งสิ้น 12 หอผู้ป่วย ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2557 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2557 มีผู้ป่วยจำนวน 35 ราย

ผลพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 51.4) มีอายุอยู่ในช่วง 27-82 ปี อายุเฉลี่ย 61.2 ปี สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 74.3) ส่วนใหญ่เป็นโรค มะเร็งในตำแหน่งทางเดินอาหารและลำไส้ (ร้อยละ 20.0) อวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิงและเต้านม (ร้อยละ 20.0) ส่วนใหญ่มีคะแนน PPS V2 อยู่ระหว่าง 40-60% (ร้อยละ 77.1)

ผลลัพธ์ของการนำรูปแบบไปใช้

1. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย

1.1 การจัดการความปวดและอาการรบกวน ต่างๆ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความปวดระยะแรก รับอยู่ในระดับรุนแรงมาก (severe) (ร้อยละ 82.7) ลด ลงเป็นปานกลาง(moderate) ในระยะจำหน่าย (ร้อยละ 71.4) และส่วนใหญ่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร และท้องผูกลดลง(ร้อยละ 60.0, 40.0 และ 51.4 ตาม ลำดับ)

1.2 การจัดการด้านจิตใจ สังคม และจิต วิญญาณ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกบีบ คั้นด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณลดลงทุกเรื่อง โดยเฉพาะเรื่องการเสียเวลาในการนัดหมายเกี่ยวกับการ ดูแลสุขภาพ ความไม่สบายใจ กังวลใจเกี่ยวกับความเจ็บ ป่วยหรือการรักษา และสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน ผู้ป่วย มีความวิตกกังวลลดลง (ร้อยละ 94.3 ,88.6 และ 80.0 ตามลำดับ)

1.3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแล หลักต่อการดูแลแบบประคับประคอง พบว่ากลุ่ม ตัวอย่างมีความพึงพอใจระดับมากถึงมากที่สุดเกี่ยวกับการมีโอกาสดูแลผู้ป่วยรายความรูสึก ซักถามข้อสงสัย ได้รับการช่วยเหลือให้ได้ทำในสิ่งที่ค้างคาในใจให้สำเร็จ ลุล่วงภายในขอบเขตที่เป็นจริง อีกทั้งมีส่วนร่วมใน การตัดสินใจเลือกหรือยุติการรักษา และมีโอกาสร่วม ในการวางแผน ตัดสินใจเลือกการรักษา ถึงร้อยละ 97.2, 97.1 และ 94.3 ตามลำดับ และมีความพึงพอใจต่อบริการติดตามเยี่ยมบ้านในระดับมากที่สุดทุกข้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีเจ้าหน้าที่มาเยี่ยมผู้ป่วยและ ครอบครัวเมื่ออยู่บ้าน ร้อยละ 100 การได้รับคำอธิบาย ในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านทั้งโดยตรงและทาง โทรศัพท์ ร้อยละ 96.2 และทำให้ทราบถึงแนวทางการ ดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเองที่ถูกต้องขณะอยู่บ้านร้อยละ 80.8

2. ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ

2.1 การปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ ท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองใน โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M=2.47 ;SD=0.51) เช่น เดียวกับการปฏิบัติด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ และด้าน สังคมอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นเดียวกัน(M=2.59 ;SD=0.54,M=2.53;SD=0.51 และ M=2.41;SD=0.46) โดยพบว่า กิจกรรมที่ปฏิบัติทุกครั้งมากที่สุดคือ การ ดูแลร่างกายผู้ป่วยที่ลึ้นใจด้วยความสงบ ให้ข้อมูล แก่ญาติเกี่ยวกับระเบียบขั้นตอนในการดำเนินการเมื่อ ผู้ป่วยถึงแก่กรรม และการพูดจาสุภาพอ่อนโยนเคารพ ในความเป็นบุคคล (ร้อยละ 96.6, 96.6 และร้อยละ 89.7 ตามลำดับ)

2.2 ความคิดเห็นของทีมผู้ให้บริการต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง พบว่าทีมผู้ให้บริการมีความเห็นด้วยอยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ โดยทีม ผู้ให้บริการ มีความเห็นว่าสามารถ บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่กำหนด (M=4.76;SD=.53)



เกิดผลดีต่อผู้รับบริการ ($M=4.69;SD=.54$) เหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงาน ($M=4.49;SD=.66$) และมีความง่าย สะดวกในการนำไปใช้ ($M=4.18;SD=.67$) รวมทั้งเห็นว่ามีความชัดเจนของหน่วยงาน ($M=4.13;SD=.54$) ส่งผลให้ทีมผู้ให้บริการ สามารถทำงานได้ง่าย สะดวก และสามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมและมีความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น

ระยะที่ 5 การวิเคราะห์และสรุปผล

จากการพัฒนาสรุปได้ว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบระดับประคอง ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ องค์ประกอบที่ 1 หลักการของรูปแบบการดูแล มี 4 ด้านคือ 1.1) การดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 1.2) การดูแลแบบองค์รวมและเน้นความสุขสบาย 1.3) การดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่ายต่างๆ ซึ่งจะทำงานประสานกัน และ 1.4) การดูแลต่อเนื่องทั้งขณะอยู่โรงพยาบาล ต่อเนื่องที่บ้านและหลังเสียชีวิตแล้ว องค์ประกอบที่ 2 โครงสร้างด้านรูปแบบการดูแล ได้แก่ 2.1) โครงสร้างด้านบุคลากรคือทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่ายต่างๆ 2.2) โครงสร้างด้านการจัดการดูแล มี 2 ลักษณะคือ 2.2.1) จัดระบบการพยาบาลในหอผู้ป่วยโดยใช้พยาบาล PCWN ร่วมกับทีมพยาบาลในแต่ละหอผู้ป่วย และ 2.2.2) จัดระบบการให้คำปรึกษาแก่ทีมพยาบาลในกรณีที่มีปัญหาซับซ้อนในการดูแลโดยพยาบาล PCN ในแต่ละสาขา และพยาบาล APN และ 2.3) โครงสร้างด้านสถานที่และอุปกรณ์ ได้แก่ แบ่งพื้นที่การดูแล การจัดมุมส่วนตัวสำหรับปฏิบัติศาสนกิจ องค์ประกอบที่ 3 กระบวนการดูแล มี 4 ระยะคือ 3.1) ระยะแรกเริ่ม 3.2) ระยะดูแลต่อเนื่อง 3.3) ระยะจำหน่าย และ 3.4) การเยี่ยมครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต และ องค์ประกอบที่ 4 การติดตามและประเมินผลลัพธ์ ซึ่งผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลจะได้รับการติดตามและประเมินผลจำนวน 3 ครั้งคือ 4.1) ระยะ 1-3 วันแรกหลังจากให้การดูแล 4.2) วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ 4.3) เมื่อติดตามเยี่ยมที่บ้าน

การอภิปรายผล

การพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบระดับประคอง ประสบความสำเร็จและเกิดผลลัพธ์ที่น่าพึงพอใจ เนื่องจากได้รับความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพและได้รับการสนับสนุนจากทีมผู้บริหารขององค์เข้ามาผลักดันทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กร โดยมีการพัฒนา รูปแบบการดูแลหรือวิธีการปฏิบัติ และกิจกรรมการพยาบาลเป็นมาตรฐานของหน่วยงาน สอดคล้องกับบริบทความต้องการและปัญหาที่แท้จริงของหน่วยงาน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย และมีการพัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาลให้ครอบคลุมตรงตามปัญหาแต่ละระยะ ทำให้ทีมผู้ปฏิบัติมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ชัดเจนครอบคลุมทั้ง 4 มิติและเป็นทิศทางเดียวกัน โดยได้รับการดูแลจากพยาบาล PCWN ในแต่ละหอผู้ป่วยและมีระบบการให้คำปรึกษาแก่พยาบาลผู้ดูแลโดยใช้พยาบาล APN และพยาบาล PCN แต่ละสาขาเป็นผู้ให้คำปรึกษาในกรณีที่มีปัญหาความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลและการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็วและต่อเนื่องโดยมีผังการไหลของงาน (work flow) ทำให้ลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงานและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ทีมผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบระดับประคองในภาพรวมในระดับมากที่สุด โดยมีความเห็นว่าสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่กำหนด มีความเหมาะสมกับบริบทและมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่น^{18,21}

ผลการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบระดับประคองไปใช้สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมองค์รวม โดยผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหา/ความต้องการตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความปวดลดลง และอาการคลื่นไส้และอาเจียนลดลง ซึ่งเป็นอาการรบกวนที่พบมากกว่าครึ่งหนึ่งในผู้ป่วยระยะท้ายทั้งหมด นอกจากนั้น



ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณครอบคลุมตามแนวทางการปฏิบัติที่กำหนดไว้ทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือรักษา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีหรือพอใจในตนเอง และส่งผลให้ผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับในระดับมากที่สุด ส่วนพยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติที่สร้างขึ้นตรงประเด็นสำคัญของผู้ป่วยในทุกด้าน และมีการนำแนวปฏิบัติลงสู่การดูแลผู้ป่วยได้ตามปัญหาที่แท้จริง เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติ การพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และดูแลได้ครอบคลุมองค์รวมเพิ่มขึ้น แต่ด้วยความหลากหลายของพยาบาลวิชาชีพที่มีภูมิหลัง และประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ทำให้มีการดูแลที่เน้นไปในด้านใดด้านหนึ่งหรือในแต่ละด้านแตกต่างกัน ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งด้านผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลหลักและทีมผู้ให้บริการซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบางละมุงพบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวในระยะสุดท้ายได้รับการดูแลครอบคลุมองค์รวมมากขึ้น²² และสอดคล้องกับผลการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลอุดรธานี พบว่าพยาบาลมีการปฏิบัติตามระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายครอบคลุมองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของทีมนักสหสาขาวิชาชีพส่งผลให้บริการมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจในระดับสูง²³

บทสรุป

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โดยใช้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง รวมทั้งการมีส่วนร่วมของทีมนักสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและผู้ดูแลหรือครอบครัว มีกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นลำดับ และการประสานงานของทีมอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งเป็นการ

พัฒนาที่มุ่งเน้นการปฏิบัติในสถานการณ์จริง ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ ข้อจำกัด โอกาสพัฒนา มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การระดมสมอง เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ทำให้ผู้ปฏิบัติและทีมเห็นความสำคัญและปัญหาาร่วมกัน เกิดความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของ มีข้อผูกพันในการปฏิบัติและมีการนำสู่ปฏิบัติอย่างจริงจัง ทำให้มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นรูปแบบเดียวกัน ซึ่งทีมผู้ให้บริการสามารถนำสู่ปฏิบัติได้ง่าย สะดวกในการนำไปใช้ ส่งผลให้เกิดคุณภาพการดูแลที่ดีต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างครอบคลุมองค์รวม

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ด้านการบริหารการพยาบาล

1.1 ควรมีการพัฒนาระบบการนิเทศติดตามและรูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานที่ชัดเจนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลแบบประคับประคองให้มีประสิทธิภาพ

1.2 ส่งเสริมการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ลงสู่ชุมชนหรือรพสต. เครือข่ายให้ครอบคลุมทุกพื้นที่รับผิดชอบและทุกกลุ่มผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ หรือกลุ่มอวัยวะล้มเหลว เป็นต้น

1.3 ควรพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โดยการส่งพยาบาลไปอบรมในหลักสูตรต่างๆ เช่น หลักสูตรระยะสั้น 1-2 สัปดาห์ หรือหลักสูตรเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 4 เดือน หรือ 2 เดือน เป็นต้น เพื่อให้มีองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

2. ด้านการบริการ

2.1 ควรให้ความรู้แก่ประชาชนหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ เอกสารแผ่นพับ หรือวิทยุชุมชน เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและการเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคองในช่วงสุดท้ายของชีวิต

2.2 ควรพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล/ครอบครัว



แกนนำในชุมชน และ อสม เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

2.3 ควรสนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ ที่เอื้อต่อการดูแล เช่น อุปกรณ์การให้ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เตียง หรือที่นอนลม รวมทั้งสนับสนุนและส่งเสริมให้องค์กรต่างๆ เช่น องค์กรเอกชน มูลนิธิต่างๆ หรือหน่วยงานของรัฐ เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล

3. ด้านการศึกษาวิจัย

3.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อประเมินผลลัพธ์ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เช่น การติดตามคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน หรือ 1 ปี รวมทั้งควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจะเป็นการยืนยันคุณภาพของการดูแลในเชิงสถิติได้มากยิ่งขึ้น

3.2 ควรศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน หรือญาติผู้ดูแลที่ให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนและพัฒนารูปแบบการดูแลให้ครอบคลุม

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Palliative care: Cancer control: Knowledge into action. WHO guide for Effective Programmers.2007 สืบค้นเมื่อวันที่ 15 ตุลาคม 2556 Available from http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_palliative/en/index.html.
- แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาด้าน ประเมินภาวะโรค และสุขภาพประชากรไทย สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพประชากรไทย. Cancer control, knowledge into action World Health Organization 2007. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2555.
- ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. การสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิตของประชาชนไทย ใน:ดุสิต สถาวร, บรรณาธิการ. Who Care WE DO. กรุงเทพฯ: บริษัท ปียอน เอนเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2557. หน้า 1-9.
- กิตติกร นิลมานันต์. การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์ ; 2555.
- ศศิกันต์ นิมมานรัชต์. Pain & Pain management in Special Population. ใน:ศศิกันต์ นิมมานรัชต์, ชัชชัย ปรีชาไว, บรรณาธิการ. ความปวดและการจัดการความปวดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาพิเศษ. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2550. หน้า 16-25.
- วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร. การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2554.
- กิตติกร นิลมานันต์ และวารภรณ์ คงสุวรรณ. ปรัชญาการณที่พบบ่อยในระยะสุดท้ายของชีวิตและการดูแล. สงขลา: บริษัทจอยพรินท์จำกัด; 2556.
- เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี. การพัฒนาระบบดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลสงขลา นครินทร์. ใน:ลักษณะมี ชาญเวชช์, บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: โอเอสพรีนติ้งเฮ้าส์; 2547. หน้า 35-40.
- Tapp DM. The Ethics of Relation Stance in Family Nursing : Resisting the View of “Nurse as expert”. Journal of Family Nursing. 2000 ;1:69-91.
- เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี.การพัฒนาระบบดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลสงขลา นครินทร์. ใน: ลักษณะมี ชาญเวชช์, บรรณาธิการ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ : โอเอส พรีนติ้งเฮ้าส์; 2547.หน้า 35-40.
- สิริมาศ ปิยะวัฒนพงษ์. การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
- จอนพะจง เพ็งจาด. การพยาบาลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ใน: ลักษณะมี ชาญเวชช์ และดุสิต สถาวร,บรรณาธิการ. The dawn of



- palliative care in Thailand. กรุงเทพฯ:บริษัท ปียอน เอนเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2556 : หน้า 25-41. ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. รายงานสถิติประจำปี 2556.
13. นครศรีธรรมราช: ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช.
14. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. การสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิตของประชาชนไทย ใน: ดุสิต สถาวร, บรรณาธิการ. Who Care WE DO. กรุงเทพฯ: บริษัท ปียอน เอนเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2557. หน้า 1-9.
15. World Health Organization. WHO definition of palliative care. In : National cancer control programs : Policies and managerial guidelines. 2nd ed. WHO. Geneva : 2002.
16. Borg WR, Gall MD. Educational Research : An Introduction (4 th Ed.). New York, Ny: Longman, Inc. 1983.
17. บุญยามาส ซิวสกุลยง. แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลมหาราชนคร เชียงใหม่ ใน: ลักษณ์มี ชาญเวชช์ และ ดุสิต สถาวร, บรรณาธิการ. The DAWN of in PALLIATIVE CARE in Thailand กรุงเทพฯ: บริษัท ปียอน เอนเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2556. หน้า 42-59.
18. จูติมา โพธิ์ศรี. การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต: จากโรงพยาบาลสู่บ้าน. (รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
19. เทวี ไชยเสน. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณผู้ป่วยระยะสุดท้าย. (รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
20. ศิริพร จิรวัดนกุล. การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล: ระเบียบวิธีวิจัยและกรณีศึกษา. กรุงเทพฯ : บริษัทวิทยพัฒน์การพิมพ์ ; 2555.
21. สาวิตรี มณีพงศ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หอผู้ป่วยเวชบำบัดวิกฤต อายุรกรรม แผนกการพยาบาลอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ (รายงานการศึกษาอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
22. สีฟ้า เวหะชาติ และ ปณิตดา ลิ้มธงเจริญ. การพัฒนารูปแบบดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบางละมุง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2550; 15,47-60.
23. ทศนีย์ เทตประสิทธิ์, พิมลรัตน์ พิมพ์ดี, ศศิพินท์ มงคลไชย, พวงพยอม จุลพันธ์ และ ยุพยงค์ พุฒธรรม. การพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2554; 23: 80-9.



ผลของการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจด้วยสื่อวีดิทัศน์
ต่อความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนและระดับความวิตกกังวล
“The Effect of instruction in pre opened heart patients by Video
Compact Disc on knowledge regarding health practice and
anxiety level”

สมจิตต์ จันทร์กุล*

กรกฎ เจริญสุข**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนและค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ ก่อนและหลังการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดช่วงเวลาที่ศึกษาและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 30 รายจากผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดโรค ลิ้นหัวใจตีบหรือรั่ว โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง และหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลชลบุรี ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2558 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีค่าความเชื่อมั่น 0.85 3) แบบวัดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของสุภาพรณ นิตยสุภาภรณ์ มีค่าความเชื่อมั่น 0.94 และ 4) สื่อวีดิทัศน์เรื่องการปฏิบัติตนของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการปฏิบัติตน และ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วย ก่อนและหลังการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ด้วยการใช้ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า หลังการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจด้วยวีดิทัศน์คะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการสอนด้วยวีดิทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($t=6.08$, $p<.01$) และหลังการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวล ต่ำกว่าก่อนการสอนด้วยวีดิทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($t=6.74$, $p<.01$)

ผลการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะคือ ควรนำสื่อวีดิทัศน์เรื่องการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจนี้ไปใช้สอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจให้ครอบคลุมทุกรายและควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในด้านการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดหัวใจ

คำสำคัญ : การสอน, ผ่าตัดหัวใจ, วีดิทัศน์, ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน, ความวิตกกังวล

*พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลชลบุรี

**พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม1 โรงพยาบาลชลบุรี



The Effect of instruction in pre opened heart patients by Video Compact Disc on knowledge regarding health practice and anxiety level

Somjit Jungul*

Korakot Charoensuk**

Abstract

The aims of this quasi-experimental research were to compare the knowledge regarding health practices and anxiety in pre-operative heart surgery patients before and after providing an instruction by video compact disc. The purposive sample was consisted of 30 pre-operative heart surgery patients who were admitted in both female and male surgical wards, Chonburi Hospital, between December, 2014 and March, 2015. The instruments used in this study consisted of: 1) demographic data, 2) a knowledge assessment tool about Pre-Operative Heart Surgery practice created by researchers ($\alpha = 0.85$), 3) the Supapan Nittayasupaporn's anxiety assessment tool ($\alpha = 0.94$), and 4) a video compact disc about pre-operative heart surgery patients developed by the researchers. Data were analysed using frequencies, mean, standard deviation, percentages and paired t-tests. The results of the study found that there were statistically significant differences in knowledge regarding health practices and anxiety level after undergoing instruction by video compact disc, shown by mean scores of knowledge.

The findings of this study suggest that that health care providers should apply this video compact disc to instruct the pre-operative heart surgery patients for increasing their knowledge practice and decreasing their anxiety before undergoing to open heart surgery.

Keyword : teaching, opened heart surgery, Video Compact Disc, Knowledge about health practice,

* Registered Nurse, female surgical ward, Chonburi Hospital

** Registered Nurse, Pediatric ward, Chonburi Hospital



ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคหัวใจเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับประเทศ สถานการณ์โรคหัวใจในประเทศไทยจากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2556 พบมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจจำนวน 54,530 คนเฉลี่ยเสียชีวิตวันละ 150 คนหรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 6 คน¹ การรักษาโรคหัวใจมีหลายรูปแบบตั้งแต่การรักษาด้วยยา การใส่สายสวนหัวใจ และการทำผ่าตัดหัวใจ จากสถิติการผ่าตัดหัวใจในประเทศไทยของปี 2556 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด 11,248 ราย และจากสถิติการผ่าตัดหัวใจของโรงพยาบาลชลบุรี พบว่าในปี 2556 มีจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจเข้ารับการผ่าตัดหัวใจทั้งสิ้น 152 ราย² ซึ่งการรักษาด้วยวิธีการทำผ่าตัดหัวใจเป็นวิธีการที่ดีที่สุดทางเลือกหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตและช่วยให้ชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจยืนยาวขึ้นหรือช่วยบรรเทาอาการ³ เช่น การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจบริเวณที่ตีบตันทำให้เลือดไหลผ่านได้ดีขึ้น ส่งผลทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้มากขึ้นลดอาการเจ็บหน้าอก ส่วนการทำผ่าตัดลิ้นหัวใจ และการผ่าตัดซ่อมโครงสร้างของหัวใจที่พิการ เป็นการช่วยลดอาการหอบเหนื่อยจากภาวะหัวใจล้มเหลว⁴

การเข้ารับการผ่าตัดหัวใจก่อให้เกิดความวิตกกังวลเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัด ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมที่ตรงกับความต้องการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หลังผ่าตัดได้ จากการศึกษาศิลีเอลท์⁵ พบว่าระดับความวิตกกังวลที่สูงขึ้นในระยะก่อนผ่าตัดมีผลต่อการเพิ่มการกระตุ้นการตอบสนองของต่อมไทรอยด์ และทำให้ใช้ระยะเวลาสำหรับการกลับคืนสู่สภาวะปกติ แมคคูลินและคณะ⁶ ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลในระยะก่อนผ่าตัดจะมีสารแคทีทีโคลามีนออกมาทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบและเกิดการเปลี่ยนแปลงฤทธิ์ของยาสลบได้ จากประสบการณ์ทำงานของผู้วิจัยที่ผ่านม พบว่าผู้ป่วยที่ต้องทำผ่าตัดหัวใจจะมีความวิตกกังวลสูง

เพราะการผ่าตัดถือเป็นภาวะวิกฤติของชีวิต และเป็นเหตุคุกคามต่อจิตใจ⁷ ภาวะวิตกกังวลในระดับสูงอาจส่งผลทำให้ต้องเลื่อนการผ่าตัดได้⁸ จากสถิติการเลื่อนผ่าตัด ในปี พ.ศ. 2557 ของหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงพบถึงร้อยละ 12 ซึ่งเป็นผลมาจากความวิตกกังวลในระยะก่อนผ่าตัดจนทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ มีการเปลี่ยนแปลงของระบบการไหลเวียนเลือด และการเดินของระบบประสาทอัตโนมัติและฮอร์โมน เช่น ซีพจรเร็วขึ้นและไม่ง่วงนอน หายใจเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น และจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาใช้ในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดของออกนิษฐ์ เลคค์กี⁹ พบว่ามีวิธีที่ใช้แล้วได้ผลดีคือ การให้ความรู้ด้วยวิธีการต่างๆ กับผู้ป่วย เป็นอีกบทบาทหนึ่งที่คุณพยาบาลทางสุขภาพพึงปฏิบัติเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Deyirmenjian et al.¹⁰ ที่เสนอว่าการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดสามารถช่วยลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วย เพราะการให้ความรู้หรือข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงตรงกับความต้องการของผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคาดหวังเหตุการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริงช่วยลดความวิตกกังวลที่จะเกิดขึ้นผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และส่งผลให้การรักษามีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจที่ผ่านมามีการเตรียมทางด้านจิตใจค่อนข้างน้อย บุคลากรทีมสุขภาพมักให้ความสนใจกับการเตรียมทางด้านเอกสารด้านร่างกาย ทำให้ขาดการดูแลด้านจิตใจ จากการศึกษาการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจของพยาบาล พบว่าเป็นการสอนด้วยคู่มือและสื่อแผ่นพับ จะทำให้ผู้ป่วยเห็นภาพไม่ชัดเจน ส่วนสื่อวีดิทัศน์มีจุดเด่นคือทำให้ผู้เรียนได้รับทั้งภาพและเสียงพร้อมๆ กัน มีสีสันที่ดึงดูดความสนใจได้ดีและสามารถแสดงมุมมองต่างๆ ของวัตถุที่ไม่สามารถมองเห็นด้วยวิธีธรรมดา บอกถึงขั้นตอนต่างๆ ที่ละเอียดขั้นตอนในขบวนการที่ซับซ้อนในการปฏิบัติให้เห็นจริง ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในบทเรียนนั้นๆ มากยิ่งขึ้น สื่อวีดิทัศน์สามารถฉายซ้ำได้หลายครั้ง โดยมีแบบแผน



เดียวกัน และมีเนื้อหาถูกต้อง ครบถ้วน และตรงตามความเป็นจริง¹¹

การสอนเป็นกลยุทธ์ของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ซึ่งมีหลายรูปแบบเช่นแบบบรรยาย แบบรายบุคคล แต่การสอนที่ดีมีประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยคือการสอนที่มีการออกแบบอย่างเป็นระบบมีขั้นตอนที่ชัดเจน จากการศึกษาแนวคิดการสอนของเกอร์ลาซ และ ฮีโล¹² พบว่าเป็นการสอนที่ออกแบบโดยคำนึงถึงเป้าหมายและผลลัพธ์เป็นหลัก มีการประเมินประสพการณ์เดิมของผู้เรียน และก่อนดำเนินการเรียนการสอนจะมีการกำหนดเวลา สถานที่ กลุ่มผู้เรียน และสื่อการสอน และเมื่อสิ้นสุดการสอนจะมีการประเมินผลการเรียนรู้หลังการเรียน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำแผนการสอนของเกอร์ลาซและฮีโลกับแนวคิดของวีดิทัศน์ มาพัฒนาระบบการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจในครั้งนี้ ซึ่งเชื่อว่าการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจด้วยวีดิทัศน์จะช่วยลดความวิตกกังวลและทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เพิ่มขึ้น และส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ ก่อนและหลังการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ ก่อนและหลังการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์

สมมุติฐานการวิจัย

1. คะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจหลังได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์สูงกว่าก่อนได้รับการสอน
2. คะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ หลังได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ต่ำกว่าก่อนได้รับการสอน

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของการสอนด้วยวีดิทัศน์ต่อความรู้ในการปฏิบัติตนและความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงและศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลชลบุรี ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2557 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2558

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำการออกแบบการเรียนการสอนของเกอร์ลาซและฮีโล¹² ร่วมกับแนวคิดการใช้สื่อวีดิทัศน์มาพัฒนาการสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ โดยออกแบบแผนการสอนที่กำหนดเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ กำหนดการประเมินผลลัพธ์คือความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนและระดับความวิตกกังวล โดยประเมินประสพการณ์เดิมก่อนและหลังการสอนกำหนดเวลาที่ใช้ในการสอน และเลือกใช้สื่อคือวีดิทัศน์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจด้วยวีดิทัศน์

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์
2. แจงเนื้อหาการเรียนตามบทวีดิทัศน์ (เลือกตามโรคของผู้ป่วย)
3. ประเมินพฤติกรรมการรับรู้ของผู้ป่วย
4. สอนแบบรายบุคคล
5. ระยะเวลาการสอน 20 นาที
6. ทบทวนความรู้และทักษะต่างๆตามบทเรียน
7. สรุปและทบทวนผลการสอน

ความรู้เกี่ยวกับ
การปฏิบัติตน

ความวิตกกังวล



วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experiment research) แบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรคือผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจตีบ/รั่ว โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจและเข้าพักรักษาใน หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง(ชลาทิศ 2) และหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย(ชลาทิศ 4) โรงพยาบาลชลบุรี

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจตีบ/รั่ว โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ที่นัดมาเข้ารับการผ่าตัดหัวใจและเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง(ชลาทิศ 2) และหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย(ชลาทิศ 4) โรงพยาบาลชลบุรีระหว่างเดือนธันวาคม 2557 ถึง เดือนมีนาคม 2558 คำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรโดยเปิดตารางเครจซ์และมอร์แกน 13 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

1. เป็นการผ่าตัดหัวใจครั้งแรก
2. มีระดับความรู้สึกตัวดีเรียนรู้ได้ดี ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ
3. ติดต่อสื่อสารได้ เข้าใจภาษาไทยได้ดี
4. ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็น
5. ไม่มีประวัติปัญหาสุขภาพจิต
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษามี 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ วิดีทัศน์ เรื่องการปฏิบัติตนของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจที่ผู้วิจัยบูรณาการมาจากวีดิทัศน์ของ สุชีรา อึ้งตระกูล¹⁴ สถาบันโรคทรวงอก ร่วมกับศึกษาเนื้อหาจากตำรา วารสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์เนื้อหาและภาพต่างๆให้เหมาะสมกับบริบทการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจของโรงพยาบาลชลบุรี มีเนื้อหาครอบคลุมในสิ่งที่ผู้ป่วยควรรู้ และปฏิบัติก่อนทำผ่าตัดหัวใจ คือโรคหัวใจและวิธีการ

ดูแลรักษา การปฏิบัติตนในวันก่อนทำผ่าตัด และวันทำผ่าตัด วีดิทัศน์นี้ประกอบด้วย 3 ชุด แต่ละชุดมีความยาวประมาณ 20 นาที คือ

- 1.1 วิดีทัศน์ เรื่องการปฏิบัติตนก่อนการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นและซ่อมลิ้นหัวใจ
- 1.2 วิดีทัศน์ เรื่องการปฏิบัติตนก่อนการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจตีบ
- 1.3 วิดีทัศน์ เรื่องการปฏิบัติตนก่อนการผ่าตัดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ขั้นตอนการสร้างวีดิทัศน์ ประกอบด้วย

- 1) ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยเกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจ การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ และการสร้างสื่อวีดิทัศน์
- 2) กำหนดเค้าโครงเรื่องขอบเขตเนื้อหา และรูปแบบรายการ
- 3) เขียนบทวีดิทัศน์ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำบทวีดิทัศน์ไปหาผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไข
- 4) ถ่ายทำวีดิทัศน์ ตัดต่อ บันทึกเสียง
- 5) นำวีดิทัศน์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา เค้าโครงเรื่อง ลำดับเนื้อหา ความเหมาะสมของภาพและภาษาที่ใช้ โดยใช้เกณฑ์ความเห็นที่ตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ใน 5 คน ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ข้อเสนอแนะต่างๆเกี่ยวกับบทวีดิทัศน์ คือ บทวีดิทัศน์ไม่ควรยาวเกินไป ข้อความควรกระชับให้สั้น เข้าใจง่าย ตัดภาพที่ไม่เหมาะสมออก และเพิ่มข้อความได้ภาพในบางตอน เพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น
- 6) นำบทวีดิทัศน์ที่ตรวจสอบและแก้ไขปรับปรุงแล้วไปถ่ายทำซ่อมใหม่
- 7) นำบทวีดิทัศน์ที่ถ่ายทำแล้วเสนอผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดิมอีกครั้ง ผู้วิจัยแก้ไขบทและภาพวีดิทัศน์อีกครั้ง ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ
- 8) นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย เพื่อตรวจสอบความชัดเจนและความเหมาะสมของข้อมูล พร้อมทั้งประเมินผล



รับฟังข้อเสนอแนะ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งภายหลังให้ผู้วิจัยคัดค้าน ผู้วิจัยสอบถามความรู้สึกและความเข้าใจพบว่า ผู้ป่วยสามารถเข้าใจเนื้อหาของข้อมูลได้ดี มีความต่อเนื่องของเนื้อหา เป็นขั้นตอน ลำดับเหตุการณ์ต่างๆ ได้ดีจึงนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วน ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย และข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย และชนิดของการผ่าตัด

2.2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาจากตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีคำถามจำนวน 20 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาการปฏิบัติตัวในระยะก่อนผ่าตัดหัวใจ ลักษณะคำถามเป็นข้อความให้ผู้ป่วยเลือกตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” โดยเกณฑ์การให้คะแนน ถ้าผู้ป่วยตอบถูกให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิด ให้ 0 คะแนน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คนประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพหัวหน้างานการพยาบาลศัลยกรรมทั่วไป 2) พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 3) พยาบาลวิชาชีพหัวหน้างานไอซียูศัลยกรรม 4) พยาบาลวิชาชีพหัวหน้างานไอซียูเด็ก และ 5) อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ จากนั้นปรับแก้ไขแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะ แล้วนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index) ได้ค่า CVI = 0.91 ส่วนความเชื่อมั่นของเครื่องมือผู้วิจัยแบบสอบถามที่ปรับแก้ไขและผ่านการตรวจความตรงของเนื้อหาไปทดลองใช้กับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจจำนวน 10 ราย วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรครุเดอร์ริชาร์ดสัน 20 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งหมด 20 ข้อ เท่ากับ 0.85 ซึ่งมากกว่า 0.70 จึงเป็นค่าที่ยอมรับได้¹⁵

2.3 แบบวัดความวิตกกังวล ผู้วิจัยใช้แบบวัดความวิตกกังวลของ สุภาพรธรรม นิตยสุภาพรธรรม¹⁶ ซึ่งพัฒนามาจากแบบประเมินความวิตกกังวลหรือความเครียดต่อการผ่าตัดหัวใจของอัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์³ มี

ค่าความเชื่อมั่น 0.94 แบบสอบถามมีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) โดยกำหนดลักษณะคำตอบมี 4 ระดับคือ มาก = 4 ปานกลาง = 3 น้อย = 2 และน้อยมาก = 1 ผู้วิจัยนำแบบประเมินความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ ไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.95

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมของโรงพยาบาลชลบุรี โดยกลุ่มตัวอย่างวิจัยทุกคนมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย การให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการเข้าร่วมวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัยและข้อมูลที่ได้จากการประเมินจะถูกเก็บเป็นความลับ และระหว่างเข้าร่วมการวิจัยหากผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องการล้มเลิกหรือออกจากการเข้าร่วมวิจัยก่อนที่การดำเนินการวิจัยจะเสร็จสิ้น สามารถทำได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผล การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่จะกระทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงกับผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน หลังจากนั้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามยินยอมในใบเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผู้ป่วยโรคหัวใจเข้ามารับการรักษาตัวที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง (ชลาทิศ 2) และหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย (ชลาทิศ 4) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพชี้แจงวัตถุประสงค์ และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและการเซ็นชื่อเพื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การเก็บความลับกลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. วันแรกของการนอนโรงพยาบาล

1.1 ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้ป่วยลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย



ประเมินความรู้และความวิตกกังวลก่อนนำเข้าสู่บทเรียนเพื่อค้นหาข้อมูลประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยจากนั้นให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนและแบบวัดความวิตกกังวล

1.2 สอนผู้ป่วยด้วยวิธีทัศนเรื่องการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ ตามการเจ็บป่วย ของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดหัวใจ ซึ่งความยาววิธีทัศนประมาณ 20 นาที หลังจากนั้นให้ผู้ผู้ป่วยฝึกทักษะตามบทเรียนได้แก่การหายใจด้วยตนเอง การไอเพื่อขับเสมหะ การเคลื่อนไหวร่างกายและการลดความปวดแผลด้วยหมอนใบเล็ก

1.3 ผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญ และตอบข้อซักถามจากผู้ป่วย

2. วันต่อมาทำผ่าตัด (วันที่ 2 ของการนอนโรงพยาบาล) พยาบาลผู้ช่วยวิจัย ประเมินผลหลังการสอนโดยให้ผู้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน และแบบวัดความวิตกกังวลอีกครั้ง ก่อนส่งผู้ป่วยไปทำผ่าตัด ตอบข้อซักถาม แนะนำในกรณีที่มีข้อสงสัยเพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติตนของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ และค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวล ก่อนและหลังการสอนด้วยวิธีทัศน วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired t-test

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ ก่อนและหลังการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์

กลุ่มตัวอย่าง	N	Mean	SD	df	t	p-value
1.ก่อนการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์	30	16.56	1.67	29	6.08	.000**
2.หลังการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์	30	18.80	0.88			

** p<.01

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 55.70 มีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปีร้อยละ 46.70 และ อายุเฉลี่ย 50.27 ปี สถานภาพคู่มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 66.7 การศึกษา ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 63.30 อาชีพ พบว่างานแม่บ้าน/พ่อบ้านคิดเป็นร้อยละ 36.70 และอาชีพค้าขายคิดเป็นร้อยละ 30 รายได้ต่อเดือนประมาณ 5,000-10,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 43.30 และน้อยกว่า 5,000 บาทร้อยละ 26.70 สิทธิรักษาใช้บัตรประกันสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 86.70 และมีประวัติการทำผ่าตัดอื่นๆ มาก่อน คิดเป็นร้อยละ 60

การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจตีบ/รั่ว คิดเป็นร้อยละ 60 โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คิดเป็นร้อยละ 20 โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด คิดเป็นร้อยละ 10 และเป็นโรคลิ้นหัวใจตีบ/รั่วร่วมกับหลอดเลือดหัวใจตีบร้อยละ 10 ความรุนแรงของโรค (functional class) พบว่า ส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 53.30 ความรุนแรงของโรคระดับ 3 คิดเป็นร้อยละ 33.30 และความรุนแรงของโรคระดับ 4 คิดเป็นร้อยละ 13.30 ตามลำดับ

2. คะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนภายหลังได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์มีคะแนนสูงกว่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนการสอน ดังแสดงในตารางที่ 1



จากตารางที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ สูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนการสอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

3. คะแนนความวิตกกังวลภายหลังได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์มีคะแนนต่ำกว่าคะแนนความวิตกกังวลก่อนการสอน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจก่อนและหลังการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์

กลุ่มตัวอย่าง	N	Mean	SD	df	t	p-value
1.ก่อนการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์	30	50.13	13.39	29	6.74	.000**
2.หลังการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์	30	38.60	13.97			

** p<.01

จากตารางที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล หลังได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

การอภิปรายผล

1. สื่อวีดิทัศน์ที่นำมาใช้ร่วมกับแผนการสอนของเกอลาซและอีไล¹² ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพิ่ม เพราะในสื่อวีดิทัศน์เรื่องการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจ ผู้วิจัยได้ใส่นี้อาการสอน ไว้อย่างครอบคลุมครบถ้วน เรียบเรียงเนื้อหาตามลำดับก่อนหลัง ในสิ่งที่ผู้ป่วยควรรู้และปฏิบัติก่อนทำผ่าตัดหัวใจ ได้แก่ ชนิดของโรคหัวใจและวิธีการดูแลรักษา การปฏิบัติตนในวันก่อนทำผ่าตัดวันทำผ่าตัด และการฟื้นฟูร่างกายหลังผ่าตัดโดยใช้ผู้ป่วยตัวแบบสาธิตการปฏิบัติตน ตั้งแต่เริ่มต้นเข้ารับการรักษาจนถึงระยะพักรักษาในห้องไอซียู ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และมีความรู้ในการดูแลตนเองเพิ่มสอดคล้องกับการศึกษาของจินตนาตรีเงิน¹⁷ พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจหลังได้รับการให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจโดยใช้วีดิทัศน์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจ การทำงานของหัวใจ การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดมีความรู้เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับการศึกษาของจิราภรณ์ทองสุโชติ¹⁸ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังได้รับการ

ให้ความรู้เรื่องการสอดใส่แร่โดยใช้เทปโทรทัศน์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก ความหมายของการสอดใส่แร่ การปฏิบัติตัวก่อนได้รับการสอดใส่แร่ ขั้นตอนการใส่แร่และการปฏิบัติตัวขณะแพทย์ใส่เครื่องมือสอดใส่แร่ การปฏิบัติตัวขณะนอนสอดใส่แร่ การปฏิบัติตัวภายหลังการสอดใส่แร่ขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน มีความรู้สูงกว่าก่อนได้รับความรู้เรื่องการสอดใส่แร่

2. สื่อวีดิทัศน์ที่นำมาใช้ร่วมกับแผนการสอนของเกอลาซและอีไล¹² ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง เพราะเนื้อหาของสื่อวีดิทัศน์มีการกำหนดเนื้อหาในสิ่งที่ผู้ป่วยควรรู้และปฏิบัติก่อนทำผ่าตัดหัวใจ ได้แก่ ชนิดของโรคหัวใจและวิธีการดูแลรักษา การปฏิบัติตนในวันก่อนทำผ่าตัด วันทำผ่าตัด และการฟื้นฟูร่างกายหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่แท้จริงและตรงกับความต้องการ มีการรับรู้และแปลความหมายได้ถูกต้องก็จะช่วยลดความวิตกกังวลลง สอดคล้องกับการศึกษาของอุรวาดิ เจริญไชย¹⁹ ที่พบว่าการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจโดยใช้เทปโทรทัศน์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับวิธีการความรู้สึกละแฉงและคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติต่อความวิตกกังวลความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด เช่นเดียวกับการศึกษาของ Dao และคณะ²⁰ พบ



ว่าผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ หลังได้รับการบำบัดด้วยกระบวนการคิด ด้วยการคู่วิดีโอกับพบนักจิตวิทยามีระดับความวิตกกังวลลดลง

สรุปได้ว่าการสอนเรื่องการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจด้วยสื่อวีดิทัศน์ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างไปในทางที่ดีภายหลังได้รับการสอนด้วยวีดิทัศน์ เนื่องจากการสอนด้วยวีดิทัศน์เป็นสื่อที่มีทั้งภาพและเสียงเสนอให้ผู้ป่วยได้เห็น ได้ยิน และเกิดมโนทัศน์ที่สมบูรณ์ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำสื่อวีดิทัศน์เรื่องการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจนี้ ไปใช้สอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ ให้ครอบคลุมทุกราย แต่การสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์มีสิ่งสำคัญที่ควรคำนึงถึง คือความสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน ตลอดจนข้อจำกัดในเรื่องของการสื่อความหมายทางเดียว คือผู้เรียนไม่สามารถซักถามปัญหาหรือเสนอข้อคิดเห็นต่างๆ ไปยังผู้สอนทันที ต้องอาศัยระยะเวลาหนึ่ง ดังนั้นในการนำสื่อวีดิทัศน์มาสอนให้ได้ผลดี ผู้สอนควรอยู่กับผู้ป่วยเพื่อตอบข้อซักถามทันที มีการติดตามผลการสอนภายหลังการปิดวีดิทัศน์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสทบทวนเนื้อหา และฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง ซึ่งจะทำให้เกิดการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น

2. ควรจัดห้องเรียนที่เป็นสัดส่วนเฉพาะ ไม่มีสิ่งอื่นๆ มารบกวนจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ดีขึ้น และในการเรียนการสอนควรกำหนดจำนวนผู้เรียนครั้งละ 1-2 คน ไม่ควรมากเกินไปเพราะอาจทำให้เกิดการรับรู้อดลง

3. ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมมารดูแลตนเองหลังผ่าตัดหลังได้รับการสอนด้วยวีดิทัศน์

เอกสารอ้างอิง

1. นิตยา พันธุ์เวทย์ และ ทักษิณก ไชยวรรณ. ประเด็นสารธรรมรงค์วันหัวใจโลก ปี พ.ศ. 2557. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. 2557.

2. สมาคมศิษย์แพทย์ทรงอกแห่งประเทศไทย. สถิติผ่าตัดหัวใจในประเทศไทย, 2556.
3. อัจฉรา เตชฤทธิ์พิทักษ์. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตในระบบหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ: สิวัง ทรานส์ มีเดีย; 2543.
4. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. รู้จักหัวใจการรักษา [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaiherat.org/รู้จักหัวใจ/การรักษา/html>.
5. ปณิตดา พิทยาภรณ์. ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ. วารสารวิจัย(ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2554; 11(3):91-99.
6. วรตมน บำรุงสุข. การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ: โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี. กรุงเทพฯ: ชมรมฟื้นฟูหัวใจ. 2548.
7. พรทิพย์ บุญพวง, สุธีรา ประดับวงษ์, อาทิตยา แสงบบาล, และณัฏฐินี กุลวิจิต. การผ่าตัด: สาเหตุหนึ่งของภาวะวิกฤตทางอารมณ์. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ 2541; 21(1):15-21.
8. เรณู อาจสาลี. การพยาบาลผู้ที่มีรับการผ่าตัด. กรุงเทพฯ: เอ็นทีเพรส; 2550.
9. อกนิษฐ์ เลศักดิ์. การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.
10. Deyirmenjian, M., Karamb, N., and Salameh, P. Preoperative patient education for open-heart patients: A source of anxiety?. Patient Education and Counseling, 62, 111-117.; 2006.
11. Ruzicki, D.A. "Realistically Meeting the Education Need of Hospitalized Acute and Short-Stay Patients." Nursing Clinics of north America. 24(September 1989):629-637.



12. Gerlach, V.S. & Ely, D.P. Teaching and media: A systemation approach. Eglewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. 1980.
13. อีรวุฒิ เอกะกุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี; 2543.
14. สุชีรา อึ้งตระกูล. การเตรียมตัวผ่าตัดหัวใจ[DVD]. สถาบันโรคทรวงอก; 2552.
15. บุญใจ ศรีสถิตยน์รากุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ตมีเดีย จำกัด; 2547.
16. สุภาพรพรณ นิตยสุภาภรณ์. ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดกับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเฉลิมพระเกียรติ; 2556.
17. จินตนา ตริเงิน. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้วีดิทัศน์ เรื่องการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดหัวใจสำหรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ ในสถาบันโรคหัวใจโรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต(สุขศึกษา), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2544.
18. จิราภรณ์ ทองสุโชติ. ผลของการสอนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกก่อนได้รับการสอดใส่แร่โดยเทปโทรทัศน์ต่อความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและระดับความวิตกกังวล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2535.
19. อูรวาดี เจริญไชย. ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการความรู้สึกละแคะคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติต่อความวิตกกังวลความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2541.
20. Dao, T. K., Youssef, N. A., Armsworth, M., Wear, E., Papatopoulou, K. N., & Gopaldas, R.. Randomized controlled trial of brief cognitive behavioral induce anxiety symptoms preoperatively in patients undergoing coronary artery by pass graft surgery. The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, 142(3), e109-15. doi:10.1016/j.jtcvs.2011.02.046.



การวิจัยและพัฒนา รูปแบบการโค้ชเพื่อพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการบริการสุขภาพ

จุฬารัตน์ ท้าวหาญ *
อรชร อินทองปาน**

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนา รูปแบบการโค้ชเพื่อพัฒนาความสามารถของพยาบาลในการปฏิบัติงานด้านการบริการสุขภาพ และเพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการโค้ชที่พัฒนาขึ้น ขั้นตอนการวิจัยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาวิเคราะห์สภาวะและประเมินความต้องการที่จำเป็นโดยทำการรวบรวมข้อมูลโดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบและพัฒนา รูปแบบการโค้ชโดยนำผลการศึกษาจากขั้นตอนที่ 1 มาใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดของการพัฒนา รูปแบบและกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบ ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบเป็นการนำรูปแบบการโค้ชที่สร้างขึ้นในขั้นตอนที่ 2 ไปทดลองใช้ เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพเชิงประจักษ์ของรูปแบบการโค้ช โดย 1) ประเมินความสามารถทางด้านการโค้ช 2) ประเมินความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการบริการสุขภาพก่อนและหลังได้รับการพัฒนา และ 3) ประเมินความพึงพอใจของผู้ที่ทำหน้าที่โค้ชและผู้ที่ได้รับการโค้ช กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้ทำการสอนงานบุคลากรใหม่ ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากพยาบาลในโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้จำนวน 27 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามชนิดตอบเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และ ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบเป็นการนำผลการทดลองรูปแบบการโค้ชในขั้นตอนที่ 3 มาปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการโค้ชให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้นและพร้อมที่จะนำไปใช้ต่อไป

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการโค้ชที่ได้รับการพัฒนา ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) หลักการและวัตถุประสงค์หลัก 2) กระบวนการ และ 3) เงื่อนไขการนำรูปแบบไปใช้ หลังจากทดลองใช้รูปแบบการโค้ชพบว่าผู้ที่หน้าที่โค้ชมีความสามารถในการโค้ชและสอนงาน ขณะที่ผู้รับการโค้ชมีความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) ผู้ใช้ระบบการโค้ชและผู้รับบริการระบบการโค้ชมีความพึงพอใจสูงต่อการใช้รูปแบบการโค้ช

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการโค้ชที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้พยาบาลใหม่มีความสามารถและมีทักษะในการปฏิบัติงาน การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการพัฒนา รูปแบบเพื่อให้สามารถใช้กับกลุ่มบุคลากรสุขภาพกลุ่มอื่นต่อไป

คำสำคัญ : ความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการบริการสุขภาพ รูปแบบการโค้ช

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

**นักวิชาการศึกษานิติเวช



A Research and Development of Coaching Model to Enhance Health Care Service Skills

Chularat Howham*
Orachorn Inthongpan*

Abstract

This developmental research aimed to develop a coaching model to enhance health care service skills, and to determine effectiveness of developed coaching model on health care service skills. The study employed four steps as followed. The first step was a needs assessment by reviewing literature and in-depth interviews. The second step involved developing a coaching model by utilizing findings from first step. The third step involved implementation of the model and testing its effectiveness. A developed coaching model was tested with 27 nurses purposively selected from the graduates of the project of producing nurses for solving the shortage of nurses in Southern of Thailand. The fourth step was the revision step. Findings from third step were employed for the revision of the model.

The findings were as follows.

The developed coaching model consisted of three components which were principles and objectives, processes, and the condition for implementation of the model. After implementing the model, coaching competency among coachees were at high level. Health care service skills among coachees were increased and statistically significantly different at $p < 0.001$. All rated satisfaction towards the coaching model at a high level.

This study has shown the effectiveness of a coaching model to enhance the competency and skills among new nurses. Further study is strongly suggestion in order to implement this model for other groups of health care providers.

Keyword : Coaching model, Health care service skills

*Research Division, Praboroamrajchanok Institutes for Health Workforce Development

*Registered Nurse

**Academic Service Officer



ความเป็นมาและความสำคัญ

พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญยิ่งต่อการให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเป็นวิชาชีพที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างใกล้ชิดในทุกระดับของระบบบริการสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพมีหน้าที่ความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ หลายนบทบาท เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพความสามารถในการปฏิบัติงานเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการให้การพยาบาลผู้ป่วย เนื่องจากคุณภาพของการพยาบาลขึ้นอยู่กับความสามารถและทักษะของพยาบาลวิชาชีพผู้ให้การดูแล ถ้าพยาบาลวิชาชีพมีความสามารถในการให้การพยาบาลต่ำ ย่อมเกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพและชีวิตของผู้รับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสามารถทางการปฏิบัติการบริการสุขภาพสำหรับพยาบาลที่เพิ่งสำเร็จการศึกษา จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพยาบาลจบใหม่อยู่ในช่วงของการเปลี่ยนบทบาทจากนักศึกษาพยาบาลเป็นพยาบาลวิชาชีพมักมีปัญหาที่ต้องเผชิญคือความไม่เข้าใจในระบบงาน การทำงานท่ามกลางความขัดแย้ง ความคาดหวังสูงจากผู้ร่วมงาน และการไม่สามารถมอบหมายงานได้ตามบทบาทหน้าที่¹

การพัฒนาความสามารถของพยาบาลใหม่ในการปฏิบัติงานด้านบริการสุขภาพจึงเป็นประเด็นที่สำคัญในการพัฒนาบุคลากรเพื่อให้สามารถทำงานให้เป็นไปตามเป้าหมายที่หน่วยงานกำหนด ตลอดจนการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติที่หลากหลายไม่ใช่เฉพาะทางด้านบริการสุขภาพเท่านั้น ที่ผ่านมากการใช้ระบบพยาบาลที่เสี่ยงถูกนำมาใช้เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถของพยาบาลจบใหม่ให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีศักยภาพ² ผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มที่จะเป็นครูพี่เลี้ยงมีความต้องการให้จัดอบรมเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนในคลินิก รวมทั้งความรู้เฉพาะเรื่องที่ทันสมัย ทั้งยังควรมีการอบรมให้ความรู้กับกลุ่มที่จะเป็นครูพี่เลี้ยงเป็นอย่างระยะอย่างต่อเนื่อง³ ซึ่งการได้

รับการพัฒนาความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติงาน⁴

การโค้ชหรือการสอนงานเป็นกระบวนการที่หัวหน้างานเข้าไปช่วยให้บุคลากรใหม่เกิดการพัฒนาทักษะการปฏิบัติงานด้วยการแนะนำ มอบหมายงาน และให้ข้อเสนอแนะย้อนกลับทั้งในด้านผลงานและพฤติกรรมการทำงานเพื่อให้ผู้ใต้บังคับบัญชาหรือบุคลากรใหม่พัฒนาความรู้ความสามารถและปรับปรุงพฤติกรรมการทำงาน⁵ การโค้ชยังเป็นวิธีการที่ช่วยให้บุคลากรใหม่สามารถปรับความสมดุลระหว่างการทำงานและการเรียนรู้⁶ ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับทีมทำงาน⁷ การโค้ชเป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้สำหรับการสอนเทคนิคและวิธีการปฏิบัติงาน ที่ทำได้ง่าย เสียค่าใช้จ่ายน้อยแต่มีประสิทธิภาพสูง⁸ ถึงแม้ว่าพี่เลี้ยงและผู้สอนงานจะมีบทบาทที่ใกล้เคียงกันมาก แต่มีความแตกต่างกันในบางประการ โดยพี่เลี้ยงนั้นจะสอนงานในทุกๆ เรื่องที่เกี่ยวข้องกับความก้าวหน้าในอาชีพ ซึ่งรวมทุกประเด็นที่มีผลต่อความก้าวหน้า หรือความสำเร็จในอาชีพ เช่น ความรู้ความสามารถในการทำงาน การวางตัวในที่ทำงาน ในขณะที่ผู้สอนงานจะเน้นที่ความสามารถในการทำงานในระยะเวลาใดเวลาหนึ่งเพื่อให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ทำให้ได้ผลงานที่มีคุณภาพและได้สร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นพี่เลี้ยงจะเป็นความสัมพันธ์ที่ต้องเกิดจากความสมัครใจทั้งสองฝ่าย ในขณะที่ผู้สอนงานเป็นความสัมพันธ์ที่มาพร้อมกับตำแหน่งงาน⁹ จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าระบบการโค้ชเหมาะต่อการสอนงานบุคลากรใหม่ที่ต้องการให้ได้ผลงานที่มีคุณภาพและได้สร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพ

การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่าระบบการโค้ชมีประสิทธิภาพในการพัฒนาความสามารถของบุคลากร และมีการศึกษาผลของการใช้รูปแบบการโค้ชทั้งในการพยาบาล การศึกษาพยาบาล และบุคลากรอื่น เช่น บุคลากรทางการศึกษา ซึ่งผลการศึกษาพบว่าโค้ชเป็นกลยุทธ์หรือกลวิธีที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาความรู้และทักษะในการเตรียมความพร้อมแก่ผู้ดูแล



ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ¹⁰ นอกจากนั้นการศึกษาของธัญพร ชื่นกลิ่น และ วัชรมา เล่าเรียนดี¹¹ ได้ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการโค้ชเพื่อพัฒนาสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ของอาจารย์พยาบาลที่ส่งเสริมทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งพบว่าสมรรถนะการโค้ชและสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ของอาจารย์พยาบาลที่ส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษา ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการโค้ชแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษา ก่อนและหลังใช้รูปแบบการโค้ชแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับกับการศึกษาของสมเกียรติ ทานอก และคณะ¹² ที่ทำการศึกษาการพัฒนาครูโดยใช้กระบวนการสร้างระบบพี่เลี้ยง (Coaching and Mentoring) ที่พบว่าสมรรถนะความรู้ของครูและสมรรถนะพื้นฐานด้านการปฏิบัติงานหลังเข้าร่วมโครงการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งในการพัฒนาความสามารถหรือทักษะการปฏิบัติงานควรได้คำนึงถึงผลลัพธ์ของการพัฒนานั้นด้วย

สำหรับในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่ามีความขาดแคลนพยาบาลมาอย่างต่อเนื่องและเมื่อมีปัญหาคความรุนแรงในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ก็ยิ่งทำให้การขาดแคลนพยาบาลสูงขึ้น ในการนี้กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.) จึงได้จัดทำโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพขึ้น โดยมีหน่วยงานที่ร่วมรับผิดชอบหลายหน่วยงาน ประกอบไปด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด วิทยาลัยพยาบาล 25 แห่งทั่วประเทศ สถาบันพระบรมราชชนก และกระทรวงสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในภาคใต้ที่ไม่เพียงพอต่อภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากสถานการณ์ความรุนแรง รวมทั้งเพื่อเสริมสร้างสันติสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยรับนักศึกษาเข้าเรียนในปีการศึกษา 2550 และผูกพันจนสำเร็จการศึกษาในปี 2554 ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณตลอด

โครงการจากภาครัฐ กลุ่มพยาบาลเหล่านี้เมื่อสำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกทั่วประเทศได้กลับไปปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้¹³

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกของพยาบาลในโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้พบว่าเมื่อสำเร็จการศึกษากลับไปปฏิบัติงานนั้นพยาบาลกลุ่มนี้จะเผชิญกับความไม่มั่นใจจากเพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชาถึงความสามารถในการปฏิบัติงาน ซึ่งพยาบาลในกลุ่มนี้จะระบุว่าระบบการโค้ชเป็นวิธีการสอนงานประการหนึ่งที่มีประสิทธิผลในการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการบริการสุขภาพของตนเอง เนื่องจากในการปฏิบัติงานครอบคลุมทั้งในการปฏิบัติกรพยาบาล งานคุณภาพ งานเอกสาร งานวิชาการ และงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การดูแลเวชภัณฑ์ทางการพยาบาล และเมื่อพยาบาลในกลุ่มนี้มีประสบการณ์การทำงานที่มากขึ้นส่วนหนึ่งจะได้รับการมอบหมายให้สอนงานหรือเป็นที่พี่เลี้ยงสำหรับบุคลากรจบใหม่แต่ได้ปฏิบัติไปตามประสบการณ์เดิมไม่มีรูปแบบเฉพาะในการสอนงาน รวมทั้งยังไม่มีผลงานการวิจัยที่ระบุถึงความสำเร็จของการใช้รูปแบบการโค้ชในพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่รวมทั้งพยาบาลที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ จึงควรมีการพัฒนา รูปแบบการโค้ชเพื่อพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานด้านบริการสุขภาพขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการบริการสุขภาพ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการโค้ชเพื่อพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการบริการสุขภาพ
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการโค้ช ดังนี้
 - 3.1 ความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการบริการสุขภาพของบุคลากรที่ได้รับการโค้ช โดยพยาบาลในโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อ



แก้ไขปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

3.2 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการโค้ชเพื่อพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการบริการสุขภาพ

วิธีดำเนินการ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาวิเคราะห์สภาพ และประเมินความต้องการที่จำเป็น (Analysis: Research1 (R1)) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการบริการสุขภาพ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาสภาพสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาความสามารถด้านการบริการสุขภาพ รวมทั้งความต้องการและวิธีการในการพัฒนาความสามารถด้านการบริการสุขภาพ โดยทำการศึกษาจากเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ วิทยุเกี่ยวกับการโค้ช รายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ประกอบด้วยหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าแผนก จำนวน 3 คน พยาบาลในโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 7 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบวิเคราะห์เอกสาร วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับรูปแบบการสอนสอนงานบุคลากรใหม่ที่ใช้ในปัจจุบัน แบบสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ และนำไปทดลองใช้ก่อน ปรับปรุงแล้วนำไปสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสัมภาษณ์ทำการคัดเลือกแบบเจาะจง ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เพื่อกำหนดขอบเขตของความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการบริหารสุขภาพ รูปแบบการโค้ชที่ใช้ในปัจจุบัน และรูปแบบการโค้ชที่ต้องการ

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการออกแบบและพัฒนารูปแบบการโค้ช (Design and Development: Development (D1)) เป็นขั้นตอนที่นำผลการศึกษาจากขั้นตอนที่ 1 มาใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดของการพัฒนารูปแบบและกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบการโค้ช พร้อมทั้งจัดทำคู่มือการใช้ระบบการโค้ช ทำการตรวจสอบร่างรูปแบบการโค้ชโดยผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้เชี่ยวชาญทางการนิเทศการพยาบาลจำนวน 5 ท่าน

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการทดลองใช้รูปแบบ (Implementation: Research (R2)) เป็นการนำรูปแบบการโค้ชที่สร้างขึ้นในขั้นตอนที่ 2 ไปทดลองใช้ โดยใช้วิธีการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) แบบ one group pretest-posttest

ประชากรเป็นพยาบาลในโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้จำนวน 2,799 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่จะเป็นผู้ที่ทำหน้าที่โค้ชโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดค่า Effect size ที่ 0.5, power ที่ .80 และ ค่า p-value ที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยการประชาสัมพันธ์เพื่อรับสมัครผู้สนใจที่จะเข้าร่วมโครงการ แล้วทำการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ตอบข้อสงสัย หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้สนใจตัดสินใจในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยอีกครั้ง เมื่อผู้สนใจตัดสินใจเข้าร่วมโครงการแล้วทำการนัดหมายเพื่อเข้าอบรมการทำหน้าที่โค้ชเป็นระยะเวลา 1 วัน โดยกิจกรรมประกอบไปด้วยการบรรยาย การฝึกปฏิบัติ การประเมินผล โดยประเมินผลผู้ทำหน้าที่โค้ชด้วยแบบวัดความรู้เรื่องการโค้ช ภายหลังจากอบรมแล้วทำการชี้แจงการทำงานโดยผู้ทำหน้าที่โค้ชให้เลือกโค้ชหรือสอนงานในแบบหนึ่งต่อหนึ่ง

เครื่องมือที่ใช้ตรวจสอบประสิทธิผลเชิงประจักษ์ของรูปแบบการโค้ช ประกอบไปด้วย

1) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการบริการสุขภาพ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นลักษณะมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (ดีมาก ดี ปานกลาง พอใช้ ต้องปรับปรุง) ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ



แบ่งเป็นความสามารถทางด้านกายภาพ (จำนวน 5 ข้อ) ความสามารถทางด้านคุณภาพและการควบคุมภายใน (จำนวน 2 ข้อ) ความสามารถทางด้าน การเก็บรวบรวมข้อมูลสถิติ (จำนวน 3 ข้อ) ความสามารถทางด้าน การดูแลเวชภัณฑ์การแพทย์ (จำนวน 2 ข้อ) ความสามารถทางด้าน การจัดการเอกสาร (จำนวน 2 ข้อ) ความสามารถทางด้าน คอมพิวเตอร์ (จำนวน 2 ข้อ) ความสามารถทางด้าน วิชาการ (จำนวน 2 ข้อ) และ ความสามารถทางด้าน อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (จำนวน 4 ข้อ) แบบประเมินนี้กำหนดให้ผู้ทำหน้าที่ได้ชประเมินผู้ที่ได้รับการได้ชก่อนและหลังการใช้รูปแบบการได้ช ทำการเปรียบเทียบคะแนนรวมความสามารถในการปฏิบัติงาน ด้านการบริการสุขภาพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการ ได้ช ด้วยสถิติ dependent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญ ทางสถิติไว้ที่ .05

3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการ ได้ช ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นแบบสอบถามชนิดประมาณ ค่าแบบ 5 ระดับ (พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก เฉยๆ ไม่พึงพอใจ ไม่พึงพอใจมากที่สุด) และแบบสอบถามชนิด ปลายเปิด 1 ข้อ แบบสอบถามนี้กำหนดให้ผู้ที่ทำหน้าที่ ได้ชและผู้ที่ได้รับการได้ชประเมินภายหลังสิ้นสุดการได้ช ทำการวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจโดยใช้ สถิติ พรรณนา

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาความตรงของเนื้อหา และทำการทดสอบเครื่องเที่ยงโดยทำการทดลองใช้กลุ่มตัวอย่างที่ คล้ายคลึงกับกลุ่มที่จะใช้ในการศึกษาวิจัยจำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบ ประเมินการปฏิบัติการได้ช .73 แบบประเมินความ สามารถในการปฏิบัติงานด้านการบริการสุขภาพ .87 และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการได้ชของ ผู้ที่ทำหน้าที่ได้ช .89 และผู้ที่รับการได้ช .88

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการประเมินผลและการปรับปรุง รูปแบบ (Evaluation: development (D2)) เป็นการนำผล การทดลองรูปแบบการได้ชในขั้นตอนที่ 3 มาปรับปรุง

แก้ไขรูปแบบการได้ชให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้นและพร้อมที่ จะนำไปใช้ต่อไป

ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์สภาพการพัฒนาศาสนา ความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการบริการสุขภาพ

จากการวิเคราะห์สภาพพบความสอดคล้อง ทั้งข้อมูลจากผู้บริหารการพยาบาลและพยาบาลปฏิบัติงาน ว่าระบบการได้ชเป็นระบบที่เคยใช้มาก่อนและยัง ใช้อยู่ในปัจจุบัน และได้ผลดีในการพัฒนาศาสนา ความสามารถ ในการปฏิบัติงาน แต่ระบบที่ใช้อยู่ยังไม่มีรูปแบบที่ ชัดเจน โดยส่วนใหญ่ใช้ระบบการได้ชระหว่างการ หมุนเวียนฝึกปฏิบัติงานก่อนเริ่มปฏิบัติงานจริง ซึ่งการ หมุนเวียนฝึกปฏิบัติงานขึ้นอยู่กับบริบทของสถานที่ โดยระยะเวลาการฝึกงานมีตั้งแต่ 1 เดือน ไปจนถึง 6 เดือน และยังสามารถปรึกษาที่ปรึกษาได้ตลอดเวลา และครึ่งหนึ่งจะได้รับการประเมินโดยการทดสอบความ รู้โดยในประเด็นเนื้อหาของการใช้ระบบได้ชนั้นนอกจาก การปฏิบัติงานตามหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพแล้ว ยังมี งานส่วนอื่นที่ต้องปฏิบัติด้วย เช่น งานคุณภาพ งาน ควบคุมคุณภาพภายใน การเก็บรวบรวมข้อมูลสถิติ ต่างๆ ของหน่วยงาน การดูแลเครื่องมือที่ต้องใช้ภายใน หน่วยงาน การจัดการเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการ ประชุม งานที่เกี่ยวข้องกับคอมพิวเตอร์ การบันทึกเกี่ยว กับ การปฏิบัติงาน เช่น ตารางเวร สรุปลานา งาน 5 ส งานวิชาการของหน่วยงาน ส่วนการปฏิบัติในโรง พยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลจะได้รับผิดชอบ งานไปตามที่มอบหมาย เช่น งานโรคติดต่อไม่เรื้อรัง งาน อนามัยแม่และเด็ก จึงได้ข้อสรุปว่าความสามารถในการ ปฏิบัติงานด้านการบริการสุขภาพเป็นการปฏิบัติงาน ครอบคลุมทั้งในการปฏิบัติการพยาบาล งานคุณภาพ งานเอกสาร งานวิชาการ และงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การดูแลเวชภัณฑ์ทางการพยาบาล และผู้ให้ข้อมูล ทุกคนระบุว่าต้องการให้มีการกำหนดรูปแบบการได้ชที่ ชัดเจนเป็นรูปธรรมและสามารถนำไปปฏิบัติได้

ในส่วนของการวิเคราะห์เอกสารทั้งจากตำราและ



งานวิจัยนั้นพบว่าส่วนใหญ่ได้ระบุว่าจะระบบการโค้ชนั้นควรประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การเตรียมการ การกำหนดแผนการพัฒนา การปฏิบัติการโค้ช และการประเมินติดตามผล

2. ผลการออกแบบและพัฒนารูปแบบการโค้ช

รูปแบบการโค้ชที่ได้รับการพัฒนา ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ 1) หลักการและวัตถุประสงค์หลัก 2) กระบวนการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การเตรียมการ การวางแผน การปฏิบัติการโค้ช และการประเมินผลการโค้ช และ 3) เงื่อนไขการนำรูปแบบไปใช้ ได้แก่ ระบบสนับสนุน ทักษะการโค้ช และการติดตามดูแล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 หลักการและวัตถุประสงค์หลักหรือเป้าหมายของการสอนงาน

ในการพัฒนารูปแบบการโค้ชในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดหลักการและวัตถุประสงค์หลักไว้เพื่อพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานด้านบริการสุขภาพโดยเน้นการเรียนรู้และพัฒนาทักษะด้วยตนเองเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ในด้านผลสัมฤทธิ์ของงานตามที่ต้องการกำหนด และการพัฒนาทักษะการเรียนรู้

2.2 กระบวนการโค้ช ประกอบด้วย

2.2.1 ขั้นการเตรียมการโค้ช ประกอบด้วย การศึกษารายละเอียดต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และการทบทวนบทบาทหน้าที่ผู้ทำหน้าที่โค้ช

2.2.2 ขั้นการวางแผนการโค้ช โดยจะต้องมีการกำหนดระยะเวลาและสถานที่ในประชุมปรึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมในการใช้ระบบการโค้ช การกำหนดวัตถุประสงค์การโค้ช การวางแผนกิจกรรมการโค้ชประจำวัน ประจำสัปดาห์ และกำหนดวิธีการประเมินผล โดยทุกกิจกรรมต้องเป็นการดำเนินการร่วมกันระหว่างผู้ใช้ระบบการโค้ชและผู้รับบริการระบบการโค้ช

2.2.3 ขั้นการปฏิบัติการโค้ช โดยปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ทั้งนี้ผู้ทำหน้าที่การโค้ชให้ทำหน้าที่ในการให้คำชี้แนะ การประเมินผลย้อนกลับทั้งในด้านพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานและด้านผลงานแก่ผู้รับ

บริการระบบการโค้ชทั้งในด้านที่ดีและด้านที่ควรปรับปรุงเป็นระยะตามแผนที่กำหนดร่วมกัน

2.2.4 ขั้นการประเมินติดตามผล โดยในขั้นนี้ผู้ทำหน้าที่การโค้ชทำหน้าที่ในการติดตามประเมินผลการปฏิบัติการบริการสุขภาพเป็นระยะๆ ระหว่างการโค้ชและเมื่อสิ้นสุดการโค้ช โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรม แบบการทวนสอบพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติการบริการสุขภาพจากเพื่อนร่วมงานและจากผู้รับบริการ แบบตรวจสอบรายงาน

2.3 เงื่อนไขการนำรูปแบบไปใช้ ดังรายละเอียด

2.3.1 ระบบสนับสนุน ที่สำคัญคือบรรยากาศความเป็นเพื่อนร่วมวิชาชีพ ความร่วมมือกัน ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

2.3.2 ทักษะการโค้ช โดยทักษะที่สำคัญคือ การฟังอย่างตั้งใจ การตั้งคำถามและการทวนคำตอบ การสร้างความตระหนัก การเสริมแรง การสอนเทคนิคการทำงาน และการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้

2.3.3 การติดตามดูแล ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญให้การติดตามดูแลและแนะนำ (mentoring) และ ผู้บริหารที่ติดตามนิเทศและให้การสนับสนุน (Supervising)

3. ผลการทดลองใช้รูปแบบการโค้ช

ผู้ทำหน้าที่การโค้ชครั้งหนึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.56) มากกว่าครึ่งจบการศึกษาหลักสูตรอื่นหรือทำงานก่อนเข้ามาศึกษาพยาบาล (ร้อยละ 70.37) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชน ที่เหลือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล โดยตำแหน่งที่บรรจุรับราชการส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่เหลือเป็นตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ส่วนผู้ที่รับบริการการโค้ชส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มากกว่าครึ่งจบการศึกษาชั้นระดับมัธยมศึกษาตอนปลายก่อนเข้ามาศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และเช่นเดียวกันกับผู้ทำหน้าที่การโค้ชที่ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนที่เหลือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล



ในด้านการได้ชเป็นระบบที่มีผู้ทำหน้าที่ได้ชหนึ่งคนต่อผู้ให้บริการการได้ชหนึ่งคน ส่วนการทดลองใช้รูปแบบการได้ช พบว่าผู้ทำหน้าที่การได้ชระบุว่าสามารถทำหน้าที่ในการได้ชได้ทุกขั้นตอนทั้ง 4 ขั้นตอนคือทั้งทางด้านเตรียมความพร้อมได้ช การวางแผนการได้ช การปฏิบัติการได้ช และการประเมินผล ความสามารถในการปฏิบัติงานการบริการสุขภาพก่อนและหลังการทดลองผู้รับบริการระบบการได้ชมีคะแนนความสามารถด้านการปฏิบัติการบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นทุกคนและคะแนนรวมเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ (mean = 76.15, SD = 8.13; mean = 95.00, SD = 3.87; $t = 12.31$, $df = 26$) ผู้ทำหน้าที่ได้ชและผู้บริการได้ชมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการได้ชในระดับมากในทุกขั้นตอนของระบบการได้ชและสอดคล้องกันระหว่างผู้ทำหน้าที่ได้ชและผู้รับบริการได้ช โดยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุดในการปฏิบัติการได้ช (mean = 4.25, SD = .32; mean = 4.03, SD = .47 ตามลำดับ) รองลงมาคือขั้นการประเมินผล (mean = 4.06, SD = .40; mean = 3.87, SD = .79 ตามลำดับ) ขั้นการวางแผนการได้ช (mean = 3.96, SD = .56; mean = 3.75, SD = .54 ตามลำดับ) และขั้นการเตรียมการได้ช (mean = 3.82, SD = .67; mean = 3.52, SD = .51 ตามลำดับ)

4. ผลการประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบการได้ช

จากการทดลองใช้รูปแบบการได้ชพบว่าควรเพิ่มบทบาทของผู้บริหารให้เข้ามามีส่วนรวมในการเตรียมการ และการกำหนดแผน นอกจากนั้นในขั้นของการเตรียมการที่จะต้องเพิ่มในการส่วนของการวิเคราะห์นโยบายและแผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่ความสามารถในการประเมินผลการปฏิบัติการบริการสุขภาพ และการติดตามผลการนำรูปแบบการได้ชไปใช้ในประเด็นการต่อยอดประสานการณ์

อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์สภาพพบความสอดคล้องทั้งข้อมูลจากผู้บริหารการพยาบาลและพยาบาลปฏิบัติงานว่าระบบการได้ชเป็นระบบที่เคยใช้มาก่อนและยังใช้อยู่ในปัจจุบัน และได้ผลดีในการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงาน แสดงให้เห็นว่าการปฐมนิเทศและการพัฒนาความสามารถของบุคลากรใหม่เป็นกิจกรรมที่ยึดถือปฏิบัติมาโดยตลอดเพียงแต่ระบบที่ใช้อยู่ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ส่วนใหญ่จะเป็นการอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน และใช้การหมุนเวียนฝึกปฏิบัติงานก่อนเริ่มปฏิบัติงานจริง จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการที่จำเป็นจึงทำให้ได้ข้อสรุปว่าพยาบาลจบใหม่ต้องรับผิดชอบงานทั้งงานปฏิบัติการพยาบาล งานคุณภาพ งานเอกสาร งานวิชาการ และงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การดูแลเวชภัณฑ์ทางการพยาบาล จะเห็นได้ว่าบุคลากรใหม่เมื่อสำเร็จการศึกษาและไปปฏิบัติงานนั้นจะต้องปฏิบัติงานอื่นที่นอกเหนือจากงานทางด้านพยาบาลด้วย จากผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการจึงทำให้การกำหนดผลการใช้รูปแบบการได้ชนั้นไม่ใช่เพียงเพื่อพัฒนาความสามารถทางด้านพยาบาลเท่านั้นแต่ครอบคลุมไปยังความสามารถด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพและการพัฒนาองค์กรด้วย

ผลการพัฒนารูปแบบการได้ชเพื่อพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการบริการสุขภาพพบว่ามีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ส่วน คือ 1) หลักการและวัตถุประสงค์หลัก เพื่อพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการบริการสุขภาพ 2) กระบวนการ ประกอบไปด้วย 4 ระยะ คือ การเตรียมการ การวางแผน การปฏิบัติการได้ช และการประเมินผลการได้ช และ 3) เจ็อนไขการนำรูปแบบไปใช้ได้แก่ ระบบสนับสนุน ทักษะการได้ช และการติดตามดูแล ซึ่งคล้ายคลึงกับรูปแบบการได้ชเพื่อพัฒนาสมรรถนะการจัดการเรียนรู้อของอาจารย์พยาบาลที่ส่งเสริมทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษา (PPCE Coaching Model) ที่ดำเนินการศึกษาวิจัยโดยธวัชร ชื่นกลิ่น และ วัชรรา เล่า



เรียนดี¹¹ โดยอาจมีความแตกต่างในรายละเอียดองค์ประกอบ ดังเช่น หลักการและวัตถุประสงค์หลักของรูปแบบการโค้ชเพื่อพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการบริการสุขภาพนั้นไม่ได้เน้นที่การสร้างองค์ความรู้ใหม่เหมือนกับ PPCE Coaching Model

นอกจากนั้นในประเด็นเงื่อนไขการนำรูปแบบไปใช้ในด้านทักษะการโค้ชนั้นจากการศึกษาสภาพความต้องการนั้นทักษะการโค้ชที่จำเป็นสำหรับรูปแบบการโค้ชเพื่อพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับที่สำนักงาน ก.พ.9 ระบุว่าทักษะที่จำเป็นสำหรับผู้ที่ทำหน้าที่การโค้ช คือ ทักษะการฟัง ทักษะการตั้งคำถามและทวนคำตอบ และทักษะการสร้างบรรยากาศและความสัมพันธ์ที่เป็นมิตรในการสนทนา และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ธัญพร ชื่นกลิ่น และ วัชรภา เล่าเรียนดี¹¹ คือ ทักษะการสร้างบรรยากาศ และทักษะการสอนเทคนิคการทำงาน และจากทักษะการฟังอย่างตั้งใจ อย่างไรก็ตามในด้านการติดตามดูแลนั้นนอกจากผู้เชี่ยวชาญให้การติดตามดูแลแนะนำตลอดระยะเวลาการโค้ชเพื่อให้กระบวนการโค้ชดำเนินไปอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพแล้วยังต้องการการติดตามนิเทศและสนับสนุนจากผู้บริหารหน่วยงานเพื่อเสริมความมั่นใจในด้านการพัฒนาความสามารถในการทำงานเพื่อให้บรรลุผลสัมฤทธิ์ของงานตามที่กำหนด ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาที่พบว่ากรณีศึกษาของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาตนเองของพยาบาลวิชาชีพ 14 ซึ่งรูปแบบการโค้ชที่พัฒนาขึ้นนี้ยังสอดคล้องกับรูปแบบที่พัฒนาโดยคณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา¹² โดยพบว่าถึงแม้รูปแบบการโค้ชจะใช้ในกลุ่มบุคลากรที่ต่างกัน แต่ยังมีผลสอดคล้องกันในรูปแบบและการประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบการโค้ช แตกต่างกันก็เพียงแต่รูปแบบการโค้ชในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไม่ได้มีองค์ประกอบของสื่อและนวัตกรรมการพัฒนา

ผลการทดลองใช้รูปแบบการโค้ชพบว่าผู้ที่ทำหน้าที่การโค้ชสามารถทำหน้าที่ในการโค้ชได้ทุกขั้นตอนทั้ง 4

ขั้นตอน คือทั้งทางด้านการเตรียมการโค้ช การวางแผนการโค้ช การปฏิบัติการโค้ช และการประเมินผล อย่างไรก็ตามผู้ที่ทำหน้าที่การโค้ชระบุว่าสามารถใช้เวลาในการเตรียมการโค้ชโดยเฉพาะการทบทวนบทบาทของผู้ที่ทำหน้าที่โค้ชในช่วงระยะเวลาสั้นได้เนื่องจากเป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติอยู่เป็นประจำ ในการศึกษาความสามารถในการปฏิบัติด้านการบริการสุขภาพก่อนและหลังการทดลองผู้รับการโค้ชมีคะแนนเพิ่มขึ้นทุกคน และคะแนนรวมเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ (mean = 76.15, SD = 8.13; mean = 95.00, SD = 3.87; $t = 12.31$, $df = 26$) แสดงว่าการโค้ชหรือการสอนงานเป็นการส่งเสริมให้บุคลากรใหม่มีการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงาน ทำให้บุคลากรใหม่ได้ทราบข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่างๆ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และส่งผลต่อการแสดงออกถึงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ไปในทิศทางที่ดีและส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Law H & Aquilina¹⁵ ที่พบว่าการโค้ชเป็นกิจกรรมการพัฒนาบุคลากรที่ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ระบุว่าได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมทางการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁶ นอกจากนี้ทักษะการโค้ชยังเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติงาน ดังเช่นทักษะที่สำคัญประการหนึ่งคือการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งรูปแบบการโค้ชที่พัฒนาขึ้นนั้นเป็นรูปแบบการโค้ชที่เพิ่มโอกาสให้ผู้ทำหน้าที่โค้ชได้เสริมพลังอำนาจแก่ผู้รับการโค้ชผ่านการปฏิบัติงานร่วมกัน การสะท้อนกลับถึงผลการปฏิบัติงานสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁷

ผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้ระบบการโค้ชและผู้รับบริการระบบการโค้ชมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการโค้ชในทุกขั้นตอนของระบบการโค้ชและ



สอดคล้องกันระหว่างผู้ที่ทำหน้าที่โค้ชและผู้ที่ได้รับการโค้ช โดยมีความพึงพอใจมากที่สุดในขั้นการปฏิบัติการโค้ช รองลงมาคือขั้นการประเมินผล ขั้นการวางแผนการโค้ช และขั้นการเตรียมการโค้ชตามลำดับอาจจะเนื่องมาจากในกรปฏิบัติการสอนที่ผ่านมานั้นผู้ที่ทำหน้าที่การโค้ชระบุว่าไม่เคยมีการวางแผนและเตรียมการ อย่างเป็นระบบ เพราะมีความพร้อมต่อการสอนงานตลอดเวลา ส่วนการประเมินผลนั้นมีการใช้รูปแบบการประเมินอย่างไม่เป็นทางการมากกว่า ซึ่งในรูปแบบการโค้ชที่พัฒนาขึ้นนี้ได้กำหนดว่าผู้ที่ทำหน้าที่โค้ชสามารถประเมินผลได้ทั้งระหว่างการโค้ชและภายหลังสิ้นสุดการโค้ชโดยเป็นการประเมินผลทั้งพฤติกรรมกรปฏิบัติงานและผลการทำงานทั้งในด้านที่ดีและด้านที่ควรปรับปรุงในทันทีที่พบสิ่งที่ต้องประเมินผล ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ที่ทำหน้าที่โค้ชและผู้ได้รับการโค้ชด้วยทั้งนี้การสร้างบรรยากาศการเรียนรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเรียนรู้และส่งผลให้มีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติการโค้ชมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

การดำเนินการในขั้นตอนแรกของการพัฒนารูปแบบที่ทำการวิเคราะห์ศึกษาสภาพและประเมินความต้องการจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการโค้ชนั้นต้องการประเด็นทางด้านนโยบายที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะนโยบายทางด้านผลสัมฤทธิ์ของงาน ดังนั้นควรได้ทำการศึกษาจากผู้บริหารเพิ่มเติมในการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังอาจกำหนดให้เป็นมาตรฐานการปฏิบัติในการฝึกอบรมสำหรับบุคลากรใหม่

เนื่องจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ในขั้นทดลองการใช้รูปแบบได้ทำการศึกษาในเป็นพยาบาลในโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ดังนั้นการนำรูปแบบการโค้ชที่พัฒนาไปใช้ในกลุ่มพยาบาลกลุ่มอื่นจะต้องระมัดระวังในส่วนของบริษัทการทำงานที่มีความแตกต่างกัน

เนื่องจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กจึงควรมีการศึกษาในกลุ่ม

ตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นและทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายมากขึ้น เช่น การศึกษาผลของการใช้รูปแบบการโค้ชในกลุ่มที่อยู่ระหว่างการทดลองฝึกปฏิบัติงานบริการสุขภาพอื่น ๆ และอาจทำการศึกษาผลของการใช้รูปแบบการโค้ชในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข นอกจากนี้การศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการโค้ชอาจศึกษาถึงผลของการใช้รูปแบบการโค้ชต่อความรู้สึกมั่นคงในหน่วยงาน (security) และความรู้สึกมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของหน่วยงาน (belonging)

เอกสารอ้างอิง

1. ปริญา แร่ทอง และ ชिरุช ห่านรัตติย์. ประสบการณ์การเปลี่ยนบทบาทจากนักศึกษพยาบาลสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพ. วารสารสภาการพยาบาล 2555; 27(2):51-62.
2. มาเรียม เพราะสุนทร และ อารีย์วรรณ อ่วมตานี. การปฏิบัติบทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร 2551; 2(2): 15-23.
3. ประณีต ส่งวัฒนา, ปรีศนา อัดถาผล, มนัสวีย์ อุดุลยรัตน์, และ ทศนีย์ สมสมาน. ความต้องการและความร่วมมือในการพัฒนาบุคลากรและระบบการพยาบาลในพื้นที่สามจังหวัดภาคใต้ของไทย. สงขลานครินทร์เวชสาร 2550; 25(2): 107-115.
4. นกานันต์ ประสาททอง. ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน เขตภาคตะวันออก. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2553.
5. สุกัญญา รัตมีธรรมโชติ. Coaching: การพัฒนาผลงงานที่มองข้ามไม่ได้. ProductivityWorld 2551; 13(77): 72-78.
6. Canadian Nurses Association. Achieving excellence in professional practice: A guide to preceptorship and mentoring. Ottawa: Canadian Nurses Association; 2004.



7. Donner G, & Wheeler MM. Coaching in nursing: An introduction. Indianapolis: Printing Partners; 2009.
8. ประวีณา คาไซ. การสอนงานกับการบริหารผลการปฏิบัติงานของพนักงาน. วารสารวิทยาลัยดุสิตธานี 2551; 2(2): 42-58.
9. สำนักงาน ก.พ. คู่มือการสอนงานสำหรับข้าราชการผู้มีผลสัมฤทธิ์สูง. กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน ก.พ.; ม.ป.ป.
10. จุฬาวารี ชัยวงค์นาคพันธ์, วาสนา บุตรปัญญา, นลินี เตือนดาว, และจีระนันท์ มั่นเหมาะ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการโค้ชพยาบาลวิชาชีพในการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ. วารสารโรงพยาบาลแพร์ 2555; 20(1): 26-34.
11. ธัญพร ชื่นกลิ่น และ วัชรา เล่าเรียนดี. การพัฒนารูปแบบการโค้ชเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านการจัดการเรียนรู้ของอาจารย์พยาบาลที่ส่งเสริมทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย 2555; 4(1): 112-129.
12. สมเกียรติทานอก, วาสนา กীরติจำเริญ, ธัญญ์รัศม์ จอกสถิต และ ณัฐธิดา ภูบุญเพชร. รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนาครูโดยใช้กระบวนการสร้างระบบที่เลี้ยง Coaching and Mentoring สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครราชสีมา เขต 1. นครราชสีมา: คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา; 2556.
13. สถาบันพระบรมราชชนก. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการดำเนินโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้. กรุงเทพมหานคร: จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์; 2554.
14. พิมพกา ไชยยาเลิศ และ กัญญาดา ประจุกิลป์. ความสัมพันธ์ระหว่างการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วย แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์กับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาตนเองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2550; 19(1): 44-55.
15. Law H & Aquilina R. Developing a healthcare leadership coaching model using action research and system approaches—a case study: Implementing an executive coaching programme to support nurse managers in achieving organizational objectives in Malta. International Coaching Psychology Review 2013; 8(1): 54-71.
16. บงกชรัตน์ อุ่ณวัฒน์. ความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลพญาไท 2. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
17. มณฑา อร่ามเลิศมงคล. ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์เขต 6. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2549.



ระเบียบการส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข สมาคม ศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขจัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการด้านการพยาบาลทุกสาขาและการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ผลงานวิชาการที่รับตีพิมพ์ได้แก่ บทความวิจัย บทความวิชาการ บทวิจารณ์หนังสือ หรือบทความปริทรรศน์ วารสารฯ มีกำหนดออกปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม และ ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

ข้อกำหนดการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข มีดังต่อไปนี้

1. เป็นผลงานวิชาการที่เป็นบทความทางวิชาการ หรือบทความวิจัยภาษาไทย ในสาขาการพยาบาล และการสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้อง
2. ผลงานต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อน ยกเว้นเป็นผลงานที่ได้นำเสนอในการประชุมทางวิชาการแบบไม่มีเรื่องเต็ม (Proceedings) และผู้เขียนจะต้องไม่ส่งบทความเพื่อไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นในเวลาเดียวกัน
3. ผู้เขียนต้องสมัครเป็นสมาชิกวารสารเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี
4. หากเป็นไปได้ ควรมีการอ้างอิงบทความวิจัย หรือบทความวิชาการ ของวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข อย่างน้อย 1 รายการ
5. ผลงานจะได้รับการพิจารณาถ่วงน้ำหนักจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควร ไม่น้อยกว่า 2 คน
6. กองบรรณาธิการจะมีจดหมายแจ้งผลการพิจารณาการลงตีพิมพ์ในวารสารภายหลังจากกองบรรณาธิการได้พิจารณาผลงานในเบื้องต้นแล้ว
7. หากผลงานใดได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ เจ้าของผลงานจะต้องแก้ไขต้นฉบับให้เสร็จและส่งคืนกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนด มิฉะนั้น จะถือว่าสละสิทธิ์การตีพิมพ์
8. กองบรรณาธิการจะไม่ส่งคืนต้นฉบับและแผ่นซีดีข้อมูลให้แก่เจ้าของผลงาน
9. ผลงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง

การเตรียมต้นฉบับ

ลำดับการเขียนบทความวิจัย มีดังนี้

1. บทคัดย่อ ภาษาไทย พร้อมชื่อ-สกุล และสถานที่ทำงานของเจ้าของบทความเป็นภาษาไทย ไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4
2. บทคัดย่อ ภาษาอังกฤษ (Abstract) พร้อมชื่อ-สกุล และสถานที่ทำงานเจ้าของบทความเป็นภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4
3. คำสำคัญ (Key word) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ



4. บทนำ วัตถุประสงค์การวิจัย
5. สมมติฐานการวิจัย/กรอบแนวคิด (ถ้ามี)
6. วิธีดำเนินการวิจัย
 - 6.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - 6.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ระบุการสร้างและคุณภาพของเครื่องมือ)
 - 6.3 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
 - 6.4 การวิเคราะห์ข้อมูล
7. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล
8. สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ
9. การใช้ภาษา ใช้ภาษาไทยโดยยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน พยายามหลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทย ยกเว้นกรณีจำเป็นและไม่ใช้คำยืมนอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน
10. ภาพประกอบที่ต้องการตีพิมพ์ต้องส่งเป็นไฟล์ .jpg แต่ภาพในวารสารที่ตีพิมพ์แล้วจะเป็นภาพขาวดำเท่านั้น ถ้าเป็น artwork เขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษมันสีขาว มีหมายเลขกำกับพร้อมทั้งลูกศรแสดงตำแหน่งของภาพ และมีคำบรรยายใต้ภาพ หากเป็นภาพที่มีลิขสิทธิ์ ต้องมีการอ้างอิงด้วย
11. ตัวอักษรการพิมพ์: ขนาดตัวอักษร TH Niramit AS ขนาด 16, Single Space จัดหน้าให้มีช่องว่างด้านบน 1 นิ้ว ด้านล่าง 1 นิ้ว ด้านซ้าย 1.25 นิ้ว ด้านขวา 1 นิ้ว จำนวนไม่เกิน 15 หน้า รวมรายการอ้างอิง
12. การอ้างอิงและการเขียนเอกสารอ้างอิง
การเขียนเอกสารอ้างอิงให้ใช้รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) ซึ่งเป็นรูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง ที่ใช้ในวารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุขทั่วไป การอ้างอิงเอกสารวิชาการรูปแบบแวนคูเวอร์ ให้เรียงลำดับของเอกสาร ตามลำดับเลขที่มีการอ้างอิงในเนื้อหารายงานหรือบทความ และหมายเลขที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อนั้น จะต้องตรงกับหมายเลขที่มีการกำกับไว้ในส่วนเอกสารอ้างอิงด้วย โดยเรียงลำดับจากหมายเลข 1 ไปจนถึงเลขที่สุดท้าย (1, 2, 3,...) ต่อท้ายข้อความที่นำมาอ้างอิงในรายงาน โดยพิมพ์เป็นตัวยก (superscript) กรณีอ้างอิงหลายรายการในเนื้อหาเดียวกัน หากรายการอ้างอิงต่อเนื่องกันใช้ hyphen ระหว่างตัวเลข เช่น 1-3 แต่หากรายการอ้างอิงไม่ต่อเนื่องใช้ comma (,) ระหว่างตัวเลข เช่น 1-3,7 รายละเอียดการเขียนการเขียนเอกสารอ้างอิงรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) ให้ศึกษาจากบทความของ อาจารย์ จิราภรณ์ จันทร์จร เรื่อง การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) ใน website ของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข(www.tnaph.org) หัวข้อ วารสาร



13. รูปแบบการพิมพ์ มีดังต่อไปนี้

รายการ	ลักษณะตัวอักษร	รูปแบบการพิมพ์	ขนาดตัวอักษร
ชื่อบทความ	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18
ชื่อผู้เขียนบทความ* (ไทยและอังกฤษ)	ตัวเอน	ชิดขวา	16
บทคัดย่อ	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18
Abstract	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18
สถานที่ทำงานของผู้เขียนบทความ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ท้ายหน้า)	ตัวปกติ	ชิดซ้าย	16
คำสำคัญ, Key word	ตัวหนา	ชิดซ้าย	16
หัวข้อใหญ่	ตัวหนา	ชิดซ้าย	18
หัวข้อยรอง	ตัวหนา	ชิดซ้าย	16
หัวข้อย่อย	ตัวปกติ	ใช้หมายเลขกำกับ	16
เนื้อหาของบทคัดย่อและบทความ	ตัวปกติ	ใช้หมายเลขกำกับ	16
การเน้นข้อความในบทความ	ตัวปกติ	-	16
ข้อความในตาราง	ตัวปกติ	-	14-16
ตัวเลขอ้างอิง	superscript	-	16
เอกสารอ้างอิง	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	16



ตัวอย่างการใช้ตัวเลขและเครื่องหมายกำกับกรำแนกหัวข้อ ดังนี้

ขอบเขตของการวิจัย (หัวข้อใหญ่ อักษรหนา 18 พอยต์)

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย (หัวข้อรอง อักษรหนา 16 พอยต์)

.....

2. **ตัวแปรที่ศึกษา** (หัวข้อรอง อักษรหนา 16 พอยต์)

- 2.1 ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็นดังนี้

2.1.1.....

การส่งต้นฉบับ

ส่งต้นฉบับพิมพ์ 2 ชุด พร้อมแผ่นซีดีข้อมูล 1 แผ่น และแบบเสนอผลงานวิชาการเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข (สามารถ download ได้จาก website ของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข www.tnaph.org หัวข้อ วารสาร) หากเป็นบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์ ต้องผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ก่อน และแนบใบรับรองของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์มาด้วย ส่งเอกสารด้วยตนเอง ทางไปรษณีย์ หรือไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ ถึง

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

การติดต่อสอบถามรายละเอียด

1. บรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
 ดร.ศุภกรใจ เจริญสุข โทรศัพท์/โทรสาร: 02-590-1984, 086-155-6862
 e-mail: sukjai66@yahoo.com
2. ผู้จัดการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
 อาจารย์ไพบุลย์ วงษ์ใหญ่ โทรศัพท์/โทรสาร: 02-590-1834
 e-mail: n.tnaph@gmail.com

.....



การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

จิราภรณ์ จันทร์จร *

ในการเขียนเอกสารทางวิชาการนั้น ผู้เขียนจะต้องมีการค้นคว้ารวบรวมสารสนเทศจากแหล่งต่างๆ ทั้งที่เป็นหนังสือ วารสาร เอกสารการวิจัย หรือรายงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยจะคัดเลือกเฉพาะเอกสารที่มีความสำคัญจริงๆ นำไปกล่าวถึง หรืออ้างอิงเป็นแนวทางสนับสนุนประกอบการเขียนเรื่องนั้นๆ ซึ่งนอกจากจะเป็นหลักฐานแสดงถึงความน่าเชื่อถือของผลงานแล้วยังแสดงข้อมูลของแหล่งความรู้ที่สามารถสืบค้นเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและค้นคว้าเพิ่มเติม เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ และเพื่อการศึกษาต่อยอดในเรื่องที่อ้างอิงนั้นๆ

การอ้างอิง คือ การนำรายชื่อเอกสาร สิ่งพิมพ์ หรือบุคคลที่ผู้เขียนนำมากล่าวถึง หรืออ้างอิงในการเขียน มารวบรวมไว้ได้อย่างมีแบบแผนที่ส่วนท้ายของงานนิพนธ์ภายใต้หัวข้อ เอกสารอ้างอิง หรือบรรณานุกรม และใช้ภาษาอังกฤษว่า References หรือ Bibliography ซึ่งรายการอ้างอิงนั้นมีรูปแบบตามกฎเกณฑ์ที่กำหนดอย่างเป็นระบบ ในการเขียนเอกสารทางวิชาการแพทย์ และวิทยาศาสตร์การแพทย์นิยมเขียนเอกสารอ้างอิงในรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์

เนื่องจากความหลากหลายของวารสารทางวิชาการแพทย์ซึ่งมีอยู่มากกว่า 5,000 ชื่อ รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง จึงมีความแตกต่างกันออกไป บางครั้งขาดความครบถ้วนของข้อมูลสำคัญๆ ที่จะช่วยในการติดตามค้นหาหรือตรวจสอบความถูกต้องของผลงานทางวิชาการ ดังนั้น จึงมีการจัดตั้งคณะกรรมการระดับนานาชาติชื่อ “International Committee of Medical Journal Editors : ICMJE” และจัดการประชุมเพื่อกำหนดรูปแบบการอ้างอิงที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

ขึ้น ในปี 1978 ที่นครแวนคูเวอร์ รัฐบริติช โคลัมเบีย ประเทศแคนาดา ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการเขียนเอกสารอ้างอิง ซึ่งเรียกว่า “The Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals” หรือที่รู้จักกันโดยทั่วไปว่า Vancouver Style หลังจากนั้นก็มีการประชุมเพื่อปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง และล่าสุดในปี 2010 ได้ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการอ้างอิงให้ทันสมัยโดยเฉพาะการอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ที่มีการอ้างอิงมากขึ้น ในปัจจุบันนี้ ส่วนหลักเกณฑ์สำคัญที่ยังคงใช้อยู่ได้แก่ หลักการอ้างอิงในเนื้อเรื่อง (in-text citations) เมื่อนำผลงานของบุคคลอื่นไม่ว่า บางส่วนหรือทั้งหมดมาอ้างอิงในงานนิพนธ์ให้ใส่ตัวเลขกำกับที่ทำข้อความนั้น เรียงตามลำดับ 1,2,3... โดยใช้ตัวเลขอารบิกอยู่ในวงเล็บกลม (round brackets) หรือตัวเลขยกขึ้น (superscript) แล้วรวบรวมเป็นรายการอ้างอิง (Reference list หรือ Bibliography) ที่ส่วนท้ายของงานนิพนธ์

ส่วนประกอบของข้อมูลที่จะนำมาเขียนรายการอ้างอิง

ข้อมูลที่จะนำมาเขียนรายการเอกสารอ้างอิง จะแตกต่างกันตามประเภทของเอกสารที่นำมาอ้างอิง ซึ่งในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะเอกสารที่มีความนิยมใช้ในการอ้างอิงและเอกสารที่ข้อมูลค่อนข้างจะซับซ้อนยากแก่การนำมาอ้างอิงโดยเรียงเรียงตามเอกสารจาก International Committee of Medical Journal Editors: Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Last updated: 15 July 2011 สำหรับรายละเอียดทั้งหมดสามารถศึกษาเพิ่มเติมจากเอกสารต้นฉบับได้ที่ http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

*บรรณารักษ์ชำนาญการพิเศษ หอสมุดคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2554 (ฉบับปรับปรุง)



การอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีพิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

1. บทความจากวารสารมาตรฐาน (Standard journal article)

- Kane RA, Kane RL. Effect of genetic testing for risk of Alzheimer's disease. N Engl J Med 2009;361:298-9.
- จิราภรณ์ จันทรจักร. การใช้โปรแกรม EndNote: จัดการเอกสารอ้างอิงทางการแพทย์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2551;52:241-53.

คำอธิบายข้อมูลในรูปแบบพื้นฐาน

1. **ชื่อผู้แต่ง** (Author) : อาจจะหมายถึง ผู้เขียน ผู้แปล ผู้รวบรวม บรรณาธิการ หรือหน่วยงาน

- ผู้แต่งที่เป็นชาวต่างประเทศ ให้เขียนชื่อสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใดๆ คั่น ถ้าผู้แต่งมีหลายคนแต่ไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (comma - ,) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายใช้เครื่องหมายมหัพภาค (fullstop - .)

- **ชื่อผู้แต่งที่เป็นคนไทย** ให้เขียนแบบภาษาไทยโดยเขียนชื่อและนามสกุลเป็นคำเต็ม เช่น

• ทรงกลด เอี่ยมจตุรภัทร, สุพินดา แสงพานิชย์, เพิ่มทรัพย์ อธิประดิษฐ์. การเปรียบเทียบผลการตอบสนองทางผิวหนังด้วยวิธีสกินดิฟเฟอเรนซ์กับวิธี skin endpoint titration ในผู้ป่วยที่แพ้ไรฝุ่นหรือแมลงสาบ. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2545;46:649-57.

- กรณีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma - ,)

และตามด้วย et al. (คำว่า et al เป็นคำย่อซึ่งย่อมาจากคำในภาษาละติน คือ et alii หรือ et alia แปลเป็นภาษาอังกฤษว่า "and others") และภาษาไทยใช้คำว่า "และคณะ" เช่น

• Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med 2009;361:1529-38.

• จริฎา เลิศอรธรรมณี, เอมอร รักรัษมณี, อนุพันธ์ ตันติวงศ์, กรุณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุฒิพิพรรณี วรกิจโกภคทรา, และคณะ. ความเสี่ยงและประสิทธิผลของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. จดหมายเหตุทางแพทย์ 2545;85: 1288-95.

2. ชื่อบทความ (Title of the article)

- บทความเป็นภาษาอังกฤษ ชื่อบทความใช้อักษรตัวใหญ่ (Capital letter) เฉพาะตัวแรกและชื่อเฉพาะ นอกจากนั้นใช้อักษรตัวเล็กทั้งหมด เมื่อจบชื่อบทความให้ใช้เครื่องหมายมหัพภาค (Fullstop-.)

- บทความภาษาไทย ให้เขียนแบบคำไทย

3. ชื่อวารสาร (Title of the Journal)

- ใช้ชื่อย่อตามมาตรฐานสากลที่กำหนดไว้ใน Index Medicus โดยตรวจสอบได้จาก Journals in NCBI Databases จัดทำโดย National Library of Medicine (NLM) ซึ่งคำย่อเหล่านี้ได้ยึดตามกฎการเขียนคำย่อของ American National Standard for Information Sciences-Abbreviation of Titles of Publications.

- สำหรับวารสารภาษาไทยยังไม่มีชื่อย่ออย่างเป็นทางการ ให้ใช้ชื่อเต็มปรากฏที่หน้าปก เช่น ขอนแก่นเวชสาร จดหมายเหตุทางแพทย์ จุฬาลงกรณ์เวชสาร เชียงใหม่เวชสาร สารศิริราช ฯลฯ

4. ปี (year) เดือน (month) เล่มที่ (Volume)

และฉบับที่ (Number/Issue) เนื่องจากวารสารส่วนมากจะมีเลขหน้าต่อเนื่องกันทั้งปี ตั้งแต่ฉบับที่ 1



ไปจนจบฉบับสุดท้าย การลงรายการแบบ Vancouver จึงให้ใส่เฉพาะ ปี (year) และเล่มที่ (volume) เท่านั้น ไม่ต้องใส่เดือน วันที่และฉบับที่

5. เลขหน้า (Page) ให้ใส่เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย โดยใช้ตัวเลขเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับเลขหน้าสุดท้าย เช่น

หน้า 10-18	ใช้ 10-8
หน้า 198-201	ใช้ 198-201
หน้า S104-S111	ใช้ S104-11
หน้า 104S-111S	ใช้ 104S-11S

2. บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization as author)

ให้ใส่ชื่อหน่วยงาน/สถาบันนั้นๆ ในส่วนที่เป็นชื่อผู้เขียน เช่น

- World Health Organization. Surveillance of antibiotic resistance in Neisseria gonorrhoeae in the WHO Western Pacific Region. Commun Dis Intell 2002;26:541-5.

- สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจ เนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทยสภาสาร 2538;24:190-204.

3. บทความที่ผู้แต่งมีทั้งเป็นบุคคลและเป็นหน่วยงาน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งและหน่วยงานตามที่ปรากฏในเอกสารที่นำมาอ้างอิง เช่น

- Savva GM, Wharton SB, Ince PG, Forster G, Matthews FE, Brayne C; Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study. Age, neuropathology, and dementia. N Engl J Med 2009;360:2302-9.

4. บทความที่ไม่มีชื่อผู้แต่ง ให้เขียนชื่อบทความเป็นส่วนแรกได้เลย เช่น

- Control hypertension to protect your memory. Keeping your blood pressure low may guard against Alzheimer's, new research suggests. Heart Advis 2003;6:4-5.

5. วารสารเล่มที่มีเล่มผนวกหรือเล่มพิเศษ (Volume with supplement) เช่น เล่มพิเศษเล่มที่ 1 ของปีนั้นเขียนเป็น Suppl 1 ต่อจากปีที่โดยไม่ต้องอยู่ในวงเล็บ โดยจะสังเกตได้ในส่วนของเลขหน้า จะมีตัวอักษร S อยู่ด้วย เช่น

- Anamart C, Pongvarin N. Patent foramen ovale and recurrent transient neurological symptoms: a case report and review of literature. J Med Assoc Thai 2011;94 Suppl 1:S264-8.

6. วารสารเล่มผนวกที่มีฉบับพิเศษ (Issue with supplement) ให้เขียนฉบับพิเศษและตอนย่อยไว้ในวงเล็บ เช่น

- Akyol M, Dogan S, Kaptanoglu E, Ozcelik S. Systemic isotretinoin in the treatment of a Behcet's patient with arthritic symptoms and acne lesions. Clin Exp Rheumatol 2002;20 (4 Suppl 26):S1-55.

7. วารสารเล่มที่มีตอนย่อย (Volume with part) ให้เขียนตอนย่อยไว้ในวงเล็บต่อจากเล่มที่ เช่น

- Pan CL, Tseng TJ, Lin YH, Chiang MC, Lin WM, Hsieh ST. Cutaneous innervation in Guillain-Barre syndrome: pathology and clinical correlations. Brain 2003;126(Pt 2):386-97.

8. วารสารที่มีฉบับมีตอนย่อย (Issue with part) ให้เขียนทั้งฉบับที่และตอนย่อยไว้ในวงเล็บต่อจากเล่มที่ เช่น

- Kamel IR, Bluemke DA. Imaging evaluation of hepatocellular carcinoma. J Vasc Interv Radiol 2002;13(9 Pt 2):S173-84.

9. วารสารที่มีเฉพาะฉบับที่ ไม่มีเล่มที่ (Issue with no volume) ให้ใส่ฉบับที่ไว้ในวงเล็บในส่วนของเล่มที่

- Matsuura M, Lounici S, Inoue N, Walulik S, Chao EY. Assessment of external fixator reusability using load- and cycle-dependent tests. Clin Orthop 2003;(406):275-81.

10. วารสารที่ไม่มีทั้งเล่มที่ และฉบับที่ (No volume or issue) ให้เขียนเลขหน้าต่อจากปี (Year)



โดยใช้เครื่องหมาย ทริภาค (Colon - :) คั่นระหว่างปี และเลขหน้า เช่น

- Mandel JS. Screening for colorectal cancer. *Curr Opin Gen Surg* 1994;79-84.

11. วารสารที่มีเลขหน้าเป็นเลขโรมัน ให้ลงรายการอ้างอิงดังนี้

- Fisher GA, Sikic BI. Drug resistance in clinical oncology and hematology. Introduction. *Hematol Oncol Clin North Am* 1995;9(2):xi-xii.

12. วารสารที่ระบุประเภทของบทความ เช่น บทบรรณาธิการ จดหมาย หรือ บทความย่อ ให้แสดงประเภทของเอกสารภายในเครื่องหมายวงเล็บเหลี่ยมต่อจากชื่อเรื่อง ดังนี้

- Fisher RI. Immunotherapy in Non-Hodgkin's lymphoma: Treatment advances [editorial]. *Semin Oncol* 2003;30(2 Suppl 4):1-2

- Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [letter]. *Lancet* 1996;347:1337.

- Clark DV, Hansen PH, Mammen MP. Impact of dengue in Thailand at the family and population levels [abstract]. *Am J Trop Med Hyg* 2002;67(2 Suppl):239.

13. อ้างอิงบทความที่ถอนบทความอื่น (Article containing retraction)

- Sticklen MB. Plant genetic engineering for biofuel production: towards affordable cellulosic ethanol. *Nat Rev Genet* 2010;11:308. Retraction of: Sticklen MB. *Nat Rev Genet* 2008;9:433-43.

14. อ้างอิงบทความที่ถูกถอน (Article retracted)

- Sticklen MB. Plant genetic engineering for biofuel production: towards affordable cellulosic ethanol. *Nat Rev Genet* 2008;9:433-43. Retraction in: Sticklen MB. *Nat Rev Genet* 2010;11:308.

15. อ้างอิงบทความที่แก้ไขและตีพิมพ์ใหม่ (Article republished with corrections)

- Mansharamani M, Chilton BS. The reproductive importance of P-type ATPases. *Mol Cell Endocrinol* 2002;188:22-5. Corrected and republished from: *Mol Cell Endocrinol* 2001;183:123-6.

16. อ้างอิงบทความที่พิมพ์ผิดและมีการแก้ไข (Article with published erratum)

- Malinowski JM, Bolesta S. Rosiglitazone in the treatment of type 2 diabetes mellitus: a critical review. *Clin Ther* 2000;22:1151-68; discussion 1149-50. Erratum in: *Clin Ther* 2001;23:309.

17. บทความที่มีการเผยแพร่ทางอิเล็กทรอนิกส์ก่อนฉบับพิมพ์ (Article published electronically ahead of the print version) ซึ่งส่วนมากจะเป็นบทความที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูล PubMed

- Zoldan J, Karagiannis ED, Lee CY, Anderson DG, Langer R, Levenberg S. The influence of scaffold elasticity on germ layer specification of human embryonic stem cells. *Biomaterials* 2011 Sep 28. [Epub ahead of print]

การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา แบ่งเป็น 2 ลักษณะ

18. การอ้างอิงหนังสือทั้งเล่ม

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปี (Year).

คำอธิบายข้อมูลในรูปแบบพื้นฐาน

1. ชื่อผู้แต่ง (Authors) ชื่อผู้แต่งที่อาจจะเป็นบุคคล หน่วยงาน บรรณาธิการ (editor) หรือคณะ บรรณาธิการ (editors) ให้ใช้ชื่อกำหนดเดียวกันกับชื่อแต่งในการอ้างอิงบทความจากวารสาร
2. ชื่อหนังสือ (Title of the book) ให้ใช้ตัวอักษรตัวใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของ ชื่อหนังสือ และชื่อเฉพาะ นอกนั้นใช้ตัวเล็กทั้งหมด เช่น Otolaryngology head and neck surgery. หรือ The medical and legal implications of AIDS.



- หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบุคคล

- Janeway CA, Travers P, Walport M, Shlomchik M. Immunobiology. 5th ed. New York: Garland Publishing; 2001.

- รังสรรค์ ปัญญาญญะ. โรคติดเชื้อของระบบประสาทกลางในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2536.

- หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบรรณาธิการหรือผู้รวบรวม (Editor/Compiler)

- Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

- หนังสือที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization)

- Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992.

3. จำนวนเล่ม (Volume) ถ้าหนังสือมีมากกว่า 1 เล่ม และใช้ประกอบการเขียนหมดทุกเล่มให้ใส่จำนวนเล่มทั้งหมด เช่น 2 vols. หรือ 3 เล่ม. หากอ้างเพียงเล่มใดเล่มหนึ่งให้ใส่เฉพาะเล่มที่อ้าง เช่น Vol. 2. หรือ เล่ม 3.

- Fields BN, Knipe DM, Howley PM, editors. Fields virology. 2 vols. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1996.

- พรเทพ เทียนสิวกุล, บรรณาธิการ. โสहितวิทยาคลินิกขั้นสูง. 2 เล่ม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541.

- Bucholz RW, Heckman JD, editors. Rockwood and Green's fractures in adults. Vol. 2. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.

- ไพรัตน์ พุกษาชาติคุณากร, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์. เล่ม 1. เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์; 2534.

4. ครั้งที่พิมพ์ (Edition) ถ้าเป็นการพิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ต้องใส่ส่วนนี้ในรายการอ้างอิงให้ใส่เมื่อเป็นการพิมพ์ครั้งที่ 2, 3, 4... เป็นต้นไป เช่น 2nd ed. 3rd ed. 4th ed. ... ถ้าเป็นการพิมพ์และมีการปรับปรุงแก้ไขให้ลงรายการดังนี้ 4th rev. ed.

5. สถานที่พิมพ์หรือสถานที่พิมพ์ (Place of publication) ให้ใส่ชื่อเมืองที่สำนักพิมพ์ตั้งอยู่ ถ้ามีหลายเมืองให้ใช้เมืองแรก ถ้าเมืองไม่เป็นที่รู้จักให้ใส่ชื่อย่อของรัฐหรือประเทศ ถ้าหากไม่ปรากฏเมืองที่พิมพ์ให้ใช้คำว่า n.p. ซึ่งย่อมาจาก no place of publication และ ภาษาไทยใช้คำว่า ม.ป.ท. ย่อมาจากคำว่า ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์ แล้วตามด้วยเครื่องหมายทวิภาค (colon - :) เช่น

- Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany, NY: Delmar Publishers; 1996.

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือส่งเสริมสุขภาพจิตนักเรียนระดับมัธยมศึกษาสำหรับครู. พิมพ์ครั้งที่ 3. ม.ป.ท.: 2542. (จากตัวอย่างนี้อาจจะใช้หน่วยงานแทน ม.ป.ท. ได้ เป็นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข)

6. สำนักพิมพ์ (Publisher) ให้ใส่เฉพาะชื่อสำนักพิมพ์ตามที่ปรากฏในหนังสือ แล้วตามด้วยเครื่องหมายอัฒภาค (semicolon - ;) โดยไม่ต้องระบุสถานะว่าเป็น ห.จ.ก., บริษัท, จำกัด, co., Ltd. เช่น เรือนแก้วการพิมพ์, Mosby, W.B. Saunders ยกเว้น โรงพิมพ์ของหน่วยงาน ส่วนราชการให้ใส่คำว่า โรงพิมพ์ หรือ สำนักพิมพ์ด้วย เช่น โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และหากหนังสือเล่มนั้นเป็นสิ่งพิมพ์รัฐบาล ให้ลงชื่อหน่วยราชการที่รับผิดชอบการจัดทำหนังสือเล่มนั้นเป็นผู้พิมพ์แม้จะมีชื่อสำนักพิมพ์/โรงพิมพ์ก็ตาม เช่น



- นงลักษณ์ สุขวานิชย์ศิลป์, บรรณาธิการ. ยาใหม่ในประเทศไทย. เล่ม 5. กรุงเทพฯ: โครงการคลังข้อมูลยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2533.

7. ปีพิมพ์ (Year) ให้ใส่เฉพาะตัวเลขของ ปี พ.ศ. ถ้าเป็นหนังสือภาษาไทย หรือ ค.ศ. ถ้าเป็นหนังสือภาษาต่างประเทศ แล้วจบด้วยเครื่องหมาย มหัพภาค (.)

19. การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการของหนังสือ (Chapter in a book)

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้เขียน (Author). ชื่อบท (Title of a chapter). ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor(s). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีพิมพ์ (Year). หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

- Esclamado R, Cummings CW. Management of the impaired airway in adults. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE, editors. Otolaryngology – head and neck surgery. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby Year Book; 1993. p. 2001–19.

- เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจินดา, วินัย สุวัตถิ, อรุณ วงษ์จิราษฎร์, ประอร ชวลิตธำรง, พิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424–78.

20. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

- Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15–19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

21. การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม หรือสรุปผลการประชุม (Conference paper)

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor. ชื่อการประชุม; วันเดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. หน้า/ p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

- Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6–10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561–5.

22. การเขียนเอกสารอ้างอิงที่เป็นรายงานทางวิชาการ หรือรายงานทางวิทยาศาสตร์ (Technical/Scientific Report)

- เอกสารที่จัดพิมพ์โดยเจ้าของทุน (Issued by funding)

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์: หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีพิมพ์. เลขที่รายงาน.



- Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas, TX: Dept. of Health and Human Services (US), Office of Evaluation and Inspections; 1994 Oct. Report No.: HHSIGOEI69200860.

- เอกสารที่จัดพิมพ์โดยหน่วยงานผู้จัดทำ รายงาน (Issued by performing agency)

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้เขียน/บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์: หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีพิมพ์. เลขที่รายงาน. หน่วยงานผู้จัดทำรายงาน.

- Field MJ, Tranquada RE, Feasley JC, editors. Health services research: work force and educational issues. Washington: National Academy Press; 1995. Contract No.: AHCP282942008. Sponsored by the Agency for Health Care Policy and Research.

23. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation) ให้เขียนรายการอ้างอิง ดังนี้

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้พิมพ์ ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

- Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis, MO: Washington University; 1995.
- อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

24. สิทธิบัตร (Patent)

- Pagedas AC, inventor; Ancel Surgical R&D Inc., assignee. Flexible endoscopic grasping and cutting device and positioning tool assembly. United States patent US 20020103498. 2002 Aug 1.

25. การอ้างอิงบทความในหนังสือพิมพ์ (Newspaper article)

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์. ปี เดือน วันที่; ส่วนที่: เลขหน้า (เลขคอลัมน์).

- Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution; study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post. 1996 Jun 21; Sect. A: 3 (col. 5).

- ซี 12. ตุลาการศาล ปค. เข้ารอบ ไทยรัฐ. 2543 พ.ย. 20; ข่าวการศึกษา ศาสนา-สาธารณสุข: 12 (คอลัมน์ 1).

26. เอกสารอ้างอิงที่ประเภทพจนานุกรมต่างๆ (Dictionary and similar references)

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปี (Year). คำศัพท์; หน้า.

- Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

27. การอ้างอิงเอกสารที่ยังไม่ได้ตีพิมพ์หรือกำลังรอตีพิมพ์ (Unpublished Material)

ใช้รูปแบบการอ้างอิงตามประเภทของเอกสารดังกล่าวข้างต้น และระบุว่า In press หรือ รอตีพิมพ์ เช่น



- Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Eng J Med. In press 1996.

หมายเหตุ: NLM นิยมใช้คำว่า “forthcoming” เพราะยังไม่แน่ว่าเอกสารนั้นๆ จะได้รับการตีพิมพ์หรือไม่

การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Material)

การเขียนรายการอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์จากเว็บไซต์บางครั้งจะมีปัญหาเรื่องความไม่ถาวรของ URL หรือการเปลี่ยนแปลงเนื้อหาบางส่วน ทำให้การเชื่อมโยงไปสู่เอกสารเพื่อตรวจสอบหรือค้นคว้าเพิ่มเติมในภายหลังทำได้ยากหรือทำไม่ได้เลย ดังนั้นเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว ในการลงรายการอ้างอิงเอกสารจากเว็บไซต์ จึงต้องลงวันที่เข้าใช้ (Cited) เว็บไซต์นั้นๆ และให้พิมพ์หรือทำสำเนาเอกสารเก็บไว้ทุกครั้ง

การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ให้ใช้รูปแบบตามประเภทของเอกสารดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น แต่เพิ่มข้อมูลบอกประเภทของวัสดุหรือเอกสารที่นำอ้างอิง วันที่สืบค้นข้อมูล และแหล่งที่มาของข้อมูลดังนี้

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article) [ประเภทของสื่อ/วัสดุ]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/ Available from: <http://.....>

28. ซีดีรอม (CD-ROM)

- Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

29. บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) [ประเภทของสื่อ]. ปีพิมพ์

[เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่];ปีที่:[หน้า/about screen]. เข้าถึงได้จาก/ Available from: <http://.....>

- Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ตที่มีลักษณะพิเศษอื่นๆ เช่น

- บทความที่มีการเผยแพร่ทางอิเล็กทรอนิกส์ก่อนฉบับพิมพ์ (Article published electronically ahead of the print version) ซึ่งส่วนมากจะเป็นบทความที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูล PubMed (ดูที่ # 17)

- บทความที่มีหมายเลขเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Article with document number in place of traditional pagination) เป็นบทความที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูล PubMed จะมีเลข PMID (PubMed Identifier)

- Williams JS, Brown SM, Conlin PR. Videos in clinical medicine. Blood-pressure measurement. N Engl J Med. 2009 Jan 29;360(5):e6. PMID: 19179309.

- บทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิทัล (Article with a Digital Object Identifier (DOI) เป็นหมายเลขมาตรฐานประจำเอกสารที่เผยแพร่บนอินเทอร์เน็ต ช่วยให้สืบค้นสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ได้อย่างถาวร และช่วยแก้ปัญหาการเปลี่ยนแปลงแหล่งที่อยู่หรือเว็บไซต์ของสารสนเทศนั้นถูกยกเลิก

- Zhang M, Holman CD, Price SD, Sanfilippo FM, Preen DB, Bulsara MK. Comorbidity and repeat admission to hospital for adverse drug reactions in older adults: retrospective cohort study. BMJ 2009;338:a2752. doi: 10.1136/bmj.a2752.



30. Monograph on the Internet

- Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>.

31. การอ้างอิงโฮมเพจ/เว็บไซต์ (Homepage/ Web site)

- Cancer-Pain.org [Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources; c2000-01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>.

32. ฐานข้อมูลบนอินเทอร์เน็ต (Database on the Internet) เป็นรูปแบบที่สามารถประยุกต์ใช้ได้ตามข้อมูลที่จะนำมาอ้างอิง นิยมใช้กันมากในการอ้างอิงข้อมูลต่างๆ ที่สืบค้นได้จากอินเทอร์เน็ต ดังตัวอย่างต่อไปนี้

- American Medical Association [Internet]. Chicago: The Association; c1995-2002 [updated 2001 Aug 23; cited 2002 Aug 12]. AMA Office of Group Practice Liaison; [about 2 screens]. Available from: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1736.html>

- Wikipedia. Generation Y [Internet]. 2011 [cited 2011 Jul 5]. Available from: http://en.wikipedia.org/wiki/Generation_Y

- Fanti S, Farsad M, Mansi L. Atlas of PET/CT: a quick guide to image interpretation [Internet]. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2009 [cited 2011 Jun 15]. Available from: http://www.amazon.com/Atlas-PET-CT-Quick-Interpretation/dp/3540777717#reader_3540777717

- จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนรายการอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551 [เข้าถึงเมื่อ 18

ต.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก: <http://liblog.dpu.ac.th/analyresource/wp-content/uploads/2010/06/reference08.pdf>

33. การอ้างอิงบล็อก (Blogs)

- Holt M. The Health Care Blog [Internet]. San Francisco: Matthew Holt; 2003 Oct - [cited 2009 Feb 13]. Available from: http://www.the-healthcareblog.com/the_health_care_blog/.

- KidneyNotes.com [Internet]. New York: KidneyNotes; c2006 - [cited 2009 Feb 13]. Available from: <http://www.kidneynotes.com/>.

- Wall Street Journal. HEALTH BLOG: WSJ's blog on health and the business of health [Internet]. Hensley S, editor. New York: Dow Jones & Company; c2007 - [cited 2009 Feb 13]. Available from: <http://blogs.wsj.com/health/>.

- บล็อกแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หอสมุดพระราชวังสนามจันทร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร. จะหาตัวเอกสารจากหมายเลข DOI ได้อย่างไร [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 18 ต.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.snclibblog/?p=13301>

การเรียงรายการอ้างอิงท้ายบทความ

นำรายการอ้างอิงมารวบรวมเขียนไว้ที่ท้ายบทความ ภายใต้หัวข้อ รายการอ้างอิง หรือ บรรณานุกรม และใช้ภาษาอังกฤษว่า References หรือ Bibliography โดยเรียงลำดับหมายเลข 1, 2, 3, ... ตามที่ปรากฏในเนื้อเรื่อง

ข้อควรระวัง คือตัวเลขที่กำกับในเนื้อเรื่องจะต้องสอดคล้องกับลำดับที่ในรายการอ้างอิงท้ายบทความ

บรรณานุกรม

- จ้อย นันทวิชรินทร์. แบบบรรณานุกรมและเชิงอรรถ. กรุงเทพฯ: คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2514.

- จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนรายการอ้างอิงใน



- เอกสารวิชาการทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546 [เข้าถึงเมื่อ 11 พ.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก: <http://library.md.chula.ac.th/guide/vancouver.pdf>
3. นงลักษณ์ ไม่น่ายกิจ. การเขียนบรรณานุกรมหรือรายการอ้างอิง. ใน: สารนิเทศสาร. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2000. หน้า 1-33.
 4. นवलลอบ จุลพัปสาสน์. แบบแผนการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (The Vancouver Style) [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ท.). [เข้าถึงเมื่อ 18 เม.ย. 2546]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.medicine.cmu.ac.th/secret/edserv/journal/vancouver.htm>
 5. ประเสริฐ ทองเจริญ. การเขียนเอกสารอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางวิทยาศาสตร์. ศรีนครินทร์ เวชสาร 2545;17:66-75.
 6. วิวัฒน์ โรจนพิทยากร. การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารทางวิชาการโดยใช้ระบบแวนคูเวอร์. วารสารโรคติดต่อ [อินเทอร์เน็ต]. 2541 [เข้าถึงเมื่อ 1 มี.ค. 2549];24:465-72. เข้าถึงได้จาก: <http://stang.li.mahidol.ac.th/image/style.pdf>
 7. สุดใจ ธนไพศาล. การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ Vancouver. [อินเทอร์เน็ต]. 2549 [เข้าถึงเมื่อ 1 ต.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก: <http://library.md.kku.ac.th/VancouverStyle.pdf>
 8. ยรรยง เต็งอำนวย, สุภาพร ชัยธัมมะปกรณ์. ปัญหาความไม่ถาวรของการอ้างอิงเอกสารบนเว็ลด์ไวด์เว็บ. วารสารห้องสมุด 2542;43:1-17.
 9. Fact Sheet MEDLINE [Internet]. Bethesda, MD: U.S. National Library of Medicine; 2004 [updated 2011 Jan 26; cited 2011 Aug 12]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/medline.html>.
 10. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscript submitted to biomedical journals: about the uniform requirements [Internet]. c2009 [cited 2003 Mar 3]. Available from: http://www.icmje.org/sop_1about.html
 11. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscript submitted to biomedical journals [Internet]. 2003 [updated: 2011 Jul 15; cited 2011 Aug 12]. Available from: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html



แบบเสนอผลงานวิชาการเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

.....

เรียน บรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ข้าพเจ้า นาย นาง นางสาว อื่น ๆ (โปรดระบุ)

ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย)

ชื่อ - สกุล (ภาษาอังกฤษ)

ตำแหน่ง (ภาษาไทย)

ตำแหน่ง (ภาษาอังกฤษ)

หน่วยงาน (ภาษาไทย)

หน่วยงาน (ภาษาอังกฤษ)

ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ (ที่ติดต่อได้)

.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

โทรสาร..... E-mail.....

มีความประสงค์ขอส่งผลงานวิชาการ เรื่อง :

ชื่อผลงาน (ภาษาไทย)

.....

ชื่อผลงาน (ภาษาอังกฤษ)

.....

ประเภทของผลงานวิชาการ

 บทความวิจัย บทความวิชาการ บทวิจารณ์หนังสือ บทความปริทรรศน์ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผลงานนี้ เป็นผลงานของข้าพเจ้าเพียงผู้เดียว เป็นผลงานของข้าพเจ้าและผู้ที่ระบุชื่อในผลงาน

ผลงานนี้ยังไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และจะไม่นำไปเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ๆ

อีกนับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งผลงานต้นฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้ส่งเอกสารต่างๆ ให้กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ดังต่อไปนี้

 เอกสารต้นฉบับจำนวน 2 ชุด แผ่นซีดีบันทึกข้อมูล 1 แผ่น สำเนาใบรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์

ลงชื่อเจ้าของผลงาน

(.....)



แบบรับรองบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์/การศึกษานิพนธ์

.....

เรียน บรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ข้าพเจ้า

ชื่อ - สกุล

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน/สถาบัน.....

ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ (ที่ติดต่อได้)

.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

โทรสาร..... E-mail.....

ขอรับรองว่าได้ตรวจสอบบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์/การศึกษานิพนธ์ เรื่อง :

ชื่อผลงาน (ภาษาไทย)

.....

ของ (ชื่อ - สกุล)

ว่าถูกต้องตามหลักวิชาการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

และยินดีให้ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขได้

.....ลายมือชื่อ

(.....)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์/การศึกษานิพนธ์



ใบสมัคร

เป็นสมาชิกวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
สมาคมนิสิตเก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

1. ผู้สมัครและที่อยู่ (สำหรับส่งวารสารได้ถึงมือผู้รับ)

ชื่อ.....นามสกุล.....เลขที่สมาชิก.....

สมัครใหม่ ต่ออายุวารสาร โปรดระบุ ปี พ.ศ.....

ที่อยู่เลขที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

2. ระยะเวลาที่บอกรับ กำหนดการออกปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

1 ปี ค่าสมาชิก 300.00 บาท (3 เล่ม)

2 ปี ค่าสมาชิก 600.00 บาท (6 เล่ม)

การชำระเงิน ชำระโดย เงินสด ตั๋วแลกเงินไปรษณีย์

ธนาคารดีสง่าจ่าย ในนาม สมาคมนิสิตเก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
สั่งจ่าย ณ ที่ทำการไปรษณีย์ ปณฝ. กระทรวงสาธารณสุข

โอนเงินสดผ่านบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขากระทรวงสาธารณสุข

ชื่อบัญชี : สมาคมนิสิตเก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

เลขที่บัญชี : 340-202333-5

(ขอให้ส่งหลักฐานการโอนเงิน แนบมาพร้อมใบสมัคร ทุกครั้ง)

ขอให้ออกใบเสร็จในนาม.....

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สมาคมนิสิตเก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตึก 4 ชั้น 7 ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร./โทรสาร. 0-2590-1834 , www.tnaph.org, e-mail : n.tnaph@gmail.com

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข Nursing Journal of the Ministry of Public Health

วัตถุประสงค์

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขจัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการด้านการพยาบาลทุกสาขาและการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

ชื่อวารสาร

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

ขอบเขต

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข จะตีพิมพ์บทความที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. คุณานิธิ เป็นบทความเขียนถึงผู้มีพระคุณ ผู้ที่มีผลงานดีเด่น เป็นที่เชิดชูวิชาชีพ ผู้มีวิชาชีพหรือผู้ปฏิบัติทางวิชาชีพ ด้วยเจตนาเพื่อเผยแพร่ให้เป็นที่รู้จัก เป็นตัวอย่าง และเป็นภาคภูมิใจของชนรุ่นหลัง
2. บทความวิชาการ เป็นบทความทางการพยาบาล การศึกษาพยาบาล การบริหารและงานทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
3. รายงานการวิจัยทางวิชาชีพ หรือเกี่ยวข้อง
4. นานาสาระ เป็นบทความข้อความความรู้ทั่วไปที่เกี่ยวข้อง และเป็นประโยชน์
5. ข่าวสารจากสมาคมฯ 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 และมีข้อความรับผิดชอบต่อสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

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