



วารสารแพทย์นาวี

Royal Thai Navy Medical Journal

วารสารราย 4 เดือน ปีที่ 46 • ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2562 • Volume 46 No.2 May-August 2019 • ISSN: 0125-6971

บทบรรณาธิการ บทความวิจัย

- ▶ ประสิทธิภาพของมาตรการ
ในการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กมารับ
บริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
ด้วยพยาธิสภาพไม่รุนแรงด้วย
ทางการแพทย์
- ▶ พลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจ
ในการควบคุมความอยากดื่ม
ต่อพฤติกรรมดื่มน้ำแอลกอฮอล์
ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์
- ▶ วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย
ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
ในภาคตะวันออก
- ▶ การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอน
โดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบบูรณา
เป็นฐาน เพื่อส่งเสริมผลสัมฤทธิ์
ทางการเรียนและการคิดอย่างมี
วิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล
- ▶ พลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้
ความสามารถทางจิตต่อพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์
วัยรุ่นครรภ์แรก
- ▶ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และ
ทัศนคติเกี่ยวกับอาหาร พฤติกรรม
สุขภาพ กับภาวะโภชนาการของ
นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล
กองทัพเรือ
- ▶ ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์
กับการฟื้นตัวหลังได้รับการผ่าตัด
เปลี่ยนข้อเข่าเทียมในผู้ป่วยสูงอายุ
- ▶ พลของโปรแกรมการสอนสุขภาพ
โดยใช้ประสบการณ์ต่อพฤติกรรม
การป้องกันโรคหัดในผู้สูงอายุ
โรคพรีกิ้นสัน
- ▶ ปัจจัยครอบครัวที่สัมพันธ์กับ
พฤติกรรมดูแลของครอบครัว
ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา
ด้วยออกซิเจนแรงดันสูง
- ▶ ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตการทำงาน
ของพยาบาลประจำการ
โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม
- ▶ ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้
ตลอดชีวิต คุณลักษณะของงาน
กับความสามารถในการปฏิบัติงาน
ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล
ศูนย์ในจังหวัดชลบุรี
- ▶ พลของการเล่นน้ำบาดาลต่ออาการ
ของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6 - 9 ปี
- ▶ พลของการใช้ชีวิตที่สนับสนุนการ
ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวคนไข้
เคมีบำบัดร่วมกับการรับทราบทาง
เภสัชกรรมต่อความรู้ พฤติกรรม
การดูแลตนเอง และความพึงพอใจ
ของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่
และทวารหนัก
- ▶ ชุดพัฒนาการพัฒนากาแฟผู้นำ
การเปลี่ยนแปลงของพื้นที่การทาง
พยาบาลระดับต้น สังกัดกองทัพเรือ
ในยุคละบานอาเซียน

บทความวิชาการ

- ▶ การสอนนักศึกษาพยาบาลเพื่อพัฒนา
ความคิดสร้างสรรค์
- ▶ การเคลื่อนย้ายฉุกเฉินทางการแพทย์
เพื่อการรักษาฉุกเฉินในอุตสาหกรรม
น้ำมันและก๊าซธรรมชาตินอกชายฝั่ง

Special Topic

- ▶ Tetrodotoxin Poisoning :
Field and Prehospital
Management



วารสารแพทย์นาวี ได้ผ่านการรับรองคุณภาพวารสารเข้าสู่ฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 1 สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

วารสารแพทย์นาวี

Royal Thai Navy Medical Journal

ISSN : 0125-6971

วัตถุประสงค์

1. เผยแพร่บทความวิชาการและบทความวิจัยทางการแพทย์ การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ และเวชศาสตร์ทางทะเล
2. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์ทางวิชาการระหว่างแพทย์ พยาบาล บุคลากรสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และเวชศาสตร์ทางทะเล

เจ้าของ

กรมแพทย์ทหารเรือ

คณะที่ปรึกษา

พลเรือโท นพ. พรชัย
พลเรือตรี นพ. วิชัย
พลเรือตรี นพ. ธนรักษ์
พลเรือตรี นพ. สุรสิงห์
พลเรือตรี นพ. สมิตร์
พลเรือตรี นพ. เกิดศักดิ์
พลเรือตรี พญ. สุพิชชา
นาวาเอก นพ. นิธิ

แยมกลีน
มนัสศิริวิทยา
เอี้ยวสาณรักษ์
ประไพพานิช
แดงดีเลิศ
วีระโยธิน
แสงโชติ
พงศอนันต์

บรรณาธิการ

นาวาเอกหญิง พว. รุจิพร

พงษ์สวัสดิ์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นาวาเอกหญิง พว. อังคณา
นาวาโทหญิง พว. วรณพร

นวลยง
ทองแสงจันทร์

กองบรรณาธิการ

พลโท นพ. สิบพงษ์
พลโท นพ. กฤษฏา
ศาสตราจารย์ เกียรติคุณ นพ. สารเนตร์
ศาสตราจารย์ นพ. นครชัย
ศาสตราจารย์ ดร.นพ. พรชัย
ศาสตราจารย์ ทพ.ดร. ลิทธิชัย
รองศาสตราจารย์ พว. สุธีรา
รองศาสตราจารย์ ดร.พว. ศิริพันธุ์
รองศาสตราจารย์ ดร.ภกญ. กัญญดา
รองศาสตราจารย์ ดร.พว. สุปรिता
รองศาสตราจารย์ ดร.พว. นพวรรณ
รองศาสตราจารย์ ดร.พว. จอนพะจง
รองศาสตราจารย์ ดร.พว. สุภาพ
รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร.พว. ทิพย์สัมพันธ์
พันเอก รองศาสตราจารย์ นพ. สุธี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พว. สุนทรวดี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พว. รุ่งระวี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พว. ประทุม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พว. เยาวลักษณ์
พันเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พว. สายสมร
ดร.พว. ศุภกรใจ
ดร.พว. กมลรัตน์
ดร.พว. สุภาพร
ดร.พว. นิภาพร
นาวาโท นพ. ธนวัฒน์
นาวาเอก นพ. ชจิตร์
นาวาเอก นพ. ดนัย
นาวาเอก นพ. ปิยะวัฒน์
นาวาเอก นพ. ก่อพงศ์
นาวาเอก นพ. ธนวัฒน์
นาวาเอกหญิง ดร.พว. ธนพร
นาวาเอก นพ. สรพลสิทธิ์
นาวาโทหญิง ดร.พว. วิชราพร
นาวาโทหญิง ดร.พว. อาทิตยา
นาวาโทหญิง ดร.พว. กิตติมา
นาวาโทหญิง ดร.พว. กนกเลขา

สังขะธรมย์
ดวงอุไร
ไวศกุล
เผื่อนปฐม
ลิทธิศรีณย์กุล
ขุนทองแก้ว
ฮันตระกูล
ศิริพันธุ์
อนุวงศ์
มั่นคง
เปี่ยมชัย
เพ็ญจิต
ไทยแท้
เกษมกล
พานิชกุล
เอียรพิเชฐ
นาวีเจริญ
สร้อยวงศ์
เสรีเสถียร
เฉลยกิตติ
เจริญสุข
เทอร์เนอร์
วรรณสินัด
วิบูลชัย
ศุภณิธานนท์
อุษณีย์สวัสดิ์ชัย
ปานแดง
วงษ์วานิช
หังสพฤกษ์
ชัยกุล
แยมสุดา
สงกมร
เชยสุวรรณ
ดวงมณี
สาธุวงศ์
สุวรรณพงษ์

สมาคมแพทย์ทหารแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์
กรมแพทย์ทหารบก
มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ข้าราชการบำนาญ
มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยมหิดล
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
ศูนย์อำนวยการแพทย์พระมงกุฎเกล้า
สภากาชาดไทย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ข้าราชการบำนาญ
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร
วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
บริษัทเซลล์แห่งประเทศไทย จำกัด
กรมแพทย์ทหารเรือ
กรมแพทย์ทหารเรือ
กรมแพทย์ทหารเรือ
กรมแพทย์ทหารเรือ
กรมแพทย์ทหารเรือ
กรมแพทย์ทหารเรือ
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ

ฝ่ายจัดการวารสาร

นาวาตรีหญิง พว. กิณี
เรือเอก พว. อาจ
พันจ่าเอก บัณฑิต

ชัยสวรรค์
มีมกระโทก
ยีนยง

กำหนดออกวารสาร ราย 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ)

มกราคม-เมษายน
พฤษภาคม-สิงหาคม
กันยายน-ธันวาคม

พิมพ์ที่

ทูวันพรีนติ้ง
10/122 หมู่ 8 ตำบลลำโรงเหนือ อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ 10270 โทร. 09 6996 5447

ปกหน้า

พลเรือเอก พระเจ้าบรมวงศ์เธอ พระองค์เจ้าอาภากรเกียรติวงศ์ กรมหลวงชุมพรเขตอุดมศักดิ์ อาศรมหมอมพร และอาคารเรียนรู้อาการแพทย์บูรณาการ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะบุณยเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ

บทความทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารนี้ ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องทางวิชาการ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้รับการแต่งตั้งจากกรมแพทย์ทหารเรือ อย่างน้อยเรื่องละ 2 ท่าน ด้วยวิธีการปิดบังชื่อผู้ประเมินและผู้เขียนบทความ



วารสารแพทย์นาวี

Royal Thai Navy Medical Journal



บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะท่านผู้อ่านวารสารแพทย์นาวีที่รักทุกท่าน

วารสารแพทย์นาวีฉบับเดือน พฤษภาคม - สิงหาคม 2562 นี้ เป็นวารสารที่ออกเผยแพร่ในช่วงที่มีความสำคัญต่อข้าราชการทหารเรือ อีกวาระหนึ่ง โดยในวันที่ 19 พฤษภาคมของทุกปี กองทัพเรือได้กำหนดให้เป็นวันอาภากร เนื่องจากวันนี้เมื่อปีพุทธศักราช 2466 เป็นวันสิ้นพระชนม์ของ พลเรือเอก พระเจ้าบรมวงศ์เธอ พระองค์เจ้าอาภากรเกียรติวงศ์ กรมหลวงชุมพรเขตอุดมศักดิ์ ซึ่งเป็น “องค์บิดาของทหารเรือไทย” และ “องค์บิดาของการแพทย์แผนไทย” และเพื่อเป็นการน้อมรำลึกพระกรุณาธิคุณของพระองค์ท่านที่ได้ทรงพัฒนากิจการทหารเรือให้มีความเข้มแข็ง มั่นคง มีความเจริญก้าวหน้าเป็นที่ประจักษ์ มาตราบนานเท่านานนี้ กองบรรณาธิการจึงขออัญเชิญพระรูปของพระองค์ท่านมาเป็นปกของวารสารแพทย์นาวีฉบับนี้

วารสารฉบับนี้ขอเสนอบทความทั้งหมด 17 เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ 1 เรื่อง คือ “ประสบการณ์ของบิดามารดาในการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่รุนแรงต่อนานทางการแพทย์” งานวิจัยกึ่งทดลอง จำนวน 5 เรื่อง ได้แก่ “ผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์” “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรก” “ผลของโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการทกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน” “ผลของการเล่นบำบัดต่ออาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6 - 9 ปี” และ “ผลของการใช้วิถีทัศนสำหรับการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวขณะได้รับเคมีบำบัดร่วมกับการบริหารทางเภสัชกรรมต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก” งานวิจัยเกี่ยวกับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4 เรื่อง ได้แก่ “วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในภาคตะวันออก” “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม” “ความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้ตลอดชีวิต คุณลักษณะของงานกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ ในจังหวัดชลบุรี” และ “การพัฒนาชุดฝึกอบรมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น สังกัดกองทัพเรือ ในประชาคมอาเซียน” บทความวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับนักศึกษาพยาบาล จำนวน 3 เรื่อง ได้แก่ “การสอนนักศึกษาพยาบาลเพื่อพัฒนาความคิดสร้างสรรค์” “การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐานเพื่อส่งเสริมผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล” และ “ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับอาหาร พฤติกรรมสุขภาพ กับภาวะโภชนาการของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ”

นอกจากนี้ยังมีบทความด้านเวชศาสตร์ทางทะเล จำนวน 3 เรื่อง ได้แก่ บทความวิจัย เรื่อง “ปัจจัยครอบครัวที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มีมารับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง” บทความวิชาการเรื่อง “การเคลื่อนย้ายฉุกเฉินทางการแพทย์ในอุตสาหกรรมน้ำมันและก๊าซธรรมชาติ นอกชายฝั่ง และบทความภาษาอังกฤษที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับพิษเห็ดโทรัโดที่อกชิน ซึ่งเป็นพิษจากสัตว์ทะเล เช่น ปลาปักเป้า แมงดาทะเล เป็นต้น รวมทั้งวิธีการช่วยเหลือผู้ที่ได้รับพิษเห็ดโทรัโดที่อกชินก่อนนำส่งโรงพยาบาล กองบรรณาธิการหวังว่าวารสารฉบับนี้ จะทำให้ผู้อ่านได้ทั้งสาระและคุณค่าอย่างเต็มเปี่ยม แล้วพบกันใหม่ฉบับหน้าค่ะ

นาวาโทหญิง พว.

วรรณพร ทองแสงจันทร์

(วรรณพร ทองแสงจันทร์)

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

สารบัญ

หน้า

บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย

- ประสบการณ์ของบิดามารดาในการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์ 252
Parental Experiences in Decision Making in Bringing Children with non-Urgent Medical Conditions to the Emergency Department
- ผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่ม แอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ 268
The Effect of Motivation Interviewing for Craving Control Program on Alcohol Consumption in Schizophrenia and Alcohol Use Patients
- วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาล มหาวิทยาลัย ในภาคตะวันออก 284
Patient Safety Culture as Perceived by Professional Nurses in a University Hospital in the Eastern Region
- การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐาน เพื่อส่งเสริมผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล 300
Development of Community Problem Based Learning Model to Promote Learning Achievement and Critical Thinking of Nursing Students
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก 319
The Effects of Perceived Self-Efficacy Promoting Program on Health Promoting Behavior of Primigravida Adolescents
- ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับอาหาร พฤติกรรมสุขภาพ กับภาวะโภชนาการของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ 336
The Relationship between the Knowledge and the Attitude about Food, the Health Behavior and the Nutritional Status of the Nurse Students at Royal Thai Navy College of Nursing
- ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในผู้สูงอายุ 355
Selected Factors Related to Postoperative Recovery in Older Person with Total Knee Arthroplasty
- ผลของโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการ หกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน 369
The Effect of Experiential Health Education on Fall Prevention Behaviors in Older People with Parkinson's Disease



- ปัจจัยครอบครัวที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มารับ
การรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง 382
Family Factors Related to Family Care Behaviors for Patients with
Hyperbaric Oxygen Therapy
- ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาล
สังกัดกระทรวงกลาโหม 396
Factors Predicting Staff Nurses' Quality of Work Life, Hospitals under the
Jurisdiction of the Ministry of Defense
- ความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้ตลอดชีวิต คุณลักษณะของงาน กับความสามารถ 416
ในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ ในจังหวัดชลบุรี
Relationships between Life Long Learning, Job Characteristics and Job Performance
among Professional Nurses in a Regional Hospital in Chonburi Province
- ผลของการเล่นบำบัดต่ออาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6 - 9 ปี 428
The Effect of Play Therapy on Symptoms of Attention Deficit
Hyperactivity Disorder in Children Aged 6 – 9 Years
- ผลของการใช้วีดิทัศน์สำหรับการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวขณะได้รับเคมีบำบัด 441
ร่วมกับการบริบาลทางเภสัชกรรมต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความ
พึงพอใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
Effects of Using Instruction Video for Self-care during Receiving Chemotherapy
Combined with Pharmaceutical Care on Knowledge, Self-Care Behavior and
Satisfaction of Colorectal Cancer Patients
- การพัฒนาชุดฝึกอบรมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาล 458
ระดับต้น สังกัดกองทัพเรือ ในประชาคมอาเซียน
The Development of a Transformation Leadership Training Set for Primary
Nursing Administrators under the Royal Thai Navy in the Asean Economic Community

บทความวิชาการ

- การสอนนักศึกษาพยาบาลเพื่อพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ 474
Teaching Nursing Students to Develop Creative Thinking
- การเคลื่อนย้ายฉุกเฉินทางการแพทย์ในอุตสาหกรรมน้ำมัน 487
และก๊าซธรรมชาตินอกชายฝั่ง
Emergency Medical Evacuation in the Offshore Oil and Gas Industry

Special Topic

- Tetrodotoxin Poisoning : Field and Prehospital Management 497

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารแพทย์นาวิ

แบบฟอร์มขอส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารแพทย์นาวิ



วารสารแพทยนาวิ

Royal Thai Navy Medical Journal



ประสบการณ์ของบิดามารดาในการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์

Parental Experiences in Decision Making in Bringing Children with non-Urgent Medical Conditions to the Emergency Department

แคทรียา สมทอง* วีณา จีระแพทย์**

Kattreeya Somthong,* Veena Jirapaet**

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok

** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

** Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok

* Corresponding Author: madkat-er@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ของบิดามารดาในการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์ ผู้ให้ข้อมูล คือ มารดาที่นำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งด้วยพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ร่วมกับการบันทึกเทป ข้อมูลเฝ้าสังเกตจากผู้ให้ข้อมูล จำนวน 15 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาถอดความแบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีของ Colaizzi

ผลการวิจัย พบว่า ประสบการณ์ของบิดามารดาในการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์ ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก คือ 1) วิตกกังวลไม่สบายใจ เพราะกลัวบุตรเป็นอันตรายเมื่อดูแลแล้วไม่ดีขึ้นไม่หาย รู้สึกกลัวว่าจะมีอาการป่วยที่รุนแรง บางรายรู้สึกวิตกกังวลเนื่องจากบุตรมีโรคประจำตัวและจากประสบการณ์ในอดีตที่บุตรเคยมีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง 2) เชื้อมั่น ไว้วางใจในการรักษา บิดามารดาเห็นว่าการมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะได้รับการตรวจที่ละเอียด มีอุปกรณ์เครื่องมือพร้อมในการช่วยชีวิต บางรายเคยไปรักษาที่อื่นมาแล้วไม่หายจึงต้องการมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 3) สะดวก จำนวนผู้มารับบริการน้อย

Received: May 23, 2019; Revised: July 23, 2019; Accepted: August 2, 2019



เนื่องจากการมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่ต้องรอหลายจุด มีขั้นตอนในการเข้ารับบริการน้อย ผู้มารับบริการน้อยใช้เวลาในการรอรับบริการไม่นาน การเดินทางสะดวกเป็นเวลาที่มีคนพามา และ 4) ราคาไม่แพง ไม่ต้องเสียค่ารักษาซ้ำซ้อน การรับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีค่าบริการไม่แพง และถ้านำบุตรไปรับบริการตามคลินิก หากอาการไม่ดีขึ้นก็ต้องนำมาตรวจที่โรงพยาบาลซ้ำ แต่ถ้ามาตรวจที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลหากมีอาการรุนแรงก็สามารถนอนรักษาในโรงพยาบาลได้เลยไม่ต้องจ่ายค่ารักษาซ้ำอีก

ข้อค้นพบสะท้อนประสบการณ์ของบิดามารดาที่ทำให้เกิดการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งพยาบาลสามารถใช้ข้อมูลนี้วางแผนปรับปรุงการจัดบริการทางสุขภาพลดขั้นตอนบริการ เพื่อให้เกิดความสะดวกในการมารับบริการมากขึ้น รวมทั้งสร้างรูปแบบการสอนการพยาบาลผู้ป่วยเด็กเบื้องต้น โดยให้ความสำคัญกับบิดามารดา ครอบครัว เพื่อให้สามารถปฐมพยาบาล ดูแลอาการป่วยที่ไม่เร่งด่วนด้วยตนเองที่บ้านได้ สามารถประเมินอาการป่วยของผู้ป่วยเด็กได้เหมาะสม คำนึงถึงการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็กที่แท้จริงและสร้างความมั่นใจในบริการที่จัดให้ในเวลาทำการ

คำสำคัญ : ประสบการณ์ของบิดามารดา พยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์ ผู้ป่วยเด็ก แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

Abstract

This qualitative research used Husserl phenomenology approach. The purpose was to describe the parental experience in decision making in bringing children with non-urgent medical conditions to the emergency department. The informants were mothers who brought their children with non-urgent medical conditions to the emergency department. Data were collected by using the in-depth interview with tape-record and found saturated after 15 informants. Data were transcribed verbatim and analyzed by using Colaizzi method.

The findings revealed that parental experiences in deciding to bring children with non-urgent medical conditions to the emergency department can be categorized into 4 major themes as follows: 1) anxiety, fear of their children's symptom will getting worse with their care, when the care is not improved, feeling fear of getting worse, some parents are worried because their children having underlying medical conditions and from past experience their children have had serious illnesses; 2) confidence, trust in their treatment, parents thinking getting services at the emergency department will receiving elaborate physical examination, having fully-equipped medical devices ready to save lives, not getting cured from others therefore want to receive services from the emergency department; 3) being convenient, no emergency department crowding, the service at the emergency department there are few places and procedures for getting

treatment, less wait-time, convenient time for travel and having someone to bring them to the hospital, and 4) low cost and no redundant expense. Service at the emergency department is not expensive and if bringing children to clinic if condition not improve, it must be re-examined at the hospital. But come to the emergency department if there have serious illnesses they can admit in the hospital not pay for the treatment again.

The findings reflect the experiences of parents who make decisions in bringing their children to the emergency department. Nurses can use this information in planning better office hour service by using an approach that and applying lean and seamless service delivery. Including creating a teaching model for primary pediatric nursing giving priority to parents, families, to be able to caring their children with non-urgent medical conditions at home. Improving skills in assessing and appropriately. Consider to nursing that is suitable for children and build confidence in the services provided during office hours.

Keywords : parental experience, non-urgent medical conditions, children, emergency department

ความเป็นมาและความสำคัญ ของปัญหา

แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นหน่วยงานด้านหน้าของโรงพยาบาล ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยกะทันหันตลอด 24 ชั่วโมง โดยลักษณะงานเน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยจากอาการบาดเจ็บและอยู่ในภาวะฉุกเฉินและวิกฤติได้อย่างทันทั่วทั้งที่ปลอดภัยหรือบรรเทาจากภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนสามารถใช้ชีวิตที่เหลือได้อย่างมีคุณภาพ¹ แต่กลับพบว่า มีผู้ป่วยเด็กจำนวนมากที่บิดามารดานำมารับบริการทั้งที่ผู้ป่วยเด็กมีพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด้านการแพทย์ โดยในประเทศไทยสถิติการมารับบริการของผู้ป่วยเด็กในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติดมหาราชินี พบว่า ระหว่างปีงบประมาณ 2558 - 2561 มีผู้ป่วยเด็กถูกบิดามารดา หรือผู้ดูแลนำมารับบริการด้วยพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด้านการแพทย์ เฉลี่ยปีละ 15,814 ราย

หรือร้อยละ 41.0 ของจำนวนผู้ป่วยเด็กที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินทั้งหมด²

การนำผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด้านการแพทย์ มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็น ส่งผลกระทบต่อระบบบริการ ทำให้เกิดความแออัดในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทำให้มีระยะเวลาการรอรับบริการที่นาน เกิดปัญหาการฟ้องร้องมากขึ้น การถูกลดทอนทรัพยากรและบุคลากรที่ถูกจัดไว้สำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีความเรื้อรัง ฉุกเฉิน บุคลากรถูกหันเหความสนใจไปจากผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพเรื้อรัง ทำให้ประสิทธิภาพการพยาบาลที่ลดลง^{3,4}

ผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด้านการแพทย์จะถูกคัดแยก และถูกจัดลำดับความเรื้อรังของการรักษาพยาบาลให้ต้องรอรับบริการหลังจากเด็กที่มีพยาธิสภาพเรื้อรังด้านการแพทย์ ถูกรอคอยในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินนาน 2 - 4 ชั่วโมง^{5,6} การที่ผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพ

ไม่เร่งด่วนต้องรอคอยในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นเวลานานนอกจากจะเกิดผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลรักษาแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อตัวเด็ก ทำให้ต้องได้พบเห็นภาพของเด็กที่มีภาวะวิกฤติ มีการบาดเจ็บอย่างรุนแรง เสียรื่องจากความเจ็บปวด หัตถการที่หนักแล้ว เสียจากอุปกรณ์การแพทย์ ตลอดจนสีหน้าท่าทางที่วิตกกังวลของผู้คนรอบข้าง ต้องสัมผัสกับเหตุการณ์ที่รุนแรง น่ากลัว โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กอายุตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป จะทำให้เกิดผลกระทบต่อจิตใจได้มาก เนื่องจากมีพัฒนาการด้านการรับรู้ความสามารถจดจำและสื่อสารบอกเล่าเหตุการณ์ หากต้องสัมผัสกับเหตุการณ์ที่รุนแรง น่ากลัว อาจส่งผลให้เกิดประสบการณ์การบาดเจ็บทางจิตใจ (Traumatic experience)⁷ ความทรงจำภาพเหตุการณ์นี้ จะส่งผลเป็นบาดแผลทางอารมณ์ ความรู้สึก มีผลกระทบทำให้ผู้ป่วยเด็กมีการนอนหลับผิดปกติ ฝันร้าย มีความวิตกกังวล ตื่นกลัวการดูแลรักษาทางการแพทย์ มีอารมณ์หงุดหงิด ไม่อยู่นิ่ง ก้าวร้าวและมีพฤติกรรมต่อสู้ ชัดขึ้นต่อการดูแลรักษาต่อไปได้⁸

การดำเนินการของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการลดจำนวนผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนที่เข้ามาใช้บริการจึงมีความสำคัญ เพื่อให้ระบบการบริการผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นไปเพื่อตอบสนองต่อความเร่งด่วนในการดูแลผู้ป่วยอย่างแท้จริง และลดผลกระทบด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะไม่เร่งด่วนทางการแพทย์ที่ต้องมาพบเห็นความเจ็บป่วยรุนแรงภายในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยไม่จำเป็น ซึ่งการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว จำเป็นต้องทราบถึงความคิดวิธีการตัดสินใจในการนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการของผู้ปกครอง

จากการทบทวนวรรณกรรมในวัฒนธรรมตะวันตก เกี่ยวกับสถานการณ์บิดามารดานำผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์มารับ

บริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่าเกี่ยวข้องกับปัจจัยทั้งภายนอกและภายในของบิดามารดา ได้แก่ การมีรายได้น้อย ประสบการณ์ความเครียดในอดีตของบิดามารดาจากการมีเด็กป่วย ทำให้มีความวิตกกังวลสูงและต้องการการดูแลสุขภาพที่เร่งด่วนตามความรู้สึกของตน การที่บิดามารดาที่ไม่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็ก จะรู้สึกกลัวและรับรู้ว่าเป็นปัญหาการเจ็บป่วยเล็กน้อยของผู้ป่วยเด็กเป็นเรื่องเร่งด่วน^{3,8} ทั้งนี้ยังมีความแตกต่างในมุมมองเชิงเหตุผลของการนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ระหว่างกุมารแพทย์แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ประเมินตามอาการเจ็บป่วยที่นำมารักษาว่าไม่มีความเร่งด่วน แต่บิดามารดาซึ่งมีความวิตกกังวลกลับเชื่อว่าเป็นสถานการณ์เร่งด่วนที่ผู้ป่วยเด็กต้องได้รับการประเมินแต่เนิ่นๆ เพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีอันตราย⁹ จึงสะท้อนให้เห็นว่า ประสบการณ์ในอดีต ความเข้าใจ การรับรู้ และบริบทของระบบบริการที่บิดามารดาเข้าไปเกี่ยวข้อง ส่งผลต่อพฤติกรรมการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์

สำหรับในประเทศไทยยังไม่พบการวิจัยที่อธิบายปรากฏการณ์การตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของบิดามารดา ข้อมูลจากประสบการณ์ของบิดามารดาผู้ตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการ จึงเป็นข้อมูลที่จำเป็นเพื่อให้ได้ข้อความรู้ที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและลึกซึ้งได้ดีที่สุด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์ของบิดามารดาในการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์ เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ โดยเลือกใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้

ได้ขอความรู้ในการอธิบายปรากฏการณ์ที่เป็นจริงตามการรับรู้ของบุคคลตามธรรมชาติของปรากฏการณ์นั้น ข้อมูลที่ได้จะเป็นแนวทางในการพัฒนาสู่การวิจัยเชิงปริมาณ และนำไปสู่การจัดบริการทางสุขภาพที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายประสบการณ์ของบิดามารดาในการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่รุนแรงด้านการแพทย์

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) จากประสบการณ์ตรงของบิดามารดา ในการนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่รุนแรงด้านการแพทย์ โดยใช้รูปแบบการศึกษาตามแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ของ Husserl มุ่งศึกษาประสบการณ์ (Lived experience) และโลกในชีวิตประจำวันหรือบริบท (Life-world) เน้นการค้นหาคำความจริงที่ปรากฏอยู่อย่างปราศจากอคติเพื่อให้สามารถรับรู้ข้อมูลหรือข้อเท็จจริงที่ได้รับมาใหม่ได้ตามความเป็นจริงมากที่สุด¹¹ แนวคิดของ Husserl จึงเหมาะที่จะนำมาใช้เพื่อศึกษาประสบการณ์ของบิดามารดาในการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่รุนแรงด้านการแพทย์ในประเทศไทยซึ่งยังไม่มีการศึกษามาก่อน

ผู้ให้ข้อมูล (Key informant) ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ

เป็นบิดาหรือมารดาของผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพไม่รุนแรงด้านการแพทย์ ที่ร่วมในเหตุการณ์ที่บ้าน ตั้งแต่ผู้ป่วยเด็กเริ่มมีอาการป่วย ตัดสินใจ และนำพาผู้ป่วยเด็กออกจากสถานที่พักมาเข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยเด็กมีอายุตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ 3 - 18 ปี

ได้ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเป็นมารดาของผู้ป่วยเด็ก ที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ในช่วงเวลาตั้งแต่เวลา 23.00 น. ถึง 6.00 น. ระหว่างวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ 28 ธันวาคม พ.ศ. 2559 จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด ผู้ให้ข้อมูลมีอายุระหว่าง 20 - 51 ปี มีรายได้อยู่ระหว่าง 9,000 - 25,000 บาท/เดือน โดยมีข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูล ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ให้ข้อมูลของผู้ป่วยเด็ก

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา		
ระดับประถมศึกษา	3	20.00
มัธยมศึกษา	7	46.67
ปวส.	3	20.00
อนุปริญญา	1	6.67
ปริญญาตรี	1	6.67
สถานภาพสมรส		
คู่	12	80.00
แยกกันอยู่กับสามี	2	13.33
หย่าร้าง	1	6.67
การใช้สิทธิ์การรักษา		
ไม่มีสิทธิ์	14	93.33
สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพผู้พิการ	1	6.67



ผู้ป่วยเด็ก มีอายุระหว่าง 3 - 13 ปี
ผู้ป่วยเด็กมีระยะเวลาในการรอตรวจอยู่ระหว่าง 1
ชั่วโมง 25 นาที ถึง 2 ชั่วโมง 15 นาที โดยมีข้อมูล
เบื้องต้นของผู้ป่วยเด็ก ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคล
ของผู้ป่วยเด็ก

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	8	53.33
หญิง	7	46.67
วินิจฉัยโรค		
Upper Respiratory Tract Infection	3	20.00
Acute Gastritis	3	20.00
Acute Gastroenteritis	2	13.33
Acute Pharyngitis	1	6.67
R/O Asthma	1	6.67
Common cold	1	6.67
Acute Febrile Illness	1	6.67
Herpangina	1	6.67
Bronchitis	1	6.67
Diarrhea	1	6.67

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย ตัวผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล และเครื่องมือช่วยในการเก็บข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียงแบบบันทึกช่วยจำ และแนวคำถามในการสัมภาษณ์โดยการวิจัยนี้ได้ให้คำจำกัดความของประสบการณ์ของบิดามารดาในการตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่รุนแรงด้านการแพทย์ หมายถึง การบอกเล่าของบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งร่วมในเหตุการณ์ที่บ้าน ตั้งแต่ผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่รุนแรงด้านการแพทย์เริ่มมีอาการป่วย ตัดสินใจ และนำพาผู้ป่วยเด็กออกจากสถานที่พัก และมาถึงแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อเข้ารับบริการทางการแพทย์

โดยถ่ายทอดจากประสบการณ์ตรง ทั้งด้านเหตุการณ์ ความคิด ความรู้สึก แนวคำถาม จึงมุ่งเน้นให้บิดามารดาเล่าประสบการณ์การตัดสินใจและนำบุตรมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยประกอบด้วย คำถามหลัก ได้แก่ 1. กรุณาเล่าประสบการณ์ของท่านตั้งแต่ตอนที่เด็กเริ่มมีอาการป่วย จนกระทั่งตัดสินใจนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2. ช่วยบอกเล่าถึงลักษณะอาการของบุตรที่มีผลต่อความรู้สึก ทำให้ท่านตัดสินใจนำพาผู้ป่วยเด็กออกจากที่พักอาศัยเพื่อมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน นำแนวคำถามไปให้อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัยตรวจสอบ ปรับแก้ไขและซักซ้อมการสัมภาษณ์ให้เกิดความชำนาญก่อนทำการสัมภาษณ์จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เลขที่ 00007346 ผู้วิจัยดำเนินการตามแผนการวิจัยเพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินระหว่างเวลา 23.00 น. ถึง 6.00 น. เมื่อมีบิดามารดานำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้วิจัยจะประเมินระดับความเร่งด่วนของความต้องการทางการแพทย์จากใบนำส่งตัวผู้ป่วย เมื่อพบว่าเป็นผู้ป่วยเด็กที่ถูกคัดแยกเป็นระดับ 4 ประเภทไม่ฉุกเฉิน และจากเวชระเบียนผู้ป่วยเด็กมีอายุตามเกณฑ์การคัดเลือก หลังจากนี้ผู้ป่วยเด็กได้รับการวัดไข้ ชั่งน้ำหนัก จนเสร็จสิ้นกิจกรรมการพยาบาลในเบื้องต้นแล้ว ผู้วิจัยจึงเข้าไปพูดคุยสร้างสัมพันธภาพ พร้อมกับสอบถามข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณสมบัติให้ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล เมื่อพบว่าคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์จึงขอความร่วมมือเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย ดำเนินการขออนุญาตในการสัมภาษณ์และพินัยสิทธิ์ผู้ป่วยโดยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทุกรายดำเนินการในห้องแยกซึ่งเป็นห้องที่อยู่บริเวณ

ด้านหน้าของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีความเป็นส่วนตัว เงียบสงบ เย็นสบาย เหมาะสำหรับการพูดคุย และเป็นห้องกระจกที่มารดาสามารถสังเกตเห็นผู้ป่วยเด็กขณะรอพบแพทย์ด้านนอกได้ตลอดระยะเวลาที่สัมภาษณ์ ซึ่งลดโอกาสที่จะทำให้บิดามารดากังวลเกี่ยวกับผู้ป่วยเด็กที่รอตรวจใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ 40 - 60 นาที นำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์แยกเป็นประเด็น พร้อมๆ กับเก็บรวบรวมข้อมูลจนพบว่า มีประเด็นที่ซ้ำๆ กันจำนวนผู้ให้ข้อมูลลุ่มตัวที่ผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 15 ราย ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่างวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ 28 ธันวาคม พ.ศ. 2559

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ มีการดำเนินการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล ตลอดกระบวนการวิจัย จนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามความสมัครใจและยินยอมของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้ร่วมวิจัย โดยบอกให้ทราบเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องที่จะสัมภาษณ์ กระบวนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ขออนุญาตบันทึกเสียง การสนทนา ความไม่สะดวกที่จะเกิดขึ้นกับผู้ร่วมการวิจัย การขอให้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล สถานที่และเวลาในการสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลมีความอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย และถ้ารู้สึกไม่สะดวกที่จะให้ข้อมูลสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ มีการรักษาความลับ โดยใช้รหัสแทนชื่อของผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งเก็บข้อมูลต่างๆ เป็นความลับ สำหรับการอภิปรายผลและการนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และจะทำลายเทปการสัมภาษณ์และข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดเมื่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้สิ้นสุดลง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยได้จัดจดคติและความเอนเอียงของผู้วิจัยออกไปก่อนที่จะเริ่มทำการวิเคราะห์ข้อมูล (Bracketing) โดยการกันความเชื่อ ความคิด ความรู้สึกส่วนตัว และสิ่งที่ผู้วิจัยรู้เกี่ยวกับปรากฏการณ์ออกจากสถานการณ์ที่ศึกษา การศึกษาครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีของ Colaizzi ซึ่งใช้ในการศึกษาที่เกี่ยวกับประสบการณ์ทางด้านสุขภาพ มี 7 ขั้นตอน¹² ได้แก่ 1. อ่านบทสัมภาษณ์ที่ถอดความแล้วหลายๆ ครั้ง เพื่อให้เข้าใจความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลอย่างแท้จริง 2. ทบทวนแต่ละข้อความในทุกหน้าอย่างถ่องแท้ เพื่อตุนัยสำคัญของเนื้อเรื่อง 3. ทำความเข้าใจตามนัยสำคัญของเนื้อหาและกำหนดความหมาย 4. กำหนดความหมายของกลุ่มคำที่เป็นประเด็นหลัก 5. รวบรวมผลลัพธ์ที่ได้จากปรากฏการณ์ที่ศึกษาและอธิบายหรือบรรยายอย่างถี่ถ้วน 6. อธิบายปรากฏการณ์ที่ยังกำกวมให้มีความชัดเจนเท่าที่จะเป็นไปได้ 7. นำข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาย้อนกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนดังกล่าว โดยถอดเทปพร้อมกับให้รหัสข้อมูลของสาระสำคัญของข้อมูลให้เสร็จสิ้นในแต่ละรายก่อน แล้วจึงจัดกลุ่มของข้อมูลที่คล้ายคลึงกันเป็นประเด็นย่อย (Sub theme) แล้วจึงสรุปเป็นประเด็นหลัก (Theme)

ผลการวิจัย

สามารถวิเคราะห์ผลออกเป็น 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. ความวิตกกังวลของบิดามารดาเกี่ยวกับอาการของบุตร โดยมีประเด็นย่อย ได้แก่

1.1 ดูแลแล้วอาการไม่ดีขึ้น ไม่หาย
กลัวอาการอาเจียนแรงขึ้น ก่อนจะนำบุตรมารับ
บริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้พยายาม
ดูแลโดยการเช็ดตัวลดไข้ ให้รับประทานยา แต่
หลังจากดูแล สังเกตอาการบุตรยังไม่ดีขึ้น ไข้ไม่ลด
มีอาการหายใจไม่ออก ไอมาก คู่อ่อนเพลีย ซึมลง
อาเจียน กินอะไรไม่ได้ ร้องแงแง ไม่นอน จึงวิตก
กังวลกลัวว่าอาการอาเจียนแรงขึ้น จึงต้องรีบพามา
ให้แพทย์ตรวจรักษา ดังเช่นคำกล่าวของผู้ให้
ข้อมูลที่ว่า

“น้องเค้ามีไข้ เราก็เช็ดตัวแล้วก็ให้กิน
ไทลินอล ไม่ค่อยลงนะ แต่พอตอนกลางคืนก็ยัง
มีอีก เช็ดตัวแล้วก็ไม่ดีขึ้น เมื่อเข้าไปที่ (ชื่อโรงพยาบาล)
เค้าก็ให้ยามากิน ก็กินยา เช็ดตัวก็ไม่ลง อาการเค้า
ก็ตาเบลอๆ อะคะ เหมือนคนยังไม่ตื่น ตาเค้าจะ
เบลอ เหมือนมีน้ำในตาตลอด เหมือนร้อนใน น้ำตา
คลอ ก็เลยชวนแฟนบอกว่ามาที่นี่ดีกว่า ไข้สูงมาก
39 - 40 อย่างนี้เลย กลัวจะช็อกคะ” (ID 6)

1.2 โรคประจำตัวของบุตร มารดา
ได้เล่าถึงความวิตกกังวลว่า เคยได้รับคำแนะนำ
จากแพทย์ให้สังเกตอาการที่อาจเกิดอันตรายต่อ
บุตร เมื่อพบบุตรมีอาการตามที่แพทย์เคยแนะนำ
มารดาจึงรีบนำบุตรมาเพื่อตรวจอาการทันที
มารดารายหนึ่งบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือด
เล่าว่า เคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์ว่าถ้ามีไข้ให้
มาโรงพยาบาล กลัวว่าจะติดเชื้อ มารดาที่ลูกเป็น
โรคสมองพิการต้องใส่ Nasogastric tube feeding
เล่าว่า แพทย์บอกว่าถ้าบุตรอาเจียนอาจลงไป
หลอดลม และคิดว่าบุตรมีปัญหาเรื่องระบบ
ทางเดินหายใจ ถ้าไม่สบายจะลำบากกว่าคนอื่น
เพราะหายใจข้างเดียว มารดาที่บุตรเคยมีอาการ
หอบ เคยได้รับยาขยายหลอดลมเป็นประจำ แต่
เมื่ออาการดีขึ้นจึงไม่ได้มารับยา เมื่อมีอาการหอบ
เกิดขึ้นมารดาจึงวิตกกังวล ไม่กล้าหลับ กลัวว่าถ้า
หลับไปแล้วบุตรจะไม่หายใจ มารดาที่บุตรมี

พัฒนาการล่าช้าเล่าถึงความกังวลว่า เวลาบุตรมี
อาการป่วยจะไม่ค่อยแสดงออก ต้องคอยสังเกต
เมื่อพบว่าป่วยจึงต้องรีบมาพบแพทย์ทันที ดังเช่น
คำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลนี้

“กังวลนะเพราะว่าเคยเป็นหอบหืด
ถ้าเราหลับไปแล้วลูกเราไม่หายใจขึ้นมา ปกติถ้า
เป็นสมัยเด็กๆ น้องเค้าเป็นแบบเนี้ย ก็จะมียา
ขยายหลอดลมจะไม่เคยห่าง แต่ตั้งแต่น้องเค้า
หายขาดก็ไม่ได้มารีบยาอีกเลย เราไม่มียาอะไรเลย
ที่บ้านไง ก็ต้องมาแล้ว” (ID 3)

1.3 ประสบการณ์ในอดีต มารดา
บางรายมีประสบการณ์ เคยเผชิญกับเหตุการณ์ที่
บุตรมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง ทำให้ไม่กล้าดูแลบุตร
ด้วยตนเองที่บ้าน เพราะกลัวว่าจะมีอาการเจ็บป่วย
รุนแรงแบบเดิมเกิดขึ้นซ้ำอีก มารดารายหนึ่งเล่า
ถึงเหตุการณ์บุตรเคยชัก เมื่อบุตรมีไข้สูง เช็ดตัวใช้
ไม่ลด ทำให้กลัวจะชักจนไม่กล้านอน มารดา
รายหนึ่งบุตรเคยมีอาการอาเจียนจนต้องนอน
โรงพยาบาล เมื่อบุตรมีอาการอาเจียนจึงต้องพา
มาพบแพทย์ และมารดารายหนึ่งเคยมีบุคคลใน
ครอบครัวเสียชีวิตด้วยอาการป่วยเหมือนกับที่บุตร
เป็น จึงรู้สึกกลัวต้องรีบพามาพบแพทย์

“ตอนที่เค้าขวบ 2 เดือนเค้าเคยชัก
คือหันมาแบบว่าเรานอนอยู่แบบเนี้ย เราก็เช็ดตัว
เรียบร้อยแล้ว ตอนแรกไม่เคยเห็นลูกชักหันมาอีก
ทีลูกนอนชักแล้ว ตอนนั้นไม่ได้ทำอะไร ไม่รู้เลยว่า
ต้องทำยังไง ต้องเช็ดตัว ต้องอะไร ไม่รู้เรื่องด้วยว่า
นี่คืออาการชัก คิดว่าลูกไปอะ วันนี้ประมาณ 3 หุ่
ม ไข้เค้าก็ยัง 39 - 40 นะ ไข้ไม่ลง เค้าก็ชืด เลยไม่
กล้านอน ก็กลัวเค้าจะชักก็เลยพามา” (ID 1)

2. เชื้อมัน ไว้วางใจในการรักษา

2.1 ได้รับการตรวจอย่างละเอียด
และมีอุปกรณ์การแพทย์พร้อมให้บริการ มารดา
ตัดสินใจพาบุตรมาตรวจที่แผนกอุบัติเหตุและ
ฉุกเฉิน เพราะต้องการให้บุตรได้รับการตรวจที่

ละเอียด การรักษาตามคลินิกที่ตั้งอยู่นอกโรงพยาบาลไม่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ เมื่อไปรับบริการจะได้รับยาเพียงอย่างเดียว มารดาจึงต้องการให้บุตรได้เข้ารับการตรวจที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีความพร้อมของแพทย์และอุปกรณ์ทางการแพทย์มากกว่า เพื่อให้มั่นใจว่าหากบุตรเกิดอาการเจ็บป่วยรุนแรง จะได้รับการดูแลรักษาอย่างทันทั่วถึง ทำให้รู้สึกวุ่นวายปลอดภัย ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลนี้

“ส่วนใหญ่ถ้าเป็นไข้ คุณแม่ก็จะพาไปคลินิก (คลินิกนอกโรงพยาบาล) แบบนี้ แต่นี้แบบเราไปแล้วไม่หาย ใช้ไม่ค่อยลง หมอบอกไว้ว่าถ้ากินยาไข้ไม่ลด ถ้าไม่หายก็ให้ไปเจาะเลือด ที่คลินิกมันตรวจเลือดไม่ได้ ก็เลยมาฉุกเฉินหมอจะได้เจาะเลือดตรวจ” (ID 6)

2.2 ไปที่อื่นรักษาไม่หาย การนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกและอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เกิดจากการมาเคาพยาบาลบุตรไปรับบริการตามแหล่งบริการอื่นมาก่อน แล้วเห็นว่าอาการป่วยไม่ดีขึ้น ไม่พึงพอใจในการรักษา ก่อนที่จะพามารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มารดาบางรายเล่าว่า ตนคิดว่าคลินิกนอกโรงพยาบาลต้องมีการเลี้ยงไข้ ไปรักษาก็ไม่หาย ไม่ดีขึ้นมีแต่แยลง เสียเงินมากแต่ก็ไม่หาย แพทย์จ่ายยาแค่ตามอาการไม่รู้ประวัติโรคเดิม จึงไม่ไว้วางใจ ไม่เชื่อมั่นในการรักษา แต่การมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน บุตรมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมทั้งเป็นแผนกที่อยู่ในโรงพยาบาลที่เคยมีประวัติการรักษาเดิม จึงคิดว่าแพทย์น่าจะสามารถวินิจฉัยอาการป่วยของบุตรที่แท้จริงได้ จึงทำให้รับประทานยาแล้วหายป่วยเร็ว ดังเช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“เคยไปตรวจแผนกทั่วไป ไปแล้วมันไม่ดีขึ้น ก็เลยมาตรวจที่ฉุกเฉินเนี่ย มาที่นี่แล้วลูกเราอาการดีขึ้น ไปตอนเย็น ตอนดึกก็เป็นขึ้นมามาก

ก็ต้องพาลูกกลับมาที่นี้อยู่ดี เลยมาแต่ที่นี่ (แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน) อย่างเดียว” (ID 2)

3. การบริการตรวจรักษามีความสะดวก รวดเร็ว

3.1 มีผู้รับบริการน้อย รอไม่นาน
การนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่เร่งด่วนทางการแพทย์ต่างจากการนำผู้ป่วยเด็กไปรับบริการที่แผนกตรวจโรคทั่วไปในเวลาทำการ เพราะแผนกตรวจโรคทั่วไปมีจำนวนผู้ป่วยเด็กมารับบริการเป็นจำนวนมาก มารดาคนหนึ่งเล่าถึงประสบการณ์ที่เคยพามารับบริการที่แผนกตรวจโรคทั่วไปว่า มีผู้มารับบริการจำนวนมาก อากาศร้อน ใช้เวลารอคิวตรวจนานมาก จึงไม่อยากมาตรวจที่แผนกตรวจโรคทั่วไป แต่การนำบุตรมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีผู้มารับบริการน้อยกว่าและใช้เวลารอคอยสั้นกว่า นอกจากนี้ถ้าบุตรได้รับการประเมินว่ามีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ก็จะได้เข้าตรวจทันทีไม่ต้องรอคิวอีกด้วย มารดาคนหนึ่งเล่าถึงความคิดที่ตัดสินใจพามารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินว่า แผนกตรวจโรคทั่วไปผู้ป่วยเด็กมีจำนวนมากอาจแพร่เชื้อกันเอง ไม่ต้องการให้บุตรของตนซึ่งสุขภาพไม่แข็งแรงติดเชื้อ จึงเลือกมาตรวจแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่มีจำนวนผู้ป่วยเด็กน้อยกว่า ดังเช่นคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“วันนั้นเคยมาตรวจแบบปกติที่แผนกตรวจทั่วไปครั้งหนึ่ง มาถึงนี่ 6 โมงเช้าก็ต้องลงไปข้างล่างใช้ไหมคะ แล้วห่มเบาะ ถึงได้ตรวจก็เลยโอ้ให้เช็ดเลย แต่ตอนนั้นยังไม่ได้ตรวจกลับบ้าน รอบ 2 นี่มาช่วงเที่ยงๆ เคื่อบอกได้ตรวจรอบบ่ายแต่ก็รอยันห่มเบาะ ก็เลยมาแบบนี้ มาแต่ห้องฉุกเฉินก็เลยเร็ว รอไม่ถึงชั่วโมง เมื่อวานมาถึงตี 5 ก็ได้ตรวจเลย แต่ถ้าเป็นห้องฉุกเฉินนี้คนไม่เยอะ แต่พอเช้า 6 โมงนี่ให้ (ลากเสียงยาว) คิวรอเป็นร้อย เยอะๆ มาก คนจะเยอะมาก (ผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพไม่

เร่งด่วนจะถูกส่งไปรอเย็นบัตรหลังเวลา 6 นาฬิกา)” (ID 1)

3.2 สามารถเดินทางพาบุตรมารับบริการได้ มีคนช่วยรับส่ง การมาตรวจที่แผนกตรวจโรคทั่วไป มารดาต้องพาบุตรเดินทางออกจากบ้านตั้งแต่เวลาเช้ามีด เพราะเป็นช่วงเวลาที่รถติด ใช้เวลาเดินทางนาน มารดามีความรู้สึกลำบากที่จะพาบุตรเดินทางมารับบริการที่แผนกตรวจโรคทั่วไปเวลากลางวันด้วยตนเอง จึงรอให้บิดาเลิกงานกลับบ้านก่อน โดยกว่าจะเลิกงานก็เป็นเวลาค่ำ มารดาจึงเลือกพาบุตรเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ยังเปิดให้บริการช่วงเวลากลางคืน การเดินทางทำได้สะดวก รวดเร็วกว่า และมารดา还以为หากบุตรไม่มีอาการฉุกเฉิน ก็ไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาลในเวลากลางวันเพราะต้องลางาน

“ขอบมาตอนกลางคืนเพราะทางสะดวก เพราะถ้ามาตอนเช้ามันรถติด ใช้เวลาเป็นวันนะ เพราะหนูเคยมาตรวจที่ทั่วไป (แผนกตรวจโรคทั่วไป) ออกจากบ้าน 7 โมง มาถึงเกือบ 10 โมง เราก็รอไปเย็นบัตรแล้วที่นี้เค้าปิดรับบัตร เราก็ได้รอไปตรวจคลินิกพิเศษ กลับไปเกือบ 4 โมงเย็นนะก็อย่างที่วารถมันติดก็เลยจะมาห้องฉุกเฉินบ่อยกว่า”

3.3 มีขั้นตอนการเข้ารับบริการน้อย จุดให้บริการอยู่ในบริเวณใกล้กัน มารดาเคยนำบุตรไปใช้บริการในเวลาทำการที่แผนกตรวจโรคทั่วไป มีขั้นตอนก่อนเข้ารับบริการหลายขั้นตอนเนื่องจากการแยกส่วนการให้บริการออกเป็นหลายแผนก แต่ละแผนกอยู่คนละชั้น ทำให้มารดาารู้สึกเหนื่อย ต้องเดินไปรอในหลายจุดบริการ ซึ่งต่างจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ทั้งการยื่นบัตร การตรวจรักษา เจาะเลือด เอกซเรย์ อยู่ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินหรือบริเวณใกล้เคียงกัน

“เวลามาคลินิกทั่วไป (แผนกตรวจโรค

ทั่วไป) ก็แยกส่วนกันไปตรวจ บางทีก็ไปชั้นนี้ไปหาหมอโน้นไปหาหมอนี้ ถามว่ามันก็ได้อย่างเสียอย่างเหมือนกัน มันก็อย่างที่ตรวจละเอียดหะเนอะ แต่ว่าบางทีสำหรับคนทำงานให้เราไปรอไปทางโน้นไปทางนี้ ลงมาทางนี้ แล้วมารอหมอชั้นนี้อีกอะไรอย่างนี้ มันไม่ไหวใจ มันเหนื่อย มาตรวจตรงฉุกเฉินเนี่ยไม่ต้องไปไกล เวลาเจาะเลือดก็อยู่ในเนี่ย ยื่นบัตรแล้วก็นั่งรอแถวนี้เลยไม่ต้องเดินขึ้นเดินลง” (ID 3)

4. ค่าใช้จ่ายเหมาะสม ยอมรับได้ ไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม จากการสัมภาษณ์มารดาหลายรายได้เล่าถ่ายทอดประสบการณ์ว่า ถ้าไปรับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จะเสียค่าใช้จ่ายไม่แพง การไปรับบริการที่คลินิกนอกเวลาของโรงพยาบาล บุตรจะไม่สามารถใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพได้ การไปรักษาตามคลินิกเอกชนทั่วไป หากบุตรมีอาการป่วยรุนแรงรักษาไม่ได้คลินิกจะเขียนใบส่งตัวให้ไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลทำให้มารดาต้องมาเสียค่ารักษาซ้ำอีก และมารดาบางรายซึ่งบุตรใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพที่ขึ้นสิทธิ์ในโรงพยาบาลเอกชน การไปรักษานอกเวลา ถูกกำหนดให้ไปคลินิกปฐมภูมิของโรงพยาบาลแห่งนั้นก่อน ถ้าไม่มีใบส่งตัวก็ไม่สามารถใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพได้ เมื่อไปรักษานอกเวลาจะถูกคิดค่าบริการแพงมาก จึงเลือกนำบุตรมารักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลรัฐ เพราะถูกกว่าและหากป่วยต้องนอนโรงพยาบาลยังสามารถใช้สิทธิ์ฉุกเฉินได้อีกด้วย

“มาตรวจห้องฉุกเฉินนี้เพราะว่าเป็นพิเศษก็เรื่องเงินเนอะ แต่ก็ไม่เคยรู้เหมือนกันว่าคลินิกพิเศษ (คลินิกนอกเวลา) เนี่ยถ้าใช้จ่ายประมาณไหน อะไรเงี้ย เพราะว่าที่มาก็รู้อยู่แล้วว่ามันต้องเสียตังค์ ก็ต้องเสียอยู่แล้วแต่มาห้องฉุกเฉินเราเคยมามันไม่แพง รู้สึกว่าไม่เยอะ ถ้าไม่เอกซเรย์ก็เสียที่ร่อยกว่าบาท ถ้ามีเจาะเลือด

เอกซเรย์ ก็ชัก 400 – 500 แต่ถ้าไม่มีเอกซเรย์ก็ 300 กว่าบาท” (ID 1)

การอภิปรายผลการวิจัย

ประเด็นที่ 1 ความวิตกกังวลของบิดามารดาเกี่ยวกับอาการของบุตร เมื่อบุตรมีอาการป่วย มารดาจะเกิดความรู้สึกวิตกกังวล ความไม่สบายใจ กลัวว่าจะได้รับอันตราย เนื่องจากมารดาเป็นผู้ที่ใกล้ชิดและมีโอกาสสร้างสัมพันธภาพกับบุตรมากที่สุด มารดาเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการเลี้ยงดู ให้ความรักความเข้าใจ ปกป้องช่วยเหลือ รวมทั้งบุตรเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดต่อชีวิตของมารดา มารดาจึงมีความพยายามช่วยเหลือดูแลแก้ไขอาการเจ็บป่วยของบุตร แต่เมื่อเห็นว่ายังไม่หาย อาการไม่ดีขึ้น มารดาจึงมีความวิตกกังวลมากขึ้น กลัวว่าอาการป่วยจะรุนแรงขึ้นและอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต¹³ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Brousseau, Nimmer, Yunk, Nattinger, & Greer¹⁴ ที่พบว่า บิดามารดาต้องการความมั่นใจว่า อาการป่วยจะไม่ทำให้เกิดอันตรายกับบุตร บิดามารดาพยายามที่หาทางออกเพื่อลดความรู้สึกวิตกกังวลที่เกิดขึ้น โดยคิดว่าการพามาพบแพทย์ คือ วิธีที่ดีที่สุดเพราะการวินิจฉัยทางโทรศัพท์ไม่มีความน่าเชื่อถือ แพทย์ไม่ได้เห็นตัวบุตร ทำให้ความวิตกกังวลไม่สามารถลดลงได้ ต้องพาไปให้แพทย์ตรวจอาการก่อนถึงแม้จะไม่ได้รับยาก็ตาม บิดามารดาให้ความเห็นว่าสัญญาณของความเป็นพ่อแม่ย่อมไม่ต้องการเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพของบุตร การพามาพบบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นการยอมจ่ายค่ารักษาเล็กน้อยแลกกับการได้รู้ว่าบุตรไม่มีอะไรผิดปกติเกิดขึ้น

ความวิตกกังวลของมารดายังมีความเกี่ยวข้องกับการมีประสบการณ์ในอดีต ที่เคย

เผชิญกับเหตุการณ์เห็นความเจ็บป่วยที่รุนแรงของบุตร เคยมีบุคคลในครอบครัวตายจากอาการป่วยเหมือนกับที่บุตรแสดงอาการ เกิดเป็นภาพความทรงจำในอดีต (Flashback)¹⁵ มารดาจึงวิตกกังวลกลัวจะเกิดเหตุการณ์แบบเดิมขึ้นกับบุตรซ้ำอีก การรับรู้ที่บุตรมีโรคประจำตัวที่มีอาการป่วยที่แพทย์เคยแนะนำต้องเฝ้าระวัง ทำให้มารดาเป็นกังวล กลัวว่าบุตรจะเกิดอาการป่วยรุนแรง และตัดสินใจนำพามาบริการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของ Grigg, Shetgiri, Michel, Rafton, & Ebel¹⁶ ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพไม่รุนแรงด้านการแพทย์ในครอบครัวชาวลาติน พบว่า บิดามารดาที่มีความกังวลมากต่ออาการมีไข้และอ่อนเพลีย กินไม่ได้ของบุตร บิดามารดาหลายรายมีประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ล่าช้าทำให้ผู้ป่วยมีอาการหนักหรือเสียชีวิต และเกือบทุกครอบครัวมีความพยายามที่จะดูแลความเจ็บป่วยที่บ้านก่อนที่จะมาพบแพทย์

ประเด็นที่ 2 เชื้อมัน ไว้วางใจในการรักษา มารดาเมื่อรับรู้ถึงศักยภาพของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงเลือกมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เนื่องจากต้องการให้บุตรได้รับการตรวจละเอียด ต้องการให้บุตรได้รับบริการ ในสถานที่ที่มีอุปกรณ์พร้อม สอดคล้องกับงานวิจัยของ Anne, Isabelle, Paul, & Etienne² ได้ศึกษาสาเหตุว่า ทำไมบิดามารดาจึงนำบุตรมาใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยพยาธิสภาพไม่รุนแรงด้านการแพทย์ พบว่า การรับรู้ข้อดีของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ถึงความพร้อมของทรัพยากร ความสามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งเป็นข้อได้เปรียบของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ทำให้บิดามารดาารู้สึกว่าแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นสถานที่ที่ดีที่สุดสำหรับ

บุตรของตน บิดามารดาไม่พึงพอใจกับการแค่เพียงได้รับคำปรึกษาทางโทรศัพท์ ไม่สามารถลดความวิตกกังวลและแก้ไขอาการป่วยของบุตร จึงตัดสินใจนำบุตรมาพบแพทย์ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพราะต้องการให้แพทย์ตรวจอาการของบุตร ได้รับการวินิจฉัยโรคและการให้ยา คำแนะนำในการดูแลรักษาที่ถูกต้องตรงกับอาการป่วยของบุตร การได้รับคำแนะนำในการดูแลบุตรเบื้องต้นและการดูแลแก้ไขจนแน่ใจว่าอาการของบุตรไม่มีอันตราย

บิดามารดามีความรู้สึกไม่มีความเชื่อมั่นและไม่ต้องการรักษาจากสถานบริการอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ben, Mark, Veerle, & Stephanie¹⁷ ที่ผลการศึกษาระบุว่าบิดามารดามีการรับรู้ข้อดีของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้ความมั่นใจในความสามารถแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ นอกจากนี้ยังสามารถอธิบายว่า บิดามารดายินดีที่จะรอเพื่อที่จะได้รับการตรวจจากแพทย์ บิดามารดาคิดว่าการไปรับบริการในคลินิกเอกชนหรือร้านขายยาไม่เหมาะสมเพราะไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการพาบุตรไปรับการรักษาในสถานบริการเหล่านั้น เป็นการเสียเวลาโดยเปล่าประโยชน์ นอกจากนี้ยังพบอิทธิพลของ Social network ที่มักจะบ่งชี้ว่าการพาบุตรไปรับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จะทำให้บุตรมีความปลอดภัยมากที่สุด

ประเด็นที่ 3 การบริการตรวจรักษามีความสะดวก รวดเร็ว เมื่อมารดาพาบุตรมารับบริการในเวลาแล้วพบกับจำนวนผู้ป่วยจำนวนมาก ต้องเสียเวลารอคิวนาน จึงพาบุตรมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในช่วงเวลากลางคืนแทน เพราะเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมารับบริการน้อย อีกทั้งรูปแบบการให้บริการของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีลักษณะเป็นการบริการที่เน้นให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน การพยาบาลจึงต้องเน้นให้มีความรวดเร็ว ปลอดภัยและได้

มาตรฐาน เป็นสิ่งสำคัญในการทำงาน เพื่อให้สามารถช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้งที่เพื่อลดอัตราความพิการและเสียชีวิต ระบบบริการและการใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินนั้นจึงมีความพยายามที่จะลดขั้นตอนในการใช้บริการที่ซับซ้อน ยุ่งยาก มีความพยายามนำระบบบริการสุขภาพไร้รอยต่อ (Lean and seamless) มาช่วยพัฒนาระบบการทำงานในหน่วยงาน เป็นคำตอบการบริการและเป็นเครื่องมือของจัดความสูญเสียในการเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ความรวดเร็วและปลอดภัย เพื่อคุณภาพการบริการ¹⁸ ผู้ป่วยจึงสามารถใช้บริการอยู่ในจุดบริการเดียวไม่ต้องเดินทางไปยังบริเวณอื่น ทั้งกิจกรรมการพยาบาลและขั้นตอนการยื่นเอกสารต่างๆ เมื่อมารดาใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงทำให้มารดารู้สึกว่าการใช้บริการมีความสะดวกกว่าการมารับบริการที่แผนกตรวจโรคทั่วไปที่มีขั้นตอนยุ่งยาก ซับซ้อน ต้องเดินไปติดต่อหลายจุดบริการ

ในเวลาทำการคนในครอบครัวยังต้องทำงานหารายได้ ทำให้ไม่มีใครพาผู้ป่วยเด็กมารับบริการ การมารับบริการจึงต้องมาในช่วงหลังจากเลิกงานซึ่งเป็นเวลากลางคืน สอดคล้องกับการวิจัยของ Butun, Linden, Lynn, & McGaughey¹⁹ ได้สำรวจเหตุผลของบิดามารดาในการนำบุตรที่มีความเจ็บป่วยไม่รุนแรงด่วนมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า เหตุผลหนึ่งที่นำบุตรมาใช้บริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความสะดวกสบายในการเดินทางมาใช้บริการ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินสามารถมารับบริการนอกเวลาราชการได้ การเข้าถึงบริการง่ายและรวดเร็ว ทั้งนี้ยังไม่พบงานวิจัยเกี่ยวกับการลดขั้นตอนการบริการในแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อเพิ่มความสะดวกของผู้รับบริการที่ต้องเดินไปรับบริการการพยาบาลหลายแผนกในประเทศไทย

ประเด็นที่ 4 ค่าใช้จ่ายเหมาะสมยอมรับได้ ไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม เนื่องจากการเจ็บป่วยทั่วไป เมื่อต้องการใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพ จะต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่ผู้ป่วยมีสิทธิ์ประกันสุขภาพในเวลาราชการก่อนทุกครั้ง หากต้องการการรักษาในโรงพยาบาลจะต้องมีใบส่งตัวรับรองสิทธิ์ ในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินแพทย์จะพิจารณาตามข้อบ่งชี้คือ โรคหรืออาการของโรคที่มีลักษณะรุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิตหรืออันตรายต่อผู้อื่น เมื่อพาผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพไม่เรื้อรังทางการแพทย์มาใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน นอกเวลาราชการโดยไม่มีใบส่งตัวรับรองสิทธิ์จึงไม่สามารถใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพได้ ต้องชำระค่ารักษาพยาบาลเอง มารดาที่ต้องการนำบุตรไปรักษานอกเวลาราชการ ไม่สามารถใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพได้ การไปรักษาในคลินิกเอกชนถ้ามีอาการป่วยที่รุนแรง ก็ต้องถูกส่งต่อไปโรงพยาบาล ต้องเสียค่ารักษาที่โรงพยาบาลอีก จึงเลือกรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่มีความสามารถตรวจรักษาได้มากกว่าคลินิกในราคาที่ถูกกว่าหรือเท่าๆ กับการไปรักษาตามคลินิก และหากมีอาการป่วยรุนแรงต้องนอนโรงพยาบาล ก็สามารถรับนอนรักษาในโรงพยาบาลได้เลย ไม่ต้องถูกส่งต่อ ไม่ต้องเสียที่จะต้องเสียค่ารักษาซ้ำ และสามารถใช้สิทธิ์ฉุกเฉินได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kubicek, Beaudin, Supan, Weiss, Lu, & Kipke³ ได้สำรวจเกี่ยวกับลักษณะ และความคิดเห็นของผู้ปกครอง/ผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นผู้ป่วยเด็กที่มีพยาธิสภาพไม่เรื้อรังทางการแพทย์ พบว่า ผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็ก ร้อยละ 49 มีรายได้น้อยกว่า 20,000 เหรียญสหรัฐหรือประมาณ 678,214 บาทต่อปี และร้อยละ 43 ของผู้ดูแลไม่มีการประกันสุขภาพ และเหตุผลการนำผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด่วน

ทางการแพทย์เข้ารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเนื่องจากรับรู้คุณภาพของการดูแล คิดว่าดีกว่ารักษาที่อื่นเพราะมีแพทย์ประจำตลอดเวลา

≡ ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ≡

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ส่งเสริมให้ทีมแพทย์และพยาบาลมีความตระหนักถึงความวิตกกังวลของบิดามารดาที่นำผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด่วนทางการแพทย์มารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และให้การพยาบาลด้วยความเข้าใจ ไม่ตำหนิแต่มุ่งเน้นในการให้คำแนะนำและให้ความรู้ที่ถูกต้อง

2. ให้ความรู้ในการประเมินอาการและเทคนิคในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ถูกต้องกับบิดามารดา ที่นำผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด่วนทางการแพทย์มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ขณะรอรับบริการเพื่อกลับไปดูแลผู้ป่วยเด็กที่บ้านได้ ให้คำแนะนำความรู้ล่วงหน้าเมื่อบิดามารดานำเด็กมาตรวจสุขภาพ รับวัคซีน เรื่องสิทธิ์การรักษาพยาบาล การประเมินอาการที่ต้องการนำผู้ป่วยเด็กมารับบริการในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผลกระทบต่อการให้บริการผู้ป่วยคนอื่น ความล่าช้าในการรับบริการ ผลกระทบจิตใจของบุตร

ด้านการพัฒนาระบบบริการ

1. จัดระบบบริการทางการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกให้มีคุณภาพ สร้างความเชื่อมั่นไว้วางใจในบริการ จัดระบบบริการให้เกิดความสะดวก ลดขั้นตอนในการรับบริการ ลดขั้นตอนที่ซับซ้อนในลักษณะระบบบริการสุขภาพไร้รอยต่อ (Lean and seamless) แผนกผู้ป่วยนอก จัดให้มีพื้นที่การบริการใกล้ๆ กัน เช่น ห้องบัตร ห้องเจาะเลือด การเงิน ลดระยะการเดินทางของผู้มารับบริการให้ได้มากที่สุด

2. พัฒนาระบบนัดในแผนกคลินิก เฉพาะโรค เพื่อลดความแออัดขณะเข้าแถวรอรับ คิวตรวจของบิดามารดาที่มารับบริการ อาจเป็น การโทรจองคิวนัดในผู้ป่วยเด็กที่มาตรวจเพื่อรักษา ต่อ กรณีเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่มีอาการเร่งด่วนเพื่อลด จำนวนผู้ป่วยที่มารอรับบริการ ให้สอบถามจำนวน ผู้ป่วยได้เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเด็กและบิดามารดา เดินทางมาขณะคิวเต็มต้องปิดรับบัตร ทำให้ เสียเวลาเดินทางมาและต้องรอตรวจนานขึ้น

3. จัดให้มีบริการนอกเวลา โดยทบทวน ค่าใช้จ่ายของการรับบริการที่ซับซ้อน เพื่อกำหนด มาตรฐานค่าใช้จ่าย

ด้านการศึกษาพยาบาล นำผลที่ได้จาก การศึกษาประสบการณ์ของบิดามารดาในการนำ ผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่เรื้อรังด้านการแพทย์ มา รับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ไปใช้ในการ เรียนการสอนเรื่อง การดูแลผู้ป่วยเด็กเบื้องต้น โดยให้ความสำคัญกับบิดามารดา ครอบครัว เพื่อให้สามารถปฐมพยาบาล ดูแลอาการป่วย เล็กๆ น้อยๆ ด้วยตนเองที่บ้านได้ มีความรู้ในการ ประเมินอาการป่วยที่ถูกต้อง โดยคำนึงถึงการ พยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็กที่แท้จริง เรียนรู้ การจัดบริการให้เกิดความพึงพอใจของบิดามารดา

ที่มารับบริการ เพื่อลดขั้นตอนที่ยุ่งยาก เพิ่มความ สะดวกในการมารับบริการให้มากขึ้น

ด้านการวิจัยทางการแพทย์ ควร พัฒนาการวิจัยเพื่อส่งเสริมการพัฒนาการจัดระบบ บริการที่ตอบสนองต่อการดูแลผู้ป่วยเด็กอย่าง เหมาะสม ค้นหาวิธีที่จะทำให้บิดามารดานำผู้ป่วย เด็กไปรับบริการที่เหมาะสมกับอาการความรุนแรง ของโรค ได้แก่ การวิจัยเชิงความสัมพันธ์ การวิจัย เชิงทดลอง เพื่อลดการนำผู้ป่วยเด็กพยาธิสภาพไม่ เรื้อรังด่วนมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เช่น การเปรียบเทียบนวัตกรรมการให้ความรู้ใน การดูแลผู้ป่วยเด็กเพื่อลดการนำผู้ป่วยเด็กพยาธิ สภาพไม่เรื้อรังด่วนมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและ ฉุกเฉินของบิดามารดา

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความรัก ความเมตตาต่อนิสิตของ ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จิระแพทย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้ ช่วยเหลือชี้แนะแนวทางทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มี ความสมบูรณ์ ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดาที่ ทำให้ผู้วิจัยมีความพยายามที่จะศึกษาจนสำเร็จได้ ขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่าน ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และขอบคุณไว้ ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. Ramkaew K, Oumtane A. Working experience of emergency nurses in tertiary care hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2014;15(3):236-34. (in Thai).
2. Queen Sirikit National Institute of Child Health, Emergency department statistics on patient classification accident and emergency, fiscal year 2011-2014. (in Thai).
3. Wong AC, Claudet I, Mullet E. Why do parents bring their children to the emergency department a systematic inventory of motives? Int J Family Med 2015 Nov 4 doi: 10.1155/2015/978412.



4. Kubicek K, Beaudin C, Supan J, Weiss G, Lu Y, Kipke MD. A profile of non-urgent emergency department usage in an urban pediatric hospital. *Pediatric Emergency Care* 2012;28(10):977-84.
5. Queen Sirikit National Institute of Child Health. Patient screening criteria Queen Sirikit National Institute of Child Health 4 levels; (Grey Literature). (in Thai).
6. Veen MV. The Manchester Triage System in pediatrics emergency care. Erasmus Universiteit Rotterdam, The Netherlands. [Internet]. [cited 2015 October 20]. Available from: file:///D:/Documents/Downloads/100416Veen,%20Mirjam%20van.pdf.
7. Patricia JB, Robyn F. The wiley handbook on the development of children's memory. United States: John Wiley & Sons; 2013.
8. Uscher-Pines L, Pines J, Kellermann A, Gillen E, Mehrotra A. Deciding to visit the emergency department for non-urgent conditions: a systematic review of the literature. *Am J Manag Care* 2013;19(1):47-59.
9. Berry A, Brousseau D, Brotanek JM, Tomany-Korman S, Flores G. Why do parents bring children to the emergency department for non urgent conditions? a qualitative study. *Ambul Pediatr* 2008;8(6):360-7.
10. Perry BD. The childtrauma academy: effects of traumatic events on children. [Internet]. [cited 2015 October 10]. Available from: <http://www.fa-sett.no/filer/perry-handout-effects-of-trauma.pdf>.
11. LeSeure P. Analysis of the separation of experience and context of data in oriented research nursing phenomena. *Kuakarun Journal of Nursing* 2012;19(2):16-25. (in Thai).
12. Plodpluang U. Phenomenological data analysis. *Journal of Nursing, Ministry of Public Health* 2013;23(2):1-10. (in Thai).
13. Commodari E. Children stay in hospital: a research on psychological stress of caregivers. *Ital J Pediatr* 2010 May 25;36:40.
14. Brousseau DC, Nimmer MR, Yunk NL, Nattinger AB, Greer A. Nonurgent emergency department care: analysis of parent and primary physician perspectives. *Pediatrics* 2011;127(2):375-81.
15. Sriphuthon W, Waiprom P, Chantawatana N, Singkham P. The prevalence of traumatic brain injury (TBI) and the coprevalence of posttraumatic stress disorder (PTSD) and depression with which returning the Royal Thai Navy personnel (RTN) deployed for the peace building process in southernmost provinces of Thailand. *Royal Thai Navy Medical Journal* 2015;42(1):49-71. (in Thai).

16. Grigg A, Shetgiri R, Michel E, Rafton S, Ebel BE. Factors associated with nonurgent use of pediatric emergency care among Latino families. *J Natl Med Assoc* 2013;105(1):77-84.
17. Holden B, Egan M, Snijders V, Service S. Why do parents bring children with minor illness to emergency and urgent care departments? Literature review and report of fieldwork in North West London. London: Behavioral Insights Team; 2017.
18. Mazzocato P, Holden JR, Brommels M, Aronsson H, Backman U, Elg M, et al. How does lean work in emergency care? a case study of a lean-inspired intervention at the Astrid Lindgren Children's Hospital, Stockholm, Sweden. *BMC Health Services Research* 2012;12(28):1-13.
19. Butun A, Linden M, Lynn F, McGaughey J. Exploring parents' reasons for attending the emergency department for children with minor illnesses: a mixed methods systematic review. *Emergency Medicine Journal* 2018;36(1):39-46.

ผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม ต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภท ที่ดื่มแอลกอฮอล์

The Effect of Motivation Interviewing for Craving Control Program on Alcohol Consumption in Schizophrenia and Alcohol Use Patients

อรุณรัตน์ คำสอนทา* ยูพิน อังสุโรจน์** สุนิสา สุขตระกูล***

Arunrat Khamsontha,* Yupin Aungsuroch,** Sunisa Suktrakul**

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok

** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

** Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok

* Corresponding Author: nuying.kham@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาแบบเปรียบเทียบสองกลุ่มที่ไม่เท่าเทียมกัน มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม และเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ในสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จำนวนทั้งสิ้น 40 คน ใช้คะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) ในการจับคู่กลุ่ม ตัวอย่างสองกลุ่มให้มีลักษณะใกล้เคียงกัน และใช้การสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม 20 คน และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วย เครื่องมือทดลอง 1) โปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม 2) แบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (OCDS) เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความเที่ยงพบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88 และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) ตรวจสอบความเที่ยงพบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.71 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและการทดสอบ t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Received: April 20, 2019; Revised: July 26, 2019; Accepted: August 2, 2019

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มแอลกอฮอล์ระดับมีปัญา การสร้างแรงจูงใจ การควบคุมความอยากดื่ม ผู้ป่วยจิตเภท

Abstract

This study is a quasi-experimental nonequivalent group design. The objectives of the study were to compare alcohol consumption in schizophrenia and alcohol used patients before and after received motivation interviewing for craving control program and alcohol consumption in schizophrenia and alcohol used patients between patients who received motivation interviewing for craving control program and those who received regular care. The sample consisted of 40 persons attended patients with schizophrenia and alcohol used at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatric. They were matched pairs with scores on Alcohol Use Identification Test (AUDIT) then randomly assigned to the experimental and control group divided to experimental group 20 persons and control group 20 persons. The experimental group received motivation interviewing for craving control program and control group received regular care. The study in struments composed of 1) motivational interviewing combined with telephone for craving control program and 2) The Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS). The 1st and 2nd instruments were verified for content validity by 5 professional experts. The reliability of the 2nd instruments was reported by Cronbach's alpha coefficient as of 0.88. Data collection tools include Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) and reliability of the instruments was reported by Cronbach's alpha coefficient as of 0.71. The data was analyzed using descriptive statistics and t-test, at .05 level.

Major findings were as follows:

1. Alcohol consumption in schizophrenia and alcohol used patients who received motivation interviewing for craving control program was significantly lower than that before at p. 05.

2. Alcohol consumption in schizophrenia and alcohol used patients who received motivation interviewing for craving control program was significantly lower than those who received the regular care at p. 05.

Keywords : alcohol use, alcohol consumption, motivational interviewing, craving control program, schizophrenia

≡ ความเป็นมาและความสำคัญ ≡ ของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติทั้งด้านกระบวนความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยพบอัตราความชุกของโรคจิตเภทได้สูงถึง 8.8 คนต่อแสนประชากร และพบได้ทั้งเพศชายและเพศหญิงในอัตราเท่าๆ กัน จากสถิติพบว่า โรคจิตเภทเป็นโรคจิตที่พบบ่อยที่สุด มีความชุกชั่วชีวิต (Lifetime prevalence) ร้อยละ 0.30 - 0.66 ปัจจุบันพบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ทั่วโลกเพิ่มขึ้น 2 ล้านคนต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น¹ ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักจะมีอาการแสดงใน 2 กลุ่มอาการหลัก ได้แก่ กลุ่มอาการทางด้านบวก เช่น อาการหูแว่ว ประสาทหลอน หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ส่วนกลุ่มอาการทางด้านลบจะแสดงออกมาในรูปแบบของการมีพฤติกรรมแยกตัว พูดน้อย และมีแสดงออกทางอารมณ์น้อย² จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์สูงเป็นอันดับหนึ่งถึงร้อยละ 53.1³ สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาพบผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มในปี พ.ศ. 2558, 2559 และ 2560 มีอัตราสูงถึงร้อยละ 12.17, 13.12, และ 14.58 และยังพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มนี้จะมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องในอัตราที่สูง⁴

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ โดยพบว่า ผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์ร่วมจะมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่แตกต่างกัน และมีสาเหตุการดื่มที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของกระบวนการรู้คิด การรับรู้ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยคิด ตัดสินใจ และแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มแอลกอฮอล์เพื่อคลายความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งการดื่มแอลกอฮอล์ทำให้กล้าแสดงออกและรู้สึกเข้มแข็งขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดื่มอย่างต่อเนื่องและไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้ซึ่งส่งผลกระทบทำให้ความรุนแรงของโรคมักขึ้น ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ถือเป็นปัญหาพฤติกรรมที่มีความยุ่งยากซับซ้อนมาก เป็นสาเหตุสำคัญทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากกว่า 2 ครั้งต่อปี⁵ ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กาญจนา เหมะรัต และคณะ⁶ ที่พบการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 76.5 และมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วยสูงถึงร้อยละ 94.4 ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่สามารถลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้เป็นเหตุให้มีกระบวนการคิดตัดสินใจบกพร่องและเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต้องเข้ารักษาโรคจิตในขนาดที่สูงขึ้นกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์มีความเสี่ยงทำร้ายตนเอง ต้องเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยในนานวันขึ้นและมีค่าใช้จ่ายการรักษาสูงขึ้น⁷

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการติ่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ได้แก่ สารเคมีในสมองโดยเฉพาะสาร Dopamine ที่มีการหลั่งออกมาในปริมาณมากเมื่อติ่มแล้วจะได้รับการตอบสนองทางบวกทำให้เกิดความอยากและมีความต้องการที่จะติ่มต่อไปจนส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอยากติ่มแอลกอฮอล์³ ปัจจัยทางด้านจิตสังคม ได้แก่ สภาพแวดล้อมและจิตใจ ได้แก่ การได้รับความกดดันด้านอารมณ์จากบุคคลอื่น ดีใจ เสียใจ หรือโกรธ แรงจูงใจในตัวบุคคลลดลงเนื่องจากผู้ป่วยมักใช้แอลกอฮอล์เพื่อจัดการกับความทุกข์ทรมานจากอาการทางจิตที่กำลังกำเริบอยู่บ่อยครั้ง⁹ และปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ บุคคลที่ร่วมติ่มสถานที่ที่เคยติ่ม สิ่งของ/อุปกรณ์การติ่ม หรือช่วงเวลาที่เคยติ่มประจำ ฯลฯ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความอยากติ่ม^{10,11} จากสถานการณ์การติ่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น การติดตามผลการบำบัดและรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ตามโปรแกรมการบำบัดแอลกอฮอล์ของโรงพยาบาลตามโปรแกรม ICOD-R และภายหลังที่ได้รับการบำบัดเสร็จสิ้นและได้รับการจำหน่ายกลับไปสู่ชุมชนจะพบว่า มีอัตราการกลับไปเสพซ้ำสูง เมื่อศึกษาปัจจัยของการกลับไปติ่มซ้ำจากการสอบถามผู้ที่เข้ารับการบำบัดเกิน 1 ครั้ง พบว่าเมื่อกลับไปสู่ชุมชนจะเกิดความลังเลใจ เมื่อมีสิ่งยั่วยุต่างๆ เช่น เพื่อน สังคมและสิ่งแวดล้อมเดิมๆ ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นให้ขาดแรงจูงใจที่จะเลิกติ่มแอลกอฮอล์⁴ และพบว่าภายหลังที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะพบความกดดันในด้านต่างๆ จากสังคมหรือได้รับสิ่งกระตุ้นต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการติ่มแอลกอฮอล์ ดังนั้นหากมีการจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่จะส่งผลต่อการ

เกิดความรู้สึกอยากติ่มแอลกอฮอล์ (Craving) จะช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองมากขึ้น¹² ทั้งนี้การสร้างแรงจูงใจให้ควบคุมความอยากติ่มให้ได้ โดยจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อควบคุมความอยากติ่มอย่างครอบคลุม มุ่งผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะเป็นแนวทางนำไปสู่การลดปริมาณการติ่มแอลกอฮอล์ลงได้ จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงเห็นถึงความจำเป็นที่ต้องเน้นการลดพฤติกรรมการติ่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภท จึงพัฒนารูปแบบการบำบัดแบบต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชน เพื่อจัดการปัญหาความอยากติ่มแอลกอฮอล์อันเป็นเหตุให้กลับไปติ่มซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภททวนกลับไปมีพฤติกรรมการติ่มแอลกอฮอล์ซ้ำ คือ การขาดแรงจูงใจในการควบคุมความอยากติ่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง¹³ ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ถือว่าเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่จะส่งเสริมให้บุคคลเกิดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม¹⁴ และเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการแสวงหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป¹¹ การสร้างแรงจูงใจเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้สำรวจ ค้นหา และแก้ไขความลังเลใจของตนเอง ให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณสมบัติสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ซึ่งสามารถดำเนินการได้ทั้งการบำบัดรายบุคคลและการบำบัดรายกลุ่ม โดยทั้งสองรูปแบบส่งผลต่อการลดพฤติกรรมการติ่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพเช่นเดียวกัน^{14,15} ในประเทศไทย พบว่า การบำบัดแบบสร้างแรงจูงใจ (Motivation interviewing) ช่วยให้ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมและลดความลังเลใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้เร็วขึ้น เช่น ในการศึกษาของ สุนทรี ศรีโกสโย¹⁶ ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของการบำบัดทางด้านจิตสังคมเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ที่รับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่า ร้อยละของจำนวนวันดื่มหนักของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนลดลงในแต่ละระยะของการบำบัดและร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพิ่มขึ้นในแต่ละระยะของการบำบัดด้วยโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ และภายหลังออกจากโรงพยาบาลเมื่อติดตามผลต่อเนื่องพบร้อยละของจำนวนวันที่หยุดดื่มแอลกอฮอล์มีจำนวนเพิ่มขึ้นและลดลงเป็นระยะ ผู้วิจัยจึงได้เสนอแนะเรื่องการบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจว่าควรกระทำต่อเนื่อง โดยเสนอแนะวิธีการบำบัดด้วยการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ซึ่งเป็นวิธีการที่สะดวก ง่ายต่อการติดตาม ลดการตีตราในผู้ป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดีอย่างต่อเนื่องได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tinakon และคณะ¹⁷ ศึกษาผลของการให้การแทรกแซงทางโทรศัพท์ในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า กลุ่มทดลองมีจำนวนวันดื่มความถี่ และปริมาณการดื่มโดยเฉลี่ยในหนึ่งสัปดาห์ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ

ส่วนการศึกษาในต่างประเทศของ McKay, Lynch, Shepard, & Pettinati¹⁸ ทำการศึกษาประสิทธิผลของการดูแลต่อเนื่องโดยใช้โทรศัพท์สำหรับผู้ดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ภายหลังที่ผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์ได้รับการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์จะมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับ Signor และคณะ¹⁹ ทำการศึกษามูลของการสร้างแรงจูงใจแบบย่อโดย

ใช้โทรศัพท์สำหรับผู้ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในบราซิล พบว่า ภายหลังที่ผู้ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจแบบย่อโดยใช้โทรศัพท์ที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของการสร้างแรงจูงใจซึ่งจะช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้เชื่อมั่นในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในชีวิตจริงได้มาก ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการบำบัดแบบต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชน เพื่อจัดการปัญหาความอยากดื่มแอลกอฮอล์อันเป็นเหตุให้กลับไปดื่มซ้ำ โดยพัฒนารูปแบบการบำบัดด้วยการสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ภายหลังกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน โดยใช้การติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์จากแนวคิดการสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick¹⁴ ที่มุ่งส่งเสริมให้บุคคลมีแรงจูงใจภายในเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสม และใช้วิธีการติดตามด้วยการใช้โทรศัพท์ซึ่งเป็นวิธีการที่สะดวก ง่ายต่อการติดตาม และสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดีอย่างต่อเนื่องได้ โดยการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมได้มีการคำนึงถึงการใช้เทคนิค DARES และการใช้กระบวนการ FRAM²⁰ เข้ามาประยุกต์ใช้และสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์เกิดแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้ชัดเจนและมีความเหมาะสมมากขึ้น โดยมุ่งเน้นการสร้างแรงจูงใจให้เกิดความตระหนักรู้เกี่ยวกับผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อตนเอง มีวิธีการจัดการสิ่งกระตุ้นทั้งภายในภายนอกที่ทำให้เกิดความอยากดื่มอย่างไม่ลืมหูลืมใจ รวมทั้งปรับความคิดอัตโนมัติไปในทางที่เหมาะสม มีแรงจูงใจในการลงมือปฏิบัติเพื่อการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการติ่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติ่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากติ่ม

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการติ่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติ่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากติ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการติ่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติ่มแอลกอฮอล์ดีขึ้นหลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากติ่ม

2. พฤติกรรมการติ่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ติ่มแอลกอฮอล์ที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากติ่มดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ติ่มแอลกอฮอล์ ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัญหาหรือตัวแปรที่ต้องการศึกษา คือ พฤติกรรมการติ่มแอลกอฮอล์ ในการจัดการกับปัญหานี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากติ่ม โดยใช้แนวคิดการสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick¹⁴ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมควบคู่ไปกับการเรียนรู้การจัดการกับปัจจัยกระตุ้นที่จะส่งผลให้มีความรู้สึกลอยอยากติ่ม (Craving) จะช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองมากขึ้น การสร้างแรงจูงใจตามแนวคิดของ Miller

& Rollnick¹⁴ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจภายในเพิ่มขึ้น เน้นให้ผู้ป่วยได้สำรวจ ค้นหาถึงสิ่งที่ทำให้เกิดความล้าเลใจในปัญหาของตนเองพร้อมทั้งแก้ไขความล้าเลใจของตนเอง และเล็งเห็นถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นๆ ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีความพร้อมและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป ซึ่งประกอบไปด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะการสร้างสัมพันธภาพและสร้างแรงจูงใจ ระยะที่ 2 ระยะการนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญา และระยะที่ 3 ระยะกลยุทธ์การติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจของผู้ป่วยร่วมค้นหาตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความอยากติ่มแอลกอฮอล์ และผลักดันให้ผู้ป่วยมีการวางแผนสร้างแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากติ่มในระยะยาว

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) และติ่มแอลกอฮอล์ในระดับที่มีปัญหาที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยใน ที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 40 คน **เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)** มีดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) และติ่มแอลกอฮอล์อยู่ในกลุ่มที่มีปัญหาและแบบติด ประเมินโดยแบบประเมินพฤติกรรมการติ่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) มีระดับคะแนน ≥ 16 คะแนน ที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในและอยู่ในระยะเตรียมจำหน่ายที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 2) มีอาการทางจิต

สงบ ประเมินจากแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) มีระดับคะแนนประเมินน้อยกว่า 36 คะแนน 3) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 5) ผู้ป่วยต้องไม่ใช่บุคคลที่อาศัยอยู่เพียงลำพังต้องมีผู้ดูแลหลัก 6) ญาติหรือผู้ดูแลหลักต้องมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป (วัยผู้ใหญ่) มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้และให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ **เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)** มีดังนี้ 1) กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามที่กำหนด 2) กลุ่มตัวอย่างมีอาการทางจิตกำเริบอย่างรุนแรงระหว่างการดำเนินการวิจัย 3) ผู้ป่วยที่มีโรคทางกายรุนแรง เช่น ตับแข็ง ตับอักเสบ และมะเร็งตับ ซึ่งอาจมีผลต่อการวิจัย

ผู้วิจัยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรเกินที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ ระดับจากการประเมินพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์จากแบบประเมิน AUDIT โดยแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการดื่มแอลกอฮอล์แบบมีปัญหา (คะแนน 16 - 19 คะแนน) และกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการดื่มแอลกอฮอล์แบบติด (คะแนน 20 คะแนนขึ้นไป) จากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีการจับฉลากเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่ดี และมีความครอบคลุมลักษณะของประชากรกลุ่มละ 20 คน ผลจากการดำเนินการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีการ Drop out จำนวน 2 คน กลุ่มควบคุม Drop out จำนวน 1 คน เนื่องจากต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุการกลับไปใช้สารเสพติดร่วม ทำให้เหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 37 คน ซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง

จำนวน 18 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 19 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1) โปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดของ Miller & Rollnick¹⁴ ในการสร้างโปรแกรมครั้งนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งการดำเนินกิจกรรมเป็นแบบรายบุคคล โดยจะดำเนินกิจกรรมติดต่อกัน 5 สัปดาห์ โดยในสัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรม 2 ครั้ง ขณะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และอยู่ในระยะเตรียมจำหน่ายเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายและการบำบัดต่อเนื่องทางโทรศัพท์ในครั้งต่อไป ในสัปดาห์ที่ 2 - 4 ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ขณะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโดยการบำบัดต่อเนื่องทางโทรศัพท์และในสัปดาห์ที่ 5 ดำเนินกิจกรรม 1 ครั้ง ขณะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโดยการนัดผู้ป่วยมาติดตามผลการบำบัดที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ในแต่ละครั้งใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 30 - 45 นาที

2) คู่มือผู้ป่วยในการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ เป็นคู่มือสำหรับผู้ป่วยที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้นำกลับไปใช้ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ เพื่อให้ผู้ป่วยได้จัดการปัญหาความอยากดื่มแอลกอฮอล์อันเป็นเหตุให้กลับไปดื่มซ้ำ ภายในคู่มือผู้ป่วยเล่มนี้จะเป็นเครื่องมือ สำคัญ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองได้สำเร็จ ขอบเขตเนื้อหาภายในคู่มือประกอบด้วยความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ ผลกระทบจาก

การดื่มแอลกอฮอล์ การดูแลตนเองเบื้องต้น ปัจจัยกระตุ้น การจัดการกับความเครียดที่นำไปสู่ความอยากดื่มแอลกอฮอล์ และการสร้างแรงจูงใจและการตั้งเป้าหมายในการควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์

3) แบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์

(The Obsessive Compulsive Drinking Scale : OCDS) ของ Anton, Moak, & Latham²¹ ซึ่งพัฒนาโดย Suktrakul และคณะ²² เป็นแบบวัดที่ให้ผู้ตอบทำการประเมินตนเอง โดยมีตัวเลือกให้เลือก 5 ตัวเลือก ตั้งแต่ 0 - 4 มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ผลคะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 40 คะแนน ในการวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) พบค่าเท่ากับ 0.98 และมีการตรวจสอบความเที่ยงโดยพบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยโรคจิตเภท ระยะเวลาในการบริโภคแอลกอฮอล์ สาเหตุการบริโภคแอลกอฮอล์ ระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก ประวัติการใช้สารเสพติดร่วม ผู้ดูแลหลัก และเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้

2) แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorder Identification Test : AUDIT) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก มีการแปลเป็นภาษาไทยโดย ปิรพรศศิลาปะกิจ และพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์²³ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือพบค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.80 และค่าความเที่ยง

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.71 ในแบบประเมินนี้ผู้ดื่มแอลกอฮอล์จะต้องได้คะแนนระดับตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไปตามเกณฑ์การคัดเข้า เนื่องจากผู้ดื่มแบบอันตรายและผู้ดื่มแบบติดเป็นผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่ต้องได้รับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องและเป็นผู้ที่เหมาะสมต่อการได้รับการบำบัด¹⁷

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการวิจัย

1.1 เตรียมความพร้อมในด้านของความรู้ แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งส่งเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขออนุญาตทำการศึกษา

1.2 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

2. ขั้นตอนการวิจัย

2.1 ผู้วิจัยให้ กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินอาการทางจิต (BPRS) ประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) และแบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (OCDS) ก่อนการทดลอง (Pre-test)

2.2 ในการดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองจะได้รับการโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม โดยมีการดำเนินกิจกรรมติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ที่ 1 - 3 ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

และสัปดาห์ที่ 4 - 5 สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 30 - 45 นาที โดยสัปดาห์แรกขณะที่ผู้ป่วยอยู่ ณ แผนกผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และอีก 4 สัปดาห์ เป็นการโทรศัพท์ติดตามขณะที่ผู้ป่วยออกไปอยู่ในชุมชน โดยการโทรศัพท์พูดคุยเป็นเวลา 3 สัปดาห์ๆ ละ 2 ครั้งๆ ละ 30 - 45 นาที

3. ขั้นตอนรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินอาการทางจิต (BPRS) ประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (AUDIT) และแบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (OCDS) ก่อนการทดลอง (Pre-test)

3.2 ผู้วิจัยประเมินความอยากดื่มด้วยแบบวัดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (OCDS) เมื่อสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5 และหลังจากนั้น 4 สัปดาห์ ประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยต่อ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 010/2560 เมื่อวันที่ 25 มกราคม 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive analysis) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน และร้อยละ มีการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม โดยใช้สถิติทดสอบที (Dependence t-test) และเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independence t-test) มีการกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม

คะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์	Mean	SD	df	t	p
ก่อนได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม	18.33	3.01	17	14.50*	.000
หลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม	8.56	3.50			

*p < .05

จากตารางที่ 1 พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มมีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 18.33 คะแนน ส่วนหลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการ



ควบคุมความอยากดื่มมีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 8.56 คะแนน โดยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ หลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์	N	Mean	SD	df	t	p
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม	18	18.33	3.01	35	.340	.736
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	19	18.68	3.25			
หลังการทดลอง						
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม	18	8.56	3.50	35	6.027*	.000
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	19	16.42	4.36			

*p < .05

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลองพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มมีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 18.33 คะแนน ส่วนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 18.68 คะแนน โดยพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภททั้งสองกลุ่ม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หลังการทดลอง พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มมีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 8.56 คะแนน ส่วนคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 16.42 คะแนน โดยพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่ำกว่าคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ ผู้วิจัยมีการอภิปรายผลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มมีค่าคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์หลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจ

ในการควบคุมความอยากดื่ม ผู้วิจัยมีการอภิปรายผลการศึกษาที่สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 ดังนี้

รูปแบบการบำบัดด้วยโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาตามแนวคิดของแนวคิดการสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick¹⁴ โดยมีหลักการสำคัญ Client centered counseling เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วยตนเอง แก้ไขความลังเลใจของผู้ป่วย ให้คำแนะนำ ชี้แนะ

แนวทาง และมุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจภายใน เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสม เพิ่มขึ้นในการศึกษานี้ คือ เพื่อควบคุมความอยาก ต้มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วย โดยมีกระบวนการภายใน การบำบัดแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะการสร้างสัมพันธภาพและสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระยะที่ 2 ระยะการนำไปสู่การให้คำมั่นสัญญาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และระยะที่ 3 ระยะกลยุทธ์การติดตาม การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เมื่อดำเนินการให้การพยาบาลแบบดูแลต่อเนื่องตาม โปรแกรม พบว่า ในระยะเริ่มต้นของการ ดำเนินการผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ มีระดับแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอยู่ในขั้นลงมือกระทำ เมื่อเริ่มให้การพยาบาลโดยใช้ เทคนิคต่างๆ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ บางคนสามารถที่จะประคองตนเองให้อยู่ในระดับ ขั้นของการลงมือกระทำ แต่ยังมีผู้ป่วยบางคนยังมีความคิดลังเล ไม่มั่นใจ และขาดแรงจูงใจในการ ควบคุมความอยากดื่มจนทำให้กลับไปดื่มซ้ำ ซึ่ง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อยุธยา²⁴ และ Gregg, Barrowclough, & Haddock²⁵ ที่กล่าวถึงปัจจัยของการดื่ม แอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตไว้ว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตจะมีพฤติกรรมการดื่ม แอลกอฮอล์เพื่อจัดการกับความทุกข์ทรมานจาก อาการทางจิตของตนเองจนทำให้เล็งเห็นแต่ผลดี ของการดื่มแอลกอฮอล์ และเกิดความลังเลใจใน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่ม จนเป็นสาเหตุ ให้ขาดแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ในด้านการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม มีการคำนึงถึงการใช้เทคนิค DARES ได้แก่ การทำให้เห็นช่องว่างระหว่างเป้าหมายในอนาคตกับ ปัจจุบัน (Develop discrepancy) การหลีกเลี่ยง การโต้แย้ง (Avoid argumentation) การหมน

ตามแรงต้าน (Roll with resistant) การแสดง ความเห็นอกเห็นใจ (Express empathy) และ การสนับสนุนส่งเสริมศักยภาพในตัวบุคคล (Support self-efficacy)²⁰ ประกอบกับการใช้ การดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ที่มีหลักการการฟัง อย่างตั้งใจ และถามรายละเอียดเพื่อข้อมูลที่ ชัดเจนเข้าใจให้ตรงกับผู้ป่วย มีการทวนความเพื่อ ตรวจสอบให้มั่นใจว่ามีความเข้าใจที่ถูกต้องและ สอดคล้องไปในทางเดียวกัน และเปิดโอกาสให้ ผู้ป่วยได้ซักถามอีกทั้งต้องไวต่อสิ่งที่ผิดปกติ ในการดำเนินกิจกรรมซึ่งมีส่วนช่วยในการลด พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลงได้ และสามารถ เพิ่มระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน เห็น ได้จากเมื่อผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ที่เกิด ความลังเลใจ ความไม่มั่นใจและทำให้มีพฤติกรรม กลับไปดื่มซ้ำ เกิดแรงต้านเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ผู้วิจัยมีการใช้ เทคนิคหมนตามแรงต้าน การหลีกเลี่ยงข้อโต้แย้ง การแสดงความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการดื่มสุรา การแสดงความเข้าใจในสิ่ง ที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ แสดงออก พร้อมทั้งมีการสนับสนุนส่งเสริมให้ ผู้ป่วยเล็งเห็นถึงศักยภาพของตนเอง ซึ่งการ ดำเนินการดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่ม แอลกอฮอล์เกิดความมั่นใจ ไม่ลังเล ไร้กังวล มี แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อ ควบคุมความอยากดื่มเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังม ีการใช้กระบวนการ FRAMES ได้แก่ การให้ข้อมูล สะท้อนกลับ (Feedback) การเน้นความรับผิดชอบที่ ตัวผู้ป่วย (Responsibility) การแนะนำ (Advice) การให้ทางเลือก (Menu) การเห็นอกเห็นใจ (Empathic style) และการสนับสนุนศักยภาพ ของผู้ป่วย (Support self-efficacy)²⁰ ซึ่งมีส่วน สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่ม แอลกอฮอล์เกิดแนวทางในการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ได้ชัดเจนและมีความเหมาะสมมากขึ้น โดยสามารถคิดและวางแผนดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ด้วยตนเองและสามารถนำแผนที่วางไว้มาปฏิบัติ และสามารถกระทำได้ตามแผนที่วางไว้ ซึ่งการดำเนินกิจกรรมทั้งหมดนี้เป็นไปตามกระบวนการของการสร้างแรงจูงใจส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์มีแผนการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อควบคุมความอยากดื่มของตนเอง มีแนวทางที่มีความเหมาะสมกับตนเองในการจัดการกับปัจจัย/สถานการณ์เสี่ยงที่กระตุ้น รวมถึงส่งผลให้เกิดความมั่นใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างต่อเนื่องต่อไป

ผลจากการดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์ทำให้สามารถติดตามให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและมีความสะดวก รวดเร็ว อีกทั้งยังสามารถให้การช่วยเหลือ แนะนำ ส่งเสริมและสร้างแรงจูงใจและที่สำคัญกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ดำเนินตามแผนการที่ได้วางไว้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากได้อย่างต่อเนื่องและทันท่วงที นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ให้ความร่วมมือในการให้การดูแลต่อเนื่องทางโทรศัพท์เป็นอย่างดี เห็นได้จากการโทรไปพูดคุยในแต่ละครั้งตามรูปแบบโปรแกรมผู้ป่วยจะให้ข้อมูลที่เพียงพอและครบถ้วนเสมอซึ่งส่วนใหญ่เป็นไปตามแผนที่ได้วางไว้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ McKay และคณะ¹⁸ ที่พบว่ากลุ่มผู้ที่มีแนวโน้มในการกลับไปติดแอลกอฮอล์ซ้ำมีผลการรักษาดีกว่าหากได้รับการกระตุ้นและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่องเมื่อเทียบกับวิธีการรักษาแบบมาตรฐานและการศึกษาของ Tinakon และคณะ¹⁷ พบว่า การให้การดูแลทางโทรศัพท์ในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มีจำนวนวันดื่มความถี่และปริมาณการดื่มโดยเฉลี่ยลดลงมากกว่าการดูแลตามปกติ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผล

ของการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจโดยการใช้โทรศัพท์ดูแลต่อเนื่อง และผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ในระยะหลังการทดลองผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์มีระดับความอยากดื่มแอลกอฮอล์ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และเมื่อติดตามพฤติกรรมหลังการดื่มแอลกอฮอล์พบว่าลดลงเช่นกัน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า หากเมื่อกลุ่มผู้ป่วยที่ติดแอลกอฮอล์สามารถลดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ลงแล้ว พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ก็จะสามารถลดลงไปด้วยเช่นกัน

2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยมีการอภิปรายผลการศึกษาที่สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 ดังนี้

ผู้วิจัยได้มีการควบคุมอิทธิของตัวแปรเกินที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัยครั้งนี้ คือระดับปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched paired) แล้วสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยในระยะก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (Mean = 18.33 และ 18.68 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ, $p > .05$) แต่ในระยะหลังจากการทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่ม ช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์สามารถควบคุมความอยากดื่มได้และนำไปสู่การลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลงได้ ซึ่งมีความแตกต่างกับการพยาบาลตามปกติที่ผู้ป่วยได้รับ กล่าวคือ การพยาบาลตามปกติเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับจากหอผู้ป่วย ซึ่ง

ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกาย และจิตใจ การให้คำปรึกษารายบุคคลและราย ครอบครัว การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม การบำบัด การสร้างแรงจูงใจ การให้สุศึกษาในเรื่องต่างๆ และเมื่อสิ้นสุดการรักษาในโรงพยาบาลจะได้พบ แพทย์จะมีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการ รับประทานยาและอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ในการรักษาอาการทางจิตรวมถึงการปฏิบัติตัว เบื้องต้น และมีการติดตามพฤติกรรมการดื่ม แอลกอฮอล์ รวมถึงมีการให้คำปรึกษาระยะสั้น ซึ่ง รูปแบบดังกล่าวเป็นเพียงการดูแลที่มีความ เกี่ยวเนื่องกับปัญหาทางจิตที่เกิดขึ้นเท่านั้นยังไม่ ครบคลุมถึงระดับของการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมที่จะต้องดำเนินการให้เป็นไปอย่าง ต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่มแอลกอฮอล์ บางส่วนยังคงมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อย่าง ต่อเนื่อง การใช้โปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการ ควบคุมความอยากดื่มจะมีการใช้หลักการของ การสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โทรศัพท์ ซึ่งจะมี ส่วนช่วยผลักดันและสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ ดื่มแอลกอฮอล์มีระดับแรงจูงใจที่เพิ่มขึ้น สนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อ ควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาผลของโปรแกรมสร้าง แรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มต่อ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่ดื่ม แอลกอฮอล์ ในแต่ละสัปดาห์ของกิจกรรมจะมีการ ตรวจสอบแรงจูงใจ โดยที่ผู้ป่วยยังคงต้องอยู่ในชั้น ของการลงมือกระทำเพื่อให้มีความพร้อมในการ ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อไปอย่างมี ประสิทธิภาพ และเมื่อพบว่าผู้ป่วยเริ่มมีการลังเล ใจเกิดขึ้นพยาบาลต้องเสริมแรงและกระตุ้นให้ ผู้ป่วยขจัดความลังเลใจนั้น โดยการใช้เทคนิคการ เสริมสร้างแรงจูงใจของ Miller & Rollnick¹⁴ โดยต้อง ไม่มีการสร้างความขัดแย้ง (Avoid argumentation)

แต่ใช้การยอมรับแรงต้าน (Roll with resistant) ตอบสนองต่อแรงต้านนั้นโดยการโน้มน้าวให้ผู้ป่วย เกิดความคิดใหม่ไปในแนวทางที่เหมาะสม พร้อมทั้ง ย้ำคำมั่นสัญญากระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ ตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม สำหรับการสร้าง แรงจูงใจร่วมกับการใช้โทรศัพท์ในการควบคุม ความอยากดื่มจะยึดหลักของการดูแลอย่าง ต่อเนื่องทางโทรศัพท์ของ McKay และคณะ¹⁸ คือ การฟังอย่างตั้งใจ การถามรายละเอียด เพื่อให้ได้ ข้อมูลที่ชัดเจน มีการทวนความทุกครั้งเพื่อให้เกิด ความเข้าใจตรงกับผู้ป่วย ต้องจับลักษณะที่ ผิดปกติของผู้ป่วยจากน้ำเสียง หรือการแสดงออก อื่นๆ และหาสาเหตุของลักษณะที่ผิดปกติไปของ ผู้ป่วยเพื่อทำการแก้ไข มีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ชักถาม ตลอดจนมีการจดบันทึกข้อมูลในการ ดำเนินกิจกรรมทุกครั้งเพื่อให้การดำเนินกิจกรรม เป็นไปอย่างต่อเนื่องและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด และจากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการ สร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โทรศัพท์ในการ ควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่ม แอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่ม แอลกอฮอล์ พบว่า ผลของโปรแกรมสามารถช่วย ควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ลงได้และส่งผล ให้พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยลดลง ไปด้วยเช่นกัน

≡ ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัย ไปใช้ ≡

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมสร้างแรงจูงใจ ในการควบคุมความอยากดื่มต่อพฤติกรรมการดื่ม แอลกอฮอล์ไปใช้สามารถปรับเปลี่ยนระยะเวลาใน การดำเนินกิจกรรมได้ตามความเหมาะสม เช่น ใน การฝึกทักษะต่างๆ ในการจัดการกับสิ่งกระตุ้น หรือการร่วมมือปราชัยในการหาแนวทางเกี่ยวกับ

การปฏิบัติตัวในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์

1.2 การสร้างแรงจูงใจนี้ เป็นกระบวนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีระดับแรงจูงใจภายในเพิ่มขึ้นจนสามารถลงมือกระทำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนั้นจึงควรมีการติดตามต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการลงมือกระทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลหรือผู้บำบัดได้มีการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ

2.2 ควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลหรือผู้บำบัดได้มีการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์เมื่อกลับไปใช้ชีวิตในสังคม เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในการให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการควบคุมความอยากดื่มหลังการบำบัดในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน เนื่องจากระดับแรงจูงใจของบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงแนวโน้มและข้อมูลเชิงคุณภาพของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมความอยากดื่มของผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ที่แตกต่างกัน

3. ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการควบคุมความอยากดื่มแอลกอฮอล์ว่ามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่

4. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยควบคุมความอยากดื่มไม่สำเร็จในและต้องกลับไปดื่มซ้ำในระยะที่ 2 เพื่อวิเคราะห์หาแนวทางในการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Schizophrenia. [Internet]. [cited 2014 January 4]. Available from: <http://www.who.int/topics/schizophrenia/en/>.
2. Talamo A, Centorrino F, Tondo L, Dimitri A, Hennen J. Comorbid substance-use in schizophrenia: relation to positive and negative symptoms. Schizophr Res 2006;86 (1-3):251-5.
3. Latt N, Jurd S, Tennant C, Lewis J, Macken L, Joseph A, et al. Alcohol and substance use by patients with psychosis presenting to an emergency department: changing patterns. Australas Psychiatry 2011;19(4):354-9.
4. Somdet Chaopraya Institute of Psychiatric. Annual Report 2557. Somdet Chaopraya Institute of Psychiatric: Bangkok; 2015. (in Thai).



5. Saengcharncha P. Review of psychosocial treatment for alcohol dependence. Chiang Mai: Wanida press; 2552. (in Thai).
6. Hemarat K, Phaokuntarakom W, Hoonthasam S. The development of public health center nurses network to care for schizophrenic patients at home. *Journal of Mental Health of Thailand* 2012;26(2):1-15. (in Thai).
7. Sornsuwan S, Srikosai S, Saardarwut P. Effectiveness of motivational interviewing program among patients with schizophrenia and alcohol use disorder. *Journal of Mental Health of Thailand* 2012;20(3):144-53. (in Thai).
8. Tiffany ST, Cynthia AC. A cognitive processing model of alcohol craving and compulsive alcohol use. *Addiction* 2000;95(8):145-53.
9. Martio S, Carroll K, Kostas D, Perkins J, Rounsaville B. Dual diagnosis motivational intervention: a modification of motivational interviewing for substance-abusing patients with psychotic disorders. *J Subst Abuse Treat* 2002;23(4):297-308.
10. Munro T, Edward KL. Mental illness and substance use: an Australian perspective. *International Journal of Mental Health Nursing* 2008;17:255-260.
11. Santa Ana EJ, Wulfert E, Nietert PJ. Efficacy of group motivational interviewing (GMI) for psychiatric inpatients with chemical dependence. *J Consult Clin Psychol* 2007;75(5):816-22.
12. Baker AL, Hiles SA, Hide TL, Lubman DI. A systematic review of psychological intervention for excessive alcohol consumption among people with psychotic disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2012;126(4):243-55.
13. Niaura R. Cognitive social learning and related perspectives on drug craving. *Addiction* 2000;95:155-63.
14. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guilford press; 1991.
15. John UR, Driessen D, Wetterling M, Dilling H. Motivational intervention: an individual counseling vs a group treatment approach for alcohol-dependence in-patients. *Alcohol Alcohol* 2003;38(3):263-9.
16. Srikosai S. Effectiveness of motivational enhancement therapy among alcohol dependent patients receiving follow-up sessions every 2 versus every 4 weeks on reduction of alcohol drinking problems. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2009;54(3):259-72. (in Thai).
17. Wongpakaran T, Petcharaj K, Wongpakaran N, Sombatmai S, Boripuntakul T, Intarakamhaeng D, et al. The effect of Telephone-Based Intervention (TBI) in alcohol abusers: a pilot study. *J Med Assoc Thai* 2011;94(7):849-56.



18. McKay JR, Lynch KG, Shepard DS, Pettinati HM. The effectiveness of telephone-based continuing care for alcohol and cocaine dependence: 24-months outcome. *Archives of General Psychiatry* 2005;62(2):199-207.
19. Signor L, Pierozan PS, Ferigolo M, Fernandes S, Moreira TC, Mazoni CG, et al. Efficacy of the telephone-based Brief Motivational Intervention for alcohol problems in Brazil. *Braz J Psychiatry* 2013;35(3):254-61.
20. Chaipichitpan N. Motivational enhancement therapy: alternative care for drug abuse patient. *Thammasat Medical Journal* 2013;12(1):98-108.
21. Anton R, Moak DH, Latham P. The obsessive compulsive drinking scale: a self-rated instrument for the quantification of thoughts about alcohol and drinking behavior. *Alcohol Clin Exp Res* 1995;19(1):92-9.
22. Suktrakul S, Yunibhand J, Chaiyawat W. The effect of alcohol craving control program on alcohol consumption in alcohol dependence. [Doctoral Dissertation, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2009.
23. Silpakit P, Kittiratanapaiboon P. Alcohol Use Identification Test (AUDIT). Bangkok: Thantawan paper; 2010. (in Thai).
24. Darakorn na Ayuthaya P. Success in alcohol abstinence from alcohol patients with psychiatric disorders. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2013;27(1):1-15. (in Thai).
25. Gregg L, Barrowclough C, Haddock G. Reasons for increased substance use in psychosis. *Clin Psychol Rev* 2007;27(4):494-510.



วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ ของพยาบาลวิชาชีพ

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในภาคตะวันออก

Patient Safety Culture as Perceived by Professional Nurses in a University Hospital in the Eastern Region

บังอร สัตยวานิช* อารีรัตน์ ขำอยู่** ยูนี พงศ์จตุรวิทย์**

Bangorn Satyavanija,* Areerut Khumyu,** Yune Pongjaturawit**

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จ.ชลบุรี

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi Province

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จ.ชลบุรี

** Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi Province

* Corresponding Author: kratai555@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในภาคตะวันออก และเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยจำแนกด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ออกเป็น 12 ด้าน ซึ่งครอบคลุม 3 ระดับ คือ ระดับหน่วยงาน ระดับโรงพยาบาล และผลลัพธ์ของการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอก สังกัดฝ่ายบริการการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก จำนวน 102 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ที่มีความเที่ยงตามค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.78 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติพรรณนา one way ANOVA และ Independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.53$, $SD = 0.36$) และพบว่า มีการรับรู้ในระดับมาก 7 ด้าน โดยด้านการทำงานเป็นทีมในหน่วยงาน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.15$, $SD = 0.59$) มีการรับรู้ในระดับปานกลาง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความถี่ของเหตุการณ์ที่ได้รับรายงาน ด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน ด้านกรณีเกินขีดความสามารถของ

Received: April 17, 2018; Revised: March 27, 2019; Accepted: July 22, 2019



โรงพยาบาลและการส่งต่อ ด้านบุคลากร และด้านการสนับสนุนด้านการจัดการของโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ($M = 3.47, SD = 1.04$; $M = 3.37, SD = 0.75$; $M = 3.37, SD = 0.82$; $M = 3.15, SD = 0.79$; $M = 3.10, SD = 0.73$ ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยที่จำแนกตามอายุ ประสบการณ์การทำงาน และการได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ ประสบการณ์การทำงาน และการได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยที่ต่างกันมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน ($F_{2,99} = 2.49, p = .08$; $F_{2,99} = 2.67, p = .07$; $t_{100} = .66, p = .14$ ตามลำดับ)

จากผลการวิจัยที่การรับรู้ในระดับปานกลาง 5 ด้าน คือ ด้านความถี่ของเหตุการณ์ที่ได้รับรายงาน ด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน ด้านกรณีเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลและการส่งต่อ ด้านบุคลากร และด้านการสนับสนุนด้านการจัดการของโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารควรจัดอัตราค่าจ้างที่เหมาะสมระหว่างจำนวนบุคลากรกับภาระงาน และมีการวางแผนและดำเนินงานด้านการบริหารจัดการของโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

คำสำคัญ : วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ปัจจัยส่วนบุคคล พยาบาลวิชาชีพ

Abstract

The purposes of this research were to study the patient safety culture as perceived by professional nurses at university hospitals in eastern region of Thailand and to compare the differences in perception of patient safety culture as classified by agency level, hospital level and the results of perception that covers the safety of patients in a total of 12 aspects. By simple sampling method, the 102 samples of professional nurses who work in inpatient and outpatient sections of nursing service division were selected. The research instruments consist of personal data questionnaires and culture safety questionnaires with reliability based on Cronbach's alpha coefficient) equal to 0.78. The descriptive statistic, one way ANOVA and Independent t-test were used in data analysis.

The results of patient safety culture dimensional study revealed that the overall patient safety culture grade of "high" ($M = 3.53, SD = 0.36$). There are seven unit-level aspects of patient safety culture grade of "high". However, five unit-level aspects of patient safety are "moderate" grade in aspects of frequency of event reporting, teamwork across hospital units, hospital handoffs and transitions, staffing, and hospital management support for patient safety ($M = 3.47, SD = 1.04$; $M = 3.37, SD = 0.75$; $M = 3.15, SD = 0.79$; $M = 3.10, SD = 0.73$, respectively). There was no significant difference in safety culture perception of professional nurses as classified by age, years of experience, and the safety culture training. ($F_{2,99} = 2.49, p = .08$; $F_{2,99} = 2.67, p = .07$; $t_{100} = .66, p = .14$, respectively)

According to the research, five unit-level aspects of patient safety are “moderate” grade in aspects of frequency of event reporting, teamwork across hospital units, hospital handoffs and transitions, staffing, and hospital management support for patient safety are at a moderate aspect. There is a suggestion that the administration should plan and promote the management in patient safety culture in hospital and manage appropriate allocation between staffs and workloads issues in order to improve the patient safety.

Keywords : patient safety culture, personal factors, professional nurses

ความเป็นมาและความสำคัญ ของปัญหา

คุณภาพบริการเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการให้บริการสุขภาพ ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของคุณภาพบริการ และมีความต้องการของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการจากโรงพยาบาล ความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงเป็นหลักการพื้นฐานของคุณภาพการดูแลที่มีความสำคัญต่อการบริการในโรงพยาบาลที่จะต้องเป็นไปตามมาตรฐาน และไม่เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการบำบัดรักษาดังกล่าว World Health Organization (WHO)¹ ได้กำหนดให้ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลักการพื้นฐานที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพ โดยให้ทุกประเทศต้องให้ความสำคัญและส่งเสริมให้มีการพัฒนามาตรฐานและแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย รวมทั้งกระตุ้นให้เกิดการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกจากนี้สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลได้กำหนดให้ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเป้าหมายสำคัญที่ใช้ในการพิจารณาการประกันคุณภาพโรงพยาบาลต่างๆ และจำเป็นต้องให้ความสำคัญในการส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้มีความปลอดภัยเกิดขึ้นอย่างผสมผสานกับการทำงานประจำวัน²

Leotsagos³ ผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลก กล่าวว่า ระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยครอบคลุมระบบที่จะป้องกันอันตรายหรือผลที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดกับผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นในขั้นตอนการวินิจฉัยโรคและการรักษาจากสถิติทั่วโลกผู้ป่วยประมาณร้อยละ 10 ได้รับอันตรายจากความผิดพลาดซึ่งอาจเกิดจากคนเครื่องมือ หรือระบบบริหารจัดการ จากการศึกษาของ วิณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์⁴ พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างที่สามารถป้องกันได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น ทุพพลภาพในระยะสั้นหรือถาวร และสูญเสียชีวิตโดยไม่จำเป็น ด้านบุคลากรทางสุขภาพก็ได้รับผลกระทบต่อความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ถูกฟ้องร้องทางกฎหมาย การเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ส่วนโรงพยาบาลก็ได้รับผลกระทบ คือ เสียชื่อเสียง สูญเสียลูกค้า และถูกฟ้องร้องทางกฎหมายเพื่อชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้น เพิ่มสถิติการสูญเสียความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย สำหรับในประเทศไทย⁵ จากรายงานเกี่ยวกับการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ ปี 2557 พบว่า มีผู้ยื่นคำร้อง จำนวน 1,112 ราย ได้รับการจ่ายค่าชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ 931 ราย รวมมูลค่าเงินชดเชยทั้งสิ้น 218.44 ล้านบาท

วัฒนธรรมความปลอดภัยเป็นผลผลิตที่มีคุณค่าของแต่ละบุคคล เป็นผลรวมของทัศนคติ การรับรู้ สมรรถนะ รูปแบบพฤติกรรม และความเชี่ยวชาญของการบริหารจัดการด้านสุขภาพและความปลอดภัยขององค์กร⁶ วัฒนธรรมความปลอดภัยเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมองค์การ ซึ่งมีอิทธิพลต่อทัศนคติและพฤติกรรมของสมาชิกในองค์การ โดยมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับความ เป็นไปทางด้านสุขภาพ และการกระทำที่ปลอดภัยขององค์กรนั้น⁷ วัฒนธรรมองค์การจะกำกับให้ วัฒนธรรมความปลอดภัยแสดงคุณลักษณะ ภายใต้อุปสรรคหรือข้อจำกัดที่เกี่ยวข้องกับ ความปลอดภัย⁸ นั่นคือ ถ้าองค์กรใดมีวัฒนธรรม ความปลอดภัยที่ดี องค์กรนั้นย่อมให้ความสำคัญกับ ความปลอดภัยเป็นลำดับต้นๆ⁹ องค์กรที่มีวัฒนธรรม ความปลอดภัยที่ดีจะช่วยให้องค์กรนั้นมีภูมิคุ้มกัน ทำให้สามารถตรวจจับ ป้องกัน และแก้ปัญหาที่ อาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานได้ดีขึ้น¹⁰

การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยใน องค์กรจึงเป็นวิธีที่ช่วยให้องค์กรประสบ ความสำเร็จอย่างยั่งยืน⁴ นอกจากนี้วัฒนธรรม ความปลอดภัย จะช่วยลดอัตราความผิดพลาด และป้องกันการเกิดความผิดพลาดโดยการค้นหา จำแนก และจัดการความเสี่ยงในระบบบริการ¹¹ การเรียนรู้จากปัญหาที่เกิดขึ้น แล้วนำมาปรับปรุง แก้ไขความผิดพลาดที่ทันกับสถานการณ์ให้มีความ ปลอดภัยเกิดขึ้นตลอดเวลาอย่างต่อเนื่อง ผสมผสาน เป็นเนื้อเดียวกับการทำงานประจำวันของทุกคน จนเกิดเป็นวัฒนธรรมที่แท้จริง² ดังนั้นการสร้าง และพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยให้ เกิดขึ้นกับบุคลากร โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่ ปฏิบัติงานในระบบบริการทางสุขภาพ จะช่วยลด ความผิดพลาดในการรักษาผู้ป่วย รวมถึงป้องกัน ความผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ด้วยการรับรู้

ความปลอดภัยนั้น และผสมผสานความปลอดภัย เป็นเนื้อเดียวกับการทำงานประจำวันของทุกคน

พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรด้านสุขภาพ ที่มีจำนวนมากที่สุดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล¹² พยาบาลวิชาชีพจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ บริการด้านสุขภาพให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย ตลอด 24 ชั่วโมง¹³ ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการ บาดเจ็บหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นที่เกี่ยวข้องกับ การบริการสุขภาพที่ไม่จำเป็น อันเนื่องมาจากการ กระทำผิดและการละเลยที่จะกระทำ⁴ และจาก การทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัย สรุปความหมาย วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย คือ การรับรู้ ร่วมกันของบุคคลในองค์กร ที่เกี่ยวกับทัศนคติ ค่านิยม สมรรถนะและพฤติกรรมปฏิบัติที่ แสดงออกโดยอัตโนมัติในการจัดการด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยที่มารับ บริการ^{1,4,6}

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก เป็นโรงพยาบาลที่ได้รับการตรวจสอบและรับรอง คุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล อีกทั้งเป็นแหล่งรักษาและฝึกปฏิบัติงานของ นิสิตในกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพและบุคลากรด้าน สาธารณสุข เช่น นิสิตแพทย์ พยาบาล โรงพยาบาล แห่งนี้จึงมีแนวทางปฏิบัติที่มีมาตรฐาน ในการรักษา และเสริมสร้างสุขภาพผู้ป่วย เป็นต้นแบบในการ เรียนรู้ความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามบริบท วัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กรแห่งนี้ และ ในการปฏิบัติงานนั้นพยาบาลวิชาชีพจะเป็นผู้ที่ ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยตรง จึงเป็นตัวอย่าง เป็น แม่แบบของการปฏิบัติให้กับนิสิตแพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุข ระดับการรับรู้วัฒนธรรม ความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ จึงเป็นสิ่งที่ ควรทราบ แต่ระดับการรับรู้วัฒนธรรม ความ ปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก ยังไม่เคยมีการศึกษา

มาก่อน ซึ่งการรับรู้ของพยาบาลแต่ละบุคคลนั้น มีความแตกต่างกันตามปัจจัยส่วนบุคคล¹⁴ โดยปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อการรับรู้ความปลอดภัยของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ ประสบการณ์การทำงาน การได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย^{4,15,16}

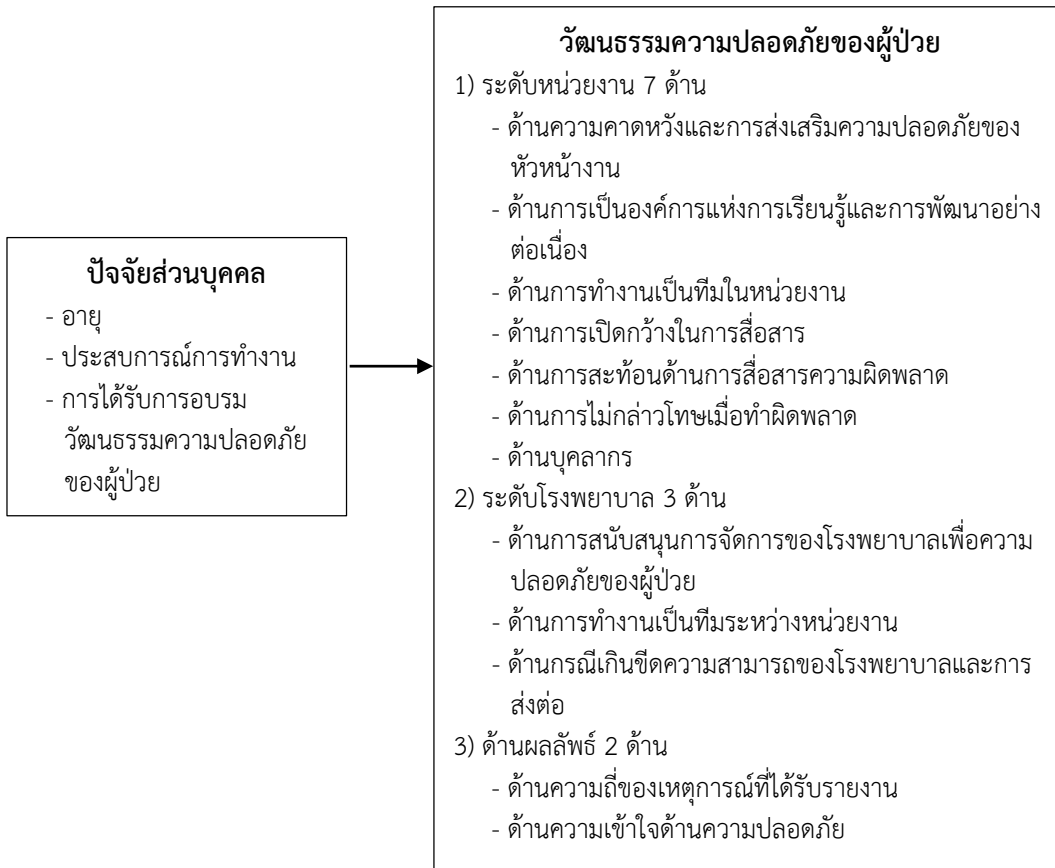
จากสภาพปัญหาความผิดพลาดหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นทั้งในและต่างประเทศ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพ มาตรฐานการบริการ ตลอดจนความปลอดภัยของผู้ป่วย อีกทั้งยังไม่มีผู้ใดศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปเป็นแนวทางพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ช่วยให้การบริการสุขภาพได้อย่างมีคุณภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีอายุ ประสบการณ์การทำงาน และการได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดที่บูรณาการจากแนวคิดวัฒนธรรมความปลอดภัยของ Neiva & Sorra¹⁷ ซึ่งเป็นผู้จัดทำเครื่องมือทดสอบวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย (Hospital Survey on Patient Safety Culture : HSOPSC) ให้กับ Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรม ความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ การทำงาน และการได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยประกอบด้วย 3 ระดับ 12 ด้าน ได้แก่ 1) วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับหน่วยงาน 7 ด้าน ได้แก่ ด้านความคาดหวังและการส่งเสริมความปลอดภัยของหัวหน้างาน ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ด้านการทำงานเป็นทีมในหน่วยงาน ด้านการเปิดกว้างในการสื่อสาร ด้านการสะท้อน ด้านการสื่อสารความผิดพลาด ด้านการไม่กล่าวโทษเมื่อทำผิดพลาด และด้านบุคลากร 2) วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยระดับโรงพยาบาล 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการสนับสนุนการจัดการของโรงพยาบาล เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน และด้านกรณีเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลและการส่งต่อ และ 3) วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยด้านผลลัพธ์ 2 ด้าน ได้แก่ ด้านความถี่ของเหตุการณ์ที่ได้รับรายงาน และด้านความเข้าใจด้านความปลอดภัย ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ทำการสุ่มตัวอย่างจากประชากรที่เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอก สังกัดฝ่ายบริการการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 132 คน จากจำนวนพยาบาล 132 คนนี้ นำมาคำนวณหาขนาดตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูปของ Bartlett, Kotlik, & Higgins¹⁸ ที่คำนวณตามสูตรของ Cochran's sample size formula ชนิดข้อมูลแบบต่อเนื่อง

(Continuous data) กำหนดค่าสถิติที่ ที่ระดับนัยสำคัญ .01 เท่ากับ 2.58 และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (Margin of error) เท่ากับ .03 และด้วยประชากรที่ศึกษามีจำนวน 132 คน ซึ่งเกินกว่า 100 คน ผู้วิจัยจึงใช้ค่าขนาดตัวอย่างในตารางที่คำนวณไว้สำหรับประชากร 200 คน เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างที่เพียงพอ คือ จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 102 คน จากนั้นทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน จากบัญชีรายชื่อของพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสอบถาม 1 ชุด แบ่งออกเป็น 2 ส่วน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างเอง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงาน การได้รับการอบรม วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย หน่วยงานหลักที่ปฏิบัติงาน การให้ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล การบันทึกและส่งรายงานอุบัติการณ์ ลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นแบบสอบถามของ สุกัญญา โคตรศรีวงศ์¹⁹ ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของ Nieva & Sorra¹⁷ มีจำนวน 42 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ วัฒนธรรมความปลอดภัยระดับหน่วยงาน จำนวน 24 ข้อ วัฒนธรรมความปลอดภัยระดับโรงพยาบาล จำนวน 11 ข้อ และวัฒนธรรมความปลอดภัยด้านผลลัพธ์ จำนวน 7 ข้อ แบบสอบถามดังกล่าว ประกอบด้วย ข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 24 ข้อ ข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 18 ข้อ มีคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนเพื่อแปลผลข้อคำถามเชิงบวก จากคะแนน 1 (เห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยที่สุด/ปฏิบัติได้น้อยที่สุด แทบไม่ได้ปฏิบัติเลย) จนกระทั่งถึงคะแนน 5 (เห็นด้วยกับข้อความนั้นทุกประการ/ปฏิบัติได้ทุกครั้ง) เกณฑ์การให้คะแนนเพื่อแปลผลข้อคำถามเชิงลบ จากคะแนน 1 (เห็นด้วยกับข้อความนั้นทุกประการ/ปฏิบัติได้ทุกครั้ง) จนกระทั่งถึงคะแนน 5 (เห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยที่สุด/ปฏิบัติได้น้อยที่สุด แทบไม่ได้ปฏิบัติเลย)

การแปลผล จะใช้ค่าเฉลี่ย โดยให้ความหมายตามคะแนนเฉลี่ย คือ คะแนน 4.50 - 5.00 หมายถึง การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับมากที่สุด คะแนน 3.50 - 4.49 หมายถึง การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับมาก คะแนน 2.50 - 3.49 หมายถึง การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับปานกลาง คะแนน 1.50 - 2.49 หมายถึง การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับต่ำ และ คะแนน 1.00 - 1.49 หมายถึง การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับต่ำมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย สุกัญญา โคตรศรีวงศ์¹⁹ อนุญาตให้ผู้วิจัยนำมาใช้และไม่ได้ดัดแปลงแต่อย่างใด ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านมาแล้ว และใช้วัดในประชากรพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลซึ่งมีลักษณะคล้ายกับประชากรของการวิจัยครั้งนี้ จึงไม่ได้หาความตรงตามเนื้อหาซ้ำอีก สำหรับการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติตามกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ของแบบสอบถามได้ค่าเท่ากับ 0.78

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยส่งของแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง พร้อมใบชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย ประกอบด้วย แบบฟอร์มการให้ข้อมูลผู้เข้าร่วมการวิจัย เพื่อให้การเข้าร่วมวิจัย

ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 102 คนเป็นไปโดยความสมัครใจ และแจ้งกลุ่มตัวอย่างว่า ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม นำไปใช้สำหรับวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น โดยข้อมูลต่างๆ ในแบบสอบถามถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้ตอบแบบสอบถาม และใบลงชื่อยินยอม โดยในช่วง 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์เตือนการตอบแบบสอบถาม และเมื่อครบกำหนด 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยติดตามเก็บแบบสอบถามคืนจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ได้แบบสอบถามกลับคืน จำนวน 102 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ (หมายเลขจริยธรรม 01-03-2560) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลที่ศึกษา (หมายเลขจริยธรรม 004/2560) ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยนี้หลังจากโรงพยาบาลที่ศึกษาได้อนุญาตให้ทำการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับฝ่ายการพยาบาลของโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ขอรายชื่อพยาบาลวิชาชีพเพื่อนำมาประกอบการสุ่มตัวอย่างโดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน และขออนุญาตเข้าแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในภาคตะวันออก จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ประสบการณ์การทำงาน และการได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยการแบ่งอายุและประสบการณ์การทำงาน กลุ่มละ 3 ช่วง ใช้สถิติ one way ANOVA การได้รับและไม่ได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีอายุเฉลี่ย 30.78 ปี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20 - 30 ปี (ร้อยละ 67.65) รองลงมาอายุ 31 - 40 ปี (ร้อยละ 18.62) อายุมากที่สุด 55 ปี และอายุน้อยที่สุด 23 ปี มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 70.59) เกือบทั้งหมดมีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 93.14) มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 6.15 ปี ประสบการณ์การทำงานระหว่าง 2 - 5 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 36.28) และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยมาก่อน (ร้อยละ 64.71)
2. วิเคราะห์การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมและรายด้าน แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยรวม และรายด้าน ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในภาคตะวันออก (n = 102)

ลำดับ	วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย	M	SD	ระดับ
1	การทำงานเป็นทีมในหน่วยงาน	4.15	0.59	มาก
2	ความคาดหวังและการส่งเสริมความปลอดภัยของหัวหน้างาน	3.97	0.59	มาก
3	การเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	3.90	0.62	มาก
4	การเปิดกว้างในการสื่อสาร	3.80	0.64	มาก
5	การสะท้อนด้านการสื่อสารความผิดพลาด	3.70	0.71	มาก
6	ความเข้าใจด้านความปลอดภัย	3.69	0.51	มาก
7	การไม่กล่าวโทษเมื่อทำผิดพลาด	3.56	0.76	มาก
8	ความถี่ของเหตุการณ์ที่ได้รับรายงาน	3.47	1.04	ปานกลาง
9	การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน	3.37	0.82	ปานกลาง
10	กรณีเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลและการส่งต่อ	3.37	0.79	ปานกลาง
11	บุคลากร	3.15	0.73	ปานกลาง
12	การสนับสนุนการจัดการของโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย	3.10	0.64	ปานกลาง
รวม		3.53	0.36	มาก

3. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย จำแนกตามอายุ ประสบการณ์การทำงาน และการได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในภาคตะวันออก พบว่า พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาล มหาวิทยาลัย ในภาคตะวันออกที่มีอายุ ประสบการณ์การทำงาน และการได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยต่างกันมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน ($F_{2,99} = 2.49, p = .08$; $F_{2,99} = 2.67, p = .07$; $t_{100} = .66, p = .14$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2, 3 และ 4

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก จำแนกตามอายุ (n = 102)

อายุ	n	M	SD	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
20 ถึง 30 ปี	69	3.64	0.35	ระหว่างกลุ่ม	2	.73	.36	2.49	.08
31 ถึง 40 ปี	19	3.62	0.39	ภายในกลุ่ม	99	14.57	.14		
41 ถึง 60 ปี	14	3.39	0.49	รวม	101	15.30			



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำแนกตามประสบการณ์การทำงาน (n = 102)

ประสบการณ์การทำงาน	n	M	SD	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
1 - 2 ปี	28	3.51	0.36	ระหว่างกลุ่ม	2	.78	.39	2.67	.07
2 - 5 ปี	39	3.71	0.35	ภายในกลุ่ม	99	14.52	.14		
> 5 ปี	35	3.54	0.42	รวม	101	15.30			

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำแนกตามการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย (n = 102)

การอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย	n	M	SD	Mean difference	t	df	p
เคยได้รับการอบรม	36	3.56	0.43	.05	.66	100	.14
ไม่เคยได้รับการอบรม	66	3.62	0.36	.05			

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมาก 7 ด้าน โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการทำงานเป็นทีมในหน่วยงาน และอยู่ในระดับปานกลาง 5 ด้าน โดยมีด้านการสนับสนุนการจัดการของโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยต่ำที่สุด

การที่พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก อภิปรายได้ว่า โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน Hospital Accreditation ต้อง

จัดบริการดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย และโรงพยาบาลแห่งนี้เป็นแหล่งฝึกต้นแบบสำหรับฝึกการปฏิบัติงานของนิสิตแพทย์ นิสิตในกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ และบุคลากรด้านสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพหรือบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจึงได้รับการคาดหวังเป็นต้นแบบที่มีวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด แต่จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมากเท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจาก ถึงแม้โรงพยาบาลกำหนดแนวทางปฏิบัติส่งเสริมให้บุคลากรและผู้ที่เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมที่ดี มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยได้คุณภาพมีมาตรฐาน ที่ได้รับการตรวจสอบและรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเพื่อให้เป็นที่ยอมรับของสากล แต่เนื่องจากภาระงานที่มาก ไม่สอดคล้องกับจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่มี ที่จะทำให้การทำงานที่ต้อง

อาศัยความร่วมมือร่วมใจจากผู้ร่วมงานในทีมงานร่วมขับเคลื่อนภาระงานในแต่ละกรณีในแต่ละวันให้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นผลการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยจึงพบว่าอยู่เพียงระดับมาก ซึ่งผลการศึกษาค้นนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชของประเทศไทย พบว่า พยาบาลประจำการมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก¹⁹ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดเชียงราย พบว่า พยาบาลมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมากเช่นกัน²⁰

ในด้านที่มีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง 5 ด้าน มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.10 - 3.47 โดยด้านการสนับสนุนด้านการจัดการของโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด และด้านบุคลากรมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำลำดับถัดขึ้นมาในกลุ่มระดับปานกลางนั้น บ่งชี้ว่า พยาบาลมีภาระงานมากเกินไป ทำให้พยาบาลมีชั่วโมงการทำงานไม่พอที่จะดูแลผู้ป่วยให้ได้ดีที่สุด มีการทำงานที่เร่งรีบเกินไป ไม่สามารถส่งต่อข้อมูลสำคัญระหว่างบุคคล ระหว่างหน่วยงานได้ครบถ้วน เกิดความผิดพลาดจากความพลั้งเผลอบ่อยครั้ง ขาดการประสานงานที่ดีระหว่างหน่วยงาน ซึ่งนำไปสู่ความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยที่อยู่ในระดับปานกลางนี้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานีที่วิจัยเปรียบเทียบทัศนคติเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละระดับสถานบริการ 6 ปัจจัยหลัก ได้แก่ การทำงานเป็นทีม บรรยากาศด้านความปลอดภัย ความเข้าใจในการบริหารจัดการ ความพึงพอใจในการทำงาน บรรยากาศในการทำงานและการ

ยอมรับความเครียด พบว่าพยาบาลวิชาชีพ มีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยรายด้านอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน²¹

2. การเปรียบเทียบการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย จำแนกตาม อายุ ประสบการณ์การทำงาน และการได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในภาคตะวันออก

2.1 อายุ ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในภาคตะวันออกที่มีอายุต่างกันมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจเป็นผลมาจากพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20 - 30 ปี (ร้อยละ 67.65) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีระยะเวลาสำเร็จการศึกษาไม่นาน เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ สำหรับพยาบาลที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ในโรงพยาบาล จะได้รับการปฐมนิเทศเกี่ยวกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย (Patient safety goal) อีกทั้งพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุในช่วง 20 - 30 ปี จัดอยู่ใน Generation Y²² มีลักษณะเด่น คือ ชอบการติดต่อสื่อสารที่รวดเร็ว ชอบเทคโนโลยีใหม่ๆ และโรงพยาบาลมีนโยบาย แนวปฏิบัติเพื่อให้บุคลากรสามารถสืบค้นข้อมูลผ่านทางอินเทอร์เน็ต จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพสามารถรับรู้เกี่ยวกับมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง ส่วนกลุ่มผู้ที่มีอายุมากจะรับรู้เกี่ยวกับมาตรฐานความปลอดภัยโดยการสั่งสมความรู้จากประสบการณ์²³ สอดคล้องกับผลการศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโรงพยาบาลตำรวจ พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีอายุต่างกันมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน²⁴ สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความตระหนักรู้ด้านความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า²⁵

2.2 ประสพการณ์การทำงาน ผลการศึกษา พบว่า พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออกเฉียงใต้ที่มีประสพการณ์การทำงานต่างกันมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยไม่แตกต่างกัน อภิปรายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีประสพการณ์การทำงานระหว่าง 2 - 5 ปี เป็นผู้ที่เริ่มเข้ามาปฏิบัติงานใหม่ได้รับการนิเทศ หรือถ่ายทอดสอนงานจากพยาบาลพี่เลี้ยง ทำให้เพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ความชำนาญในการปฏิบัติงาน นำมาส่งผลเป็นองค์ความรู้²⁶ การถูกปลูกฝังในเรื่องการรับรู้ความปลอดภัยของผู้ป่วย อีกทั้งพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติงานและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยตรงทุกวัน จึงมีโอกาสมพบเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย และเมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้น องค์กรจะมีกระบวนการหรือกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โดยทบทวนเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์นั้นเพื่อค้นหาสาเหตุและวางแนวทางแก้ไข จึงส่งผลให้มีอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ลดลงและอยู่ในเกณฑ์ที่รับได้บุคลากรทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องก็จะได้รับประสพการณ์ และเรียนรู้ความปลอดภัยของผู้ป่วยไปด้วยกัน จึงทำให้การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการวิจัยของโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดเชียงราย พบว่า พยาบาลที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานที่ต่างกันมีระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยไม่แตกต่างกัน²⁰

2.3 การได้รับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัย ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในภาคตะวันออกเฉียงใต้ที่ได้รับการอบรมและไม่เคยได้รับการอบรมมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ แม้ว่า ไม่เคยรับการอบรมวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย อาจเนื่องจากในโรงพยาบาล

แห่งนี้ มีมาตรฐานและแนวปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย หัวหน้าหน่วยงานมีการนิเทศทางคลินิก หรือพยาบาลพี่เลี้ยงที่มีประสพการณ์มากกว่ามีการสอนงานให้กับพยาบาลที่มีประสพการณ์น้อยกว่า โดยที่ไม่มีการจัดหลักสูตรอบรมความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างชัดเจน และรวมถึงทำงานอยู่ในพื้นที่เดียวกัน ทำให้ได้รับประสพการณ์จากการทำงานและเรียนรู้ความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยตรง ภายใต้กฎ ระเบียบ และแบบแผนปฏิบัติอันเดียวกัน จึงเป็นการซึมซับถึงวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่านภาวะแวดล้อมการทำงาน และกรณีที่มีหลักสูตรการศึกษาอบรมภายนอก ผู้ที่ได้รับการอบรมมักจะเป็นผู้บริหารทางการพยาบาล แล้วนำมาถ่ายทอดให้กับผู้ปฏิบัติงาน และนอกจากนี้โดยพื้นฐานพยาบาลวิชาชีพยังได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย กฎหมาย และจริยธรรมวิชาชีพในหลักสูตรการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตมาแล้ว จึงมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่ต่างกัน²⁰ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดเชียงราย พบว่า พยาบาลที่ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยจำนวนมากกว่า 5 ครั้งขึ้นไปมีระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่แตกต่างจากพยาบาลที่ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยน้อยครั้งกว่า

≡ ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ≡

จากผลการวิจัย พบว่า ระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในภาคตะวันออกเฉียงใต้โดยรวมอยู่ในระดับมาก มี 7 ด้าน ที่มีการรับรู้อยู่ในระดับมาก โดยมีด้านการทำงานเป็นทีมใน

หน่วยงานมีคะแนนการรับรู้มากที่สุด มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง 5 ด้าน โดยเรียงลำดับการรับรู้จากมากไปหาน้อย คือ ด้านความถี่ของเหตุการณ์ที่ได้รับรายงาน ด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน ด้านกรณีเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลและการส่งต่อ ด้านบุคลากร และด้านการสนับสนุนด้านการจัดการของโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งเป็นด้านที่มีการรับรู้น้อยสุด ดังนั้นเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและให้พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ผู้บริหารทางการแพทย์และผู้บริหารโรงพยาบาล ควรนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในภาคตะวันออก ดังนี้

1. ผู้บริหารโรงพยาบาล ควรให้การสนับสนุนด้านการจัดการของโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยให้เพิ่มมากขึ้น โดยส่งเสริมการจัดทำสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น และสนับสนุนการสร้างบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น การแจ้งประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยที่บุคลากรต้องให้ความสนใจทั่วทั้งองค์กรอย่างสม่ำเสมอ สร้างกลไกการสื่อสารที่ส่งเสริมการแสดงความคิดเห็นของบุคลากรเกี่ยวกับวิธีการพัฒนาความปลอดภัยในการจัดบริการ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการนำความคิดเห็นที่ได้รับไปพัฒนาให้เกิดประโยชน์ต่อองค์กร เพื่อให้บุคลากรเห็นประโยชน์ของการนำเสนอความคิดเห็นที่ตรงประเด็น มีคณะกรรมการบริหารเป็นผู้ดูแลการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ป่วย สนับสนุนให้บุคลากรได้รับการอบรมด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้และนำบทเรียนความปลอดภัยไปใช้ในการปฏิบัติงาน และติดตามประเมินผลของการเปลี่ยนแปลงนั้น และจัดทำสภาพแวดล้อมการทำงานที่ทำให้เกิด

การทำงานที่ปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น

2. จากระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในภาคตะวันออก ที่อยู่ในระดับปานกลางนั้น จำเป็นต้องได้รับการผลักดันและสนับสนุน ทั้งจากระดับผู้นำองค์กรและผู้บริหารทางการแพทย์ที่จะกระตุ้น หรือสร้างบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยพิจารณาถึง

2.1 การจัดอัตรากำลังที่เหมาะสมและสมดุลระหว่างจำนวนบุคลากรกับภาระงาน เพื่อให้ในแต่ละช่วงเวลาทำงานมีการกระจายของบุคลากรที่หน่วยงานนั้นๆ มีอยู่ให้เหมาะสมกับปริมาณงาน และมีการผสมอัตรากำลังทางการแพทย์แต่ละประเภทได้รวดเร็ว เหมาะสม และเพียงพอต่อการตอบสนองต่อความต้องการทางการแพทย์ ความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งช่วยให้บุคลากรในแต่ละหน่วยงานมีชั่วโมงการทำงานเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยได้ดีที่สุด ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย เช่น จากการแพ้ยา การติดเชื้อ สำหรับการคำนวณอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์นั้น สามารถคำนวณหาปริมาณความต้องการการพยาบาลตามหลักการจำแนกประเภทผู้ป่วย²³ (Patient classification)

2.2 มีจำนวนพยาบาลที่เพียงพอต่อการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้เหมาะสมพอดี สามารถทำงานโดยไม่เร่งรีบเกินไป และมีเวลาพอที่จะสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ซึ่งกันและกันในช่วงเวลาระหว่างการเปลี่ยนเวร มีเวลาพอที่จะทบทวนข้อมูลในแง่การรักษาพยาบาลที่สำคัญต่างๆ เช่น กรณีการซักประวัติผู้ป่วย เมื่อนำฐานความรู้และประสบการณ์ที่มีของพยาบาล ทำให้ทราบและจำแนกแยกกลุ่มโรค สามารถวินิจฉัยถึงความจำเป็นเร่งด่วนเพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับการ

รักษาโดยทันก่อนเกิดวิกฤติ ดังในกรณีของผู้ป่วยที่มีอาการของโรคระบบเส้นเลือดและหัวใจ หากพยาบาลมีไม่เพียงพอ ทำงานแข่งกับเวลาโดยไม่มีคุณภาพ อาจละเลยข้อที่พึงสังเกตที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้

2.3 พยาบาลสามารถทำงานได้ครบถ้วนตามแนวทางปฏิบัติ ข้อมูลไม่ตกหล่น สูญหาย ทำให้การสื่อสารถ่ายทอดข้อมูลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการประสานข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในกรณีที่มีส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานอื่น เช่น ปัญหาการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยไม่ครบคลาดเคลื่อน เป็นต้น

2.4 การกระตุ้นให้มีการรายงานความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ การรายงานความเสี่ยงนี้เป็นไปเพื่อนำข้อมูลเหล่านั้นมาวิเคราะห์หาสาเหตุ

เพื่อสร้างมาตรการลดความเสี่ยง ลดการเกิดซ้ำ ความเสียหายในอนาคต ไม่ใช่การรายงานความขัดแย้ง การกล่าวโทษหาเหตุ เช่น การสร้างระบบบริหารองค์การที่ไม่มุ่งเน้นการตำหนิหรือกล่าวโทษบุคลากร แต่ให้เป็นการเรียนรู้จากความผิดพลาดอย่างสร้างสรรค์

2.5 ผลักดันให้เกิดการทำงานเป็นทีม โดยผู้บริหารมีบทบาทสำคัญในการสร้างความเข้าใจและเสริมสร้างการสื่อสารสองทางภายในทีม และระหว่างทีมที่เกี่ยวกับสถานการณ์ความปลอดภัยของผู้ป่วยในองค์กร และมีระบบการจัดการความผิดพลาด สร้างประสิทธิภาพในการทำงาน เพื่อนำไปสู่ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นเรื่องที่สำคัญสูงสุดตามมาตรฐาน Hospital Accreditation แม้ไม่มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World alliance for patient safety to develop and international patient safety event classification: the concept framework an international patient safety event classification. [Internet]. [cited 2016 November 22]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/IPSEC_Conceptual_Framework_Document.pdf.
2. Sangounsiritham U. Management for creating safety culture in nursing service. Nursing Journal 2011;38(3):168-77. (in Thai).
3. Leotsagos A. Health focus. [Internet]. [cited 2017 June 1]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2014/09/8177>.
4. Jirapaet V, Jirapaet K. Patient safety management, process concept and clinical safety practices. Bangkok: Darnsutha Press; 2007. (in Thai).
5. National Health Security Office. Universal health coverage annual report 2014. [Internet]. [cited 2017 November 1]. Available from: <http://www.nhso.go.th>.



6. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. [Internet]. [cited 2017 January 17]. Available from: http://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_2/ii17.long.
7. Cooper MD. Toward a model of safety culture. [Internet]. [cited 2016 November 20]. Available from: [http://www.behavioral-safety.com/articles/Towards a model_of_safety_culture.pdf](http://www.behavioral-safety.com/articles/Towards_a_model_of_safety_culture.pdf).
8. Muangsort R. Safety culture: integration factor for sustainable success of organization. [Internet]. [cited 2015 April 18]. Available from: <http://journal.pim.ac.th>.
9. Kaeotawe A, Wongkittithawor J. Safety culture of operating room personnel in Songklanagarind Hospital. Songklanagarind Medical Journal 2010;28(3):116-23. (in Thai).
10. National Health Security Office. Patient safety culture. [Internet]. [cited 2015 November 14]. Available from: [http://www.med.cmu.ac.th/hospital/ha/HA/Plates/ HA 602 25-26 มีนาคม 56/safety culture clinic 20101013.pdf](http://www.med.cmu.ac.th/hospital/ha/HA/Plates/HA_602_25-26_มีนาคม_56/safety_culture_clinic_20101013.pdf).
11. Thatreenaranon S. Factors affecting patient safety culture in Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Sukhothai Thammathirat Open University; 2011. (in Thai).
12. Bureau of Policy and Strategy. Public Health Statistics A.D. 2015: strategy and planning division, ministry of public health. [Internet]. [cited 2017 February 13]. Available from: [http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health _statistic 2558.pdf](http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_statistic_2558.pdf).
13. Chanpanyasakun A. Situational analysis of risk management in the pediatric ward 3, Maharaj Nakorn Chiang Mai hospital. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chiang Mai University; 2010. (in Thai).
14. Sothasathien S. Concepts and theories about knowledge, attitude and behavior. [Internet]. [cited 2017 February 13]. Available from: <http://www.novabizz.com>.
15. Reason J. Managing the risks of organizational accidents. England: Ashgate Publishing Limited; 1997.
16. Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analyzing risk and safety in clinical medicine. [Internet]. [cited 2016 November 20]. Available from: [https://spiral.imperial.ac.uk/bitstream/10044/1/9890/6/Vincent%20Adams%20Stanhop e%20BMJ%201998%20Framework%20for %20analysis.pdf](https://spiral.imperial.ac.uk/bitstream/10044/1/9890/6/Vincent%20Adams%20Stanhope%20BMJ%201998%20Framework%20for%20analysis.pdf).
17. Nieva VF, Sorra J. Hospital survey on patient safety culture. [Internet]. [cited 2015 November 14]. Available from: [https://proqualis.net/ sites/proqualis.net/ files/User%20guide%20HSOPSC.pdf](https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/User%20guide%20HSOPSC.pdf).

18. Bartlett JE, Kotrlik JW, Higgins C. Organizational research: determining appropriate sample size in survey research. *Information Technology, Learning, and Performance Journal* 2001;19(1):43-50.
19. Koatsriwong S. Patient safety culture, perceived by staff nurses in the Crown Prince Hospitals Thailand. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Khon Kaen University; 2014. (in Thai).
20. Mueangsuriya S. Nurse's perception on patient safety culture and incidence of adverse events in Chiang Saen Hospital, Chiang Rai Province. *Nursing Public Health and Education Journal* 2013;14(3):42-53. (in Thai).
21. Kilakuldilok P. Safety culture of registered nurses who work on Offices of Public Health in Pathum Thani Province. [Master's Thesis, Faculty of Public Health]. Khon Kaen University; 2010. (in Thai).
22. Vitawas O' Ran S. Gen Y: How to make them work. Bangkok: Bangkok Business Biz Books; 2007. (in Thai).
23. Srisathitnarakun B. Leadership and strategic management in nursing organization for the 21th Century. 2nd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2007. (in Thai).
24. Sukosit S. Safety culture of professional nurse in Police General Hospital. *Journal of the Police Nurse* 2014;6(1):119-29. (in Thai).
25. Sukruaen S. Factor affecting occupational safety awareness of registered nurses in Somdech Phra Pinklao Hospital. *Royal Thai Navy Medical Journal* 2015;42(3):43-60. (in Thai).
26. Benner P. From novice to expert. California: Addison-Wesley; 1984.

การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก แบบชุมชนเป็นฐานเพื่อส่งเสริมผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล Development of Community Problem Based Learning Model to Promote Learning Achievement and Critical Thinking of Nursing Students

ปิ่นนเรศ กาศอุดม* จุฬาวารี ชัยวงศ์นาคพันธ์** ปริมล หงษ์ศรี** เสาวลักษณ์ หงษาไช** ทิพนันท์ ปันคำ**

สายฝน อินศรีชื่น** รัตน์ชรีญาภรณ์ ฤทธิศาสตร์**

Pinnarate Gadudom,* Chulawaree Chaiwongnakkapun,** Parimon Hong Sri,**

Saowaluck Hongdachai,** Tipanan Punkum,** Saifon Insrichuen,** Ratchareeyaporn Rittisad**

*, ** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี แพร่ จ.แพร่

*, ** Borommarajonani College of Nursing, Phrae, Phrae Province

* Corresponding Author: pinnarate@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐานเพื่อส่งเสริมผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบที่สร้างขึ้น โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย 2 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 การศึกษาและสร้างรูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐาน และการตรวจสอบรูปแบบเริ่มต้น ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ขั้นที่ 2 การทดลองใช้รูปแบบเพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ โดยทดลองใช้รูปแบบกับนักศึกษาพยาบาล จำนวน 54 คน เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบที่สร้างขึ้น และเครื่องมือในการเก็บข้อมูลเพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ ประกอบด้วย แบบบันทึกผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน แบบวัดการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ dependent t-test

ผลวิจัยครั้งนี้ พบว่า

1. รูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐาน ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบสำคัญ คือ 1) การเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย การเตรียมผู้เรียน การเตรียมผู้สอน และการเตรียมกรณีศึกษาในชุมชน 2) กระบวนการดำเนินการเรียนการสอน ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน 3) การประเมินผล ประกอบด้วย การประเมินผลการเรียนรู้ระหว่างเรียน การประเมินกระบวนการ และการประเมินผลสัมฤทธิ์

Received: April 20, 2019; Revised: July 22, 2019; Accepted: August 1, 2019

2. หลังการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น นักศึกษาพยาบาลร้อยละ 100 มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในระดับดีขึ้น และมีความพึงพอใจการคิดอย่างมีวิจารณญาณอยู่ในระดับดี และสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้ นักศึกษายังมีความพึงพอใจต่อรูปแบบ อยู่ในระดับมาก

การวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะที่สำคัญ คือ ควรมีการขยายผลการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนโดยใช้รูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐานไปในวิชาต่างๆ ให้มากขึ้น เพื่อส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการวางแผนในภาพรวมของการจัดการเรียนการสอนในแต่ละชั้นปีเพื่อนำไปสู่การบูรณาการเนื้อหาและเวลาที่ใช้ในการใช้รูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐานต่อไป

คำสำคัญ : การเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน การคิดอย่างมีวิจารณญาณ
นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This research and development study aimed at 1) developing the community problem-based learning model to promote learning achievement and critical thinking among nursing students and 2) examining its effectiveness. There were two steps in this study. The first step was development of the teaching and learning model using a community problem-based method. The model was validated by three experts. The second step was testing of the effectiveness of the model. Fifty four nursing students were purposive selected to participate the program. Instruments included the community problem-based learning model, critical thinking assessment and the satisfaction questionnaire. Descriptive statistics and the dependent t-test method were utilized for data analysis.

The results of this study were as follows:

1. The community problem-based learning model composed of three components, including 1) preparation of students, instructors, and case study in community 2) teaching-learning process, and 3) evaluation of the model.

2. After implementing the model, the achievement scores among all nursing students were at high level. In addition, the mean score of critical thinking among the sample was at high level ($\bar{X} = 36.65$, $SD = 10.48$) and was significantly higher than that prior using the model ($t = 3.97$, $p < .01$). The mean score of students' satisfactions of the model was also at high level ($\bar{X} = 3.98$, $SD = 0.76$).

Results from this study suggest that it is highly recommended to use this community problem-based learning model in other student groups in order to increase

the students' critical thinking and learning outcomes. It is also recommended that the model should be added as an integrated courses or disciplines in nursing curriculum.

Keywords : community problem based learning, learning achievement, critical thinking, nursing students.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ได้ปฏิรูปการจัดการศึกษาให้มีการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 ที่กำหนดให้มีระบบการประกันคุณภาพการศึกษา ซึ่งส่งผลให้คณะกรรมการการอุดมศึกษาออกประกาศเรื่อง กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2552 (TQF) เพื่อเป็นกรอบมาตรฐาน ให้สถาบันอุดมศึกษาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการจัดการศึกษาของทุกระดับคุณวุฒิ ให้สามารถผลิตบัณฑิตให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน ผลการเรียนรู้ที่กำหนดไว้ ทั้ง 5 ด้าน คือ 1) ด้านคุณธรรม จริยธรรม 2) ด้านความรู้ 3) ด้านทักษะทางปัญญา 4) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความรับผิดชอบ และ 5) ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยี ทั้งนี้เพื่อให้มีมาตรฐานที่เทียบเคียงกันได้ ทั้งในระดับชาติและระดับสากล¹

วิธีการจัดการเรียนการสอนระดับอุดมศึกษาที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญมีหลากหลายรูปแบบ การเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก (Problem based learning) เป็นหนึ่งรูปแบบที่ได้รับการยอมรับและนิยมใช้ ซึ่งเป็นรูปแบบที่พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้แบบสร้างสรรค์นิยม (Constructivism learning theory) โดยผู้เรียนสร้างความรู้ใหม่จากการใช้ปัญหาเป็นบริบท (Context) ของการเรียนรู้ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดทักษะ

การคิดวิเคราะห์ และแก้ไขปัญหา รวมทั้งได้รับความรู้ตามศาสตร์ในสาขาวิชาที่ตนศึกษาไปพร้อมกัน² ซึ่งเป็นเทคนิคการสอนที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง และทำให้ผู้เรียนเกิดทักษะในการคิดวิจารณ์และคิดสร้างสรรค์

การเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก (Problem based learning) เป็นวิธีการเรียนการสอนที่เริ่มต้นด้วยการใช้ปัญหาหรือประเด็นเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความสงสัยใคร่รู้ นำไปสู่การศึกษาค้นคว้าหาความรู้ โดยที่ผู้เรียนไม่ได้มีการเรียนเนื้อหาความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโจทย์หรือสถานการณ์นั้นมาก่อน โจทย์หรือสถานการณ์จะต้องสร้างให้คล้ายคลึงกับปัญหาหรือสถานการณ์จริง ที่ผู้เรียนต้องเผชิญในอนาคต ผู้เรียนจะต้องศึกษาโจทย์ในลักษณะของการใช้เหตุผลและการประยุกต์ใช้ความรู้ที่เหมาะสมกับระดับความรู้ของตน และจะต้องใช้โจทย์หรือสถานการณ์นั้นเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการสร้างวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในระหว่างการอภิปรายในกระบวนการกลุ่ม³ การเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักมุ่งเน้นให้ผู้เรียนได้รับการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ของตนเอง และร่วมกับการเรียนรู้ร่วมกับสมาชิกในกลุ่มส่งเสริมการทำงานเป็นทีม มีการวางแผนและการกำกับการเรียนรู้ของตนเอง การตรวจสอบผลการเรียนรู้ของตนเองกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้ รวมทั้งตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลและแหล่งข้อมูลต่างๆ ซึ่งจะนำไปสู่ทักษะการแก้ปัญหา การจัดการประเด็นหรือสาระเรื่องราวต่างๆ ครูที่ทำหน้าที่เป็นผู้สอนจึงปรับบทบาทเป็นผู้ที่

เอื้ออำนวยการเรียนรู้แก่ผู้เรียน (Facilitator) มีการจัดหาทรัพยากรสนับสนุนการเรียนรู้ (Learning resource) ออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ในรูปแบบของโจทย์หรือสถานการณ์ปัญหา (Problem) หรืออาจจะนำผู้เรียนไปเผชิญหรือสัมผัสกับสถานการณ์จริง ทั้งนี้โจทย์หรือสถานการณ์ปัญหาก็ต้องมีความหมายและความสำคัญ มีความน่าสนใจ กระตุ้นความอยากรู้อยากเห็นของผู้เรียนเพื่อให้เกิดความใฝ่รู้ใฝ่เรียน เกิดการคิดวิเคราะห์ที่ใคร่ครวญ พินิจพิเคราะห์ในเนื้อหาสาระต่างๆ เพื่อนำไปสู่การจัดการหรือการแก้ปัญหาตามโจทย์สถานการณ์ เป็นการพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณ⁴

จากแนวคิดสำคัญของการเรียนการสอน โดยใช้ปัญหาเป็นหลักที่ประกอบด้วย 1) การเรียนรู้แบบกลุ่มย่อย 2) การเรียนรู้ด้วยตนเอง และ 3) การใช้ปัญหา/สถานการณ์เป็นตัวกระตุ้นการเรียนรู้ ซึ่งการใช้ปัญหาหรือสถานการณ์เป็นตัวกระตุ้นโดยการสร้างโจทย์หรือสถานการณ์จะต้องให้สอดคล้องหรือใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงให้มากที่สุด ดังนั้นเพื่อลดข้อจำกัดในด้านนี้ และให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากสถานการณ์จริง จึงนำไปสู่การนำหลักการเรียนการสอนที่ใช้ชุมชนเป็นฐานในการเรียนรู้ มาผนวกกันในการออกแบบการจัดการเรียนการสอนในครั้งนี้ เช่น ในองค์ประกอบที่ 2 กระบวนการดำเนินการเรียนการสอน ในระยะกระตุ้นการเรียนรู้ โดยการให้นักศึกษาไปศึกษากรณีศึกษาที่อยู่ในชุมชนเพื่อให้ได้สัมผัสกับสถานการณ์จริงในบริบทของชุมชน เป็นต้น ทั้งนี้การเรียนการสอนที่ใช้ชุมชนเป็นฐานในการเรียนรู้เป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่ทำให้เกิดการเรียนรู้จากการได้ปฏิบัติงานจากสถานการณ์จริงของชุมชน เน้นการเรียนรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติ คือ เน้นการลงมือปฏิบัติและมีการจัดการความรู้ทั้งในเชิงแนวคิด เนื้อหา กระบวนการ และผลลัพธ์ที่

เกิดขึ้น โดยเปิดโอกาสให้นักศึกษาเข้าไปปฏิสัมพันธ์และปฏิบัติการจริงร่วมกับชุมชน โดยใช้ชุมชนเป็นแหล่งเรียนรู้ปรากฏการณ์ แทนการเรียนรู้จากตำราแต่เพียงอย่างเดียว และส่งผลลัพธ์ต่อผู้เรียนตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ ทั้งด้านคุณธรรมและจริยธรรม ด้านความรู้ความเข้าใจ ทักษะทางปัญญา และสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ไปใช้ในการตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของคนในชุมชน เกิดองค์ความรู้และนวัตกรรมใหม่ๆ เกิดความสัมพันธ์อันดีกับเพื่อนสมาชิกในกลุ่มและกับกรณีศึกษา สามารถวางแผนและรับผิดชอบในการเรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเองได้ และเกิดการพัฒนาทักษะในการสื่อสาร ทั้งการสื่อสารระหว่างนักศึกษา กับกรณีศึกษาในชุมชน นักศึกษากับอาจารย์ ผ่านการนำเสนอผลงานและการเขียนรายงาน¹

ผลจากการประเมินการจัดการเรียนการสอน พบว่า ในรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ซึ่งจัดการเรียนการสอนในชั้นปีที่สอง และส่วนใหญ่เป็นการบรรยายในชั้นเรียน นักศึกษามีข้อเสนอแนะให้มีการเรียนรู้จากกรณีศึกษาที่เป็นผู้สูงอายุจริงในชุมชน เพื่อจะได้ประสบการณ์ตรงจากการศึกษาในบริบทจริง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐาน (Community problem based learning) ซึ่งเป็นการประยุกต์แนวคิดการเรียนการสอนโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการเรียนรู้ (Community based learning) ในการเตรียมโจทย์สถานการณ์ ร่วมกับกระบวนการเรียน โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก (Problem based learning) เพื่อส่งเสริมผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐาน เพื่อส่งเสริมผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐาน เพื่อส่งเสริมผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อรูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐาน

สมมติฐานการวิจัย

หลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนักศึกษาพยาบาล มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ในระดับดีขึ้น มีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากขึ้นไป และมีค่าคะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐาน ผู้วิจัยใช้แนวคิดกระบวนการเรียนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก (Problem based learning) ซึ่งมีหลักการสำคัญ คือ 1) การใช้ปัญหา/สถานการณ์เป็นตัวกระตุ้นการเรียนรู้ 2) การเรียนรู้แบบกลุ่มย่อย และ 3) การเรียนรู้ด้วยตนเอง ร่วมกับ แนวคิดการเรียนการสอนโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการเรียนรู้ (Community based learning) ซึ่งมีแนวคิดสำคัญคือ การเรียนรู้จากสถานการณ์จริงภายใต้บริบทของชุมชน มาใช้ในการเตรียมโจทย์สถานการณ์ และการนำความรู้ไปปฏิบัติจริงในชุมชน เป็นกรอบของการวิจัย โดยโจทย์หรือ

สถานการณ์จริงเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ เกิดการเรียนรู้ในเชิงแนวคิด เนื้อหาสาระจนถึงการได้ลงมือปฏิบัติจริง ในสถานการณ์จริงตามบริบทของชุมชน แทนการเรียนรู้จากตำราแต่เพียงอย่างเดียว เขียนเป็นแผนภาพดังนี้

รูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐาน

กระบวนการเรียนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก ร่วมกับการเรียนการสอนโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ประกอบด้วย

- 1) การเรียนรู้แบบกลุ่มย่อย
 - 2) การเรียนรู้ด้วยตนเอง
 - 3) การใช้ปัญหา/สถานการณ์เป็นตัวกระตุ้นการเรียนรู้
- เรียนรู้จากสถานการณ์จริงในบริบทของชุมชน

- ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน
- การคิดอย่างมีวิจารณญาณ
- ความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนา

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐานเพื่อส่งเสริมผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบที่สร้างขึ้น โดยมีการดำเนินการวิจัย 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การสร้างรูปแบบ โดยการสังเคราะห์เนื้อหาในรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุในหัวข้อการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพ และการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ การพัฒนานวัตกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่ง

ไปสู่รูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก แบบชุมชนเป็นฐาน ที่ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่ 1 การเตรียมความพร้อม องค์ประกอบที่ 2 กระบวนการดำเนินการเรียน การสอน 8 ขั้นตอน และองค์ประกอบที่ 3 การ ประเมินผล และการตรวจสอบรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการจัดการเรียนการสอน ทางพยาบาล จำนวน 3 ท่าน ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิ เห็นด้วยกับองค์ประกอบและกระบวนการดำเนินการ เรียนการสอน และมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมใน รายละเอียดของการดำเนินการ เช่น ไม่ควรเลือก กรณีศึกษาที่ไม่ซับซ้อนจนเกินไป การใช้คำถาม กระตุ้นการคิดและแสดงความคิดเห็นของผู้เรียน และการสะท้อนคิดของผู้เรียน เป็นต้น

ขั้นที่ 2 การทดลองใช้รูปแบบ เพื่อศึกษา ประสิทธิภาพของรูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ ปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐาน เป็นการวิจัย ในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผล เปรียบเทียบก่อน-หลัง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ ปีการศึกษา 2560 จำนวน 144 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2560 จำนวน 54 คน เลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจง ทั้งชั้นปีเพื่อให้สะดวกและใช้ประโยชน์ จากการดำเนินการใช้รูปแบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1. รูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหา เป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐาน เป็นรูปแบบที่ผู้วิจัย สร้างขึ้น จากการศึกษา วิเคราะห์ และสังเคราะห์ แนวคิด ทฤษฎี และตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ

2. แบบบันทึกผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีลักษณะเป็น ตารางรายชื่อนักศึกษาและหัวข้อรายการ

ประเมินผลเพื่อใช้บันทึกผลการเรียน ที่มาจากการ กระบวนการวัดและประเมินผลการเรียนที่มีการ วิพากษ์และการตรวจสอบคุณภาพของข้อสอบ และแบบประเมินผลการเรียนรู้ โดยทีมผู้สอนและ คณะกรรมการบริหารหลักสูตรและการเรียนการ สอนร่วมกันพิจารณา

3. แบบวัดการคิดอย่างมีวิจารณญาณ

เป็นแบบวัดการคิดอย่างมีวิจารณญาณมาตรฐาน แบบทั่วไป (Cornell Critical Thinking test, Level Z) สำหรับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย นักศึกษาระดับปริญญาตรี และบัณฑิตศึกษา ซึ่งผ่านการแปลเป็นภาษาไทย โดยผู้เชี่ยวชาญด้าน ภาษาของศูนย์การแปลและการล่ามเฉลิมพระเกียรติ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มี ลักษณะเป็นคำถามแบบปรนัย 3 ตัวเลือก จำนวน 52 ข้อ แบ่งเป็นทักษะการคิด 6 ด้าน ได้แก่ 1) การ สรุปแบบนิรนัย 2) การให้ความหมาย 3) การพิจารณา ความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลและการสังเกต 4) การสรุปแบบอุปนัย 5) การสรุปโดยการทดสอบ สมมติฐานและการทำนาย และ 6) การนิยามและการระบุข้อสันนิษฐาน มีค่าความเที่ยงอยู่ระหว่าง 0.50 – 0.77 และวิเคราะห์ซ้ำจากกลุ่มตัวอย่างนี้ ได้เท่ากับ 0.78

4. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบ การเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบ ชุมชนเป็นฐาน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 25 ข้อ มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงทำ ความเข้าใจให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดการคิดอย่าง มีวิจารณญาณ ก่อนดำเนินการใช้รูปแบบฯ โดย ดำเนินการ 1 สัปดาห์ก่อนการใช้รูปแบบ หลังจาก นั้นดำเนินการใช้รูปแบบฯ ตามกระบวนการและ ขั้นตอนของรูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหา เป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐาน โดยใช้ระยะเวลาในการ

ดำเนินการทั้งสิ้น 7 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 3 ชั่วโมง เมื่อสิ้นสุดการใช้รูปแบบแล้ว 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง ทำแบบวัดการคิดอย่างมีวิจาร์ณญาณอีกครั้ง และทำแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐาน และติดตามผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เลขที่ PPH No. 03122561

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์คุณลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างและวิเคราะห์ระดับของผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ระดับการคิดอย่างมีวิจาร์ณญาณ และระดับความพึงพอใจ ด้วยสถิติพรรณนา แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบการคิดอย่างมีวิจาร์ณญาณ ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ โดยใช้สถิติ Dependent t-test

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐาน ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบสำคัญ คือ

1) การเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย การเตรียมผู้เรียน การเตรียมผู้สอน และการเตรียมกรณีศึกษาในชุมชน

2) กระบวนการดำเนินการเรียนการสอน ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษากรณีศึกษาในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การนำเสนอกรณีศึกษาแลกเปลี่ยนมุมมองและประสบการณ์

ขั้นตอนที่ 3 การร่วมกันตั้งสมมติฐาน

ขั้นตอนที่ 4 การร่วมกันคิดวิเคราะห์ประเด็นสำคัญของปัญหา

ขั้นตอนที่ 5 การศึกษาหาความรู้และข้อมูลเพิ่มเติมด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 6 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 7 การนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้

ขั้นตอนที่ 8 การสรุปและสะท้อนการเรียนรู้

3) การประเมินผล ประกอบด้วย การประเมินผลการเรียนรู้ระหว่างเรียน การประเมินกระบวนการ และการประเมินผลสัมฤทธิ์

ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นสอดคล้องกับรูปแบบเริ่มต้นโดยมีความสอดคล้องขององค์ประกอบหลักและรายละเอียดกิจกรรมอยู่ในช่วง 0.66 – 1.00 โดยมีรายละเอียดแต่ละองค์ประกอบดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย การเตรียมผู้เรียน การเตรียมผู้สอน และการเตรียมกรณีศึกษาในชุมชน

1. การเตรียมผู้เรียน เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้เรียนเพื่อให้เข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐาน ซึ่งมีกิจกรรมดังนี้

1.1 การเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐาน โดยผู้สอนอธิบายหลักการ ขั้นตอนวัตถุประสงค์ บทบาทและความสำคัญของผู้เรียนในการดำเนินการเรียนการสอนแบบนี้ เพื่อให้ผู้เรียนเข้าใจและปรับตัวกับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐาน

1.2 การเสริมสร้างความเข้าใจในกระบวนการกลุ่มเพื่อการเรียนรู้ร่วมกัน โดยอธิบาย



ให้ผู้เรียนเข้าใจบทบาทผู้เรียน การทำงานเป็นทีม ทั้งการเป็นประธาน เลขานุการ และสมาชิกกลุ่ม

1.3 การอธิบายให้ผู้เรียนเข้าใจพฤติกรรมที่เหมาะสมในการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก แบบชุมชนเป็นฐาน

1.4 การอธิบายให้ผู้เรียนเข้าใจและฝึกทักษะที่จำเป็นในการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก แบบชุมชนเป็นฐาน เช่น ทักษะการสื่อสาร การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ การคิดวิเคราะห์ การบริหารจัดการตนเองและทีม และการแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง

1.5 การจัดกลุ่มนักศึกษา จัดให้ทุกกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกัน โดยจัดให้แต่ละกลุ่มมีสมาชิกที่มีผลการเรียนเฉลี่ยในระดับสูง กลาง ต่ำ กลุ่มละประมาณ 8 – 10 คน

2. การเตรียมผู้สอน การดำเนินการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐาน เป็นการจัดการเรียนการสอนที่แบ่งเป็นกลุ่มย่อยในการเรียนรู้ ผู้สอนทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้ จึงต้องมีการเตรียมผู้สอนในประเด็นดังนี้

2.1 การทำความเข้าใจอาจารย์ทีมผู้สอนเกี่ยวกับการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐานเกี่ยวกับ หลักการ วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการจัดการเรียนการสอน บทบาทหน้าที่ของผู้สอน เทคนิคการซักคำถาม และการสนับสนุนการเรียนรู้ เป็นต้น

2.2 การทำความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาวิชา วัตถุประสงค์การเรียนรู้ แนวการตั้งคำถามสำหรับอาจารย์เพื่อกระตุ้นนักศึกษาให้บรรลุตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้แต่ละครั้ง และการวัดและประเมินผลโดยทีมผู้สอนประชุมร่วมกันวิเคราะห์เนื้อหา เลือกเนื้อหารายบทที่เหมาะสมกับการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐาน คัดเลือกเนื้อหาของแต่ละบทเพื่อการเตรียมเลือกสถานการณ์ปัญหาที่สอดคล้องกัน ซึ่งในการวิจัย

ครั้งนี้ เลือกวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ โดยใช้กรณีศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนตำบลนาจักร อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่

3. การเตรียมกรณีศึกษาในชุมชน การคัดเลือกกรณีศึกษาในชุมชน โดยพิจารณาจากแนวคิดของหลักสูตร สมรรถนะที่พึงประสงค์ มาตรฐานผลการเรียนรู้ของรายวิชา ลักษณะ และเนื้อหาที่กำหนดไว้ในรายวิชาซึ่งครอบคลุมปัญหาสุขภาพที่สำคัญ บริบทของชุมชนท้องถิ่น ซึ่งให้นักศึกษา 1 กลุ่ม จะศึกษากรณีศึกษา 1 กรณีศึกษา โดยกรณีศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น เป็นโรคเรื้อรัง หรือมีภาวะเสื่อมตามวัย

องค์ประกอบที่ 2 กระบวนการดำเนินการเรียนการสอน ประยุกต์จากกระบวนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก มหาวิทยาลัยแม่คามาสเตอร์ ประเทศแคนาดา ประกอบด้วย 3 ระยะ จำนวน 8 ครั้ง 8 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 กระตุ้นการเรียนรู้ (เปิดใจหทัย) จำนวน 2 ครั้ง จะเป็นขั้นตอนที่ 1 – 4 ของกระบวนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐาน มีรายละเอียด ดังนี้

ครั้งที่ 1 จำนวน 3 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เรียนสามารถสร้างสัมพันธภาพกับชุมชนและกรณีศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลและประเด็นปัญหาของกรณีศึกษาได้ และฝึกปฏิบัติบทบาทและกระบวนการกลุ่มการทำงานเป็นทีม

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษากรณีศึกษาในชุมชน เพื่อนำไปสู่การกำหนดประเด็นหรือปัญหาของกรณีศึกษา

บทบาทครูผู้สอน ในขั้นตอนนี้ ได้แก่ ประสานงานและนำนักศึกษาไปศึกษาชุมชนและกรณีศึกษา ให้นักศึกษากำหนดคดีกลุ่ม กระตุ้นให้นักศึกษารวบรวมข้อมูลและประเด็นปัญหาของกรณีศึกษา อำนวยความสะดวกในการเรียนรู้โดย

จัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ เพื่อใช้ในการกระบวนการกลุ่ม
ถามกระตุ้นการเรียนรู้ รวมถึงการสร้างบรรยากาศ
ที่ส่งเสริมการเรียนรู้

บทบาทผู้เรียน ในขั้นตอนนี้ ได้แก่
กำหนดกติกากลุ่ม และดำเนินการกลุ่มเพื่อการ
เรียนรู้ร่วมกัน ศึกษารวบรวมข้อมูลและประเด็น
ปัญหาของกรณีศึกษา แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่
มีความใกล้เคียงกับกรณีศึกษาเพื่อการเก็บ
รวบรวมข้อมูลให้ครอบคลุม แสดงบทบาทที่ได้รับ
มอบหมายตามกระบวนการกลุ่ม

ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่จะได้รับ
ประกอบด้วย 1) ทักษะการสร้างสัมพันธภาพและ
การเก็บรวบรวมข้อมูล 2) ประเด็นปัญหาขั้นต้นของ
กรณีศึกษา 3) วัตถุประสงค์การเรียนรู้ 4) แผนการ
เรียนรู้ของกลุ่ม และ 5) ทักษะของสมาชิกในกลุ่ม
แต่ละบทบาท

ครั้งที่ 2 จำนวน 3 ชั่วโมง จะเป็นขั้นตอน
ที่ 2 – 4 ของกระบวนการจัดการเรียนการสอน
โดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐานมี
รายละเอียด ดังนี้

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เรียนสามารถ
วิเคราะห์ปัญหา ตั้งสมมติฐาน และหาปัญหาที่
แท้จริงของสาเหตุ กำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้
วางแผนการเรียนรู้ของกลุ่ม และฝึกปฏิบัติบทบาท
และกระบวนการกลุ่มการทำงานเป็นทีม

ขั้นตอนที่ 2 การนำเสนอกรณีศึกษา
แลกเปลี่ยนมุมมองและประสบการณ์ที่มีความ
ใกล้เคียงกับกรณีศึกษาระหว่างสมาชิกในกลุ่มเพื่อ
การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา และความ
เชื่อมโยงของปัญหา

บทบาทครูผู้สอน ในขั้นตอนนี้ยังคงมี
บทบาทคล้ายกับขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ ทบทวนวิธีการ
เรียนการสอน บทบาทอาจารย์และนักศึกษาให้
นักศึกษากำหนดกติกากลุ่ม กระตุ้นให้นักศึกษา
นำเสนอข้อมูล ประเด็นปัญหาของกรณีศึกษา

อำนวยความสะดวกในการเรียนรู้โดยจัดเตรียม
วัสดุ อุปกรณ์ เพื่อใช้ในการกระบวนการกลุ่ม ถาม
กระตุ้นการเรียนรู้ รวมถึงการสร้างบรรยากาศที่
ส่งเสริมการเรียนรู้

บทบาทผู้เรียน ในขั้นตอนนี้ ได้แก่
ทบทวนกติกากลุ่มและดำเนินการกลุ่มเพื่อการ
เรียนรู้ร่วมกัน นำเสนอข้อมูล ประเด็นปัญหาของ
กรณีศึกษา แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่มีความ
ใกล้เคียงกับกรณีศึกษา เสนอปัญหา วิเคราะห์
สาเหตุของปัญหา และความเชื่อมโยงของปัญหา
และแสดงบทบาทที่ได้รับมอบหมายตาม
กระบวนการกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 3 การร่วมกันตั้งสมมติฐาน
ที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับสถานการณ์ปัญหาใน
ชุมชน

บทบาทครูผู้สอน ในขั้นตอนนี้ ได้แก่
การเพิ่มเติมข้อมูลจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการ
วิเคราะห์ปัญหาจากกรณีศึกษาโดยใช้คำถามช่วย
เชื่อมโยงสมมติฐานของผู้เรียนกับประเด็นปัญหา
ของกรณีศึกษา โดยใช้คำถามกระตุ้นช่วยเชื่อมโยง
ความรู้เดิมของผู้เรียนในการตั้งข้อวินิจฉัยทางการ
พยาบาล และกระตุ้นการมีส่วนร่วมของกลุ่ม

บทบาทผู้เรียน ในขั้นตอนนี้ ได้แก่
ตั้งสมมติฐานที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับ
กรณีศึกษา โดยใช้เทคนิควิธีต่างๆ เช่น การเขียน
ผังความคิด (Concept mapping) และตั้งข้อ
วินิจฉัยทางการพยาบาลตามลำดับความสำคัญ
ของปัญหา

ขั้นตอนที่ 4 การร่วมกันคิดวิเคราะห์
ประเด็นสำคัญของปัญหา ความต้องการข้อมูล
เพิ่มเติมจากแหล่งสืบค้น แหล่งข้อมูลต่างๆ เพื่อให้
เกิดความกระจ่างในการตอบโจทย์ปัญหาเพิ่มขึ้น

บทบาทครูผู้สอน ในขั้นตอนนี้ ได้แก่
การกระตุ้นให้กลุ่มกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้
กำหนดวิธีการเรียนรู้และแหล่งที่จะหาข้อมูล

เพิ่มเติม แนะนำแหล่งเรียนรู้ต่างๆ เช่น ผู้เชี่ยวชาญ ปรราชญ์ชาวบ้าน ครู เอกสาร ตำรา เว็บไซต์ ฐานข้อมูล เป็นต้น กระตุ้นให้กลุ่มวางแผนการเรียนรู้ กระตุ้นให้กลุ่มสะท้อนคิดเกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้และกระบวนการกลุ่ม และ ประเมินพฤติกรรมการเรียนรู้ของผู้เรียน

ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่จะได้รับ จากกระบวนการในขั้นตอนที่ 2 - 4 ประกอบด้วย 1) ปัญหาสมมติฐาน และสาเหตุของปัญหา 2) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเบื้องต้น 3) วัตถุประสงค์การเรียนรู้ 4) แผนการเรียนรู้ของกลุ่ม และ 5) ทักษะของสมาชิกในกลุ่มแต่ละบทบาท

ระยะที่ 2 การศึกษาหาความรู้ จำนวน 5 ครั้ง จะเป็นขั้นตอนที่ 5 - 7 ของกระบวนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐาน มีรายละเอียด ดังนี้

ครั้งที่ 3 จำนวน 2 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เรียนเรียนรู้และพัฒนาทักษะการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง และสามารถสรุปประเด็นสำคัญตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้

ขั้นตอนที่ 5 การศึกษาหาความรู้และ ข้อมูลเพิ่มเติมด้วยตนเอง

บทบาทครูผู้สอน ในขั้นตอนนี้ ได้แก่ อำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ เช่น การประสานผู้เชี่ยวชาญ ห้องสมุด และแหล่งประโยชน์ในการเรียนรู้ เป็นต้น

บทบาทผู้เรียน ในขั้นตอนนี้ ได้แก่ ศึกษาค้นคว้าจากแหล่งเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ สรุปประเด็นสำคัญตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ และวางแผนการนำเสนอเนื้อหาสาระผลการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้

ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่จะได้รับ ประกอบด้วย 1) ทักษะการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง 2) ทักษะการสืบค้นและการประเมินความน่าเชื่อถือ

ของแหล่งข้อมูลต่างๆ และการสรุปประเด็นสำคัญ

3) เนื้อหาสาระตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้

ครั้งที่ 4 จำนวน 2 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เรียนฝึกทักษะการนำเสนอและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับสมาชิกภายในกลุ่ม วางแผนศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม วางแผนการพยาบาลและการประเมินผล ฝึกปฏิบัติกระบวนการกลุ่ม การทำงานเป็นทีมและบทบาทต่างๆ ในกระบวนการกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 6 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ภายในกลุ่ม

บทบาทครูผู้สอน ในขั้นตอนนี้ ได้แก่ กระตุ้นให้สมาชิกแต่ละคนนำเสนอผลการศึกษาค้นคว้าตามที่ได้รับมอบหมาย กระตุ้นให้นักศึกษาร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กระตุ้นให้กลุ่มวางแผน/มอบหมายและศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม กระตุ้นโดยใช้คำถามให้นักศึกษาเชื่อมโยงความรู้สู่การวางแผนการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลกรณีศึกษา กระตุ้นให้กลุ่มสะท้อนคิดเกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้และกระบวนการกลุ่ม และ ประเมินพฤติกรรมการเรียนรู้ของผู้เรียน

บทบาทผู้เรียน ในขั้นตอนนี้ ได้แก่ นำเสนอผลการศึกษาค้นคว้าตามที่ได้รับมอบหมาย ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วางแผน/มอบหมายให้สมาชิกศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม วางแผนการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลกรณีศึกษา สะท้อนคิดเกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้และกระบวนการกลุ่ม

ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่จะได้รับ ประกอบด้วย 1) แผนผังความคิดที่สรุปเนื้อหาสาระที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าและร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2) แผนการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม 3) แผนการพยาบาลและการประเมินผล และ 4) ทักษะของสมาชิกกลุ่มในแต่ละบทบาท

ครั้งที่ 5 จำนวน 2 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เรียนเรียนรู้และพัฒนาทักษะการนำเสนอและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สามารถสรุปประเด็นสำคัญตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ และประยุกต์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาค้นคว้ามาวางแผนการพยาบาล รวมถึงการสร้างหรือพัฒนานวัตกรรมสุขภาพสำหรับกรณีศึกษาฝึกปฏิบัติการระบอบการกลุ่ม การทำงานเป็นทีม และบทบาทต่างๆ ในกระบวนการกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 7 การนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการวางแผนการดูแลกรณีศึกษา

บทบาทครูผู้สอน ในขั้นตอนนี้ ได้แก่ กระตุ้นให้นักศึกษานำเสนอผลการเรียนรู้ที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมในลักษณะต่างๆ เช่น บทบาทสมมติ แผนผังความคิด กระตุ้นให้กลุ่มสรุปผลการเรียนรู้เป็นความรู้ใหม่ กระตุ้นการเชื่อมโยงความรู้ที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าสู่การประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลแก่กรณีศึกษา โดยสร้างหรือพัฒนานวัตกรรมสุขภาพ กระตุ้นให้กลุ่มสะท้อนคิดเกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้และกระบวนการกลุ่ม และประเมินพฤติกรรมการเรียนรู้ของผู้เรียน

บทบาทผู้เรียน ในขั้นตอนนี้ ได้แก่ นำเสนอผลการเรียนรู้ที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมสรุปผลการเรียนรู้เป็นความรู้ใหม่ นำความรู้ที่ศึกษาค้นคว้ามาใช้ในการวางแผนให้การพยาบาลแก่กรณีศึกษาโดยสร้างหรือพัฒนานวัตกรรมสุขภาพ และสะท้อนคิดเกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้และกระบวนการกลุ่ม

ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่จะได้รับ ประกอบด้วย 1) สรุปผลการเรียนรู้ที่เป็นความรู้ใหม่ที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าและร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพิ่มเติม 2) แผนการพยาบาลและการประเมินผลโดยมีการสร้างหรือพัฒนา

นวัตกรรมสุขภาพ และ 3) ทักษะของสมาชิกกลุ่มในแต่ละบทบาท

ครั้งที่ 6 - 7 จำนวน 2 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เรียนวิเคราะห์และนำเสนอแผนการพยาบาล แนวทางการแก้ไขปัญหา สร้างหรือพัฒนานวัตกรรมเพื่อให้มีความเหมาะสมกับกรณีศึกษา

ขั้นตอนที่ 7 การนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการวางแผนการดูแลกรณีศึกษา

บทบาทครูผู้สอน ในขั้นตอนนี้ ได้แก่ อำนวยความสะดวก ประสานงานกับชุมชนและกรณีศึกษา พร้อมทั้งติดตามการให้การพยาบาลและการใช้นวัตกรรมสุขภาพกับกรณีศึกษา

บทบาทผู้เรียน ในขั้นตอนนี้ ได้แก่ นำแผนการพยาบาลสู่การปฏิบัติกับกรณีศึกษาในชุมชน นำนวัตกรรมไปใช้กับกรณีศึกษาและวิเคราะห์และเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาเพื่อให้นวัตกรรมมีความเหมาะสมกับกรณีศึกษายิ่งขึ้น

ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่จะได้รับ ประกอบด้วย 1) ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน 2) การสร้างหรือพัฒนานวัตกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

ระยะที่ 3 การสรุปและสะท้อนการเรียนรู้ (ปิดโจทย์) จะเป็นขั้นตอนที่ 8 ของกระบวนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐาน มีรายละเอียด ดังนี้

ครั้งที่ 8 จำนวน 2 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เรียนฝึกทักษะการนำเสนอผลงานกลุ่ม การวิเคราะห์วิจารณ์ในประเด็นต่างๆ สะท้อนการเรียนรู้และกระบวนการกลุ่ม รวมถึงการประเมินผลกระบวนการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐาน

ขั้นตอนที่ 8 การสรุปและสะท้อนการเรียนรู้

บทบาทครูผู้สอน ในขั้นตอนนี้ ได้แก่ ให้นักศึกษานำเสนอผลการศึกษาของกลุ่มในที่ประชุมกลุ่มใหญ่ กระตุ้นให้นักศึกษากลุ่มอื่นมีส่วนร่วมในแลกเปลี่ยนความคิดเห็น กระตุ้นให้นักศึกษาสะท้อนคิดเกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้ และกระบวนการกลุ่ม และประเมินพฤติกรรมการเรียนรู้ของผู้เรียน

บทบาทผู้เรียน ในขั้นตอนนี้ ได้แก่ นำเสนอผลการศึกษาต่อที่ประชุมกลุ่มใหญ่ มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อผลงานของกลุ่มอื่น สะท้อนคิดเกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้ และกระบวนการกลุ่ม ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนในครั้งต่อไป

ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่จะได้รับ ประกอบด้วย 1) สรุปผลการเรียนรู้ การวิเคราะห์ และสรุปประเด็นสำคัญที่เกิดจากกระบวนการเรียนการสอนในแต่ละขั้นตอน แผนการพยาบาล ผู้สูงอายุในชุมชน นวัตกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

องค์ประกอบที่ 3 การประเมินผล ประกอบด้วย 1) การประเมินผลการเรียนรู้ระหว่างเรียนเพื่อนำไปปรับปรุงกระบวนการส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้เรียนบรรลุตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่กำหนดไว้ 2) การประเมินกระบวนการเป็น การประเมินกระบวนการเรียนรู้ของนักศึกษาทั้งรายบุคคลและกลุ่ม รวมทั้งกระบวนการทำงานเป็นทีมด้วย และการประเมินผลสัมฤทธิ์เป็นการ

ประเมินผลสัมฤทธิ์ที่เกิดจากกระบวนการตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดกระบวนการ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลประกอบไปด้วย แบบประเมินพฤติกรรม การตรวจรายงาน การสะท้อนคิด แบบประเมินการนำเสนอผลงาน และการทดสอบ

2. ประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐาน เพื่อส่งเสริมผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล

การทดลองใช้รูปแบบเริ่มต้น เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองใช้รูปแบบกับนักศึกษาพยาบาล จำนวน 54 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.74 เพศชาย ร้อยละ 9.26 มีอายุระหว่าง 20 – 32 ปี ค่าเฉลี่ยอายุ 28.93 ปี (SD = 6.82) เพื่อศึกษาผลสัมฤทธิ์ของการเรียน และการคิดอย่างมีวิจารณญาณ นำเสนอผลการศึกษา ดังนี้

ผลสัมฤทธิ์ของการเรียน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยของผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 75.18 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.99 ส่วนจำนวนและร้อยละ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล หลังการเรียนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐาน พบว่า นักศึกษาพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ยช่วง 60.01 - 80.00 มากที่สุด ร้อยละ 92.59 รองลงมา มีคะแนนเฉลี่ย 80.01 - 100.00 คิดเป็นร้อยละ 7.41 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลหลังการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐาน

ช่วงคะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
80.01 – 100.00 (ดีมาก)	4	7.41
60.01 – 80.00 (ดี)	50	92.59
40.01 – 60.00 (ปานกลาง)	0	0.00
20.01 – 40.00 (พอใช้)	0	0.00
0.00 – 20.00 (ควรปรับปรุง)	0	0.00
Mean = 75.18 SD = 3.99		

การคิดอย่างมีวิจารณญาณ

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณโดยรวมทุกด้าน ก่อนและหลังการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐานของนักศึกษาพยาบาล พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณหลังการเรียนรู้ ($\bar{X} = 36.65$, $SD = 10.48$) สูงกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณก่อนการเรียนรู้ ($\bar{X} = 28.39$, $SD = 6.88$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณรายด้านก่อนและหลังการเรียนรู้ พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณหลังการเรียนรู้ในด้าน การสรุปแบบนิรนัย การให้ความหมาย การพิจารณาความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลและการสังเกต การสรุปแบบอุปนัย การสรุปโดยการทดสอบสมมติฐานและการทำนาย และการนิยามและการระบุข้อสันนิษฐาน สูงกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณก่อนและหลังการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐานของนักศึกษาพยาบาล แยกเป็นรายด้านและโดยรวม

การคิดอย่างมีวิจารณญาณ	n	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	SD	t - test	p - value
1. ด้านการสรุปแบบนิรนัย						
ก่อนการเรียนรู้	54	10	6.00	2.23	3.57*	0.002
หลังการเรียนรู้	54	10	7.50	2.00		
2. ด้านการให้ความหมาย						
ก่อนการเรียนรู้	54	11	5.67	2.33	3.299*	0.001
หลังการเรียนรู้	54	11	7.74	3.02		
3. ด้านการพิจารณาความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลและการสังเกต						
ก่อนการเรียนรู้	54	4	2.44	0.82	3.550*	< 0.001
หลังการเรียนรู้	54	4	3.17	0.80		



ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณก่อนและหลังการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐานของนักศึกษาพยาบาล แยกเป็นรายด้านและโดยรวม (ต่อ)

การคิดอย่างมีวิจารณญาณ	n	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	SD	t - test	p - value
4. ด้านการสรุปแบบอุปนัย						
ก่อนการเรียนรู้	54	13	6.93	2.60	3.688*	< 0.001
หลังการเรียนรู้	54	13	9.56	2.83		
5. ด้านการสรุปโดยการทดสอบ						
สมมติฐานและการทำนาย						
ก่อนการเรียนรู้	54	4	1.72	1.18	2.380*	0.01
หลังการเรียนรู้	54	4	2.46	1.38		
6. ด้านการนิยามและการระบุข้อสันนิษฐาน						
ก่อนการเรียนรู้	54	10	5.63	2.40	2.531*	0.01
หลังการเรียนรู้	54	10	7.00	2.75		
โดยรวม						
ก่อนการเรียนรู้	54	52	28.39	6.88	3.968*	< 0.001
หลังการเรียนรู้	54	52	36.65	10.48		

* $p < .05$

3. ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อรูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐาน

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลที่เรียนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐาน พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการจัดกระบวนการเรียนการสอนในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.98$, $SD = 0.76$) โดยนักศึกษาพยาบาลมีความเห็นว่า การจัดกระบวนการเรียนการสอนมีวัตถุประสงค์รายวิชาชัดเจนมากที่สุด ($\bar{X} = 4.11$, $SD = 0.66$) รองลงมา ได้แก่ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์รายวิชา ($\bar{X} = 4.07$, $SD = 0.68$) สามารถเพิ่มความรู้และประสบการณ์การเรียนรู้ ($\bar{X} = 4.04$, $SD = 0.66$) สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้ ($\bar{X} = 4.04$, $SD = 0.68$) มีการเรียงลำดับเนื้อหาเหมาะสม ($\bar{X} = 4.03$, $SD = 0.71$) ตามลำดับ ส่วนรายการที่พึงพอใจต่ำที่สุด คือ ลดความซ้ำซ้อนกับหัวข้ออื่นในรายวิชาเดียวกัน ($\bar{X} = 3.47$, $SD = 1.00$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการเรียนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐาน

การจัดกระบวนการเรียนการสอน	$\bar{X}$	SD	ระดับความคิดเห็น
1. มีวัตถุประสงค์รายวิชาชัดเจน	4.11	0.66	มาก
2. สอดคล้องกับวัตถุประสงค์รายวิชา	4.07	0.68	มาก
3. มีการเรียงลำดับเนื้อหาเหมาะสม	4.03	0.71	มาก
4. น่าสนใจและ/หรือทันสมัย	4.02	0.66	มาก
5. สามารถเพิ่มความรู้และประสบการณ์การเรียนรู้	4.04	0.68	มาก
6. สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้	4.04	0.71	มาก
7. ใช้กลยุทธ์การสอนที่เหมาะสม	4.00	0.76	มาก
8. มีความเหมาะสมกับเวลาที่สอน	4.01	0.71	มาก
9. ลดความซ้ำซ้อนกับหัวข้ออื่นในรายวิชาเดียวกัน	3.47	1.00	มาก
10. เข้าใจวัตถุประสงค์และขอบเขตรายวิชา	3.98	0.72	มาก
11. มีความรู้เพิ่มเติม	3.97	0.77	มาก
12. มีการค้นคว้าตำรา เอกสารประกอบการเรียน	4.01	0.78	มาก
13. ทบทวนและทำความเข้าใจเนื้อหา	3.95	0.8	มาก
14. ชักถามและ/หรือเสนอความคิดเห็นขณะเรียน	3.97	0.78	มาก
15. สนใจและชอบที่จะเรียนวิชานี้	3.96	0.84	มาก
16. บรรลุตามวัตถุประสงค์รายวิชา	3.98	0.76	มาก
17. โสตทัศนูปกรณ์มีความเหมาะสมและพร้อมใช้งาน	3.94	0.72	มาก
18. หนังสือ ตำรา และวารสารมีความเพียงพอ/ทันสมัยสำหรับการเรียนรู้ในวิชานี้	3.97	0.71	มาก
19. ลักษณะห้องเรียนมีความเหมาะสม	4.01	0.75	มาก
20. บรรยากาศในห้องเรียนมีความเหมาะสม	3.97	0.73	มาก
21. แนวทางการประเมินผลครอบคลุมกิจกรรมการเรียนรู้ที่กำหนด	3.95	0.75	มาก
22. ค่าคะแนนที่กำหนดเหมาะสมกับวัตถุประสงค์รายวิชา	3.98	0.80	มาก
23. ผู้สอนให้ข้อมูลย้อนกลับแก่นักศึกษาอย่างมีเหตุผลและมีหลักเกณฑ์	3.98	0.75	มาก
24. มีการชี้แจงข้อบกพร่องและเสนอแนะแนวทางพัฒนา	4.01	0.74	มาก
25. มีการประเมินผลงาน มีหลักเกณฑ์และมีหลักฐาน	3.99	0.78	มาก
ภาพรวม	3.98	0.76	มาก

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ทุกประการ สามารถอภิปรายได้ ดังนี้

1. หลังการใช้รูปแบบนักศึกษาพยาบาล มีผลสัมฤทธิ์ของการเรียน อยู่ในระดับดีขึ้นไป สามารถอภิปรายได้ว่า การเรียนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐาน นักศึกษาจะมีการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเองมากขึ้น ทั้งนี้เพราะกิจกรรมการเรียนรู้ส่งเสริมให้นักศึกษาทำงานกับปัญหาโดยไปศึกษากับกรณีศึกษาซึ่งเป็นผู้สูงอายุจริงในชุมชน นักศึกษาจะเป็นผู้ที่สืบเสาะ แสวงหาความรู้ด้วยตนเองโดยการใช้วิธีการต่างๆ ซึ่งช่วยให้เกิดความเข้าใจปัญหาอย่างแท้จริง เกิดการวิเคราะห์ ประเมิน อีกทั้งได้มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิชิตคิด ประสบการณ์ มีการแก้ปัญหา หากคำตอบร่วมกันเป็นทีม เกิดการซึมซับ ประสบการณ์ใหม่และปรับโครงสร้างสติปัญญาให้เข้ากับประสบการณ์ใหม่ เนื่องจากการได้ศึกษาจากสถานการณ์จริงจะไปกระตุ้นการรับรู้ของนักศึกษาตามสภาพการณ์จริงที่เห็นได้สัมผัสได้ ร่วมกับการอภิปรายแลกเปลี่ยนกับเพื่อนนักศึกษา และการสะท้อนการเรียนรู้จากครูทำให้เกิดการเรียนรู้ ทำให้มีการพัฒนาทางปัญญาได้มากขึ้น^{5,6} สอดคล้องกับการศึกษาการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาโภชนาการและโภชนบำบัดของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ ปีการศึกษา 2552 จำนวน 43 คน ดำเนินการวิจัยโดยการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน เป็นเวลา 8 สัปดาห์ๆ ละ 3 ชั่วโมง รวม 24 ชั่วโมง ผลการวิจัย พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาโภชนาการและโภชนบำบัด เรื่องพิษภัยของอาหารโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน ก่อนและหลังการ

จัดการเรียนรู้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01⁷ และสอดคล้องกับการศึกษาผลการสอนแบบบูรณาการโดยใช้แหล่งเรียนรู้ในชุมชนเป็นสื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้วยภูมิปัญญาไทยวิถีไทย วิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์ จำนวน 102 คน ปีการศึกษา 2560 ผลการศึกษา พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่เรียนโดยการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการโดยใช้แหล่งเรียนรู้ในชุมชนเป็นสื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้วยภูมิปัญญาไทยวิถีไทย มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01⁸

2. หลังการใช้รูปแบบนักศึกษาพยาบาล มีค่าคะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ นักศึกษาพยาบาลมีการคิดอย่างมีวิจารณญาณสูงขึ้น เนื่องจากนักศึกษาได้เรียนรู้และฝึกทักษะจากสถานการณ์จริงของผู้สูงอายุในชุมชน นักศึกษาเป็นผู้ค้นพบปัญหา ระบุปัญหาที่ต้องการแก้ไข และให้เหตุผลประกอบการคิดวิเคราะห์สถานการณ์ในขั้นตอนต่างๆ มีการแสวงหาคำตอบและสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง สามารถนำความรู้ที่ได้แสวงหาไปประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาล การสร้างหรือพัฒนานวัตกรรมเพื่อการจัดการปัญหาของผู้สูงอายุ การสร้างสรรค์ผลงานออกมาเป็นชิ้นงาน นวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้สูงอายุยังประโยชน์แก่ชุมชนในสถานการณ์จริงได้ สอดคล้องกับการศึกษาถึงการพัฒนารูปแบบการเรียนบนเว็บแบบผสมผสานโดยใช้ปัญหาเป็นหลักเพื่อพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนิสิตปริญญาบัณฑิต กลุ่มตัวอย่างเป็นนิสิตระดับปริญญาบัณฑิตจาก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ลงทะเบียนวิชาการผลิตสื่ออิเล็กทรอนิกส์เพื่อการศึกษา จำนวน 38 คนระยะเวลาในการทดลอง 13 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า นิสิตปริญญาบัณฑิตที่เรียนตามรูปแบบการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้นมีคะแนนความคิดอย่างมีวิจารณญาณหลังเรียนสูงกว่าก่อนการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และนิสิตมีความคิดเห็นว่าการเรียนตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก⁹ และสอดคล้องกับข้อเสนอในการส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณ¹⁰ โดยการส่งเสริมให้นักศึกษาได้เผชิญสถานการณ์ที่แปลกใหม่หลากหลาย เป็นสถานการณ์ในบริบทที่แท้จริงและนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการให้การพยาบาลผู้รับบริการตามสภาพปัญหาที่แท้จริง โดยมีอาจารย์ผู้สอนคอยช่วยเหลือชี้แนะ ทั้งนี้เพราะการคิดอย่างมีวิจารณญาณจะเป็นองค์ประกอบสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ ซึ่งการปฏิบัติทางการพยาบาลเป็นการดูแลผู้รับบริการแบบองค์รวม ต้องอาศัยศาสตร์และศิลป์ในการให้การพยาบาล มีการประยุกต์องค์ความรู้และการประยุกต์ศาสตร์ทางการพยาบาลสู่การปฏิบัติต่อบุคคลจึงจำเป็นต้องอาศัยทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณในการปฏิบัติวิชาชีพทางการพยาบาล¹¹

3. หลังการใช้รูปแบบนักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจต่อรูปแบบ อยู่ในระดับมากขึ้นไปและเมื่อพิจารณาในรายชื่อ พบว่า ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดการเรียนการสอนและการนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงได้มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาความพึงพอใจในการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ ที่พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก⁷ และสอดคล้องกับ

การศึกษาถึงการพัฒนากระบวนการเรียนบนเว็บแบบผสมผสานโดยใช้ปัญหาเป็นหลักเพื่อพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนิสิตปริญญาบัณฑิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่พบว่า นิสิตมีความคิดเห็นว่าการเรียนตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก⁹ และสอดคล้องกับการประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนรายวิชาเลือกเสรี วิชาพัฒนาวิทยา ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ อยู่ในระดับดี¹²

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้ สถาบันการศึกษาควรมีการวิเคราะห์เนื้อหาที่มีความเหมาะสมกับรูปแบบจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐาน เช่น วิชาการส่งเสริมสุขภาพ วิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน เป็นต้น เพื่อพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีประสิทธิภาพในการคิดแก้ไขปัญหาและสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้หลังสำเร็จการศึกษาต่อไป
2. ควรมีการศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบชุมชนเป็นฐานต่อการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ด้วยตนเอง และการศึกษาความคงทนของการเรียนรู้ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Faculty of Humanities and Social Sciences Kalasin Rajabhat University. Knowledge management, techniques for teaching and learning using community as a learning base (CBL). [Internet]. [cited 2015 May 29]. Available from: http://www.huso.ksu.ac.th/manage/sub_file/mRYjL2P3snd20150913173350.pdf. (in Thai).
2. Sinngam Y. Learning by using problems as a base. [Internet]. [cited 2015 May 29]. Available from: <http://www.vcharkarn.com/vblog/37131>. (in Thai).
3. Satayasai W. Documentation for the development of instructors to enhance teaching skills by using learners as a center and the preparation of teaching by using the problem as the core. May 21 - 23, 2014. Pathumthani: Asia Airport Hotel; 2014. (in Thai).
4. Khaemmanee T. Teaching science: knowledge for effective learning process management. 16th ed. Bangkok: Sutthakarn Printing Center; 2012. (in Thai).
5. Chanchaemsai M. Project to set up a community-based learning management program: a case study of integrating learning management in architectural design and housing development for low-income people (Baan Kong Community, Rama 9, Bo 3). Phranakkon Rajabhat Research Journal 2015;10(1):143-56. (in Thai).
6. Thanwiset N, Keeratichanroen W. A study of learning achievement on work and learning unit and problem solving ability for grade 10 students using problem based learning (PBL). Academic Service Journal Prince of Songkla University 2018;29(2):43-50. (in Thai).
7. Benchawan P, Khuha A. Effects of problem based learning approach on nutrition and nutrient therapy achievement of nursing student, Princess of Naradhiwas University. Journal of Education Faculty of Education, Prince of Songkla University 2014;25(3):96-109. (in Thai).
8. Udomlerd M, Tantalanutkul S, Netchang S, Mapiw P, Soiphet N, Paksee N. Effects of community-based learning integration of health promotion for the elderly with Thai local wisdom in the health problem 1 course on nursing on students of Boromarajanani College of Nursing, Uttaradit. Boromarajanani College of Nursing Uttaradit Journal 2018;10(2):234-47. (in Thai).
9. Wannapiroon P. Development of a problem-based blended learning model to develop undergraduate students' critical thinking. [Doctoral Dissertation, Faculty of Education]. Chulalongkorn University; 2008. (in Thai).



10. Chidmongkol R, Tongphet P, Khonyang W. Teaching for enhancing critical thinking of nursing students in clinical practice. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2018;3(3):233-45. (in Thai).
11. Srisawad K , Chaleoykitti S. Critical thinking of nursing students. Royal Thai Army Medical Journal 2017;70(3):169-74. (in Thai).
12. Thagleawpun J. The development of an elective course: social gerontology for bachelor of nursing science students. Royal Thai Navy Medical Journal 2017;44(1):1-17. (in Thai).

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก The Effects of Perceived Self-Efficacy Promoting Program on Health Promoting Behavior of Primigravida Adolescents

เพ็ญพยงค์ ตาระกา* กิณรี ชัยสวรรค์** ธนพร แย้มสุตา***

Phenphayong Taraka,* Kinnaree Chaisawan,** Thanaporn Yaemsuda***

*, ** โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ กรุงเทพมหานคร

*, ** Somdech Phra Pinkloa Hospital, Naval Medical Department, Bangkok

*** กองวิทยาการ ศูนย์วิทยาการ กรมแพทย์ทหารเรือ กรุงเทพมหานคร

*** Academic Affairs Division, Naval Medical Department, Bangkok

** Corresponding Author: kinnaree_c@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยจับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจากระดับคะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรสที่ใกล้เคียงกัน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน ประกอบด้วย คู่มือการปฏิบัติ ระหว่างการตั้งครรภ์ ภาพพลิก และแผนการสอนเรื่องการปฏิบัติตนระหว่างตั้งครรภ์ การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด การเตรียมความพร้อมสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการสนับสนุนจากคู่สมรส แบบประเมินการรับรู้ความสามารถแห่งตน และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก และได้รับการทดสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษา และหาความเที่ยงโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.94, 0.96 และ 0.86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

Received: April 21, 2019; Revised: June 29, 2019; Accepted: August 2, 2019

คำสำคัญ : โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to examine the effects of using the perceived self-efficacy promoting program in self-care on health promoting behavior of primigravida adolescents. The research sample consisted of 40 patients who were equally assigned into either an experimental group or a control group by matching scores on a social support test. The experimental group received the perceived self-efficacy promoting program, whereas the control group received regular nursing care activities. The research instrument developed by the researcher was the perceived self-efficacy promoting program, composed of the perceived self-efficacy promoting lesson, flip chart and booklet. All instruments were reviewed for content validity by a panel of expert. In addition, instrument for collecting data were the social support test, self-efficacy test and health promoting behavior test which were tested for reliability at 0.94, 0.96, and 0.86, respectively. Data were analyzed by using t-test.

Major findings were as follows:

1. The health promoting behavior of primigravida adolescents in the experimental group, after using the perceived self-efficacy promoting program was significantly higher than before at the $p < .01$ level.
2. The health promoting behavior of primigravida adolescents in the experimental group, after using the perceived self-efficacy promoting program was significantly higher than those who received regular nursing care activities at the $p < .01$ level.

Keywords : perceived self-efficacy, health promoting behavior, primigravida adolescents

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ตลอดช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยให้ความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศโดยมุ่งเน้นการขับเคลื่อนประเทศด้วยการพัฒนาภาคอุตสาหกรรม ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านวิถีการดำรงชีวิตของประชากรเป็นอย่างมาก ในขณะที่ความรู้เท่าทันและความสามารถในการปรับตัวของคนในสังคมยังคงเป็นไปอย่างจำกัด ส่งผลให้

ประชาชนและสังคมไทยต้องเผชิญกับวิกฤติหลายด้าน ในด้านหนึ่งได้ก่อให้เกิดปัญหาสังคมที่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาที่เกิดขึ้นในกลุ่มประชากรที่มีอายุ 10 - 19 ปี หรือที่เรียกว่า “วัยรุ่น” ซึ่งปัญหาสำคัญที่สังคมกำลังให้ความสนใจในประชากรกลุ่มนี้ คือ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น¹

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจึงนับเป็นปัญหาที่พบมากขึ้นในต่างประเทศ² และในประเทศไทย ปัจจุบันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีอัตราที่สูงขึ้นเรื่อยๆ³ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่งผลกระทบที่ตามมา เช่น

ทางด้านร่างกาย เช่น มีอัตราการแท้งบุตรมากกว่า มารดาวัยผู้ใหญ่ คลอดก่อนกำหนด ปัญหาสุขภาพ ช่องทางคลอด จัดอยู่ในการตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต้อง ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด² ปัญหาทางด้านจิตใจ พบหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีปัญหาด้านสุขภาพจิตสูง ถึงร้อยละ 38.20⁴ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด⁵ และ ทางด้านสังคม เนื่องจากการตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่น เป็นการตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง⁶ ดังนั้นรัฐบาลจะต้อง จัดสรรงบประมาณเพื่อรองรับการดูแลและเยียวยา ปัญหาและผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น⁷ นอกจาก ส่งผลกระทบต่อตนเองแล้วยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ของทารกอย่างมาก⁸ จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม^{8,9} ปัญหาการไม่ฝากครรภ์หรือฝากครรภ์ไม่ได้ตามเกณฑ์ การปฏิบัติตนและการดูแลตนเองไม่เหมาะสม⁶ และโดยเฉพาะการตั้งครรภ์ครั้งแรกทำให้ขาด ประสบการณ์การดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวที่ เหมาะสม ดังนั้นการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เหล่านี้ให้มีผลลัพธ์การตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพ ไม่ เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในขณะตั้งครรภ์และหลัง คลอด จึงถือเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลที่จะ ช่วยเหลือประคับประคองให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการ กระทำหรือกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อให้ตนเองมี สุขภาพแข็งแรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ผู้ที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ย่อมจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ทั้ง ทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถเรียนรู้วิธีการ ป้องกันตนเองให้ปราศจากความเจ็บป่วย¹⁰ จาก การทบทวนวรรณกรรม พบว่า การรับรู้ความสามารถ แห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกและ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกได้^{11,12} ดังนั้นการ ส่งเสริมการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถ จะทำให้ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมได้มากขึ้น ซึ่งจะส่งผล ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ที่ น้อยลงและเกิดผลลัพธ์ที่ดีในการตั้งครรภ์ ผู้วิจัย จึงมีความสนใจในการนำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ ความสามารถแห่งตนของ Bandura¹³ โดยกำหนด กิจกรรมที่แสดงถึงการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพมาจัดเป็นโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ ความสามารถแห่งตน โดยจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริม ให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกเกิดความมั่นใจ และเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพให้สำเร็จโดยการให้คำแนะนำเป็นรายกลุ่ม ซึ่งกิจกรรมนี้จะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ ดีในการตั้งครรภ์และการคลอดได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกก่อนและ หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถ แห่งตน

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกระหว่าง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถ แห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ รูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender¹⁰ (Pender's Health-Promoting Behaviors Model)

ในการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งตามแนวคิดของ Pender การรับรู้สมรรถนะหรือความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยด้านความคิดความรู้สึก ที่เฉพาะต่อพฤติกรรมสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดการแสดงพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจเพียง 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โภชนาการ การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การจัดการกับความเครียด และการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ ซึ่งแหล่งที่มาของการรับรู้ความสามารถของตนตามแนวคิดของ Bandura¹³ นั้นเกิดขึ้นจาก 4 แหล่งที่สำคัญ คือ 1) การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) เป็นการโน้มน้าวชักจูงจากบุคคลอื่นว่าบุคคลสามารถทำได้ 2) การเรียนรู้

ผ่านตัวแบบ (Vicarious experience) เป็นการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนทางอ้อมจากการที่เห็นบุคคลคล้ายคลึงกับตนเองประสบความสำเร็จ 3) การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery experience) เป็นประสบการณ์ที่บุคคลปฏิบัติและประสบความสำเร็จด้วยตนเอง และ 4) สภาวะทางกายและอารมณ์ (Physiological and affective state) เป็นการพูดคุยให้กำลังใจ ทำให้รู้สึกไม่เครียดและวิตกกังวลในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ เมื่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสมได้ ย่อมทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีต่อไป

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน ตามแนวคิดของ Bandura¹³ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก

กิจกรรมที่ 1 การชักจูงด้วยคำพูด การให้ความรู้เรื่อง การดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด การเตรียมความพร้อมสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ ผ่านภาพพลิกที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ การเตรียมความพร้อมสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

กิจกรรมที่ 3 การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง เข้าร่วมกิจกรรมและฝึกทักษะที่เป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้วยกิจกรรมออกกำลังกายในขณะตั้งครรภ์

กิจกรรมที่ 4 สภาวะทางกายและอารมณ์ พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้กำลังใจ และโทรศัพท์ติดตาม

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก¹⁰

- ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ
- โภชนาการ
- การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย
- สัมพันธภาพระหว่างบุคคล
- การจัดการกับความเครียด
- การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ อรทัย ธรรมกันมา¹⁴ ซึ่งสร้างขึ้นจากแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพของ Walkers, Sechrist, & Pender¹⁵ ประกอบด้วยแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โภชนาการ การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การจัดการกับความเครียด และการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ

2. โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน หมายถึง รูปแบบกิจกรรมการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยจัดกระทำขึ้นอย่างมีแบบแผน สำหรับส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองสามารถแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura¹³ ซึ่งได้เสนอแหล่งข้อมูลในการสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดังนี้

การชักจูงด้วยคำพูด การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง และสภาวะทางกายและอารมณ์ โดยจัดกิจกรรมเป็นกลุ่มใช้เวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การชักจูงด้วยคำพูด เป็นกิจกรรมที่ใช้การอธิบายให้ความรู้ คำแนะนำ ในเรื่องการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ (การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ การมาฝากครรภ์ตามกำหนด) การป้องกัน การคลอดก่อนกำหนด การเตรียมความพร้อมสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยกล่าวสนับสนุนกระตุ้นให้กำลังใจ ชมเชยเพื่อเป็นการเสริมแรงทางบวก

กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ จัดให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกได้สังเกตจากบุคคลที่มีสภาพสอดคล้องหรือคล้ายคลึงกับตนเอง โดยยกตัวอย่าง ผู้มีชื่อเสียง ดาราภาพยนตร์ พิธีกร เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกได้รับประสบการณ์ทางอ้อม จากการสังเกตความสามารถที่กระทำพฤติกรรมนั้นๆ ผ่านภาพพลิกหรือตัวแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องระหว่างตั้งครรภ์ การเตรียมความพร้อมสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

กิจกรรมที่ 3 การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง จัดกิจกรรมให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกเกิดการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเองเพื่อสร้างประสบการณ์ตรงผ่านการเข้าร่วมกิจกรรมและฝึกทักษะที่เป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การฝึกทักษะด้านการออกกำลังกายในขณะตั้งครรภ์ การเตรียมโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับการตั้งครรภ์ การเตรียมความพร้อมสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

กิจกรรมที่ 4 สภาวะทางกายและอารมณ์ เป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ และสรีระ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนโดยการ พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการแสดงออก ถึงความรู้สึกเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพทั้ง 6 ด้าน รวมทั้งการโน้มน้าวเพื่อลด ความวิตกกังวล ลดความเครียด ต่อการแสดง พฤติกรรม และให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ที่เหมาะสม เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ ซักถามข้อสงสัย และการโทรศัพท์กระตุ้นเตือน เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ ถูกต้อง

3. หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก หมายถึง หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นตั้งครรภ์ครั้งแรกอายุไม่เกิน 19 ปี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ มีอายุ ครรภ์ไม่เกิน 28 สัปดาห์ (ไตรมาสที่ 2) ที่มารับ บริการฝากครรภ์ครั้งแรก ที่ห้องตรวจสูติกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

4. การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การ ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาล ประจำการที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย การ ดูแลตนเองในระหว่างตั้งครรภ์ (การแต่งกาย การ รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การ รับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมา พบแพทย์ การมาฝากครรภ์ตามกำหนด) การ ป้องกันการคลอดก่อนกำหนด การเตรียมความ พร้อมสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าตั้งครรภ์และมีอายุไม่เกิน 19 ปี ที่มารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกที่ห้อง ตรวจสูติกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 – 31 มกราคม พ.ศ. 2560

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงของหญิง ตั้งครรภ์แรกที่มีเกณฑ์อายุไม่เกิน 19 ปี และมี คุณสมบัติต่างๆ ดังนี้

1. มาฝากครรภ์ครั้งแรกและมีอายุครรภ์ ไม่เกิน 28 สัปดาห์ (ไตรมาสที่ 2)
2. ไม่มีประวัติเป็นโรคประจำตัวที่มีผล ต่อการตั้งครรภ์ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดัน โลหิตสูง โรคไต โรคหัวใจ โรคเลือด และหอบหืด
3. ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การมองเห็น สามารถสื่อสารโดยการพูดและเขียนภาษาไทยได้
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
5. มีประวัติการตั้งครรภ์ปกติ และไม่มี ภาวะแทรกซ้อนก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย ได้แก่ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะครรภ์เป็นพิษ เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีเลือดออก กะปริดกะปรอย รกเกาะต่ำ ครรภ์แฝด หรือทารก ในครรภ์มีความพิการ
6. ลักษณะครอบครัวยังพักอาศัยอยู่กับ สามี

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก คือ หญิง ตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามกำหนด มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในระหว่างการเข้าร่วม กิจกรรม เช่น เจ็บครรภ์ มีการบีบรัดตัวของมดลูก มีเลือดออกทางช่องคลอด เป็นต้น

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะ ของการวิจัยแบบกึ่งทดลอง คือ อย่างน้อยที่สุด 30 คน โดยแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่น้อยกว่า 15 คน ในกรณีที่มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม¹⁶ ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างไว้ 40 คน ประกอบด้วย กลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง

20 คน เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่มี และ
ความเป็นไปได้สำหรับการทำวิจัยครั้งนี้

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม
คือ กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน
โดยให้หญิงตั้งครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์รายแรก
เป็นกลุ่มควบคุม 1 คน และรายต่อมาเป็นกลุ่ม
ทดลอง 1 คน สลับกัน

2. จับคู่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
เนื่องจากผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การสนับสนุน
จากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพ¹⁴ เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่
อาจเกิดขึ้น จึงจัดให้ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนจาก
แบบสอบถามการสนับสนุนจากคู่สมรสอยู่ในระดับ
เดียวกัน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีลักษณะ
ใกล้เคียงกันมากที่สุด¹⁷ และในการศึกษาครั้งนี้
วิเคราะห์คะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรสก่อน
ทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มี
ความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน โดยมี
รายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
คือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน
ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและ
ศึกษาแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน
ของ Bandura¹³ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม
เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิง
ตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก ใช้ระยะเวลาในการ
ดำเนินกิจกรรม 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย แผนการ
สอนเรื่องการปฏิบัติตัวในระหว่างตั้งครรภ์และ
การออกกำลังกายในขณะตั้งครรภ์ คู่มือการ
ปฏิบัติตัวในระหว่างการตั้งครรภ์ ภาพพลิก ผ่าน

การตรวจสอบเนื้อหาและภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ
จำนวน 5 ท่าน คือ สูติแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์
พยาบาลด้านสูติศาสตร์ 2 ท่าน พยาบาลชำนาญ
การด้านสูติศาสตร์ 2 ท่าน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัย
สร้างขึ้น ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว และการฝาก
ครรภ์ครั้งแรก ลักษณะเป็นแบบเลือกคำตอบที่
เกี่ยวข้องกับผู้ตอบ

2. แบบสอบถามการสนับสนุนจากคู่สมรส
เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถาม
การสนับสนุนจากคู่สมรสของ อรทัย ธรรมกันมา¹⁴
เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากแนวคิดการ
สนับสนุนทางสังคมของ House¹⁸ ประกอบด้วย
การสนับสนุนจากคู่สมรส 4 ด้าน รวม 25 ข้อ
ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ
โดย เห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด ได้ 5
คะแนน ถึง เห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวน้อยที่สุด
ได้ 1 คะแนน คะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งหมด
จะอยู่ในช่วง 25 - 125 คะแนน คะแนนน้อย หมายถึง
การสนับสนุนจากคู่สมรสในระดับต่ำ คะแนนมาก
หมายถึง การสนับสนุนจากคู่สมรสในระดับสูง
ทดสอบความเที่ยงโดยทดลองใช้ในหญิงตั้งครรภ์
วัยรุ่นครั้งแรกที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 30 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา
ของครอนบาคเท่ากับ 0.94

3. แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก ซึ่งเป็นเครื่องมือ
ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก แบบสอบถามพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง
ของ อรทัย ธรรมกันมา¹⁴ ซึ่งดัดแปลงมาจาก
แบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริม

สุขภาพ 2 (Health Promoting Lifestyle Profile II : HPLP II) ตามแนวคิดของ Walker, Sechrist, & Pender¹⁵ ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพครอบคลุมทั้ง 6 ด้าน รวม 52 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตรฐานค่า 4 ระดับ โดย ปฏิบัติ/เกิดขึ้นเป็นประจำ ข้อความด้านบวก ได้ 4 คะแนน ส่วนข้อความด้านลบได้ 1 คะแนน ถึง ไม่เคยปฏิบัติ/ไม่เคยเกิดขึ้นเลย ข้อความด้านบวกได้ 1 คะแนน ข้อความด้านลบได้ 4 คะแนน คะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งชุดจะอยู่ในช่วง 52 - 208 คะแนน คะแนนน้อย หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ดี คะแนนมาก หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดี ทดสอบความเที่ยงโดยทดลองใช้ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย คำนวนค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินการรับรู้ความสามารถแห่งตน เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของ ครินธร มังคมณี¹⁹ จำนวน 36 ข้อ เพื่อประเมินการรับรู้ความสามารถแห่งตนของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น 6 ด้าน ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ ดังนี้ มั่นใจอย่างเต็มที่ (5 คะแนน) ถึง ไม่มั่นใจเลย (1 คะแนน) คะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งชุดอยู่ในช่วง 36 - 180 ค่าคะแนนมาก หมายถึง หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกเกิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนและมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง ค่าคะแนนน้อย หมายถึง หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกเกิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนและมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับต่ำ ทดสอบความเที่ยงโดย

ทดลองใช้ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย คำนวนค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยแบ่งขั้นตอนดำเนินการทดลองเป็น 4 ขั้นตอน ดังรายละเอียด ดังนี้

ขั้นที่ 1 ระยะเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยรวบรวม สร้าง และ ทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

1.2 ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ขออนุญาตรวบรวมข้อมูลที่ห้องตรวจสูติกรรมในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

1.3 หลังจากได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยแจ้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในห้องตรวจสูติกรรม เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

ขั้นที่ 2 ระยะก่อนการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก ที่มาฝากครรภ์ ณ ห้องสูติกรรม เพื่อสำรวจรายชื่อและศึกษาประวัติของหญิงตั้งครรภ์ในแผนกฝากครรภ์ โดยดูจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยเข้าพบและแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างที่มาตรวจที่ห้องตรวจสูติกรรม สร้างสัมพันธภาพชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการศึกษาวิจัยพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการศึกษาและทำวิจัย และคำยินยอมจากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก

2.2 หลังจากคัดเลือกหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก ที่มีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยกำหนดแล้ว จึงทำการจับคู่ (Matching) ครั้งนี้โดยใช้คะแนนจากแบบสอบถามการสนับสนุนจากคู่สมรสที่อยู่ในช่วงคะแนนเดียวกัน จำนวน 20 คู่

ขั้นที่ 3 ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มควบคุม ดังนี้

พบกันครั้งที่ 1 ภายหลังจากคัดเลือกหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกเป็นกลุ่มควบคุมแล้ว ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลทั่วไป ให้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pre-test) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม และนัดอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 2 ตามวันนัดของโรงพยาบาล

พบกันครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 2 ฟังสอนสุขศึกษาตามปกติของโรงพยาบาล เรื่องการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์

พบกันครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 4 ฟังสอนสุขศึกษาตามปกติของโรงพยาบาล เรื่องการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และการเตรียมความพร้อมสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากวิดิทัศน์ หลังจากฟังสอนเสร็จให้ทำแบบประเมินการรับรู้ความสามารถแห่งตน และนัดพบอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 6

พบกันครั้งที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 6 พูดคุยซักถามอาการทั่วไป และให้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Post-test) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม แจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการวิจัย และแสดงความขอบคุณ

ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มทดลอง ดังนี้

พบกันครั้งที่ 1 ภายหลังจากคัดเลือกหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นกลุ่มทดลองแล้ว ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลทั่วไป ให้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pre-test) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม และนัด

อีกครั้งในสัปดาห์ที่ 2 ซึ่งตรงกับวันที่หญิงตั้งครรภ์มาฟังผลการตรวจเลือดของโรงพยาบาล

พบกันครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ดังนี้

1) ผู้วิจัยให้ความรู้โดยการสอนเป็นรายกลุ่มย่อย เรื่อง การดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์

2) จัดให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกได้สังเกตตัวแบบผ่านภาพพลิกที่ใช้ประกอบการสอน

3) จัดกิจกรรมที่เพิ่มการปฏิบัติในสิ่งที่แสดงออกถึงความสำเร็จด้วยตนเอง โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มผ่านการฝึกทักษะการออกกำลังกายโดยผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม และกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรมข้างต้น

4) การส่งเสริมการผ่อนคลายด้านอารมณ์ ลดความวิตกกังวลและความเครียด โดยแสดงออกถึงความรู้สึก การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และตอบคำถามเมื่อมีข้อสงสัย

5) แจกคู่มือการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ และนัดพบครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 4 ซึ่งตรงกับวันมาตรวจตามนัดของโรงพยาบาล

พบกันครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ดังนี้

1) ผู้วิจัยให้ความรู้โดยการสอนเป็นรายกลุ่มย่อย เรื่อง การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และการเตรียมความพร้อมสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2) จัดให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกได้สังเกตตัวแบบผ่านภาพพลิกที่ใช้ประกอบการสอน

3) การส่งเสริมการผ่อนคลายด้านอารมณ์ ลดความวิตกกังวลและความเครียด โดยแสดงถึงความรู้สึก การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และตอบคำถามเมื่อมีข้อสงสัย

4) หลังจากนั้นผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถแห่งตนและนัดพบอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 6

ในสัปดาห์ที่ 5 เป็นการพูดคุยกันทางโทรศัพท์ 1 ครั้ง ใช้เวลาไม่เกิน 15 นาที ซักถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและกระตุ้นเตือน

พบกันครั้งที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 6 พูดคุยและซักถามทั่วไป ให้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Post-test) หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน แจ้งให้ทราบว่าเป็นสิ้นสุดการวิจัย และแสดงความขอบคุณ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ เอกสารรับรองหมายเลข COA-NMD-REC 043/59 ระยะเวลาการรับรองตั้งแต่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2559 – 14 ธันวาคม พ.ศ. 2560

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ลักษณะกลุ่มตัวอย่างทั้งของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 16 – 17 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.00 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 52.50 อาชีพแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 45.00 รายได้ของครอบครัวมีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 77.50 และอายุครรภ์เมื่อเริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกคือ 18.10 – 24.00 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 40.00

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน เท่ากับ 152.15 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน เท่ากับ 185.20 ซึ่งสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังแสดงในตารางที่ 1

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาแจกแจงความถี่ โดยคำนวณหาร้อยละ และคะแนนเฉลี่ย

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน โดยใช้สถิติ Dependent t-test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก หลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพก่อนทดลอง และหลังทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน (กลุ่มทดลอง) โดยรวมและรายด้าน (n = 20)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
1. ด้านโภชนาการ	44.90	3.96	52.25	6.30	-4.07**
2. ด้านการออกกำลังกายและออกกำลังกาย	15.10	2.81	20.55	2.78	-7.35**
3. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	29.00	3.21	36.05	2.54	-7.92**
4. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	25.55	1.76	27.95	2.89	-3.13**
5. ด้านการจัดการกับความเครียด	19.45	2.52	25.60	2.77	-8.15**
6. ด้านการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ	18.15	2.68	22.80	2.04	-6.40**
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	152.15	16.94	185.20	19.32	

*p < .01

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์รุ่นแรกระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า หญิงตั้งครรภ์รุ่นแรก มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน ($\bar{X}$ = 185.20) สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{X}$ = 173.65) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณา รายด้าน พบว่า ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 ส่วนด้านอื่นๆ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยรวมและรายด้าน (n = 40)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
1. ด้านโภชนาการ	48.70	6.81	52.25	6.30	1.71
2. ด้านการออกกำลังกายและการออกกำลังกาย	17.65	4.64	20.55	2.78	2.40*
3. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	34.00	3.46	36.05	2.54	2.13*
4. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	28.90	2.34	27.95	2.89	-1.14
5. ด้านการจัดการกับความเครียด	23.35	3.36	25.60	2.78	2.31*
6. ด้านการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ	21.05	3.55	22.80	2.04	1.91
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	173.65	19.87	185.20	14.94	

*p < .05

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นแรก สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานได้ ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นแรกหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นแรกหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน สามารถอภิปรายได้ว่า จากแนวคิดของ Bandura¹³ กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนในการกระทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งให้บรรลุตามที่ต้องการ เนื่องจากมีความมั่นใจว่าตนมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จในการกระทำกิจกรรมนั้นๆ การตั้งครรภ์ครั้งแรกของวัยรุ่นเป็นสถานการณ์ที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนด้านบทบาทอย่างมากโดยเฉพาะบทบาทการเป็นมารดาซึ่งเป็นบทบาทใหม่ที่ไม่คุ้นเคย จึงต้องมีการบวนการดูแลเพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นแรกมีความเชื่อมั่นและมั่นใจในความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องก็จะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นแรกสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้เหมาะสมและถูกต้อง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมโดยใช้แหล่งการสร้างและส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนทั้ง 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การมีประสบการณ์จากการ

กระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง โดยการให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย การทดลองเรียนรู้ผ่านการเลือกรับประทานอาหารโดยใช้ภาพพลิก 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ความสำเร็จจากผู้อื่นจากการสังเกตผ่านบุคคลตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายตนเอง 3) การได้รับคำแนะนำและการชักจูงด้วยคำพูด โดยการให้คำแนะนำความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในระหว่างตั้งครรภ์ การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด การเตรียมความพร้อมสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ 4) การกระตุ้นพัฒนาความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ โดยการพูดคุยและตอบข้อซักถาม ตลอดจนโทรศัพท์ติดตาม กระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม และให้กำลังใจเมื่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นรู้สึกท้อถอยที่จะแสดงพฤติกรรมที่ดี หรือชมเชยในสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องจากกิจกรรมดังกล่าวช่วยให้มารดาวัยรุ่นมีการรับรู้ว่าจะตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้ มีความมั่นใจในการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องได้ จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นแรกมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้นภายหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมการรับรู้ความสามารถแห่งตน ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น^{19,20}

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นแรกของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนของกลุ่มทดลอง (185.20) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (173.65) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ทั้งนี้สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้ การใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนเพื่อการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก มีผลทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งนี้เนื่องจากในโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนเป็นการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกในกลุ่มย่อยประมาณ 2 – 5 คน ทำให้เกิดการเรียนรู้และการสื่อสารกันอย่างใกล้ชิด ส่งเสริมความกล้าที่จะพูดคุยหรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกันในกลุ่ม ทำให้บรรยากาศในการเรียนรู้เป็นไปด้วยดี ซึ่งเป็นการกระตุ้นสภาวะทางอารมณ์ที่ช่วยส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกในกลุ่มทดลองเกิดการรับรู้ว่าตนเองมีความรู้ความสามารถ เกิดการรับรู้และให้ความสำคัญกับการควบคุมด้านสุขภาพมากขึ้น และจากการโน้มน้าวเพื่อการรับรู้ถึงประโยชน์ของการกระทำจึงส่งผลให้มีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ซึ่งรายละเอียดของการจัดโปรแกรมส่งเสริมความสามารถแห่งตนสามารถแสดงได้ดังนี้

1) การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) โดยจัดกิจกรรมเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองในระหว่างตั้งครรภ์ การป้องกันการคลอดก่อนกำหนด การเตรียมความพร้อมสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ร่วมกับการใช้คำพูดชักจูงให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกเกิด

ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน เกิดความพยายามและมีกำลังใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพขณะตั้งครรภ์ โดยใช้หลักการส่งเสริมความรู้เดิม และเพิ่มความรู้ใหม่ในเรื่องที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรกยังไม่เคยทราบและไม่เคยมีประสบการณ์ เป็นการแนะนำรายกลุ่มย่อย กลุ่มละไม่เกิน 5 คน ทำให้สามารถถ่ายทอดความรู้แก่ผู้เรียนโดยละเอียดและเข้าใจง่าย มีโอกาสซักถามเพื่อความเข้าใจที่ดียิ่งขึ้นตลอดจนสามารถช่วยแก้ปัญหาเป็นรายบุคคลได้ด้วยการวิเคราะห์ปัญหาและให้คำแนะนำเฉพาะบุคคล การกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมโดยการกล่าวสนับสนุน ให้กำลังใจกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดความมั่นใจในความสามารถของตน สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า การให้คำชมเชย ใช้คำพูดชักจูงเพื่อโน้มน้าวให้แสดงพฤติกรรมสุขภาพ และการใช้คำพูดสนับสนุนให้กำลังใจมีส่วนช่วยให้การรับรู้สมรรถนะและมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์มากขึ้น²¹ กิจกรรมเหล่านี้จึงส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ และการพัฒนาทางจิตวิญญาณ

2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ (Vicarious experiences) โดยจัดกิจกรรมที่ให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้เห็นตัวแบบ หรือสังเกตประสบการณ์การกระทำของผู้อื่น เป็นการได้รับประสบการณ์ทางอ้อม เพื่อนำมาซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยให้เห็นตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ผ่านภาพพลิกเรื่องการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องระหว่างตั้งครรภ์ นอกจากนี้ยังมีการยกตัวอย่างตัวแบบที่เป็นบุคคลและเป็นที่รู้จักที่ประสบความสำเร็จในการตั้งครรภ์และการเลี้ยงดูบุตร เช่น นักร้อง พิธีกร

ดารา เป็นต้น ทำให้หญิงตั้งครรภ์และญาติ มีความสนใจมากยิ่งขึ้นและมีความมั่นใจว่าตนเอง จะปฏิบัติได้เช่นกัน สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ ผ่านมาที่พบว่า การเรียนรู้ผ่านต้นแบบที่มี ประสบการณ์คล้ายคลึงกันและประสบความสำเร็จ เป็นการได้รับประสบการณ์ทางอ้อมจะ ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการแสดงพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพที่ดีได้²² กิจกรรมเหล่านี้จึงส่งผลให้เกิดการ ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องในด้าน ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

3) การกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วย ตนเอง (Mastery experiences) โดยการจัดกิจกรรม เพื่อเพิ่มการปฏิบัติในสิ่งที่แสดงออกถึงความสำเร็จ ด้วยการจัดกิจกรรมกลุ่มผ่านการฝึกทักษะออก กำลังกายโดยการสาธิตจากผู้วิจัยส่งผลให้เกิดการ ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องในด้าน กิจกรรมทางกาย ซึ่งให้เริ่มต้นจากประสบการณ์ ความสำเร็จไปพร้อมกัน ในขณะที่หญิงตั้งครรภ์ กำลังฝึกทักษะการออกกำลังกาย ซึ่งจากการศึกษา ของ วันเพ็ญ พุ่มเกตุ และ รัตนศิริ หาโต²³ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความ สามารถของมารดา ซึ่งประกอบด้วยการสอน การ แนะนำอย่างใกล้ชิด การสาธิต การฝึกปฏิบัติซ้ำๆ ส่งผลให้มารดาวัยรุ่นมีการรับรู้ความสามารถของ ตนเองและมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารก เกิดก่อนกำหนดสูงขึ้น ดังนั้นกิจกรรมนี้ส่งผลให้ เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง ในด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย

4) สภาวะทางกายและอารมณ์ (Somatic and emotional states) เป็นการกระตุ้นพัฒนา ความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ โดยจัด กิจกรรมให้เกิดการกระตุ้นเปลี่ยนแปลงทาง อารมณ์ ลดความวิตกกังวลและความเครียดที่มีผล ต่อการรับรู้ความสามารถของตนต่อพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพ โดยการส่งเสริมการผ่อนคลาย ด้านอารมณ์ผ่านกิจกรรม การพูดคุยแสดงความรู้สึก แลกเปลี่ยนประสบการณ์และกล่าวชมเชยให้ กำลังใจเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมได้ถูกต้อง และการ โทรศัพท์กระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง พร้อมกันนี้ ได้ แจกคู่มือการปฏิบัติตนระหว่างตั้งครรภ์ซึ่งช่วยให้ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกได้กลับไปทบทวน และจดจำได้มากขึ้น ทำให้เกิดความเข้าใจ สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ถูกต้อง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่ พบว่า ความพร้อมทางด้านร่างกายและอารมณ์มี ผลต่อการรับรู้ที่ดีและส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่ พึงประสงค์ได้²² กิจกรรมเหล่านี้จึงส่งผลให้เกิด การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องใน ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และด้านการ จัดการกับความเครียด

จากผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ด้าน โภชนาการ ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และ ด้านการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ ไม่มีความ แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 ทั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมักพบปัญหา ด้านโภชนาการ ในกระบวนการดูแลโดยการให้ ความรู้หรือการให้คำแนะนำ จึงให้ความสำคัญใน การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ ด้านโภชนาการ และในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้จะเน้นการสร้าง สัมพันธภาพเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความ ไว้วางใจ พร้อมทั้งจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง แนวทางการดูแลที่ เหมาะสมตรงกับปัญหาร่วมกับพฤติกรรมดูแล ที่ ส น บ ส นุน ให้มี ความ รู้ สึก ภา ค ภูมิ ใจ ใน ความสามารถในตนเอง เพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง



ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น จึงทำให้ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยในปัจจุบันดังกล่าวไม่มีความแตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงมีความสอดคล้องตามแนวคิดของ Bandura¹³ คือ การรับรู้ความสามารถแห่งตนเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความตั้งใจของบุคคลที่จะกระทำหรือเปลี่ยนพฤติกรรมอันนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ และสามารถพัฒนาการรับรู้ความสามารถแห่งตนให้เพิ่มขึ้นได้จากแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง คือ การกระทำที่ได้บรรลุผลสำเร็จด้วยตนเอง ประสบการณ์จากการกระทำและความสำเร็จของบุคคลอื่น การสอนและชักจูงด้วยคำพูด และการกระตุ้นพัฒนาการสภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ การได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอย่างครบถ้วนจะช่วยทำให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองรับรู้ว่าคุณสมบัติพลังและเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเอง ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองที่ดีมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลตนเองทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น จึงควรนำโปรแกรมนี้อไปประยุกต์ใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก โดยเน้นเรื่องการสร้างสัมพันธ์ภาพกับหญิงตั้งครรภ์ เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ได้

พูดคุยซักถามอย่างเป็นกันเอง มีการสอนในเนื้อหาที่ชัดเจนสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงร่วมกับการดูแลตัวแบบ และมีคู่มือการปฏิบัติตนระหว่างตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกสามารถนำไปทบทวนการดูแลตนเองได้ และจัดให้มีโอกาสฝึกปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเองเพื่อสร้างความมั่นใจในการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง และจะต้องมีการกระตุ้นให้มีความรู้สึกรอยากรแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเฉพาะหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ ณ ห้องตรวจสูติกรรมในโรงพยาบาล ดังนั้นควรดำเนินการศึกษาวิจัยในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น เบาหวาน ในขณะตั้งครรภ์ มารดาอายุมาก เป็นต้น

2. จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลตนเองทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้มีการจัดโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่องตลอดการตั้งครรภ์ เช่น จัดทำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3. ในการวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งต่อไป ควรเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มควบคุมให้เสร็จก่อนแล้วจึงเก็บในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อน (Contamination)



เอกสารอ้างอิง

1. UNICEF Thailand. Situation analysis of adolescent pregnancy in Thailand: synthesis Report 2015. [Internet]. [cited 2019 June 27]. Available from: <https://www.unicef.org/thailand/media/1126/file/Situation%20Analysis%20of%20Adolescent%20Pregnancy%20in%20Thailand.pdf>.
2. Lee SH, Lee SM, Lim NG, Kim HJ, Bae SH, Ock M, et al. Differences in pregnancy outcomes, prenatal care utilization, and maternal complications between teenagers and adult women in Korea: a nationwide epidemiological study. *Medicine (Baltimore)* 2016 Aug;95(34):e4630.
3. Eimkhong P, Janlamphu A. Birth statistics of Thai adolescent mothers 2013. Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health. Nonthaburi: WVO Officer of Printing Mill; 2014. (in Thai).
4. Kongsuriyanavin W, Kunrattanaporn B, Techatraisak K. Factors affecting postpartum women's mental health. *Thai Journal of Nursing Council* 2010;25(1):88-99.
5. Chaisawan K, Serisathein Y, Yusamran C, Vongsirimas N. Factors predicting postpartum depression in adolescent mothers. *J Nurs Sci* 2011;29(4):61-9.
6. เบญจพร ปัญญา. การทบทวนองค์ความรู้ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.); 2553.
7. Narukhutrpicchai P, Khрутmuang D, Chattrapiban T. The obstetrics and neonatal outcomes of teenage pregnancy in Naresuan University Hospital. *J Med Assoc Thai* 2016;99(4):361-7.
8. Nguyen PH, Sanghvi T, Tran LM, Afsana K, Mahmud Z, Aktar B, et al. The nutrition and health risks faced by pregnant adolescents: insights from a cross-sectional study in Bangladesh. *PLoS One* 2017;12(6):e0178878. doi: 10.1371/journal.pone.0178878. eCollection 2017.
9. Yassin SA, Sobhy SI, Ebrahim W. Factors affecting dietary practices among adolescent pregnant women in Alexandria. *The Journal of the Egyptian Public Health Association* 2004;79(3-4):179-96.
10. Pender NJ. Expressing health through lifestyle patterns. *Nursing science Quarterly* 1996;30(3):115-22.
11. Jiusitthipraphai T, Nirattharadorn M, Suwannarurk K. The effects of promoting self-efficacy program on the oral contraceptive used behavior among adolescent mothers. *J Med Assoc Thai* 2015;98(5):444-50.

12. Chumsri T. Relationships between personal factors, perceived benefits, perceived barriers, perceived self-efficacy, interpersonal influences and health promoting behaviors of pregnant adolescents, Southern Region. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2005. (in Thai).
13. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 1997;84(2):191-215.
14. Tumgunma O. Spouse support and health-promoting behavior in high risk pregnant women. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Mahidol University; 1997. (in Thai).
15. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nurs Res* 1987;36(2):76-81.
16. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research, conduct, critique, and utilization. 6th ed. St Louis: Saunders Elsevier; 2008.
17. Ross SM. Introductory statistics. 4th ed. New York: Elsevier Inc; 2017.
18. House JS. Work stress and social support. London: Addison-Wesley; 1981.
19. Mungkamanee S. The effect of using the perceived self-efficacy promoting program in self care on health promoting behavior of primigravida adolescents. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2004. (in Thai).
20. Aomsin K, Chaiyawat W. The effect of perceived self-efficacy promoting program on stress management behaviors of early adolescents 2013;29(1):31-44.
21. Park S, Yeom HY, Sok SR. Effects of health promoting education program for Korean middle-aged women. *J Phys Ther Sci* 2019;31(1):5-11.
22. Chudjuajeen S, Singhasame P, Wuttisukpaisan S. Effects of a perceived self-efficacy promoting program for life skill enhancement on sexual health behavior of students. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2017;4(2):268-80.
23. Phumket W, Thato R. The effect of the perceived self-efficacy promoting program by coaching on premature infants caring behaviors of first-time adolescent mothers. *Thai Red Cross Nursing Journal* 2008;1(1):51-67.



ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับอาหาร พฤติกรรมสุขภาพ กับภาวะโภชนาการ ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ The Relationship between the Knowledge and the Attitude about Food, the Health Behavior and the Nutritional Status of the Nurse Students at Royal Thai Navy College of Nursing

ปิยาพร สินธุโคตร* คณาลักษณ์ ดลเสมอ** สุนทรี มอญทวี** กรุณา วงษ์เทียนหลาย** นพวรรณ เปียชื่อ***
Piyaporn Sinthukot,* Kanalak Dolsamer,** Suntharee Monthawee,** Karuna Wongtienlai,** Noppawan Piasue***

, ** วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ กรุงเทพมหานคร

, ** Royal Thai Navy College of Nursing, Bangkok

*** โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

*** Ramathibodi School of Nursing, Mahidol University, Bangkok

* Corresponding Author: kk_2324@hotmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับอาหาร พฤติกรรมสุขภาพ กับภาวะโภชนาการของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัย พยาบาลกองทัพเรือ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย นักศึกษาพยาบาล จำนวน 158 คน เก็บข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับอาหาร แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับอาหาร และแบบสอบถามพฤติกรรม สุขภาพมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82, 0.83 และ 0.90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและการ ทดสอบไคสแควร์ ผลการศึกษา พบว่า

1. นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับอาหาร ทัศนคติเกี่ยวกับอาหาร และพฤติกรรมสุขภาพ ร้อยละ 60 ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 77.85, 94.94 และ 73.42 ตามลำดับ
2. นักศึกษาพยาบาลมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 64.56 มีภาวะผอมและภาวะอ้วน ร้อยละ 15.82 และ 3.17 ตามลำดับ มีค่ารอบเอวต่อรอบสะโพก มากกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 17.09 และมีค่า ดัชนีมวลไขมัน ต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 34.18

Received: April 30, 2019; Revised: August 16, 2019; Accepted: August 19, 2019

3. ความรู้เกี่ยวกับอาหาร ทศนคติเกี่ยวกับอาหาร และพฤติกรรมสุขภาพ ของนักศึกษาพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับค่าดัชนีมวลกาย ค่ารอบเอวต่อรอบสะโพก และดัชนีมวลไร้ไขมัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษานำไปเป็นข้อมูลในพัฒนาการจัดการเรียนการสอน และจัดทำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมให้กับนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ : ความรู้และทศนคติเกี่ยวกับอาหาร พฤติกรรมสุขภาพ ภาวะโภชนาการ

Abstract

The objectives of descriptive research were to study the relationship between the knowledge and the attitude about food, the health behaviors and the nutritional status of the nurse students at Royal Thai Navy College of Nursing (RTNCN). The 158 nurse students were included in this study. The data were collected using The Food Knowledge questionnaire, The Attitude about Food questionnaire, The Health Behavior Questionnaire and The Nutritional Status Assessment Form. The Cronbach alpha coefficient of the 3 questionnaires were 0.82, 0.83, and 0.90, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and Chi-square.

The results were revealed as follows :

1. The nurse students' mean scores of their food knowledge, the attitude and the health behaviors were higher than 60% of the total scores, which were 77.85%, 94.94%, and 73.42%, respectively.

2. The majority of nurse students (64.56%) had The Body Mass Index (BMI) mean score in normal range. However, 15.82% were underweight and 3.17% were overweight, furthermore 17.09% had high Waist-Hip Circumference Ratio and 34.18% had low Fat Mass Index.

3. The nurse students' food knowledge, their attitude about food, the health behaviors and the nutritional status had non-significant relationship with BMI, Waist-Hip Circumference Ratio and Fat Mass Index ($p < .05$)

The recommendations from this study are implementing of the nutrition program to promote the nurse students' knowledge, attitude and health behaviors that lead to the desirable nutritional status.

Keywords : knowledge and attitude about food, health behavior, nutritional status

ความเป็นมาและความสำคัญ ของปัญหา

อาหารเป็นปัจจัยพื้นฐานสำหรับการเจริญเติบโต ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สติปัญญา ตลอดจนส่งเสริมสุขภาพอนามัยของมนุษย์ให้แข็งแรงและสมบูรณ์ การบริโภคอาหารถูกหลักโภชนาการ จะทำให้ร่างกายเจริญเติบโตและมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม เป็นไปตามศักยภาพที่ควรจะเป็น¹ การส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสม ถือเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 – 2559)²

จากสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทั้งในด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ทำให้วิถีชีวิตมีความเร่งรีบ แข่งขัน มีพฤติกรรมในการบริโภคอาหารเปลี่ยนแปลงไป เช่น รับประทานอาหารนอกบ้าน อาหารสำเร็จรูป อาหารจานด่วน³ เมื่อวัฒนธรรมที่ถ่างทอดถึงกันได้ง่าย ไร้พรมแดน ก็ทำให้เกิดการรับเอาวัฒนธรรมตะวันตกมาใช้ โดยขาดความรู้ การคัดสรร กลั่นกรอง หรือยอมรับโดยไม่มีการเลือกสรร นอกจากนี้ยังมีอิทธิพลของสื่อโฆษณาต่างๆ ที่มีการลงทุนและใช้เทคนิคสร้างแรงจูงใจสูง ทำให้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมบริโภค โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น¹ โดยธรรมชาติของวัยรุ่นจะจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาโภชนาการ เนื่องจากในวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ กล่าวคือวัยรุ่นเป็นวัยที่ร่างกายพัฒนาเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ร่างกายจึงต้องการสารอาหารไปใช้ในการเสริมสร้างการทำงานของเซลล์ เนื้อเยื่อ กระดูก และตับ และอวัยวะอื่นๆ อีกทั้งมีการเพิ่มของน้ำหนักตัวส่วนสูง ต่อมต่างๆ ทำงานเพิ่มมากขึ้น และฮอร์โมนถูกขับออกเพิ่มมากขึ้นด้วย ซึ่งความ

ต้องการพลังงาน และสารอาหารค่อนข้างสูง โดยเฉพาะการเจริญเติบโตของสมอง ให้มีการเจริญและพัฒนาไปตามวัย ส่งผลให้มีปัญญาดี มีความพร้อมในการเรียนรู้

พฤติกรรมบริโภคของวัยรุ่นส่วนใหญ่ชอบบริโภคอาหารในรูปแบบใหม่ที่แพร่หลายเข้ามาโดยสื่อโฆษณา ทั้งธุรกิจการค้าอาหารประเภทขยะ (Junk food) และอาหารฟาสต์ฟูด (Fast food) มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ ทำให้อ้วนได้ง่าย⁴ ในกลุ่มวัยรุ่นหญิงที่นิยมการมีรูปร่างผอมบาง วัยรุ่นหญิงก็จะแสวงหาวิธีการทำให้รูปร่างผอม เช่น การรับประทานอาหารเพียงเล็กน้อย หรือใช้ยาลดน้ำหนักแทนการออกกำลังกายที่เหมาะสม⁵ ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ และส่งผลต่อการเติบโตไปเป็นวัยผู้ใหญ่ ปัญหาจากการบริโภคอาหารไม่ถูกต้องเป็นเรื่องสำคัญ และควรเอาใจใส่อย่างยิ่งสำหรับการพัฒนาบุคคลโดยเฉพาะในวัยรุ่นในระดับอุดมศึกษา ซึ่งจะเป็นกำลังและแรงงานสำคัญในการพัฒนาประเทศในภายภาคหน้า¹

นักศึกษาพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการพัฒนาสุขภาพ และเป็นแบบอย่างของการส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหาร เมื่อนักศึกษาพยาบาลให้ความรู้ในการบริโภคอาหารที่ถูกต้องให้กับผู้รับบริการ ก็ช่วยส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีร่างกายพ้นจากอาการเจ็บป่วยและมีภาวะสุขภาพที่ดี นอกจากนี้การเป็นแบบอย่างของพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสมของนักศึกษาพยาบาลยังสามารถช่วยสร้างความน่าเชื่อถือให้กับผู้รับบริการได้อีกด้วย จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับอาหาร ทศนคติเกี่ยวกับอาหาร³ และพฤติกรรมบริโภคอาหาร^{6,7,3} พฤติกรรมบริโภคอาหารเกิดจากความรู้และทัศนคติของบุคคล หลอมรวมความคิดของบุคคลให้มีพฤติกรรม

ไปในทางที่ต้องการ^๘ เมื่อนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบเรือ มีความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง ก็จะช่วยให้ มีแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งจะนำไปสู่การมีน้ำหนักตัวที่เหมาะสม มีภาวะ สุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง สร้างภาพลักษณ์การมี ภาวะโภชนาการที่ดีให้กับตนเอง วิชาชีพพยาบาล และกองทัพบเรือต่อไป

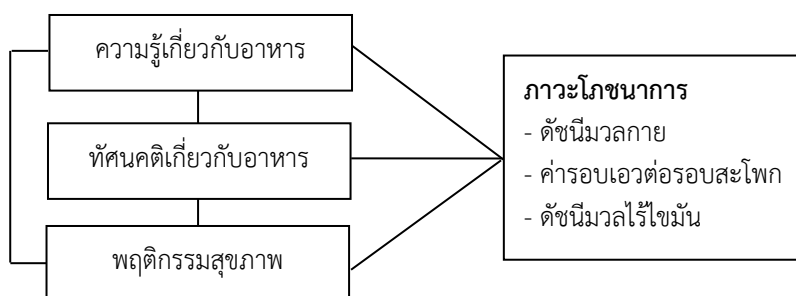
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับ อาหาร พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะโภชนาการ ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบเรือ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับอาหาร พฤติกรรม สุขภาพ และภาวะโภชนาการของนักศึกษา พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบเรือ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีการ เรียนรู้ของ Bloom^๙ ร่วมกับแนวคิดความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้ทางโภชนาการ ทักษะเกี่ยวกับ อาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และ

ภาวะโภชนาการ ของ นพวรรณ เปียชื่อ และคณะ^๖ มาใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดย Bloom ได้ จำแนกจุดมุ่งหมายในการเรียนรู้ออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านพุทธิพิสัย (Cognitive domain) ซึ่งเป็นพฤติกรรมด้านสมอง เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวกับ สติปัญญา ความรู้ ความคิด ความสามารถในการ คิดเรื่องราวต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ เป็น ความสามารถทางสติปัญญา ด้านจิตพิสัย (Affective domain) ซึ่งเป็นค่านิยม ความรู้สึก ความซาบซึ้ง ทศนคติ ความเชื่อ ความสนใจ และ คุณธรรม และด้านทักษะพิสัย (Psychomotor domain) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บ่งถึงความสามารถ ในการปฏิบัติงานได้อย่างคล่องแคล่ว ชำนาญ ซึ่ง แสดงออกมาได้โดยตรง และจากการศึกษาของ นพวรรณ เปียชื่อ และคณะ^๖ พบว่า ความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรม มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน โดย บุคคลเมื่อเกิดการเรียนรู้ก็จะทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลง ทั้งในด้านความรู้ ความรู้สึกนึกคิด รวมไปถึงพฤติกรรม ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของ บุคคล เพราะเมื่อบุคคลเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ เหมาะสม มีการปฏิบัติที่เป็นกิจวัตร ก็จะส่งผลให้ บุคคลนั้นมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

=== คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย ===

1. **ความรู้เกี่ยวกับอาหาร** หมายถึง ความสามารถในการจำ หรือการระลึกได้ถึง ความรู้ อันเป็นผลจากการศึกษา ค้นคว้า สังเกต เกี่ยวกับสารอาหาร ประโยชน์และโทษของอาหาร ต่อสุขภาพ และการอ่านฉลากโภชนาการ

2. **ทัศนคติเกี่ยวกับอาหาร** หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกของบุคคลซึ่งเป็นผล มาจากประสบการณ์หรือสิ่งแวดล้อม อันมี แนวโน้มที่จะให้บุคคลแสดงปฏิกิริยา และกระทำ ต่อสิ่งนั้นๆ ในทางสนับสนุนหรือปฏิเสธเกี่ยวกับการ บริโภคอาหาร ในเรื่องการเลือกรับประทาน อาหารที่เหมาะสม มีประโยชน์ต่อสุขภาพ และ ปราศจากอันตราย

3. **พฤติกรรมสุขภาพ** หมายถึง การ กระทำ หรือกิจกรรมที่บุคคลแสดงออกเกี่ยวกับการ เลือกรับ ประทานอาหารที่เหมาะสม มีประโยชน์ต่อสุขภาพและปราศจากอันตราย การ เลือกซื้ออาหาร การอ่านฉลากโภชนาการ การ ออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด

4. **ภาวะโภชนาการ** หมายถึง สภาวะ ทางสุขภาพของแต่ละบุคคล เนื่องจากการ รับประทานอาหาร การย่อยอาหาร การดูดซึม การขนส่ง การสะสม และผลการเผาผลาญ สารอาหาร ซึ่งประเมินโดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง การวัดรอบเอว การวัดรอบสะโพก และการวัด ปริมาณไขมันในร่างกาย นำมาคำนวณและประเมิน ภาวะโภชนาการโดยใช้เกณฑ์การประเมิน ดังนี้

4.1 การประเมินดัชนีมวลกาย โดยใช้ เกณฑ์การประเมินสำหรับคนเอเชียของ Choo¹⁰ คือ ผอม (< 18.5 กิโลกรัม/เมตร²) ปกติ ($18.5 - 22.9$ กิโลกรัม/เมตร²) น้ำหนักเกิน ($23 - 24.9$ กิโลกรัม/เมตร²) และอ้วน (≥ 25 กิโลกรัม/เมตร²)

4.2 การประเมินไขมันในร่างกาย โดยใช้ เกณฑ์การประเมินของ Robergs & Roberts¹¹ คือ ดัชนีมวลไขมันปกติ (≥ 15 กิโลกรัม/เมตร²) และดัชนีมวลไขมันต่ำกว่าปกติ (< 15 กิโลกรัม/ เมตร²)

4.3 การประเมินรอบเอวต่อสะโพก โดยใช้ เกณฑ์ของ WHO¹² คือ ไม่เกิน 0.8

5. **นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาล กองทัพเรือ** หมายถึง นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัย พยาบาลกองทัพเรือ ชั้นปีที่ 1 - 4 ปีการศึกษา 2557

==== วิธีดำเนินการวิจัย =====

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research)

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัย พยาบาลกองทัพเรือ ปีการศึกษา 2557 จำนวน 260 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ ปีการศึกษา 2557 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร Yamane¹³ ได้กลุ่มตัวอย่าง 158 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบ แบ่งชั้น (Stratified random sample) ตามชั้นปี ของนักศึกษาพยาบาล แต่ละชั้นใช้การสุ่มอย่าง ง่ายโดยจับฉลากตามเลขที่แบบไม่ใส่คืน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีทั้งหมด 5 ชุด คือ

1. **แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** ผู้วิจัย ประยุกต์มาจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ของ นพวรรณ เปียชื่อ และคณะ⁶ โดยมีข้อคำถาม เกี่ยวกับ อายุ ชั้นปี และประวัติทางด้านสุขภาพ จำนวน 19 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจ รายการ (check list)

2. **แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับอาหาร** ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบสอบถามเกี่ยวกับ อาหาร ของ นพวรรณ เปียชื่อ และคณะ⁶ โดยมี

ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้อาหารทั่วไป และผลของอาหารต่อสุขภาพ จำนวน 34 ข้อ ลักษณะข้อคำถาม มีคำตอบให้เลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ โดยกำหนดค่าคะแนน ดังนี้ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่แน่ใจให้ 0 โดยแบ่งระดับของความรู้ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่ผ่าน คือ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ปานกลาง คือ คะแนนระหว่างร้อยละ 60 - 79 และ ดี คือ คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

3. แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับอาหาร

ผู้วิจัยประยุกต์มาจาก แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับอาหาร ของ นพวรรณ เปียชื่อ และคณะ⁶ โดยผู้วิจัยได้ปรับตัวเลือก จาก “ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ” เป็น “เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” โดยมีข้อคำถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการรับประทานอาหาร จำนวน 24 ข้อ โดยมีข้อคำถามด้านบวก จำนวน 20 ข้อ และมีข้อคำถามด้านลบ จำนวน 4 ข้อ ลักษณะข้อคำถาม มีคำตอบให้เลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยกำหนดค่าคะแนน ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 4 คะแนน เห็นด้วยให้ 3 คะแนน ไม่แน่ใจให้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยให้ 1 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 0 คะแนน โดยทำการกลับค่าคะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงลบ โดยแบ่งระดับของความรู้ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่ผ่าน คือ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ปานกลาง คือ คะแนนระหว่างร้อยละ 60 - 79 และ ดี คือ คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

4. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ

ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ของ นพวรรณ เปียชื่อ และคณะ⁶ โดยมีข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการเลือกประเภทอาหารต่างๆ จำนวน 69 ข้อ โดยมีข้อคำถามด้านบวก จำนวน 42 ข้อ และ คำถามด้านลบ 27 ข้อ

ลักษณะข้อคำถาม มีคำตอบให้เลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยกำหนดค่าคะแนน ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำให้ 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้งให้ 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งให้ 2 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ให้ 1 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติเลยให้ 0 คะแนน โดยทำการกลับค่าคะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงลบ โดยแบ่งระดับของความรู้ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่ผ่าน คือ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ปานกลาง คือ คะแนนระหว่างร้อยละ 60 - 79 และ ดี คือ คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

5. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการ ประกอบด้วย

5.1 เครื่องชั่งน้ำหนัก และวัดไขมันที่สะสมในร่างกายแบบดิจิตอล (TANITA-UM 029)

5.2 เครื่องวัดส่วนสูง ที่อ่านค่าได้แม่นยำ 0.1 เซนติเมตร

ค่าที่ได้จากการชั่งน้ำหนัก และการวัดส่วนสูง นำมาประเมินดัชนีมวลกาย โดยใช้เกณฑ์สำหรับคนเอเชีย คือ ผอม (< 18.5 กิโลกรัม/เมตร²) ปกติ ($18.5 - 22.9$ กิโลกรัม/เมตร²) น้ำหนักเกิน ($23 - 24.9$ กิโลกรัม/เมตร²) และอ้วน (≥ 25 กิโลกรัม/เมตร²)

ค่าที่ได้จากการวัดไขมันที่สะสมในร่างกาย นำมาคำนวณหาดัชนีมวลไขมัน โดยใช้เกณฑ์การประเมิน คือ ดัชนีมวลไขมันปกติ (≥ 15 กิโลกรัม/เมตร²) และดัชนีมวลไขมันต่ำกว่าปกติ (< 15 กิโลกรัม/เมตร²)

5.3 สายวัด ใช้ประเมินรอบเอวและเส้นรอบสะโพก โดยใช้เกณฑ์ปกติในผู้หญิง คือ เส้นรอบเอว ไม่เกิน 80 เซนติเมตร และเส้นรอบเอวต่อสะโพก ไม่เกิน 0.8

5.4 แบบบันทึกน้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว และสะโพก ดัชนีมวลกาย ปริมาณไขมันสะสมในร่างกาย และดัชนีมวลไขมัน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความชำนาญ รวมทั้งหมด 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับอาหาร แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับอาหาร และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าเท่ากับ 0.88, 0.97 และ 0.91 ตามลำดับ และได้้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 ราย นำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงโดยใช้เกณฑ์มากกว่า 0.70 ขึ้นไป โดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับอาหารใช้วิธีหาค่าความเที่ยงของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82 ส่วนแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับอาหาร และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ นำไปคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83 และ 0.90 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ เลขที่ COA-NMD-REC004/58 มีการชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงสิทธิ์ในการตอบรับ หรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษา ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและมีเฉพาะผู้วิจัยและคณะเท่านั้นที่จะสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ จะไม่มีการอ้างอิงชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัยในรายงานใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติบรรยาย ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. วิเคราะห์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับอาหาร ทัศนคติเกี่ยวกับอาหาร และพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยสถิติบรรยาย โดยการคำนวณค่าร้อยละของคะแนนเฉลี่ยโดยเปรียบเทียบจากคะแนนเต็ม (Mean%) และกำหนดเกณฑ์อ้างอิง คือ ร้อยละ 60 เป็นจุดตัดในการศึกษาครั้งนี้
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับอาหาร ทัศนคติเกี่ยวกับอาหาร พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะโภชนาการ ด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 19, 20, 21, 22 และ 23 ปี ร้อยละ 20.89, 24.68, 22.15, 31.01 และ 1.27 ตามลำดับ เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1, 2, 3 และ 4 ร้อยละ 22.78, 22.78, 22.78 และ 31.65 ตามลำดับ มีน้ำหนักลดช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 29.75 มีการควบคุมน้ำหนักโดยการควบคุมอาหาร ร้อยละ 32.91 มีอาการเบื่ออาหาร ร้อยละ 20.25 รับประทานอาหาร 2 มื้อต่อวัน ร้อยละ 4.43 มีปัญหาสุขภาพในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 51.90 มีอาการแพ้อาหาร ร้อยละ 9.49 มีการรับประทานวิตามินหรืออาหารเสริม ร้อยละ 24.68 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 11.39 มีประวัติญาติสายตรงเป็นเบาหวานและมะเร็ง ร้อยละ 40.51 และ 31.01 ตามลำดับ รับประทานยาชนิดใดชนิดหนึ่งร้อยละ 7.59 รับประทานอาหารพิเศษเฉพาะโรค ร้อยละ 1.27 งดรับประทานอาหารชนิดใดชนิดหนึ่ง ร้อยละ 6.96 การนอนหลับพักผ่อนเฉลี่ยต่อวัน ส่วนใหญ่ 6 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 58.86 รองลงมา คือ 5 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 23.42 มีการนอนหลับไม่เพียงพอ ร้อยละ 48.73



ออกกำลังกายโดยเฉลี่ย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 49.37 และรองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 43.67 (ดังตารางที่ 1)

2. กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับอาหารเฉลี่ยเท่ากับ 22.17 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.26 มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับอาหารน้อยกว่าร้อยละ 60 คิดเป็นร้อยละ 22.15 และคะแนนระหว่างร้อยละ 60 – 79 คิดเป็นร้อยละ 77.85 มีคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับอาหารเฉลี่ยเท่ากับ 73.53 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.32 มีคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับอาหารน้อยกว่าร้อยละ 60 คิดเป็นร้อยละ 5.06 ระหว่างร้อยละ 60 – 79 คิดเป็นร้อยละ 51.90 และคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 43.04 มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ย เท่ากับ 180.07 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 22.09 มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพน้อยกว่าร้อยละ 60 คิดเป็นร้อยละ 26.58 ระหว่างร้อยละ 60 – 79 คิดเป็นร้อยละ 67.73 และคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 5.69 (ดังตารางที่ 2)

3. กลุ่มตัวอย่าง มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 64.56 อยู่ในเกณฑ์ผอม เกินเกณฑ์และอ้วน ร้อยละ 15.82, 16.46 และ 3.17 ตามลำดับ มีค่ารอบเอวต่อรอบสะโพกอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 82.91 และมากกว่าปกติ ร้อยละ 17.09 และมีดัชนีมวลไขมันอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 65.82 และต่ำกว่าปกติ ร้อยละ 34.18 (ดังตารางที่ 3)

4. กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เกี่ยวกับอาหาร ทัศนคติเกี่ยวกับอาหาร และพฤติกรรมสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 4)

5. กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เกี่ยวกับอาหาร ทัศนคติเกี่ยวกับอาหาร และพฤติกรรมสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับ ค่ารอบเอวต่อรอบสะโพก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 5)

6. กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เกี่ยวกับอาหาร ทัศนคติเกี่ยวกับอาหาร และพฤติกรรมสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลไขมัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 6)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 158)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
- 19 ปี	33	20.89
- 20 ปี	39	24.68
- 21 ปี	35	22.15
- 22 ปี	49	31.01
- 23 ปี	2	1.27
ชั้นปี		
- ชั้นปีที่ 1	36	22.78
- ชั้นปีที่ 2	36	22.78
- ชั้นปีที่ 3	36	22.78
- ชั้นปีที่ 4	50	31.65



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 158) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนักลดในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา		
- น้ำหนักไม่ลด	111	70.25
- น้ำหนักลด	47	29.75
น้ำหนักเพิ่มในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา		
- น้ำหนักไม่เพิ่ม	74	46.84
- น้ำหนักเพิ่ม	84	53.16
ควบคุมน้ำหนักโดยการควบคุมอาหาร		
- ไม่ควบคุม	106	67.09
- ควบคุม	52	32.91
อาการเบื่ออาหารในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา		
- ไม่มีอาการ	126	79.75
- มีอาการ	32	20.25
จำนวนมื้ออาหารที่รับประทานในแต่ละวัน		
- 2 มื้อ	7	4.43
- 3 มื้อ	151	95.57
ปัญหาสุขภาพในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา		
- ไม่มีปัญหา	76	48.10
- มีปัญหา	82	51.90
การแพ้อาหาร		
- ไม่แพ้อาหาร	143	90.51
- แพ้อาหาร	15	9.49
การรับประทานวิตามินหรืออาหารเสริม		
- ไม่รับประทาน	119	75.32
- รับประทาน	39	24.68
การรับประทานสมุนไพร		
- ไม่รับประทาน	151	95.57
- รับประทาน	7	4.43



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 158) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
- ไม่มี	140	88.61
- มี	18	11.39
ประวัติญาติสายตรงเป็นเบาหวาน		
- ไม่มี	94	59.49
- มี	64	40.51
ประวัติญาติสายตรงเป็นมะเร็ง		
- ไม่มี	109	69.99
- มี	49	31.01
การรับประทานยาชนิดใดชนิดหนึ่ง		
- ไม่รับประทาน	146	92.41
- รับประทาน	12	7.59
การรับประทานอาหารพิเศษเฉพาะโรค		
- ไม่รับประทาน	156	98.73
- รับประทาน	2	1.27
การงดอาหารชนิดใดชนิดหนึ่ง		
- ไม่งด	147	93.04
- งด	11	6.96
การนอนหลับเฉลี่ยต่อวัน (ชั่วโมง)		
- 3 ชั่วโมง	1	0.63
- 4 ชั่วโมง	5	3.16
- 5 ชั่วโมง	37	23.42
- 6 ชั่วโมง	93	58.86
- 7 ชั่วโมง	14	8.86
- 8 ชั่วโมง	8	5.06
การนอนหลับเพียงพอ		
- ไม่เพียงพอ	77	48.73
- เพียงพอ	81	51.27

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 158) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
กิจกรรม/ออกกำลังกายโดยเฉลี่ย		
- อยู่เฉยๆ	10	6.33
- เล็กน้อย	78	49.37
- ปานกลาง	69	43.67
- มาก	1	0.63

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนสูงสุด คะแนนต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความรู้ทัศนคติเกี่ยวกับอาหาร และพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

ข้อมูล	Min	Max	Mean	SD	ไม่ผ่าน		ปานกลาง		ดี	
					(< 60%)		(60 - 79%)		(>= 80%)	
					n	%	n	%	n	%
ความรู้เกี่ยวกับอาหาร (34 คะแนน)	14	27	22.17	2.26	35	22.15	123	77.85	0	0.00
ทัศนคติเกี่ยวกับอาหาร (96 คะแนน)	45	96	73.53	9.32	8	5.06	82	51.90	68	43.04
พฤติกรรมสุขภาพ (276 คะแนน)	123	230	180.07	22.09	42	26.58	107	67.73	9	5.69



ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาพยาบาล จำแนกตามภาวะโภชนาการ

ภาวะโภชนาการ	ชั้นปีที่ 1 n (%)	ชั้นปีที่ 2 n (%)	ชั้นปีที่ 3 n (%)	ชั้นปีที่ 4 n (%)	รวม n (%)
ดัชนีมวลกาย					
- ผอม ($< 18.5 \text{ kg/m}^2$)	6 (3.80)	8 (5.06)	8 (5.06)	3 (1.90)	25 (15.82)
- ปกติ ($18.5 - 22.9 \text{ kg/m}^2$)	24 (15.16)	20 (12.66)	24 (15.19)	34 (21.52)	102 (64.56)
- เกิน ($23 - 24 \text{ kg/m}^2$)	6 (3.80)	6 (3.80)	2 (1.27)	12 (7.59)	26 (16.46)
- อ้วน ($\geq 25 \text{ kg/m}^2$)	0 (0.00)	2 (1.27)	2 (1.27)	1 (0.63)	5 (3.17)
รอบเอวต่อรอบสะโพก					
- ปกติ (≤ 0.8)	33 (20.89)	30 (18.99)	29 (18.35)	39 (24.68)	131 (82.91)
- มากกว่าปกติ (> 0.8)	3 (1.90)	6 (3.80)	7 (4.43)	11 (6.96)	27 (17.09)
ดัชนีมวลไขมัน					
- ปกติ ($\geq 15 \text{ kg/m}^2$)	2 (1.24)	18 (11.39)	34 (21.52)	50 (31.64)	104 (65.82)
- ต่ำกว่าปกติ ($< 15 \text{ kg/m}^2$)	34 (21.52)	18 (11.39)	2 (1.27)	0 (0.00)	54 (34.18)

ตารางที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะเกี่ยวกับอาหาร พฤติกรรมสุขภาพ กับค่าดัชนีมวลกายของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ โดยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)

ตัวแปร	ค่าดัชนีมวลกาย			χ^2	p-value
	ผอม n (%)	ปกติ n (%)	เกินและอ้วน n (%)		
ความรู้เกี่ยวกับอาหาร					
- คะแนนน้อยกว่า 60 %	8 (5.06)	22 (13.92)	5 (3.17)	2.078	0.354
- คะแนน 60 – 79 %	17 (10.76)	80 (50.63)	26 (16.46)		
- คะแนนตั้งแต่ 80 ขึ้นไป	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)		
ทักษะเกี่ยวกับอาหาร					
- คะแนนน้อยกว่า 60 %	2 (1.27)	4 (2.53)	2 (1.27)	3.971	0.655
- คะแนน 60 – 79 %	15 (9.49)	55 (34.81)	12 (7.60)		
- คะแนนตั้งแต่ 80 ขึ้นไป	8 (5.06)	43 (27.21)	17 (10.76)		
พฤติกรรมสุขภาพ					
- คะแนนน้อยกว่า 60 %	9 (5.70)	26 (16.46)	7 (4.43)	2.442	0.655
- คะแนน 60 – 79 %	15 (9.49)	71 (44.94)	21 (13.29)		
- คะแนนตั้งแต่ 80 ขึ้นไป	1 (0.63)	5 (3.17)	3 (1.90)		

ตารางที่ 5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะเกี่ยวกับอาหาร พฤติกรรมสุขภาพ กับค่ารอบเอวต่อรอบสะโพกของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ โดยทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)

ตัวแปร	ค่ารอบเอวต่อรอบสะโพก		X ²	p-value
	ปกติ n (%)	เกิน n (%)		
ความรู้เกี่ยวกับอาหาร				
- คะแนนน้อยกว่า 60 %	28 (17.72)	7 (4.43)	0.269	0.604
- คะแนน 60 – 79 %	103 (65.19)	20 (12.66)		
- คะแนนตั้งแต่ 80 ขึ้นไป	0 (0.00)	0 (0.00)		
ทัศนคติเกี่ยวกับอาหาร				
- คะแนนน้อยกว่า 60 %	8 (5.06)	0 (0.00)	2.325	0.313
- คะแนน 60 – 79 %	69 (43.67)	13 (8.23)		
- คะแนนตั้งแต่ 80 ขึ้นไป	54 (34.18)	14 (8.86)		
พฤติกรรมสุขภาพ				
- คะแนนน้อยกว่า 60 %	32 (20.25)	10 (6.33)	1.910	0.385
- คะแนน 60 – 79 %	91 (57.60)	16 (10.13)		
- คะแนนตั้งแต่ 80 ขึ้นไป	8 (5.06)	1 (0.63)		

ตารางที่ 6 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะเกี่ยวกับอาหาร พฤติกรรมสุขภาพ กับค่าดัชนีมวลไขมันของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ โดยทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)

ตัวแปร	ค่าดัชนีมวลไขมัน		X ²	p-value
	ปกติ จำนวน (ร้อยละ)	ต่ำกว่าปกติ จำนวน (ร้อยละ)		
ความรู้เกี่ยวกับอาหาร				
- คะแนนน้อยกว่า 60 %	23 (14.56)	12 (7.59)	0.000	0.988
- คะแนน 60 – 79 %	81 (51.27)	42 (26.58)		
- คะแนนตั้งแต่ 80 ขึ้นไป	0 (0.00)	0 (0.00)		
ทัศนคติเกี่ยวกับอาหาร				
- คะแนนน้อยกว่า 60 %	6 (3.80)	2 (1.27)	4.030	0.133
- คะแนน 60 – 79 %	48 (30.38)	34 (21.52)		
- คะแนนตั้งแต่ 80 ขึ้นไป	50 (31.65)	18 (11.39)		
พฤติกรรมการสุขภาพ				
- คะแนนน้อยกว่า 60 %	24 (15.19)	18 (11.39)	2.253	0.324
- คะแนน 60 – 79 %	73 (46.20)	34 (21.52)		
- คะแนนตั้งแต่ 80 ขึ้นไป	7 (4.43)	2 (1.27)		

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับอาหารของนักศึกษาพยาบาล พบว่า มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับอาหารระดับปานกลาง ร้อยละ 77.85 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นพวรรณ เปียชื่อ และคณะ⁶ และ จงกลวรรณ มุกสิกทอง¹⁴ ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนความรู้ทางโภชนาการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับอาหารไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 22.15 โดยข้อคำถามเกี่ยวกับแหล่งของคลอเรสเตอรอลเป็นข้อที่นักศึกษาพยาบาลตอบถูกน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16.50 ถึงแม้ว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่จะมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ผ่านเกณฑ์ แต่ก็อยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตร อาจยังไม่สามารถทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารได้อย่างครอบคลุม ซึ่งจากการศึกษาของ ธนากร ทองประยูร และคณะ¹⁵ พบว่า การบรรยายของอาจารย์และการศึกษาค้นคว้าของนักศึกษาเป็นปัจจัยที่ทำให้ความรู้ในการบริโภคอาหารแตกต่างกัน

2. ทักษะเกี่ยวกับอาหารของนักศึกษาพยาบาล พบว่า มีคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับอาหารระดับดี ร้อยละ 43.04 และระดับปานกลาง ร้อยละ 51.90 จะเห็นได้ว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีทัศนคติที่เหมาะสม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากนักศึกษาอยู่ในสถาบันการศึกษาที่มีการให้ความรู้และมีการส่งเสริมทางด้านการบริโภค นอกจากนี้นักศึกษายังเป็นนักศึกษาประจำที่พักอาศัยในหอพัก นักศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งทางสถาบันได้มีการจัดอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการไว้ให้ทั้ง 3 มื้อ

รวมถึงมีการส่งเสริมให้ร้านค้าภายในสถาบันจำหน่ายอาหารที่ถูกหลักอนามัย ซึ่งอาจส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติต่ออาหารที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนา ศิริโชติ¹⁶ ที่พบว่า นักศึกษาที่อยู่ในหอพักของมหาวิทยาลัย มีทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ซึ่งต่างจากนักศึกษาที่อาศัยอยู่กับบ้านของบิดามารดาหรือผู้ปกครอง มีทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง และถึงแม้ว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่จะมีทัศนคติเกี่ยวกับอาหารอยู่ในระดับดี แต่ยังพบนักศึกษาพยาบาลบางส่วน (ร้อยละ 5.06) ที่มีคะแนนทัศนคติที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากนักศึกษามีทัศนคติต่ออาหาร ที่จะเน้นความชอบ อิทธิพลจากสื่อ โฆษณาชวนเชื่อ ทำให้เกิดการคล้อยตาม และการแสดงออกที่รสนิยมการบริโภคมากกว่าคำนึงถึงผลกระทบที่ตามมา¹⁷

3. พฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล พบว่า มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 5.69 และในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.73 จะเห็นได้ว่านักศึกษาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความเป็นอยู่ของนักศึกษา อยู่ภายใต้การดูแลของสถาบันการศึกษา ซึ่งมีระเบียบการปฏิบัติที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และมีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การจัดอาหารตามหลักโภชนาการ การจัดให้มีมุมสำหรับพักผ่อน การสนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ ในการออกกำลังกาย รวมถึงการมีระบบการดูแลสุขภาพเมื่อเกิดความเจ็บป่วย เป็นต้น ถึงแม้ว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม แต่ยังพบบ่อยมีนักศึกษาส่วนหนึ่ง (ร้อยละ 26.58) ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ผ่านเกณฑ์ โดยนักศึกษาพยาบาลมากกว่าร้อยละ 40 มีพฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำถึงบ่อยครั้งในเรื่องการรับประทานอาหารใส่กะทิ การดื่มชา

กาแฟ น้ำอัดลม การรับประทานอาหารที่สำเร็จรูป ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอาหารที่สำเร็จรูป เป็นอาหารที่ราคาถูก สะดวกในการปรุง ทำให้นักศึกษารับประทานเป็นประจำ เพื่อประหยัดเงิน ประหยัดเวลา และความสะดวกสบายมากกว่าสุขภาพ¹⁸ นอกจากนี้ยังพบว่า นักศึกษาพยาบาลมากกว่าร้อยละ 50 มีพฤติกรรมการรับประทาน อาหารที่ใส่ผงชูรส เติมเครื่องปรุงขณะรับประทาน อาหาร และรับประทานอาหารทานเล่นระหว่าง มื้ออาหาร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สราวุฒิ พงษ์พิพัฒน์ และคณะ¹⁹ ที่พบว่า นักศึกษามีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มไม่เหมาะสม โดยมีการเติมน้ำปลา และน้ำตาล เพื่อเพิ่มรสชาติอาหารมากเกินไป รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง น้ำอัดลม อาหารจานด่วน และขนมกรุบกรอบ ซึ่ง จะส่งผลต่อสุขภาพในระยะยาว

4. ภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 64.56) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการคัดเลือกนักศึกษาพยาบาลเมื่อแรกเข้าที่กำหนดเกณฑ์น้ำหนัก ส่วนสูง และดัชนีมวลกายที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ การใช้ชีวิตประจำวันภายในหอพักนักศึกษา ที่ต้องตื่นนอนและเข้านอนตามเวลา รับประทานอาหาร 3 มื้อ ตามที่วิทยาลัยจัดไว้ให้ การเข้าร่วมกิจกรรมในรายวิชาที่ต้องมีการออกกำลังกาย เช่น วิชาพลศึกษา และวิชาทหาร นอกจากนี้ยังมีการเข้าร่วมชมรมกีฬา รวมถึงการเข้าร่วมแข่งขันในงานกีฬาต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกสถาบัน โดยหน่วยงานกรมแพทยทหารเรือมีสิ่งสนับสนุนในการฝึกซ้อมและดูแลสุขภาพ เช่น สนามกีฬาชนิดต่างๆ สระว่ายน้ำ และฟิตเนส รวมถึงมีการทดสอบสุขภาพประจำปีในทุกๆ ปี จึงมีส่วนในการส่งเสริมให้นักศึกษามีภาวะโภชนาการที่ดีอยู่เสมอ แต่ยังคงพบว่ามีนักศึกษาพยาบาลบางส่วน มีภาวะโภชนาการเกิน

และอ้วน (ร้อยละ 16.46 และ 3.17) และมีรอบเอวต่อรอบสะโพกมากกว่าปกติ (ร้อยละ 17.09) ซึ่งนักศึกษาพยาบาลในฐานที่เป็นแบบอย่างทางด้านสุขภาพให้กับผู้รับบริการ จำเป็นจะต้องมีการดูแลภาวะสุขภาพของตนเองให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมอยู่เสมอ ซึ่งจะส่งผลต่อภาพลักษณ์ที่ดีของตนเองรวมถึงภาพลักษณ์ที่ดีของวิชาชีพพยาบาลอีกด้วย แต่หากนักศึกษาพยาบาลไม่ตระหนักในการดูแลภาวะสุขภาพของตนเอง ก็อาจเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพที่จะตามมาในภายหลัง ซึ่งปัญหาการมีน้ำหนักเกินเกณฑ์จนถึงการเป็นโรคอ้วน ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคไม่ติดต่อเหล่านี้ ไม่ได้มีผลกระทบต่อบุคคลที่เป็นโรคเท่านั้น แต่ยังส่งผลไปถึงครอบครัว ชุมชน รวมถึงการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศอีกด้วย²⁰

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับอาหาร พฤติกรรมสุขภาพ กับภาวะโภชนาการ พบว่า ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับอาหาร พฤติกรรมสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ ซึ่งได้แก่ ดัชนีมวลกาย รอบเอวต่อรอบสะโพก และดัชนีมวลไขมัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการศึกษาไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความไม่สอดคล้องและสัมพันธ์กันของความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ซึ่ง Rogers (อ้างถึงในทวีศักดิ์ เทพพิทักษ์)²¹ ได้อธิบายว่า โดยทั่วไปนั้นเมื่อบุคคลมีความรู้ มีเจตคติเช่นใดก็จะแสดงพฤติกรรมไปตามนั้น แต่จะไม่เกิดขึ้นเช่นนี้ทุกกรณีไป กล่าวคือ หากมีความไม่สอดคล้องกันของความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกิดขึ้น ที่เรียกว่า การเกิดช่องว่างของความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม หรือ KAP-gap (Knowledge-Attitude-Practice gap) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการเห็นความสำคัญในตัว

บุคคลอื่น เนื่องจากมนุษย์เป็นสัตว์สังคม ในสถานการณ์ที่มีผู้อื่นอยู่ด้วยคนเหล่านั้นจะมีแรงกดดันให้กระทำตามคนหมู่มาก ซึ่งนักศึกษาพยาบาลก็เป็นกลุ่มบุคคลที่ใช้ชีวิตประจำวันในการศึกษาและอยู่ร่วมกันเป็นส่วนใหญ่ จึงอาจเป็นไปได้ว่าความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ของนักศึกษาพยาบาลนั้น ไม่ได้เกิดจากตนเองแต่เป็นไปตามคนหมู่มาก ซึ่งจากการศึกษาของ วิริยา โพธิ์ขวางยุสดี และคณะ²² พบว่า ความรู้ทางโภชนาการมีความสัมพันธ์เชิงลบกับทัศนคติต่ออาหาร และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่ออาหารกับการปฏิบัติ ซึ่งได้อธิบายว่า อาจเกิดจากรูปแบบวิถีชีวิตของนักศึกษาพยาบาล ที่มีความเคยชินกับการบริโภคหรือการปฏิบัติถึงแม้ว่าจะมีทัศนคติในแง่บวก แต่บางครั้งการปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอาจเป็นไปได้ยาก และถึงแม้ว่าผลการศึกษากลับพบว่า นักศึกษามากกว่าร้อยละ 70 มีคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่ผ่านเกณฑ์ และนักศึกษามากกว่าร้อยละ 60 มีดัชนีมวลกาย รอบเอวต่อรอบสะโพก และดัชนีมวลไร้ไขมันอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่จากความไม่สอดคล้องกันของความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น จึงอาจส่งผลให้ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของนักศึกษานั้น ไม่สัมพันธ์กันกับภาวะโภชนาการได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภลักษณ์ ทองนุ่น⁷ และ นพวรรณ เปียชื่อ⁶ ที่พบว่า ความรู้และทัศนคติ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ และสอดคล้องกับการศึกษาของ มินตรา สารระรักษ์ และคณะ²³ ที่พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ และถึงแม้ว่าผลการวิจัยไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ แต่จากการศึกษาครั้งนี้ทำให้พบข้อมูลที่สำคัญของนักศึกษาพยาบาลที่สถาบันการศึกษาจำเป็นต้องให้ความสำคัญและ

แก้ไขก่อนจบการศึกษา เช่น จำนวนนักศึกษาที่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับอาหาร ทักษะเกี่ยวกับอาหาร และพฤติกรรมสุขภาพ ที่ต่ำกว่าเกณฑ์ และผลการประเมินร่างกายของนักศึกษาที่อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพในอนาคต เช่น ค่าดัชนีมวลกาย ค่ารอบเอวต่อรอบสะโพก และค่าดัชนีมวลไร้ไขมัน ที่ผิดปกติ รวมไปถึงข้อมูลส่วนบุคคล เช่น มีการลดลงของน้ำหนักตัวในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 29.75 มีอาการเบื่ออาหาร คิดเป็นร้อยละ 20.25 มีการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 53.16 มีการนอนหลับพักผ่อนน้อยกว่า 6 ชั่วโมง/วัน คิดเป็นร้อยละ 27.21 ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ถือเป็นข้อมูลสำคัญของสถาบัน ทั้งในด้านการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้นักศึกษามีองค์ความรู้ มีทัศนคติที่ดี และพฤติกรรมที่เหมาะสม รวมไปถึงเป็นข้อมูลในการให้การดูแลนักศึกษาพยาบาลให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์และเหมาะสม เพื่อเป็นกำลังสำคัญให้กับหน่วยงานและวิชาชีพพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. นำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตร เช่น ความรู้เกี่ยวกับอาหารประเภทคอเลสเตอรอล เป็นต้น เพื่อให้นักศึกษาเกิดความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสมทั้งต่อตนเอง และต่อผู้รับบริการ
2. นำผลการศึกษาไปจัดทำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมให้กับนักศึกษาพยาบาล เช่น การจัดโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับนักศึกษาที่มีปัญหาทางด้านโภชนาการ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

ครั้งต่อไป

1. ศึกษาติดตามความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับอาหาร พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะโภชนาการของนักศึกษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอด 4 ชั้นปี
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของนักศึกษาพยาบาล เช่น คุณภาพชีวิต ความเครียด เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพอากาศ คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ น.ท.หญิง ดร.วัชรพร เขยสุวรรณ ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาวิจัย ขอขอบพระคุณ รศ.ดร. นพวรรณ เปี้ยชื่อ ที่กรุณาให้ข้อความรู้และสนับสนุนอุปกรณ์ที่ใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการ และขอบคุณในความร่วมมือของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลกองทัพอากาศ คณาจารย์ และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. Phonsiri A. Knowledge, attitudes and behaviors about food consumption of Ramkhamhaeng university undergraduate students. Ramkhamhaeng Research Journal 2008;11(1):49-60. (in Thai).
2. Office of the National Economic and Social Development Council. Economic and Social Development Plan No. 11 (2013 - 2016). [Internet]. [cite 2018 September 25]. Available from: http://www.nesdb.go.th/download/article/article_20160323112431.pdf.
3. Chapha M. Nutritional knowledge, attitude toward food, food consumption behavior, and nutritional status in Air Force student nurses. JOPN 2014;6(2):144-57. (in Thai).
4. Wongthong O. Family nutrition. Bangkok: Kasetsart University; 1998. (in Thai).
5. Tinkajee S, Pumwiset P. Behavioral strategies for losing weight among undergraduate students in Nonthaburi province. Journal of Graduate Studies Valaya Alongkorn Rajabhat University 2016;10(1):72-81. (in Thai).
6. Piaseu N, Tatsanachantatane D, Kittipoom S, Putwatana P. Nutritional knowledge, attitude towards food, food consumption behavior, and nutritional status in nursing students. Rama Nurs J 2009;15(1):48-59. (in Thai).
7. Tongnun S. The study of nutrition knowledge, consumption behavior and nutritional status of Kluaynamthai hospital, Bangkok Personnels. [Master's Thesis, Faculty of Home Economics]. Rajamangala University of Technology Phra Nakhon; 2010. (in Thai).
8. Ketpama K. Bangkok residents' knowledge, attitudes and behavior on food consumption for good health. [Master's Thesis, Faculty of Liberal Arts]. Chulalongkorn University; 2005. (in Thai).

9. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives: Handbook 1, The cognitive domain. New York: David Mckay & Co; 1956.
10. Choo V. WHO reassesses appropriate body-mass index for Asian populations. The Lancet 2002;360(9328):235.
11. Robergs RA, Roberts SO. Exercise physiology. Chicago: Mosby; 1997.
12. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Technical Reports Series. Geneva, Switzerland: World Health Organization. [Internet]. [cited 2018 September 25]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37003/WHO_TRS_854.pdf;jsessionid=F35D9FD3FF18251CE911BF7885143625?sequence=1.
13. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. 3rd ed. New York: Harper and Row Publication; 1973.
14. Musikthong J, Sriyuktasuth A, Kongkar R, Sangwichaipat N. Nutritional knowledge, attitude towards food, food consumption behavior, and nutritional status in nursing students, Faculty of Nursing, Mahidol University. J Nurs Sci 2010;28(3):40-9. (in Thai).
15. Tongprayoon T. Food consumption behavior of undergraduate students state university: study in Bangkok. [Master's Thesis, Faculty of Liberal Arts]. Ramkhamhaeng University; 2003. (in Thai).
16. Sirichot T. Knowledge, attitudes and behaviors about food consumption of Songkhla Rajabhat University undergraduate students. Songkhla Rajabhat University; 2014. (in Thai).
17. Keawwichit T, Aphisamacharayothin P. Knowledge, attitudes, and high fat-foods consumption behaviors of bachelor's degree students in a university, Phitsanulok province. Thaksin University Library Journal 2018;7 July:130-45. (in Thai).
18. Paopong S, Kampiranon A, Chantarasetoporn S. Healthy behaviors of nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima. The Journal of Boromarajonani College of Nursing Nakhonratchasima 2011;17(1):81-92. (in Thai).
19. Pongpipat S, Yantaragorn P, Pukkama T. Health behavior of students in Chiang Mai University. CMU Journal of Education 2017;1(1):34-45. (in Thai).
20. Rogers EM, Solomon DS. Traditional midwives as family planning communication in Asia. Stud Fam Plann 1975;6(5):126-33.
21. Chaivasung P, Yakasem P, Chuthongrat N. Factors predicting food consumption behaviors of overweight elementary school students, Grade 4-6. The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima 2015;20(1):30-43. (in Thai).



22. Phokhang-Just W, Sarakshetrin A, Chantra R. Knowledge, attitude, and practice towards nutrition and nutrition labels of nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Surat-Thani. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2015;16(1):93-100. (in Thai).
23. Sararuk M, Manwong M, Sukhumal P, Wongsaprom P. Nutritional knowledge, attitude toward food, dietary behavior, and nutritional status among public health students, Ubonratchathani University. *Journal of Science and Technology Mahasarakham University* 2015;33(6):676-85. (in Thai).



ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวหลังได้รับการผ่าตัด เปลี่ยนข้อเข่าเทียมในผู้สูงอายุ

Selected Factors Related to Postoperative Recovery in Older Person with Total Knee Arthroplasty

ทาริกา บุญประกอบ* ศิริพันธุ์ สาสตัย**

Tarika Boonprakob,* Siriphun Sasat**

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

* Student in Master Degree of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok

** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

** Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok

* Corresponding Author: tariboon@hotmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการฟื้นตัวหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในผู้สูงอายุ และศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ ภาวะโภชนาการ การมีโรคร่วม ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม ในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 116 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะโภชนาการ แบบประเมินโรคร่วม แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ซึ่งแบบประเมินโรคร่วม แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ หาความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.76, 0.90, 0.86 ตามลำดับ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ภาวะโภชนาการ ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และการฟื้นตัวหลังผ่าตัด โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการมีโรคร่วมและการฟื้นตัวหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยใช้ Point biserial correlation ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้ 1) หลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผู้สูงอายุมีการฟื้นตัวอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 97.40 2) อายุ ความวิตกกังวล และการมีโรคร่วมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการฟื้นตัวหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญที่

Received: April 13, 2018; Revised: August 18, 2019; Accepted: August 19, 2019

ระดับ .05 ($r = -.506, -.532, -.414$ ตามลำดับ) 3) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฟื้นตัวหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($r = .193$) และ 4) ภาวะโภชนาการ ไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ ควรนำผลที่ได้จากการศึกษานี้ไปจัดโปรแกรมการวิจัยเชิงทดลอง โดยนำปัจจัยที่ได้ คือ การสนับสนุนทางสังคมและความวิตกกังวลไปพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้สูงอายุหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

คำสำคัญ : การฟื้นตัว หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผู้สูงอายุ

Abstract

The purpose of this descriptive research was to study the postoperative recovery in older person with total knee arthroplasty and the relationships between selected factors relate to postoperative recovery in older person with total knee arthroplasty which were age, nutritional status, co-morbidity, anxiety, and social support at Orthopedic Department, Tertiary Hospital in Bangkok. Data were collected from 116 older persons who were selected with multi-stage sampling. Research instruments were personal information questionnaire, Geriatric Nutrition Risk Index, STAI Form X-I, Social support questionnaire and postoperative of recovery with total knee arthroplasty instrument. The reliability of STAI Form X-I, Social support questionnaire and postoperative of recovery with total knee arthroplasty instrument were 0.76, 0.90, and 0.86, respectively. Data were analysis by statistic methods, including mean, percentage, standard deviation, Pearson Correlation and Point Biserial Correlation. Major findings were as follows; 1) The recovery in older persons with total knee arthroplasty was at high level with 97.40 percent. 2) Age, anxiety and co-morbidity were negative significantly related to postoperative recovery in older persons with total knee arthroplasty at the level of .05 ($r = -.506, -.532, \text{ and } -.414$, respectively). 3) Social support was positive significantly related to postoperative recovery in older person with total knee arthroplasty at the level of .05 ($r = .193$) and 4) Nutrition has not related to postoperative recovery in older person with total knee arthroplasty.

Suggestion: The results of this study, anxiety and social support factors, should be used for developing a post-operative recovery intervention for older persons with total knee arthroplasty.

Keywords : recovery, postoperative total knee arthroplasty, older person

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ข้อเข่าเสื่อมเป็นภาวะที่พบมากที่สุดและผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย จากสถิติผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อในคนไทย พบว่า มีผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่า 6,000,000 คน ซึ่งส่งผลกระทบต่อโดยตรงในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ในด้านร่างกายทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น ติดเชื้อ หลอดเลือดดำที่ขาอุดตัน กล้ามเนื้อลีบ แผลกดทับ และข้อยึดติด¹ ผลกระทบทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดความวิตกกังวล เครียด กลัว รู้สึกไม่แน่นอน ว่าห่วย การรับรู้คุณค่าของตนเองลดลง และมีอาการซึมเศร้า ไม่อยากทำกิจกรรมที่เคยทำอยู่เป็นประจำ ครอบครัวมีความสุขลดลง และส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน โดยเฉพาะในรายที่ต้องผ่าตัดหากไม่ได้รับการช่วยเหลืออาจทำให้ผู้สูงอายุนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้นซึ่งรวมไปถึงเศรษฐกิจระดับชาติต้องสูญเสียงบประมาณในการนำเข้ายา เวชภัณฑ์และข้อเทียมต่างๆ ซึ่งเราไม่สามารถผลิตใช้ในประเทศเองได้^{2,3}

การที่พบอุบัติการณ์ของโรคข้อเข่าเสื่อมค่อนข้างสูงในผู้สูงอายุไทย เนื่องจากวัฒนธรรมและสังคมไทยมีวัฒนธรรมในการนั่งยองๆ นั่งพับเพียบ นั่งคุกเข่าหรือนั่งขัดสมาธิ ซึ่งพบว่าเป็นสาเหตุของการสึกของข้อเข่า โรคข้อเข่าเสื่อมจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดเข่ารุนแรงทำให้เคลื่อนไหวลำบาก ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ในบางรายที่มีการดำเนินโรครุนแรง ทำให้เกิดอาการปวด ทุกข์ทรมาน ข้อเข่าโก่งผิดรูป จะต้องรักษาโดยวิธีการผ่าตัดเปลี่ยน

ข้อเข่า^{2,3} การผ่าตัดข้อเข่าเทียม (Total knee arthroplasty) เป็นการรักษาโรคข้อที่มีการเสื่อมของเนื้อเยื่อรอบๆ ข้อเข่า โดยใช้วัสดุจำลองข้อเข่าใส่เข้าไปแทนที่ของกระดูกอ่อนข้อเข่าที่เสียไป ทำให้การเคลื่อนไหวของข้อดีขึ้น เพิ่มความมั่นคง ลดความเจ็บปวดขณะเคลื่อนไหวข้อเข่าและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ ซึ่งปัจจุบันการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อแก้ไขความพิการ การบรรเทาอาการปวด เพิ่มคุณภาพชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ⁴

อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเป็นการผ่าตัดใหญ่เป็นภาวะคุกคามอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุ ทำให้มีการบาดเจ็บและการฉีกขาดของเนื้อเยื่อรอบๆ ข้อเข่า มีความเจ็บปวดในระยะหลังการผ่าตัด เมื่อมีอาการปวดมากๆ ผู้ป่วยจะอยู่นิ่ง โดยเฉพาะบริเวณขาข้างที่ทำการผ่าตัด² ไม่กล้าลงเดิน ไม่มั่นใจในการเดินและมักจะลุดหรืออุบัติเหตุเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุ ส่งผลให้มีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดล่าช้า ทำให้เกิดความกลัว ความวิตกกังวล ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ⁵

การฟื้นตัว (Recovery) เป็นกระบวนการในการปรับตัวของผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัด กลับเข้าสู่การทำงานตามปกติหรือดีเทียบเท่าก่อนผ่าตัด สามารถกลับมาปฏิบัติหน้าที่และกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติโดยไม่พึ่งพาผู้อื่น โดยการฟื้นตัวหลังผ่าตัดออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะแรก (Early phase) เป็นระยะตั้งแต่ผู้ป่วยยุติการได้รับยาสลบจนถึงระยะที่ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองในการปกป้องชีวิต 2) ระยะกลาง (Intermediate phase) เป็นระยะตั้งแต่ผู้ป่วยมีการทำงานของอวัยวะต่างๆ ที่แสดงถึงการมีชีวิต สามารถเคลื่อนไหวบนเตียง ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ออกซิเจน หรือให้สารน้ำทาง

หลอดเลือดดำ ไม่มีสายระบายเลือด เริ่มรับประทานอาหารได้ เป็นช่วงสัปดาห์แรกหลังผ่าตัดจนถึงพร้อมกลับบ้าน 3) ระยะท้าย (Late phase) เป็นระยะหลังกลับบ้านจนถึงการมีภาวะสุขภาพเหมือนก่อนผ่าตัด ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยกลับบ้าน สามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะ Passivity คือ ช่วงเวลาของการพักเพื่อการฟื้นตัวทางกาย 2) ระยะ Activity resumption คือ การเตรียมเพื่อกลับสู่การทำกิจกรรมตามปกติได้อย่างเต็มกำลัง และ 3) ระยะ Stabilization เริ่มเมื่อผู้ป่วยกลับสู่สภาพร่างกายที่สมบูรณ์ก่อนเจ็บป่วย การแสดงบทบาททางสังคมได้อย่างเต็มที่ โดยในแต่ละระยะจะครอบคลุมทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม การทำกิจกรรมที่เป็นประจำในชีวิต⁶

การฟื้นตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม หมายถึง กระบวนการปรับตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อยู่ในระยะกลางเป็นระยะที่ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดมีสติสัมปชัญญะดี สัญญาณชีพคงที่ สามารถเคลื่อนไหวบนเตียงงอเข้าได้ 0 - 90 องศา ลูกเดินเข้าห้องน้ำได้โดยใช้ walker ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ออกซิเจน หรือให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ไม่มีสายระบายเลือด เริ่มรับประทานอาหารได้ เป็นช่วงสัปดาห์แรกหลังผ่าตัดจนถึงพร้อมที่จะจำหน่าย ในระยะนี้เป็นระยะที่สำคัญที่ช่วยกระตุ้นหรือแก้ไขปัญหาการฟื้นตัว เพื่อส่งผลให้การฟื้นตัวระยะต่อไปมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อให้สามารถกลับไปทำกิจวัตรประจำวันได้ต่างๆ เท้าเทียมก่อนผ่าตัดหรือทำหน้าทีได้ดีที่สุด โดยไม่พึ่งพาผู้อื่น^{6,7} จะเห็นได้ว่า การฟื้นตัวหลังผ่าตัดระยะกลางเป็นระยะที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ภายหลังการผ่าตัดมักเกิดขึ้นในระยะนี้ นอกจากนี้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดระยะนี้ ผู้ป่วยยังสามารถดูแลตนเองได้ จนสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียงปกติ ในการศึกษา

ครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วยที่ยังพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลภายหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ซึ่งเป็นการฟื้นตัวระยะกลางเพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาใช้เป็นแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล ส่งเสริมการฟื้นตัวผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

จากการทบทวนวรรณกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในประเทศไทยที่ผ่านมา มีการศึกษาในประเด็นการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อคออดโรเซพส์⁸ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการบริหาร ความรุนแรงของโรค แรงจูงใจของการบริหารและพฤติกรรมการดูแลข้อเข่าเสื่อมมีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อคออดโรเซพส์ สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพรัช ยิ้มเนียม⁹ พบว่า ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ปัจจัยการรับรู้ของผู้ป่วย ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ส่วนการศึกษาการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในโรคอื่นๆ เช่น การฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้อง¹⁰ พบว่า ความรุนแรงของอาการปวดท้องน้อย ปริมาณการเสียเลือดระหว่างการผ่าตัด และระยะเวลาในการดมยาสลบมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการฟื้นตัว 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดส่องกล้องผ่านทางหน้าท้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ สราวุฒิ สีถาน และคณะ¹¹ ศึกษาปัจจัยทำนายการฟื้นตัวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่า ภาวะโรคร่วม ภาวะโภชนาการ ภาวะความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้องและสามารถร่วมทำนายการฟื้นตัวหลังผ่าตัดช่องท้องได้ ส่วนการศึกษาฟื้นตัวหลังผ่าตัดหัวใจ พบว่า มีการศึกษาของ นาทยา คำศิริ และคณะ¹² ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการสูญเสียเลือด กลุ่มอาการการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย น้ำตาลใน

เลือดและความปวดกับภาวะการฟื้นตัวในผู้ป่วย หลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด 12 ชั่วโมงแรก พบว่า การสูญเสียเลือดและกลุ่มอาการการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายสัมพันธ์กับการฟื้นตัวหลัง ผ่าตัด 12 ชั่วโมงแรก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการฟื้นตัวหลังได้รับการ ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ภาวะโภชนาการ การมีโรคร่วม ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคมกับการฟื้นตัวหลังได้รับการ ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในผู้สูงอายุ

สมมติฐานการวิจัย

1. อายุ การมีโรคร่วม ความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ทางลบกับการฟื้นตัวหลังได้รับการ ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในผู้สูงอายุ
2. ภาวะโภชนาการ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฟื้นตัวหลังได้รับการ ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่าการศึกษาการฟื้นตัวหลังได้รับการ ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในผู้สูงอายุยังไม่ชัดเจน เพียงพอ มีเพียงการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้น ตัวของกล้ามเนื้อต้นขาควอดไตรเซพส์ในผู้ป่วยข้อ เข่าเสื่อมและพฤติกรรมสุขภาพไม่ครอบคลุมถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยน ข้อเข่าเทียม ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับการฟื้นตัวหลัง ผ่าตัดนั้น พบในกลุ่มผู้สูงอายุผ่าตัดช่องท้องและ ผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเท่านั้น พยาบาลมีบทบาท ส่งเสริมให้ความรู้ ช่วยให้คำแนะนำและการ

จัดการกับอาการ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุหลังผ่าตัด เปลี่ยนข้อเข่าเทียมมีการฟื้นตัวที่ดี สามารถ ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ดำรงไว้ซึ่ง บทบาท สุขภาพและความผาสุก ดังนั้นผู้วิจัยจึง สนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัว หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเพื่อจะสามารถช่วย แก้ไขปัญหา และลดอุบัติเหตุการเกิด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดข้อเข่าเทียมได้

โดยผู้วิจัยได้คัดสรรตัวแปรจากการ ทบทวนวรรณกรรมมา คือ อายุ ภาวะโภชนาการ การมีโรคร่วม ความวิตกกังวล และการสนับสนุน ทางสังคม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

อายุ ในระยะหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า เทียม ผู้ที่มีอายุมากขึ้นจะมีความเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อน การฟื้นตัวล่าช้า เนื่องจากความเสื่อม ด้านต่างๆ ของร่างกาย มีความไวต่อความเครียด ทนต่อการผ่าตัดได้น้อย การทำหน้าที่ของร่างกาย ลดลง เกิดแผลแยก การติดเชื้อแผลได้มากและ การหายของแผลช้ากว่าในวัยหนุ่มสาว เนื่องจาก ร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุมีการตอบสนองต่อการ อักเสบน้อย เกิดโอกาสติดเชื้อได้สูงและส่งผลให้ การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง¹³

ภาวะโภชนาการ มีอิทธิพลต่อการฟื้นตัว ในระยะหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยเมื่อ ร่างกายได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด ร่างกาย ต้องการสารอาหารและพลังงานในการซ่อมแซม เนื้อเยื่อที่ได้รับอันตรายจากการผ่าตัด โดยเฉพาะ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเป็นการผ่าตัดใหญ่ ถ้าผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการ อาจทำให้เกิด แผลแยก ติดเชื้อหลังผ่าตัดสูง จากกลไกการ ทำงานของร่างกาย เมื่อร่างกายได้รับพลังงานจาก คาร์โบไฮเดรตและไขมันไม่เพียงพอร่างกายมีการ สลายสารไกลโคเจนและไขมันในร่างกายมาใช้เป็น พลังงาน เนื่องจากพลังงานไม่เพียงพอก็มีการ สลายโปรตีนจากกล้ามเนื้อและอวัยวะต่างๆ มาใช้

เป็นพลังงาน ซึ่งโปรตีนเป็นองค์ประกอบของเนื้อเยื่อและช่วยส่งเสริมการสร้างเนื้อเยื่อที่สึกหรอเมื่อร่างกายขาดโปรตีนส่งผลต่อกระบวนการหายของแผลและการสังเคราะห์สารที่ใช้ในกลไกการตอบสนองของกระบวนการอักเสบ ส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด¹⁴

การมีโรคร่วม ในระยะหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งกายภาพ สรีรภาพและการทำหน้าที่ของอวัยวะในระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคร่วม ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ การดูแลรักษาซับซ้อนมากขึ้น ทำให้กระบวนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดล่าช้าออกไป เมื่อมีโรคร่วมที่อยู่ในสภาวะที่ควบคุมไม่ได้จะทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวและลุกออกจากเตียงได้ช้า เมื่อได้รับการผ่าตัดจะมีการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดช้ากว่าในคนปกติ¹⁵ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและนำไปสู่การเสียชีวิตได้¹⁶

ความวิตกกังวล ในระยะหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผู้สูงอายุจะวิตกกังวล ไม่กล้าลงเดิน ไม่กล้าทำกิจกรรม เกิดภาวะพึ่งพา ในผู้สูงอายุถ้ามีความวิตกกังวลในระดับสูง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา กระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ทำให้ความสามารถในการรับรู้ การปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม การควบคุมอารมณ์ลดลง ส่งผลให้ความร่วมมือในการปฏิบัติหลังผ่าตัดลดลง ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นตัวเพิ่มมากขึ้น¹⁷

การสนับสนุนทางสังคม ในระยะหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม การที่ผู้สูงอายุได้รับกำลังใจ การช่วยเหลือจากครอบครัว จะทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง การเข้าใจในปัญหาของญาติผู้ดูแล การสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ดี ส่งผลให้การทำงาน

ของระบบประสาทต่อมไร้ท่อ ระบบภูมิคุ้มกันและสามารถต่อสู้กับปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น แรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะช่วยบรรเทาความเครียดและความวิตกกังวล ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการฟื้นตัวที่ดีได้ สามารถฟื้นตัวได้เร็วขึ้น¹⁸

==== วิธีการดำเนินการวิจัย =====

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อการฟื้นตัวหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในผู้สูงอายุ

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม รับไว้รักษาที่หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในกรุงเทพมหานคร ด้วยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ดังนี้ 1) การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร ที่มีบริการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ โดยเลือกจาก 3 สังกัด ใน 6 สังกัด 2) ในจำนวน 3 สังกัดที่เลือกมาได้ หากสังกัดใดมีหลายโรงพยาบาล ก็จะสุ่มในสังกัดนั้นอีกครั้ง เพื่อเลือกมาเพียง 1 โรงพยาบาลเป็นตัวแทนของสังกัดนั้น ดังนั้นโรงพยาบาลที่ได้จากการสุ่มมีดังนี้ โรงพยาบาลราชวิถี (สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) โรงพยาบาลตำรวจ (สำนักนายกรัฐมนตรี) และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (สังกัดองค์กรการกุศล) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) อยู่ในระยะฟื้นตัวในระยะสัปดาห์แรกจนถึงพร้อมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Intermediate



phase) 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด
3) สามารถสื่อสารโดยการพูด ฟัง อ่าน เขียน
ภาษาไทยได้ 4) ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม
ครั้งแรก 5) ยินดีเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ
ผู้ที่มีการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ากระดูกหักร้าวด้วย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
คำนวณโดยใช้สูตร ของ Thorndike อ้างถึงใน
บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร¹⁷ การศึกษาครั้งนี้มีตัวแปร
ที่นำมาศึกษา จำนวน 6 ตัวแปร คือ อายุ ภาวะ
โภชนาการ การมีโรคร่วม ความวิตกกังวล การ
สนับสนุนทางสังคม และการฟื้นตัว แทนค่าในสูตร
ได้ดังนี้ $n = 10 (6) + 50 = 110$ จึงคำนวณกลุ่ม
ตัวอย่างได้ทั้งสิ้น 110 คน เพื่อป้องกันความคลาด
เคลื่อนและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลโดยเพิ่ม
ขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 รวมกลุ่ม
ตัวอย่างทั้งหมด 116 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ
สมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว

2. แบบประเมินภาวะโภชนาการ

(Geriatric Nutrition Risk Index : GNRI) ที่มีสูตร
ดังนี้ $GNRI = (1.489 \times \text{ค่า serum albumin}) + 41.7 \times (\text{น้ำหนักปัจจุบัน/ดัชนีมวลกาย})^{20}$

โดยค่า serum albumin ผู้วิจัยเก็บจาก
ผล lab chemistry ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการ
ตรวจก่อนผ่าตัดทุกราย การแปลผล

มากกว่า 98	แปลผล	ผู้ป่วยไม่มี
ภาวะทุพโภชนาการ		
91 - ≤ 98	แปลผล	ผู้ป่วยมีภาวะ
ทุพโภชนาการเล็กน้อย		
82 - ≤ 92	แปลผล	ผู้ป่วยมีภาวะ
ทุพโภชนาการปานกลาง		

น้อยกว่า 82 แปลผล ผู้ป่วยมีภาวะ
ทุพโภชนาการรุนแรง

3. แบบประเมินโรคร่วม เป็นแบบ
ประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยให้ผู้สูงอายุ
เลือกตอบ มี ไม่มี

4. แบบประเมินความวิตกกังวลขณะ

เผชิญ ของ Spielberger และคณะ แปลเป็นภาษาไทย
โดย นิติยา คชภักดี และคณะ¹¹ เป็นการวัดระดับ
ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์เฉพาะ
(A-State scale) ประกอบด้วย รายการที่แสดงถึง
ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลมี 20 ข้อ
แบ่งเป็น ความรู้สึกทางบวก 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,
2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และ 20 ความรู้สึก
ทางลบ 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13,
14, 17 และ 18 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน 4
ระดับ (Rating scale) ตั้งแต่ ไม่มีเลย มีบ้าง
ค่อนข้างมาก และมากที่สุด โดยค่าคะแนนต่ำสุด
จะเท่ากับ 20 คะแนน ค่าคะแนนสูงสุดเท่ากับ 80
คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

คะแนน 20 – 40 คะแนน หมายถึง ความ
วิตกกังวล อยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 41 – 60 คะแนน หมายถึง ความ
วิตกกังวล อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 61 – 80 คะแนน หมายถึง ความ
วิตกกังวล อยู่ในระดับสูง

5. แบบประเมินการสนับสนุนทาง

สังคม ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจาก
แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ กชชุกร
หว่างนุ้ม¹⁸ ที่ปรับปรุงมาจากแบบประเมินการ
สนับสนุนทางสังคมของ วนิดา รัตนานนท์ ที่สร้าง
ขึ้นโดยใช้แนวคิดของ House เพื่อให้เหมาะสมใน
การประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ
หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในระยะฟื้นตัวหลัง
ผ่าตัดระยะกลาง ขณะรับการรักษาอยู่ใน
โรงพยาบาล ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมอาจมา

จากบุคคลในครอบครัว เพื่อนและบุคคลอื่นในสังคม รวมถึงแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ด้วย มีทั้งหมด 17 ข้อคำถาม การแปลผล คะแนนเฉลี่ยมาก แสดงว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง คะแนนเฉลี่ยน้อย แสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ โดยกำหนดคะแนนเฉลี่ยตามความหมาย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
1.00 - 1.80	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำสุด
1.81 - 2.60	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ
2.61 - 3.40	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
3.41 - 4.20	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง
4.21 - 5.00	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงที่สุด

6. แบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและใช้แนวคิดของ Allvin และคณะ¹⁹ ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ ตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยแบ่งแบบสอบถามเป็น 2 ด้าน คือ ด้านร่างกายและด้านจิตใจ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 16 ข้อคำถาม การแปลผล มีตั้งแต่มีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมต่ำ จนถึงมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมสูงเพื่อเป็นการประเมินการฟื้นตัวของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในระยะ Intermediate phase ซึ่งข้อคำถามครอบคลุมถึงการฟื้นตัวหลังผ่าตัดทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ

การแปลผลคะแนน

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
1.00 - 2.00	มีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมต่ำ
2.01 - 3.00	มีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมปานกลาง
3.01 - 4.00	มีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ กชชุกร ห่วงนุ่ม¹⁸ ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบและแก้ไขเนื้อหาภาษา หลังจากนั้นได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ทำการพิจารณาความถูกต้อง ความครอบคลุมตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาและความชัดเจนของแบบสอบถาม เครื่องมือมาตรฐานทั้งหมดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการใช้และมีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และมีความเที่ยงเท่ากับ 0.76, 0.90, 0.86 ตามลำดับ เนื่องจากแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ ของ Spielberg และคณะ¹¹ แปลเป็นภาษาไทย โดย นิตยา คชภักดี และคณะ¹¹ เป็นแบบประเมินมาตรฐานที่ผ่านการใช้งานกับผู้สูงอายุในประเทศไทยมาแล้ว ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำแบบประเมินดังกล่าวนี้ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัย จากโรงพยาบาลราชวิถี รหัสโครงการวิจัยที่ 59222 เอกสารเลขที่ 231/59

โรงพยาบาลตำรวจ รหัสโครงการเลขที่
วจ.77/2559 และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ COA
NO. 029/2017 IRB NO. 650/59 ผู้วิจัยได้ตระหนัก
ถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยในการสมัคร
เข้าร่วมการวิจัยโดยไม่บังคับ โดยกลุ่มตัวอย่าง
ได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน
การรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัยและขอ
ความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้
ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือ
ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่มี
ผลกระทบกับกลุ่มตัวอย่างต่อการพยาบาล การ
บำบัดรักษาของแพทย์และการบริการที่ได้รับแต่
อย่างใด กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกการเข้าร่วม
การวิจัยได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลหรือคำอธิบาย
ใดๆ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างได้ถูกเก็บเป็นความลับ
และผลการวิจัยได้รับเปิดเผยในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บ
รวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนการเตรียมการ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนก
ผู้ป่วยออโรปิติกส์ เจ้าหน้าที่ประจำแผนกและ
แพทย์เจ้าของไข้ เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์
ขั้นตอนการศึกษาและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2. ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว
สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย
และวิธีการดำเนินงานวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูล
ให้ผู้สูงอายุลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการ
วิจัยโดยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและสอบถาม
ข้อมูลตามแบบประเมินโดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมา
วิเคราะห์ตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติด้วย
โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูล
ดังต่อไปนี้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้
การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน 2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง
อายุ ภาวะโภชนาการ ความวิตกกังวล การ
สนับสนุนทางสังคมและการฟันตัวหลังผ่าตัด โดย
ใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's
product moment correlation coefficient) 3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างโรคร่วมและการ
ฟัน ตัว หลัง ผ่า ตัด โดยใช้ Point biserial
correlation กำหนดระดับนัยสำคัญ .05

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 116 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 94 คน คิดเป็น
ร้อยละ 81.00 โดยมีอายุอยู่ระหว่าง 60 - 69 ปี จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 48.30 มีสถานภาพสมรสคู่
จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 56.90 พักอาศัยอยู่กับสามี/ภรรยาและลูก/หลาน จำนวน 50 คน คิดเป็น
ร้อยละ 43.10 ผู้ดูแลหลักเป็นลูก จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 51.80 ศึกษาในระดับประถมศึกษา จำนวน
51 คน คิดเป็นร้อยละ 44.00 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่มา
จากลูก/หลาน จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 47.40 ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 47.40
นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 98.27 มีโรคประจำตัว จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 69.00
และมีการฟันตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมอยู่ในระดับสูง จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 97.40

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด และการแปลผล ภาวะโภชนาการ ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และการฟื้นฟูหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในผู้สูงอายุ

ตัวแปร	$\bar{x}$	SD	Min	Max	การแปลผล
ภาวะโภชนาการ	120.30	11.24	93.07	155.01	ไม่มีภาวะทุพโภชนาการ
ความวิตกกังวล	38.23	3.77	31.00	51.00	ระดับต่ำ
การสนับสนุนทางสังคม	4.67	0.37	3.24	5.00	ระดับสูงที่สุด
การฟื้นฟูหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม	3.71	0.30	2.63	4.00	ระดับสูง
ด้านร่างกาย	3.52	0.46	2.38	4.00	ระดับสูง
ด้านจิตใจ	3.89	0.19	2.88	4.00	ระดับสูง

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะทุพโภชนาการ (ค่าเฉลี่ย 120.30) มีความวิตกกังวลขณะเผชิญอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 38.23) มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.67) มีการฟื้นฟูหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.71) โดยการฟื้นตัวด้านร่างกาย อยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.52) และการฟื้นตัวด้านจิตใจ อยู่ในระดับสูงเช่นกัน (ค่าเฉลี่ย 3.89)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอายุ ภาวะโภชนาการ ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม กับการฟื้นฟูหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในผู้สูงอายุ

ปัจจัย	R	ระดับความสัมพันธ์
อายุ	-.506**	สูง
ภาวะโภชนาการ	.019	ไม่มีความสัมพันธ์
การมีโรคร่วม	-.414** (R_{pb})	ปานกลาง
ความวิตกกังวล	-.532**	สูง
การสนับสนุนทางสังคม	.193**	ต่ำ

* $p < .05$

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า อายุ ความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับการฟื้นฟูหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($r = -.506, -.532$) การมีโรคร่วม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการฟื้นฟูหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($r = -.414$) การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการฟื้นฟูหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($r = .193$) ส่วนภาวะโภชนาการ ไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในผู้สูงอายุ

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ส่วนใหญ่มีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 97.40 อภิปรายได้ว่า การฟื้นตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เป็นกระบวนการปรับตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ที่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัด ในระยะกลาง (Intermediate phase) โดยระยะนี้ร่างกายผู้ป่วยจะเริ่มทำงานได้ตามปกติ มีสติสัมปชัญญะดี มีสัญญาณชีพคงที่สามารถเคลื่อนไหวและลุกเดินได้และเริ่มรับประทานอาหารได้⁷ สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพริน เจริญเพิ่มสุข และ นรลักษณ์ เอื้อกิจพบว่า การฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเป็ยงหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง²⁰

สมมติฐานข้อที่ 1 อายุ การมีโรคร่วม ความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ทางลบกับการฟื้นตัวหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในผู้สูงอายุ

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยด้านอายุ การมีโรคร่วม ความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ทางลบกับการฟื้นตัวหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน โดยมีรายละเอียดดังนี้

อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับการฟื้นตัวหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($r = -.506$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 กล่าวคือ ในระยะหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ผู้ที่มีอายุมากขึ้นจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากความเสื่อมด้านต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่ ระบบประสาทอัตโนมัติ ต่อมไร้ท่อ และฮอร์โมนในร่างกาย ความสามารถของกระบวนการชดเชยของร่างกายลดลง ผู้สูงอายุจะมีความไวต่อ

ความเครียด ทนต่อการผ่าตัดได้น้อย โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ระหว่าง 60 - 69 ปี จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 48.30 อธิบายได้ว่าอายุมากขึ้นทำให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมช้าลง ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ทำให้การฟื้นตัวของร่างกายเป็นไปด้วยความยากลำบาก เกิดกล้ามเนื้อสับ ข้อเข่าติด¹⁷ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hoogeboom และคณะ¹⁵ พบว่า อายุที่มากขึ้นส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ($OR = 1.08$)

การมีโรคร่วม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการฟื้นตัวหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($r = -.414$) กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งกายภาพ สรีรภาพ และการทำหน้าที่ของอวัยวะในระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคร่วม ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ การดูแลรักษาซับซ้อนมากขึ้น ทำให้กระบวนการฟื้นตัวหลังผ่าตัดล่าช้าออกไป เมื่อมีโรคร่วมที่อยู่ในสภาวะที่ควบคุมไม่ได้จะทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวและลุกออกจากเตียงได้ช้า ทำให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลยาวนานขึ้น เช่น ในสูงอายุที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะตกเลือด ภาวะช็อก ความดันโลหิตต่ำ และการได้รับสารน้ำเกินระหว่างผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ สราวุฒิ สีถาน¹¹ พบว่า ภาวะโรคร่วมตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป มีผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

ความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับการฟื้นตัวหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($r = -.532$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 กล่าวคือ การได้รับการผ่าตัดซึ่งเป็นสถานการณ์หรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้บุคคลเกิดความไม่พึงพอใจหรือเกิดอันตรายและจะแสดงพฤติกรรมที่สามารถ

สังเกตเห็นได้ เมื่อมีผลกระทบที่เกิดขึ้นบุคคลจะตอบสนองต่อความวิตกกังวล ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระดับความวิตกกังวล ซึ่งการเปลี่ยนแปลงมีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลขณะเผชิญเนื่องจากความปวดและไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ ทำให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดล่าช้า ความสามารถในการรับรู้และการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมลดลง ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น ระยะเวลาในการฟื้นตัวยาวนานขึ้น การศึกษาของ สรวุฒิ สีถาน¹¹ พบว่า ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีความวิตกกังวล ไม่กล้าเคลื่อนไหวหรือเคลื่อนไหวน้อย ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

สมมติฐานข้อที่ 2 ภาวะโภชนาการ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฟื้นตัวหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในผู้สูงอายุ

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการฟื้นตัวหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($r = .193$) กล่าวคือ ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเมื่อได้รับกำลังใจ การช่วยเหลือจากครอบครัว จะทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง การเข้าใจในปัญหาของญาติ ผู้ดูแล การสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ดี ส่งผลให้ต่อการทำงานของระบบประสาทต่อมไร้ท่อ ระบบภูมิคุ้มกัน และสามารถต่อสู้กับปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น แร่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะช่วยบรรเทาความเครียดและความวิตกกังวล ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการฟื้นตัวที่ดีได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพริน เจียเพิ่มสุข และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ

พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเปื่อยหลอดเลือดหัวใจ²⁰

อย่างไรก็ตาม พบว่า ภาวะโภชนาการ ไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในผู้สูงอายุ สามารถอธิบายได้ว่า ในการศึกษาในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมส่วนใหญ่ไม่มีภาวะทุพโภชนาการ มีจำนวนถึง 115 คน คิดเป็นร้อยละ 99.10 ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ภาวะโภชนาการไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Amin และคณะ พบว่า ภาวะโภชนาการไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวหลังผ่าตัด²¹

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เป็นแนวทางวางแผนปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยประเมินการสนับสนุนทางสังคมและความวิตกกังวล พร้อมทั้งให้ความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถฟื้นตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้เร็วขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำผลที่ได้จากการศึกษานี้ไปจัดโปรแกรมการวิจัยเชิงทดลอง โดยนำปัจจัยที่ได้คือ การสนับสนุนทางสังคมและความวิตกกังวลไปพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม



เอกสารอ้างอิง

1. Aubrun F. Management of postoperative analgesia in elderly patients. *Regional Anesthesia and Pain Medicine* 2005;30(4):363-79.
2. Prasaritha T. Osteoarthritis. Bangkok: Reanpunya printing; 2010. (in Thai).
3. Sattayawiwat W. Orthopedic nursing. 7th ed. Bangkok: NP Press; 2010 (in Thai).
4. Chareancholvanich K. Total knee arthroplasty. In: Nilkanuwong S. Rheumatism. 2th ed. Bangkok: NP Press; 2005. (in Thai).
5. Kurlowicz LH. Perceived self-efficacy, functional ability and depressive symptoms in older elective surgery patients. *Nursing Research* 1998;47(4):219-26.
6. Myles PS, Weitkamp B, Jones K, Melick J, Hensen S. Validity and reliability of a postoperative quality of recovery score: the QoR-40. *Br J Anaesth* 2000;84(1):11-5.
7. Tamnantong N. Rehabilitation clinical practice guideline. Bangkok: The Royal College of Physiatrists of Thailand; 2000. (in Thai).
8. Swangwatanasade O. Factors affecting the rehabilitation of quadriceps muscle in patients with osteoarthritis of knee. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Mahidol University; 1997. (in Thai).
9. Yimneum P. Factors related to health behaviors of the osteoarthritis patients post operation of total knee arthroplasty. [Master's Thesis, Faculty of Education]. Kasetsart University; 2012 (in Thai).
10. Kaewmanee K, Sindhu S, Danaidutsadeekul S, Tanmahasamut P. Factors associated with quality of 24 hours post laparoscopic surgical recovery in benign gynecologic patients. *Journal of Nursing Science* 2013;31(3):48-56. (in Thai).
11. Sritan S. Factor predicting recovery in patients post abdominal surgery. Mahidol University; 2014. (in Thai).
12. Khamsiri N, Wanitkun N, Sindhu S, Bunburaphong P. The relationship between blood loss, systemic inflammatory response syndrome, blood glucose, pain, and recovery in patients during the first 12 hours after open heart surgery. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing* 2014;23(1):2-18. (in Thai).
13. Tonner PH, Kampen J, Scholz J. Pathophysiological changes in the elderly. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology* 2003;17(2):163-77.
14. Dharmarajan TS, Unnikrishnan D, Dharmarajan L. Preparing the older adult for surgery. *Hospital Physician* 2003;39(11):45-54.



15. Hoogeboom TJ, van Meeteren NL, Schank K, Kim RH, Miner T, Stevens-Lapsley JE. Risk factors for delayed inpatient functional recovery after total knee arthroplasty. *BioMed Research International* 2015;1-5. Article ID 167643.<http://dx.doi.org/10.1155/2015/167643>.
16. Summers MN, Haley WE, Reveille JD, AlarcOan GS. Radiographic assessment and psychologic variables as predictors of pain and functional impairment in osteoarthritis of the knee or hip. *Arthritis & Rheumatism* 1988;31(2):204-09.
17. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research. 5th ed. Bangkok: U & I Intermedia; 2010. (in Thai).
18. Wangnum K. Factor related to self-care agency of older people with cancer receiving chemotherapy. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2007. (in Thai).
19. Allvin R, Ehnfor M, Rawal N, Idvall E. Experiences of the postoperative recovery process: an interview study. *Open Nurs J* 2008;2:1-7.
20. Jiaepoemsuk P, Ua-kit N. Selected factors associated with recovery among post coronary artery bypass graft patient. *Royal Thai Navy Medical Journal* 2018;45(1):66-84. (in Thai).
21. Amin AK, Patton JT, Cook RE, Brenkel IJ, Does obesity influence the clinical outcome at five years following total knee replacement for osteoarthritis?. *Bone & Joint Journal* 2006;88(3):335-40.

ผลของโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ต่อ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน The Effect of Experiential Health Education on Fall Prevention Behaviors in Older People with Parkinson's Disease

สายสมร พุ่มพิศ** ศิริพันธ์ สาส์ตย์**

Saisamorn Phumphid,* Siriphan Sasat**

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

* Student in Master Degree of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok

** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

** Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok

* Corresponding Author: phumphid.1@gmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันทั้งเพศชายและหญิงที่เข้ารับการรักษาศูนย์โรคพาร์กินสัน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 44 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติของคลินิกโรคพาร์กินสัน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง คือ แบบประเมินความรู้เรื่องการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน หาค่าดัชนีความตรงเนื้อหาเท่ากับ 0.87 และหาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน เท่ากับ 0.75 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าทีโดยกำหนดนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลการวิจัย พบว่า

1. ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่เข้าร่วมโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสอนสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Received: April 21, 2019; Revised: July 15, 2019; Accepted: August 15, 2019

2. ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่เข้าร่วมโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ ควรนำโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ ไปใช้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมประสาท สำหรับให้ความรู้ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเองนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการหกล้ม

คำสำคัญ : โรคพาร์กินสัน ผู้สูงอายุ พฤติกรรมป้องกันการหกล้ม

Abstract

The quasi experimental research with two group pretest-posttest design aimed to study of experiential health education on falls prevention behaviors in older people with Parkinson's disease. The participants consisted of both male and female older persons Parkinson's disease who received medical services at the Parkinson's disease clinic of King Chulalongkorn Memorial Hospital. The purposive sampling consisted of 44 older persons. The experimental group underwent experiential health education and the control group received conventional care. Perceived experiential health education was performed once a week for 8 weeks. The instruments was experiential health education. Data were collected using demographic questionnaire, Fall prevention behavior questionnaire in older Parkinson's disease and The instrument used to test the experiment is a knowledge assessment form for prevention of falls in elderly Parkinson's disease. Find content validity index equal to 0.87. The reliability of Fall prevention behavior questionnaire in older Parkinson's disease was 0.75. The data were analyzed using mean, percentage, standard deviation, and t-test. The significant difference was set at the .05 level.

Results from this study showed that:

1. Older persons with Parkinson's disease after participating in experiential health education had statistically significant fall prevention behavior better than before participating experiential health education at the level of .05.

2. Older persons with Parkinson's disease who participated in experiential health education had statistically significant fall prevention behavior better than the control groups who received conventional care.

Suggestions: The nursing program should bring the experiential health education used in the neurological ward for providing knowledge before discharge patients go to their home. To allow patients to realize the importance of self-care, leading to behavioral changes to prevent falls.

Keywords : parkinson's disease, older person, fall prevention behavior



ความเป็นมาและความสำคัญ ของปัญหา

โรคพาร์กินสัน เป็นภาวะผิดปกติที่เกิดจากการเสื่อมของเซลล์สมองในบริเวณสมองส่วนกลาง (Midbrain) ที่เรียกว่า Substantia nigra ทำให้การผลิตสารสื่อประสาท ที่เรียกว่า Dopamine ลดลง Dopamine ทำหน้าที่ควบคุมเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการสั่น แข็งเกร็ง เคลื่อนไหวช้า และสูญเสียการทรงตัว ส่งผลให้เกิดการหกล้มได้¹ ในประเทศอังกฤษ และทวีปยุโรป พบอุบัติการณ์การเกิดโรคพาร์กินสัน จำนวน 9.5 ราย ต่อประชากรจำนวน 1,000 ราย² สำหรับในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2554 พบจำนวน 396.8 ราย ต่อประชากร 100,000 คน โดยทั่วไป ในคนที่มีอายุมากกว่า 60 ปี พบได้ร้อยละ 1 - 2 จะเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น พบในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง³

การหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน หมายถึง การรับรู้ถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ที่ส่งผลให้ส่วนของร่างกายลงไปสู่พื้นผิวอื่นที่ต่ำกว่า หรือมีการปะทะกับสิ่งต่างๆ ก่อนที่จะลงสู่พื้น อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บ หรือไม่ได้รับบาดเจ็บก็ได้⁴ การหกล้มส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจต่อผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในประเทศออสเตรเลียมีผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ร้อยละ 70 มีการหกล้มซ้ำและบ่อย จำนวน 4.7 - 67.6 ครั้งต่อปี⁵ การหกล้มซ้ำมีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บสูงกว่าการหกล้มเพียงครั้งเดียว⁶ ในประเทศเซอร์เบีย พบว่า ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเกิดการหกล้มภายในบ้านมากกว่านอกบ้าน คิดเป็นร้อยละ 54.5 เกิดการฟกช้ำ ร้อยละ 71.8 ในจำนวนนี้พบมากที่สุด คือ ที่ไหล่ ร้อยละ 33 และที่ศีรษะ ร้อยละ 25 ตามลำดับ⁷ สำหรับ

อาการบาดเจ็บ พบว่า รักษาตัวในสถานพยาบาล ร้อยละ 75 และรับการผ่าตัดจากกระดูกหัก ร้อยละ 40.6 ผู้ป่วยพาร์กินสันที่หกล้มและมีกระดูกหัก ความสามารถในการฟื้นฟูจะช้ากว่าในผู้ป่วยทั่วไป และนำไปสู่การเกิดภาวะทุพพลภาพ นอนติดเตียง มีภาวะพึงพาสูง ภาวะแทรกซ้อนจากการหกล้ม ได้แก่ ภาวะขาดน้ำ อุณหภูมิร่างกายต่ำ เกิดแผลกดทับ ภาวะปอดอักเสบ และนำไปสู่การเสียชีวิตได้ ทางด้านจิตใจ คือ ความกลัวที่จะหกล้มซ้ำ เสียความมั่นใจที่จะเดินตามลำพัง แยกตัวและซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยลดการเข้าสังคม จำกัดกิจกรรมและลดการเคลื่อนไหว⁸ บทบาททางสังคมต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น และผลทางเศรษฐกิจทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น ร้อยละ 38 - 68 ผู้ป่วยพาร์กินสันมีการเคลื่อนไหวของร่างกายบกพร่อง การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อผิดปกติ ทำให้เคลื่อนไหวได้ช้า เดินกระตุกๆ ทำให้เกิดการสูญเสียการทรงตัว ส่งผลให้เสี่ยงต่อการหกล้มสูง การสูญเสียการทรงตัวและอาการก้าวขาไม่ออก เดินย่ำอยู่กับที่เหมือนเท้าติดอยู่กับพื้นเป็นปัญหาที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุที่สำคัญต่อการหกล้ม⁹ พบว่า ผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีการหกล้มส่วนใหญ่อยู่ในระยะความรุนแรงโรค ระดับ 2.5 ขึ้นไป คือ มีการพร่องการทำงานของร่างกายทั้ง 2 ด้าน ร่วมกับแกนกลางร่างกาย มีข้อเสนอแนะว่าในการทำโปรแกรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ควรคำนึงถึงเรื่อง ปัจจัยทางกายภาพ การประเมิน การช้ำ การจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย การให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมด้วย และการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วยพาร์กินสัน ช่วยป้องกันการหกล้มและเพิ่มคุณภาพชีวิตดีขึ้น¹⁰

ในประเทศไทย ร้อยละ 80 ของการหกล้มเกิดจากสภาพแวดล้อมภายในบ้านไม่เหมาะสมกับระยะความรุนแรงของโรค¹⁰ จากการศึกษาของ ปวันรัตน์ ศรีคำ⁴ พบว่า การหกล้มของผู้สูงอายุ

โรคพาร์กินสันส่วนใหญ่หกล้มภายในบ้าน คิดเป็นร้อยละ 92.30 สถานที่หกล้ม ได้แก่ ห้องนั่งเล่น ร้อยละ 40.00 รองลงมา คือ ห้องนอน ร้อยละ 30.00 และห้องน้ำ ร้อยละ 13.34 ลักษณะการหกล้ม ได้แก่ สะดุดล้มเอง ร้อยละ 24.62 รองลงมา คือ สลื่นไถลและสะดุดสิ่งกีดขวาง ร้อยละ 23.08 ทำทางการ หกล้ม ได้แก่ ล้มไปด้านหน้า/หน้าทิ่มลงพื้น ร้อยละ 33.85 รองลงมา คือ หงายหลัง/ล้มไปด้านหลัง ร้อยละ 27.69 ลักษณะการบาดเจ็บ ได้แก่ รอยถลอก มีบาดแผล ร้อยละ 27.69 รองลงมา คือ ฟกช้ำ ร้อยละ 26.15 และกล้ามเนื้อ เอ็นอักเสบ ร้อยละ 10.77 จากการศึกษาปัจจัยทำนายการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ของ ปวันรัตน์ ศรีคำ พบว่า การสูญเสียการทรงตัว ความกลัวการหกล้ม สิ่งแวดล้อมภายในบ้านและแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว สามารถทำนายโอกาสเกิดการหกล้มได้ร้อยละ 56.70 และพบว่า ความเสี่ยงของสิ่งแวดล้อมภายในบ้านสูงจะทำให้เกิดโอกาสเกิดการหกล้มเพิ่มขึ้น 1.40 เท่า⁴ จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยพาร์กินสัน พบการศึกษาด้านการเคลื่อนไหวและการทรงตัว ได้แก่ ผลของการฝึกเดิน ขึ้น-ลงบันไดในผู้ป่วยพาร์กินสัน ของ อัญชลี เจริญสันติไธ¹¹ การศึกษาผลของไม้เท้าเลเซอร์ช่วยเดินในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีปัญหาการเดินติดขัดของ วรณภัทศ บัวเทศ¹² ผลของการออกกำลังกายแบบรำไทยที่มีต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยพาร์กินสัน ของ สุรสา ไค้งประเสริฐ¹³ จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ไม่พบว่ามีการศึกษาพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน และจากการศึกษาของ ชูลี ภูทอง¹⁴ ได้จัดกิจกรรมโดยใช้กระบวนการเรียนรู้จาก ประสบการณ์ของ Kolb¹⁵ โดยจัดกิจกรรมต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ๆ ละครั้งๆ ละ 90 นาที ให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนประสบการณ์การ

ป้องกันการหกล้ม การสะท้อนความคิดและอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มเพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติ เสริมสร้างความรู้สึที่ดีในการปฏิบัติและสร้างความคิดรวบยอดกำหนดแนวทางในการปฏิบัติการป้องกันการหกล้ม ทั้งปัจจัยที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุเองและปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน และให้ผู้สูงอายุรับรู้ความสามารถของตนเองโดยการทดลอง ปฏิบัติการป้องกันการหกล้ม รวมทั้งการฝึกเรื่องการทรงตัวและการบริหารกล้ามเนื้อ ใช้ระยะเวลาการศึกษานาน 7 สัปดาห์ พบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น อย่างไรก็ตามยังไม่พบว่ามีการศึกษาพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน และไม่พบว่ามีการศึกษาการป้องกันการหกล้มจากปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมากที่สุด⁴ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน เพื่อจะได้วิธีป้องกันการหกล้มที่มีความเหมาะสม มีประสิทธิภาพเพื่อใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลและเป็นพื้นฐานสำหรับการวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb¹⁵ มาสร้างโปรแกรมซึ่งประกอบด้วย การสอนสุขภาพเรื่องการปฏิบัติในการป้องกันการหกล้มจากปัจจัยที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันและจากปัจจัยที่เกิดจากสภาพแวดล้อม โดยการให้ความรู้เรื่องโรคพาร์กินสัน ผลกระทบและการป้องกัน การจัดสภาพบ้าน การออกกำลังกายและการฝึกเดินสำหรับผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ประกอบด้วย

1. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของการป้องกันการหกล้ม

2. การสะท้อนความคิดและอภิปราย โดยการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มและหาแนวทางในการปฏิบัติการป้องกันการหกล้ม
3. การสร้างความคิดรวบยอดและกำหนดแนวทางการปฏิบัติ
4. การทดลองปฏิบัติ คือ การให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการปฏิบัติการป้องกันการหกล้ม โดยการทดลองให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้ฝึกปฏิบัติตนเกี่ยวกับการจัดสภาพบ้านให้เหมาะสม การออกกำลังกายและการฝึกเดิน ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้นำผลของการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันและระยะติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม มาแล้ว 4 สัปดาห์ แล้วพบว่ายังคงมีการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มนั้นอยู่ น่าจะทำให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมีการป้องกันการหกล้มที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

การสอนสุขภาพโดยใช้การเรียนรู้จากประสบการณ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb¹⁵ มีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมกลุ่มด้วยตนเอง โดยการจัดกิจกรรมต่อเนื่องกัน ผ่านสื่อการสอนและวีดิทัศน์ เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ละ 1 ครั้งๆ ละ 30 นาที รวม 3 ครั้ง และให้ปฏิบัติเองที่บ้านในสัปดาห์ 4 ถึงสัปดาห์ที่ 7 โดยผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์และประเมินผลในสัปดาห์ที่ 8 รวมระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของการป้องกันการหกล้ม โดยให้ผู้สูงอายุได้มาประสบการณ์ของการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุมาเสนอร่วมกันในกลุ่มและการเสนอแนะแนวทางการป้องกันการหกล้มจากปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันและปัจจัยจากสภาพแวดล้อม
2. การสะท้อนความคิดและอภิปราย โดยการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มและหาแนวทางในการปฏิบัติการป้องกันการหกล้ม
3. การสร้างความคิดรวบยอดและกำหนดแนวทางการปฏิบัติ โดยการชี้แนะแนวทางการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มที่ถูกต้องและให้ผู้สูงอายุร่วมกันแสดงความคิดเห็นในแนวทางการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มที่ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่ของตน
4. การทดลองปฏิบัติ คือ การให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการปฏิบัติการป้องกันการหกล้ม โดยการทดลองให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้ฝึกปฏิบัติตนเกี่ยวกับการจัดสภาพบ้านให้เหมาะสม การออกกำลังกายและการฝึกเดิน

พฤติกรรมการ
ป้องกันการหกล้ม
ในผู้สูงอายุโรค
พาร์กินสัน

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design)

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงได้รับวินิจฉัยเป็นโรคพาร์กินสันและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ จำนวน 44 คน ทั้งเพศชายและหญิงได้รับวินิจฉัยเป็นโรคพาร์กินสันและเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคพาร์กินสัน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน และผ่านเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยประเมินได้จากแบบประเมินภาวะสมองเสื่อม (Mini Mental State Examination Thai version : MMSE-Thai 2002) ซึ่งถ้าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ต้องได้ $\geq 14/23$ คะแนน ระดับประถมศึกษา ต้องได้ $\geq 17/30$ คะแนน และระดับสูงกว่าประถมศึกษา ต้องได้ $\geq 22/30$

2. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคอื่นที่เป็นอันตราย เช่น โรคหัวใจล้มเหลวแบบเฉียบพลัน โรคลิ้มเลือดในสมองอุดตันแบบเฉียบพลัน

3. ไม่มีข้อห้ามในการเคลื่อนไหว

4. ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมป้องกันการหกล้มจากสหสาขาวิชาชีพ

5. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ครบเวลาที่กำหนด

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power analysis) โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of test) 0.80 ที่ระดับนัยสำคัญ .05 และขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.50 ซึ่งเป็นระดับของขนาดอิทธิพลปานกลาง เปิดตารางขนาดกลุ่มตัวอย่างได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 22 คน¹⁶ รวมทั้งหมด 44 คน และใช้เกณฑ์จับคู่ระหว่างกลุ่ม (Matched pair group) ให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในด้าน อายุ (แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี) เพศเดียวกัน และการใช้ยา levodopa ระยะเวลาที่ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 3 เมษายน ถึงวันที่ 26 พฤษภาคม พ.ศ. 2560

ขั้นตอนการวิจัย

1. ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์สื่อการสอน แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน แบบประเมินความรู้เรื่องการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน และเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำกิจกรรม รวมถึงสื่อการสอนกิจกรรม power point

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และพิทักษ์สิทธิในการร่วมการวิจัย

3. การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 3.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพและประเมินแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้มก่อนเริ่มทำกิจกรรมการสอน ในสัปดาห์ที่ 1 และในสัปดาห์ที่ 1 - 3 ผู้วิจัยเริ่มทำการทดลองการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ โดยจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 - 45 นาที เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ดังนี้



ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคพาร์กินสัน ผลกระทบและ การป้องกัน การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้ เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน การออก กำลังกายและการฝึกเดิน ทั้งนี้ในแต่ละกิจกรรม ผู้วิจัยกระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แสดง ความคิดเห็น ร่วมอภิปรายถ่ายทอดประสบการณ์ ของตนและหาแนวทางการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน การหกล้มอย่างเต็มที่ และในสัปดาห์ที่ 4 - 7 ให้ ผู้สูงอายุนำไปปฏิบัติเองที่บ้านโดยศึกษาจาก วิดีทัศน์เรื่อง การจัดสภาพบ้านสำหรับผู้สูงอายุ โรคพาร์กินสัน การออกกำลังกายและการฝึกเดิน และติดตามทางโทรศัพท์เพื่อกระตุ้นและติดตาม การปฏิบัติตน พร้อมให้คำปรึกษา

3.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยแจ้งผู้สูงอายุ โรคพาร์กินสันให้ทราบว่า จะได้รับความรู้เรื่องโรค พาร์กินสัน การดูแลตนเอง จากแพทย์และพยาบาล จากคลินิกโรคพาร์กินสันตามปกติและทำแบบ ประเมินพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม พร้อมทั้ง นัดหมายผู้สูงอายุเพื่อพบกันครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 8 เพื่อประเมินพฤติกรรมป้องกันการหกล้มอีก ครั้ง และมอบคู่มือโรคพาร์กินสัน วิดีทัศน์การจัด สภาพบ้านสำหรับผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันและการ ออกกำลังกาย การฝึกเดิน คนละ 1 ชุด พร้อม กล่าวขอบคุณ

4. ประเมินผลการวิจัยในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมป้องกันการ หกล้มและประเมินความรู้เรื่องการปฏิบัติการ ป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา รายได้

สถานภาพการสมรส อาชีพ โรคประจำตัว อาการ ทางการเคลื่อนไหวและการมองเห็น ระยะเวลา และระยะความรุนแรงของโรค การออกกำลังกาย และการฝึกเดิน ประวัติการหกล้มและสาเหตุ และ การรักษาด้วยยา

1.2 แบบสอบถามพฤติกรรม การ ป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ผู้วิจัย ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับการศึกษางานวิจัยของ ชูลี ภูทอง¹⁴ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการระมัดระวัง การหกล้มจากการมองเห็น การป้องกันการหกล้ม และการทรงตัว การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความ แข็งแรงของกล้ามเนื้อและการฝึกเดิน และการลด ปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากสภาพแวดล้อม ผู้วิจัยได้สร้าง ขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยนำข้อ คำถามของแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม มาพิจารณาความครอบคลุมของโครงสร้าง เนื้อหา กำหนดรูปแบบของการวัดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ผู้สูงอายุปฏิบัติตามข้อความในประโยคนั้นๆ 5 - 7 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ผู้สูงอายุปฏิบัติตามข้อความในประโยคนั้นๆ 3 - 4 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติน้อยที่สุด หมายถึง ผู้สูงอายุปฏิบัติตามข้อความในประโยคนั้นๆ 1 - 2 วันต่อสัปดาห์ ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ผู้สูงอายุไม่ปฏิบัติตามข้อความในประโยคนั้นๆ เลย เกณฑ์การให้คะแนน ลักษณะคำถามเป็น ข้อความทั้งทางด้านบวกและด้านลบโดยมีการให้ คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	4 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	3 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัติน้อยที่สุด	2 คะแนน	3 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	1 คะแนน	4 คะแนน

การประเมินระดับพฤติกรรม การป้องกันการหกล้ม จากค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การป้องกันการหกล้ม มีการพิจารณาคะแนนมี เกณฑ์ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.50 ขึ้นไป หมายถึง มี พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มระดับสูงมาก คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการ ป้องกันการหกล้มระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ระดับพอใช้ คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 1.50 หมายถึง มี พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มระดับควร ปรับปรุง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ผู้วิจัยได้ จากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการหกล้ม ในผู้สูงอายุทั่วไปและผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน คือ โปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ ประกอบด้วย แผนการสอน คู่มือความรู้เรื่องโรค พาร์กินสันและวิถีทัศน์การจัดสภาพบ้าน การออก กำลังกายและการฝึกเดินในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ประกอบด้วย

3.1 แบบประเมินความรู้เรื่องการ ปฏิบัติการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรค พาร์กินสัน ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวน วรณกรรม โดยใช้แนวคิดการเรียนรู้จาก ประสบการณ์ของ Kolb¹⁵ ประกอบด้วย ข้อ คำถาม 18 ข้อ เป็นความรู้เกี่ยวกับประโยชน์การ ปฏิบัติการป้องกันการหกล้ม เรื่อง การออกกำลัง กาย การฝึกเดินและการจัดสภาพแวดล้อมภายใน บ้าน และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ ปรับข้อคำถามให้กระชับเข้าใจง่าย สำหรับผู้สูงอายุ ข้อคำถามใช้มาตรวัดเป็นมาตร ประเมินค่า (Likert scale) 5 ระดับ ปรับให้เป็น 3 ระดับ คือ เห็นด้วย (ใช่) ไม่แน่ใจ (ไม่ทราบ) ไม่ เห็นด้วย (ไม่ใช่) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ใช่	3 คะแนน	1 คะแนน
ไม่ใช่	2 คะแนน	2 คะแนน
ไม่ทราบ	1 คะแนน	3 คะแนน

การประเมินระดับความรู้จากค่าเฉลี่ย คะแนน มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน แบ่ง ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ความรู้ระดับดี หมายถึง มี คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป ความรู้ระดับปานกลาง หมายถึง มีคะแนน ร้อยละ 60 - 79 ความรู้ระดับ ต่ำ หมายถึง มีคะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไป ทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเช่นเดียวกับ กลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคพาร์กินสัน โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้หา ค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค แบบสอบถามพฤติกรรมการ ป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน การ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ผลการตรวจสอบได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.87 และค่าความเที่ยงแบบทดสอบทั้งฉบับ เท่ากับ 0.75 และแบบประเมินความรู้เรื่องการ ปฏิบัติการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรค พาร์กินสัน ผลการตรวจสอบได้ค่าดัชนีความตรง เชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.83 และค่าความเที่ยง แบบทดสอบเท่ากับ 0.77

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ทำการขอพิจารณา จริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการและ อนุกรรมการพิจารณาการวิจัยของโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ เลขที่โครงการวิจัย 708/59 วันที่ผ่าน อนุมัติ 30 มีนาคม พ.ศ. 2560 มีการพิทักษ์สิทธิ กลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการ



วิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลา การเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการเก็บ รวบรวมข้อมูลและชี้แจงให้ทราบสิทธิ์ของกลุ่ม ตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการ วิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง หรือต่อการ รักษาดูแลในสถานสงเคราะห์ แล้วให้สิทธิ์ในการ ตัดสินใจด้วยตัวเองในการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง คำตอบหรือ ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ ดำเนินการ

สรุปผลนำเสนอในภาพรวมและทำลายเอกสาร ของกลุ่มตัวอย่างเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูป โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (Standard deviation) และใช้สถิติ ทดสอบ Paired t-test และ Independent t-test โดยทดสอบนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์มีค่าเฉลี่ย คะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มก่อนการทดลองเท่ากับ 3.06 และหลังการทดลองเท่ากับ 3.58 เมื่อนำค่าคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมาเปรียบเทียบกับสถิติ Paired t-test พบว่า ค่าคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่มีค่าเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.52 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันก่อนและ หลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนพฤติกรรม ป้องกันการหกล้ม	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	3.06	0.24	พฤติกรรมການป้องกันระดับสูง	21	-12.76	.000
หลังการทดลอง	3.58	0.16	พฤติกรรมການป้องกันระดับสูงมาก			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	2.84	0.34	พฤติกรรมການป้องกันระดับสูง	21	-.72	.479
หลังการทดลอง	2.88	0.34	พฤติกรรมການป้องกันระดับสูง			

ผลการวิจัย พบว่า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรค พาร์กินสันของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 กลุ่ม ที่ได้รับการพยาบาลปกติ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.84 หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการ ป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ มี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.88 แต่อย่างไรก็ตามเมื่อ

นำคะแนนเฉลี่ยมาเปรียบเทียบกัน พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนพฤติกรรม ป้องกันการหกล้ม	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	3.06	0.24	พฤติกรรมการป้องกันระดับสูง	42	-2.70	.475
กลุ่มควบคุม	2.84	0.34	พฤติกรรมการป้องกันระดับสูง			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	3.58	0.16	พฤติกรรมการป้องกันระดับสูงมาก	42	-8.22	.000
กลุ่มควบคุม	2.88	0.34	พฤติกรรมการป้องกันระดับสูง			

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพ โดยใช้ประสบการณ์มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ในช่วง 5 ปีแรก ของระยะดำเนินโรคนั้น ผู้ป่วยพาร์กินสันจะมีความผิดปกติของการเดินในอัตราสูง ร้อยละ 55 - 60 ทำให้ผู้ป่วยพาร์กินสันหกล้มได้ง่าย¹⁷ นอกจากนี้ยังพบว่า สิ่งแวดล้อมภายในบ้านเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญทำให้ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันหกล้มได้ง่าย พบร้อยละ 80 ของการหกล้มเกิดขึ้นที่บ้าน มีสาเหตุมาจากสิ่งแวดล้อมภายในบ้านไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย และพบว่า ร้อยละ 29 ของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันหกล้มที่บ้าน มีสาเหตุมาจากพื้นที่ขรุขระ ไม่เรียบ มีสิ่งทำให้สะดุดหรือลื่น^{5,18}

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb¹⁵ มาเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน โดยนำประสบการณ์ของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มมาเป็นแหล่งการเรียนรู้ร่วมกับสะท้อนความคิดเห็นและอภิปราย โดยการเสริมสร้างการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันการหกล้มจากปัจจัยที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันเองและจากปัจจัยที่เกิดจากสภาพแวดล้อม โดยการให้ความรู้เรื่องโรคพาร์กินสัน ผลกระทบและการป้องกัน การจัดสภาพบ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ชุติ ภูทอง โดยการให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนประสบการณ์การป้องกันการหกล้ม การสะท้อนความคิดและอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงประโยชน์และอุปสรรคของการ

ปฏิบัติการป้องกันการหกล้มเพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติ เสริมสร้างความรู้สึกที่ดีในการปฏิบัติและกำหนดแนวทางในการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มทั้งปัจจัยที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุเองและปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มเพิ่มขึ้น¹⁴ และจากการศึกษาของ ภณทิลา ผ่องอำไพ กล่าวว่า การแก้ไขปัญหาการหกล้มในผู้สูงอายุที่ดีที่สุด คือ การป้องกันไม่ให้เกิดการหกล้มทั้งจากปัจจัยที่เกิดจากด้านร่างกายของผู้สูงอายุเองและปัจจัยที่เกิดจากสภาพแวดล้อมภายในบ้าน¹⁹ การให้ความรู้เพื่อระวังเมื่อเปลี่ยนท่า การประเมินความผิดปกติของรูปเท้า การทดสอบการมองเห็น การประเมินอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับและการปรับสภาพบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วยพาร์กินสัน ช่วยเพิ่มพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยพาร์กินสันได้²⁰ และจากการศึกษาของ อรรพรรณ กุลจิริง พบว่า ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันจะปรับพฤติกรรมตนเองเพื่อป้องกันการหกล้มได้ โดยการให้ความรู้เรื่องโรคพาร์กินสัน การปฏิบัติตน การออกกำลังกาย การเลือกอุปกรณ์ช่วยเดินและการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน²¹

สมมติฐานข้อที่ 2 พฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

ผลการศึกษา หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า โปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์เพิ่มพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน โดยการให้ความรู้และการอภิปรายร่วมกับผู้สูงอายุเพื่อหาแนวทางร่วมในการปฏิบัติจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential

learning) เมื่อเกิดการเรียนรู้และเข้าใจแล้วนำไปปฏิบัติ เกิดการรับรู้ความสามารถของตนและรู้สึกดีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นและนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ วลัยภรณ์ อารริรักษ์ พบว่า หลังใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้ม โดยการให้ความรู้ในการออกกำลังกายร่วมกับการฝึกปฏิบัติตน จนเกิดการรับรู้ประโยชน์และความสามารถของตน เกิดเป็นพฤติกรรมเพื่อป้องกันการหกล้มในเวลาต่อมา ผลการใช้โปรแกรม พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05²²

สำหรับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พยาบาลประจำคลินิกโรคพาร์กินสันจะให้คำแนะนำและให้คำปรึกษา ทุกครั้งที่มาตรวจอาการตามนัดและสามารถโทรถามข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการและการรักษาทางโทรศัพท์ได้ ซึ่งสามารถซักถามปัญหา ข้อขัดข้องได้ตลอดเวลา ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มไม่เพิ่มขึ้น

ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่ากลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อาจจะเป็นผลจากโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์อย่างใดก็ตามจากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่มทางสถิติ สรุปได้ว่า พฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันที่ได้รับการโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ด้านการพยาบาลควรนำโปรแกรมการสอนสุขภาพโดยใช้ประสบการณ์ ไปใช้ในหอผู้ป่วย

อายุรกรรมประสาท สำหรับให้ความรู้ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการหกล้ม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 8 สัปดาห์ และประเมินผลทันทีไม่มีการติดตามผล ในการวิจัยครั้งต่อไปอาจเพิ่มระยะเวลาในการติดตามเพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุโรคพาร์กินสันได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น รวมทั้งติดตามการเปลี่ยนแปลงและประเมินความคงทนของโปรแกรมได้

เอกสารอ้างอิง

1. Jankovic JJ, Tolosa E. Parkinson's disease and movement disorders. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
2. Lo RY, Tanner CM. Epidemiology. In: Rajesh PA, Kelly EL, editors. Handbook of Parkinson's disease. 5th ed. Boca Raton: CRC Press; 2013.
3. Bhidayasiri R, Saksornchai K, Kaewwilai L, Phanthumchinda K. A census of movement disorders at a Thai university hospital. J Neurol Sci 2011;301(1-2):31-4.
4. Sricom P. Predicting factors to fall in older persons with Parkinson's disease. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2014. (in Thai).
5. Mak MK, Pang MY. Parkinsonian single fallers versus recurrent fallers: different fall characteristics and clinical features. J Neurol 2010;257(9):1543-51.
6. Allen NE, Schwarzel AK, Canning CG. Recurrent fall in Parkinson's disease: a systematic review. Parkinsons Dis 2013;2013:906274.
7. Gazibara T, Pekmezovic T, Tepavcevic DK, Tomic A, Stankovic I, Kostic VS, et al. Circumstances of fall and fall-related injuries among patients with Parkinson's disease in an outpatient setting. Geriatr Nurs 2014;35(5):364-9.
8. Durmus B, Baysal O, Altinayar S, Altay Z, Ersoy Y, Ozan C. Lower extremity isokinetic muscle strength in patients with Parkinson's disease. J Clin Neurosci 2010;17(7):893-6.
9. Voss TS, Ele JJ, Wielinski CL, Aminoff MJ, Bandyopadhyay D, Chou KL, et al. Fall frequency and risk assessment in early Parkinson's disease. Parkinsonism Relat Disord 2012;18(7):837-41.
10. Bhidayasiri R, Jitkritsadakul O, Boonrod N, Sringean J, Calne SM, Hattori N, et al. What is the evidence to support home environmental adaptation in Parkinson's disease? A call for multidisciplinary interventions. Parkinsonism Relat Disord 2015;21(10):1127-32.



11. Charoensantiurai A. Effect of stair-walking in Parkinson patient. [Doctoral Dissertation, Faculty of Sport Science]. Chulalongkorn University; 2008. (in Thai).
12. Buated W. Efficacy of laser-guided walking devices in patients with Parkinson's disease with predominant gait freezing. [Doctoral Dissertation, Faculty of Sport Science]. Chulalongkorn University; 2008. (in Thai).
13. Khongprasert S. The effect of thai dance exercise program on functional performance and quality of life in the patient with Parkinson's disease. [Doctoral Dissertation, Faculty of Sport Science]. Chulalongkorn University; 2011. (in Thai).
14. Pootong C. The effect of risk reduction program on fall prevention behaviors of elderly at home. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2002. (in Thai).
15. Kolb DA. Experiential learning. New jersey: a simon and Schuster company; 1984.
16. Burns N, Susan K. The practice of nursing research: appraisal synthesis, and generation of evidence. 6th ed. Missouri: Saunders; 2011.
17. Bhidayasiri R, Phanthumchinda K, Boonnak S. The Parkinson's disease treatment book. 3rd ed. Bangkok: King Chulalongkorn momerial hospital; 2006. (in Thai).
18. Rudzinska M, Bukowczan S, Stozek J, Zajdel K, Mirek E, Chwata W, et al. Causes and consequences of fall in Parkinson disease patient in a prospective study. Neurol Neurochir Pol 2013;47(5):423-30.
19. Pongaumpai P. The effects of family empowerment program on fall prevention capabilities of the elderly. Journal of Royal Thai Navy Medical 2018;3(45):311-27. (in Thai).
20. Prachualarp C. Nurse competencies in caring patients with Parkinson's disease. Journal of Royal Thai Army Nurse 2015;16(1):1-7. (in Thai).
21. Kuljeerung O. The quality of life of the elderly with Parkinson's disease. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Burapha University; 2012. (in Thai).
22. Areerak W. Effects of a fall preventive behavior promotion program on perceived self-efficacy, outcome expectation in performance and fall preventive behavior among community-dwelling older adult at risk of falling. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Burapha University; 2010. (in Thai).

ปัจจัยครอบครัวที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวใน การดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง Family Factors Related to Family Care Behaviors for Patients with Hyperbaric Oxygen Therapy

พงศ์พันธุ์ ผ่องดี* จินตนา วัชรสินธุ์** วรณี เดียววิศเรศ**

Phongpan Pongdee,* Chintana Wacharasin,** Wannee Deoisres**

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จ.ชลบุรี

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi Province

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จ.ชลบุรี

** Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi Province

* Corresponding Author: noy9292@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูงและศึกษาปัจจัยครอบครัวที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกครอบครัวที่พาผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง ที่กองเวชศาสตร์ใต้น้ำและการบินกรมแพทยทหารเรือ ศูนย์เวชศาสตร์ความดันบรรยากาศสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ศูนย์เวชศาสตร์ความดันบรรยากาศสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ และกองเวชศาสตร์ใต้น้ำและการบิน โรงพยาบาลอานาการเกียรติวงศ์ จำนวน 74 ครอบครัว เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว แบบสอบถามความเครียดของครอบครัว และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์สมมติฐานสัมพันธภาพของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการดูแลของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูงอยู่ในระดับดี และปัจจัยครอบครัวด้านสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .322, p < .01$) ดังนั้นพยาบาลที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง ควรส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยเหล่านี้ เพื่อให้ครอบครัวมีความตระหนักและเห็นความสำคัญของสัมพันธภาพซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง

Received: April 22, 2019; Revised: August 27, 2019; Accepted: August 28, 2019



คำสำคัญ : สัมพันธภาพในครอบครัว ความเครียดของครอบครัว รายได้ของครอบครัว พฤติกรรมการดูแลของครอบครัว การรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง

Abstract

The purpose of this descriptive correlational research was to examine the family care behaviors for patients with hyperbaric oxygen therapy and relationships between family factors and family care behaviors for patients with hyperbaric oxygen therapy. The sample consisted of 74 family members who took the patients to receive hyperbaric oxygen therapy, division of underwater medicine and aviation department at Somdech Phra Pinklao Hospital, Somdej Phranangchaosirikit Hospital, and Abhakornkiatiwong Hospital. Research instruments were demographic record form, Family Relationship, Family Stress, and Family Care Behaviors questionnaires. Data analysis used such as frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation coefficient.

The results showed that family care behaviors for patients with hyperbaric oxygen therapy good level and family relationships had significantly moderate positive correlation with family care behaviors for the patients receiving hyperbaric oxygen therapy ($r = .322, p < .01$). Therefore, nurses responsible for the care of patients receiving hyperbaric oxygen therapy should promote the family relationship of these patients in order to enable families to be aware of and to appreciate the importance of relationships, which contribute to improve family care behaviors in the care of patients with hyperbaric oxygen therapy.

Keywords : family relationships, family stress, family income, family care behaviors, hyperbaric oxygen therapy

ความเป็นมาและความสำคัญ ของปัญหา

การรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูงเป็นการรักษาด้วยออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ ภายใต้ความดันบรรยากาศที่มากกว่าความดันบรรยากาศปกติ หรือ 1 บรรยากาศสมบูรณ์ ในห้องปรับแรงดันบรรยากาศสูง ซึ่งสามารถเพิ่มปริมาณออกซิเจนในเนื้อเยื่อให้สูงกว่าการหายใจด้วยออกซิเจนที่มีความดันปกติที่ระดับน้ำทะเล¹ โดยผู้ป่วยจะต้องเข้าไปในห้องปรับแรงดันบรรยากาศ

สูง ซึ่งมีลักษณะเป็นห้องแคบๆ คล้ายแคปซูล และมีเจ้าหน้าที่พยาบาลให้การดูแลอย่างใกล้ชิด คอยให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติตัวในขณะที่มีการเปลี่ยนแปลงความดันบรรยากาศ ปัจจุบันสมาคมแพทยเวชศาสตร์ใต้น้ำและความดันบรรยากาศสูงได้ยอมรับให้การรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูงใช้ในการรักษาโรคที่เกิดจากการดำน้ำ เช่น โรคฟองก๊าซอุดตันในหลอดเลือดแดง (Arterial gas embolism) โรคเหตุลดความกดหรือโรคน้ำหนึบ (Decompression sickness) และผู้ป่วยที่ได้รับ

พิษจากภาวะคาร์บอนมอนอกไซด์ (CO Poisoning) นอกจากนั้นยังใช้ในการรักษาเสริมผู้ป่วยที่มีภาวะ แผลหายยาก เช่น แผลเบาหวาน ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บภายหลังได้รับรังสีรักษา ผู้ป่วยที่ติดเชื้อของเนื้อเยื่อจากการถูกบดขยี้ การปลุกถ่ายผิวหนัง ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อของเนื้อเยื่อจากแบคทีเรียที่ไม่ใช้ออกซิเจน ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อและมีการตายของเนื้อเยื่อ ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเรื้อรังของเยื่อหุ้มกระดูก แผลไหม้จากความร้อน โรคฝีในสมอง และผู้ป่วยที่มีภาวะหูดับเฉียบพลัน ซึ่งผลของการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง จะทำให้ออกซิเจนในเลือดเพิ่มขึ้น ออกซิเจนจะจับกับเม็ดเลือดแดงได้ดีและละลายในเลือดสูงกว่าปกติ 10 - 13 เท่า จึงสามารถแก้ปัญหาภาวะพร่องออกซิเจนได้ดีและออกฤทธิ์ลดบวมของเนื้อเยื่อ ทำให้มีการเจริญเติบโตของเส้นเลือดใหม่ ส่งผลต่อการฆ่าหรือยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย ลดการบาดเจ็บจากเนื้อเยื่อในระยะแรก และลดขนาดของฟองก๊าซในผู้ป่วยโรคจากการดำน้ำ¹ ซึ่งกลไกในการรักษาแต่ละโรคก็จะมีแตกต่างกันไป

ครอบครัวเป็นหน่วยที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด เป็นแหล่งสำคัญในการดูแล ส่งเสริม และรักษาสุขภาพของบุคคลในครอบครัวทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย ซึ่งการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัวจะมีผลกระทบต่อครอบครัวทั้งระบบ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างการเจ็บป่วยมีผลต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัว² หากบุคคลในครอบครัวมีการเจ็บป่วยและมีความจำเป็นในการที่จะต้องมาได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง ซึ่งเป็นการรักษาที่มีในประเทศไทยไม่กี่แห่ง ส่วนใหญ่จะมีในโรงพยาบาลสังกัดกองทัพเรือ ซึ่งมีที่กรุงเทพและชลบุรีเท่านั้น ผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ต่างจังหวัด จึงมีความจำเป็นต้องเดินทางมาได้รับการรักษาในพื้นที่ที่

สะดวกที่สุด และอาจต้องใช้ระยะเวลานาน 2 - 3 เดือน กว่าที่จะเสร็จสิ้นการรักษา โดยผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูงส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัว ซึ่งบางคนอาจมีแผลบริเวณนิ้วเท้าหรือฝ่าเท้าจากแผลเบาหวาน อาจเดินไม่ได้หรือเดินได้ค่อนข้างลำบาก บางรายมีแผลบริเวณใบหน้าจากการฉายรังสี บางรายให้อาหารทางสายยางหรือสายสวนทางเดินปัสสาวะ เมื่อผู้ป่วยต้องมาเข้ารับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง สมาชิกครอบครัวต้องมาคอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย บางครอบครัวมีความจำเป็นต้องลางานหรือหยุดงานและอาจส่งผลต่อหน้าที่การงานและรายได้ครอบครัว ครอบครัวจะมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนสูงทั้งในด้านการเดินทางมาเข้ารับการ รักษา การจัดสรรเวลาเพื่อดูแลผู้ป่วย การจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสม การดูแลเรื่องที่พักอาศัย การช่วยเหลือในการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการ รักษา การดูแลหลังเข้ารับการ รักษา การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้หลังรับการรักษา เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นต้น หากในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความรักใคร่ผูกพันกัน สมาชิกในครอบครัวให้การดูแลผู้ป่วยในการมาเข้ารับการ รักษาด้วยออกซิเจนก็จะกระทำด้วยความเต็มใจและมีประสิทธิภาพ และหากสมาชิกในครอบครัวให้การดูแลที่ดีในด้านต่างๆ กับผู้ป่วยทั้งในด้านสนับสนุนในการเดินทาง เช่น คอยรับส่งในการเดินทาง ช่วยเหลือในด้านจัดการหาที่พักสนับสนุนในค่าใช้จ่ายต่างๆ เป็นต้น ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาคืบตามแผนการรักษา และสม่ำเสมอ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเข้ารับการ รักษา แต่ในทางกลับกันหากการมาได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง ผู้ป่วยไม่มีญาติมา

คอยดูแล ผู้ป่วยอาจมารักษาไม่สม่ำเสมอ หรือ พฤติกรรมการดูแลของครอบครัวไม่ดั่งจะส่งผลให้ การรักษาไม่ต่อเนื่องอาจไม่ครบตามแผนการรักษา ผู้ป่วยขาดการรักษาบ่อยหรือลาบ่อยและผู้ป่วยที่ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยอาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุขึ้น ได้ จากการสังเกตพฤติกรรมและการดูแลของครอบครัว และจากการสัมภาษณ์ครอบครัว ในช่วงระหว่าง เดือนมกราคม ถึง เดือนมีนาคม 2561 พบว่า สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาวะเครียด ได้จากค่ารักษาพยาบาล รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการ เดินทาง ค่าเช่าห้อง การต้องจากบ้านมาเป็นระยะ เวลานานในบางรายที่อยู่ต่างจังหวัด และอาจเกิด ภาวะเครียดจากการมีภาระเพิ่มมากขึ้นที่ต้องดูแล ผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

พฤติกรรมการดูแลของครอบครัวในการ ดูแลผู้ป่วยที่รักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง หมายถึง การปฏิบัติของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วย ที่มาเข้ารับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง โดย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลของ สมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลก่อนเข้ารับการรักษา และ พฤติกรรมการดูแลหลังรับการรักษา จากการ ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการ ดูแลของครอบครัว พบแต่ในโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน³ ความดันโลหิตสูง⁴ และโรคหลอดเลือดสมอง⁵ แต่เนื่องจากมีบริบทของการรักษา และดูแลที่แตกต่างกัน และในการพัฒนารูปแบบ การส่งเสริมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่รักษา ด้วยออกซิเจนแรงดันสูงควรมีข้อมูลเพื่อทราบว่า ครอบครัวมีพฤติกรรมอย่างไรอันจะนำไปสู่การ พัฒนารูปแบบการส่งเสริมครอบครัวที่เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มี หลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ดูแลสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วย ได้แก่ สัมพันธภาพ

ในครอบครัว ความเครียดครอบครัว รายได้ของ ครอบครัว โดยยังไม่มีการศึกษาพฤติกรรมการ ดูแลของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่รักษาด้วย ออกซิเจนแรงดันสูง แต่จะมีความรู้ใน พฤติกรรมการดูแลสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วย อื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรค หลอดเลือดสมอง พบว่า ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพ ครอบครัวที่ดีจะส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมี ความสามารถในการดูแลครอบครัวได้อย่างมี ประสิทธิภาพ ครอบครัวที่มีความเครียดจะส่งผล ต่อความสามารถและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย และ รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ การดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัย สัมพันธภาพ ในครอบครัวซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อ พฤติกรรมการดูแล ความเครียดของครอบครัวมี ความสัมพันธ์ทางลบ และรายได้ของครอบครัวมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย เพื่อมาศึกษาในงานวิจัยนี้

สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นเสมือน สายสัมพันธ์ที่สมาชิกในครอบครัวมีต่อกัน ครอบครัวใดมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันสมาชิก ในครอบครัวก็จะอยู่อย่างมีความสุข มีความเอื้ออาทร และพึงพาอาศัยกันได้ เมื่อสัมพันธภาพของบุคคล ในครอบครัวดี หากมีปัญหาหรืออุปสรรคเกิด ขึ้นกับสมาชิกของครอบครัวคนใดคนหนึ่ง สมาชิก ในครอบครัวจะช่วยให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และ คอยปลอบใจเพื่อให้สามารถผ่านอุปสรรคหรือ ปัญหานั้นไปจนได้ แต่หากสัมพันธภาพของบุคคล ในครอบครัวไม่ดี สมาชิกในครอบครัวไม่มีความรัก ความผูกพันต่อกัน ปัญหาที่อาจไม่ได้รับการแก้ไข และอาจทำให้ปัญหาในครอบครัวเพิ่มขึ้นด้วย สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อ การดูแลผู้ป่วย⁵ สมาชิกในครอบครัวมีส่วนทำให้ ผู้ป่วยสามารถปรับตัวจากการมีส่วนร่วมในการ

ดูแลกันและกันเช่นเดียวกับการศึกษาของ ชีรนนท์ วรรณศิริ⁶ ซึ่งศึกษาในสมาชิกครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน พบว่า ครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ที่ดี สมาชิกมีความใกล้ชิด รักใคร่ผูกพัน เข้าใจความรู้สึก และความต้องการของกันและกันจะเป็นปัจจัยสนับสนุนที่ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีความสามารถในการดูแลครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความเครียดเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกถูกกดดัน ไม่สบายใจ วุ่นวายใจ เนื่องจากการที่บุคคลรับรู้หรือประเมินสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ของตนว่าเป็นสิ่งที่คุกคามจิตใจ⁷ ในบทบาทของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องช่วยดูแลสุขภาพผู้ป่วย อ่อนล้าเกิดจากปริมาณงานมีมากเกินไป จะรู้สึว่าการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้เกิดความเครียดแก่สมาชิกอื่นในครอบครัว เนื่องจากครอบครัวต้องให้การดูแล เป็นภาระทำให้ตนเองสูญเสียความเป็นส่วนตัว อ่อนล้าเกิดจากปริมาณงานมีมากเกินไป เสียสุขภาพกาย สุขภาพจิต ก็จะทำให้เกิดความตึงเครียด และส่งผลให้พฤติกรรมในการดูแลของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยไม่เหมาะสม ไม่อยากให้การดูแล ซึ่งความเครียดเกิดจากการให้การดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลและต้องเผชิญกับภาวะอารมณ์และการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย⁸ ความเครียดจึงส่งผลต่อความสามารถและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย ดังการศึกษาของ ภาววิณี พรหมบุตร นพวรรณ เปียชื่อ และ สมนึก สกกุลหงส์โสภณ⁹ ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเครียดมากจะรับรู้ความสามารถของตนเองน้อย ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย

รายได้ของครอบครัว เป็นรายได้ของสมาชิกทั้งครอบครัวรวมกัน ซึ่งในการมารับการรักษาด้วยออกซิเจนสูง จะมีค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาค่อนข้างสูง โดยค่าใช้จ่ายในการเข้า

การรักษาด้วยห้องปรับแรงดันบรรยากาศสูงชนิดหลายห้องครั้งละ 1,250 บาท และค่าใช้จ่ายในการเข้าการรักษาห้องปรับแรงดันบรรยากาศสูงชนิดหนึ่งห้องครั้งละ 1,600 บาท โดยที่ผู้ป่วยแต่ละคนจะต้องเข้ารับการรักษา 10 - 40 ครั้ง¹⁰ ผู้ที่มาเข้ารับการรักษาส่วนใหญ่จะมาจากต่างจังหวัด ต้องมีค่าใช้จ่ายในการเข้าห้องพัก ค่าใช้จ่ายในการกินอยู่ของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวที่คอยดูแล ครอบครัวจะต้องคอยรับส่งในการเดินทาง บางครอบครัวอาจต้องลางานหรือหยุดงานมาคอยดูแลผู้ป่วย ซึ่งหากครอบครัวผู้ป่วยที่มาับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง มีรายได้ที่ดีและมั่นคง มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดี ก็จะไม่มีปัญหาในส่วนของการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาเข้ารับการรักษา หากผู้ป่วยมีสมาชิกครอบครัวมาคอยดูแล และสมาชิกครอบครัวมีพฤติกรรมในการดูแลที่ดี ผู้ป่วยก็จะได้รับการรักษาต่อเนื่อง หากครอบครัวมีรายได้ไม่ดีก็จะมีปัญหาในส่วนของการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง อีกทั้งยังส่งผลให้พฤติกรรมในการดูแลไม่ดี ผู้ป่วยอาจไม่มีครอบครัวมาคอยดูแล และได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่องหรือเข้ารับการรักษาไม่ครบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นภารัตน์ ธัญธิโรสมานกุล, จินตนา วัชรสินธ์ และ วรณีย์ เดียววิเรศ³ พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกและร่วมทำนายนายการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

ผู้วิจัยจึงมีความมุ่งหวังที่จะศึกษาถึงปัจจัยครอบครัวที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มาับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำกับญาติในการดูแลผู้ป่วยที่มาับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูงให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

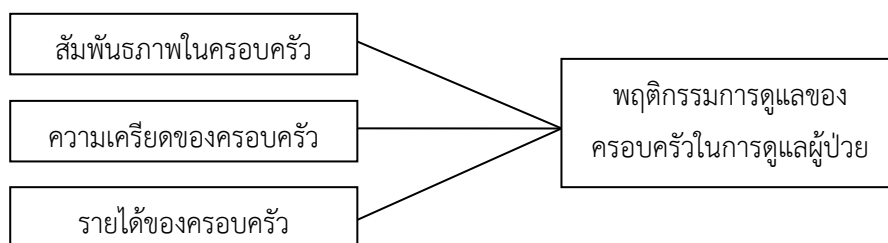
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัว ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว ความเครียดของครอบครัว และรายได้ของครอบครัว กับพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูงเป็นอย่างไร
2. สัมพันธภาพในครอบครัว ความเครียดของครอบครัว และรายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูงหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดทฤษฎีระบบครอบครัว¹¹ และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบคิดในการศึกษา จากการศึกษาปัจจัยครอบครัวที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง ผู้วิจัยได้สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาได้ ดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ โดยศึกษาถึงปัจจัยครอบครัวที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ สมาชิกครอบครัวที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นสมาชิกครอบครัวที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูงที่กองเวชศาสตร์ใต้น้ำและการบิน กรมแพทย์ทหารเรือ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ และโรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ ในช่วงเดือนเมษายน 2561 ถึงเดือน พฤษภาคม 2561 เป็นสมาชิกครอบครัวมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับครอบครัวได้ มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยในฐานะ บิดา มารดา บุตร คู่สมรส พี่น้อง หลาน หรือญาติ และสามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ดี จำนวน 74 ครอบครัว

ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบสะดวก ตามเกณฑ์คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ใช้สูตรคำนวณ¹² $N \geq 50 + 8m$ โดยที่ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง m = จำนวนตัวแปรอิสระ (มี 3 ตัวแปร) ได้กลุ่มตัวอย่าง $\geq 50 + (8 \times 3)$ การวิจัยนี้ จึงกำหนดขนาดตัวอย่างเท่ากับ 74 ครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วย อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว โครงสร้างของครอบครัว ได้แก่ ลักษณะครอบครัว และจำนวนสมาชิกในครอบครัว

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สิทธิในการรักษา โรคที่ต้องมาับการรักษา และจำนวนครั้งที่ต้องมาับการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวของ อรอนงค์ ภูธรรงค์, เพลินพิศ ฐานิพัฒนานนท์ และ ลัพณา กิจรุ่งโรจน์⁵ โดยปรับข้อความให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งข้อคำถามมี 15 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามปลายปิด โดยมีข้อคำถามทางบวก 12 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14 และ 15 ส่วนข้อความทางลบ 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5, 7 และ 12 โดย ข้อคำถามเป็นมาตรฐานค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ 1 = ไม่ตรงกับความจริง 2 = จริงเล็กน้อย 3 = จริงส่วนใหญ่ 4 = จริงทั้งหมด แปลผลคะแนนโดยใช้ค่าคะแนนรวมของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 15 - 60 คะแนน ครอบครัวที่มีคะแนนรวมสูง หมายถึง ครอบครัวมีสัมพันธภาพ

ในครอบครัวดี ส่วนครอบครัวที่มีคะแนนรวมต่ำ หมายถึง ครอบครัวมีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเครียดของครอบครัว ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความเครียดของครอบครัวของ ศรีรัตน์ คุ่มสิน¹³ โดยปรับข้อความให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งข้อคำถามมี 20 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด ตอบโดยประเมินจากข้อความนั้นว่า ตรงกับความรู้สึกของตนเองมากน้อยเพียงใด โดยใช้มาตราประมาณค่า (Rating scale) กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบจาก 5 ตัวเลือก คือ 1 = ไม่เคย 2 = เกือบไม่เคย 3 = บางครั้ง 4 = ค่อนข้างบ่อย 5 = เป็นประจำ แปลผลคะแนนโดยใช้ค่าคะแนนรวมของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 20 - 100 คะแนน ครอบครัวที่มีคะแนนรวมสูง แปลผลว่า ครอบครัวมีความเครียดสูง ส่วนครอบครัวที่มีคะแนนรวมต่ำ แปลผลว่า ครอบครัวมีความเครียดน้อย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มาับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง ผู้วิจัยสร้างมาจากทบพวนวรรณกรรม ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลก่อนเข้ารับการรักษ และพฤติกรรมในการดูแลหลังรับการรักษา มีข้อคำถาม จำนวน 18 ข้อ เป็นมาตรฐานค่า 4 ระดับ คือ 1 = ไม่ปฏิบัติ 2 = ปฏิบัตินานๆ ครั้ง 3 = ปฏิบัติบ่อยครั้ง 4 = ปฏิบัติเป็นประจำ แปลผลคะแนนโดยใช้ค่าคะแนนรวมของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 18 - 72 คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน 55 - 72 หมายถึง พฤติกรรม การดูแลของครอบครัวอยู่ในระดับดี คะแนน 37 - 54 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 18 - 36 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลของครอบครัวอยู่ในระดับไม่ดี

≡ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ≡

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว แบบสอบถามความเครียดของครอบครัว และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลครอบครัว จำนวน 1 ท่าน พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่รักษาด้วยออกซิเจนความดันสูง จำนวน 1 ท่าน และแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ใต้น้ำ จำนวน 1 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนำมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 1, 0.94 และ 0.94 ตามลำดับ

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับครอบครัวที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง จำนวน 20 ราย แล้วนำมาคำนวณค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงแบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว แบบสอบถามความเครียดของครอบครัว และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง เท่ากับ 0.86, 0.83 และ 0.82 ตามลำดับ

≡ การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ≡

โครงร่างวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ 02-04-2561 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ เลขที่ COA-NMD-REC011/61 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยการยึดหลักพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวกับผู้ป่วยและผู้ดูแล อธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษาให้ทุกรายทราบ และขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลและชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยการตอบรับหรือปฏิเสธ ไม่มีผลต่อการมารับการรักษาที่โรงพยาบาล คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่าง ผู้วิจัยนำเสนอในภาพรวมและนำข้อมูลมาใช้เฉพาะในการศึกษาในครั้งนั้นเท่านั้น โดยในระหว่างคำถามหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการตอบคำถามกลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกการตอบแบบสอบถามได้

≡≡≡ การเก็บรวบรวมข้อมูล ≡≡≡

ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจาก คณะบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึง หัวหน้าศูนย์เวชศาสตร์ความดันบรรยากาศสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ และผู้อำนวยการกองเวชศาสตร์ใต้น้ำและการบิน โรงพยาบาลอภากรเกียรติวงศ์ และกรมแพทยทหารเรือ เพื่อขออนุญาตเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมแล้วเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การเข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ และให้เซ็นใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างตอบในห้องนั่งรอผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยออกซิเจน

แรงดันสูง และเก็บรวบรวมแบบสอบถามคืน ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 15 - 30 นาที โดยทำการเก็บข้อมูลจากครอบครัวที่พาผู้ป่วยมารับรักษาด้วยออกซิเจนออกซิเจนแรงดันสูง ในช่วงเดือนเมษายน 2561 ถึง เดือนพฤษภาคม 2561 ตั้งแต่ วันจันทร์ - วันศุกร์ ในช่วงเวลา 08.00 - 16.00 น. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป คำนวณค่าสถิติต่างๆ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ
2. ข้อมูลสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ความเครียดของครอบครัว รายได้ของครอบครัว และพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง

วิเคราะห์โดยหาค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ปัจจัยครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง เนื่องจากการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ จึงใช้การวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยใช้เกณฑ์การระบุระดับความสัมพันธ์ ของ Cohen¹⁵ ดังนี้

- .10 - .29 หมายความว่า มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
- .30 - .49 หมายความว่า มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
- .50 - 1.00 หมายความว่า มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ โดยศึกษาถึงปัจจัยครอบครัวที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง จำนวน 74 ครอบครัว ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ส่วน นำเสนอเรียงตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ลักษณะตัวแปรที่ศึกษา

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.20 ช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงอายุ 41 - 60 ปี ร้อยละ 66.22 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 20 - 40 ปี ร้อยละ 17.57 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 36.50 รองลงมา อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 29.70 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 79.70 สมาชิกครอบครัวมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยด้วยการเป็นสามี-ภรรยา มากที่สุด ร้อยละ 40.50 รองลงมา เป็นบุตรของผู้ป่วยเอง ร้อยละ 31.10 กลุ่มตัวอย่าง ประกอบอาชีพรับจ้าง



มากที่สุด ร้อยละ 21.60 รองลงมา คือ อาชีพข้าราชการและธุรกิจส่วนตัวเท่ากัน ร้อยละ 14.90 ส่วนใหญ่เป็นลักษณะครอบครัวขยาย มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่ 2 - 9 คน ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว ระหว่าง 1 - 4 คน (ร้อยละ 58.10) ส่วนรายได้เฉลี่ยของทุกคนในครอบครัวรวมกันอยู่ในช่วง 20,001 - 40,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.78 โดยผู้ป่วยได้รับรายได้จากบุตร ร้อยละ 39.19 และได้จากของตัวผู้ป่วยเอง ร้อยละ 32.43

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ข้อมูลของผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง ที่อยู่ในความดูแลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 51.40 อายุของผู้ป่วย มากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 41 - 60 ปี และอยู่ในช่วงอายุ 61 - 80 ปี เท่ากัน ร้อยละ 39.19 ผู้ป่วยจบการศึกษาชั้นประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 45.90) รองลงมา จบระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 16.20) ส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 68.90) สิทธิในการรักษาพยาบาล ใช้สิทธิประกันสุขภาพมากที่สุด ร้อยละ 37.80 รองลงมา ใช้สิทธิข้าราชการ ร้อยละ 23.00 บุคคลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วยมากที่สุด คือ คู่สมรส ร้อยละ 29.70 รองลงมา อาศัยอยู่กับบุตร ร้อยละ 21.60 มากกว่าครึ่งมีโรคประจำตัว ร้อยละ 67.60 โรคที่ต้องมาการรักษาเป็นแผลในช่องปากมากที่สุด ร้อยละ 35.14 รองลงมา มาการรักษาด้วยภาวะแผลหายยาก แผลเบาหวาน ร้อยละ 24.32 จำนวนครั้งของการรักษา 40 ครั้งมากที่สุด ร้อยละ 39.20 รองลงมา คือ จำนวน 10 ครั้ง ร้อยละ 20.30

ส่วนที่ 2 ลักษณะตัวแปรที่ศึกษา

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ของครอบครัว มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 58,493 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 82,187 สัมพันธภาพในครอบครัว มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 44.74 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.17 ความเครียดของครอบครัว มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 32.24 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.96 และพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 61.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.39

ตารางที่ 1 ลักษณะตัวแปรที่ศึกษา (n = 74)

ตัวแปร	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าจริง	Mean	SD
รายได้ครอบครัว	-	5,000 - 600,000	58,493	82,187
สัมพันธภาพในครอบครัว	15 - 60	27 - 54	44.74	10.17
ความเครียดของครอบครัว	20 - 100	20 - 65	32.24	9.96
พฤติกรรมการดูแลของครอบครัว	18 - 72	20 - 72	61.08	13.39

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง

ผลการวิจัย พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมดูแลของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง ($r = .322, p < .01$) ส่วนความเครียดและรายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย
ที่มารับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง

ปัจจัยครอบครัว	พฤติกรรมการดูแลของครอบครัว	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
1. สัมพันธภาพในครอบครัว	.322**	.005
2. ความเครียดของครอบครัว	-.081 ^{ns}	.491
3. รายได้ของครอบครัว	.212 ^{ns}	.086

ns = non significant, ** p < .01

การอภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูงอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 61.08 อาจเนื่องจากสมาชิกครอบครัวพาผู้ป่วยมารักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูงมากกว่า 5 ครั้งจึงมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ประกอบกับส่วนใหญ่ครอบครัวที่ศึกษามีจำนวนสมาชิกในครอบครัวระหว่าง 1 – 4 คน คิดเป็นร้อยละ 58.10 จึงมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน เมื่อมีสมาชิกครอบครัวเจ็บป่วย สมาชิกคนอื่นในครอบครัวจึงช่วยกันดูแลด้วยความรัก ความผูกพัน ความเอาใจใส่ หรือความสำนึกในบุญคุณและหน้าที่¹⁵ การศึกษานี้สมาชิกครอบครัวที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นสามี-ภรรยา และบุตรมาช่วยให้การดูแลอยู่ด้วย โดยเป็นสามี-ภรรยา มากที่สุด ร้อยละ 40.50 รองลงมาเป็นบุตรของผู้ป่วยเอง ร้อยละ 31.10 ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดและผูกพันกับผู้ป่วย สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา จึงเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยก็จะได้รับการดูแลและช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัวด้วยความเต็มใจ และครอบครัวมีพฤติกรรมการดูแลเหมาะสม

ทั้งก่อนเข้ารับการรักษาและหลังการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง จึงช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวในการมารับการรักษาออกซิเจนแรงดันสูง ได้ถูกต้องและปลอดภัย

2. ปัจจัยครอบครัวที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง อภิปรายได้ดังนี้

2.1 สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง อาจเนื่องจากสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นเหมือนสายสัมพันธ์ที่สมาชิกในครอบครัวมีต่อกัน สมาชิกครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีความเอื้ออาทรและพึ่งพาอาศัยกันได้ หากมีปัญหาหรืออุปสรรคหรือเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับสมาชิกของครอบครัวคนใดคนหนึ่ง สมาชิกในครอบครัวจะช่วยเหลือ ให้กำลังใจซึ่งกันและกันเพื่อให้สามารถผ่านอุปสรรคหรือปัญหานั้นไปจนได้ ในการศึกษาครั้งนี้สมาชิกครอบครัวที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องเป็นสามี-ภรรยาเป็นบุตรของผู้ป่วยเอง ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดและผูกพันกับผู้ป่วย สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา จึงเข้าใจ

ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยก็จะได้รับการดูแลและช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัวด้วยความเต็มใจ และครอบครัวมีพฤติกรรมการดูแลเหมาะสมทั้งก่อนเข้ารับการรักษาและหลังการรักษาด้วยด้วยออกซิเจนแรงดันสูง ซึ่งการศึกษานี้พบเช่นเดียวกับการศึกษาของ เรียม นมรัช¹⁶ ที่พบว่า ครอบครัวที่สัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวดี มีการยอมรับภายในครอบครัว มีการให้คุณค่าแก่กันและกันในครอบครัว มีผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองของสมาชิกในครอบครัวเพิ่มขึ้น และจากการศึกษาของ อีรณันท์ วรรณศิริ⁶ ที่พบว่า ครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ที่ดี สมาชิกมีความใกล้ชิด รักใคร่ผูกพัน เข้าใจความรู้สึกและความต้องการของกันและกันจะเป็นปัจจัยสนับสนุนที่ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีความสามารถในการดูแลครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการศึกษาของ นภารัตน์ อัญญศิริโสภณกุล และคณะ³ พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2.2 ความเครียดของครอบครัว ไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มาับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง ซึ่งความเครียดของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย คือ ความรู้สึกถูกกดดัน ไม่สบายใจ วุ่นวายใจ กลัว วิตกกังวลเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มาับรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง อาจเนื่องจากครอบครัวยอมรับว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภารกิจของครอบครัวที่จะต้องดูแลสมาชิกครอบครัวเมื่อมีการเจ็บป่วย ความเครียดของครอบครัวเหล่านี้จึงไม่สูง จึงไม่ส่งผลพฤติกรรมดูแลของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มาับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง และโรคที่ผู้ป่วยต้องมาับการรักษาด้วยออกซิเจน

แรงดันสูงเป็นโรคที่ไม่รุนแรงมาก พบเป็นแผลในช่องปากมากที่สุด ร้อยละ 35.14 รองลงมา มาับการรักษาด้วยภาวะแผลหายยาก แผลเบาหวาน ร้อยละ 24.32 และผู้ป่วยส่วนมากสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ คิดเป็นร้อยละ 71.60 อีกทั้งสมาชิกครอบครัวรับรู้ถึงโรคที่เป็นอยู่แล้ว และก่อนมาับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูงพยาบาลได้ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวและแนะนำสถานที่และวิธีการรักษา ครอบครัวต้องดูแลก่อนและหลังเข้ารับการรักษา ประกอบกับครอบครัวมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มาับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูงอย่างน้อย 5 ครั้ง ครอบครัวอาจสามารถปรับตัวและคุ้นเคยกับพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยที่มาับการรักษาด้วยออกซิเจนได้แล้ว ครอบครัวจึงมีระดับความเครียดโดยรวมต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมบัติ น้ำดอกไม้, จินตนา วัชรสินธุ์ และวรรณิ เตียววิศเรศ¹⁷ ที่พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีความเครียดค่อนข้างต่ำ ญาติผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งด้านมุ่งแก้ไขปัญหาและการจัดการด้านอารมณ์ ซึ่งสอดคล้องกับ สุภาพร จงประกอบกิจ¹⁸ ที่ศึกษาความเครียด การเผชิญความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด และพบว่า ระดับความเครียดโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่อยู่ในระดับต่ำ

2.3 รายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มาับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง อาจเนื่องจากครอบครัวผู้ป่วยมีรายได้ที่ดีพอควร มีค่าเฉลี่ยของทุกคนในครอบครัวรวมกันอยู่ในช่วง 20,001 – 40,000 บาท โดยผู้ป่วยที่มาับการรักษาส่วนใหญ่เป็นโรคที่สามารถเบิกค่ารักษาได้จากสิทธิในการรักษา ถึงแม้จะมีโรคบางโรคซึ่งไม่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ แต่

ทางโรงพยาบาลได้แจ้งคำรักษาพยาบาลให้ครอบครัวทราบก่อนตัดสินใจมารับการรักษา ประกอบกับการดูแลผู้ป่วยไม่ต้องใช้เงินในการดูแลมากนัก ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเดินทางกลับบ้านของตนเอง ไม่ต้องเสียค่าที่พัก จึงไม่มีปัญหาในส่วนของการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาเข้ารับการรักษา ดังนั้นรายได้ครอบครัวจึงไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูง การศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นภารัตน์ ธัญธิโรจนากุล และคณะ³ ที่พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกและร่วมทำนุบำรุงการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

ข้อเสนอแนะ

1. การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วย

ออกซิเจนแรงดันสูงนั้น ควรคำนึงถึงสัมพันธภาพในครอบครัวด้วย พยาบาลควรประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว และควรส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวตระหนักและให้ความสำคัญกับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูงอย่างถูกต้องและเหมาะสมเพิ่มมากขึ้น

2. การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในครอบครัวผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยออกซิเจนแรงดันสูงที่มีลักษณะของโรคที่แตกต่างกันมีจำนวนในแต่ละโรคที่น้อย อาจมีความรุนแรงของโรคที่ต่างกันและพฤติกรรมที่การดูแลที่อาจแตกต่างกันบ้างในแต่ละโรค ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นหรือศึกษาเฉพาะในกลุ่มโรคใดโรคหนึ่งเพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Yanapirak P. Hyperbaric nursing. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2015. (in Thai).
2. Wright LM, Leahey M. Nurses and families: a guide to family assessment and intervention. 6thed. Philadelphia: F. A. Davis; 2013.
3. Thantirisopanakun N, Wacharasin N, Nueesarit W. Factors influencing the management of family members with type 2 diabetes. Journal of the Faculty of Nursing Burapa University 2011;19 (suppl.1):35-49. (in Thai).
4. Boonvas K, Tiparat W, Salalux P, Suwanwelal D, Patum S. Factor affecting family management for having a hypertension diagnosis and co-morbidity in Trang Municipality. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2016;26(3):144-57. (in Thai).
5. Kulnarong O, Thanawattanaan P, Kitrungraj L. Readiness to look after family relationships and stress in the caregiver role of Muslim stroke patients. Journal of Narathiwat Rajanagarindra University 2012;4(1):14-27. (in Thai).

6. Wannasiri T. Families relationship in self-care promotion for uncontrolling blood sugar in type 2 diabetes. Kuakarun Journal of Nursing 2016;23(2):31-50. (in Thai).
7. Lazarus RS, Folkman A. Stress appraisal and coping. New York: Springer; 1984.
8. Aiadsuy N, Wongvatunyu S, Chaiviboontham S. Stress and coping of caregivers of patients who were diagnosed with brain tumors in the waiting period for brain surgery. Rama Nurs J 2013;19(3):349-64. (in Thai).
9. Prombut P, Piasue N, Sakunhongsophon S. Factors related to stress in relatives of caregivers of stroke patients at home. Rama Nurs J 2014;20(1):82-96. (in Thai).
10. Hyperbaric Center Somdech Phra Pinklao Hospital. Family care for hyperbaric oxygen therapy. [Online]. (cited 2017 January10). Available from: <http://www.pinklao.go.th/services-view.php?id=598>. (in Thai).
11. Friedman MM, Bowden VR, Jones EG. Family nursing: research, theory and practice. 5th ed. New Jersey: Upper Saddle River; 2003.
12. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. Boston: Allyn and Bacon; 2001.
13. Kumsin S. Effectiveness of empowerment program on perception of empowerment and levels of stress in caregivers elderly stroke patients. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Burapha University; 2003. (in Thai).
14. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. NJ: Lawrence Erlbaum Associate; 1988.
15. Sasat S, Pukdeeprom T. Elderly care assistant. Journal of Public Health 2010;18(1): 107-19. (in Thai).
16. Namarak R. Family factors influencing exercise and eating behavior among elderly with overweight in Muang district, Nakhon Prathom province. [Master's Thesis, Faculty of Nursing.] Burapha University; 2015. (in Thai).
17. Numdokmai S, Wacharasin C, Deoisres W. Effects of nursing intervention program based and illness belief model on family caregivers' stress and caring for stroke patients. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2016;24(1):27-38. (in Thai).
18. Chongprakit S. Stress coping and social support of colorectal cancer patients receiving chemotherapy. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Mahidol University; 2008. (in Thai).



ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม Factors Predicting Staff Nurses' Quality of Work Life, Hospitals under the Jurisdiction of the Ministry of Defense

ศรียา ยังศิริ* สุวิณี วิวัฒน์วานิช**

Sariya Youngsiri,* Suvinee Wivatvanit**

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok

** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

** Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok

* Corresponding Author: ys.sariya@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะงาน การบริหารแบบมีส่วนร่วม และการสนับสนุนจากองค์การ กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ และตัวแปรพยากรณ์ที่ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม 4 โรงพยาบาล โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 330 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามลักษณะงาน แบบสอบถามการบริหารแบบมีส่วนร่วม แบบสอบถามการสนับสนุนจากองค์การ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงาน มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.81, 0.80, 0.83 และ 0.93 ตามลำดับ ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89, 0.96, 0.96 และ 0.93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน ผลการวิจัย พบว่า 1) คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมอยู่ในระดับสูง 2) ลักษณะงาน การบริหารแบบมีส่วนร่วม และการสนับสนุนจากองค์การ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.51, 0.68$ และ 0.72) ตามลำดับ 3) ตัวแปรพยากรณ์ที่ร่วมกันทำนายความผันแปรของคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ มีความสำคัญตามลำดับ ดังนี้ การสนับสนุนจากองค์การ การบริหารแบบมีส่วนร่วม ลักษณะงาน สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ ได้ร้อยละ 59.3 ($R^2 = 0.593$) ผู้บริหารควรเห็นความสำคัญของการสนับสนุนจากองค์การ การธำรงรักษาไว้ซึ่งการเป็น

Received: April 22, 2019; Revised: August 19, 2019; Accepted: August 28, 2019



สมาชิกที่ดีขององค์กร ให้โอกาสในการร่วมคิดสร้างสรรค์วิธีการทำงาน พร้อมทั้งส่งเสริมแรงจูงใจในการทำงาน โดยให้มีโอกาสรับทราบผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลอยู่ในระดับสูงขึ้น

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิตการทำงาน ลักษณะงาน การบริหารแบบมีส่วนร่วม การสนับสนุนจากองค์กร

Abstract

The purposes of this research were to describe the quality of work life of staff nurses in hospital the jurisdiction of the ministry of defense and describe relationships between the job characteristics, participative management, organizational support and investigate factors predicting quality of work life of staff nurses. The subjects consisted of 330 staff nurses in hospital the jurisdiction of the ministry of defence selected by simple random sampling technique. The research instruments were questionnaires consisted of job characteristics, participative management, organizational support and quality of work life. Questionnaires which were tested for content validity were 0.81, 0.80, 0.83, and 0.93, and the reliability were 0.89, 0.96, 0.96, and 0.93. Statistical techniques utilized in data analysis were Mean, Standard deviation, Pearson's product moment correlation coefficient and Stepwise multiple regression analysis. Major findings were the following: 1) The quality of work life of staff nurses was at the high level. 2) Job characteristics, participative management and organizational support were positive and significantly related to the quality of work life, at the .05 level. ($r = 0.51, 0.68, \text{ and } 0.72$). 3) The variables that could significantly predict the quality of work life of staff nurses in hospital under the jurisdiction of the ministry of defense were the job characteristics, participative management and organizational support predictors account for ($R^2 = 0.593$) of variance. To maintain the high quality of work life level, nursing administrators should recognize how important of organizational support, keeping good relationships of employees, allowing staffs to have creative thinking for any particular tasks, promoting motivation and updating job performance regularly.

Keywords : quality of work life, job characteristics, participative management, organizational support

≡ ความเป็นมาและความสำคัญ ≡ ของปัญหา

จากกระแสของสังคมโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องทั้งในด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม ทำให้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริหารงานเกิดขึ้น คุณภาพชีวิตการทำงาน เป็นแนวคิดการบริหารจัดการที่ให้ความสำคัญกับบุคคลในเรื่องการทำงาน การมีความพึงพอใจ มีความสุข และรู้สึกว่าการการทำงานทำให้ชีวิตมีคุณค่า เกิดความรู้สึกยึดมั่นผูกพันในองค์กร¹ ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการบริหารงานเพราะคนเป็นทรัพยากรที่สำคัญและเป็นต้นทุนที่มีคุณค่า การมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีนั้น คือ การที่องค์กรสามารถตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของผู้ปฏิบัติงานได้ ส่งผลให้งานขององค์กรนั้น มีคุณภาพและประสิทธิภาพ รวมทั้งความสำเร็จขององค์กร² คุณภาพชีวิตการทำงานจะเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา จากลักษณะขององค์กรหรือความคาดหวังของคนทำงานในองค์กรที่เปลี่ยนแปลงไป³ การที่องค์กรมีบุคคลที่มีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี เท่ากับเป็นการสร้างประสิทธิภาพและคุณภาพของงาน และทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความสุข⁴ ดังนั้นองค์กรต่างๆ จึงควรจะต้องมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรให้เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะองค์การพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยงานทางด้านสุขภาพที่พยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยตรง ดังนั้นก่อนที่พยาบาลจะสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้อื่นได้นั้น คุณภาพชีวิตของพยาบาลก็ควรที่จะต้องอยู่ในระดับที่ดีก่อนจึงจะทำให้คุณภาพการบริการพยาบาลดีไปด้วย อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนผู้รับบริการ

จากการศึกษาของ ศรีญญา คงอยู่⁵ ได้ทำการวิเคราะห์ห่อภิมานปัจจัยเชิงเหตุของคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล พบว่า แนวคิดคุณภาพชีวิตการทำงานมีองค์ประกอบที่แตกต่างกัน และมีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร เพราะคุณภาพชีวิตการทำงานมีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานโดยตรง สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์การพยาบาลโดยรวม ซึ่งผู้บริหารทางการพยาบาลให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของผู้ใต้บังคับบัญชาโดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม

โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมที่มีขนาด 500 เตียงขึ้นไป ประกอบด้วย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ซึ่งมีวิสัยทัศน์ที่สอดคล้องกัน คือ การเป็นองค์กรขีดสมรรถนะสูงที่มีความเชี่ยวชาญในการรักษาพยาบาล และการเป็นโรงพยาบาลที่มีคุณภาพ มุ่งเน้นทั้งด้านบริการ วิชาการ มีพันธกิจในการให้บริการแก่ทหาร ครอบครัว และพลเรือน เป็นโรงพยาบาลหลักในการส่งต่อจากหน่วยบริการในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิของแต่ละเหล่าทัพตามลำดับ นอกจากนี้ยังเป็นหน่วยสนับสนุนการศึกษาสำหรับบุคลากร พัฒนางานวิจัยทางการแพทย์ และสนับสนุนกิจกรรมของกองทัพในแต่ละสังกัด ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีการพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถดูแลรักษาพยาบาลผู้รับบริการที่มีความซับซ้อนของโรค รวมทั้งการพัฒนาความสามารถของตนในการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย และจากกรอบทวนมาตรฐานการพยาบาล พบว่า ขนาดของโรงพยาบาลที่มีความแตกต่างกันตามการแบ่งระดับ

ของโรงพยาบาล จะทำให้ขอบเขตของการบริการและบทบาทของพยาบาลในการให้บริการสุขภาพนั้นแตกต่างกันด้วย^{6,7}

พยาบาลประจำการโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม เป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่มีลักษณะงานรับผิดชอบสองด้าน คือ ลักษณะงานตามภารกิจของพยาบาลวิชาชีพและภารกิจทางการทหาร⁸ ลักษณะการทำงานจะมีสายบังคับบัญชาตามชั้นยศ การบริหารงานเป็นลำดับขั้น มีกฎระเบียบทางทหารที่ต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ซึ่งแตกต่างจากพยาบาลในสังกัดอื่นๆ คุณภาพชีวิตการทำงานมีลักษณะเป็นพลวัตที่สามารถเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลา และจากการศึกษาของ ศิริธัญญา คงอยู่⁵ พบว่า ลักษณะงาน การบริหารงาน และการสนับสนุนจากองค์กร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล โดยในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกแนวคิดคุณภาพชีวิตการทำงานของ Walton² เนื่องจากมีองค์ประกอบที่ครอบคลุมคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม

ลักษณะงาน ในการทำงานถ้าผู้ปฏิบัติรับรู้ได้ว่าลักษณะงานที่ทำเป็นงานที่มีคุณค่า จะทำให้เกิดความพยายามและทุ่มเทเพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดย Hackman & Oldham¹ กล่าวว่า ลักษณะงานที่สามารถจูงใจให้คนทำงานจะมีลักษณะที่มีความเป็นอิสระในการทำงาน มีความหลากหลายของงาน มีเอกลักษณ์ของงาน และการได้รับรู้ผลการปฏิบัติงาน เนื่องจากลักษณะงานดังกล่าวจะสร้างแรงจูงใจบุคคลในการทำงาน และผลลัพธ์ คือ เพิ่มผลผลิต และความพึงพอใจในงานจากการปฏิบัติงานอย่างเต็มศักยภาพ สอดคล้องกับ Werther & Davis⁹ ได้กล่าวว่าในองค์กรใดที่มีการออกแบบงาน โดยมีลักษณะงานที่มีความหมาย มีคุณค่า มีความท้าทาย จะจูงใจ

ให้ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคคล

การบริหารงานแบบมีส่วนร่วม เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล โดยการบริหารแบบมีส่วนร่วม เป็นกลยุทธ์ในการพัฒนาที่เน้นการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในงาน ส่งผลต่อความพึงพอใจและเป็นแรงจูงใจแก่ผู้ปฏิบัติงานในงานที่ตนตัดสินใจกระทำ ตามแนวคิดของ Sashkin¹⁰ ได้กล่าวว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วมเป็นเรื่องเกี่ยวกับการให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีการวางแผน และควบคุมกิจกรรมการปฏิบัติงานด้วยตนเอง ในลักษณะวิธีการที่สำคัญ 4 ประการ คือ 1) การมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย 2) การตัดสินใจ 3) การแก้ปัญหา 4) การเปลี่ยนแปลงในองค์กร และ Swansburg¹¹ กล่าวว่าผู้ปฏิบัติงานที่มีอิสระในงาน ในการตัดสินใจ ทำให้มีความทุ่มเทในงาน เต็มใจในการปฏิบัติงานอย่างเต็มที่และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มความรับผิดชอบที่ตนได้รับ ดังนั้นรูปแบบการบริหารงานจึงมีส่วนสำคัญในการที่จะทำให้ผู้ปฏิบัติงาน เกิดความพึงพอใจ สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีความสุข เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้พยาบาลเกิดคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี

ส่วนการสนับสนุนจากองค์กร เป็นแนวคิดที่มีการพัฒนามาจากการแลกเปลี่ยนทางสังคม เป็นการกระทำที่เป็นผลต่อเนื่องจากการตอบสนองของบุคลากรต่อองค์กร จากการรับรู้ต่อการสนับสนุนจากองค์กร ดังนั้นการที่องค์กรเอาใจใส่ให้ความสำคัญอยู่ที่ดี สนับสนุนความต้องการของบุคคลให้โอกาสในการพัฒนา¹² มีผลต่อการรับรู้ของบุคลากรว่าตนเองมีคุณค่าต่อองค์กร ก่อให้เกิดแรงจูงใจและตอบสนององค์กรด้วยการทำงานอย่างเต็มความสามารถ ทำให้นั้นประสบความสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กร¹³ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้พยาบาลตระหนักว่า องค์กร

เห็นคุณค่าของตน จะทุ่มเทและตั้งใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น ผลที่ตามมา คือ ความอดสาหัสในการทำงาน มีความคิดสร้างสรรค์เพื่อองค์การ โดยการสนับสนุนด้านต่างๆ นี้เพื่อให้เกิดการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ มีการพัฒนาวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ และสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ใช้บริการด้วย¹⁴

จากเหตุผลที่กล่าวว่าคุณภาพชีวิตการทำงานมีลักษณะเป็นพลวัตที่สามารถเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลา และจากลักษณะขององค์การหรือความคาดหวังของคนทำงานในองค์การที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมที่สัมพันธ์กับลักษณะงาน การบริหารแบบมีส่วนร่วม และการสนับสนุนจากองค์การ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลใช้ในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมให้ดียิ่งขึ้น อันจะส่งผลต่อคุณภาพของงานในองค์การต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

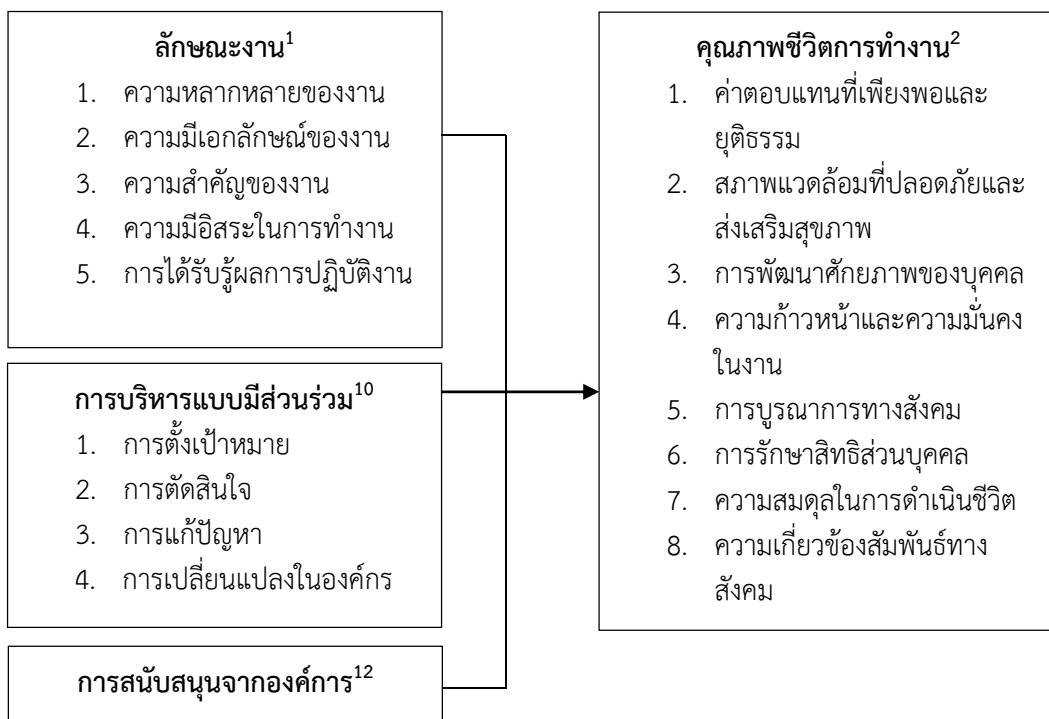
1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะงาน การบริหารแบบมีส่วนร่วม และการสนับสนุนจากองค์การกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม
3. เพื่อศึกษาตัวแปรพยากรณ์ที่ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม

สมมติฐานการวิจัย

1. ลักษณะงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม
2. การบริหารแบบมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม
3. การสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม
4. ตัวแปรพยากรณ์ ลักษณะงาน การบริหารแบบมีส่วนร่วม และการสนับสนุนจากองค์การ สามารถร่วมพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัย พบว่า ลักษณะงาน การบริหารแบบมีส่วนร่วม และการสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงาน การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ที่สัมพันธ์กับลักษณะงาน การบริหารแบบมีส่วนร่วม และการสนับสนุนจากองค์การ โดยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตการทำงาน of Walton² และผู้วิจัยสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดได้ดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากร คือ พยาบาลประจำการทุกระดับ ยกเว้นหัวหน้าพยาบาล ปฏิบัติงานในทุกแผนกของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิสังกัดกระทรวงกลาโหมที่มีจำนวน 500 เติ่งขึ้นไป มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 4 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลในสังกัดกองทัพบก จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลในสังกัดกองทัพอากาศ จำนวน 2 แห่ง และโรงพยาบาลในสังกัดกองทัพบกเรือ จำนวน 1 แห่ง ทั้งนี้เลือกโรงพยาบาลในสังกัดกองทัพบกเรือ จำนวน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ เพื่อเป็น

กลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยจำนวน 30 คน และสำรวจจำนวนพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงกลาโหมรวมทั้งสิ้น จำนวน 2,659 คน (ข้อมูลสถิติจำนวนพยาบาลของโรงพยาบาลแต่ละแห่งระหว่างวันที่ 1 - 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558)

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลประจำการทุกระดับที่มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี ยกเว้นหัวหน้าพยาบาล โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากร โดยการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตร Yamane¹⁵ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 336 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของพยาบาลประจำการในแต่ละโรงพยาบาล โดยวิธีการ

คำนวณตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละโรงพยาบาลให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามที่ต้องการ โรงพยาบาลสมเด็จพระมงกุฎเกล้า มีจำนวนพยาบาลประจำการ 785 คน กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ 127 คน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้ามีจำนวนพยาบาลประจำการ 550 คน กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ 89 คน และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช มีจำนวนพยาบาลประจำการ 741 คน กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ 120 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างพยาบาลประจำการแต่ละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในทุกกลุ่มงานการพยาบาล ประกอบด้วย งานผู้ป่วยใน งานผู้ป่วยนอก งานห้องผ่าตัด งานวิสัญญี งานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน งานห้องคลอด และกลุ่มงานอื่นๆ ด้วยการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากรายชื่อจากพยาบาลทั้งหมด ให้ครบตามจำนวนที่ต้องการจำนวนทั้งสิ้น 336 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ประเภทหน่วยงาน เป็นคำตอบมีให้เลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง รวมข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ที่ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น

ตอนที่ 2 แบบสอบถามลักษณะงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามลักษณะงานของ จุฑาวดี กลิ่นเฟื่อง¹⁶ ให้สอดคล้องกับบริบทพยาบาลประจำการ โรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม ตามแนวคิดของ Hackman &

Oldham¹ มีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ แบบสอบถามครอบคลุมลักษณะงาน ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) ความหลากหลายของงาน จำนวน 4 ข้อ 2) ความมีเอกลักษณ์ของงาน จำนวน 3 ข้อ 3) ความสำคัญของงาน จำนวน 3 ข้อ 4) ความมีอิสระในการทำงาน จำนวน 3 ข้อ และ 5) การได้รับรู้ผลของการปฏิบัติงาน จำนวน 3 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการบริหารแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามการบริหารงานแบบมีส่วนร่วมของหัวหน้าหอผู้ป่วยของ ภัทรา เผือกพันธุ์¹⁷ ให้สอดคล้องกับบริบทของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ตามแนวคิดของ Sashkin¹⁰ มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ แบบสอบถามครอบคลุมการบริหารแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) การตั้งเป้าหมาย จำนวน 2 ข้อ 2) การตัดสินใจ จำนวน 3 ข้อ 3) การแก้ปัญหา จำนวน 2 ข้อ 4) การเปลี่ยนแปลงในองค์การ จำนวน 3 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนจากองค์การ ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามการสนับสนุนจากองค์การของ เบญจรัตน์ สมเกียรติ¹⁸ ให้สอดคล้องกับบริบทของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ตามแนวคิดของ Eisenberger, Huntington, Hutchison, & Sowa¹² มีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

ตอนที่ 5 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Walton² มีข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ แบบสอบถาม

สอดคล้องและครอบคลุมกับองค์ประกอบ ทั้ง 8 ด้าน คือ 1) ค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม จำนวน 4 ข้อ 2) สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย และส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ 3) การพัฒนาศักยภาพของบุคคล จำนวน 3 ข้อ 4) ความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน จำนวน 4 ข้อ 5) การบูรณาการทางสังคม จำนวน 4 ข้อ 6) การรักษาสิทธิส่วนบุคคล จำนวน 3 ข้อ 7) ความสมดุลในการดำเนินชีวิต จำนวน 3 ข้อ และ 8) ความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ทางสังคม จำนวน 3 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

เกณฑ์การแปลผลคะแนนของแบบสอบถามตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการ 5 ระดับ ใช้เกณฑ์ของ ประคอง กรรณสูต¹⁹ คือ ระดับสูงที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00) ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49) ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49) ระดับต่ำที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัย นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่า CVI ของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.88 นำมาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามและผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แต่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.97

การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัย นำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในการวิจัย จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ทั้ง 3 แห่ง เมื่อได้รับการอนุมัติให้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่างกับพยาบาลผู้ประสานงานของแต่ละโรงพยาบาลและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย การคัดเลือกพยาบาลประจำการที่มีคุณสมบัติและจำนวนสมาชิกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประสานงานกับผู้รับผิดชอบด้านการวิจัยของกลุ่มงานการพยาบาลในโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ให้เป็นผู้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้วิจัย นำแบบสอบถามที่ได้รับคืน จำนวน 330 ฉบับ จากจำนวนแบบสอบถามทั้งหมด 336 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 98.21 มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ เลขที่ COA-NMD-REC032/59 จากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก รหัสจริยธรรมเลขที่ Q029q/59_Exp และจากคณะกรรมการศูนย์วิจัยและพัฒนาสิ่งประดิษฐ์ค้นคิดทางการแพทย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทยทหารอากาศ อนุมัติโครงการวันที่ 21 ม.ค. 60

การวิเคราะห์ข้อมูล ประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและวิเคราะห์โดยใช้สถิติวิเคราะห์ดังนี้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ 2) วิเคราะห์ลักษณะงาน การบริหารแบบมีส่วนร่วม การสนับสนุนจากองค์กร และคุณภาพชีวิตการทำงาน ด้วยการหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และประเมินระดับจากค่าเฉลี่ย จำแนกตามโดยรวมและรายด้าน 3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล

ลักษณะงาน การบริหารแบบมีส่วนร่วม การสนับสนุนจากองค์กร และคุณภาพชีวิตการทำงาน ด้วยการทำค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) และทดสอบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4) วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ลักษณะงาน การบริหารแบบมีส่วนร่วม การสนับสนุนจากองค์กรกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม และสร้างสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม พบว่า อายุระหว่าง 30 – 39 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.20 มีสถานภาพโสดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.90 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 20,001 – 30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 56.10 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่ามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 87.00 มีประสบการณ์การทำงานต่ำกว่า 10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.20 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.70 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติงานผู้ป่วยใน คิดเป็นร้อยละ 72.00

2. คุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.62$, $SD = 0.53$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลประจำการอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ด้านความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ทางสังคม ($\bar{X} = 4.11$, $SD = 0.60$) ด้านการรักษาสิทธิส่วนบุคคล

($\bar{X} = 3.97$, $SD = 0.65$) ด้านการบูรณาการทางสังคม ($\bar{X} = 3.96$, $SD = 0.65$) ด้านสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ ($\bar{X} = 3.91$, $SD = 0.71$) และด้านการพัฒนาศักยภาพของบุคคล ($\bar{X} = 3.72$, $SD = 0.76$) ส่วนคุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลประจำการอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน ($\bar{X} = 3.47$, $SD = 0.76$) ด้านความสมดุลในการดำเนินชีวิต ($\bar{X} = 3.20$, $SD = 0.88$) ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม ($\bar{X} = 2.65$, $SD = 0.87$)

3. การรับรู้คุณค่าลักษณะงาน of พยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.62$, $SD = 0.53$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความสำคัญของงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.67$, $SD = 0.47$) โดยที่ด้านความมีเอกลักษณ์ของงานมีค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} = 4.39$, $SD = 0.55$) ด้านความหลากหลายของงาน ความมีอิสระในการทำงาน และการได้รับรู้ผลการปฏิบัติงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} = 4.35$, $SD = 0.51$, $\bar{X} = 4.21$, $SD = 0.81$ และ $\bar{X} = 4.11$, $SD = 0.69$ ตามลำดับ)

4. การรับรู้ถึงการบริหารแบบมีส่วนร่วม of พยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โดยรวมอยู่ในระดับสูงค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} = 4.00$, $SD = 0.59$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง โดยด้านการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาในงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.16$, $SD = 0.64$) รองลงมาเป็นการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในงาน ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} = 4.05$, $SD = 0.62$) ส่วนการมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงในองค์กรและการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย มีค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} = 3.91$, $SD = 0.72$ และ $\bar{X} = 3.89$, $SD = 0.69$ ตามลำดับ)



5. การรับรู้ถึงการสนับสนุนจากองค์การของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.00$, $SD = 0.59$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า พยาบาลประจำการรับรู้ว่าหน่วยงาน เปิดโอกาสให้ทุกคนแสดงความสามารถในการปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.99$, $SD = 0.78$) รองลงมาเป็นการรับรู้ว่าหน่วยงานให้ความสำคัญ และเห็นคุณค่าในการทำงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} = 3.82$, $SD = 0.77$) หน่วยงานพร้อมที่จะดูแลช่วยเหลือท่านเมื่อมีปัญหา ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} = 3.80$, $SD = 0.89$) หน่วยงานจัดระบบให้มีการสนับสนุนบุคลากรที่เป็นแบบอย่าง ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} = 3.72$, $SD = 0.92$) หน่วยงานมีการจัดระบบรับคำร้องเมื่อมีต้องการความช่วยเหลือเป็นกรณีพิเศษ และมีการสำรวจความพึงพอใจในงานของบุคลากรอย่าง

สม่ำเสมอ ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} = 3.61$, $SD = 0.92$ และ $\bar{X} = 3.60$, $SD = 0.94$ ตามลำดับ)

6. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะงานการบริหารแบบมีส่วนร่วม การสนับสนุนจากองค์การกับคุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลประจำการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับลักษณะงาน การบริหารแบบมีส่วนร่วม การสนับสนุนจากองค์การ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ลักษณะงาน และการบริหารแบบมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลประจำการอยู่ในระดับปานกลาง ($r = 0.51$ และ 0.68 ตามลำดับ) ส่วนการสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลประจำการอยู่ในระดับสูง ($r = 0.72$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างลักษณะงาน การบริหารแบบมีส่วนร่วม และการสนับสนุนจากองค์การกับคุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ($n = 330$)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตการทำงาน		ระดับ
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	
ลักษณะงาน	0.51	0.000	ปานกลาง
การบริหารแบบมีส่วนร่วม	0.68	0.000	ปานกลาง
การสนับสนุนจากองค์การ	0.72	0.000	สูง

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ค่าอำนาจการพยากรณ์ (R^2) และค่าอำนาจการพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ($n = 330$)

ลำดับขั้นพยากรณ์	R	R^2	R^2 change	F	p-value
1. การสนับสนุนจากองค์กร	0.720	0.519	0.519	353.410	0.000
2. การสนับสนุนจากองค์กรและการบริหารแบบมีส่วนร่วม	0.766	0.587	0.068	232.396	0.000
3. การสนับสนุนจากองค์กร การบริหารแบบมีส่วนร่วม และลักษณะงาน	0.770	0.593	0.006	158.278	0.000

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (B) และคะแนนมาตรฐาน ($Beta$) ของสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้พยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ($n = 330$)

ตัวพยากรณ์	b	SE b	$Beta$	t	p-value
การสนับสนุนจากองค์กร	0.344	0.035	0.470	9.755	0.000
การบริหารแบบมีส่วนร่วม	0.272	0.049	0.300	5.540	0.000
ลักษณะงาน	0.118	0.054	0.099	2.176	0.030
ค่าคงที่	0.726	0.186		3.910	0.000
$R = 0.770$ $R^2 = 0.593$ $SE_{est} = 0.342$ $F = 158.278$ $p\text{-value} = 0.000$					

7. ปัจจัยที่สามารถร่วมพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ดังตารางที่ 2 และ 3 ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน พบว่า ในขั้นสุดท้ายตัวแปรการสนับสนุนจากองค์กร ตัวแปรการบริหารแบบมีส่วนร่วม และตัวแปรลักษณะงานสามารถร่วมพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถร่วมพยากรณ์ความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการได้ร้อยละ

59.3 ($R^2 = 0.593$) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน ($Beta$) พบว่า ตัวแปรพยากรณ์ที่มีค่า $Beta$ สูงสุดไปต่ำสุด คือ การสนับสนุนจากองค์กร การบริหารแบบมีส่วนร่วม และลักษณะงาน ($Beta = 0.470, 0.300$ และ 0.099 ตามลำดับ) แสดงว่าการสนับสนุนจากองค์กรมีความสำคัญเป็นอันดับแรกในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ รองลงมา คือ การบริหารแบบมีส่วนร่วม และลักษณะงาน ตามลำดับ สามารถเสนอสมการพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการในรูปคะแนนมาตรฐานได้ ดังนี้

Z คุณภาพชีวิตการทำงาน

$$= 0.470Z \text{ การสนับสนุนจากองค์กร} + 0.300Z$$

$$\text{การบริหารแบบมีส่วนร่วม} + 0.099Z \text{ ลักษณะงาน}$$

ผลการวิจัย พบว่า 1) คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมอยู่ในระดับสูง 2) ลักษณะงานการบริหารแบบมีส่วนร่วม และการสนับสนุนจากองค์กร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.51, 0.68$ และ 0.72) ตามลำดับ 3) ตัวแปรพยากรณ์ที่ร่วมกันทำนายความผันแปรของคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ มีความสำคัญตามลำดับ ดังนี้ การสนับสนุนจากองค์กร การบริหารแบบมีส่วนร่วม ลักษณะงาน สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลประจำการ ได้ร้อยละ 59.3 ($R^2 = 0.593$)

อภิปรายผลการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลประจำการอยู่ในระดับสูง เนื่องมาจากการที่ พยาบาลประจำการมีความคิดเห็นต่องานที่ทำว่า เป็นประโยชน์ต่อสังคม มีการบูรณาการทางสังคม หรือการทำงานร่วมกัน ความเป็นประชาธิปไตยในองค์กร ได้รับโอกาสการพัฒนาศักยภาพของบุคคล สภาพการทำงานที่ปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้การที่พยาบาลประจำการรับรู้ว่าคุณภาพการทำงานตอบสนองความต้องการพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตทั้งด้านร่างกาย และจิตใจของตนเองได้ ทำให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน และทำงานอย่างมีความสุข โดยที่งานเป็นส่วนหนึ่งของการแสดงถึงคุณภาพชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับ

Efraty & Sirgy²⁰ ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลมาทำงานในองค์กรแล้วได้รับการตอบสนองความต้องการจนทำให้รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรมากเท่าใดคุณภาพชีวิตการทำงานก็เพิ่มมากขึ้นเท่านั้น และสอดคล้องกับ Delamotte & Takezawa²¹ ที่กล่าวว่า การพัฒนาบุคคลนั้นๆ ให้มีสภาพการทำงานที่ดี อยู่ภายใต้การทำงานที่เหมาะสม มีความปลอดภัย ได้รับประโยชน์และสิทธิต่างๆ อย่างยุติธรรมและเสมอภาคในสังคม รวมถึงการที่องค์กรได้ตอบสนองความต้องการของบุคคลในเรื่องความพึงพอใจในงาน ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี สอดคล้องกับผลการวิจัยของ จิรวดี ตั้งมั่น²² พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลประจำการ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ อยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ พนิชา บุตรปัญญา²³ พบว่าคุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลประจำการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอยู่ในระดับสูง

1.1 ด้านความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ทางสังคม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง อภิปรายได้ว่า พยาบาลประจำการรับรู้บทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบในงานด้านการดูแลรักษาพยาบาลที่องค์กรของตนได้ดำเนินการเป็นการแสดงถึงความรับผิดชอบต่อสังคม และการให้ความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ ในการกระทำกิจกรรมต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาติ สิ่งเหล่านี้ทำให้พยาบาลประจำการเกิดความรู้สึกเห็นคุณค่า และมีความภาคภูมิใจในวิชาชีพและอาชีพของตน²⁴ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ วารุณี แดบสูงเนิน²⁵ พบว่าคุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลระดับปฏิบัติการ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ด้านความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับสูง

1.2 ด้านการรักษาสิทธิส่วนบุคคล มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง อภิปรายได้ว่า

พยาบาลประจำการรับรู้ถึงการที่ผู้ร่วมงานให้เกียรติและเคารพในสิทธิส่วนบุคคลซึ่งกันและกัน และผู้บังคับบัญชาให้โอกาสอย่างเท่าเทียมแก่ผู้ใต้บังคับบัญชาทุกคน ซึ่งตามแนวคิดของ Walton² ได้กล่าวไว้ว่า การมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ลักษณะงานต้องตั้งอยู่บนฐานของความยุติธรรม วิถีชีวิตและวัฒนธรรมในองค์กรจะส่งเสริมให้เกิดการเคารพสิทธิส่วนบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ รินดา กาพนตร²⁶ ที่พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ด้านสิทธิส่วนบุคคลอยู่ในระดับสูง

1.3 ด้านการบูรณาการทางสังคม มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง อภิปรายได้ว่า พยาบาลประจำการรับรู้ถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในหน่วยงาน มีการทำงานร่วมกัน รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เป็นส่วนหนึ่งและได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงาน มีบรรยากาศการทำงานที่เป็นมิตร มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เกิดความพึงพอใจในการทำงานร่วมกับผู้อื่น ได้รับความเสมอภาคในการทำงาน หน่วยงานจัดกิจกรรมส่งเสริมให้บุคลากรได้มีโอกาสทำกิจกรรมร่วมกัน มีการสื่อสารแบบเปิดเผยตรงไปตรงมา มีความจริงใจต่อกัน สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ประสพ อินสุวรรณ²⁷ พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลศรีรัตนัง จังหวัดศรีสะเกษ ด้านการบูรณาการทางสังคมอยู่ในระดับสูง

1.4 ด้านสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง อภิปรายได้ว่า พยาบาลประจำการรับรู้ถึงการที่หน่วยงานมีการจัดสภาพแวดล้อมการทำงานที่มีความปลอดภัย มีระบบบำรุงรักษาอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ให้อยู่ในสภาพปลอดภัยในการใช้งาน จึงทำให้พยาบาลประจำการรับรู้ถึง

การมีคุณภาพชีวิตในการทำงาน ด้านสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ จิรนนท์ ศรีจิริต²⁸ พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ ด้านสภาพการทำงานที่ปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก

1.5 ด้านการพัฒนาศักยภาพของบุคคล มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง อภิปรายได้ว่า พยาบาลประจำการรับรู้ถึงการที่ผู้บริหารในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมทุกแห่งต่างให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากร และกำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนาขีดสมรรถนะในการทำงานของบุคลากรในองค์กร ให้การสนับสนุนทั้งด้านเวลา งบประมาณ และโอกาสอย่างเหมาะสมแก่บุคลากรพยาบาล ให้ได้รับการฝึกอบรมในการพัฒนาความรู้ ความสามารถในการทำงาน ตลอดจนสนับสนุนให้พยาบาลประจำการได้มีการศึกษาต่อเนื่องเพื่อพัฒนาด้านคุณวุฒิ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ศิรินา เมืองแสน²⁹ พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร ด้านการพัฒนาศักยภาพของบุคคลอยู่ในระดับสูง

1.6 ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง อภิปรายได้ว่า พยาบาลประจำการรับรู้ถึงการได้รับการเตรียมความรู้และทักษะในการทำงานในตำแหน่งที่สูงขึ้น มีความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การงานอย่างเท่าเทียมกันอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าหน่วยงานของทหารจะมีการเลื่อนชั้นยศตามลำดับ และเมื่อชั้นยศสูงขึ้นจะมีอัตราเงินน้อยลง โอกาสที่พยาบาลประจำการจะได้ปรับเปลี่ยนชั้นยศจะไม่ทั่วถึง ซึ่งต้องเป็นไปตามข้อกำหนดของกระทรวง

กลาโหมทำให้พยาบาลประจำการรู้สึกว่าการเลื่อนขั้นยศเป็นไป得太ช้า ตลอดจนเมื่อเปรียบเทียบกับเพื่อนรุ่นเดียวกันในวิชาชีพอื่น จึงทำให้รู้สึกถึงความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การงานช้ากว่า สอดคล้องกับผลการวิจัยของ จุฑาวิดี กลิ่นเพ็ญ¹⁶ พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงานอยู่ในระดับปานกลาง

1.7 ด้านความสมดุลในการดำเนินชีวิต มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง อภิปรายได้ว่า พยาบาลประจำการรับรู้ถึงการใช้เวลาในการทำงานกับปริมาณงานที่ได้รับมอบหมายภาระงานที่เพิ่มขึ้นทั้งงานด้านบริหาร และด้านวิชาการ ความสามารถจัดแบ่งเวลาสำหรับการทำงานครอบครัว และส่วนตัวได้อย่างเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง รวมทั้งการรับรู้ถึงการมีเวลาพักผ่อนและออกกำลังกายอย่างเหมาะสมในแต่ละวัน อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งตามแนวคิดของ Walton² กล่าวไว้ว่า ในการปฏิบัติงานของบุคคลควรมีความสมดุลกับบทบาทชีวิตของบุคคล ซึ่งบทบาทของบุคคลจะเกี่ยวข้องกับการวางแผนชีวิตในการทำงาน การดำเนินงาน การแบ่งเวลาการจัดสัดส่วนที่เหมาะสมในการใช้เวลาของบุคคลในการทำงาน และเวลาสำหรับการพักผ่อน ดังนั้นจากสภาพการณ์และภาระงานในปัจจุบัน จึงอาจทำให้พยาบาลประจำการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตการทำงานด้านความสมดุลของชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการวิจัยของ จินตนา นาคพิน³⁰ ที่พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ด้านความสมดุลของชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

1.8 ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับ

ปานกลาง อภิปรายได้ว่า พยาบาลประจำการรับรู้ถึงความพอใจในสวัสดิการของทางกลาโหม อัตราเงินเดือนของข้าราชการกลาโหมที่ได้รับเพียงพอกับค่าใช้จ่ายในปัจจุบัน ได้รับเงินเดือนอย่างยุติธรรมเมื่อเปรียบเทียบกับเพื่อนร่วมอาชีพอื่นที่มีลักษณะงานคล้ายกัน และได้รับค่าตอบแทนที่มีความเหมาะสมกับปริมาณงานที่รับผิดชอบอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด อธิบายได้ว่า ปัจจุบันพยาบาลประจำการ มีภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น มีภาระงานหนักและซับซ้อนมากขึ้น ส่งผลให้พยาบาลประจำการมองว่าผลประโยชน์ตอบแทนที่ได้รับมีความไม่เหมาะสมกับภาระหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติ เนื่องมาจากค่าตอบแทนหรือเงินเดือน เป็นปัจจัยที่สำคัญในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ทุกคนมุ่งทำงานเพื่อให้มีรายได้เพียงพอตามสถานะทางสังคมแต่ละบุคคล ผลประโยชน์ตอบแทนเป็นสิ่งที่มีความกระทบโดยตรงต่อการทำงาน ทำให้ผลงานที่บุคคลกระทำนั้นมีคุณภาพหรือคุณภาพด้อยลง หากผลประโยชน์ตอบแทนที่มีความเหมาะสม ผลงานจะออกมามีคุณภาพทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีคุณภาพชีวิตที่ดี³¹ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ภัทรา เพ็ญพันธ์¹⁷ คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลรัฐกรุงเทพมหานคร ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรมอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ จิรวดี ตั้งมัน²² ที่พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรมอยู่ในระดับปานกลาง

2. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะงานการบริหารแบบมีส่วนร่วม และการสนับสนุนจาก

องค์การกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล
ประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม

1) ลักษณะงาน ผลการวิจัย พบว่า ลักษณะงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอภิปรายผลได้ว่า พยาบาลประจำการรับรู้ถึงงานที่ทำมีคุณค่าและองค์การมีการออกแบบงานที่น่าสนใจ งานที่มีความสำคัญและมีความหมายต่อการประสบความสำเร็จขององค์การ ส่วนงานที่มีความท้าทายจะเป็นแรงจูงใจในการทำงาน ทำให้เกิดความตึงเครียดในการทำงาน สอดคล้องกับ Herberg, Mausner, & Syndeman³² ที่กล่าวว่า ลักษณะงานเป็นหนึ่งในปัจจัยที่สร้างความพึงพอใจในการทำงาน โดยลักษณะของงานนั้นต้องเป็นงานที่น่าสนใจ งานที่ท้าทายให้ต้องลงมือทำ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ พับพลิง ใจโคติ³³ ที่พบว่า ลักษณะงานมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลของรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ เอื้ออารี เพ็ชรสุวรรณ³⁴ พบว่า ลักษณะงานมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากลักษณะงานของพยาบาลเป็นงานบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการที่มีโอกาสเกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานสูง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ ทักษะ ความสามารถหลากหลายเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละโรคในการปฏิบัติงานทุกครั้งต้องมีความรอบคอบและระมัดระวังเป็นพิเศษ และต้องอาศัยการทำงานร่วมกันกับสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ได้ผลงานที่ทำให้เกิดความปลอดภัยกับผู้รับบริการและงานมีคุณภาพมากขึ้น

2) การบริหารแบบมีส่วนร่วม ผลการวิจัย พบว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอภิปรายผลได้ว่า การที่ผู้บริหารได้เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานเข้ามามีส่วนร่วมกับการบริหารงาน จะเป็นตัวส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจในการทำงาน ซึ่งเป็นแรงกระตุ้นความรู้สึกในทางบวก ก่อให้เกิดความสุขในการทำงาน ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้พยาบาลมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี สอดคล้องกับศึกษาของ Moss & Rowles³⁵ พบว่า ความพึงพอใจในงานจะมากขึ้นเมื่อรูปแบบการบริหารเป็นรูปแบบการบริหารแบบมีส่วนร่วม จากผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า องค์การพยาบาลได้นำหลักการบริหารบุคลากรที่เน้นให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในงานมากขึ้นมาใช้ในองค์การพยาบาล โดยองค์การสนับสนุนพยาบาลให้มีโอกาสในการสร้างสรรค์ผลงานและนวัตกรรมต่างๆ การมีส่วนร่วมในงานจะส่งผลให้พยาบาลมีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงานด้วยความเต็มใจ หากบุคลากรมีส่วนร่วมในงานสูง ก็จะทุ่มเททั้งเวลา กำลังกาย กำลังใจในการทำงาน และมองว่างานเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อชีวิต การมีส่วนร่วมในงานส่งผลให้พนักงานเกิดความพึงพอใจและมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีขึ้นด้วย³⁶

3) การสนับสนุนจากองค์การ ผลการวิจัย พบว่า การสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอภิปรายผลได้ว่า พยาบาลประจำการรับรู้ว่าองค์การให้ความสำคัญและมี

ระบบการสนับสนุนที่เป็นรูปธรรม เมื่อพยาบาลรับรู้การสนับสนุนดังกล่าวจะนำไปสู่ความรู้สึกที่ดีต่อหน้าที่และตอบสนององค์การด้วยการปฏิบัติงานตามบทบาทอย่างเต็มความสามารถ สอดคล้องกับแนวคิดของ Eisenberger, Ameli, Rexwinkel, Lynch, & Rhoades³⁷ ที่กล่าวว่าการที่ผู้ปฏิบัติรับรู้ถึงผลตอบแทนที่ได้รับเป็นการสนับสนุนจากองค์การ ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจหรือความรู้สึกพึงพอใจ เมื่อบุคคลมีความพึงพอใจในสิ่งที่องค์การมอบให้เป็นอย่างดี ผู้ปฏิบัติงานจะตอบสนององค์การด้วยความพยายามในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการเพิ่มผลการดำเนินการสอดคล้องกับผลการวิจัยของ เบญจรัตน์ สมเกียรติ¹⁸ พบว่า การสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

3. ตัวแปรพยากรณ์ที่ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ลักษณะงาน การบริหารแบบมีส่วนร่วม และการสนับสนุนจากองค์การ โดยพยากรณ์ได้เท่ากับ 0.593 ($R^2 = 0.593$) นั่นคือ ตัวแปร 3 ตัวสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมได้ร้อยละ 59.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวได้ว่า การที่พยาบาลประจำการมีการรับรู้การสนับสนุนจากองค์การสูงจะทำให้พยาบาลประจำการมีคุณภาพชีวิตการทำงานสูงขึ้น เนื่องจากการสนับสนุนจากองค์การมีผลต่อการรับรู้ของพยาบาลประจำการ รู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีโอกาสทำงานให้เป็นประโยชน์ต่อ

องค์การและสังคมอย่างเต็มที่ ก่อให้เกิดแรงจูงใจ ความรู้สึกพึงพอใจเกิดความคิดสร้างสรรค์และพร้อมที่จะทุ่มเทเพื่องานและองค์การ ทำให้มีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี ส่วนการบริหารแบบมีส่วนร่วมเป็นการเปิดโอกาสให้พยาบาลประจำการมีโอกาสในการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกันเป็นสิ่งที่ผู้ปฏิบัติงานทุกคนปรารถนา เพราะผู้ปฏิบัติงานจะมีอิสระในงาน ในการตัดสินใจ ทำให้มีความทุ่มเทในงาน เต็มใจในการปฏิบัติงานอย่างเต็มที่และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มความรับผิดชอบที่ตนได้รับ ซึ่งส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีมากขึ้น และการที่พยาบาลประจำการรับรู้ถึงลักษณะงานที่มีคุณค่าและมีความหมาย เนื่องมาจากลักษณะงานพยาบาลเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการ ซึ่งมีโอกาสเกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานสูง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลประจำการจะต้องมีความรู้ ทักษะความสามารถที่หลากหลายเกี่ยวกับการปฏิบัติงานทุกครั้งต้องมีความรอบคอบและระมัดระวังเป็นพิเศษ และต้องอาศัยการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ผลงานที่ทำความปลอดภัยกับผู้รับบริการและงานมีคุณภาพมากขึ้น จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความต้องการทุ่มเทและพยายามทำให้งานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังนั้นเมื่อพยาบาลประจำการรับรู้ได้ถึงคุณค่าของงานที่ปฏิบัติจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน of พยาบาลประจำการดีขึ้นได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากการศึกษาพบว่าพยาบาลประจำการรับรู้ถึงการสนับสนุนจากองค์การอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า การยกย่อง

ชมเชยเมื่อปฏิบัติงานดีเด่นมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ดังนั้นผู้บริหารทางการแพทย์จึงควรให้ความสำคัญ สนับสนุน และส่งเสริมในเรื่องดังกล่าว เพื่อเป็นกำลังใจให้คงความดีไว้และเป็นการบอกว่าการมองเห็นความดีและความมีคุณค่าของบุคลากร ควรมีการสนับสนุนบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ ความเชี่ยวชาญ และเป็นแบบอย่างที่ดีในองค์กร อีกทั้งการให้ความสนใจต่อข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานของบุคลากรทุกคน ให้ความช่วยเหลือโดยเฉพาะเมื่อบุคลากรร้องขอ และจัดให้มีระบบการช่วยเหลืออย่างเป็นรูปธรรม โดยที่บุคลากรทุกคนสามารถเข้าถึงช่องทางการช่วยเหลือได้

2. ควรส่งเสริมให้มีการบริหารแบบมีส่วนร่วมทั่วทั้งองค์กร เพื่อให้พยาบาลได้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ ได้ร่วมคิดร่วมตัดสินใจในการแก้ปัญหาต่างๆ ในองค์กร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตั้งเป้าหมายของงานและขององค์กร เนื่องจากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีการรับรู้ในด้านการมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่นๆ ซึ่งการมีส่วนร่วมในด้านต่างๆ นี้ จะสามารถทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น และส่งผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ทำให้องค์กรเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดีมากยิ่งขึ้น

3. ควรเสริมสร้างและปรับปรุงลักษณะงานพยาบาล อันจะนำไปสู่การรับรู้ถึงคุณค่างานของพยาบาลประจำการ ดังนั้นผู้บริหารทางการแพทย์จึงควรมีเปิดโอกาสให้บุคลากรได้รับรู้ผลการปฏิบัติงานของตน เพื่อพัฒนาการปฏิบัติงานแก้ไขข้อบกพร่องหรือดาร์ไว้ซึ่งความดีเมื่อได้รับคำชื่นชมจากผู้บังคับบัญชา

4. คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม

โดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ด้านความสมดุลในการดำเนินชีวิตและด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรมอยู่ในระดับปานกลางและมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ดังนั้นผู้บริหารทางการแพทย์จึงควรหาแนวทางส่งเสริมและปรับปรุงในด้านดังกล่าว เพื่อให้พยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมที่มีอายุและประสบการณ์การทำงานแตกต่างกันว่ามีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร เพื่อให้องค์กรสามารถทราบทิศทางของการตอบสนองความต้องการการสนับสนุนในแต่ละด้านและแต่ละกลุ่มได้อย่างถูกต้อง ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั่วทั้งองค์กร

2. จากการวิจัยนี้ พบว่า ตัวแปรที่ผู้วิจัยเลือกมาศึกษาสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการ ได้ร้อยละ 59.3 แสดงว่า ยังคงมีตัวแปรหรือปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและมีความสัมพันธ์ในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการได้อีก จึงควรทำการศึกษาตัวแปรอื่นๆ ที่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการได้

3. จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานผู้ป่วยใน จึงควรทำการศึกษาคูณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานให้ครอบคลุมในทุกส่วนขององค์กร

เอกสารอ้างอิง

1. Hackman JR, Oldham GR. Work redesign. Massachusetts: Addison-Wesley; 1980.
2. Walton RE. Improving the quality of work life. Harvard Business Review 1974;52(3):12-6.
3. Davis K. Human behavior at work: organization behavior. New York: McGraw-Hill Book; 1981.
4. Holley W, Kenneth M. Personal management. New York: CBS College Publishing; 1983.
5. Kongyoo S. A meta-analysis on antecedent variables of nurses' quality of work life. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2014. (in Thai).
6. Thailand Nursing and Midwifery Council. Nursing and midwifery practice standard in primary care service. [Internet]. [cited 2015 September 11]. Available from: <http://www.tnc.or.th/parliament-2-list.html.page=2>. (in Thai).
7. Thailand Nursing and Midwifery Council. Nursing and midwifery practice standard in secondary and tertiary care service. [Internet]. [cited 2015 September 11]. Available from: http://www.tnc.or.th/files/2010/act_of_parliament-368/14975.pdf. (in Thai).
8. Boonmung W. Relationships between adversity quotient, job characteristics, work-family conflict, and joy at work of staff nurses, hospitals under The Jurisdiction of The Ministry of Defense. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2009. (in Thai).
9. Werther WB, Davis K. Personal management and human resource. Tokyo: McGraw-Hill; 1982.
10. Sashkin M. A manager's guide to participative management. New York: AMA Membership Publication Division; 1982.
11. Swansburg C. Nursing staff development. Boston: Jones and Bartlett; 1996.
12. Eisenberger R, Huntington R, Hutchison S, Sowa D. Perceived organizational support. Journal of Applied Psychology 1986;71(3):500-7.
13. Newstrom JW. Organizational behavior: human behavior at work. New York: McGraw-Hill; 1997.
14. Nabi RG. Investigation into the differential profile of predictor of objective and subjective career success. Career Development International 1999;4(4):212-24.
15. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research. 5th ed. Bangkok: U and I Intermedia; 2010. (in Thai).
16. Klinfaung C. Relationships between personal factors, job characteristics, organizational climate, and Quality of working life of staff nurses, hospitals under The Jurisdiction of The Ministry of Defense. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2000. (in Thai).



17. Phuekphan P. Relationships between personal factors, job characteristics, head nurses' participative Management, and quality of work life of staff nurses in emergency unit, government hospitals, Bangkok Metropolis. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2002. (in Thai).
18. Somgiat B. Factors predicting the quality of work life of professional nurses in Police General Hospital. Songklanagarind Journal of Nursing 2009;29(1):45-61. (in Thai).
19. Kannasoot P. Statistics for the behavioral science. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 1990. (in Thai).
20. Efraty D, Sirgy MJ. The effects of quality of work life on employee behavioral response. Social International Research 1990;22(1):31-47.
21. Delamotte Y, Takezawa S. Quality of work life in International perspective. Switzerland: International Organization; 1984.
22. Tangmun J. The work life quality of nurses in Bhumibol Adulyadej Hospital under the directorate of medical services, Royal Thai Air Force. [Master's Thesis, Faculty of Business Administration]. Rambhai Barni Rajabhat University; 2012. (in Thai).
23. Bootpunya P. Relationships between occupational environment hazards head nurses-staff relationship, and quality of work life of staff nurses, government university hospitals. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2008. (in Thai).
24. Khunthahat S. Organization and management. Bangkok: Aksara printing; 1989. (in Thai).
25. Dabsungnoen W. Quality of work life, organizational commitment, work empowerment and quality of service of the operative professional nurses. [Master's Thesis, Faculty of Liberal Arts]. Thammasat University; 2011. (in Thai).
26. Kalanetr R. Quality of work life among staff nurses in Phanungklao Hospital. [Master's Thesis, Faculty of Public Health]. Mahidol University; 2009. (in Thai).
27. Insuwan P. Organization climate and quality of work life of professional nurses in the nursing task group at Sriratana Hospital, Si Sa Ket Province. The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima 2014;20(1):55-66. (in Thai).
28. Sreecharit J. Factors relating to quality of work life of nurses in Haad Yai Regional Medical Center. [Master's Thesis, Faculty of Science in Health System Management]. Thaksin University; 2011. (in Thai).
29. Muangsaen S. Quality of working life of professional nurses in Faculty of Medicine Vajira Hospital University of Bangkok Metropolis. [Master's Thesis, Faculty of Public Health]. Mahidol University; 2012. (in Thai).

30. Nakpin J. Quality of working life of professional nurses in hospital of three Southern border provinces, Thailand. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2009. (in Thai).
31. Wongsansri P. Personal management. 4th ed. Bangkok: Phrannok printing; 1991. (in Thai).
32. Herzberg F, Mausner B, Snyderman BB. The motivation to work. New Brunswick: Transaction; 1993.
33. Jaikhodee P. Relationships between personal factors, job characteristics, organizational climate, and quality of working life of anesthetist nurses, government hospitals in Bangkok Metropolis. Journal of Nursing Science 2010;22(1-3):40-52.
34. Bejrsuwana A. Nurse' quality of work life in private hospital. Kuakarun Journal of Nursing 2012;19(2):103-17.
35. Moss R, Rowles CJ. Staff nurse job satisfaction and management style. Nursing Management 1997;28(1):32-4.
36. Robbins SP. Organization behavior. 8th ed. New Jersey: Prentice-Hall; 1998.
37. Eisenberger R, Armeli S, Rexwinkel B, Lynch PD, Rhoades L. Reciprocation of perceived organization support. Journal of Applied Psychology 2001;86(1):42-51.



ความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้ตลอดชีวิต คุณลักษณะของงาน กับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพใน โรงพยาบาลศูนย์ ในจังหวัดชลบุรี Relationships between Life Long Learning, Job Characteristics and Job Performance among Professional Nurses in a Regional Hospital in Chonburi Province

ยุพเรศ มาตาพิทักษ์* อารีรัตน์ ขำอยู่** นุจรี ไชยมงคล**

Yuparej Matapituk,* Areeerut Khumyu,** Nujjaree Chaimongkol**

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จ.ชลบุรี

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi Province

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จ.ชลบุรี

** Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi Province

* Corresponding Author: yuparej@yahoo.co.th

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ ในจังหวัดชลบุรี และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้ตลอดชีวิต และคุณลักษณะของงานกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 266 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย รวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายน ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน 3) แบบสอบถามคุณลักษณะของงาน และ 4) แบบสอบถามการเรียนรู้ตลอดชีวิต ผ่านการตรวจสอบความตรงและความเที่ยง การวิจัยครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89, 0.89, 0.86 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า

1. คะแนนความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.87$, $SD = 0.56$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยด้านการเป็นผู้มี

Received: April 23, 2019; Revised: August 9, 2019; Accepted: August 28, 2019



คะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.99$, $SD = 0.47$) และด้านการสอนผู้ป่วยและญาติมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 3.80$, $SD = 0.40$)

2. คุณลักษณะของงานและการเรียนรู้ตลอดชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ($r = .65$ และ $.50$ ตามลำดับ)

ผลการวิจัย เสนอแนะว่า ผู้บริหารควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมด้านการเรียนรู้ตลอดชีวิต และคุณลักษณะของงาน เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความก้าวหน้าและมีความสามารถในการปฏิบัติงานที่สูงขึ้น

คำสำคัญ : การเรียนรู้ตลอดชีวิต คุณลักษณะของงาน ความสามารถในการปฏิบัติงาน พยาบาลวิชาชีพ

Abstract

The objectives of this descriptive correlational study were to examine job performance and the relationships between lifelong learning, job characteristics and job performance among professional nurses in Regional hospital at Chonburi province. A sample of 266 professional nurses were selected by using simple random technique. The research instruments consisted of four questionnaires including questionnaire of personal characteristics, job performance, job characteristics and lifelong learning. The content validity and reliability of all research questionnaires were reviewed by the panel of experts, Cronbach alpha coefficient were 0.89, 0.89, and 0.86, respectively. Data were analyzed using descriptive and Pearson correlation statistic.

The results indicated that:

1. The overall mean score on job performance of professional nurses were at good level ($\bar{X} = 3.87$, $SD = 0.56$). Considering with sub-dimensions, all were at good level, especially, the mean score of leadership dimension were highest ($\bar{X} = 3.99$, $SD = 0.47$), whereas the mean score of teaching patients and relatives dimension were lowest ($\bar{X} = 3.80$, $SD = 0.40$).

2. Job characteristics and lifelong learning were moderate positively associated with job performance ($r = .65$, $.50$, respectively).

The findings suggested that administrators should focus on promoting the lifelong learning and job characteristics of professional nurses, to increase nurses' job performance.

Keywords : lifelong learning, job characteristics, job performance, professional nurses

ความสำคัญและความเป็นมา ของปัญหา

สภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบันเต็มไปด้วยการแข่งขันกันในการเป็นผู้นำทางด้านความเจริญทางด้านเทคโนโลยีและความก้าวหน้าในทางการแพทย์และการบริการทางด้านสาธารณสุข ทำให้เกิดการพัฒนาคูณภาพการบริการอย่างกว้างขวางเป็นที่มาของการตรวจสอบตามมาตรฐาน จึงควรให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วยในทุกกระบวนการเป็นอย่างยิ่ง¹ ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้พยาบาลสามารถให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ ช่วยเพิ่มความปลอดภัยและความพึงพอใจให้ผู้ป่วย ตลอดจนช่วยให้องค์กรเติบโตและมีชื่อเสียงในด้านที่ดี หากพยาบาลวิชาชีพปราศจากความสามารถในการปฏิบัติงาน จะทำให้เกิดผลกระทบต่างๆ มากมายกับองค์กร เช่น การร้องเรียนพฤติกรรมบริการ การร้องเรียนการบริการพยาบาลที่ผิดมาตรฐาน ผิดจรรยาบรรณวิชาชีพ และจากปัญหาความขาดแคลนพยาบาล ในประเทศไทยที่ต่อเนื่องยาวนาน และปัญหาการไม่มีตำแหน่งข้าราชการรองรับ ทำให้เกิดการสูญเสีย และลาออกของพยาบาลจำนวนมาก ส่งผลให้หน่วยงานต้องกำหนดให้พยาบาลปฏิบัติงานล่วงเวลามากขึ้นถึงวันละ 16 ชั่วโมง ส่งผลต่อสุขภาพของพยาบาลก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าและความเครียด กระทั่งต่อความสามารถในการปฏิบัติงาน และมีการปฏิบัติงานผิดพลาดได้มากขึ้น²

นอกจากนี้จากรายงานในประเทศที่พัฒนาแล้ว พบว่า ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจำนวน 1 ใน 10 คน จะได้รับผลกระทบหรืออันตรายจากข้อผิดพลาดและเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนอันไม่พึงประสงค์กลายเป็นปัญหาด้านความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ใน

ระบบการบริการทางสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอุบัติการณ์เหล่านี้ได้มีแนวโน้มการเกิดสูงขึ้น ในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา ก่อให้เกิดปัญหาทางสาธารณสุขที่มีความรุนแรงมากระดับโลก³ สำหรับในประเทศไทย พบว่า มีการร้องเรียนเพื่อขอค่าชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ โดยผู้รับบริการทางการแพทย์ที่ได้รับความเสียหายและผลกระทบจากการได้รับบริการที่ผิดพลาด ได้ยื่นคำร้องเพื่อขอค่าชดเชยเป็นจำนวน 1,112 ราย และได้รับการจ่ายค่าชดเชยเป็นจำนวนถึง 931 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.73 ของจำนวนผู้ยื่นคำร้องขอค่าชดเชยทั้งหมด รวมเป็นจำนวนเงินมากถึง 218.44 ล้านบาท⁴

พยาบาลวิชาชีพเป็นกุญแจสำคัญต่อการพัฒนาคูณภาพองค์กรให้มีประสิทธิภาพตามการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลในประเทศไทย และมาตรฐาน JCI (Joint Commission International) จึงต้องมีการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้ความสามารถ และทักษะในการปฏิบัติงานให้ได้ อย่างเต็มศักยภาพ ตามนโยบายและเป้าหมายที่องค์กรกำหนด ดังนั้นความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ จึงจำเป็นต่อการพัฒนาคูณภาพบริการขององค์กร

ความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลตามแนวคิดของ Schwirian⁵ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลผู้ป่วยโดยอาศัยทั้งความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ และความรับผิดชอบของพยาบาล ที่ได้รับมอบหมายด้วยการคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีการติดต่อสื่อสาร และการปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเอื้ออาทร ภายใต้ขอบเขตของสถานบริการสุขภาพ ให้ประสบความสำเร็จ ความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่มีผลต่อการทำงานได้ดีและมีประสิทธิภาพตามแนวคิดของ Schwirian⁵ มี 6 ด้าน ได้แก่

ด้านการเป็นผู้นำ ด้านการสร้างสัมพันธภาพและการติดต่อสื่อสาร ด้านการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤติและฉุกเฉิน ด้านการสอนและการให้ความร่วมมือด้านการวางแผนและการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล และด้านการพัฒนาตนเองด้านวิชาชีพ ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติงานขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านสถานการณ์⁶

คุณลักษณะของงานเป็นปัจจัยด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติงานตามแนวคิดของ Hackman & Oldham⁷ หมายถึง กระบวนการทางพฤติกรรม เพื่อเพิ่มพูนความสำคัญของงานที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจและความพึงพอใจในงาน รับรู้ถึงคุณค่าของงาน ผลของงาน และความรับผิดชอบในผลของงาน โดยจะแสดงออกถึงความเต็มใจและตั้งใจที่จะทำงานที่ได้รับมอบหมาย ตามความรู้ ความสามารถ ทักษะและความชำนาญที่มีอยู่อย่างเต็มศักยภาพ ทำให้ผลผลิตที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานสูงขึ้น นอกจากนี้คุณลักษณะของงานที่ดี ยังช่วยให้บุคคลสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี มีความคิดสร้างสรรค์ในการทำงาน และสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในงานได้อย่างเหมาะสม คุณลักษณะของงานจึงเป็นสิ่งที่มีความอิทธิพลต่อพฤติกรรมการทำงานของบุคคลในองค์กร และมีความสำคัญโดยตรงต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคล คือ ความสามารถในการปฏิบัติงานของบุคคล และผลลัพธ์ของงานที่มีประสิทธิภาพ การให้การพยาบาลเป็นงานที่ต้องมีความรับผิดชอบหลายด้าน ต้องกระทำต่อชีวิตผู้อื่นจึงผิดพลาดไม่ได้ และเพื่อป้องกันความผิดพลาด จึงต้องมีการตรวจสอบและควบคุมอย่างเคร่งครัด การที่บุคคลรับรู้คุณลักษณะของงานภายในองค์กรเกี่ยวกับความหลากหลายของงาน ความมีเอกลักษณ์ของงาน ความสำคัญของงาน ความมี

อิสระในการทำงาน และผลป้อนกลับของงาน จะทำให้เกิดสถานภาพทางจิต 3 ประการ คือ การรู้สึกว่างงานมีความหมาย การมีความรับผิดชอบต่อผลของงาน และการรับรู้ถึงผลของการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจริง ผลลัพธ์ที่ตามมาคือระดับของความสามารถในการปฏิบัติงาน และประสิทธิผลของงานที่เพิ่มขึ้นนั่นเอง⁷

ส่วนการเรียนรู้ตลอดชีวิตนั้น ตามแนวคิดของ Hojat และคณะ⁸ หมายถึง พฤติกรรมการพัฒนาตนเองของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ประกอบด้วย ความเชื่อในการเรียนรู้เชิงวิชาชีพและแรงจูงใจ การร่วมกิจกรรมวิชาการ การหาโอกาสเรียนรู้ การเพิ่มทักษะทางเทคนิคในการสืบค้นข้อมูล เป็นปัจจัยด้านบุคคล ในการเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติงาน เพราะเป็นการพัฒนาตนเอง เพื่อเสริมสร้างความสามารถในตนเอง ด้วยการเรียนรู้จากการอ่านหนังสือตลอดจนมีการติดตามความรู้และวิทยาการใหม่ๆ ความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ การเรียนรู้ตลอดชีวิตจึงมีความสำคัญต่อพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากการพัฒนาบุคคลมีการสนับสนุนเพื่อให้เข้าถึงความรู้ ทักษะเพื่อให้เกิดความมั่นใจ และสร้างสรรค์ความคิดใหม่ๆ เพื่อพัฒนาผลการปฏิบัติงานที่ดีขึ้น ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติงาน และเกิดการทำงานที่มีคุณภาพที่ดีได้⁹ ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพนั้น มีอยู่ด้วยกันหลายปัจจัย การเรียนรู้ตลอดชีวิต และคุณลักษณะของงาน ก็เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ผู้บริหารทางการพยาบาลควรต้องนำมาศึกษาและหาแนวทาง เพื่อการบริหารจัดการให้พยาบาลควรต้องนำมาศึกษาและหาแนวทาง เพื่อการบริหารจัดการให้พยาบาลวิชาชีพมีความสามารถในการปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐาน เพื่อลดอุบัติเหตุ

ความเสี่ยงทางคลินิก และข้อร้องเรียนต่างๆ จากความไม่ปลอดภัยในการรับบริการในโรงพยาบาล ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพและมาตรฐานการบริการ ทำให้เป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ในการที่จะต้องจ่ายค่าชดเชยกรณีถูกฟ้องร้อง หรือร้องเรียนจากการบริการที่ไม่ได้ตามมาตรฐาน

โรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัดชลบุรี เป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพที่ผ่านการรับรองคุณภาพจากสถาบันมาตรฐานทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคเอกชนระดับนานาชาติ จึงต้องมีการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อการธำรงรักษามาตรฐานการพยาบาลให้ยั่งยืน จึงต้องมีการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานของบุคลากรให้มีคุณภาพการบริการที่ดี และมีประสิทธิภาพ ตอบสนองและสอดคล้องไปกับนโยบายการพัฒนาของประเทศในการรองรับบทบาทของสถานบริการในเขตเศรษฐกิจพิเศษตามนโยบายของรัฐบาล และนโยบายของโรงพยาบาล เพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศด้านการบริการ และเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้รับบริการปลอดภัย มีความพึงพอใจ จากสถิติการรายงานอุบัติการณ์ข้อผิดพลาดในการทำงานของโรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัดชลบุรี มีจำนวนการเกิดอุบัติการณ์ในปี 2558 จำนวน 13,310 ครั้ง และเพิ่มขึ้นเป็น 16,623 ครั้ง ในปี 2559¹⁰

จากสภาพปัญหาการเกิดอุบัติการณ์ ความเสี่ยงทางคลินิก และข้อร้องเรียนจากความไม่ปลอดภัยในการได้รับการบริการพยาบาลในโรงพยาบาล ส่งผลกระทบต่อคุณภาพและมาตรฐานการบริการ ทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ที่จะต้องจ่ายค่าชดเชยกรณีถูกฟ้องร้องหรือร้องเรียนจากการบริการที่ไม่ได้ตามมาตรฐาน และจากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาล

วิชาชีพ ยังไม่พบรายงานการศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์ที่ผ่านการตรวจรับรองคุณภาพจากสถาบันทั้งในและต่างประเทศ รวมถึงโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยศึกษา และพบว่ามีความรู้เกี่ยวกับอุบัติการณ์ความเสี่ยง และเหตุอันไม่พึงประสงค์ ซึ่งนับวันมีแนวโน้มที่สูงขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์จังหวัดชลบุรี และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การเรียนรู้ตลอดชีวิต และคุณลักษณะ ของงาน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผน และให้การสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพให้มีความ สามารถในการปฏิบัติงานที่สูงขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ ในจังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงาน และการเรียนรู้ตลอดชีวิต กับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ ในจังหวัดชลบุรี

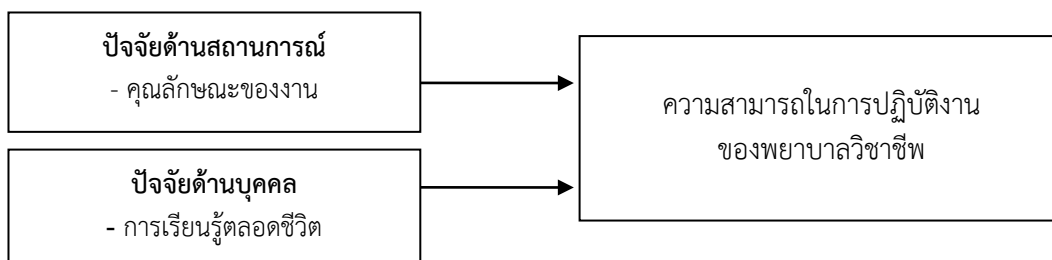
สมมติฐานการวิจัย

1. คุณลักษณะของงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ ในจังหวัดชลบุรี
2. การเรียนรู้ตลอดชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ ในจังหวัดชลบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยศึกษาความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้แนวคิดของ Schwirian⁵ ที่ว่า ความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลเป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลผู้ป่วย โดยอาศัยทั้งความรู้ ทักษะประสบการณ์และความรับผิดชอบของพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ 6 ด้าน ได้แก่ การเป็นผู้นำ การดูแลผู้ป่วยวิกฤติ การสอนผู้ป่วยและญาติ การวางแผนและการ

ประเมินผลการพยาบาล การสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และการพัฒนาตนเองด้านวิชาชีพ ซึ่ง Mc Cormic & Ligen⁶ กล่าวว่าความสามารถในการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคลนั้นจะมีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับ 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านสถานการณ์ สำหรับการวิจัยครั้งนี้การเรียนรู้ตลอดชีวิตเป็นปัจจัยด้านบุคคล และคุณลักษณะของงานเป็นปัจจัยด้านสถานการณ์ ที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์ (Correlation descriptive design)

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยหนัก แผนกศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก แผนกกุมารเวชกรรม และแผนกสูติรีเวชกรรม ในโรงพยาบาลศูนย์จังหวัดชลบุรี ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี และไม่มีตำแหน่งเป็นผู้บริหารทางการพยาบาล ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้การเปิดตารางขนาดตัวอย่างประมาณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ กำหนด Power = 0.80 ประมาณค่าอิทธิพล (Effect size) = 0.18 ระดับนัยสำคัญ = .05¹¹ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 258 คน ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 เพื่อทดแทนแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมาไม่สมบูรณ์หรือไม่ได้รับการตอบกลับ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 284 คน โดยวิธีสุ่มอย่างง่าย โดยการจับสลากแบบไม่แทนที่ให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละแผนกเท่ากัน แผนกละ 50 คน ยกเว้นแผนกสูติรีเวช มีจำนวนไม่ถึง 50 คน จึงเลือกมาทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม 1 ชุด แบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการปฏิบัติงานของ มณฑา อร่ามเลิศมงคล¹² ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Schwirian⁵ ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ด้าน คือ 1) ด้านการเป็นผู้นำ 2) ด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพและการติดต่อสื่อสาร 3) ด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ 4) ด้านการสอนผู้ป่วยและญาติ 5) ด้านการวางแผนและการประเมินผลการพยาบาล และ 6) ด้านการพัฒนาตนเองด้านวิชาชีพ มีจำนวน 45 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 38 ข้อ และเป็นข้อความทางลบ 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ การแปลผลความหมาย ความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน คะแนน 4.50 - 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด คะแนน 3.50 - 4.49 หมายถึง ระดับมาก คะแนน 2.50 - 3.49 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนน 1.50 - 2.49 หมายถึง ระดับน้อย คะแนน 1.00 - 1.49 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

ตอนที่ 3 แบบสอบถามคุณลักษณะของงาน ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ รังสิมา ศรีสุพรรณ¹³ ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Hackman & Oldham⁷ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ด้าน คือ 1) ด้านความหลากหลายในการใช้ทักษะในการทำงาน 2) ด้านความมีเอกลักษณ์ของงาน 3) ด้านความสำคัญของงาน 4) ด้านความมีอิสระในงาน และ 5) ด้านผลป้อนกลับของงาน มีจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อความทางบวกทั้งหมด ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ การแปลผลความหมาย คุณลักษณะของงาน คะแนน 4.50 - 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด คะแนน 3.50 - 4.49 หมายถึง ระดับมาก คะแนน 2.50 - 3.49 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนน 1.50 - 2.49 หมายถึง ระดับน้อย คะแนน 1.00 - 1.49 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการเรียนรู้ตลอดชีวิต ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ ชิดานูช เพียรชูชัย¹⁴ ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Hojat และคณะ⁸ ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ด้าน คือ ด้านความเชื่อและเหตุจูงใจในการเรียนรู้เชิงวิชาชีพ ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมวิชาการ ด้านการหาโอกาสเรียนรู้ และด้านการเพิ่มทักษะทางเทคนิคในการสืบค้นข้อมูล มีจำนวน 19 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ การแปลผลความหมาย ระดับการเรียนรู้ตลอดชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ คะแนน 4.50 - 5.00 หมายถึง ระดับสูงมาก คะแนน 3.50 - 4.49 หมายถึง ระดับสูง คะแนน 2.50 - 3.49 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนน 1.50 - 2.49 หมายถึง ระดับต่ำ คะแนน 1.00 - 1.49 หมายถึง ระดับต่ำมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ แบบสอบถามคุณลักษณะของงาน และแบบสอบถามการเรียนรู้ตลอดชีวิต ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านมาแล้ว มีค่า CVI เท่ากับ 0.90, 0.91 และ 0.91 ตามลำดับ และผู้วิจัยนำ

แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ แบบสอบถามคุณลักษณะของงาน และแบบสอบถามการเรียนรู้ตลอดชีวิต ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนำไปทดลองใช้ กับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 30 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89, 0.89 และ 0.86 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขอนุมัติ 03-03-2560 และของโรงพยาบาลศูนย์จังหวัดชลบุรี เลขอนุมัติ 38/60/N/q

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และประเมินระดับค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และทดสอบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ จังหวัดชลบุรี จำนวน 266 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 98.90 มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.00 รองลงมามีอายุระหว่าง 31 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.60 มีสถานภาพโสดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมา มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 45.30 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 92.10 ปฏิบัติงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.90 ปฏิบัติงานที่แผนกอายุรกรรม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 18.40 ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยหนัก คิดเป็นร้อยละ 18.00 และปฏิบัติงานที่สูตินรีเวชกรรม น้อยที่สุด ร้อยละ 10.20

จากการวิเคราะห์ พบว่า คุณลักษณะของงาน มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งมีค่าเท่ากับ 4.10 (SD = 0.35) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านความสำคัญของงาน ($\bar{X}$ = 4.41, SD = 0.58) และด้านที่ค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านความมีเอกลักษณ์ของงาน ($\bar{X}$ = 3.77, SD = 0.62)

ส่วนด้านการเรียนรู้ตลอดชีวิต พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมากเกือบทุกด้าน ซึ่งมีค่าเท่ากับ 3.62 (SD = 1.08) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านความเชื่อและเหตุจูงใจในการเรียนรู้เชิงวิชาชีพ ($\bar{X}$ = 4.24, SD = 0.50) และด้านที่ค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมวิชาการ ($\bar{X}$ = 3.20, SD = 0.72) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ
(n = 266)

ความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ	Mean	SD	ระดับ
การเป็นผู้นำ	3.99	0.47	มาก
การดูแลผู้ป่วยวิกฤติ	3.87	0.48	มาก
การวางแผนและการประเมินผลการพยาบาล	3.84	0.48	มาก
การสร้างสัมพันธภาพและการติดต่อสื่อสาร	3.83	0.73	มาก
การพัฒนาตนเองด้านวิชาชีพ	3.81	0.70	มาก
การสอนผู้ป่วยและญาติ	3.80	0.40	มาก
รวม	3.87	0.56	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ มีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งมีค่าเท่ากับ 3.87 (SD = 0.56) และพบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการเป็นผู้นำ ($\bar{X}$ = 3.99, SD = 0.47) และด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการสอนผู้ป่วยและญาติ ($\bar{X}$ = 3.80, SD = 0.40)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่าง คุณลักษณะของงาน การเรียนรู้ตลอดชีวิตกับ
ความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ (n = 266)

ปัจจัย	ความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
คุณลักษณะของงาน	.65	.001
การเรียนรู้ตลอดชีวิต	.50	.001

จากตารางที่ 2 พบว่า คุณลักษณะของงาน และการเรียนรู้ตลอดชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ($r = .65$ และ $.50$ ตามลำดับ)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ผลการวิจัย พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ มีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งมีค่าเท่ากับ 3.87 (SD = 0.56)

สามารถอภิปรายได้ว่า ตามแนวคิดของ Schwirian ความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ที่มีผลต่อการทำงานได้ดีและมีประสิทธิภาพ ตามแนวคิดของ Schwirian⁵ มี 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการเป็นผู้นำ ด้านการสร้างสัมพันธภาพและการติดต่อสื่อสาร ด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ ด้านการสอน

ผู้ป่วยและญาติ ด้านการวางแผนและการประเมินผลการพยาบาล และด้านการพัฒนาตนเองด้านวิชาชีพ ซึ่ง ความสามารถในการปฏิบัติงานขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านสถานการณ์⁶ ผลการศึกษา พบว่า พยาบาลวิชาชีพรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.87$, $SD = 0.56$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อดิธานุช เพียรชูชัย¹⁴ และผลการศึกษาของ กรกันยา เฟื่องผลา¹⁵ ที่พบว่าความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากเช่นกัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมากปฏิบัติงานอยู่ในแผนกอายุรกรรม และแผนกผู้ป่วยหนัก มีการรับผู้ป่วยที่มีความวิกฤติเข้าช้อนและปริมาณการรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำกัดจำนวนได้ ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพจึงจำเป็นต้องใช้ทักษะความรู้ และความชำนาญเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัย

2. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงาน การเรียนรู้ตลอดชีวิต และความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัดชลบุรี

2.1 คุณลักษณะของงาน ผลการวิจัยพบว่า คุณลักษณะของงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สามารถอธิบายได้ว่า ตามแนวคิดของ Hackman & Oldham⁷ เป็นกระบวนการทางพฤติกรรม เพื่อเพิ่มพูนความสำคัญของงาน ที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจ และความพึงพอใจในงาน รับรู้ถึงคุณค่าของงาน ผลของงาน และความรับผิดชอบในผลของงาน โดยจะแสดงออกถึงความเต็มใจและตั้งใจที่จะทำงานที่ได้รับมอบหมายตามความรู้ ความสามารถ ทักษะ และ

ความชำนาญที่มีอยู่อย่างเต็มศักยภาพ ทำให้ผลผลิตที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ รังสิมา ศรีสุพรรณ¹³ และ ทศนีย์ ทองรักศรี¹⁶ ที่พบว่า คุณลักษณะของงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ($r = .66$, และ $.41$ ตามลำดับ)

2.2 การเรียนรู้ตลอดชีวิต ผลการวิจัยพบว่า การเรียนรู้ตลอดชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ($r = .50$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สามารถอธิบายได้ว่า ตามแนวคิดของ Hojat และคณะ⁸ เป็นพฤติกรรมการพัฒนาตนเองของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ประกอบด้วย ความเชื่อในการเรียนรู้เชิงวิชาชีพและแรงจูงใจ การร่วมกิจกรรมวิชาการ การหาโอกาสเรียนรู้ การเพิ่มทักษะทางเทคนิคในการสืบค้นข้อมูล เป็นปัจจัยด้านบุคคลในการเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติงาน เพราะเป็นการพัฒนาตนเอง เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อดิธานุช เพียรชูชัย¹⁴ ที่พบว่า การเรียนรู้ตลอดชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ ปิยรัตน์ วัฒนา¹⁷ ($r = .58$, และ $.61$ ตามลำดับ) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี (ร้อยละ 33.1) และส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานน้อยกว่า 10 ปี ประกอบกับเป็นโรงพยาบาลศูนย์ ต้องรับผู้ป่วยที่มีอาการหนักและมีความซับซ้อน จึงต้องการพยาบาลที่มีความรู้ ทักษะ และความสามารถในการปฏิบัติงาน โรงพยาบาล

จึงมีการส่งเสริมให้ได้รับการอบรมด้านวิชาการทั้งภายในและนอกโรงพยาบาล เพื่อพัฒนาทักษะ และเพิ่มพูนความรู้ให้แก่พยาบาลวิชาชีพทุกคน แสดงว่าพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ จังหวัดชลบุรี ให้ความสำคัญกับการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดเวลาเพื่อพัฒนาตนเองให้มีความสามารถในการปฏิบัติงาน

≡ ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัย ไปใช้ ≡

1. เพื่อส่งเสริมปัจจัยด้านคุณลักษณะของงาน ผู้บริหารของโรงพยาบาลควรกำหนดแผนยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดภาพรวมของคุณลักษณะงานให้เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผลการปฏิบัติงานประจำปี โดยให้พยาบาลวิชาชีพมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงานยุทธศาสตร์ และกำหนดตัวชี้วัดนั้น อีกทั้งควรสะท้อนกลับผลการประเมินคุณลักษณะงานดังกล่าวแก่พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน เพื่อ

เป็นการส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพรายบุคคล

2. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมปัจจัยด้านการเรียนรู้ตลอดชีวิตแก่พยาบาลวิชาชีพโดยการจัดตั้งทีม COP ตามกลุ่มโรคสำคัญ และจัดให้มีการ KM เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการนำผลงานวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติงานทุก 3 เดือน

3. จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการพัฒนางานระหว่างกลุ่มวิชาชีพด้วยกัน เพื่อเป็นการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพตามความรู้ ความสามารถที่สูงขึ้น และควรกำหนดเป็นแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี โดยการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ และจัดอบรมแบบ coaching โดย APN เฉพาะสาขาการพยาบาลในโรงพยาบาล โดยใช้วิทยากรจากกลุ่มงานการพยาบาลเอง

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Patient safety curriculum guide for health care professional. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). 3rd ed. Dee One Book Company Limited; 2557.
2. Thailand Nursing and Midwifery Council. Ministry of public health: implementation of the strategic plan. Annual Report 2014. (in Thai).
3. World Health Organization. Fifty-fifth world health assembly; provisional agenda item 13.9; Quality of care: patient safety report. [Internet]. [cited 2016 November 20]. Available from: http://www.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ea5513.pdf.
4. The establish of universal health coverage, Annual Report 2015. National Health Security Office; 2015. (in Thai).
5. Schwirian PM. Evaluation the performance of nurse: a multidimensional approach. Nursing Research 1978;27(6):347-51.
6. Mc Cormick JE, Ligen D. Industrial and organizational psychology. 3rd ed. Englewood: Printice-Hall; 1985.



7. Hackman JR, Oldham GR. Work redesign. Massachusetts: Addison Wesley Publishing Company; 1982.
8. Hojat M, Veloski J, Nasca T, Erdmann J, Gonnella J. Assessing physicians orientation toward lifelong learning. *Journal of General Internal Medicine* 2006;21(9):931-2.
9. Huggins K. Lifelong learning-the key to competence in the intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs* 2004;20(1):38-44.
10. Quality Center of Chonburi Hospital. Statistics for risk report. Chonburi; 2018. (in Thai).
11. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research. Bangkok: You and I Intermedia; 2010. (in Thai).
12. Aramlertmongkol M. Factors affecting job performance of professional nurses at territory 6 regional. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Burapha University; 2006. (in Thai).
13. Srisupun R. Relationships among supervision of head nurse, job characteristics, and job performance as perceived by professional nurses at general hospitals in the Ministry of Public Health. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2004. (in Thai).
14. Phainchuchai T. Factors affecting job performance of professional nurse in hospitals under the Jurisdiction of the Ministry of Defense. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Burapha University; 2015. (in Thai).
15. Pengphala K. Relationship between motivation and job performance of registered nurses in Mahasarakham Hospital. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Burapha University; 2012. (in Thai).
16. Thongruksri T. Relationship between personal factors, job characteristics, job empowerment of professional nurses, community hospital, Northeast Region. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2001. (in Thai).
17. Wattana P. Relationships between transformational leadership of head nurses, lifelong learning, job performance of professional nurses, private hospitals, Bangkok Metropolis. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2008. (in Thai).



ผลของการเล่นบำบัดต่ออาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6 - 9 ปี

The Effect of Play Therapy on Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children Aged 6 – 9 Years

ขัตติยา ยืนยง* จินตนา ยูนิพันธุ์**

Kattiya Yuenyong,* Jintana Yunibhand**

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok

** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

** Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok

* Corresponding Author: kattiya2net@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อเปรียบเทียบอาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6 - 9 ปี ก่อนและหลังได้รับการเล่นบำบัด 2) เปรียบเทียบอาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6 - 9 ปี ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเล่นบำบัดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กสมาธิสั้นอายุระหว่าง 6 - 9 ปี ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก เลือกรุ่นตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 40 คน และสุ่มเข้าสู่การทดลองโดยการจับคู่ ให้ความเท่าเทียมกันของอายุและเพศ เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการเล่นบำบัดที่มีการจัดลำดับการเล่นจากง่ายไปยากโดยผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วม เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น (สำหรับผู้ปกครอง) (SNAP-IV) 3) คู่มือการเล่นบำบัดสำหรับพยาบาล 4) แบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กสมาธิสั้นสำหรับพยาบาล เครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง และแบบประเมินความสามารถในการเล่นของเด็กสมาธิสั้นสำหรับพยาบาล เท่ากับ 0.89 และ 0.93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติทดสอบ ใช้ Paired t test และใช้ T independence พบว่า

1. เด็กสมาธิสั้นอายุ 6 - 9 ปี กลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการเล่นบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยอาการหลังเข้ารับการบำบัดแตกต่างจากก่อนได้รับการเล่นบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 13.36$)

2. เด็กสมาธิสั้นอายุ 6 - 9 ปี กลุ่มที่ได้รับการเล่นบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยอาการหลังจากเข้ารับการบำบัดแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 4.50$)

Received: April 22, 2019; Revised: August 8, 2019; Accepted: August 29, 2019



คำสำคัญ : อาการของเด็กสมาธิสั้น การเล่นบำบัด

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research were: 1) to compare symptoms of 6 - 9 year old Attention Deficit Hyperactivity Disorder Children (ADHA), before and after received play therapy and 2) to compare symptoms of ADHA children, aged 6 - 9 years, among children received play therapy and those received usual nursing care. Research sample consisted of forty children with ADHD, age 6 - 9 years, from outpatient clinic of Yuwaprasartwaithayopathum hospital, selected according to inclusion criteria and matched pair by age and gender, then, equally assigned to an experimental group and a control group. The experimental group received play therapy with caregiver involvement, composed of simple to complex play for 2 weeks. The control group received usual nursing care. Research instruments were: 1) personal data questionnaire of children with ADHD, 2) Swanson, Nolan, and Pelham IV scale (SNAP-IV), caregiver version, 3) nurses' manual on play therapy, 4) play ability scale. All instruments were content validated by a panel of 6 experts. The reliability of SNAP-IV scale and play ability scale were 0.89 and 0.93, respectively. The t-test was used in data analysis. Major findings were as followed:

1. The mean score of symptoms of ADHA among children after received play therapy was significantly that before, at the .05 level ($t = 13.36$).

2. The mean score of symptoms of ADHA among children who received play therapy was significantly from symptoms of ADHA among children who received usual nursing care, at the .05 level ($t = 4.50$).

Keywords : symptoms of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), play therapy

ความเป็นมาและความสำคัญ ของปัญหา

จากสถิติการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ปีงบประมาณ 2556 - 2559 เมื่อคิดเป็นจำนวนรายครั้ง คือ 15,242 15,109 13,073 และ 11,709 ครั้ง ตามลำดับ เมื่อคิดเป็นจำนวนคน คือ 2,556 2,588 2,469 และ 2,390 คน ตามลำดับ เป็นเด็กสมาธิสั้น

ที่มีอายุระหว่าง 6 - 9 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยเรียน เข้ารับบริการมากที่สุด คือ 1,100 1,180 1,112 และ 1,082 คน ตามลำดับ เด็กสมาธิสั้นเมื่อเข้าสู่วัยเรียน จะวอกแวกง่าย ไม่สามารถนั่งทำงานหรือการบ้านได้สำเร็จ ซึ่งจะทำให้มีปัญหาด้านการเรียนตามมา โดยเฉพาะเด็กที่มีอายุ 6 - 9 ปี จะเป็นช่วงที่มีความสำคัญของการเริ่มต้นใหม่ของเด็กเพราะเป็นระยะที่เด็กจะต้องเข้าโรงเรียนซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในชีวิต เด็กจะมี

การปรับตัวมากขึ้น การได้ฝึกฝนทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สติปัญญา และสังคม จะทำให้เด็กปรับตัวได้ง่าย เด็กวัยนี้จึงควรได้รับการพัฒนาทุกด้าน เพื่อปรับปรุงตนเองให้เข้าสู่สิ่งแวดล้อมใหม่ วัยนี้จึงเป็นวัยที่ผู้ใหญ่ควรเอาใจใส่เป็นพิเศษ หากเด็กสมาธิสั้นไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่ช่วงวัยเรียน อาจส่งผลให้เติบโตเป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ติดยาเสพติด ต่อต้านสังคม เกิดอุบัติเหตุได้ง่ายเนื่องจากขาดการควบคุมทางอารมณ์ และในขณะเดียวกันหากได้รับการบำบัดอย่างถูกต้อง ร้อยละ 30 จะสามารถเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่ที่ประกอบอาชีพและดำรงชีวิตได้อย่างเป็นปกติ

อาการของเด็กสมาธิสั้น คือ ความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมที่มีมากกว่าพฤติกรรมตามปกติของเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกัน ส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นสูญเสียหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือการเข้าสังคม¹ โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มอาการ ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-V คือ กลุ่มอาการขาดสมาธิ (Inattention) และกลุ่มอาการไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น (Hyperactivity/Impulsive)² หากเด็กสมาธิสั้นไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่ช่วงวัยเรียนอาจส่งผลทำให้เติบโตเป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ติดยาเสพติด ต่อต้านสังคม เกิดอุบัติเหตุได้ง่ายเนื่องจากขาดการควบคุมทางอารมณ์³ แต่จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 30 หากได้รับการบำบัดอย่างถูกต้องเด็กสมาธิสั้นจะเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่ที่ประกอบอาชีพและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติ^{4,5} แนวทางการบำบัดรักษาเด็กสมาธิสั้นในประเทศไทย เป็นแบบ Muti-Modality Approach ซึ่งเป็นการรักษาที่มีการผสมผสานระหว่างการใช้ยา และ Psychosocial intervention⁵ ซึ่งพบว่า การใช้ยาร่วมกับพฤติกรรมบำบัดนั้นนับว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ

ในการรักษามากที่สุด แต่ก็ไม่สามารถควบคุมอาการของเด็กสมาธิสั้นได้ทั้งหมด^{6,7} จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ พบว่า การเล่นบำบัดสามารถลดอาการของเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{7,8-11} การเล่นบำบัดนับว่าเป็นการรักษาแบบ Psychosocial intervention วิธีการหนึ่งเนื่องจากการเล่นบำบัดอยู่บนความจริงของการเล่นที่ว่า เป็นเครื่องมือตามธรรมชาติของเด็ก เด็กจึงลดแรงต้านที่เกิดจากการบำบัดแบบทั่วไป การเล่นเป็นการแสดงออกถึงตัวตนของเด็ก เป็นโอกาสให้เด็กแสดงออกถึงความรู้สึกและปัญหา เช่นเดียวกับรูปแบบการบำบัดผู้ใหญ่ที่เปิดโอกาสให้ได้พูดคุยเพื่อระบายความรู้สึกต่างๆ¹²

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6 - 9 ปี ระหว่างก่อนและหลังได้รับการเล่นบำบัด
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6 - 9 ปี หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเล่นบำบัดและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. เด็กสมาธิสั้นอายุ 6 - 9 ปี กลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการเล่นบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยอาการหลังการบำบัดแตกต่างจากก่อนได้รับการเล่นบำบัด
2. เด็กสมาธิสั้นอายุ 6 - 9 ปี กลุ่มที่ได้รับการเล่นบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยอาการหลังจากเข้ารับการบำบัดแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

อาการของเด็กสมาธิสั้นมาจากสมมติฐานที่ว่า เป็นความผิดปกติของระบบประสาทส่วน Prefrontal cortex ที่ทำให้เกิดการบริหารจัดการบกพร่อง (Executive dysfunction)^{6,13-15} ซึ่งความบกพร่องนี้เองที่เป็นกลไกการเกิดอาการของเด็กสมาธิสั้น คือ การไม่สามารถนำเอาทักษะด้านความคงทนของสมาธิ ด้านความจำ ด้านการรักษาสภาพ ด้านการจัดการอย่างเป็นระบบ ด้านการควบคุมอาการหุนหันพลันแล่น และด้านการควบคุมตนเอง มาใช้ได้เมื่อต้องอยู่ในสถานการณ์จริง^{8,13,14} แต่จากแนวคิดที่เชื่อว่า เป้าหมายสูงสุดของการบำบัดอาการของเด็กสมาธิสั้น คือ การที่เด็กสมาธิสั้นมีความสามารถที่จะเอาชนะปัญหาที่จะต้องเผชิญได้ตลอดช่วงชีวิต โดยการสอนวิธีการเพื่อพัฒนาทักษะหรือพัฒนาความสามารถให้เด็กสมาธิสั้นได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม⁸ เทคนิคของ CBT (Cognitive behavior therapy) แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่เน้นการเปลี่ยนแปลงทางปัญญา (Cognitive restructuring) กลุ่มที่เน้นการบำบัดเพื่อแก้ปัญหา (Problem solving therapy) และกลุ่มที่เน้นทักษะในการเผชิญปัญหา (Coping skill therapy) ซึ่งกลุ่มนี้จะเป็นการพัฒนาทักษะต่างๆ เพื่อให้สามารถเผชิญกับปัญหาในสภาพต่างๆ ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ebrahim ที่พบว่า การเล่นบำบัดที่ใช้เทคนิค CBT สามารถลดอาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 7 - 9 ปี ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในเด็กสมาธิสั้นอายุ 6 - 9 ปี โดยเลือกใช้อุปกรณ์ประกอบพื้นฐาน และเทคนิคของ CBT ที่เน้นการพัฒนาทักษะต่างๆ เทคนิคที่เลือกใช้ในการศึกษาคครั้งนี้ คือ เทคนิคการเสนอตัวแบบ (Modeling technique) ซึ่งเป็นปัจจัยด้านจิตวิทยาทางปัญญา (Cognitive

psychology) เป็นขบวนการเรียนรู้จากการสังเกต เป็นพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ ช่วยให้เรียนรู้มนทัศน์ที่ซับซ้อนหรือยากๆ ได้ดีและเร็ว¹⁶ และเทคนิคการจัดการเงื่อนไขผลกระทบ (Contingency technique) ที่เชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงเป็นผลมาจากผลกระทบของพฤติกรรมนั้น ถ้าพฤติกรรมได้รับผลกระทบที่เป็นแรงเสริมบวก พฤติกรรมก็มีแนวโน้มจะเกิดขึ้นอีกในอนาคต ในทางกลับกันถ้าพฤติกรรมใดได้รับผลกระทบที่เป็นตัวลบโทษ พฤติกรรมนั้นก็จะลดลงหรือยุติในอนาคต¹⁷ การเล่นบำบัดที่ผู้วิจัยนำมาศึกษาคครั้งนี้มีความสอดคล้องกับความคิดและสติปัญญาของเด็กช่วงอายุ 6 - 9 ปี คือ เด็กจะมีการถ่ายโยงการเรียนรู้ ที่เป็นปัญหาหรือเหตุการณ์เกี่ยวข้องกับวัตถุหรือสิ่งที่เป็นรูปธรรม และสอดคล้องกับพัฒนาการที่ว่าเด็กวัยนี้ไม่ได้เกิดมาพร้อมความรู้และความคิด แต่จะเรียนรู้โลกภายนอกรอบตัวและพัฒนาความคิดไปพร้อมๆ กับพัฒนาร่างกายตามลำดับขั้นตอน โดยความคิดจะหมายถึง การที่บุคคลสามารถปรับตัวเองให้เข้ากับสภาพแวดล้อมมีความสามารถในการที่จะดัดแปลงความคิดและการแสดงออกของตนได้ดี

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ เด็กอายุ 6 - 9 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่า เป็นโรคสมาธิสั้นตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-V และเข้ารับการรักษาในหน่วยงานหอผู้ป่วยนอก สังกัดกรมสุขภาพจิต ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ซึ่งมีทั้งหมด 5 โรงพยาบาล แล้วทำการสุ่มแบบจับฉลากได้โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ปีงบประมาณ 2559 โดยมีเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น รวมทั้งสิ้น 1,082 คน

กลุ่มตัวอย่าง ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้อ้างอิงขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยแบบทดลองอย่างน้อยกลุ่มละ 20 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างควรมีทั้งสิ้น 40 คน¹⁸ โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้มาจากการสุ่ม คือ เป็นเด็กอายุ 6 - 9 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคสมาธิสั้นตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-V และเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุว-ประสาธน์วาทโยปถัมภ์ ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2559 - เดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 และมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เด็กอายุ 6 - 9 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคสมาธิสั้น 2) ไม่มีประวัติมีโรคประจำตัวทางกายและสมอง 3) ได้รับยาเพื่อรักษาโรคสมาธิสั้นตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไปหรือไม่ได้รับยาแต่อยู่ในระยะอาการสงบสามารถไปโรงเรียนและใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวได้ตามปกติ ไม่ต้องเข้ารับการรักษาตัวแบบผู้ป่วยใน นับตั้งแต่เข้ารับการรักษาในเดือนมกราคม พ.ศ. 2559 - เดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 และ 4) ผู้ดูแลหลักยินดีให้บุตรหรือเด็กเข้าร่วมจนสิ้นสุดการวิจัย

≡ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการ ≡ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 2 ชุด

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเพื่อใช้เก็บข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ วัน เดือน ปี เกิด อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ชื่อ ยาที่ใช้ในปัจจุบัน ระยะเวลาที่ใช้ยา พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กและการจัดการกับพฤติกรรม แล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น จำนวน 2 ท่าน พยาบาล

วิชาชีพ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา 1.0

1.2 แบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น (สำหรับผู้ปกครอง) (SNAP-IV) เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1992 โดย Swanson, Nolan & Pelham และได้มีการแปลเป็นฉบับภาษาไทย โดย ภัทธร พิทยรัตน์เสถียร ซึ่งมีทั้งหมด 26 ข้อ แบ่งเป็น 3 Domain คือ ข้อ 1 - 9 ประเมินกลุ่มอาการ Inattention (SNAP-Inatt) ข้อ 10 - 18 ประเมินกลุ่มอาการ Hyperactivity/ Impulsive (SNAP-H/Im) และข้อที่ 19 - 26 ประเมินอาการ Oppositional Defiant Disorder (ODD) ข้อ 19 - 26 ผู้วิจัยไม่นำมาพิจารณาในการวิจัยเนื่องจากเป็นอาการของโรค ODD แต่เลือกใช้เฉพาะข้อที่ 1 - 18 ที่เป็นอาการของเด็กสมาธิสั้นเท่านั้น โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มอาการ คือ กลุ่มอาการขาดสมาธิ ประเมินจาก SNAP-IV ข้อ 1 - 9 และกลุ่มอาการไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ประเมินจาก SNAP-IV ข้อ 10 - 18 โดยระดับการประเมินอาการแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ไม่เลย (0 คะแนน) เล็กน้อย (1 คะแนน) ค่อนข้างมาก (2 คะแนน) และมาก (3 คะแนน) แล้วรวมคะแนนแต่ละ Domain ในการทดลองผู้วิจัยจะนำผลรวมคะแนนทั้งสองกลุ่มอาการมาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติ แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา 1.0 จากนั้นหาค่าความเที่ยงโดยนำแบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น (สำหรับผู้ปกครอง) (SNAP-IV) ให้ผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้นที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลนภากาศ จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 30 ชุด แล้วนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตร Conbranch's alpha

coefficient ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.88

2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 คู่มือการเล่นบำบัดสำหรับ พยาบาล เป็นวิธีการเล่นในแต่ละการเล่นที่ ประยุกต์ตามแนวคิดของ Ebrahim ซึ่งเป็นการ เล่นบำบัดที่ใช้เทคนิคของ CBT ที่เน้นการพัฒนา ทักษะการเผชิญปัญหา (Coping skill therapy) โดยเน้นพัฒนาทักษะด้านที่บกพร่องของเด็กสมาธิ สิ้นทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความคงทนของสมาธิ ด้านความจำ ด้านการรักษาสภาพ ด้านการควบคุม อารมณ์ หุนหันพลันแล่น ด้านการควบคุมตนเอง และด้านการจัดการอย่างเป็นระบบ⁸ เพื่อให้ สามารถนำทักษะเหล่านี้ไปใช้เมื่อต้องเผชิญปัญหา ในสภาพต่างๆ ได้ การเล่นนี้มีทั้งหมด 10 การเล่น ประกอบด้วย การให้ความรู้ (Psycho education) การฝึกทักษะ (Skill training) และการเลือกใช้ เทคนิค (Technique selection) ซึ่งระยะการ เลือกใช้เทคนิค ผู้วิจัยได้เลือกเทคนิคการเสนอ ตัวแบบ (Modeling technique) และการจัดการ เงื่อนไขผลกระทบ (Contingency management) เมื่อสิ้นสุดการเล่นบำบัดนี้เด็กสมาธิสิ้นจะเรียนรู้ จากตัวแบบที่เกิดจากขบวนการการเรียนรู้จากการ สังเกต ซึ่งจะเป็นการเรียนรู้แบบพื้นฐานที่เป็น ประโยชน์ ที่ช่วยให้เรียนรู้มนทัศน์ที่ซับซ้อนหรือ ยากๆ ได้ดีและเร็ว¹⁹ และการที่เด็กสมาธิสิ้นได้รับ ผลกระทบที่เป็นแรงเสริมบวกจากเทคนิคการ จัดการเงื่อนไขผลกระทบ พฤติกรรมที่ดีก็จะมี แนวโน้มที่จะเกิดขึ้นอีกในอนาคตได้ ในทาง กลับกันถ้าพฤติกรรมใดได้รับผลกระทบที่เป็นตัว ลงโทษ พฤติกรรมนั้นก็จะลดลงหรือยุติในอนาคต¹⁷ การเล่นบำบัดนี้เป็นการเล่นแบบกลุ่มๆ ละ 4 คน นัดหมายทั้งหมด 2 ครั้ง ใช้เวลาทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ คู่มือการเล่นบำบัดสำหรับพยาบาลได้ให้

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา มีค่า ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา 1.0 จากนั้นนำคู่มือนี้ไป ทดลองใช้ (Try out) กับเด็กสมาธิสิ้นอายุ 6 - 9 ปี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล ภาลลย จังหวัดสมุทรสงคราม เพื่อพิจารณาความ เป็นไปได้ในการนำไปใช้ หลังการทดลองใช้ได้มี การปรับแก้ไขบางส่วนของคู่มือเพื่อให้สอดคล้อง กับกลุ่มตัวอย่างก่อนนำไปใช้ในการทดลองจริง

2.2 แบบประเมินความสามารถ การ เล่นของเด็กสมาธิสิ้นสำหรับพยาบาล เป็น เครื่องมือที่สร้างเองตามวัตถุประสงค์ของการเล่น แต่ละการเล่นตามแนวคิดของ Ebrahim ที่ สอดคล้องกับพัฒนาการด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด และสติปัญญาของเด็กอายุ 6 - 9 ปี ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มี ค่าเท่ากับ 1.0 และตรวจสอบความเที่ยงกับเด็ก สมาธิสิ้นอายุ 6 - 9 ปี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ กลุ่มตัวอย่าง ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล ภาลลย จังหวัดสมุทรสงคราม ค่าความเที่ยง Conbranch's alpha coefficient เท่ากับ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับ สมบูรณ์เข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลยูวประสาท ไหวโยปถัมภ์ และผ่านการพิจารณา เมื่อวันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2560 และสิ้นสุดวันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2563 รหัสจริยธรรม คือ 10/60 เมื่อมีมติ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้ทำเรื่องขออนุญาตใช้ข้อมูลจากหน่วยงาน เวชระเบียน เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในวันที่ 26 - 27 เมษายน พ.ศ. 2560 โดยเลือกข้อมูลของ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเด็กสมาธิสิ้น

(F.90) ที่มีอายุ 6 - 9 ปี เข้ารักษาตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2559 - เดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 จำนวน 1,082 คน จากนั้นโทรศัพท์ติดต่อเพื่อสอบถามความยินยอมด้านความสมัครใจ โดยเรียงตามหมายเลขประจำตัวผู้ป่วย (HN) ที่ละคนที่ได้จากการจับสลากเลือกจนครบทั้ง 40 คน และดำเนินการทดลองโดยมีขั้นตอนเริ่มจาก ขั้นตอนที่ 1) Pretest ในกลุ่มทดลอง ผู้ดูแลหลักจะทำแบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น (สำหรับผู้ปกครอง) (SNAP-V) ก่อนได้รับการเล่นบำบัด และในกลุ่มควบคุม ผู้ดูแลหลักจะทำแบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น (สำหรับผู้ปกครอง) (SNAP-V) ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ ขั้นตอนที่ 2) เป็นการจัดการเล่นบำบัด และขั้นตอนที่ 3) Posttest ในกลุ่มทดลอง ผู้ดูแลหลักจะทำแบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น (สำหรับผู้ปกครอง) (SNAP-V) หลังสิ้นสุดการเล่นบำบัดทันทีในสัปดาห์ที่ 3 และกลุ่มควบคุม ผู้ดูแลหลักจะทำแบบสอบถามอาการของเด็กสมาธิสั้น (สำหรับผู้ปกครอง) (SNAP-V) หลังสิ้นสุดการพยาบาลตามปกติในสัปดาห์ที่ 3 ทันที

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจะได้รับการบำบัดรักษาแบบ Multi-Modality Approach ซึ่งเป็นการบำบัดรักษาตามมาตรฐานในเด็กสมาธิสั้นของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ซึ่งการบำบัดรักษาแบบ Multi-Modality Approach เป็นการผสมผสานระหว่างการใช้ยาตามดุลยพินิจของแพทย์เพื่อช่วยให้อาการในแต่ละกลุ่มอาการลดลงรวมกับการบำบัดด้วย Psychosocial intervention ที่ประกอบด้วย การให้คำแนะนำในการใช้ยาโดยเภสัชกร ส่วนการปรับพฤติกรรม การเสริมสร้างศักยภาพครอบครัว และการช่วยเหลือด้านการเรียนรู้จะได้รับการบำบัดร่วมกันระหว่างพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ โดยใน

กลุ่มทดลองนอกจากจะได้รับการบำบัดรักษาตามมาตรฐานแบบ Multi-Modality Approach ยังได้รับการบำบัดด้วยการเล่นบำบัดด้วย แต่ในกลุ่มควบคุมจะได้รับการบำบัดรักษาตามมาตรฐานแบบ Multi-Modality Approach เพียงอย่างเดียว

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างทุกขั้นตอน โดยเริ่มดำเนินการทดลองหลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เมื่อวันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2560 และขออนุญาตใช้ข้อมูลจากหน่วยงานเวชระเบียน เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในวันที่ 26 - 27 เมษายน พ.ศ. 2560 นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างทุกคนยังได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลา วิธีการประโยชน์ที่ได้รับ รวมถึงตอบคำถามหรือข้อสงสัย จนกว่าจะเกิดความเข้าใจ และในระหว่างดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผล ไม่มีผลต่อการเข้ารับบริการการรักษาพยาบาล ข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยต่อผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง จนกว่าจะได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเท่านั้น ผลงานวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม เมื่อผู้ดูแลหลักเข้าใจและยืนยันว่ายินยอมเข้าร่วมงานวิจัยได้ จึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมหลังอ่านรายละเอียดจนเข้าใจชัดเจนอีกครั้ง นอกจากนี้หลังสิ้นสุดการทดลองผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มควบคุม 20 คน โดยมอบเอกสารคู่มือ สื่อในการเล่นบำบัด อธิบายลำดับขั้นตอนและวิธีการเล่นที่บ้านสำหรับผู้ดูแลหลักให้กับกลุ่มควบคุมจนเข้าใจและสามารถนำไปเล่นได้เองที่บ้านเหมือนกับกลุ่มทดลองทุกประการ



การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ที่ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้นโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยอาการมีการกระจายของคะแนนเป็นปกติ (Normal distribution) จากการทดสอบด้วยวิธี Normal Quantile Plot 2) ความแตกต่างของคะแนนอาการก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทดสอบโดยใช้สถิติ Independence t test ไม่แตกต่างกัน 3) ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Independence t test แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 4.50$) และ 4) ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยอาการระหว่างก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Paired t test พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 13.36$)

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาผลของการเล่นบำบัดต่ออาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6 - 9 ปี มีตัวแปรต้น คือ การเล่นบำบัด ตัวแปรตาม คือ อาการของเด็กสมาธิสั้น ผลการวิจัย พบว่า 1) คะแนนอาการของเด็กสมาธิสั้นก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน มีค่า $p\text{-value} = .476$ ($t = -0.72$) โดยคะแนนอาการในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 1.74 และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 1.64 2) คะแนนเฉลี่ยอาการหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 4.50$) โดยคะแนนเฉลี่ยอาการหลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.88 ซึ่งต่ำกว่าในกลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.55 ดังตารางที่ 1 3) คะแนนเฉลี่ยอาการระหว่างก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 13.36$) โดยคะแนนเฉลี่ยอาการหลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.88 ซึ่งต่ำกว่าในกลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.74 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้นรายด้านและรวม 2 กลุ่มอาการ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 40$)

อาการของเด็กสมาธิสั้น	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
อาการของเด็กสมาธิสั้น (อาการรวม 2 กลุ่มอาการ)	0.88	0.31	1.55	0.59	4.50	< .001
กลุ่มอาการขาดสมาธิ	0.90	0.35	1.59	0.57	4.64	< .001
กลุ่มอาการไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	0.86	0.34	1.51	0.67	3.87	< .001

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของเด็กสมาธิสั้น (อาการรวม 2 กลุ่มอาการ) และอาการรายด้าน ได้แก่ กลุ่มอาการขาดสมาธิ และกลุ่มอาการไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

อาการของเด็กสมาธิสั้น	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
อาการของเด็กสมาธิสั้น (อาการรวม 2 กลุ่มอาการ)	1.74	0.47	0.88	0.31	13.36	< .001
กลุ่มอาการขาดสมาธิ	1.75	0.47	0.90	0.35	13.61	< .001
กลุ่มอาการไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	1.69	0.58	0.86	0.34	8.28	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยข้างต้น แสดงให้เห็นว่าเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองที่ได้รับการเล่นบำบัดและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้นไม่แตกต่างกัน แต่หลังจากการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับการเล่นบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้นแตกต่างจากก่อนได้รับการเล่นบำบัด คือ มีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการของเด็กสมาธิสั้น (อาการรวม 2 กลุ่มอาการ) และอาการรายด้านต่ำกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มทดลองที่ได้รับการเล่นบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยอาการของเด็กสมาธิสั้นแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ กลุ่มทดลองที่ได้รับการเล่นบำบัดมีค่าเฉลี่ยคะแนนอาการของเด็กสมาธิสั้น (อาการรวม 2 กลุ่มอาการ) และอาการรายด้านต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Janatian ที่ศึกษาผลของการเล่นบำบัดตามหลักการ CBT ต่อความรุนแรงของอาการในเด็กสมาธิสั้นเพศชาย อายุ 9 - 11 ปี สามารถลดอาการไม่นิ่ง (Hyperactivity) และอาการขาดสมาธิ (Inattention) รวมทั้งยังช่วยลดระยะเวลาของการมารักษาตามนัด (Follow up) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05⁹ และยัง

สอดคล้องกับการศึกษาของ Embrahim ที่ได้ศึกษาการเล่นบำบัดในเด็กสมาธิสั้นอายุ 7 - 9 ปี ซึ่งพบว่า การเล่นบำบัดช่วยลดอาการของเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁸

ดังนั้นเมื่อกลุ่มทดลองได้รับการเล่นบำบัดเพิ่มเติมจากการบำบัดรักษาเดิมที่เป็นแบบ Multi-Modality Approach ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างการใช้ยา ร่วมกับ Psychosocial intervention⁵ ที่ประกอบด้วย การใช้ยา การปรับพฤติกรรม การเสริมสร้างศักยภาพครอบครัว และการช่วยเหลือด้านการเรียนรู้เหล่านี้ จะช่วยให้อาการของเด็กสมาธิสั้นลดลงได้ เนื่องจากการเล่นบำบัดมีพื้นฐานอยู่บนความจริงของการเล่นที่ว่า เป็นเครื่องมือตามธรรมชาติของเด็ก จึงลดแรงต้านที่เกิดจากการบำบัดแบบทั่วไป การเล่นยังเป็นการแสดงออกถึงตัวตนของเด็ก เป็นโอกาสให้เด็กได้แสดงออกถึงความรู้สึกและปัญหา เช่นเดียวกับรูปแบบการบำบัดในผู้ใหญ่ที่เปิดโอกาสให้ได้พูดคุยระบายความรู้สึกต่างๆ¹² นอกจากนี้การเล่นบำบัดในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยยังได้ออกแบบให้สอดคล้องกับพัฒนาการของเด็กสมาธิสั้นอายุ 6 - 9 ปี ที่เชื่อว่าพัฒนาการของเด็กวัยนี้จะไม่สามารถคิดแบบนามธรรมได้แต่จะต้องเป็นการคิดอย่างมีเหตุผลเชิงรูปธรรม (Concrete operational

peroid) โดยจะต้องเป็นการถ่ายโยงการเรียนรู้ (Transfer of learning) แต่ปัญหาหรือเหตุการณ์ที่จะถ่ายโยงนั้นจะต้องเกี่ยวข้องกับวัตถุหรือสิ่งที่เป็นรูปธรรม ส่วนปัญหาที่เป็นนามธรรมเด็กจะยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้³ การเล่นบำบัดแต่ละการเล่นจะเป็นการถ่ายโยงเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับวัตถุที่เป็นรูปธรรม ซึ่งจะทำให้กระบวนการคิดอย่างมีเหตุผลเชิงรูปธรรม และจะเน้นที่การพัฒนาทักษะที่เด็กสมาธิสั้นไม่สามารถนำออกมาใช้ได้เมื่อเผชิญกับสถานการณ์จริง ผ่านเทคนิคการเสนอตัวแบบ (Modeling technique) โดยเด็กสมาธิสั้นจะเรียนรู้จากตัวแบบที่ได้จากแต่ละการเล่น โดยขบวนการสังเกต จะมีการเลียนแบบพฤติกรรมที่ดีจากนิทานในการเล่นที่ 1 และเลียนแบบพฤติกรรมของผู้นำแต่ละการเล่น ทำให้เกิดการเรียนรู้ ซึ่งจะช่วยปรับปรุงบุคลิกภาพแก้ไขพฤติกรรมให้เป็นไปตามตัวแบบได้ นอกจากนี้เทคนิคการจัดการเงื่อนไขผลกรรม (Contingency management) ที่นำมาประยุกต์ใช้ในการเล่นบำบัดครั้งนี้ จะทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้จากการได้แรงเสริมบวกเมื่อมีพฤติกรรมเหมาะสมและการได้แรงเสริมลบเมื่อมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม การได้แรงเสริมบวกอย่างต่อเนื่องจะทำให้พฤติกรรมที่เหมาะสมคงอยู่ในอนาคต ในขณะที่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจะค่อยๆ ลดลงไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Anna ที่พบว่า การฝึกทักษะที่เน้นการมีสมาธิ (Attention) การยับยั้งพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น (Impulsive) ทักษะด้านความจำ (Working memory) จะช่วยลดอาการของเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ²⁰

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล
พยาบาลที่จะดำเนินการเล่นบำบัดกับเด็กสมาธิสั้นควรมีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การให้คำปรึกษา ความรู้เกี่ยวกับเด็กสมาธิสั้น พัฒนาการของเด็กแต่ละช่วงวัย มีทักษะการบำบัดแบบกลุ่ม และควรมีการกระตุ้นและติดตามสนับสนุนให้ครอบครัวกระทำการเล่นบำบัดกับเด็กอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เด็กได้เพิ่มประสบการณ์และพัฒนาทักษะได้อย่างต่อเนื่อง เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด มีการแสดงออกทางพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นว่าเด็กสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม และควรมีการปรับระดับความยากง่ายของการเล่นให้สอดคล้องกับพัฒนาการแต่ละช่วงวัย หรือระดับความสามารถที่เด็กสามารถทำได้ การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่ามีข้อดี ได้แก่ การเล่นบำบัดที่สอดคล้องกับพัฒนาการของเด็ก มีสีสัน น่าติดตามนั้นช่วยลดช่องว่างระหว่างผู้บำบัดและเด็กได้มาก เด็กมีความกระตือรือร้น พยายามที่จะเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ อย่างเต็มใจ ไม่ต่อต้าน หรือปฏิเสธการรักษา นอกจากนี้การเล่นบำบัดแบบกลุ่มนั้นยังช่วยส่งเสริมให้สมาชิกในกลุ่มเรียนรู้ทักษะทางสังคมด้วย เช่น การรอคอย การแบ่งปัน เป็นต้น รวมทั้งทำให้ผู้ปกครองเข้าใจในอาการของเด็กสมาธิสั้นมากขึ้น ขณะเล่นบำบัดยังเห็นถึงศักยภาพของเด็กที่มีความมุ่งมั่น ตั้งใจที่จะทำสิ่งต่างๆ ให้สำเร็จ ถึงแม้ว่าจะมีความยากลำบากมากกว่าเด็กปกติทั่วไป และยังเกิดกลุ่มผู้ปกครองที่จะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันในสภาพปัญหาที่ใกล้เคียงกัน แต่ในขณะเดียวกันยังพบว่า การเล่นบำบัดที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษานี้ยังมีอุปสรรค ได้แก่ การที่เด็กสมาธิสั้นรวมตัวกันเป็นกลุ่มเพื่อทำการเล่นบำบัดนั้นจะ

ควบคุมให้อยู่ในกติกาค่อนข้างยาก เนื่องจากเด็กจะควบคุมตนเองได้น้อย มีอาการซนไม่นิ่ง เหล่านี้มีความเสี่ยงอาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นขณะทำกลุ่มได้ นอกจากนี้พยาบาลที่ดำเนินการเล่นนั้นควรมีอย่างน้อย 2 คน เนื่องจากบางการเล่นจะมีการโยนลูกบอล หรือการช่วยเหลือเด็กขณะเล่นบ๊อบบี้ ทำให้อาจไม่สามารถดูแลเด็กได้ทั่วถึงตลอดเวลา การเลือกใช้อุปกรณ์ที่ใช้ในการเล่นก็ควรเป็นอุปกรณ์ที่หาง่าย ราคาถูก ผู้ปกครองและเด็กสมาธิสั้นสามารถหาได้ง่ายหรือประดิษฐ์ได้เองที่บ้าน และควรมีการวัดอาการของเด็กสมาธิสั้นทั้งก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest) โดยกำหนดช่วงเวลาที่แคบลงและใกล้เคียงกัน เช่น อาการของเด็กสมาธิสั้นก่อนเริ่มการทดลองทันที และหลังการทดลองทันที เพื่อลดความคลาดเคลื่อนที่มีโอกาสเกิดขึ้นจากช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกันเกินไป และควรให้ครอบครัวตระหนักถึงบทบาทหน้าที่และความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เข้าใจในความเจ็บป่วยของเด็กสมาธิสั้น สามารถนำการเล่นบ๊อบบี้ไปใช้ลดอาการของเด็กสมาธิสั้นได้อย่างเข้าใจและเป็นธรรมชาติ รวมทั้งและเพิ่มการติดตามผลหลังการเล่นบ๊อบบี้ที่มีระยะยาวมากขึ้น เป็น 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน

2. ด้านการศึกษา ควรมีการเผยแพร่การเล่นบ๊อบบี้เพื่อลดอาการเด็กสมาธิสั้นให้แก่พยาบาลในชุมชน หรือครู เพื่อให้การดูแลเป็นไปแนวทางเดียวกันและเกิดความต่อเนื่อง และควรมีการเตรียมความพร้อมหรือให้ความรู้แก่พยาบาลหรือผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่สนใจเพื่อให้สามารถจัดการเล่นแนวทางนี้ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมต่อไป

3. ด้านการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการเล่นบ๊อบบี้แบบกลุ่ม ดังนั้นควรมีการศึกษาการเล่นบ๊อบบี้แบบเดี่ยว ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการเล่นบ๊อบบี้อื่นๆ เพื่อจัดการกับปัญหาของเด็กที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล เนื่องจากการเล่นเป็นกิจวัตรประจำวันของเด็ก จึงช่วยลดแรงต้านหรือลดการปฏิเสธจากเด็ก ดังนั้นเด็กจะให้ความร่วมมือมากกว่าการเล่นแบบอื่น



เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (DSM-V). 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric; 2013.
3. Buttross S. Attention deficit-hyperactivity disorder and its deceivers. Curr Probl Pediatr 2000;30(2):41-50.
4. Maneerat S. Ability of ADHD caregiver. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Prince of Songkla University; 2007. (in Thai).
5. Piyasin W, Gateman P. Child and adolescent psychology 2. 1st ed. Bangkok: Tanapress; 2007. (in Thai).
6. Martin A, Volkmar FR. Lewis's child and adolescence psychiatry: a comprehensive textbook. 4th ed. Wolters Kluwe: Lippincott William & Wilkin; 2007.
7. Barzegary L, Zamini S. The effect of play therapy on children with ADHD. Procedia-Social and Behavioral Sciences 2011;30(1):2216-8.
8. Abdollahian E, Mokhber N, Balaghi A, Moharrari F. The effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on the symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder in children aged 7-9 years. ADHD Atten Def Hyp Disord 2013;5(1):41-6.
9. Janatian S, Nouri A, Shafiti A, Molavi H, Samavatyan H. Effectiveness of play therapy on the base of cognition behavioral approach of symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) among primary school male students aged 9-11. J Res Behav Sci 2008;2(1):110-2.
10. Panksepp J. Can play diminish ADHD and facilitate the construction of the social brain?. J can Acad child Adolesc Psychiatry 2007;16(2):57-66.
11. Ray D, Schottelkork A, Tsai MH. Play therapy with children exhibiting symptom of ADHD. International Journal of Play Therapy 2008;16(1):95-111.
12. Axline VM. Play therapy: the inner dynamics of childhood. 20th ed. New York: Ballantine Books; 1990.
13. Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2006.
14. Knouse LE, Safren SA. Current status of cognitive behavior therapy for adult Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. Psychiatr Clin North Am 2010;33(3):497-509.
15. Nigg JT. What causes ADHD?: understanding what goes wrong and why. [Internet]. [cited 2010 June 8]. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2006-07725-000>.



16. Patterson CH. Relationship counseling and psychotherapy. New York: Harper & Row; 1974.
17. Iamsupasit S. Theories and techniques in behavior modification. 2nd ed. Bangkok : Chulalongkorn University Press; 1991.
18. Ruengtragul A. Statistic applied to behavioral sciences 1. Educational Research and Psychology. Bangkok: Faculty of Education Chulalongkorn University; 2009. (in Thai).
19. Patterson CH. Relationship counseling and psychotherapy. New York: Harper & Row; 1974.
20. Re AM, Capodieci A, Cornoldi C. Effect of training focused on executive functions (attention, inhibition, and working memory) in preschoolers exhibiting ADHD symptoms. [Internet]. [cited 2010 June 8]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4526792/>.
21. Jamja P. The effect of stress management program on caregivers' caring ability of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Royal Thai Navy Medical Journal 2019;46(1):32-48. (in Thai).

ผลของการใช้วิดีโอสำหรับการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว
ขณะได้รับเคมีบำบัดร่วมกับการบริหารทางเภสัชกรรมต่อความรู้
พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพึงพอใจของผู้ป่วย
โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
Effects of Using Instruction Video for Self-care
during Receiving Chemotherapy Combined with
Pharmaceutical Care on Knowledge, Self-Care
Behavior and Satisfaction of Colorectal Cancer
Patients

กมลวรรณ โชตินิพัทธ์* ศราวุฒิ อุพุดินันท์**

Kamolwan Chotnipat,* Sarawut Oo-puthinan**

* นิสิตหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จ.พิษณุโลก

* Student in Master Degree of Pharmacy Program, Faculty of Pharmaceutical Sciences,
Naresuan University, Phitsanulok Province

** คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จ.พิษณุโลก

** Faculty of Pharmaceutical Sciences, Naresuan University, Phitsanulok Province

** Corresponding Author: sarawuto@nu.ac.th

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับยาเคมีบำบัด การจัดการกับอาการข้างเคียง และแนวทางการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักก่อนและหลังได้รับการให้ความรู้โดยใช้วิดีโอสำหรับการให้บริหารทางเภสัชกรรมตามปกติ และศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อวิดีโอกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าจำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ วิดีทัศน์สำหรับการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น รวบรวมข้อมูลโดยใช้ 1) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับยาเคมีบำบัด การจัดการกับอาการข้างเคียง และแนวทางการดูแลตนเอง 2) แบบสอบถาม

Received: April 17, 2019; Revised: August 28, 2019; Accepted: April 29, 2019

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และ 3) แบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อวิดิทัศน์ ทำการเก็บข้อมูลก่อนการฉายวิดิทัศน์ และหลังการฉายวิดิทัศน์ 3 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์สำหรับผู้ป่วยแต่ละคน ใช้สถิติวิเคราะห์แบบ Repeated ANOVA ในการเปรียบเทียบคะแนนจากแบบสอบถามความรู้ระหว่างก่อนและหลังการฉายวิดิทัศน์ และใช้สถิติ Friedman test เปรียบเทียบคะแนนของแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองระหว่างก่อนและหลังการฉายวิดิทัศน์ ผลการวิจัยพบว่า หลังการฉายวิดิทัศน์ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีความรู้เรื่องยาเคมีบำบัด การจัดการกับอาการข้างเคียง และแนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วย และพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อวิดิทัศน์โดยรวมในระดับดีมาก

ข้อเสนอแนะ ควรมีการฉายวิดิทัศน์สำหรับการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวขณะได้รับเคมีบำบัด ร่วมกับการบริบาลทางเภสัชกรรมไปใช้ในการส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักตามบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรต่อไป

คำสำคัญ : วิดิทัศน์สำหรับการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เคมีบำบัด ความรู้ พฤติกรรมดูแลตนเอง

Abstract

This study was a one-group pretest-posttest design aimed to compare patients' knowledge about chemotherapy, side-effect management, and self-care direction, including self-care behaviors of colorectal cancer patients, and patient satisfaction towards the video before and after showing the video with usual pharmaceutical care. Thirty colorectal cancer patients receiving chemotherapy at Somdech Phra Pinklao Hospital were recruited. The tool used in the study were the instruction video for self-care. Data were collected before showing the video and after showing the video for three times separated by 2 weeks for a total of 4 weeks per patient, using 1) a questionnaire on knowledge about chemotherapy, side-effect management, and self-care direction, 2) a questionnaire on self-care behaviors, and 3) a questionnaire on patient satisfaction towards the video. Repeated ANOVA was used to compare the knowledge scores between before and after the video show and Friedman test was used to compare the self-care behaviour scores between before and after the video show. The results indicated that after the video show at week 4, the patients had significantly more knowledge about chemotherapy, side-effect management, and self-care direction and higher scores for appropriate self-care behaviors during chemotherapy ($p < .001$) including overall patient's satisfaction towards the video at the very good level. The results of this study recommend the use of the instruction video for self-care during receiving



chemotherapy in patients with colorectal cancers combined with pharmaceutical care to promote knowledge and behavior of patients according to the role of pharmacists.

Keywords : instruction video for self-care, colorectal cancers, chemotherapy, knowledge, self-care behavior

=== ความเป็นมาและความสำคัญ === ของปัญหา

มะเร็งเป็นโรคเรื้อรัง ที่มีอัตราการตายมากกว่าโรคอื่นๆ โดยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นหนึ่งในห้าอันดับแรกของโรคมะเร็งที่พบมากที่สุดทั่วโลกซึ่งมีอัตราอุบัติการณ์ปรับมาตรฐานตามอายุ (Age-Standardized Incidence Rate : ASR) เท่ากับ 19.7 ราย ต่อประชากรโลก 1 แสนคน¹ ในประเทศไทยตามสถิติของการสำรวจโดยกระทรวงสาธารณสุขใน พ.ศ. 2555 - 2559 พบว่า มะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศไทยและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี² โดยมะเร็งที่พบมาก 5 อันดับแรกในประเทศไทย ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งตับ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก และมะเร็งถุงน้ำดี ตามลำดับ ในประเทศไทยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีอัตราอุบัติการณ์ปรับมาตรฐานตามอายุเท่ากับ 15.5 ต่อประชากรไทย 1 แสนคน ตามลำดับ¹ จากการสำรวจและเก็บข้อมูลโดยผู้ทำการวิจัยพบว่า จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมะเร็งมารับยาเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ใน พ.ศ. 2557 - 2559 มีจำนวนทั้งสิ้น 2,051, 1,990 และ 2,249 ครั้งตามลำดับ โดยเป็นผู้ป่วยนอก จำนวน 870, 981, 1,239 ครั้ง (ร้อยละ 42, 49 และ 55) และ ผู้ป่วยในจำนวน 1,181, 1,009 และ 1,010 ครั้ง (ร้อยละ 58, 51 และ 45) ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 76 เป็นมะเร็งชนิดก้อน (Solid tumor) ส่วนใหญ่ ได้แก่ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่ เป็นต้น ส่วนผู้ป่วยที่เหลือร้อยละ

24 เป็นผู้ป่วยโรคเลือด จะเห็นว่าอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า มีจำนวนมากที่สุดและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี แสดงถึงแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปีในอนาคต

จากผลการศึกษาติดตามการใช้ยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคาม ซึ่งติดตามการใช้ยาในผู้ป่วย จำนวน 71 ราย พบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเคมีบำบัดทั้งหมด 1,174 ปัญหา โดยพบอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบทางเดินอาหารและระบบเลือดมากที่สุด (อย่างละร้อยละ 38.3) และจากการติดตามสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาตามนัด พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบจุดมุ่งหมายที่แน่นอนของการรักษา ไม่ทราบว่า การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดนั้นมีรูปแบบและวิธีการใช้อย่างไร รวมถึงไม่ทราบแบบแผนและความต่อเนื่องในการรักษา³

บทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด คือ การได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลและติดตามการใช้ยาเคมีบำบัด โดยทำงานในรูปแบบของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากยาเคมีบำบัดสูงสุดและเกิดความปลอดภัยมากที่สุด ซึ่งในขั้นตอนของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดนั้น เภสัชกรมีหน้าที่ตั้งแต่การตรวจสอบการสั่งใช้ยาของแพทย์ (Prescription screening) เตรียมผสมยา (Admixing)

ส่งมอบยา (Dispensing) การให้ข้อมูลด้านการบริหารยาแก่พยาบาล เช่น การบริหารยารั่วซึม ออกนอกหลอดเลือด การทำยาเคมีบำบัดตก และการเกิด Hypersensitivity reaction (ปฏิกิริยาภูมิไวเกิน) จากยาเคมีบำบัด นอกจากนี้เภสัชกรยังมีบทบาทในการติดตามอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม และเกิดอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดให้น้อยที่สุด โดยให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด รวมทั้งเก็บข้อมูลและประเมินอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดเพื่อหาสาเหตุที่เกิดและกำหนดแนวทางแก้ไข⁴

ปัจจุบันโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าเป็นโรงพยาบาลระดับ A1 (จำนวนเตียง 700 - 900) ซึ่งมีจำนวนเตียงนอน 750 เตียง จำนวนเภสัชกรด้านการให้บริการทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีจำนวนทั้งสิ้น 2 คน ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลมีจำนวนมากขึ้นเนื่องจากโรงพยาบาลมีการเปิดรองรับผู้ป่วยสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิประกันสังคม และรับผู้ป่วยส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่นๆ มากขึ้น จึงทำให้มีปริมาณผู้ป่วยมากขึ้นกว่าเดิม นอกจากนี้หอผู้ป่วยให้ยาเคมีบำบัดของโรงพยาบาลเป็นหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยมะเร็งมารับยาซึ่งต้องอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรคอื่นๆ ไม่มีหอให้ยาเคมีบำบัดโดยเฉพาะ และไม่มีพยาบาลที่ได้รับการอบรมหลักสูตรระยะสั้น 4 เดือน เกี่ยวกับเรื่องมะเร็งโดยเฉพาะจากการเก็บสถิติการให้บริการทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยเฉพาะรายโดยเภสัชกรใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 20 นาทีต่อคน จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นส่งผลให้บุคลากรด้านการให้บริการทางเภสัชกรรมมีข้อจำกัดของเวลาและการที่มีจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นทำให้การบริหารไม่ทั่วถึงหรือครบทุกคน

มีงานวิจัยหลายชิ้น ที่นำเอาสื่อวีดิทัศน์มาช่วยเพิ่มความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็ง เช่น การศึกษาของ Kinnane ซึ่งทำการประเมินการให้ความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์เพิ่มเติมในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหรือมะเร็งเต้านมที่ได้รับการให้ความรู้ก่อนให้ยาเคมีบำบัดตามมาตรฐานหลังการผ่าตัดหรือการฉายรังสี ผลการศึกษา พบว่า การใช้วีดิทัศน์เพิ่มเติมจากการให้ความรู้ตามปกติทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มจดจำข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นหลังรับยาเคมีบำบัดรวมถึงการป้องกันอาการข้างเคียงได้มากขึ้น และมีการรายงานอาการข้างเคียงที่ทำนายได้มากขึ้น เช่น ไข้ ผลในช่องปาก⁵ นอกจากนี้การใช้วีดิทัศน์ยังสามารถช่วยถ่ายทอดความรู้ที่เป็นเรื่องอธิบายได้ยากให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจมากยิ่งขึ้น โดยจากการศึกษาของกรกฎ เห็นแสงวิไล ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาและประเมินผลการใช้สื่อวีดิทัศน์บริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานในสตรีวัย 40 - 60 ปี ผลการวิจัยเกี่ยวกับการใช้วีดิทัศน์ในเรื่องความรู้เรื่องปัสสาวะเล็ดและการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานในกลุ่มสตรีเพิ่มขึ้นหลังจากชมวีดิทัศน์และคงอยู่ตลอด 12 สัปดาห์⁶ ผลการวิจัยเกี่ยวกับการใช้วีดิทัศน์ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและมะเร็งเต้านมดังกล่าวอาจจะสามารถใช้เพื่อส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดได้

สื่อวีดิทัศน์สามารถช่วยให้ผู้รับชมเกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้เข้าใจในเนื้อหาได้ง่ายขึ้นในระยะเวลาอันสั้นและช่วยให้เกิดความคิดรวบยอดในเรื่องนั้นได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว งานวิจัยทางสื่อการศึกษาหรือสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ให้ข้อมูลว่า สำหรับผู้รับชมที่มีความรู้ไม่มากและมีประสบการณ์น้อย สื่อวีดิทัศน์

มีส่วนอย่างมากที่จะช่วยคลี่คลายความข้องใจอธิบายสิ่งที่เข้าใจยากให้เข้าใจง่ายขึ้น⁷ ผู้รับชมจะได้เห็นภาพในลักษณะต่างๆ ได้ยินเสียงประกอบที่สมจริง มีคำตอบ และเสียงดนตรีที่น่าสนใจ ทั้งยังช่วยให้การให้ความรู้แก่ผู้รับชมมีประสิทธิภาพเท่าเทียมกันในมาตรฐานเดียวกันด้วยวิธีเดียวกัน และช่วยให้การให้ความรู้บรรลุจุดมุ่งหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ สื่อวีดิทัศน์มีคุณสมบัติครบถ้วนในด้านโสตทัศนศึกษา คือ สามารถให้ข่าวสารแก่ผู้รับ ทั้งด้านประสาทสัมผัสทางตาและหู สามารถสร้างประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรมได้ดี ด้วยเหตุผลที่ว่า การรับรู้ของคนเราเกิดจากการเห็น คิดเป็นร้อยละ 75 การได้ยิน คิดเป็นร้อยละ 13 การสัมผัสถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 6 กลิ่น คิดเป็นร้อยละ 3 รส คิดเป็นร้อยละ 3⁸

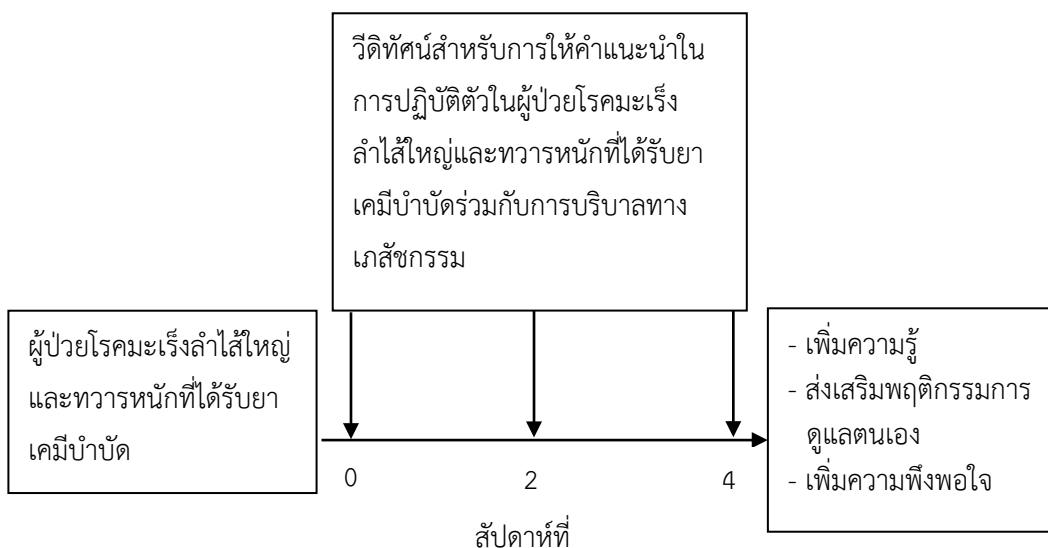
จากสถานการณ์ ที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เพิ่มขึ้นทำให้การบริหารบาททางเภสัชกรรมอาจทำได้ไม่ทั่วถึง ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงจัดทำขึ้น

เพื่อศึกษาผลของวีดิทัศน์สื่อการสอนในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่พัฒนาขึ้นเพื่อช่วยส่งเสริมการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ยาเคมีบำบัด อาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด และการดูแลตนเองเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อให้สามารถช่วยยกระดับคุณภาพของงานด้านการให้บริการด้านความรู้ให้ได้มาตรฐานเดียวกันทั้งโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

เปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักก่อนและหลังได้รับการให้ความรู้โดยใช้วีดิทัศน์ร่วมกับการบริหารบาททางเภสัชกรรมในสัปดาห์ที่ 4 และศึกษาความพึงพอใจภายหลังได้รับการให้ความรู้โดยใช้วีดิทัศน์ในสัปดาห์ที่ 4

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (รหัสโรค ICD10 คือ C180 - C189)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ในวันและเวลาราชการ ในช่วงเวลาที่ทำการวิจัยในระหว่างวันที่ 3 พฤษภาคม ถึง 11 มิถุนายน 2561 จำนวน 30 ราย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าการวิจัยและเกณฑ์คัดออกการวิจัย ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
2. ผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก หรือ ยังไม่เคยได้รับยาเคมีบำบัดแต่มีการวางแผนให้เคมีบำบัดในครั้งถัดไป
3. ผู้ป่วยมีความเข้าใจภาษาไทย การสื่อสารด้วยภาษาไทย และการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะทางจิต หรือโรคประสาท
2. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารโดยการฟัง พูด อ่านและเขียนได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพปัจจุบัน ตำแหน่งของโรคมะเร็ง พยาธิสภาพของเซลล์มะเร็ง

1.2 แบบสอบถามความรู้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ดัดแปลงจากแบบสอบถามของ เบญจมาศ คุชนี⁹ เรื่องความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยผู้วิจัยมีการดัดแปลงข้อความในคำถามของแบบสอบถามความรู้ ของ เบญจมาศ คุชนี จำนวน 7 ข้อ และตัดทิ้ง 13 ข้อ โดยเพิ่มคำถามใหม่ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จำนวน 13 ข้อ ใช้สำหรับประเมินความรู้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มารับยาเคมีบำบัด ซึ่งประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ ความรู้เรื่องยาเคมีบำบัด การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด และแนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วย แบบสอบถามมีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบได้ 0 คะแนน (คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 20 คะแนน โดยคะแนนที่สูง หมายถึง ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระดับดี)

1.3 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ดัดแปลงจากแบบสอบถามของ เบญจมาศ คุชนี⁹ เรื่องความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยผู้วิจัยมีการดัดแปลงแบบสอบถามพฤติกรรม ของ เบญจมาศ คุชนี เพียงเล็กน้อยโดยมีการตัดคำถามออก 3 ข้อ จึงเหลือ 20 ข้อ ตัดคำซ้ำซ้อน 1 คำ จำนวน 1 ข้อ และแก้ “เวลาในการออกกำลังกายอย่างน้อย 20 นาที” เป็น “เวลาในการออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที” ข้อที่เหลือคงไว้เหมือนเดิมทุกประการ ใช้สำหรับประเมินพฤติกรรมผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มารับยาเคมีบำบัด ซึ่งประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ พฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยา การออกกำลังกายและวิถีคลายเครียด และการดูแลสุขภาพทั่วไปใน

ชีวิตประจำวัน แบบสอบถามมีข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวทั้งหมด 20 ข้อ ตอบสม่ำเสมอได้ 3 คะแนน ตอบทำเป็นประจำแต่ไม่ทุกวันได้ 2 คะแนน ตอบ < 5 ครั้ง/เดือน ได้ 1 คะแนน ตอบไม่ปฏิบัติเลยได้ 0 คะแนน (คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 60 คะแนน โดยคะแนนที่สูง หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในระดับดี)

1.4 แบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อวิดิทัศน์สำหรับการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด นำมาจากแบบวัดความพึงพอใจของ ธนพรรณ วัฒนชัย¹⁰ เรื่องการพัฒนาและประเมินประสิทธิภาพสื่อวิดิทัศน์บนสังคมออนไลน์เพื่อส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการจัดฟัน โดยไม่มีการดัดแปลงใดๆ มีข้อคำถามทั้งหมด 4 ข้อ ตอบควรปรับปรุงได้ 1 คะแนน ตอบพอใช้ได้ 2 คะแนน ตอบปานกลางได้ 3 คะแนน ตอบดีได้ 4 คะแนน และ ตอบดีมากได้ 5 คะแนน โดยคะแนนที่สูง หมายถึง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับดีมาก)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ วิดิทัศน์สำหรับการให้คำแนะนำผู้ป่วยที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

2.1 วิดิทัศน์สำหรับการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในรูปแบบ CD ซึ่งผู้ป่วยสามารถนำกลับไปดูซ้ำที่บ้านได้หากลืมประเด็นที่ผู้วิจัยสอนไปในบางจุด

หลังการตรวจสอบทวิดิทัศน์โดยผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยได้ปรับตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและได้บทวิดิทัศน์ และวิดิทัศน์ได้รับการบันทึกในรูปแบบ CD และเผยแพร่ลงใน Youtube ที่ <https://youtu.be/PzI5HRhuBn4> ซึ่งผู้ป่วยสามารถกลับไปดูซ้ำที่บ้านได้หากลืมประเด็นที่

ผู้วิจัยสอนไปในบางจุด รายละเอียดในวิดิทัศน์มีเนื้อหา ดังนี้

- ส่วนที่ 1 เรื่อง ยาเคมีบำบัด
- ส่วนที่ 2 เรื่อง จุดมุ่งหมายในการให้ยาเคมีบำบัด
- ส่วนที่ 3 เรื่อง การเตรียมความพร้อมก่อนการรักษาด้วยเคมีบำบัด
- ส่วนที่ 4 เรื่อง ผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง
- ส่วนที่ 5 เรื่อง ผลข้างเคียงผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์
- ส่วนที่ 6 เรื่อง ความปลอดภัยของผู้ป่วยและญาติ
- ส่วนที่ 7 เรื่อง สรุปการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ภาพประกอบใช้รูปแบบการ์ตูนแอนิเมชัน และข้อความ เพื่อช่วยเพิ่มความน่าสนใจและความเข้าใจที่ง่ายขึ้น มีการใช้สัญลักษณ์ทดแทนรายละเอียดให้ดูง่ายขึ้น สามารถอธิบายเรื่องที่ซับซ้อนและเข้าใจยากให้ง่ายขึ้นตัวอย่างภาพในวิดิทัศน์แสดงดังในภาพที่ 1 - 3



ภาพที่ 1



ภาพที่ 2



ภาพที่ 3

ภาพที่ 1 แสดงตัวอย่างเนื้อหาในส่วนที่ 4 เรื่อง ผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง
ภาพที่ 2 แสดงตัวอย่างเนื้อหาในส่วนที่ 5 เรื่อง ผลข้างเคียงผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์
ภาพที่ 3 แสดงตัวอย่างเนื้อหาในส่วนที่ 6 เรื่อง ความปลอดภัยของผู้ป่วยและญาติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามความรู้ แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด และแบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งต่อวิทัศน์ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยเครื่องมือต้องมีค่า IOC มากกว่า 0.5 ทุกข้อ จึงจะนำมาใช้ได้ และหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.75, 0.87 และ 0.76 ตามลำดับ

บทวิทัศน์สำหรับการให้คำแนะนำผู้ป่วยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและและมีการตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาและความเข้าใจในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย ก่อนนำไปใช้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. ผู้ทำการวิจัยทำการบันทึกประวัติ ผลการตรวจร่างกาย (Vital signs/Laboratory data) น้ำหนัก ส่วนสูง พื้นที่ผิว สมรรถภาพร่างกาย (Performance status scale) ที่ได้จากการวัดผล โดยพยาบาลที่จัดคัดกรองผู้ป่วย ลงในแบบบันทึกข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
2. ผู้ป่วยเข้าพบแพทย์เพื่อวางแผนการรักษาและดำเนินการส่งยา
3. ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้โดยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง
4. ชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย โดยแนบเอกสารชี้แจงข้อมูล และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย หากผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยขอให้อาสาสมัครลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
5. ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลแบบบันทึกข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม

ความรู้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด และแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

6. การพบผู้ป่วยครั้งที่ 1 ผู้วิจัยให้การ บริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการฉายวิทยุทัศน์ เริ่มทำในสัปดาห์แรกของการได้รับยาเคมีบำบัด

การบริหารทางเภสัชกรรมมี 5 ขั้นตอน ตามด้วยขั้นตอนการฉายวิทยุทัศน์ ดังนี้

1) การอธิบายให้ความรู้และข้อมูล เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ยาเคมี บำบัด อาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด และการ ดูแลตนเองเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด

2) มอบคู่มือการดูแลตนเองเมื่อได้รับ ยาเคมีบำบัด (ให้กรณีพบครั้งแรกเท่านั้น)

3) แผ่นพับเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดสำหรับ ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เฉพาะ สูตรที่ผู้ป่วยได้รับ (ให้กรณีพบครั้งแรกเท่านั้น)

4) สอบถามปัญหาและให้คำชี้แนะ ตามปัญหาที่พบ

5) เปิดโอกาสให้ซักถามและทบทวน ความรู้ตามความต้องการของผู้ป่วย

6) ขั้นตอนการฉายวิทยุทัศน์ให้ผู้ป่วย จะดำเนินการหลังขั้นตอนการบริหารทางเภสัชกรรม โดยวิทยุทัศน์มีความยาวประมาณ 11.5 นาที

7. หลังการฉายวิทยุทัศน์ กลุ่มตัวอย่าง ทำแบบสอบถามความรู้และแบบวัดความพึงพอใจ ของผู้ป่วยต่อวิทยุทัศน์สำหรับการให้คำแนะนำใน การปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด (Post-question- naire ครั้งที่ 1)

8. การพบผู้ป่วยครั้งที่ 2 และ 3 เมื่อ ผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาตามแพทย์นัดปกติในอีก 2 และ 4 สัปดาห์ ตามลำดับ ผู้วิจัยดำเนินการในขั้นตอนที่

6 ซ้ำ โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความรู้ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบ วัดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อวิทยุทัศน์ทุกครั้ง (Post-questionnaire ครั้งที่ 2 และ 3)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านรับรองจากคณะ กรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัย นครสวรรค์ (COA No. 154/2018) และคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ (COA-NMD- REC013/61) และได้รับการอนุญาตเก็บข้อมูลจาก ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าฯ ที่ ห้องตรวจพิเศษศัลยกรรม แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าฯ ผู้วิจัยมีการให้ ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างอย่างเพียงพอ มีข้อมูล สำหรับอาสาสมัครวิจัย และให้ตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัยโดยอิสระ ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การ เปิดเผยตัวอาสาสมัครจะได้รับการปกปิดและจะ ไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน

การวิเคราะห์ข้อมูล แจกแจงข้อมูลส่วน บุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ใช้สถิติ Repeated ANOVA เปรียบเทียบความแตกต่าง ของคะแนนจากแบบสอบถามความรู้ระหว่างก่อน และหลังการใช้วิทยุทัศน์ และใช้ Post-hoc test โดยวิธี Bonferroni correction ด้วย Paired t-test เนื่องจากมีการแจกแจงแบบปกติ และเปรียบเทียบ ความแตกต่างของคะแนนจากแบบสอบถาม พฤติกรรมระหว่างก่อนและหลังการใช้วิทยุทัศน์โดย ใช้สถิติ Friedman test และใช้ Post-hoc test โดยวิธี Bonferroni correction ด้วย Sign test เนื่องจากมีการกระจายของข้อมูลแบบไม่สมมาตร กำหนดระดับนัยสำคัญที่ค่า α เท่ากับ .05

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

1.1 ข้อมูลสุขภาพปัจจุบัน

จากการศึกษาพบว่า มะเร็งลำไส้ตำแหน่ง Rectum เป็นมะเร็งที่พบมากที่สุด จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 40.0) รองลงมา คือ ตำแหน่ง Sigmoid colon จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 26.7) และผลทางพยาธิสภาพของเซลล์มะเร็งเป็นชนิด Adenocarcinoma ทุกราย โดยผู้ป่วยไม่มีประวัติเคยได้รับการผ่าตัด (ร้อยละ 63.3) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลสุขภาพปัจจุบัน

ข้อมูลสุขภาพปัจจุบันของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	จำนวน (ร้อยละ)
ตำแหน่งของมะเร็ง	
Cecum	4 (13.3)
Transverse colon	1 (3.3)
Descending colon	4 (13.3)
Sigmoid colon	8 (26.7)
Rectosigmoid colon	1 (3.3)
Rectum	12 (40.0)
ผลทางพยาธิสภาพของเซลล์	
Adenocarcinoma	30 (100.0)
การผ่าตัด	
ไม่เคยผ่าตัด	19 (63.3)
เคยผ่าตัด	11 (36.7)

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ผู้เข้าร่วมการศึกษาคือเพศชาย (ร้อยละ 63.3) อายุเฉลี่ย 61.80 ปี (SD = 9.8) ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเกษียณอายุราชการ มีสถานะสมรส และใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยไม่มีรายได้ ระดับการศึกษาที่พบมากที่สุด คือ ระดับประถมศึกษาหรือไม่ได้เรียน รองลงมา คือ ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 36.7 และ 33.3)

ระยะของโรครส่วนใหญ่อยู่ในระยะ 3 ขึ้นไป (ร้อยละ 50.0) ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยเคมีบำบัดอย่างเดียว (ร้อยละ 50.0) ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหรือความเจ็บป่วยอื่นๆ ร่วมด้วย (ร้อยละ 53.3) ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติแพ้ยา และไม่ได้ใช้ยาหรือสมุนไพรอื่นๆ ร่วมด้วย (ร้อยละ 90.0 และ 83.3 ตามลำดับ) โดยมีเพียง 5 ราย (ร้อยละ 16.7) ที่มีการใช้ยาสำหรับรักษาโรคประจำตัวอื่น เช่น ยาลดความดันโลหิต ยาลดไขมัน

ผู้ป่วยไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็ง และไม่มีประวัติการสูบบุหรี่มากที่สุด (ร้อยละ 76.7 และ 83.3 ตามลำดับ) และไม่มีผู้ป่วยที่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่รับยาเคมีบำบัด

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	จำนวน
เพศ	
ชาย	19 (63.3)
หญิง	11 (36.7)
อายุ (ปี)	
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	61.80±9.8
อาชีพ	
รับจ้าง	1 (3.3)
ค้าขาย	5 (16.7)
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5 (16.7)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/เกษียณอายุราชการ	17 (56.7)
รายได้ต่อเดือน	
ไม่มีรายได้	15 (50.0)
น้อยกว่า 15,000 บาท	1 (3.3)
15,001 - 30,000 บาท	8 (26.7)
30,001 - 50,000 บาท	5 (16.7)
มากกว่า 50,000 บาท	1 (3.3)
สถานภาพสมรส	
โสด	4 (13.3)
สมรส	19 (63.3)
หย่าร้าง	2 (6.7)
หม้าย	5 (16.7)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา/ไม่ได้เรียน	11 (36.7)
มัธยมศึกษาตอนต้น	2 (6.7)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3 (10.0)
อนุปริญญา	4 (13.3)
ปริญญาตรี	10 (33.3)



ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	จำนวน (ร้อยละ)
ระยะของโรค	
ระยะ 2	3 (10.0)
ระยะ 3	15 (50.0)
ระยะ 4	12 (40.0)
วิธีที่ใช้ในการรักษา	
เคมีบำบัดอย่างเดียว	15 (50.0)
เคมีบำบัดกับการผ่าตัด	12 (40.0)
เคมีบำบัดกับการฉายรังสี	3 (10.0)
สิทธิการรักษา	
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	18 (60.0)
บัตรประกันสังคม	1 (3.3)
เบิกค่ารักษาได้	9 (30.0)
จ่ายเอง	2 (6.7)
ประวัติแพ้ยา	
แพ้ยา	3 (10.0)
ไม่แพ้ยา	27 (90.0)
ยาอื่นที่ใช้อยู่/ซื้อเอง/ยาสมุนไพร	
ใช่	5 (16.7)
ไม่ใช่	25 (83.3)
โรคประจำตัวหรือความเจ็บป่วยอื่น	
มีโรคประจำตัว	16 (53.3)
ไม่มีโรคประจำตัว	14 (46.7)
ประวัติครอบครัว	
มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็ง	7 (23.3)
ไม่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นมะเร็ง	23 (76.7)



ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	จำนวน (ร้อยละ)
ประวัติการสูบบุหรี่	
สูบบุหรี่	0 (0.0)
ไม่สูบบุหรี่	25 (83.3)
เคยสูบแต่เลิกมาแล้ว	5 (16.7)
ประวัติดื่มแอลกอฮอล์	
ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	30 (100.0)

ตอนที่ 2 ผลของการใช้ชีวิตที่เสี่ยงสำหรับการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

2.1 ผลต่อความรู้เรื่องยาเคมีบำบัด การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด และแนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วย

คะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับความรู้เรื่องยาเคมีบำบัด การจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด และแนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนการฉายรังสีเพิ่มขึ้นจาก 11.47 คะแนน เป็น 19.73 คะแนน หลังการฉายรังสีครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนหลังการฉายรังสีครั้งแรก คือ คะแนนเฉลี่ยมากกว่า 18.73 คะแนน และเพิ่มขึ้นหลังการฉายรังสีในสัปดาห์ที่ 2 และคะแนนเฉลี่ยสูงสุดหลังการฉายรังสีในสัปดาห์ที่ 4 ซึ่งแต่ละครั้งมีระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ ดังแสดงในตารางที่ 3

2.2 ผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ผลที่ได้จากการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Sign test พบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการฉายรังสี ครั้งที่ 3 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนและหลังการฉายรังสี ($n = 30$)

หัวข้อ	คะแนนความรู้เฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือคะแนนมัธยฐานของพฤติกรรม $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์			
	ก่อนการฉาย รังสี	หลังการฉายรังสี		
		สัปดาห์ที่ 0	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 4
ความรู้เรื่องยา การจัดการ กับอาการข้างเคียงจากยา และ แนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วย	11.47 $\pm$ 2.99	18.73 $\pm$ 1.23	19.17 $\pm$ 0.83	19.73 $\pm$ 0.52*
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	40.50 $\pm$ 7.24	-	58.00 $\pm$ 2.63	60.00 $\pm$ 0.50#

*p-value < .001 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการฉายวิถีทัศน์กับคะแนนหลังการฉายวิถีทัศน์ ในสัปดาห์ที่ 0, 2 และ 4 โดยสถิติ Repeated ANOVA และ Paired t-test

#p-value < .001 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนมัธยฐานของพฤติกรรมก่อนการฉายวิถีทัศน์กับคะแนนหลังการฉายวิถีทัศน์ในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 โดยสถิติ Friedman test และ Sign test

2.3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการใช้วิถีทัศน์สำหรับการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคเมเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ตารางที่ 4 คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อวิถีทัศน์ (n = 30)

หัวข้อ	คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยหลังการฉายวิถีทัศน์	
	สัปดาห์ที่ 0	สัปดาห์ที่ 4
1. รูปแบบการนำเสนอ	4.83	5.00
2. รายละเอียดของสื่อ	4.66	5.00
3. ประโยชน์ของสื่อ	5.00	5.00
4. ระดับความพึงพอใจ	5.00	5.00
คะแนนรวมเฉลี่ย	4.87	5.00

จากการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อวิถีทัศน์ในด้านรูปแบบการนำเสนอ และรายละเอียดของสื่อในหลังการฉายวิถีทัศน์ครั้งแรก พบว่า อยู่ในระดับดีมากเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.7 และ 93.3 ตามลำดับ) และด้านประโยชน์ของสื่อ และความพึงพอใจโดยรวม พบว่า ผู้ป่วยทุกรายมีระดับความพึงพอใจอยู่ในคะแนนเข้าใกล้ค่าสูงสุด หลังจากมีการประเมินซ้ำในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยทุกรายต่อวิถีทัศน์ในทุกด้านอยู่ในระดับดีมาก

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการพัฒนาวิถีทัศน์สำหรับการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคเมเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โดยดำเนินการร่วมกับการบริหารทางเภสัชกรรมตามปกติ

การใช้วิถีทัศน์ช่วยให้ผู้ป่วยจดจำความรู้ที่ได้รับการแนะนำและนำไปใช้ได้ดีขึ้น เนื่องจากช่วยในการอธิบายสิ่งที่เข้าใจยากให้เข้าใจง่ายขึ้น

ในระยะเวลาอันสั้น การมีรูปภาพประกอบที่ช่วยให้เข้าใจง่าย ภาพเคลื่อนไหว เสียงดนตรี ช่วยให้ผู้รับชมสนใจ ติดตาม เนื่องจากเป็นการเพิ่มการรับรู้ตามประสาทสัมผัส และการทำเป็นสื่อวิถีทัศน์ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับชมได้ซ้ำๆ ตามความสะดวกซึ่งเพิ่มโอกาสในการจดจำข้อมูลของผู้ป่วย^{7,8}

งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการฉายวิถีทัศน์ให้ความรู้ร่วมกับการบริหารทางเภสัชกรรมตามปกติมีผลทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับยาเคมีบำบัด การจัดการอาการข้างเคียง และแนวทางการดูแลตนเอง และพฤติกรรมดูแล

ตนเองของผู้ป่วยที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อสิ้นสุดการศึกษา ($p < .001$) โดยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนภายหลังการฉายวิทยุทศน์ให้ผู้ป่วยครั้งแรก และยังคงอยู่ในระดับเดียวกันหลังการฉายวิทยุทศน์ในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 โดยมีระยะห่างในแต่ละครั้งเป็นเวลา 2 สัปดาห์ เช่นเดียวกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมเมื่อวัดหลังการฉายวิทยุทศน์ในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 โดยปฏิบัติได้สม่ำเสมอเกือบทั้งหมด

ผลการศึกษาไม่ได้ต่างจากการศึกษาของ เบญจมาศ คุขนิ เรื่อง ผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และ ทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งพบว่า การเพิ่มเครื่องมือที่ใช้ในการให้บริหารทางเภสัชกรรมมีผลในการเพิ่มผลความรู้และพฤติกรรมมากกว่าการให้บริหารทางเภสัชกรรมเพียงอย่างเดียว⁹

ความรู้และพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วยในการศึกษานี้ดีขึ้นในแต่ละครั้งหลังการใช้วิทยุทศน์แต่ก็ยังคงอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกันซึ่งอาจเนื่องมาจากมีการให้บริหารทางเภสัชกรรมปกติโดยเภสัชกรร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาด้านยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งโดยเภสัชกรที่ทำการศึกษแบบไปข้างหน้าในผู้ป่วยมะเร็ง ณ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ทำการประเมินความรู้ด้านอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาและประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดจากเภสัชกร โดยติดตามประเมินผล 3 ครั้งในช่วง 3 รอบของการรักษา ผลการศึกษา พบว่า หลังผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับยาเคมีบำบัด ระดับคะแนนความรู้ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากระดับคะแนนก่อนการศึกษาทั้ง 3 ครั้งของการประเมิน อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และจำนวนครั้งในการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วย (อย่างน้อย 2 - 3 ครั้ง) มีผลต่อการเพิ่มความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคมะเร็ง ยาเคมีบำบัด และการดูแลตนเอง¹¹ และจากงานวิจัยเรื่อง การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่า การให้บริหารทางเภสัชกรรมตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป ส่งผลให้ได้ผลคะแนนประเมินผลความรู้และพฤติกรรมที่เพิ่มขึ้นมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และมีความแม่นยำที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการย้ำเตือนผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยจดจำได้และทำให้มีความรู้และมีพฤติกรรมการดูแลตัวเองของผู้ป่วยที่ดีขึ้นตามลำดับ¹² ดังนั้นการฉายวิทยุทศน์ให้ผู้ป่วยซ้ำๆ อาจส่งผลดีต่อความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง แต่ยังคงต้องมีการศึกษาถึงจำนวนครั้งการฉายวิทยุทศน์ที่เหมาะสมต่อไป

การใช้วิทยุทศน์ช่วยในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างไรนั้น ยังไม่สามารถอธิบายได้ชัดเจน โดยพบว่าความรู้สามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้ แต่ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติและพฤติกรรมนั้นยังไม่ชัดเจน เนื่องจากปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมนั้นมีหลายปัจจัยและค่อนข้างซับซ้อน ซึ่งจากการศึกษา ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดย Abed และคณะ ในการศึกษาที่มีการใช้วิทยุทศน์ช่วยในการให้ความรู้ผู้ป่วยเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจำนวน 20 การศึกษา พบว่า มีจำนวน 10 การศึกษาที่ใช้วิทยุทศน์สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ โดยรูปแบบของวิทยุทศน์ที่ใช้คนแสดงหรือผู้ป่วยที่เป็นบุคคลต้นแบบแสดงพฤติกรรมที่จำเพาะเจาะจงมีประสิทธิภาพมากกว่าในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย ซึ่งคาดว่าน่าจะอธิบายได้ด้วยทฤษฎีปัญญาสังคม

(Social cognitive theory)¹³ ซึ่งในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้บรรยายในวิดิทัศน์ที่พัฒนาขึ้น

สำหรับความพึงพอใจต่อวิดิทัศน์ที่ใช้ในการศึกษา ผู้ป่วยทุกรายให้คะแนนความพึงพอใจในระดับดีมากทุกด้าน โดยมีข้อคิดเห็นเพิ่มเติมคือ ผู้ป่วยทุกรายมีความเห็นว่าควรมีการดำเนินงานตามโครงการนี้ต่อไป โดยให้เหตุผลว่าเป็นโครงการที่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ช่วยเพิ่มคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้านการใช้ยา ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องยาเพิ่มมากขึ้นและถูกต้อง ช่วยลดปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย

จากผลของการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบว่า การให้บริการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ร่วมกับการใช้วิดิทัศน์ในการให้ความรู้ ก่อให้เกิดผลประโยชน์ทางคลินิกในด้านความรู้เรื่องโรคและยาเคมีบำบัด ด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองขณะรับยาเคมีบำบัด รวมถึงความพึงพอใจต่อการรับชมวิดิทัศน์ร่วมกับการบริการทางเภสัชกรรม อีกทั้งยังแสดงให้เห็นว่าเภสัชกรมีบทบาทที่สำคัญในทีมผู้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักซึ่งควรได้รับการพัฒนาคุณภาพในการให้บริการในผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่นๆ อย่างต่อเนื่องต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. International Agency for Research on Cancer. Thailand source globocan 2018. [Internet. [cited 2019 August 1]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/764-thailand-fact-sheets.pdf>.
2. Strategy and Planning Division. Death report year 2550-2554. [Internet]. [cited 2015 October 26]. Available from: <http://bps.moph.go.th/sites/default/files/2.3.6-54.pdf>.
3. Prasertvithakit N. Adverse drug reaction monitoring on antineoplastic drugs in inpatients at Maharaj Nakorn Chiangmai Hospital. [Master's Thesis, Faculty of Pharmacy]. Chulalongkorn University; 1999. (in Thai).
4. Hemajutha A. Ambulatory pharmaceutical care: integration in daily pharmacy practice. Bangkok: Faculty of Pharmaceutical Sciences, Chulalongkorn University; 2013. (in Thai).

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการนำวิดิทัศน์ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ควบคู่กับการบริการทางเภสัชกรรมโดยให้อยู่ในขั้นตอนการทำงานในงานประจำของเภสัชกร เพื่อส่งเสริมความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่ของเภสัชกร

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ผลการศึกษานี้เป็นเพียงผลการศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับผลของการใช้วิดิทัศน์ การศึกษาครั้งต่อไปควรคำนึงถึงการเพิ่มจำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษา และการมีกลุ่มควบคุม เพื่อให้สามารถวัดผลของการใช้วิดิทัศน์ได้ชัดเจนรวมถึงการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลของจำนวนครั้งในการใช้วิดิทัศน์ นอกจากนี้ความเพิ่มจำนวนตัวอย่าง ในการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามที่ใช้วัดความรู้และพฤติกรรม การดูแลตนเอง



5. Kinnane N, Stuart E, Thompson L, Evans K, Schneider-Kolsky M. Evaluation of the addition of video-based education for patients receiving standard pre-chemotherapy education. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2008;17(4):328-39.
6. Hensangwirai K. Development and evaluation of a pelvic floor exercise multimedia CD-ROM in women aged 40-60 years old and pregnancy. *JMTPT* 2013;25(3):274-79. (in Thai).
7. Buakanok FS. Education media development using community participatory development approach for establishing awareness of community health: a case study Bann Pae Don Ton, Chompoo sub-district, Lampang province. *Journal of Education Studies*. 2015;43(1):63-79. (in Thai).
8. Dale E. Audio visual method in teaching. 3rd ed. New York: Dryden Press; 1996. p. 134.
9. Cushnie B. Effects of pharmaceutical care in colorectal cancer patients receiving cancer chemotherapy at Khon Kaen hospital. [Master's Thesis, Faculty of Pharmacy]. Mahasarakham University; 2011. (in Thai).
10. Wattanachai T. Development and evaluation of the efficiency of an online social media video to promote knowledge about orthodontic treatment in adolescents: a case study of students in two schools in Amphoe Muang Chiang Mai. *CM Dent J* 2016;37(2):135-44. (in Thai).
11. Subongkot S, Srisawat S, Johns NP, Sookprasert A. Outcome of chemotherapy counseling in oncology patients by pharmacist. *IJPS* 2009;5(1):34-45. (in Thai).
12. Nonthakhamchan R. Pharmaceutical care in cancer patients receiving chemotherapy at Mahasarakham hospital. [Master's Thesis, Faculty of Pharmacy]. Mahasarakham University; 2008. (in Thai).
13. Abed MA, Himmel W, Vormfelde S, Koschack J. Video-assisted patient education to modify behavior: a systematic review. *Patient Educ Couns* 2014;97(1):16-22.



การพัฒนาชุดฝึกอบรมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหาร ทางการพยาบาลระดับต้น สังกัดกองทัพเรือ ในประชาคมอาเซียน

The Development of a Transformational Leadership Training Set for Primary Nursing Administrators under the Royal Thai Navy in the ASEAN Economic Community

สุศิรินทร์ อุดมสุข* ชมสุภักดิ์ ครุฑทะกะ**

Susiporn Udomsuk,* Chomsupak Cruthaka**

* นักศึกษาลัทธิศาสตรปรัชญาดุสิตบัณฑิต คณะพัฒนาศาสตร์มนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร

* Student in Doctor of Philosophy Program, Faculty of Human Resource Development,
Ramkhamhaeng University, Bangkok

** คณะพัฒนาศาสตร์มนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร

** Faculty of Human Resource Development, Ramkhamhaeng University, Bangkok

* Corresponding Author: jumjum2515@yahoo.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่จำเป็นของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น สังกัดกองทัพเรือ ในประชาคมอาเซียน 2) สร้างชุดฝึกอบรมในการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น สังกัดกองทัพเรือ ในประชาคมอาเซียน และ 3) ประเมินประสิทธิผลของชุดฝึกอบรมในการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น สังกัดกองทัพเรือ ในประชาคมอาเซียน โดยใช้เทคนิคเดลฟาย สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 18 คน นำผลที่ได้มาสร้างชุดฝึกอบรม ตรวจสอบความเหมาะสมและความสอดคล้องก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น สังกัดกองทัพเรือที่โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่เข้ารับการอบรมประเมินตนเองและประเมินโดยผู้บังคับบัญชา และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เข้ารับการฝึกอบรม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired simple t-test ผลการวิจัย พบว่า 1) คุณลักษณะภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่จำเป็นของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น สังกัดกองทัพเรือ ในประชาคมอาเซียน ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหาร ด้านสังคม การทำงานเป็นทีมและการเรียนรู้ข้ามวัฒนธรรม

Received: June 6, 2019; Revised: August 21, 2019; Accepted: August 30, 2019



ด้านการพัฒนาตนเอง ด้านการใช้เทคโนโลยี สารสนเทศ การสื่อสารและภาษาอังกฤษ และด้านมาตรฐานวิชาชีพ 2) การสร้างชุดฝึกอบรม พบว่า ชุดฝึกอบรมการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น สังกัดกองทัพเรือ ในประชาคมอาเซียน ภาพรวมมีความเหมาะสมมากที่สุด เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน ชุดฝึกอบรมมีความสอดคล้องกันทุกองค์ประกอบ มีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้ 3) ประเมินประสิทธิผลของชุดฝึกอบรม พบว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นมีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงหลังฝึกอบรมสูงกว่าก่อนฝึกอบรมทุกด้าน ผลการประเมินตนเองของผู้เข้าอบรม พบว่า หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ทั้งในภาพรวมและรายด้าน ผู้ฝึกอบรมยังคงรักษาความรู้หลังฝึกอบรมไว้ได้ ผลการประเมินโดยผู้บังคับบัญชาก่อนและหลังการฝึกอบรม 12 สัปดาห์ พบว่า หลังฝึกอบรมสูงกว่าก่อนฝึกอบรมทุกด้าน ส่วนผลการประเมินความพึงพอใจต่อการฝึกอบรมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด แสดงให้เห็นว่า ชุดฝึกอบรมที่สร้างขึ้นมีประสิทธิภาพและเหมาะสมในการนำไปใช้

คำสำคัญ : ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ชุดฝึกอบรม การพัฒนาภาวะผู้นำ

Abstract

The purposes of this research were to 1) study the necessary transformational leadership of primary nursing administrators under the Royal Thai Navy in the ASEAN Economic Community, 2) develop training set for transformational leadership development, and 3) evaluate training set. Developed research in the form of research and development. The sample used in this study was operational experts academic/ educational and management number of 18 persons. The experts were selected by purposive sampling to find the required transformational leadership of primary nursing administrators using Delphi technique. To develop training set and evaluate the training sets developed. The experiment was conducted with 30 primary nursing administrators. The data were as collected by questionnaire. The statistics used in the analysis were: mean, standard deviation, paired simple t-test. The results were as follows: 1) the necessary transformational leadership of primary nursing administrators under the Royal Thai Navy in the ASEAN Economic Community, consists of 5 aspects: management, social teamwork and cross-cultural learning, self-development, In the use of information technology communication and English and professional standards 2) development of training set for transformational leadership for primary nursing administrations under the Royal Thai Navy in the ASEAN Economic Community as overall is the most appropriate. When considering each aspect, it was found that it was appropriate at the highest level in all aspects. Training sets are consistent across all elements. It is appropriate and can be used. 3) evaluating the effectiveness of the training sets, found that the transformational leadership scores of the

primary nursing administrators after training were higher than those before training in all aspects. Self-assessment scores of participants after the experiment were higher than those before the experiment in the overall and each aspect. Trainers still maintain knowledge after training. The scores assessed by supervisors before and after 12 weeks of training showed that after the training, it was higher than before training in all aspects. The satisfaction of the trainees to the training was at the highest level. It confirms the effective and suitable for use of the training set.

Keywords : transformational leadership, training set, leadership development

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community : AEC) อย่างเต็มตัวในปี 2559 ส่งผลให้ผู้บริหารองค์กรจำเป็นต้องมีการปรับตัวเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงและสามารถนำพาองค์กรไปสู่ความอยู่รอดได้ การเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ผู้บริหารองค์กรต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นและเป็นคนสำคัญที่จะสร้างพลังการขับเคลื่อนองค์กร สังคมสู่การเปลี่ยนแปลง เตรียมพร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงได้ และที่สำคัญจะต้องเปลี่ยนกระบวนทัศน์ใหม่ในการนำองค์กรสู่ความสำเร็จ ทั้งด้านผลผลิตและผลสัมฤทธิ์ของงาน สอดคล้องกับ ไพฑูรย์ สินลารัตน์¹ และสอดคล้องกับ พชร สันทัด² ที่ว่า การบริหารองค์กรที่ดีและมีคุณภาพจำเป็นต้องมีผู้บริหารที่ เก่งงาน เก่งคน เก่งคิด จึงจะสามารถนำพาบุคลากร องค์กร ให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งมีความสามารถที่จะแข่งขันกับองค์กรอื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้บริหารจะต้องมีภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลงที่สามารถพัฒนาตนเอง บุคลากร และผู้ร่วมงาน ทำให้มีความสามารถ ศักยภาพเพียงพอ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ Bass³

ได้กล่าวถึงผู้บริหารว่าต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ร่วมงาน สอนและแนะนำผู้อื่นให้เกิดผลสำเร็จได้

การเป็นศูนย์กลางบริการด้านสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) ให้เป็นที่ยอมรับในระดับสากล สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (2555 - 2559) การเข้าสู่ประชาคมอาเซียนต้องยกระดับการให้บริการด้านสุขภาพและสาธารณสุขทั้งด้านบุคลากรและมาตรฐานการให้บริการ เพื่อเตรียมความพร้อมด้วยการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร หน่วยงาน ระบบเทคโนโลยี สารสนเทศ การประสานงาน ให้มีมาตรฐานสากล สร้างการจัดการความรู้ที่เหมาะสม วิชาชีพพยาบาลเป็น 1 ใน 8 อาชีพที่ตกลงร่วมสาขาวิชาชีพ มียุทธศาสตร์การบริการพยาบาล เพื่อก้าวสู่ประชาคมอาเซียน พ.ศ. 2556 - 2558 มีวิสัยทัศน์เป็นผู้นำด้านคุณภาพบริการพยาบาลในประชาคมอาเซียน (To be the leader of high quality of nursing services in ASEAN) ต้องเชื่อมโยง และใช้ศักยภาพร่วมกัน เรียนรู้ วัฒนธรรม ภาษา และไม่ติดยึดกับรูปแบบเดิม ยอมรับต่อสถานการณ์ การเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา การเข้าสู่ประชาคมอาเซียนของผู้บริหารทางการพยาบาล แสดงให้เห็นถึงศักยภาพ ความสามารถ ความเป็นมืออาชีพ มีความรู้ ความเชี่ยวชาญที่ทันสมัย และสามารถติดต่อ สื่อสาร

ประสานงานกันในประเทศต่างๆ ได้อย่างราบรื่น มีคุณภาพและแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพ อีกด้วย สอดคล้องกับ สำนักการพยาบาล⁴ ประเด็นของการเป็นผู้นำด้านคุณภาพบริการพยาบาลในประชาคมอาเซียน เรื่องการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลง

ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาลในประชาคมอาเซียนมีความสำคัญมาก เพื่อให้เป็นที่ยอมรับในระดับประชาคมอาเซียน ซึ่งการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งท้าทายและมีความจำเป็นอย่างยิ่งในปัจจุบันเป็นการรับมือกับความท้าทายทางธุรกิจ โดยมีกิจกรรมหรือแนวปฏิบัติของการบริหารเชิงรุก การเป็นผู้เสริมสร้างพลังการขับเคลื่อนให้องค์การประสบความสำเร็จ ให้ตระหนักถึงความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนบทบาทและหน้าที่ เช่น การดึงดูดพนักงานที่มีศักยภาพสูงมาร่วมงาน การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การดูแลใส่ใจ และรักษาบุคลากร การสร้างความผูกพันของบุคลากร และการบริหารการเปลี่ยนแปลง เป็นต้น เพื่อสร้างความยั่งยืนให้แก่องค์กร ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำวิจัย เพื่อการพัฒนาชุดฝึกอบรมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นสังกัดกองทัพเรือในประชาคมอาเซียน ทั้งนี้จะเป็นแนวทางในการพัฒนาผู้บริหารองค์กรจะนำไปสู่การบริการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน ส่งผลให้บรรลุเป้าหมาย ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน และเป็นการเพิ่มขีดความสามารถ ในการแข่งขันกับองค์กรอื่นๆ ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

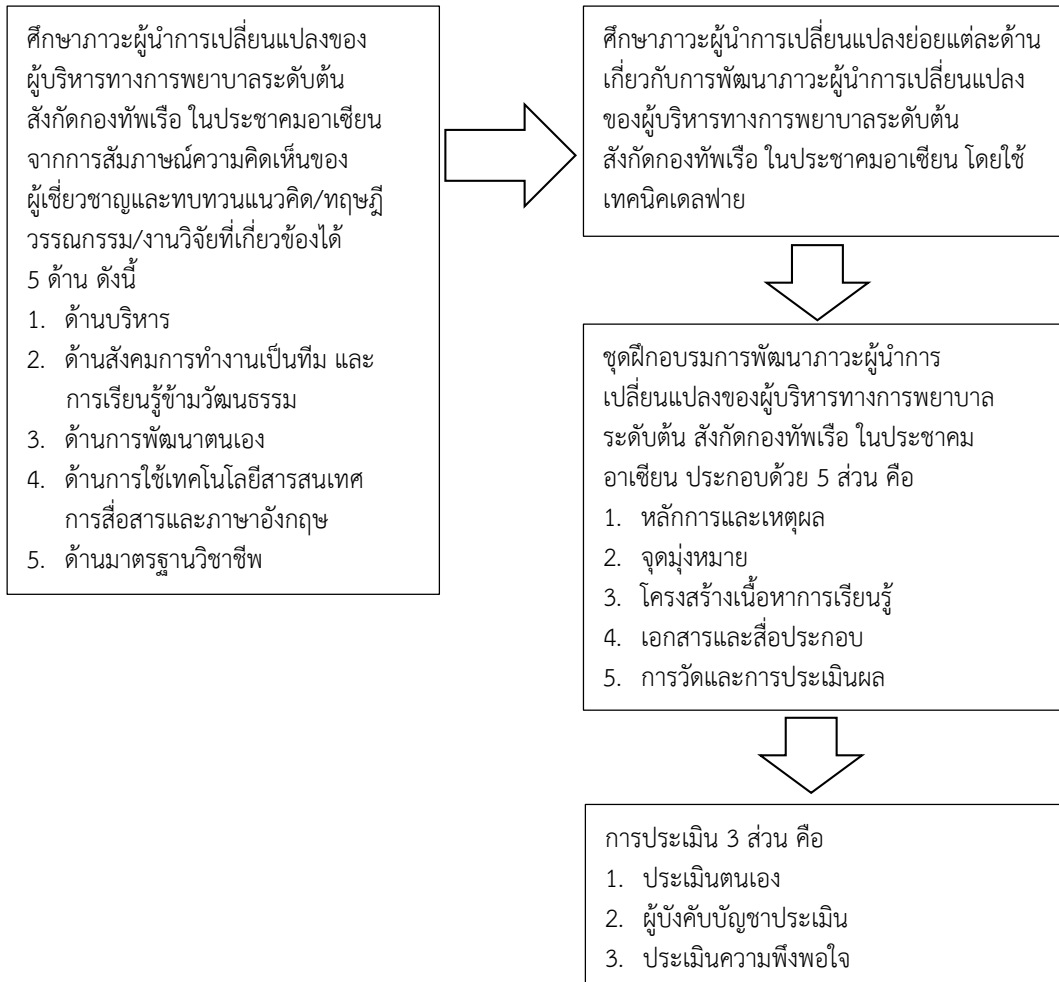
1. เพื่อศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่จำเป็นของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นสังกัดกองทัพเรือ ในประชาคมอาเซียน

2. เพื่อสร้างชุดฝึกอบรมในการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น สังกัดกองทัพเรือ ในประชาคมอาเซียน

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของชุดฝึกอบรมในการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น สังกัดกองทัพเรือ ในประชาคมอาเซียน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาผู้บริหารทางการพยาบาลมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึงถึงการมีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารในปัจจุบันด้วย ทั้งนี้เพื่อให้ได้ทราบข้อมูลเบื้องต้นและสามารถประเมินสถานการณ์ได้ว่าผู้บริหารทางการพยาบาลของโรงพยาบาล ในสังกัดกองทัพเรื่อนั้น มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมากน้อยเพียงใด นอกจากนี้แล้ว ควรศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไว้ เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งหรือมีการพัฒนาความเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในเรื่องอื่นๆ เพิ่มเติมให้เหมาะสมกับบริบทต่างๆ ที่เข้ามา เพื่อรองรับสถานการณ์ที่จะเข้ามา ทั้งที่มีการวางแผนและไม่ได้วางแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นในสถานการณ์ปัจจุบันผู้บริหารทางการพยาบาล โดยเฉพาะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นนั้น จึงเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะนำไปสู่แนวทางการเป็นผู้บริหารทางการพยาบาลที่มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ดีและเหมาะสม โดยใช้แนวคิดทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนทัศน์ใหม่ (New paradigm) บูรณาการในหลายแนวคิด เช่น Bass & Avolio⁵, Welch⁶, Fullan⁷ เป็นต้น เพื่อพัฒนาไปสู่ผู้บริหารทางการพยาบาลในระดับที่สูงขึ้นที่มีคุณภาพในบริบทของประชาคมอาเซียนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นรูปแบบของการวิจัยและพัฒนา (Research & development)

ประชากร คือ ผู้บริหารทางการแพทย์สังกัดกองทัพเรือ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ โรงพยาบาลทหารเรือกรุงเทพ กรมแพทย์ทหารเรือ และวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ และผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นในหน่วยงานในสังกัดกองทัพเรือ ในปี พ.ศ. 2559

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารทางการแพทย์ ใช้วิธีการคัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติการเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ 3 ด้าน คือ ด้านการปฏิบัติงาน ด้านวิชาการ และ การศึกษา ด้านการบริหาร และวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยเพื่อศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่จำเป็นของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น สังกัดกองทัพเรือ ในประชาคมอาเซียน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม จำนวน 18 คน ได้แก่ 1) ผู้บริหารทางการแพทย์ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ

ด้านการปฏิบัติงาน อยู่ในตำแหน่งผู้บริหารทางการแพทย์บาลระดับกลาง จำนวน 6 คน 2) ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการ ด้านการศึกษา จำนวน 6 คน และ 3) ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารที่เป็นผู้บริหารระดับกลางขึ้นไป จำนวน 6 คน และกลุ่มตัวอย่างที่นำมาใช้ทดลองชุดฝึกอบรมในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้บริหารทางการแพทย์บาลระดับต้น สังกัดกองทัพเรือ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ซึ่งยินยอมเข้าร่วมการทดลองด้วยความสมัครใจ จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ของผู้บริหารทางการแพทย์บาลระดับต้นสังกัดกองทัพเรือ ในประชาคมอาเซียน สร้างขึ้นจากการศึกษา แนวคิด ทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงต่างๆ จากการทบทวนเอกสาร ตำรา วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งในและต่างประเทศ นำมาบูรณาการ กำหนดเป็นกรอบการสร้างแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และแบบสอบถามภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการแพทย์บาลสังกัดกองทัพเรือ ในประชาคมอาเซียน ได้จากการนำเนื้อหาการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และจัดหมวดหมู่เนื้อหา (Categorized) เป็นภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงรายด้าน และรายการย่อยในแต่ละด้าน นำมาสร้างแบบสอบถาม เพื่อใช้ในการวิจัย รอบที่ 2 ซึ่งแบบสอบถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญให้คะแนนน้ำหนักความจำเป็นของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการแพทย์บาล สังกัดกองทัพเรือ 3 รอบ ตามเทคนิคเดลฟาย

2. ชุดฝึกอบรม การสร้างชุดฝึกอบรมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการแพทย์บาลระดับต้น สังกัดกองทัพเรือ ในประชาคม

อาเซียน ที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ใช้แนวคิดการสร้างขั้นตอน กระบวนการการฝึกอบรมของ สมคิด บางโม⁸ เป็นการประเมินคุณภาพของชุดฝึกอบรมโดยประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้อง แล้วนำไปทดลองใช้ฝึกอบรมกับผู้บริหารทางการแพทย์บาลระดับต้น

3. แบบประเมินตนเองและแบบประเมินจากผู้บังคับบัญชา ใช้ประเมินตนเองและประเมินโดยผู้บังคับบัญชาก่อนและหลังฝึกอบรม แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังทดลอง (The one group pre-test and post-test design) และทดสอบความคงทนหลังสิ้นสุดการอบรม 12 สัปดาห์ และแบบประเมินความพึงพอใจประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ชุดฝึกอบรม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

มีขั้นตอนดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน คือ

1. ศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง การเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้เชี่ยวชาญ 3 ด้าน คือ ด้านการปฏิบัติงาน ด้านวิชาการและการศึกษา ด้านการบริหาร โดยใช้เทคนิคเดลฟาย มี 3 ขั้นตอน ดังนี้

1.1 แบบสัมภาษณ์ รอบที่ 1 ใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (1 ม.ค. 59 - ก.พ. 59)

1.2 แบบสอบถามรอบที่ 2 ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกับที่ให้ข้อมูลในรอบที่ 1 (1 มี.ค. 59 - 30 เม.ย. 59)

1.3 ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามรอบที่ 3 ให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบ เพิ่มเติมคำตอบหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบได้พร้อมแสดงเหตุผล (1 - 31 พ.ค. 59)

2. สร้างชุดฝึกอบรมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการแพทย์บาลระดับต้น ที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นตอน ดังนี้ 1) การสร้างโครงร่างชุดฝึกอบรมฯ 2) การประเมินโครงร่างชุดฝึกอบรมฯ และ 3) การพัฒนาโครงร่างชุดฝึกอบรม

3. ประเมินประสิทธิภาพของชุดฝึกอบรม โดยทดลองใช้ชุดฝึกอบรมกับกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purpose sampling) จำนวน 30 คน วัตถุประสงค์เดียวก่อนและหลัง (One group pre-test & post-test design) และหลังการอบรม 12 สัปดาห์ โดยใช้แบบประเมินตนเอง 3 ครั้ง แบบประเมินโดยผู้บังคับบัญชา 2 ครั้ง ก่อนการอบรมกับหลังการอบรม 12 สัปดาห์ และแบบประเมินความพึงพอใจหลังจบการฝึกอบรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ตรวจสอบความครอบคลุมเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาและความเห็นสอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญ โดยมีค่ามัธยฐาน 3.50 ขึ้นไป และผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน มีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.50

2. ชุดฝึกอบรม ประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องของส่วนประกอบของชุดฝึกอบรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านการทำหลักสูตร การพัฒนาหลักสูตร และด้านการวัดและการประเมินผล แบบประเมินมีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยเลือกคะแนนความเหมาะสมจากค่าเฉลี่ยความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีค่าตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป และดัชนีความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ขึ้นไป

3. แบบประเมินตนเองและแบบประเมินจากผู้บังคับบัญชา การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมิน โดยหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านหลักสูตร การพัฒนาหลักสูตร และด้านการวัดและการประเมินผล ความตรงตามเนื้อหา โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับค่านิยาม มีค่า IOC เท่ากับ 0.97 การหาคุณภาพของแบบประเมินทั้งฉบับ มีค่าระหว่าง

0.52 - 0.86 การหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินเท่ากับ 0.98 ส่วนแบบประเมินความพึงพอใจ เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยการหาคุณภาพของแบบประเมินทั้งฉบับ โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยการพิจารณาความเหมาะสมของข้อคำถามและภาษาที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูปดังนี้

1. วิเคราะห์ระดับความจำเป็นและระดับความสอดคล้องของคุณลักษณะภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่จำเป็นของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น สังกัดกองทัพเรือ ในประชาคมอาเซียน โดยใช้สถิติ ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

2. เปรียบเทียบภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น สังกัดกองทัพเรือ ในประชาคมอาเซียนด้วยการทดสอบค่าที (t-test) แบบ Paired simple t-test ระหว่างคะแนนเฉลี่ยก่อนการฝึกอบรมและหลังการฝึกอบรมของกลุ่มทดลองโดยการประเมินตนเอง

3. เปรียบเทียบภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น สังกัดกองทัพเรือ ในประชาคมอาเซียน ด้วยการทดสอบค่าที (t-test) แบบ Paired simple t-test ระหว่างคะแนนเฉลี่ยหลังการฝึกอบรมและสิ้นสุดการทดลองใช้ชุดฝึกอบรมผ่านไป 12 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองโดยการประเมินตนเองและผู้บังคับบัญชาที่เข้ารับการอบรม

4. แบบประเมินความพึงพอใจ คะแนนความพึงพอใจ นำมาหาค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. การศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่จำเป็นของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นสังกัดกองทัพเรือ ในประชาคมอาเซียน ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการบริหาร มีค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง 4.50 - 5.00 และค่าพิสัยควอไทล์อยู่ระหว่าง 0.00 - 1.00 2) ด้านสังคม การทำงานเป็นทีมและการเรียนรู้ข้ามวัฒนธรรม มีค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง 4.00 - 5.00 และค่าพิสัยควอไทล์อยู่ระหว่าง 0.00 - 1.00 3) ด้านการพัฒนาตนเอง มีค่ามัธยฐาน 5.00 และค่าพิสัยควอไทล์อยู่ระหว่าง 0.00 - 0.05 4) ด้านการใช้เทคโนโลยี สารสนเทศ การสื่อสารและภาษาอังกฤษ มีค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง 4.00 - 5.00 และค่าพิสัยควอไทล์อยู่ระหว่าง 0.00 - 1.00 5) ด้านมาตรฐานวิชาชีพ มีค่ามัธยฐานอยู่ระหว่าง 4.00 - 5.00 และค่าพิสัยควอไทล์อยู่ระหว่าง 0.00 - 1.00

2. ผลการสร้างชุดฝึกอบรมการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น สังกัดกองทัพเรือ ในประชาคมอาเซียน ประกอบด้วย 5 หน่วยการเรียนรู้ ได้แก่

1) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านการบริหารเมื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียน 2) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม การทำงานเป็นทีมและการเรียนรู้ข้ามวัฒนธรรมเมื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียน 3) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านการพัฒนาตนเองเมื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียน 4) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านการใช้เทคโนโลยี สารสนเทศ การสื่อสารและภาษาอังกฤษเมื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียน 5) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านมาตรฐานวิชาชีพเมื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบความเหมาะสมและความสอดคล้อง พบว่า ภาพรวมของชุดฝึกอบรมมีความเหมาะสมมากที่สุด แสดงว่า ชุดฝึกอบรมมีความสอดคล้องกันทุกองค์ประกอบและมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ได้

3. ผลการประเมินประสิทธิผลของชุดฝึกอบรม มีดังนี้

3.1 ผลการประเมินตนเองเกี่ยวกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น สังกัดกองทัพเรือ ในประชาคมอาเซียน ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น สังกัด กองทัพเรือ ในประชาคมอาเซียน โดยการประเมินตนเอง ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง เป็นรายด้าน (n = 30)

การพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น	ก่อนการ ทดลอง		หลังการ ทดลอง		t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
1. ด้านการบริหาร	2.71	0.44	3.99	0.34	-11.78*
2. ด้านสังคม การทำงานเป็นทีม และการเรียนรู้ ข้ามวัฒนธรรม	2.74	0.37	3.97	0.35	-14.39*
3. ด้านการพัฒนาตนเอง	2.75	0.36	3.97	0.41	-14.54*
4. ด้านการใช้เทคโนโลยี สารสนเทศ การสื่อสาร และภาษาอังกฤษ	2.73	0.40	3.99	0.32	-16.34*
5. ด้านมาตรฐานวิชาชีพ	2.69	0.42	3.99	0.37	-15.07*
รวม	2.72	0.36	3.98	0.34	-15.45*

* p < .05

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น สังกัด กองทัพเรือ ในประชาคมอาเซียน โดยการประเมินตนเอง หลังการทดลองกับหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ เป็นรายด้าน (n = 30)

การพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น	หลังการทดลอง		หลังทดลอง 12 สัปดาห์		t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
1. ด้านการบริหาร	3.99	0.34	4.15	0.36	-1.79
2. ด้านสังคม การทำงานเป็นทีม และการเรียนรู้ ข้ามวัฒนธรรม	3.97	0.35	4.17	0.41	-2.26*
3. ด้านการพัฒนาตนเอง	3.97	0.41	4.20	0.41	-2.25*
4. ด้านการใช้เทคโนโลยี สารสนเทศ การสื่อสาร และภาษาอังกฤษ	3.99	0.32	4.20	0.36	-2.32*
5. ด้านมาตรฐานวิชาชีพ	3.99	0.37	4.04	0.39	-0.52
รวม	3.98	0.34	4.15	0.34	-1.99

* p < .05



ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น สังกัด กองทัพเรือ ในประชาคมอาเซียน โดยผู้บังคับบัญชา ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ เป็นรายด้าน (n = 30)

การพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น	ก่อนการทดลอง		หลังทดลอง 12 สัปดาห์		t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
1. ด้านการบริหาร	3.13	0.17	4.11	0.23	-9.72*
2. ด้านสังคม การทำงานเป็นทีมและการเรียนรู้ ข้ามวัฒนธรรม	3.03	0.15	4.09	0.26	-25.36*
3. ด้านการพัฒนาตนเอง	2.94	0.34	3.99	0.35	-13.21*
4. ด้านการใช้เทคโนโลยี สารสนเทศ การสื่อสาร และภาษาอังกฤษ	2.95	0.26	4.02	0.35	-14.79*
5. ด้านมาตรฐานวิชาชีพ	2.93	0.25	4.00	0.34	-15.64*
รวม	2.99	0.19	4.04	0.26	-21.54*

* p < .05

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ที่จำเป็นของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น สังกัดกองทัพเรือ ในประชาคมอาเซียน ประกอบไปด้วย 5 ด้าน สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

1.1 ด้านการบริหาร ประกอบด้วย 1) ตั้งเป้าหมายที่ท้าทาย มุ่งมั่น มีวิสัยทัศน์กว้างไกล อดทน ไม่ย่อท้อ 2) ศึกษาและวิเคราะห์นโยบายองค์กร บริหารจัดการสถานการณ์ ทั้งในยามปกติและยามวิกฤติ ควบคุมอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม 3) ทักษะการจูงใจ การติดต่อประสานงาน สร้างสัมพันธภาพที่ดี กระตุ้นให้เกิดความรัก ห่วงเท สามัคคี ยอมรับฟัง และเปิดใจยอมรับความคิดเห็น ที่แตกต่างกัน และ 4) ปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดี ให้เป็นที่เคารพนับถือ ไว้วางใจ เกิดความศรัทธา กับผู้ร่วมงานและผู้ใต้บังคับบัญชาได้ ทั้งนี้ เนื่องจากผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น สังกัดกองทัพเรือ ในประชาคมอาเซียน ต้องมี

ความเป็นผู้นำและผู้บริหารไปพร้อมๆ กัน มีความมุ่งมั่นและมีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล สามารถดูแลให้คำแนะนำเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ใต้บังคับบัญชาได้ เป็นแบบอย่างที่ดี สามารถขับเคลื่อนองค์กรไปได้และสำเร็จลุล่วงตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Joo, Yoon, & Jeung⁸ เรื่อง The effects of core self-evaluation and transformational leadership on organizational commitment ที่พบว่า ผู้นำที่มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านภาวะผู้นำเชิงบริหารมี เป็นผู้นำที่เป็นแบบอย่างที่ดีในด้านความเสียสละประโยชน์ส่วนตนเพื่อประโยชน์ส่วนรวม หน่วยงานและองค์กรเป็นที่เคารพ ยกย่อง น่าเชื่อถือและไว้วางใจแก่ผู้ใต้บังคับบัญชา

1.2 ด้านสังคม การทำงานเป็นทีมและการเรียนรู้ข้ามวัฒนธรรม ประกอบด้วย 1) เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมงานได้แลกเปลี่ยน เรียนรู้ ทักษะประสบการณ์และเข้าใจความแตกต่าง และ 2) กระตุ้นให้ผู้ร่วมงาน คิดนอกกรอบ มอบหมาย

งานที่ทำหาย สร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานร่วมกันเป็นทีม สร้างความเชื่อมั่นและเจตคติที่ดีให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าขององค์กร ทั้งนี้ผู้บริหารทางการแพทย์บาลระดับต้น สังกัดกองทัพเรือ ในประชาคมอาเซียน ต้องเป็นผู้บริหารที่มีความรู้ความสามารถในด้านต่างๆ และต้องมีทักษะในการทำงานร่วมกัน เข้าใจและยอมรับความคิดที่แตกต่าง กระตุ้นให้เกิดมุมมองใหม่ๆ เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมงานได้ทำงานเป็นทีม มีการแลกเปลี่ยนและเรียนรู้ข้ามวัฒนธรรม สอดคล้องกับงานวิจัยของ Polychroniou⁹ เรื่อง Relationship between emotional intelligence and Transformational leadership of Supervisors: the impact on team effectiveness ที่พบว่า ทักษะทางสังคม การสร้างแรงบันดาลใจ หรือแรงจูงใจในการทำงานของหัวหน้างานให้แก่ผู้ใต้บังคับบัญชา มองโลกในแง่บวก มีความเข้าใจในความรู้สึก และแสดงความเชื่อมั่นในตัวผู้ใต้บังคับบัญชาและความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้อื่น มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้างาน ทำให้เพิ่มประสิทธิผลในการทำงานเป็นทีมให้แก่ผู้ใต้บังคับบัญชา

1.3 ด้านการพัฒนาตนเอง ประกอบด้วย

1) มีเป้าหมายการทำงานที่ทำหาย มีการวางแผนงานและใช้เทคนิคการจูงใจที่หลากหลาย มีการยกย่อง ชมเชย และให้รางวัล คิดเชิงบวกต่อสถานการณ์ กลั่นกรอง บำรุงการความคิด คัดการณ์ถึงผลลัพธ์ที่ดีกว่าในอนาคตได้ และ 2) มีความรู้ ความสามารถ เชี่ยวชาญ และศึกษาหาความรู้ ทักษะใหม่ๆ อยู่เสมอ สนับสนุน ให้กำลังใจผู้ร่วมงานที่มีความแตกต่าง เป็นที่ปรึกษา (Counsellor) และสอนงาน (Coaching) สร้างความเป็นธรรมและเสมอภาคกัน ภายใต้หลักการที่ถูกต้อง เหมาะสมสอดคล้องกับงานวิจัยของ Fitzgerald & Schutte¹⁰ ที่พบว่า การสร้างความ

เชื่อว่าตนมีความสามารถทำอะไรให้สำเร็จได้ มองในแง่บวกและได้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าในอนาคต ส่งผลทำให้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านการสร้างแรงบันดาลใจเพิ่มสูงขึ้น และความฉลาดทางอารมณ์ที่สูงขึ้น ส่งผลให้ปัจเจกบุคคลมีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และพฤติกรรมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านภาวะผู้นำเชิงบวกมีเพิ่มขึ้นเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้บริหารทางการแพทย์บาลระดับต้น สังกัดกองทัพเรือ ในประชาคมอาเซียน ต้องเป็นผู้บริหารที่มีการพัฒนาตัวเองอยู่เสมอ ทั้งในด้านความรู้ ความสามารถ ความเชี่ยวชาญ มีทัศนคติและเจตคติที่ดี เป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ร่วมงานได้

1.4 ด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

การสื่อสารและภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย 1) สามารถสื่อสารแบบ 2 ทาง ทั้งแบบ bottom up และ top down และ 2) มีทักษะการเจรจาต่อรอง การไกล่เกลี่ย รวมทั้งไม่ปิดกั้นการแสดงความคิดเห็น สอดคล้องกับแนวคิดของ Bass & Avolio¹¹ ที่กล่าวถึง ความเป็นปัจเจกบุคคล โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล มีการเอาใจเขามาใส่ใจเรา มีการติดต่อสื่อสารแบบสองทาง และเป็นรายบุคคล โดยผู้นำจะมีลักษณะสำคัญในด้านความเข้าใจในความแตกต่างระหว่างบุคคล และการเอาใจเขามาใส่ใจเรา ความสามารถในการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลและเทคนิคการมอบหมายงาน และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Crawford¹² ที่พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้นำองค์กร ผู้นำที่มีภาวะผู้นำเชิงบวกมีให้มีความสำคัญหรือมีความมุ่งมั่นในการจัดการความรู้ในองค์กรช่วยสนับสนุนและนำผู้อื่นให้มีความกระตือรือร้นในการแลกเปลี่ยนความรู้กับผู้อื่น ใฝ่หาความรู้และประสบการณ์ใหม่ๆ นำเทคโนโลยีมาช่วยสนับสนุนในการจัดการความรู้และแก้ปัญหาในองค์กร ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้บริหารทางการแพทย์บาลระดับต้น สังกัดกองทัพเรือ ใน

ประชาคมอาเซียน ต้องเป็นผู้บริหารที่มีความรอบรู้รอบตัวในเครื่องมือ กระบวนการสื่อสารที่มีความทันสมัย หลากหลายรูปแบบและต้องเป็นผู้ที่สามารถสื่อสารให้ผู้ร่วมงานที่มีความแตกต่างกันให้เข้าใจตรงกันได้

1.5 ด้านมาตรฐานวิชาชีพ ประกอบด้วย

1) พัฒนาระบบการบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ ปรับปรุง ประยุกต์ กำกับ ควบคุม โดยใช้หลักการ holistic care คำนึงถึงสิทธิ จริยธรรมและความเสมอภาค มีความยืดหยุ่นให้เหมาะสมกับบริบท สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามมาตรฐานสากล ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาพัฒนางานและงานวิจัย สนับสนุนให้ศึกษาอบรม และ 2) มีความรู้ความสามารถและตัดสินใจแก้ปัญหาโดยใช้ข้อมูลเพื่อเป็นกรอบในการกำหนดทิศทางและแนวทางปฏิบัติ สร้างความเชื่อมั่นไว้วางใจในคุณภาพการบริการ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Guay¹³ ที่พบว่า ความเหมาะสมทางด้านความสามารถของผู้นำที่องค์กรต้องการมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและความมีประสิทธิภาพของผู้นำองค์กร เนื่องจากผู้นำองค์กรที่มีความรู้ ความสามารถ ทักษะ และทัศนคติที่ดีในการทำงาน มีความมั่นใจในการทำงาน สามารถตัดสินใจเปลี่ยนแปลงในเรื่องที่จำเป็น เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการดำเนินงานขององค์กร ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น สังกัดกองทัพเรือ ในประชาคมอาเซียน ต้องเป็นผู้บริหารที่มีความเป็นมืออาชีพในวิชาชีพของตนเอง เป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจ เพื่อให้เกิดการยอมรับจากองค์กรและมาตรฐานวิชาชีพ สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์เพื่อสร้างความมั่นใจให้เกิดการยอมรับ เชื่อถือและไว้วางใจได้ในระดับมาตรฐานสากล

2. ผลการสร้างชุดฝึกอบรมการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการ

พยาบาลระดับต้น สังกัดกองทัพเรือ ในประชาคมอาเซียน พบว่า ชุดฝึกอบรมที่พัฒนาขึ้นทุกองค์ประกอบมีความสอดคล้องและสัมพันธ์กัน มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ผลการสร้างชุดฝึกอบรมในครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Bonzarth¹⁴ เกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาหลักสูตรไว้ดังนี้ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตร 2) การกำหนดจุดมุ่งหมายของหลักสูตร 3) การคัดเลือกและจัดลำดับเนื้อหาสาระและประสบการณ์การเรียนรู้ 4) การกำหนดมาตรการวัดและประเมินผล 5) การนำหลักสูตรไปใช้ 6) การประเมินผลการใช้หลักสูตรและ 7) การปรับปรุงแก้ไขหลักสูตร ซึ่งชุดฝึกอบรมนี้ได้นำแนวคิดการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (Adult learning) ที่เน้นการนำประสบการณ์มาใช้ในกิจกรรมที่ลงมือปฏิบัติจริง มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน การเอากรณีศึกษาที่จัดเตรียมไว้สำหรับกิจกรรมในแต่ละหน่วย มาใช้เป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (Andragogy Theory) ของ Knowles¹⁵ คือ ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเป็นผู้ใหญ่ ต้องการเรียนรู้ เมื่อรู้ดีกว่าสิ่งนั้นจำเป็นต่อบทบาทและสถานภาพทางสังคมของตน ความรู้ที่ได้รับจากการทำกิจกรรม ต้องสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ทันทีในปัจจุบัน และต้องการแรงจูงใจในการเรียนรู้ เห็นถึงประโยชน์ หรือคุณค่าที่ตนได้รับจากการเรียนรู้จากกิจกรรมที่จัด

3. ผลการประเมินชุดฝึกอบรมเพื่อพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น สังกัดกองทัพเรือ ในยุคประชาคมอาเซียน โดยการประเมินดังนี้ 1) การประเมินตนเองของผู้เข้ารับการฝึกอบรมก่อนและหลังการทดลองใช้ชุดฝึกอบรม 2) การวัดความคงทน โดยการประเมินหลังสิ้นสุดการทดลอง 12 สัปดาห์ และ 3) การประเมินโดยผู้บังคับบัญชา จะประเมินผู้เข้ารับการ

ฝึกอบอรมก่อนและหลังสิ้นสุดการทดลอง 12 สัปดาห์ ผลการทดลองใช้ชุดฝึกอบอรม สามารถอธิบายได้ดังนี้

3.1 ผลการประเมินตนเองเกี่ยวกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น พบว่า หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ในภาพรวมและทุกด้าน นั่นคือผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น สังกัดกองทัพเรือ ในยุคประชาคมอาเซียน มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ทั้ง 5 ด้าน คือ 1) ด้านการบริหาร 2) ด้านสังคม การทำงานเป็นทีมและการเรียนรู้ข้ามวัฒนธรรม 3) ด้านการพัฒนาตนเอง 4) ด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ การสื่อสารและภาษาอังกฤษ และ 5) ด้านมาตรฐานวิชาชีพเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ชุดฝึกอบอรมที่พัฒนาขึ้นนี้ส่งผลต่อภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ทั้งนี้เป็นผลมาจากองค์ประกอบโดยรวมของชุดฝึกอบอรม สามารถเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถมากขึ้นให้กับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พรทิพย์ ไตรภทร¹⁶ เรื่อง การพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหน่วยทางการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โดยใช้จิตตปัญญาศึกษา ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลองใช้หลักสูตรมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้เป็นผลมาจากวิทยากรและผู้เข้ารับการฝึกอบอรมได้ร่วมกันสรุปผลการอภิปรายกลุ่ม เพื่อทำให้ผู้เข้ารับการฝึกอบอรมเข้าใจตรงประเด็นของเนื้อหาในแต่ละหน่วยฝึกอบอรมมากยิ่งขึ้นและเปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการฝึกอบอรมได้ซักถามประเด็นต่างๆ หลังจากที่ได้รับ การฝึกอบอรมในแต่ละหน่วยฝึกอบอรม ช่วยสร้างเสริมความรู้ ความเข้าใจใน

เนื้อหาสาระของแต่ละหน่วยฝึกอบอรมได้ชัดเจนและตรงประเด็น มากยิ่งขึ้น

3.2 ผลการประเมินตนเองเพื่อดูความคงทนเกี่ยวกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น พบว่า ในภาพรวม หลังการทดลอง 12 สัปดาห์ (O_3) กับหลังทดลอง (O_2) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น สังกัดกองทัพเรือ ที่ผ่านการอบอรม ยังคงมีความคงทนของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงอยู่ สอดคล้องกับงานวิจัยของช่วย นาคบรรพ์¹⁷ เรื่อง การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบอรมเพื่อเสริมสร้างคุณลักษณะภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้างานสำหรับองค์กรธุรกิจ อุตสาหกรรม อิเล็กทรอนิกส์ ด้านความคงทนของพฤติกรรมการเรียนรู้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยวันสุดท้ายการฝึกอบอรม และหลังการฝึกอบอรมผ่านมา 90 วัน มีความแตกต่าง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ชุดฝึกอบอรมมีประสิทธิภาพในการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น สังกัดกองทัพเรือ ในยุคประชาคมอาเซียน ซึ่งสอดคล้องแนวคิดของ Kirkpatrick¹⁸ เกี่ยวกับการประเมินการฝึกอบอรมที่ผู้ฝึกอบอรมจำเป็นต้องประเมินพฤติกรรม การเรียนรู้ของผู้เข้ารับการฝึกอบอรมว่า หลังจากผ่านการฝึกอบอรมตามหลักสูตรฝึกอบอรมที่สร้างขึ้นนั้น สามารถส่งผลให้ผู้เข้ารับการฝึกอบอรมคงรักษาความรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบอรมไว้ได้หรือไม่ แม้ว่าผ่านการฝึกอบอรมมาแล้ว 90 วันก็ตาม

3.3 ผลการประเมินโดยผู้บังคับบัญชาเกี่ยวกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ในภาพรวมและทุกด้าน หลังการทดลอง 12 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมี นัย สำ คัญ ทาง ส ท ศ ติ ที่ .05 นั น คื อ ผู้บังคับบัญชา ประเมินผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น สังกัดกองทัพเรือ ในประชาคมอาเซียน ว่า

มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ทั้ง 5 ด้าน คือ 1) ด้านการบริหาร 2) ด้านสังคม การทำงานเป็นทีม และการเรียนรู้ข้ามวัฒนธรรม 3) ด้านการพัฒนาตนเอง 4) ด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ การสื่อสารและภาษาอังกฤษ และ 5) ด้านมาตรฐานวิชาชีพเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากผู้บังคับบัญชาของผู้เข้ารับการฝึกอบรม ได้สนับสนุนการนำความรู้ที่ได้จากภาคทฤษฎีมาใช้ในการปฏิบัติงานจริง สนับสนุนการนำความรู้มาทบทวนและใช้ในการทำงานจริงและติดตามสังเกตการแสดงพฤติกรรม ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น สังกัดกองทัพเรือ ในประชาคมอาเซียน สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ชวัญ นาคบรรพ์¹⁷ พบว่า ด้านการประเมินติดตามพฤติกรรม ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้เข้ารับการฝึกอบรม โดยการสังเกตพฤติกรรมการทำงาน ก่อนการฝึกอบรมและหลังการฝึกอบรมผ่านมา 90 วัน พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความถี่พฤติกรรมหลังการฝึกอบรมสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยระดับความถี่พฤติกรรมก่อนการฝึกอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.4 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการเรียนรู้ของผู้เข้ารับการฝึกอบรม ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น สังกัดกองทัพเรือ ในประชาคมอาเซียน มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด เรียงตาม ลำดับมากไปน้อย ดังนี้ 1) วิทยากร มีความรู้ความสามารถในการอธิบายเนื้อหา 2) วิทยากร สามารถการถ่ายทอดความรู้ได้อย่างชัดเจน 3) วิทยากร มีสมารถการเชื่อมโยงเนื้อหาเข้าสู่กิจกรรมการฝึกอบรม 4) บรรยากาศในการฝึกอบรม 5) เนื้อหาในการฝึกอบรมมีความครบถ้วนตรงตามวัตถุประสงค์ 6) การจัดกิจกรรมการเรียนการสอน 7) การตอบข้อซักถามในการฝึกอบรมของวิทยากร 8) การมอบหมายใบงานและการกำหนดสถานการณ์

เพื่อการเรียนรู้ 9) เอกสารประกอบการฝึกอบรมครบถ้วน 10) สถานที่ฝึกอบรมมีความเหมาะสม 11) อาหารและเครื่องดื่มมีความเหมาะสม 12) ความพร้อมของอุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์ และความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ได้แก่ 1) ระยะเวลาในการจัดฝึกอบรม และ 2) การรักษาเวลาในการฝึกอบรมตามที่กำหนดไว้ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากชุดฝึกอบรมได้คัดเลือกเนื้อหา มีความชัดเจน กระชับ เข้าใจง่าย มีความสอดคล้องกับความจำเป็น และมีความเหมาะสมกับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น สังกัดกองทัพเรือ ในประชาคมอาเซียน และมีกับกิจกรรมที่สอดคล้องกับเนื้อหา ผู้อบรมมีโอกาสแสดงความคิดเห็น มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์ รวมทั้งมีการศึกษามาในการเรียนรู้ และฝึกคิดร่วมกัน ด้านวิทยากรเป็นมีความรู้ความสามารถถ่ายทอดให้เข้าใจได้ง่ายและตรงประเด็น ตอบข้อซักถามทำให้เข้าใจมากยิ่งขึ้น ด้านบรรยากาศและสถานที่ในการฝึกอบรมมีความเหมาะสมในการเรียนรู้ มีความพร้อมของวัสดุอุปกรณ์ มีเอกสาร คู่มือประกอบ มีโสตทัศนูปกรณ์พร้อมบรรยากาศการเรียนรู้สนุกสนาน ทันสถานการณ์ ปัจจุบัน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง สามารถกระตุ้นผู้อบรมให้มีความสนใจและพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ภัทธรัตน์ ตันนุกิจ¹⁹ เรื่อง การพัฒนาชุดฝึกอบรมสมรรถนะสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาล ระดับต้น โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษา พบว่า ผู้เข้าอบรมมีความพึงพอใจระดับมากถึงมากที่สุด และผลลัพธ์ของผู้เข้ารับการฝึกอบรมสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาหลังการอบรม ร้อยละ 100

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัย ไปใช้

1. หากจะนำชุดฝึกอบรมนี้ไปปรับใช้ ควรมีการวิเคราะห์บริบทตามความจำเป็นด้วย เนื่องจากแต่ละหน่วยมีบริบทที่แตกต่างกัน ประสิทธิภาพและองค์ประกอบของผู้นำไปบาง ประเด็นของผู้นำต่างกัน ซึ่งมีส่วนสำคัญในการ พิจารณา จะทำให้ได้ภาวะผู้นำที่จำเป็นจริงๆ นำไปใช้แล้วเกิดประโยชน์สูงสุด นอกจากนี้ควรมี การปฐมนิเทศและเลือกวิทยากรให้มีความ เหมาะสม จะทำให้การนำไปประยุกต์ใช้ในการ พัฒนาภาวะผู้นำนั้นมีประสิทธิภาพต่อไป

2. ชุดฝึกอบรมนี้ใช้เป็นแนวทางในการ พัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหาร ทางการพยาบาลระดับต้นในสังกัดอื่นของกระทรวง กลาโหม เช่น กองทัพบก และกองทัพอากาศ แต่ ควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้เกิดประโยชน์ ในการนำไปใช้สูงสุดต่อไป

ข้อเสนอแนะการทำวิจัย ครั้งต่อไป

1. ทำการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาภาวะ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงในสาขาวิชาอื่นๆ รวมทั้ง ในอิทธิพลอื่นๆ ร่วมด้วย เพื่อเป็นการบูรณาการการ พัฒนาการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนไปพร้อมๆ กัน

2. เพื่อเพิ่มความสะดวกในเรื่องของเวลา ในการฝึกอบรม รูปแบบของการฝึกอบรมใน อนาคต อาจพัฒนาเป็นโปรแกรมการฝึกอบรม ออนไลน์หรือผ่านทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์อื่นๆ เช่น Web Based Instruction (WBI), Teleconferencing Training เป็นต้น

3. ศึกษาองค์ประกอบของภาวะผู้นำการ เปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับ ปฏิบัติการระดับกลางและระดับสูง สังกัด กองทัพเรือ ในประชาคมอาเซียน

4. ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่มี ผลต่อภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหาร ทางการพยาบาลระดับต้น สังกัดกองทัพเรือ ใน ประชาคมอาเซียน

เอกสารอ้างอิง

1. Sinlarat P. Creative and productivity leader: a new paradigm and new leaders education: Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2010. (in Thai).
2. Santad P. Leadership and human resource development in preparing to join the ASEAN community. Journal of Quality of Life and Law 2012;8(2):15-26. (in Thai).
3. Bass BM. Two decades of research and development in transformation leadership. European Journal of World and Organization Psychology 1999;8(1):9-32.
4. Nursing Office. Nursing service strategy for the ASEAN community. [Internet]. [cited 2015 March 20]. Available from: http://www.nursing.go.th/?Page_id=214. (in Thai).
5. Bass BM, Avolio BJ. Improving organizational effectiveness through transformational leadership. Newbery Park, CA: Sage; 1994. p. 33.
6. Welch JJ. The leadership style of the Massachusetts school superintendents. Dissertation Abstracts International 1982;43(2):335-A.

7. Fullan M. Change theory: a force for school improvement, in The Development of Transformational Leaders for the Educational Decentralization. Bangkok: Ministry of Education; 2006.
8. Joo BK, Yoon HJ, Jeung CW. The effects of core self-evaluations and transformational leadership on organizational commitment. Leadership & Organization Development Journal 2012;33(6):564-82.
9. Polychroniou PV. Relationship between emotional intelligence and transformational leadership of supervisors. Team Performance Management 2009;15(7/8):343-56.
10. Fitzgerald S, Schutte N. Increasing transformational leadership through enhancing self-efficacy. Journal of Management Development 2010;29(5):495-505.
11. Bass BM, Avolio BJ. The full range model of leadership. New York: McGraw-Hill; 1991.
12. Crawford CB. Effects of transformational leadership and organizational position on knowledge management. Journal of Knowledge Management 2005;9(6):6-16.
13. Guay RP. The relationship between leader fit and transformational leadership. Journal of Managerial Psychology 2013;28(1):55-73.
14. Bonzarth J. From analysis to evaluation: tools, tip, and techniques for trainers. New York: John Wiley & Sons; 2008.
15. Knowles MS. The adult learner: the definition classic in adult education and human resource development. USA: Elsevier; 2011.
16. Traipat P. Transformational leadership development of nursing unit heads in hospitals under jurisdiction of the Ministry of Defense by using the contemplative education. Royal Thai Navy Medical Journal 2016;43(1):17-32. (in Thai).
17. Nakbun C. Development of training courses to enhance the leadership change characteristics of supervisors for electronic industry business organizations. [Doctoral Dissertation, Human Resource Development]. Ramkhamhaeng University; 2015. (in Thai).
18. Kirkpatrick DL. Evaluating training programs: the four levels. 2nd ed. San Francisco: Berrett-Koehler; 1994.
19. Tannukit P. Development of competency training sets for primary nursing administrators at hospitals under the jurisdiction of the Medical Office Bangkok. [Doctoral Dissertation, Human Resource Development]. Ramkhamhaeng University; 2013. (in Thai).



การสอนนักศึกษาพยาบาลเพื่อพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ Teaching Nursing Students to Develop Creative Thinking

วัชรพร เชยสุวรรณ

Vacharaporn Choeisuwarn

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ, กรุงเทพมหานคร

Royal Thai Navy College of Nursing, Bangkok

Corresponding Author: kungvach@yahoo.com

บทคัดย่อ

ความคิดสร้างสรรค์เป็นทักษะที่สำคัญสำหรับการแก้ปัญหา สร้างสรรค์ความคิดใหม่ๆ และนวัตกรรม รวมทั้งเป็นทักษะหนึ่งที่ต้องให้ในนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของโลกแห่งศตวรรษที่ 21 วัตถุประสงค์ของบทความนี้เขียนขึ้นเพื่อนำเสนอเกี่ยวกับคำจำกัดความองค์ประกอบของความคิดสร้างสรรค์ ความสัมพันธ์ของความคิดสร้างสรรค์กับนวัตกรรมและการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เทคนิคและแนวทางการสอนนักศึกษาพยาบาลเพื่อพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ และบทบาทอาจารย์ในการจัดการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์

คำสำคัญ : ความคิดสร้างสรรค์ นวัตกรรม นักศึกษาพยาบาล

Abstract

Creative thinking is an essential skill for problem solving, generating an innovative idea which is necessary for nursing students in the 21st century. The purpose of this article is to describe the meanings, and components of creativity, the relationship between creative thinking, innovation and critical thinking skills, and the instructor roles and techniques for the promotion of creative thinking among nursing students.

Keywords : creative thinking, innovation, nursing student

Received: April 17, 2019; Revised: June 14, 2019; Accepted: June 20, 2019



บทนำ

ความคิดสร้างสรรค์ (Creativity) เป็นกระบวนการทางสมองที่คิดในลักษณะอนาณัย หมายถึง การคิดหลายทิศทาง หลายแง่มุม คิดได้กว้างไกล อันนำไปสู่การคิดค้นสิ่งแปลกใหม่ด้วยการคิดดัดแปลง ประยุกต์จากความคิดเดิมผสมผสานกันเกิดสิ่งใหม่ เป็นความคิดที่เป็นประโยชน์ ซึ่งรวมทั้งการประดิษฐ์คิดค้นสิ่งต่างๆ ตลอดจนวิธีการคิดทฤษฎีหลักการได้สำเร็จ¹ ความคิดสร้างสรรค์จัดอยู่ในทักษะการคิดขั้นสูง² และเป็นเรื่องที่มีความสำคัญต่อทั้งสังคม เศรษฐกิจและปัจเจกบุคคล ปัจจุบันนี้ได้รับความสนใจมากขึ้นตามลำดับ ในอดีตเชื่อว่าความคิดสร้างสรรค์จำกัดอยู่เฉพาะในวงการศิลปะ ความเชื่อนี้เปลี่ยนไปในปัจจุบัน นักวิชาการหลายคนเชื่อว่า ความคิดสร้างสรรค์เป็นรากฐานที่สำคัญประการหนึ่งของกระบวนการจัดการนวัตกรรม ตลอดจนการพัฒนาขีดความสามารถของทรัพยากรมนุษย์และความสามารถในการแข่งขันของประเทศในยุคโลกาภิวัตน์ หน่วยวิเคราะห์ความคิดสร้างสรรค์มีหลายระดับครอบคลุมตั้งแต่ระดับปัจเจกบุคคล กลุ่มบุคคลที่ทำงานเป็นทีม องค์กร ประเทศ หรือระดับโลก³

ปัจจุบันโลกได้เข้าสู่ยุคศตวรรษที่ 21 ครอบคลุมช่วงเวลาตั้งแต่ปี ค.ศ. 2001 - 2100 เป็นยุคของการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นพลวัต วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมีการพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว และเกิดการค้นพบองค์ความรู้ใหม่ตลอดเวลา ส่งผลให้การเรียนการสอนและผู้เรียนในปัจจุบันต้องมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่สอดคล้องกัน ดังนั้นผู้เรียนในยุคศตวรรษที่ 21 ควรเป็นผู้เรียนที่มีความต้องการใฝ่เรียนรู้ตลอดเวลา เข้าถึงองค์ความรู้ใหม่ๆ มีความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ตลอดจนมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์นวัตกรรมใหม่ๆ มาใช้ให้เกิด

ประโยชน์ได้⁴ สอดคล้องกับวิชาชีพการพยาบาล เป็นวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลมนุษย์ โดยการประยุกต์ใช้องค์ความรู้จากทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติ เป็นวิชาชีพที่ต้องให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี และผู้รับบริการสามารถดูแลตนเองได้⁵ แต่บางครั้งพยาบาลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่คาดการณ์ไม่ได้ ทั้งนี้เพราะผู้รับบริการมีภูมิหลัง ความต้องการ และภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน และซับซ้อนมากขึ้น ความคิดสร้างสรรค์จึงเป็นทักษะที่สำคัญสำหรับการคิดหาแนวทางการแก้ปัญหาแบบใหม่ๆ ที่เป็นประโยชน์ และก้าวข้ามงานที่ทำประจำแบบเดิมๆ⁶ ดังนั้นความคิดสร้างสรรค์จึงถูกกำหนดเป็นคุณลักษณะหนึ่งของบัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์⁷

การศึกษาเกี่ยวกับความคิดสร้างสรรค์ได้รับความสนใจและทำการศึกษาวิจัยกันอย่างกว้างขวางมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1960 เป็นต้นมา⁸ การศึกษาเกี่ยวกับความคิดสร้างสรรค์ของนักศึกษาพยาบาลในต่างประเทศนั้นยังพบไม่มากนัก⁶ เช่นเดียวกับประเทศไทย มีการศึกษาระดับความคิดสร้างสรรค์ของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง⁹⁻¹² และเมื่อนักศึกษาพยาบาลได้รับการพัฒนาด้วยการเรียนการสอนหรือโปรแกรมการพัฒนาต่างๆ พบว่า ความคิดสร้างสรรค์มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น^{11,12} สอดคล้องกับนักวิชาการส่วนใหญ่เชื่อว่า ความคิดสร้างสรรค์เป็นคุณลักษณะที่มีอยู่ในตัวคนทุกคน แต่อาจแตกต่างกันในระดับของความมากน้อย และความคิดสร้างสรรค์สามารถพัฒนาได้ด้วยการสอน ฝึกฝนและการฝึกปฏิบัติที่ถูกต้อง¹³

คำจำกัดความของความคิด สร้างสรรค์

ความคิดสร้างสรรค์จะเกิดขึ้นได้นั้น มิใช่เพียงแต่คิดในสิ่งที่เป็นไปได้ หรือสิ่งที่เป็เหตุเป็นผลอย่างเดียวนั้น หากแต่ความคิดจินตนาการก็เป็สิ่งสำคัญที่จะก่อให้เกิดความแปลกใหม่ แต่ต้องควบคู่ไปกับการพยายามที่จะสร้างความคิดฝันหรือจินตนาการให้เป็นไปได้ หรือที่เรียกว่าจินตนาการประยุกต์ ความคิดสร้างสรรค์มีความหมายได้ 3 ลักษณะ¹⁴ คือ

1. กระบวนการคิดสร้างสรรค์ (Creative process) หมายถึง วิธีคิด หรือกระบวนการทำงานของสมองอย่างเป็นขั้นตอนหรือสามารถคิดแก้ปัญหาได้สำเร็จ หรือความคิดนอกกรอบความคิดเดิม

2. บุคคลที่มีความคิดสร้างสรรค์ (Creative person) หรือ ทักษะคิด (Attitude) หมายถึง ลักษณะพฤติกรรมของบุคคลที่มีความคิดสร้างสรรค์ มีดังนี้
 - 1) มีความสามารถในการคิดพลิกแพลงแก้ปัญหาต่างๆ ให้ลุล่วงด้วยดี
 - 2) ไม่ชอบทำตามอย่างผู้อื่น โดยไม่มีเหตุผล
 - 3) มีใจจดจ่อและผูกพันกับงาน มีความอดทน
 - 4) เป็นผู้ที่ไม่ยอมล้มเลิกอะไรง่ายๆ
 - 5) มีความคิดคำนึงหรือจินตนาการสูง
 - 6) มีความเป็นผู้นำ
 - 7) ขี้เล่น ร่าเริง
 - 8) ชอบรับประสบการณ์ใหม่ๆ
 - 9) มีความคิดอิสระและยืดหยุ่น
 - 10) ยอมรับและสนใจสิ่งแปลกๆ
 - 11) ไม่ค่อยเคร่งครัดกับระเบียบแบบแผน
 - 12) ไม่ยึดมั่นสิ่งใดสิ่งหนึ่งมากเกินไป และ
 - 13) มีอารมณ์ขัน

3. ความคิดสร้างสรรค์ที่เป็นลักษณะของผลผลิตหรือชิ้นงาน (Creative product) คือ ลักษณะของผลผลิตที่แปลกใหม่หรือสิ่งประดิษฐ์ที่แปลกใหม่

องค์ประกอบของความคิด สร้างสรรค์

โดยทั่วไปเมื่อกล่าวถึงความคิดสร้างสรรค์มักเข้าใจและมุ่งเน้นไปที่ความคิดริเริ่ม ซึ่งแท้จริงแล้ว ความคิดสร้างสรรค์ประกอบด้วยลักษณะความคิดอื่นๆ ด้วย อย่างไรก็ตามความคิดริเริ่มจัดเป็นลักษณะสำคัญที่ทำให้เกิดการเริ่มต้นขึ้น แต่ความสำเร็จของการสร้างสรรค์ก็จำต้องอาศัยลักษณะความคิดอื่นๆ ประกอบด้วย ซึ่งจากทฤษฎีโครงสร้างทางสติปัญญาของ Guilford เชื่อว่าความคิดสร้างสรรค์เป็นความสามารถทางสมองที่คิดได้อย่างซับซ้อน กว้างไกล หลายทิศทาง ซึ่งประกอบด้วย คิดริเริ่ม คิดคล่องแคล่ว คิดยืดหยุ่น และคิดละเอียดลออ¹⁵

1. คิดริเริ่ม (Originality) หมายถึง ความคิดแปลกใหม่ ไม่ซ้ำกับความคิดของคนอื่น และแตกต่างจากธรรมดา อาจเกิดจากความคิดเดิมที่มีอยู่แล้ว มาดัดแปลงประยุกต์เป็นสิ่งใหม่และเป็นความคิดที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและสังคม เช่น การคิดสร้างเครื่องบินได้สำเร็จโดยนำแนวคิดมาจากการทำเครื่องบิน

2. คิดคล่องแคล่ว (Fluency) หมายถึง ความคล่องตัวในการคิดตอบสนองสิ่งเร้าให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ หรือความสามารถในการคิดหาคำตอบได้อย่างรวดเร็ว และได้ปริมาณมากในเวลาจำกัด โดยเน้นปริมาณของความคิด เช่น การคิดหาถ้อยคำ การนำคำมาเขียนเป็นประโยค เป็นต้น ความคิดคล่องแคล่วเป็นความสามารถอันดับแรกในการที่จะพยายามเลือกเฟ้นให้ได้ความคิดที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุด คือ ต้องคิดออกมาให้ได้มาก หลากหลาย แล้วเอาความคิดทั้งหมดมาพิจารณาเปรียบเทียบกับว่าความคิดใดเป็นความคิดที่ดีที่สุด และใช้ประโยชน์คุ้มค่ามากที่สุด

3. คิดยืดหยุ่น (Flexibility) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการคิดหาคำตอบได้หลายประเภท หลายทิศทาง ความยืดหยุ่นมีทั้งความยืดหยุ่นทางความคิดและการกระทำ เป็นความสามารถในการปรับสภาพของความคิดในสถานการณ์ต่างๆ ได้ ความคิดยืดหยุ่น แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ความคิดยืดหยุ่นที่เกิดขึ้นทันที เช่น ประโยชน์ของภูมิปัญญาไทยมีอะไรบ้าง คนที่มีความคิดยืดหยุ่นจะตอบได้หลายอย่าง แต่คนที่ไม่มีความคิดยืดหยุ่นจะตอบได้หนึ่งอย่างหรือสองอย่าง และความคิดยืดหยุ่นทางการดัดแปลง ผู้ที่มีความคิดยืดหยุ่นจะคิดดัดแปลงไม่ซ้ำกัน

4. คิดละเอียดลออ (Elaboration) หมายถึง ความคิดในรายละเอียดเพื่อขยายความคิดหลักหรือความคิดครั้งแรกให้ได้ความหมายสมบูรณ์ยิ่งขึ้น สามารถอธิบายให้เห็นภาพชัดเจน ความคิดละเอียดลออเป็นความคิดที่นำมาขยายความคิดแรกให้ชัดเจนขึ้น เป็นการเพิ่มเติมรายละเอียดให้ความคิดริเริ่มสมบูรณ์ขึ้น

≡ ความสัมพันธ์ของความคิดสร้างสรรค์ กับนวัตกรรมและ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ

นวัตกรรม (Innovation) มีรากศัพท์มาจากคำในภาษาละตินว่า innovate ซึ่งแปลว่า “ทำสิ่งใหม่เกิดขึ้น” นวัตกรรมมีความสัมพันธ์และส่งผลทำให้เกิดพลวัตด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น เศรษฐกิจ สังคม การเมือง และวัฒนธรรม ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่า นวัตกรรมมีส่วนสำคัญในการเสริมสร้างขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ โดยปกติแล้วนวัตกรรมแบ่งออกเป็น นวัตกรรมใหม่อย่างสิ้นเชิง (Radical) โดยการเปลี่ยนแปลงค่านิยม ความเชื่อเดิม ตลอดจนระบบคุณค่าของสังคมอย่างสิ้นเชิง เช่น อินเทอร์เน็ต จัดว่าเป็นนวัตกรรมหนึ่งในโลกข้อมูลข่าวสาร กับ

นวัตกรรมการเรียนรู้อย่างค่อยเป็นค่อยไป (Incremental) ที่เป็นขบวนการค้นพบ (Discover) หรือคิดค้นสิ่งใหม่ (Invent) โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดใหม่ หรือความรู้ใหม่ที่มีลักษณะต่อเนื่องไม่สิ้นสุด

แนวความคิดในปัจจุบันให้น้ำหนักกับ นวัตกรรมที่มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป หรือการสะสมองค์ความรู้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลง ส่วนความคิดสร้างสรรค์เป็นเรื่องที่มีความสำคัญต่อเศรษฐกิจและสังคมด้วยเช่นกัน เนื่องจากความคิดสร้างสรรค์จะช่วยพัฒนาศักยภาพของมนุษย์ เป็นหนทางสำคัญในการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ ดังนั้นทั้งนวัตกรรมและความคิดสร้างสรรค์ จะเป็นการมุ่งให้ความสำคัญ เรื่องการเพิ่มศักยภาพในด้านความคิดให้กับมนุษย์ และผลการผลักดันนี้จะต่อยอด ทำให้เกิดนวัตกรรมด้านต่างๆ ในสังคมต่อไป³

การคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) เป็นหนึ่งในทักษะการคิดขั้นสูง เพื่อใช้ในการแก้ปัญหา และการตัดสินใจทางคลินิก¹⁶ เช่นเดียวกับความคิดสร้างสรรค์ การคิดอย่างมีวิจารณญาณเป็นการบูรณาการกระบวนการคิดของบุคคล โดยใช้ความคิด ความรู้สึก ความเป็นตัวของตัวเองว่าสิ่งใดควรเชื่อหรือควรกระทำ การคิดที่มีการสะท้อนกลับ ไตร่ตรองอย่างสุขุมรอบคอบ ภายใต้ความเป็นเหตุเป็นผล มีหลักเกณฑ์การเชื่อมโยงข้อมูล มีการตรวจสอบวิเคราะห์ เปรียบเทียบกับสถานการณ์ เหตุการณ์ และบริบทที่เกี่ยวข้องอย่างรอบคอบ สิ่งใดถูกต้อง ซึ่งจะนำไปสู่การตัดสินใจที่ถูกต้อง มีประสิทธิภาพ¹⁷ ความคิดสร้างสรรค์และการคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน และควรใช้ให้สมดุลกัน ในกรณีของการแก้ไขปัญหาต่างๆ การคิดอย่างมีวิจารณญาณมีความจำเป็นในการระบุประเด็นปัญหา การตัดสินใจเชิงจริยธรรม ส่วนความคิด

สร้างสรรค์มีความจำเป็นในการหาแนวทางการแก้ไขปัญหาหลายๆ ทาง การหาความคิด หรือวิธีการใหม่ๆ ในการแก้ปัญหา เป็นต้น⁶

๓ เทคนิคการพัฒนาความคิดสร้างสรรค์

ในสมัยก่อนเราเชื่อกันว่าความคิดสร้างสรรค์นั้นเป็นพรสวรรค์ที่ติดตัวคนบางคนมาตั้งแต่เกิด แต่พอมาถึงปัจจุบันที่เป็นยุคแห่งวิทยาการ ทำให้ความเชื่อดั้งเดิมที่มีเคยมีมาปรับเปลี่ยนไป เพราะนักจิตวิทยาส่วนใหญ่เห็นพ้องต้องกันว่าความคิดสร้างสรรค์นั้นเป็นความสามารถที่มีอยู่ในตัวมนุษย์ทุกคนตั้งแต่เกิด เพียงแต่มีการแสดงออกหรือมีพัฒนาการมากน้อยต่างกันไป และยังสามารถพัฒนาเพิ่มให้มากยิ่งขึ้น ด้วยการฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอ การส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์นั้นอาจทำได้ทั้งทางตรงโดยการสอนและฝึกอบรม และทางอ้อมก็สามารถทำได้ด้วยการจัดบรรยากาศสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมความเป็นอิสระในการเรียนรู้ ได้แก่ 1) การส่งเสริมให้ใช้จินตนาการตนเอง 2) ส่งเสริมและกระตุ้นการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง 3) ยอมรับความสามารถและคุณค่าของคนอย่างไม่มีเงื่อนไข 4) แสดงให้เห็นว่าความคิดของทุกคนมีคุณค่า และนำไปใช้ประโยชน์ได้ 5) ให้ความเข้าใจ เห็นใจในความรู้สึกของคนอื่น 6) อย่าพยายามกำหนดให้ทุกคนคิดเหมือนกัน ทำเหมือนกัน 7) ควรสนับสนุนผู้คิดค้นผลงานแปลกใหม่ได้มีโอกาสนำเสนอ 8) เอาใจใส่ความคิดแปลกๆ ของคนด้วยใจเป็นกลาง 9) ระลึกเสมอว่าการพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ต้องค่อยเป็นค่อยไปและใช้เวลา¹

สำหรับการสอนเพื่อให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ เน้นการสอนให้รู้จักการคิด การแสดงออกความรู้สึก และการแสดงออกในวิถีทางของความคิดสร้างสรรค์ และควรสอนอย่างต่อเนื่อง การสอนความคิดสร้างสรรค์นั้นจึงเน้น

ความสำคัญของการจัดกิจกรรมที่ทำทายและกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ ซึ่ง Williams¹⁸ นักจิตวิทยาชาวอเมริกันได้พัฒนาการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่เรียกว่า Williams Cube CAI Model ขึ้น เป็นการจัดกิจกรรมส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ทั้งทางด้านความรู้ ความคิด ความรู้สึก และการแสดงออกในด้านวิถีของความคิดสร้างสรรค์ รูปแบบการจัดกิจกรรมที่ Williams พัฒนาขึ้นมีความหลากหลาย และหลายกิจกรรมเกี่ยวข้องกับการพัฒนาความคิดสร้างสรรค์โดยตรง โดยแบ่งเป็น 3 มิติ ดังนี้

มิติที่ 1 ด้านเนื้อหา (Content) เป็นการให้ความสำคัญ โดยการยึดหลักสูตรเป็นเกณฑ์ในการสอนความคิดสร้างสรรค์ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความคิดสร้างสรรค์สามารถสอนแทรกได้ในทุกเนื้อหาวิชาของหลักสูตร ซึ่งแบ่งเนื้อหาออกเป็น ภาษา เลขคณิต สังคมศึกษา วิทยาศาสตร์ ดนตรี และศิลปะ เป็นต้น

มิติที่ 2 ด้านพฤติกรรมการสอนของครู (Teacher behavior) ในด้านการสอนเพื่อพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ Williams ได้เน้นพฤติกรรมการสอนของครูโดยการจัดการเรียนการสอน โดยใช้กลยุทธ์และวิธีสอนไว้ 18 ลักษณะ คือ

1. การสอน (Paradox) หมายถึง การสอนเกี่ยวกับการคิดเห็นในลักษณะความคิดเห็นที่ขัดแย้งในตัวเอง ความคิดเห็นซึ่งค้านกับสามัญสำนึก ความจริงที่สามารถเชื่อถือหรืออธิบายได้ ความเห็นหรือความเชื่อที่ฝังใจมานาน ซึ่งการคิดในลักษณะดังกล่าว นอกจากจะเป็นวิธีการฝึกประเมินค่าระหว่างข้อมูลที่แท้จริงแล้ว ยังช่วยให้คิดในสิ่งที่แตกต่างไปจากรูปแบบเดิมที่เคยมี เป็นการส่งเสริมความคิดเห็นไม่ให้คล้อยตามกัน (Non-Conformity) โดยปราศจากเหตุผล ดังนั้นในการสอนอาจารย์จึงควรกำหนดให้ผู้เรียน



รวบรวมข้อคิดเห็นหรือคำถามแล้วให้ผู้เรียนแสดงทักษะด้วยการอภิปรายได้ว่า หรือแสดงความคิดเห็นในกลุ่มย่อยก็ได้

2. การพิจารณาลักษณะ (Attribute) หมายถึง การสอนให้ผู้เรียนคิดพิจารณาลักษณะต่างๆ ที่ปรากฏอยู่ทั้งของมนุษย์ สัตว์ สิ่งของ ในลักษณะที่แปลกแตกต่างไปกว่าที่เคยคิด รวมทั้งในลักษณะที่คาดไม่ถึง

3. การเปรียบเทียบอุปมาอุปไมย (Analogies) หมายถึง การเปรียบเทียบสิ่งของหรือสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน แตกต่างกันหรือตรงกันข้ามกัน อาจเป็นคำเปรียบเทียบ คำพังเพย สุภาษิต

4. การบอกสิ่งที่คลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง (Discrepancies) หมายถึง การแสดงความคิดเห็นบ่งชี้ถึงสิ่งที่คลาดเคลื่อนจากความจริง ผิดปกติไปจากธรรมดาทั่วไป หรือสิ่งที่ยังไม่สมบูรณ์

5. การใช้คำถามยั่วและกระตุ้นให้ตอบ (Provocative question) หมายถึง การตั้งคำถามแบบปลายเปิด และใช้คำถามที่ยั่วเร้าความรู้สึกให้ชวนคิดค้นคว้า เพื่อความหมายที่ลึกซึ้งสมบูรณ์ที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

6. การเปลี่ยนแปลง (Example of change) หมายถึง การฝึกให้คิดถึงการเปลี่ยนแปลง ดัดแปลง การปรับปรุงสิ่งต่างๆ ที่คงสภาพมาเป็นเวลานาน ให้เป็นไปในรูปแบบอื่น และเปิดโอกาสให้เปลี่ยนแปลงด้วยวิธีการต่างๆ อย่างอิสระ

7. การเปลี่ยนแปลงความเชื่อ (Exchange of habit) หมายถึง การฝึกให้ผู้เรียนเป็นคนมีความยืดหยุ่น ยอมรับความเปลี่ยนแปลง คลายความยึดมั่นต่างๆ เพื่อปรับตนเข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่ๆ ได้ดี

8. การสร้างสิ่งใหม่จากโครงสร้างเดิม (An organized random search) หมายถึง การฝึกให้ผู้เรียนรู้จักสร้างสิ่งใหม่ กฎเกณฑ์ใหม่ ความคิดใหม่ โดยอาศัยโครงสร้างเดิมหรือกฎเกณฑ์เดิมที่เคยมี แต่พยายามคิดพลิกแพลงให้ต่างไปจากเดิม

9. ทักษะการค้นคว้าหาข้อมูล (The skill of search) หมายถึง การฝึกเพื่อให้ผู้เรียนรู้จักหาข้อมูล

10. การค้นหาคำตอบคำถามที่กำกวมไม่ชัดเจน (Tolerance for ambiguity) เป็นการฝึกให้ผู้เรียนมีความอดทนและพยายามที่จะค้นคว้าหาคำตอบต่อปัญหาที่กำกวม สามารถตีความได้เป็นสองนัย ลึกกลับ รวมทั้งท้าทายความคิด

11. การแสดงออกจากการหยั่งรู้ (Invite expression) เป็นการฝึกให้รู้จักการแสดงความรู้สึกและความคิด ที่เกิดจากสิ่งที่เร้าเร้าระบับสัมผัสทั้งห้า

12. การพัฒนาตน (Adjustment for development) หมายถึง การฝึกให้รู้จักพิจารณา ศึกษาความล้มเหลว ซึ่งอาจเกิดขึ้นโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ แล้วหาประโยชน์จากความผิดพลาดนั้นหรือข้อบกพร่องของตนเองและผู้อื่น ทั้งนี้ใช้ความผิดพลาดเป็นบทเรียนนำไปสู่ความสำเร็จ

13. ลักษณะบุคคลและกระบวนการคิดสร้างสรรค์ (Creative person and creative process) หมายถึง การศึกษาประวัติบุคคลสำคัญ ทั้งในแง่ลักษณะพฤติกรรมและกระบวนการคิด ตลอดจนวิธีการ และประสบการณ์ของบุคคลนั้น

14. การประเมินสถานการณ์ (Evaluate situation) หมายถึง การฝึกให้หาคำตอบโดยคำนึงถึงผลที่เกิดขึ้นและความหมายเกี่ยวเนื่องกัน ด้วยการตั้งคำถามว่า ถ้าสิ่งนี้เกิดขึ้นแล้วจะเกิดผลอย่างไร

15. การพัฒนาทักษะการอ่านอย่างสร้างสรรค์ (A creative reading skill) หมายถึง การฝึกให้รู้จักคิดแสดงความคิดเห็น ควรส่งเสริมและให้โอกาสผู้เรียนได้แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกต่อเรื่องที่อ่านมากกว่าจะมุ่งทบทวนข้อต่างๆ ที่จำได้หรือเข้าใจ

16. การพัฒนาการฟังอย่างสร้างสรรค์ (A creative listening skill) หมายถึง การฝึกให้เกิดความรู้สึกนึกคิดในขณะที่ฟัง อาจเป็นการฟัง

บทความ เรื่องราวหรือดนตรี เพื่อเป็นการศึกษาข้อมูล ความรู้ ซึ่งโยงไปหาสิ่งอื่นๆ ต่อไป

17. พัฒนาการเขียนอย่างสร้างสรรค์ (A creative writing skill) หมายถึง การฝึกให้แสดงความคิด ความรู้สึก การจินตนาการผ่านการเขียนบรรยายหรือพรรณนาให้เห็นภาพชัดเจน

18. ทักษะการมองภาพในมิติต่างๆ (Visualization skill) หมายถึง การฝึกให้แสดงความรู้สึกนึกคิดจากภาพในแง่มุมแปลกใหม่ไม่ซ้ำเดิม

มิติที่ 3 ด้านพฤติกรรมการณ์เรียนของผู้เรียน (Pupil behavior) เมื่อครูได้จัดกระบวนการเรียนการสอนตามเนื้อหาวิชา และกลวิธีการสอนดังกล่าวแล้ว ผู้เรียนจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการณ์เรียนได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

ลักษณะที่ 1 ด้านความรู้ ความเข้าใจหรือด้านสติปัญญา หมายถึง ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านกลไกของสมองใน 4 ด้าน ดังนี้ 1) ความคิดริเริ่ม 2) ความคิดคล่องแคล่ว 3) ความคิดยืดหยุ่น และ 4) ความคิดละเอียดลออ

ลักษณะที่ 2 ด้านความรู้สึกหรือด้านจิตใจ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ด้านความรู้สึก จิตใจ หรือเจตคติด้านต่างๆ ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้ 1) ความอยากรู้อยากเห็น (Curiosity) 2) ความเต็มใจที่จะเสี่ยง (Risk-taking) 3) ความพอใจที่จะทำสิ่งที่สลับซับซ้อน (Complexity) และ 4) ความคิดจินตนาการ (Imagination)

≡ แนวทางการสอนนักศึกษาพยาบาล ≡ เพื่อพัฒนาความคิดสร้างสรรค์

ในการสอนเพื่อพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ให้กับนักศึกษาพยาบาลนั้น ผู้สอนสามารถจัดกิจกรรมให้นักศึกษาได้ฝึกทักษะการคิดสร้างสรรค์ โดยสามารถแทรกการฝึกคิดได้ตลอดเวลาที่ทำกิจกรรม หรือระบุไว้ในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งของ

วิธีสอน โดยผ่านเนื้อหาวิชาในหลักสูตร ซึ่งเป็นการสอนที่สอดแทรกการฝึกคิด หรือมีการใช้โปรแกรม สื่อการสอน แบบฝึกหัด บทเรียนสำเร็จรูป เพื่อพัฒนาทักษะกระบวนการคิดโดยตรง¹⁵ เทคนิคการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาให้มีความคิดสร้างสรรค์ มีดังนี้

1. การสอนโดยการตั้งคำถาม การตั้งคำถามเป็นเครื่องมือสำคัญในการจัดการเรียนการสอน ที่สามารถทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้ความเข้าใจในเรื่องต่างๆ ได้อย่างชัดเจน และยังเป็นเทคนิคการสอนที่ใช้ในการกระตุ้นให้ผู้เรียนได้ใช้ความคิดในการศึกษาค้นคว้าหาคำตอบเพื่อนำมาใช้แก้ปัญหา และสรุปเป็นแนวคิดของตนเอง คำถามที่ใช้ไม่ควรเป็นการถามความรู้ ความจำ หรือเป็นคำถามที่ใช้ความคิดทั่วไป ดังนั้นคำถามควรเป็นการถามให้ผู้เรียนต้องใช้ความคิดซับซ้อน ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้ผู้เรียนสามารถใช้สมองทั้งสองซีก และซีกขวาในการคิดหาคำตอบ โดยอาจใช้ความรู้หรือประสบการณ์เดิมมาเป็นพื้นฐานในการคิด และตอบคำถาม นอกจากจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้แล้วยังช่วยสร้างบรรยากาศที่ดีของการเรียนและความสัมพันธ์อันดีในห้องเรียน รวมทั้งทำให้เกิดประโยชน์อีกหลายประการด้วยกัน เช่น ทำให้ผู้เรียนมีพัฒนาการทางความคิดอย่างมีวิจรรย์ญาณและความคิดสร้างสรรค์ ทำให้การเรียนการสอนเกิดความสนุกสนาน ผู้เรียนมีความสนใจในการเรียนเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังส่งเสริมความร่วมมือระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน รวมทั้งยังเป็นการปลูกฝังนิสัยให้ผู้เรียนรักการค้นคว้าหาความรู้ตลอดจนเป็นการวัดผลการเรียนของผู้เรียนได้เป็นอย่างดี¹⁹

2. การสอนโดยใช้เทคนิคการระดมสมอง ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความคิดสร้างสรรค์โดยการแก้ปัญหาด้วยการจัดกิจกรรมเป็นกลุ่ม โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมให้บุคคลมีความคิดหลาย

ทิศทางและคิดได้มากที่สุด หลักในการระดมสมอง มีดังนี้ 1) ประวิงการตัดสินใจ หมายถึง เมื่อบุคคลใดในกลุ่มเสนอความคิดขึ้นมา จะไม่มีการวิพากษ์วิจารณ์หรือตัดสินใจในความคิดใดๆ ทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นความคิดดี มีคุณภาพหรือมีประโยชน์น้อยก็ตาม 2) อิสระทางความคิด หมายถึง ยอมรับความคิดที่บุคคลเสนอ และสนับสนุนความคิดแปลกใหม่ อันจะเป็นทางนำไปสู่ความคิดริเริ่ม 3) ส่งเสริมปริมาณความคิด หมายถึง สนับสนุนให้ได้ปริมาณความคิดมาก ความคิดยิ่งมากเท่าใดก็ยิ่งดีเท่านั้น และกระตุ้นให้ทุกคนได้แสดงความคิดของตน โดยไม่มีการยับยั้งความคิดของผู้อื่นแต่อย่างใด และ 4) การระดมสมองและการปรุงแต่งความคิด หมายถึง หลังจากได้ระดมสมองเพื่อปล่อยให้ความคิดพุ่งพรั่งและผ่านข้อ 1 - 3 แล้วนำเอาความคิดทั้งหมดมาประมวลกัน แล้วพิจารณาตัดสินร่วมกันว่าความคิดใดจะให้คุณค่ามากกว่ากัน และจัดเรียงลำดับความคิดโดยใช้เกณฑ์กำหนดในเรื่องเวลา บุคลากร และงบประมาณ¹

3. การสอนโดยใช้เทคนิคผังกราฟิก ผังกราฟิกเป็นแผนผังทางความคิด ซึ่งประกอบด้วยความคิดหรือข้อมูลสำคัญ ที่เชื่อมโยงกันอยู่ในรูปแบบต่างๆ ซึ่งทำให้เห็นโครงสร้างของความรู้หรือเนื้อหาสาระนั้นๆ ให้เป็นระบบระเบียบ ทำให้เข้าใจและจดจำได้ง่าย เป็นเครื่องมือทางการคิดที่มีลักษณะเป็นนามธรรมอยู่ในสมอง ให้แสดงออกมาให้เห็นเป็นรูปธรรม ผังกราฟิกที่นิยมใช้กันโดยทั่วไปมีจำนวนมาก โดยผังกราฟิกที่น่าสนใจที่นิยมในปัจจุบัน ได้แก่ 1) ผังความคิด (A mind map) เป็นผังที่แสดงความสัมพันธ์ของสาระ หรือความคิดต่างๆ ให้เห็นเป็นโครงสร้างของภาพรวม โดยใช้เส้นระยะห่างจากจุดศูนย์กลาง สี เครื่องหมาย รูปทรงเรขาคณิต และภาพแสดงความหมาย และความเชื่อมโยงของความคิดหรือสาระนั้นๆ 2) ผังแมงมุม (A spider map) เป็นผังที่แสดง

ความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ใหญ่ และมโนทัศน์ย่อยของเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างเป็นลำดับขั้น เพื่อให้เกิดการสร้างองค์ความรู้อย่างเป็นระบบ 3) ผังลำดับขั้นตอน (A sequential map) เป็นผังแสดงลำดับขั้นตอนของสิ่งต่างๆ หรือกระบวนการต่างๆ 4) ผังก้างปลา (A fishbone map) เป็นผังแสดงสาเหตุของปัญหา ช่วยให้เห็นสาเหตุหลักและสาเหตุย่อยที่ชัดเจน และช่วยให้เห็นแนวทางในการแก้ปัญหา และ 5) ผังวงกลมซ้อนหรือเวนนไดอะแกรม (Venn diagram) เป็นผังที่แสดงความเหมือนหรือความต่างของสิ่ง 2 สิ่งหรือมากกว่า²⁰

4. การสอนโดยใช้กรณีศึกษา (Case-based learning) หมายถึง กระบวนการที่ผู้สอนใช้ในการช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด โดยให้ผู้เรียนศึกษาเรื่องที่กำหนดขึ้นจากความเป็นจริง และตอบประเด็นคำถามเกี่ยวกับเรื่องนั้น แล้วนำคำตอบและเหตุผลที่มาของคำตอบนั้นมาใช้เป็นข้อมูลในการอภิปรายเพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์²⁰ เช่น กรณีศึกษาผู้ป่วยในคลินิก และผู้สอนกำหนดประเด็นคำถามเพื่อให้ผู้เรียนได้ศึกษาวิเคราะห์จากทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกันในการหาแนวทางแก้ปัญหา²¹ องค์ประกอบที่สำคัญของการสอนแบบกรณีศึกษา คือ เป็นการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางใช้เทคนิคการสอนกลุ่มย่อย ซึ่งผู้เรียนจะเรียนรู้จากกรณีตัวอย่างร่วมกันโดยใช้กระบวนการกลุ่ม มีการร่วมอภิปรายถกเถียง และร่วมระดมสมองในกลุ่ม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ไปด้วยกัน²²

5. การสอนโดยใช้เทคนิคเชื่อมโยงสัมพันธ์แบบการเปรียบเทียบ (Synectics) เทคนิคนี้อาศัยกิจกรรมการเปรียบเทียบอุปมาอุปมัย (Analogy) มี 3 วิธีการ คือ 1) การเอาตัวเองไปเปรียบเทียบกับสิ่งอื่น (Personal analogy) การเปรียบเทียบแบบนี้ ผู้เรียนต้องทำตนเสมือนเป็น

สิ่งที่ต้องการเปรียบเทียบ และบรรยายความรู้สึกที่เกิดขึ้น เมื่อตนเป็นสิ่งนั้น สิ่งที่เปรียบเทียบอาจเป็นคน พืช สัตว์ หรือสิ่งของ เช่น ให้ผู้เรียนสมมติว่าเป็นเครื่องยนต์ในรถยนต์แล้วบอกว่า ผู้เรียนรู้สึกอย่างไรเมื่อรถติดเครื่องยนต์ในตอนเช้า หรือเมื่อไฟแบตเตอรี่หมด หรือเมื่อรถจอดติดไฟแดง การที่ผู้เรียนสมมติตัวเองเป็นสิ่งหนึ่ง ทำให้ลิ้มความเป็นตัวเองชั่วคราว และการต้องเปรียบเทียบจะทำให้ผู้เรียนเกิดความแปลกใหม่ และความคิดสร้างสรรค์ขึ้นได้ 2) การเปรียบเทียบทางตรง (Direct analogy) เป็นการเปรียบเทียบทางตรงระหว่างของ 2 สิ่ง หรือมากกว่า สิ่งที่น่ามาเปรียบเทียบอาจเป็นคน สัตว์ พืช หรือสิ่งของ โดยของที่น่ามาเปรียบเทียบไม่จำเป็นต้องเหมือนกันทุกประการ หรือเพื่อให้เกิดความคิดใหม่ ซึ่งอาจนำมาใช้แก้ไขปัญหาก็ต้องการได้ ตัวอย่างเช่น วิศวกรคนหนึ่งเฝ้าสังเกตดูหนอนเจาะท่อนไม้เป็นรูคล้ายอุโมงค์ ทำให้วิศวกรผู้นี้เกิดความคิดสร้างท่ออุโมงค์ทำงานได้น้ำขึ้นมา และ 3) การเปรียบเทียบโดยใช้คำคู่ที่มีความหมายขัดแย้งกัน เป็นการใช้คำเปรียบเทียบ 2 คำ ที่มีความหมายขัดแย้งกันหรือตรงกันข้ามมาอธิบายลักษณะของคน สัตว์ พืช หรือสิ่งของที่ต้องการ^{19,23}

6. การสอนโดยใช้บทบาทสมมติ ในการจัดการเรียนรู้ โดยให้นักเรียนแสดงบทบาทสมมติจะอยู่บนพื้นฐานความรู้ที่นักเรียนได้เรียนไปแล้ว เช่น ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับการรับและการจำหน่ายผู้ป่วย และทฤษฎีเกี่ยวกับบทบาท ซึ่งนักเรียนแสดงบทบาทเป็นทั้งพยาบาลและผู้ป่วย รวมทั้งนักเรียนคนอื่นๆ เป็นทั้งผู้ชมและผู้สังเกตการณ์²¹ นักเรียนได้แสดงออกถึงความคิดสร้างสรรค์โดยการฝึกความคิดริเริ่ม ฝึกความคิดคล่องแคล่วด้านถ้อยคำ ด้านการโยนความสับสน ด้านการแสดงออก ฝึกความคิด

คล่องแคล่วในการคิด ฝึกความคิดยืดหยุ่นด้านการดัดแปลง และฝึกการคิดละเอียดลออ¹⁵

7. การสอนโดยใช้เทคนิคให้คิดประดิษฐ์ (Inventive thinking) ของ Perkins โดยมีแนวความคิดที่ว่า การฝึกให้ผู้เรียนเกิดความคิดสร้างสรรค์ไม่ควรเน้นเรื่องกระบวนการคิดคล่องแคล่วเพียงอย่างเดียว แต่ต้องให้ผู้เรียนสามารถออกแบบหรือประดิษฐ์ผลงานออกมาได้ด้วย¹⁹

8. การสอนโดยใช้เทคนิค SCAMPER มาจากแนวคิดที่ว่าสิ่งใหม่ทุกสิ่ง เกิดมาจากการดัดแปลงจากสิ่งที่มีอยู่แล้ว โดยตัวอักษรแต่ละตัวมาจากอักษรตัวแรกของวิธีที่จะกระตุ้นความคิดให้เกิดสิ่งใหม่ ดังนี้ S = Substitute (การแทนที่) C = Combine (รวมกัน) A = Adapt (ปรับให้เข้ากัน) M = Magnify (ทำให้เพิ่มมากขึ้น) P = Put to Other Uses (นำไปใช้ประโยชน์ด้านอื่น) E = Eliminate (กำจัดหรือทำให้เหลือน้อยที่สุด) R = Rearrange (ปรับปรุงใหม่) โดยเทคนิค SCAMPER ซึ่งเป็นการสร้างคำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนได้ใช้ความคิดสร้างสรรค์อย่างเป็นระบบ ในการสร้างสิ่งใหม่จากสิ่งเดิมที่มีอยู่แล้ว ให้มีความหลากหลายเพิ่มขึ้น จะช่วยสนับสนุนและส่งเสริมประสิทธิภาพของนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์¹⁹

9. การสอนโดยใช้เทคนิคสังเคราะห์โครงสร้าง เป็นวิธีที่ผู้แก้ปัญหาจัดลำดับความคิดในการแก้ปัญหาของตนออกมาตามคุณลักษณะของปัญหาแต่ละด้าน แล้วนำความคิดที่ได้ในแต่ละคุณลักษณะนั้นมาพิจารณาร่วมกัน ตัวอย่างเช่น ให้คิดหารูปแบบของยานพาหนะไว้ 2 ลักษณะ คือ ด้านแหล่งพลังงานที่ใช้กับตัวกลางที่ใช้ในการขับเคลื่อน เวลาคิดก็คิดด้านแหล่งพลังงานไว้แกนหนึ่ง ตัวกลางในการขับเคลื่อนก็จะไว้อีกแกนหนึ่ง เมื่อนำลักษณะทั้งสองแกนมาเขียนก็จะได้รูปแบบของยานพาหนะถึง 24 รูปแบบ⁸ ดังภาพ

นิวเคลียร์	1	2	3	4
แม่เหล็กไฟฟ้า	5	6	7	8
ก๊าซ	9	10	11	12
จากไฟฟ้า	13	14	15	16
ไอน้ำ	17	18	19	20
น้ำมัน	21	22	23	24
	อากาศ	ถนน	รางรถไฟ	น้ำ

≡ บทบาทอาจารย์ในการจัดการเรียน การสอนเพื่อส่งเสริมความคิด สร้างสรรค์

แนวทางในการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ ผู้สอนสามารถดำเนินการได้โดยจัดประสบการณ์ หรือสิ่งเร้ามากระตุ้นให้ผู้เรียนได้ใช้ความคิดตามองค์ประกอบของความคิดสร้างสรรค์ที่ได้กล่าวถึง คือ คิดคล่องแคล่ว คิดยืดหยุ่น คิดริเริ่ม และคิดละเอียดลออ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้มีอิสระในการแสดงออกด้วยการพูดหรือการกระทำตามจินตนาการและความพึงพอใจของผู้เรียน บทบาทของอาจารย์ในการสอนความคิดสร้างสรรค์²⁴⁻²⁶ มีดังนี้

1. จัดการเรียนรู้โดยยึดผู้เรียนเป็นสำคัญ โดยครูมีบทบาทเป็นผู้อำนวยความสะดวก เป็นที่ปรึกษา เป็นพี่เลี้ยงในการจัดการเรียนรู้ และจัดบรรยากาศอิสระในการคิด
2. สร้างแรงจูงใจโดยเฉพาะแรงจูงใจจากภายใน กระตุ้นให้ผู้เรียนมีการคิด อยากรู้อยากเห็นและเชื่อมั่นในคุณค่าความคิดของตนเองและเคารพความคิดของผู้อื่น สนับสนุนให้ผู้เรียนศรัทธาความคิดสร้างสรรค์
3. สร้างสถานการณ์ให้ผู้เรียนอยากรู้อยากเห็น สิ่งสิ่งเร้า กระตุ้นศึกษา เพื่อให้ผู้เรียนได้

ฝึกคิดและจินตนาการ คิดโยงความสัมพันธ์ในการค้นคว้าหาคำตอบ

4. มีการสอนเน้นกระบวนการกลุ่มในการช่วยคิดช่วยทำ มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน เน้นการระดมสมองโดยมีการกำหนดปัญหา ฝึกให้ผู้เรียนได้คิดวิพากษ์ พิจารณาปัญหา ค้นหา เพื่อพิสูจน์สู่การปฏิบัติจริงหรือการเรียนการสอนแบบโครงการ

5. สร้างรูปแบบการเรียนการสอนกระบวนการคิด ได้แก่ วิธีการ เครื่องมือ สื่อ อุปกรณ์ ส่งเสริมการคิดยืดหยุ่น คิดคล่องแคล่ว ริเริ่มในการแก้ปัญหา เน้นการใช้คำถามปลายเปิด ยั่วให้ผู้เรียนค้นหาคำตอบและมีความพยายามในการคิด

6. ใจกว้างยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล มีการยกย่องชมเชยหรือให้รางวัลผู้เรียนที่ทำกิจกรรมสร้างสรรค์ มีจินตนาการแปลกใหม่ที่มีคุณค่า และครูต้องพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลา

7. บุคลิกภาพของผู้สอน ทำให้ผู้เรียนรู้สึกอบอุ่นเป็นกันเอง มีความเอาใจใส่และเอื้ออาทร มีอารมณ์ขัน ซึ่งจะเป็นตัวเร้าหรือกระตุ้นพฤติกรรมสร้างสรรค์

≡ ตัวอย่างการจัดการเรียนการสอน แบบบูรณาการความคิดระดับสูง สู่การผลิตผลงานที่สร้างสรรค์

จากงานวิจัยในชั้นเรียนเรื่อง “การพัฒนาแบบการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการความคิดระดับสูงของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก” ในรายวิชาการคิดและการใช้เหตุผล¹¹ ซึ่งในการจัดการเรียนการสอนดังกล่าว เน้นการส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 คิดวิเคราะห์ถึงกระบวนการต่างๆ ที่ทำให้เกิดผลงาน มิใช่มุ่งพิจารณาแต่ผลงานอย่างเดียว เพราะ ประสิทธิภาพของผลงาน ขึ้นอยู่กับ

ประสิทธิภาพของกระบวนการ การพัฒนารูปแบบ เกิดจากการบูรณาการ 3 เรื่อง ได้แก่ 1) กระบวนการคิด ซึ่งใช้กระบวนการแก้ปัญหาเป็นแกน เนื่องจากเป็นขั้นตอนสำคัญของการคิดระดับสูง ประกอบด้วยขั้นตอน ได้แก่ การกำหนดปัญหา การพิจารณาสาเหตุของปัญหาโดยใช้แผนภูมิ ก้างปลา การหาแนวทางในการแก้ปัญหา การวางแผนการแก้ไขปัญหาและการสร้างชิ้นงาน และการประเมินผลการแก้ไขปัญหา 2) ใช้เทคนิคการส่งเสริมการคิด เข้าไปบูรณาการเพื่อส่งเสริมการคิดให้กับนักเรียนในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการคิด เทคนิคที่สำคัญ ได้แก่ การระดมสมอง การสังเคราะห์โครงสร้าง วิชีเนติกส์ การวิเคราะห์เครือข่าย การจินตนาการและการนำเสนอความคิด และ 3) หลักของการคิดระดับสูง โดยในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการคิด จะมีการบูรณาการหลักการคิดของความคิดสร้างสรรค์ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การคิดแก้ปัญหา และการตัดสินใจ

ผลของการเรียนการสอนแบบบูรณาการ ความคิดระดับสูง พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดสร้างสรรค์ และคุณลักษณะการแก้ปัญหาเชิงสร้างสรรค์ ทั้งรายด้านและโดยรวมภายหลังการสอนสูงกว่าก่อนสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณก่อนและหลังการสอนไม่แตกต่างกัน เกิดผลงานการคิดสร้างสรรค์จำนวน 5 ชิ้นงาน ได้แก่ 1) แผ่นรองนอนกันแผลกดทับ Bye Bye...Bedsore 2) รถเข็น 2 ชั้นสำหรับสระผม Modern Shampooing 3) อุปกรณ์บริหารลดปัญหาการเกิด Foot drop 4) เสื้อยืด Easy และ 5) กางเกงขายาวเอวยางยืดใช้คลุมขาของสตรีสำหรับตรวจบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ หรือสวนปัสสาวะ

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการเรียนรู้และพัฒนาการคิด คือ การเสริมสร้าง

บรรยากาศที่เอื้อต่อการคิด การทำงานกลุ่ม และการส่งเสริมคุณลักษณะนักคิด ส่วนปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการคิด ได้แก่ เวลาในการคิดที่ค่อนข้างจำกัด เนื่องจากในบางขั้นตอนต้องใช้เวลาในการคิดวิเคราะห์ และการสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตมีปัญหาบ้างบางครั้ง ซึ่งจะเห็นได้ว่าการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมการคิดนั้น จะเป็นประโยชน์ทั้งต่อผู้เรียน ผู้สอน รวมทั้งมีการผลิตนวัตกรรมที่นำมาประยุกต์ใช้ในทางสุขภาพและทางการพยาบาลต่อไป

บทสรุป

ความคิดสร้างสรรค์ นับเป็นความสามารถที่สำคัญอย่างหนึ่งที่มีอยู่ในมนุษย์ทุกคน ซึ่งมีคุณภาพมากกว่าความสามารถด้านอื่นๆ และเป็นปัจจัยที่จำเป็นอย่างยิ่ง ในการส่งเสริมความเจริญก้าวหน้าของประเทศในศตวรรษที่ 21 และยุคประเทศไทย 4.0 การจัดการศึกษาพยาบาลได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาทักษะด้านความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรมให้เกิดขึ้นกับนักศึกษาพยาบาลเช่นเดียวกัน โดยการสอนความคิดสร้างสรรค์นั้น เน้นความสำคัญของการจัดกิจกรรมที่ทำทลายและกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ตลอดจนการคำนึงถึงบรรยากาศที่ส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาล กล้าคิด กล้าแสดงออก และผู้สอนเป็นบุคคลสำคัญที่จะทำให้กิจกรรมการเรียนรู้เกิดการพัฒนาความคิดสร้างสรรค์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Punmanee A. Thinking practice: creative thinking. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2014. (in Thai).
2. Dachakroup P, Yindeesook P. Learning in the 21st century. 2nd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2015. (in Thai).
3. Buanoi D. Innovation and creativity. Journal of Management and Marketing Rajamangala University of Technology Thanyaburi 2016;3(1):1-12. (in Thai).
4. Panich V. Building learning into the 21st century. Bangkok: S Charoen Printing; 2013. (in Thai).
5. Ellis JR, Hartley CL. Nursing in today's world: challenges, issues and trends. Philadelphia: Lippincott; 2002.
6. Chan ZCY. A systematic review of creative thinking/creativity in nursing education. Nurse Education Today 2012. [Internet]. [cited 2018 May 17]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2012.09.005>.
7. The Government Gazette. Ministry of Education Announcement: nursing qualification standards. AD 2017, Vol.135, Special Episode 1 d. [Internet]. [cited 2018 May 17]. Available from: www.mua.go.th/users/tqf-hed/.../ประกาศ-ศธ-NQF-2560-พยาบาลศาสตร-ป-ตรี.PDF. (in Thai).
8. Punmanee A. Creative thinking development to excellence. Bangkok: Thanarach Printing; 2000. (in Thai).
9. Sanum V. Relationship between selected factors and creative thinking of nursing student, Naval Nurse College, Education Division, Royal Thai Medical Department. [Master's Thesis, Faculty of Public Health]. Mahidol University; 1996. (in Thai).
10. Masintapun D. Creative thinking of nursing students in college of nursing in Southern Region, Ministry of Public Health. [Master's Thesis, Faculty of Education]. Kasetsart University; 1995. (in Thai).
11. Choeisuwan V, Dolsamer K. A development of the instructional model integrated higher-order thinking of nursing students. Bangkok: The Royal Thai Navy College of Nursing; 2008. (in Thai).
12. Naiyapatana W. The comparison of creative thinking of freshmen nursing students before and after enrolling into the dormitory system under military discipline, The Royal Thai Army College of Nursing. Journal of Nursing and Education 2012;5(2):51-63. (in Thai).



13. Gomez JG. What do we know about creativity?. *Journal of Effective Teaching* 2007;7(1):31-43.
14. Sutharat V. Thinking and creative thinking. Bangkok: Suweerayasarn; 2004. (in Thai).
15. Sintapanon S, et al. Thinking skills development in education reform. Bangkok: 9119 Technique printing Press; 2012. (in Thai).
16. Waisurasing L, Noparojjiinda S. The development of instructional model using authentic learning approach to enhance achievement and critical thinking ability of nursing students, Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi. *Journal of Nursing Education* 2011;4(3):63-7. (in Thai).
17. Sirisupluxana P. Teaching nursing students to develop critical thinking skills. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima* 2013;19(2):5-19. (in Thai).
18. Williams FE. Classroom ideas for encouraging thinking and feeling. New York: D.O.K.; 1970.
19. Nernprom A. A Development of an instructional model for enhance creative thinking abilities for certificate of vocational education students of the industrial program. [Doctoral Dissertation, Faculty of Education]. Burapha University; 2016. (in Thai).
20. Kammanee T. Teaching science: knowledge for learning management process. Bangkok: Chulalongkorn University; 2014. (in Thai).
21. Xi-wen L, Chun-ping N, Rui Y, Cheng C. Teaching design of cultivating nursing students' creative thinking. *US-China Education Review* 2007;4(7):38-41.
22. Kaewurai W. The development of the instructional model for general methods of teaching subject emphasizing cases to enhance teaching students' reflective thinking ability in the science of teaching. [Doctoral Dissertation, Faculty of Education]. Chulalongkorn University; 1998. (in Thai).
23. Phuwapadawan S. Creative thinking promoting techniques. Bangkok: Watanapanich Press; 2001. (in Thai).
24. Punmanee A. Creative thinking. Bangkok: 1412 Press; 1994. (in Thai)
25. Le Storti, Cullen PA, Hanzlik EM, Michiels JM, Piano LA, Ryan PL, et al. Creative thinking in nursing education: preparing for tomorrow's challenges. *Nurs Outlook* 1999;47:62-6.
26. Siriwong S. Royal Thai Navy College of Nursing: a journey to innovative organization. *Royal Thai Navy Medical Journal* 2017;44(3):161-74. (in Thai).



การเคลื่อนย้ายฉุกเฉินทางการแพทย์ในอุตสาหกรรมน้ำมันและ ก๊าซธรรมชาตินอกชายฝั่ง Emergency Medical Evacuation in the Offshore Oil and Gas Industry

ธนวัฒน์ แซ่เจีย* พรชัย สิทธิศรีณกุล**

Thanawat Sae-Jia,* Pornchai Sithisarankul**

* แพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์ทางทะเล กรมแพทย์ทหารเรือ กรุงเทพมหานคร

* Resident in Preventive Medicine (Maritime Medicine), Naval Medical Department,

Royal Thai Navy, Bangkok

* นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

* Graduate Student in Health Research and Management Program, Faculty of Medicine,

Chulalongkorn University, Bangkok

** คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

** Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok

* Corresponding Author: thanawatsj@gmail.com

บทคัดย่อ

การเคลื่อนย้ายฉุกเฉินทางการแพทย์ในอุตสาหกรรมน้ำมันและก๊าซธรรมชาตินอกชายฝั่งมีค่าใช้จ่ายสูงและมีความเสี่ยง การศึกษาในต่างประเทศ พบว่า สาเหตุของการเคลื่อนย้ายฉุกเฉินทางการแพทย์ส่วนใหญ่เป็นการบาดเจ็บ โดยเฉพาะการบาดเจ็บที่มือและดวงตา อย่างไรก็ตามปัจจุบัน พบว่า การเจ็บป่วยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นสวนทางกับการบาดเจ็บที่ลดลง สาเหตุส่วนใหญ่ของการเจ็บป่วยเกิดจากระบบทางเดินอาหาร โรคทางทันตกรรม และโรคหัวใจและหลอดเลือด ตามลำดับ ในด้านอายุ พบว่า ผู้ปฏิบัติงานที่อายุน้อยได้รับการเคลื่อนย้ายเพื่อการรักษาเนื่องจากการบาดเจ็บจากการทำงานมากกว่า ผู้ปฏิบัติงานอายุมาก ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานอายุมากมักได้รับการเคลื่อนย้ายจากการเจ็บป่วยมากกว่า ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุและค่าใช้จ่ายของการเคลื่อนย้ายฉุกเฉินทางการแพทย์ในอุตสาหกรรมน้ำมันและก๊าซธรรมชาตินอกชายฝั่ง

คำสำคัญ : การเคลื่อนย้ายฉุกเฉินทางการแพทย์ การเคลื่อนย้ายเพื่อการรักษาฉุกเฉิน อุตสาหกรรมน้ำมันและก๊าซธรรมชาติ อุตสาหกรรมนอกชายฝั่ง

Received: April 16, 2019; Revised: July 20, 2019; Accepted: August 2, 2019

Abstract

Emergency medical evacuation in the offshore oil and gas industry is costly and risky. Studies have found that the main cause of emergency medical evacuation was mainly injuries to the hands and eyes. At present, it is found that evacuations are more likely due to illnesses rather than injuries. The most common illnesses that need evacuations are gastrointestinal diseases, dental problems, and cardiovascular diseases, respectively. Age-wise, young workers have been evacuated due to occupational injuries while older workers are more often evacuated due to illnesses. In Thailand, there have been no studies on the causes and costs of emergency medical evacuation in the offshore oil and gas industry.

Keywords : emergency medical evacuation, medevacs, oil and gas industry, offshore industry

บทนำ

การปฏิบัติงานในอุตสาหกรรมน้ำมันและก๊าซธรรมชาตินอกชายฝั่งเป็นการปฏิบัติงานในพื้นที่พิเศษในทะเลซึ่งตั้งอยู่ห่างจากชายฝั่งเป็นระยะทางไกล ต้องทำงานภายใต้สภาพแวดล้อมที่แตกต่างจากสถานประกอบการทั่วไป มีการทำงานติดต่อกันเป็นช่วงต่อเนื่อง โดยแต่ละช่วงไม่เกิน 28 วันติดต่อกัน ตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีการทำงานเป็นกะแต่ละกะไม่เกิน 12 ชั่วโมงต่อวัน เมื่อรวมเวลาแล้วไม่เกิน 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ แล้วเข้ามาพักในแผ่นดินติดต่อกันอย่างน้อยครึ่งหนึ่งของจำนวนวันทำงานติดต่อกัน เช่น ทำงานช่วงละ 14 วันติดต่อกัน หยุดพัก 14 วันติดต่อกัน ทำงานช่วงละ 21 วันติดต่อกัน หยุดพัก 21 วันติดต่อกัน ทำงานช่วงละ 28 วันติดต่อกัน พัก 28 วันติดต่อกัน หรือทำงานช่วงละ 28 วันติดต่อกัน พัก 14 วันติดต่อกัน ซึ่งแตกต่างกันไปแล้วแต่หน่วยงานและตำแหน่งงาน ทั้งนี้เป็นการตกลงกันระหว่างนายจ้างกับสหภาพแรงงานตามกฎหมายกระทรวง ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2541) และ 13 (พ.ศ. 2543) ออกตามความในพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541^{1,2} มีความเสี่ยงจาก

ปัญหาสุขภาพส่วนบุคคลและความปลอดภัยในการทำงาน ด้วยสภาพของงานที่มีความเสี่ยงทั้งจากสภาพอากาศที่แปรปรวน อุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นจากการทำงานกับเครื่องจักร³ รวมทั้งการป่วยที่ป้องกันไม่ได้หรือป้องกันได้ยากจากการประเมินสุขภาพก่อนปฏิบัติงาน เช่น ใส่ดิ่งอักเสบแตกหรือหลอดเลือดหัวใจอุดตัน เป็นต้น

โดยทั่วไปแท่นขุดเจาะและฐานผลิตน้ำมันและก๊าซธรรมชาตินอกชายฝั่ง จะมีบุคลากรทางการแพทย์ประจำอยู่ซึ่งสามารถให้การรักษาเบื้องต้นแก่ผู้ปฏิบัติงานได้เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น แต่หากไม่มีบุคลากรทางการแพทย์ประจำอยู่จะทำให้การรักษาเป็นไปด้วยความยากลำบาก เนื่องจากอยู่ในพื้นที่ขาดแคลน ซึ่งอาจจะต้องใช้การปรึกษาทางการแพทย์ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยระบบการแพทย์ทางไกลยังสามารถใช้ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางบนฝั่งได้^{4,5}

แต่หากเกิดการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุที่รุนแรง ที่เกินขีดความสามารถจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเหมาะสมด้วยสภาพแวดล้อมที่อยู่ห่างไกลจากเมืองและชายฝั่งไม่สามารถเข้าถึงได้ด้วยยานพาหนะปกติทางบก

จึงต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยอากาศยานหรือเรือ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการเคลื่อนย้ายสูง รวมทั้งอาจเกิดการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตและทรัพย์สินมากขึ้นและเป็นอันตรายได้ โดยเฉพาะในสภาพอากาศที่ไม่เอื้ออำนวย ดังนั้นการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินจึงจำเป็นต้องพิจารณาอย่างเหมาะสมอย่างละเอียดถี่ถ้วนว่ามีความจำเป็นและเหมาะสมหรือไม่⁴

=== สถานการณ์ในต่างประเทศ ===

ในปี ค.ศ. 1988 Norman และคณะ⁶ ได้ทำการศึกษาทบทวนข้อมูลการเคลื่อนย้ายฉุกเฉินทางการแพทย์จากแท่นขุดเจาะและฐานผลิตน้ำมันและก๊าซธรรมชาตินอกชายฝั่งในทะเลเหนือ (North Sea) สหราชอาณาจักร ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1976 ถึง 1984 ในช่วงเวลาดังกล่าวมีการเคลื่อนย้ายจำนวน 2,162 ครั้ง พบว่า ก่อนปี ค.ศ. 1980 สาเหตุของการเคลื่อนย้ายฉุกเฉินทางการแพทย์ส่วนใหญ่เป็นการบาดเจ็บ โดยเฉพาะภาวะสงสัยกระดูกหัก (Suspected fracture) คิดเป็นร้อยละ 30 ของการบาดเจ็บที่เป็นสาเหตุของการเคลื่อนย้ายฉุกเฉินทางการแพทย์เนื่องจากปัญหาไม่มีเครื่องเอกซเรย์และรองลงมา พบว่า ร้อยละ 25 ของการเคลื่อนย้ายฉุกเฉินทางการแพทย์ทั้งหมดมีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บที่มือและดวงตา แต่หลังจากปี ค.ศ. 1980 เป็นต้นมา พบว่า การเจ็บป่วยมีสัดส่วนที่เพิ่มมากขึ้นสวนทางกับการบาดเจ็บที่ลดลง สาเหตุส่วนใหญ่ของการเจ็บป่วยเป็นจากระบบทางเดินอาหาร โดยร้อยละ 50 ของโรกระบบทางเดินอาหารเป็นสาเหตุจากโรคทางพันธุกรรม (ในขณะนั้นจำแนกตาม Manual of the International Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death, Ninth Revision-ICD-9) ในด้านอายุของผู้ป่วยที่ถูกเคลื่อนย้ายฉุกเฉิน การศึกษานี้ระบุว่าอายุที่เพิ่มขึ้นมีสัดส่วนของสาเหตุจากการบาดเจ็บลดลง

แต่การเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การศึกษานี้ยังพบว่า ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยถูกรักษาแบบผู้ป่วยนอก แต่มีเพียงร้อยละ 4 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการเคลื่อนย้ายฉุกเฉินทางการแพทย์ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และพบว่า มีบันทึกการปรึกษาแพทย์บนฝั่งเพียงร้อยละ 40 ของผู้ป่วยทั้งหมดเท่านั้น⁶

ในปี ค.ศ. 1996 Duffy ได้ทำการศึกษาทบทวนปัญหาทางพันธุกรรมในอุตสาหกรรมน้ำมันและก๊าซธรรมชาตินอกชายฝั่งของบริษัทเชลล์สำรวจและผลิตปิโตรเลียม (Shell Exploration and Production) ในทะเลเหนือ (North sea) พบว่า ปัญหาทางพันธุกรรมเป็นสาเหตุหลักในการเคลื่อนย้ายทางการแพทย์ และเป็นสาเหตุของการสูญเสียชั่วโมงการทำงานเป็นจำนวนมากของการผลิตน้ำมันในสหราชอาณาจักร⁷

ในปี ค.ศ. 2009 Greuters และคณะ⁸ ได้ทำการศึกษาประเมินตัวแปรที่มีผลกับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกลับประเทศทางอากาศ (Aeromedical repatriation) ประวัติทางการแพทย์มีความสำคัญหรือไม่ โดยศึกษาจากเวชระเบียนของผู้ป่วยนักท่องเที่ยวนอร์เวย์แลนด์ที่ถูกเคลื่อนย้ายกลับประเทศนอร์เวย์แลนด์ระหว่างปี ค.ศ. 1998 ถึง 2002 ทั้งหมด 115 ราย โดยพบว่า ผู้ป่วยที่ถูกเคลื่อนย้ายกลับประเทศนอร์เวย์แลนด์เนื่องจากเจ็บป่วยเฉียบพลันมี 50 ราย ในขณะที่ผู้ป่วย 65 ราย ถูกเคลื่อนย้ายเนื่องจากโรคที่เกิดขึ้นร่วมกับโรคที่มีอยู่ก่อน (Preexisting comorbidities) ผู้ป่วยถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มตามอายุ คือ กลุ่มอายุน้อยกว่า 50 ปี (n = 38) และกลุ่มอายุมากกว่าเท่ากับ 50 ปี (n = 77) ในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อยพบว่า ร้อยละ 32 ถูกเคลื่อนย้ายกลับเนื่องจากกระดูกหักจากอุบัติเหตุ ขณะที่ในกลุ่มผู้ป่วยอายุมาก ร้อยละ 52 ถูกเคลื่อนย้ายกลับเนื่องจากโรคหัวใจและปอด เมื่อนำผู้ป่วย 65 รายที่ถูกเคลื่อนย้ายเนื่องจากโรคที่เกิดขึ้นร่วมกับโรคที่มีอยู่

ก่อนมาวิเคราะห์ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุ 50 ปี ขึ้นไป ($n = 52$) และร้อยละ 82 ของผู้ป่วยที่ได้รับการเคลื่อนย้ายทางการแพทย์เป็นผลจากภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันของโรคประจำตัวหรือโรคที่มีอยู่ก่อน⁸

ในเดือนธันวาคม ปี ค.ศ. 2012 รายงานสถานการณ์การบาดเจ็บ จากสถานีน้ำมันในทะเลเหนือ สหราชอาณาจักร ระบุว่าร้อยละ 60.9 ของการบาดเจ็บเหล่านี้เป็นผู้ที่มีอายุ 25 ถึง 49 ปี และมีอัตราอุบัติการณ์สูงสุดที่ร้อยละ 15.8 ในผู้ที่มีอายุระหว่าง 30 ถึง 34 ปี⁹

ในปี ค.ศ. 2014 Thibodaux และคณะ¹⁰ ได้ทำการศึกษาเหตุผลและค่าใช้จ่ายของการเคลื่อนย้ายทางการแพทย์จากแท่นขุดเจาะน้ำมันนอกชายฝั่งทางใต้ของสหรัฐอเมริกา (The Gulf Coast of the United States) จำนวน 102 แห่ง ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2008 ถึง 2012 พบว่า มีการปรึกษาทางการแพทย์ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ทั้งหมด 1,609 ครั้งต่อปี โดยร้อยละ 4 ถึง 7 จำเป็นต้องได้รับการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ (Medical air evacuation) โดยเฉลี่ยร้อยละ 77 ของการเคลื่อนย้ายเพื่อการรักษาทั้งหมดมีสาเหตุจากการบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วยที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทำงาน (Non-occupational medical injury or illness) ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มอาการปวดท้อง และโรคระบบประสาท รวมทั้งอาการชัก สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการเคลื่อนย้ายทางการแพทย์ คือ อาการเจ็บหน้าอก และร้อยละ 45 ของการเคลื่อนย้ายฉุกเฉินทางการแพทย์ทั้งหมดมีสาเหตุจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 21 ของผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกได้รับการเคลื่อนย้ายเนื่องจากเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial infarction) เพื่อรับการสอดฝังขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือด (Coronary stent placement) เพื่อรับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

(Coronary bypass surgery) หรือเป็นภาวะเจ็บเค้นอกไม่คงที่ (Unstable angina) โดยผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกที่ได้รับการเคลื่อนย้าย ร้อยละ 52 สูบหรี่ และร้อยละ 59 เป็นโรคความดันโลหิตสูง อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกที่ได้รับการเคลื่อนย้ายมากกว่าร้อยละ 50 ไม่มีการติดตามการวินิจฉัยหลังการเคลื่อนย้าย มีเพียงร้อยละ 23 ของการเคลื่อนย้ายทางการแพทย์ทั้งหมดมีสาเหตุจากการบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วยจากการทำงาน ได้แก่ อุบัติเหตุ และการขาดของรยางค์ (Amputations) ในด้านอายุของผู้ปฏิบัติงาน พบว่า ผู้ปฏิบัติงานที่อายุน้อยได้รับการเคลื่อนย้ายทางการแพทย์เนื่องจากการบาดเจ็บจากการทำงานมากกว่า ผู้ปฏิบัติงานที่อายุมาก และโรคทางอายุรกรรมมักเป็นสาเหตุสำคัญของการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศในผู้ปฏิบัติงานอายุมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Norman และคณะ ในปี ค.ศ. 1988⁶ ในด้านค่าใช้จ่ายสำหรับการเคลื่อนย้ายเพื่อการรักษาจากแท่นขุดเจาะน้ำมันนอกชายฝั่งในอ่าวเม็กซิโก (Gulf of Mexico) มีค่าเฉลี่ย 44,333 ถึง 54,167 ดอลลาร์สหรัฐฯ ต่อราย โดยขึ้นอยู่กับเวลาทำการบิน (Flight time) โดยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 19,700 ดอลลาร์สหรัฐฯ ต่อชั่วโมง (ตารางที่ 1) ในช่วงระยะเวลาการศึกษา 5 ปี ค่าใช้จ่ายโดยประมาณสำหรับการเคลื่อนย้ายเพื่อการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด คือ 8.8 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ นอกจากนี้ยังมีการทบทวนการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นนอกชายฝั่งในช่วงระยะเวลาการศึกษา 5 ปี พบภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) 9 ราย การฆ่าตัวตาย 2 ราย และการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ 2 ราย และพบว่า 1 ราย มีประวัติได้รับการสอดฝังขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือด 14 วันก่อนเสียชีวิต การตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงาน (Pre-placement examination) และการตรวจสุขภาพประจำปี (Periodic examination) และการตรวจประเมิน

ความพร้อมในการทำงาน (Fitness for work) หลังจากได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยอย่างเหมาะสม รวมถึงการจัดโครงการด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค สามารถลดความรุนแรงและความถี่ของโรคที่ไม่เกิดจากการทำงานได้¹⁰

ในปี ค.ศ. 2017 Toner และคณะ¹¹ ได้ทำการศึกษาทบทวนย้อนหลังที่มีผลต่อการเคลื่อนย้ายทางการแพทย์ในอุตสาหกรรมน้ำมัน และก๊าซธรรมชาติในอนาคตและกลยุทธ์การป้องกัน ของพนักงานบริษัท Shell International ระหว่างปี ค.ศ. 2008 ถึง 2012 พบว่า ในช่วงเวลาดังกล่าวมีการเคลื่อนย้าย จำนวน 130 ครั้ง ส่งผลให้อัตราการเคลื่อนย้ายเพื่อการรักษาเป็น 4 ต่อ 1,000 ประชากร แบ่งเป็น 15.7 ต่อ 1,000 ประชากรในเพศหญิง และ 3 ต่อ 1,000 ประชากรในเพศชาย ตามลำดับ การวินิจฉัยที่พบบ่อยที่สุดของการเคลื่อนย้ายทางการแพทย์ คือ การบาดเจ็บ (17.7%) โรคระบบทางเดินอาหาร (13.8%) โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (12.3%) โรคระบบหัวใจ (10.8%) และ โรคระบบประสาท (8.5%) โดยพบว่า มีเพียงร้อยละ 9 ของผู้ที่ได้รับการเคลื่อนย้ายทางการแพทย์เป็นผลจากภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันของโรคประจำตัวหรือโรคที่มีอยู่ก่อน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Greuters และคณะ⁸ เนื่องจากกลุ่มประชากรศึกษาต่างกัน กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาของ Greuters และคณะ⁸ ประกอบด้วยนักท่องเที่ยวนและผู้เกษียณอายุ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างของ Toner และคณะ¹¹ คือ พนักงานบริษัท Shell International ที่ทำงานอยู่และได้รับการตรวจประเมินความพร้อมในการทำงาน (Fitness for work)¹¹

สถานการณ์ในประเทศไทย

สัมปทาน คือ การที่รัฐอนุญาตให้เอกชนจัดทำบริการสาธารณะหรือจัดทำประโยชน์

เกี่ยวกับทรัพยากรธรรมชาติ ภายในระยะเวลาและตามเงื่อนไขที่รัฐกำหนด ณ ที่นี้ สัมปทานปิโตรเลียมในประเทศไทย คือ การให้สิทธิผูกขาดแก่ผู้รับสัมปทานเพียงผู้เดียว ในการประกอบกิจการปิโตรเลียมในพื้นที่ที่ได้รับสัมปทาน โดย 1) ให้สิทธิสำรวจและผลิตปิโตรเลียมในบริเวณหนึ่งภายในเวลาที่กำหนด 2) ปิโตรเลียมที่พบเป็นของผู้รับสัมปทาน 3) ผู้รับสัมปทานจะต้องลงทุนและรับความเสี่ยงทั้งหมด และ 4) ผู้รับสัมปทานปิโตรเลียมจะต้องชำระผลประโยชน์ให้รัฐในรูปของค่าภาคหลวง ผลประโยชน์ตอบแทนพิเศษ และภาษีเงินได้¹²

แหล่งสำรวจจะแบ่งออกเป็นแปลงต่างๆ ทั้งจากบนบกและทะเล ซึ่งผู้สนใจจะต้องยื่นขอสัมปทานเพื่อเข้าสำรวจ โดยจะต้องเป็นไปตามพระราชบัญญัติปิโตรเลียม พ.ศ. 2514 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติปิโตรเลียม (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2560¹³ (เป็นกฎหมายที่ใช้บังคับในการบริหารจัดการ และกำกับดูแลการประกอบกิจการสำรวจและผลิตปิโตรเลียม) เมื่อได้สิทธิในแปลงสัมปทานนั้นๆ แล้ว จึงจะมีสิทธิสำรวจได้¹²

พื้นที่ผลิต คือ พื้นที่ที่พบว่าแปลงสัมปทานนั้นๆ มีศักยภาพในการดำเนินการนำปิโตรเลียมมาใช้ประโยชน์ได้¹²

ในปี พ.ศ. 2560 มีสัมปทานปิโตรเลียมที่มีการดำเนินงาน จำนวน 37 สัมปทาน 44 แปลงสำรวจ โดยแบ่งออกเป็น สัมปทานปิโตรเลียมบนบกจำนวน 17 สัมปทาน 20 แปลงสำรวจ และสัมปทานปิโตรเลียมในทะเลอ่าวไทย จำนวน 20 สัมปทาน 24 แปลงสำรวจ บริษัทผู้รับสัมปทานปิโตรเลียมในประเทศไทยมีจำนวน 20 กลุ่มบริษัท โดยแบ่งเป็น 51 บริษัทย่อย และในทะเลอ่าวไทย มีทั้งหมด 13 กลุ่มบริษัท โดยแบ่งเป็น 35 บริษัทย่อย¹⁴ (รูปที่ 1)

ในรายงานความยั่งยืนประจำปี พ.ศ. 2560 ของบริษัท ปตท.สำรวจและผลิตปิโตรเลียม จำกัด

(มหาชน) ซึ่งเป็นบริษัทสำรวจและผลิตปิโตรเลียมของไทย ระบุว่า ในปี พ.ศ. 2560 บริษัทไม่มีรายงานอุบัติเหตุที่มีการบาดเจ็บถึงขั้นเสียชีวิตของพนักงานและผู้รับเหมา รวมถึงผลการดำเนินงานด้านความปลอดภัยจากสถิติอุบัติเหตุที่มีการบาดเจ็บถึงขั้นหยุดงาน (Lost Time Injury Frequency : LTIF) และพบว่า สถิติอุบัติเหตุที่มีการบาดเจ็บจากการทำงาน (Total Recordable Injury Rate : TRIR) ลดลงทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2560 สถิติอุบัติเหตุที่มีการบาดเจ็บถึงขั้นหยุดงาน (LTIF) เท่ากับ 0.10 เหตุการณ์ต่อล้านชั่วโมงการทำงาน ซึ่งลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 และ สถิติอุบัติเหตุที่มีการบาดเจ็บจากการทำงาน (TRIR) เท่ากับ 0.74 เหตุการณ์ต่อล้านชั่วโมงการทำงาน ซึ่งลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 นอกจากนี้สถิติการเจ็บป่วยจากการทำงาน (Total Recordable Occupational Illness Rate : TROIR) ในปี พ.ศ. 2560 ไม่เกิดการเจ็บป่วยจากการทำงาน¹⁵ แต่ไม่ได้มีการระบุถึงการบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วยที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทำงาน (Non-occupational medical injury or illness) และการเคลื่อนย้ายฉุกเฉินทางการแพทย์แต่อย่างใด

≡ แนวทางปฏิบัติด้านความปลอดภัย ≡

ขณะปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ

การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศ ผู้ปฏิบัติงานทุกคนต้องสวมชุดบินและอุปกรณ์ป้องกันอันตรายทุกครั้งที่ปฏิบัติงาน และควรทำประกันชีวิตให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคน¹⁶ การดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานบนอากาศยาน ผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บที่นิ่งได้ให้คาดเข็มขัดติดกับที่นั่งตลอดเวลา ผู้บาดเจ็บที่ต้องนอน ให้นอนบนแผ่นกระดานรองหลัง มีเข็มขัดรัดตรึงผู้ป่วยกับแผ่น

กระดานรองหลัง และต้องรัดแผ่นกระดานรองหลังติดกับห่วงบนพื้นอากาศยานให้เรียบร้อย เพื่อป้องกันการตกเนื่องจากสภาพอากาศ ผู้ดูแลผู้ป่วยเคลื่อนที่ด้วยความระมัดระวัง มือข้างหนึ่งจับราวหรือขอบเก้าอี้เสมอ เพื่อป้องกันการล้มขณะสภาพอากาศไม่ปกติ มีการเฝ้าตรวจสอบสัญญาณชีพและให้การพยาบาลตามเวลา¹⁷

≡ แนวทางการศึกษาต่อในเรื่องการ ≡

เคลื่อนย้ายฉุกเฉินทางการแพทย์ ในอุตสาหกรรมน้ำมันและก๊าซ ธรรมชาตินอกชายฝั่ง

ในประเทศไทยไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุและค่าใช้จ่ายของการเคลื่อนย้ายฉุกเฉินทางการแพทย์ในอุตสาหกรรมน้ำมันและก๊าซธรรมชาตินอกชายฝั่ง ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างจากต่างประเทศ โดยประเทศไทยเป็นประเทศในเขตร้อนอาจมีลักษณะการเจ็บป่วยที่ต่างจากประเทศในเขตหนาว นอกจากนี้ยังไม่พบการรายงานเกี่ยวกับการบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วยที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทำงาน (Non-occupational medical injury or illness) รวมถึงกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable diseases : NCDs) ว่าเป็นสาเหตุให้ต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินหรือไม่ มากน้อยเพียงใด ซึ่งหากมีการศึกษาเรื่องนี้อาจนำไปสู่การเป็นฐานข้อมูลในการนำมาใช้เพื่อวางแผนป้องกันการเจ็บป่วย (โดยการส่งเสริมสุขภาพ การลดหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ) และปรับปรุงการตรวจประเมินความพร้อมในการทำงาน (Fitness for work) รวมถึงลดค่าใช้จ่ายจากการเคลื่อนย้ายฉุกเฉินทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็นต่อไป



บทสรุป

การเคลื่อนย้ายฉุกเฉินทางการแพทย์ในอุตสาหกรรมน้ำมันและก๊าซธรรมชาตินอกชายฝั่งมีค่าใช้จ่ายสูงและมีความเสี่ยงต่อสุขภาพส่วนบุคคล สาเหตุของการเคลื่อนย้ายฉุกเฉินทางการแพทย์ได้เปลี่ยนจากการบาดเจ็บไปสู่การเจ็บป่วยทั้งนี้อาจเป็นผลจากการปฏิบัติตามมาตรฐานด้านความปลอดภัยทั่วโลก และการเปลี่ยนแปลงของประชากรไปสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ การตรวจประเมินความพร้อมในการทำงาน (Fitness for work) ที่ไม่เหมาะสมอาจทำให้การเคลื่อนย้ายฉุกเฉินทางการแพทย์เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยัง

ควรจัดเตรียมโครงการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการจัดการสถานประกอบการด้านความปลอดภัย เพื่อลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ และการเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่สามารถช่วยลดจำนวนการเคลื่อนย้ายฉุกเฉินทางการแพทย์ได้

การเปิดเผยเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อน

ธนวัฒน์ แซ่เจีย และ พรชัย สิทธิศรีณกุล ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนในบทความนี้

Declaration of Interests

Thanawat Sae-Jia and Pornchai Sithisarankul declare that they have no conflict of interest.

ตารางที่ 1 ประมาณการค่าใช้จ่ายในการเคลื่อนย้ายเพื่อการรักษาจากอ่าวเม็กซิโก*

	อัตราค่าใช้จ่าย (Cost rate)	ค่าใช้จ่ายต่อเวลาทำการบิน (Cost per flight time)		
		เวลาทำการบิน 2 ชั่วโมง	เวลาทำการบิน 2.5 ชั่วโมง	เวลาทำการบิน 3 ชั่วโมง
เฮลิคอปเตอร์ บริษัท A	\$19,500/ชั่วโมง	\$39,000	\$48,750	\$58,500
เฮลิคอปเตอร์ บริษัท B	อัตราแบบคงที่ (fixed rate) \$34,000	\$44,000	\$46,500	\$49,000
	\$5,000/ชั่วโมง			
เฮลิคอปเตอร์ บริษัท C	อัตราแบบคงที่ (fixed rate) \$40,000	\$50,000	\$52,500	\$55,000
	\$5,000/ชั่วโมง			
ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเที่ยวบิน (Average cost per flight)		\$44,333	\$49,250	\$54,167

*เวลาในการเคลื่อนย้ายจะอยู่ที่ประมาณ 1 ชั่วโมง นานกว่าเวลาที่เกิดขึ้นเนื่องจากการเตรียมเที่ยวบินและเวลาในการลงจอดที่แท่นขุดเจาะ ซึ่งค่าใช้จ่ายเหล่านี้ไม่ได้รวมอยู่ในประมาณการ

Thibodaux และคณะ¹⁰



รูปที่ 1 แผนที่แสดงแปลงสัมปทานปิโตรเลียมในประเทศไทย¹⁸

เอกสารอ้างอิง

1. Ministerial Regulation No. 7, B.E.2541 Issued by virtue of the Labour Protection Act, B.E. 2541. Thai Government Gazette Vol. 115 Part 52 A. 24 August 1998. p. 8-10. (in Thai).
2. Ministerial Regulation No. 13, B.E.2543 Issued by virtue of the Labour Protection Act, B.E. 2541. Thai Government Gazette Vol. 117 Part 7 A. 7 February 2000. Page 4. (in Thai).
3. Klaewkla C, Vongvanich P, Sujiratana A, Supanitayanon T, editor. Maritime medicine. Naval Medical Department. Nonthaburi: Sahamitr Printing & Publishing; 2014. (in Thai).
4. Cox RAF. Medical services to offshore drilling. Injury 1970;1(3):217-25.
5. Ponsonby W, Mika F, Irons G. Offshore industry: medical emergency response in the offshore oil and gas industry. Occup Med 2009;59(5):298-303.
6. Norman JN, Ballantine BN, Brebner JA, Brown B, Gauld SJ, Mawdsley J, et al. Medical evacuations from offshore structures. Br J Ind Med 1988;45(9):619-23.
7. Duffy B. Dental problems in the offshore oil and gas industry: a review. Occup Med 1996;46(1):79-83.
8. Greuters S, Christiaans HM, Veenings B, Loer SA, Boer C. Evaluation of repatriation parameters: does medical history matter? J Travel Med 2009;16(1):1-6.
9. Health & Safety Executive. Offshore injury, ill health and incident statistics 2011/2012. [Internet]. [cited 2018 November 5]. Available from: <http://www.hse.gov.uk/offshore/statistics/hsr1112.pdf>.
10. Thibodaux DP, Bourgeois RM, Loeppke RR, Konicki DL, Hymel PA, Dreger M. Medical evacuations from oil rigs off the Gulf Coast of the United States from 2008 to 2012: reasons and cost implications. J Occup Environ Med 2014;56(7):681-5.
11. Toner S, Andree Wiltens DH, Berg J, Williams H, Klein S, Marshall S, et al. Medical evacuations in the oil and gas industry: a retrospective review with implications for future evacuation and preventative strategies. J Travel Med 2017 May 1;24(3). doi: 10.1093/jtm/taw095.
12. Department of Mineral, Fuels Ministry of Energy. Differences in concessions, exploration sites and production areas? [Internet]. [cited 2018 November 5]. Available from: <https://dmf.go.th/public/list/data/detail/id/11270/menu/604/page/3>. (in Thai).
13. Petroleum Act No.7, B.E.2560. Thai Government Gazette Vol. 134 Part 65 A. 22 June 2017. Page 32-41. (in Thai).
14. Department of Mineral, Fuels Ministry of Energy. Annual report 2017. [Internet]. [cited 2018 November 5]. Available from: https://dmf.go.th/public/list_upload/backend/list_11432/files_21118_1.pdf.



15. PTT Exploration and Production Public Company Limited. 2017 Sustainability Report. [Internet]. [cited 2018 November 5]. Available from: <https://www.pttep.com/en/Sustainabledevelopment/Publications/download.aspx?Content=3345>.
16. Kamthip B, Sutham K, editor. Emergency aeromedical practices manual. Regional Heath 1. 2018. Chiang Mai: Chiangmai Pimniyom; 2018. (in Thai).
17. Krairojananan N. Remote aeromedical evacuation from the Southern border provinces with all personnel and equipment of the Royal Thai Army for the first time. Royal Thai Army Medical Journal 2017;70(2):105-14. (in Thai).
18. Department of Mineral, Fuels Ministry of Energy. Thailand Petroleum Concession Map. (Updated as of 11 February 2019). [Internet]. [cited 2019 April 15]. Available from: https://dmf.go.th/UserFiles/Map/Thailand_Petroleum_Concession_Ma.jpg.

Tetrodotoxin Poisoning : Field and Prehospital Management

Thanasawat Chaiyakul

Naval Medical Department, Royal Thai Navy, Bangkok

Corresponding Author: thanasawat@gmail.com

Tetrodotoxin (TTX) poisoning is one of the most well-known and commonest life-threatening natural marine poisonings acquired from consuming marine puffer fish which belongs to the family of Tetraodontidae (Picture 1) and this led to the name of this toxin. Not only the Tetraodontidae contain TTX, but other families including Diodontidae



Picture 1. blackspotted puffer (*Arothron nigropunctatus*) in Family of Tetraodontidae, Andaman Sea of Thailand (copyright Gridsana Pimpanon)

(porcupine fish) and Molidae (ocean sunfish) also contain TTX. TTX is known from almost 140 animal species which vary in classes and even phyla. More common in marine species such as goby fish, starfish, gastropod molluscs, blue-ringed octopus, xanthid crabs, mangrove horseshoe crabs, ribbon worms but also terrestrial animals such as frogs, toads, salamanders and newts that shown to have TTX¹.

TTX (Chemical formula: $C_{11}H_{17}N_3O_8$) is a thermostable non protein biotoxin which will not be destroyed by most food processing including hot cooking, frozen storage, sun dry, salt curing and canning process. TTX blocks the propagation of nerve and muscle action potentials by a non-depolarizing blockade of sodium channels. Its potency has been demonstrated to be more potent than cyanide. Oral ingestion is the commonest route of TTX exposure followed by the injection route of TTX from bites of venomous animals. No known reports via route of exposure by inhalation and skin absorption. The median lethal oral dose (LD₅₀) for mice is only 435 µg/kg, but the parenteral

(subcutaneous injection) is much lesser at 8 µg/kg². For an adult, the minimum oral lethal dose of only 1 mg of TTX may be required³ and may be less from envenomed bite.

Over 40 species of puffer fish (order Tetraodontiformes) have been shown to have this toxin. Most of them contain in skin and visceral organs especially the liver, not in their flesh (muscle). Licensed chefs have been trained for proper technique of fish dissection in Japan and it decreased the chance of contamination in proposed edible puffer fish (Fugu). Genus of *Lagocephalus* has been commonly found in the Gulf of Thailand and also had been found in the local fish market. The most common are *L.spaciceus*, *L.lunaris*, *L.inermis* and *L.scleratus* with varies of tetrodotoxin contamination in their visceral organs and skin⁴. *Lagocephalus lunaris* (green rough-backed puffer) has contained this potent toxin including in their flesh (muscle)^{4,5} while *Lagocephalus spadiceus* (half-smooth golden pufferfish) which thought to be edible by having no known TTX component, but recently found detectable in one report (5). The level of toxins has been found to increase in spawning season. Thai freshwater puffer fish such as *Tetrodon fangi* and *Tetrodon palembangensis* which belonging to the family of Tetraodontidae did not contain TTX, but saxitoxin (STX) is the principal toxin and manifested as paralytic shellfish poisoning (PSP) which also share similar manifestation of TTX intoxication and have been reported in Thailand⁶. The mangrove horseshoe crab (*Carcinoscorpus rotundicauda*), marine and brackish arthropod of the family Limulidae have been described to have an epidemic outbreak of TTX poisoning by consuming their eggs in Thailand⁷ and also other countries on both sides of Thailand. The first report of TTX poisoning associated with marine pufferfish and horseshoe crab in Thailand was in 1929⁸ and 1966,⁹ respectively. There were also documented human fatality and severe envenoming reports associated with blue-ringed octopus bites (*Hapalochlaena lunulata*; greater blue-ringed octopus and *Hapalochlaena maculosa*; lesser blue-ringed octopus)¹⁰ which were mostly be accidentally bitten while handling the octopus with bare hands or shoulder. There were also reported cases of TTX poisoning by eating blue-lined octopus (*Hapalochlaena fasciata*) in Taiwan¹¹.

TTX poisoning in Thailand has been mostly reported and found to be related with consumption of puffer fish both intentional as underestimation of the toxicity of puffer fish and unintentional as fish derivatives such as fish ball, fish noodles and unidentified fish meat (called chicken-meat fish). TTX poisoning from mangrove horseshoe crab also shared similar events by unpredictable seasonal toxicity of this species or undifferentiated eggs from the edible one (*Tachypleus gigas*, Indo-Pacific horseshoe crab). A recent short

survey from the Ministry of Public Health (MOPH) has shown low incidence by the active search and routine surveillance system¹². The case fatality rate (CFR) from puffer fish associated TTX poisoning varies depending on the diagnosis and life support and intensive care quality and capabilities. CFR reports from Japan is as high as over 50% in the 1940s, but after Japan's legislative regulation, CFR has been decreased to average 6.4%¹³. In Thailand, CFR from puffer fish was 13.7% (excluded fresh puffer fish)⁶, but probably underestimated because fatal cases outside the hospital were not included and mild cases are undiagnosed. CFR from horseshoe crab associated TTX poisoning in Thailand is 1.75%¹⁴. The only rarely found species of blue-ringed octopus in both the Gulf of Thailand and Andaman Sea is *Hapalochlaena maculosa*¹⁵ but no reports of envenomed bite or oral poisoning.

Clinical Manifestation¹⁶⁻¹⁸

TTX poisoning cannot be differentiated from other marine poisoning such as paralytic shellfish poisoning (saxitoxin) and ciguatera poisoning (ciguatera toxin) by only the clinical manifestations. The onset of clinical manifestation varies from the amount of TTX consumed or envenomed, but most are rapid with symptoms that begin within 10-45 minutes due to rapid gastrointestinal absorption of TTX, but 3 or more hours delays had been reported. Envenomed bite from the blue-ringed octopus which is painless with small puncture wound and spotted blood, but manifest more rapid and reported development of within 5-10 minutes. The first manifestation of oral poisoning usually is paresthesia and numbness of the tongue and oral cavity then progress of numbness and muscle paralysis from distal part of extremities to the proximal and called ascending paralysis¹⁸ then development of diaphragmatic muscle paralysis and respiratory depression with preserved consciousness before cardiopulmonary arrest. These manifestations are categorized in different stages by Fukuda and Tani in 1944¹⁹ and is still used today (Table 1). Patients may develop transient mild hypertension but may cause severe hypertension in preexisting hypertensive patients that need emergent intervention and may later develop hypotension. Cardiac dysrhythmias such as bradycardia may occur, but rare to have high grade conduction abnormalities. The clinical manifestation of envenomation is muscle aches and paresthesia at the bite site and spreading to the entire limb after became systemic the manifestation will be the same as oral poisoning. Local erythema and swelling of the bitten limb may occur.

The prognosis of patients with TTX poisoning is favorable including reports from either marine puffer fish or mangrove horseshoe crab poisoning if life-support measures and care had been delivered and with no complications such as aspiration pneumonitis. The recovery was quick with an average mean of duration using ventilation support for just 24-48 hours and had complete recovery with no residual symptoms. Most cases had survived if 24 hours had passed. The duration of envenomation effect varies, but may be shorter within 10-12 hours when compared to the oral poisoning.

Table 1 Stage of TTX poisoning, clinical manifestations and symptom onset

Stages of poisoning	Clinical Manifestations	Symptom onset
Stage 1	Perioral numbness and paresthesia, with or without gastrointestinal symptoms	5 – 45 min
Stage 2	Progression of numbness and paresthesias such as lingual numbness, numbness of the face, and distal areas. Early motor paralysis. Slurred speech. Normal reflexes are reserved.	10 – 60 min
Stage 3	Progression of generalised flaccid paralysis and incoordination, respiratory depression, dysphonia, dysphagia, cyanosis, hypotension, fixed or dilated pupils. Consciousness are clear.	15 min – several hours
Stage 4	Progression of respiratory paralysis and hypoxia, bradycardia, dysrhythmias and may progress to cardiac arrest. Seems unconsciousness, but intact sensorium.	15 min – 24 hr

Adapted from Fukuda & Tani¹⁹ and Isbister¹⁷

Field and Prehospital Management¹⁷⁻¹⁸

Systematic approach using mnemonic ABCDEs has been advised for prevention of cardiac arrest in TTX poisoning patients. Airway obstruction and respiratory arrest are common in unconscious poisoned patients without airway protection. The patients should be assigned to have nothing by mouth. Early endotracheal intubation in patients with alteration of consciousness, difficulty in breathing, and bulbar paralysis may prevent aspirations and their associated complications. Assisted ventilation are needed in inadequate and non-breathing patients with bag-valve mask (BVM) ventilation or rescue

breaths with barriers, but mouth-to-mouth may be helpful in the field. Recovery position may aid in the prevention of airway obstruction in early stage especially in the mild poisoning.

Patients may rapidly deteriorate. The patient should be intensive care monitored focused on neurological disabilities and compromised respiratory physiology. Care for all patients who are critically ill or under evaluation for toxin ingestion should begin in a monitored treatment area where the development of central nervous system depression, hemodynamic instability. Prolonged cardiopulmonary resuscitation effort may be required once there is favorable prognosis of the disease. If the patient does not have anoxic brain injury, fixed and dilated pupils should not be an indicator because it was the common finding of severe poisoning in survivors. Extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) has a potential role in prolonged resuscitation²⁰, but no routine use is recommended.

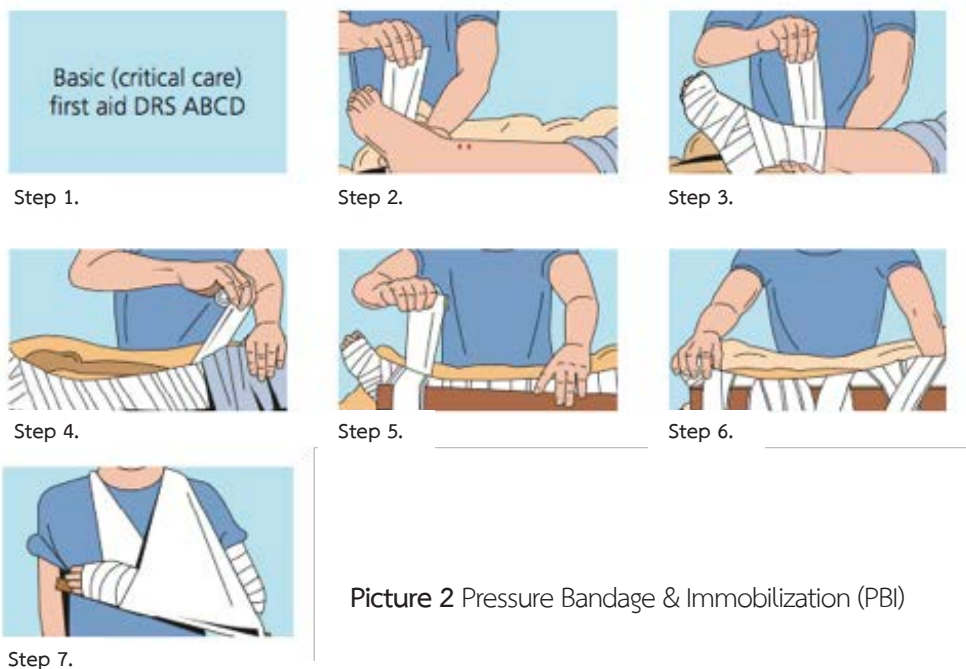
Monitoring of an electrocardiogram is warranted. Atropine should be given to rare cases, but serious case unstable bradycardia and temporary pacemakers may be required in severe conduction problems. Anticholinesterase drugs such as neostigmine and edrophonium are controversial as TTX does not interfere with acetylcholine release at nerve endings²¹ and the recent systematic review concluded insufficient evidence to support or against uses²². Monoclonal antibodies have been developed and tested in animals, but further human studies are required. Intravenous isotonic fluids administration may enhance early TTX elimination by excretion unchanged form by the kidneys and support hemodynamics in the compromised patients which sometimes vasopressor preferably norepinephrine may be added. Keep samples of blood and urine for future analysis.

Gastric decontamination of TTX poisoning by ingestion

Gastric lavage and whole bowel irrigation has no role in field and prehospital care and are no longer recommended as routine in emergency department setting since TTX has rapid absorption and syrup of ipecac administration is contraindicated because of it increases the risk of aspiration later in the clinical progression. Inducing gag for vomiting by using finger down the throat may be safely used if early in the stage. There is no specific TTX antidote, the administration of single-dose activated charcoal (SDAC) 1 gm/kg body weight (maximum 50 gm) to adsorb TTX is recommended when the charcoal can be administered within 1 hour of poisoning in alert and cooperative patients with intact airways or optimal airway protection with advanced airways such as endotracheal intubation before SDAC would be given.

Retardation systemic TTX envenomation by envenomated bites

Lymphatic system has the role of venom delivery to the systemic circulation at the interstitium of the subcutaneous tissue at the site of venom injection. Pressure bandage & immobilization (PBI) has been developed and advocated for field first aid snake bites in Australia.²³ It has 2 components; pressure and immobilization, which are required for retardation of lymphatic flow and muscle pumping, respectively. After washing the wound to prevent further envenomation, place a cloth pad or rubber pad if available without harming the local tissues, such as surgical excision. Reassure the patient and completely immobilize the patient at the whole (lie down and no movement) and the bitten extremities (splinting) then consider Pressure bandage & immobilization (PBI) (Picture 2). But time is critical and should not delay in transportation to the ACLS capabilities. This technique may be suitable for elapid snakebites including sea snake, but has controversial issues for snake bites with local tissue damage such as viper snakes. Blue-ringed octopus bites have no or minimal local tissue damage and the role of PBI may apply and has been recommended in Australian guidelines²⁴. This technique also requires skill and consistency. Pressure at the PBI on the extremities should be around 50-70 mmHg. Elasticized bandages are preferred over a crepe bandage, but improvisation using clothes may be appropriate in the field. Local compression with rubber pad and immobilization has been advocated in Myanmar for Russel's viper bites²⁵ and also shown to retard the systemic envenomation. Local application of nifedipine and lignocaine were also shown to have additional retardation,²⁶ but future studies are needed.



Picture 2 Pressure Bandage & Immobilization (PBI)

Diagnosis

Diagnosis is based on clinical manifestations described above and a history of exposure by ingestion of TTX containing marine animals especially the puffer fish and mangrove horseshoe crab in Thailand or be bitten by blue-ringed octopus bite. The definite diagnosis relies on the detection of TTX in poisoning sources and in the patients such as urine, but not routinely available in the field and probably not helpful in the acute care setting.

Field observation and disposition

Patients who presented with mild symptoms may rapidly deteriorate, so no field observation and disposition should be allowed. Patients should be evacuated to the definite healthcare facility preferably with intensive care unit capabilities. Patients who have no symptoms, but consume intoxicated food should be monitored for signs and symptoms arising during the evacuation.

References

1. Lorentz MN, Stokes AN, Rößler DC, Lötters S. Tetrodotoxin. *Curr Biol* 2016 Oct 10;26(19):R870-R872. doi: 10.1016/j.cub.2016.05.067. Epub 2016 Oct 10.
2. Lewis RJ. Sax's dangerous properties of industrial materials. 11th ed. Hoboken, New Jersey: Wiley-Interscience, Wiley & Sons; 2004. p. 1827.
3. Klaassen CD. Casarett and Doull's toxicology: the basic science of poisons. 6th ed. New York: McGraw-Hill; 2001. p. 1079.
4. Suwansakornkul P. Puffer fish in Thailand. In: Suteparuk S, Pakmanee N, Sitpreecha W, editors. Animal and plant toxins. Bangkok: Dokbia Printing; 2009. (in Thai).
5. Chulanetra M, Sookrung N, Srimanote P, Indrawattana N, Thanongsaksrikul J, Sakolvaree Y, et al. Toxic marine puffer fish in Thailand seas and tetrodotoxin they contained. *Toxins (Basel)* 2011;3(10):1249–62.
6. Saitanu K, Laobhripatr S, Limpakarnjanarat K, Sangwanloy O, Sudhasaneya S, Anuchatvorakul B, et al. Toxicity of the freshwater puffer fish *Tetraodon fangi* and *T. palembangensis* from Thailand. *Toxicon* 1991;29(7):895–7.
7. Kanchanapongkul J. Tetrodotoxin poisoning following ingestion of the toxic eggs of the horseshoe crab *Carcinoscorpius rotundicauda*, a case series from 1994 through 2006. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2008;39(2):303–6.
8. Hiransuthikul N. Tetrodotoxin. [Internet]. [cited 2019 August 5]. Available from: <http://www.doctor.or.th/clinic/detail/6815>.



9. Trishnananda M, Tuchinda C, Yipinsoi T, Oonsombat P. Poisoning following the ingestion of the horseshoe crab (*Carcinoscorpius rotundicauda*): report of four cases in Thailand. *J Trop Med Hyg* 1966;69(9):194-6.
10. Jacups S, Currie B. Blue-ringed octopuses: a brief review of their toxicology. *North Territ Nat* 2008;(20):50-7.
11. Wu Y-J, Lin C-L, Chen C-H, Hsieh C-H, Jen H-C, Jian S-J, et al. Toxin and species identification of toxic octopus implicated into food poisoning in Taiwan. *Toxicon* 2014;91:96-102.
12. Prempre P, Soungtho P, Chopkatanyu A, Nonthachote S. Development of sentinel surveillance about safety consumption of puffer fish in risky area of Thailand. Thailand Research Fund, Project code: RDG 512021. Bangkok. 2009. (in Thai).
13. Noguchi T, Arakawa O. Tetrodotoxin - Distribution and accumulation in aquatic organisms, and cases of human intoxication. *Mar Drugs* 2008;6(2):220-42.
14. Joob B, Wiwanitkit V. Death rate due to horseshoe crab poisoning: summarization on Thai reports. *J Coast Life Med* 2015;3(6):503-4.
15. Kaewchaichalearnkit C. Life History and Toxicity of Lesser Blue-ringed Octopus (*Hapalochlaena maculosa* Hoyle, 1883). [Master's Thesis, Marine Science]. Kasetsart University; 2013.
16. Isbister GK, Kiernan MC. Neurotoxic marine poisoning. *Lancet Neurol* 2005;4(4):219-28.
17. Brent J, Burkhart K, Dargan P, Hatten B, Megarbane B, Palmer R, editors. *Critical Care Toxicology*. Cham: Springer International Publishing; 2016.
18. Wananukul W. Tetrodotoxin Poisoning. *Thai J Toxicology* 2008;23(2):25-8.
19. Fukuda T, Tani I. Records of puffer poisonings. Report 3. *Nippon Igaku oyobi Kenko Hoken* 1941;3258:7-13.
20. Wang GS, Levitan R, Wiegand TJ, Lowry J, Schult RF, Yin S. Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) for Severe Toxicological Exposures: Review of the Toxicology Investigators Consortium (ToxIC). *J Med Toxicol* 2016;12(1):95-9.
21. Katz B, Miledi R, B PRSL. Tetrodotoxin and neuromuscular transmission. *Proc R Soc London Ser B Biol Sci* 1967;167(1006):8-22.
22. Liu SH, Tseng CY, Lin CC. Is neostigmine effective in severe pufferfish-associated tetrodotoxin poisoning?. *Clin Toxicol (Phila)* 2015;53(1):13-21.
23. Sutherland SK, Coulter AR, Harris RD. Rationalisation of first-aid measures for elapid snakebite. *Lancet (London, England)* 1979;1(8109):183-5.
24. Australian Resuscitation Council. Envenomation-pressure immobilization technique. Guideline 9.4.8 2011;(August):1-4.



25. Pe T, Mya S, Myint AA, Aung NN, Kyu KA, Oo T. Field trial of efficacy of local compression immobilization first-aid technique in Russell's viper (*Daboia russelii siamensis*) bite patients. Southeast Asian J Trop Med Public Health 2000;31(2):346–8.
26. van Helden DF, Thomas PA, Dosen PJ, Imtiaz MS, Laver DR, Isbister GK. Pharmacological approaches that slow lymphatic flow as a snakebite first aid. PLoS Negl Trop Dis 2014;8(2):1–7.



คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ลงในวารสารแพทย์นาวิ

วารสารแพทย์นาวิ เป็นวารสารของกรมแพทย์ทหารเรือที่มีระบบการประเมินบทความต้นฉบับโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ที่ได้รับการแต่งตั้งจากกรมแพทย์ทหารเรือ อย่างน้อยเรื่องละ 2 ท่าน ด้วยวิธีการปิดบังชื่อผู้ประเมินและผู้เขียนบทความ (Double-blind peer review)

วารสารแพทย์นาวิ มีขั้นตอนการดำเนินการจัดทำ ดังนี้

1. กองบรรณาธิการ ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของต้นฉบับ
2. กองบรรณาธิการ จัดส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) ในสาขาวิชานั้นๆ พิจารณากลับกรอง ใช้เวลาในการพิจารณากลับกรองครั้งที่ 1 ประมาณ 4 สัปดาห์ และ 1 สัปดาห์ในครั้งที่ 2 (ถ้ามี)
3. กองบรรณาธิการ จัดส่งผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิให้ผู้เขียนบทความแก้ไข ให้เวลาแก้ไข 2 สัปดาห์ในครั้งที่ 1 และ 1 สัปดาห์ในครั้งที่ 2
4. กองบรรณาธิการ ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน ภายหลังการแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ถ้าไม่มีการแก้ไขส่งให้บรรณาธิการพิจารณาอีกครั้ง
5. กองบรรณาธิการ จัดพิมพ์ต้นฉบับ และส่งให้ผู้พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้องของ ชื่อ-สกุล สังกัด
6. กองบรรณาธิการ ส่งต้นฉบับให้โรงพิมพ์
7. กองบรรณาธิการ ดำเนินการเผยแพร่เอกสาร

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

กองบรรณาธิการได้กำหนดระเบียบการส่งต้นฉบับไว้ให้ผู้เขียนยึดเป็นแนวทางในการส่งต้นฉบับสำหรับการตีพิมพ์วารสารแพทย์นาวิ และกองบรรณาธิการสามารถตรวจสอบต้นฉบับก่อนการตีพิมพ์เพื่อให้วารสารมีคุณภาพสามารถนำไปใช้อ้างอิงได้

1. ประเภทของบทความ ได้แก่

1.1 บทความวิจัย (Research article) ได้แก่ บทความผลงานวิจัยที่ทำขึ้นใหม่ มีหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

- 1) ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 2) ชื่อผู้เขียน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 3) ที่อยู่หรือหน่วยงานสังกัดของผู้เขียน ให้ระบุที่อยู่ ระบุชื่อหน่วยงานหรือสถาบัน และ e-mail ของผู้เขียน
- 4) บทคัดย่อ เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เขียนสรุปสาระสำคัญของเรื่องที่อ่านและเข้าใจง่าย บทคัดย่อภาษาไทยรวมกับบทคัดย่อภาษาอังกฤษไม่เกิน 300 คำ หรือ 1 หน้ากระดาษ A4 โดยให้นำบทคัดย่อภาษาไทยขึ้นก่อนบทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) โดยบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษต้องมีเนื้อหาตรงกัน ใช้อักษรตัวตรง จะใช้ตัวเอนเฉพาะศัพท์วิทยาศาสตร์
- 5) คำสำคัญ ระบุคำสำคัญภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ ไม่ควรเกิน 5 คำ
- 6) ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา เป็นส่วนของเนื้อหาที่บอกความเป็นมาและเหตุผลนำไปสู่การศึกษาวิจัยและควรอ้างอิงงานวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย



7) วัตถุประสงค์การวิจัย ให้ชี้แจงถึงจุดมุ่งหมายของการศึกษา

8) วิธีการศึกษา ต้นฉบับด้านวิทยาศาสตร์ควรอธิบายเกี่ยวกับเครื่องมือ อุปกรณ์ สารเคมี และวิธีการที่ใช้ในการวิจัย ต้นฉบับด้านสังคมศาสตร์ควรอธิบายวิธีดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึง ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

9) ผลการวิจัย เป็นการเสนอสิ่งที่ได้จากการวิจัยเป็นลำดับ อาจแสดงด้วยตาราง กราฟ แผนภาพประกอบการอธิบาย ทั้งนี้ถ้าแสดงด้วยตารางควรเป็นตารางแบบไม่มีเส้นขอบตารางด้านซ้ายและขวา หัวตารางแบบธรรมดาไม่มีสี ตารางควรมีเฉพาะที่จำเป็น ไม่ควรมีเกิน 5 ตาราง สำหรับรูปภาพประกอบควรเป็นรูปที่ชัดเจนและมีคำบรรยายใต้รูป

10) การอภิปรายผลการวิจัยและข้อเสนอแนะจากการวิจัย เป็นการสรุปผลที่ได้จากการวิจัย ควรมีการอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างทฤษฎีหรือเปรียบเทียบการทดลองของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบ เพื่อให้ผู้อ่านเห็นด้วยตามหลักการหรือค้ำยันทฤษฎีที่มีอยู่เดิม รวมทั้งแสดงให้เห็นถึงการนำผลไปใช้ประโยชน์ และการให้ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

11) กิตติกรรมประกาศ เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ที่ช่วยเหลือให้งานวิจัยสำเร็จ ลุล่วงไปด้วยดีเพียงสั้นๆ (อาจมีหรือไม่มีก็ได้)

12) เอกสารอ้างอิง เป็นการอ้างอิงเอกสารในเนื้อหาให้ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) ไม่ควรเกิน 25 รายการ ให้ยึดหลักเกณฑ์ ตามข้อ 7.

1.2 บทความวิชาการ (Academic article) เป็นบทความที่เขียนจากการรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยเฉพาะจากวารสารต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ นำมาวิเคราะห์ วิจารณ์ เปรียบเทียบเพื่อให้เกิดความกระจ่างในเรื่องนั้นยิ่งขึ้น ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่หรือเรื่องที่นำเสนอใหม่ที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ ประกอบด้วย บทความย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ เนื้อหา วิจารณ์ บทสรุป และเอกสารอ้างอิง

1.3 สิ่งประดิษฐ์ (Innovation) กล่าวถึงสิ่งประดิษฐ์ ซึ่งจะเน้นรายละเอียดของส่วนประกอบ และการทดลองใช้สิ่งประดิษฐ์ ข้อดี ข้อเสีย ที่เกิดขึ้น โดยมีการทดลองตามขั้นตอน มีสถิติสนับสนุนวิจารณ์ เหมือนกับการเขียนบทความวิจัย

1.4 รายงานผู้ป่วย (Case report) เป็นการรายงานจากการศึกษาผู้ป่วยที่น่าสนใจต่างๆ ประกอบด้วยบทความย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ รายงานผู้ป่วยมีประวัติการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ เสนอข้อคิดเห็น สรุป วิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง

1.5 บทความพิเศษ (Special topic) เป็นบทความภาษาอังกฤษที่น่าสนใจและทันสมัยที่เกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์ทางทะเล หรือวิทยาการด้านการแพทย์ การพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ประกอบด้วย บทนำ เนื้อหา บทสรุป และเอกสารอ้างอิง

2. ขนาดของต้นฉบับ

พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A4 จัดพิมพ์ด้วยโปรแกรมไมโครซอฟท์เวิร์ด (Microsoft word) โดยใช้รูปแบบอักษร TH SarabunPSK ขนาด 15 พิมพ์แบบเสมอน้ำ-หลัง (Justified) เว้นระยะขอบทุก



ด้านของหน้ากระดาษอย่างน้อย 1 นิ้ว การใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวพิมพ์เล็ก ใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ที่เป็นตัวอักษรตัวแรกของคำ (ตัวอย่าง Depression) หรือชื่อเฉพาะ (ตัวอย่าง Content Validity Index : CVI) และให้ใส่เลขหน้าทุกหน้าที่หุ้มมบบนขวา ความยาวบทความไม่ควรเกิน 12 หน้า (ไม่รวมเอกสารอ้างอิง)

3. การส่งบทความต้นฉบับ

Submission บทความใน Website : <https://www.tci-thaijo.org/index.php/nmdjournal>

4. การตรวจแก้ไขและยอมรับการตีพิมพ์

- การติดต่อผู้เขียนเพื่อการตรวจแก้ไขหรือตอบรับ/ปฏิเสธการตีพิมพ์จะกระทำผ่านทางระบบวารสารออนไลน์ (Thai Journal Online System : ThaiJO)

- เรื่องที่ผ่านการพิจารณาให้ตีพิมพ์จากผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก อย่างน้อย 2 ท่าน จึงจะยอมรับให้ตีพิมพ์ในวารสาร

- กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขเรื่องที่จะส่งไปลงพิมพ์ทุกเรื่องตามที่เห็นสมควร ในกรณีจำเป็นจะส่งต้นฉบับที่แก้ไขแล้วคืนผู้เขียนเพื่อขอความเห็นชอบอีกครั้งก่อนพิมพ์

5. เกณฑ์การประเมินบทความ

กองบรรณาธิการจะพิจารณาบทความเบื้องต้นเกี่ยวกับความถูกต้องของรูปแบบทั่วไป ถ้าไม่ผ่านการพิจารณาจะส่งกลับเพื่อทำการแก้ไข ถ้าผ่านจะเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นจะส่งผลการประเมินคืนผู้เขียน เพื่อให้แก้ไขหรือเพิ่มเติมข้อมูล และเมื่อบทความได้รับการตีพิมพ์ ผู้เขียนจะได้รับวารสารแพทย์นาวีฉบับที่ได้รับการตีพิมพ์ จำนวน 1 ฉบับ

6. การอ้างอิงในเนื้อเรื่อง

หากอ้างผลงานหรือคัดลอกข้อความของผู้แต่งคนใดคนหนึ่งโดยเฉพาะ การอ้างอิงให้ใส่หมายเลขกำกับไว้ด้านบน (ด้วยก) ที่ข้างท้ายของชื่อเจ้าของผลงานหรือข้อความที่คัดลอกมา ไม่ต้องใส่วงเล็บตัวเลขโดยตัวเลขนั้นๆ หมายถึง ลำดับที่ของการเรียงเอกสารอ้างอิงไว้ท้ายบทความ การเรียงหมายเลขให้เริ่มต้นด้วยเลข 1 ซึ่งให้ตรงกับหมายเลขของเอกสารอ้างอิงท้ายข้อความนั้น แล้วเรียงลำดับไปเรื่อยๆ หากมีการอ้างอิงหรือมีการคัดลอกข้อความนั้นซ้ำอีก ให้ใช้หมายเลขเดิม

7. เอกสารอ้างอิง

วารสารแพทย์นาวีใช้การอ้างอิงระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) การอ้างอิงเอกสารไม่เกิน 10 ปี ยกเว้นหนังสือ ตำราบางประเภทที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญา

- รายชื่อผู้เขียนภาษาอังกฤษให้เริ่มต้นด้วยนามสกุลของผู้เขียนคนแรก ตามด้วยอักษรตัวแรกของชื่อต้นและชื่อกลาง ไม่ต้องใส่เครื่องหมายวรรคตอนต่อท้ายนามสกุล ใช้เครื่องหมายจุลภาค (Comma) หลังชื่อทุกคน หากผู้เขียนมีมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกแล้วตามด้วย และคณะ หรือ et al.

- หากเอกสารอ้างอิงเป็นภาษาไทยให้ผู้เขียนปรับเป็นภาษาอังกฤษ แล้วต่อท้ายเอกสารอ้างอิงว่า (in Thai)

- โปรดสังเกตชนิดของตัวอักษร เครื่องหมาย การวรรคตอน และช่องไฟ ของตัวอย่างที่แสดงดังต่อไปนี้



ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

• หนังสือ

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

1. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, นฤมล ตริเพชรรีอุไร. ความฉลาดทางสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์; 2554.
2. Marquis BL, Hunton CL. Leadership role and management function in nursing: theory and application. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott; 2000.
3. Srisomboon J, Supakrapongkul P. Colposcopy. In: Srisomboon J, Kietpeerakul C, editor. Gynecologic oncology. Bangkok: Pimdee; 2011. p. 59-76. (in Thai).

• บทความจากหนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ใน ใส่ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้ายของเรื่อง.

ตัวอย่าง

1. ธเนศ ชีรชัยธัญญศักดิ์. การค้นหาและช่วยเหลือผู้ประสบภัยทางทะเล. ใน ชัยภัทร แก้วกล้า, ปิยวัฒน์ วงษ์วานิช, อติพงษ์ สุจิรัตน์, ธนวัฒน์ ศุภนิตยานนท์, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์ทางทะเล กรมแพทยทหารเรือ. นนทบุรี: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2557. หน้า 306-16.
2. Ahmed S, Kileny PR. Diagnostic audiology. In: O'Neill JP, Shah JP, editors. Self-assessment in otolaryngology. Philadelphia: Elsevier; 2017. p. 123-60.
3. Sitthimongkol Y. Behavior therapy. In: Sitthimongkol Y, Kaesornsamut P, Vongsirimas N, Pornchaikate Au Yeong A, Pianchob S, editors. Psychiatric nursing. Nakhon Pathom: Department of Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University; 2016. p. 235-60. (in Thai).

• วิทยานิพนธ์/ดุษฎีนิพนธ์

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อวิทยานิพนธ์. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต/วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต]. ชื่อสถาบันการศึกษา; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

Shangyom D. Self-care behaviors in older persons with upper respiratory tract infection. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Mahidol University; 2018. (in Thai).



• รายงานจากการประชุมวิชาการ (Conference proceedings)

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ใน ชื่อการประชุม; วันเดือนปีที่จัดประชุม; สถานที่จัด. เมืองที่จัดพิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้ายของเรื่อง.

ตัวอย่าง

1. อเนก แป้นแหลม. การบริหารจัดการเครื่องมือด้านสุขภาพหน่วยแพทย์กองทัพเรือ. ใน เอกสารประกอบการอบรมโครงการฟื้นฟูองค์ความรู้ทางวิชาการบุคลากรหน่วยแพทย์ปฐมภูมิ กองทัพเรือ ประจำปี 2561; 26-28 มีนาคม 2561. โรงแรมมณเฑียร ริเวอร์ไซด์ กรุงเทพมหานคร. สมุทรปราการ: ทูวินพรินติ้ง; 2561. หน้า 59-62.
2. Homeland AM. Cooperating network of telemedical maritime assistance services: TMAS. In: To the future of Thai maritime medicine; November 11-12, 2015. Montien Riverside Hotel, Bangkok. Samut Prakan: 2Twin Printing; 2015. p. 1-8.

• วารสาร (Journal)

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่องในวารสาร. ชื่อวารสาร ปี;ปีที่พิมพ์(ฉบับที่พิมพ์):หน้าที่ย่างถึง หน้าแรก-หน้าสุดท้ายของเรื่อง.

ตัวอย่าง

1. Spahn JM, Reeves RS, Keim KS, Laquatra I, Kellogg M, Jortberg B, et al. State of the evidence regarding behavior change theories and strategies in nutrition counseling to facilitate health and food behavior change. J Am Diet Assoc 2010;110(6):879-91.
2. Wacharasin C, Khamngoen R, Rattanamanee K, Sriprasarn C, Chivanon N. Suffering among parents having children with leukemia. Journal of Nursing and Health Care 2017;35(3):78-88. (in Thai).

• สื่อหรือวัสดุอิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. [ประเภทของสื่อ]. [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]. แหล่งที่มา: address ของแหล่งสารสนเทศ

ตัวอย่าง

1. ไททัศน์ คัมภีระพันธุ์. คู่มือปฏิบัติการในเรือ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 19 กรกฎาคม 2556]. แหล่งที่มา: <http://www.marinerthai.com>.
2. World Health Organization. Colorectal cancer estimated incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. [Internet]. [cited 2016 January 4]. Available from: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx?cancer=colorectal.



8. ลิขสิทธิ์

ต้นฉบับที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารกรมแพทยทหารเรือถือเป็นกรรมสิทธิ์ของกรมแพทยทหารเรือ
ห้ามนำข้อความทั้งหมดหรือบางส่วนไปพิมพ์ซ้ำเว้นเสียแต่ว่าจะได้รับอนุญาตจากกรมแพทยทหารเรือเป็น
ลายลักษณ์อักษร

9. ความรับผิดชอบ

เนื้อหาต้นฉบับที่ปรากฏในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนทั้งนี้ไม่รวมความผิดพลาดอันเกิด
จากเทคนิคการพิมพ์

.....



แบบฟอร์มส่งบทความวิชาการ/บทความวิจัย เพื่อตีพิมพ์ในวารสารแพทย์นาวี

1. ชื่อ - สกุลผู้พิมพ์ (ภาษาไทย).....

ชื่อ - สกุลผู้พิมพ์ (ภาษาอังกฤษ).....

ตำแหน่ง..... สถาบันที่สังกัด.....

- ในกรณีที่ผู้พิมพ์กำลังศึกษาในระดับดุขภูษบัณฑิต/มหาบัณฑิต โปรดระบุ

ชื่อหลักสูตร.....สาขาวิชา.....แขนงวิชา(ถ้ามี).....

คณะ.....สถาบันการศึกษา.....

2. ประเภทของบทความ ☐ บทความวิจัย ☐ บทความวิชาการ ☐ สิ่งประดิษฐ์ ☐ รายงานผู้ป่วย

3. ชื่อเรื่อง

(ภาษาไทย).....

.....

(ภาษาอังกฤษ).....

.....

4. สถานที่ติดต่อผู้พิมพ์

ที่อยู่ เลขที่.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์..... E-mail.....

5. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

- ☐ บทความฯ ที่ส่งมาไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใดวารสารหนึ่งมาก่อนและไม่อยู่ระหว่างเสนอขอตีพิมพ์ในวารสารอื่น
- ☐ เนื้อหาในบทความฯ เกิดจากการสังเคราะห์ความคิดขึ้นโดยผู้พิมพ์เอง ไม่ได้ลอกเลียนหรือดัดทอนมาจากผลงานของผู้อื่น โดยไม่ได้รับอนุญาต/ปราศจากการอ้างอิง หรือได้ผ่านการตรวจสอบการลอกเลียนงานวรรณกรรมด้วยระบบอักขราวิสุทธิ์/โปรแกรมอื่นที่เทียบเคียง พร้อมแนบหลักฐาน (ถ้ามี)
- ☐ เตรียมต้นฉบับบทความตามรูปแบบที่วารสารกำหนดใน “คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ”
- ☐ บทความวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว
- ☐ บทความฯ ที่ส่งมาได้รับความเห็นชอบจากผู้พิมพ์ร่วมทุกท่านแล้ว
- ☐ ยินดีแก้ไขบทความตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) และบรรณาธิการเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด

6. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บทความฯ ที่ได้รับการตีพิมพ์เป็นลิขสิทธิ์ของวารสารแพทย์นาวี ไม่สามารถนำไปตีพิมพ์ซ้ำในวารสารฉบับอื่นได้

ลงชื่อ

(.....)

ผู้ส่งบทความ (ผู้พิมพ์หลัก)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

7. ความเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก (คณาจารย์/วิทยานิพนธ์)

ได้ตรวจสอบบทความนี้แล้วขอรับรองว่าองค์ประกอบและเนื้อหาของบทความนี้มีความสมบูรณ์และถูกต้องตามหลักวิชาการ เห็นควรให้ตีพิมพ์เผยแพร่ได้

ลงชื่อ

(.....)

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....





วิสัยทัศน์ กรมแพทยทหารเรือ

“เป็นองค์กรชั้นนำด้านการแพทยทหาร การบริหารจัดการ
และเวชศาสตร์ทางทะเลในภูมิภาคอาเซียน”

พันธกิจ

1. เติบโตความพร้อมของกำลังพลกองทัพเรือด้านสุขภาพ
2. ให้บริการทางการแพทย์สนับสนุนปฏิบัติการทางการทหารของกองทัพเรือ
3. ให้บริการสุขภาพแก่กำลังพลและครอบครัวกองทัพเรือเป็นหลัก
และสนับสนุนนโยบายรัฐบาลในการรักษาพยาบาลประชาชน
4. ดำเนินการฝึก ศึกษา อบรมเหล่าทหารแพทย์ รวมทั้งวิจัยและพัฒนาทางการแพทย์

ค่านิยม

รับผิดชอบในงาน ให้บริการด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์ ไม่หยุดพัฒนา



สำนักงานกองบรรณาธิการ
กองวิชาการ ศูนย์วิชาการ กรมแพทย์ทหารเรือ
504/56 ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน แขวงบुकโคล
เขตธนบุรี กรุงเทพฯ 10600



Website: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/nmdjournal>