



ปีที่ 24 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2557 ISSN 0857-3743

Vol. 24 No. 1 January – April 2014 ISSN 0857-3743



สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

อาคาร 4 ชั้น 7 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

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

พิมพ์ที่ : บริษัท ธนาเพรส จำกัด

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข • ปีที่ 24 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2557

- ➔ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ในกระบวนการดำเนินงานอนามัยชุมชน บทเรียนในการนำทฤษฎีสู่การฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลในชุมชน
- ➔ ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลจากโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้
- ➔ สภาพการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาล มีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์
- ➔ เปรียบเทียบการเตรียมคลอดและวิธีการเบ่งต่อผลการคลอดของมารดาที่คลอดครั้งแรก
- ➔ การพัฒนากระบวนการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดโรงพยาบาลบึงโขงหลง
- ➔ การพัฒนาชุมชนสุขภาวะโดยใช้นวัตกรรมระบบครอบครัวเสมือน (หนึ่งวิทยาลัย หนึ่งชุมชน)
- ➔ การพัฒนาคุณลักษณะอาจารย์พยาบาลเพื่อมุ่งสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก
- ➔ การได้รับวัคซีน ความรู้และความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท
- ➔ การประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช (วาสนมหาเถระ) อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
- ➔ การประยุกต์ใช้หลักการของลินเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลระยอง
- ➔ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST-Segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI) ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลพระปกเกล้า
- ➔ ผลของการออกกำลังกายแบบพลังลมปราณต่อความทนทานในการออกกำลังกาย อากาศหายใจลำบาก และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 24 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2557 ISSN 0857-3743

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ
นางนิตยา จันทร์เรือง มหาผล
นางสาวกาญจนา สันติพัฒนาชัย
นางสาวดาราวพร คงจา
ดร.กาญจนา จันทร์ไทย
ศ.ดร.วิณา จีระแพทย์

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
สำนักวิชาการสาธารณสุข
ผู้ทรงคุณวุฒิ
สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
สำนักการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บรรณาธิการ

ดร.ศุภกรใจ เจริญสุข

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

รองบรรณาธิการ

ดร.อัฐพร หิรัญพุกษ์

สถาบันพระบรมราชชนก

กองบรรณาธิการ

ผศ.ดร.พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์
ผศ.ดร.โสภภัทร ศรีไชย
ดร.อุษณีย์ เทพวรชัย
ดร.มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์
ผศ.ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ
ดร.จิราพร วัฒนศรีสิน
ดร.บุญเดือน วัฒนกุล
Dr.Paul Alexander Turner

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

ผู้จัดการ

นางไพบลูย์ วงษ์ใหญ่

เจ้าของ

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

พิมพ์ที่

บริษัท ธนาเพรส จำกัด
เลขที่ 9 ซอยลาดพร้าว 64 แยก 14
แขวง/เขตวังทองหลาง กรุงเทพฯ 10310
โทร. 0-2530-4114 โทรสาร 0-2108-8951
Email : tanapress@gmail.com



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้กลั่นกรองบทความวิจัย
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 24 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2557 ISSN 0857-3743

- | | | | |
|----|-----------------|----------------|------------------------------------------------------------|
| 1 | อ.ดร.สาธิตา | เมธนาวิณ | ผู้ทรงคุณวุฒิ |
| 2 | อ.ดร.ชุตินา | ปัญญาพินิจนุกร | ผู้ทรงคุณวุฒิ |
| 3 | ผศ.วิลาวัณย์ | เดือนราษฎร์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 4 | ผศ.ดร.นิภาวรรณ | สามารถกิจ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 5 | อ.ดร.ยุณี | พงศ์ตุรวิทย์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 6 | ผศ.ดร.กาญจนา | ครองธรรมชาติ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 7 | อ.ดร.อุษณีย์ | เทพวรชัย | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| 8 | อ.ดร.ละอียด | แจ่มจันทร์ | คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ |
| 9 | ผศ.ดร.จริยาภรณ์ | รุจโมระ | คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา |
| 10 | อ.ดร.ชดช้อย | วัฒน์ | คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต |
| 11 | อ.ดร.ประกาย | จิโรจน์กุล | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต |
| 12 | อ.ดร.มารุต | พัฒผล | คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 13 | รศ.สุภาพ | ณ นคร | ผู้อำนวยการสำนักวิชาการศึกษาทั่วไป
มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 14 | อ.ดร.จิราพร | วัฒน์ศรีสิน | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช |
| 15 | อ.ดร.กมลรัตน์ | เทอร์เนอร์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี |
| 16 | อ.ดร.ศุภรีใจ | เจริญสุข | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช |
| 17 | อ.ดร.ธีรรัตน์ | บุญฤกษ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง |
| 18 | อ.ดร.บุญเตือน | วัฒน์กุล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี |
| 19 | อ.ดร.ทองสวย | สีทานนท์ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 20 | อ.กัลยา | ทองประเสริฐ | ผู้ทรงคุณวุฒิ |



วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 24 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2557 ISSN 0857-3743

สารบัญ

- การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ในกระบวนการดำเนินงานอนามัยชุมชน..... 1
บทเรียนในการนำทฤษฎีสู่การฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลในชุมชน
- ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลจากโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่ม 12
เพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้
- สภาพการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาล มีความสามารถ..... 30
ในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์
- เปรียบเทียบการเตรียมคลอดและวิธีการเบ่งต่อผลการคลอดของมารดา45
ที่คลอดครั้งแรก
- การพัฒนากระบวนการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด 56
โรงพยาบาลบึงโขงหลง
- การพัฒนาชุมชนสุขภาพโดยใช้นวัตกรรมระบบครอบครัวเสมือน67
(หนึ่งวิทยาลัย หนึ่งชุมชน)
- การพัฒนาคุณลักษณะอาจารย์พยาบาลเพื่อมุ่งสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้..... 80
ของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก
- การได้รับวัคซีน ความรู้และความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อ.....92
ไวรัสตับอักเสบบี ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท
- การประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน..... 105
โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช (วาสนมหาเถระ) อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
- การประยุกต์ใช้หลักการของลินเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 121
ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลระยอง
- การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด 136
ST-Segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI) ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ
โรงพยาบาลพระปกเกล้า
- ผลของการออกกำลังกายแบบพลังลมปราณต่อความทนทานในการออกกำลังกาย 149
อาการหายใจลำบาก และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบาก
ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง



บรรณาธิการกล่าว

สวัสดิ์ดีค่ะ...สมาชิกวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขและผู้สนใจทุกท่าน

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 1 ปีที่ 24 มกราคม-เมษายน 2557 ตลอดระยะเวลา 23 ปีที่ผ่านมา กองบรรณาธิการได้มีความพยายามในการพัฒนาวารสารมาอย่างต่อเนื่องจนได้รับการยอมรับอยู่ในฐาน TCI กลุ่มที่ 1 และจะรักษามาตรฐานของวารสารให้มีคุณภาพต่อไป ด้วยการตีพิมพ์ผลงานวิชาการและผลงานวิจัยที่มีความหลากหลาย เผยแพร่ตามเวลาที่กำหนด นอกจากนี้ผู้สนใจยังสามารถดาวน์โหลดบทความวิชาการและบทความวิจัยที่เผยแพร่ในวารสารได้ทางเว็บไซต์ของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข : www.tnaph.org และ <http://www.tci-thaijo.org/index.php/tnaph>

วารสารฉบับนี้มีบทความวิชาการที่น่าสนใจเรื่อง “การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในกระบวนการดำเนินงานอนามัยชุมชน บทเรียนในการนำทฤษฎีสู่การปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลในชุมชน” และมีบทความวิจัยที่ครอบคลุมทั้งด้านการบริหารการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการศึกษาพยาบาล อาทิเช่น “การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลพระปกเกล้า” “การประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช (วาสนมหาเถระ) อำเภอ นครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา” “การพัฒนาคุณลักษณะอาจารย์พยาบาลเพื่อมุ่งสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ ของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก” และ “การพัฒนาชุมชนสุขภาวะโดยใช้นวัตกรรมระบบครอบครัวเสมือน: หนึ่งวิทยาลัยหนึ่งชุมชน” และเรื่องอื่นๆ ที่น่าสนใจเช่นกัน รวมทั้งสิ้น 12 บทความ ด้วยเนื้อหาสาระที่มากขึ้นทั้งปริมาณและคุณภาพ สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นเจ้าของจึงได้ ปรับอัตราค่าสมาชิกเป็น 300 บาทต่อปี เพื่อให้สอดคล้องกับต้นทุนที่สูงขึ้น จึงขอเรียนให้สมาชิกทุกท่านทราบถึงความจำเป็นดังกล่าว

ในนามของบรรณาธิการวารสาร ดิฉันขอเชิญชวนให้สมาชิกและผู้สนใจทุกท่านส่งผลงานวิจัยและผลงานวิชาการมาเผยแพร่ และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กลั่นกรองบทความและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพของบทความให้ดียิ่งขึ้น...

ดร.ศุภกรใจ เจริญสุข
บรรณาธิการ



การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ในกระบวนการดำเนินงานอนามัยชุมชน บทเรียนในการนำทฤษฎีสู่การฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลในชุมชน

บุญชัย ภาละกาล*

บทคัดย่อ

การวินิจฉัยชุมชนเป็นหัวใจของการแก้ไขปัญหาชุมชน วัตถุประสงค์ของการเขียนบทความนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการจัดลำดับ ความสำคัญของปัญหาในกระบวนการดำเนินงานอนามัยชุมชนซึ่งมีหลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีล้วนมีข้อดีและข้อจำกัด และนำเสนอถึงประสบการณ์การประยุกต์ใช้วิธีต่างๆ เพื่อให้สามารถนำมาใช้ได้จริงกับการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลในชุมชน ของกลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์โดยใช้ชื่อว่าวิธีของสรรพสิทธิประสงค์ (SPS Model) ซึ่งวิธีนี้เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นสำคัญ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงสำหรับการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลในชุมชน

คำสำคัญ : การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การวินิจฉัยชุมชน สรรพสิทธิประสงค์ โมเดล

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์



The Problem Prioritization Methods in the Community Processes: Lesson Learned from Theory to Practice of Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong

.....

*Boonchai Phalakan**

Abstract

Community diagnosis is salient factor for community's problem solving. The aim of this article was to understand the methods of problem prioritization in community processes. There are many problem prioritization methods used in community practice. Each method has its advantages and limitations. This paper presents a modification of different problem prioritization methods and applies it to practical training of nursing students in the community. Nursing students were in the Community Nursing department of Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong. We propose as the SPS Model. The SPS model emphasizes the participation of people in the community that nursing students can apply in community nursing practice.

Keywords : Problem prioritization methods, community diagnosis, SPS model

* Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong



ความเป็นมาและความสำคัญ

การแก้ปัญหาของชุมชนโดยการจัดกิจกรรมต่างๆในชุมชนนั้นสิ่งที่สำคัญคือการมีส่วนร่วมของชุมชนที่อาจผ่านตัวแทนหรือแกนนำของชุมชนในการจัดการกับปัญหาของชุมชน ซึ่งความสำเร็จจะขึ้นอยู่กับ ระดับการมีส่วนร่วมของชาวชุมชน¹ การผลิตบัณฑิตพยาบาลนอกจากจะต้องมีสมรรถนะในเรื่องของการปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยแล้วสมรรถนะในเรื่องของการปฏิบัติงานทางด้านสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยซึ่งเป็นการปฏิบัติหน้าที่ในชุมชน ถือว่าเป็นสมรรถนะที่จำเป็นเช่นกัน และการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลในแหล่งฝึกที่เป็นชุมชนนั้นจากอดีตสู่ปัจจุบันได้มีการนำทฤษฎี เครื่องมือและแนวปฏิบัติต่างๆอย่างมากมายเพื่อให้ นักศึกษามีความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานพยาบาลในชุมชน ซึ่งทักษะที่สำคัญที่ขาดไม่ได้ นั่นคือกระบวนการดำเนินงานอนามัยชุมชน และขั้นตอนกระบวนการดำเนินงานอนามัยชุมชน นั้นมีหลายขั้นตอนมีลักษณะเป็นพลวัต (Dynamic) ประกอบด้วย² การประเมินสุขภาพชุมชน (Community Health Assessment) การวินิจฉัยและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพชุมชน (Community Diagnosis and Priority Setting) การวางแผนดำเนินงาน (Planning) การดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้ (Intervention) และการประเมินผลการดำเนินงาน (Evaluation) ในขั้นตอนที่สำคัญและมักมีปัญหาในการนำไปปฏิบัติจริงในชุมชนคือขั้นตอนการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพชุมชน ซึ่งมีหลายวิธีแต่ละวิธีล้วนมีข้อดีและจำกัดในการนำสู่การปฏิบัติจริง บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อจะชี้ให้เห็นถึงข้อดีและข้อจำกัดของวิธีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในแต่ละวิธี และนำเสนอประสบการณ์การประยุกต์ใช้วิธีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลในชุมชนของกลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ โดยใช้ชื่อว่าวิธีของสรรพสิทธิประสงค์ (SPS Model)

ความสำคัญ

ปัญหาด้านสุขภาพชุมชนมักมีหลายปัญหาในการแก้ไขปัญหาของพยาบาลอนามัยชุมชนนั้นไม่สามารถแก้ไขทุกปัญหาไปพร้อมกัน เนื่องจากแต่ละปัญหามีสาเหตุและความสลับซับซ้อนแตกต่างกัน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องจัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามความจำเป็นก่อนหลังและแก้ไขไปตามความจำเป็นเหล่านั้น³

ในแต่ละชุมชนปัญหาสุขภาพอนามัยไม่ได้มีเพียงปัญหาเดียว บางชุมชนอาจมีปัญหาถึง 10 ปัญหาแต่ปัญหาเหล่านั้นไม่สามารถแก้ไขให้สำเร็จได้ในเวลาเดียวกัน เนื่องจากความจำกัดทางด้านทรัพยากร ดังนั้นปัญหาเหล่านี้จึงต้องมีการจัดลำดับความจำเป็นก่อนว่าปัญหาใดเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องเร่งแก้ไขทันที ปัญหาไหนที่สามารถชะลอไว้แก้ไขทีหลังได้ การจัดลำดับความจำเป็นก่อนหลังนี้เรียกว่า การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา⁴

วิธีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

1. วิธีของภาควิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล⁴

เป็นวิธีที่นิยมใช้กันมาก เพราะมีองค์ประกอบที่ตัดสินใจและคำนวณออกมาเป็นคะแนนที่ตัดสินใจง่าย ไม่มีความสลับซับซ้อน โดยมีองค์ประกอบ 4 อย่าง แต่ละองค์ประกอบให้คะแนนจาก 0-4 หรือ 1-5 รวมคะแนนที่ได้ทั้งหมด แล้วนำมาเรียงลำดับจากคะแนนที่ได้สูงสุดลงมา องค์ประกอบทั้ง 4 ที่นำมาพิจารณา ได้แก่

1.1 ขนาดของปัญหา (Size of Problem or Prevalence) หมายถึงโรคที่เกิดในชุมชนว่าโรคนั้น ๆ เมื่อเกิดขึ้นมีผู้ป่วยเท่าไร และถ้าเป็นโรคติดต่อ สามารถติดต่อหรือแพร่กระจายง่ายหรือไม่ มีแนวโน้มของโรคเป็นอย่างไร โดยแสดงในลักษณะอัตราของปัญหาเช่นเด็กวัย 0-5 ปี มีอัตราการขาดสารอาหารร้อยละ 25.75 วัยรุ่นในชุมชนติดบุหรี่ยังจำนวน 90 คนคิดเป็นร้อยละ 70 ของจำนวนวัยรุ่นทั้งหมดในชุมชน เป็นต้น จากนั้นนำมาพิจารณาให้คะแนนตามเกณฑ์คือ



ไม่มีเลย	= 0 คะแนน
มากกว่า 0-25%	= 1 คะแนน
26-50%	= 2 คะแนน
51-75%	= 3 คะแนน
76-100%	= 4 คะแนน

1.2 ความรุนแรงของปัญหา (Severity of Problem) หมายถึงโรคหรือปัญหานั้นเกิดขึ้นจะมีอัตราตายหรือความทุพพลภาพมากน้อยเพียงไร โรคหรือปัญหานั้นถ้าปล่อยทิ้งไว้แล้วจะก่อให้เกิดความเสียหายเป็นอันตรายถึงแก่ความตายหรือไม่ ทำให้เกิดผลเสียแก่ครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติ ในด้านเศรษฐกิจอย่างไรบ้าง นำมาคิดเป็นร้อยละของประชากรที่ได้รับผลกระทบจากปัญหานั้นๆและให้คะแนนดังนี้

ไม่มีเลย	= 0 คะแนน
มากกว่า 0-25%	= 1 คะแนน
26-50%	= 2 คะแนน
51-75%	= 3 คะแนน
76-100%	= 4 คะแนน

1.3 ความยากง่ายในการแก้ปัญหา (Ease of management) หมายถึง การดำเนินงานแก้ปัญหาดังกล่าวจะทำได้หรือไม่ ซึ่งต้องพิจารณาองค์ประกอบต่างๆดังนี้คือ

1.3.1 ด้านวิชาการ มีความรู้ด้านวิชาการในการนำมาใช้แก้ปัญหาได้หรือไม่ ถ้ามีมากเท่าใดเช่น การฉีดวัคซีนป้องกันโรค ยารักษาโรคโดยตรง เป็นต้น ถ้าหากผู้ปฏิบัติมีความรู้ไม่เพียงพอ ก็สามารถพิจารณาแหล่งความรู้หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่สามารถให้ความช่วยเหลือหรือสนับสนุนได้

1.3.2 ด้านบริหาร ต้องคำนึงถึงทรัพยากรและปัจจัยต่างๆที่จะนำมาใช้ในการสนับสนุนได้แก่ บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และวิธีการบริหารจัดการ รวมทั้งนโยบายของผู้บริหารในระดับสูงขึ้นไป

1.3.3 ด้านระยะเวลา มีเพียงพอที่จะแก้ไขปัญหานั้น ๆ หรือไม่

1.3.4 ด้านกฎหมาย ควรพิจารณาว่าการดำเนินการแก้ปัญหานั้นขัดแย้งต่อข้อกฎหมาย

ที่มีอยู่หรือไม่

1.3.5 ด้านศีลธรรม ต้องพิจารณาว่าการดำเนินการแก้ปัญหานั้นขัดกับศีลธรรมหรือขนบธรรมเนียม ประเพณี หรือไม่ เช่น ปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์จะแก้ไขโดยการทำแท้งได้หรือไม่ จากนั้นนำองค์ประกอบทั้งหมดมาพิจารณาให้คะแนนดังนี้

ไม่มีทางทำได้เลย	= 0 คะแนน
ยากมาก	= 1 คะแนน
ยาก	= 2 คะแนน
ง่าย	= 3 คะแนน
ง่ายมาก	= 4 คะแนน

1.4 ความสนใจหรือความตระหนักของชุมชนที่มีต่อปัญหานั้น (Community Concern) หมายถึงพิจารณาว่าประชาชนในชุมชนเห็นว่าปัญหาที่เกิดขึ้นนั้น มีความสำคัญหรือไม่ มีความวิตกกังวล สนใจหรือต้องการแก้ไขหรือไม่ การประเมินความสนใจของชุมชนอาจได้จากการสังเกตหลังจากที่ได้ปัญหาแล้วนำมาเสนอกับชุมชนได้รับทราบซึ่งต้องใช้วิธีการรวบรวมการกลุ่มซึ่งอาจจะเป็นกลุ่มผู้นำชาวบ้านหรือผู้นำหมู่บ้านร่วมกับประชาชน ซึ่งการให้คะแนนมีเกณฑ์ดังนี้

ไม่มีเลย	= 0 คะแนน
มากกว่า 0-25%	= 1 คะแนน
26-50%	= 2 คะแนน
51-75%	= 3 คะแนน
76-100%	= 4 คะแนน

หรือพิจารณาข้อบ่งชี้จากความสนใจของชุมชนแล้วสรุปตัดสินใจจากความสนใจมากน้อยและให้คะแนนดังนี้

ไม่สนใจเลย	= 0 คะแนน
สนใจน้อย	= 1 คะแนน
สนใจปานกลาง	= 2 คะแนน
สนใจมาก	= 3 คะแนน
สนใจมากที่สุด	= 4 คะแนน

เมื่อได้คะแนนของทั้ง 4 องค์ประกอบแล้วนำคะแนนมารวมกัน การรวมคะแนนทำได้ 2 วิธีคือ

1) **วิธีบวก** นำคะแนนแต่ละหัวข้อมาบวก



กัน แต่ผลที่ได้จากการนำคะแนนมาบวกกันวิธีนี้จะมองเห็นความแตกต่างของแต่ละปัญหาได้น้อย เนื่องจากความกว้างของคะแนนแคบ

2) **วิธีคูณ** นำคะแนนแต่ละหัวข้อมาคูณกัน วิธีนี้จะทำให้เห็นความกว้างของปัญหาได้ชัดเจนขึ้น แต่ละคะแนนที่ให้ในแต่ละหัวข้อนั้น คะแนนต่ำสุดควรเป็น 1 เพราะถ้าให้คะแนน 0 แล้ว เมื่อนำคะแนนมาคูณกันจะได้คะแนนรวมเท่ากับ 0 ซึ่งค่า 0 ไม่ได้

หมายความว่าปัญหานั้นไม่ได้เป็นปัญหาของชุมชน แต่หมายความว่าปัญหานั้นไม่อาจแก้ไขได้ในเวลาอันรวดเร็วหรือปัญหานั้นแก้ไขได้ยากมากดังนั้นการให้คะแนนองค์ประกอบใดเป็น 0 ควรพิจารณาให้รอบคอบ

ในกรณีที่คะแนนรวมเท่ากันต้องนำปัญหาที่ได้คะแนนเท่ากันนั้นมาพิจารณาในรายละเอียดอีกครั้งแล้วจึงนำมาตัดสินใจ

ตัวอย่างการคิดคะแนนเพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

ปัญหา	คะแนนขององค์ประกอบ			คะแนนรวม		
	ขนาดของปัญหา	ความรุนแรง	ความยากง่าย	ความสนใจ	วิธีบวกรวม	วิธีคูณ
1. มารดาไม่ฝากครรภ์ 80%	4	4	1	4	13	64
2. เด็กขาดสารอาหาร 10%	1	1	1	4	7	4
3. ใช้เสื้อดออก อัตราป่วย 2%	1	1	3	3	8	9

จากตาราง พบว่าปัญหาอนามัยชุมชนอันดับที่ 1 คือ มารดาไม่ฝากครรภ์ อันดับที่ 2 คือ ใช้เสื้อดออก อันดับที่ 3 คือ เด็กขาดสารอาหารตามลำดับ

ข้อดี

1) มีเกณฑ์ในการให้คะแนนในแต่ละองค์ประกอบที่ชัดเจน⁴

2) เป็นที่นิยมใช้อย่างแพร่หลาย³

ข้อจำกัดและข้อค้นพบของการนำไปใช้ในการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล

1) นักศึกษามีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนว่าสามารถนำวิธีนี้ไปจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในการจัดเวทีประชาคมโดยให้ประชาชนเลือกปัญหาและให้คะแนนในทุกองค์ประกอบซึ่งแต่ละองค์ประกอบที่มีคะแนนเป็น 4-3-2-1-0 มักเกิดความสับสนและต้องยกมือหลายครั้งซึ่งเป็นเรื่องยุ่งยากมากในทางปฏิบัติ

2) ในองค์ประกอบเรื่องขนาดของปัญหาและความรุนแรงของปัญหาจะใช้ได้ดีในการจัดลำดับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคหรือภาวะสุขภาพและต้องแปลงข้อมูลปัญหาออกมาในรูปของอัตราหรือเปอร์เซ็นต์ ในบางครั้งปัญหาที่ได้จากการสำรวจและสัมภาษณ์คนในชุมชนที่ไม่ใช่โรค ไม่สามารถแปลงออกมาในรูปของอัตราได้เช่น ปัญหาถนนเป็นหลุมเป็นบ่อ ปัญหาการพนันซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในชุมชนและบางครั้งเกี่ยวข้องหรือส่งผลต่อสุขภาพของคนในชุมชนได้

3) ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในองค์ประกอบด้านขนาดของปัญหาและความรุนแรงของปัญหาผู้จัดสามารถให้คะแนนได้เลยตามทฤษฎีจากนั้นในองค์ประกอบของความยากง่ายและความตระหนักหรือความสนใจของประชาชนต้องใช้กระบวนการกลุ่มในทางปฏิบัติบางครั้งปัญหาที่นักศึกษาและเจ้าหน้าที่นำเสนอขึ้นไม่ตรงกับที่รับรู้ปัญหาของประชาชนจะทำให้เกิดความขัดแย้ง



ในกระบวนการกลุ่มและมีผลถึงความร่วมมือในการดำเนินการแก้ไขในลำดับต่อไปได้

2. วิธีของแฮนลอน (John J.Hanlon)⁴

เหมาะสำหรับการพิจารณาปัญหาระดับนโยบาย แต่บางครั้งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในชุมชนใหญ่ที่มีประชากรมาก ๆ โดยพิจารณาถึงผลกระทบของปัญหานั้นๆ ในประเด็นต่างๆ ได้แก่ มีผลกระทบต่อประชากรมากหรือไม่ เป็นสาเหตุที่ทำให้ทารกตายหรือไม่ มีผลต่อเด็กและเยาวชนหรือไม่ เป็นสาเหตุของความพิการและทุพพลภาพหรือไม่ มีผลกระทบต่อการพัฒนาชุมชนหรือชนบทหรือไม่ เป็นสาเหตุที่ทำให้ชุมชนมีความกังวลหรือไม่ หากคำตอบของปัญหาทั้งหมดคือ “ใช่” ให้ถือว่าเป็นปัญหาอันดับที่หนึ่งที่ต้องการแก้ไข วิธีนี้มีสูตรในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยใช้องค์ประกอบ 4 ประการไว้ดังนี้

1) **องค์ประกอบ A คือ ขนาดของปัญหา (Size of Problem)** ในการให้คะแนนขนาดของปัญหาอาจใช้อัตราส่วนหรือร้อยละของประชากรที่เกิดปัญหาบางครั้งอาจต้องนำมาคำนวณเป็น Incidence หรือ prevalence rate ต่อประชากร 100,000 เกณฑ์การให้คะแนนในองค์ประกอบ A มีค่าคะแนน 0 -10 คะแนน

2) **องค์ประกอบ B คือ การคุกคามของปัญหานั้น (Seriousness of Problem)** มีปัจจัยที่ต้องพิจารณา 4 อย่าง ได้แก่ ความเร่งด่วน (Urgency) ความรุนแรง (Severity) การสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ (Economics loss) และการแพร่กระจายไปสู่บุคคลอื่น (Involvement at other people) เกณฑ์การให้คะแนนในองค์ประกอบ C มีค่าคะแนน 0-10 คะแนน

3) **องค์ประกอบ C คือ ประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน (Effectiveness of the Intervention)** เป็นส่วนสำคัญยิ่งแต่วัดได้ยากมาก และวัดออกมาเป็นเปอร์เซ็นต์ เกณฑ์การให้คะแนนในองค์ประกอบ C มีค่าคะแนน 0 -10 คะแนน

4) **องค์ประกอบ D คือ ข้อจำกัด (Limitation)** หมายถึง ตัวกำหนดว่าโครงการหรือ

กิจกรรมจะกระทำได้หรือไม่ ภายใต้ระยะเวลาที่กำหนด และทรัพยากรที่มีอยู่โดยต้องพิจารณาถึงสิ่งต่างๆต่อไปนี้คือ ความเหมาะสมของกิจกรรมแก้ปัญหา (Property : P) เศรษฐกิจ (Economics : E) การยอมรับ (Acceptability : A) ชุมพลังหรือทรัพยากร (Resource : R) ความเป็นไปได้เชิงกฎหมาย (legality : L) ปัจจัยดังกล่าวจะเป็นตัวบ่งชี้ของความสำเร็จของโครงการต่างๆแต่ละปัจจัย (PEARL) มีค่าคะแนนเป็น 0 หรือ 1 การคำนวณให้คะแนนโดยวิธีคูณ (P x E x A x R x L) ดังนั้นถ้าตัวใดตัวหนึ่งเป็น 0 จะทำให้ (PEARL) ทั้งหมด เป็น 0 และจะทำให้องค์ประกอบ D มีค่าเป็น 0 ด้วย ดังนั้นการพิจารณาให้คะแนนจึง ต้องทำอย่างระมัดระวัง

$$\text{Basic priority rating (B.P.R)} = \frac{(A+B) \times C}{3}$$

$$\text{Overall priority rating (O.P.R)} = \frac{((A+B) \times C) \times D}{3}$$

ข้อดี

- 1) มีองค์ประกอบให้พิจารณาค่อนข้างละเอียด
- 2) เกณฑ์การให้คะแนนชัดเจนในแต่ละองค์ประกอบ
- 3) เหมาะสำหรับการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในระดับนโยบาย⁴

ข้อจำกัดและข้อค้นพบของการนำไปใช้ในการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล

1) ในการพิจารณาถึงผลกระทบของปัญหานั้นๆ ในประเด็นต่างๆโดยให้คำตอบว่า “ใช่” ตลอดจนการพิจารณาการให้คะแนนในแต่ละองค์ประกอบที่มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 เป็นบางครั้งเป็นการให้คะแนนโดยใช้ความรู้สึกของเจ้าหน้าที่ผู้ให้คะแนนซึ่งอาจคลาดเคลื่อนจากปัญหาที่แท้จริงในชุมชน

2) ในองค์ประกอบ D ถ้าคะแนน PEARL เป็น 0 จะทำให้คะแนนขององค์ประกอบนี้ เป็น 0 และเมื่อแทนค่าในสูตรหา Overall priority rating (O.P.R) จะมีค่าเป็น 0 ทั้งหมดทั้งที่ปัญหานั้นอาจเป็นปัญหาที่สำคัญ⁴



3) ขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนซึ่งอาจส่งผลต่อความร่วมมือในการดำเนินโครงการแก้ไข ปัญหา

3. วิธีการใช้กระบวนการกลุ่ม (Nominal group process)³

เป็นการใช้ประชาชนหรือกลุ่มตัวแทนตัดสินใจ ทั้งนี้สมาชิกในกลุ่มจะต้องมีความรู้ในปัญหาที่พบในชุมชนเป็นอย่างดี วิธีนี้เน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาส่วนใหญ่ มักใช้ร่วมกับการจัดเวทีประชาคม ประกอบด้วยสองขั้นตอนได้แก่

- Listing Technique ประชาชนเสนอ ปัญหาต่างๆที่มีในชุมชน
- Ranking technique ประชาชนลงคะแนน ตัดสินเลือกปัญหาโดยใช้หลักประชาธิปไตย ปัญหาที่มีมีจำนวนผู้เลือกมากที่สุดถือเป็นปัญหาที่มีความสำคัญเป็นอันดับที่ 1 ซึ่งถือได้ว่าเป็นปัญหาที่มาจากประชาชนโดยแท้จริง

ข้อดี

- 1) ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา
- 2) ประชาชนในชุมชนมีโอกาสในการแสดงความคิดเห็นความเห็นในปัญหาของชุมชนส่งผลดีต่อความร่วมมือแก้ปัญหาในอนาคต

ข้อจำกัดและข้อค้นพบของการนำไปใช้ในการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล

1) การเสนอปัญหาและการเลือกปัญหาส่วนใหญ่ประชาชนมักใช้ความรู้สึกของตัวเองเป็นสำคัญ³ ซึ่งบางครั้งปัญหาที่เสนอและถูกเลือกด้วยเสียงข้างมากไม่สามารถแก้ไขได้หรือแก้ไขได้ยากมากในทางปฏิบัติเช่นปัญหาเสาเสตดในชุมชน ปัญหาโครงสร้างพื้นฐานได้แก่ ถนน ประปา ไฟฟ้า เป็นต้น ซึ่งเจ้าหน้าที่และนักศึกษาพยาบาลไม่สามารถแก้ไขได้

2) ในกระบวนการกลุ่มหากมีการจำกัดการเสนอปัญหา ให้เสนอปัญหาของชุมชนในเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหรือสาธารณสุข พบว่าประชาชนที่เข้าร่วมในกระบวนการจะไม่ค่อยฟัง

พอใจเนื่องจากรู้สึกว่าคุณปิดกั้นและส่วนหนึ่งคิดว่า เป็นเรื่องของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและนักศึกษาพยาบาล การมีส่วนร่วมในกระบวนการจะลดลงหรือไม่ให้ความร่วมมือ

4. วิธี 5 D⁴

เป็นวิธีที่ใช้ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามหลักวิทยาศาสตร์ เกณฑ์การพิจารณาประกอบด้วย 5 องค์ประกอบได้แก่

- Death พิจารณาจากจำนวนคนที่เสียชีวิตจากโรคหรือปัญหานั้นๆ (Mortality rate) ในชุมชน
- Disability ให้ความสนใจจำนวนที่เกิดความพิการจากปัญหาหรือโรคนั้นๆ รวมถึงแนวโน้มของโรคที่เกิดขึ้นเป็นสาเหตุของความพิการหลงเหลือในชุมชนนั้นๆ
- Disease พิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยจากโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นๆโดยมุ่งสนใจที่อัตราป่วย (Morbidity rate) ในชุมชน
- Discomfort พิจารณาถึงปัญหาสุขภาพที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายของคนในชุมชน
- Dissatisfaction ให้ความสำคัญกับความรู้สึกไม่พึงพอใจของประชาชนในชุมชนต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นและต้องการแก้ไข

ข้อดี

- 1) มีองค์ประกอบที่ชัดเจนไม่ซับซ้อน ง่ายต่อการพิจารณาและทำความเข้าใจ
- 2) องค์ประกอบในการให้คะแนนอาจนำไปประยุกต์รวมกับองค์ประกอบในวิธีอื่นได้

ข้อจำกัดและข้อค้นพบของการนำไปใช้ในการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล

1) ในการพิจารณาตามหลักเกณฑ์ของ 5D การให้คะแนนในแต่ละองค์ประกอบไม่มีเกณฑ์คะแนนที่ชัดเจนเป็นการให้คะแนนโดยใช้ความรู้สึกของเจ้าหน้าที่ผู้ให้คะแนนซึ่งอาจคลาดเคลื่อนจากปัญหาที่แท้จริงในชุมชน



2) ในเกณฑ์พิจารณาของ ความไม่สุขสบายของคนในชุมชน (Discomfort) และความไม่พึงพอใจของคนในชุมชน (Dissatisfaction) เป็นเกณฑ์ที่วัดยากในทางปฏิบัติจริงเนื่องจากเป็นความรู้สึกของประชาชนซึ่งมีการรับรู้และให้ความสำคัญที่แตกต่างกัน

3) ขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนซึ่งอาจส่งผลต่อความร่วมมือในการดำเนินโครงการแก้ไขปัญห

5. วิธีของ Standhope และ Lancaster ⁵

มีการตั้งเกณฑ์สำหรับการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาไว้ดังนี้

- 1) การรับรู้ปัญหาของชุมชน
- 2) ความตั้งใจของชุมชน (motivation) ในการจะแก้ไขปัญหานั้นๆ
- 3) ความสามารถของพยาบาลในการแก้ไขปัญห
- 4) ผู้ชำนาญการในการแก้ปัญหานั้นๆ ที่มีอยู่
- 5) ความรุนแรงของปัญหาถ้าไม่ได้รับการแก้ไข
- 6) ความรวดเร็วของมติที่จะต้องแก้ไขปัญหานั้น

โดยแต่ละเกณฑ์มีน้ำหนักคะแนนตั้งแต่ 1-10 และแต่ละปัญหาที่มีคะแนนตั้งแต่ 1-10 พร้อมทั้งให้เหตุผลในการให้คะแนนปัญหาด้วยหลังจากนั้นนำคะแนนของเกณฑ์มาคูณกับคะแนนของปัญหาและนำคะแนนที่คุณได้ของแต่ละเกณฑ์มาบวกกันจะได้เป็นคะแนนรวมของแต่ละปัญหา

ข้อดี

- 1) มีเกณฑ์การให้คะแนนที่แบ่งเป็น 2 ส่วนที่เกี่ยวข้องกับประชาชนและส่วนของผู้เจ้าหน้าที่ชัดเจน
- 2) มีการให้เหตุผลในการให้คะแนนในแต่ละปัญหา⁵ ซึ่งสามารถอธิบายที่ไปที่มาของคะแนนได้ชัดเจน

ข้อจำกัดและข้อค้นพบของการนำไปใช้ในการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล

1) ในการพิจารณาเกณฑ์น้ำหนักซึ่งมีค่า 0-10 และน้ำหนักของปัญหา มีค่า 0-10 เป็นการพิจารณาให้คะแนนโดยใช้ความรู้สึกของผู้เจ้าหน้าที่ผู้ให้คะแนนซึ่งอาจคลาดเคลื่อนจากปัญหาที่แท้จริงในชุมชน

2) ขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนซึ่งอาจส่งผลต่อความร่วมมือในการดำเนินโครงการแก้ไขปัญห

จากข้อจำกัดของวิธีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในแต่ละวิธีที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ผู้เขียนและทีมอาจารย์ในกลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ มีการสังเคราะห์ Model การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาโดยนำวิธีการดังกล่าวข้างต้นมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลโดยใช้ชื่อว่าสรรพสิทธิประสงค์ โมเดล (SPS Model) โดยมีรายละเอียดของวิธีการดังนี้

วิธีของสรรพสิทธิประสงค์ (SPS Model) มีหลักการดังนี้

- ปรับปรุงจากของมหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับวิธีกระบวนการกลุ่ม (Nominal group process)
- ใช้หลักการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน
- ใช้ในเวทีประชาคม หรือกระบวนการ A-I-C (Appreciation-Influence-Control)
- ประชาชนที่ร่วมกระบวนการต้องเป็นตัวแทนในทุกกลุ่มของชุมชน
- มีตัวแทนผู้นำองค์กร ตัวแทน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน
- ไม่ปิดกั้นการนำเสนอปัญหา

ขั้นตอน

ขั้นที่ 1

- การเตรียมการเชิญผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประชาชน หรือตัวแทนกลุ่มคนในชุมชนให้ได้ครบ



ทุกกลุ่มหรือให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เช่น กลุ่มผู้นำ กลุ่มเยาวชน กลุ่มตัวแทน อปท.และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน เป็นต้น

- แบ่งกลุ่มย่อย ค้นหาปัญหาของชุมชน
- นำเสนอปัญหาของแต่ละกลุ่ม

ขั้นที่ 2

รวบรวมปัญหาจากแต่ละกลุ่มให้เป็นปัญหาของชุมชนโดยปัญหาที่เหมือนหรือคล้ายกันให้จัดรวมกันได้

ขั้นที่ 3

- จัดลำดับความสำคัญ

เกณฑ์การให้คะแนน ดัดแปลงจากวิธีของภาควิชาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล โดยให้ถือว่าผู้เข้าร่วมประชาคมเป็นตัวแทนของประชาชนทั้งหมดในชุมชนคิดเป็น 100% เกณฑ์และแบ่งองค์ประกอบของการพิจารณาเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1) ขนาดของปัญหา (Size of problem)

หมายถึงปัญหานั้นเกิดขึ้นแล้วมีผลกระทบต่อคนในชุมชนเป็นจำนวนมากน้อยเพียงใดและพิจารณาจากจำนวนคนที่ยกมือสนับสนุนว่าปัญหานั้นมีกระทบต่อตัวเองหรือกระทบต่อคนในชุมชนจำนวนมาก เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่มีเลย	= 0 คะแนน
มากกว่า 0-25%	= 1 คะแนน
26-50%	= 2 คะแนน
51-75%	= 3 คะแนน
76-100%	= 4 คะแนน

2) ความรุนแรงปัญหา (Severity of problem) หมายถึงปัญหาหรือโรคนั้นมีความรุนแรงอาจทำให้คนในชุมชนเกิดการตาย พิการ มีผลกระทบรุนแรงต่อคนในชุมชน และพิจารณาจากจำนวนคนที่ยกมือสนับสนุนว่าปัญหานั้นมีความรุนแรงและต้องการแก้ไข เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่มีเลย	= 0 คะแนน
มากกว่า 0-25%	= 1 คะแนน
26-50%	= 2 คะแนน
51-75%	= 3 คะแนน
76-100%	= 4 คะแนน

3) ความง่ายในการแก้ปัญหา (Ease of management) หมายถึงการดำเนินงานแก้ปัญหากระทำได้โดยง่าย ปัญหานั้นแก้ได้เองโดยไม่ต้องอาศัยหน่วยงานอื่นและต้องพิจารณาปัจจัยสนับสนุนได้แก่ระยะเวลา งบประมาณ และพิจารณาจากจำนวนคนที่ยกมือสนับสนุนว่าปัญหานั้นง่ายต่อการแก้ไข เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่มีเลย	= 0 คะแนน
มากกว่า 0-25%	= 1 คะแนน
26-50%	= 2 คะแนน
51-75%	= 3 คะแนน
76-100%	= 4 คะแนน

4) ความสนใจหรือความร่วมมือ (Community concern) หมายถึงจำนวนประชาชนที่วิตกกังวลและต้องการให้ช่วยแก้ไข ประชาชนที่จะให้ความร่วมมือในการแก้ไข โดยพิจารณาจากจำนวนคนที่ยกมือสนับสนุนว่าจะร่วมมือแก้ไขปัญหานั้น เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่มีเลย	= 0 คะแนน
มากกว่า 0-25%	= 1 คะแนน
26-50%	= 2 คะแนน
51-75%	= 3 คะแนน
76-100%	= 4 คะแนน

การรวมคะแนน

■ คิดเทียบบัญญัติไตรยางศ์ โดยถือว่าประชาชนที่ร่วมในการจัดลำดับเป็นตัวแทนของคนทั้งชุมชน

สูตร คะแนน % = (จำนวนคนโหวต×100)/N

■ N = จำนวนผู้ที่โหวตทั้งหมดในแต่ละองค์ประกอบ

■ นำคะแนน % ที่ได้ไปเทียบเกณฑ์ คะแนน 0-4 แล้วรวมเป็น

■ คะแนนรวมบวก

■ คะแนนรวมจำนวนคน (Vote)

■ จำนวน N ในแต่ละองค์ประกอบอาจไม่เท่ากันได้จากข้อจำกัดของการโหวต

■ หากปัญหาใดมีคะแนนรวมบวกเท่ากันให้ตัดสินที่คะแนนรวมจำนวนคนที่โหวตให้ปัญหานั้นๆ



ตัวอย่างตารางการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาโดยวิธีของสรรพสิทธิประสงค์ (SPS Model)

ปัญหา	คะแนนขององค์ประกอบ								คะแนนรวม	
	ขนาด		ความรุนแรง		ความง่าย		ความร่วมมือ		บวก	คน
	คน	คะแนน (%)	คน	คะแนน (%)	คน	คะแนน (%)	คน	คะแนน (%)	คน	คะแนน (%)
1. เด็กขาดสารอาหาร	12	17=1	2	2=1	12	16=1	30	31=2	5	56
2. ถนนชำรุด	25	36=2	60	61=3	2	3=1	3	3=1	7	90
3. ใช้เลือดออก	24	34=2	50	30=2	60	78=4	62	64=3	11*	196*
4. น้ำเสีย	9	13=1	7	7=1	3	4=1	2	2=1	4	21
รวม (N)	70	100	99	100	77	100	97	100	27	363

จากตารางตัวอย่างจะเห็นได้ว่าปัญหาที่ประชาชนเลือกในการจัดลำดับที่ 1 ได้แก่ปัญหาใช้เลือดออก รองลงมาคือปัญหาถนนชำรุด

ข้อสังเกต

1) จำนวนรวม N ในแต่ละองค์ประกอบไม่เท่ากันเนื่องมาจากการเปิดโอกาสให้สมาชิกหนึ่งคนสามารถยกมือเลือกได้หลายปัญหาในบางครั้ง หากเวลาจำกัดสามารถกำหนดให้ผู้เข้าร่วมยกมือสนับสนุนปัญหาได้เพียงปัญหาเดียวในช่องของแต่ละองค์ประกอบ โดยให้ Vote ที่ละองค์ประกอบ

2) ปัญหาที่ประชาชนนำเสนอไม่ควรปิดกั้นให้เสนอได้เฉพาะที่เกี่ยวกับโรคหรือสุขภาพ สามารถเสนอได้หลากหลาย โดยปัญหาที่ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหรือสาธารณสุขจะมีคะแนนตกไปเองตามกระบวนการให้คะแนนในองค์ประกอบของความง่ายและความร่วมมือแก้ปัญหา เพื่อให้ประชาชนไม่รู้สึกรู้สีกถูกปิดกั้นและยอมรับตามกระบวนการส่งผลกระทบต่อความร่วมมือแก้ปัญหาในอนาคตเมื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและได้ปัญหาอันดับที่ 1 แล้วต้องถามประชาชนอีกครั้งเพื่อเป็นการยืนยันให้ทุกคนยอมรับ จากนั้นปัญหาที่ไม่ถูกเลือกเป็นลำดับที่ 1 หรือ 2 ต้องบอกกับประชาชนว่าจะไม่ทิ้งปัญหาที่ประชาชนนำเสนอในทุกปัญหา จะดำเนินการทำหนังสือสรุปรายงานการจัดเวทีประชาคมเสนอต่อ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการแก้ไขในลำดับถัดไป หรืออาจจะให้ตัวแทน อปท. ที่เข้าร่วมกระบวนการรับมอบปัญหาดังกล่าวไปหรือเชิญให้ชี้แจงกับประชาชนถึงแนวทางการแก้ปัญหา จะทำประชาชนที่ร่วมโครงการไม่รู้สึกรู้สีกว่าปัญหาที่ตัวเองเสนอมาถูกละทิ้งไป และตัวแทนหรือนายก อปท. หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะได้ใช้โอกาสนี้ในการตอบคำถามประชาชนและช่วยในการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการแก้ไขปัญหาได้

ข้อจำกัดและข้อค้นพบของการนำไปใช้ในการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล

1) จากการทดลองใช้วิธีการนี้กับการฝึกภาคปฏิบัติในชุมชนของนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 ฝึกภาคปฏิบัติวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2 ในช่วงปีการศึกษา (2553 – 2555) โดยทดลองใช้วิธีการนี้ปีละ 2-3 กลุ่ม จากการสะท้อนความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้วิธีนี้ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาจากทั้งนักศึกษาและประชาชนผู้เข้าร่วมกระบวนการ พบว่ามีความพึงพอใจในระดับดี เกณฑ์การให้คะแนนชัดเจน ประชาชนที่เข้าร่วมกระบวนการกลุ่มให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

2) การเชิญบุคคลที่เข้าร่วมกระบวนการกลุ่มต้องมีจำนวนมากพอและเป็นตัวแทนของกลุ่ม



คนในชุมชนครบทุกกลุ่มได้แก่ กลุ่มผู้นำ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเด็กและเยาวชน กลุ่มตัวแทนจากอปท.หรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับชุมชน

บทสรุป

ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา มีหลายวิธี แต่ละวิธีมีข้อดีข้อเสียแตกต่างกัน ต้องนำมาตัดแปลงเพื่อใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ขององค์กร บุคคลและชุมชน การตัดสินใจเลือกวิธีและเกณฑ์การพิจารณาไม่อาจเกิดจากบุคลากรสาธารณสุขคนใดคนหนึ่งได้ แต่จะต้องมีการพิจารณาร่วมกันในกลุ่มที่มสุขภาพ และที่ขาดไม่ได้คือการมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่งจะส่งผลถึงความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมในชุมชนในลำดับต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ทศนีย์ ลักษณะานิชนัชช.การบริหารสังคมเพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชนเมือง [อินเทอร์เน็ต]. 2551. [เข้าถึงเมื่อ 1 ส.ค.2556]. เข้าใจได้จาก <http://www.thaingo.org/writer/view.php?id=656>
2. พรศิริ พันธะสี. กระบวนการพยาบาล&แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร; 2552.
3. สุขศิริ ประสมสุข. กระบวนการอนามัยชุมชน. ใน: จริยาวัตร คมพยัคฆ์, วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, บรรณาธิการ. การพยาบาลอนามัยชุมชน แนวคิดหลักการและการปฏิบัติการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: จุดทองจำกัด; 2554. หน้า 178 – 203
4. เดชา ทำดีและวิลาวัณย์ เตือนราษฎร์. การวินิจฉัยชุมชนและการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา. ใน ศิวพร อึ้งวัฒนาและพรพรรณ ทรัพย์ไพบุลย์กิจ, บรรณาธิการ. การพยาบาลชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 1 เชียงใหม่: ครองช่างพริ้นท์ติ้งจำกัด; 2555. หน้า 89 – 104
5. Stanhope Marcia, Lancaster Janett. Community Health Nursing. 4th ed. St. Louis: The C.V. Mosby Company; 2006.



ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลจากโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพ เพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้*

กรรณิกา เรืองเดช**

ไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ***

สุชาติ สังแก้ว****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย แบบภาคตัดขวาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของ ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน กับความยึดมั่นผูกพันในองค์กร การรับรู้ในการสนับสนุนขององค์กร และ พฤติกรรมภาวะผู้นำของพยาบาลจากโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาจังหวัดชายแดนภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพจากโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาจังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 344 คน กลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิจำแนกตามจังหวัด สถิติที่ใช้คือ สถิติเชิงพรรณนาเพื่อจัดหมวดหมู่ และ อธิบายลักษณะพื้นฐานทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน กับ ความยึดมั่นผูกพันในองค์กร การรับรู้ในการสนับสนุนขององค์กร และพฤติกรรมภาวะผู้นำ ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน กับปัจจัยส่วนบุคคล ด้วย Independent t-test และ One-way ANOVA และเมื่อพบว่าค่าเฉลี่ยมีความแตกต่างกันน้อย 1 คู่ ทำการเปรียบเทียบรายคู่ ด้วยการทดสอบ Scheffe ผลการศึกษา พบว่า ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมภาวะผู้นำ ความยึดมั่นผูกพันในองค์กร และการรับรู้การสนับสนุนในองค์กรอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .24$, $r = .23$ และ $r = .11$ ตามลำดับ) ดังนั้นผู้บริหารหรือหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลควร มีนโยบายหรือจัดทำโครงการที่สร้างเสริมพฤติกรรมภาวะผู้นำ และความยึดมั่นผูกพันในองค์กรให้กับพยาบาล กลุ่มนี้ เพื่อเป็นการสนับสนุนความพึงพอใจในการปฏิบัติ เมื่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในระดับสูง ผลที่ตาม มาคือ การลาออกหรือโอนย้ายน้อยลง พยาบาลก็จะปฏิบัติงานด้วยความมุ่งมั่น กระตือรือร้น มีขวัญและกำลังใจ ที่ดี เกิดการทุ่มเท เสียสละทั้งร่างกาย แรงใจ และสติปัญญาให้กับการทำงาน ส่งผลให้งานขององค์กรประสบ ผลสำเร็จทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

คำสำคัญ: ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน พฤติกรรมภาวะผู้นำ ความยึดมั่นผูกพันในองค์กร การรับรู้การ สนับสนุนจากองค์กร พยาบาลวิชาชีพ

* สนับสนุนทุนวิจัยโดยสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

*** ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา



Job Satisfaction of Nurses from the Southern Nursing Shortage Problem Solving Project*

*Kannika Ruangdej***

*Paiboon Chaosuansreecharoen****

*Suchat Sungkeao*****

Abstract

This descriptive research with cross-sectional studies aimed to investigate the relationship between nurses' job satisfaction and the following independent variables: organizational commitment, perceived organizational support, and leadership behaviors. The sample was composed of 344 nurses selected from the Southern Nursing Shortage Problem Solving Project using stratified random sampling technique. Descriptive statistics were used to categorize and explain demographic data. Pearson product-moment correlation coefficient was utilized to determine if the correlation existed between the dependent variable and the independent variables. Independent t-test and one-way ANOVA were used to compare nurses' job satisfaction by demographic variables. Scheffe's test was used for multiple comparisons. The findings revealed that nurses' job satisfaction was significantly associated with organizational commitment, perceived organizational support, and leadership behaviors at a p value < 0.05 ($r = 0.24$, $r = 0.23$ and $r = 0.11$, respectively). Therefore, the chief executive officers or head nurses should have policies or programs to foster leadership behaviors and organizational commitment to enhance nurses' job satisfaction. When nurses are satisfied with their job, it would increase organizational performance and reduce the new nurse turnover rate. In addition, satisfied nurses tend to be more productive, creative, committed and will eventually contribute to higher quality patient care and patient satisfaction. They will tend to care more about work quality and have more drive to achieve and enthusiasm to work. They will generally be more productive.

Keywords: Job satisfaction, leadership behaviors, organizational commitment, perceived organizational support

* Funding by the Nurse Alumni Association of the Ministry of Public Health

** Registered Nurse, Sirindhorn College of Public Health, Yala

*** Director, Sirindhorn College of Public Health, Trang

**** Registered Nurse, Sirindhorn College of Public Health, Yala



ความเป็นมาและความสำคัญ

ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 24 เมษายน 2550 ที่อนุมัติให้ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอบต.) ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข จัดทำโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาจังหวัดชายแดนภาคใต้ บรรเทาความขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ ให้มีจำนวนเพียงพอที่จะให้บริการแก่ประชาชน และเพื่อใช้เป็นกลยุทธ์ในการส่งเสริมให้เยาวชนในพื้นที่ ที่จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาได้เข้าสู่ระบบการศึกษาชั้นอุดมศึกษา เพื่อพัฒนาศักยภาพให้มีการศึกษาจนถึงระดับวิชาชีพ และสร้างอุดมการณ์ ความรัก ความผูกพันให้มีความต่อเนื่อง เพื่อร่วมกันพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ โดยได้มีการคัดเลือกนักศึกษาจาก 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ คือ ยะลา ปัตตานี นราธิวาส สตูล และสงขลา เข้าร่วมโครงการ จำนวน 3,000 คน เพื่อเข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ (4 ปี) ในวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 25 แห่งทั่วประเทศ ขณะนี้พยาบาลวิชาชีพจากโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาจังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่กลับมาปฏิบัติงานในพื้นที่ เป็นระยะเวลาประมาณ 2 ปีแล้ว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลจากโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพราะความพึงพอใจในการปฏิบัติงานนั้นมีความสำคัญทั้งต่อบุคลากรผู้ปฏิบัติงานเองและต่อองค์กร กล่าวคือ บุคคลมีความพึงพอใจในงานอยู่ในระดับสูง จะช่วยให้สามารถทำงานได้อย่างปกติสุข และหากบุคลากรมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานแล้ว จะเกิดความตั้งใจในการทำงานและเต็มใจที่จะอุทิศแรงกายแรงใจทำงานเพิ่มผลผลิตให้แก่องค์กร และยังมีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของบุคลากรด้วย องค์กรใดก็ตามหากบุคคลในองค์กรไม่มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานก็เป็นสาเหตุที่ทำให้ผลงานและผลการปฏิบัติงานต่ำ คุณภาพของงานลดลงอันเนื่องมาจากการขาดงาน ลาออก

จากงาน หรืออาจก่อให้เกิดปัญหาอาชญากรรมและปัญหาทางวินัยอีกด้วย นอกจากนี้ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานยังเป็นเครื่องหมายแสดงถึงประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานและภาวะผู้นำของผู้บริหารองค์กรด้วย¹

การศึกษาวิจัย²⁻⁴ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าความยึดมั่นผูกพันในองค์กร การรับรู้ในการสนับสนุนขององค์กร และพฤติกรรมภาวะผู้นำ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร เพราะความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร หมายถึงการที่สมาชิกขององค์กรมีความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวกับองค์กร ความเชื่ออย่างแรงกล้า ยอมรับเป้าหมายและค่านิยมขององค์กรมีความเต็มใจที่จะทุ่มเทความพยายามในการปฏิบัติงานเพื่อผลประโยชน์ขององค์กร บรรลุเป้าหมายที่องค์กรตั้งไว้ พร้อมทั้งมีความปรารถนาที่จะรักษาความเป็นสมาชิกขององค์กรไว้โดยไม่ลาออกหรือโอนย้ายออกจากองค์กร แม้ว่าจะมีงานที่คล้ายคลึงหรือได้รับผลตอบแทนมากกว่า⁵⁻⁷ ความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพการพยาบาล (Nursing professional commitment) นับว่าเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการแก้ปัญหาความขาดแคลนพยาบาล เพราะความยึดมั่นผูกพัน เป็นสิ่งที่แสดงออกหรือเป็นตัวบ่งชี้ถึง ความรัก ความภาคภูมิใจ การยอมรับและยึดมั่นในจุดมุ่งหมายและอุดมการณ์ของวิชาชีพ อันเป็นผลให้พยาบาลมีความพึงพอใจในการปฏิบัติ และมีความเต็มใจที่จะเป็นสมาชิกของวิชาชีพตลอดไป⁸

พฤติกรรมภาวะผู้นำของบุคลากรมีอิทธิพลต่อการเป็นบุคลากรที่ดี โดยส่งผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานสูงขึ้น และทำให้บุคลากรเกิดแรงจูงใจ ตั้งใจ เต็มใจที่จะปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดขององค์กร เกิดความผูกพัน ยอมรับเป้าหมาย ค่านิยมขององค์กรร่วมกัน⁹⁻¹² ส่วนการรับรู้ในการสนับสนุนขององค์กร หมายถึง การที่บุคลากรรับรู้ว่าการให้กำลังใจดูแลทุกข์สุขตนเพียงใด สนใจผลงานของตนหรือไม่ รับรู้รับทราบหรือเปล่าว่าตนได้ทุ่มเทชีวิตจิตใจให้แก่งานมากเพียงใด มองเห็นคุณค่าของผลงานและเคย



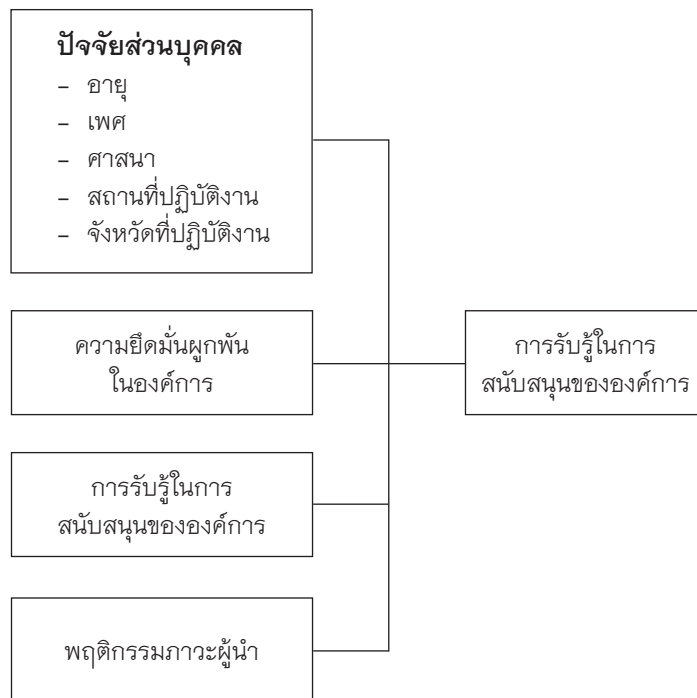
แสดงความชื่นชมผลงานของตนบ้างหรือไม่ การรับรู้ การสนับสนุนจากองค์การจะทำให้บุคลากรมีความผูกพันกับองค์การและผูกพันกับงานที่ทำ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Rhoades and Eisenberger¹⁵ ที่กล่าวว่า การรับรู้สนับสนุนจากองค์การเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความรู้สึกที่สัมพันธ์กับงาน ทำให้บุคลากรเข้าร่วมเป็นสมาชิกขององค์การและมีบทบาททางสังคม ซึ่งจะมีประโยชน์ที่ดีต่อทั้งบุคลากร คือมีความรู้สึกที่ส่งผลต่องานในด้านความพึงพอใจในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น และมีอารมณ์ที่ดีในการทำงานมากขึ้น ต่อองค์การ คือ บุคลากรมีความผูกพันต่อองค์การสูงขึ้น มีการปฏิบัติงานที่ดีขึ้นและลดการลาออกจากงาน

สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลจากโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่ถือว่าเป็นบุคลากรที่เพิ่งเริ่มปฏิบัติงาน จะเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารในการปรับปรุง พัฒนา สร้างบรรยากาศในการทำงานและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพให้สูงขึ้นอย่างถูกต้อง ทิศทาง อันจะส่งผลให้บุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ เกิดประสิทธิภาพแก่ผู้รับบริการและการคงอยู่กับองค์การ และเป็นการตอบสนองต่อวัตถุประสงค์ของโครงการที่ต้องการให้

ประชาชนในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้รับบริการทางด้านสุขภาพที่ดีมีประสิทธิภาพ เหมาะสม และสอดคล้องกับสภาพปัญหา รวมทั้งความต้องการของชุมชนและท้องถิ่น ตลอดจนถูกต้องตามหลักศาสนา ขนบธรรมเนียมและวัฒนธรรมอันจะนำไปสู่ความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ความยึดมั่นผูกพันในองค์การ การรับรู้ในการสนับสนุนขององค์การ และพฤติกรรมภาวะผู้นำของพยาบาลจากโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาจังหวัดชายแดนภาคใต้
2. เพื่อเปรียบเทียบกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ศาสนา สถานที่ปฏิบัติงาน และจังหวัดที่ปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลจากโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาจังหวัดชายแดนภาคใต้
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของ อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ความยึดมั่นผูกพันในองค์การ การรับรู้ในการสนับสนุนขององค์การ และพฤติกรรมภาวะผู้นำ กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลจากโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาจังหวัดชายแดนภาคใต้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) แบบภาคตัดขวาง (Cross sectional studies) การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา ก่อนที่จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพจากโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาจังหวัดชายแดนภาคใต้ ข้อมูลบัญชีรายชื่อจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 5 จังหวัด จำนวน 2,431 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพจากโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาจังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 344 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยสูตร Yamane¹⁴ สุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Sampling) จำแนกตามจังหวัด และคำนวณขนาดตัวอย่างตามสัดส่วน

(Proportional to size) ของแต่ละจังหวัด หลังจากนั้น สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) ตามบัญชีรายชื่อของแต่ละจังหวัด

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามในการวิจัย แบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามแบบเลือกรายการ (Checklist) โดยสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานที่ปฏิบัติงาน ลักษณะการจ้างงาน จังหวัดที่ปฏิบัติงาน และระยะเวลาการปฏิบัติงาน

ตอนที่ 2 แบบวัดความยึดมั่นผูกพันในองค์กร ประเมินด้วยแบบสอบถามวัดความผูกพันต่อองค์กร (Organizational Commitment Questionnaire [OCQ]) ของ Meyer และ Allen¹⁵ จำนวน 18 ข้อ แบ่งเป็น 3 ลักษณะ ความผูกพันต่อองค์กรด้านจิตใจ มี 6 ข้อ (ข้อ 1-6) ความผูกพันต่อองค์กรด้านการ



คงอยู่ มี 6 ข้อ (ข้อ 7-12) ความผูกพันต่อองค์กร ด้านบรรทัดฐาน มี 6 ข้อ (ข้อ 13-18) ลักษณะคำตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 7 ระดับ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 14 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18 และข้อ คำถามเชิงลบ 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 6, 13 แต่ละข้อ มี 7 ตัวเลือก เครื่องมือจากแปลต้นฉบับโดยวิธีการ แปลย้อนกลับ (back-translation) และตรวจสอบ ความถูกต้องการใช้ภาษาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้ สหสัมพันธ์ประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach ซึ่งผลการทดสอบมีค่าเท่ากับ 0.82

ตอนที่ 3 แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนจาก องค์กร ประเมินด้วยแบบสอบถามวัดการรับรู้ใน การสนับสนุนขององค์กร (The 36-item Survey of Perceived Organizational Support [SPOS]) ของ University of Delaware¹⁶ จำนวน 36 ข้อ แบ่งเป็น ข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 35, 36 ข้อ คำถามเชิงลบ ได้แก่ 12, 15, 19, 34 ลักษณะข้อ คำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 7 ระดับ เครื่องมือจากแปลต้นฉบับโดยวิธีการแปล ย้อนกลับ (back-translation) และตรวจสอบความ ถูกต้องการใช้ภาษาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้ สหสัมพันธ์ประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach ซึ่งผลการทดสอบมีค่าเท่ากับ 0.70

ตอนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมภาวะผู้นำ แบ่ง เป็น 2 ลักษณะ คือ คุณลักษณะผู้นำแบบแลกเปลี่ยน (Transactional leadership) และคุณลักษณะ ผู้นำเชิงปฏิรูป (Transformational Leadership) ประเมินด้วยแบบสอบถาม MLQ (Multifactor Leadership Questionnaire) Form 6S ของ Bass และ Avolio (1995)¹⁰ จำนวน 21 ข้อ แบ่งเป็น 7 องค์ ประกอบ (1) อิทธิพลด้านอุดมการณ์ (Idealized influence) ข้อ 1, 8 และ 15 (2) การจูงใจด้านแรง ดลใจ (Inspirational motivation) ข้อ 2, 9 และ 16

(3) การกระตุ้นการใช้ปัญญา (Intellectual stimulation) ข้อ 3, 10 และ 17 (4) การมุ่งความสัมพันธ์เป็น รายคน (Individualized consideration) ข้อ 4, 11 และ 18 (5) การให้รางวัลตามสถานการณ์ (Contingent rewards) ข้อ 5, 12 และ 19 (6) การบริหารแบบวาง เฉย (Management by exception) ข้อ 6, 13 และ 20 และ (7) ภาวะผู้นำแบบปล่อยตามสบาย (Laissez-faire leadership) ข้อ 7, 14 และ 21 ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เครื่องมือจากแปลต้นฉบับ โดยวิธีการแปลย้อนกลับ (back-translation) และ ตรวจสอบความถูกต้องการใช้ภาษาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของ เครื่องมือโดยใช้ สหสัมพันธ์ประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach ซึ่งผลการทดสอบมีค่า เท่ากับ 0.93

ตอนที่ 5 แบบสอบถามวัดความพึงพอใจใน การปฏิบัติงาน โดยใช้แบบวัดความพึงพอใจในการ ปฏิบัติงาน Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ) short form ของ University Minnesota (1977)¹⁷ จำนวน 20 ข้อ แบ่งลักษณะข้อคำถามเป็น ความพึงพอใจภายใน (Intrinsic) ข้อ 1, 2, 3, 4, 7, 8, 10, 11, 15, 16, 20 ความพึงพอใจภายนอก (Extrinsic) ข้อ 5, 6, 9, 12, 13, 14, 17, 19 และ ความพึงพอใจทั่วไป (General Satisfaction) ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating scale) 7 ระดับ เครื่องมือจาก แปลต้นฉบับโดยวิธีการแปลย้อนกลับ (back- translation) และตรวจสอบความถูกต้องการใช้ภาษา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบความ เที่ยงของเครื่องมือโดยใช้ สหสัมพันธ์ประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach ซึ่งผลการ ทดสอบมีค่าเท่ากับ 0.94

การแปลผลคะแนนแบบสอบถามตอนที่ 2-5 เป็นดังนี้¹⁸

$$\bar{x} + 1.5 \text{ S.D.} = \text{สูงมาก}$$

$$\bar{x} + 0.5 \text{ S.D. ถึง } \bar{x} + 1.5 \text{ S.D.} = \text{สูง}$$



$\bar{x} - 0.5 \text{ S.D.}$ ถึง $\bar{x} + 0.5 \text{ S.D.}$ = ปานกลาง
 $\bar{x} - \text{S.D.}$ ถึง $\bar{x} - 0.5 \text{ S.D.}$ = ต่ำ
 น้อยกว่า $\bar{x} - \text{S.D.}$ = ต่ำมาก

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อจัดหมวดหมู่ และอธิบายลักษณะพื้นฐานทั่วไปของประชากร โดยใช้สถิติ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน กับปัจจัยส่วนบุคคล ด้วย Independent t-test และ One-way ANOVA และเมื่อพบว่าค่าเฉลี่ยมีความแตกต่างอย่างน้อย 1 คู่ ทำการเปรียบเทียบรายคู่ ด้วยการทดสอบ Scheffe

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน กับความยึดมั่นผูกพันในองค์กร การรับรู้ในการสนับสนุนขององค์กร และพฤติกรรมภาวะผู้นำ ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 78.5 กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 26.9 ปี อายุน้อยสุด 23 ปี และอายุมากที่สุด 38 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลามสูงถึงร้อยละ 77.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.2 ปฏิบัติงานใน รพช. รองลงมา ร้อยละ 27 ปฏิบัติงานใน รพ.สต. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 35.2 ปฏิบัติงานในจังหวัดปัตตานี รองลงมา ร้อยละ 24.1 ปฏิบัติงานในจังหวัดนราธิวาส และระยะเวลาการปฏิบัติเฉลี่ย 23 เดือน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 344)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	74	21.5
หญิง	270	78.5
อายุ (ปี) \bar{x} = 26.89 Md. = 26 S.D. = 3.08 Max = 38 Min = 23		
ศาสนา		
อิสลาม	268	77.9
พุทธ	76	22.1
สถานที่ปฏิบัติงาน		
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)	93	27.0
โรงพยาบาลชุมชน (รพช.)	183	53.2
โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.)	19	5.5
โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)	49	14.2



ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 344)	ร้อยละ
จังหวัดที่ปฏิบัติงาน		
นครราชสีมา	83	24.1
ปัตตานี	121	35.2
ยะลา	81	23.5
สงขลา	36	10.5
สตูล	23	6.7
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน (เดือน) \bar{x} = 23 Md. = 24 S.D. = 2.93 Max = 26 Min = 6		

หมายเหตุ: \bar{x} = ค่าเฉลี่ย, Md. = ค่ามัธยฐาน, S.D. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Max = ค่าสูงสุด, Min = ค่าต่ำสุด

ระดับความยึดมั่นผูกพันในองค์กร การรับรู้ การสนับสนุนจากองค์กร พฤติกรรมภาวะผู้นำ และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล จากโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ จำแนกรายด้าน และภาพรวม รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความยึดมั่นผูกพันในองค์กร การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร พฤติกรรมภาวะผู้นำ และความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลจากโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

ตัวแปร	\bar{x}	S.D.	ระดับความคิดเห็น
ความยึดมั่นผูกพันในองค์กร			
ความผูกพันต่อองค์กรด้านจิตใจ	5.12	0.98	สูง
ความผูกพันต่อองค์กรด้านการคงอยู่	3.83	0.97	ต่ำมาก
ความผูกพันต่อองค์กรด้านบรรทัดฐาน	4.87	1.01	ปานกลาง
ภาพรวม	4.61	0.71	ปานกลาง
การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร			
การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร	3.27	0.31	ปานกลาง



ตัวแปร	\bar{x}	S.D.	ระดับความคิดเห็น
พฤติกรรมภาวะผู้นำ			
อิทธิพลด้านอุดมการณ์	2.79	0.67	ปานกลาง
การจูงใจด้านแรงดลใจ	2.70	0.66	ปานกลาง
การกระตุ้นการใช้ปัญญา	2.39	0.87	ปานกลาง
การมุ่งความสัมพันธ์เป็นรายคน	2.59	0.70	ปานกลาง
การให้รางวัลตามสถานการณ์	2.82	0.66	ปานกลาง
การบริหารแบบวางเฉย	2.76	0.68	ปานกลาง
ภาวะผู้นำแบบปล่อยตามสบาย	2.59	0.69	ปานกลาง
ภาพรวม	2.66	0.59	ปานกลาง
ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน			
ความพึงพอใจภายใน (Intrinsic)	5.60	0.77	ปานกลาง
ความพึงพอใจภายนอก (Extrinsic)	5.04	1.00	ปานกลาง
ความพึงพอใจทั่วไป (General Satisfaction)	5.38	0.80	ปานกลาง

ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจในการปฏิบัติงานระหว่างเพศหญิงและเพศชาย พบว่าความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลจากโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($t = -1.724, p = .09$)

ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจในการปฏิบัติงานไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติระหว่างพยาบาลที่นับถือศาสนาพุทธและอิสลาม ($t = -0.29,$

$p = .77$)

จากการวิเคราะห์ ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลจากโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาจังหวัดชายแดนภาคใต้ จำแนกตามสถานที่ปฏิบัติงาน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 6.13, p = .000$) ดังนั้นจึงทำการเปรียบเทียบความพึงพอใจในการปฏิบัติงานระหว่างสถานที่ปฏิบัติงานต่างกันรายคู่ ด้วย Scheffe ดัง ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลจากโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาจังหวัดชายแดนภาคใต้ระหว่างสถานที่ปฏิบัติงานต่างกันรายคู่

สถานที่ปฏิบัติงาน	รพ.สต.	รพช.	รพท.	รพศ.
\bar{x}	(5.65)	(5.35)	(5.21)	(5.09)
รพ.สต. (5.65)	0.00	0.30*	0.44	0.56*
รพช. (5.35)		0.00	0.14	0.26
รพท. (5.21)			0.00	0.12
รพศ. (5.09)				0.00

หมายเหตุ * = $p < 0.05$



จากการวิเคราะห์ ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลจากโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาจังหวัดชายแดนภาคใต้ จำแนกตามจังหวัดที่ปฏิบัติงาน พบว่า จังหวัดที่ปฏิบัติงานแตกต่างกัน ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลจากโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาจังหวัดชายแดนภาคใต้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

($F = 3.56, p = .007$) ดังนั้นจึงทำการเปรียบเทียบรายคู่ว่าความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลจากโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาจังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่ปฏิบัติงานในแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างกันอย่างไร ด้วย Scheffe ดัง ตารางที่ 4 แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลจากโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ปฏิบัติงานในจังหวัดที่ต่างกันรายคู่

จังหวัดที่ปฏิบัติงาน \bar{x}	นราธิวาส (5.5)	ปัตตานี (5.46)	ยะลา (5.22)	สงขลา (5.59)	สตูล (4.97)
นราธิวาส (5.47)	0.00	.013	0.26	-0.11	0.50
ปัตตานี (5.46)		0.00	0.24	-0.13	0.49
ยะลา (5.22)			0.00	-0.37	0.24
สงขลา (5.59)				0.00	0.61
สตูล (4.97)					0.00

ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์อายุ ระยะเวลาดำเนินการปฏิบัติงาน ความยึดมั่นผูกพันในองค์การ การรับรู้ในการสนับสนุนขององค์การ พฤติกรรมภาวะผู้นำ กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลจากโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาจังหวัดชายแดนภาคใต้ ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่า ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความยึดมั่นผูกพันในองค์การ การรับรู้ในการสนับสนุนขององค์การ และพฤติกรรมภาวะผู้นำ อย่างมีนัย

สำคัญสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งถ้าทราบค่าความยึดมั่นผูกพันในองค์การ การรับรู้ในการสนับสนุนขององค์การ และพฤติกรรมภาวะผู้นำ จะสามารถอธิบายความแปรปรวนของคะแนนความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลจากโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาจังหวัดชายแดนภาคใต้ได้ร้อยละ 4.84, 1.21 และ 5.76 ตามลำดับ (ตารางที่ 5)



ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่าง อายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ความยึดมั่นผูกพันในองค์กร การรับรู้ในการสนับสนุนขององค์กร พฤติกรรมภาวะผู้นำ และ ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลจากโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาจังหวัดชายแดนภาคใต้

ตัวแปร	\bar{x}	S.D.	X1	X2	X3	X4	X5	X6
X1 = อายุ (ปี)	26.89	3.08	-	0.08	0.07	0.003	-0.20**	0.002
X2 = ระยะเวลาการปฏิบัติงาน (เดือน)	23	2.93		-	0.03	0.06	0.20**	0.07
X3 = ความยึดมั่นผูกพันในองค์กร	5.39	0.81			-	0.32**	-0.04	0.23**
X4 = การรับรู้ในการสนับสนุนขององค์กร	3.97	0.57				-	0.04	0.11*
X5 = พฤติกรรมภาวะผู้นำ	3.15	0.35					-	0.24**
X6 = ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน	2.66	0.59						-

* Correlation is significant at the .05 level (2-tailed)

** Correlation is significant at the .01 level (2-tailed)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลจากโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลจากโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งความพึงพอใจภายใน ความพึงพอใจภายนอก และความพึงพอใจทั่วไป สอดคล้องกับหลายการวิจัย¹⁹⁻²¹ที่ศึกษาความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นผู้บริหาร หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หรือผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ จะต้องพิจารณาส่งเสริมและสนับสนุนความพึงพอใจในการปฏิบัติให้พยาบาลกลุ่มนี้ให้เพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากความรู้สึกพึงพอใจในการปฏิบัติงานนั้นสามารถเปลี่ยนแปลงได้อยู่ตลอดเวลาตามปัจจัยหลายประการ และความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

นั้นมีความสำคัญทั้งต่อบุคลากรผู้ปฏิบัติงานเองและต่อองค์กร กล่าวคือ บุคคลมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูงจะช่วยให้สามารถทำงานได้อย่างปกติสุข และหากบุคลากรมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานแล้ว จะเกิดความตั้งใจในการทำงานและเต็มใจที่จะอุทิศแรงกายแรงใจทำงานเพิ่มผลผลิตให้แก่องค์กร องค์กรใดก็ตามหากบุคคลในองค์กรไม่มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานก็เป็นมูลเหตุที่ทำให้ผลงานและผลการปฏิบัติงานต่ำคุณภาพของงานลดลงอันเนื่องมาจากการขาดงานลาออกจากงาน หรืออาจก่อให้เกิดปัญหาอาชญากรรมและปัญหาทางวินัยอีกด้วย นอกจากนี้ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานยังเป็นเครื่องหมายแสดงถึงประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานและภาวะผู้นำของผู้บริหารองค์กรด้วยและยังมีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของบุคลากรด้วย^{1,22}

ระดับความยึดมั่นผูกพันในองค์กรของพยาบาลจากโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อ



แก้ไขปัญหามันในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ จำแนกรายด้าน และภาพรวม พบว่า ความผูกพันต่อองค์การด้านจิตใจ อยู่ในระดับสูง ความผูกพันต่อองค์การด้านบรรทัดฐาน และภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตามความผูกพันต่อองค์การด้านการคงอยู่ในระดับต่ำมาก ซึ่งเป็นข้อสังเกตที่สำคัญอย่างยิ่งว่าพยาบาลจากโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหามันในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนสถานที่ปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์การรับรู้การสนับสนุนจากองค์การของพยาบาล ที่พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง จากรายงานวิจัยหลายชิ้นที่ชี้ให้เห็นว่า การรับรู้การสนับสนุนจากองค์การเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันในองค์การ และส่งผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร^{13,23-25} ดังนั้นผู้บริหารต้องเร่งสร้างความยึดมั่นความผูกพันต่อองค์การด้านการคงอยู่ของพยาบาลจากโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหามันในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ให้เพิ่มขึ้น หากองค์การสามารถทำให้บุคลากรมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การและมีการรับรู้การสนับสนุนจากองค์การได้มากเท่าใด ก็จะทำให้บุคลากรปรารถนาที่จะเป็นสมาชิกขององค์การต่อไป โดยจะทุ่มเทความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ และมีผลการปฏิบัติงานเป็นที่น่าพอใจ ซึ่งจะเป็นผลดีต่อองค์การในที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ศาสนา สถานที่ปฏิบัติงาน และจังหวัดที่ปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลจากโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหามันในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า เพศที่แตกต่างกันความพึงพอใจในการปฏิบัติงานไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่นักวิชาการและงานวิจัยหลายเล่ม²⁶⁻²⁹ ที่ระบุว่าเพศที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน การวิจัยเกี่ยวกับความแตกต่างของเพศที่มีต่อความพึงพอใจต้องเป็นสิ่งที่ขัดแย้งและไม่ถูกต้อง นักจิตวิทยาสันนิษฐานว่าปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงาน อาจไม่ใช่เพศ

แต่ขึ้นอยู่กับลักษณะงานที่ทำด้วยว่าเป็นงานลักษณะใด รวมทั้งเกี่ยวข้องกับความทะเยอทะยานและความต้องการทางการเงิน เพศหญิงมีความอดทนที่จะทำงานที่ต้องใช้ฝีมือและงานที่ละเอียดอ่อนมากกว่าเพศชาย สำหรับวิชาชีพพยาบาลผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เพราะลักษณะงานเป็นการให้การดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนจิตวิญญาณต้องใช้ความละเอียดอ่อนและความนุ่มนวลซึ่งเป็นงานที่เหมาะสมกับเพศหญิง ส่วนตัวแปรศาสนา พบว่า ศาสนาที่แตกต่างกัน ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลจากโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหามันในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องไม่พบว่ามีการศึกษาตัวแปรศาสนากับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ทั้งนี้เนื่องจากงานวิจัยที่ผ่านมาทั้งในประเทศและต่างประเทศกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะนับถือศาสนาเดียวกัน สำหรับงานวิจัยเรื่องนี้มีลักษณะพิเศษที่ทำการศึกษาในพื้นที่ที่มีลักษณะของความเป็นพหุวัฒนธรรม กลุ่มตัวอย่างมีทั้งผู้นับถือศาสนาพุทธและอิสลาม อย่างไรก็ตามจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ศาสนาที่แตกต่างกัน ไม่มีผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลจากโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหามันในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

สำหรับตัวแปรสถานที่ปฏิบัติงาน พบว่าสถานที่ปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลจากโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหามันในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้แตกต่างกันทางสถิติ โดยที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานสูงกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติในสถานบริการระดับอื่น ๆ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องไม่พบว่ามีการศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจในการปฏิบัติงานกับสถานที่ปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน งานวิจัยส่วนใหญ่จะทำการศึกษาคความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยงานเดียวกัน เหตุผลที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. มีความพึงพอใจในการ



ปฏิบัติงานสูงกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานบริการระดับอื่น ๆ สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน รพช. รพท. และ รพศ. ลักษณะการทำงานเป็นเวร เช้า ป้าย ดึก เป็นงานที่ต้องดูแลบุคคลที่เจ็บป่วย ให้พ้นขีดอันตรายจนเข้าสู่ภาวะปกติ โดยมีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง การปฏิบัติงานต้องใช้ทั้งความรู้ ความสามารถ ทักษะประสบการณ์ ความรับผิดชอบและความอดทนกับบุคคล ทุกเพศ ทุกวัย ทุกชนชั้น และทุกสังคม นับเป็นภาระอันหนักหน่วง ซึ่งไม่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินชีวิตครอบครัว ส่งผลต่องานประจำและชีวิตครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบ สุขภาพกายและใจ ก็เป็นเหตุผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์เจาะลึกของผู้วิจัย³⁰ ดังตัวอย่างต่อไปนี้ “.....หนูเต็มใจและตั้งใจทำงาน พร้อมจะอยู่ที่โรงพยาบาลนี้พอสมควร แต่ถ้ามีโอกาสได้ย้ายไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะเป็นการดี เนื่องจากหนูมีอุปสรรคในโรคส่วนตัวที่เผชิญ ขึ้นเวรดึก ป้ายไม่ค่อยไหว” อีกตัวอย่างหนึ่งคือ “มีผลอย่างมาก เวลาครอบครัวลดลงเกือบเหลือศูนย์ ไม่มีเวลาอยู่กับครอบครัวเลย ขึ้นเวรสลับเช้า ป้าย ดึก ลงมาก็นอนอีก”

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การปฏิบัติงาน พฤติกรรมภาวะผู้นำ ความยึดมั่นผูกพันในองค์กร และการรับรู้การสนับสนุนในองค์กร กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลจากโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า อายุ และการปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งอายุเกี่ยวข้องกับระยะเวลาและประสบการณ์ในการทำงาน²⁶

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ระยะเวลาและประสบการณ์ในการทำงาน คือตัวแปรเดียวกันกับการปฏิบัติงาน ดังนั้นจึงขออภิปรายผลการศึกษาดังกล่าว และการปฏิบัติงานไปพร้อม ๆ กัน ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่ระบุว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับ

ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน²⁶⁻²⁹ อย่างไรก็ตามก็มีความคิดที่อธิบายว่าผู้ที่มีอายุมากมักจะมีส่วนร่วมในการทำงานนานด้วย แต่ก็ขึ้นอยู่กับลักษณะงานและสถานการณ์ในการทำงานด้วย พบว่าคนที่มีอายุน้อยจะมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในระดับที่ต่ำกว่าคนที่มีอายุมากกว่า คนที่เริ่มงานใหม่ ๆ มักผิดหวังกับงานแรกเพราะพวกเขาไม่ได้รับความท้าทายและความรับผิดชอบต่องานที่พวกเขาต้องการ²⁶ สำหรับพยาบาลกลุ่มนี้ถือว่าเป็นบุคลากรที่เริ่มทำงานด้านการพยาบาลใหม่ทั้งหมด แต่ที่มีอายุที่แตกต่างกันมาก อยู่ระหว่าง 23-38 ปี เนื่องจากเป็นโครงการการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มให้เพียงพอกับการจัดบริการประชาชนในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยแบ่งเป็นกลุ่มบุคคลทั่วไปและกลุ่มโควตาพิเศษ คือ ผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหาชายแดนภาคใต้ รวมทั้งบุตรข้าราชการที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ ซึ่งอายุเริ่มเข้าเรียนอยู่ระหว่าง 20-34 ปี ดังนั้นจากผลการศึกษาคั้งนี้สามารถสรุปได้ว่าตัวแปรอายุ และการปฏิบัติงานจึงไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน คือ พฤติกรรมภาวะผู้นำ ความยึดมั่นผูกพันในองค์กร และการรับรู้การสนับสนุนในองค์กร ($r = .24$, $r = .23$ และ $r = .11$ ตามลำดับ) ผลการศึกษาที่พฤติกรรมภาวะผู้นำของบุคคลมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานสอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ^{3,31-32} ทั้งนี้เพราะพยาบาลวิชาชีพต้องแสดงพฤติกรรมภาวะผู้นำกับผู้รับบริการ เพื่อชี้แนะและสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมให้กับผู้รับบริการ ตลอดจนจนแสดงพฤติกรรมภาวะผู้นำในที่มสุขภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน จนบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กร การที่พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมภาวะผู้นำในระดับสูง จะทำให้ปฏิบัติงานอย่างมีความสุข เพราะจะมีคุณลักษณะของการยอมรับฟังความคิดเห็นที่แตกต่างและคอยให้คำแนะนำและการสนับสนุนให้กับผู้รับบริการ และเพื่อเสริมร่วมที่มสุขภาพ สอดคล้องกับ



แนวคิดของ Piccolo and Colquitt³⁵ ได้อธิบายว่า ตัวแปรภาวะผู้นำของบุคคลมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานและพฤติกรรมความเป็นสมาชิกที่ดีในองค์การ โดยส่งผ่านลักษณะงานหลักและแรงจูงใจ

สำหรับความยึดมั่นผูกพันในองค์การ ผลการศึกษาครั้งนี้ก็สอดคล้องกับหลาย ๆ การศึกษาในต่างประเทศ ได้แก่ AL-Hussami³¹ ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลกับความยึดมั่นผูกพันในองค์การ การรับรู้ในการสนับสนุนขององค์การ และภาวะผู้นำการจัดการ (Transactional leadership) ภาวะผู้นำเชิงปฏิรูป (Transformational Leadership) และระดับการศึกษาของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน 53 แห่ง ของภาคตะวันออกเฉียงใต้ ของประเทศสหรัฐอเมริกา ในการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้วยวิธีของเพียร์สัน พบว่าความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันในองค์การ ($r = .91$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความยึดมั่นผูกพันในองค์การเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด การศึกษาของ Freund² ได้ทำการศึกษาในนักสังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติงานในองค์การสวัสดิการของประเทศอิสลาเอล จำนวน 330 คน ผลของการศึกษาพบว่า ความยึดมั่นผูกพันในองค์การเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานและการลาออกจากงานของนักสังคมสงเคราะห์ การศึกษาของ Yoon & Thye⁴ ทำการศึกษาในองค์กรใหญ่ 2 องค์กรของประเทศเกาหลี จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 2,443 คน พบว่า ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การเป็นปัจจัยแทรกซ้อนผ่านประสบการณ์การทำงานที่มีต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติ และการรับรู้ในการสนับสนุนจากองค์การ สำหรับการศึกษานี้ในประเทศไทย พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ วรณนที ชูกาล³⁴ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้อำนวยการ ความพึงพอใจในงาน ปัจจัยส่วนบุคคลกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวง

สาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของอาจารย์พยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ว่า ยิ่งพยาบาลจากโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่ม เพื่อแก้ไขปัญหาจังหวัดชายแดนภาคใต้มีความยึดมั่นผูกพันกับองค์การอยู่ในระดับสูง ก็ยิ่งส่งผลให้พยาบาลมีความพึงพอใจในการปฏิบัติมากขึ้น

การรับรู้การสนับสนุนจากองค์การก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Rhoades and Eisenberger¹⁵ ที่กล่าวถึงการรับรู้การสนับสนุนจากองค์การ ว่าเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับงาน และตอบสนองความรู้สึกที่ส่งผลต่องานในด้านความพึงพอใจในการปฏิบัติงานและอารมณ์ของผู้ปฏิบัติงาน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Dam et al.³⁵ พบว่าการเพิ่มการรับรู้การสนับสนุนจากองค์การให้มากขึ้น สามารถทำได้โดยการพัฒนาระยะภาคในการทำงานของบุคลากร ซึ่งบรรยากาศในการทำงาน มีความหมายรวมไปถึงเพื่อร่วมงานและผู้บังคับบัญชา ที่แสดงการสนับสนุน และให้โอกาสสำหรับในการพัฒนาบุคคล ๆ ดังนั้น หากผู้บังคับบัญชา สนับสนุน จะเหมือนเป็นการพัฒนาการรับรู้การสนับสนุนจากองค์การ และเป็นการแสดงการส่งเสริมต่อผลลัพธ์ในการทำงานอีกด้วย การสนับสนุนเช่นนี้ทำให้บุคลากรในองค์การ เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน เช่นเดียวกับกับผลการศึกษาของ Poon et al.³⁶ ที่ทำการศึกษาเชิงประจักษ์พบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากองค์การส่งผลเชิงบวกต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ การศึกษาของ Lankau and Scandura³⁷ ซึ่งพบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากองค์การในการทำงานส่งผลให้บุคคลเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน และเกิดความผูกพันทางจิตใจต่อองค์การ สิ่งที่มาคือบุคลากรมีความปรารถนาที่จะทำงานกับองค์การอย่างต่อเนื่องไปตลอด



ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลจากโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ อยู่ในระดับปานกลางทั้งความพึงพอใจภายใน ความพึงพอใจภายนอก และความพึงพอใจทั่วไป ดังนั้นผู้บริหาร หัวหน้าหน่วยงานหรือหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลจะต้องสร้างและสนับสนุนความพึงพอใจในการปฏิบัติงานให้แก่พยาบาลกลุ่มนี้ให้เพิ่มสูงขึ้น โดยคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ พฤติกรรมภาวะผู้นำ ความยึดมั่นผูกพันในองค์กร และการรับรู้การสนับสนุนในองค์กร

2. สำหรับพฤติกรรมภาวะผู้นำของบุคลากรนั้นก็ไม่ได้มีมาแต่กำเนิดทุกคน แต่สามารถทำให้เกิดขึ้นได้ สามารถเรียนรู้กันได้ ซึ่งองค์กรยุคใหม่จำเป็นต้องมีอย่างยิ่งที่บุคลากรต้องมีความเป็นผู้นำ หรือความสามารถในการเป็นผู้นำเนื่องจากองค์กรยุคใหม่เน้นการทำงานเป็นทีม ดังนั้นผู้บริหารขององค์กร หรือหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลควรสนับสนุนจัดทำโครงการหรือกิจกรรมที่สร้างเสริมพฤติกรรมภาวะผู้นำให้แก่พยาบาลวิชาชีพเหล่านี้ จะเป็นลักษณะการส่งไปอบรมหลักสูตรภาวะผู้นำกับสถาบันภายนอก เช่น สถาบันพระปกเกล้า วิทยาลัยนักรบริหารสาธารณสุข สถาบันพระบรมราชชนก หรือการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการภายในหน่วยงานเองก็ตาม ทำให้พยาบาลวิชาชีพเหล่านี้สามารถแสดงบทบาทผู้นำได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนเป็นผู้ผลักดันทีมสุขภาพ และกระบวนการทำงานเพื่อนำพาองค์กรสู่ความเป็นองค์กรชั้นนำที่แข็งแกร่งต่อไป สำหรับความยึดมั่นผูกพันในองค์กร และการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กร สามารถดำเนินการได้เช่นเดียวกับการพัฒนาความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน โดยการพัฒนาให้พยาบาลมีพฤติกรรมภาวะผู้นำ ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลจะเกิดขึ้นได้เมื่อพยาบาลสามารถแสดงพฤติกรรมภาวะผู้นำของตนได้อย่างเต็มที่ โดยเฉพาะภาวะผู้นำเชิงปฏิรูป (Transformational

Leadership) มีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อองค์กร และการรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรทั้งโดยตรงและโดยอ้อมผ่านการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Job empowerment) ซึ่งเป็นการทำให้พยาบาลมีความสามารถในการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร โดยการจัดสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานเพื่อให้พยาบาลได้รับอำนาจโดยการที่ผู้บริหารให้การช่วยเหลือสนับสนุน ให้ข้อมูลข่าวสาร และจัดให้มีทรัพยากรพยาบาลอย่างเพียงพอ

เอกสารอ้างอิง

1. ดร.ณัฐ บุญหนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการขอย้ายของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน ในจังหวัดชัยภูมิ. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
2. Freund, A. Commitment and job satisfaction as predictors of turnover intentions among welfare workers. *Adm Soc Work.*, 2005; 29(2): 5-21.
3. Loke, J. C. Leadership behaviors: effects on job satisfaction, productivity and organizational commitment. *J Nurs Manag.*, 2001; 9(4): 191-204.
4. Yoon, J., & Thye, S. A dual process model of organizational commitment: Job satisfaction and organizational support. *Work Occup.*, 2002; 29(1):97-124.
5. จุรีย์ อุตสาหะ. ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสังกัดกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอก การบริหารโรงพยาบาล]. นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
6. วิไลภา ศรีบุญพิมพ์สวย. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.



- [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล] ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2543.
7. Strachota E., Normandin P., O'Brien N., Clary M. & Krukow B. 2003. Reasons registered nurses leave or change employment status. *J Nurs Adm.*, 2003; 33: 111-7.
 8. กฤษณา ไชติชื่น. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความยึดมั่นผูกพันต่อวิชาชีพกับความเต็มใจในการดูแลมารดาที่ติดเชื้เอชไอวีของพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล] กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.
 9. Elumti, Dean, Minnis, William, and Abebe, Michael. Conceptual have a role in developing leadership skills. *Management Decision*, 2005; 43(7-8): 1018-1031.
 10. Bass, B.M. & Avolio, B.J. (Eds.). *Improving organizational effectiveness through transformational leadership*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1995.
 11. Judge, T.A. & Piccolo, R.F. Transformational and transactional leadership: A meta-analytic test of their relative validity. *J Appl Psychol.*, 2004; 89(5): 755-768.
 12. Vigoda-Gadot, E. Leadership style, organizational politics, and employees' performance: An empirical examination of two competing models. *Personnel Review*, 2007; 36 (5): 661-683.
 13. Rhoades, L. & Eisenberger, R. Perceived organizational support: A review of the literature. *J Appl Psychol.*, 2002; 87: 698-714.
 14. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: จามจุรีโปรดักท์; 2553.
 15. Meyer, J. & Allen, N. *Commitment in the Workplace*. Sage: Thousand Oaks; 1997.
 16. University of Delaware. *The 36-item Survey of Perceived Organizational Support [SPOS]*, 1984
 17. University of Minnesota. *Minnesota Satisfaction Questionnaire short form*; 1977.
 18. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. คู่มือการเขียนรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์. กรุงเทพมหานคร: จามจุรีโปรดักท์; 2540.
 19. กิจภรณ์ เอื้อตรงจิตต์, อรสา พันธุ์ภักดี, อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง. *Thai J Nurs.*, 2012; 27(2): 5-15.
 20. Kacel, B., Miller, M. & Norris, D. Measurement of nurse practitioner job satisfaction in a Midwestern state. *JAANP*, 2005; 17(1): 27-32.
 21. ชะไมพร ธรรมวาสิ. ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลกลางตากสินและเจริญกรุงประชารักษ์ สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร [อินเทอร์เน็ต]. 2541. [เข้าถึงเมื่อ 30 ม.ค. 2556]. เข้าถึงเมื่อได้จาก http://www.kcn.ac.th/allfaculty/psy/psy_pdf/job.pdf
 22. Eric, G.L. & Nancy, L.H. The impact of job satisfaction on turnover intent: A test of a Structure measurement model using a nation sample of workers. *The Social Science Journal*, 2001; 38: 233-250.



23. Gilbreath, B. & Benson, P.G. The Contribution of Supervisor Behaviour to Employee Psychological Well-Being. Indiana: Indiana University Purdue University Fort Wayne; 2004.
24. Rhoades, L., Eisenberger, R., & Armeli, S. Affective commitment to the organization: The contribution of perceived organizational support. *J Appl Psychol.*, 2001 86: 825–836.
25. บุญทวารธรณ วังวอน และ มนตรี พิริยะกุล. ตัวแบบเส้นทาง PLS ของบุพปัจจัยและผลลัพธ์ของการรับรู้ในการสนับสนุนจากองค์กรของพนักงานวิชาชีพขนาดกลางและขนาดย่อมจังหวัดลำปาง [อินเทอร์เน็ต]. มปป. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม 2555], เข้าถึงได้จาก http://www.ru.ac.th/research/1_11_53_3.pdf.
26. ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. จิตวิทยาการบริหารงานบุคคล. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพมหานคร; 2544.
27. สมบูรณ์ ปัญจพลาบุรุษ. ความพึงพอใจในการทำงานของพนักงานธนาคารกสิกรไทยในจังหวัดระยอง. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานโยบายสาธารณะ]. ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา; 2541.
28. ณิชฐา กริทธิรัญ. การศึกษาความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพนักงานมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. [วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาการอุดมศึกษา]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2550.
29. จันทร์แรม พุทธุกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรวิทยาลัยการอาชีพสระบุรี จังหวัดสระบุรี. [ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการทั่วไป]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2554.
30. กรรณิกา เรืองเดช ไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ สุชาติสังแก้ว. การศึกษาตัวแปรคัดสรรที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลจากโครงการผลิตพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้. รายงานวิจัย. ยะลา: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา; 2556.
31. Al-Hussami, M. A study of nurses' job satisfaction: the relationship to organizational commitment, perceived organizational support, transactional leadership, transformational leadership, and level of education. *European Journal of Scientific Research*, 2008; 22(2): 286–295.
32. มณี ภาณุวัฒน์สุข. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการทำงาน ภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมของหัวหน้าหอผู้ป่วย การสนับสนุนจากองค์การกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
33. Piccolo, R.F. & Colquitt, J.R. Transformational leadership and job behaviors: the mediating role of core job characteristics. *Acad Manage J.*, 2006; 49(2): 327–340.
34. วรณดี ชูกาล. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้อำนวยการ ความพึงพอใจในงานกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล] กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540.



35. Dam, K. V., Oreg, S. & Schyns, B. Daily work contexts and resistance to organizational change: The role of leader-member exchange, development climate, and change process characteristics. *Int J Psychol.*, 2008; 57(2): 313-334.
36. Poon, J.M.L., Salleh, A.H.M. & Senik, Z. C. Propensity to trust as a moderator of the relationship between perceived organization support and job satisfaction. *International Journal of Organization Theory and Behavior*, 2007; 10(3): 35-40.
37. Lankau, M. J., & Scandura, T. A. An investigation of personal learning in mentoring relationships: Content, antecedents, and consequences. *Acad Manage J.*, 2002; 45(4): 779-790.



สภาพการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาล มีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์

ปานทิพย์ ปุระมานนท์*

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบบรรยายนี้ มุ่งศึกษาสภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ ความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ของนักศึกษาและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านนักศึกษา ปัจจัยด้านอาจารย์ และปัจจัยด้านสภาพการเรียนการสอนกับความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ของนักศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ปีการศึกษา 2555 จำนวน 182 คน และอาจารย์ผู้สอน จำนวน 40 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิและการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ เครื่องมือวิจัยเป็นแบบวัดสภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งตามการรับรู้ของนักศึกษาและตามการรับรู้ของอาจารย์ และแบบวัดความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและหาค่าความเที่ยงได้เท่ากับ .89 .94 และ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่าอาจารย์และนักศึกษามีการรับรู้ต่อสภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.28 และ 2.03 ตามลำดับนักศึกษามีความสามารถในการปฏิบัติกรพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ของนักศึกษา โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.11 ปัจจัยด้านนักศึกษา ได้แก่ ระดับชั้นปี คะแนนเฉลี่ยสะสม และทัศนคติต่อการเรียนพยาบาล ปัจจัยด้านอาจารย์ ได้แก่ ประสบการณ์การสอน ประสบการณ์วิชาชีพครู และภาระงานสอนของอาจารย์ และปัจจัยด้านสภาพการเรียนการสอนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ : สภาพการเรียนการสอนพยาบาล, การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี



The teaching and learning conditions that promote evidence-based human caring of nursing students

Pantip Poorananon*

Abstract

This descriptive research study aimed to find out the teaching and learning conditions that promote evidence-based human caring of nursing students, to study nursing students' ability in evidence-based human caring and to find out the relationship between nursing student factors, instructor factors and teaching and learning factors. The sample consisted of 182 nursing students and 40 instructors in the academic year 2012 at Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, and selected by using proportionate stratified random sampling and simple random sampling without replacement. Data were collected using the student's perception and the instructor's perception of the teaching and learning conditions that promote evidence-based human caring of the nursing students' questionnaire and the nursing students' ability in evidence-based human caring questionnaire. It was tested for content validity and reliability. The Cronbach alpha reliability values were 0.89, 0.94 and 0.91, respectively. Data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation and Pearson product moment correlation coefficient. The results showed that instructors and nursing students perceived the teaching and learning's conditions that promote evidence-based human caring of the nursing students at a good level. The nursing students had evidence-based human caring ability at a high level. The student factors (class, grade and attitude), instructor factors (working experience, teaching experience and workload), and environment factors were positively related to the evidence-based human caring ability at the statistical significance level of 0.01.

Keywords : teaching and learning conditions of nursing, evidence-based human caring

* Professional Registered Nurse , Boromarajonani College of Nursing, Saraburi



ความเป็นมาและความสำคัญ

การบริการสุขภาพด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (humanized health care) เป็นกระแสหลักที่ผู้นำและนักคิดโดยเฉพาะทางด้านสุขภาพกำลังผลักดันให้มีการนำไปปฏิบัติในระบบสุขภาพอย่างจริงจัง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ศ.นพ.ประเวศ วะสี ได้บรรยายในแทบทุกประชุมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประเทศในปี 2550 รวมทั้งได้ตีพิมพ์หนังสือเรื่อง “ยุคที่ 2 ของการสาธารณสุขไทย: ระบบบริการสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์”¹ ซึ่งได้ชี้ให้เห็นวิกฤตของระบบสุขภาพที่ขาดการปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์-พยาบาล-ผู้ป่วยเพราะงานล้นมือจนไม่สามารถให้ความสนใจและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในฐานะปัจเจกบุคคล ผู้ป่วยจึงไม่ไว้วางใจไม่พึงพอใจในบริการที่ได้รับอีกทั้งการเพิ่มขึ้นของเทคโนโลยีการแพทย์มีผลให้บริการทางการแพทย์เป็นการค้ามากขึ้นราคาแพงผู้ป่วยไม่สามารถเสียค่าใช้จ่ายได้ ผู้ที่ใช้บัตรทองก็ไม่ไว้วางใจในคุณภาพของยาและการรักษา งานวิจัยต่างๆ พบว่าสัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างแพทย์พยาบาลกับผู้ป่วยทำให้เกิดการฟ้องร้องและการฟ้องร้องทำให้แพทย์-พยาบาลรู้สึกเครียดในการทำงานซึ่งหนทางที่จะลดปัญหาเหล่านี้คือการให้บริการสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์เพราะในระบบนี้คุณภาพจะสูงขึ้น ค่าใช้จ่ายลดลงและฟ้องร้องแพทย์พยาบาลจะไม่เกิดขึ้น² ผู้นำนโยบายด้านสุขภาพได้ขานรับแนวความคิดนี้อย่างพร้อมเพรียงกันดังจะเห็นได้จากการบรรจุปาฐกถาพิเศษเรื่องนี้ไว้แทบทุกการประชุมวิชาการ ดังเช่น การประชุมวิชาการประจำปีของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้ใช้หัวข้อหลัก “humanized health care คื่นหัวใจให้ระบบสุขภาพ” โดยต้องการจุดประกายในเรื่องที่มีความหมายต่อชีวิตของคนทำงานและชีวิตของผู้รับบริการมากที่สุด³

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรีเป็นสถาบันการศึกษาในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ที่ทำหน้าที่ผลิตบัณฑิตพยาบาลภายใต้ปรัชญาในการ

จัดการศึกษาที่มีความเชื่อว่าบุคคลเป็นองค์รวมที่มีคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีความสามารถในการเรียนรู้และพัฒนาตนเองได้ การจัดการศึกษาจึงมุ่งเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญและสร้างเสริมประสบการณ์จริง เพื่อให้นักศึกษาสามารถปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเอื้ออาทร นอกจากนี้ ในการผลิตบัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรียังมีความโดดเด่นด้านการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence based nursing: EBN) เนื่องจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรีได้นำ EBN มาใช้ในการจัดการเรียนการสอนตั้งแต่ปีพ.ศ. 2547 จนได้รับรางวัลผลการดำเนินงานที่ดี (Good Practice) ของตัวบ่งชี้ที่ 6.6 กระบวนการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ โดยเฉพาะการเรียนรู้จากการปฏิบัติและประสบการณ์: กรณีการพัฒนาการเรียนการสอนที่เน้นการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จากผลการวิจัยในปีพ.ศ. 2549 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรีจึงกำหนดอัตลักษณ์ของบัณฑิต คือ EBN-NURSE ซึ่งหมายถึงบัณฑิตผู้ยึดมั่นในคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณของวิชาชีพ ปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีคุณภาพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นเลิศ ต่อมาในปีการศึกษา 2553 สถาบันพระบรมราชชนกได้กำหนดทิศทางของการพัฒนาการศึกษาที่สอดคล้องกับตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2545 และทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการพัฒนาตามปรัชญาการสาธารณสุขแนวใหม่ คือ การเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางและให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ สถาบันพระบรมราชชนกจึงกำหนดอัตลักษณ์ของบัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ของวิทยาลัยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข คือ “การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” วิทยาลัยได้ขานรับนโยบายการผลิตบัณฑิตตามทิศทางยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพของสถาบันพระบรมราชชนกในการสร้างกำลังคนคุณภาพด้านสุขภาพของประเทศที่เน้นการมีอัตลักษณ์และจิตวิญญาณให้การบริการสุขภาพอย่างมีอาชีพที่เคารพใน



ความเป็นมนุษย์อย่างเท่าเทียมกัน พร้อมกับรักษาจุดเด่นของวิทยาลัยในการพัฒนาบัณฑิตให้มีสมรรถนะ EBN วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรีจึงกำหนดอัตลักษณ์บัณฑิตของวิทยาลัยใหม่คือ “การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์” ที่หมายถึงการให้บริการด้วยความเต็มใจ เอาใจใส่ในปัญหาความทุกข์ของผู้รับบริการ คิดวิเคราะห์ปัญหาอย่างมีวิจารณญาณ และแก้ไขปัญหาตามความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมใช้ตัวย่อว่า SAPE ประกอบด้วยจิตบริการ (Service mind: S) หมายถึง การบริการด้วยความเต็มใจ เอาใจใส่ในปัญหาและความทุกข์ของผู้รับบริการอย่างเสมอภาค และเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ คิดวิเคราะห์ (Analytical thinking : A) หมายถึง การคิดวิเคราะห์ปัญหาโดยใช้วิจารณญาณจากข้อมูลที่หลากหลายตามสภาพจริง และวางแผนแก้ปัญหาตอบสนองความต้องการอย่างเป็นระบบ การบริการแบบมีส่วนร่วม (Participation: P) หมายถึง การปฏิบัติการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมตามปัญหาและความต้องการโดยให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วม และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based: E) หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลโดยอ้างอิงข้อมูลเชิงวิชาการ ผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อให้ผู้รับบริการมีความปลอดภัย⁴

วิทยาลัยมีความมุ่งมั่นที่จะผลิตบัณฑิตพยาบาลให้มีอัตลักษณ์ “การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์” จึงเตรียมความพร้อมของอาจารย์และนักศึกษาในการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาความสามารถของนักศึกษาในการให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งจัดสรรสภาพแวดล้อมและทรัพยากรการเรียนรู้ให้เพียงพอและพร้อมใช้ แต่ที่ผ่านมายังไม่ได้มีการศึกษาว่าสภาพการเรียนการสอนดังกล่าวสามารถส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการ

สุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ได้หรือไม่ ระดับความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ของนักศึกษาอยู่ในระดับใด และมีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของนักศึกษาในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาสภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อเป็นข้อมูลในการกำหนดทิศทางและรูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ของนักศึกษาให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามการรับรู้ของนักศึกษา
2. เพื่อศึกษาสภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามการรับรู้ของอาจารย์
3. เพื่อศึกษาความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ของนักศึกษา
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านนักศึกษาปัจจัยด้านอาจารย์และปัจจัยด้านสภาพการเรียนการสอนกับความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษา
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอาจารย์ (ประสพการณ์การสอน ประสพการณ์วิชาชีพครู และภาระงานสอนของอาจารย์) กับสภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามี



ความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามการรับรู้ของอาจารย์

นิยามคำศัพท์เฉพาะ

สภาพการเรียนรู้การสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ หมายถึง กิจกรรมการเรียนการสอนที่อาจารย์ผู้สอนจัดขึ้น เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาพัฒนาความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ซึ่งวัดตามการรับรู้ของนักศึกษา และอาจารย์ผู้สอน โดยใช้แบบวัดสภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมการเรียนการสอน 5 ด้าน คือ การกำหนดวัตถุประสงค์ การเตรียมการสอน วิธีการและเทคนิคการสอน การวัดและประเมินผลการเรียนการสอน และการสร้างบรรยากาศในการเรียนการสอน

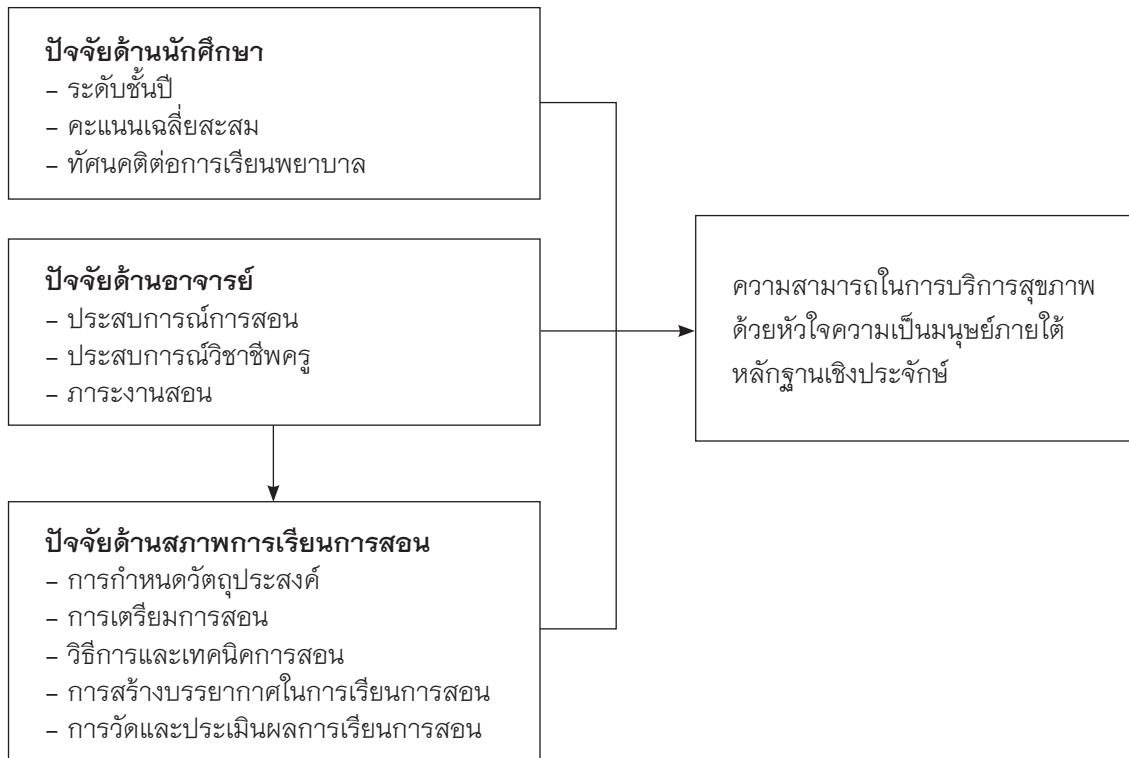
ความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ หมายถึงความสามารถของนักศึกษาพยาบาลในการให้บริการด้วยความเต็มใจ เอาใจใส่ในปัญหา ความทุกข์ของผู้รับบริการ คิดวิเคราะห์ปัญหาอย่างมีวิจารณญาณ และแก้ไขปัญหาตามความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วม โดยใช้แบบวัดความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งครอบคลุมความสามารถ 5 ด้าน ตามกรอบแนวคิดการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนานักศึกษาให้มีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรีคือ 1) การทำความเข้าใจการรับรู้หรือมุมมองของผู้รับบริการต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล 2) ผู้รับบริการระบุปัญหาและความต้องการ

ของผู้รับบริการ 3) วางแผนแก้ปัญหาให้บรรลุเป้าหมาย 4) ลงมือปฏิบัติการตอบสนองความต้องการและแก้ปัญหาและ 5) ปฏิบัติการสะท้อนคิดพิจารณา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในระบบการศึกษานั้นมีปัจจัยนำเข้าที่สำคัญคือ นักศึกษาอาจารย์ และสภาพการเรียนการสอน ดังนั้น ทั้ง 3 ปัจจัยดังกล่าวจึงเป็นตัวแปรอิสระที่งานวิจัยนี้สนใจศึกษาโดยปัจจัยด้านนักศึกษา มีตัวแปรที่ศึกษาคือ ระดับชั้นปี คณะแผนกเฉลี่ยสะสม และทัศนคติต่อการเรียนพยาบาล ปัจจัยด้านอาจารย์ มีตัวแปรที่ศึกษาคือ ประสบการณ์การสอน ประสบการณ์วิชาชีพครู และภาระงานสอนและปัจจัยด้านสภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ วัดตามการรับรู้ของนักศึกษาและอาจารย์ผู้สอนครอบคลุม 5 ด้าน คือการกำหนดวัตถุประสงค์ การเตรียมการสอน วิธีการและเทคนิคการสอน การสร้างบรรยากาศในการเรียนการสอน และการวัดและประเมินผลการเรียนการสอน ส่วนตัวแปรตามที่งานวิจัยนี้สนใจศึกษา คือ ความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์

นอกจากนี้ยังมีตัวแปรอิสระและตัวแปรตามอีกชุดหนึ่งที่งานวิจัยนี้สนใจศึกษา ตัวแปรอิสระคือ ปัจจัยด้านอาจารย์ได้แก่ ประสบการณ์การสอน ประสบการณ์วิชาชีพครู และภาระงานสอนส่วนตัวแปรตาม คือ สภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์วัดตามการรับรู้ของอาจารย์ ครอบคลุม 5 ด้าน คือ การกำหนดวัตถุประสงค์ การเตรียมการสอน วิธีการและเทคนิคการสอน การสร้างบรรยากาศในการเรียนการสอน และการวัดและประเมินผลการเรียนการสอนดังแสดงความสัมพันธ์ตามกรอบแนวคิดที่แสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือนักศึกษาพยาบาลศาสตร์หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ปีการศึกษา 2555 จำนวน 355 คน และอาจารย์ผู้สอน ซึ่งเป็นอาจารย์ประจำที่รับผิดชอบการสอนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติแก่นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำนวน 44 คน จากนั้นกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยตารางสำเร็จรูปของ Krejcie และ Morgan⁵ ได้ขนาดของอาจารย์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน จากนั้นทำการเลือกตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ส่วนขนาดของนักศึกษากลุ่มตัวอย่างได้ จำนวน 182 คน เลือกกลุ่มตัวอย่าง โดย

การสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified random sampling) จากนักศึกษาทั้งหมดในแต่ละชั้นปี จากนั้นทำการเลือกตัวอย่างแต่ละชั้นภูมิโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบวัดสภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามโครงสร้างเนื้อหาของแบบวัดสภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมการเรียนการสอน 5 ด้าน คือ การกำหนดวัตถุประสงค์ การเตรียมการสอน วิธีการและเทคนิคการสอน การสร้างบรรยากาศในการเรียนการสอน และการวัดและประเมินผล การเรียนการสอนจำนวน 50 ข้อ ลักษณะคำตอบ



เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คะแนน 3-0 คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติน้อย และไม่ปฏิบัติ นำมาแบ่งระดับการประเมินการรับรู้สภาพการเรียนรู้การสอนเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของแต่ละบุคคล คือ ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 แสดงว่าการรับรู้ดี ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.01-2.00 แสดงว่าการรับรู้ปานกลาง ค่าเฉลี่ย 0-1.00 แสดงว่าการรับรู้ไม่ดี

2. แบบวัดความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ ของทัศนีย์ เกริกกุลธร⁶ ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 32 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คะแนน 5-1 คือ ระดับความสามารถมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด นำมาแบ่งระดับความสามารถโดยคิดจากร้อยละของคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ 1) มากกว่าร้อยละ 80 ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.00-5.00 แสดงว่ามีระดับความสามารถมาก 2) ร้อยละ 60-80 ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.00-3.99 แสดงว่ามีระดับความสามารถปานกลาง และ 3) น้อยกว่าร้อยละ 60 ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 2.99 แสดงว่ามีระดับความสามารถน้อย

เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการศึกษ จำนวน 3 ท่าน และได้ค่าความเที่ยงโดยทดสอบกับนักศึกษา 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค ของแบบวัดสภาพการเรียนรู้การสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามการรับรู้ของนักศึกษาเท่ากับ .89 แบบวัดสภาพการเรียนรู้การสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามการรับรู้ของอาจารย์เท่ากับ .94 และแบบวัดความสามารถในการบริการสุขภาพด้วย

หัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์เท่ากับ .91

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดในช่วงเดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม 2556 เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที โดยในการตอบแบบวัดจะไม่มีการระบุชื่อผู้ตอบ ส่วนการนำส่งแบบวัดกลับคืนที่ผู้วิจัยจะมีตะกร้าสำหรับเก็บเครื่องมือการวิจัยแยกออกจากกันระหว่างแบบวัดกับใบยินยอมอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อไม่ให้ทราบว่าใครเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเมื่อเก็บข้อมูลครบถ้วนแล้วผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สระบุรี เลขที่ EC 1-028/2556 โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และในระหว่างการวิจัยมีสิทธิที่จะขอถอนตัวเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและไม่มีผลกระทบต่อการเรียนรู้การสอนทั้งสิ้น พร้อมทั้งให้ความมั่นใจกับกลุ่มตัวอย่างว่าจะเก็บข้อมูลนี้เป็นความลับไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลและผลของการวิจัยจะรายงานข้อมูลเป็นกลุ่มหลังจากกลุ่มตัวอย่างรับทราบและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน



ผลการวิจัย

1. นักศึกษาร้อยละ 89.40 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 21.16 ปี (S.D. = 1.33) มีคะแนนเฉลี่ยสะสมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.50 และมีทัศนคติในทางบวกต่อการเรียนพยาบาล ร้อยละ 100

2. อาจารย์มีประสบการณ์การสอนเฉลี่ย 8.5 ปี อาจารย์ส่วนใหญ่มีประสบการณ์วิชาชีพครู คือ ผ่านการอบรมครูคลินิกหรือการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 87.50 และมีภาระงานสอนเฉลี่ยต่อปีการศึกษาระหว่าง 8.01-10.00 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.50

3. นักศึกษามีการรับรู้ต่อสภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.03 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการเตรียมการสอนมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean = 2.15, SD = 0.63) และด้านการกำหนดวัตถุประสงค์มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean = 2.03, SD = 0.57) ดังแสดงในตารางที่ 1

4. อาจารย์มีการรับรู้ต่อสภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.28 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการเตรียมการสอนมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean = 2.45, SD = 0.51) และด้านการกำหนดวัตถุประสงค์มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean = 2.26, SD = 0.60) ดังแสดงในตารางที่ 1

5. ความสามารถในการปฏิบัติกรพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.11 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านกรทำความเข้าใจผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean = 4.15, SD = 0.51) และด้านกรวางแผนแก้ปัญหาที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean = 3.88, SD = 0.54) และเมื่อพิจารณารายข้อ

พบว่า การปฏิบัติต่อผู้รับบริการทั้งวาจาและการกระทำด้วยความเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean = 4.74, SD = 0.45) รองลงมา ได้แก่ ตั้งจิตมุ่งมั่นที่จะให้การดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการด้วยความเต็มใจและต้องการทำสิ่งดี ๆ ให้กับเพื่อนมนุษย์ และการให้การดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการด้วยความสุภาพและนุ่มนวลที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน (Mean = 4.27) ในขณะที่การประสานงานจัดหาสิ่งสนับสนุนที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean = 3.50, SD = 0.48) รองลงมา ได้แก่ การสนทนากับผู้รับบริการโดยใช้คำถามเจาะลึกให้ผู้รับบริการเล่าเรื่องราวประสบการณ์ความเจ็บป่วยหรือการดูแลสุขภาพของตนเองจนท่านเข้าใจวิถีชีวิตการดูแลสุขภาพความเชื่อและมุมมองต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยของผู้รับบริการ การระบุเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาลได้ชัดเจนสอดคล้องกับปัญหาและสามารถวัดได้จริง และการเขียนแผนภูมิอธิบายปัญหาวิธีการแก้ปัญหาและผลกระทบตามลำดับก่อนหลังได้ถูกต้อง (Mean = 3.52 และ 3.64 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

6. เมื่อคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พบว่า ความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัจจัยด้านนักศึกษา ปัจจัยด้านอาจารย์ และปัจจัยด้านสภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .281$.295 และ .327 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 3

7. ปัจจัยด้านอาจารย์ ได้แก่ ประสบการณ์การสอน ประสบการณ์วิชาชีพครู ภาระงานสอนของอาจารย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัจจัยด้านสภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .318$.397 และ



.215 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสภาพการเรียนรู้การสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามการรับรู้ของนักศึกษาและอาจารย์ (n = 222)

สภาพการเรียนรู้การสอนรายข้อ	อาจารย์		นักศึกษา	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.
การกำหนดวัตถุประสงค์	2.26	.60	2.03	0.57
การเตรียมการสอน	2.45	.51	2.15	.63
วิธีการและเทคนิคการสอน	2.35	.63	2.10	.68
การสร้างบรรยากาศในการเรียนการสอน	2.40	.59	2.05	.68
การวัดและประเมินผลการเรียนการสอน	2.30	.69	2.05	.71
โดยภาพรวม	2.28	.62	2.03	.67

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามการรับรู้ของนักศึกษา (n = 182)

รายการประเมิน	Mean	S.D.	การแปลผล
การทำความเข้าใจผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์	4.15	0.51	มาก
การระบุปัญหาและความต้องการของผู้บริการตามความเป็นจริง	4.02	0.57	มาก
การวางแผนแก้ปัญหา	3.88	0.54	ปานกลาง
การปฏิบัติการตอบสนองความต้องการและแก้ปัญหา	4.12	0.62	มาก
การสะท้อนการปฏิบัติ	4.08	0.64	มาก
โดยภาพรวม	4.11	0.57	มาก



ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรย่อยของปัจจัยด้านนักศึกษาปัจจัยด้านอาจารย์และปัจจัยด้านสภาพการเรียนการสอนกับความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษา

รายการตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
ปัจจัยด้านนักศึกษา	.281**
ระดับชั้นปี	.247**
คะแนนเฉลี่ยสะสม	.265**
ทัศนคติต่อการเรียนพยาบาล	.368**
ปัจจัยด้านอาจารย์	.295**
ประสบการณ์ด้านการสอน	.244**
ประสบการณ์วิชาชีพครู	.329**
ภาระงานสอน	.315**
ปัจจัยด้านสภาพการเรียนการสอน	.327**
การกำหนดวัตถุประสงค์	.264**
การเตรียมการสอน	.329**
วิธีการและเทคนิคการสอน	.386**
การสร้างบรรยากาศในการเรียนการสอน	.421**
การวัดและประเมินผลการเรียนการสอน	.312**

** p < .01

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรย่อยของปัจจัยด้านอาจารย์กับสภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์

รายการตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
ปัจจัยด้านอาจารย์	
ประสบการณ์ด้านการสอน	.318**
ประสบการณ์วิชาชีพครู	.397**
ภาระงานสอน	.215**

** p < .01

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้

หลักฐานเชิงประจักษ์โดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.11 สะท้อนให้เห็นถึงผลลัพธ์ของกระบวนการจัดการเรียนการสอนที่



สร้างเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี ที่ได้ดำเนินการปรับกระบวนการทัศน์และปลูกฝังพฤติกรรมบริการให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ การให้ความรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ และการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่มุ่งเน้นการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยในปีการศึกษา 2554-2555 ที่ผ่านมานั้น วิทยาลัยได้มุ่งเน้นการดำเนินงานไปที่การสร้างบรรยากาศ การสร้างทัศนคติที่ดีในการดูแลเพื่อนมนุษย์ เพื่อให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ในการเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น เข้าใจชีวิต และเรียนรู้ความทุกข์ยากของบุคคล การสื่อสารและการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคล เพื่อให้ นักศึกษารู้จักการให้ มีจิตเมตตา และศรัทธาในการทำความดีโดยมีกิจกรรมการดำเนินงานหลัก คือ การรวมจิตตั้งมั่นเพื่อสร้างพลังอำนาจในการให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ประกอบด้วย 1) การสร้างศรัทธาในการให้บริการ ได้แก่ การฟังธรรมะบรรยาย การพัฒนาจิตก่อนการเรียน การทำบุญตักบาตรหน้าวิทยาลัย การปฏิบัติธรรม 2) การสร้างศรัทธาในการทำความดีโดยการเล่าเรื่องราวการทำความดีของตนเอง การช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ การทำกิจกรรมจิตอาสา และการให้การพยาบาลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 3) การอบรมเรื่องสุนทรียสนทนา 4) กิจกรรมบุญ ได้แก่ การกล่าวคำปฏิญาณตนและตั้งจิตแน่วแน่ในการทำความดีเพื่อช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยและชุมชนในแต่ละวัน และ 5) กิจกรรมอาสาบุญโดยการพัฒนาความมีจิตอาสาในรายวิชาการศึกษาทั่วไป ครอบครัวจิตอาสา และจิตอาสาสำนึกกรกแหล่งทุน⁷ ด้วยเหตุนี้จึงส่งผลให้นักศึกษากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในด้าน การทำความเข้าใจผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด โดยพบว่า การปฏิบัติต่อผู้รับบริการทั้งวาจาและการกระทำด้วย

ความเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การตั้งใจมุ่งมั่นที่จะให้การดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการด้วยความเต็มใจและต้องการทำสิ่งดี ๆ ให้กับเพื่อนมนุษย์ และการให้การดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการด้วยความสุภาพและนุ่มนวลเป็นข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด แต่อย่างไรก็ตาม ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดก็อยู่ในด้านนี้ด้วย คือ การสนทนากับผู้รับบริการโดยใช้คำถามเจาะลึกให้ผู้รับบริการเล่าเรื่องราวประสบการณ์ความเจ็บป่วยหรือการดูแลสุขภาพของตนเอง จนท่านเข้าใจวิถีชีวิต การดูแลสุขภาพความเชื่อและมุมมองต่อสุขภาพ และความเจ็บป่วยของผู้รับบริการ

นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่า นักศึกษากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถด้านการวางแผนแก้ปัญหาต่ำที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับความสามารถในการวางแผนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลที่พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง^{8,9} ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการจัดการเรียนการสอนตามกรอบแนวคิดการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ของวิทยาลัยดังกล่าวข้างต้นนั้นส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นที่ด้านการทำความเข้าใจผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์จึงทำให้แนวทางในการดำเนินการจัดการเรียนการสอนในด้านอื่นๆ ไม่ชัดเจน โดยเฉพาะด้านการวางแผนแก้ปัญหาที่ นักศึกษามีความสามารถอยู่ในระดับปานกลาง

ระดับชั้นปี คะแนนเฉลี่ยสะสม ทัศนคติต่อการเรียนพยาบาล และสภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 แสดงว่านักศึกษาที่มีคะแนนเฉลี่ยสะสมสูงจะมีแนวโน้มที่จะมีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์สูง สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยสะสมภาคทฤษฎีมี



อิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน^{10,11} และความพร้อมทางด้านพื้นความรู้เดิมจะมีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนภาคปฏิบัติ¹² ซึ่งในการศึกษาพยาบาลนั้นความรู้พื้นฐานเดิมหรือความรู้ทางภาคทฤษฎีจะต้องถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการเรียนภาคปฏิบัติ เพื่อให้เกิดทักษะทางการพยาบาลและช่วยให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพและคุณภาพยิ่งขึ้น

ทัศนคติต่อการเรียนพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ ($r=.368$, $p<.01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของปานทิพย์ ปุระณานนท์ และทัศนีย์ เกริกกุลธร¹⁰ ที่พบว่า ทัศนคติต่อการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มีอิทธิพลต่อความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการเรียนพยาบาลนับเป็นภาวะที่ทำให้ นักศึกษามีโอกาสเกิดความเครียดได้สูงเพราะลักษณะการเรียนมุ่งเน้นให้นักศึกษาศึกษาสภาพจริงที่นำความรู้ภาคทฤษฎีไปใช้ในการฝึกปฏิบัติ ซึ่งในการฝึกปฏิบัติ จะมีแหล่งฝึกที่มีลักษณะหลากหลาย นักศึกษาจึงต้องเผชิญกับสถานการณ์จริงที่ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์สำหรับการเรียนได้ เช่น ความแตกต่างของตัวผู้ใช้บริการ บุคลากรในทีมสุขภาพสถานการณ์ในแหล่งฝึก ตัวนักศึกษา อาจารย์นิเทศ และวิธีการเรียน เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้ นักศึกษาเกิดความเครียดและวิตกกังวลซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sprengel และ Job¹³ และ Kleehammer และคณะ¹⁴ ที่พบว่า นักศึกษามีความเครียดและกังวลมากเมื่อเริ่มฝึกปฏิบัติครั้งแรกซึ่งในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยนั้นเป็นงานที่เหนื่อยและยุ่งยาก ถ้านักศึกษาไม่มีทัศนคติที่ดีหรือไม่มีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติก็จะทำให้เกิดความเบื่อหน่ายท้อแท้ในการปฏิบัติได้ ส่วนนักศึกษาที่มีทัศนคติที่ดีจะพยายามจนเต็มความสามารถในการศึกษา และสามารถปรับตัวต่อสภาพการณ์ต่างๆได้เป็นอย่างดี

สภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วย

หัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ ($r=.327$, $p<.01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สภาพแวดล้อมมีอิทธิพลต่อการเรียนการสอน ซึ่งครอบคลุมทั้งสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ทางจิตใจและทางสังคมที่ส่งผลทำให้ผลการเรียนในวิชาชีพพยาบาลบรรลุเป้าหมายทางการศึกษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ของนักศึกษา คือ สภาพแวดล้อมในการฝึกภาคปฏิบัติ ไม่ว่าจะเป็นสถานที่ฝึกงาน การฝึกปฏิบัติการพยาบาล เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ รวมทั้งทรัพยากรการเรียนรู้^{10, 15-16} นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Dunn & Hansford¹⁷ และ McRobbies & Fraser¹⁸ ที่พบว่า สภาพแวดล้อมขณะฝึกภาคปฏิบัติในคลินิกมีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนภาคปฏิบัติ นั่นหมายความว่าในการฝึกภาคปฏิบัติการจัดสภาพแวดล้อมที่เพียงพอและเหมาะสมพร้อมต่อการเรียนรู้ย่อมส่งเสริมให้เกิดผลดีต่อนักศึกษา และจากการศึกษาของ Papp และคณะ¹⁵ ยังพบว่า การจัดสภาพแวดล้อมที่ดีสามารถช่วยให้นักศึกษานำความรู้ทางทฤษฎีที่เรียนรู้ในห้องเรียนมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการเกิดการเรียนรู้ในคลินิกได้ดี

สภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งตามการรับรู้ของนักศึกษาและอาจารย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ ($r=.327$ และ 434 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เพราะความสามารถในการสอนและคุณภาพของการสอน เช่น ความสามารถในการชี้แจงวัตถุประสงค์ การดำเนินการสอน การจัดประสบการณ์ การประเมินผล การให้ข้อมูลย้อนกลับ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนและผู้เรียน จะส่งผลต่อการเรียนรู้ของผู้เรียนซึ่งผลการวิจัยใน



ครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของปานทิพย์ ปูรณานนท์และทัศนีย์ เกริกกุลธร¹⁰ที่พบว่า การรับรู้ต่อพฤติกรรมการสอนทางคลินิกของอาจารย์มีอิทธิพลต่อความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และการศึกษาของ Blackman และคณะ¹¹ ที่พบว่า อาจารย์ในคลินิกเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์การเรียนรู้ภาคปฏิบัติของนักศึกษาเพราะการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติเป็นหัวใจสำคัญของการเรียนการสอนทางการพยาบาล ความสามารถในการสอนของอาจารย์มีผลจึงมีความสำคัญ เพราะอาจารย์นิเทศเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาศักยภาพผู้เรียนทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทักษะในการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาล

ประสบการณ์การสอน ประสบการณ์วิชาชีพครู และภาระงานสอนของอาจารย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ ($r=.327$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าประสบการณ์การสอนและประสบการณ์วิชาชีพครูที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานมานานกว่าจะมีความเข้าใจ มีทักษะและความชำนาญในการสอนเพื่อพัฒนานักศึกษาให้มีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์สูงกว่าอาจารย์ที่มีประสบการณ์น้อย เพราะอาจารย์ที่มีประสบการณ์การสอนและประสบการณ์วิชาชีพครูจะเป็นผู้ที่รู้และเข้าใจหลักสูตร มีความสามารถนำหลักสูตรสู่การสอน มีทิศทางในการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นให้เกิดพฤติกรรมการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ มีความสามารถในการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่ดี รู้จักใช้อุปกรณ์การเรียนการสอนมีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ โดยเฉพาะอาจารย์ที่มีประสบการณ์วิชาชีพครูจะถูกรับเฉพาะให้มีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพครูจนมีคุณลักษณะส่วนตัวที่ดีและสามารถเป็นแบบอย่างได้เพราะการเป็นแบบอย่างที่ดีของอาจารย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการปฏิบัติการพยาบาลเป็น

สิ่งสำคัญ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมและทัศนคติของผู้เรียนทั้งด้านบวกและลบ¹⁹ ส่วนภาระงานการสอนที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ ($r=.415$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของซซงญา เย็นบำรุง และคณะ²⁰ ที่พบว่า ภาระงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า อาจารย์ใช้เวลามากกว่าครึ่งในการปฏิบัติงานพันธกิจอื่นๆ ตามที่สถาบันกำหนด ได้แก่ ภารกิจด้านการวิจัย การบริการวิชาการ การทำนุบำรุงศิลปและวัฒนธรรม การพัฒนานักศึกษานอกหลักสูตร การบริหารจัดการ และการประกันคุณภาพการศึกษากอปรกับอัตราส่วนระหว่างอาจารย์กับนักศึกษายังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่สภาการพยาบาลกำหนด ภาระงานจึงเป็นปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้อาจารย์ไม่สามารถจัดสภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ได้อย่างเต็มที่

ข้อเสนอแนะ

1. ทางด้านการศึกษา

1.1 ควรปรับปรุงรูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาความสามารถในการวางแผนแก้ปัญหาของนักศึกษา การไว้ออกคำบอกเล่าของผู้รับบริการ และการใช้คำถามเจาะลึกเพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ตามสภาพจริงของผู้รับบริการให้เพิ่มขึ้น

1.2 ควรเตรียมอาจารย์นิเทศให้มีความรู้ และมีความสามารถด้านการสอนเพื่อพัฒนาความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์โดยเฉพาะการดำเนินการด้านการกำหนดวัตถุประสงค์ในการสอน

1.3 ควรมีการจัดการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์โดยมุ่งเน้นให้ครอบคลุมทุกขั้นตอนของ



กระบวนการพยาบาล ตามกรอบแนวคิดการบริการ ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างต่อเนื่องในทุกรายวิชา เพื่อสร้างเสริมความสามารถของนักศึกษาให้อยู่ในระดับที่สูงขึ้น

2. ทางด้านการวิจัย

ควรมีการศึกษารูปแบบการส่งเสริมความสามารถด้านการวางแผนแก้ปัญหาของนักศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. ประเวศ วะสี. ยุคที่ 2 ของการสาธารณสุขไทย: ระบบบริการสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ HA National Forum ครั้งที่ 7 วันที่ 15-17 มีนาคม 2549; อิมแพ็ค เมืองทองธานี, นนทบุรี; 2549.
2. สมจิตต์ หนูเจริญกุล. การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์. เอกสารประกอบการประชุมการบูรณาการสนองด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ครั้งที่ 2. วันที่ 12-13 กันยายน 2554; วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี, ราชบุรี; 2554.
3. อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. คืบหน้าหัวใจให้ระบบสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี การพัฒนารับรองคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 8. วันที่ 13-16 มีนาคม 2550; อิมแพ็ค เมืองทองธานี, นนทบุรี; 2550.
4. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี. รายงานการประเมินตนเองประจำปีการศึกษา 2555. มพท; 2556.
5. บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
6. ทศนิยม เกริกกุลธร. แนวปฏิบัติที่ดี ตัวบ่งชี้ที่ 1.1.1 ผลการบริหารสถาบันให้เกิดอัตลักษณ์: กรณีการจัดประสบการณ์เรียนรู้สู่อัตลักษณ์ การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์. มพท; 2556.
7. กลุ่มภารกิจด้านวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี. รายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาการรวมจิตตั้งมั่นเพื่อสร้างพลังอำนาจในการให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ปีการศึกษา 2555.มพท; 2556.
8. ปานทิพย์ ปุรณานนท์. ผลของการเรียนรู้ที่เน้นประสบการณ์ต่อความสามารถในการวางแผนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล.วารสารพยาบาล 2553; 59(1): 43-49.
9. วิมลนิจ สิงหะ. ความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้ภาคปฏิบัติที่เน้นกระบวนการพยาบาล และเจตคติต่อกระบวนการพยาบาลกับความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. สระบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี; 2549.
10. ปานทิพย์ ปุรณานนท์และ ทศนิยม เกริกกุลธร. ปัจจัยทำนายสมรรถนะของนักศึกษาในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2554: 29(2): 48-55.
11. Blackman I, Hall M, Darmawan IGN. Undergraduate nurse variables that predict academic achievement and clinical competence in nursing. Int Educ J 2007; 8(2): 222-36.
12. Bloom BS. Human characteristic and school learning. 2nd ed. New York: McGraw-Hill Book Company; 1982.
13. Sprengel AD, Job L. Reducing student anxiety by using clinical peer mentoring with beginning nursing students. Nurs Educ 2004; 29(6): 246-50.
14. Kleehammer K, Hart AL, Keck JF. Nursing students' perceptions of anxiety-producing situations in the clinical setting. J Nurs Educ 1990; 29(4): 183-87.
15. Papp I, Markkanen M, Bonsdroff M. Clinical environment as a learning environment:



- student nurses' perception concerning clinical learning experiences. *Nurs Educ Today* 2003; 23(4): 262–8.
16. Wuthipong J. Somsri D. Sutthineum U. Factors Influencing clinical learning behavior of nursing students. Chonburi: Boromarajonani College of Nursing, Chonburi; 2008.
 17. Dunn SV, Hansford B. Undergraduate nursing students perceptions of their clinical learning environment. *J Adv Nurs* 1996; 25(6): 1199–1206.
 18. McRobbie CJ. Fraser BJ. Associations between student outcomes and psychosocial science environment. *J Educ Res* 1993; 87(2): 78–85.
 19. Perry NJ. Role modeling excellence in clinical nursing practice. *Nurs Educ Pract* 2008; 9: 36–44.
 20. ชัชฎา เย็นบำรุง, อารี ชิวเกษมสุข, ทศนีย์ ทองประทีป, วิไล กุศลวิศิษฐ์กุล. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนเขต 4. *วารสารพยาบาล* 2555; 61(2): 34–41.



สภาพการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาล มีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์

ปานทิพย์ ปุระมานนท์*

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบบรรยายนี้ มุ่งศึกษาสภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ ความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ของนักศึกษาและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านนักศึกษา ปัจจัยด้านอาจารย์ และปัจจัยด้านสภาพการเรียนการสอนกับความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ของนักศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ปีการศึกษา 2555 จำนวน 182 คน และอาจารย์ผู้สอน จำนวน 40 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิและการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ เครื่องมือวิจัยเป็นแบบวัดสภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งตามการรับรู้ของนักศึกษาและตามการรับรู้ของอาจารย์ และแบบวัดความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและหาค่าความเที่ยงได้เท่ากับ .89 .94 และ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่าอาจารย์และนักศึกษามีการรับรู้ต่อสภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.28 และ 2.03 ตามลำดับนักศึกษามีความสามารถในการปฏิบัติกรพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ของนักศึกษา โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.11 ปัจจัยด้านนักศึกษา ได้แก่ ระดับชั้นปี คะแนนเฉลี่ยสะสม และทัศนคติต่อการเรียนพยาบาล ปัจจัยด้านอาจารย์ ได้แก่ ประสบการณ์การสอน ประสบการณ์วิชาชีพครู และภาระงานสอนของอาจารย์ และปัจจัยด้านสภาพการเรียนการสอนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ : สภาพการเรียนการสอนพยาบาล, การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี



The teaching and learning conditions that promote evidence-based human caring of nursing students

Pantip Poorananon*

Abstract

This descriptive research study aimed to find out the teaching and learning conditions that promote evidence-based human caring of nursing students, to study nursing students' ability in evidence-based human caring and to find out the relationship between nursing student factors, instructor factors and teaching and learning factors. The sample consisted of 182 nursing students and 40 instructors in the academic year 2012 at Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, and selected by using proportionate stratified random sampling and simple random sampling without replacement. Data were collected using the student's perception and the instructor's perception of the teaching and learning conditions that promote evidence-based human caring of the nursing students' questionnaire and the nursing students' ability in evidence-based human caring questionnaire. It was tested for content validity and reliability. The Cronbach alpha reliability values were 0.89, 0.94 and 0.91, respectively. Data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation and Pearson product moment correlation coefficient. The results showed that instructors and nursing students perceived the teaching and learning's conditions that promote evidence-based human caring of the nursing students at a good level. The nursing students had evidence-based human caring ability at a high level. The student factors (class, grade and attitude), instructor factors (working experience, teaching experience and workload), and environment factors were positively related to the evidence-based human caring ability at the statistical significance level of 0.01.

Keywords : teaching and learning conditions of nursing, evidence-based human caring

* Professional Registered Nurse , Boromarajonani College of Nursing, Saraburi



ความเป็นมาและความสำคัญ

การบริการสุขภาพด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (humanized health care) เป็นกระแสหลักที่ผู้นำและนักคิดโดยเฉพาะทางด้านสุขภาพกำลังผลักดันให้มีการนำไปปฏิบัติในระบบสุขภาพอย่างจริงจัง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ศ.นพ.ประเวศ วะสี ได้บรรยายในแทบทุกประชุมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประเทศ ในปี 2550 รวมทั้งได้ตีพิมพ์หนังสือเรื่อง “ยุคที่ 2 ของการสาธารณสุขไทย: ระบบบริการสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์”¹ ซึ่งได้ชี้ให้เห็นวิกฤตของระบบสุขภาพที่ขาดการปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์-พยาบาล-ผู้ป่วยเพราะงานล้นมือจนไม่สามารถให้ความสนใจและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ในฐานะปัจเจกบุคคล ผู้ป่วยจึงไม่ไว้วางใจไม่พึงพอใจในบริการที่ได้รับอีกทั้งการเพิ่มขึ้นของเทคโนโลยีการแพทย์มีผลให้บริการทางการแพทย์เป็นการค้ามากขึ้นราคาแพงผู้ป่วยไม่สามารถเสียค่าใช้จ่ายได้ ผู้ที่ใช้บัตรทองก็ไม่ไว้วางใจในคุณภาพของยาและการรักษา งานวิจัยต่างๆ พบว่าสัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างแพทย์พยาบาลกับผู้ป่วยทำให้เกิดการฟ้องร้องและการฟ้องร้องทำให้แพทย์-พยาบาลรู้สึกเครียดในการทำงานซึ่งหนทางที่จะลดปัญหาเหล่านี้คือการให้บริการสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์เพราะในระบบนี้คุณภาพจะสูงขึ้น ค่าใช้จ่ายลดลงและฟ้องร้องแพทย์พยาบาลจะไม่เกิดขึ้น² ผู้นำนโยบายด้านสุขภาพได้ขานรับแนวความคิดนี้อย่างพร้อมเพรียงกันดังจะเห็นได้จากการบรรจุปาฐกถาพิเศษเรื่องนี้ไว้แทบทุกการประชุมวิชาการ ดังเช่น การประชุมวิชาการประจำปีของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้ใช้หัวข้อหลัก “humanized health care คื่นหัวใจให้ระบบสุขภาพ” โดยต้องการจุดประกายในเรื่องที่มีความหมายต่อชีวิตของคนทำงานและชีวิตของผู้รับบริการมากที่สุด³

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรีเป็นสถาบันการศึกษาในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ที่ทำหน้าที่ผลิตบัณฑิตพยาบาลภายใต้ปรัชญาในการ

จัดการศึกษาที่มีความเชื่อว่าบุคคลเป็นองค์รวมที่มีคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีความสามารถในการเรียนรู้และพัฒนาตนเองได้ การจัดการศึกษาจึงมุ่งเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญและสร้างเสริมประสบการณ์จริง เพื่อให้นักศึกษาสามารถปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเอื้ออาทร นอกจากนี้ ในการผลิตบัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรียังมีความโดดเด่นด้านการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence based nursing: EBN) เนื่องจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรีได้นำ EBN มาใช้ในการจัดการเรียนการสอนตั้งแต่ปีพ.ศ. 2547 จนได้รับรางวัลผลการดำเนินงานที่ดี (Good Practice) ของตัวบ่งชี้ที่ 6.6 กระบวนการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ โดยเฉพาะการเรียนรู้จากการปฏิบัติและประสบการณ์: กรณีการพัฒนาการเรียนการสอนที่เน้นการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จากผลการวิจัยในปีพ.ศ. 2549 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรีจึงกำหนดอัตลักษณ์ของบัณฑิต คือ EBN-NURSE ซึ่งหมายถึงบัณฑิตผู้ยึดมั่นในคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณของวิชาชีพ ปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีคุณภาพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นเลิศ ต่อมาในปีการศึกษา 2553 สถาบันพระบรมราชชนกได้กำหนดทิศทางของการพัฒนาการศึกษาที่สอดคล้องกับตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2545 และทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการพัฒนาตามปรัชญาการสาธารณสุขแนวใหม่ คือ การเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางและให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ สถาบันพระบรมราชชนกจึงกำหนดอัตลักษณ์ของบัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ของวิทยาลัยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข คือ “การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” วิทยาลัยได้ขานรับนโยบายการผลิตบัณฑิตตามทิศทางยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรฐานของสถาบันพระบรมราชชนกในการสร้างกำลังคนคุณภาพด้านสุขภาพของประเทศที่เน้นการมีอัตลักษณ์และจิตวิญญาณให้การบริการสุขภาพอย่างมีอาชีพที่เคารพใน



ความเป็นมนุษย์อย่างเท่าเทียมกัน พร้อมกับรักษาจุดเด่นของวิทยาลัยในการพัฒนาบัณฑิตให้มีสมรรถนะ EBN วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรีจึงกำหนดอัตลักษณ์บัณฑิตของวิทยาลัยใหม่คือ “การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์” ที่หมายถึงการให้บริการด้วยความเต็มใจ เอาใจใส่ในปัญหาความทุกข์ของผู้รับบริการ คิดวิเคราะห์ปัญหาอย่างมีวิจารณญาณ และแก้ไขปัญหาตามความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมใช้ตัวย่อว่า SAPE ประกอบด้วยจิตบริการ (Service mind: S) หมายถึง การบริการด้วยความเต็มใจ เอาใจใส่ในปัญหาและความทุกข์ของผู้รับบริการอย่างเสมอภาค และเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ คิดวิเคราะห์ (Analytical thinking : A) หมายถึง การคิดวิเคราะห์ปัญหาโดยใช้วิจารณญาณจากข้อมูลที่หลากหลายตามสภาพจริง และวางแผนแก้ปัญหาตอบสนองความต้องการอย่างเป็นระบบ การบริการแบบมีส่วนร่วม (Participation: P) หมายถึง การปฏิบัติการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมตามปัญหาและความต้องการโดยให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วม และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based: E) หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลโดยอ้างอิงข้อมูลเชิงวิชาการ ผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อให้ผู้รับบริการมีความปลอดภัย⁴

วิทยาลัยมีความมุ่งมั่นที่จะผลิตบัณฑิตพยาบาลให้มีอัตลักษณ์ “การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์” จึงเตรียมความพร้อมของอาจารย์และนักศึกษาในการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาความสามารถของนักศึกษาในการให้การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งจัดสรรสภาพแวดล้อมและทรัพยากรการเรียนรู้ให้เพียงพอและพร้อมใช้ แต่ที่ผ่านมายังไม่ได้มีการศึกษาว่าสภาพการเรียนการสอนดังกล่าวสามารถส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการ

สุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ได้หรือไม่ ระดับความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ของนักศึกษาอยู่ในระดับใด และมีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของนักศึกษาในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาสภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อเป็นข้อมูลในการกำหนดทิศทางและรูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ของนักศึกษาให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามการรับรู้ของนักศึกษา
2. เพื่อศึกษาสภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามการรับรู้ของอาจารย์
3. เพื่อศึกษาความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ของนักศึกษา
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านนักศึกษาปัจจัยด้านอาจารย์และปัจจัยด้านสภาพการเรียนการสอนกับความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษา
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอาจารย์ (ประสพการณ์การสอน ประสพการณ์วิชาชีพครู และภาระงานสอนของอาจารย์) กับสภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามี



ความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามการรับรู้ของอาจารย์

นิยามคำศัพท์เฉพาะ

สภาพการเรียนรู้การสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ หมายถึง กิจกรรมการเรียนการสอนที่อาจารย์ผู้สอนจัดขึ้น เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาพัฒนาความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ซึ่งวัดตามการรับรู้ของนักศึกษา และอาจารย์ผู้สอน โดยใช้แบบวัดสภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมการเรียนการสอน 5 ด้าน คือ การกำหนดวัตถุประสงค์ การเตรียมการสอน วิธีการและเทคนิคการสอน การวัดและประเมินผลการเรียนการสอน และการสร้างบรรยากาศในการเรียนการสอน

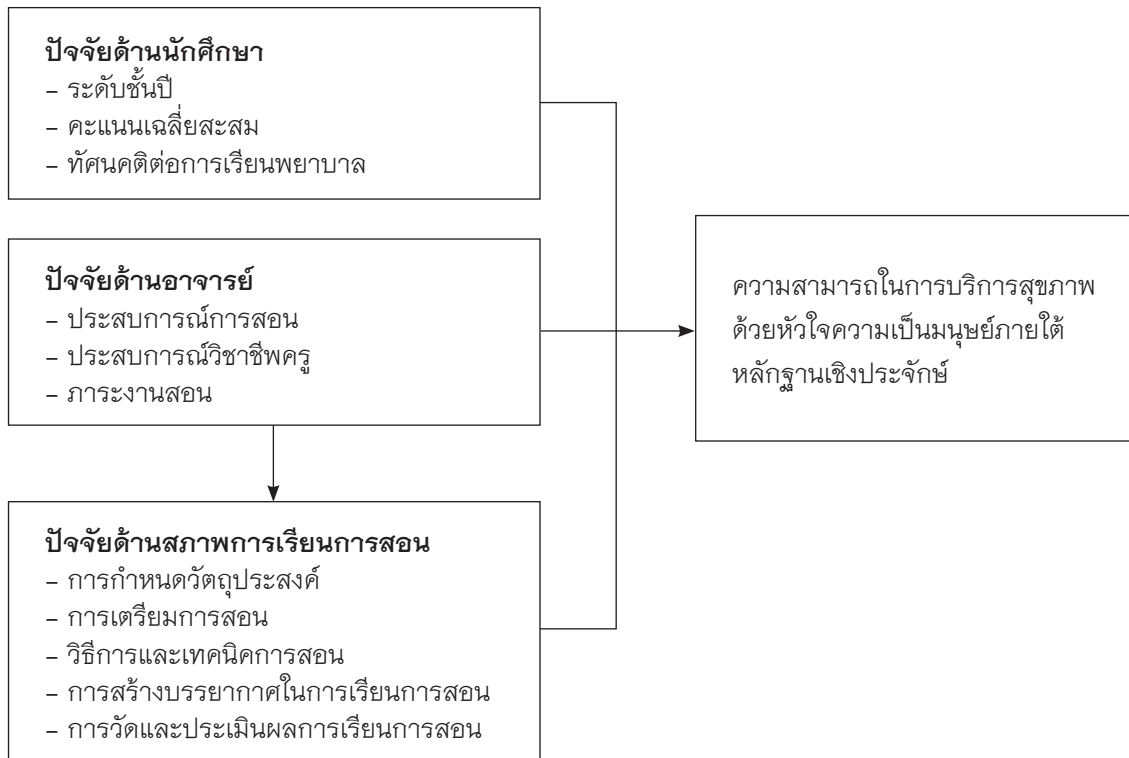
ความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ หมายถึงความสามารถของนักศึกษาพยาบาลในการให้บริการด้วยความเต็มใจ เอาใจใส่ในปัญหา ความทุกข์ของผู้รับบริการ คิดวิเคราะห์ปัญหาอย่างมีวิจารณญาณ และแก้ไขปัญหาตามความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วม โดยใช้แบบวัดความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งครอบคลุมความสามารถ 5 ด้าน ตามกรอบแนวคิดการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนานักศึกษาให้มีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรีคือ 1) การทำความเข้าใจการรับรู้หรือมุมมองของผู้รับบริการต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล 2) ผู้รับบริการระบุปัญหาและความต้องการ

ของผู้รับบริการ 3) วางแผนแก้ปัญหาให้บรรลุเป้าหมาย 4) ลงมือปฏิบัติการตอบสนองความต้องการและแก้ปัญหาและ 5) ปฏิบัติการสะท้อนคิดพิจารณา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในระบบการศึกษานั้นมีปัจจัยนำเข้าที่สำคัญคือ นักศึกษาอาจารย์ และสภาพการเรียนการสอน ดังนั้น ทั้ง 3 ปัจจัยดังกล่าวจึงเป็นตัวแปรอิสระที่งานวิจัยนี้สนใจศึกษาโดยปัจจัยด้านนักศึกษา มีตัวแปรที่ศึกษาคือ ระดับชั้นปี คณะแผนกเฉลี่ยสะสม และทัศนคติต่อการเรียนพยาบาล ปัจจัยด้านอาจารย์ มีตัวแปรที่ศึกษาคือ ประสบการณ์การสอน ประสบการณ์วิชาชีพครู และภาระงานสอนและปัจจัยด้านสภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ วัดตามการรับรู้ของนักศึกษาและอาจารย์ผู้สอนครอบคลุม 5 ด้าน คือการกำหนดวัตถุประสงค์ การเตรียมการสอน วิธีการและเทคนิคการสอน การสร้างบรรยากาศในการเรียนการสอน และการวัดและประเมินผลการเรียนการสอน ส่วนตัวแปรตามที่งานวิจัยนี้สนใจศึกษา คือ ความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์

นอกจากนี้ยังมีตัวแปรอิสระและตัวแปรตามอีกชุดหนึ่งที่งานวิจัยนี้สนใจศึกษา ตัวแปรอิสระคือ ปัจจัยด้านอาจารย์ได้แก่ ประสบการณ์การสอน ประสบการณ์วิชาชีพครู และภาระงานสอนส่วนตัวแปรตาม คือ สภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์วัดตามการรับรู้ของอาจารย์ ครอบคลุม 5 ด้าน คือ การกำหนดวัตถุประสงค์ การเตรียมการสอน วิธีการและเทคนิคการสอน การสร้างบรรยากาศในการเรียนการสอน และการวัดและประเมินผลการเรียนการสอนดังแสดงความสัมพันธ์ตามกรอบแนวคิดที่แสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือนักศึกษาพยาบาลศาสตร์หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ปีการศึกษา 2555 จำนวน 355 คน และอาจารย์ผู้สอน ซึ่งเป็นอาจารย์ประจำที่รับผิดชอบการสอนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติแก่นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำนวน 44 คน จากนั้นกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยตารางสำเร็จรูปของ Krejcie และ Morgan⁵ ได้ขนาดของอาจารย์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน จากนั้นทำการเลือกตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ส่วนขนาดของนักศึกษากลุ่มตัวอย่างได้ จำนวน 182 คน เลือกกลุ่มตัวอย่าง โดย

การสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified random sampling) จากนักศึกษาทั้งหมดในแต่ละชั้นปี จากนั้นทำการเลือกตัวอย่างแต่ละชั้นภูมิโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบวัดสภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามโครงสร้างเนื้อหาของแบบวัดสภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมการเรียนการสอน 5 ด้าน คือ การกำหนดวัตถุประสงค์ การเตรียมการสอน วิธีการและเทคนิคการสอน การสร้างบรรยากาศในการเรียนการสอน และการวัดและประเมินผลการเรียนการสอนจำนวน 50 ข้อ ลักษณะคำตอบ



เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คะแนน 3-0 คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติน้อย และไม่ปฏิบัติ นำมาแบ่งระดับการประเมินการรับรู้สภาพการเรียนรู้การสอนเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของแต่ละบุคคล คือ ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 แสดงว่าการรับรู้ดี ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.01-2.00 แสดงว่าการรับรู้ปานกลาง ค่าเฉลี่ย 0-1.00 แสดงว่าการรับรู้ไม่ดี

2. แบบวัดความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ ของทัศนีย์ เกริกกุลธร⁶ ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 32 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คะแนน 5-1 คือ ระดับความสามารถมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด นำมาแบ่งระดับความสามารถโดยคิดจากร้อยละของคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ 1) มากกว่าร้อยละ 80 ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.00-5.00 แสดงว่ามีระดับความสามารถมาก 2) ร้อยละ 60-80 ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.00-3.99 แสดงว่ามีระดับความสามารถปานกลาง และ 3) น้อยกว่าร้อยละ 60 ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 2.99 แสดงว่ามีระดับความสามารถน้อย

เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการศึกษ จำนวน 3 ท่าน และได้ค่าความเที่ยงโดยทดสอบกับนักศึกษา 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค ของแบบวัดสภาพการเรียนรู้การสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามการรับรู้ของนักศึกษาเท่ากับ .89 แบบวัดสภาพการเรียนรู้การสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามการรับรู้ของอาจารย์เท่ากับ .94 และแบบวัดความสามารถในการบริการสุขภาพด้วย

หัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์เท่ากับ .91

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดในช่วงเดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม 2556 เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที โดยในการตอบแบบวัดจะไม่มีการระบุชื่อผู้ตอบ ส่วนการนำส่งแบบวัดกลับคืนที่ผู้วิจัยจะมีตะกร้าสำหรับเก็บเครื่องมือการวิจัยแยกออกจากกันระหว่างแบบวัดกับใบยินยอมอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อไม่ให้ทราบว่าใครเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเมื่อเก็บข้อมูลครบถ้วนแล้วผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี เลขที่ EC 1-028/2556 โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และในระหว่างการวิจัยมีสิทธิที่จะขอถอนตัวเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและไม่มีผลกระทบต่อการเรียนรู้การสอนทั้งสิ้น พร้อมทั้งให้ความมั่นใจกับกลุ่มตัวอย่างว่าจะเก็บข้อมูลนี้เป็นความลับไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลและผลของการวิจัยจะรายงานข้อมูลเป็นกลุ่มหลังจากกลุ่มตัวอย่างรับทราบและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน



ผลการวิจัย

1. นักศึกษาร้อยละ 89.40 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 21.16 ปี (S.D. = 1.33) มีคะแนนเฉลี่ยสะสมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.50 และมีทัศนคติในทางบวกต่อการเรียนพยาบาล ร้อยละ 100

2. อาจารย์มีประสบการณ์การสอนเฉลี่ย 8.5 ปี อาจารย์ส่วนใหญ่มีประสบการณ์วิชาชีพครู คือ ผ่านการอบรมครูคลินิกหรือการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 87.50 และมีภาระงานสอนเฉลี่ยต่อปีการศึกษาระหว่าง 8.01-10.00 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.50

3. นักศึกษามีการรับรู้ต่อสภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.03 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการเตรียมการสอนมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 2.15, SD = 0.63) และด้านการกำหนดวัตถุประสงค์มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean = 2.03, SD = 0.57) ดังแสดงในตารางที่ 1

4. อาจารย์มีการรับรู้ต่อสภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.28 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการเตรียมการสอนมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 2.45, SD = 0.51) และด้านการกำหนดวัตถุประสงค์มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean = 2.26, SD = 0.60) ดังแสดงในตารางที่ 1

5. ความสามารถในการปฏิบัติกรพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.11 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านกรทำความเข้าใจผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.15, SD = 0.51) และด้านกรวางแผนแก้ปัญหาที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean = 3.88, SD = 0.54) และเมื่อพิจารณารายข้อ

พบว่า การปฏิบัติต่อผู้รับบริการทั้งวาจาและการกระทำด้วยความเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.74, SD = 0.45) รองลงมา ได้แก่ ตั้งจิตมุ่งมั่นที่จะให้การดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการด้วยความเต็มใจและต้องการทำสิ่งดี ๆ ให้กับเพื่อนมนุษย์ และการให้การดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการด้วยความสุภาพและนุ่มนวลที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน (Mean = 4.27) ในขณะที่การประสานงานจัดหาสิ่งสนับสนุนที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (Mean = 3.50, SD = 0.48) รองลงมา ได้แก่ การสนทนากับผู้รับบริการโดยใช้คำถามเจาะลึกให้ผู้รับบริการเล่าเรื่องราวประสบการณ์ความเจ็บป่วยหรือการดูแลสุขภาพของตนเองจนท่านเข้าใจวิถีชีวิตการดูแลสุขภาพความเชื่อและมุมมองต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยของผู้รับบริการ การระบุเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาลได้ชัดเจนสอดคล้องกับปัญหาและสามารถวัดได้จริง และการเขียนแผนภูมิอธิบายปัญหาวิธีการแก้ปัญหาและผลกระทบตามลำดับก่อนหลังได้ถูกต้อง (Mean = 3.52 และ 3.64 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

6. เมื่อคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พบว่า ความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัจจัยด้านนักศึกษา ปัจจัยด้านอาจารย์ และปัจจัยด้านสภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .281$.295 และ .327 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 3

7. ปัจจัยด้านอาจารย์ ได้แก่ ประสบการณ์การสอน ประสบการณ์วิชาชีพครู ภาระงานสอนของอาจารย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัจจัยด้านสภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .318$.397 และ



.215 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสภาพการเรียนรู้การสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามการรับรู้ของนักศึกษาและอาจารย์ (n = 222)

สภาพการเรียนรู้การสอนรายข้อ	อาจารย์		นักศึกษา	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.
การกำหนดวัตถุประสงค์	2.26	.60	2.03	0.57
การเตรียมการสอน	2.45	.51	2.15	.63
วิธีการและเทคนิคการสอน	2.35	.63	2.10	.68
การสร้างบรรยากาศในการเรียนการสอน	2.40	.59	2.05	.68
การวัดและประเมินผลการเรียนการสอน	2.30	.69	2.05	.71
โดยภาพรวม	2.28	.62	2.03	.67

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามการรับรู้ของนักศึกษา (n = 182)

รายการประเมิน	Mean	S.D.	การแปลผล
การทำความเข้าใจผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์	4.15	0.51	มาก
การระบุปัญหาและความต้องการของผู้บริการตามความเป็นจริง	4.02	0.57	มาก
การวางแผนแก้ปัญหา	3.88	0.54	ปานกลาง
การปฏิบัติตามสนองความต้องการและแก้ปัญหา	4.12	0.62	มาก
การสะท้อนการปฏิบัติ	4.08	0.64	มาก
โดยภาพรวม	4.11	0.57	มาก



ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรย่อยของปัจจัยด้านนักศึกษาปัจจัยด้านอาจารย์และปัจจัยด้านสภาพการเรียนการสอนกับความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษา

รายการตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
ปัจจัยด้านนักศึกษา	.281**
ระดับชั้นปี	.247**
คะแนนเฉลี่ยสะสม	.265**
ทัศนคติต่อการเรียนพยาบาล	.368**
ปัจจัยด้านอาจารย์	.295**
ประสบการณ์ด้านการสอน	.244**
ประสบการณ์วิชาชีพครู	.329**
ภาระงานสอน	.315**
ปัจจัยด้านสภาพการเรียนการสอน	.327**
การกำหนดวัตถุประสงค์	.264**
การเตรียมการสอน	.329**
วิธีการและเทคนิคการสอน	.386**
การสร้างบรรยากาศในการเรียนการสอน	.421**
การวัดและประเมินผลการเรียนการสอน	.312**

** p < .01

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรย่อยของปัจจัยด้านอาจารย์กับสภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์

รายการตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
ปัจจัยด้านอาจารย์	
ประสบการณ์ด้านการสอน	.318**
ประสบการณ์วิชาชีพครู	.397**
ภาระงานสอน	.215**

** p < .01

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้

หลักฐานเชิงประจักษ์โดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.11 สะท้อนให้เห็นถึงผลลัพธ์ของกระบวนการจัดการเรียนการสอนที่



สร้างเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี ที่ได้ดำเนินการปรับกระบวนการทัศน์และปลูกฝังพฤติกรรมบริการให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ การให้ความรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ และการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่มุ่งเน้นการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยในปีการศึกษา 2554-2555 ที่ผ่านมานั้น วิทยาลัยได้มุ่งเน้นการดำเนินงานไปที่การสร้างบรรยากาศ การสร้างทัศนคติที่ดีในการดูแลเพื่อนมนุษย์ เพื่อให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ในการเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น เข้าใจชีวิต และเรียนรู้ความทุกข์ยากของบุคคล การสื่อสารและการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคล เพื่อให้ นักศึกษารู้จักการให้ มีจิตเมตตา และศรัทธาในการทำความดีโดยมีกิจกรรมการดำเนินงานหลัก คือ การรวมจิตตั้งมั่นเพื่อสร้างพลังอำนาจในการให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ประกอบด้วย 1) การสร้างศรัทธาในการให้บริการ ได้แก่ การฟังธรรมะบรรยาย การพัฒนาจิตก่อนการเรียน การทำบุญตักบาตรหน้าวิทยาลัย การปฏิบัติธรรม 2) การสร้างศรัทธาในการทำความดีโดยการเล่าเรื่องราวการทำความดีของตนเอง การช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ การทำกิจกรรมจิตอาสา และการให้การพยาบาลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 3) การอบรมเรื่องสุนทรียสนทนา 4) กิจกรรมบุญ ได้แก่ การกล่าวคำปฏิญาณตนและตั้งจิตแน่วแน่ในการทำความดีเพื่อช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยและชุมชนในแต่ละวัน และ 5) กิจกรรมอาสาบุญโดยการพัฒนาความมีจิตอาสาในรายวิชาการศึกษาทั่วไป ครอบครัวจิตอาสา และจิตอาสาสำนึกกรักแหล่งทุน⁷ ด้วยเหตุนี้จึงส่งผลให้นักศึกษากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในด้าน การทำความเข้าใจผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด โดยพบว่า การปฏิบัติต่อผู้รับบริการทั้งวาจาและการกระทำด้วย

ความเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การตั้งใจมุ่งมั่นที่จะให้การดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการด้วยความเต็มใจและต้องการทำสิ่งดี ๆ ให้กับเพื่อนมนุษย์ และการให้การดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการด้วยความสุภาพและนุ่มนวลเป็นข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด แต่อย่างไรก็ตาม ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดก็อยู่ในด้านนี้ด้วย คือ การสนทนากับผู้รับบริการโดยใช้คำถามเจาะลึกให้ผู้รับบริการเล่าเรื่องราวประสบการณ์ความเจ็บป่วยหรือการดูแลสุขภาพของตนเอง จนท่านเข้าใจวิถีชีวิต การดูแลสุขภาพความเชื่อและมุมมองต่อสุขภาพ และความเจ็บป่วยของผู้รับบริการ

นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่า นักศึกษากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถด้านการวางแผนแก้ปัญหาต่ำที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับความสามารถในการวางแผนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลที่พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง^{8,9} ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการจัดการเรียนการสอนตามกรอบแนวคิดการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ของวิทยาลัยดังกล่าวข้างต้นนั้นส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นที่ด้านการทำความเข้าใจผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์จึงทำให้แนวทางในการดำเนินการจัดการเรียนการสอนในด้านอื่นๆ ไม่ชัดเจน โดยเฉพาะด้านการวางแผนแก้ปัญหาที่ นักศึกษามีความสามารถอยู่ในระดับปานกลาง

ระดับชั้นปี คะแนนเฉลี่ยสะสม ทัศนคติต่อการเรียนพยาบาล และสภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 แสดงว่านักศึกษาที่มีคะแนนเฉลี่ยสะสมสูงจะมีแนวโน้มที่จะมีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์สูง สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยสะสมภาคทฤษฎีมี



อิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน^{10,11} และความพร้อมทางด้านพื้นความรู้เดิมจะมีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนภาคปฏิบัติ¹² ซึ่งในการศึกษาพยาบาลนั้นความรู้พื้นฐานเดิมหรือความรู้ทางภาคทฤษฎีจะต้องถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการเรียนภาคปฏิบัติ เพื่อให้เกิดทักษะทางการพยาบาลและช่วยให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพและคุณภาพยิ่งขึ้น

ทัศนคติต่อการเรียนพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ ($r=.368$, $p<.01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของปานทิพย์ ปุระณานนท์ และทัศนีย์ เกริกกุลธร¹⁰ ที่พบว่า ทัศนคติต่อการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มีอิทธิพลต่อความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการเรียนพยาบาลนับเป็นภาวะที่ทำให้ นักศึกษามีโอกาสเกิดความเครียดได้สูงเพราะลักษณะการเรียนมุ่งเน้นให้นักศึกษาศึกษาสภาพจริงที่นำความรู้ภาคทฤษฎีไปใช้ในการฝึกปฏิบัติ ซึ่งในการฝึกปฏิบัติ จะมีแหล่งฝึกที่มีลักษณะหลากหลาย นักศึกษาจึงต้องเผชิญกับสถานการณ์จริงที่ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์สำหรับการเรียนได้ เช่น ความแตกต่างของตัวผู้ใช้บริการ บุคลากรในทีมสุขภาพสถานการณ์ในแหล่งฝึก ตัวนักศึกษา อาจารย์นิเทศ และวิธีการเรียน เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้ นักศึกษาเกิดความเครียดและวิตกกังวลซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sprengel และ Job¹³ และ Kleehammer และคณะ¹⁴ ที่พบว่า นักศึกษามีความเครียดและกังวลมากเมื่อเริ่มฝึกปฏิบัติครั้งแรกซึ่งในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยนั้นเป็นงานที่เหนื่อยและยุ่งยาก ถ้านักศึกษาไม่มีทัศนคติที่ดีหรือไม่มีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติก็จะทำให้เกิดความเบื่อหน่ายท้อแท้ในการปฏิบัติได้ ส่วนนักศึกษาที่มีทัศนคติที่ดีจะพยายามจนเต็มความสามารถในการศึกษา และสามารถปรับตัวต่อสภาพการณ์ต่างๆได้เป็นอย่างดี

สภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วย

หัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ ($r=.327$, $p<.01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สภาพแวดล้อมมีอิทธิพลต่อการเรียนการสอน ซึ่งครอบคลุมทั้งสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ทางจิตใจและทางสังคมที่ส่งผลทำให้ผลการเรียนในวิชาชีพพยาบาลบรรลุเป้าหมายทางการศึกษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ของนักศึกษา คือ สภาพแวดล้อมในการฝึกภาคปฏิบัติ ไม่ว่าจะเป็นสถานที่ฝึกงาน การฝึกปฏิบัติการพยาบาล เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ รวมทั้งทรัพยากรการเรียนรู้^{10, 15-16} นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Dunn & Hansford¹⁷ และ McRobbies & Fraser¹⁸ ที่พบว่า สภาพแวดล้อมขณะฝึกภาคปฏิบัติในคลินิกมีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนภาคปฏิบัติ นั่นหมายความว่าในการฝึกภาคปฏิบัติการจัดสภาพแวดล้อมที่เพียงพอและเหมาะสมพร้อมต่อการเรียนรู้ย่อมส่งเสริมให้เกิดผลดีต่อนักศึกษา และจากการศึกษาของ Papp และคณะ¹⁵ ยังพบว่า การจัดสภาพแวดล้อมที่ดีสามารถช่วยให้นักศึกษานำความรู้ทางทฤษฎีที่เรียนรู้ในห้องเรียนมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการเกิดการเรียนรู้ในคลินิกได้ดี

สภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งตามการรับรู้ของนักศึกษาและอาจารย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ ($r=.327$ และ 434 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เพราะความสามารถในการสอนและคุณภาพของการสอน เช่น ความสามารถในการชี้แจงวัตถุประสงค์ การดำเนินการสอน การจัดประสบการณ์ การประเมินผล การให้ข้อมูลย้อนกลับ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนและผู้เรียน จะส่งผลต่อการเรียนรู้ของผู้เรียนซึ่งผลการวิจัยใน



ครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของปานทิพย์ ปุรณานนท์และทัศนีย์ เกริกกุลธร¹⁰ที่พบว่า การรับรู้ต่อพฤติกรรมการสอนทางคลินิกของอาจารย์มีอิทธิพลต่อความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และการศึกษาของ Blackman และคณะ¹¹ ที่พบว่า อาจารย์ในคลินิกเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์การเรียนรู้ภาคปฏิบัติของนักศึกษาเพราะการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติเป็นหัวใจสำคัญของการเรียนการสอนทางการพยาบาล ความสามารถในการสอนของอาจารย์มีผลจึงมีความสำคัญ เพราะอาจารย์นิเทศเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาศักยภาพผู้เรียนทั้งด้านความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาล

ประสบการณ์การสอน ประสบการณ์วิชาชีพครู และภาระงานสอนของอาจารย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ ($r=0.327$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าประสบการณ์การสอนและประสบการณ์วิชาชีพครูที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานมานานกว่าจะมีความเข้าใจ มีทักษะและความชำนาญในการสอนเพื่อพัฒนานักศึกษาให้มีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์สูงกว่าอาจารย์ที่มีประสบการณ์น้อย เพราะอาจารย์ที่มีประสบการณ์การสอนและประสบการณ์วิชาชีพครูจะเป็นผู้ที่รู้และเข้าใจหลักสูตร มีความสามารถนำหลักสูตรสู่การสอน มีทิศทางในการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นให้เกิดพฤติกรรมการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ มีความสามารถในการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่ดี รู้จักใช้อุปกรณ์การเรียนการสอนมีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ โดยเฉพาะอาจารย์ที่มีประสบการณ์วิชาชีพครูจะถูกรับชมเฉพาะให้มีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพครูจนมีคุณลักษณะส่วนตัวที่ดีและสามารถเป็นแบบอย่างได้เพราะการเป็นแบบอย่างที่ดีของอาจารย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการปฏิบัติการพยาบาลเป็น

สิ่งสำคัญ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมและทัศนคติของผู้เรียนทั้งด้านบวกและลบ¹⁹ ส่วนภาระงานการสอนที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ ($r=0.415$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของซังญา เย็นบำรุง และคณะ²⁰ ที่พบว่า ภาระงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า อาจารย์ใช้เวลามากกว่าครึ่งในการปฏิบัติงานพันธกิจอื่นๆ ตามที่สถาบันกำหนด ได้แก่ ภารกิจด้านการวิจัย การบริการวิชาการ การทำนุบำรุงศิลปและวัฒนธรรม การพัฒนานักศึกษานอกหลักสูตร การบริหารจัดการ และการประกันคุณภาพการศึกษากอปรกับอัตราส่วนระหว่างอาจารย์กับนักศึกษายังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่สภาการพยาบาลกำหนด ภาระงานจึงเป็นปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้อาจารย์ไม่สามารถจัดสภาพการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ได้อย่างเต็มที่

ข้อเสนอแนะ

1. ทางด้านการศึกษา

1.1 ควรปรับปรุงรูปแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาความสามารถในการวางแผนแก้ปัญหาของนักศึกษา การไว้ออกคำบอกเล่าของผู้รับบริการ และการใช้คำถามเจาะลึกเพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ตามสภาพจริงของผู้รับบริการให้เพิ่มขึ้น

1.2 ควรเตรียมอาจารย์นิเทศให้มีความรู้ และมีความสามารถด้านการสอนเพื่อพัฒนาความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์โดยเฉพาะการดำเนินการด้านการกำหนดวัตถุประสงค์ในการสอน

1.3 ควรมีการจัดการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์โดยมุ่งเน้นให้ครอบคลุมทุกขั้นตอนของ



กระบวนการพยาบาล ตามกรอบแนวคิดการบริการ ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างต่อเนื่องในทุกรายวิชา เพื่อสร้างเสริมความสามารถของนักศึกษาให้อยู่ในระดับที่สูงขึ้น

2. ทางด้านการวิจัย

ควรมีการศึกษารูปแบบการส่งเสริมความสามารถด้านการวางแผนแก้ปัญหาของนักศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. ประเวศ วะสี. ยุคที่ 2 ของการสาธารณสุขไทย: ระบบบริการสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ HA National Forum ครั้งที่ 7 วันที่ 15-17 มีนาคม 2549; อิมแพ็ค เมืองทองธานี, นนทบุรี; 2549.
2. สมจิตต์ หนูเจริญกุล. การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์. เอกสารประกอบการประชุมการบูรณาการสนองด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ครั้งที่ 2. วันที่ 12-13 กันยายน 2554; วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี, ราชบุรี; 2554.
3. อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. คืบหน้าหัวใจให้ระบบสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี การพัฒนารับรองคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 8. วันที่ 13-16 มีนาคม 2550; อิมแพ็ค เมืองทองธานี, นนทบุรี; 2550.
4. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี. รายงานการประเมินตนเองประจำปีการศึกษา 2555. มปท; 2556.
5. บุญใจ ศรีสถิตยน์รุกร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
6. ทศนิยม เกริกกุลธร. แนวปฏิบัติที่ดี ตัวบ่งชี้ที่ 1.1.1 ผลการบริหารสถาบันให้เกิดอัตลักษณ์: กรณีการจัดประสบการณ์เรียนรู้สู่อัตลักษณ์ การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์. มปท; 2556.
7. กลุ่มภารกิจด้านวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี. รายงานผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาการรวมจิตตั้งมั่นเพื่อสร้างพลังอำนาจในการให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ปีการศึกษา 2555. มปท; 2556.
8. ปานทิพย์ ปุรณานนท์. ผลของการเรียนรู้ที่เน้นประสบการณ์ต่อความสามารถในการวางแผนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล. วารสารพยาบาล 2553; 59(1): 43-49.
9. วิมลนิจ สิงหะ. ความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้ภาคปฏิบัติที่เน้นกระบวนการพยาบาล และเจตคติต่อกระบวนการพยาบาลกับความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. สระบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี; 2549.
10. ปานทิพย์ ปุรณานนท์และ ทศนิยม เกริกกุลธร. ปัจจัยทำนายสมรรถนะของนักศึกษาในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2554; 29(2): 48-55.
11. Blackman I, Hall M, Darmawan IGN. Undergraduate nurse variables that predict academic achievement and clinical competence in nursing. Int Educ J 2007; 8(2): 222-36.
12. Bloom BS. Human characteristic and school learning. 2nd ed. New York: McGraw-Hill Book Company; 1982.
13. Sprengel AD, Job L. Reducing student anxiety by using clinical peer mentoring with beginning nursing students. Nurs Educ 2004; 29(6): 246-50.
14. Kleehammer K, Hart AL, Keck JF. Nursing students' perceptions of anxiety-producing situations in the clinical setting. J Nurs Educ 1990; 29(4): 183-87.
15. Papp I, Markkanen M, Bonsdroff M. Clinical environment as a learning environment:



- student nurses' perception concerning clinical learning experiences. *Nurs Educ Today* 2003; 23(4): 262-8.
16. Wuthipong J. Somsri D. Sutthineum U. Factors Influencing clinical learning behavior of nursing students. Chonburi: Boromarajonani College of Nursing, Chonburi; 2008.
 17. Dunn SV, Hansford B. Undergraduate nursing students perceptions of their clinical learning environment. *J Adv Nurs* 1996; 25(6): 1199-1206.
 18. McRobbie CJ. Fraser BJ. Associations between student outcomes and psychosocial science environment. *J Educ Res* 1993; 87(2): 78-85.
 19. Perry NJ. Role modeling excellence in clinical nursing practice. *Nurs Educ Pract* 2008; 9: 36-44.
 20. ชัชฎา เย็นบำรุง, อารี ชิวเกษมสุข, ทศนีย์ ทองประทีป, วิไล กุศลวิศิษฐ์กุล. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตวิญญาณของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชนเขต 4. *วารสารพยาบาล* 2555; 61(2): 34-41.



เปรียบเทียบการเตรียมคลอดและวิธีการเบ่งต่อผลการคลอด ของมารดาที่คลอดครั้งแรก

ปิยรัตน์ ไสมศรีแพง*
โสภภัทร ศรไชย**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมใช้วิธีการปกปิดแบบทางเดียว เพื่อเปรียบเทียบผลการคลอดจากการเตรียมคลอด และวิธีการเบ่งที่แตกต่างกันของมารดาที่คลอดครั้งแรก จับฉลากสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม 3 กลุ่ม กลุ่มละ 33 - 34 รายกลุ่มควบคุมได้รับการเตรียมคลอดตามมาตรฐานของโรงพยาบาล กลุ่มทดลอง 1 ได้รับการเตรียมคลอดด้วยการฝึกเบ่งแบบวัลซัลวาและกลุ่มทดลอง 2 ได้รับการเตรียมคลอดด้วยการฝึกเบ่งแบบเปิดกล่องเสียง เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยคือ แผ่นพับประกอบแผนการสอน และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการคลอดแบบประเมินคะแนนแอฟการ์ และแบบสังเกตทักษะการเบ่งคลอดพบว่าผลการคลอดของทั้ง 3 กลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) แต่กลุ่มควบคุมมีความไม่สุขสบายและอาการผิดปกติขณะคลอดมากที่สุด นอกจากนี้กลุ่มควบคุมมีคะแนนทักษะการเบ่งในระยะคลอดน้อยกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) 3 ประการ คือ 1) เบ่งคลอดถูกวิธี 2) เบ่งนาน 6 วินาที และ 3) เบ่งซ้ำ 3 - 4 ครั้งจนกว่ามดลูกคลายตัว ผลการทดลองเป็นการยืนยันความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของการเบ่งคลอดโดยทั้ง 3 กลุ่มใช้วิธีการเบ่งแบบวัลซัลวาร่วมกับการเบ่งแบบเปิดกล่องเสียง แต่กลุ่มควบคุมมีการปนกันของวิธีการเบ่งมากที่สุด ดังนั้น ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการเตรียมคลอดเกี่ยวกับวิธีการเบ่ง เพื่อให้เกิดผลการคลอดที่ดีแก่ผู้คลอดต่อไป

คำสำคัญ: การเตรียมคลอด วิธีการเบ่ง ผลการคลอด

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลสกลนคร

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



Comparison of Childbirth Preparation and Pushing Technique toward Birth Outcomes among Nulliparous Women

*Piyarat SomSripang**

*Sommapat Somchai***

Abstract

A randomized control trial (RCT) using the single blind technique was conducted to compare the birth outcomes of different childbirth preparation and pushing techniques among nulliparous women. The participants were randomly placed into three groups, each group consisted of 33–34 nulliparous women. The control group received a hospital standard protocol. The first experimental group was trained to use the valsalva pushing technique. The second experimental group was trained to use the opened glottis pushing technique. The research tools comprised a teaching plan and data collection form on which demographic data, labor information and Apgar score were recorded. Pushing skill was also observed and recorded. The results showed statistically no significant differences in birth outcomes among those three groups ($p>0.05$), but the control group had the highest discomfort and abnormal symptoms at birth. The control group had a significantly lower score of pushing skill compared with the two experimental groups ($p<0.01$), which consisted of 1) correct pushing technique, 2) controlling breathing using 6 second intervals, and 3) repeat pushing three or four times until uterine contractions cease. The findings of this study confirm an understanding about the nature of labour pushing. All 3 sample groups had a combined pushing technique of valsalva and opened glottis. However, the control group seemed to use a combined pushing technique more than the two experimental groups. The results of this study can be used to develop guidelines for childbirth preparation and pushing technique to achieve the best birth outcome.

Keywords : Childbirth preparation, pushing technique, birth outcomes

* Registered Nures , SakonNakhon Hospital

** Assistant Professor, KhonKaen University



ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัญหาการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด มีผลกระทบหลายด้าน ทั้งการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายทารก ด้านจิตใจทำให้บิดามารดามีความเครียด สัมพันธภาพมารดา ทารกถูกขัดขวาง และด้านเศรษฐกิจทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้คลอด¹ โดยตั้งเป้าหมายการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดไว้ไม่เกิน 30 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย สาเหตุที่ทำให้เกิดการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในระยะก่อนคลอด ระยะคลอดและด้านทารก² ซึ่งปัจจัยเสี่ยงในระยะก่อนคลอดและด้านทารกสามารถค้นพบได้ก่อนเข้าสู่ระยะคลอด จึงนำมาใช้วางแผนการดูแลการคลอดให้เหมาะสมได้³ แต่ปัจจัยด้านการคลอดนั้นมีปัจจัยบางประการที่ไม่สามารถประเมินและค้นพบในระยะก่อนคลอดได้ โดยเฉพาะแรงเบ่งคลอด ถึงแม้ว่าแรงเบ่งคลอดเป็นกลไกที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติในการให้กำเนิดทารกก็ตาม แต่ถ้าผู้คลอดมีแรงเบ่งน้อยก็จะส่งผลให้เวลาในการคลอดยาวนาน จำเป็นต้องช่วยคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการ และส่งผลให้เกิดการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดได้²

ผู้วิจัยจึงทำการทบทวนเวชระเบียนของผู้คลอดภาวะเสี่ยงต่ำที่มีทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน² ย้อนหลัง 3 เดือน ตั้งแต่เดือนกันยายน-พฤศจิกายน พ.ศ.2553 พบว่า เป็นผู้คลอดที่คลอดแรก ร้อยละ 85.7 และสาเหตุการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดของผู้คลอดที่คลอดครั้งแรก มี 2 ประการ คือ ผู้คลอดมีแรงเบ่งน้อย ร้อยละ 71.4 และเสี่ยงหัวใจทารกในครรภ์เต้นไม่สม่ำเสมอ ในขณะที่เบ่งคลอด ร้อยละ 28.6 ดังนั้น บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์จึงมีความสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพของการเบ่งคลอดและลดระยะเวลาในการคลอด โดยเฉพาะในมารดาที่คลอดครั้งแรก การเพิ่มประสิทธิภาพของการเบ่งคลอดและการลดระยะเวลาในการคลอด พอสรุปได้ 7 ประการ ดังนี้ ประการแรก คือ ท่าคลอดที่ใช้ในขณะที่คลอด สรุปได้ 2 กลุ่ม คือท่า

คลอดศีรษะสูงและท่าคลอดที่ลำตัวอยู่ในแนวราบ โดยใช้องศาของมุมที่ลำตัวของผู้คลอดสูงกว่าแนวราบตั้งแต่ระดับ 30 องศาขึ้นไป จะถือว่าเป็นท่าคลอดศีรษะสูง ตัวอย่างเช่น ท่ายืน ท่านั่ง ท่ากึ่งนั่ง เป็นต้น ผลของท่าคลอด พบว่า ท่าคลอดศีรษะสูงมีผลทำให้เวลาในการคลอดน้อยกว่าท่าคลอดที่ลำตัวอยู่ในแนวราบ⁵⁻⁸ ไม่ว่าจะใช้ร่วมกับวิธีการเบ่งคลอดแบบใดก็ตาม เนื่องจากท่าคลอดศีรษะสูงช่วยส่งเสริมให้ช่องคลอดขยายกว้างขึ้น มีแรงโน้มถ่วงของโลกช่วยให้ศีรษะทารกเคลื่อนต่ำลงมากดที่กล้ามเนื้อพื้นเชิงกรานและกระตุ้นปฏิกิริยาเฟอร์กูสัน (Ferguson's Reflex) ทำให้เกิดแรงเบ่งที่มีประสิทธิภาพ⁹

ประการที่สอง คือ เวลาเริ่มเบ่งสรุปแนวทางที่ปฏิบัติโดยทั่วไปได้ 2 ระยะ คือ การเริ่มเบ่งทันทีเมื่อปากมดลูกเปิดหมดและการเริ่มเบ่งเมื่อมีลมเบ่ง ซึ่งทั้ง 2 ระยะ เป็นการอาศัยแรงเบ่งที่มีประสิทธิภาพจากการที่ผู้คลอดมีลมเบ่งโดยการเริ่มเบ่งทันทีเมื่อปากมดลูกเปิดหมด เป็นการกระตุ้นให้ผู้คลอดมีลมเบ่งในเวลาที่ยาวขึ้นด้วยการใช้การเบ่งคลอดแบบควบคุมได้มาช่วยผลักดันให้ศีรษะทารกลงมากดที่กล้ามเนื้อพื้นเชิงกราน จึงทำให้เวลาในระยะที่ 2 ของการคลอดน้อยลงแต่มีภาวะมีชีพที่พบในน้ำคร่ำได้มากกว่าเวลาเริ่มเบ่งเมื่อมีลมเบ่งส่วนการเริ่มเบ่งเมื่อมีลมเบ่ง เป็นการอาศัยการมีลมเบ่งตามธรรมชาติของผู้คลอด จึงมีผลทำให้เวลาในระยะที่ 2 ของการคลอดน้อยกว่า⁵⁻⁷ และมีการคลอดปกติมากกว่าเริ่มเบ่งทันทีเมื่อปากมดลูกเปิดหมด ดังนั้น การเริ่มเบ่งเมื่อมีลมเบ่งร่วมกับการใช้ท่าคลอดศีรษะสูง 30 องศาจากแนวราบ ทำให้แรงเบ่งคลอดมีประสิทธิภาพได้ จึงกำหนดให้เป็นปัจจัยควบคุมในการศึกษา

ประการที่สาม คือ วิธีการเบ่งคลอด สรุปได้ 2 วิธี คือ วิธีการเบ่งคลอดแบบวัลซัลวา (Valsalva) และวิธีการเบ่งคลอดแบบเปิดกล่องเสียง (Opened glottis) โดยลักษณะการเบ่งแบบวัลซัลวา เป็นการกลั้นลมหายใจไว้ขณะที่เบ่ง กลั้นเบ่งให้แรงและนานที่สุด ไม่เกิน 10 วินาที ซึ่งในการศึกษาวิจัยควบคุม



ให้กล้ามเนื้อนาน 6 – 10 วินาที^{6-8,10,12} โดยที่ไม่มีการศึกษาใดระบุเวลาที่กล้ามเนื้อที่ปลอດภัยไว้อย่างชัดเจน แต่การกล้ามเนื้อนานกว่า 6 วินาที จะส่งผลให้เลือดของสายสะดือมีความเป็นกรดมากขึ้นตามระยะเวลาที่กล้ามเนื้อดั่งนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดให้กล้ามเนื้อไม่เกิน 6 วินาทีเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการเบ่งคลอดส่วนลักษณะการเบ่งแบบเปิดกล่องเสียงเป็นการให้ผู้คลอดออกเสียงเบาๆหรือมีลมแล็ดลอดในขณะที่เบ่งได้ และใช้เวลาเบ่งนาน 4 – 8 วินาที^{5,7,8,11} การเปรียบเทียบผลของวิธีการเบ่ง พบว่า วิธีการเบ่งคลอดแบบเปิดกล่องเสียง ใช้เวลาในระยะที่ 2 ของการคลอดน้อยกว่า 5, มีคะแนนแอฟการในนาที่ที่ 1 นาที่ที่ 5 สูงกว่าและเลือดที่สายสะดือมีความเป็นกรดน้อยกว่าวิธีการเบ่งคลอดแบบวัลซัลวา¹⁵ ถึงแม้ว่าวิธีการเบ่งคลอดแบบเปิดกล่องเสียงจะให้ผลการคลอดที่ดีกว่าวิธีการเบ่งคลอดแบบวัลซัลวา แต่ในการศึกษาข้างต้นไม่ได้กล่าวถึงการประเมินทักษะการเบ่งของแต่ละวิธี ที่ยืนยันผลการทดลองว่า ผู้คลอดสามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขของแต่ละวิธีได้ถูกต้องและสามารถควบคุมให้ผู้คลอดใช้ลักษณะการเบ่งวิธีใดวิธีเดียวได้

นอกจากนี้ ยังมีการเบ่งอีกลักษณะหนึ่ง ซึ่งเป็นการเบ่งแบบผสมผสานระหว่างวิธีการเบ่งแบบวัลซัลวาและแบบเปิดกล่องเสียง การเบ่งคลอดแบบนี้ไม่มีแบบแผนที่ชัดเจนแต่เป็นการเบ่งคลอดตามความรู้สึกของผู้คลอด โดยไม่ต้องสอนหรือควบคุมการเบ่งจากพยาบาล เรียกว่า การเบ่งคลอดตามธรรมชาติ (Spontaneous pushing) จากการสังเกตพฤติกรรมการเบ่งคลอดในลักษณะนี้ พบว่า ผู้คลอดมีพฤติกรรมการเบ่งแบบวัลซัลวาปนอยู่ทุกรอบ และใช้วิธีการเบ่งแบบเปิดกล่องเสียงในบางครั้ง⁶ ดังนั้นแม้ว่าการเบ่งในระยะคลอด จะมีการควบคุมวิธีการเบ่งลักษณะใดลักษณะหนึ่งก็ตาม เมื่อการเบ่งเกิดขึ้นจริง อาจมีลักษณะการเบ่งแบบผสมผสานอยู่ เนื่องจากการเบ่งคลอดเป็นปฏิกิริยาตอบสนองเพอร์กูสัน (Ferguson's reflex) ซึ่งเป็นแรงเบ่งที่ไม่สามารถควบคุมได้ (Involuntary pushing) ผู้คลอดจึงควบคุมการเบ่งไม่ได้หรือเบ่งไม่ถูกวิธี ดังนั้น ผู้วิจัย

จึงมีข้อสงสัยว่าผู้คลอดสามารถปฏิบัติตามวิธีการเบ่งที่ควบคุมของแต่ละวิธีได้ตลอดการเบ่งหรือไม่

ประการสุดท้าย คือ การเตรียมคลอดเกี่ยวกับวิธีการเบ่งคลอด เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโครงสร้าง สรีรวิทยาของเชิงกราน กลไกการเบ่งคลอด และวิธีการเบ่งโดยสอนในระยะฝากครรภ์ และระยะรอคลอดเปรียบเทียบผลของการเตรียมคลอด พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการสอนและฝึกเบ่งในระยะฝากครรภ์ ได้รับความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการคลอด ส่วนผู้คลอดที่ได้รับการสอนวิธีการเบ่งในระยะรอคลอดใช้เวลาในระยะที่ 2 ของการคลอดมากกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับการเตรียมคลอด⁷ แต่ใช้เวลาตั้งแต่เริ่มเบ่งจนถึงทารกคลอดน้อยกว่าผู้คลอดที่ไม่ได้รับการเตรียมคลอด¹⁰ ซึ่งยังไม่สามารถสรุปผลของการเตรียมคลอดได้ เนื่องจากผลของการเตรียมคลอดที่ศึกษาแตกต่างกัน วิธีการเบ่งที่ใช้ในการศึกษามีหลากหลาย และการศึกษาที่ผ่านมาไม่ได้กล่าวถึงการประเมินทักษะการเบ่งภายหลังการสอนว่า ควรเป็นอย่างไรหรือทำให้เกิดทักษะการเบ่งอะไรบ้าง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลการคลอดและทักษะการเบ่งจากการเตรียมคลอดในระยะฝากครรภ์ และระยะคลอด รวมถึงสังเกตลักษณะของวิธีการเบ่งคลอดที่ต่างกัน 2 วิธี ระหว่าง วิธีการเบ่งคลอดแบบวัลซัลวา ไม่เกิน 6 วินาที กับ วิธีการเบ่งคลอดแบบเปิดกล่องเสียง โดยมีพยาบาลควบคุมการเบ่งให้เป็นไปตามเงื่อนไขของแต่ละวิธี และมีการเตรียมคลอด เพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะการเบ่ง โดยมีกรอบแนวคิดในการศึกษา คือ การเตรียมคลอดเกี่ยวกับวิธีการเบ่ง น่าจะช่วยเสริมสร้างทักษะการเบ่งคลอดให้ผู้คลอดปฏิบัติได้ถูกต้อง ทำให้แรงเบ่งมีประสิทธิภาพ อาจช่วยลดระยะเวลาในการคลอดและก่อให้เกิดผลการคลอดที่ดีซึ่งผลการคลอดในการศึกษานี้ได้แก่ เวลาในระยะที่ 2 ของการคลอด วิธีการคลอด คะแนนแอฟการ ความไม่สุขสบายและอาการผิดปกติในระยะคลอด ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าผลการศึกษาจะทำให้เข้าใจถึงลักษณะการเบ่ง การเตรียมคลอดในเรื่องการเบ่งคลอด และ



ประสิทธิภาพของวิธีการแบ่งคลออดที่แตกต่างกัน เพื่อใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้คลออดได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลการคลออดของมารดาที่คลออดครั้งแรกที่ได้รับจากการเตรียมคลออดและวิธีการแบ่งคลออดที่แตกต่างกัน

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้คลออดที่ได้รับการเตรียมคลออดด้วยการฝึกแบ่งคลออดทั้ง 2 วิธีมีผลการคลออดที่ดีกว่าผู้คลออดที่ได้รับการเตรียมคลออดตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

2. ผู้คลออดที่ใช้วิธีการแบ่งคลออดแบบเปิดกล่องเสียงมีผลการคลออดที่ดีกว่าผู้คลออดที่ใช้วิธีการแบ่งคลออดแบบวัลซัลวา

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่นแล้วเลขที่โครงการวิจัย HE552059 และมีการปกปิดผู้ประเมินไม่ให้ทราบว่าหญิงตั้งครรภ์อยู่ในกลุ่มตัวอย่างใด

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized control trial) ใช้วิธีการปกปิดแบบทางเดียว (single blind technique) เปรียบเทียบผลการคลออดของการเตรียมคลออดและวิธีการแบ่งของผู้คลออดที่มาฝากครรภ์และคลออดในโรงพยาบาลสกลนคร ระยะเวลาทำการศึกษา 5 เดือน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่มคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของ Hedges⁸ งานวิจัยที่นำมาอ้างอิง⁵ ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบผลของวิธีการแบ่งคลออดแบบวัลซัลวากับวิธีการแบ่งแบบตามธรรมชาติ

$$\text{สูตรคำนวณ Effect size} = \frac{\bar{X}_E - \bar{X}_C}{SD_{\text{pool}}}$$

เมื่อ $\bar{X}_E - \bar{X}_C$ คือ ผลต่างของค่าเฉลี่ยเวลาในระยะแบ่งคลออดระหว่างสองกลุ่ม

SD_{pool} คือ ค่าเฉลี่ยของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวมของเวลาในระยะแบ่งคลออดสองกลุ่ม

$$\text{แทนค่า Effect size} = \frac{145.97 - 91.00}{(88.09+62.09)/2} = \frac{54.97}{75.09} = 0.7$$

กำหนด $\alpha = .05$ ในการทดสอบสมมติฐานแบบทางเดียวและค่าอำนาจการทดสอบ $(1 - \beta) = .80$ เมื่อเปิดตารางสำเร็จรูปเพื่อใช้ในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 33 ราย และเพิ่ม drop out 20% จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 40 ราย รวมทั้งสิ้น 120 ราย ภายหลังจากดำเนินการวิจัยเหลือตัวอย่างทั้งสิ้น 101 ราย ดังนี้ กลุ่มควบคุม คือ ผู้คลออดที่ได้รับการเตรียมคลออดตามมาตรฐานของโรงพยาบาล จำนวน 34 รายกลุ่มทดลอง 1 คือ ผู้คลออดที่ได้รับการเตรียมคลออดด้วยการฝึกแบ่งคลออดแบบวัลซัลวา จำนวน 34 ราย และกลุ่มทดลอง 2 คือ ผู้คลออดที่ได้รับการเตรียมคลออดด้วยการฝึกแบ่งคลออดแบบเปิดกล่องเสียง จำนวน 33 ราย

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ในระยะฝากครรภ์ที่มีคุณสมบัติ เป็นผู้คลออดที่ไม่เคยผ่านการคลออดมีภาวะเสี่ยงต่ำ อายุ 17 – 34 ปี มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 35 ถึง 37 สัปดาห์ น้ำหนักทารกแรกเกิดอยู่ในช่วง 2,500– 3,500 กรัมและไม่มีภาวะพิการแต่กำเนิด ผู้คลออดไม่ได้รับยาแก้ปวดก่อนคลออดภายใน 4 ชั่วโมง การเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ปกติ น้ำคร่ำไม่มีซีเทาปน เวลาในระยะที่ 1 ของการคลออดไม่เกิน 20 ชั่วโมง ผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลและแจกเอกสารคำชี้แจงอาสาสมัคร โดยให้หญิงตั้งครรภ์มีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมและถอนตัวจากการศึกษาด้วยตนเองได้ทุกเมื่อ เมื่อเข้าร่วมการวิจัยหญิงตั้งครรภ์จะจับฉลากกลุ่มเข้ากลุ่ม



ตัวอย่างด้วยตนเอง เป็นการสุ่มแบบไม่ใส่ฉลากคืน ถ้าหากผู้ทดลองถอนตัวหรือถูกคัดออก ทำการสอครั้งที่ 1 ภายหลังจากหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจครรภ์เรียบร้อยแล้ว และสอซ้ำครั้งที่ 2 ในระยะรอคลอด สอนนานครั้งละประมาณ 20 นาที และหญิงตั้งครรภ์จะฝึกท่าคลอดและเทคนิคการหายใจ โดยที่ไม่ให้หญิงตั้งครรภ์ออกแรงเบ่งคลอดจริง จนกว่าปากมดลูกเปิดหมดทำการประเมินทักษะการเบ่งคลอด สังเกตลักษณะการเบ่งของผู้คลอดและบันทึกข้อมูลการคลอดเมื่อสิ้นสุดการเบ่งคลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยคือ แผ่นพับประกอบแผนการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยวิธีการเบ่งคลอดแบบวัลซัลวามีความตรงของเนื้อหาเฉลี่ย 0.93 และความตรงเฉพาะหน้าเฉลี่ย 0.97 ส่วนการเบ่งคลอดแบบเปิดกล่องเสียงมีความตรงของเนื้อหาเฉลี่ย 0.96 และความตรงเฉพาะหน้าเฉลี่ย 1.00 และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ

รวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดแบบประเมินคะแนนแอฟการ์ด และแบบสังเกตทักษะการเบ่งคลอด มี 2 วิธี คือ แบบสังเกตทักษะการเบ่งแบบวัลซัลวาและแบบเปิดกล่องเสียง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ทดสอบความแตกต่างระหว่างลักษณะกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม โดยใช้สถิติ F test (ตารางที่ 1) พบว่า ลักษณะกลุ่มตัวอย่างหรือตัวแปรควบคุมทั้ง 3 กลุ่มไม่แตกต่างกัน โดยมีอายุเฉลี่ย 21 ปี ส่วนสูงเฉลี่ย 156 เซนติเมตร น้ำหนักเฉลี่ย 60 กิโลกรัม อายุครรภ์เฉลี่ย 38 สัปดาห์ น้ำหนักทารกแรกเกิดเฉลี่ย 2,950 กรัม เวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดเฉลี่ย 8 ชั่วโมงและเปรียบเทียบการได้รับยาเร่งคลอดโดยใช้สถิติ Chi – square test พบว่าทั้ง 3 กลุ่มได้รับยาเร่งคลอดไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของลักษณะกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ ส่วนสูง น้ำหนัก อายุครรภ์ น้ำหนักทารกแรกเกิด และเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอดของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม

ระยะเวลาในการคลอด	กลุ่มทดลอง 1 (n = 34 ราย)		กลุ่มทดลอง 2 (n = 33 ราย)		กลุ่มควบคุม (n = 34 ราย)		ค่า F	p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD		
อายุ (ปี)	22.09	3.48	20.58	2.75	21.50	3.88	1.67	0.193
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	155.53	3.88	156.15	5.02	156.87	5.28	0.67	0.513
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	60.44	5.66	59.13	6.60	61.76	4.81	1.76	0.177
อายุครรภ์ (สัปดาห์)	38.88	0.844	38.55	1.09	38.47	1.11	1.57	0.214
น้ำหนักทารก (กรัม)	2,970.00	248.21	2,902.12	244.22	2,963.53	263.93	0.73	0.482
เวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด (ชั่วโมง)	8:55	3:76	7:81	3:73	9:33	4:02	1.32	0.272



2. เปรียบเทียบความแตกต่างของเวลาใน ระยะที่ 2 ของการคลอด วิธีการคลอด ความไม่สุขสบายและอาการผิดปกติขณะคลอด และคะแนน ทักษะการแบ่งในระยะคลอด โดยใช้สถิติ Fisher's exact

3. เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของ ทักษะการแบ่งคลอดถูกต้องจำแนกตามลำดับขั้นตอนการแบ่งคลอดของ ทั้ง 3 กลุ่ม โดยใช้สถิติ Kruskal-Wallis

ผลการวิจัย

1. ผลการเปรียบเทียบการเตรียมคลอด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่มพบว่า ทั้ง 3 กลุ่ม มีผลการคลอด ได้แก่ เวลาในระยะที่ 2 ของการคลอด วิธีการคลอด สภาพทารกแรกเกิด ความไม่สุขสบายและอาการผิดปกติขณะคลอด ต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 2 และ 3 แต่กลุ่มควบคุมมีคะแนนทักษะ การแบ่งน้อยกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p < 0.01$) 3 ประการ คือ 1)แบ่งคลอดถูกวิธี 2) แบ่งนาน 6 วินาที และ 3) แบ่งซ้ำ 3 - 4 ครั้งจนกว่า มดลูกคลายตัว ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติ Fisher's exact ของเวลาในระยะที่ 2 ของการคลอด และคะแนนทักษะการแบ่งคลอดในระยะคลอด ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม

เปรียบเทียบ	กลุ่มทดลอง 1 (n = 34 ราย)		กลุ่มทดลอง 2 (n = 33 ราย)		กลุ่มควบคุม (n = 34 ราย)		P-value
	ค่ามัธยฐาน	Range	ค่ามัธยฐาน	Range	ค่ามัธยฐาน	Range	
เวลาในระยะที่ 2 ของการคลอด (นาที)	13	4-182	14	2-55	12	3-45	0.721
คะแนนทักษะการแบ่งคลอด ในระยะคลอด (เต็ม 8 คะแนน)	6	3 - 8	6	3 - 8	4.5	1 - 8	0.036*

* $p < 0.05$



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติ Fisher's exact ของสัดส่วนวิธีการคลอด ความไม่สุขสบายและความผิดปกติขณะคลอดระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม

ผลการคลอด	กลุ่มทดลอง 1 (n = 34 ราย)		กลุ่มทดลอง 2 (n = 33 ราย)		กลุ่มควบคุม (n = 34 ราย)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
วิธีการคลอด							
คลอดปกติ	32	94.12	33	100	34	100	0.771
คลอดผิดปกติ	2	5.88	0	0	0	0	
ความไม่สุขสบายและอาการผิดปกติขณะคลอด							
มี	4	11.76	1	3.03	8	23.53	1.000
ไม่มี	30	88.24	32	96.97	26	76.47	

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติ Kruskal-Wallis ของสัดส่วนทักษะการเบ่งคลอดถูกต้อง จำแนกตามลำดับขั้นตอนการเบ่งคลอดของกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 3 กลุ่ม

ทักษะการเบ่งคลอดถูกต้อง จำแนกตามลำดับขั้นตอน	กลุ่มทดลอง 1 (n = 34 ราย)		กลุ่มทดลอง 2 (n = 33 ราย)		กลุ่มควบคุม (n = 34 ราย)		Chi - square	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. ระยะเวลาเริ่มเบ่งถูกต้อง	34	100	34	100	34	100	.000	1.000
2. สูดหายใจเข้าออกลึกๆ ก่อนเบ่ง	21	61.76	18	54.55	17	50.00	.959	0.619
3. เริ่มเบ่งโดยก้มหน้า ค้างชิดอก	30	88.24	28	84.84	24	70.59	3.858	0.145
4. เบ่งคลอดถูกต้องวิธี	25	73.53	26	78.79	13	38.24	14.004**	0.001
5. ขณะเบ่งไม่ขยับและขมิบก้น	28	82.35	22	66.67	20	58.82	4.540	0.103
6. เบ่งนาน 6 วินาที	28	82.35	29	87.88	19	55.88	10.489**	0.005
7. เบ่งซ้ำ 3-4 ครั้งจนกว่า มดลูกคลายตัว	33	97.06	31	93.94	24	70.59	12.524**	0.002
8. เมื่อมดลูกคลายตัว สูดหายใจ เข้าออกลึกๆ ก่อนพัก	30	88.24	29	87.88	26	76.47	2.251	0.324

**p < 0.01



2. ผลการเปรียบเทียบวิธีการเบ่งคลอดแบบวัลซ์ลวาของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง 1 กับวิธีการเบ่งแบบเปิดกล่องเสียงของกลุ่มทดลอง 2 พบว่า ผลการคลอดทั้ง 3 กลุ่ม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แต่ในทางปริมาณ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง 1 มีความไม่สุขสบายและอาการผิดปกติขณะคลอดมากกว่ากลุ่มทดลอง 2 ดังตารางที่ 3

3. ลักษณะการเบ่งคลอดของทั้ง 3 กลุ่ม เป็นการเบ่งแบบผสมผสานวิธีการเบ่งแบบวัลซ์ลวาและแบบเปิดกล่องเสียง โดยกลุ่มควบคุมมีการปนกันของวิธีการเบ่งมากที่สุด รวมทั้งเวลาเบ่งน้อยกว่า 6 วินาทีและจังหวะในการเบ่งไม่ตรงกับการควบคุมของพยาบาลด้วย ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะการเบ่งคลอดของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม

ลักษณะการเบ่ง	กลุ่มทดลอง 1 (n = 591 ครั้ง)		กลุ่มทดลอง 2 (n = 489 ครั้ง)		กลุ่มควบคุม (n = 422 ครั้ง)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ใช้วิธีการเบ่งแบบปิดกล่องเสียง	376	63.62	187	38.24	227	53.79
2. ใช้วิธีการเบ่งแบบเปิดกล่องเสียง	215	36.38	302	61.76	195	46.21
3. เบ่งน้อยกว่า 6 วินาที	234	39.59	180	36.81	187	44.31
4. จังหวะการเบ่งไม่ตรงกับการควบคุมของพยาบาล	466	78.85	381	77.91	339	80.33

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการเปรียบเทียบการเตรียมคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ทั้ง 3 กลุ่ม มีผลการคลอด ได้แก่ เวลาในระยะที่ 2 ของการคลอด วิธีการคลอด สภาพทารกแรกเกิด ความไม่สุขสบายและอาการผิดปกติขณะคลอดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แต่ในด้านทักษะการเบ่งคลอด จากการสังเกตการปฏิบัติตามขั้นตอนการเบ่งคลอดในแต่ละวิธี พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนทักษะการเบ่งในระยะคลอดน้อยกว่ากลุ่มทดลอง 1 และกลุ่มทดลอง 2 (ตารางที่ 2) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การเตรียมคลอดของกลุ่มทดลอง 1 และ 2 ได้เพิ่มเติมเนื้อหาเกี่ยวกับการวิธีการเบ่งคลอด การทดลองฝึกเบ่งและมีการสอนซ้ำในระยะรอคลอด จึงทำให้ผู้คลอด

เกิดทักษะการเบ่งที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นในระยะคลอด 3 ประการ คือ 1) เบ่งคลอดถูกวิธี 2) เบ่งนาน 6 วินาที และ 3) เบ่งซ้ำ 3 – 4 ครั้งจนกว่ามดลูกคลายตัว (ตารางที่ 3) ส่วนลักษณะการเบ่งคลอดจากการสังเกตในระยะคลอด พบว่า กลุ่มควบคุมมีลักษณะการเบ่งแบบผสม ใช้วิธีการเบ่งคลอดแบบวัลซ์ลวาและแบบเปิดกล่องเสียงปนกันเบ่งน้อยกว่า 6 วินาทีและเบ่งไม่ตรงกับการควบคุมของพยาบาลมากที่สุด (ตารางที่ 4) สอดคล้องพฤติกรรมเบ่งคลอดตามธรรมชาติโดยที่ไม่มีการสอนและไม่มีพยาบาลควบคุมการเบ่ง¹⁴ คือ ผู้คลอดมีพฤติกรรมเบ่งคลอดแบบวัลซ์ลวาปนอยู่ทุกราย ใช้วิธีการเบ่งเปิดกล่องเสียงในบางครั้ง ขณะที่มดลูกหดตัว 1 ครั้ง ใช้วิธีการเบ่งทั้ง 2 วิธี และจังหวะการเบ่งคลอดแบบวัลซ์ลวาไม่ตรงกับการหดตัวของมดลูก ถึงแม้ว่า



จะมีพยาบาลผดุงครรภ์ดูแลอยู่ก็ตาม แต่อย่างไรก็ดี การเบ่งในระยะคลอดนี้ เป็นการเบ่งตามปฏิกิริยาตอบสนองเพอร์กูสัน ซึ่งเป็นแรงเบ่งที่ไม่สามารถควบคุมได้ ผู้คลอดจึงไม่สามารถควบคุมให้ใช้วิธีการเบ่งใดวิธีการเบ่งเดียวได้ตลอดการเบ่งคลอด นอกจากนี้ ผู้คลอดที่ทำการศึกษาเป็นผู้ไม่มีประสบการณ์คลอดมาก่อน เป็นการคลอดครั้งแรก ต้องเผชิญกับความเจ็บปวดในขณะคลอด จึงมีความสามารถในการควบคุมการเบ่งได้น้อย จึงส่งผลให้ผลการคลอดในการศึกษานี้ไม่แตกต่างกันได้

2. ผลการเปรียบเทียบวิธีการเบ่งคลอดแบบวัลซัลวาของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง 1 กับวิธีการเบ่งแบบเปิดกล่องเสียงของกลุ่มทดลอง 2 พบว่า ผลการคลอดทั้ง 3 กลุ่ม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แต่การเปรียบเทียบในทางปริมาณกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง 1 มีความไม่สุขสบายและอาการผิดปกติขณะคลอดมากกว่ากลุ่มทดลอง 2 ซึ่งผลการศึกษาขัดแย้งกับหลายการศึกษา^{5,7,15} เนื่องจากทั้ง 3 กลุ่มมีลักษณะการเบ่งแบบผสมผสานวิธีการเบ่งคลอดแบบวัลซัลวาและแบบเปิดกล่องเสียง แต่จำนวนครั้งของวิธีการเบ่งคลอดแบบวัลซัลวาที่น้อยจะแตกต่างกันตามการควบคุมของพยาบาลและประสบการณ์ที่เคยผ่านการฝึกเบ่งมาก่อน และอีกเหตุผลหนึ่งที่มีผลต่อการศึกษานี้ คือ เวลาในการเบ่งแต่ละครั้งนานไม่เกิน 6 วินาที ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ไม่มีผลกระทบต่อความเป็นกรดของเลือดที่สายสะดือ¹⁴ เมื่อออกแรงเบ่งเป็นเวลานาน จึงมีความปลอดภัยเนื่องจากเป็นการเบ่งในช่วงสั้นๆ จึงมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระบบไหลเวียนเลือดของผู้คลอดและทารกน้อยกว่าการเบ่งยาวนานถึง 10 วินาที ผู้คลอดและทารกจึงมีความปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายเกิดขึ้น นอกจากนี้ การคัดเลือกลักษณะกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยงต่ำ ไม่มีความเสี่ยงหรืออุปสรรคที่จะขัดขวางการคลอดและเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ดังนั้น ผู้คลอดจึงมีคุณสมบัติที่สามารถคลอดปกติได้เองใช้เวลาในการคลอดไม่นาน ทารกจึงมีคะแนนแอฟการ์

อยู่ในช่วง 8 – 10 คะแนน ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ทารกปกติไม่มีการขาดออกซิเจนซึ่งทั้ง 3 กลุ่มมีผลการคลอดที่ดีเหมือนกัน

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรทางการพยาบาลผู้ดูแลผู้คลอดควรทำความเข้าใจถึงธรรมชาติของการเบ่งคลอด และส่งเสริมให้ผู้คลอดเบ่งคลอดตามความสามารถของตนโดยควบคุมการเบ่งคลอดภายใต้ความปลอดภัยของแต่ละวิธี

2. ควรนำมาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการเตรียมคลอดและระยะคลอด โดยฝึกอบรมบุคลากรทางการพยาบาลผู้ดูแลผู้คลอดให้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

3. ควรต้องทำการศึกษาซ้ำเกี่ยวกับผลการเตรียมคลอดเกี่ยวกับการเบ่งคลอด ในประเด็นของวิธีการคลอดผิดปกติ ความไม่สุขสบายและอาการผิดปกติในขณะคลอด โดยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น เนื่องจากอุปบัติการณ์ของวิธีการคลอดผิดปกติ อุปบัติการณ์ของความไม่สุขสบายและอาการผิดปกติในขณะคลอดมีน้อย จึงไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติและประเด็นของผลการเตรียมคลอดในระยะเวลาที่แตกต่างกัน ระหว่างการเตรียมคลอดเกี่ยวกับวิธีการเบ่งในระยะตั้งครรภ์กับระยะคลอด

เอกสารอ้างอิง

1. Bloom SL, Casey BM, Schaffer JI, McIntire DD, & Leveno KJ. A randomized trial of coached versus uncoached maternal pushing during the second stage of labor. *American journal of Obstetrics & Gynecology*, 2006; 196: 10–13.
2. Lai ML, Lin KC, Li HY, S hey KS, & Gau ML. Effects of delayed pushing during the second stage of labor on postpartum fatigue and birth outcomes in nulliparous women. *Journal of nursing research*, 2009; 17(1): 62–72.



3. Co Lam C & Mcdonald SJ. Comparison of pushing techniques used in the second stage of labour for their effect on maternal perception of fatigue in the early postpartum period among Chinese women. *Hong Kong J Gynaecol Obstet Midwifery*, 2010; 10: 13–21.
4. Lemos A, Dean E, & De Andrade AD. The Valsalva maneuver duration during labor expulsive stage: repercussing on the maternal and neonatal birth condition. *Revista Brasileira Fisioterapia*, 2011; 15(1): 66–72.
5. YildirimG, & Beji NK. Effects of pushing techniques in birth on mother and fetus: a randomized study. *Birth*, 2008; 35(1): 25–30
6. Thomson AM. Maternal behavior during spontaneous and directed pushing in the second stage of labor. *Journal of advanced nursing*, 1995; 22: 1027–1034.
7. Phipps H, Charlton S, & Dietz HP. Can antenatal education influence how women push in labour? a pilot randomised controlled trial on maternal antenatal teaching for pushing in second stage of labour (push study). *Australian and New Zealand journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2009; 49: 274–278.
8. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย. 2550.
9. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale, NJ.: Lawrence Erlbaum Associates. 1988.



การพัฒนากระบวนการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลบึงโขงหลง

วรรณภา ปราบพาส*
โสภณภัทร ศรีไชย**

บทคัดย่อ

การตกเลือดหลังคลอดนับเป็นปัญหาที่สำคัญอันดับแรกของการคลอด การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากระบวนการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดของโรงพยาบาลบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ โดยนำแนวคิดกระบวนการพัฒนา PDCA cycle ของ Deming (1986) มาใช้ร่วมกับกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วม มีทีมพัฒนาประกอบด้วย พยาบาลห้องคลอด 7 คน และพยาบาลห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน 5 คน การประเมินผลการพัฒนากระบวนการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ การพัฒนาแบบคัดกรองและ การพัฒนาทีมงาน โดยใช้เวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2555 ถึง เดือนกันยายน 2555 ผลการศึกษา พบว่า

1. แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดที่สร้างขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = 1 ภายหลังจากใช้และปรับปรุงเมื่อสิ้นสุดการพัฒนาได้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดมีจำนวน 28 ข้อ ขนาด 1 หน้ากระดาษ A4 แบ่งการคัดกรองออกเป็น 3 ระยะ คือ การมาฝากครรภ์ครั้งแรก ครั้งที่สอง เมื่ออายุครรภ์ 37-38 สัปดาห์ และเมื่อรับใหม่ในห้องคลอดในแต่ละครั้ง ใช้เวลาประเมินประมาณ 1 นาที

2. กระบวนการพัฒนาทีมงาน พบว่า เมื่อสิ้นสุดการพัฒนาทีมงานพบจุดแข็ง 4 ประเด็นหลัก ที่ทำให้การพัฒนาสำเร็จคือ 1) การเคารพในสิทธิของผู้อื่น และการคำนึงถึงจริยธรรมในการแสดงความคิดเห็นของทีมพัฒนา 2) มีความตรงต่อเวลาในการทำโครงการ 3) มีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด 4) การให้ข้อเสนอแนะที่ดีเป็นประโยชน์ในการพัฒนากระบวนการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด ส่วนความสามารถในการแสดงความคิดเห็นเชิงวิเคราะห์ของทีมพัฒนา แม้จะมีการพัฒนาเพิ่มขึ้นจากเดิม แต่ยังคงอยู่ในระดับปานกลางและควรได้รับการพัฒนาในโอกาสต่อไป

นอกจากนี้ ความสำคัญที่นำสู่ความสำเร็จของโครงการนี้ อยู่ที่ความสามารถด้านการเปลี่ยนแปลงซึ่งเป็นสมรรถนะหนึ่งของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

คำสำคัญ : การตกเลือดหลังคลอด, การคัดกรองความเสี่ยง

* พยาบาลวิชาชีพ, โรงพยาบาลบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ,

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



THE DEVELOPMENT OF RISK SCREENING PROTOCOL FOR POSTPARTUM HEMORRHAGE IN BEUNGKHONGLONG HOSPITAL

Wannapa Prabpal*

Sommapat Sornchai**

Abstract

Postpartum Hemorrhage is a major problem in the delivery process. This study aimed at the development of a risk screening tool for Postpartum Hemorrhage at Beung Khong Long Hospital, Beung Kan Province. This development process was a combination between the concept of PDCA cycle by Deming (1986) and a participatory process with brain storming. The development team consisted of 7 labor room nurses and 5 accident and emergency nurses. The development process was divided into two parts; the first was the development of the risk screening tool, and the second, was the development of the teams. This protocol began from June until September 2012. The results of this study found that:

1. A risk screening tool of Postpartum Hemorrhage was created, its contents were validated by 3 experts, which took Content Validity Index = 1. After the development process the risk screening tool of Postpartum Hemorrhage contained 28 instances in one page (A4 paper). This screening tool was implemented in three phases, with the first at the time attending the antenatal clinic. The second at 37–38 weeks of gestation, and the third at the delivery room. It took about a minute to finish each assessment.

2. For team development process, four strengths were found at the end of the development process, namely; 1) to respect the rights of others and consider ethics to indicate team opinions, 2) to have punctuality in the implementation of the program, 3) to have participation in the process of risk screening of Postpartum Hemorrhage, 4) to assist with suggestions that are useful for the process of risk screening of Postpartum Hemorrhage. However, ability in forming an analytic opinion of the team members were developed but still found at the moderate level. This should be improved in the future.

Importantly, the success of the program was up to the ability as a changing agent of the Advanced Midwifery which is a competency of the practitioners.

Key word : Postpartum Hemorrhage, The process of development risk screening

* Registered nurse, Beungkhonglong Hospital

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage) เป็นสาเหตุการตายและการเจ็บป่วยของมารดาทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนาและพัฒนาแล้ว¹ โดยพบว่าเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลกถึงร้อยละ 25² และเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยของประเทศที่พัฒนาแล้ว สูงถึงร้อยละ 18 ของการคลอด³ สำหรับประเทศไทย จากรายงานสถานการณ์การตายของมารดาในช่วงปี 2548-2550 พบว่าการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการตกเลือดหลังคลอดคิดเป็นร้อยละ 18.2, 18.1, และ 17.4 ตามลำดับ⁴

การตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage) หมายถึง การที่มีเลือดออกทางช่องคลอดตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรขึ้นไป หลังจากสิ้นสุดระยะที่ 3 ของการคลอดทางช่องคลอด⁵ หรือมีการเปลี่ยนแปลงความเข้มข้นของเลือดลดลงมากกว่าร้อยละ 10 จากก่อนคลอด หรือมีการสูญเสียเลือดจำนวนมาก (excessive blood loss) จำเป็นต้องให้เลือดทดแทน⁶

ผลกระทบจากการตกเลือดหลังคลอด ในมารดาที่มีสุขภาพดี ปริมาณเม็ดเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ หากมีการสูญเสียเลือดในปริมาณ 500-1,000 มิลลิลิตร ร่างกายจะมีกลไกการชดเชยการเสียเลือดได้ และมีภาวะซีดเล็กน้อย ส่งผลให้เกิดการอ่อนเพลีย การสร้างน้ำนมอาจล่าช้าได้ แต่หากมารดาหลังคลอดมีการสูญเสียเลือดในปริมาณมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร จะส่งผลกระทบทำให้เกิดภาวะช็อค ส่งผลให้การทำงานของอวัยวะล้มเหลวตามไปด้วย เช่น ไตวายเฉียบพลัน การหายใจล้มเหลว และหัวใจล้มเหลวถึงแก่ชีวิตได้⁷

การตกเลือดหลังคลอดในปริมาณมากส่งผลกระทบต่อเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ทำให้ต่อมใต้สมองส่วนหน้า ซึ่งมีหน้าที่หลั่งฮอร์โมนเพททิพินขาดเลือดไปเลี้ยงต่อมจะไม่สามารถผลิตฮอร์โมนที่สำคัญกับร่างกายก่อให้เกิดภาวะซีแฮนซินโดรม (Sheehan's syndrome) ได้ ทำให้มารดาไม่มีน้ำนมหลังคลอด เต้านมเหี่ยว อาจส่งผลกระทบระยะยาวทำให้ไม่มีประจำเดือน ขนที่รักแร้และหัวหน่าวร่วง และ

อวัยวะทำงานน้อยกว่าปกติ⁸ การตกเลือดหลังคลอด ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ ภาวะอ่อนล้าในระยะหลังคลอดทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้⁹ นอกจากประเด็นดังกล่าวแล้ว การตกเลือดหลังคลอดยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายหรือนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ครอบครัวอยู่ในภาวะวิกฤติเกิดความวิตกกังวลจากการตกเลือดหลังคลอด และรัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณจากค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นอีกด้วย¹⁰

การตกเลือดหลังคลอดแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ การตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก (early postpartum hemorrhage) จะเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด กับการตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง (late postpartum hemorrhage) ซึ่งจะเกิดขึ้นภายหลังคลอด 24 ชั่วโมงไปแล้ว ถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด¹¹

สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด อาจเกิดจากสาเหตุเดียวหรือหลายสาเหตุร่วมกัน Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada¹² ได้ใช้หลัก 4 Ts; Tone, Trauma, Tissue and Thrombin ในการค้นหาสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอด ดังนี้

1. การหดตัวของมดลูก (tone) การหดตัวของมดลูกไม่ดี (uterine atony) เป็นสาเหตุสำคัญที่พบมากที่สุดของการตกเลือดหลังคลอด พบประมาณร้อยละ 70¹³
2. การบาดเจ็บของช่องทางคลอด (trauma) พบได้ประมาณร้อยละ 20 ของการตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด¹³
3. รกหรือชิ้นส่วนของรก (tissue) รกและชิ้นส่วนของรกค้างในโพรงมดลูก พบได้ประมาณร้อยละ 10 ของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก¹⁰ สาเหตุเกิดจากการที่รกเกาะลึกผิดปกติ (placenta adherence)⁵
4. การแข็งตัวของเลือด (thrombin) การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ พบได้น้อยประมาณร้อยละ 1 ของการตกเลือดหลังคลอด¹³



ปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วนคือ

1. ข้อมูลในส่วนของสาเหตุที่ทำให้เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ มีประวัติการตกเลือดหลังคลอดในครรภ์ก่อน มดลูกหดตัวไม่ดีในครรภ์ก่อน การคลอดเร็ว การคลอดยาวนานในระยะที่ 1 หรือระยะที่ 2 ของการคลอด การคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการ เช่น Forceps Delivery, Vacuum Extraction หรือได้รับการ Induction การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในครรภ์ก่อน การคลอดทารกตัวโต > 4,000 กรัม เคยได้รับการล้างรกหรือได้รับการขูดมดลูกมาก่อน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เช่น มีประวัติโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ โรคความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เช่น เกล็ดเลือดต่ำ เลือดออกง่ายผิดปกติ ประวัติการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน เช่น ภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ ภาวะโลหิตจางในขณะตั้งครรภ์ ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ รกเกาะต่ำ มีเนื้องอกมดลูก มดลูกมีรูปร่างผิดปกติ รวมทั้งส่วนน้ำที่ผิดปกติ เช่น ท่อน้ำ ท่อน้ำขาว มี DFU มีภาวะติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำ ทารกตัวโต รกออกตัวก่อนกำหนด¹⁴

2. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ น้ำหนักมารดา โรคประจำตัว ประวัติการตั้งครรภ์ ผลของการตั้งครรภ์ และภาวะแทรกซ้อนในครรภ์ที่แล้ว¹⁴

อนึ่งโรงพยาบาลบึงโขงหลง จังหวัด บึงกาฬ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ได้กำหนดเป้าหมายของภาวะตกเลือดหลังคลอดไม่เกินร้อยละ 2 ของจำนวนผู้คลอดทั้งหมด จากสถิติของโรงพยาบาลบึงโขงหลงในปี พ.ศ. 2552-2554 พบว่า ผู้มาคลอดที่มีปัญหาตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลมีดังนี้ ร้อยละ 3.67, 3.04, และ 2.82 ตามลำดับ¹⁵ ซึ่งถือว่าเกินเป้าหมายตัวชี้วัดของโรงพยาบาล แต่มีแนวโน้มลดลง สำหรับปัญหาการตกเลือดหลังคลอดที่เกิดขึ้นกับผู้มาคลอดในโรงพยาบาลบึงโขงหลง ถึงแม้จะยังไม่มีการสูญเสียชีวิต แต่มีอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดที่

รุนแรงและจำเป็นต้องรักษาโดยการผ่าตัดเอามดลูกออก 1 ราย

ปัจจุบันโรงพยาบาลบึงโขงหลงได้มีการคัดกรองความเสี่ยงที่แผนกฝากครรภ์ โดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงทางสูติศาสตร์ ตามสมุดฝากครรภ์เล่มสีชมพูเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกเท่านั้น ทำให้ขาดการคัดกรองความเสี่ยงโดยเฉพาะเรื่องการตกเลือดซึ่งควรได้รับการคัดกรองเป็นระยะๆ ส่วนแผนกห้องคลอดโรงพยาบาลบึงโขงหลงได้สร้างแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดโดยมีหัวข้อประเมินเมื่อรับใหม่จำนวน 10 ข้อ และขณะรอคลอด 3 ข้อ แต่แบบประเมินที่ใช้ยังขาดการตรวจประเมินคุณภาพและขาดการนำใช้งานอย่างเป็นระบบ

ปัญหาอีกประการหนึ่งคือ ร้อยละ 79 ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลบึงโขงหลงฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และมีเพียงร้อยละ 20 เท่านั้นที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลบึงโขงหลงตลอด ด้วยเหตุนี้แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลบึงโขงหลง จึงได้ทำการคัดกรองภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลอีก 2 ครั้งก่อนมาคลอดที่โรงพยาบาล แต่ยังคงเหลือหญิงตั้งครรภ์ อีกร้อยละ 1 ที่ไม่มาฝากครรภ์เลย ดังนั้น โรงพยาบาลบึงโขงหลงจึงวางเป้าหมายในการบริการให้สตรีตั้งครรภ์ทั้งหมดที่จะมาคลอดที่โรงพยาบาลต้องได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดให้ได้ร้อยละ 100 ก่อนการคลอดบุตร

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนากระบวนการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดและสร้างแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดที่มีคุณภาพ และมีมาตรฐานในการนำใช้แบบคัดกรองอย่างต่อเนื่อง ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดกระบวนการพัฒนา PDCA cycle ของ Deming (1986)¹⁶ ซึ่งเป็นวิธีการกระบวนการพัฒนาที่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลคุ้นเคยกับการทำงาน มาใช้ร่วมกับกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วม¹⁷ ซึ่งคาด



ว่าจะสามารถทำการคัดกรองและจัดกลุ่มเสี่ยง เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดของหญิงตั้งครรภ์และผู้มาคลอด ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อพัฒนาระบบการคัดกรองโดยใช้แบบคัดกรองที่พัฒนาขึ้นเองในการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการที่แผนกฝากครรภ์และห้องคลอด โรงพยาบาลบึงโขงหลง โดยใช้กระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม

ขอบเขตการศึกษา

เป็นการพัฒนาระบบการคัดกรองโดยใช้แบบคัดกรองที่พัฒนาขึ้นเองในการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยพยาบาลห้องคลอดและห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จำนวน 12 คน ณ โรงพยาบาลบึงโขงหลง ระหว่างเดือนมิถุนายน 2555-เดือนกันยายน 2555

นิยามศัพท์

กระบวนการพัฒนา PDCA cycle ของ Deming หมายถึง กิจกรรมพื้นฐานที่ใช้ในการพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพของการดำเนินงาน ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอน คือ วางแผน - ปฏิบัติ - ตรวจสอบ - ปรับปรุงการดำเนินงาน PDCA อย่างเป็นระบบให้ครบวงจรอย่างต่อเนื่องหมุนเวียนไปเรื่อยๆ ย่อมส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพเพิ่มขึ้น

การพัฒนาแบบมีส่วนร่วม หมายถึง การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นโดยใช้กระบวนการต่างๆ ในการพัฒนาและทุกคนในหน่วยงานต้องให้ความร่วมมือเพื่อให้เกิดการพัฒนาโดยเปิดโอกาสให้สมาชิกเข้ามาร่วมกันคิด วิเคราะห์ ตัดสินใจ การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การติดตามประเมินผล

เครื่องมือในการศึกษา

1. แบบคัดกรองความเสี่ยง พัฒนาขึ้นจากแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดเดิมและการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมจนได้หัวข้อในการประเมิน จำนวน 28 ข้อ และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index-CVI) เท่ากับ 1.00 ซึ่งค่า CVI ตามมาตรฐานควรมีค่ามากกว่า 0.8018

2. แบบประเมินการมีส่วนร่วม ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดของทฤษฎีการมีส่วนร่วมจำนวน 5 ด้าน คือ 1) การมีส่วนร่วม/บทบาทในกิจกรรม 2) การแสดงความคิดเห็นเชิงวิเคราะห์ 3) การให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ 4) การเคารพในสิทธิของผู้อื่นและคำนึงถึงจริยธรรมในการแสดงความคิดเห็น 5) ความตรงต่อเวลาในการทำกิจกรรม/โครงการ โดยมีผู้ศึกษาและหัวหน้าห้องคลอดเป็นผู้สังเกตการณ์

3. แบบสอบถามความคิดเห็นต่อแบบคัดกรองและกระบวนการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดของพยาบาลห้องคลอดและห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โดยกำหนดความคิดเห็นเป็น 3 ระดับ คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย

กระบวนการพัฒนา

ผู้ศึกษา ดำเนินการตามขั้นตอน PDCA ดังแสดงในรูปที่ 1 ดังนี้

ขั้นวางแผน (Plan) ได้ทบทวนปัญหาจากข้อมูลเวชระเบียน 3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2552-2554) ของโรงพยาบาลบึงโขงหลง พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้มารดาหลังคลอด มีภาวะตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลบึงโขงหลง มีสาเหตุและปัจจัยต่างๆ ซึ่งแบ่งออกเป็นสาเหตุที่ป้องกันได้และไม่สามารถป้องกันได้ ดังนี้

1. สาเหตุที่ป้องกันได้ คือ มดลูกหดรัดตัวไม่ดี (uterine atony) โดยไม่ทราบสาเหตุ 11 ราย, ภาวะซีด (Hct. < 33%) 7 ราย, เศษรกค้าง 1 ราย,



prolonged 2nd stage 2 ราย

2. สาเหตุที่ป้องกันไม่ได้พบว่า มีปัญหาเรื่อง รกติด 3 ราย และคลอดเร็ว (precipitate labor) 4 ราย จึงเสนอเรื่องเพื่อขอรับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ และขออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล จัดทำโครงการ

ขั้นตอนการ (Do) ผู้ศึกษาได้ดำเนินการโดยจัดประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพัฒนากระบวนการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด มีผู้เข้าร่วมประชุม 12 คน ประกอบด้วยพยาบาลห้องคลอด 7 คน และพยาบาลห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน 5 คน เริ่มจากการให้ความรู้และสร้างทัศนคติในการทำงานร่วมกันแก่ทีมพยาบาลที่เข้าร่วมประชุม

ผู้ศึกษาได้นำเสนอประเด็นของการใช้กระบวนการมีส่วนร่วม¹⁷ ในการประชุมให้กับทีม มี 5 ขั้นตอนคือ 1) มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา 2) มีส่วนร่วมวางแผนในการพัฒนา 3) มีส่วนร่วมดำเนินการพัฒนา 4) มีส่วนร่วมในการได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนา 5) มีส่วนร่วมในการติดตามผลและการประเมินผลการพัฒนา ร่วมกับการระดมสมอง¹⁹ ของทีมพยาบาล และเปิดโอกาสให้ทีมแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ และพิจารณาร่างแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดโดยแบ่งเจ้าหน้าที่ออกเป็น 2 กลุ่ม มีอิสระในการแบ่งกลุ่มและให้คณะกันทั้งห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน และห้องคลอด จากนั้นให้เลือกผู้นำกลุ่มและเลขานุการประจำกลุ่ม ผู้นำชี้แจงกฎกติกาในการประชุมมีดังนี้คือ สมาชิกกลุ่มมีสิทธินำเสนอความคิดเห็นอย่างอิสระในขอบเขตของปัญหา ทุกความคิดเห็นที่สมาชิกนำเสนอสมาชิกคนอื่น ๆ ห้ามโต้แย้ง หรือประเมินคุณค่าความคิดเห็นของสมาชิกที่นำเสนอทั้งด้านการยอมรับและขัดแย้ง เมื่อระดมสมองเห็นให้แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนสมาชิกกลุ่มนำเสนอข้อสรุปของกลุ่ม มีผู้ศึกษา หัวหน้าห้องคลอด และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการจากภายนอกโรงพยาบาล เป็นผู้ประเมินและสังเกตการณ์การมี

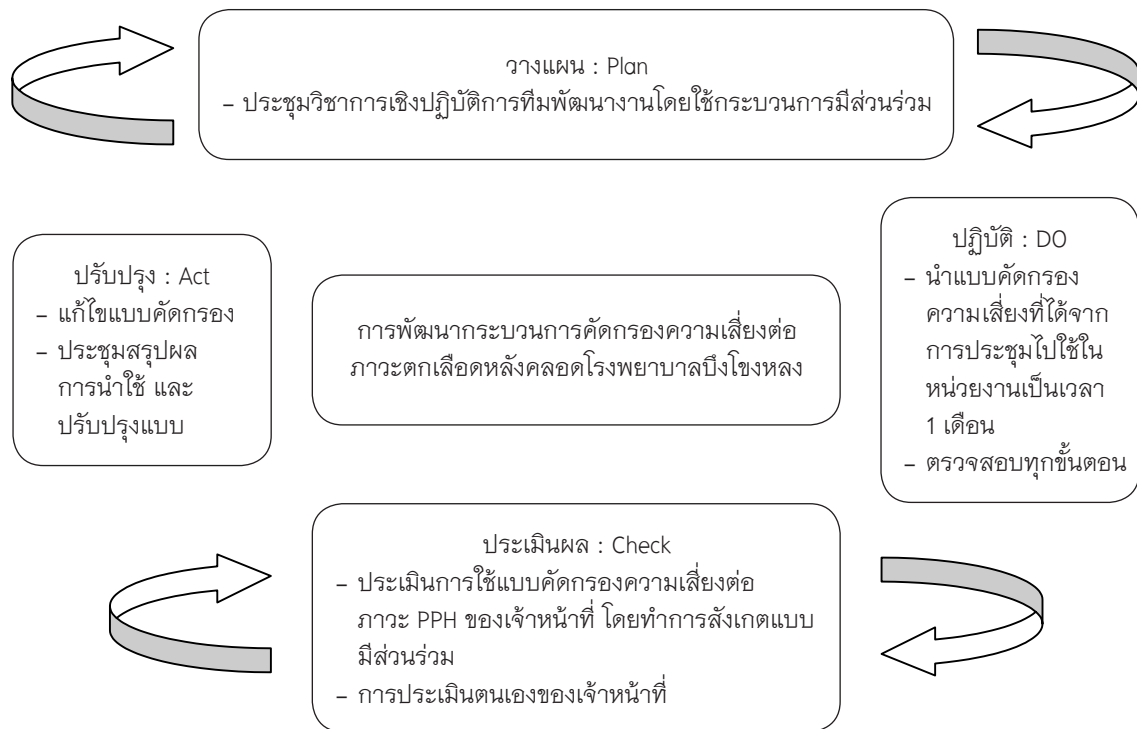
ส่วนร่วมของทีมพยาบาล และแบบประเมินที่ใช้คือ

- 1) การมีส่วนร่วม/บทบาทในกิจกรรมอย่างเหมาะสม
- 2) การแสดงความคิดเห็นเชิงวิเคราะห์อย่างเหมาะสม
- 3) การให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์
- 4) การเคารพในสิทธิของผู้อื่น และคำนึงถึงจริยธรรมในการแสดงความคิดเห็น
- 5) ความตรงต่อเวลาในการทำกิจกรรม/โครงการ และเมื่อประชุมเสร็จได้ข้อสรุปที่เป็นสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลบึงโขงหลง รวมทั้งได้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดที่ผ่านการระดมสมองของทีมพยาบาลไปทดลองใช้ที่แผนกฝากครรภ์และห้องคลอดเป็นระยะเวลา 1 เดือน

ขั้นประเมินผล (Check) ผู้ศึกษาและหัวหน้าห้องคลอด ได้ทำการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการใช้แบบคัดกรองและให้คำแนะนำเมื่อเกิดปัญหาและมีการปรับแก้ไขแบบคัดกรองในระหว่างที่นำทดลองใช้ และให้ทีมพยาบาลมีส่วนร่วมในการประเมินผลหลังจากทดลองใช้แบบคัดกรอง โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นสะท้อนความคิดเห็นในการใช้แบบคัดกรองเกี่ยวกับ 1) ความตระหนักเห็นปัญหาที่เป็นสาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด 2) การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการแก้ปัญหาที่เป็นสาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด 3) ความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหา/งานร่วมกัน 4) ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงดำเนินงานปรับปรุงงานร่วมกัน 5) การเห็นด้วยกับการใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด เมื่อทำการทดลองใช้แบบคัดกรองครบ 1 เดือน

ขั้นปรับปรุง (Act) ผู้ศึกษาได้นำ

ผลการดำเนินงานมาปรับปรุงแก้ไขและวางแผนการพัฒนาใหม่ และประชุมทีมพยาบาลเพื่อสรุปผลการทดลองใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดและประกาศใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดของโรงพยาบาลบึงโขงหลง



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดตามวงจร PDCA

ผลการศึกษา

การพัฒนาแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลบึงโขงหลง คือ

1. การประเมินผลกระบวนการพัฒนาแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดแบ่งออกเป็น 2 ระยะดังนี้

1.1 การพัฒนาทีม พบว่า ทีมพัฒนางาน มีจุดแข็งคือ การเคารพในสิทธิของผู้อื่นในการ

แสดงความคิดเห็น, ความตรงต่อเวลาในการทำกิจกรรม/โครงการ, การมีส่วนร่วมของทีมพัฒนา และการให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ของทีมพัฒนา

ส่วนจุดอ่อนในกระบวนการพัฒนาการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด คือ การแสดงความคิดเห็นเชิงวิเคราะห์ของทีมพัฒนา ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 แสดงค่าร้อยละในแต่ละด้านของการพัฒนาทีมงาน (N=12)

หัวข้อประเมิน	ก่อนการประชุม ครั้งที่ 1	หลังการประชุม ครั้งที่ 1	หลังการนำใช้ แบบคัดกรอง
1. การมีส่วนร่วมของทีมงาน	85.55	88.88	91.38
2. การแสดงความคิดเห็นเชิงวิเคราะห์ ของทีมงาน	66.66	72.22	76.38
3. การให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ของทีมงาน	77.08	82.08	84.55
4. การเคารพในสิทธิของผู้อื่นใน การแสดงความคิดเห็นของทีมงาน	100	100	100
5. ความตรงต่อเวลาในการทำกิจกรรม/ โครงการของทีมงาน	93.33	96.66	100

ผู้เข้าร่วมโครงการทุกคนมีความตระหนักเห็นปัญหาที่เป็นสาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนในเรื่องของการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาที่เป็นสาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดพบว่า ส่วนใหญ่จะเป็นหน่วยงานห้องคลอดที่จะแสดงความคิดเห็นในการแก้ปัญหา เนื่องจากเป็นเจ้าของงานคิดเป็นร้อยละ 50 หลังจากการประชุมเสร็จสิ้น รวมทั้งหลังการนำใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด จากการประเมินพบว่า ในเรื่องของการแสดงความคิดเห็นมีเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 75 ในเรื่องของการรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหา/งานร่วมกันเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก จากร้อยละ 58.33 เป็นร้อยละ 75 การเปลี่ยนแปลงการดำเนินงานร่วมกันผู้เข้าร่วมโครงการเห็นด้วยและพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงปรับปรุงจากร้อยละ 75 เป็นร้อยละ 91.66 ส่วนการใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด ความเหมาะสมในการนำใช้ใน 3 ช่วงเวลาและความพึงพอใจในโครงการอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 100

1.2 การพัฒนาแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดและการนำใช้แบบ

คัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด ผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติพบว่า ทุกคนสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ทุกคนและทุกข้อ คิดเป็นร้อยละ 100

2. การอภิปรายผลการศึกษา

2.1 การประชุมโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนางาน โดยใช้กลยุทธ์ PDCA ร่วมกับกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม ผู้ศึกษาได้ใช้การสังเกตการณ์การมีส่วนร่วมและการประเมินตนเองของทีมงาน พบว่า ทีมพัฒนางานมีจุดแข็งที่ดี 4 ด้าน คือ

ด้านการให้ความสำคัญถึงการเคารพในสิทธิของผู้อื่นและการคำนึงถึงจริยธรรมในการแสดงความคิดเห็นของเพื่อนร่วมงานทุกคน ไม่มีการวิพากษ์วิจารณ์ความคิดเห็นของผู้อื่น เป็นสิ่งที่ทีมงานทำได้ดี เพราะจะทำให้กระบวนการพัฒนาดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง

ด้านความตรงต่อเวลาในการทำโครงการในการประชุมของทีมงาน ถึงแม้ว่าก่อนการประชุมครั้งที่ 1 สมาชิกทีมงานบางคนจะมาไม่ตรงต่อเวลา แต่ก็ได้มีการพัฒนาปรับปรุงตนเอง



ขึ้นเป็นระยะๆตามลำดับ จากการศึกษาได้ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการพัฒนากระบวนการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด ทำให้เห็นถึงความพร้อมของทีมพัฒนาที่ดี

ด้านการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนในการพัฒนาของทีมพัฒนา พบว่า ทีมพัฒนาที่เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการประชุมเพิ่มขึ้นเป็นระยะๆ สะท้อนให้เห็นถึงการให้ความสำคัญในการจัดการประชุม รวมถึงการให้ความสำคัญในปัญหาของการตกเลือดหลังคลอด และพร้อมที่จะพัฒนางาน เปลี่ยนแปลงงานให้ประสบความสำเร็จต่อไป

ด้านการให้ข้อเสนอแนะแนวคิดที่ดี เป็นประโยชน์ของทีมพัฒนาในการประชุม พบว่าทีมพัฒนามีส่วนร่วมในการให้ข้อเสนอแนะแนวคิดที่ดี และเป็นประโยชน์ต่อการประชุมเพิ่มขึ้นตามลำดับ โดยจะพบว่า พยาบาลห้องคลอดจะให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์มากกว่าพยาบาลห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เนื่องจากพยาบาลห้องคลอดมีประสบการณ์มากกว่า

ส่วนจุดอ่อนของทีมในการพัฒนากระบวนการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด คือ ด้านการแสดงความคิดเห็นเชิงวิเคราะห์ของทีมพัฒนา ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ทำให้รู้ว่าศักยภาพของทีมพัฒนาด้านนี้จะต้องได้รับการพัฒนาในโอกาสต่อไปหรือมีการประชุมเพิ่มขึ้นเพื่อให้เกิดการเรียนรู้

2.2 ศักยภาพของผู้ศึกษาหรือทีมจัดประชุม การดำเนินโครงการให้สำเร็จและมีศักยภาพผู้นำจะต้องมีสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ในเรื่องของการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง นำหลักการจัดการความรู้มาใช้ในงาน มีการบริหารจัดการที่ดี มีการประสานงานกับทีมและบุคลากรเพื่อพัฒนา จัดการระบบการดูแล เป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ และสอนให้ความรู้ ให้คำแนะนำ กับทีมพัฒนา รวมทั้งวิเคราะห์และเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่ได้มาเป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

2.3 แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด ได้ผ่านการพิจารณาความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และผ่านการทดลองใช้และปรับปรุง ในระยะ 1 เดือนของการนำใช้แบบคัดกรอง พบว่า ทีมพยาบาลสามารถคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด ได้ 100 เปอร์เซ็นต์ เนื่องจากการคัดกรองใช้เวลาไม่มาก คือใช้เวลา ประมาณ 1 นาที โดยแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดมีรายละเอียดของการคัดกรองทั้งหมด 28 ข้อ แยกให้มีการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดที่แผนกฝากครรภ์ 2 ครั้ง คือ

1. ฝากครรภ์ครั้งที่แรกที่โรงพยาบาลคัดกรองข้อที่ 1-16
2. เมื่ออายุครรภ์ 37-38 สัปดาห์คัดกรองข้อที่ 17-24

และครั้งที่ 3 เป็นการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด เมื่อรับใหม่ในห้องคลอด ซึ่งคัดกรองข้อที่ 25-28

การปรับปรุงแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดจากเดิมใช้กระดาษ A4 2 หน้า ลดลงเหลือเท่ากับกระดาษ A4 1 หน้า ใช้ตัวหนังสือขนาด 14 เพื่อสะดวกในการใช้

จากการศึกษาในครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึง การให้ความสำคัญในการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการในเรื่อง การพัฒนากระบวนการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด รวมถึงการให้ความสำคัญในปัญหาของการตกเลือดหลังคลอด ทั้งนี้เกิดจาก ทีมพัฒนาได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนางาน ได้ร่วมกันเสนอแนะปัญหา เสนอแนะแนวทางแก้ไข ส่งผลให้เกิดการพัฒนาในทางที่ดีขึ้น

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดของโรงพยาบาลบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ โดยการนำแนวคิดของ Deming (1986) คือ PDCA cycle มาใช้



ในการพัฒนาร่วมกับกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมและการระดมสมอง โดยมีทีมพัฒนาประกอบด้วย พยาบาลห้องคลอด 7 คน และพยาบาลห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน 5 คน พบจุดแข็งของทีมพัฒนาคือ มีการเคารพในสิทธิของผู้อื่น และการคำนึงถึงจริยธรรมในการแสดงความคิดเห็นของทีมพัฒนา มีความตรงต่อเวลาในการทำกิจกรรม/โครงการ การมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด รวมถึงการให้ข้อเสนอแนะที่ดีเป็นประโยชน์ในการพัฒนากระบวนการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด และในสิ่งที่ต้องปรับปรุงคือ การแสดงความคิดเห็นเชิงวิเคราะห์ของทีมพัฒนาที่ยังต้องปรับปรุงในโอกาสต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ผู้บริหารสามารถที่จะพัฒนาทีมต่อไปได้ สร้างผู้นำในการพัฒนางานต่อไป เพื่อให้ทีมมีศักยภาพที่เข้มแข็งในการทำงาน
2. กระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนางาน กระบวนการตรงจุดนี้จะต้องมีระบบต้นทุนทางสังคมของตนเองด้วย คือ ผู้นำ ทีม และแหล่งประโยชน์อื่นๆ เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้ความสำคัญ มีส่วนร่วมในการพัฒนางาน เป็นต้น
3. แบบคัดกรองที่นำไปใช้ในโรงพยาบาล บึงโขงหลง ควรที่จะนำไปใช้ต่อเนื่อง และควรขยายการนำไปใช้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลที่เป็นเครือข่ายเดียวกันได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

การพัฒนากระบวนการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นเพียงจุดเริ่มต้นของกระบวนการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งการพัฒนางานเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดยังไม่สำเร็จ ยังมีการจัดการในระยะรอคลอดและระยะคลอดทารกและรกต่อไป เพื่อให้ครอบคลุมประเด็นทั้งหมดของการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงด้วยความสนับสนุนและความร่วมมือจากหลายฝ่าย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงโขงหลง นายแพทย์ปราโมทย์ ศรีแก้ว และทีมพยาบาลทุกท่าน ขอขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมือในการศึกษานี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. El-Refaei, H., & Rodeck, C. Postpartum hemorrhage: definition, medical and surgical management: A time for change. *British Medical Bulletin*. 2003, 67, 205-217. Retrieved March 2, 2009, from <http://bmb.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/67/1/205>.
2. World Health Organization. WHO guidelines for the management of postpartum and retained placenta. Retrieved September 3, 2009, from http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241598514/en/index.html.
3. Anderson, J.M., & Ethiches, D. Prevention and management of postpartum hemorrhage. *International Journal of American Family Physician*. 2007, 75(6), 875-882.
4. ส่วนอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริม สุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สถิติกรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. Retrieved November 10, 2009, from <http://kpo.moph.go.th/Webkpo/pro/mch%20web/Index.htm>.
5. Cunningham, F.G., Leveno, K., Bloom, S., Hauth, J., Gilstrap, L., & Wenstrom, K. *Williams obstetrics* (21nd ed.). New York: McGraw-Hill; 2001.



6. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2006). Clinical management guidelines for obstetricians–gynecologists: Postpartum hemorrhage, 2006, 108(4), 1039–1047.
7. Yiadom, M.Y. A. B., & Carusi, D. Pregnancy, postpartum hemorrhage. Retrieved July 30, 2009, from <http://emedicine.medscape.com/article/796758-overview>.
8. Leveno, K. J., Cunningham, F.G., Alexander, J.M., Bloom, S.L., Casey, B.M., Dashe, J.S., et al. Williams’s manual of obstetrics pregnancy complications (22nd ed.). New York: Mac Graw Hill; 2007.
9. Corwin, E.,J., Murray–Kolb, L.E., & Beard, J.L. Low hemoglobin level is a risk factor for postpartum depression. The Journal of Nutrition, 2003, 133, 4139–4142.
10. ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 3. นนทบุรี: ยุทธรินทร์ การพิมพ์ จำกัด; 2549.
11. Lowdermilk, L.D., Perry, S.E. & Kitty C. Maternity Nursing 8th Edition. Postpartum complications. Canada: Mosby; 2010: 723–750.
12. Nan M, Catherine M, Carolyn L, Duncan E, et al. Prevention and Management of Postpartum Hemorrhage. Journal SCOG, 2000; 88:1–11.
13. Shamshad B., Nargis D., Anisa F., Muhammad J. An audit of primary postpartum hemorrhage. J Ayub Med Coll Abbottabad; 2006, 19(4), 102–106.
14. เสรีย์ อื่นสุวรรณ. ภาวะตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 2552, 24(1), 219–229.
15. งานเวชระเบียนห้องคลอด โรงพยาบาลบึงโขงหลง. สรุปรายงานการคลอดประจำปี. 2552–2554.
16. สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ. PDCA. ค้นเมื่อ 9 มิถุนายน 2555, จาก http://youth.ftpi.or.th/index.php?option=com_content&task=view&id=37&Itemid=42.
17. บัณฑิต อ่อนดำ. เทคนิคการทำงานกับชาวบ้านแบบมีส่วนร่วม. ขอนแก่น: สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2537.
18. เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, วลัยยา คูโรปกรณ์พงษ์. เทคนิคการสร้างและการพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล. สงขลานครินทร์: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2536.
19. ประสิทธิ์ เขียวศรี. เทคนิคการระดมสมอง. ค้นเมื่อ 9 มิถุนายน 2555, จาก <http://www.moe.go.th/wijai/brainstroming.htm>.



การพัฒนาชุมชนสุขภาวะโดยใช้วัตรกรรมระบบครอบครัวเสมือน (หนึ่งวิทยาลัย หนึ่งชุมชน)

สมควร หาญพัฒนชัยกูร*

มกราพันธ์ จูฑะรสก**

ลิลลี่ ศิริพร*** และคณะ

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องนี้เป็นการศึกษาขอบเขตการศึกษาว่า “วัตรกรรมระบบครอบครัวเสมือน” หรือ “รูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการใหม่ที่ได้พัฒนาและเริ่มนำมาใช้นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 เพื่อพัฒนา นักศึกษาอย่างองค์รวม คือ เป็นคนดี เก่งและมีความสุข” นั้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาชุมชนสุขภาวะได้ อย่างไร ดังนั้น งานวิจัยจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา “รูปแบบการพัฒนาชุมชนสุขภาวะ โดยใช้ระบบครอบครัวเสมือน (หนึ่งวิทยาลัย หนึ่งชุมชน)” ของกลุ่มวิทยาลัยพยาบาล ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ใช้การวิจัยเชิง บรรยายและการวิเคราะห์เนื้อหาโดยมีกลุ่มเป้าหมายในการศึกษา คือ วิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3 แห่ง อันได้แก่ วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี ขอนแก่น, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช โดยวิเคราะห์จากรูปแบบการสร้างควมมีส่วนร่วมระหว่างวิทยาลัยและชุมชนเป้าหมาย อันจะ นำไปสู่ 1) การพัฒนาเสริมสร้างสุขภาวะทางร่างกายของบุคลากรในองค์กรและชุมชนภายนอก 2) การพัฒนา วิทยาลัยให้กลายเป็นชุมชนแห่งการเรียนรู้ร่วมกับชุมชนภายนอก 3) การพัฒนาอัตลักษณ์จิตบริการด้วยหัวใจ ความเป็นมนุษย์ให้เกิดกับนักศึกษาของวิทยาลัยและคนในชุมชนภายนอก และ 4) การบูรณาการพัฒนสุขภาวะ ในด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ/สติปัญญาอย่างเป็นองค์รวม

ผลการวิจัยพบว่า ทั้ง 3 วิทยาลัยได้พัฒนาความสัมพันธ์กับชุมชนเหล่านั้นเสมือนญาติที่อยู่ในครอบครัว เดียวกันกับวิทยาลัย ร่วมกันวางแนวทางการพัฒนาชุมชนสุขภาวะเพื่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม พร้อมกับ การดูแลประชาชนในชุมชนเป้าหมาย โดยจัดทำพันธะสัญญาร่วมกันระหว่างวิทยาลัยแต่ละแห่งกับชุมชนเพื่อ ให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับภูมิสังคม โดยใช้กระบวนการเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจ ความเป็นมนุษย์ภายใต้วัตรกรรมระบบครอบครัวเสมือน ในการสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างวิทยาลัยและชุมชนอัน จะนำไปสู่การพัฒนาชุมชนสุขภาวะ

คำสำคัญ : การจัดการศึกษาแบบบูรณาการ, ระบบครอบครัวเสมือน, สุขภาวะ, ชุมชนสุขภาวะ

* เคยดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก ในระหว่างปี 2551-2556 และปัจจุบัน ดำรงตำแหน่งนายแพทย์ สาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ

** ข้าราชการบำนาญ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระบรมราชชนนีสอนแก่น คนที่ 11 ระหว่างปี พ.ศ. 2551-2555

*** รองผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก ด้านพัฒนาการศึกษา



The Development of Well-being under the Innovation of Simulated Family System (One College One Community)

*Somkuan Hanpaichaiyakul**

*Makarapan Jutarosaga***

*Lily Siliporn****

Abstract

This research explored the application of 'Simulated Family System' on the development of well-being under participation between colleges and their local communities. Since 2008, the innovative integrated education model, dubbed as 'Simulated Family System', has been adopted as one of the teaching and instructional methods by the selected nursing colleges to promote the three desirable qualities of nursing students (goodness, competence and happiness). Therefore, the main objective of this research was to investigate the development of well-being under the innovation of Simulated Family System by selected nursing colleges under the Praboromarajchanok Institute for Health Workforce Development, Ministry of Public Health. Descriptive research and content analysis were used to investigate each of the models developed by the selected nursing colleges, including Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen; Boromarajonani College of Nursing, Chakiraj; Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat. The analysis focused on existing models that have developed to encourage the participation between colleges and their communities to attain the desirable well-beings as follows: 1) the betterment of physical well-being of human resources within the colleges and those in the local community, 2) the formation of learning communities between colleges and local communities, 3) the nurture of 'humanized health care', as a desirable mental quality for both groups, and 4) the integrated development of holistic well-being.

The results revealed that all 3 colleges developed family-like relationships with communities, and co-planned with the community to attain the desirable well-being of the community, leading to participatory learning while taking care of target people. The activities were created based on the community context under the contact between the nursing college and the community. The application of 'Simulated Family System' and humanistic learning process encouraged the participation between the nursing colleges and their communities to attain the desirable well-being of the community.

Key word : Integrated educational approach, Simulated Family System, Community, Well-being

* Former director of Praboromarajchanok Institute (B.E.2551-2556), A Chief of Chaiyabhum Provincial Health Office

** Former director of Boromarajonani College of Nursing, Khonkhan (B.E.2551-2555)

*** Deputy director of Praboromarajchanok Institute



ความเป็นมาและความสำคัญ

นวัตกรรมระบบครอบครัวเสมือน (The Innovation of Simulated Family System) เป็นรูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการที่ได้พัฒนาขึ้นโดย มกราพันธ์ จุฑะรสก และคณะ¹ เพื่อพัฒนานักศึกษาอย่างองค์รวม คือ เป็นคนดี เก่งและมีความสุข และจำแนกองค์ประกอบนวัตกรรมระบบครอบครัวเสมือนออกเป็น 2 ส่วนหลัก คือ ส่วนแรก การปรับเปลี่ยนหลักสูตรการจัดการเรียนการสอนที่บูรณาการ โดยอาศัยการพัฒนาทักษะการคิดอย่างเป็นระบบและการสอดแทรกคุณธรรมจริยธรรมเข้าไปในแต่ละรายวิชา ส่วนที่สอง การปรับเปลี่ยนโครงสร้างองค์กรที่มุ่งเน้นการพัฒนาความสัมพันธ์ในองค์กรในรูปแบบครอบครัวขยายเพื่อให้ในสมาชิกองค์กรใกล้ชิดกันมากขึ้น ร่วมกับ การจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรนอกชั้นเรียนเพื่อให้นักศึกษา คณาจารย์และบุคลากรขององค์กรได้ทำความรู้จัก สร้างความสัมพันธ์ที่ดีขึ้น รวมทั้งเชื้อให้การนำทักษะการคิดอย่างเป็นระบบ การเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม การใช้สุนทรียสนทนา การสะท้อนคิดในชีวิตประจำวันไปสู่การใช้ปฏิบัติได้อย่างแท้จริงในชีวิตประจำวัน ที่เชื้อให้เกิดจิตสาธารณะผ่านโครงการต่างๆที่นักศึกษาจัดทำเพื่อช่วยกันดูแลวิทยาลัยของตน นวัตกรรมระบบครอบครัวเสมือนได้รับการยอมรับว่าเป็นกระบวนการของการหล่อหลอมและพัฒนาจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized health care)² ซึ่งหมายถึงคุณลักษณะของบุคคลที่พร้อมจะให้บริการแก่ผู้อื่นด้วยความเอาใจใส่ ประคองญาติมิตร โดยยึดหลักพรหมวิหาร 4 คือ เมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา โดยเมตตา คือ ความปรารถนาดีต่อกันและกัน มีความห่วงใยและเอื้ออาทร การให้มีความสุขโดยไม่มี การแบ่งแยกเชื้อชาติศาสนา กรุณา คือ การช่วยเหลือเกื้อกูลระหว่างกันและกัน ปลอดภัยด้านการรักษาพยาบาล กล่าวคือ ความเจ็บป่วย คือ บ่อเกิดแห่งความยากจน มุทิตา คือการชื่นชมยินดีซึ่งกันและกัน การพลอยยินดี ความยินดีในธรรมะและความสงบสุขที่ปลูกฝังสู่สังคม อุเบกขา คือ การ

วางใจเป็นกลางในผลการกระทำด้วยเหตุและผล การเกิดปัญญาอันดีเสียสละแบบไม่หวังผลตอบแทน สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดอัตลักษณ์บัณฑิตของสถาบันไว้ว่าเป็นผู้ที่ให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และการจัดการศึกษาแบบบูรณาการภายใต้ระบบครอบครัวเสมือนเป็นแนวทางหนึ่งในการดำเนินการเพื่อให้เกิดอัตลักษณ์ดังกล่าว³ ซึ่งมีวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 17 แห่ง¹ ได้นำนวัตกรรมระบบครอบครัวเสมือนไปใช้ในการพัฒนานักศึกษาของวิทยาลัย ต่อมากระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้นักศึกษาพยาบาลเป็นญาติกับประชาชน และ เน้นการสร้างสุขภาวะชุมชน (Well-being) ซึ่งหมายถึง ภาวะที่บุคคลปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ มีร่างกายที่แข็งแรง มีอายุยืนยาว มีจิตใจที่ดี มีความเมตตา กรุณา ยึดมั่นในคุณธรรม จริยธรรม ดำเนินชีวิตอย่างมีสติสัมปชัญญะ และใฝ่รู้สามารถ ‘คิด เป็น ทำเป็น’ มีเหตุมีผล อยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข⁴ ซึ่งเทียบได้กับ “ดี เก่ง มีความสุข” อันเป็นเป้าหมายการพัฒนา/ผลิตบุคลากรของประเทศตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พุทธศักราช 2542 วิทยาลัยพยาบาลฯ จึงได้มีการนำแนวคิดจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือนของแต่ละวิทยาลัย เป็นกลไกในการขับเคลื่อนให้เกิดสุขภาวะชุมชน ในบริบทของตน สถาบันพระบรมราชชนก ในฐานะหน่วยงานต้นสังกัด ที่สนับสนุนการจัดการศึกษาเพื่อผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีอัตลักษณ์บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และส่งเสริมการสร้างสุขภาวะชุมชน จึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการพัฒนาชุมชนสุขภาวะ โดยใช้ระบบครอบครัวเสมือนของวิทยาลัยฯ ในสังกัด เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการผลิตบัณฑิตพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาชุมชนสุขภาวะโดยใช้ระบบครอบครัวเสมือน (หนึ่ง



วิทยาลัย หนึ่งชุมชน)” ของกลุ่มวิทยาลัยพยาบาล
ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวง
สาธารณสุข

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรม
ราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3 แห่ง ได้แก่
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี (วพบ.) ขอนแก่น,
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี (วพบ.) จักรีรัช และ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี (วพบ.) นครศรีธรรมราช

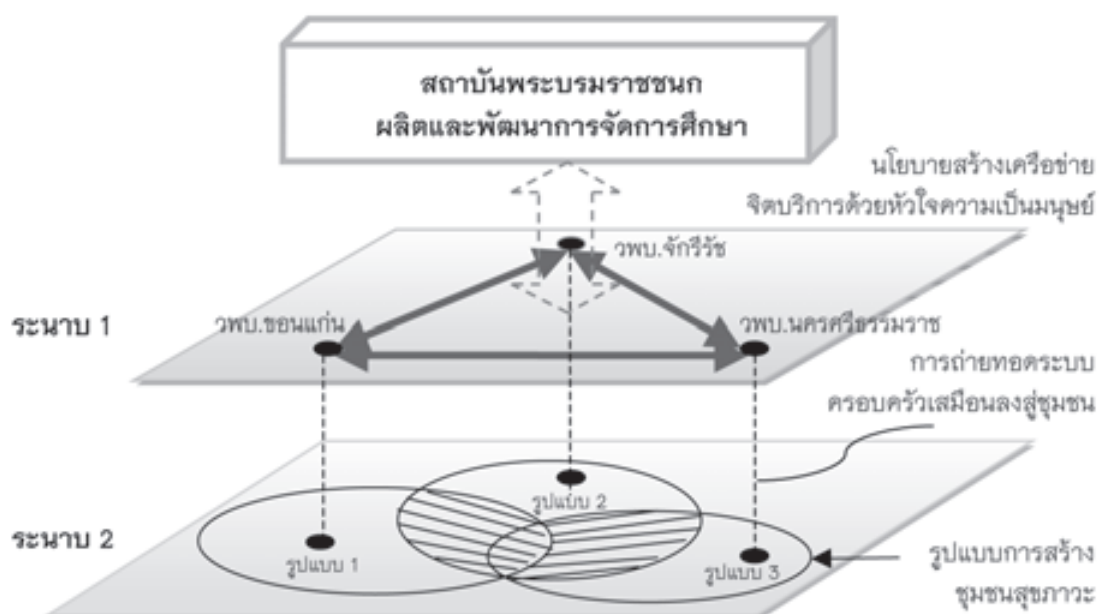
ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ คือ นวัตกรรมระบบครอบครัว
เสมือน

ตัวแปรตาม คือ รูปแบบการพัฒนาชุมชน
สุขภาวะโดยใช้นวัตกรรมระบบครอบครัวเสมือน

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย : 4 ปี (พ.ศ.
2553-พ.ศ.2556)

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

แบ่งการดำเนินการวิจัยออกเป็น 3
ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การเลือกวิทยาลัยพยาบาล
เพื่อเป็นกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาโดยวิทยาลัย
กลุ่มเป้าหมายได้ลงนามพันธะสัญญาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพัฒนาชุมชนสุขภาวะโดยใช้
นวัตกรรมระบบครอบครัวเสมือนในปลายปี พ.ศ.
2553

ระยะที่ 2 การศึกษาแนวทางการขยาย
นวัตกรรมระบบครอบครัวเสมือนสู่ชุมชนผ่าน
กระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม (Participation)
ของกลุ่มแกนนำ 3 วิทยาลัย ระหว่าง พ.ศ.2553-
พ.ศ.2555

ระยะที่ 3 การวิเคราะห์รูปแบบ และ
โครงสร้างการขยายผลการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม
ของนวัตกรรมระบบครอบครัวเสมือนจากภายใน
วิทยาลัยสู่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม
ด้านสุขภาวะชุมชน ภายใต้บริบทที่แตกต่างกันของ
แต่ละวิทยาลัยกับชุมชน พ.ศ.2554-พ.ศ.2556



รูปแบบการดำเนินงานเครือข่ายระบบ ครอบครัวเสมือนสู่การสร้างชุมชนสุขภาวะ

ระนาบที่ 1 : การสร้างเครือข่ายองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning organization) จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือน ซึ่งประกอบด้วยวิทยาลัยเป้าหมายทั้ง 3 แห่ง ดังต่อไปนี้ คือ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนอนแก่น, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช และ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช ที่ได้ร่วมกันให้พันธะสัญญาในการขับเคลื่อนองค์กรแห่งการเรียนรู้ภายใต้วัฒนธรรมระบบครอบครัวเสมือน

ระนาบที่ 2 : รูปแบบการพัฒนาชุมชนสุขภาวะผ่านการประยุกต์ใช้วัฒนธรรมระบบครอบครัวเสมือน ภายใต้บริบทของแต่ละวิทยาลัย โดยพิจารณาจากรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างวิทยาลัยและชุมชนเป้าหมายตามปรากฏการณ์สภาพจริงที่วิทยาลัยแต่ละแห่งได้ทำการถอดบทเรียน ซึ่งได้สะท้อนประเด็น ดังต่อไปนี้ 1) การพัฒนาเสริมสร้างสุขภาวะทางร่างกายของบุคลากรในองค์กรและชุมชนภายนอก 2) การพัฒนาวิทยาลัยให้กลายเป็นชุมชนแห่งการเรียนรู้ร่วมกับชุมชนภายนอก 3) การพัฒนาจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ให้เกิดเป็นอัตลักษณ์ในกลุ่มนักศึกษาของวิทยาลัยและคนในชุมชนภายนอก และ 4) การบูรณาการพัฒนาสุขภาวะในด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ/สติปัญญาอย่างเป็นองค์รวม

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งตอบผลการวิจัยเป็น 3 ระยะ และตอบวัตถุประสงค์การวิจัยทั้ง 2 ข้อ ดังนี้

ผลการวิจัยระยะที่ 1 (ปลายปีพ.ศ. 2553)

จากการวิเคราะห์ผลงานวิจัยเรื่องการพัฒนาารูปแบบเครือข่ายจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์วิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก² ซึ่งเป็นงานวิจัย ระหว่างปี พ.ศ. 2552-พ.ศ.2554 พบว่า วัฒนธรรมระบบครอบครัวเสมือน

สามารถพัฒนานักศึกษาให้มีอัตลักษณ์จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ได้ โดยมีวพบ.ขอนแก่นเป็นต้นแบบ (Role Model) ในการเรียนรู้ ได้รับการรับรองจากสำนักคณะกรรมการอุดมศึกษาว่าเป็นแนวปฏิบัติที่ดี (Good practice) ประเภทพัฒนานิสิตนักศึกษาแบบองค์รวม (ดี เก่ง และมีความสุข) ชื่อผลงาน “กระบวนการเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือน” ในการประชุมวิชาการระดับชาติ “2552 ปีแห่งคุณภาพการอุดมศึกษาไทย” ระหว่างวันที่ 2-3 กรกฎาคม 2552 ให้ไว้ ณ วันที่ 25 ธันวาคม 2552 จึงขยายผลการพัฒนาอย่างไม่เป็นทางการร่วมกันก่อนที่จะได้รับการสนับสนุนจากส่วนพัฒนาการศึกษาสถาบันพระบรมราชชนกในการร่วมพันธะสัญญากับวิทยาลัยพยาบาลอีก 4 แห่ง สร้างเครือข่าย คือ วพบ.พะเยา (ภาคเหนือ) วพบ.จักรีรัช (ภาคกลาง) วพบ.ชลบุรี (ภาคตะวันออก) และ วพบ.นครศรีธรรมราช (ภาคใต้) ในวันที่ 8 ธันวาคม 2552 ผลปรากฏคือ วิทยาลัยทั้ง 4 แห่งต่างสามารถพัฒนานักศึกษาภายในวิทยาลัยให้เกิดคุณลักษณะผู้เรียนที่มีจิตอาสา โดยพัฒนาในรูปกิจกรรมเสริมหลักสูตรเป็นหลัก โดยเฉพาะเกิดการร่วมกันเรียนรู้เป็นทีม มีการถอดบทเรียนการจัดการเรียนรู้ทุกสัปดาห์ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นทีมผ่านการใช้สุนทรียสนทนา เกิดองค์ความรู้ที่ได้จากการปฏิบัติทั้งภายในวิทยาลัย และระหว่างเครือข่าย 5 วพบ. ทำให้วิทยาลัยทุกแห่งได้รับการประเมินจากสำนักมาตรฐานการการอุดมศึกษา (สกอ.) ว่าเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ทุกองค์กรในการพัฒนาระบบการดูแลนักศึกษาจนเกิดอัตลักษณ์จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

จากการสนทนากลุ่ม (Focus group) ในปลายปีพ.ศ. 2553 ผ่านการศึกษาความเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้ระหว่างวิทยาลัยกับชุมชนภายนอกวิทยาลัย ทั้ง 5 แห่งดังกล่าว พบว่า มีวิทยาลัย 3 แห่ง คือ วพบ.ขอนแก่นที่เชื่อมโยงการเรียนรู้กับชุมชนบ้านเป็ด วพบ.จักรีรัช เชื่อมโยงการเรียนรู้กับชุมชนเบิกไพร และ วพบ.นครศรีธรรมราช



เชื่อมโยงการเรียนรู้กับชุมชนมาเคียน โดยทั้ง 3 วิทยาลัยได้พัฒนาความสัมพันธ์กับชุมชนเหล่านั้น เสมือนญาติที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันกับวิทยาลัย โดยใช้นวัตกรรมระบบครอบครัวเสมือนเป็นฐานในการขับเคลื่อน ซึ่งสอดคล้องกับการวางนโยบายของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในพ.ศ. 2554 ที่ได้มอบหมายให้สถาบันพระบรมราชชนกผลิตนักศึกษาให้มีคุณลักษณะจิตอาสา/จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์และเป็นญาติกับประชาชน เพื่อเป็นการสนองนโยบายดังกล่าว วพบ.ต้นแบบทั้ง 3 แห่งจึงได้ร่วมกันวางแนวทางการพัฒนาชุมชนสุขภาพะเพื่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม พร้อมกับ การดูแลประชาชนในชุมชนเป้าหมาย โดยจัดทำพันธะสัญญาร่วมกันระหว่างวิทยาลัยแต่ละแห่งกับชุมชนเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับภูมิสังคม โดยใช้กระบวนการเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ นวัตกรรมระบบครอบครัวเสมือน ในการสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างวิทยาลัยและชุมชนอันจะนำไปสู่การพัฒนาชุมชนสุขภาพะ

ผลการวิจัยระยะที่ 2 และระยะที่ 3 (พ.ศ.2553-พ.ศ.2556)

ผลการวิเคราะห์รายงานการศึกษา/การวิจัยของทั้ง 3 วิทยาลัย พบว่า บริบทที่แตกต่างของแต่ละวิทยาลัยส่งผลต่อการประยุกต์ใช้นวัตกรรมระบบครอบครัวเสมือนในรูปแบบการพัฒนาชุมชนสุขภาพะของแต่ละวิทยาลัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. วพบ.ขอนแก่นและชุมชนบ้านเป็ด

1.1 ลักษณะความสัมพันธ์ดั้งเดิมระหว่างวิทยาลัยและชุมชน

ชุมชนบ้านเป็ดเป็นชุมชนกึ่งเมือง ซึ่งเป็นชุมชนที่ตั้งอยู่โดยรอบวิทยาลัย การเข้ามาสร้างอาคารวิทยาลัยฯในพื้นที่ที่ชุมชนแห่งนี้ เมื่อปีพ.ศ. 2541-ปีพ.ศ. 2542 เกิดขึ้นจากการได้รับความเห็นสอดคล้องกันทั้งชุมชน ด้วยความเต็มใจและเข้าใจกันระหว่างวิทยาลัยฯและชุมชนว่า “วพบ.ขอนแก่นเป็นวิทยาลัยฯเพื่อให้ลูกหลานได้เรียนเป็นพยาบาล

เพื่อออกไปรับใช้ชุมชนต่างๆในภาคอีสาน”

1.2 กระบวนการเชิงรุกเพื่อการมีส่วนร่วมระหว่างวิทยาลัยและชุมชนเป้าหมาย

1.2.1 การพัฒนาการมีส่วนร่วมระหว่างวิทยาลัยและชุมชนโดยรอบวิทยาลัย

นับตั้งแต่ปีพ.ศ. 2551 วพบ.ขอนแก่นได้ทำการพัฒนาเชิงรุกที่มุ่งปรับเปลี่ยนระบบการจัดการเรียนสอนภายใต้ นวัตกรรมระบบครอบครัวเสมือนโดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาให้นักศึกษาเป็นคนดี เก่ง และมีความสุขนั้น และสามารถนำความรู้ไปใช้ในการแก้ปัญหาได้จริง นอกจากการสร้าง ความตระหนักร่วมภายในองค์กร ระหว่างคณาจารย์ เจ้าหน้าที่สายสนับสนุนแล้ว

จากการศึกษา ของ มกราพันธ์ จุฑารสภ, ลำภา อุปการกุล, วิไลวรรณ วัฒนานนท์ และคณะ⁵ พบว่า วพบ.ขอนแก่นยังให้ความสำคัญในการสร้างความตระหนักร่วมให้เกิดกับคนในชุมชนโดยรอบวิทยาลัยควบคู่ไปพร้อมๆกัน โดยเริ่มจากการเชิญชวนให้คนในชุมชนเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาสุขภาพะ โดยเริ่มจากชมรมผู้สูงอายุซึ่งทางชุมชนบ้านเป็ดมีการจัดตั้งเป็นชมรมอยู่แล้วให้มาเป็นสมาชิกครอบครัวเสมือนในฐานะปู่ ย่า ตา ยาย ซึ่งนักศึกษาในแต่ละชั้นปีจะมีฐานะเป็นลูก หลานที่จะมีหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้เข้าไปดูแล ถามไถ่ทุกข์สุขปู่ย่าตายายของตน และเป็นกระบวนการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่าง นักศึกษาตลอด 4 ปีการศึกษาที่กระชับความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาและบุคลากรของวิทยาลัยฯ กับชุมชนให้มีความแน่นแฟ้น อบอุ่น ไปมาหาสู่กันเป็นประจำ สม่ำเสมอ นอกเหนือจากเกิดการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมวัฒนธรรมประจำปี ดังเห็นได้จากเสียงสะท้อนจากผู้สูงอายุในชุมชนที่ว่า “ผมเป็นคนการศึกษาน้อยจบแค่ป.4 มีบัณฑิตมาเยี่ยมเยียนให้เกียรติเป็นลูกหลานเหมือนคนในครอบครัวจริงทำให้รู้สึกว่าคุณเองมีคุณค่า สูงอายุอย่างมีคุณค่า ชราอย่างมีศักดิ์ศรี เห็นร่ววิทยาลัยมาจดหน้าบ้านก็ภูมิใจแล้ว” “นักศึกษาเปรียบเสมือนครอบครัวเคียง แทนครอบครัวจริงได้เลยไม่เหงามเหมือนก่อน”



“ออนซอนหลาย (ปีติยินดีมาก) ที่วิทยาลัยจัดให้มีกิจกรรมนี้” นอกจากนี้ ในแต่ละรายวิชายังจัดให้อาจารย์ได้นำนักศึกษาลงไปศึกษาปัญหาสุขภาพของชุมชนตามสภาพจริงเพื่อให้นักศึกษาร่วมกับชุมชนช่วยกันคิดวิเคราะห์ แยกประเด็นที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหา⁶

1.2.2 การพัฒนาการมีส่วนร่วมระหว่างวิทยาลัยและกลุ่มบุคคลที่มีความสนใจร่วมในการพัฒนาสุขภาพ

1.2.2.1 อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (อสม.)

วพบ.ขอนแก่นได้มีการจัดการอบรมประยุกต์ใช้นวัตกรรมระบบครอบครัวเสมือนให้แก่ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (อสม.) บ้านเป็ดจำนวน 200 คนระหว่างวันที่ 19-23 สิงหาคม 2553 โดยมุ่งเน้นให้กลุ่มแกนนำที่เป็นอาจารย์จาก วพบ.ขอนแก่น บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ และ อสม.บ้านเป็ด ได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้กำหนดประเด็นปัญหาร่วมกัน เพื่อให้อสม.สามารถพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์และคิดเชื่อมโยงเป็นระบบ เห็นความสำคัญของจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งจะนำไปสู่การทำงานการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนที่ขับเคลื่อนโดยภาคประชาชน จากรายงานการวิจัย ของ วิไลวรรณ วัฒนานนท์ และคณะ⁷ พบว่า แผนงานการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน จำนวน 16 โครงการ โครงการหลายโครงการได้รับการยอมรับจากคนในชุมชนสูง อาทิ “โครงการสวยใส ไร้พุง มุ่งสุขภาพดี” ที่ส่งเสริมการจัดกิจกรรมนำออกกำลังกายร่วมกันของคนในชุมชน และ “โครงการกำจัดลูกน้ำยุงลาย” ที่แต่ละบ้านในชุมชนมีความเห็นสอดคล้องจากการพูดคุยกันว่า “ทุกคนต้องร่วมกันรับผิดชอบตัดวงจรระบาดของโรคไข้เลือดออก หากพบลูกน้ำยุงลายจะคิดค่าปรับตัวละ 10 บาท” ซึ่งส่งผลให้หมู่บ้านสามารถควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกได้จริง และเกิดเสียงสะท้อนความคิดเห็นจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอสม.ว่า “ประชาชนในชุมชนบ้านเป็ดเปลี่ยนพฤติกรรม หันมาพึ่งกันมากขึ้น

พุดน้อยลง” นอกจากนี้ “อสม.เมื่อได้พัฒนาทักษะก็ช่วยให้เค้าสามารถคิดวิเคราะห์และหาวิธีแก้ปัญหาสุขภาพที่เหมาะสมกับชุมชนตนเองได้ นับว่าถึงเวลาที่ประชาชนต้องหันมาเป็นฟันเฟืองหลักในการดูแลสุขภาพของตนเอง”

1.2.2.2 สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ใกล้เคียง

ระหว่างปี พ.ศ. 2551-2552 โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ได้นำนวัตกรรมการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือนมาใช้ในการให้บริการผู้ป่วยในตึกผู้ป่วยพิเศษชั้น 5 โดยมีการใช้สุนทรียสนทนากับผู้ป่วยและญาติ และได้รับเสียงสะท้อนจากผู้ป่วยและญาติว่า “อยากรักษาที่นี่ เพราะมีความอบอุ่นเหมือนอยู่ที่บ้าน” และก่อให้เกิดความสัมพันธฉันท์ญาติมิตรได้จริงดังเห็นได้จากการประเมินเป็นลายลักษณ์อักษรได้รับคำชมเชยซึ่งแสดงถึงการให้บริการที่ดี ส่งผลให้คณะกรรมการพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาลฯ ได้ส่งเสริมให้เกิดการขยายการดำเนินงานกิจกรรมในรูปแบบดังกล่าวไปยังหน่วยงานอื่นๆ อาทิ อายุรกรรมหญิง อายุรกรรมชาย ทำให้โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ได้รับการยอมรับว่าเป็นแหล่งศึกษาดูงานในด้านการให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือน และได้รับรางวัลพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของเครือข่ายระดับเขตร่วมถึงเป็นองค์กรที่มีการพัฒนาจริยธรรม คุณธรรมดีเด่นของกระทรวงสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี.ศ. 2552-2556⁸ นอกจากนั้น การนำนวัตกรรมการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือนไปใช้ยังช่วยในการเปลี่ยนผ่านวัฒนธรรมองค์กรในหน่วยงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ที่ก่อให้เกิดความสุข ความสามัคคีในการอยู่ร่วมกันและทำงานเป็นทีมของคนในองค์กร เกิดประสิทธิภาพในการให้บริการ ดังแสดงให้เห็นจากความสำเร็จของทีมแพทย์ผ่าตัดพยาบาลตมยา พยาบาลส่งเครื่องมือรวมถึงเจ้าหน้าที่ทุกคนที่ร่วมแรงร่วมใจกันในการกู้ชีพผู้ป่วยภาวะ Malignant Hyperthermia ซึ่งมีน้อยรายที่จะมีชีวิต



รอดหากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ซึ่งทางผู้ป่วยและญาติได้แสดงความขอบคุณที่ทีมงานทุกคนที่ร่วมมือกันอย่างเข้มแข็งในการให้การรักษายาบาล⁹

1.2.2.3 “กลุ่มพยาบาลจีเอสเค เพื่อชุมชน”

บริษัท แกล็ก โซสมิท โคลีน (ประเทศไทย) จำกัด หรือ จีเอสเคได้ร่วมกันกับสถาบันพระบรมราชชนกและวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดในการจัด “โครงการอบรมพยาบาลเพื่อชุมชน” ขึ้นเป็นครั้งแรกในระหว่างวันที่ 16-17 กรกฎาคม พ.ศ.2555 ณ จังหวัดขอนแก่นให้แก่กลุ่มพยาบาลผู้รับทุนบริษัทแกล็กโซสมิทโคลีน (ประเทศไทย) จำกัด หรือ จีเอสเค ที่สำเร็จการศึกษาแล้วและทำงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนในชนบท โดยมี วพบ.ขอนแก่นเป็นผู้ออกแบบกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นการศึกษาตามสภาพจริงโดยใช้ชุมชนบ้านเปิดเป็นชุมชนต้นแบบในการเป็นแหล่งเรียนรู้ รูปแบบการพัฒนาชุมชนสุขภาวะผ่านการประยุกต์ใช้นวัตกรรมระบบครอบครัวเสมือน เพื่อให้ผู้เข้าอบรมได้มีโอกาสถอดบทเรียน ทำความเข้าใจ และพัฒนาทักษะที่จะช่วยให้ตนเองสามารถประยุกต์ในการทำงานบริการสาธารณสุขในหน้าที่เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนผู้รับบริการในชนบท ซึ่งเป็นจุดมุ่งหมายหลักของโครงการดังกล่าว

โดยพยาบาลทุนจีเอสเคได้กลายมาเป็นเครือข่ายร่วมกับวพบ.ขอนแก่นในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในครั้งต่อมา ระหว่างวันที่ 15-17 กรกฎาคม พ.ศ.2556 ที่จังหวัดชัยภูมิ ที่สะท้อนถึงความสามารถของพยาบาลทุนจีเอสเค ที่ปฏิบัติงานอยู่ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุสินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ได้ทำการวิจัยเชิงทดลองในการประยุกต์ใช้กระบวนการสุนทรียสนทนา ภายใต้นวัตกรรมระบบครอบครัวเสมือนในการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ สุขศึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางโภชนาการแก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจำนวน 57 รายที่เข้ามาใช้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งช่วยให้พยาบาลผู้ดูแลมีความเข้าใจผู้ป่วยเพิ่มขึ้นไม่

เอาตนเองไปตัดสินผู้ป่วย หากแต่รับฟังด้วยความเคารพศักดิ์ศรีของผู้ป่วย และทำการวิเคราะห์เพื่อแก้ปัญหาาร่วมกันกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยแต่ละคนสามารถดูแลสุขภาพได้เหมาะสมกับวิถีชีวิตจริงของแต่ละคน พร้อมทั้งทำให้เกิดชุมชนที่มีความสัมพันธ์เสมือนญาติระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้อย่างแท้จริง¹⁰

สรุป บทเรียนที่ได้จากวพบ.ขอนแก่นสะท้อนให้เห็นว่าวิทยาลัยสามารถเปลี่ยนผ่านชุมชนการเรียนรู้ภายใน โดยบูรณาการชุมชนโดยรอบ หรือกลุ่มคนภายนอกเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของกันและกัน ในกระบวนการเรียนรู้ภายใต้วัฒนธรรมระบบครอบครัวเสมือนตั้งแต่ต้นซึ่งมิได้จำกัดเพียงแต่การเรียนรู้ภายในสถานศึกษาของตนที่ใช้ชุมชนบ้านเปิดเป็นฐาน หรือเป็นเพียงสื่อในการเรียนการสอน หากแต่ยังสร้างศักยภาพให้แก่ตัวชุมชนในฐานะผู้ร่วมเรียนรู้ไปพร้อมกันกับสถานศึกษาและสถานบริการสาธารณสุข นอกจากนี้ วพบ.ขอนแก่นวางแนวทางการพัฒนาชุมชนสุขภาวะผ่านการสร้างความมีส่วนร่วมจากวิทยาลัย สถานบริการและภาคประชาชน โดยวิทยาลัยพยาบาลเป็นผู้ประสานเครือข่ายและทำหน้าที่หลักในฐานะผู้ให้การอบรมทักษะการคิดอย่างเป็นระบบและจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถนำไปปรับประยุกต์ใช้ในกระบวนการพัฒนาสุขภาพภายใต้บริบทของตนได้อย่างเป็นรูปธรรม

2. วพบ.จักรีรัชและชุมชนเบิกไพร

2.1 ลักษณะความสัมพันธ์ดั้งเดิมระหว่างวิทยาลัยและชุมชน

ชุมชนเบิกไพรเป็นชุมชนเขตเมืองที่ตั้งอยู่ห่างจาก วพบ.จักรีรัชประมาณ 3 กิโลเมตร หากแต่มีลักษณะพิเศษ คือ เป็นชุมชนที่มีความเข้มแข็งพึ่งพาตนเองได้ จากความพร้อมของชุมชนที่จะเป็นแหล่งการเรียนรู้ในการสร้างสุขภาวะในทุกช่วงวัยให้กับนักศึกษาในสภาพจริง คณะกรรมการบริหารวพบ.จักรีรัชจึงได้เชิญทางชุมชนเบิกไพรเข้าร่วมเรียนรู้วัฒนธรรมระบบครอบครัวเสมือน โดย



คณาจารย์ของ วพบ.จักรีรัชต์ร่วมกับทีมแกนนำจากชุมชนเบิกไพรได้มาร่วมดูงานในพื้นที่ วพบ.ขอนแก่น¹¹

2.2 กระบวนการเชิงรุกในการสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างวิทยาลัยและชุมชนเป้าหมาย

จากการที่ชุมชนเบิกไพรมีความพร้อมในทุนทางสังคม โดยเฉพาะกลุ่มปราชญ์ชาวบ้าน และกลุ่มผู้สูงอายุ ดังเห็นได้จากการได้รับรางวัลชุมชนต้นแบบนวัตกรรมท้องถิ่นไทย ครั้งที่ 1 ปี พ.ศ. 2553 ในด้านการแปรรูปผลิตภัณฑ์ท้องถิ่น นโยบายเชิงรุกที่วพบ.จักรีรัชต์ใช้ในการสร้างความสัมพันธ์เชิงเครือข่ายระหว่างนักศึกษาของวิทยาลัยและชุมชนเบิกไพรจึงเน้นส่งเสริมให้มีการไปมาหาสู่ชุมชนในกิจกรรมที่วิทยาลัยกำหนดขึ้น¹¹

ต่อมาแม้จะประสบปัญหาการเปลี่ยนผ่านผู้อำนวยการและปัญหาการขาดแคลนอาจารย์พยาบาล ทาง วพบ.จักรีรัชต์ได้แสดงศักยภาพในการประยุกต์ ปรับเปลี่ยนโครงสร้างครอบครัวเสมือนนักศึกษาจาก 20 ครอบครัว มาเป็น 9 ครอบครัว สุขภาวะ ซึ่งมีลักษณะเป็นชมรมจิตอาสาตามลักษณะความสนใจของคณาจารย์ และนักศึกษอาทิ จิตอาสาดูแลผู้ป่วยติดเตียง, กินอยู่พิชิตภัยเบาหวาน, จิตอาสาอนามัยโรงเรียน ฯลฯ ซึ่งแนวทางในการปรับเปลี่ยนรูปแบบโครงสร้างครอบครัวที่เหมาะสมกับบริบทของวิทยาลัย ยังเอื้อให้คณาจารย์สามารถพบปะดูแลนักศึกษา ดำเนินกิจกรรมสุนทรียสนทนาได้อย่างทั่วถึง

ในขณะเดียวกัน วพบ.จักรีรัชต์ ยังร่วมกับทางชุมชนเบิกไพรในการพัฒนากิจกรรมสุขภาวะอย่างมีส่วนร่วมผ่านกิจกรรมครอบครัวสุขภาวะในทุกช่วงวัย ตั้งแต่เด็กเล็ก วัยเรียน วัยรุ่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุที่ทำให้เกิดการวิเคราะห์แผนนำไปสู่แนวทางปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม ทำให้ตำบลเบิกไพรมีความเข้มแข็งในการดูแลศูนย์เด็กเล็กอย่างมีส่วนร่วม ทำให้ได้รับรางวัลศูนย์เด็กเล็กปลอดภัยระดับอำเภอปีพ.ศ. 2554¹² และในการจัดกิจกรรมการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ ภายใต้ความร่วมมือระหว่างวพบ.จักรีรัชต์ ร่วมกับชุมชนเบิกไพร ทางเทศบาลตำบลเบิกไพรได้สะท้อนว่า “ยินดีมากที่เกิดกิจกรรม

ดีๆ กิจกรรมครอบครัวที่ทำร่วมกับวิทยาลัยมาตลอด...ยินดีให้การสนับสนุนทุกกิจกรรมที่วิทยาลัยได้จัดให้กับชาวเบิกไพร โดยเฉพาะผู้สูงอายุตำบลเบิกไพรและอำเภอบ้านโป่งมีมากขึ้นต้องการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี...สามารถดูแลตนเองได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี” ในขณะที่เดียวกันนักศึกษาของวิทยาลัยก็สะท้อนถึงความตระหนักในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของกลุ่มผู้สูงอายุว่า “เมื่อเห็นผู้สูงอายุทำให้นึกถึงพ่อแม่ตาและยายที่บ้าน...ผู้สูงอายุเก่งมีคุณค่าต่อลูกหลานทำให้เข้าใจความเป็นมนุษย์อยากทำกิจกรรมที่เกิดประโยชน์กับสังคม”

3. วพบ.นครศรีธรรมราชและชุมชนนาเคียน

3.1 ลักษณะความสัมพันธ์ดั้งเดิมระหว่างวิทยาลัยและชุมชน

ชุมชนนาเคียนเป็นชุมชนกึ่งเมืองห่างที่ตั้งอยู่ห่างจาก วพบ.นครศรีธรรมราชประมาณ 5 กิโลเมตร โดยมีลักษณะพิเศษคือ เป็นแหล่งฝึกงานภาคปฏิบัติชุมชนของนักศึกษาพยาบาล และเป็นชุมชนที่มีประชากรหลากหลายศาสนา (ไทย พุทธ มุสลิมและคริสต์)

3.2 กระบวนการเชิงรุกเพื่อการมีส่วนร่วมระหว่างวิทยาลัยและชุมชนเป้าหมาย

วพบ.นครศรีธรรมราชเน้นนโยบายการสร้าง ความเข้มแข็งภายในวพบ.ของตนก่อนที่จะทำการเชื่อมโยงกับชุมชนภายนอก ซึ่งภายหลังที่ได้วางนโยบายเชิงรุกที่มุ่งจะสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างวิทยาลัยและชุมชนเป้าหมาย วพบ.นครศรีธรรมราชได้วิเคราะห์ปัญหาสุขภาวะของชุมชนใกล้เคียงและพบว่าคนในชุมชนนาเคียนมีปัญหาในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้พิการทางการเคลื่อนไหวที่ควรได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนเพื่อให้ผู้พิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข ดังนั้น จึงเกิดการดำเนินการร่วมกันระหว่าง วพบ.นครศรีธรรมราช องค์การบริหารส่วนตำบลนาเคียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหมืองห้วยทะเล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งหนอง



เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการในชุมชนนาเคียน ตั้งแต่เดือนมกราคม 2553-พฤษภาคม 2556 โดยมีการบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอน รายวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาล โดยมีการวิจัยจำนวน 2 เรื่องคือ การวิจัยระบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้พิการ และการวิจัยรูปแบบการดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชนด้วยระบบครอบครัวพหุวัฒนธรรม¹⁵

โครงการนี้นับเป็นครั้งแรกในการดำเนินการขยายแนวคิดระบบครอบครัวเสมือนลงสู่ชุมชนอย่างเป็นทางการของ วพบ.นครศรีธรรมราชในรูปโครงการวิจัย โดยโครงการได้มีการวางแผนระยะสั้นระยะยาวร่วมกัน คือ การมีจิตอาสาดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชนให้ได้รับการดูแลเสมือนคนในครอบครัว การเปิดรับสมัครเจ้าหน้าที่อาสาสมัคร เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ นักศึกษา และคณาจารย์ของวิทยาลัยที่สนใจจะเข้าร่วมโครงการ และการจัดอบรมและจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในแนวทางการดูแลผู้พิการ รวมถึงติดตามประเมินความคืบหน้าในการดำเนินงาน ซึ่งก่อให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้พิการในชุมชนนาเคียนและรูปแบบการดูแลด้วยระบบครอบครัวพหุวัฒนธรรมผ่านเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานทั้ง 4 หน่วยงานในการดูแลผู้พิการในชุมชนนาเคียนอย่างเป็นทางการ โดยพบว่า จากการเข้ามาเยี่ยมเยียนดูแลของเจ้าหน้าที่อาสาสมัครของโครงการช่วยให้ผู้พิการทางการเคลื่อนไหวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจริง ผู้พิการและญาติมีกำลังใจและเข้าใจถึงแนวทางในการฟื้นฟูร่างกาย พร้อมทั้งทางชุมชนได้มีการประยุกต์วัสดุเครื่องใช้ในครัวเรือนมาทดแทนเพื่อช่วยในการดูแลผู้พิการ อาทิ แก้วพลาสติกช่วยเดิน ที่ใช้แทนไม้เท้าหรือเหล็กสามขา ซึ่งเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีราคาแพง จากผลสำเร็จของโครงการฟื้นฟูผู้พิการ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนชุมชนนาเคียนได้มีมติเห็นควรขยายการดูแลไปยังกลุ่มผู้สูงอายุต่อไป

ในขณะเดียวกัน ผลการสะท้อนคิดของนักศึกษาในการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงจากการให้

บริการวิชาการ พบว่า นักศึกษามีความรู้เพิ่มขึ้นและสร้างความมั่นใจในทักษะที่ยังไม่ชำนาญก่อนที่จะนำไปฝึกปฏิบัติจริงบนหอผู้ป่วย และนักศึกษาได้พัฒนาทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับชุมชน เคารพความเป็นมนุษย์ของคนที่แตกต่างกันทางศาสนาและวัฒนธรรม ดึงเห็นได้จากเสียงสะท้อนที่ว่า “จากการลงพื้นที่ครั้งนี้ทำให้เราได้เห็นถึงชีวิตความเป็นอยู่ของคนไข้และรู้สึกดีใจที่อาการของคนไข้ดีขึ้นและเชื่อว่าสักวันหนึ่งคนรอบข้างจะเห็นความดีของเราและเชื่อมั่นว่าจะมีหน่วยงานเข้ามาดูแลและช่วยเหลือ” และ “จากการที่ได้รับการอบรมมีความรู้เพิ่มขึ้น..เห็นความกระตือรือร้นของคนในชุมชนในการให้ความช่วยเหลือผู้พิการ...ทำให้มีความสุข” ส่วนอาจารย์ได้แสดงความเห็นว่า “...อยากให้นักศึกษาเรียนรู้สภาพจริง...มีการนำความรู้มาประยุกต์ใช้ได้ตามบริบท โดยไม่เน้นการรักษาแบบตั้งรับอย่างเดียว”

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนาชุมชนสุขภาพโดยใช้นวัตกรรมระบบครอบครัวเสมือน (หนึ่งวิทยาลัย หนึ่งชุมชน)” เป็น การศึกษาแนวทางการขยายนวัตกรรมครอบครัวเสมือนสู่ชุมชนผ่านกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม (Participation) ของแต่ละวิทยาลัยพยาบาลร่วมกับชุมชนเป้าหมายระหว่างปี พ.ศ. 2553 - พ.ศ. 2556 ผลการวิจัยในระยะนี้มุ่งสะท้อนปรากฏการณ์จริง โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) และวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ของวิทยาลัยพยาบาลกลุ่มเป้าหมาย ตามรายงานการวิจัยของแต่ละวิทยาลัยเป็นหลักโดยมิได้มุ่งเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ที่ได้ของแต่ละวิทยาลัย เนื่องจากความแตกต่างของบริบทภายในวิทยาลัยฯ และบริบทของชุมชนเป้าหมาย ซึ่งหมายรวมชุมชนโดยรอบวิทยาลัย และกลุ่มบุคคลที่มีความสนใจร่วมในเรื่องการพัฒนาสุขภาพผ่านระบบครอบครัวเสมือน โดยความแตกต่างในบริบทนี้ถือเป็นประเด็นสำคัญที่ส่งผลให้แต่ละวิทยาลัยฯ จำเป็นจะต้อง



ออกแบบและดำเนินการบริหารจัดการที่มีความเหมาะสมกับบริบทของตนเอง ซึ่งการทำความเข้าใจในประเด็นความเหมือนและแตกต่างในด้านบริบทภายในองค์กรและบริบทชุมชนโดยรอบยังช่วยสร้างความชัดเจนในการอภิปรายภาพปรากฏการณ์ตามสภาพการณ์จริงที่ว่า “แต่ละวิทยาลัยพยาบาลแม้จะมีคุณลักษณะร่วม คือ เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือน อย่างไรก็ตาม แต่ละวิทยาลัยยังจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบกระบวนการเรียนรู้ที่เหมาะสมเป็นการเฉพาะให้สอดคล้องกับบริบทภายในองค์กรและชุมชนเป้าหมายที่แตกต่างกันเพื่อนำไปสู่การเชื่อมโยงกับชุมชนภายนอกวิทยาลัยเหมือนและแตกต่างกัน”

แม้ว่าวิทยาลัยพยาบาลแต่ละแห่งจะมีคุณลักษณะร่วม คือ เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้วัฒนธรรมระบบครอบครัวเสมือน แต่จากการถอดบทเรียนพบว่า รูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาสุขภาพะชุมชนไม่ได้มีเพียงรูปแบบเดียว ดังจะเห็นได้จากความพยายามของแต่ละวิทยาลัยในการประยุกต์ใช้นวัตกรรมระบบครอบครัวเสมือนเพื่อสร้างความมีส่วนร่วมร่วมกับชุมชนเป้าหมายที่ส่งผลให้รูปแบบการพัฒนาสุขภาพะของของแต่ละวิทยาลัยมีลักษณะโดดเด่นแตกต่างกันไปตามบริบทของวิทยาลัยและชุมชนเป้าหมาย ทั้งในด้าน 1) การพัฒนาเสริมสร้างสุขภาพะทางร่างกาย 2) การสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างวิทยาลัยและชุมชนภายนอก 3) การบ่มเพาะวัฒนธรรมจิตอาสา และ 4) การบูรณาการพัฒนาสุขภาพะในด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ/สติปัญญาอย่างเป็นองค์รวม ได้อย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขและการบริหารจัดการสาธารณสุขควรมุ่งเน้นการพัฒนาวิจัยต่อยอดที่สะท้อนการลงมือปฏิบัติจริงและการพัฒนากระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

และควรมุ่งให้ความสำคัญกับประเด็นความแตกต่างเชิงบริบทของสถานศึกษา สถานบริการและภาคประชาชน และใช้ปรากฏการณ์ตามสภาพจริงในการดำเนินการวิจัย เพื่อสร้างความตระหนักว่าการวางนโยบายหรือรูปแบบการพัฒนาที่คับแคบและไม่เอื้อต่อประยุกต์ใช้ภายใต้บริบทสภาพแวดล้อมขององค์กรที่แตกต่างกัน อาจนำไปสู่ผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ได้

2. การเปลี่ยนแปลงนโยบายการให้บริการสาธารณสุขควรมุ่งเน้นการพัฒนาวิจัยต่อยอดในงานวิจัยที่สะท้อนการเปลี่ยนผ่านไปสู่การให้บริการสาธารณสุขเชิงรุกจากเดิมที่เป็นเชิงรับ โดยเฉพาะการพัฒนาศักยภาพของภาคประชาชน อาทิ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) และประชาชนในพื้นที่ให้มีทักษะการคิดอย่างเป็นระบบและเข้าใจกระบวนการเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่เน้นสุนทรียสนทนา เพื่อให้ภาคประชาชนมีทักษะการคิดวิเคราะห์และเป็นผู้ที่เข้าใจสภาพปัญหาสุขภาพะของชุมชนของตน รวมถึงเป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนโครงการพัฒนาชุมชน

3. เพื่อหลีกเลี่ยงข้อจำกัดที่อาจเกิดจากความ เป็นองค์กรต้นสังกัด การพัฒนากลุ่มแกนนำเชิงวิชาชีพควรมุ่งเน้นการสร้างเครือข่ายระหว่างอาจารย์พยาบาลแต่ละวิทยาลัย ร่วมกับอาจารย์พยาบาลในแหล่งฝึกภาคปฏิบัติในชุมชนที่ร่วมกันรับผิดชอบการผลิตนักศึกษาพยาบาล หรือที่เรียกกันว่า พื้นที่ชุมชนแห่งการเรียนรู้เชิงวิชาชีพ (Professional Learning Community : PLC) จึงถือเป็นพื้นที่โอกาสในการทำวิจัยที่เน้นการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ที่เกิดจากการสร้างความผูกพันบนความสัมพันธ์เชิงวิชาชีพ/วิชาการที่มีความเป็นกัลยาณมิตรต่อกันและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล/กลุ่มคนที่มีค่านิยมร่วมแนวคิดในแนวทางระบบครอบครัวเสมือน ซึ่งช่วยให้เกิดการพึ่งพาอาศัยกันในการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่เชื่อมโยงการจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎีในวิทยาลัยที่นำไปสู่ภาคปฏิบัติในชุมชนให้นักศึกษาพยาบาลจากวิทยาลัยโดยความร่วมมือระหว่างกลุ่มคณาจารย์ และพยาบาลในแหล่งฝึก



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. “การพัฒนากระบวนการเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ภายใต้นวัตกรรมระบบครอบครัวเสมือน” เป็นการปรับเปลี่ยนทัศนคติของบุคคลที่อาศัยการเปลี่ยนแปลงวิธีคิดที่มาจาก การลงมือปฏิบัติจริงเท่านั้น หากสถานศึกษาใดจะนำไปใช้ต้องศึกษาแนวคิดวิธีปฏิบัติ แล้ววิเคราะห์ให้ตามความเหมาะสมในแต่ละบริบทของตนเอง

2. ครูคือผู้ที่สำคัญที่จะช่วยเปลี่ยนผ่านการเรียนรู้ของผู้เรียนที่จะทำให้เกิดอัตลักษณ์จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ โดย 2.1) สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่เป็นกัลยาณมิตร 2.2) ใช้สุนทรียสนทนา 2.3) ใช้การสะท้อนคิด และ 2.4) ใช้การถอดประสบการณ์การเรียนรู้แก่ผู้เรียน

3. ครูเป็นต้นแบบของกระบวนการคิด ดังนั้นต้องเรียนรู้ทักษะการสอนของตนเองไปพร้อมกับผู้เรียน โดยเฉพาะเรียนรู้ภายในจิตใจของตนเองที่จะเป็นผู้ให้ความรัก ความเมตตา เสียสละในการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศนคติความเป็นครูมืออาชีพของตน

คณะผู้วิจัย

1. นพ.สมควร หาญพัฒนาชัยกูร
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ
(อดีตผู้อำนวยการ
สถาบันพระบรมราชชนก)
2. ดร.มกราพันธ์ จูฑะรสก
ข้าราชการบำนาญ
(อดีตผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี ขอนแก่น)
3. ดร.ลิลลี่ ศิริพร
รองผู้อำนวยการ
สถาบันพระบรมราชชนก
4. ดร.จิราพร วัฒนศรีสิน
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

5. ดร.ศุภกรใจ เจริญสุข
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี จักรีรัช
6. นางวัชรีย์ อมรโรจนวรรุฒิ
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี สุรินทร์
7. นางเพ็ชรพันธ์ อัครพิทยา
ผู้อำนวยการแก้วกัลยาสิกขาลัย
8. นางเบญจพร ทิพย์ผลาผลกุล
อาจารย์ กลุ่มพัฒนาการศึกษา
สถาบันพระบรมราชชนก
9. นางวิไลวรรณ วัฒนานนท์
รอง ผอ. ฝ่ายกิจการนักศึกษา
วพบ.ขอนแก่น
10. นางวัลลภณี นาคศรีสังข์
รอง ผอ. ฝ่ายกิจการนักศึกษา
วพบ.จักรีรัช
11. นางสุกัญญา รอบจังหวัด
รอง ผอ. แก้วกัลยาสิกขาลัย
12. นายศักดิ์ชรินทร์ นรสาร
อาจารย์ประจำ วพบ.ขอนแก่น

เอกสารอ้างอิง

1. มกราพันธ์ จูฑะรสก, ลิลลี่ ศิริพร และอนิษฐา จูฑะรสก. “การปฏิรูประบบการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขไทย บริบทวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขเพื่อสร้างอัตลักษณ์จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์”. ใน มกราพันธ์ จูฑะรสก และอนิษฐา จูฑะรสก, บรรณาธิการ. การจัดการกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงสู่องค์กรแห่งความสุขบนฐานจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือน, ขอนแก่น: ห้างหุ้นส่วนจำกัด โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2556.
2. ส่งศรี กิตติรักษ์ตระกูล. มกราพันธ์ จูฑะรสก และคณะ. การพัฒนารูปแบบเครือข่ายจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของวิทยาลัย



- สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก. นนทบุรี: สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2554.
3. คู่มือการดำเนินการเพื่อให้เกิดอัตลักษณ์บัณฑิต สถาบันพระบรมราชชนก. นนทบุรี: กลุ่มพัฒนาบุคลากร สถาบันพระบรมราชชนก; 2556.
 4. ปาริชาติ เทพอารักษ์ และ อมรารวรรณ ทิวถนอม. “สุขภาพของคนไทย จุดเริ่มต้นของความอยู่เย็นเป็นสุข”, วารสารเศรษฐกิจและสังคม, 2550 ฉบับเดือน ม.ค.-มี.ค., หน้า 12-17,
 5. มกราพันธ์ จุฑะรสก, ลำภา อุปการกุล, วิไลวรรณ วัฒนานนท์ และคณะ. การจัดซื้อที่ดินโดยวิธีพิเศษ บริบทวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น, ขอนแก่น: ห้างหุ้นส่วนจำกัด โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2555.
 6. มกราพันธ์ จุฑะรสก. การสร้างเครือข่ายระบบสาธารณสุขในวิชาชีพพยาบาล ภายใต้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์: ความร่วมมือระหว่างสถานศึกษาสู่สถานบริการเพื่อชุมชนเข้มแข็ง, ขอนแก่น: ห้างหุ้นส่วนจำกัด โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2554.
 7. วิไลวรรณ วัฒนานนท์ และคณะ. โครงการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพอสม. สู่งานบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์บริบทพื้นที่ตำบลบ้านเบ็ด อ.เมือง จ.ขอนแก่น, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น; 2553.
 8. พิศมัย มงคลสินธุ์ และคณะ. “การพัฒนาจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือน บริบทโรงพยาบาลกาฬสินธุ์”. ใน มกราพันธ์ จุฑะรสก และอนิษฐา จุฑะรสก, บรรณาธิการ. การจัดการกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงสู่องค์กรแห่งความสุขบนฐานจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือน, ขอนแก่น: ห้างหุ้นส่วนจำกัด โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2556.
 9. เยาวลักษณ์ แม้นมาศ และลัดดา จิระชีวินนท์. “การพัฒนาจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือน บริบทหน่วยงานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์”. ใน มกราพันธ์ จุฑะรสก และอนิษฐา จุฑะรสก, บรรณาธิการ. การจัดการกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงสู่องค์กรแห่งความสุขบนฐานจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือน, ขอนแก่น: ห้างหุ้นส่วนจำกัด โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2556.
 10. จิราพัชร อุดะมะ, อดาวัน ชมศิริ และคณะ.สรุปรายงานความคืบหน้าผลการดำเนินงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารเพื่อป้องกันภาวะโปแตสเซียมสูงในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยใช้สุนทรียสนทนาภายใต้วัฒนธรรมครอบครัวเสมือน หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุดฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์; 2556.
 11. วิภาวรรณ อริยานนท์ และคณะ. การสร้างเสริมคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีจักรีรัช, ขอนแก่น: ร้าน รามา ไอเอ เซ็นเตอร์; 2553.
 12. ศุภกรใจ เจริญสุข และคณะ. การพัฒนาชุมชนสุขภาพโดยใช้วัฒนธรรมครอบครัวเสมือน : หนึ่งวิทยาลัยหนึ่งชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช, เอกสารประกอบการประชุมงานวิชาการตลาดนัดความดีฯ; 2554.
 13. จิราพร วัฒนศรีสิน และคณะ. แนวปฏิบัติที่ดี : การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการชุมชนนาเคียนภายใต้ครอบครัวพัฒนาธรรม, นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์; 2556.



การพัฒนาคุณลักษณะอาจารย์พยาบาลเพื่อมุ่งสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ ของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

ดวงกมล หน่อแก้ว*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาอาจารย์พยาบาลตามแนวคิดองค์กรแห่งการเรียนรู้ 2) การบริหารทรัพยากรบุคคลของวิทยาลัยพยาบาลที่ส่งเสริมวินัยการเรียนรู้ของอาจารย์พยาบาล 3) คุณลักษณะอาจารย์พยาบาลตามแนวคิดองค์กรแห่งการเรียนรู้และ 4) แนวทางการพัฒนาคุณลักษณะอาจารย์พยาบาลเพื่อมุ่งสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 448 คน เป็นผู้บริหาร 84 คน อาจารย์พยาบาลใช้การสุ่มอย่างง่าย 364 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามระดับความคิดเห็น 3 ส่วน จำนวน 62 ข้อที่มีค่าความเชื่อมั่นแต่ละส่วน 0.78, 0.87 และ 0.91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและของสเปียร์แมนการวิเคราะห์องค์ประกอบ วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ การวิเคราะห์เส้นทาง และการวิเคราะห์สภาวะ ตรวจสอบแนวทางการพัฒนาทางการพัฒนาคุณลักษณะอาจารย์พยาบาลเพื่อมุ่งสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ของวิทยาลัยพยาบาล โดยผู้เชี่ยวชาญ 9 ท่าน

ผลการวิจัย พบว่าปัจจัยลักษณะบุคคลมีอิทธิพลต่อการพัฒนาอาจารย์พยาบาลมากที่สุด ($\bar{X}=4.44$) การบริหารทรัพยากรบุคคลด้านการให้รางวัลและผลตอบแทนการเรียนรู้ และด้านการกำกับติดตามการปฏิบัติงานส่งเสริมวินัยการเรียนรู้มากที่สุด ($\bar{X}=3.90$) อาจารย์พยาบาลมีคุณลักษณะของวินัยแบบแผนความคิดมากที่สุด ($\bar{X}=4.20$) ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้ง 3 และตัวแปรย่อยทั้งหมดมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.01$ และพบว่ามี 6 ตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของการพัฒนาคุณลักษณะอาจารย์พยาบาลเพื่อมุ่งสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ได้ร้อยละ 57.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.01$ คือ 1) ลักษณะบุคคลที่ควรมุ่งเน้นการสร้างวินัยความรอบรู้ 2) การมีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาเอก 3) การมีตำแหน่งบริหารจะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ 4) ลักษณะผู้บริหารระดับต่างๆของวิทยาลัย 5) การสร้างระบบบุคลากรสัมพันธ์เพื่อสร้างความรู้สึกยึดมั่นผูกพันความร่วมมืออย่างแน่นแฟ้นของอาจารย์พยาบาลและ 6) ลักษณะองค์กรที่มีโครงสร้าง บรรยากาศวัฒนธรรมและยุทธศาสตร์การบริหารที่เอื้อต่อการส่งเสริมการเรียนรู้

แนวทางการพัฒนาคุณลักษณะอาจารย์พยาบาลเพื่อมุ่งสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ควรประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละวิทยาลัยพยาบาลโดยใช้การเรียนรู้เป็นยุทธศาสตร์หลักบูรณาการกับการปฏิบัติพันธกิจ เน้นการพัฒนาศักยภาพอาจารย์พยาบาลด้านวินัยความรอบรู้ (Personal Mastery) และมีนโยบายสนับสนุนให้พัฒนาวิทยาลัยพยาบาลเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

คำสำคัญ : องค์กรแห่งการเรียนรู้, การบริหารทรัพยากรบุคคล, คุณลักษณะอาจารย์พยาบาล

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์



The Development of Nurse Instructors' Characteristics to Achieve Learning Organization in the Colleges of Nursing, Praboromarajchanok Institute.

*Duangkamon Norkaeo**

Abstract

The objectives of this descriptive research were to study: 1) the factors related to the development of nurse instructors' characteristics based on Learning Organization (LO), 2) Human Resource Management of the Colleges of Nursing that supports nurse instructors' characteristics for LO, 3) Nurse instructors' characteristics based on LO, and 4) the development guideline of nurse instructors' characteristics to achieve LO in the Colleges of Nursing, Praboromarajchanok Institute (PIHWD). There were 448 samples including 84 purposively selected nurse's executives and 364 simple randomly selected nurses from 29 Colleges of Nursing under the PIHWD. The research instruments consisted of 3 parts with 62 items. The reliability was tested using Cronbach's alpha, yielding values of 0.78, 0.87 and 0.91, respectively. The statistics used in analyzing the data were frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson correlation coefficient, Spearman Rank correlation, Factor analysis, multiple regression analysis, Path analysis and content analysis. The development guideline of nurse instructor's characteristic to achieve learning organization was validated by 9 experts.

The results showed that personal factors related to the development of nurse instructors' was at a high level ($\bar{X}=4.44$). Human Resource Management revealed that reward and monitoring were at the high level ($\bar{X}=3.90$). Nurse instructors' mental models was also at a high level ($\bar{X}=4.20$). The relationship between 3 variables and sub variables were significantly positively correlated ($p<0.01$). There were 6 variables that predicted nurse instructors' characteristics to achieve LO at 57.5 percent ($p<0.01$) including 1) Personal mastery, 2) Doctoral degree level of education, 3) executive position, 4) leadership of organization, 5) Human Resource System that enhances unity, commitment, and bonding, and 6) organizational structure, culture, atmosphere, and strategic management that support learning organization. The development guideline of nurse's characteristics to achieve LO should be applied appropriately to fit the different context of each college of nursing. Each of the colleges of nursing should integrate strategic plan that emphasize the development of personal mastery of the nurse instructors and encourage the college of nursing to be Learning Organization.

Keywords : Learning Organization, Human Resource Management, Nurse Instructors' Characteristics

* Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong



ความเป็นมาและความสำคัญ

สภาวะการแข่งขันในศตวรรษที่ 21 สร้างความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคมโลกส่งผลให้ทุกองค์กรต้องปรับตัวให้หยุดและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง¹ ความสามารถในการเรียนรู้และผสมผสานการเรียนรู้ของบุคลากรในองค์กรเป็นปัจจัยสำคัญของการเติบโตและการก้าวต่อไปอย่างมั่นคงขององค์กร² องค์กรต้องทบทวนเรื่องปรับตัวและปรับยุทธศาสตร์การบริหารทรัพยากรบุคคลที่เน้นการสร้างศักยภาพด้านทุนมนุษย์ (Human capital)³ ปรับปรุงการปฏิบัติงานในทุกระดับด้วยถือว่าคนเป็นหัวใจและกลไกสำคัญของกระบวนการพัฒนา⁴ การพัฒนาสถาบันการศึกษาสู่ความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization) เป็นการพัฒนาที่เน้นการสร้างสินทรัพย์ทางปัญญา การสร้างอัจฉริยภาพให้เกิดแก่บุคลากรทุกคนในองค์กร องค์กรที่สามารถพัฒนาบุคลากรได้อย่างถูกต้องเหมาะสมรวดเร็วย่อมได้เปรียบ มีความพร้อมในการใช้ความรู้ความสามารถที่แท้จริงของบุคลากรทุกระดับในองค์กร⁵ ความสำเร็จของการประยุกต์ใช้รูปแบบองค์กรแห่งการเรียนรู้ของ Senge⁶ ที่ชัดเจนช่วยสร้างความเปลี่ยนแปลงในการจัดการศึกษาของสถาบันการศึกษา และการพัฒนาความเป็นวิชาชีพของอาจารย์⁷

หัวใจการสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้อยู่ที่ การเสริมสร้างวินัยการเรียนรู้ 5 ประการ (The Five Disciplines) ให้เกิดผลอย่างจริงจังในรูปของการนำสู่การปฏิบัติของบุคคล กลุ่มคนและองค์กรอย่างต่อเนื่อง วินัยการเรียนรู้ 5 ประการ ได้แก่วินัยความรอบรู้ (Personal Mastery) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลฝึกฝนตนเองให้เรียนรู้ตลอดเวลา ปรับมุมมองขยายขีดความสามารถเพื่อสร้างสรรค์ผลงานที่ต้องการอย่างต่อเนื่อง วินัยแบบแผนความคิด (Mental Models) เป็นกรอบความคิดการมองโลกตามความเป็นจริงอย่างสมเหตุสมผล มีความเข้าใจเรื่องของตนเองและองค์กรที่เอื้อต่อการสะท้อนภาพอย่างชัดเจนเพื่อการตัดสินใจอย่างถูกต้อง วินัยการคิดเชิงระบบ (Systems Thinking) เป็นกระบวนการ

ค้นหาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์โดยบูรณาการองค์ความรู้ต่างๆจนเข้าใจลึกซึ้งเกิดกรอบความคิดใหม่ที่ปรับเปลี่ยนการมองอย่างแยกส่วนมาเป็นการมองแบบองค์รวม เปลี่ยนการตั้งรับเป็นการสร้างสรรค์อนาคต วินัยการเรียนรู้เป็นทีม (Team Learning) เป็นการเรียนรู้วิธีปฏิบัติงาน การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อพัฒนาความสามารถร่วมกันของกลุ่ม และวินัยวิสัยทัศน์ร่วม (Shared Vision) เป็นการสร้างทัศนคติความร่วมมือน้อย่างมั่นคงของทุกคนให้เป็นพลังขับเคลื่อนทุกภารกิจขององค์กรมุ่งสู่เป้าหมายเดียวกัน องค์กรที่สามารถผสมผสานวินัยการเรียนรู้ทั้ง 5 เข้าด้วยกันเป็นอย่างดีจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มีคุณอย่างยิ่งทั้งความก้าวหน้าในสิ่งที่ทำอยู่และการเปลี่ยนแปลงในจิตใจ⁸ การเสริมสร้างวินัยการเรียนรู้ 5 ประการเพื่อให้เกิดองค์กรแห่งการเรียนรู้ การบริหารทรัพยากรบุคคลในองค์กรจึงนับว่ามีความสำคัญ

การบริหารทรัพยากรบุคคล (Human Resource Management) ในยุคใหม่เน้นการบริหารแบบแนวราบลดขั้นตอนการตัดสินใจดำเนินการ สร้างวิสัยทัศน์ร่วมของบุคลากรและองค์กร สร้างความร่วมมือและการตัดสินใจร่วมระหว่างหน่วยงาน สร้างระบบเทคโนโลยีเพื่อการเรียนรู้⁹ การบริหารทรัพยากรบุคคลในองค์กรแห่งการเรียนรู้ต้องปรับรูปแบบใหม่ที่จะช่วยให้องค์กรเปลี่ยนผ่านจากแนวคิดดั้งเดิมสู่แนวคิดใหม่ การกำหนดกลยุทธ์เพื่อให้บุคลากรสร้างวินัยการเรียนรู้ตามแนวคิดขององค์กรแห่งการเรียนรู้ได้ ประกอบด้วย การสรรหาคัดเลือกบุคลากรที่รักการแสวงหาความรู้ต้องการขยายขีดความสามารถของตนเองมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องที่สนับสนุนวินัยความรอบรู้ การให้รางวัลและผลตอบแทนการเรียนรู้เพื่อสร้างขวัญกำลังใจ ความรู้สึกมั่นคง ความคิดบวกและเต็มใจทำงานที่ทำทนายอย่างสร้างสรรค์สนับสนุนวินัยแบบแผนความคิด การกำกับติดตามการปฏิบัติงานที่ผู้นิเทศงานและผู้รับการนิเทศมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสพการณ์ ประเด็นที่จำเป็นต้องปรับปรุงซึ่งเป็นลักษณะการเรียนรู้อย่างไม่เป็นทางการในการ



สนับสนุนวินัยการคิดเชิงระบบ การฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรด้วยวิธีต่างๆที่ช่วยขยายโลกทัศน์ของบุคลากรต่อการปฏิบัติงานและการปฏิบัติตนในสังคมส่วนรวมอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะกระบวนการเรียนรู้ผ่านชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice) ที่กลุ่มบุคลากรมีการพูดคุยปรึกษาหารือสร้างสรรค์นวัตกรรมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอสนับสนุนวินัยการเรียนรู้เป็นทีม การสร้างระบบบุคลากรสัมพันธ์เพื่อสร้างความร่วมมือร่วมใจความรู้สึกร่วมกันผูกพันอย่างแน่นแฟ้นของบุคลากรที่สนับสนุนวินัยวิสัยทัศน์ร่วม⁹

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีการระบุปัจจัยลักษณะบุคคลที่มีพฤติกรรมทุ่มเททำงานเพื่อองค์กร มีการรับรู้เข้าใจการนำแนวคิดขององค์กรแห่งการเรียนรู้ประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน¹⁰ ปัจจัยลักษณะงานที่ทำทลายความคิดสร้างสรรค์ การให้อิสระและการสื่อสารเพื่อการแก้ปัญหาอย่างจริงจัง การตั้งเป้าหมายและประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการปฏิบัติงาน¹¹ ปัจจัยลักษณะองค์กรที่โครงสร้างมีความยืดหยุ่นเอื้อต่อการปฏิบัติพันธกิจรองรับการเปลี่ยนแปลงได้เหมาะสม มีการสร้างวัฒนธรรมและสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการเรียนรู้¹² และปัจจัยลักษณะผู้บริหารที่มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงสนับสนุนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องให้บุคลากรยึดมั่นผูกพันกับวิสัยทัศน์การเป็นองค์กรแห่งเรียนรู้¹³

วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขเป็นสถาบันอุดมศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ที่มีพันธกิจเช่นเดียวกับสถาบันอุดมศึกษาอื่น¹⁴ จำเป็น ต้องปรับรูปแบบการบริหารจัดการเพื่อสนองตอบนโยบายขยายการศึกษาสู่ปวงชนภายใต้ทรัพยากรจำกัด การกำกับดูแลให้สถาบันได้คุณภาพมาตรฐานสร้างความเป็นเลิศทางวิชาการและมีเสถียรภาพในการดำเนินงาน¹⁵

การพัฒนาคุณลักษณะอาจารย์พยาบาล เพื่อมุ่งสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้มีความสำคัญ ทั้งนี้องค์กรที่ใช้การเรียนรู้เป็นยุทธศาสตร์บูรณาการกับการปฏิบัติงาน เพิ่มพูนความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่องด้วยกระบวนการเรียนรู้ตลอดชีวิต สร้างความร่วมมือร่วมใจและเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม ส่งเสริมการสื่อสารสองทางเพื่อสร้างความรู้สึกยึดมั่นผูกพันการพึ่งพากันระหว่างบุคคล องค์กรและชุมชน อาจารย์พยาบาลที่ได้รับการเอาใจใส่ขยายขีดความสามารถให้มีสมรรถนะระดับสูงเกินกว่าที่องค์กรคาดหวังส่งผลให้องค์กรสามารถอยู่รอดและได้เปรียบในเชิงแข่งขันของยุคสมัยแห่งการเปลี่ยนแปลงได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

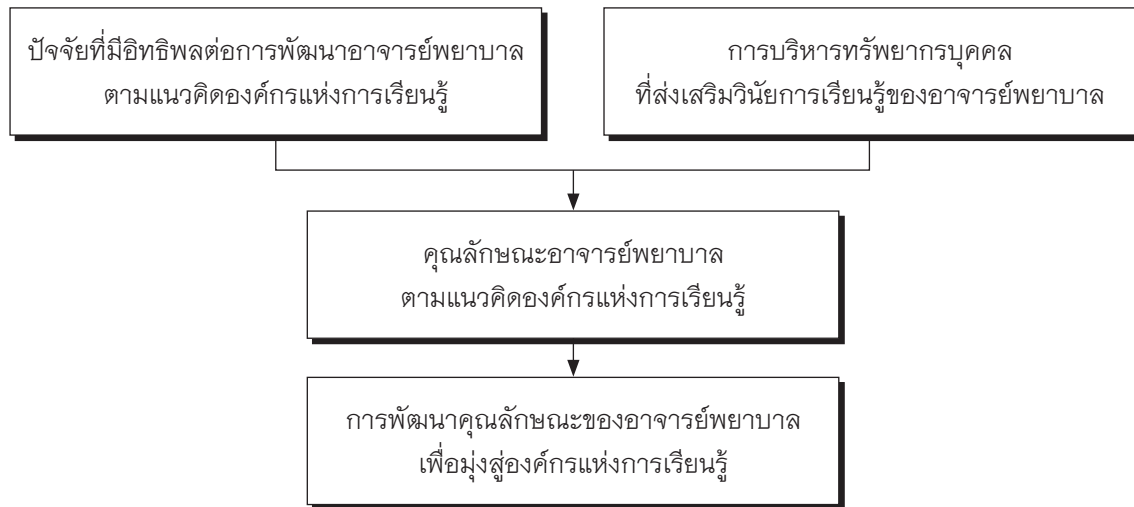
1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาอาจารย์พยาบาลตามแนวคิดขององค์กรแห่งการเรียนรู้ของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก
2. เพื่อศึกษาการบริหารทรัพยากรบุคคลของวิทยาลัยพยาบาลที่ส่งเสริมวินัยการเรียนรู้ของอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก
3. เพื่อศึกษาคุณลักษณะอาจารย์พยาบาลตามแนวคิดขององค์กรแห่งการเรียนรู้ของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก
4. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณลักษณะอาจารย์พยาบาลเพื่อมุ่งสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

ขอบเขตการวิจัย

เป็นการศึกษาคุณลักษณะอาจารย์พยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขทั้ง 29 แห่ง ระยะเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ.2556



กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีขั้นตอนวิจัยดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ของวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกด้านข้อมูลทั่วไป ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาอาจารย์พยาบาล การบริหารทรัพยากรบุคคล ของวิทยาลัยพยาบาล และคุณลักษณะอาจารย์พยาบาลตามแนวคิดองค์กรแห่งการเรียนรู้

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณลักษณะอาจารย์พยาบาลเพื่อมุ่งสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคืออาจารย์พยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกจำนวน 1,686 คน¹⁶ กลุ่มตัวอย่างผู้บริหารคือผู้อำนวยการและรองผู้อำนวยการวิทยาลัยละ 3 คน รวม 87 คน กลุ่มตัวอย่างอาจารย์พยาบาลกำหนดขนาดจากตาราง Krejcie & Morgan¹⁷ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้ 310 คนใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) วิทยาลัยละ 13 คน แบบสอบถามได้คืนร้อยละ 96.5 จำแนกเป็นผู้บริหาร 84 คน

อาจารย์พยาบาล 364 คน รวม 448 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามระดับความคิดเห็นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ด้วยค่าดัชนี IOC¹⁸ จากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ทุกข้อคำถามมีค่า IOC ระหว่าง 0.6 - 1.00 ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดทุกข้อ¹⁹ ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นในแต่ละส่วน .78, .87 และ.91 ตามลำดับ แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ วุฒิการศึกษา ตำแหน่งปัจจุบัน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และประสบการณ์การสอน

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาอาจารย์พยาบาลตามแนวคิดองค์กรแห่งการเรียนรู้ เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วยลักษณะบุคคล ลักษณะงาน ลักษณะองค์กร และลักษณะผู้บริหาร

ส่วนที่ 3 การบริหารทรัพยากรบุคคลของ



วิทยาลัยพยาบาลที่ส่งเสริมวินัยการเรียนรู้ของอาจารย์พยาบาล เป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ 23 ข้อ ประกอบด้วย การสรรหาและการคัดเลือกอาจารย์ที่สนับสนุนวินัยความรู้ การให้รางวัลและผลตอบแทนการเรียนรู้ที่สนับสนุนวินัยแบบแผนความคิด การกำกับติดตามการปฏิบัติงานที่สนับสนุนวินัยการคิดเชิงระบบ การฝึกอบรมพัฒนาอาจารย์ที่สนับสนุนวินัยการเรียนรู้เป็นทีม และการสร้างระบบบุคลากรสัมพันธ์ที่สนับสนุนวินัยวิสัยทัศน์ร่วม

ส่วนที่ 4 คุณลักษณะอาจารย์พยาบาลตามแนวคิดองค์กรแห่งการเรียนรู้ เป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ 24 ข้อ ประกอบด้วย วินัยความรู้ วินัยแบบแผนความคิด วินัยการคิดเชิงระบบ วินัยการเรียนรู้เป็นทีม และวินัยวิสัยทัศน์ร่วม

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตจากมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์นเสนอต่อผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก เพื่อการอนุมัติเก็บข้อมูลจากวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก จัดส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์พร้อมทั้งหนังสือเสนอต่อผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลเพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากอาจารย์พยาบาลกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งการรวบรวมส่งคืน

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน สหสัมพันธ์สเปียร์แมน สังเคราะห์แนวทางทางการพัฒนาคุณลักษณะอาจารย์พยาบาลด้วยสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ การวิเคราะห์เส้นทาง และการวิเคราะห์สภาวะ

5. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น ผู้วิจัยจัดทำคำชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบเรื่องสิทธิการเข้าร่วมวิจัยโดยความสมัครใจ ข้อมูลจัดเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 41.4 ปี กลุ่มอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 42.2 กลุ่มผู้บริหารร้อยละ 18.7 กลุ่มอาจารย์พยาบาลร้อยละ 81.3 วุฒิการศึกษา ระดับปริญญาโท ร้อยละ 68.3 ทำหน้าที่อาจารย์ผู้สอนร้อยละ 54.5 ระยะเวลาปฏิบัติงาน 16-30 ปี ร้อยละ 58.7 และประสบการณ์การสอน 16-30 ปี ร้อยละ 48.7

2. ผลการศึกษาสภาพการณ์ของวิทยาลัยพยาบาล กลุ่มตัวอย่างพบว่า

2.1 ปัจจัยที่ศึกษาทุกปัจจัยมีอิทธิพลต่อการพัฒนาอาจารย์ตามแนวคิดองค์กรแห่งการเรียนรู้ในระดับมาก ($\bar{X}=4.20$) โดยลักษณะบุคคลของอาจารย์พยาบาลมีอิทธิพลสูงสุด ($\bar{X}=4.44$) ลักษณะองค์การมีอิทธิพลน้อยที่สุด ($\bar{X}=4.06$)

2.2 การบริหารทรัพยากรบุคคลของวิทยาลัยพยาบาลส่งเสริมวินัยการเรียนรู้ในระดับมาก ($\bar{X}=3.86$) การให้รางวัลผลตอบแทนการเรียนรู้และการกำกับติดตามการปฏิบัติงานส่งเสริมวินัยการเรียนรู้ของอาจารย์มากที่สุด ($\bar{X}=3.90$) การสรรหาคัดเลือกอาจารย์พยาบาลและการสร้างระบบบุคลากรสัมพันธ์ส่งเสริมวินัยการเรียนรู้ที่น้อยที่สุด ($\bar{X}=3.79$)

2.3 อาจารย์พยาบาลมีคุณลักษณะวินัยการเรียนรู้ขององค์กรแห่งการเรียนรู้ในระดับมาก ($\bar{X}=4.07$) โดยมีวินัยแบบแผนความคิดสูงสุด ($\bar{X}=4.20$) และมีวินัยความรู้ที่น้อยที่สุด ($\bar{X}=3.96$)



ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความคิดเห็นปัจจัยที่มีอิทธิพล การบริหารทรัพยากรบุคคล คุณลักษณะอาจารย์ตามแนวคิดองค์กรแห่งการเรียนรู้ (n=448)

ตัวแปร	\bar{x}	SD.	ระดับ
1. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาอาจารย์	4.20	.45	มาก
1.1 ลักษณะบุคคล	4.44	.47	มาก
1.2 ลักษณะงาน	4.15	.52	มาก
1.3 ลักษณะองค์กร	4.06	.63	มาก
1.4 ลักษณะผู้บริหาร	4.10	.65	มาก
2. การบริหารทรัพยากรบุคคลของวิทยาลัยพยาบาล	3.86	.57	มาก
2.1 การสรรหาและคัดเลือกอาจารย์พยาบาล	3.79	.69	มาก
2.2 การให้รางวัลและผลตอบแทนการเรียนรู้	3.90	.66	มาก
2.3 การกำกับติดตามการปฏิบัติงาน	3.90	.65	มาก
2.4 การฝึกอบรมพัฒนาอาจารย์พยาบาล	3.87	.63	มาก
2.5 การสร้างระบบบุคลากรสัมพันธ์	3.79	.71	มาก
3. คุณลักษณะอาจารย์พยาบาล	4.07	.47	มาก
3.1 วินัยความรอบรู้	3.96	.54	มาก
3.2 วินัยแบบแผนความคิด	4.20	.49	มาก
3.3 วินัยการคิดเชิงระบบ	4.04	.59	มาก
3.4 วินัยการเรียนรู้เป็นทีม	4.06	.63	มาก
3.5 วินัยวิสัยทัศน์ร่วม	4.12	.55	มาก

2.4 ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาอาจารย์พยาบาล การบริหารทรัพยากรบุคคลของวิทยาลัยพยาบาลที่ส่งเสริมวินัยการเรียนรู้ของอาจารย์พยาบาล และคุณลักษณะอาจารย์

พยาบาลตามแนวคิดองค์กรแห่งการเรียนรู้ พบความสัมพันธ์ทุกคู่ตัวแปรมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาอาจารย์ การบริหารทรัพยากรบุคคลของวิทยาลัย กับคุณลักษณะอาจารย์พยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง

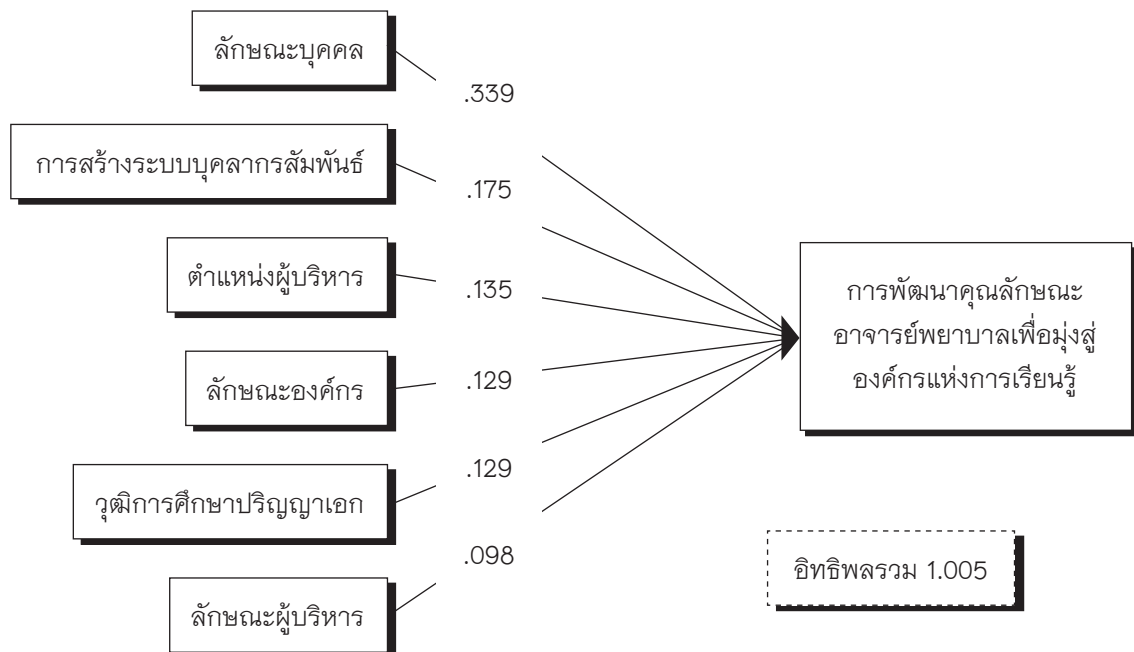
ตัวแปร	ค่าสหสัมพันธ์ (r)	p-value
1. ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับคุณลักษณะอาจารย์	.690**	.01
2. การบริหารทรัพยากรบุคคลกับคุณลักษณะอาจารย์	.560**	.01
3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการบริหารทรัพยากรบุคคล	.653**	.01



3. ผลการศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณลักษณะอาจารย์พยาบาล ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบและวิเคราะห์การถดถอยพบว่าคุณสมบัติที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ จำนวน 6 ตัวแปร สามารถอธิบายความแปรปรวนของการพัฒนาคุณลักษณะอาจารย์พยาบาลเพื่อมุ่งสู่องค์กร

แห่งการเรียนรู้ได้ร้อยละ 57.5 ได้แก่ลักษณะบุคคล มีอำนาจทำนายสูงสุด รองลงมาคือการสร้างระบบบุคลากรสัมพันธ์ ตำแหน่งผู้บริหาร วุฒิการศึกษา ระดับปริญญาเอก ลักษณะองค์กรและลักษณะผู้บริหารตามลำดับ โดยมีอิทธิพลรวม 1.005 ดังแสดงในภาพประกอบที่ 1

ภาพประกอบที่ 1 แสดงค่า Coefficients ของ 6 ตัวแปรอิสระที่อำนาจทำนายมีนัยสำคัญทางสถิติกับการพัฒนาคุณลักษณะอาจารย์พยาบาลเพื่อมุ่งสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้

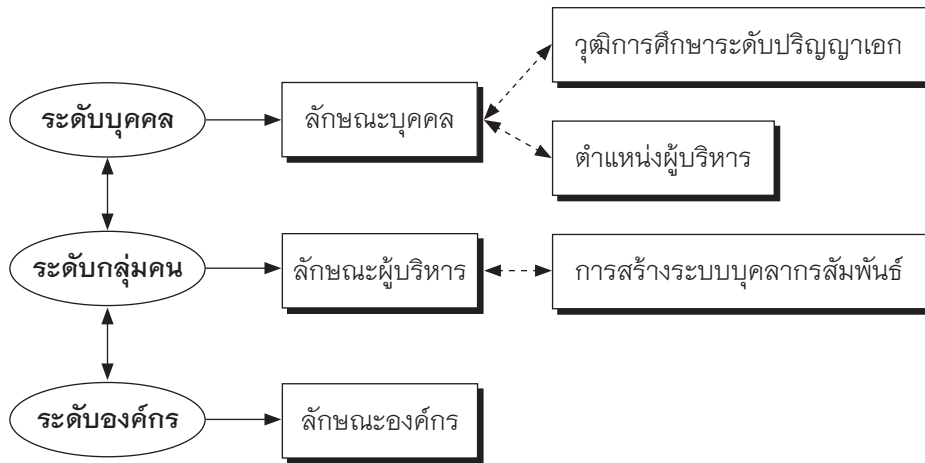


ผู้วิจัยสังเคราะห์แบบการพัฒนาคูณลักษณะอาจารย์พยาบาลเพื่อมุ่งสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ของ

วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ดังแสดงในภาพประกอบที่ 2



ภาพประกอบที่ 2 แสดงแบบการพัฒนาคุณลักษณะอาจารย์พยาบาลเพื่อมุ่งสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก



การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ปัจจัยลักษณะบุคคลของอาจารย์พยาบาล โดยเฉพาะความตั้งใจเรียนรู้สิ่งต่างๆ เพื่อประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ มีอิทธิพลต่อการพัฒนาสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้มากที่สุด ขณะที่อาจารย์พยาบาลประเมินตนเองว่ายังมีวินัยความรอบรู้ในระดับต่ำ แสดงถึงอาจารย์พยาบาลมีความตระหนักรู้และเข้าใจถึงความจำเป็นที่ต้องพัฒนาตนเองให้มีความรอบรู้ให้มากยิ่งขึ้นเพื่อส่งผลให้วิทยาลัยพยาบาลเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ อย่างจริงจัง ข้อมูลนี้สนับสนุนผลการศึกษาของ Herrera¹⁰ ที่พบว่าความตระหนักรู้นี้จะช่วยผลักดันให้บุคคลมีการเรียนรู้อย่างจริงจังและต่อเนื่องทั้งระดับบุคคลและระดับองค์กร ปัจจัยลักษณะองค์กรของวิทยาลัยพยาบาลโดยเฉพาะโครงสร้างการบริหารส่งเสริมการเรียนรู้และการประสานความร่วมมือของบุคลากรน้อยที่สุด จากการศึกษาของ Prieto¹¹ แนะนำว่าองค์กรควรเน้นการปรับโครงสร้างที่เหมาะสม สร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้และพัฒนา ระบบการสื่อสารของคนในองค์กร สร้างค่านิยมความรักสามัคคีให้เสมือนคนในครอบครัว

2. ด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลของวิทยาลัยพยาบาล พบว่าระบบการสรรหาและคัดเลือกอาจารย์พยาบาลส่งเสริมวินัยการเรียนรู้ น้อยที่สุด Mondy²⁰ ให้ความเห็นว่าองค์กรที่ประสบความสำเร็จและสังเกตเห็นความสำคัญของการบริหารทรัพยากรบุคคลจะเอาจริงเอาจังกับกระบวนการสรรหาและการคัดเลือกบุคคลอย่างมากต้องพัฒนาและปรับรูปแบบให้สอดคล้องกับสภาพการณ์และความต้องการของผู้ใช้บริการที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเพื่อให้องค์กรแข่งขันได้อย่างมีประสิทธิภาพ²¹ องค์กรแห่งการเรียนรู้จึงต้องสรรหาและบรรจุบุคคลที่รักในการแสวงหาความรู้ มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องต้องการขยายขีดความสามารถของตนเองอยู่เสมอให้เป็นบุคลากรและให้ดำรงตำแหน่งบริหารขององค์กร ส่วนบุคคลที่ไม่มีการเรียนรู้องค์กรควรใช้นโยบายส่งเสริมให้ต้องมีการเรียนรู้²² และพบว่าระบบบุคลากรสัมพันธ์ของวิทยาลัยพยาบาลส่งเสริมวินัยการเรียนรู้ของอาจารย์พยาบาลน้อยที่สุด วิทยาลัยพยาบาลควรสร้างระบบและกลไกให้เกิดการสื่อสารสองทางที่มีประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสพการณ์ ปรับแนวทางการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกัน สร้างรู้สึกยึดมั่นผูกพัน ความร่วมมือร่วมใจอย่างแน่นแฟ้นของ



บุคลากรและการมีส่วนร่วมซึ่งกันและกันเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งขององค์กรแห่งการเรียนรู้²³

3. ด้านคุณลักษณะอาจารย์พยาบาลตามแนวคิดองค์กรแห่งการเรียนรู้พบว่าอาจารย์พยาบาลมีวินัยแบบแผนความคิดสูงสุด โดยอาจารย์เห็นว่ปัญหาการปฏิบัติงานเป็นโอกาสที่ดีในการเรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเองจึงควรรับฟังความเห็นของทุกคนอย่างรอบคอบและถามข้อสงสัยเพื่อให้เข้าใจถ่องแท้ สนับสนุนการศึกษาของเขาวลี สุทธินันท์ไชย²⁴ ที่พบว่าบุคลากรที่มีรูปแบบวิธีคิดทางบวกจะเกิดพลังความคิดร่วมในทางสร้างสรรค์ พยายามมองหาโอกาสและบริหารโอกาสสร้างความเติบโตหลีกเลี่ยงจุดด้อยขององค์กรได้ และพบว่าอาจารย์พยาบาลประเมินตนเองว่ามีวินัยความรอบรู้ต่ำ โดยเฉพาะการสร้างนวัตกรรมเพื่อปรับแนวทางปฏิบัติงานให้ร่วมสมัยสอดคล้องกับนโยบายวิทยาลัย การพัฒนาทักษะทางภาษาเพื่อการค้นคว้าและการสื่อสาร จะเห็นว่าความเชื่อมั่นตนเองของอาจารย์พยาบาลเป็นสิ่งสำคัญในการปรับปรุงการปฏิบัติงานให้ดีขึ้นซึ่งบุคคลที่มีวินัยความรอบรู้สูงมักจะมีการปฏิบัติงานที่ดีกว่าประสบความสำเร็จมากกว่า องค์กรควรมีนโยบายสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรอย่างจริงจัง เพราะยิ่งองค์กรให้ความสำคัญมากก็ยิ่งส่งผลดีต่อวินัยความรอบรู้²⁵

4. แนวทางการพัฒนาคุณลักษณะอาจารย์พยาบาล ผลการวิจัยพบว่ามี 6 ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณลักษณะอาจารย์พยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาคความหมายขององค์กรแห่งการเรียนรู้ที่จัดระดับการเรียนรู้ได้เป็น 3 ระดับ คือ ระดับบุคคล ได้แก่ ลักษณะบุคคล วุฒิการศึกษาระดับปริญญาเอก และการมีความรับผิดชอบในตำแหน่งบริหาร ระดับกลุ่มคน ได้แก่ ลักษณะผู้บริหารขององค์กรและการสร้างระบบบุคลากรสัมพันธ์ ระดับองค์กร ได้แก่ ลักษณะองค์กร⁶

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การประยุกต์ใช้ในระดับบุคคล อาจารย์พยาบาลต้องพัฒนาตนเองให้มีศักยภาพของการแสวงหาความรู้ การคิดวิเคราะห์ คิดเชิงระบบในการบริหารจัดการ การสื่อสาร ความเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง สร้างเครือข่ายการเรียนรู้ ปรับตัวต่อบริบทที่เปลี่ยนแปลงได้รวดเร็ว พัฒนาให้มีวุฒิการศึกษาศึกษาปริญญาเอกและเสริมสร้างการเรียนรู้จากความรับผิดชอบงานบริหารในทุกลักษณะของวิทยาลัยพยาบาล

ระดับกลุ่มคน สร้างระบบบุคลากรสัมพันธ์ที่ส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วม ความเข้าใจ ความยึดมั่นผูกพัน ความรู้สึกมั่นคงผ่านกิจกรรมกลุ่ม การเสวนา (Dialogue) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนลักษณะผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลที่มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational Leadership) และมีนโยบายสนับสนุนให้พัฒนาวิทยาลัยพยาบาลเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

ระดับองค์กร ด้วยการพิจารณาปรับโครงสร้างการบริหารแบบแนวราบ ลดขั้นตอนให้เกิดความคล่องตัว บูรณาการทุกพันธกิจ กำหนดยุทธศาสตร์การบริหารวิทยาลัยพยาบาลให้พัฒนาเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ สร้างค่านิยม บรรยาการศ วัฒนธรรมระบบและกลไกขับเคลื่อนการเรียนรู้ พัฒนาระบบเทคโนโลยีสนับสนุนการเรียนรู้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การนำแบบพัฒนาคุณลักษณะอาจารย์พยาบาลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้กับวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกเพื่อศึกษาประสิทธิผลในบริบทที่แท้จริง

2. การวิจัยและพัฒนาารูปแบบการพัฒนาอาจารย์พยาบาลให้สอดคล้องกับบริบทของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

3. ศึกษาการพัฒนาคุณลักษณะบุคลากรสายสนับสนุน และคุณลักษณะนักศึกษาพยาบาลเพื่อมุ่งสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก



เอกสารอ้างอิง

1. Osman-Gani AM, Jacobs RL. Technological change and human resource development practices in Asia: A study of Singapore-based companies. *International Journal of Training and Development* 2005; 9(4): 271-80.
2. Rowden, R.W. *Workplace learning: principles and practice*. Malabar, FL: Krieger Publishing Company; 2007.
3. Swanson RA. Human Resource Deployment and its underlying theory. *Human Resource Deployment International* 2001; 4(3): 299-312.
4. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. การพัฒนาองค์กรและบุคลากร แนวคิดใหม่ในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล. กรุงเทพมหานคร: 21 เซ็นจูรี; 2547.
5. สามารถ ศรีวิริยาภรณ์. สหกรณ์องค์กรแห่งการเรียนรู้. 2548. เข้าถึงเมื่อ 23 กรกฎาคม 2549 เข้าถึงได้จาก <http://webhost.cpd.go.th>.
6. Senge PM. *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization*. 2nd ed. Random House: London; 2006.
7. Reynolds T, Murrill LD, Whitt GL. Learning from organizations: Mobilizing and sustaining teacher change. *The Education Forum* 2006; 70: 123-33.
8. Sphr RW. *Human Resource Management*. New Jersey: Prentice Hall, Inc; 1999.
9. Wang PU. Human Resource Management Plays a New Role in Learning Organizations. *The Journal of Human Resource and Adult Learning* 2006; November: 52-6.
10. Herrera DA. A Validation of the Learning Organization as a Driver of Performance Improvemen [dissertation]. Capella University; 2007. .
11. Prieto L. Some Necessary Conditions and Constraints for Successful Learning Organization. *Competitive Forum* 2009; 7(2): 513-20.
12. Rijal S. Leadership Style and Organization Culture in Learning Organization: a Comparative Study. *International Journal of Management & International System* 2010; 14(5): 199-227.
13. Marsick VJ, Watkins KE. Demonstrating the Value of an organization's learning Culture: the dimensions of the learning organization questionnaire. *Advances in Developing Human Resources* 2003; 5(2): 132-51.
14. สถาบันพระบรมราชชนก. คู่มือการประกันคุณภาพภายใน วิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. ฉบับปรับปรุง พฤษภาคม 2555.
15. พิชญานา ยืนยาว. รูปแบบการบริหารทรัพยากรบุคคลในสถาบันอุดมศึกษา. [วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีนิพนธ์] กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2552.
16. ดร.ณิ รุจกรกานต์ และคณะ. ข้อเสนอร่างนโยบายการจัดการศึกษาพยาบาล: การพัฒนาข้อเสนอกรอบนโยบายการผลิตและพัฒนาคุณภาพพยาบาลด้านการเสริมสร้างสุขภาพในหลักสูตรสาขาพยาบาลศาสตร์เพื่อสุขภาพสังคม. เอกสารประกอบการประชุม สนับสนุนโดยแผนงานพัฒนาเครือข่ายพยาบาลศาสตร์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพระยะที่ 2 (พย.สสส.) วันที่ 31 มีนาคม 2555, โรงแรม ทีเค พาเลส กรุงเทพมหานคร; 2555.
17. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: สุริยสาส์น; 2545.
18. สมณี กัททิยธนี. การวัดผลการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กอฬินธุ์: ประสานการพิมพ์; 2548.
19. จักรกฤษณ์ สำราญใจ. IOC = ความตรง ? .วารสารหลักสูตรและการเรียนการสอน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2553; 4(1-2): 1-13.
20. Mondy RW, Noe RM, Premeaux SR. *Human Resource Management: What do mentors find*



- difficult? *Journal of Clinical Nursing* 2002; 7(12): 1627–34.
21. ศุภชัย ยาวะประภาษ. การบริหารงานบุคคลภาครัฐไทย: กระแสใหม่และสิ่งท้าทาย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทจุดทอง จำกัด; 2548.
 22. Marquardt MJ. Building the Learning Organization: Achieving Strategic Advantage through Commitment to Learning. 3rd ed. Boulder, Co, USA: Nicholas Bready Publishing; 2011.
 23. Saxena K, Tiwari P. A Study of HRM Practices in Selected IT Companies of India. *AIMS Journal of Management* 2009; 1(3): 29–44.
 24. เซาวลี สุทธินันท์ไชย. การใช้การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรของโรงเรียนอนุบาลร่มเย็นที่มุ่งสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต] มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
 25. Pare G, Tremblay M. The Influence of high-involvement human resource practice, procedural justice, organizational commitment, and citizenship behaviors in information technology professionals' turnover intentions. *Group & Organization Management* 2007; 32(2): 326–57.



การได้รับวัคซีน ความรู้และความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อ ไวรัสตับอักเสบบีของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท

สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์* อังศรีสา พิณีจันทร***
เมียว เนียน อ่อง** พิมใจ ทวีพัทธ์*** ชมพู่ หลั่งนาค***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) การได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและ 2) ความรู้และความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท ปีการศึกษา 2555 จำนวน 331 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบทดสอบความรู้และความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้อง (IOC) มีค่าเท่ากับ 0.9 ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี จำนวน 30 คน โดยใช้สูตร KR-20 มีค่าเท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. นักศึกษาร้อยละ 66.5 ไม่แน่ใจว่าตนเองได้รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 53.2 ได้รับวัคซีนในช่วงปี พ.ศ. 2532-2534 และร้อยละ 76.7 ไม่แน่ใจว่าได้รับวัคซีนเพื่อกระตุ้นให้เกิดภูมิคุ้มกันแบบถาวร ทั้งนี้ นักศึกษาร้อยละ 96.4 ไม่สามารถระบุปีที่ได้รับวัคซีนเพื่อกระตุ้นให้เกิดภูมิคุ้มกันแบบถาวรได้ มีนักศึกษาถึงร้อยละ 76.1 ต้องการได้รับวัคซีน และร้อยละ 75.8 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 68.1 ได้จากการเรียนในวิทยาลัย และร้อยละ 95.8 ไม่มีสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

2. ความรู้และความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีของนักศึกษา พบว่าภาพรวม นักศึกษาร้อยละ 73.7 ผ่านการทดสอบความรู้และความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โดย นักศึกษาชั้นปีที่ 4 ผ่านการทดสอบร้อยละ 98.6 และในภาพรวมนักศึกษาร้อยละ 77.1 มีความรู้และความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอยู่ในระดับพอใช้ ยกเว้นนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 82.9 อยู่ในระดับดี เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า นักศึกษาร้อยละ 95.8 มีความรู้และความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในด้านการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีคือรีบล้างมือหรือผิวหนังบริเวณที่สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยทันที รองลงมา ร้อยละ 94.6 คือโรคไวรัสตับอักเสบบีมีวัคซีนสำหรับป้องกันการติดเชื้อ

คำสำคัญ : การได้รับวัคซีน ความรู้และความตระหนักในการป้องกัน ไวรัสตับอักเสบบี นักศึกษาพยาบาล

* ผู้อำนวยการ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

** อาจารย์, คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยจุกุเทนโต ประเทศญี่ปุ่น

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท



Vaccination, Knowledge and Awareness to Prevent Hepatitis B Infection among Nursing Students of Boromarajonani College of Nursing, Chainat

*Suphaphon Udomluck**; *Angrisa Pinitchan****; *Myo Nein Aung***;

*Pimjai Thaveepuk****; *Chumpoo Langlak****

Abstract

The objectives of this descriptive research were to study Hepatitis B vaccination of nursing students, and to assess hepatitis B knowledge and awareness of nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Chainat (BCN Chainat). The sample consisted of 331 nursing students from 1st–4th year of BCN Chainat in the academic year 2555 B.E. Hepatitis B knowledge and awareness assessment scale was developed and tested for content validity by three experts. The validation reported an IOC of 0.9. Reliability of the scale was done with nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Saraburi by using KR–20 that was 0.8. Descriptive analysis was applied to summarize frequency, percentage, mean and standard deviation.

Results

1. The majority of nursing students, 66.5% were not sure whether they received the hepatitis B vaccine. About half, or 53.2%, mentioned that they had been vaccinated during 2532–2534 B.E. Moreover, 76.7% of them were not sure whether they received a booster dose of the hepatitis vaccine, 96.4% had no recollection of the booster year. In fact, 76.1% of the sample required vaccination; whereas 75.8% gained knowledge and awareness of hepatitis B infection and 68.1% from the college. The majority of student nurses 95.8% did not have a family history of hepatitis B.

2. Knowledge and awareness of hepatitis B infection of BCN Chainat's student nurses found that 73.7% of them passed the test. 98.6% of the fourth year nursing students passed the test. Overall, the nursing students (77.1%) were rated at a fair level of hepatitis B knowledge and practice, except the 4th year students (82.9%) were at a good level. The majority of nursing students, 95.8% and 94.6%, had knowledge and awareness to prevent hepatitis B virus by washing hands or skin after contacting patients' blood or secretion and knowledge on hepatitis B vaccination, respectively.

Keywords : Vaccination; knowledge and awareness; prevention; hepatitis B; student nurses

* Director, Boromarajonani College of Nursing, Payao

** Department of Public Health, Jutendo University Graduate School of Medicine, Tokyo, Japan

*** Senior Professional Registered Nurse, Boromarajonani College of Nursing Chainat



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B Virus: HBV) เป็นโรคตับอักเสบบีชนิดหนึ่งที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย ปัจจุบันมีจำนวนประชากรที่ติดเชื้อเรื้อรังร้อยละ 6-10 ของจำนวนประชากรทั้งหมดประมาณมากกว่า 3 ล้านคน ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงพยายามแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยกำหนดให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีเข้าอยู่ในวัคซีนป้องกันโรคแห่งชาติดังกล่าว เพื่อให้มีการฉีดวัคซีนให้กับผู้ที่ไม่ได้มีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบีทั้งในผู้ใหญ่และเด็กทุกคนเพื่อตัดวงจรของการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูกและจากคนหนึ่งสู่อีกคนหนึ่งให้ได้มากที่สุด¹

ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี อาจไม่แสดงอาการใดๆ บางคนจะยังไม่เคยทราบมาก่อนว่าตัวเองเป็นโรคนีจนกระทั่งไปตรวจเลือดหรือบริจาคโลหิตแล้วจึงทราบว่าตนเป็นโรค ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีส่วนใหญ่จะหายสนิทแต่ผู้ป่วยร้อยละ 10-20 ที่มีเชื้อไวรัสในเลือดและตับต่อไปอีกเป็นปีๆ หรือตลอดชีวิต โดยไม่แสดงอาการ คนกลุ่มนี้จะเป็นพาหะของเชื้อสามารถแพร่กระจายเชื้อไปสู่คนอื่นได้ มีการประมาณว่าประชากรร้อยละ 10 ของประเทศเป็นพาหะของโรค นอกจากนี้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ไวรัสตับอักเสบบีอยู่ในร่างกายเป็นเวลานานๆมีอาการเรื้อรังมีผลตามมาคือ ตับแข็ง บางรายอาจกลายเป็นมะเร็งตับได้ การรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีจำเป็นต้องได้รับยาต้านไวรัสหลายตัวรวมกันและต้องรับประทานยาเป็นเวลานานหลายเดือนจนถึงหลายปี ดังนั้นจึงนับว่าเป็นปัญหาเร่งด่วนที่จะต้องหาวิธีควบคุมและการป้องกันที่เหมาะสม² ปัจจุบันไวรัสตับอักเสบบีสามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน

บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลซึ่งต้องสัมผัสกับสิ่งคัดหลั่งจากร่างกายของผู้ป่วยที่ติดเชื้อ เช่น พยาบาล แพทย์ ทันตแพทย์ เทคนิคการแพทย์ และนักศึกษาพยาบาลมีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี³ และอาจเป็นพาหะหรือผู้แพร่เชื้อให้แก่ผู้ป่วยได้จึงควรได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและยึดหลักปฏิบัติตาม

มาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อ (Standard precaution) อย่างเคร่งครัด อย่างไรก็ตามความชุกในกลุ่มบุคลากรสุขภาพที่มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้ออย่างสูงกว่าคนทั่วไปจึงมีการพิจารณาสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มบุคลากรสุขภาพให้ได้รับวัคซีนอย่างครอบคลุมทุกสถานบริการ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท มีหน้าที่ในการผลิตบัณฑิตพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของระบบสุขภาพ โดยจัดการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตประกอบด้วย การจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในสถานการณ์จริงและในสถานบริการสุขภาพทุกระดับตลอดจนในชุมชนภายใต้การสอนและแนะนำจากอาจารย์และอาจารย์พี่เลี้ยงในสถานบริการ นักศึกษาพยาบาลจึงมีความเสี่ยงสูงในการสัมผัสเชื้อที่สามารถติดต่อได้โดยเฉพาะเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เนื่องจากมีความรู้และประสบการณ์ในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อน้อย นอกจากนี้แผนการให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีของประเทศไทย เริ่มใช้ในปี พ.ศ. 2535 จากข้อมูลนักศึกษาของงานทะเบียนและวัดผลการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท ในปีการศึกษา 2555 มีนักศึกษาที่เกิดก่อน พ.ศ. 2535 จำนวน 124 คน จากทั้งหมด 331 คน คิดเป็นร้อยละ 37.46 ซึ่งไม่อยู่ในกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับวัคซีน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องทราบว่านักศึกษามีภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และมีความรู้และความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนให้ภูมิคุ้มกันและให้ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีแก่นักศึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติในคลินิก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท
2. เพื่อศึกษาความรู้และความตระหนักใน



การป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีของ
นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นนักศึกษา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท ปีการศึกษา
2555 ชั้นปีที่ 1-4 ที่เข้าร่วมการศึกษาด้วยความ
สมัครใจ จำนวน 331 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
เป็นแบบทดสอบเรื่องความรู้และความตระหนัก
ในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีของ
นักศึกษา มีลักษณะเป็นแบบถูกผิดจำนวน 35 ข้อ
ตอบถูกได้ 1 คะแนนและตอบผิดได้ 0 คะแนน โดย
นักศึกษาต้องมีคะแนนทดสอบผ่านเกณฑ์การให้
คะแนนร้อยละ 70 ของคะแนนเต็มขึ้นไป การแปล
ผลคะแนนโดยรวมและแบ่งระดับคะแนนรวมออก
เป็น 4 ระดับโดยใช้สูตรภาคชั้น⁴ คะแนนรวมทั้ง
ฉบับเท่ากับ 35 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100 คะแนน
ร้อยละ 90-100 อยู่ในระดับดีมาก คะแนนร้อยละ
80-89 อยู่ในระดับดี คะแนนร้อยละ 70-79 อยู่ใน
ระดับพอใช้ และคะแนนร้อยละ 0-69 ไม่ผ่านเกณฑ์
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำ
แบบทดสอบตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดย
ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้อง
(IOC) เท่ากับ 0.9 หาความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ
กับนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี
จำนวน 30 คน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่ม
ตัวอย่าง คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Kuder-
Richardson 20 (KR- 20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ
0.8

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำ
โครงการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท
หลังได้รับการรับรองแล้วผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์
กลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยประกาศรับสมัครนักศึกษา
เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ การแนะนำตัว
ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย หลักเกณฑ์การ
คัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล
ระยะเวลาของการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับ สิทธิของ

กลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วม
วิจัย โดยไม่มีผลต่อการศึกษาทั้งภาคทฤษฎีและ
ภาคปฏิบัติแต่อย่างใด กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุด
การเข้าร่วมการวิจัยได้ทันทีตามความสมัครใจ และ
เซ็นใบยินยอมให้ความร่วมมือ สำหรับข้อมูลที่ได้
ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการบ่งชี้กลุ่ม
ตัวอย่างเป็นรายบุคคล และการนำเสนอผลการวิจัย
จะรายงานเป็นภาพรวม วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
ผู้วิจัยประชุมชี้แจงนักศึกษาตามเวลานัดหมาย
เกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการ
วิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การนำเสนอข้อมูล
และประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาค้นคว้านี้ให้
นักศึกษาเข้าใจ และใช้เวลาในการตอบแบบทดสอบ
45 นาที โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเดือน มกราคม-
มีนาคม 2556

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม
คอมพิวเตอร์สำเร็จรูปวิเคราะห์หาค่าความถี่ ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก (ร้อยละ 89.4)
เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 20.6 ปี (\bar{x} =20.6, S.D.=
1.5) ส่วนมากมีสถานที่เกิดอยู่ในภาคตะวันออกเฉียง
เหนือ (ร้อยละ 53.8) เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1
(ร้อยละ 43.5) รองลงมาคือ นักศึกษาชั้นปีที่ 4
(ร้อยละ 22.1) ระดับการศึกษาของบิดาและมารดา
คือ ประถมศึกษา (ร้อยละ 33.5 และ 44.4 ตาม
ลำดับ) อาชีพหลักของครอบครัว คือ เกษตรกร
(ร้อยละ 50.2) จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย
4.5 คน (\bar{x} = 4.5, S.D.= 1.1) รายได้ของครอบครัว
ต่อเดือนเฉลี่ย 24,267.7 บาท (\bar{x} =24,267.7, S.D.=
20,607.8) ประวัติการได้รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี
กลุ่มตัวอย่างไม่แน่ใจ (ร้อยละ 66.5) ส่วนมากได้รับ
วัคซีนปี พ.ศ. 2532-2534 (ร้อยละ 53.2) การได้รับ
วัคซีนกระตุ้นให้เกิดภูมิคุ้มกันแบบถาวรส่วนมาก
ไม่แน่ใจ (ร้อยละ 76.7) ไม่สามารถระบุปีที่ได้รับ
วัคซีนกระตุ้นให้เกิดภูมิคุ้มกันแบบถาวร (ร้อยละ
96.4) มีความต้องการได้รับวัคซีน (ร้อยละ 76.1)



และเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับไวรัสตับอักเสบบี (ร้อยละ 75.8) จากการเรียนในวิทยาลัย (ร้อยละ 68.1) กลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่มีสมาชิกในครอบครัว ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (ร้อยละ 95.8)

2. ความรู้และความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีของนักศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก (ร้อยละ 73.7) ผ่านการ

ทดสอบความรู้และความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 4 มากที่สุด (ร้อยละ 98.6) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1 ทั้งนี้โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้และความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 77.1) ยกเว้นนักศึกษาชั้นปีที่ 4 อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 82.9) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการทดสอบความรู้และความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

ความรู้และความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี				
นักศึกษาชั้นปี	จำนวน (คน) (N= 331)	จำนวนนักศึกษา ที่ผ่านการทดสอบ	ร้อยละ ผ่าน	ร้อยละ ไม่ผ่าน
ชั้นปีที่ 1	144	92	63.9	36.1
ชั้นปีที่ 2	50	34	68.0	32.0
ชั้นปีที่ 3	64	46	71.9	28.1
ชั้นปีที่ 4	73	72	98.6	1.4
รวมชั้นปีที่ 1-4	331	244	73.7	26.3

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความรู้และความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามชั้นปี

นักศึกษาชั้นปี	ความรู้และความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี			
	\bar{x}	S.D.	ร้อยละ	ระดับ
ชั้นปีที่ 1	26.4	4.6	75.4	พอใช้
ชั้นปีที่ 2	26.3	3.6	75.1	พอใช้
ชั้นปีที่ 3	26.5	4.8	75.7	พอใช้
ชั้นปีที่ 4	29.0	2.7	82.9	ดี
รวมชั้นปีที่ 1-4	27.0	4.3	77.1	พอใช้

3. เมื่อจำแนกความรู้และความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเป็นรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมาก (ร้อยละ 95.8) มีความรู้

และความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีโดยริบล้างมือหรือผิวน้ำบริเวณที่สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยทันที



รองลงมา (ร้อยละ 94.6) คือ ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี ในเรื่องมีวัคซีนสำหรับป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และเมื่อจำแนกตามชั้นปี พบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีความรู้ด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีร้อยละ 100 เท่ากันในเรื่องเชื้อไวรัสตับอักเสบบีสามารถติดต่อได้โดยการถูกเข็มที่ใช้กับผู้ป่วยที่มด้า และเชื้อไวรัสตับอักเสบบีสามารถติดต่อจากแม่สู่ลูกขณะ

คลอด และด้านความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีพบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 3 และปีที่ 4 ร้อยละ 100 เท่ากันในเรื่องรีบล้างมือหรือผิวหนังบริเวณที่สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยทันทีและนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 100 ใช้วิธีป้องกันการติดเชื้อตามหลักมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อ (standard precaution) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบทดสอบได้ถูกต้องจำแนกเป็นรายด้านและรายชั้นปี

รายการ	จำนวนที่ตอบถูก		ชั้นปีที่ 1 (N=144)		ชั้นปีที่ 2 (N=50)		ชั้นปีที่ 3 (N=64)		ชั้นปีที่ 4 (N=73)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านที่ 1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี										
1. โรคไวรัสตับอักเสบบีพบได้น้อยในประเทศไทย	270	81.6	124	86.1	39	78.0	56	87.5	51	69.9
2. โรคไวรัสตับอักเสบบีเป็นอันตราย	303	91.5	140	97.2	40	80.0	59	92.2	64	87.7
3. โรคไวรัสตับอักเสบบีติดต่อกันยาก	285	86.1	125	86.8	39	78.0	61	95.3	60	82.2
4. โรคไวรัสตับอักเสบบีมีวัคซีนสำหรับป้องกันการติดเชื้อ	313	94.6	138	95.8	45	90.0	59	92.2	71	97.1
5. เชื้อไวรัสตับอักเสบบีสามารถติดต่อได้ทางสารคัดหลั่งจากร่างกาย เช่น น้ำลาย เลือด อุจจาระ ปัสสาวะ	303	91.5	127	88.2	44	88.0	62	96.9	70	95.9
6. เชื้อไวรัสตับอักเสบบีติดต่อได้ทางบาดแผลที่สัมผัสเลือดผู้ที่ติดเชื้อ	270	81.6	104	72.2	41	82.0	55	85.9	70	95.9



รายการ	จำนวน ที่ตอบถูก		ชั้นปีที่ 1 (N=144)		ชั้นปีที่ 2 (N=50)		ชั้นปีที่ 3 (N=64)		ชั้นปีที่ 4 (N=73)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
7. การได้รับเลือดเพียง 0.001 ซีซีจากผู้ที่ติดเชื้อ สามารถทำให้เกิดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้	212	64.0	88	61.1	27	54.0	40	62.5	57	78.1
8. เชื้อไวรัสตับอักเสบบี สามารถอยู่ในสิ่งแวดล้อมภายนอกร่างกายได้นาน 1 สัปดาห์	130	39.3	74	51.4	16	32.0	19	29.7	21	28.8
9. เชื้อไวรัสตับอักเสบบี สามารถติดต่อและแพร่กระจายเชื้อได้ง่ายกว่า เชื้อ เอช ไอ วี	234	70.7	116	80.6	32	64.0	44	68.75	42	57.5
10. เชื้อไวรัสตับอักเสบบี มีวิธีการติดต่อโรค เช่นเดียวกับเชื้อเอช ไอ วี และไวรัสตับอักเสบบี	246	74.3	101	70.1	40	80.0	48	75.0	57	78.1
11. การสักผิวหนังมีโอกาส ทำให้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีได้ถ้าใช้เข็มร่วมกัน	287	86.7	120	83.3	42	84.0	53	82.8	72	98.6
12. เชื้อไวรัสตับอักเสบบี สามารถติดต่อได้โดยการถูกเข็มที่ใช้กับผู้ป่วยที่มด้า	291	87.9	119	82.6	45	90.0	54	84.4	73	100.0
13. เชื้อไวรัสตับอักเสบบี สามารถติดต่อจากแม่สู่ลูกขณะคลอด	276	83.4	102	70.8	46	92.0	55	85.9	73	100
14. เชื้อไวรัสตับอักเสบบี ติดต่อได้โดยการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่มี การป้องกันการติดเชื้อ เช่น ไม่ใช้ถุงยางอนามัย	246	74.3	84	58	41	82.0	49	76.6	72	98.6



รายการ	จำนวน ที่ตอบถูก		ชั้นปีที่ 1 (N=144)		ชั้นปีที่ 2 (N=50)		ชั้นปีที่ 3 (N=64)		ชั้นปีที่ 4 (N=73)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
15. การใช้แปรงสีฟัน ใบมีดโกน ที่ตัดเล็บ ร่วมกัน มีโอกาสติดเชื้อ ไวรัสตับอักเสบบี	268	80.9	112	77.8	41	82	49	76.6	66	90.4
ด้านที่ 2 บุคคลที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี										
1. แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์	296	89.4	117	81.3	48	96.0	59	92.2	72	98.6
2. กลุ่มบริการทาง การแพทย์ (lab, X-ray, แล็บซ์, แพทย์แผนไทย กายภาพบำบัด)	161	48.6	67	46.5	25	50.0	25	39.1	44	60.3
3. บุคลากรทางการแพทย์ อื่นๆ ทุกระดับ (นักวิชาการ คนงานใน โรงพยาบาล อสม.)	197	59.5	88	61.1	27	54.0	35	54.7	47	64.4
4. เด็กที่เกิดจากแม่ที่ ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ขณะคลอด	289	87.3	116	80.6	45	90.0	56	87.5	72	98.6
5. ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ ป้องกัน เช่น ไม่ใช้ถุงยาง อนามัยหรือ Oral Sex	279	84.3	111	77.1	44	88.0	53	82.8	71	97.3
6. ผู้ที่เคยได้รับเลือด	297	89.7	127	88.2	42	84.0	56	87.5	72	98.6
7. ผู้ที่สัมผัสอย่างใกล้ชิด กับผู้ที่เป็นพาหะของโรค เป็นเวลานาน	251	75.8	115	79.9	33	66.0	44	68.7	59	80.8
ด้านที่ 3 ภาวะแทรกซ้อนของไวรัสตับอักเสบบี										
1. ผู้ที่ติดเชื้อไวรัส ตับอักเสบบีมีความเสี่ยง ทำให้เกิดมะเร็งที่ตับได้	284	85.8	125	86.8	45	90.0	50	78.1	64	87.7
2. ไวรัสตับอักเสบบีเป็น สาเหตุของการเกิด โรคตับแข็ง	237	71.6	96	66.7	42	84.0	43	67.2	56	76.7



รายการ	จำนวน ที่ตอบถูก		ชั้นปีที่ 1 (N=144)		ชั้นปีที่ 2 (N=50)		ชั้นปีที่ 3 (N=64)		ชั้นปีที่ 4 (N=73)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
3. ไวรัสตับอักเสบบีเป็นโรคเฉียบพลันและเป็นโรคเรื้อรังได้	295	89.1	129	89.6	46	92.0	53	82.8	67	91.8
ด้านที่ 4 ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี										
1. มีสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	221	66.8	91	63.2	29	58.0	41	64.1	60	82.2
2. มีประวัติคนในครอบครัวป่วยด้วยโรคมาเร็งตับ	141	42.6	70	48.6	21	42.0	25	39.1	25	34.2
3. มีการสักผิวหนัง (tattoo) ที่ใช้เข็มร่วมกับผู้อื่น	212	64.0	88	61.1	23	46.0	38	59.4	63	86.3
4. มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เช่น ไม่ใช้ถุงยางอนามัย	216	65.3	82	56.9	32	64.0	37	57.8	65	89.0
5. ดื่มสุรา	140	42.3	63	43.8	23	46.0	20	31.3	34	46.6
ด้านที่ 5 ความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อ										
1. พยาบาลที่เคยได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีเมื่อถูกเข็มที่มด้าไม่จำเป็นต้องให้การรักษาเพิ่มเติม	234	70.7	106	73.6	36	72.0	50	78.1	42	57.5
2. การใช้ของมีคมร่วมกับบุคคลอื่นทำให้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีได้	271	81.9	114	79.2	40	80.0	52	81.3	65	89.0
3. ரிบล้างมือหรือผิวหนังบริเวณที่สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยทันที	317	95.8	135	93.8	45	90.0	64	100	73	100
4. ท่านใช้วิธีป้องกันการติดเชื้อตามหลัก standard precaution	312	94.3	128	88.9	48	96.0	63	98.4	73	100



รายการ	จำนวนที่ตอบถูก		ชั้นปีที่ 1 (N=144)		ชั้นปีที่ 2 (N=50)		ชั้นปีที่ 3 (N=64)		ชั้นปีที่ 4 (N=73)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
5. ท่านใช้วิธีการสวม ปลอกเข็มที่ใช้แล้ว กลับคืนด้วยมือเดียว	269	81.3	113	78.5	44	88.0	45	70.3	67	91.8

การอภิปรายผล

1. ผลการศึกษาการได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท พบว่า ประสิทธิภาพได้รับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มตัวอย่างไม่แน่ใจ (ร้อยละ 66.5) ปีที่ได้รับวัคซีน คือ พ.ศ. 2532-2534 (ร้อยละ 53.2) การได้รับวัคซีนเพื่อกระตุ้นให้เกิดภูมิคุ้มกันแบบถาวร กลุ่มตัวอย่างไม่แน่ใจ (ร้อยละ 76.7) ไม่สามารถระบุปีที่ฉีดวัคซีนเพื่อกระตุ้นให้เกิดภูมิคุ้มกันแบบถาวรได้ (ร้อยละ 96.4) อธิบายได้ว่าอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 131 คน (ร้อยละ 37.4) เกิดก่อน พ.ศ. 2535 ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขประกาศใช้นโยบายและให้บริการวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตั้งแต่แรกเกิด⁵ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เหลือได้รับวัคซีนผ่านมานานตั้งแต่แรกเกิด ปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 20.6 ปี ประกอบกับบิดามารดามีอาชีพเกษตรกรรมและมีการศึกษาระดับประถมศึกษา จึงมุ่งทำงานหาเลี้ยงครอบครัวและอาจไม่มีความรู้ความเข้าใจชัดเจนเกี่ยวกับประโยชน์ของการได้รับวัคซีนตั้งแต่แรกเกิดหรือเมื่อเติบโตขึ้นทำให้ได้รับวัคซีนไม่ครบถ้วน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่แน่ใจเกี่ยวกับประสิทธิภาพการได้รับวัคซีนดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ Ganguly et al.⁶ ที่ศึกษาสถานะภูมิคุ้มกัน และการได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยขนาดใหญ่ทางตอนใต้ของสหรัฐอเมริกา จำนวน 505 คน มีเพียงนักศึกษาจำนวน 58 คน ที่เคยได้รับ

วัคซีน นักศึกษาร้อยละ 45.7 ไม่แน่ใจประสิทธิภาพการได้รับวัคซีน

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากได้รับความรู้และมีความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (ร้อยละ 75.8) จากการเรียนในวิทยาลัย (ร้อยละ 68.1) และมีความต้องการได้รับวัคซีน (ร้อยละ 76.1) เนื่องจากวิทยาลัยได้จัดให้มีการเรียนการสอนเนื้อหาการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อในวิชาหลักและเทคนิคทางการพยาบาลและวิชาการพยาบาลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ 1 ในชั้นปีที่ 2 ซึ่งมีสาระเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี⁷ ทำให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมากขึ้น และเห็นประโยชน์ของการได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี นอกจากนี้ยังตระหนักกว่าวิชาชีพการพยาบาลมีความเสี่ยงสูงที่จะสัมผัสกับเชื้อไวรัสตับอักเสบบี โดยเฉพาะขณะฝึกภาคปฏิบัติที่อาจมีความระมัดระวังไม่เพียงพออาจทำให้เกิดการสัมผัสเลือดหรือสิ่งขับหลั่งที่ออกจากตัวผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ McGrane J, Staines A.⁸ ที่ศึกษาความรู้เกี่ยวกับไวรัสตับอักเสบบี ทักษะคิด และการยอมรับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีของพยาบาลจำนวน 120 คน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เมืองดับลิน ประเทศไอร์แลนด์ พบว่า พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี และเลือกที่จะรับวัคซีนและต้องการตรวจสอบระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบี



2. ผลการศึกษาความรู้และความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาทพบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างผ่านการทดสอบความรู้และความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (ร้อยละ 73.7) โดยกลุ่มตัวอย่างชั้นปีที่ 4 ผ่านการทดสอบมากที่สุด (ร้อยละ 98.6) และผ่านการทดสอบในระดับดี (ร้อยละ 82.9) อธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีสุดท้ายของการเรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ได้ผ่านการเรียนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติครบถ้วนทุกรายวิชา ทำให้มีความรู้และความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นในการให้พยาบาลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Yamazhan et al.⁹ ที่ศึกษาสถานะภูมิคุ้มกัน และความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีของนักศึกษาพยาบาลในประเทศตุรกี พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และ 4 จำนวน 1,491 คน มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เท่ากับ 23.7 โดยนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ได้คะแนนสูงกว่าชั้นปีที่ 3

เมื่อจำแนกความรู้และความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีโดยรับล้างมือหรือผิวหนังบริเวณที่สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยทันที (ร้อยละ 95.8) ทั้งนี้เนื่องจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท มีขั้นตอนการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง โดยได้กำหนดเป็นลายลักษณ์อักษร¹⁰ รวมทั้งโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งฝึกภาคปฏิบัติ เช่น โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร มีแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโดยใช้หลัก standard precaution¹¹ ที่สำคัญ คือ 1) การล้างมือก่อนและหลังการสัมผัสเลือด ของเหลวและสิ่งปนเปื้อนทุกชนิดของผู้ป่วย ไม่ว่าจะสวมถุงมือหรือไม่ก็ตาม 2) ใช้ถุงมือที่สะอาดเมื่อต้องสัมผัสเลือด ของเหลว และสิ่งปนเปื้อนทุกชนิดของผู้ป่วย และเปลี่ยนถุงมือเมื่อเปื้อนหรือทำงานเดิมเสร็จแล้ว และต้องการทำงานใหม่ให้ถอด

ถุงมือทุกครั้งหลังจากเสร็จงาน ให้ล้างมือทันทีที่ถอดถุงมือออกโดยเฉพาะอย่างยิ่งก่อนที่จะสัมผัสกับสิ่งที่สะอาดหรือผู้ป่วยรายใหม่ 3) ให้สวมผ้าปิดปากจมูก หรือแว่นตาเมื่อต้องทำหัตถการที่อาจมีเลือดหรือของเหลวจากผู้ป่วยกระเด็นใส่ 4) ระวังของมีคมบาดให้สวมเข็มด้วยวิธีมือเดียว (one-hand technique) เป็นต้น สำหรับด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบีกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีความรู้ในเรื่องมีวัคซีนสำหรับป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (ร้อยละ 94.6) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้จากการศึกษาในชั้นเรียน และกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีแก่เด็กแรกเกิดทุกคนตั้งแต่ปี พ.ศ.2535 จนถึงปัจจุบัน ทำให้นักศึกษารับรู้ว่าการทราบดีหลังคลอดทุกรายต้องได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี และผู้ที่ไม่มีภูมิคุ้มกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจะได้รับคำแนะนำให้ฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

เมื่อจำแนกความรู้และความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เป็นรายชั้นปีพบว่า กลุ่มตัวอย่างชั้นปีที่ 4 มีความรู้ร้อยละเท่ากัน (ร้อยละ 100) คือ เชื้อไวรัสตับอักเสบบีสามารถติดต่อได้โดยการถูกเข็มที่เข้ากับผู้ป่วยที่มด้าและเชื้อไวรัสตับอักเสบบีสามารถติดต่อจากแม่สู่ลูกขณะคลอด และด้านความตระหนักกลุ่มตัวอย่างชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 มีความตระหนักอย่างละเท่ากัน (ร้อยละ 100) ในเรื่องรับล้างมือหรือผิวหนังบริเวณที่สัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยทันทีและกลุ่มตัวอย่าง ชั้นปีที่ 4 ใช้วิธีป้องกันการติดเชื้อตามหลักมาตรฐานป้องกันการติดเชื้อ (ร้อยละ 100) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมากขึ้นจากการเรียนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ รวมทั้งยังมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่หลากหลาย จึงสามารถให้พยาบาลผู้ป่วยได้ดีขึ้นและมีความคล่องแคล่วมากขึ้น ทำให้เพิ่มความระมัดระวังในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่นในการ



ให้การพยาบาลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Ozdelikara A, Tan M.¹² ที่ศึกษาสภาพการณ์ที่พยาบาลต้องสัมผัสกับเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในพยาบาลจำนวน 300 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมและอายุรกรรมโรงพยาบาลวิจัยอาซีซาย (Aziziye Research Hospital) และโรงพยาบาลวิจัยยาคุทาย (Yakutiye Research Hospital) ที่พบว่า ร้อยละ 94.9 เคยสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง และใช้วิธีป้องกันการติดเชื้อขณะสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ร้อยละ 75.8 วิธีการป้องกันการติดเชื้อที่ใช้มากที่สุดคือการล้างมือก่อนและหลังการทำหัตถการกับผู้ป่วยร้อยละ 85.6 การล้างมือหลังการทำหัตถการให้ผู้ป่วยรายหนึ่งก่อนที่จะไปทำหัตถการกับผู้ป่วยรายใหม่ร้อยละ 69 และการใช้ถุงมือร้อยละ 67.9

ข้อเสนอแนะในการนำการวิจัยไปใช้

1. ด้านการศึกษาพยาบาล ควรเพิ่มความรู้และความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีแก่นักศึกษาชั้นปี 1-3 ที่มีผลการทดสอบอยู่ในระดับพอใช้โดยเฉพาะในข้อที่ได้คะแนนต่ำโดยการสอนเสริมเพื่อให้นักศึกษามีความรู้และความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเพิ่มมากขึ้น
2. ด้านการบริหาร ผู้บริหารการศึกษาคควรมีนโยบายในการส่งเสริมความรู้และความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีแก่นักศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุขชี้แจงคนไทยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีราว 1-2 ล้านคน. สืบค้นเมื่อ 12 กันยายน 2556. <http://news.voicetr.co.th/thailand/76736.html>.
2. มาลินี ศรีคำม่วน. รู้จริง รู้ชัด ไวรัสตับอักเสบบีพิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ไกล่หมอ; 2551.
3. WHO. Viral Hepatitis in the WHO South-East Asia Region: know it, confront it, hepatitis

- affects everyone, everywhere 2011. Retrieved 6.10.2012, from http://www.searo.who.int/LinkFiles/Diarrhoea,_ARI_and_hepatitis_SEA-CD-232.pdf
4. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: conduct, critique,& utilization. 5th ed. St. Louis: Elsevier Saunders; 2005.
 5. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คำแนะนำการให้วัคซีนในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข 2555. สืบค้นเมื่อ 24 มกราคม 2556 http://www.phimaimedicine.org/2013/01/blog-post_28.html.
 6. Ganguly R, Marty P, Herold A, Anderson M. Hepatitis B immunization in a university student population. Journal of American college health, 1998; 46:181-3.
 7. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ฉบับปรับปรุง 2555. ชัยนาท: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท; 2555.
 8. McGrane J, Staines A. Nursing staff knowledge of the hepatitis B virus including attitudes and acceptance of hepatitis B vaccination: development of an effective program. AAOHN Journal 2003; 51:347-52.
 9. Yamazhan TT, Durusoy RR, Tasbakan MI, Tokem YY, Pullukcu HH, Sipahi OR, Ulusoy SS, Nursing students' immunization status and knowledge about viral hepatitis in Turkey: a multi-centre cross-sectional study. International nursing review 2011; 58:181-5. doi:10.1111/j.1466-7657.2010.00869.x
 10. ฝ่ายพัฒนาคุณภาพนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท. ขั้นตอนการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติเหตุสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง. ชัยนาท : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท; 2556.
 11. งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรง



พยาบาล. แนวทางปฏิบัติในการป้องกันและ
ความเสี่ยงเมื่อได้รับอุบัติเหตุสัมผัสเลือด/สาร
คัดหลัง. ชัยนาท: โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร;
2556.

12. Ozdelikara A, Tan M. Conditions in which
nurses are exposed to the hepatitis viruses
and precautions taken for prevention.
Australian Journal of advanced nursing;
2005; 30:33-41.



การประยุกต์ใช้สถิติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช (วาสนมหาเถระ) อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

สมพร วัชรศิลป์*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการประยุกต์ใช้สถิติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำแนกตามอายุ รายได้ ระดับการศึกษา และระดับน้ำตาลในเลือด และเพื่อศึกษาข้อเสนอนะเกี่ยวกับปัญหาและแนวทางแก้ไข ปัญหา การประยุกต์ใช้สถิติในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามวัดระดับการมีสติจำนวน 4 ด้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานนับถือศาสนาพุทธ จำนวน 210 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling) วิเคราะห์และประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติจำนวนค่าร้อยละ ความถี่ แบบทดสอบ F - Test และ T - Test

ผลการวิจัยพบว่า

การประยุกต์ใช้สถิติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยรวม อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านเรียงตามค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยพบว่า ด้านจิตใจอยู่ในระดับมาก รองลงมาได้แก่ด้านการเข้ายาและด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือด้านการออกกำลังกาย ผลการเปรียบเทียบพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มี อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ต่างกันมีการประยุกต์ใช้สถิติในการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่างกัน มีการประยุกต์ใช้สถิติในการดูแลตนเองโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านอาหารและเครื่องดื่ม ด้านการออกกำลังกาย และด้านการเข้ายาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านจิตใจไม่แตกต่างกันข้อเสนอนะเกี่ยวกับปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาการประยุกต์ใช้สถิติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีดังนี้ ด้านอาหารและเครื่องดื่มพบปัญหาคือ (1) ผู้ป่วยมักหิวกระหายอยากกินของหวาน (2) รับประทานอาหารตามอำเภอใจ ด้านการออกกำลังกายพบปัญหาคือ (1) ขี้เกียจ และไม่มีเวลาออกกำลังกาย ด้านการเข้ายาพบปัญหาคือ (1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานกินยาไม่ตรงเวลา มัวทำงานเพลิน (2) ไม่พกลูกอม หรือของหวานติดตัว ด้านจิตใจพบปัญหาคือ (1) ไม่เข้าใจการตามรู้จิตใจ (2) ซอคิดมาก ซึมเศร้า อยู่กับความกังวล (3) ไม่มีหลักธรรมในการดำเนินชีวิต และผู้ป่วยได้เสนอแนวทางแก้ไขปัญหาคือ (1) ควรจัดให้มีการอบรมปรับความเห็นถูกให้เข้าใจความจริงของชีวิตและมีการเรียนรู้เรื่องสติ (2) ฝึกสติพิจารณาอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับใจให้เห็นความเกิดดับของอารมณ์ (3) ควรฝึกทำบุญให้ทาน รักษาศีล ฝึกสมาธิ และรู้จักปล่อยวาง

คำสำคัญ : การประยุกต์ใช้สถิติ, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, จูจิต, ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

* พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ, คน.ม. : สาขาวิชาพุทธศาสนศึกษา, โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช (วาสนมหาเถระ) นครหลวง อยุธยา



An Application of Consciousness in Self-care of Diabetics, Somdejphrasaunggharagh Hospital (Wasana Maha Thera), Nakornlung, Ayuthhaya

*Somporn Watcharasin**

Abstract

The objectives of this thematic paper were: to study the application of consciousness in self-care of diabetics, classified by age, monthly income, education and level of blood sugar, and to study suggestions and solutions concerning the problems of the application of consciousness in self-care of diabetics. A random sampling technique was used to recruit 210 diabetics. The tools used in the study included an open-ended and closed-ended questionnaire. The statistics used in analyzing the data were frequency, percentage, mean and standard deviation. Statistical hypothesis testing was conducted by using T-test and F-test.

The results of the study were as follows:

Overall, the application of consciousness in self-care of diabetics was at a high level. When each aspect was individually considered, from the highest mean to the lowest, it was found that the aspect of mind was at the highest level, followed by the aspect of medicine use, and the aspect of exercise was at the lowest level. The application of consciousness in self-care of diabetics with different age, education and monthly income was not significantly different. The application of consciousness in self-care of diabetics with different level of blood sugar, overall, was different at a statistically significant level of 0.05. However, there was no difference in the aspect of mind. In the aspect of food and drink, it was found that: 1) the diabetics wanted to eat and drink sweet things, and 2) they always ate arbitrarily. In the aspect of exercise, it was found that: 1) the diabetics were lethargic and they did not have time for exercise. In the aspect of medicine use, it was found that: 1) sometimes the diabetics did not use medicine on time and 2) they forgot to keep toffee or sweets at hand. In the aspect of mind, it was found that: 1) the diabetics did not understand how to observe the mind, 2) they always felt sad, depressed and worried and 3) they also lacked of Dhamma for their livelihood. It was suggested that, 1) a course of meditation training should be provided, 2) the diabetics should try to observe the taking place and the disappearance of thought and, 3) they should make donations, observe the precepts and practice meditation, and they should try to be indifferent.

Keywords : the application of consciousness in self-care of diabetics, observe the mind, Patients with diabetes

* Professional nurse, Somdejphrasaunggharagh hospital, Nakornlung, Ayutthaya



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังและก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพ การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานจึงเป็นความทุกข์ทรมานของคนไข้เป็นอย่างมาก เพราะโรคเบาหวานเป็นโรคที่รักษาไม่หายและเป็นภัยคุกคามต่อความเป็นปกติของชีวิต ในสังคมปัจจุบันโรคเบาหวาน มีแนวโน้มว่าจะพบมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง และโรคเบาหวานยังเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งของสาธารณสุขไทย และพบว่าคนที่อยู่ในประเทศรายได้ต่ำและปานกลางมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานเร็วกว่าคนที่อยู่ในประเทศที่มีรายได้สูง 10 – 20 ปีโดยพบมากในวัยทำงาน สำหรับประเทศไทยพบว่าในปี 2550 มีคนไทยป่วยด้วยโรคเบาหวานร้อยละ 6.9 และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและมะเร็ง โดยปกติเมื่อป่วยด้วยโรคเบาหวานแล้วมักจะเกิดโรคแทรกซ้อนที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วย ความพิการหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีภาระและต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูงมาก ดังนั้นประเทศไทยจำเป็นต้องมีมาตรการเร่งด่วนเพื่อป้องกันและลดปัญหาโรคเบาหวานที่คุกคามคนไทย มีความจำเป็นที่คนไทยทุกคนจะต้องรู้จักโรคเบาหวาน ตระหนักถึงปัญหาและภัยของโรคเบาหวาน มีความตื่นตัวเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง รู้วิธีป้องกันไม่ให้เกิดโรคเบาหวานขึ้น

จากทะเบียนผู้รับบริการการให้คำปรึกษาของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช (วาสนมหาเถระ) นครหลวงปี 2554 พบว่าผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีมากขึ้นเป็นอันดับหนึ่งของการรับบริการ ทั้งนี้ผลการรักษาผู้ป่วยสามารถควบคุมเบาหวานได้เพียง 48% สาเหตุที่การรักษาไม่เป็นไปตามเป้าหมายนั้นเป็นเพราะการมีพฤติกรรมการกินอาหารที่ไม่ถูกต้อง 85.87%, ไม่ออกกำลังกาย 13.17% การใช้ยาไม่ถูกต้อง 35.55% มีความเครียด 18.41% มีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่ตามมา คือโรคความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด ซา ตามปลายมือปลายเท้า ทำให้เกิดเป็น

แผลรักษาไม่หายต้องตัดนิ้ว ตัดขาให้เกิดความพิการตามัว ไตวาย และตายในที่สุด จากข้อมูลยังพบอีกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลรักษาโรคเบาหวานดี แต่ยังขาดความตระหนักในการควบคุมพฤติกรรมตนเอง ดังนั้นการควบคุมโรคไม่ให้รุนแรงมากขึ้น จึงเป็นสิ่งจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม จึงจะช่วยให้การป้องกันความรุนแรงของโรคมีให้เพิ่มมากขึ้น นักวิชาการหลายท่านได้พยายามสร้างแบบโปรแกรมการสอนสุขศึกษาให้ความรู้ผู้ป่วยเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลโรคเบาหวานให้ได้ แต่ผลผู้ป่วยก็ยังไม่สามารถจะควบคุมโรคเบาหวานได้ ในทางพุทธศาสนาได้มีการนำหลักผู้รู้คือการมีสติเข้าไปสอดส่องจิตใจตนตามแนวสติปัฏฐาน 4 เพื่อให้มีสติในชีวิตประจำวัน ผู้วิจัยจึงได้นำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองในกิจกรรมกิน เดิน นั่งนอน และทำให้เกิดเรียนรู้ให้เห็นความโลภ ความอยาก ความไม่อยาก ความต้องการ ความไม่ต้องการที่เกิดซ้ำซากที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ แล้วทำให้เป็นบ่อเกิดความทุกข์ทั้งหลาย เมื่อเรารู้แล้วจะได้ไม่สร้าง ไม่แสวงหาความทุกข์ให้กับตนเอง อันจะเป็นการเปลี่ยนแปลงพัฒนามาจากภายใน ความฉลาดก็จะก่อเกิดขึ้นมีความตระหนัก ความใส่ใจในชีวิตในการรักษาตน เอาจิตของเรามาช่วยอยู่กับความจริงนี้เรื่อยๆ จะมีผลต่อชีวิต ช่วยให้เราทำสิ่งที่ถูกต้อง พุด คิดในสิ่งที่ถูกต้องได้ประจำ กล่าววา สติคือความระลึกได้ ความจำได้ ความระมัดระวัง ความตื่นตัวต่อหน้าที่ ภาวะที่พร้อมเสมอที่จะปฏิบัติต่อสิ่งนั้นๆที่มาเกี่ยวข้อง ตื่นเสมอ ระมัดระวัง สำนึกในหน้าที่เฉพาะ หน้าที่คือความรับผิดชอบ ต่อหน้าที่¹ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสติในชีวิตประจำวัน รู้ทัน ความคิด กล่าวคือการใช้สติในการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคเบาหวาน จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง มีปัญญาเห็นกระบวนการของการเกิดทุกข์ มีความสำนึกพบเหตุของการควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ด้วยการเห็นพฤติกรรมตนเอง สร้างความตระหนักรู้ จะทำให้เกิดความใส่ใจที่จะดูแลรักษาสามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ สติจึงเป็นสิ่งที่



ผู้หวังจะพ้นทุกข์พึงเจริญให้เกิดขึ้นเป็นปกติวิสัย ผู้ป่วยด้วยโรคภัยไข้เจ็บถ้ามีสติก็จะทำให้การรักษา มีประสิทธิภาพ แต่ถ้าขาดสติ การรักษาก็ไม่มี ประสิทธิภาพเท่าที่ควร

ดังนั้นด้วยเหตุผลดังกล่าวในเบื้องต้นผู้วิจัย จึงสนใจที่จะทำการวิจัยเรื่องการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยศึกษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช (วาสนมหาเถระ) นครหลวง พระนครศรีอยุธยา เพื่อจะได้นำไปใช้เป็น ข้อมูลสาระสนเทศในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช (วาสนมหาเถระ) ตำบลปอโพรง อำเภอ นครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อเปรียบเทียบการประยุกต์ใช้ สติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช (วาสนมหาเถระ) ตำบลปอโพรง อำเภอ นครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำแนกตามอายุ รายได้ ระดับการศึกษา และระดับน้ำตาลในเลือด
3. เพื่อศึกษาข้อเสนอแนะเกี่ยวกับปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหาการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช (วาสนมหาเถระ) ตำบลปอโพรง อำเภอ นครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุต่างกันมีการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองแตกต่างกัน

2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองแตกต่างกัน

3. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีรายได้ต่างกันมีการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองแตกต่างกัน

4. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่างกัน มีการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองแตกต่างกัน

กรอบแนวคิด

สติสัมปชัญญะมีความสำคัญ คือเป็นธรรมที่ ทำให้เกิดปัญญา ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองได้นั้น ผู้ป่วย ต้องเกิดความตระหนักใส่ใจในการดูแลตนเองดำรงชีวิตอย่างผู้มีสติ คือรู้เท่าทันต่อพฤติกรรมของใจ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ต้องมีจิตใจมั่นคง จะทำให้มีปัญญารู้ว่าสิ่งใดควรทำ สิ่งใดไม่ควรทำ ก็จะเป็นอาวุธที่มีประสิทธิภาพทำให้เกิดการรู้จักยั้งคิด พฤติกรรมการกินที่ไม่ถูกต้อง ไม่บริโภคมากเกินไป งดจรรยาการออกกำลังกาย ใช้ยาตามใจตนเอง ขาดการดูแลด้านจิตใจ ผู้วิจัยจึงได้นำเรื่องทฤษฎี การดูแลตนเองของโอเร็ม² และแนวคิดของซูจิตร์ เปล่งวิทยา³ ในเรื่องการควบคุมโรคเบาหวาน มาเป็นกรอบการวิจัยตามหลักมหาสติปัฏฐานสูตร⁴ จึงได้กำหนดตัวแปรตามในงานวิจัยเรื่องการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สำคัญ 4 ด้าน และปัจจัยส่วนบุคคลคืออายุ ระดับการศึกษา รายได้ และระดับน้ำตาลในเลือดที่ต่างกัน อาจมีระดับการรับรู้เรื่องสติที่แตกต่างกัน มาเป็นตัวแปรอิสระ (ตัวแปรพื้นฐาน) สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ได้ดังนี้



ตัวแปรอิสระ
(Independent Variables)

ปัจจัยส่วนบุคคล
<ul style="list-style-type: none"> - อายุ - ระดับการศึกษา - รายได้ - ระดับน้ำตาลในเลือด

ตัวแปรตาม
(Dependent Variables)

การประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานใน 4 ด้านดังต่อไปนี้
<ol style="list-style-type: none"> 1. ด้านอาหารและเครื่องดื่ม 2. ด้านการออกกำลังกาย 3. ด้านการใช้ยา 4. ด้านจิตใจ

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ประชากร คือผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช (วาสนมหาเถระ) นครหลวง ในเขตอำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 460 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้โดยการเปิดตารางของเครจซีและมอร์แกนได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 210 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับฉลากจนครบจำนวนที่ต้องการ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามการมีสติ ระลึก รู้ รู้สึกตัวในชีวิตประจำวันการดูแลตนเองของโรคเบาหวานใน 1 เดือนที่ผ่านมาหลังจากการเข้ารับการรักษาเห็นถูกฝึกให้รู้จักสติผ่านกิจกรรมเกมส์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาและรวบรวมข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการให้ความรู้เรื่องสติ และการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเอง และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องจำนวน 3 คน อาจารย์ประจำหลักสูตรด้านพุทธศาสนามหามกุฏราช

วิทยาลัย 2 ท่านและ ผศ.ดร.นพ.ชัชวาลย์ ศิลปกิจ ทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาค่าดัชนีความสอดคล้องหรือค่า IOC 0.82 และหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ตามวิธีการของครอนบาค⁵ (Cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74 และนำไปเก็บรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS สำหรับการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ สถิติที่ใช้ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า t-test และ F -Test

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเรื่องการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช (วาสนมหาเถระ) ตำบลบ่อโพรง อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา สรุปผลได้ดังนี้แบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้



ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
อายุต่ำกว่า 40 ปี	12	5.70
40 – 60 ปี	112	53.30
60 ปีขึ้นไป	86	41.00
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา/มัธยมศึกษา	140	66.70
ปวส/อนุปริญญา	60	28.60
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	10	4.80
รายได้		
รายได้ต่ำกว่า 9000 บาท	155	73.98
9000 – 11,000 บาท	25	11.98
มากกว่า 11,000 บาท	30	14.30
ระดับน้ำตาลในเลือด		
กลุ่มควบคุมได้ (น้ำตาลในเลือดน้อยกว่า 120 mg/dl)	105	50.00
กลุ่มควบคุมไม่ได้ (น้ำตาลในเลือดมากกว่า 120 mg/dl)	105	50.00

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์การประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย (\bar{x}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับปฏิบัติการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานรวม 4 ด้าน

การประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเอง	ระดับการประยุกต์ใช้สติ		
	\bar{x}	S.D.	แปลผล
1. ด้านอาหารและเครื่องดื่ม	3.42	0.69	มาก
2. ด้านการออกกำลังกาย	3.03	0.81	ปานกลาง
3. ด้านการใช้ยา	3.98	0.62	มาก
4. ด้านจิตใจ	4.04	0.83	มาก
รวมทุกด้าน	3.61	0.56	มาก



พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน เรียงตามค่าเฉลี่ยมากไปหาน้อยได้ดังนี้ ด้านจิตใจ ด้านการใช้ยา ด้านอาหาร และเครื่องดื่ม และด้านการออกกำลังกาย ตามลำดับ

ด้านอาหารและเครื่องดื่ม : พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ เรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยมากไปหาน้อยได้ดังนี้ ท่านงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และเครื่องดื่มชูกำลัง รองลงมาได้แก่ ท่านรับประทานอาหารที่มีเส้นใย เช่นผักใบเขียวทุกชนิด และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดได้แก่ ท่านลดการกินอาหารพวกแป้ง เช่น ข้าว ข้าวเหนียว ขนมปัง ก๋วยเตี๋ยว บะหมี่ วุ้นเส้น เผือก มัน

ด้านการออกกำลังกาย : พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ เรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยมากไปหาน้อยได้ดังนี้ ท่าน

ดื่มน้ำในปริมาณที่เพียงพอก่อนและหลังการออกกำลังกาย รองลงมา ได้แก่ ท่านนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 7 ชั่วโมง และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ท่านออกกำลังกายในเวลายืนเสมอ

ด้านการใช้ยา : พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ เรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยมากไปหาน้อยได้ดังนี้ ท่านรู้อยู่เสมอว่าต้องใช้ยาตรงเวลา รองลงมาได้แก่ท่านไม่ใช้ยาเม็ดร่วมกับผู้อื่น และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ท่านพกลูกอมหรือของหวานติดตัวประจำ

ด้านจิตใจ : พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ เรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยมากไปหาน้อยได้ดังนี้ ท่านพยายามมองโลกในแง่ดีอยู่เสมอ และท่านทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสเสมอ รองลงมาคือท่านหลีกเลี่ยงการทะเลาะโต้เถียงอันเป็นเหตุให้จิตใจขุ่นเคือง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ท่านแผ่เมตตาเมื่อรู้สึกโกรธใครบางคน

ตอนที่ 3 การทดสอบสมมติฐานของการวิจัย

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย (\bar{x}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และผลการเปรียบเทียบการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยรวม 4 ด้าน จำแนกตามอายุ

ระดับการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเอง	อายุ						F	Sig
	น้อยกว่า 40 ปี		40 – 60 ปี		มากกว่า 60 ปี			
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
1. อาหารและเครื่องดื่ม	3.10	0.70	3.47	0.69	3.41	0.67	1.17	0.18
2. ด้านการออกกำลังกาย	2.67	0.65	3.08	0.79	3.01	0.85	1.46	0.23
3. ด้านการใช้ยา	3.90	0.92	4.00	3.61	3.97	0.59	0.17	0.83
4. ด้านจิตใจ	3.56	1.06	4.09	0.82	4.03	0.80	2.18	0.11
รวม	3.31	0.68	3.66	0.52	3.60	0.53	2.18	0.11

พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีอายุต่างกัน มีการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเอง โดยรวมและ

รายด้าน ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้



ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย (\bar{x}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และผลการเปรียบเทียบการประยุกต์ใช้สถิติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยรวมทั้ง 4 ด้าน จำแนกตามระดับการศึกษา

การประยุกต์ใช้สถิติในการดูแลตนเอง	ระดับการศึกษา						F	Sig
	ประถมศึกษา/มัธยมศึกษา		ปวส/อนุปริญญา		ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี			
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
1. ด้านอาหารและเครื่องดื่ม	3.40	0.70	3.49	0.65	3.38	0.80	0.36	0.69
2. ด้านการออกกำลังกาย	3.07	0.84	2.98	0.72	2.73	0.74	0.36	0.69
3. ด้านการใช้ยา	4.01	0.61	3.91	0.66	4.01	0.56	0.60	0.54
4. ด้านจิตใจ	4.06	0.83	4.01	0.82	3.94	1.02	0.15	0.85
รวม	3.63	0.56	3.59	0.59	3.51	0.56	0.27	0.75

พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการประยุกต์ใช้สถิติในการดูแลตนเอง โดยรวมและรายด้าน ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย (\bar{x}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และผลการเปรียบเทียบการประยุกต์ใช้สถิติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยรวมทั้ง 4 ด้าน จำแนกตามรายได้

การประยุกต์ใช้สถิติในการดูแลตนเอง	รายได้/เดือน						F	Sig
	ต่ำกว่า 9,000 ปี		9000-11,000 ปี		มากกว่า 11,000 ปี			
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
1. ด้านอาหารและเครื่องดื่ม	3.46	0.69	3.38	0.71	3.24	0.65	1.35	0.26
2. ด้านการออกกำลังกาย	3.07	0.81	3.11	0.90	2.76	0.69	2.01	0.13
3. ด้านการใช้ยา	3.98	0.64	4.11	0.59	3.91	0.55	0.70	0.49
4. ด้านจิตใจ	4.10	0.80	3.85	0.99	3.84	0.80	1.98	0.14
รวม	3.65	0.55	3.61	0.62	3.44	0.56	1.83	0.16

พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีรายได้ต่างกัน มีการประยุกต์ใช้สถิติในการดูแลตนเอง โดยรวมและรายด้าน ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้



ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ย (\bar{x}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และผลการเปรียบเทียบการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยรวมทั้ง 4 ด้าน จำแนกตามระดับน้ำตาลในเลือด

การประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเอง	ระดับน้ำตาลในเลือด				t	Sig
	กลุ่มควบคุมน้ำตาลได้		กลุ่มควบคุมน้ำตาลไม่ได้			
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
1. ด้านอาหารและเครื่องดื่ม	3.61	0.67	3.23	0.65	4.14	0.00*
2. ด้านการออกกำลังกาย	3.25	0.83	2.81	0.73	4.11	0.00*
3. ด้านการใช้ยา	4.07	0.61	3.89	0.62	2.12	0.03*
4. ด้านจิตใจ	4.12	0.86	3.96	0.79	1.39	0.16
รวม	3.76	0.56	3.47	0.52	3.84	0.00*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่างกัน มีการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านอาหารและเครื่องดื่ม ด้านการออกกำลังกาย และด้านการใช้ยา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านจิตใจไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับปัญหาและแนวทางแก้ไข ปัญหา การประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช (वासนมหาเถระ) ตำบลบ่อโพรง อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีดังนี้

1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้เสนอปัญหาเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองด้านอาหารและเครื่องดื่มดังนี้ (1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานมักหิวกระหายอยากกินของหวานๆ (2) ผู้ป่วยโรคเบาหวานมักรับประทานตามอำเภอใจ และได้เสนอแนวทางแก้ไขปัญหาคือการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองด้านอาหารและเครื่องดื่มเรียงลำดับดังนี้ (1) ควรให้มีสติในการกินดื่มคืออยากกินก็ให้รู้ในใจก่อนว่าอยากกินแล้วจึงกิน และดื่มอย่างมีสติ (2) ควรมีการ

ยับยั้งใจและฝึกหักห้ามใจเสียบ้าง (3) ควรเรียนรู้ใจตนเอง ปรับปรุงตนเองบ่อยๆ

2) ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้เสนอปัญหาเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายดังนี้ (1) ชี้แจง และไม่มีเวลาออกกำลังกาย และได้เสนอแนวทางแก้ไขปัญหาคือการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายดังนี้คือ (1) ควรระลึกอยู่เสมอว่า การไม่ออกกำลังกายมีผลเสียอย่างไร และกำหนดเวลาการออกกำลังกายให้แน่นอน

3) ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้เสนอปัญหาเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองด้านการใช้ยา ดังนี้ (1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานกินยาไม่ตรงเวลา มัวทำงานเพลิน (2) ไม่พกลูกอม หรือของหวานติดตัว และได้เสนอแนวทางแก้ไข ปัญหาการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองด้านการใช้ยาดังนี้ (1) ควรติดป้ายเตือน หรือควรให้คนใกล้ชิด คอยเตือนให้ใช้ยาให้ถูกต้องตามการรักษาของแพทย์ (2) ควรจัดเตรียมลูกอมหรือของหวานไว้ใกล้ตัวตลอดเวลา

4) ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้เสนอปัญหาเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองด้านจิตใจ ดังนี้ (1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่เข้าใจการตามรู้จิต (2) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชอบคิดมาก ซึมเศร้า อยู่กับ



ความกังวล (3) ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนมากไม่มีหลักธรรมในการดำเนินชีวิต และได้เสนอแนวทางแก้ไข ปัญหาการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเอง ด้านการจิตใจดังนี้ (1) ควรจัดให้มีการอบรมเกี่ยวกับการฝึกจิต (2) ฝึกสติพิจารณาอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับใจ ให้เห็นความเกิดดับของอารมณ์ (3) ควรฝึกทำบุญให้ทานรักษาศีล ฝึกสมาธิ และรู้จักปล่อยวาง

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยเรื่องการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช (วาสนมหาเถระ) ตำบลปอโพ่ง อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีประเด็นสามารถนำมาอภิปราย ได้ดังนี้

1). ผลการวิเคราะห์การประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเอง โดยรวมทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับมาก ที่เป็นเช่นนี้อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ ได้มีโอกาสปรับความเห็นถูกทำให้มีความรู้ดีในการปฏิบัติตนต่อการเป็นโรคเบาหวาน รู้ว่าต้องปฏิบัติตนให้ถูกต้องอย่างไรบ้างต่อการเป็นโรคเบาหวาน ผลการฝึกสติสามารถนำมาใช้ประโยชน์ทั้งในการพัฒนาตนเอง และเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลตนเองได้ดีขึ้น และผู้วิจัยได้นำมาอภิปรายผลตามลำดับดังนี้

ด้านอาหารและเครื่องดื่ม : ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเอง โดยรวม อยู่ในระดับมาก อภิปรายได้ว่าผลของการฝึกสติ มีประโยชน์และคุณค่าต่อการดำเนินชีวิต สอดคล้องกับงานวิจัยของพระวันดี สุวัฑฒโน⁶ ได้ศึกษาเรื่องสติในคำสอนของพระพุทธศาสนา พบว่าพระพุทธศาสนาสอนให้มนุษย์ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีสติเป็นการควบคุมให้มีสติอยู่ตลอดเวลา ช่วยยับยั้งใจ ไม่ทำให้เกิดวิวาทกัน มีความเจริญทางด้านจิตใจ คนมีสติย่อมมีความสุขทุกเมื่อ เช่นการบริโภคอาหารอย่างมีสติ ย่อมมีประโยชน์ต่อร่างกาย ทำให้แข็งแรง บริโภคขาดสติมากไปก็ทำให้อ้วนเป็นเบาหวานเกิดโรคแทรกได้ แก่ง่าย ตายง่าย สติเป็น

ตัวคอยสร้าง การดำเนินชีวิตที่สมดุลย์เป็นธรรมชาติที่ดี ให้แก่ร่างกายและจิตใจตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม

ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ท่านงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และเครื่องดื่มชูกำลัง และท่านรับประทานอาหารที่มีเส้นใยเช่นผักใบเขียวทุกชนิด รองลงมา ทั้งนี้เนื่องจากแพทย์พยาบาลจะให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ไม่สนับสนุนสิ่งเสพติดและหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มทุกชนิดที่มีรสหวาน เพราะมีส่วนผสมน้ำตาลสูง เพราะเห็นความเสี่ยงในการเป็นปัจจัยโรคแทรกเบาหวานเช่นกัน

ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ท่านลดการกินอาหารพวกแป้ง เช่น ข้าว ข้าวเหนียว ขนมปัง ก๋วยเตี๋ยว บะหมี่ วุ้นเส้น เผือก มัน เป็นต้น ที่เป็นเช่นนี้อภิปรายได้ว่าเป็นเพราะอาหารหลักของคนไทยคือข้าว แป้ง ว่า แต่อาหาร ขนม ที่มีมากมายในท้องถิ่นและในชุมชน หรือตามห้างสรรพสินค้า เบเกอรี่ ขนมปังส่วนมากทำจากแป้งและน้ำตาล คานิยมคนรุ่นใหม่กินอาหารฟาสต์ฟู้ด รูปแบบสวยงาม ย่อยวนใจให้อยากชิม เป็นไปตามกิเลสของมนุษย์ทุกคนย่อมหลงไหล เพลิดเพลินไปกับรูปที่สวยงาม เสียงที่ไพเราะ กลิ่นรสที่ปรุงแต่ง ที่เราสร้างขึ้น

ด้านการออกกำลังกาย : ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด อภิปรายได้ว่าธรรมชาติของใจชอบท่องเที่ยวชอบแสวงหารูป รส กลิ่นเสียง รส สัมผัสที่ดี ที่คิดว่าจะทำให้เราเป็นสุขมาปรนเปรอ ธรรมชาติของกายชอบอยู่เฉยๆไม่เคลื่อนไหว สอดคล้องกับแนวคิด สุภีร์ ทุมทอง⁵ มนุษย์ในโลกย่อมถูกนิเวศครอบงำ ซึ่งเป็นเครื่องกักกันไม่ให้สติเกิดเพราะเรารักตัวเองจึงสนองความอยาก ความโหยหา เพื่อให้ตนนี้เป็นสุข เราจึงมีของเต็มบ้านสนองกามตัณหา มีถิ่นมีทิศความหดหู่ เศร้าใจเมื่อไม่เป็นดังหวัง ท้อแท้ มีตมมง่วงซึม เราจึงเกียจคร้านรักสุขสบาย ไม่เห็นโทษของการขาดการออกกำลังกาย เราจึงต้องพัฒนาสติขึ้นมาให้มีศักยภาพสูงเพียงพอเพื่อจะได้นำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้มากขึ้น เรื่องนี้จึงเป็นสิ่งที่เราควรพัฒนา



ต่อไป

ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ท่านตื่นนอนในปริมาณที่เพียงพอก่อนและหลังการออกกำลังกาย รองลงมา ได้แก่ ท่านนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 7 ชม. ทั้งนี้เป็นเพราะโดยอาการของโรคเบาหวานมีน้ำตาลสูง ขาดน้ำ อ่อนเพลียจึงทำให้กระหายน้ำบ่อยจึงทำให้ต้องดื่มน้ำมาก และนอนพักผ่อนได้เป็นธรรมชาติสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม เรื่องการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไปสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัยจะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการให้คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ อาหารที่เพียงพอ

ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือท่านออกกำลังกายในเวลาเย็นอภิปรายได้ว่า ส่วนมากผู้ป่วยมีความเข้าใจผิดคิดว่าการออกกำลังกายคือการออกกำลังกายไปในตัวอยู่แล้ว ไม่ต้องออกกำลังกายอีก และไม่มีเวลาต้องทำงานนอกบ้าน เหนื่อยไม่อยากออกกำลังกาย ดังนั้นเราต้องรู้ทันกิเลสตัวนี้ไว้ และเจ้าหน้าที่จำเป็นต้องให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยเข้าใจว่าการออกกำลังกายจะทำให้ยาออกฤทธิ์ได้ดีกว่าคนที่อยู่เฉยๆ ทำให้หัวใจมีประสิทธิภาพในการสูบฉีดเลือดและตรวจสอบให้ผู้ป่วยรู้ถึงโทษของการไม่ออกกำลังกายตามมาอีกมากมายด้วย

ด้านการใช้ยา : ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ที่เป็นเช่นนี้อภิปรายได้ว่าเพราะมนุษย์มีความหลงรักในตัวตนสูง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากโรคลูกหลานจึงใส่ใจในการกินยาให้ตรงเวลา ไม่ใช้ยาเม็ดร่วมกับผู้อื่นเป็นต้นซึ่งถือได้ว่าพยาบาลได้ทำหน้าที่สอนสุขศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง คือกระบวนการที่บุคคลสามัญชนคนหนึ่งๆ ทำหน้าที่ด้วยตนเอง ในด้านการส่งเสริมการดูแลตนเอง การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรคและการรักษาโรคให้ได้ขั้นพื้นฐานในระบบบริการสาธารณสุข

ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ท่านรู้อยู่เสมอว่าต้องใช้เวลาตรงเวลา ที่เป็นเช่นนี้ อภิปรายได้ว่าโดยปกติทุกซทุกกายเราห้ามไม่ได้ แต่ความทุกข์

ทางจิตใจเป็นสิ่งที่เราหามาเอง ดังนั้นผู้ดำรงตนด้วยปัญญา เมื่อเจ็บป่วยก็ต้องหาผู้รู้คือแพทย์ช่วยรักษา ผู้ป่วยเองก็ต้องมีการยอมรับตนเองว่าเป็นผู้ป่วยเป็นโรค ก็ต้องมีการรักษาโดยการกินยาจากแพทย์เป็นสิ่งสำคัญตรงกับทฤษฎีของมาสโลว์คือการรักตนเอง. มนุษย์รักตัว หวงตัวตนเป็นที่สุด

ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ท่านพกลูกอมหรือของหวานติดตัวประจำ ทั้งนี้เป็นเพราะมนุษย์มักมีความประมาทต่อชีวิต เพราะผู้ป่วยยังรู้ไม่เท่าทันถึง อาการฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาออกฤทธิ์ลดน้ำตาลได้ หากไม่กินอาหารตามมื้อยา. อาจนำมาด้วยอาการช็อคได้ซึ่งเป็นเรื่องธรรมดาของคนในโลกที่ยังอวิชชาและประพฤติตนประมาทอยู่ สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม² (Theory of self care) ให้มีการช่วยส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองให้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ การเผชิญกับภัยสุขภาพให้ได้รับความปลอดภัยมากที่สุด

ด้านจิตใจ : ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเข้าใจเรื่องธรรมชาติของชีวิต มีกิจกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมทางพุทธศาสนา คือการเรียนรู้เรื่องการฝึกจิตใจตนเอง เพราะจากการสังเกตผลจากการตอบคำถามการวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีสติในการดูแลตนเองด้านจิตใจมาก เพราะท่านหาหนังสือธรรมะอ่าน หรือฟังธรรม ท่านทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ ท่านทำบุญเป็นประจำ ท่านนั่งสมาธิฝึกสติทุกวัน จิตจึงมีสติอยู่ในระดับมากและได้นำมาใช้ในชีวิตประจำวัน จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความสามารถเรียนรู้กายใจตนเองอย่างธรรมชาติ มีสติระลึกรู้ที่ใจ และกายตนเองอยู่ในระดับหนึ่งถึงแม้จะป่วยก็มีสติรักษาความสมดุลแห่งชีวิตอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งนับว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้องในการดำรงชีวิต

ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ท่านพยายามมองโลกในแง่ดีอยู่เสมอและท่านทำจิตใจให้ร่าเริง



แจ่มใสอยู่เสมอ รองลงมาคือท่านหลีกเลี่ยงการทะเลาะโต้เถียง อันเป็นเหตุให้จิตใจขุ่นเคืองและเมื่อมีเรื่องคับข้องใจไม่เป็นดังใจผู้ป่วย ที่เป็นเช่นนี้ อภิปรายได้ว่าการฝึกจิตแบบสมถะเป็นการฝึกจิตให้สบาย มีความสุข แต่จะไม่เห็นความจริงและไม่สามารถจะละความเห็นผิดและความยึดมั่นในกายในใจได้ แต่การฝึกแบบวิปัสสนาจะทำให้เราเข้าใจโลก อยู่ในโลกได้โดยไม่มีทุกข์ ไม่เดือดร้อนไปตามโลก เพราะเป็นการฝึกเพื่อให้เห็นความเป็นจริงแล้วปล่อยวาง แต่ด้วยจิตที่ยังมีสติไม่เข้มแข็งก็ยังคงถูกกิเลสตัณหาลากไปให้ผูกใจพยาบาทอยู่ ผู้ป่วยจึงต้องใช้วิธีการคิดบวกมองโลกในแง่ดี ซึ่งเป็นวิธีแบบสมถะปฏิบัติแล้วใจสบาย จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยข้อนี้สูง

ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ท่านแผ่เมตตาให้กับใครบางคนที่ท่านโกรธ ที่เป็นเช่นนี้อภิปรายว่าเพราะผู้ป่วยยังไม่เข้าใจเรื่องศีล สมาธิ ปัญญา จึงมีแต่อุปาทาน มีแต่ความยึดมั่น ถือมั่น คิลที่รักษาเป็นการทำเพื่อตนเอง รักตนเอง ให้ตนเองมีสุข ไม่ได้เป็นการฝึกฝนเพื่อให้เกิดปัญญาเพื่อไม่ให้มีเราว่าไม่ควรยึด ละความยึดถือ เพราะมีเรา เราจึงยังพยาบาทหากมีสติรู้ทันความหลงตัวนี้ว่าจิตยังยึดความโกรธ จนแผ่เมตตาไม่ได้ให้ไม่ได้ ถ้ามีสติก็จะเข้าใจและปล่อยวางกิเลสตัวนี้ได้

2). ผลการเปรียบเทียบการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช (วาลนมหาราณะ) ตำบลบ่อโพธิ์ อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยจำแนกตาม อายุ รายได้ ระดับการศึกษา และระดับน้ำตาลในเลือดต่างกันมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุต่างกัน มีการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากมนุษย์ในโลกนี้ ต่างก็ไม่มีสติเหมือนกันขึ้นชื่อว่ามนุษย์มีกิเลสเหมือนกันสอดคล้องกับแนวคิดของหลวงพ่อบราโมทโย ก่กล่าวไว้ในหนังสือประทีปส่องธรรม คำว่าจิตตื่นของหลวงพ่ จิตซึ่งรู้สึกตัวขึ้นมา รู้สึกกาย รู้สึกใจ คือความรู้สึกรู้สึกว่ามีอยู่ของกายในขณะนั้น รู้สึกความมีอยู่ของใจในขณะ

นั้น ไม่ไปหลงเพลิดเพลีนอยู่ในโลกของความคิด เพราะความคิดเพลีนๆนั้นคิดดีๆขึ้นมา มีความสุขคิดไม่ดีๆขึ้นมา มีความทุกข์ หลงไปอย่างนี้เรื่อยๆ ซึ่งมนุษย์ในโลกนี้ หากคนที่ตื่นมาอยากที่สุด เราตื่นแต่เฉพาะร่างกาย แต่จิตใจไม่ตื่น จิตหลงไปในโลกของความคิดฝันตลอดเวลา ความทุกข์ทั้งหลายและกิเลสทั้งหลาย เกิดตอนที่ใจหลงไปอยู่ในโลกของความคิด แต่ถ้าเรามีสติขึ้นมา เรามีความสุขหลุดขึ้นมาจากภายใน ความสุขมาเอง ไม่ต้องทำอะไรทันทีที่จิตหยุดความปรุงแต่ง จิตก็มีความสุขหลุดขึ้นมา จิตที่เป็นทุกข์อยู่ทุกวันนี้เป็นเพราะมันปรุงไม่เลิก หลงไปในโลก หลงไปในโลกแห่งความปรุงแต่ง เราจึงต้องหัดรู้สึกกาย รู้สึกใจจนสติมันเกิด พอจำสภาวะของรูปธรรม นามธรรมได้แม่นแล้ว สติก็จะเกิดทันที จิตจะตั้งมั่นขึ้นมาเป็นผู้รู้ ผู้ดู มีสัมมาสมาธิ ทุกสิ่งทุกอย่าง ไม่ว่าจะสุขหรือทุกข์ ไม่ว่าจะกุศลหรืออกุศลทั้งหลาย ล้วนเป็นของที่ผ่านมาแล้วผ่านไป ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุต่างกันจึงมีการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

2. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีการศึกษาต่างกัน มีการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองโดยรวม ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากความรู้ที่แท้จริงในทางพุทธศาสนา จะเกิดขึ้นหลังการปฏิบัติแล้วคือเป็นการฝึกจากภายในได้ผลแล้วเท่านั้น ไม่ได้อยู่ที่คุณวุฒิแบบทางโลก สติ คำเดียวถ้ารู้และก็สามารถดับทุกข์ได้ ทุกคนมีสติอยู่ในตัวแต่กลับไม่รู้จักรู้สติและไม่รู้จักพัฒนาสติขึ้นมาใช้เพื่อให้สำเร็จประโยชน์สูงสุดแก่ชีวิตตนเอง ดังนั้นความแตกต่างในการศึกษาในการเปรียบเทียบ ผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้สติ สอดคล้องกับแนวคิดของท่านพุทธทาสภิกขุว่ามนุษย์มีสติสัญชาตญาณการอยู่รอดเป็นสัญชาตญาณพื้นฐานเช่นเดียวกับสัตว์ทั้งหลาย สัญชาตญาณนี้เป็นสัญชาตญาณแม่บทที่สำคัญแห่งการอยู่รอดและสามารถทำอะไรได้ เพราะมีสติต่ำสุดคือในระดับธรรมชาติ แต่ระดับสติธรรมชาตินั้น ยังไม่พอที่จะป้องกันและกำจัดความทุกข์ให้แก่มนุษย์ และยังไม่พอเพียงที่จะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการเกิดมาเป็นมนุษย์ได้ และ



มนุษย์ต่างจากสัตว์ก็คือมนุษย์สามารถพัฒนาสติปัญญาอันนี้โดยระบบพัฒนาสติ ให้มีสติสูงขึ้นไปเพื่อชีวิตที่ดีกว่าจนกระทั่งดีที่สุดได้ และระบบพัฒนานั้นคือสติปัญญา 4 ในสติปัญญาสูตรคือ หัวใจการการฝึกเจริญสติอันประกอบไปด้วย กาย เวทนา จิต และธรรม เราจึงควรช่วยกันส่งเสริมให้ผู้ป่วย มีสติระดับวิปัสสนาญาณนำมาใช้ประโยชน์ในปัจจุบันได้ ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการศึกษาต่างกัน จึงมีการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

3. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีรายได้ต่างกัน มีการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นผู้มีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งได้รับบริการประกันสุขภาพฟรีจากบริการของรัฐบาลในหน่วยงานโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช (วาสนมหาเถระ) นครหลวง เป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยมีรายได้ต่อเดือนต่างกัน แต่ได้รับการรักษาที่เท่าๆกัน ทำให้อาการรักษาไม่แตกต่างกัน คุณค่าการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ดังนั้นความแตกต่างในด้านรายได้ในการเปรียบเทียบจึงไม่แตกต่างกัน

4. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่างกัน มีการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองโดยรวมแตกต่างกันซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้เป็นเพราะ ผู้มีสติย่อมได้รับความเป็นปกติสุขใครทำกรรมใดไว้อย่อมได้รับผลกรรมไม่ว่าดีหรือชั่ว น้ำตาลในเลือดจึงแตกต่างกันตามกำลังของสติของแต่ละคนที่จะสามารถนำไปปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับพรพิศ ศิริวิสูตร¹ ได้ศึกษาเกี่ยวกับสติและวิธีการพัฒนาสติเพื่อประยุกต์ใช้ในชีวิตรประจำวัน ผลการวิจัยพบว่าสติมีความสำคัญคือเป็นธรรมที่ทำให้ปัญญาเกิดและทำงานได้เต็มทีและสอดคล้องกับวิจัยของคำพอง สมศรีสุข¹⁰ เกี่ยวกับการอบรมฝึกปฏิบัติธรรมสร้างหลักธรรมเพื่อใช้ในชีวิตรประจำวันโดยการเจริญสติสัมปชัญญะ ผลการวิจัยพบว่า มีการรู้เท่าทัน ร้อยละ 52.44 การกระตุ้นเตือนตนเองให้ตัดสินใจต่อสถานการณ์

เฉพาะหน้าอย่างรอบคอบและระมัดระวัง ร้อยละ 84.66 การระลึกด้วยอยู่เสมอว่าตนทำสิ่งใด ร้อยละ 57.33 ได้คิดทบทวนในสถานการณ์ก่อนพูดแสดงออกด้านพฤติกรรมกระทำออกมาว่าเป็นสิ่งจำเป็นหรือไม่จะทำหรือไม่โดยเริ่มจากความคิด ดังนั้นการฝึกสติในชีวิตรประจำวันนี้ จะทำให้จิตมีการดำรงชีวิตที่มีประสิทธิภาพ มีคุณค่าในแต่ละวันมากขึ้น

ส่วนด้านจิตใจไม่แตกต่างกันอภิปรายได้ว่า ผลจากการทำวิจัยครั้งนี้สังเกตเห็นได้ว่าจะระดับคะแนนการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้ป่วยตามแบบสอบถามสูงเหมือนกัน เพราะข้อ 5 การหาหนังสือธรรมะอ่าน ฟังธรรมเมื่อรู้สึกเครียดหรือกังวล ข้อ 8 มีการทำจิตใจให้สว่างแจ่มใสอยู่เสมอ ข้อ 9 การทำบุญเป็นประจำ ข้อ 10 ทำานั่งสมาธิฝึกสติสติทุกวัน แสดงว่ามีการฝึกให้จิตมีสติอยู่ในระดับมากและได้นำมาใช้ในชีวิตประจำวัน จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความสามารถเรียนรู้กายใจตนเองอย่างธรรมชาติ มีสติระลึกที่ใจ และกายตนเองอยู่ในระดับสูงอย่างไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัยครั้งนี้

จากผลการทำวิจัยครั้งนี้ พบว่ามีข้อเสนอแนะที่สามารถเสนอแนะเป็นแนวทางการปฏิบัติกรรพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ดังนี้

1. ด้านอาหารและเครื่องดื่ม

พบว่าการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก ดังนั้นผู้ให้บริการควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระตุ้นความรู้สึกตัวเรื่องสติในการบริโภคมากๆ และควรเน้นระบบการให้บริการผู้ป่วยโดยนำธรรมะ เรื่องสติในชีวิตประจำวันมาใช้กับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยนำสิ่งดีจากพระสงฆ์ที่ต้องพิจารณาก่อนเสพยา ดังพระสูตร ในพระไตรปิฎกที่ว่าด้วย โภชนมัตตัญญุดา ก็จะช่วยให้ความความโลภในการบริโภคลดลง

ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมาก คือทำางดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และเครื่องดื่มชูกำลัง ควรรักษาและพัฒนาต่อไปโดยให้เน้นความรู้เฉพาะเรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานว่าอาหารและเครื่องดื่มกลุ่มใดบ้างควรงด อาหารกลุ่มใดควรจำกัดใน



การกิน อาหารกลุ่มใดกินได้โดยไม่จำกัด และควรสอนหลักธรรมเรื่องโภชนาการที่ถูกต้องให้ผู้ป่วยภಾವนาเพื่อให้มีสติในการบริโภคให้มากที่สุด

ข้อที่มีค่าเฉลี่ยปานกลาง คือท่านงดรับประทานอาหารไขมัน เช่น ของทอด ของมัน ขาหมู หมูสามชั้น อาหารหรือ ขนมที่ใส่กะทิ ซึ่งผู้ให้บริการควรปรับปรุงและพัฒนาโดยสอนให้ผู้ป่วยรู้จักจำกัลดน้ำตาลในอาหารแต่ละชนิดมีที่ซ่อน เพื่อจำกัดน้ำตาลที่ควรบริโภคไม่ควรเกิน 6 ช้อนชา/วัน และปรับความเห็นถูกมีปัญญาทางธรรมควบคู่ในการตัดสินใจให้มีสติในการบริโภคมากขึ้น

2. ด้านการออกกำลังกาย

พบว่าการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นผู้ให้บริการควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย มีวัฒนธรรมร่วมออกกำลังกายกับผู้ป่วยทุกวัน เพื่อเป็นตัวช่วยแก่ผู้ป่วยให้เห็นความสำคัญที่จะต้องเคลื่อนไหวร่างกาย ช่วยการทำงานของหัวใจช่วยให้โลหิตไหลเวียนเลี้ยงสมอง และอวัยวะส่วนปลายมากขึ้น

ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมาก คือท่านดื่มน้ำในปริมาณที่เพียงพอทั้งก่อนและหลังออกกำลังกาย ผู้ให้บริการควรรักษาและพัฒนาโดยให้ผู้ป่วยเข้าใจลักษณะ อาการของโรคเบาหวาน มักขาดน้ำเพราะอาการของโรคทำให้ปัสสาวะบ่อย จึงกระหายน้ำมาก และการออกกำลังกายจะทำให้สูญเสียเหงื่อ ทำให้ขาดน้ำมากขึ้น และสอนให้ผู้ป่วยเข้าใจการรักษาสมดุลของร่างกายโดยให้ดื่มน้ำพอเพียงกับที่ร่างกายสูญเสียไป ส่งเสริมความรู้ให้มากที่สุด

ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุด คือท่านออกกำลังกายในเวลาเย็นเสมอ ผู้ให้บริการควรปรับปรุงและพัฒนาให้มากขึ้นโดยให้ความรู้ที่ถูกต้อง ถูกวิธี มีประสิทธิภาพของการออกกำลังกายที่แท้จริง และปรับความเข้าใจผิดเรื่องการออกกำลังกาย กับการทำงานให้ผลต่างกัน ตลอดจนใช้หลักธรรมเรื่องอิทธิบาท 4 เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการใคร่ครวญในธรรมควบคู่กับการบริหารร่างกายต่อไป

3. ด้านการใช้ยา

พบว่าการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก ดังนั้นผู้ให้บริการควรเน้นให้ผู้ป่วยรู้ว่าหน้าที่ของผู้ป่วยต้องมีจิตใจตั้งมั่น กับการรักษาของแพทย์โดยเฉพาะการใช้ยาให้ถูกต้องโดยให้ทราบเสมอว่ายา มีทั้งคุณและโทษหากใช้ยาไม่ถูก ก็รักษาไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร

ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือท่านรู้อยู่เสมอว่าต้องใช้ยาตรงเวลา ควรรักษามาตรฐานบริการก่อนกลับบ้านของโรงพยาบาลไว้โดยอธิบายการใช้ยาแก่ผู้ป่วยทุกครั้งที่มาใช้บริการ พยาบาลควรประเมินความเข้าใจการใช้ยาก่อนกลับบ้าน และซักถามปัญหาของการใช้ยา การแพ้ยาทุกครั้งที่ทำให้บริการ

ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ท่านพกลูกอมหรือของหวานติดตัวประจำ ผู้ให้บริการควรปรับปรุงและพัฒนาให้มากขึ้นโดยเน้นให้ผู้ป่วยเบาหวานทุกคนต้องปฏิบัติตัวต่อการเป็นโรคเบาหวานด้วยการพกสมุดประจำตัวโรคเบาหวาน และของหวานติดตัวเสมอ ควรมีการจัดโปรแกรมการสอนการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ทุกราย และน้อมนำหลักธรรมแม่คำสอนก่อนปรีณิพพานพระพุทธองค์ทรงเตือนให้เฝ้าระวังเรื่องการวางตนให้เป็นผู้ไม่ประมาทในชีวิต การไม่มีสติก็เปรียบเสมือนผู้ที่ตายไปแล้วฉนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดสังวรณั ระวังในคราวต่อไป

4. ด้านจิตใจ

พบว่าการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก ดังนั้นผู้ให้บริการควรเป็นผู้ให้อย่างมีสติ เพราะการเจริญสติในชีวิตประจำวันตามแนวมหาสติปัฏฐานสูตร เพิ่มสุขภาวะทางจิตใจทั้งด้านคุณลักษณะและสมรรถนะทางจิต เป็นประโยชน์ในการส่งเสริมจริยธรรมในบุคลากรเพื่อให้บริการอย่างผู้รู้เท่าทัน รู้จักตนเอง รู้จักคนอื่น รู้จักกิเลสตน รู้จักธรรมชาติผู้ป่วยก็จะทำให้บริการที่ให้ไปมีสติ มีหัวใจบริการของความเป็นมนุษย์ ผู้ป่วยก็จะมีจิตใจที่เป็นศรัทธาต่อผู้ให้บริการ ชวนให้ผู้ป่วยมีสติตามควบคุมตนเองได้สำรวจระวาง กาย ใจ ปล่อยวาง



อารมณ์ ส่งผลให้ควบคุมพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ และควรมีโอกาสให้เจ้าหน้าที่ได้มีเวลาปฏิบัติธรรม ชำระจิตใจ ฝึกการมีสติ ชวนกันเจริญสติเจริญในธรรมทั้งผู้ให้และผู้รับบริการมากยิ่งขึ้น

ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมาก คือท่านพยายามมองโลกในแง่ดีอยู่เสมอ ผู้ให้บริการควรรักษาและพัฒนาต่อไปให้มากที่สุดโดยให้เจ้าหน้าที่ได้ปฏิบัติธรรมฝึกสติในการปฏิบัติงาน น้อมนำหลักธรรมพรหมวิหาร 4 มาใช้ในงานบริการ และผสมผสานแนวการรักษาวิถีพุทธมาใช้ในการรักษาผู้ป่วย

ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือท่านแผ่เมตตาให้กับใครบางคนที่ท่านโกรธ ผู้ให้บริการควรปรับปรุงและพัฒนาให้มากขึ้นโดยการชวนผู้ให้และผู้รับบริการสวดมนต์ก่อนปฏิบัติงานและฝึกแผ่เมตตาให้แก่สรรพสัตว์ทั้งหลาย ฝึกใจละความหวั่นความพยายาบาทที่มีอยู่ในใจ และชวนกันเจริญในธรรมมีสติในชีวิตประจำวัน ไม่ตกเป็นทาสของอารมณ์

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัย

จากผลการวิจัยเรื่อง การประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช (วาสนมหาเถระ) อยุธยา ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการวิจัยเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับการใช้สติเป็นเครื่องมือในการบำบัดรักษา ที่ผ่านมายังมีข้อจำกัดเรื่องเวลาในการฝึก เวลาในการให้ความหมายความเข้าใจเรื่องสติไม่เด่นชัดในผู้ป่วย เพราะสัมผัสสติที่แท้จริงต้องมีการฝึกฝนจนชำนาญจึงจะสามารถนำไปใช้งานได้ดี จึงจำเป็นที่จะต้องมีการทำวิจัยที่รัดกุม เพื่อยืนยันถึงผลจริงของการนำสติและการประยุกต์ใช้สติในการรักษาต่อไป เพื่อการวิจัยในอนาคต ดังนี้

1) ควรทำการศึกษาวิจัยเรื่องการใช้สติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดทุก 1 เดือนและติดตามผลน้ำตาลในเลือดควบคู่ไปกับการใช้สติในชีวิตประจำวันในการรักษาโรค เพราะมีข้อจำกัดเวลาในการฝึกสติผู้ป่วยบางคนยังไม่ชัดเจน เรื่องการรู้สึก

ตัว ต้องมีการฝึกฝนบ่อยๆจนชำนาญ เพื่อให้สามารถนำผลการศึกษามาเป็นแบบแผนเรื่องการดูแลผู้ป่วยโดยการใช้สติร่วมการรักษาของวงการแพทย์ต่อไป

2) ควรศึกษาเรื่องการฝึกสติในชีวิตประจำวันของผู้ให้บริการเพื่อเป็นแนวการปฏิบัติงานตามแนวพุทธของการบริการผู้ป่วยเพราะผลการศึกษาวเคราะห์ จะสามารถนำมาเตรียมบุคลากรที่ดีมีสติและปัญญา มีความฉลาดรู้ทันว่าเขาพูดอย่างนี้ ก็เลศตัวไหนครอบงำอยู่ รู้จักตนเองก็รู้จักผู้อื่นเช่นกันซึ่งมีผลต่อการรักษาโรคทางกายและใจที่ต้องสัมพันธ์กันต่อผู้รับบริการต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. พรพิศ ศิริวิสูตร. ศึกษาเกี่ยวกับสติและวิธีการพัฒนาเพื่อประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน (วิทยานิพนธ์ศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมกุฏราชวิทยาลัย; 2545.
2. Orem.D.E, Nursing Concept of Practice. 3 ed.New Your:Graw-Hill; 1985.
3. ชูจิตร์ เปล่งวิทยา, การวิจัยสถานการณ์การปัญหาโรคเบาหวาน. หน่วยวิชาการศูนย์อนามัยที่ 9.พิษณุโลก; 2531.
4. มหามกุฏราชวิทยาลัย, พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย เล่มที่ 12. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหามกุฏราชวิทยาลัย; 2525.
5. กัลยา วานิชปัญษา. การใช้ SPSS FOR WINDOWS ในการวิเคราะห์ข้อมูล. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาสถิติ คณะพาณิชยศาสตร์และบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
6. พระวันดี สุวฑฒโน (จันท). สติในคำสอนของพระพุทธศาสนา (วิทยานิพนธ์พุทธศาสตร์มหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย : มหามกุฏราชวิทยาลัย; 2549.
7. อัศร ศุภเศรษฐี, พุทธวิถีการบำบัดความผิดปกติของชีวิต. สถาบันวิจัยธรรมสภา; 2548.



8. สุภีร์ ทุมทอง.การปฏิบัติในชีวิตประจำวัน. พิมพ์ครั้งที่ 1.สมุทรปราการ:ก๊อนเมฆแอนด์ก๊อนกันย์กรุ๊ป; 2551.
9. พระปราโมทย์ ปราโมชโช, ทางสายเอก.พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ธรรมดา; 2549. หน้า 217.
10. คำพอง สมศรีสุข .การอบรมฝึกปฏิบัติธรรมสร้างหลักธรรมเพื่อใช้ในชีวิตประจำวันโดยการเจริญ สติสัมปชัญญะ.(วิทยานิพนธ์พุทธศาสตร์มหาบัณฑิต).บัณฑิตวิทยาลัย : มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย; 2552.



การประยุกต์ใช้หลักการของลินเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลระยอง

ธนิดา ฉิมวงษ์*

จิราพร นิลสุ**

นภาพร วาณิชกุล***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาระยะที่ 1 ของการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการรักษาพยาบาล ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลระยอง และศึกษาสถานการณ์การจัดบริการรักษาพยาบาล ในคลินิกเบาหวาน โดยใช้กรอบแนวคิดการเพิ่มคุณภาพการดูแลด้วยหลักการของลิน ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2556 – 30 ธันวาคม 2556 ใช้วิธีการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยย้อนหลัง และสังเกตกระบวนการรักษาพยาบาลในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลระยอง ผ่านการตามรอยการดูแลผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 31 คน ด้วยเครื่องมือสังเกตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และวิเคราะห์กระบวนการดูแลตามกรอบแนวคิดลิน

ผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลระยองส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุร้อยละ 49.8 มาทำการรักษาต่อเนื่องคือเป็นรายเก้าร้อยละ 82.5 ส่วนใหญ่มีปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดคือมีค่า HbA1C > 7% ร้อยละ 53.9 และมีโรคร่วมร้อยละ 69.94 ผลการศึกษาสถานการณ์การจัดบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลระยอง พบว่าคุณค่าสำคัญในงานถูกใช้เวลาน้อย คือ การมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีให้บริการในคลินิก ที่สามารถประเมินและช่วยจัดการแก้ไขปัญหาลักษณะที่มีความซับซ้อน ส่วนกิจกรรมที่เป็นความสูญเสีย พบความสูญเสียเปล่าทั้ง 7 ประการที่ทำให้ผู้ป่วยใช้เวลามาก ได้แก่ ความสูญเสียเปล่านี้อาจมาจากการทำงานซ้ำซ้อน การเคลื่อนย้ายงานที่ไม่จำเป็น การแก้ไขข้อผิดพลาด การรอคอย การทำงานไม่ทัน การเก็บงานไว้ทำและการเคลื่อนไหวที่ไม่จำเป็นของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งผลการศึกษาลักษณะผู้ป่วยและการวิเคราะห์สถานการณ์เหล่านี้ทำให้เห็นความจำเป็นและมีข้อมูลพื้นฐานที่ต้องจัดการคุณภาพของระบบบริการให้เหมาะสมและมีคุณค่า และด้วยกรอบแนวคิดลินผู้วิจัยสามารถพัฒนารูปแบบบริการให้มีความกระชับ ทรงคุณค่า และเหมาะสมกับบริบทขององค์กรได้

คำสำคัญ : หลักการลิน การพัฒนาคุณภาพ คลินิกเบาหวาน

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลระยอง

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลระยอง

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



Applying the LEAN Concept for Quality Improvement in the Diabetic Clinic of Rayong Hospital

*Tanita Chimwong**

*Jiraporn Nilsu***

*Napaporn Wanitkun****

Abstract

This article is the first phase of the developmental research study aiming at identifying characteristics of diabetes mellitus (DM) patients in the Diabetic clinic at Rayong Hospital and evaluating service process and situations of DM clinic based on the LEAN quality improvement approach. Data collection was conducted from 1 September to 30 December of 2013 by reviewing retrospective medical records and non-participatory observation of the services. The LEAN concept was applied as an observation tool for tracking care and services provided to the sample. Validity of the instrument was approved by 3 clinical experts. Simple random sampling was used to recruit 31 patients. Descriptive statistics were used to analyze quantitative data and the LEAN concept was used for situational data analysis.

The findings revealed that most of the patients attending the DM clinic were elderly (49.8%), follow up patients (82.5%), unable to control their blood sugar levels by HbA1C value above 7 (53.9%), and having co-morbidities and complications (69.94%). Situational analysis found that not much time was spent on crucial work through nursing case managers who could assess and solve complicated problems. There were 7 time wasting activities including repetitive tasks, unnecessary moving, fixing errors, waiting, not finishing work on time, piling up of work, and unnecessary movement of personnel. The findings about patient characteristics and situation analysis provide a necessary database to improve the service quality of the DM clinic at Rayong Hospital. The LEAN concept can be applied to improve nursing services appropriate to the context of the organization.

Keywords : The LEAN concept, Quality improvement, Diabetic Clinic

* Registered Nurse (Senior Professional level), Rayong Hospital

** Registered Nurse (Professional level), Rayong Hospital

*** Assistant Professor Dr., Faculty of Nursing, Mahidol University



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ทุกประเทศในโลกกำลังเผชิญกับปัญหาความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ ข้อมูลจากสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation : IDF) ระบุว่า ความชุกของโรคเบาหวานติดอันดับหนึ่งในสิบอัตราป่วยของประชากรในปี 2012 โดยพบผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกมีมากกว่า 366 ล้านคน และคาดว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า คือ ในปี 2032 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 552 ล้านคน¹ สอดคล้องกับการศึกษาใน 91 ประเทศที่คาดว่าในปี 2030 ประเทศที่กำลังพัฒนาจะมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 69 และประเทศที่พัฒนาแล้วจะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นร้อยละ 20² สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลการสำรวจสภาวะสุขภาพคนไทย ปี 2552 พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานร้อยละ 6.9³ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโรคเบาหวานยังคงเป็นปัญหาสุขภาพสำหรับคนไทยเช่นกัน

โรคเบาหวานเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด จำเป็นต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติตลอดชีวิต จึงเป็นภาระการดูแลตนเองอย่างมากสำหรับผู้ป่วยทุกคน นอกจากนั้นหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จะส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทั้งภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน เช่น เกิดภาวะช็อกจากน้ำตาลในเลือดสูงฉับพลันที่ก่อให้เกิดอันตรายอย่างรุนแรงและเสียชีวิต หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น การเกิดบาดแผลที่เท้า เป็นต้น⁴ จากการศึกษาของเครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (CRCN) ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร ปี 2553 จำนวน 23,433 คน พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีปัญหการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คือมีระดับ HbA1C > 7% ถึงร้อยละ 58.4 และในปี พ.ศ. 2554 พบร้อยละ 64.4 เพิ่มขึ้นจากปีก่อนร้อยละ 11.1 ซึ่งในผู้ป่วยที่มีระดับ HbA1C >7% จะเริ่มนับเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้ไม่ดี และส่วนใหญ่จะได้รับการ

วินิจฉัยมากกว่า 1 โรค⁴ การมีโรคร่วมทำให้โรคเบาหวานมีความรุนแรงมากขึ้น และส่งผลกระทบต่อ การควบคุมโรค ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ามีผู้ป่วยเบาหวานมากกว่าร้อยละ 60 กำลังเผชิญหรือมีแนวโน้มที่จะต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อน⁵⁻⁹ ที่ส่งผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัว ตลอดจนภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา

เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่สำคัญคือการชะลอหรือป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด ซึ่งต้องพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประเด็น ทั้งจากอายุ โรคร่วมและการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เมื่อพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคเบาหวานจะพบว่า แม้โรคเบาหวานจะเกิดขึ้นได้ในทุกอายุ แต่การศึกษาในประเทศไทยพบความชุกของผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 35 ปีสูงถึงร้อยละ 9.6¹⁰ และยังพบว่า ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ยากขึ้น¹¹

นอกจากปัจจัยเรื่องอายุที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า ทั้งความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวาน และการสนับสนุนทางสังคม¹¹ ล้วนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลดีขึ้น¹² ดังนั้นจึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง และได้รับการสนับสนุนจากทีมบุคลากรสุขภาพในการช่วยประเมินความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ประเมินปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาล เสริมสร้างแรงจูงใจ เสริมพลังและให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองเพื่อลดความรุนแรงของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ความพิการ ลดการนอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ลดการเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร และลดภาระค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมจากปัญหาโรคดังกล่าวได้



คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลระยอง มีผู้มารับบริการ ใน ปี พ.ศ. 2554 – 2555 จำนวน 2,912 และ 2,536 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้พบว่าสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1c <7%) ร้อยละ 39.3 และ 49.5 ตามลำดับ มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง HbA1c >7% ร้อยละ 60.7 และ 50.5 มีภาวะแทรกซ้อน เรื่องแผลที่เท้าและถูกตัดเท้า ร้อยละ 0.13 และ 0.12 ตามลำดับ อัตราการรับรักษาไว้ในโรงพยาบาลด้วยภาวะควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ร้อยละ 1.21 และ 1.3 ตามลำดับ¹³ ปัจจุบันมีผู้ป่วยรับบริการที่คลินิกเบาหวานเฉลี่ย 50-55 รายต่อวัน โดยให้บริการทุกวันจันทร์-ศุกร์ เวลาราชการ 08.00 – 12.00 น. ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า อัตราที่ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายยังมีจำนวนค่อนข้างสูง และมีผู้ป่วยที่มีปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและมีภาวะแทรกซ้อนจำนวนมาก แม้ว่าในปี พ.ศ. 2554 ได้มีการเริ่มจัดระบบนัดตรวจคลินิกและแพทย์เฉพาะทางตามภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการที่รวดเร็ว เหมาะสมกับโรค และในปีเดียวกันได้ส่งพยาบาลคลินิกเบาหวานเข้าอบรมหลักสูตรผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงซึ่งจะเห็นว่าการควบคุมโรคในปี พ.ศ. 2555 ดีขึ้น แต่ยังไม่มีความสำเร็จที่ชัดเจนเพียงพอ

เมื่อทบทวนปัญหาการให้บริการในคลินิกเบาหวาน พบว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการที่คลินิกยังคงมีมาก และส่วนใหญ่เป็นกลุ่มมีปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และกลุ่มที่ภาวะแทรกซ้อน มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเพียง 1 คน ซึ่งต้องให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่ควบคุมได้ดีและกลุ่มโรคที่ซับซ้อนในเวลาเดียวกัน ส่งผลให้มีความแออัดของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการ ระยะเวลารอคอยนาน กระบวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ซับซ้อนหรือกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ดี ไม่สามารถทำได้ครอบคลุม รวมทั้งพบว่าผลการสำรวจความพึงพอใจผู้ใช้บริการในคลินิกเบาหวานมีระดับความ

พึงพอใจลดลงอย่างชัดเจน ปี พ.ศ. 2555 จากระดับมากเป็นระดับปานกลางใน ปี พ.ศ. 2556 ที่เกิดจากกระบวนการให้บริการที่ล่าช้า ระยะเวลาในการให้คำแนะนำลดลง ระยะเวลาการคอยในการตรวจรักษานานขึ้น สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้วิจัยเห็นความจำเป็นที่ต้องพัฒนาระบบบริการในคลินิกเบาหวาน และพิจารณาใช้ประโยชน์จากแนวคิดสลินในการจัดการเวลา โดยมีการยืนยันจากงานวิจัยจำนวนมากว่าแนวคิดสลิน มีหลักการและวิธีการที่จะช่วยเพิ่มคุณภาพให้กับงานบริการในระบบบริการสุขภาพได้ในการศึกษาเพื่อหาแนวทางลดเวลาเข้ารับบริการในคลินิก ทันตกรรมพิเศษ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยกระบวนการเชิงทดลอง สามารถลดเวลาการรอรับบริการได้ถึงร้อยละ 36.3¹⁴ นอกจากนั้นในโรงพยาบาลหลายแห่ง ยังได้รับผลประโยชน์จากแนวคิดสลินทั้งเรื่องผลกำไร¹⁵ เพิ่มความพึงพอใจให้บุคลากรพยาบาล และช่วยเพิ่มอัตราการคงอยู่ในโรงพยาบาล¹⁶

สลิน (LEAN) เป็นทั้งแนวคิดและเครื่องมือที่ใช้ในการบริหารจัดการกระบวนการทำงานเพื่อลดความสูญเปล่าที่เกิดขึ้นในทุกกระบวนการ Womack & Jones¹⁷ อธิบายแนวคิดของสลินว่ามีหลักการสำคัญ 5 ประการคือ 1) การระบุส่วนที่มีคุณค่าของกระบวนการ (Value) 2) การกำหนดสายธารแห่งคุณค่าทุกขั้นตอน (Value stream) 3) การสร้างทิศทางให้กิจกรรมดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง (Flow) 4) การใช้ระบบการดึงคุณค่า (Pull system) 5) การสร้างความสมบูรณ์แบบ (Pursue perfection) ด้วยหลักการดังกล่าว สลิน จึงเป็นแนวคิดที่ช่วยกำจัดความสูญเปล่าที่ต่อเนื่องและเมื่อใช้เป็นแนวคิดในการสร้างรูปแบบหรือพัฒนากระบวนการทำงาน ช่วยสร้างความสมบูรณ์แบบที่ต่อเนื่องและยั่งยืน การนำแนวคิดสลินมาใช้ในงานวิจัยนี้ใช้เป็นกรอบทฤษฎีเพื่อทำความเข้าใจกับสถานการณ์การปฏิบัติงาน โดยประยุกต์การวิเคราะห์ความสูญเปล่าในขั้นตอนการกำหนดสายธารแห่งคุณค่าของงานบริการ โดยจะศึกษากิจกรรมทั้งในส่วนที่ทำให้เกิดคุณค่าและกิจกรรมที่ไม่เกิดคุณค่าและเป็นความสูญเปล่า



7 ประการ คือ จากการรอคอย การเคลื่อนย้ายงานที่ไม่จำเป็น การทำงานซ้ำซ้อน การแก้ไขข้อผิดพลาด การเก็บงานไว้ทำ การเคลื่อนไหวที่ไม่จำเป็น และการทำงานที่มากเกินไป เพื่อนำไปสู่การจัดการความสูญเปล่าให้มีประสิทธิภาพต่อไป ซึ่งการนำกระบวนการของลีนมาใช้ในการปรับระบบบริการสาธารณสุขก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งในการลดภาระการทำงานของเจ้าหน้าที่ ลดระยะเวลาการรอคอย ลดค่าใช้จ่าย เพิ่มความพึงพอใจของผู้ใช้บริการรวมทั้งผู้ให้บริการ ไม่เกิดความเครียดในการทำงานเนื่องจากการมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงระบบบริการ¹⁸⁻²⁰

เพื่อแก้ปัญหาและพัฒนากระบวนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลระยอง ผู้วิจัยจึงออกแบบการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลโดยมุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและจัดการแก้ไขปัญหาลดความเสี่ยงที่ตรงจุดที่ใช้แนวคิดลีน ที่เป็นแนวคิดและเครื่องมือที่เหมาะสมในการส่งเสริมความสำเร็จที่สำคัญในการบริหารการเปลี่ยนแปลง และช่วยให้การทำงานเข้าใจกระบวนการทำงานมีความชัดเจน การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1) การประเมินลักษณะผู้ป่วยที่มารับบริการและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลระยอง ระยะที่ 2) การพัฒนารูปแบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มาตรวจในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลระยอง และระยะที่ 3) การนำรูปแบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มาตรวจในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลระยองไปใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการรักษาพยาบาลทั้งในเรื่องการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การจัดการภาวะแทรกซ้อน ความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานและการลดระยะเวลาที่ไม่มีคุณค่าในการให้บริการในคลินิกเบาหวาน

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในระยะที่ 1 เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานของ

คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลระยอง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลระยองให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการรักษาพยาบาลในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลระยอง
2. เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดบริการรักษาพยาบาลในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลระยอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในระยะที่ 1 ของการวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลระยอง ดำเนินการศึกษาระหว่าง วันที่ 1 กันยายน 2556 – 30 ธันวาคม 2556

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการรักษาพยาบาลในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลระยอง

เก็บข้อมูลเพื่อศึกษาลักษณะผู้ป่วยเบาหวานจากกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในปี พ.ศ. 2556 และเพื่อความเข้าใจระบบบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลระยอง ใช้การศึกษากิจการกรมการให้บริการการดูแลผู้ป่วยจากพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ นักสุขศึกษา นักโภชนาการ เจ้าหน้าที่ทันตภิบาล เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลและพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวนทั้งสิ้น 12 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการตามรอยการดูแลในการศึกษาสถานการณ์การจัดบริการรักษาพยาบาลในคลินิกเบาหวาน เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการรักษาพยาบาลในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลระยอง ระหว่าง วันที่ 1 กันยายน 2556 – 30 ธันวาคม 2556



การคำนวณและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ตามคำแนะนำ การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Hertzog²¹ ที่เสนอว่าการวิจัยนัรรงควรมีกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 30 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มอย่างง่าย โดยเลือกสุ่มวันเก็บข้อมูลในผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลระยอง ทั้งกลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้และกลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในเดือนตุลาคม 2556 และเพิ่มจำนวนป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 รวมเป็นขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 33 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีจำนวน 2 ชุด ได้แก่

1) แบบบันทึกการทบทวนเวชระเบียนเพื่อศึกษาลักษณะผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลระยอง ประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประเภทการมารับบริการ อาชีพ สิทธิการรักษา ชนิดของโรคเบาหวาน โรคที่พบร่วม การควบคุมน้ำตาลในเลือดและภาวะแทรกซ้อนที่พบ

2) แบบสังเกตขั้นตอนการบริการของคลินิกเบาหวาน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิด สิ้นและการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ใช้บริการในเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ สิทธิการรักษา การวินิจฉัยโรคและระดับการควบคุมระดับน้ำตาล เป็นกลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลได้ (HbA1C <7%) กลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ปานกลาง (HbA1C 7-8%) กลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (HbA1C >8%)

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสังเกตกระบวนการให้บริการในคลินิกโดยการบันทึก จำนวนและลักษณะคลินิกที่เข้ารับบริการ รวมทั้งเวลาที่ใช้ในแต่ละจุดบริการ

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสังเกตรายละเอียดของ

กิจกรรมตลอดกระบวนการรักษาพยาบาลทั้งในขั้นตอนการซักประวัติ การดูแลของพยาบาล การเข้ารับบริการห้องยา การรับฟังการให้ความรู้เบื้องต้น

เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ปรับแก้ตามข้อเสนอนแนะของผู้ทรงคุณวุฒิในเรื่อง ครอบคลุมกระบวนการและความชัดเจนในการบันทึกข้อมูล จากนั้นนำไปทดลองใช้เก็บข้อมูลผู้ป่วยในคลินิกเบาหวานจำนวน 9 คน เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ในการสังเกตและบันทึกข้อมูลในแต่ละกิจกรรมและช่วงเวลา การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองประเด็นจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพัฒนางานวิจัยโรงพยาบาลระยอง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ใน 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

1.1 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 3 คน โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอื่นที่ไม่ใช่แผนกผู้ป่วยนอกเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนัดประชุมเพื่อชี้แจงและทำความเข้าใจวัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย กิจกรรมที่ต้องดำเนินการรวมทั้งกิจกรรมที่ต้องสังเกตและบันทึก

1.2 ผู้วิจัยร่วมกับผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลร่วมกัน 1 ครั้งก่อนเก็บข้อมูลจริง พร้อมทั้งร่วมกันทำความเข้าใจกิจกรรมที่ต้องบันทึกให้ตรงกัน

ขั้นตอนที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 การเตรียมเก็บข้อมูล หลังจากผ่านการพิจารณาและรับรองประเด็นจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากกรรมการพัฒนางานวิจัยโรงพยาบาลระยองแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลระยองเพื่อดำเนินการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยได้เข้าพบและทำความเข้าใจ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายขั้นตอนการดำเนินงานให้กับพยาบาลและผู้เกี่ยวข้องในระบบบริการผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลระยอง รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและสามารถแสดงความคิดเห็นรวมทั้งพิทักษ์สิทธิในเรื่องความเป็นส่วนตัว ความปลอดภัย



และการที่สามารถออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา

2.2 ผู้วิจัยศึกษาลักษณะผู้ป่วยจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลระยอง ทั้งหมดในปี พ.ศ. 2556 ในเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา ประเภทการมารับบริการ อาชีพ สิทธิการรักษา ชนิดของโรคเบาหวาน โรคที่พบร่วม การควบคุมน้ำตาลในเลือดและภาวะแทรกซ้อนที่พบ

2.3 ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลระยอง โดยใช้วิธีตามรอย (tracer) การให้บริการผู้ป่วยแต่ละคนที่มารับบริการ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสังเกตที่คลินิกเบาหวานและหน่วยบริการอื่นๆที่เกี่ยวข้องระหว่างชั่วโมงการให้บริการตั้งแต่ 07.30-14.00 น. มีขั้นตอนดังนี้

2.3.1 ผู้ช่วยวิจัยเข้าทำการเก็บข้อมูลในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลระยอง ตามวันที่สุ่มเลือกไว้ล่วงหน้าโดยเข้าแนะนำตัวกับผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิก และดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดไว้ในการแสดงความยินยอมของผู้ป่วย

2.3.2 เมื่อได้รับความยินยอม ผู้ช่วยวิจัยจะเริ่มตามรอย สังเกตลักษณะการให้บริการในแต่ละหน่วยบริการ บันทึกเวลาที่ใช้ บันทึกเส้นทางการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ บันทึกกิจกรรมการดูแลรักษาพยาบาล รวมทั้งบันทึกบรรยากาศการให้บริการผู้ป่วยอื่นๆ

2.3.3 กระบวนการสังเกต ใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมด้วยเครื่องมือสังเกตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยไม่มีการแสดงความคิดเห็นส่วนตัวในการบันทึก ทำการบันทึกช่วงเวลาและกิจกรรมการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ในแต่ละขั้นตอนการให้บริการการตรวจรักษาพยาบาล ตั้งแต่เริ่มลงทะเบียนการรับบริการ การประเมินอาการ การตรวจรักษาพยาบาล ทำการสังเกตและบันทึกกิจกรรมในแต่ละขั้นตอน รวมทั้งบันทึกระยะเวลาและกิจกรรมที่มีการส่งต่อผู้ป่วยจากจุดบริการหนึ่งสู่จุดบริการต่อไป เช่น จากห้องตรวจเอกซเรย์ไปห้องตรวจคลื่นไฟฟ้า

หัวใจ เป็นต้น

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยมาตรฐาน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.2 วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ด้วยการวิเคราะห์โครงสร้างการบริการ และวิเคราะห์กระบวนการทำงานโดยใช้หลักการวิเคราะห์คุณค่า กระบวนการทำงานโดยใช้หลักการวิเคราะห์คุณค่า

1. ผู้วิจัยนำแบบบันทึกการสังเกตจากผู้ช่วยวิจัยทุกคนมาจัดการข้อมูล โดยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบบันทึกการสังเกตและเลือกแบบบันทึกที่ข้อมูลไม่ครบถ้วนออก คงเหลือแบบบันทึกการสังเกตการรับบริการตรวจติดตามโรค ณ คลินิกเบาหวานที่ข้อมูลมีความสมบูรณ์พร้อม ทำการวิเคราะห์จำนวน 31 ราย

2. ผู้วิจัยอ่านทำความเข้าใจข้อมูลสถานการณ์และอ่านทบทวนอีกครั้งก่อนจัดกลุ่มกิจกรรมตามขั้นตอนการเข้ารับบริการของผู้ป่วย (Patient Flow Analysis) ซึ่งแตกต่างกัน จากการบันทึกการสังเกตผู้ป่วยแต่ละคน และสรุปเป็นลักษณะการให้บริการรวมทั้งเวลาที่ใช้ไปในการให้บริการผู้ป่วยทั้งเวลาที่ใช้น้อยที่สุด มากที่สุดและเวลาเฉลี่ยในแต่ละขั้นตอนของการบริการ

3. ผู้วิจัยวิเคราะห์การใช้แหล่งประโยชน์ในคลินิกทั้งในเชิงโครงสร้าง สถานที่และบุคลากรวิเคราะห์บทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีและบทบาทของบุคลากรสุขภาพที่ทำหน้าที่ในส่วนที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์กิจกรรมที่มีคุณค่าและกิจกรรมที่เป็นความสูญเสียไปตามกรอบแนวคิดสิน จากกิจกรรมต่างๆที่เกิดขึ้นในคลินิก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผลการศึกษาลักษณะผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลระยอง



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ประเภทการมารับบริการ อาชีพ สิทธิการรักษา และชนิดของโรคเบาหวาน (N = 3,273)

ลักษณะผู้ป่วยเบาหวาน	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	1,168	35.7
หญิง	2,105	64.3
อายุ		
ต่ำกว่า 15 ปี	3	0.1
15 – 60 ปี	1,640	50.1
60 ปีขึ้นไป	1,630	49.8
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	170	5.2
ประถมศึกษา	2,520	77.0
มัธยมศึกษา	357	10.9
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	101	3.1
ปริญญาตรี	111	3.4
สูงกว่าปริญญาตรี	13	0.4
ประเภทการมารับบริการ		
รายใหม่/ย้ายจากที่อื่น	573	17.5
รายเก่า	2,700	82.5
อาชีพ		
งานบ้าน	1,276	39.0
รับจ้าง	1,093	33.4
ค้าขาย	478	14.6
เกษตรกรรม	314	9.6
นักบวช	27	0.8
นักเรียน นักศึกษา	85	2.6
สิทธิการรักษา		
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขต	2,065	63.1
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านอกเขต	284	8.7
ประกันสังคม	505	15.4
ข้าราชการ	419	12.8
ชนิดของโรคเบาหวาน		
เบาหวาน ชนิดที่ 1	59	1.8
เบาหวาน ชนิดที่ 2	3,214	98.2



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในคลินิกเบาหวานจำแนกตามการมีโรคร่วม การควบคุมน้ำตาลในเลือด และภาวะแทรกซ้อนที่พบ (N = 3,273)

รายการ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่มีโรคร่วม	984	30.06
มีโรคร่วม	2,289	69.94
โรคร่วมจำนวน 1 โรค	722	31.54
ความดันโลหิตสูง	551	76.32
ไขมันในเลือดสูง	171	23.68
โรคร่วมจำนวน 2 โรคขึ้นไป	1,567	68.46
การควบคุมน้ำตาลในเลือด		
HbA1c < 7%	1,509	46.1
HbA1c 7-8%	926	28.3
HbA1c > 8%	838	25.6
ภาวะแทรกซ้อน		
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	2,530	77.29
มีภาวะแทรกซ้อน	743	22.71
Diabetic nephropathy	357	48.05
Diabetic retinopathy	324	43.61
Diabetic foot	56	7.54
โรคหลอดเลือดสมองรายใหม่	6	0.80

2. ผลการศึกษาศาสนาการณการจัตบริการรักษาพยาบาลในคลินิกเบาหวาน

จากการสุ่มตามรอยกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในการศึกษานี้ จำนวน 31 ราย พบว่าลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 58.6 โดยมีค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 62.52 เพศชาย ร้อยละ 54.8 จบการศึกษาชั้นสูงสุดในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76 มีสถานะภาพสมรสร้อยละ 75 สถานภาพการทำงานส่วนใหญ่ทำงานบ้านร้อยละ 46.4 ในด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วมอย่างน้อย 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 72.4 โดยที่โรคร่วมส่วนใหญ่คือโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดผิดปกติ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลลักษณะกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้พบว่ามีความสอดคล้องกับ

ข้อมูลจากการศึกษาลักษณะผู้ป่วยที่มาใช้บริการในคลินิกเบาหวาน ปีพ.ศ. 2556 ทั้งในเรื่องของกลุ่มอายุที่มาใช้บริการเป็นส่วนใหญ่ ลักษณะการศึกษารวมทั้งปัญหาสุขภาพที่พบ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่สุ่มตามรอยในครั้งนี้เป็นตัวแทนที่ดีในการศึกษาศาสนาการณการให้ บริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลระยอง และเชื่อว่าสามารถสะท้อนปัญหาจากการบริการได้

ลักษณะการจัตบริการในคลินิกเบาหวาน

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่จมาตรวจเป็นผู้ป่วยที่มีการนัดเพื่อตรวจติดตามโรคล่วงหน้าอย่างต่อเนื่องทุก 2 - 3 เดือน โดยจะมีแบบฟอร์มการนัดที่มอบให้ผู้ป่วยนำมายื่นในวันที่มาตรวจทุกครั้ง

2. ขั้นตอนการบริการผู้ป่วย เจ้าหน้าที่



ประจำคลินิกจะมีการเตรียมความพร้อมของการให้บริการโดยเริ่มจาก การเตรียมแฟ้มประวัติ พิมพ์ใบสั่งยา แยกแฟ้มตรวจพิเศษ ซึ่งจะเตรียมทำงานล่วงหน้าในช่วงบ่ายก่อนวันที่ผู้ป่วยมาตรวจจริงในคลินิก 1 วัน จากการศึกษาพบว่า กิจกรรมต่างๆในแต่ละขั้นตอน มีความหลากหลาย ทั้งการประเมินการให้ข้อมูลบริการ ข้อมูลการปฏิบัติตน การคัดกรองปัญหาสุขภาพตามความเสี่ยงเป็นต้น และเนื่องจากจำเป็นต้องเข้ารับบริการในหน่วยบริการที่ต่างกัน การเคลื่อนที่ไปและกลับในแต่ละจุดบริการที่ซับซ้อนเส้นทาง และการจัดบริการขาดการเชื่อมโยงลำดับการบริการ ทำให้ค่าพิสัย (Range) ระยะเวลาการรอรับบริการในแต่ละขั้นตอนกว้าง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการตรวจพิเศษร่วมด้วย ดังรายละเอียดแสดงในภาพที่ 1

จากภาพที่ 1 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือไม่มีโรคร่วมรวมทั้งไม่อยู่ในภาวะเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาแทรกซ้อน จะเข้ารับบริการตามขั้นตอนที่ไม่ซับซ้อน แต่ยังคงใช้เวลามากได้แก่ การรอและวัดสัญญาณชีพ การรอและบันทึกสัญญาณชีพในเวชระเบียน การรอและการพบอาการผิดปกติจากพยาบาล การรอและการพบแพทย์ การรอและรับใบนัดตรวจครั้งต่อไป การรอและรับยา จนกระทั่งกลับบ้าน ซึ่งเมื่อรวมเวลาที่ผู้ป่วยต้องใช้ในการรับบริการพบว่าใช้เวลาน้อยสุด 35.18 นาที ใช้เวลามากสุด 672.1 นาที เฉลี่ยคนละ 237.04 นาที

สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีโรคร่วมที่จำเป็นต้องรับการตรวจคัดกรองเพิ่ม เช่น ตรวจเอกซเรย์ทรวงอก ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ตรวจเท้า ตรวจตา จะเข้ารับบริการโดยมีขั้นตอนคือ รอและวัดสัญญาณชีพ รอและบันทึกสัญญาณชีพในเวชระเบียน รอและรับการซักประวัติและส่งตรวจคัดกรองในหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง และให้ผู้ป่วยบริหารจัดการเวลาในการเดินทางไปยังหน่วยบริการที่จะตรวจ รอและตรวจในหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องด้วยตนเอง จึงพบว่ามี การเคลื่อนที่ไป – กลับ ที่ซับซ้อนเส้นทางบ่อยครั้ง เมื่อรวมเวลาที่ผู้ป่วยใช้ในการ

รับบริการพบว่าใช้เวลาน้อยสุด 100.49 นาที ใช้เวลามากสุด 967.45 นาที เฉลี่ยคนละ 315.28 นาที

การวิเคราะห์กระบวนการให้บริการสามารถพบทั้งประเด็นที่เป็นคุณค่าในงานและประเด็นที่เป็นความสูญเปล่าด้วยการใช้กรอบแนวคิดของสิ้น

ความสูญเปล่าในกระบวนการให้บริการ ในการวิเคราะห์ความสูญเปล่าที่เกิดขึ้นในขั้นตอนการบริการพบว่า ความสูญเปล่าที่เกิดขึ้นคือ ความสูญเปล่าเนื่องมาจากการทำงานซ้ำซ้อน การเคลื่อนย้ายงานที่ไม่จำเป็น การแก้ไขข้อผิดพลาด การรอคอย การทำงานไม่ทัน การเก็บงานไว้ทำและการเคลื่อนไหวที่ไม่จำเป็นของผู้ปฏิบัติงาน

ความสูญเปล่าเนื่องมาจากการทำงานซ้ำซ้อนในเรื่อง การให้คำแนะนำความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่เหมาะสมกับสภาพการควบคุมโรค พบว่า แม้จะมีบันทึกการให้คำแนะนำผู้ป่วยแต่ในจุดบริการต่างกัน ผู้ป่วยยังได้รับคำแนะนำในประเด็นที่คล้ายๆกันจากบุคลากรต่างวิชาชีพ นอกจากนี้ยังพบความซ้ำซ้อนการบันทึกรายละเอียดการประเมินและการรักษา คือมีการเขียนบันทึกในเวชระเบียน (OPD card) และการบันทึกข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังต้องบันทึกข้อมูลดัชนีชี้วัดคุณภาพของคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรังลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภายหลังการตรวจวันละ 2 รอบ ซึ่งการลงบันทึกข้อมูลดังกล่าวจำเป็นต้องประสานงานกับแผนกเวชระเบียน เพื่อขอพิมพ์เวชระเบียนผู้ป่วยที่มาตรวจแต่ได้คืนไปตามระบบที่กำหนดไว้มาบันทึกข้อมูลย้อนหลังในภาพรวม บันทึกผลการตรวจรักษา ผลการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน การดูแลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล การส่งต่อผู้ป่วย เป็นต้น

ความสูญเปล่าเนื่องมาจากการเคลื่อนย้ายงานที่ไม่จำเป็นได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยไปตามจุดรับบริการต่างๆ โดยต้องมาเริ่มต้นที่คลินิกเบาหวานก่อนไปตรวจคัดกรองจุดอื่นๆ ดังนั้นหากผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องคัดกรองภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง ผู้ป่วยจะมีการเคลื่อนที่ที่กลับไปกลับมาจาก



คลินิกเบาหวานไปยังจุดบริการตรวจพิเศษอื่น และเนื่องจากการจัดลำดับการดูแลแต่ละจุดต่างกัน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้คิวตรวจจากคลินิกเบาหวาน ในจุดบริการอื่นด้วย นอกจากนี้ลักษณะโครงสร้างของโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยเสียเวลาในการเคลื่อนย้าย เช่น ผู้ป่วยต้องเดินมาที่คลินิกเบาหวานซึ่งเป็นตึกที่อยู่ทางด้านหลังโรงพยาบาลเพื่อลงทะเบียนก่อนไปตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ห้องตรวจซึ่งอยู่ด้านหน้าของโรงพยาบาล โดยมีระยะทางประมาณ 250 เมตร

ความสูญเสียเนื่องมาจากการแก้ไขข้อผิดพลาด ผลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าในขั้นตอนการประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะค่าความดันโลหิตพบความคลาดเคลื่อนของการประเมินจนต้องวัดซ้ำจำนวน 14 ราย ใน 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.16 ทำให้ต้องเสียเวลาในการแก้ไขข้อผิดพลาดมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากในขั้นตอนการประเมินความดันโลหิตจะมีเพียงอาสาสมัครที่เป็นจิตอาสาช่วยดูแลในจุดบริการนี้ โดยให้ผู้ป่วยใช้เครื่องมือวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติวัดความดันโลหิตตนเอง ด้วยเหตุที่ผู้ป่วยอาจไม่มีความรู้และความเข้าใจในการใช้อุปกรณ์และขั้นตอนที่ถูกต้องในการประเมิน ผู้ป่วยบางรายอาจจะละเลยการปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น ไม่มีช่วงเวลาพักให้หายเหนื่อยก่อนการประเมินสัญญาณชีพ หรือมีกิจกรรมการพูดคุย ขณะวัดความดันโลหิต นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจจะเลยรายละเอียดอื่นๆ เช่น ตำแหน่งการวางแขนที่อาจมีผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนของค่าความดันโลหิต เป็นต้น การศึกษานี้ยังพบปัญหาความผิดพลาดจากความไม่เข้าใจระบบนัดหมายที่แยกจากกันของห้องตรวจต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าได้วันนัดแล้วและไม่ได้รับนัดของแผนกอื่น นอกเหนือจากคลินิกเบาหวาน ทำให้เจ้าหน้าที่คลินิกเบาหวานต้องใช้เวลาในการประสานเพื่อจัดการข้อผิดพลาดนี้ นอกจากนี้ยังพบความผิดพลาดจากการค้นหาเวชระเบียนซึ่งดำเนินการล่วงหน้า 1 วันโดยมีวัตถุประสงค์ในการอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วย แต่พบปัญหาจากการส่งมอบเวชระเบียนไม่ครบและขาดการตรวจสอบทำให้

ต้องเสียเวลาในการจัดการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัด

ความสูญเสียเนื่องมาจากการรอคอย โดยที่ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใช้เวลา รอคอยทั้งกระบวนการของการมาตรวจนานเฉลี่ยถึง 213.36 นาที (คิดเป็น 3 ชม. 55 นาที) โดยที่ผู้ป่วยเสียเวลากับการรอคอยวัดสัญญาณชีพ การรอแพทย์ตรวจและการรอรับยา โดยมีเวลาการรอคอยเฉลี่ยถึง 55.5 นาที, 59.5 นาที และ 52.3 นาทีตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนและจำเป็นต้องเข้ารับบริการในจุดบริการอื่นๆ รวมด้วยจะมีเวลารอคอยเฉลี่ยรวมประมาณ 257 นาที

ความสูญเสียเนื่องมาจากการทำงานไม่ทันพบว่า แม้ว่าในคลินิกเบาหวานจะมีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในฐานะผู้จัดการรายกรณีโรคผู้ป่วยเบาหวาน แต่เนื่องจากเป็นพยาบาลประจำคลินิกเพียงคนเดียวที่ต้องทำหน้าที่ซักประวัติผู้ป่วยทุกรายเพื่อส่งต่อให้แพทย์ตรวจรักษาโดยมีอัตราพยาบาล: แพทย์:ผู้ป่วย เท่ากับ 1:2:50 จากปัญหาที่มีผู้ป่วยจำนวนมากทำให้พยาบาลไม่มีเวลาเพียงพอที่จะวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพเป็นรายกรณี โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ทำให้ผลลัพธ์การดูแลไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพได้

ความสูญเสียเนื่องมาจากการเก็บงานไว้ทำเนื่องจากในการบันทึกประวัติการรักษาโดยการลงรหัสโรค (ICD10) ได้มอบหมายความรับผิดชอบให้พนักงานช่วยเหลือคนไข้ทำหน้าที่บันทึก แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาภาวะแทรกซ้อนของโรคที่พนักงานช่วยเหลือคนไข้ไม่เข้าใจ จำเป็นต้องเก็บงานไว้ให้พยาบาลทำหน้าที่บันทึกภายหลัง

ความสูญเสียอันเนื่องมาจากการเคลื่อนไหวที่ไม่จำเป็นของผู้ปฏิบัติงาน เกิดจากโครงสร้างอาคารที่จัดตั้งเป็นการชั่วคราวทำให้มีความคับแคบพยาบาลไม่สามารถสำรวจอุปกรณ์จำเป็นที่ต้องใช้งานในจำนวนที่เพียงพอ เช่น แผ่นพับให้คำแนะนำ สมุดคู่มือเบาหวานสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งอุปกรณ์ใน



การให้คำแนะนำต่างๆ นอกจากนี้ลักษณะผนังกันแบ่งส่วนในอาคารมีการออกแบบไม่เหมาะสม การประสานงานและให้บริการจำเป็นต้องเสียเวลาเดินอ้อม พื้นที่บริการหลายครั้ง

สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

จากข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในปี พ.ศ. 2556 ร่วมกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มสังเกตกระบวนการรักษาพยาบาลในคลินิกผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลระยอง ส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ และเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 98.2 ซึ่งสอดคล้องกับองค์ความรู้ที่ระบุว่าโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่พบได้สูงถึงร้อยละ 90-95²² ซึ่งโรคเบาหวานชนิดนี้เป็นผลจากการทำงานผิดปกติของตับอ่อนที่อาจเกิดขึ้นทั้งจากการหลังอินซูลินลดลง หรือการตอบสนองต่ออินซูลินลดลง นอกจากนี้การพบโรคร่วมในกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 69.94 แสดงให้เห็นความจำเป็นของผู้ป่วยที่ต้องการการสนับสนุนการจัดการตนเองให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อดูแลตนเองทั้งในเรื่องการสร้างแรงจูงใจ ความรู้ความเข้าใจในโรค การพัฒนาทักษะชีวิตเพื่ออยู่กับโรคเรื้อรังและการสร้างความมั่นใจที่จะดูแลตนเอง จึงจะบรรลุเป้าหมายในการชะลอความเสื่อมที่เกิดขึ้นให้น้อยที่สุด ซึ่งหากสามารถดำเนินการได้บรรลุเป้าหมาย กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่พบภาวะแทรกซ้อนซึ่งมีอยู่ร้อยละ 77.29 จะยังคงอยู่ในสภาพการไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต่อเนื่องด้วย

ผลการวิเคราะห์การใช้เวลาให้บริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลระยอง พบว่า แม้ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ มารับการตรวจเพื่อติดตามอาการของโรค ยังมีการใช้เวลาเฉลี่ยนานถึง 237.04 นาที (เท่ากับ 3 ชั่วโมง 57 นาที) ซึ่งเกินกว่าเวลามาตรฐานที่สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ในเรื่องระยะเวลาที่ใช้ในการบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด ไม่ควรเกินกว่า 3 ชั่วโมง²³ ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ร่วมกับความสูญเสียที่เกิดขึ้นในระบบบริการ พบว่ามีความสูญเสียเปล่าที่สามารถ

แก้ไขใน 2 ประเด็น คือ ความสูญเสียเปล่าที่เกิดจากการแก้ไขข้อผิดพลาด และความสูญเสียเปล่าที่เกิดจากการรอคอย

สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีโรคร่วม การจัดระบบคัดกรองอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นเป็นความจำเป็น แต่เนื่องจากไม่มีระบบรองรับที่เชื่อมโยงคิวการตรวจหรือมีระบบ fast tract เพื่ออำนวยความสะดวกผู้ป่วยสูงอายุ หรือมีภาวะแทรกซ้อนทำให้ต้องใช้เวลามากเกินความจำเป็นในการรอคอย และเข้ารับบริการในหน่วยบริการต่างๆ นอกจากนี้การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยออกแบบการเดินทางด้วยตนเอง ยังทำให้เกิดความสูญเสียเปล่าในเรื่องการเคลื่อนย้ายโดยไม่จำเป็น การจัดการถึงความสูญเสียเปล่าออกจากระบบจะช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้ประโยชน์จากคุณค่าที่มีในระบบเพิ่มขึ้นได้

ผลการทำความเข้าใจลักษณะผู้ป่วย ลักษณะบริการ การวิเคราะห์คุณค่างาน วิเคราะห์ความสูญเสียเปล่าในกระบวนการให้บริการพบว่าลักษณะผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการการสนับสนุนการดูแลตนเองที่มากขึ้นเพื่อให้สามารถดูแลตนเองให้ดีควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น รวมทั้งลดปัญหาแทรกซ้อนและผลกระทบที่จะเกิดขึ้น การบริการในคลินิกบุคลากรจำเป็นต้องใช้ศักยภาพที่มีและคุณค่าของงานที่วิเคราะห์ได้ในการแก้ไขปัญหาเชิงระบบและจัดการความสูญเสียเปล่าที่เกิดขึ้นในระบบให้ได้มากที่สุด ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะสามารถลดระยะเวลาการรอคอยให้มีระยะเวลาใกล้เคียงมาตรฐานที่มีการศึกษาไว้ทำให้ผู้ป่วยใช้เวลาอย่างมีคุณค่าขณะรับบริการและสามารถสร้างความพึงพอใจให้เกิดขึ้นต่อผู้ใช้ บริการต่อไป

การใช้กระบวนการสิ้นในการจัดการพัฒนาระบบการรักษายาบาลจะช่วยให้มองเห็นคุณค่าของงานและความสูญเสียเปล่าในกระบวนการรักษาพยาบาลที่ชัดเจนมากขึ้น ซึ่งจากการวิเคราะห์ครั้งนี้พบว่าคุณค่าของงานอยู่ที่การมีบุคลากรที่มีคุณภาพและระบบงานมีการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่จำเป็นครบถ้วน การจัดการลดความสูญเสียเปล่าให้ได้มากที่สุดจะทำให้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีได้มี



โอกาสปฏิบัติบทบาทและมีเวลาเพียงพอที่จะให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายในคลินิกมากขึ้นและจะทำให้ใช้เวลาในการรอคอยในแต่ละขั้นตอนบริการน้อยลง

การทบทวนเวลาที่ใช้ในกระบวนการให้บริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลระยอง พบว่า หากจัดการความสูญเสียเปล่าเนื่องจากการทำงานซ้ำซ้อนลงได้ รวมทั้งจัดการความสูญเสียที่เกิดจากการย้ายงานที่ไม่จำเป็น การแก้ไขข้อผิดพลาดจะทำให้พยาบาลมีเวลามากขึ้นในการประเมินปัญหา และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือโดยสามารถลำดับความสำคัญและให้ความช่วยเหลือตามลำดับความสำคัญได้

ข้อมูลความสูญเสียเปล่าและข้อมูลเวลาที่ใช้ที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์เหล่านี้จะเป็นข้อมูลสำคัญที่สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการพัฒนา ระบบบริการผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลระยองได้อย่างตรงประเด็น ทั้งนี้โดยประยุกต์ใช้หลักการสิ้นในการสร้างทิศทางให้กิจกรรมดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง ดึงคุณค่ามาใช้และกำจัดความสูญเสียเปล่าให้มากที่สุดเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์แบบในระบบบริการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาลักษณะผู้ป่วยและสถานการณ์การให้บริการผู้ป่วยในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลระยอง ดังนั้นเมื่อผลการพัฒนารูปแบบเกิดขึ้นจึงอาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงและการนำไปใช้ในสถานบริการสุขภาพอื่นๆ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นการใช้ประโยชน์จากการวิเคราะห์ปัญหาในระบบบริการเพื่อสร้างการพัฒนาคุณภาพให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ ขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ช่วยให้ความเห็นที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. Global diabetes plan 2011–2021 [Internet]. 2014

[cited 2014 Jan 2]. Available from: www.idf.org/global-diabetes-plan-2011-2021.

2. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2010; 87: 4–14.
3. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คาดการณ์โรคและภัยสุขภาพที่สำคัญในประเทศไทย 2554. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2553.
4. เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, จรรยา ภัทรอาษาชัย. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2547. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2550; 2: 98–113.
5. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551–2. นนทบุรี: เดอะกราฟิก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2553.
6. วิโรจน์ เจียมจรัสรังสี, วิฑูรย์ โฉมสุนทร. การดูแลผู้ป่วยเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2551; 2: 195–205.
7. รัชณี สรรเสริญ, สมสมัย รัตนกรีฑากุล, วรณรัตน์ ลาวัณ, อโนชา ทัศนารณชัย, ชรัญญากร วิริยะ, ทรรคนิย์ โสรัจธรรมกุล, และคณะ. สถานการณ์ ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา* 2554; 4: 2–16.
8. สมศักดิ์ ชูณหรัศมี, บรรณาธิการ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552. กรุงเทพมหานคร: ที่ คิว พี จำกัด; 2553.
9. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตตรา, ชาย โพธิ์ลีดา, กฤตยา อาชวนิจกุล, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, กุลวีณ์ศิริรัตน์มงคล, ปาณฉัตร ทิพย์สุข, และคณะ. สุขภาพคนไทย 2554. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.



10. ศิริอร ลินธุ, พิเชต วงรอด, บรรณาธิการ. การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร: วัฒนาการพิมพ์; 2556.
11. วราภรณ์ หม่อมศรี. การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมากและกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2549.
12. ทรรศนีย์ สิริวัฒนพรสกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล-ศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2550.
13. American Diabetes Association. Guideline ADA 2010. Diabetes care 2010; 33:523-548.
14. นกตล เพ็ญเด่นนคร. การปรับปรุงความพร้อมในการตอบสนองในอุตสาหกรรมบริการ หันต-กรรม โดยใช้แนวคิดลีน ซิกซ์ ซิกมา. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
15. Kim CS, Spahlinger DA, Kin JM, Billi JE. Lean health care : what can hospitals learn form a world-class automaker?. Journal of Hospital Medicine 2006;1:191-199.
16. Kowalski K, Bradley K, Pappas S. Nurse retention, leadership, and the Toyota system model: building leaders and problem solvers for better patient care. Nurse leader 2006 ; 4:46-51.
17. Womack JP, Jones DT. Lean thinking. New York: Simon&Schuster; 2003.
18. McDermott AM, Kidd P, Gately M, Casey R, Burke H, O'Donnell P, et al. Restructuring of the Diabetes Day Centre: a pilot lean project in a tertiary referral centre in the West of Ireland. BMJ Qual Saf 2013; 22:681-8.
19. McCulloch P, Kreckler S, New S, Sheena Y, Handa A, Catchpole K. Effect of a "Lean" intervention to improve safety processes and outcomes on a surgical emergency unit. BMJ 2010; 341:c5469.
20. Holden RJ. Lean thinking in emergency departments: a critical review. Ann Emerg Med 2011;57:265-78.
21. Hertzog MA. Considerations in determining sample size for pilot studies. Res Nurs Health. 2008;31:180-91.
22. American Diabetes Association. Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. Diabetes care 2005; 28 : 4-36.
23. ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล, สุนทรี อภิญาพนนท์, บรรณาธิการ. มาตรฐานระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ/สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2548.



การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด ST-Segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI) ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจโรงพยาบาลพระปกเกล้า

จรินทร์ ชะชาตย์*

เจริญพิศ ปรียาศักดิ์สกุล**

สมดาว สุขสัมพันธ์**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST-Segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI) ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลพระปกเกล้า โดยใช้ระบบลีน (Lean system) และการจัดการรายกรณี (Case Management) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 68 คน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระปกเกล้า ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2556 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2557 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI แบบบันทึกใบรายงานข้อมูลผู้ป่วย Primary PCI และแผนการดูแลผู้ป่วยพัฒนาโดยทีมสหสาขาที่มีความเชี่ยวชาญแบบบันทึกได้พัฒนาตามเกณฑ์ทั่วไป เนื้อหาและความน่าเชื่อถือได้รับการยอมรับจากผู้เชี่ยวชาญ ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดย Control chart และนำมาจัดกลุ่มเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล ผลการดำเนินงานหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ย Door to balloon ของผู้ป่วยที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ มีค่าลดลงต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2556 จนถึงเดือนมกราคม 2557 โดยมีค่าเฉลี่ยระยะเวลา Door to balloon ทั้งระบบเท่ากับ 64.52 นาที และผู้ป่วยที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ ภายใน 90 นาที เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 69.15 เป็นร้อยละ 94.83 สรุปว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้ระบบลีน และการจัดการรายกรณีนั้น ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วตามมาตรฐาน ดังนั้น ระบบการดูแลในรูปแบบนี้ควรมีการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยและผู้รับบริการในโรงพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ ระบบการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ระบบลีนและการจัดการรายกรณี

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพระปกเกล้า

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระปกเกล้า



Caring system development to care for patients with ST–Segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI) receiving Primary Percutaneous Coronary Intervention at Phrapokklao Hospital, Thailand

Jarin Kachataya*

Charoenpit preeyasaksakul**

Somkuan Suksamphan**

Abstract

The purpose of this action research was to develop a caring system using Lean and case management to care for patients with ST–Segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI) receiving Primary Percutaneous Coronary Intervention (PCI) at Phrapokklao Hospital, Thailand. Sixty eight patients with STEMI receiving PCI during April 2013 to January 2014 were recruited in the study. Data were collected using STEMI Registry and PCI forms. Caring system was developed by multidisciplinary professions, and clinical pathway modified from the original version was used to collect data. The content and construct validities of the modified care plan were approved by health care experts. Data were analyzed using control chart, and qualitative data were grouped using content analysis. The results of the study revealed that after applying the developed caring system to care for patients with STEMI, the means of door to balloon time have continuously decreased from August 2013 to January 2014 .The mean of door to balloon time was 64.52 minutes. The percentage of patients with STEMI receiving PCI within 90 minutes increased from 69.15 to 94.83 after applying the developed caring system. The case managers stated that the application of the caring system was easy and smooth when caring for these patients. They were more confident to apply this care. In conclusion, the developed caring system for patients with STEMI receiving Primary Percutaneous Coronary Intervention helps decrease time to access to the special care of these patients, which meets the standard of care. Therefore, this new developed caring system should be introduced to care for other groups of patients in the hospital.

Keywords : Patients with STEMI, Primary Percutaneous Coronary Intervention, Caring system using Lean and Case Management,

* Registered Nurse, Senior Professional Level, Prapokklao Hospital

** Registered Nurse, Professional Level, Prapokklao Hospital



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต โดยจากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2553 พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ 7.2 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 12.2 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2548-2552 มีผู้ป่วยเป็นโรคหัวใจต้องนอนโรงพยาบาลวันละ 1,185 ราย โดยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ประมาณ 450 รายต่อวัน เสียชีวิตชั่วโมงละ 2 คน ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีอัตราการตายเฉียบพลันสูงกว่าโรคอื่นประมาณ 4-6 เท่า

ในประเทศไทย จากข้อมูลการทำโครงการลงทะเบียนผู้ป่วย Thai Acute Coronary Syndrome Registry (TACSR ครั้งที่ 1) มีการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ.2545 ถึง 31 ตุลาคม 2548 เป็นเวลาประมาณ 3 ปี จากโรงพยาบาลทั้งหมด 17 แห่ง มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 3,973 คน จำแนกเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST-Segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI) ร้อยละ 40.9 ชนิด Non ST-Segment Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) ร้อยละ 34.9 และ Unstable Angina ร้อยละ 21.2 โดยพบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI ในประเทศไทยสูงถึงร้อยละ 17 ปี พ.ศ. 2555 ผู้ป่วยได้ยาละลายลิ้มเลือด ร้อยละ 42.6 ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจภายใน 90 นาที (Primary Percutaneous Coronary Intervention: Primary PCI) ร้อยละ 24.7 หากสามารถเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจได้ทัน จะไม่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายหรือขาดเลือดเป็นบริเวณกว้าง ลดอัตราการเสียชีวิต และผลแทรกซ้อน เช่น หัวใจล้มเหลว หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดรุนแรง เป็นต้น แต่ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 30-50 เสียชีวิตก่อนมาโรงพยาบาล เนื่องจากอาจจะเสียชีวิตที่บ้านที่ทำงาน หรือในสถานพยาบาลที่ไม่สามารถทำ Primary PCI ได้ ปัจจุบันมีผู้ป่วยสูงอายุและเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพิ่มมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราการตายสูง และมีข้อจำกัดในการใช้ยา

ละลายลิ้มเลือด การทำ Primary PCI จึงมีประโยชน์อย่างมากในผู้ป่วยสูงอายุ²

ข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระปกเกล้า ตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2551-2555 พบว่าจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้น คือ 129 ราย, 119 ราย, 91 ราย, 112 ราย และ 130 ราย ตามลำดับ และพบอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาลในช่วงปีเดียวกัน เฉลี่ยร้อยละ 15.38-20.17 ซึ่งเกินจากเป้าหมายที่กำหนดไว้ (กำหนดให้ไม่เกินร้อยละ 15 ตามแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลพระปกเกล้า) นอกจากนี้มาตรฐานสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ได้กำหนดการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ (Primary PCI) ภายใน 90 นาที โดยในปี พ.ศ. 2551 โรงพยาบาลพระปกเกล้า ได้เปิดให้บริการ Primary PCI มีระยะเวลาการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ (Door to balloon time) เฉลี่ย 162.67 นาที ความล่าช้านี้เกิดขึ้นเนื่องจาก เมื่อแรกรับผู้ป่วยต้องเข้ารับการประเมินและวินิจฉัยที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินก่อน ซึ่งต้องใช้เวลาในการเจาะเลือดหาค่าเอนไซม์หัวใจ (Cardiac enzyme) ต้องถ่ายภาพรังสีทรวงอกก่อนเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ (CCU) และระยะทางจากหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินถึงหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจไกลกันมาก ทำให้ระยะเวลาของการทำ Primary PCI นานขึ้น

ทางผู้วิจัยและทีมสหสาขาผู้ดูแลผู้ป่วย ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ จึงประชุมทีมสหสาขาร่วมกับโรงพยาบาลในเครือข่าย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับเปลี่ยนระบบการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI เน้นการลดขั้นตอน โดยให้ส่งผู้ป่วยโดยตรงที่หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ ไม่ต้องผ่านการวินิจฉัยที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วย และทบทวนเอกสารที่ใช้ในระบบเครือข่าย รวมทั้งมีการประชุมปรึกษาร่วมกันระหว่างทีม



สหสาขา เมื่อประเมินผลซ้ำ พบว่า ระยะเวลาการ
ทำ Primary PCI มีค่าเฉลี่ย 104 นาที ยังเกินเกณฑ์ที่
กำหนด 90 นาที วิเคราะห์สาเหตุของความล่าช้าใน
ผู้ป่วยแต่ละรายในเชิงลึก พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย
ที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลลูกข่ายในจังหวัดจันทบุรี
จึงมีการประชุมทีมสหสาขาและหาแนวทางการ
แก้ไขปัญหามาโดยใช้แนวคิดระบบลีน (LEAN system)
และการจัดการรายกรณี (Case management) มาใช้

ระบบลีน (LEAN system) เป็นแนวคิดในการ
ประยุกต์ใช้เครื่องมือ วิธีการ และกิจกรรมต่างๆ
ตามความเหมาะสมของสภาพแวดล้อมในกระบวนการ
ทำงานเพื่อกำจัดความสูญเปล่าหรือสิ่งที่ไม่เพิ่ม
คุณค่าของกระบวนการและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
เพื่อสร้างคุณค่าให้แก่ระบบอยู่เสมอ ความสูญเปล่า
ที่เกิดขึ้นในระบบบริการมีหลากหลายลักษณะ ได้แก่
การทำงานซ้ำเพื่อแก้ไขข้อบกพร่อง การบริการ
มากเกินไป การรอคอย การไม่ใช้ศักยภาพของ
เจ้าหน้าที่ ระยะเวลาการเดินทาง

ในประเทศไทย มีการประยุกต์แนวคิดแบบ
ลีนในระบบสุขภาพในโรงพยาบาลหลายแห่ง ได้แก่
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาล
พระมงกุฎ เป็นการนำแนวคิดแบบลีนโดยการใช้
เทคโนโลยีเป็นเครื่องมือในการลดความสูญเปล่าใน
ทุกหน่วยงานของโรงพยาบาล จากความเจริญก้าวหน้า
ทางด้านเทคโนโลยี ส่วนโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์
มีการนำแนวคิดแบบลีนโดยไม่ใช้เทคโนโลยีแต่
เครื่องมือที่ใช้คือ การวิเคราะห์กระบวนการทำงาน
การลดเวลาและป้องกันความผิดพลาด ในหลาย
หน่วยงานของโรงพยาบาล เช่น การปรับปรุง
กระบวนการรับผู้ป่วยใหม่เพื่อเตรียมผ่าตัด พบว่า
สามารถลดระยะเวลาในการรับผู้ป่วยใหม่ได้
ประมาณ 40 นาที ลดระยะทางได้ 60 เมตรต่อ
ผู้ป่วย 1 คน และสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย
มากกว่าร้อยละ 80 ในการลดระยะเวลารอคอย

จากปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ
หัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่มารับบริการใน
โรงพยาบาลดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้นำน้องการ
พยาบาล มีหน้าที่ในการเป็นผู้นำการพัฒนา

การให้บริการพยาบาล และสนับสนุนการดูแลแบบ
สหสาขาวิชาชีพ ได้ตระหนักและเห็นความสำคัญ
ของการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
เฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการรักษาเปิดขยาย
หลอดเลือดหัวใจ จึงใช้ระบบลีน (LEAN system)³
เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบงานที่มีประสิทธิภาพ
และลดระยะเวลาในการให้บริการผู้ป่วย และการ
จัดการแบบรายกรณี (case management)⁴ ซึ่งเป็น
กระบวนการดูแลแบบบูรณาการโดยทีมสหสาขา
เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
เป็นรายบุคคล มีการติดตามการดูแลรักษาอย่าง
ต่อเนื่อง ประสานงานกับทีมสุขภาพให้การจัดการ
แก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว
ตามแผนการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
เฉียบพลันชนิด STEMI (Clinical pathway) ตั้งแต่
ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษาจนกระทั่งกลับบ้าน จัด
ระบบการวางแผนการจำหน่าย และมีระบบการ
ส่งต่อไปยังทีมเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล
อย่างต่อเนื่อง และได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ มี
ความปลอดภัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ
หัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการเปิด
ขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้ระบบลีน (LEAN system)
และการจัดการรายกรณี (case management)

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด
STEMI ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง
ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด
STEMI ที่เข้ามาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า
และผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลลูกข่าย ที่
ได้รับการรักษาหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน
(Primary Percutaneous Coronary Intervention:
Primary PCI)

ระบบลีน (LEAN system) หมายถึง การลด
ขั้นตอนและรวบรวมขั้นตอนโดยเทคนิคการตั้งคำถาม



ERSC (ERSC ย่อมาจาก Eliminate การกำจัดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นออกไป Rearrange การจัดลำดับขั้นตอนใหม่ Simplify การทำให้ง่ายขึ้นหรือปรับปรุงวิธีการ และ Combine การรวมขั้นตอนเข้าด้วยกัน) ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า

การจัดการรายกรณี (Case management) หมายถึง การกำหนดและมอบหมายหน้าที่ให้พยาบาลเป็นผู้บริหารจัดการด้านประสานงานบริการ และให้คำปรึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจของโรงพยาบาลพระปกเกล้า และโรงพยาบาลลูกข่าย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เริ่มดำเนินการวิจัยตั้งแต่ เดือนเมษายน พ.ศ. 2556 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2557

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ทุกคน ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระปกเกล้า

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ทุกคน ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า ตั้งแต่ เดือนเมษายน พ.ศ.2556 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2557 จำนวน 68 คน

ขั้นตอนการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยมีวิธีการดำเนินงานตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ และวางแผนการพัฒนาระบบ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ

ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลการดำเนินงาน การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (STEMI Registry) เป็นโปรแกรมบันทึกในระบบคอมพิวเตอร์ ประยุกต์และพัฒนาขึ้นโดยอายุรแพทย์โรคหัวใจระดับเชี่ยวชาญของโรงพยาบาลพระปกเกล้า

2. แบบบันทึกใบรายงานข้อมูลผู้ป่วย Primary PCI เป็นเครื่องมือที่ทีมสหสาขาจัดแปลงมาจากโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลภูมิพล ซึ่งมีการตรวจสอบคุณภาพ และความน่าเชื่อถือ โดยทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคหัวใจ จำนวน 4 ท่าน

3. แผนการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (Clinical pathway) เป็นเครื่องมือที่ดัดแปลงมาจาก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลภูมิพล พัฒนาขึ้นโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย อายุรแพทย์โรคหัวใจระดับเชี่ยวชาญ พยาบาลวิชาชีพ นักโภชนาการ เภสัชกร และนักกายภาพบำบัด ของโรงพยาบาลพระปกเกล้า

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แผนการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (Clinical pathway) ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างและเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ คือ ทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคหัวใจ จำนวน 4 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีวุฒิบัตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาโรคหัวใจและทรวงอก จำนวน 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จำนวน 2 ท่าน ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขแผนการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ตามคำแนะนำของ



ผู้เชี่ยวชาญ

การวิเคราะห์ข้อมูล

- ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ระบบงาน จากเวลาเฉลี่ย ตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล จนถึง การได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ (Door to balloon time) โดยใช้แผนภูมิควบคุม (control chart)
- ข้อมูลเชิงคุณภาพ การทำ Focus group ของผู้วิจัยกับผู้จัดการรายกรณี มีการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโดยการผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนจังหวัดจันทบุรี

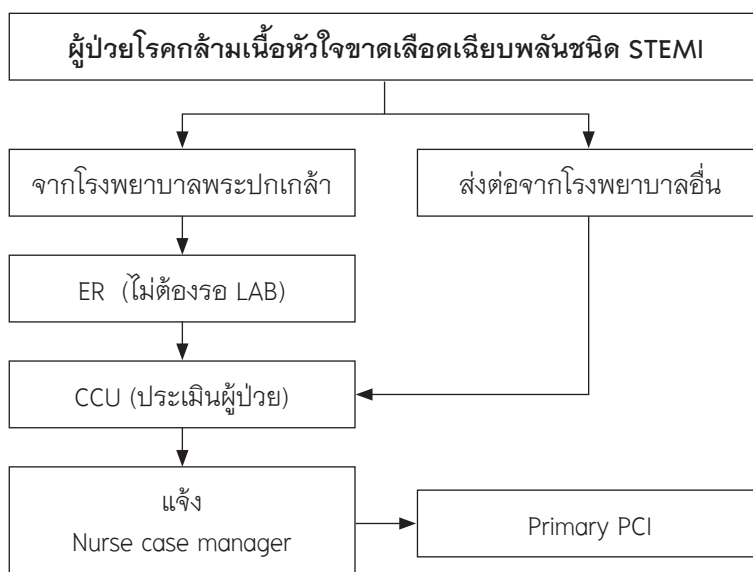
ขั้นตอนการดำเนินงาน

การพัฒนากระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลพระปกเกล้า แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ และวางแผนการพัฒนาระบบ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ ในโรงพยาบาลพระปกเกล้า

กิจกรรมที่ 1

ทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยวิเคราะห์ ระบบงานเดิมในปัจจุบัน นำไปสู่ วิธีการลดขั้นตอนและกระบวนการทำงานที่ไม่เกิดประโยชน์ (Waste) และเพิ่มคุณค่า (Value) ในกระบวนการทำงาน สามารถลดขั้นตอนในการประเมินและวินิจฉัยผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาลพระปกเกล้า จากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินมาเป็นที่หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ (CCU) เปลี่ยนระบบส่งข้อมูลทางโทรสาร มาเป็นการ Scan ข้อมูลผ่านระบบคอมพิวเตอร์ เพื่อความชัดเจนของข้อมูล ไม่ต้องส่งกลับไปมาหลายรอบ มีระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยโดยการลงทะเบียนผ่านคอมพิวเตอร์ STEMI Registry และขยายการปฏิบัติไปสู่โรงพยาบาลเครือข่าย ประชุมปรึกษาร่วมกัน เกิดเป็นแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ ดังนี้



แผนภูมิที่ 1 แนวทางการส่งผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ตั้งแต่แรกรับจนได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ (Primary PCI)



หลังจากปรับเปลี่ยนขั้นตอนการทำงานตามแผนภูมิที่ 1 แล้ว ระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ (Door to Balloon time) ยังมีค่ามากกว่า 90 นาที วิเคราะห์ข้อมูล พบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจช้า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลลูกข่ายในจังหวัดจันทบุรี ซึ่งขาดการประสานการเชื่อมโยงการส่งต่อผู้ป่วยก่อนมารับการรักษา

กิจกรรมที่ 2

จากความต้องการที่จะเชื่อมโยงการส่งต่อผู้ป่วยจาก โรงพยาบาลต่างๆ ในจังหวัดจันทบุรี มาที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า จึงเกิดแนวคิดการพัฒนา ระบบเครือข่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการขยายหลอดเลือดได้รวดเร็วขึ้น โดยให้โรงพยาบาลพระปกเกล้า เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย และโรงพยาบาลชุมชนต่างๆ ในจังหวัดจันทบุรี เป็นโรงพยาบาลลูกข่าย จากนั้น วิเคราะห์ระบบการทำงาน case management ในโรงพยาบาลพระปกเกล้า ที่มีผู้จัดการรายกรณี (Case manager) 2 คน ซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ และที่ศูนย์โรคหัวใจ สามารถทำให้เกิดความเข้มแข็งในระบบการดูแลผู้ป่วย จึงต้องการเชื่อมโยงหน้าที่ไปยังโรงพยาบาลลูกข่าย เพื่อส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจได้รวดเร็วขึ้น ข้อควรพัฒนาที่ผู้วิจัยเล็งเห็นว่ามีมีความสำคัญ คือ การเน้นความเข้มแข็งแก่โรงพยาบาลลูกข่าย โดยควรมี Case manager ในโรงพยาบาลลูกข่าย ให้เป็นผู้ประสานงานร่วม จึงวางแผนพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI โดยใช้ระบบลิ้น และระบบการจัดรายกรณี ซึ่งมีกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

1. ปรับปรุงแผนการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI (Clinical pathway) ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ปรับ และเปลี่ยนเอกสารในการดูแลผู้ป่วย กำหนดบทบาทหน้าที่แต่ละวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับบริการตามความเหมาะสม

ตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน

2. ขยายระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ลงสู่โรงพยาบาลลูกข่าย โดยพัฒนาศักยภาพพยาบาล ที่ทำหน้าที่ผู้จัดการรายกรณี (case manager) โดยการตรวจเยี่ยม ให้ความรู้ ติดตามประเมินผลการทำงานของ ผู้จัดการรายกรณี

3. กำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่ผู้จัดการรายกรณี ดังนี้

- 3.1 ผู้จัดการรายกรณีระดับโรงพยาบาลลูกข่าย

- 1) เป็นผู้ประสานงานระหว่างแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาลลูกข่ายกับแพทย์ผู้รับปรึกษาในโรงพยาบาลพระปกเกล้า

- 2) เป็นผู้ประสานงานระหว่างพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาลลูกข่ายกับพยาบาล ผู้จัดการระบบในโรงพยาบาลพระปกเกล้า

- 3) แจกข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติในการส่งต่อมาที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า

- 3.2 ผู้จัดการรายกรณีโรงพยาบาลพระปกเกล้า

- 1) เป็นผู้ประสานงานระหว่างแพทย์ผู้รับปรึกษาในโรงพยาบาลพระปกเกล้าและแพทย์ผู้ทำการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ

- 2) ตามทีมพยาบาลและเจ้าหน้าที่มาปฏิบัติงานเมื่อมีผู้ป่วยต้องได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ

- 3) เป็นพี่เลี้ยงในการให้คำปรึกษาแก่พยาบาลโรงพยาบาลลูกข่าย

- 4) เป็นวิทยากรให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI แก่พยาบาลโรงพยาบาลลูกข่าย แต่ละแห่งที่ขอความร่วมมือ

4. พัฒนาระบบการสื่อสาร โดยใช้เทคโนโลยี ระบบ Line แจกเตือนการเตรียมตัว โดยไม่เดินทางออกนอกพื้นที่และพร้อมตลอดเวลาที่จะ



เปิดห้องตรวจสวนหัวใจ

5. จัดงบประมาณในการฟื้นฟูศักยภาพผู้จัดการระบบของโรงพยาบาลลูกข่ายและโรงพยาบาลพระปกเกล้า

6. สนับสนุนการเป็นวิทยากรในการให้ความรู้แก่โรงพยาบาลลูกข่าย

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ

เป้าหมาย ระยะเวลา Door to balloon ของผู้ป่วยไม่เกิน 90 นาที ในระยะดำเนินการ แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 นำการพัฒนากระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ลงสู่การปฏิบัติ

ขั้นที่ 2 การสะท้อนข้อมูล และ วิธีการดำเนินงาน

จากกระบวนการดำเนินงาน ผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้มีการติดต่อประสานงานเพื่อป้อนข้อมูล กลับไปกลับมา เป็นการสะท้อนระบบการดูแลผู้ป่วย เพื่อปรับปรุง เปลี่ยนแปลง และพัฒนาการทำงานอย่างต่อเนื่อง ให้สอดคล้องกับสภาพการทำงานจริงในพื้นที่ จากปัญหาการดำเนินงาน พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ มีจำนวนเพิ่มขึ้น ทำให้การทำงานในเวลาราชการไม่เพียงพอ ผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลลูกข่าย ต้องได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจนอกเวลาราชการ ผู้วิจัยเสนอขออนุมัติจากคณะกรรมการอำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขอดำเนินการตามหลักการดังนี้

1. ขอเปิดห้องตรวจสวนหัวใจนอกเวลาราชการ เวลาตั้งแต่เวลา 16.00–20.00 น. ทุกวันทำการ และวันหยุด 1 วัน เวลา 8.00 –16.00 น.

2. อนุญาตให้พยาบาลวิชาชีพและทีมภายใต้การควบคุมกำกับ ขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ

3. ขอค่าตอบแทนให้พยาบาลและ

ทีมห้องตรวจสวนหัวใจในการอยู่เวร Stand by

4. มอบหมายให้พยาบาลหัวหน้าห้องตรวจสวนหัวใจจัดเวร Stand by

ขั้นที่ 3 ประเมินผลงานเพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการทำงาน ให้เหมาะสมกับบริบทการทำงาน

1. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case manager) เป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงทั้งในโรงพยาบาลพระปกเกล้าและโรงพยาบาลลูกข่าย

2. ทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลลูกข่ายสามารถส่งต่อผู้ป่วย STEMI ได้ถูกต้อง รวดเร็วขึ้น จากการพัฒนาศักยภาพทีมดูแลผู้ป่วย และมีระบบ Line ในการให้คำปรึกษา มีการป้อนข้อมูลย้อนกลับในการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย มีการสื่อสาร 2 ทางโดยใช้โทรศัพท์และส่งภาพถ่าย

3. มีพยาบาลทีมตรวจสวนหัวใจอยู่ Stand by ในพื้นที่ตลอดเวลา

4. ระบบ Case management ทำให้ผู้ป่วยได้รับการที่รวดเร็วในระบบเครือข่ายโดยพบว่าสามารถลดระยะเวลาได้จาก 21 นาทีเป็น 11 นาทีต่อผู้ป่วย 1 ราย

ระยะที่ 3 ประเมินผลการดำเนินงาน “การพัฒนากระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI” ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ

วิธีการประเมิน

1. ประเมินระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ ของโรงพยาบาลพระปกเกล้า โดยดูจากค่าเฉลี่ยของเวลา Door to balloon ในผู้ป่วยที่ทำการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจก่อน และหลังการดำเนินงาน

2. การสนทนากลุ่ม (Focused group) ผู้จัดการรายกรณีโรงพยาบาลลูกข่าย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

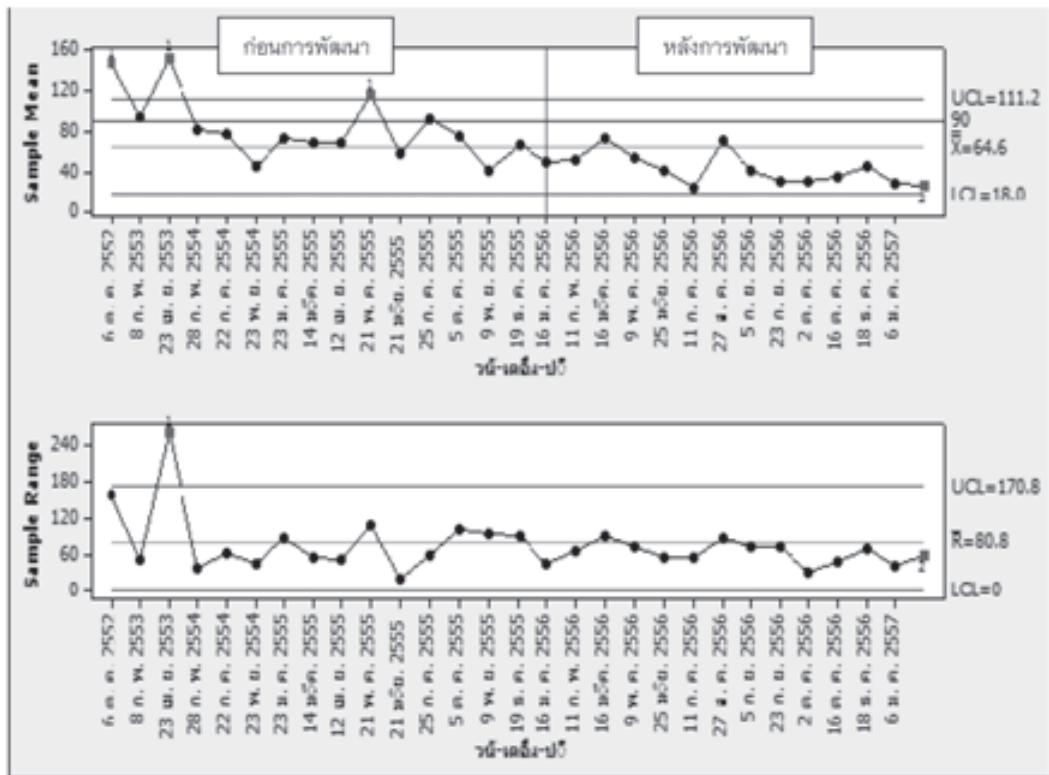
1. ประเมินระบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI



ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ จากค่าเฉลี่ย
ของเวลา Door to balloon ก่อน และหลังการดำเนิน

งาน ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2556 ถึง เดือน
มกราคม พ.ศ. 2557

แผนภูมิที่ 2 กราฟ Xbar-R Chart แสดงเวลาเฉลี่ย door to balloon time



1. การเก็บข้อมูล ปีพ.ศ. 2551- 2555 จาก
กราฟ เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลหลังการพัฒนาระบบการ
ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
ชนิด STEMI โดยใช้ Control chart พบว่าระยะเวลา
Door to balloon มีเวลาเฉลี่ยลดลง โดยต่ำกว่า
ค่าเฉลี่ยต่อเนื่อง 7 จุด ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ.
2556 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2557

2. การสนทนากลุ่ม (Focused group) ผู้
จัดการรายกรณี พบว่า

2.1 ด้านการประสานงาน ผู้จัดการราย
กรณีสามารถปฏิบัติงานราบรื่นมากขึ้น เนื่องจากมี
ความมั่นใจในด้านความรู้ความสามารถในการให้
คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ เมื่อสอบถามกระบวนการ
ผู้จัดการรายกรณีสามารถตอบได้ถูกต้องและ

บอกว่าไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน สามารถปฏิบัติได้ง่าย
นอกจากนั้น ยังสามารถสอนงานให้กับผู้ร่วมงานได้
ด้วย

2.2 ด้านบริการผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยที่
ได้รับส่งกลับมาดูแลต่อ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้แก่
สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง มีการปรับ
พฤติกรรมตนเองโดยการงดสูบบุหรี่หลังที่จำหน่าย
จากโรงพยาบาล มีความสามารถในการประกอบ
อาชีพไม่เป็นภาระครอบครัว แต่ยังมีปัญหาว่า
ผู้จัดการรายกรณีในระดับโรงพยาบาลลูกชายยังมี
ข้อจำกัดในด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ
เจ็บป่วยแบบซับซ้อนและยังต้องการการพัฒนา
ศักยภาพอีก

2.3 ด้านการให้คำปรึกษา พยาบาล



ผู้จัดการรายกรณีสามารถให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย และญาติและเป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาแก่พยาบาลในโรงพยาบาลหน่วยงานอื่นได้

สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุป

ตั้งแต่มีการพัฒนาโรงพยาบาลพระปกเกล้า เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิและกำหนดให้ศูนย์โรคหัวใจเป็นศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูง (Excellent center) มีการเปิดบริการผ่าตัดหัวใจปีงบประมาณ 2547 และเปิดบริการตรวจสวนหัวใจปีงบประมาณ 2551 เป็นต้นมา มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจมาเป็นลำดับ โดยเฉพาะการมุ่งเน้นการบริการผู้ป่วยเร่งด่วนฉุกเฉินในระบบทางด่วน ได้แก่ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีการพัฒนาโดยการวิเคราะห์ระบบ และปรับปรุงกระบวนการมาอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งปีงบประมาณ 2555 พบว่ากระบวนการดูแลผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ที่ดี แต่ยังคงมีความเข้มแข็งในระดับเครือข่าย และเมื่อมองย้อนไปในกระบวนการ พบว่า ยังสามารถสนับสนุนการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยได้อีก ผู้วิจัยจึงได้มีการประชุมปรึกษาหารือร่วมกับทีมสหสาขาในการนำระบบสลิมนิมาใช้พัฒนาการรายกรณีมาใช้ทดลองในระยะเวลาที่กำหนด โดยในระบบสลิมนิ ได้ทบทวนระบบร่วมกับทีม และกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลลูกข่าย มีการนำไปปฏิบัติ โดยจัดระบบปรึกษา และมีระบบพี่เลี้ยง เพื่อสร้างความมั่นใจแก่ผู้ปฏิบัติในทุกกระดับ มีการมอบหมายให้มีผู้จัดการรายกรณีในแต่ละโรงพยาบาล เพื่อประสานงานด้านการส่งต่อผู้ป่วย การบริการและการจัดการให้มีประสิทธิภาพ มีการบริหารจัดการในระบบของโรงพยาบาลพระปกเกล้า โดยสนับสนุนการจัดเวรพยาบาลวิชาชีพนอกเวลาราชการ การสร้างเสริมขวัญและกำลังใจด้านค่าตอบแทน มีการจัดเวรสำรอง (Stand by) เพื่อรองรับการให้บริการที่รวดเร็วแก่ผู้ป่วย ผลลัพธ์จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการ พบว่า สามารถลดระยะเวลา Door to balloon ลงได้

ในปัจจุบันระยะเวลาเฉลี่ยของระบบอยู่ที่ 64.52 นาที และสามารถทำให้โรงพยาบาลลูกข่ายมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างปลอดภัย ซึ่งการพัฒนาต้องอาศัยความร่วมมือทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

อภิปรายผล

ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ ใช้ระบบสลิมนิมาช่วยให้ระยะเวลาการเข้าถึงบริการลดลง โดยระยะเวลาการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจลดลง เนื่องจากลดขั้นตอนการตรวจประเมินที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สามารถนำผู้ป่วยเข้ารับการตรวจวินิจฉัยอย่างรวดเร็วในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ ด้วยการได้รับคำปรึกษาผ่านระบบไร้สาย (line) ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษา และเตรียมการเปิดขยายหลอดเลือดภายในระยะเวลามาตรฐานสอดคล้องกับการศึกษาอื่นและระบบสารสนเทศทางห้องปฏิบัติการ กับการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่องของกลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลโพธาราม จ.ราชบุรี ของวทันยา ธานีชนกพงศ์ และคณะ^๖ พบว่าการนำระบบสลิมนิมาใช้พัฒนางานจะช่วยทำให้กระบวนการทำงานที่เกิดความสูญเปล่าลดลง และระยะเวลารอคอยผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการลดลงจากเดิม 96 – 235 นาที เหลือ 18 – 90 นาที และสอดคล้องกับการศึกษาการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบสลิมนิในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันจังหวัดลำปาง ของธานีมนตรี โลกเกษตรวิ และคณะ^๖ พบว่าการนำแนวคิดแบบสลิมนิมาประยุกต์ใช้กับระบบช่องทางด่วนพิเศษในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน ช่วยลดระยะเวลาในแต่ละขั้นตอนการรักษาทำให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดทันเวลามากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการนำระบบสลิมนิมาใช้โดยลดขั้นตอนต่างๆ ในระบบช่องทางด่วนพิเศษในการดูแลผู้ป่วย



โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ของโรงพยาบาลพระปกเกล้า ได้ผลดีผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการรวดเร็วขึ้น

ระบบการจัดการรายกรณี (Case management) ใช้ร่วมกับแผนการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ได้รับการเปิดเผยตลอดเลืดหัวใจ (Clinical pathway) มีการปรับระบบการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ปรับและเปลี่ยนแปลงในการดูแลผู้ป่วย กำหนดบทบาทหน้าที่แต่ละวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการดูแลตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน จากแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทั้งเครือข่ายสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาเครือข่ายการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดสกลนคร ของอรุณี สิทธิหงส์ นิตยาภรณ์ จันทน์นคร และทัศนีย์ แดขุนทด⁷ พบว่า การพัฒนาเครือข่ายการพยาบาล โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ส่งผลให้ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ในด้านเพิ่มการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดลดอัตราการเสียชีวิต ลดระยะเวลาในการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับผลของการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า พยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมาย โดยการประสานความร่วมมือกับบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ และใช้เครื่องมือการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ได้แก่ แผนการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI (Clinical pathway) โดยผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามช่วงเวลาที่กำหนด มีการปรับแผนการดูแลรักษาพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และใช้กระบวนการพยาบาลดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับไว้รักษาจนกระทั่ง

จำหน่าย และส่งต่อผู้ป่วยลงสู่ชุมชน เพื่อได้รับการดูแลต่อเนื่อง และผลลัพธ์จากการสนทนากลุ่มผู้จัดการรายกรณี สามารถประสานงานทำให้ปฏิบัติงานได้ราบรื่นขึ้น ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

ในการประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI โดยใช้ Control chart พบว่า ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล จนได้รับการเปิดเผยตลอดเลืด (Door to balloon time) ในผู้ป่วยดังกล่าวมีเวลาเฉลี่ยลดลง ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2556 จนถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2557 โดยเวลาเฉลี่ย Door to balloon ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยต่อเนื่อง 7 จุด ซึ่งสอดคล้องกับกิจกรรมการพัฒนาที่นำลงสู่ปฏิบัติตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2556 โดยมีการปรับปรุงเรื่องการติดต่อประสานงาน และการสื่อสารระหว่างเครือข่ายต่าง ๆ รวมทั้งการปรับปรุงแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาเพื่อให้สอดคล้องกับการทำงานจริงในพื้นที่ หลังจากการพัฒนา 4 เดือน จะเห็นว่าระบบที่พัฒนาขึ้นสามารถลดระยะเวลา Door to balloon ของผู้ป่วยไม่เกิน 90 นาทีได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนายแพทย์สัชชนะ พุ่มพฤษย์⁸ ศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า แนวทางการใช้ Guideline โดยสหสาขาวิชาชีพในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการเปิดเผยตลอดเลืดด้วยการทำ Primary PCI สามารถลดระยะเวลา Door to balloon ได้ นอกจากนี้ พบว่า ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงและได้รับการเปิดเผยตลอดเลืดหัวใจภายในระยะเวลามาตรฐาน 90 นาที เพิ่มขึ้น คือจาก ปีพ.ศ. 2552-2555 ร้อยละ 69.15 เป็น ร้อยละ 94.83 ในปีพ.ศ. 2556

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนากระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการเปิดเผยตลอดเลืดหัวใจ โดยการใช้ระบบสลินและการจัดการรายกรณีนั้น มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและผู้จัดการรายกรณี ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้



1. ด้านบริการ

1.1 ควรมีผู้จัดการรายกรณีในโรคอื่นๆ ทั้งผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยนำระบบสารสนเทศและเทคโนโลยีใหม่ๆ มาใช้ในการเก็บข้อมูล ทั้งระบบแม่ข่ายและลูกข่าย

1.2 ควรเพิ่มห้องตรวจสวนหัวใจในโรงพยาบาลแต่ละเขตพื้นที่บริการ เนื่องจากผู้ป่วยบางรายมาถึงโรงพยาบาลแล้วห้องไม่ว่าง ทำให้ระยะเวลา Door to balloon ยาวนานออกไป

1.3 ควรมีการจัดอัตรากำลังที่เพียงพอในห้องตรวจสวนหัวใจ เนื่องจากมีผู้ป่วยเร่งด่วนฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง และควรมีการเพิ่มค่าตอบแทนให้กับผู้ปฏิบัติงาน

1.4 ควรนำระบบสลิมาใช้ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยเท่าที่สามารถทำได้ เพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติ

1.5 ควรจัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการรายกรณี โรงพยาบาลลูกข่าย โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการ ประชุมวิชาการ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์จริง

2. ด้านการเรียนการสอน ควรมีการบรรจุเนื้อหาของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI โดยการใช้ระบบสลิ และการจัดการรายกรณี ไว้ในเนื้อหาการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพในระบบหัวใจและหลอดเลือด เพื่อให้นักศึกษาของสหสาขาวิชาชีพได้เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคต

3. ด้านการวิจัย แนวทางการวิจัยที่ควรพัฒนามีดังต่อไปนี้

3.1 ศึกษาผลการนำระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นมาใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ

3.2 ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพของการประยุกต์ใช้ระบบการดูแลที่ได้พัฒนาขึ้น

3.3 ศึกษาผลลัพธ์ด้านสุขภาพเมื่อมีการประยุกต์ใช้ระบบที่พัฒนาขึ้น ไปดูแลผู้ป่วยที่นอกเหนือจากผลที่มีต่อ Door to Balloon Time

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 14 ก.พ. 2556]. เข้าถึงได้จาก: http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_Final.aspx?reportid=367&template=1R2C&yeartype=M&subcatid=15.
2. เกียรติไกร เสงรัศมี. มาตรฐานการรักษากลับมาเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 13 ก.พ. 2557]. เข้าถึงได้จาก: http://www.cdi.thaigov.net/cdi/folder_a/folder_f/1a0.pdf.
3. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. การบริหารจัดการบริการสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทวิชาการพิมพ์; 2552.
4. Berkowith, Blank, Powell. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยระบบการจัดการรายกรณี. [อินเทอร์เน็ต]. 2005 [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.พ. 2556]. เข้าถึงได้จาก: http://www.skhospital.com/~nurse/pr/poster_casemanage_ment.pdf.
5. วทันยา อัมย์ชนกพงศ์ และคณะ. สลิและระบบสารสนเทศทางห้องปฏิบัติการ กับการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่องของกลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลโพธาราม จ.ราชบุรี. วารสารวิชาการโรงพยาบาลโพธาราม, 2554; 24.
6. ธานินทร์ โลเกศกระวี และคณะ. การประยุกต์ใช้แนวคิดแบบสลิในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน จังหวัดลำปาง. ลำปางวารสาร, 2555; 33(2): 90.
7. อรุณี ลิทธิหงส์, นิตยาภรณ์ จันทร์นคร, ทศนีย์ แดขุนทด. การพัฒนาเครือข่ายการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาลเครือข่าย จังหวัดสกลนคร. [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 13 ก.พ. 2557]. เข้าถึงได้จาก: http://www.udo.moph.go.th/work_staff/r2r/data/CA0102.doc.



8. Satchana Pumprueg, Chunchakasem Chotinai-wattarakul, Cherdchai Nopmaneejumruslers, Akarin Nimmannit, Pitchuda Wiratchpintu, Sansern Charenthai. Primary Percutaneous Coronary Intervention in Acute Myocardial Infarction at Siriraj Hospital: The Improvement over Time. *J Med Assoc Thai*, 2007; 90 (Suppl 2): 19–24.



ผลของการออกกำลังกายแบบพลังลมปราณต่อความทนทาน ในการออกกำลังกาย อาการหายใจลำบาก และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ในการควบคุมอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*

ทัศนีย์ ภูวิกรมย์**

จิราภรณ์ ฉลาอนุวัฒน์***

ละอียด จารุสมบัติ***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบพลังลมปราณ ต่อความทนทานในการออกกำลังกาย อาการหายใจลำบากและการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพุทธโสธร จำนวน 40 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 รายและกลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับการออกกำลังกายแบบพลังลมปราณ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ คู่มือการออกกำลังกายแบบพลังลมปราณ แบบประเมินความทนทานในการออกกำลังกาย แบบประเมินอาการหายใจลำบาก และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบาก วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของค่าคะแนนอาการหายใจลำบาก ความทนทานในการออกกำลังกาย และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบาก ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที ผลการศึกษาพบว่า

1. ค่าเฉลี่ยของอาการหายใจลำบากหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ในขณะที่ค่าเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบาก หลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่ามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

2. ค่าเฉลี่ยของความทนทานในการออกกำลังกาย หลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความทนทานในการออกกำลังกาย หลังการได้รับการทดลองแตกต่างกับก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

สรุปและข้อเสนอแนะ การออกกำลังกายแบบพลังลมปราณ สามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ช่วยลดอาการหายใจลำบาก ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้น และเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยในระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ : การออกกำลังกายแบบพลังลมปราณ ความทนทานในการออกกำลังกาย อาการหายใจลำบาก การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบาก ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

* ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากโรงพยาบาลพุทธโสธร

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพุทธโสธร

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพุทธโสธร



Effects of a Pulmonary Rehabilitation Program with Palunglompran on Exercise Tolerance, Dyspnea, and Self-efficacy to Control Dyspnea in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease*

*Tasanee Phuvipirome***

*Chiraporn Chalanuwat****

*La-iad Jarusombat****

Abstract

This study was a quasi-experimental research, aiming to evaluate the effects of a pulmonary rehabilitation program with Palunglompran on exercise tolerance, Dyspnea, and self-efficacy to control dyspnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease. The sample consisted of forty patients with chronic obstructive pulmonary disease in outpatients COPD clinic of BuddhaSothorn hospital, Chachoengsao province. The eligible patients were selected based on the inclusion criteria and were assigned to two groups of equal numbers as the experimental and the control group. The experimental group received the pulmonary rehabilitation program with Palunglompran from the investigator, whereas the control group received the usual care from health care staff. The research instruments comprised a pulmonary rehabilitation program and a handbook of Palunglompran for patients with chronic obstructive pulmonary disease. The instruments for data collection included a demographic questionnaire, exercise tolerance test, Dyspnea Visual Analogue Scale (DVAS), Self-efficacy to Control Dyspnea test and COPD Assessment Test (CAT).The data were analyzed using frequency, mean, standard deviation, Independent t-test and Paired t-test.

The results revealed that;

1. The mean score of dyspnea in the experimental group was significantly lower than that in the control group ($p < 0.05$), whereas the mean score of self-efficacy to control dyspnea in the experimental group was significantly higher than that in the control group ($p < 0.05$).
2. The mean scores of exercise tolerance were not significantly different both between the control and experimental groups, and between before and after intervention in the experimental group.

The pulmonary rehabilitation program with Palunglompran needs to be applied to COPD patients in outpatient departments to decrease dyspnea and increase self-efficacy to control dyspnea.

Keywords : Pulmonary rehabilitation program with Palunglompran Exercise tolerance Dyspnea Self-efficacy to control dyspnea Patients with COPD

* This research received funding from BuddhaSothorn Hospital.

** Registered Nurse (Senior professional Level) Department of nursing, BuddhaSothorn Hospital

*** Registered Nurse, BuddhaSothorn Hospital



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease: COPD) เป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิตทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่า ปัจจุบันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 4 ของโลกและคาดว่าในปี ค.ศ. 2030 โรคนี้จะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตลำดับที่ 3¹ สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2551 พบว่ามีคนไทยป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถึง 4,888 คนต่อประชากร 100,000 คนและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับที่ 5 ของประชากรไทย² จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลพุทธโสธร ปี 2554 พบว่ามีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 404 ราย มีวันนอนเฉลี่ย 5.4 วันและมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคน 16,269 บาท/ราย มีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ 15%³ จะเห็นได้ว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและการเจ็บป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเมื่อเกิดอาการกำเริบ และมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำสูง ทำให้ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลที่มีจำนวนมากขึ้น

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือ COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) เป็นโรคที่ป้องกันและรักษาได้⁴ ลักษณะที่สำคัญของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือมีการอุดกั้นการระบายอากาศ ทำให้มีอากาศคั่งในถุงลม การแลกเปลี่ยนก๊าซเป็นไปได้ไม่ดี ก่อให้เกิดอาการหายใจลำบาก ในระยะเริ่มต้นของโรค เมื่อมีการอุดกั้นทางเดินหายใจ จะทำให้มีลมคั่งในปอดเพิ่มขึ้น (air trapping) ทำให้ผู้ป่วยเหนื่อยง่ายเวลาออกกำลังกาย เมื่อการดำเนินของโรครุนแรงขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบาก ต้องออกแรงมากในการหายใจ โดยเฉพาะช่วงหายใจออก ต้องใช้กล้ามเนื้ออื่นๆมาใช้ในการหายใจ ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบากมากขึ้นและบ่อยครั้งขึ้น มีผลต่อขีดจำกัดความสามารถในการทำกิจกรรมตามมา⁵

จะเห็นได้ว่าเมื่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยลดการทำกิจกรรมที่จะทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก ทำให้สมรรถนะของร่างกายผู้ป่วยลดลง ทำให้เกิดอาการหายใจลำบากเพิ่มมากขึ้น⁶ อาการหายใจลำบากทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบากต่ำ และหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่จะก่อให้เกิดอาการหายใจลำบาก การรับรู้สมรรถนะของตนเอง เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวข้องกับความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติหรือจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ ทั้งยังเป็นตัวกำหนดการแสดงพฤติกรรมในการปฏิบัติกิจกรรมของแต่ละบุคคล บุคคลที่มีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถจะเป็นตัวกระตุ้นให้มีความพยายามและกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นให้สำเร็จยิ่งขึ้น⁷ สอดคล้องกับการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะตนเอง อาการหายใจลำบาก และการแสดงหน้าที่ทางกายพบว่าในผู้ที่มีสมรรถนะตนเองในการจัดการกับอาการหายใจลำบากสูงและมีอาการรับรู้ถึงอาการหายใจลำบากในระดับต่ำ จะมีการแสดงหน้าที่ทางกายได้ดีกว่า⁸ ดังนั้นในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหายใจลำบากเพิ่มมากขึ้น จะมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบากต่ำ ทำให้ความทนทานในการออกกำลังกายลดลง ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁹⁻¹¹

เป้าหมายของการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ บรรเทาอาการ โดยเฉพาะอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก โดยทำให้ความทนทานในการออกกำลังกายดีขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ป้องกัน หรือชะลอการดำเนินโรค ป้องกัน และรักษา ภาวะแทรกซ้อน ป้องกันและรักษา ภาวะ อาการกำเริบของโรค และลดอัตราการเสียชีวิต⁴ ดังนั้น การจัดการกับอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงเป็นสิ่งสำคัญ จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การออกกำลังกายเป็น



วิธีการที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการทางคลินิกคงที่¹² แม้แต่ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคระดับมากที่สุด (stage 4) ก็สามารถออกกำลังกายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Vogiatzis¹³ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคระดับมากที่สุด ที่ได้รับการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงร่วมกับการได้รับออกซิเจน พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้การหายใจลำบากลดลง และจากการศึกษาของ Paz-Diaz, Oca, Lopez, และ Celli¹⁴ ในผู้ป่วยทุกอายุระดับความรุนแรงตั้งแต่รุนแรงถึงรุนแรงมากที่สุด พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความทนทาน การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรง และการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่น ร่วมกับการฝึกหายใจ มีอาการหายใจลำบากและความวิตกกังวลลดลง รวมทั้งคุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น

การศึกษาจากโรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่าการฝึกฝนออกกำลังกายโดยประยุกต์ใช้ท่ารำมวยจีน ไทชิ ซึ่งกวดคู่กับการควบคุมการหายใจแบบเป่าปาก (pursed-lip) ครั้งละ 30 นาทีสัปดาห์ละมากกว่า 5 ครั้ง เป็นเวลานาน 6 สัปดาห์ขึ้นไป จะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ความสามารถในการหายใจเข้าขณะออกกำลังกายเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อหายใจแข็งแรงขึ้น คุณภาพชีวิตดีขึ้น และความเหนื่อยลดลง¹⁵ นอกจากนี้ สมทรง มั่งถึก¹⁶ ได้ศึกษา ผลของการออกกำลังกายแบบไท้ จี้ ซึ่งต่อสมรรถภาพปอดและอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ภายหลังจากการออกกำลังกายแบบไท้ จี้ ซึ่งในกลุ่มทดลอง ภายหลังจากออกกำลังกายมีคะแนนอาการหายใจลำบากน้อยกว่าก่อนการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และ ชัชกรีย์ เปี่ยมสุข¹⁷ ได้ศึกษาผลการฝึกกายบริหารพลังลมปราณต่อคุณภาพชีวิต ความทนทานในการออกกำลังกาย และสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยวิธีการหายใจเข้าออกตามเสียงดนตรีทำนองเพลงจีน ร่วมกับการบริหารข้อต่างๆ 5 ท่า ใช้เวลาทำ

20 นาทีฝึกที่บ้านวันเว้นวัน เป็นเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิต และความสามารถการเดินบนพื้นราบหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จะเห็นได้ว่ารูปแบบของการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของผู้ป่วยและในแต่ละสถานที่

โรงพยาบาลพุทธโสธรเป็นโรงพยาบาลขนาด 561 เตียง มีคลินิกผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ แต่การให้การดูแลรักษาในปัจจุบันยังไม่ครอบคลุมในส่วนของ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โดยเฉพาะในด้านของการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาล ยังพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำสูง³ เนื่องจากอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบากต่ำ และผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดการออกกำลังกายเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

พลังลมปราณเป็นการออกกำลังกายชนิดหนึ่ง ซึ่งมีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยในระบบทางเดินหายใจ เหมาะแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการฝึกการหายใจเพื่อฟื้นฟูสุขภาพตนเอง หลักสำคัญคือ 1. การหายใจให้ถูกต้อง 2. เคลื่อนไหวช้าๆ 3. ฝึกต่อเนื่อง 1-2-3-4-5 รอบๆละ 5-6 นาที จนเหงื่อออก มีจำนวน 8 ท่า โดยการฝึกในทุกท่าจะต้องสัมพันธ์กับการหายใจเข้าออก ในที่นี้ใช้การหายใจแบบเป่าปาก Pursed-lip เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซ และทำให้มีความทนทานในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น อีกทั้งท่าทางในการปฏิบัตินั้นประกอบไปด้วยกิจกรรมการออกกำลังกายได้แก่ กล้ามเนื้อสะบักและกล้ามเนื้อบริเวณบ่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังขณะเหนื่อยหอบ มีการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจส่งผลให้กล้ามเนื้อดังกล่าวอ่อนแรง การบริหารกล้ามเนื้อแขน บ่าและสะบักจะ ช่วยเพิ่มกำลังและความทนทานของกล้ามเนื้อ ประสิทธิภาพการทำงานดีขึ้น ลดการทำงานของ



หัวใจซึ่งเป็นผลให้ประสิทธิภาพการหายใจดีขึ้นด้วย ดังนั้นการออกกำลังกายแบบพลังลมปราณ จะเป็นการฝึกการบริหารการหายใจร่วมกับการออกกำลังกายกล้ามเนื้อส่วนบนทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการหายใจ ลดการคั่งค้างของก๊าซคาร์บอน-ไดออกไซด์ ส่งผลให้อาการหายใจลำบากลดลง¹⁸⁻¹⁹

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่าการออกกำลังกายแบบพลังลมปราณในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีประสิทธิภาพสามารถลดอาการหายใจลำบาก เพิ่มความทนทานในการออกกำลังกาย ทำให้การรับรู้สมรรถนะของผู้ป่วยในการควบคุมอาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้น และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำการฝึกพลังลมปราณมาใช้ในการออกกำลังกายเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยตัดแปลงจากการฝึกพลังลมปราณของ ศุภกิจ นิมมานนรเทพ²⁰ เพื่อช่วยลดอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบากในผู้ป่วย เพิ่มความทนทานในการออกกำลังกาย เพิ่มการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความทนทานในการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการฝึกกายบริหารพลังลมปราณและกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึก
2. เพื่อเปรียบเทียบความทนทานในการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังได้รับการฝึกกายบริหารพลังลมปราณ
3. เพื่อเปรียบเทียบอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่าง กลุ่มที่ได้รับการฝึกกายบริหารพลังลมปราณและกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึก
4. เพื่อเปรียบเทียบอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังได้รับการฝึกกายบริหารพลังลมปราณ
5. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะของ

ตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบาก ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่าง กลุ่มที่ได้รับการฝึกกายบริหารพลังลมปราณและกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึก

6. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนและหลังได้รับการฝึกกายบริหารพลังลมปราณ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความทนทานในการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มที่ได้รับการฝึกกายบริหารพลังลมปราณเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึก
2. คะแนนเฉลี่ยความทนทานในการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังได้รับการฝึกกายบริหารพลังลมปราณเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการได้รับการฝึก
3. คะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มที่ได้รับการฝึกกายบริหารพลังลมปราณลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึก
4. คะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังได้รับการฝึกกายบริหารพลังลมปราณลดลงมากกว่าก่อนการได้รับการฝึก
5. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบาก ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มที่ได้รับการฝึกกายบริหารพลังลมปราณเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึก
6. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังได้รับการฝึกกายบริหารพลังลมปราณเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการได้รับการฝึก

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้คือผู้ป่วยโรค



ปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลพุทธโสธร

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลพุทธโสธร ที่มาตรวจตามนัดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2556 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2557 และมีคุณสมบัติที่กำหนด (inclusion criteria) ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 ราย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีความรุนแรงของโรคแบ่งตาม GOLD⁴ ระดับ 2 ขึ้นไป
2. เข้าใจภาษาไทยและสื่อสารภาษาไทยได้
3. ไม่มีข้อจำกัดในการออกกำลังกาย
4. ไม่มีโรคปอดอื่นๆเช่นมะเร็งปอด วัณโรค ระยะแพร่เชื้อ
5. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมออกกำลังกายแบบพลังลมปราณได้ตามที่กำหนด

เกณฑ์การคัดผู้ป่วยออกจากการวิจัย

(Exclusion criteria)

มีอาการกำเริบและต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินหรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและ/หรือมีการปรับเปลี่ยนยาที่ใช้ในการรักษา ในช่วงที่อยู่ระหว่างการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ

1.1 คู่มือการออกกำลังกายโดยใช้ พลังลมปราณ 8 ท่า โดยดัดแปลงจากการฝึกพลังลมปราณของศุภกิจ นิมมานรเทพ²⁰ เป็นภาพประกอบท่าทางและคำบรรยาย

- 1.2 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน

- 1 คนที่ได้รับการฝึกการออกกำลังกายแบบพลังลมปราณเป็นผู้นำการออกกำลังกาย ร่วมกับ ผู้วิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ สิทธิในการรักษา ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรค จนถึงปัจจุบัน ระดับความรุนแรงของโรค

2.2 แบบประเมินความทนทานในการออกกำลังกาย โดยให้ผู้ป่วยเดินบนพื้นราบปราศจากสิ่งกีดขวางวัดเป็นระยะทางเป็นเมตรหลังจากเดินได้ใน 6 นาที

2.3 แบบประเมินอาการหายใจลำบาก โดยใช้แบบวัด Dyspnea Visual Analogue Scale (DVAS) เป็นแบบวัดที่ประเมินอาการหายใจลำบาก โดยใช้เส้นตรงที่ยาว 100 มม.เป็นมาตรแสดงอาการหายใจลำบาก ด้านล่างสุดตำแหน่ง 0 หมายถึง ไม่มีอาการเหนื่อยเลย ด้านบนสุดตำแหน่ง 100 หมายถึง มีอาการเหนื่อยมากที่สุด และกึ่งกลาง 50 หมายถึง มีอาการเหนื่อยปานกลาง ให้ผู้ป่วยบอกอาการเหนื่อยของตนเองหลังจากทดสอบการเดิน 6 นาทีทันที โดยทำเครื่องหมายบนเส้นตรงตามความรู้สึกในขณะนั้น (Gift, 1989)²¹

2.4 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบาก โดยใช้แบบวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบาก ของ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ เป็นสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากโดยตรง และสถานการณ์ที่ทำให้กลัวว่าจะมีอาการหายใจลำบาก วัดความเชื่อมั่นของบุคคลในการหลีกเลี่ยงหรือจัดการกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ²²

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. คู่มือการออกกำลังกายแบบพลังลมปราณ ตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ด้านโรคปอดอุดกั้น



เรื้อรัง จำนวน 2 ท่าน และแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 1 ท่าน และได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปใช้จริง

ผู้วิจัยได้ทำการทดลองฝึกพลังลมปราณในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีระดับความรุนแรงมากในระดับ 4 (FEV1 < 30 %) จำนวน 1 ราย และระดับความรุนแรงของโรคในระดับรุนแรง คือระดับ 3 (FEV1 < 50 %) จำนวน 1 ราย รวม 2 ราย พบว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ครบจำนวน 5 รอบ ใช้เวลาประมาณ 12 – 15 นาที โดยไม่มีอาการหอบเหนื่อยหรือหายใจลำบากเกิดขึ้น และได้ประยุกต์ทำทางที่เหมาะสมกับผู้ป่วยตามข้อเสนอนี้และความเป็นไปได้ในการปฏิบัติของผู้ป่วย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพุทธโสธร ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด มีความเข้าใจและมีสิทธิ์จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจและการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคที่ผู้ป่วยจะได้รับต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อรับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนโรงพยาบาลพุทธโสธร หลังจากโครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้วิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธโสธร หลังได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยประชุมประสานงานกับแพทย์และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการทำวิจัย

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดเข้ากลุ่ม ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยคำนึงถึงสิทธิของความเป็นบุคคลและการรักษาความลับของผู้ป่วยทุกรายจากนั้นผู้วิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบ หลังจากนั้นจึงดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง

2. ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม

ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจะได้รับการประเมินความทนทานในการออกกำลังกาย อาการหายใจลำบาก และการประเมินการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบาก ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด คลินิกปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในสัปดาห์ที่ 1 และผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความทนทานในการออกกำลังกาย อาการหายใจลำบากและการประเมินการรับรู้สมรรถนะในตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบาก ในสัปดาห์ที่ 8

ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง

1. สัปดาห์ที่ 1 นัดผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายแบบพลังลมปราณ และทำการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลโดยวิธีการสัมภาษณ์และประเมินความทนทานในการออกกำลังกาย อาการหายใจลำบากและการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครั้งที่ 1 ในขั้นตอนนี้ใช้เวลา คนละ 15 นาที

- ฝึกออกกำลังกายแบบพลังลมปราณ 8 ท่าโดยการสอน-สาธิต โดยผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และผู้วิจัย ใช้เวลาในการสอน-ฝึกปฏิบัติ 8 ท่าจำนวนอย่างน้อย 5 ครั้งขึ้นไปใช้เวลาประมาณ 15 นาที ในครั้งแรกของการฝึกผู้วิจัยจะทำการทบทวนและฝึกปฏิบัติ จำนวน 2 รอบ (พัก 15 นาที ก่อนฝึกปฏิบัติรอบทบทวน) ในกรณีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เป็นผู้สูงอายุมีญาติมาด้วย จะให้ฝึกปฏิบัติพร้อมกับญาติผู้ดูแล ใช้เวลาในการฝึกและทบทวนในครั้งแรก 1 ชั่วโมง



- แจกคู่มือการออกกำลังกายแบบพลังลมปราณให้ผู้ป่วยไปปฏิบัติที่บ้านทุกวันหรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 1-2 ครั้ง พร้อมอธิบายการบันทึกข้อมูลการฝึกการออกกำลังกายที่บ้านในแต่ละวันและอาการหรือความผิดปกติที่พบและนำสมุดคู่มือมาด้วยทุกครั้งที่มีการนัดหมาย

2. สัปดาห์ที่ 2-4 ผู้วิจัย โทรศัพท์ติดตามสอบถามถึงการออกกำลังกายแบบพลังลมปราณที่บ้านของผู้ป่วยจากผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลทุกวันศุกร์ สัปดาห์ละครั้ง รวมถึงสอบถามปัญหาในการออกกำลังกายและอาการที่เกิดขึ้นในขณะออกกำลังกายแบบพลังลมปราณที่บ้าน จนครบ 4 สัปดาห์

3. สัปดาห์ที่ 4 ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 ต้นสัปดาห์ เยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุกราย เพื่อติดตามการออกกำลังกายแบบพลังลมปราณที่บ้าน และสอบถามถึงปัญหาที่พบและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน และจัดบันทึกข้อมูลจากการเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคลเพื่อประกอบการอภิปราย กิจกรรมที่ 2 วันศุกร์ของสัปดาห์ที่ 4 นัดผู้ป่วยมาร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายแบบพลังลมปราณ ที่ห้องประชุมของโรงพยาบาลพุทธโสธร เพื่อให้ผู้ป่วยได้มาทบทวนการฝึกออกกำลังกายแบบพลังลมปราณ และเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน ครั้งนี้ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

4. สัปดาห์ที่ 5-8 ให้ผู้ป่วยออกกำลังกายแบบพลังลมปราณที่บ้าน จนครบ 8 สัปดาห์ พร้อมโทรศัพท์สอบถาม กระตุ้นเตือนเพื่อความต่อเนื่องของการปฏิบัติและปัญหาที่พบทุกวันศุกร์

5. สัปดาห์ที่ 8 หลังสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยนัดหมายให้ผู้ป่วยมาเข้าร่วมกิจกรรมการประเมินผลการออกกำลังกายแบบพลังลมปราณ ที่ห้องประชุมโรงพยาบาลพุทธโสธร ครั้งนี้จะไม่มีการออกกำลังกายร่วมกันแต่จะเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการออกกำลังกาย และ

ผู้วิจัย ประเมินความทนทานในการออกกำลังกาย อาการหายใจลำบากและการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบากครั้งที่ 2 ครั้งนี้ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของค่าคะแนนอาการหายใจลำบาก ความทนทานในการออกกำลังกาย และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test และ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการหายใจลำบาก ความสามารถในการออกกำลังกายและการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบาก ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนทดลองและหลังทดลองด้วยสถิติ Pair t-test

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายทั้งหมด 20 ราย ร้อยละ 100 กลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 50 มีอายุเฉลี่ย 69.7 ปี กลุ่มควบคุม มีอายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 45 และมีอายุเฉลี่ย 67.50

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อยู่ในระดับ 3 คือ Severe และรองลงมาคือ อยู่ในระดับ 2 Moderate คิดเป็นร้อยละ 40 และ 35 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อยู่ในระดับ 2 คือ Moderate และรองลงมาคืออยู่ระดับ 3 Severe คิดเป็นร้อยละ 70 และ 25 ตามลำดับ



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของอาการหายใจลำบากก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนอาการหายใจลำบาก	กลุ่มทดลอง (n=20)			กลุ่มควบคุม (n=20)			p-value
	\bar{x}	\pm	SD	\bar{x}	\pm	SD	
ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	-15.75	\pm	15.66	3.50	\pm	9.88	.000*

*p<.05

ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มทดลอง ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความทนทานในการออกกำลังกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบคะแนนความทนทานในการออกกำลังกายก่อนทดลองและหลังทดลอง

คะแนนความทนทานในการออกกำลังกาย	กลุ่มทดลอง (n=20)			กลุ่มควบคุม (n=20)			p-value ¹
	\bar{x}	\pm	SD	\bar{x}	\pm	SD	
ก่อนการทดลอง	312.97	\pm	77.83	298.77	\pm	70.89	.550
หลังการทดลอง	339.66	\pm	66.91	308.29	\pm	56.78	.118
p-value ²			.055			.336	

¹ Independent t-test, ² Pair t-test

*p<.05

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความทนทานในการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน (p-value =.055) ส่วนผลการเปรียบเทียบ

คะแนนเฉลี่ยความทนทานในการออกกำลังกายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน (p-value =.118) ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบากระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบากก่อนทดลองและหลังทดลอง

คะแนนการรับรู้สมรรถนะฯ	กลุ่มทดลอง (n=20)			กลุ่มควบคุม (n=20)			p-value ¹
	\bar{x}	\pm	SD	\bar{x}	\pm	SD	
ก่อนการทดลอง	83.95	\pm	15.41	92.2	\pm	16.58	.111
หลังการทดลอง	100.05	\pm	5.50	90.95	\pm	13.90	.012
p-value ²	.000*			.618			

¹ Independent t-test, ² Pair t-test

*p<.05

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบาก ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ดังตารางที่ 3

การอภิปรายผล

อาการหายใจลำบาก

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับการออกกำลังกายแบบพลัสมปราณ มีค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของอาการหายใจลำบากก่อนและหลังการทดลอง ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 อธิบายได้ว่าจากพยาธิสภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะมีการอุดกั้นทางเดินหายใจ จะทำให้มีลมค้างอยู่ในปอดเพิ่มขึ้น (air trapping) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวลาที่ผู้ป่วยออกกำลังกาย ผู้ป่วยจะหายใจเร็วขึ้นทำให้เวลาที่หายใจออกสั้นลง ทำให้มีลมค้างอยู่ในปอดเพิ่มขึ้นไปอีก ทำให้ผู้ป่วยเหนื่อยง่ายเวลาออกกำลังกาย การออกกำลังกายแบบพลัสม

ปราณเป็นการออกกำลังกายที่เน้นการฝึกบริหารลมหายใจเน้นการหายใจให้ถูกต้องร่วมกับการเคลื่อนไหวร่างกาย ท่าแต่ละท่าจะปฏิบัติร่วมกับการหายใจแบบเป่าปาก Pursed – lip ทำให้การหายใจออกยาวนานเป็นสองเท่าของการหายใจเข้า การหายใจแบบนี้จะทำให้เพิ่มการแลกเปลี่ยนก๊าซและขับคาร์บอนไดออกไซด์ได้มากขึ้น และแรงดันในหลอดลมลดลงช้าๆ หลอดลมจึงไม่ปิดเร็ว ในขณะที่หายใจออกทางปากช้าๆแบบห่อปาก จึงทำให้ลมเหลือค้างในปอดน้อยที่สุด เมื่อฝึกปฏิบัติเป็นประจำ จะช่วยลดอาการหายใจลำบากและหอบเหนื่อยของผู้ป่วยลงได้ในขณะที่มีกิจกรรม²³⁻²⁴ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Dechman & Wilson¹⁹ ที่ศึกษาเทคนิคที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการหายใจในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่าอาการหายใจแบบห่อปากมีผลให้ลดภาวะการหายใจลำบากและเพิ่มการเปลี่ยนแปลงของก๊าซในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการปานกลางและรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความทนทานในการออกกำลังกาย

ในกลุ่มที่ได้รับการออกกำลังกายแบบพลัสมปราณ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความทนทานในการออกกำลังกายระหว่างก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม แตกต่างกัน



อย่างไรไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ.05 อธิบายได้ว่าก่อนการได้รับการออกกำลังกายแบบพลังลมปราณ ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีค่าความทนทานในการออกกำลังกายก่อนข้างสูง โดยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าระยะทางที่เดินได้ 312.97 เมตรและ 298.77 เมตร ตามลำดับและหลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าความทนทานในการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น โดยกลุ่มทดลองเพิ่มมากขึ้นเฉลี่ย 26 เมตรขณะที่กลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 9.52 เมตร อาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความทนทานในการออกกำลังกายที่ดีอยู่แล้วส่วนหนึ่ง ทำให้หลังการออกกำลังกายไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน นอกจากนี้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มนี้มีส่วนหนึ่งที่มีกิจกรรมการออกกำลังกายหรือกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่เดิม ดังเช่น อยู่ชมรมนักร้อง และอีกรายเป็นพระภิกษุที่มีการเดินบิณฑบาตทุกวัน วันละ 1-2 กิโลเมตร แต่อย่างไรก็ตามพบว่า ข้อมูลรายบุคคลของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองที่ได้รับการออกกำลังกายแบบพลังลมปราณที่มีการฝึกอย่างเป็นประจำและต่อเนื่อง สามารถทำได้ถึง 7-10 รอบ เป็นประจำทุกวัน มีค่าความทนทานในการออกกำลังกายเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นมากกว่า 150 เมตร ขณะที่กลุ่มควบคุมพบค่าการเปลี่ยนแปลงในตัวบุคคลเพิ่มขึ้นสูงสุดน้อยกว่า 100 เมตร ประกอบกับในช่วงของการเก็บรวบรวมข้อมูลพบผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีอาการใช้หวัด จำนวน 3 รายและกลุ่มควบคุม จำนวน 1 ราย แต่ไม่ได้มีอาการที่ทำให้กำเริบแต่อย่างใด ทำให้ไม่สามารถออกกำลังกายได้เต็มที่

การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบาก

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับการออกกำลังกายแบบพลังลมปราณมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบาก สูงกว่าก่อนการได้รับการออกกำลังกายแบบพลังลมปราณ และมากกว่ากลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่า การออกกำลังกายแบบพลัง

ลมปราณอย่างเป็นประจำและต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยสามารถหายใจได้ลึกขึ้น ทำให้อาการหายใจลำบากลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้นด้วย นอกจากนี้การจัดกิจกรรมการออกกำลังกายแบบพลังลมปราณในรูปของกิจกรรมกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในการฝึกพร้อมกัน การได้เห็นตัวอย่างผู้ป่วยที่ออกกำลังกายแบบพลังลมปราณแล้วมีอาการหายใจลำบากดีขึ้น สามารถทำกิจกรรมได้มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถที่จะทำการออกกำลังกายได้สำเร็จเพื่อไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการคือ อาการหายใจลำบากลดลง และสามารถทำกิจกรรมได้มากขึ้น⁷ นอกจากนี้การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและการโทรศัพท์ที่เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในกิจกรรมการออกกำลังกายแบบพลังลมปราณอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ส่งผลให้อาการหายใจลำบากลดลง การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบากจึงเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเอง ต่อความวิตกกังวลและการจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่ากลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะตนเองจะมีการรับรู้สมรรถนะตนเองในการจัดการกับอาการหายใจลำบากสูงกว่า ระดับความวิตกกังวลต่ำกว่าและมีพฤติกรรมการจัดการตนเองกับอาการหายใจลำบากได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.05²⁵ และผลการวิจัยของ orsega-smith และคณะ²⁶ พบว่าการที่สมาชิกในครอบครัวสนับสนุนให้ผู้ป่วยสูงอายุออกกำลังกายช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุมีสมรรถนะเพิ่มขึ้นและมีทัศนคติที่ดีต่อการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรจัดให้มีกิจกรรมการออกกำลังกายแบบพลังลมปราณ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อลด



อาการหายใจลำบาก และเพิ่มการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบาก

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล ทำให้เก็บในช่วงเวลาที่ต่างกัน ไม่สามารถควบคุมปัจจัยบางประการในระหว่างที่ดำเนินการวิจัยได้ เนื่องจาก สภาพอากาศในช่วงของการทำวิจัยเปลี่ยนแปลงมาก อากาศหนาวเย็นจัด เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้ทุกวัน การออกกำลังกายแบบพลังลมปราณเน้นการหายใจ เนื่องจากอากาศเปลี่ยนทำให้การฝึกในช่วงฤดูหนาวทางเดินหายใจผู้ป่วยจะรู้สึกแสบมากขณะหายใจแบบเป่าปาก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องในการออกกำลังกายแบบพลังลมปราณ โดยติดตามต่อในระยะยาว 6 เดือน หรือ 1 ปี

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. World health statistic(cited 2009 July 10)Available from:URL:http://www.who.int/respiratory/copd/en/
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.หนังสือสถิติสาธารณสุข พ.ศ.2551.นนทบุรี:กระทรวงสาธารณสุข; 2551.
3. เวชระเป็ยน์โรงพยาบาลพุทธโสธร.สถิติผู้ป่วย.ฉะเชิงเทรา.โรงพยาบาลพุทธโสธร; 2553-2555.
4. GOLD. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease; 2013. Available from: http://www.goldcopd.com.
5. พูนเกษม เจริญพันธุ์.หลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง.ในสู่มาลี เกียรติบุญศรี,บรรณาธิการ. การดูแลรักษาโรคระบบทางเดินหายใจ กรุงเทพฯ:

โรงพิมพ์ในผู้ใหญ่.อักษรสมัย;2547.หน้า 450-465.

6. Devito,A.J. Dyspnea during hospitalizations for acute phase of illness as recalled by patients with Chronic obstructive pulmonary disease. Heart & Lung.1990; 19,186-191.
7. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H.Freeman and Company; 1997.
8. Siela,D. Use of self-efficacy and dyspnea perceptions to predict functional performance in people with COPD.Rehabilitation Nursing. 2003;28(6),197-204.
9. American Lung Association. Chronic bronchitis and emphysema. retrieved August 8, 2006, from http://www.lungusa.org.
10. Godoy,D.V., &Godoy,R.F. A randomized controlled trial of the effect of psychotherapy on anxiety and depression in chronic obstructive pulmonary disease patient. Achieves of Physical Medicine and Rehabilitation.2003; 84,1154-1157.
11. นิรามัย ใช้เทียมวงศ์.แรงสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่,บัณฑิตวิทยาลัย,มหาวิทยาลัยมหิดล;2535.
12. Calverley, P. M. A.Exercise and dyspnoea in COPD. European Respiratory Review.2006; 15(100),72-79.
13. Vogiatzis, I.Strategies of muscle training in very severe COPD patients. European Respiratory Journal.2011;38, 971-975.
14. Paz-Diaz, H., Oca, M. M., Lopez, J. M., & Celli, B. R.Pulmonary rehabilitation improves depression, anxiety, dyspnea and health status in patients with COPD. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation.2007;



- 86(1), 30–36.
15. Kiatboonsri S., Amornputtisathaporn N, siriket S, et al. Tai Chi Qigong exercise. Training in COPD. Chest Meeting Abstracts 2007; 132: 535a.
 16. สมทรง มั่งถึก. ผลของการออกกำลังกายแบบไท้จี้ ซี่กง ต่อสมรรถภาพปอดและอาการหายใจลำบากในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
 17. ชัชชัย เปี่ยมสุข. ผลการฝึกกายบริหารลมปราณต่อคุณภาพชีวิต ความทนทานต่อการออกกำลังกายและสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล; 2538.
 18. รมิตา คงเจริญ. ผลของการส่งเสริมความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล; 2545.
 19. Dechman, G., & Wilson, R.C. Evidence underlying breathing retraining in people with stable Chronic obstructive pulmonary disease. Physical therapy. 2004; 84(12): 1189–1197.
 20. ศุภกิจ นิมมานนรเทพ. ประสพการณ์จากธรรมชาติบำบัดในการฟื้นฟูสุขภาพ ฝึก “พลังลมปราณ”; 2542.
 21. Gift, A.G. Validation of a vertical visual analogue scale as a measure of clinical dyspnea. Rehabilitation Nursing 1989; 14(6)323–325.
 22. ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, สมจิตต์ หนูเจริญกุล, ทัดนา บุญทอง, และ สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. ผลของการฝึก อี เอ็ม จี ไบโอฟิตแบคพร้อมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบ โพรเกรสลิฟต่อความวิตกกังวล การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบาก ความทนทานต่อการออกกำลังกาย อาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารวิจัยทางการแพทย์พยาบาล 2542; 3(1), 76–92.
 23. Nield M, et al. Efficacy of Pursed-Lip Breathing, A breathing pattern retraining strategy for dyspnea reduction. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and prevention. 2007; 27:237–244.
 24. Spahija J, de marchie M, Grassino A. Effects of imposed pursed-lips breathing on respiratory mechanics and dyspnea at rest and during exercise in COPD. Chest. 2005; 128:640–650.
 25. รจเลขา พิมพ์ภาภรณ์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อความวิตกกังวลและการจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
 26. Orsega-Smith EM, Payne LL, Mowen AJ, Ho C, Godbey GC. The role of social support and self-efficacy in shaping the leisure time physical activity of older adults. J leis res. 2007; 39(4):705–27.



ระเบียบการส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

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

ข้อกำหนดการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข มีดังต่อไปนี้

1. เป็นผลงานวิชาการทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษในสาขาการพยาบาล, การสาธารณสุข หรือสาขาที่เกี่ยวข้อง
2. ผลงานต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อน ยกเว้นเป็นผลงานที่ได้นำเสนอในการประชุมทางวิชาการแบบไม่มีเรื่องเต็ม (Proceedings) และผู้เขียนจะต้องไม่ส่งบทความเพื่อไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นในเวลาเดียวกัน
3. ผู้เขียนต้องสมัครเป็นสมาชิกวารสารเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี
4. หากเป็นไปได้ ควรมีการอ้างอิงบทความวิจัย หรือบทความวิชาการ ของวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข อย่างน้อย 1 รายการ
5. ผลงานจะได้รับการพิจารณาถ้อยแถลงจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควร ไม่น้อยกว่า 2 คน
6. กองบรรณาธิการจะมีจดหมายแจ้งผลการพิจารณาการลงตีพิมพ์ในวารสารภายหลังจากกองบรรณาธิการได้พิจารณาผลงานในเบื้องต้นแล้ว
7. หากผลงานใดได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ เจ้าของผลงานจะต้องแก้ไขต้นฉบับให้เสร็จและส่งคืนกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนด มิฉะนั้น จะถือว่าสละสิทธิ์การตีพิมพ์
8. กองบรรณาธิการจะไม่ส่งคืนต้นฉบับและแผ่นซีดีข้อมูลให้แก่เจ้าของผลงาน
9. ผลงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง

การเตรียมต้นฉบับ

ลำดับการเขียนบทความวิจัย มีดังนี้

1. บทคัดย่อ ภาษาไทย พร้อมชื่อ-สกุล และสถานที่ทำงานของเจ้าของบทความเป็นภาษาไทย
2. บทคัดย่อ ภาษาอังกฤษ (Abstract) พร้อมชื่อ-สกุล และสถานที่ทำงานเจ้าของบทความเป็นภาษาอังกฤษ



3. คำสำคัญ (Key word) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
4. บทนำ วัตถุประสงค์การวิจัย
5. วิธีดำเนินการวิจัย
 - 5.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - 5.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ระบุการสร้างและคุณภาพของเครื่องมือ)
 - 5.3 การวิเคราะห์ข้อมูล
6. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล
7. สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ
8. การใช้ภาษา ใช้ภาษาไทยโดยยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน พยายามหลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทย ยกเว้นกรณีจำเป็นและไม่ใช้คำยืมนอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน
9. ภาพประกอบที่ต้องการตีพิมพ์ต้องส่งเป็นไฟล์ .jpg แต่ภาพในวารสารที่ตีพิมพ์แล้วจะเป็นภาพขาวดำเท่านั้น ถ้าเป็น artwork เขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษมันสีขาว มีหมายเลขกำกับพร้อมทั้งลูกศรแสดงตำแหน่งบนของภาพ และมีคำบรรยายใต้ภาพ หากเป็นภาพที่มีลิขสิทธิ์ ต้องมีการอ้างอิงด้วย
10. ตัวอักษรการพิมพ์: ขนาดตัวอักษร TH Niramit AS ขนาด 16, Single Space จัดหน้าให้มีช่องว่างด้านบน 1 นิ้ว ด้านล่าง 1 นิ้ว ด้านซ้าย 1.25 นิ้ว ด้านขวา 1 นิ้ว
11. การอ้างอิงและการเขียนเอกสารอ้างอิง
การเขียนเอกสารอ้างอิงให้ใช้รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) ซึ่งเป็นรูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง ที่ใช้ในวารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุขทั่วไป การอ้างอิงถึงเอกสารวิชาการรูปแบบแวนคูเวอร์ ให้เรียงลำดับของเอกสาร ตามลำดับเลขที่มีการอ้างอิงในเนื้อหารายงานหรือบทความ และหมายเลขที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อนั้น จะต้องตรงกับหมายเลขที่มีการกำกับไว้ในส่วนเอกสารอ้างอิงด้วย โดยเรียงลำดับจากหมายเลข 1 ไปจนถึงเลขที่สุดท้าย (1, 2, 3,...) ต่อท้ายข้อความที่นำมาอ้างอิงในรายงาน โดยพิมพ์เป็นตัวยก (superscript) กรณีอ้างอิงหลายรายการในเนื้อหาเดียวกัน หากรายการอ้างอิงต่อเนื่องกันใช้ hyphen ระหว่างตัวเลข เช่น 1-3 แต่หากรายการอ้างอิงไม่ต่อเนื่องใช้ comma (,) ระหว่างตัวเลข เช่น 1-3,7 รายละเอียดการเขียนเอกสารอ้างอิงรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) ให้ศึกษาจากบทความของ **อาจารย์ จิราภรณ์ จันทร์จร เรื่อง การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)** ใน website ของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข (www.tnaph.org) หัวข้อ **วารสาร**
12. รูปแบบการพิมพ์ มีดังต่อไปนี้



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



ตัวอย่างการใช้ตัวเลขและเครื่องหมายกำกับการจำแนกหัวข้อ ดังนี้

ขอบเขตของการวิจัย (หัวข้อใหญ่ อักษรหนา 18 พอยต์)

1. **กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย** (หัวข้อรอง อักษรหนา 16 พอยต์)

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

2.1 **ตัวแปรอิสระ** แบ่งเป็นดังนี้

2.1.1

การส่งต้นฉบับ

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

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

การติดต่อสอบถามรายละเอียด

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

หมายเหตุ : ปรับปรุงล่าสุด 31 มีนาคม 2557



การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

จิราภรณ์ จันทร์จร *

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

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

การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์

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

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

ส่วนประกอบของข้อมูลที่จะนำมาเขียนรายการอ้างอิง

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

*บรรณารักษ์ชำนาญการพิเศษ หอสมุดคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2554 (ฉบับปรับปรุง)



การอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)

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

1. บทความจากวารสารมาตรฐาน (Standard journal article)

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

คำอธิบายข้อมูลในรูปแบบพื้นฐาน

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

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

- ชื่อผู้แต่งที่เป็นคนไทย ให้เขียนแบบภาษาไทยโดยเขียนชื่อและนามสกุลเป็นคำเต็ม เช่น

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

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

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

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

• จริฎา เลิศอรชรขยมนิ, เอมอรรักษมณี, อนุพันธ์ ดันติวงศ์, กรุณา บุญสุข, อิงพรนิลประดับ, พุฒติพรณี วรจิโกคาทร, และคณะ. ความเสี่ยงและประสิทธิผลของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. จดหมายเหตุทางแพทย์ 2545;85:1288-95.

2. ชื่อบทความ (Title of the article)

- บทความเป็นภาษาอังกฤษ ชื่อบทความใช้อักษรตัวใหญ่ (Capital letter) เฉพาะตัวแรกและชื่อเฉพาะ นอกจากนั้นใช้อักษรตัวเล็กทั้งหมดเมื่อจบชื่อบทความให้ใช้เครื่องหมายมหัพภาค (Fullstop-.)

- บทความภาษาไทย ให้เขียนแบบคำไทย

3. ชื่อวารสาร (Title of the Journal)

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

- สำหรับวารสารภาษาไทยยังไม่มีชื่อย่ออย่างเป็นทางการ ให้ใช้ชื่อเต็มที่ปรากฏที่หน้าปก เช่น ขอนแก่นเวชสาร จดหมายเหตุทางแพทย์ จุฬาลงกรณ์เวชสาร เชียงใหม่เวชสาร สารศิริราช ฯลฯ

4. ปี (year) เดือน (month) เล่มที่ (Volume) และฉบับที่ (Number/Issue) เนื่องจากวารสารส่วนมากจะมีเลขหน้าต่อเนื่องกันทั้งปี ตั้งแต่ฉบับที่ 1



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

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

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

2. บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization as author)

ให้ใส่ชื่อหน่วยงาน/สถาบันนั้นๆ ในส่วนที่เป็นชื่อผู้เขียน เช่น

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

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

3. บทความที่ผู้แต่งมีทั้งเป็นบุคคลและเป็นหน่วยงาน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งและหน่วยงานตามที่ปรากฏในเอกสารที่นำมาอ้างอิง เช่น

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

4. บทความที่ไม่มีชื่อผู้แต่ง ให้เขียนชื่อบทความเป็นส่วนแรกได้เลย เช่น

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

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

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

6. วารสารเล่มผนวกที่มีฉบับพิเศษ (Issue with supplement) ให้เขียนฉบับพิเศษและตอนย่อยไว้ในวงเล็บ เช่น

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

7. วารสารเล่มที่มีตอนย่อย (Volume with part) ให้เขียนตอนย่อยไว้ในวงเล็บต่อจากเล่มที่ เช่น

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

8. วารสารที่ในฉบับมีตอนย่อย (Issue with part) ให้เขียนทั้งฉบับที่และตอนย่อยไว้ในวงเล็บต่อจากเล่มที่ เช่น

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

9. วารสารที่มีเฉพาะฉบับที่ไม่มีเล่มที่ (Issue with no volume) ให้ใส่ฉบับที่ไว้ในวงเล็บในส่วนของเล่มที่

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

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



โดยใช้เครื่องหมาย ทวิภาค (Colon - :) คั่นระหว่างปี และเลขหน้า เช่น

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

11. วารสารที่มีเลขหน้าเป็นเลขโรมัน ให้ลงรายการอ้างอิงดังนี้

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

12. วารสารที่ระบุประเภทของบทความ เช่น บทบรรณาธิการ จดหมาย หรือ บทความย่อ ให้แสดงประเภทของเอกสารภายในเครื่องหมายวงเล็บเหลี่ยม ต่อจากชื่อเรื่อง ดังนี้

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

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

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

13. อ้างอิงบทความที่ถอดถอนบทความอื่น (Article containing retraction)

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

14. อ้างอิงบทความที่ถูกถอดถอน (Article retracted)

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

15. อ้างอิงบทความที่แก้ไขและตีพิมพ์ใหม่ (Article republished with corrections)

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

16. อ้างอิงบทความที่พิมพ์ผิดและมีการแก้ไข (Article with published erratum)

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

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

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

การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา แบ่งเป็น 2 ลักษณะ

18. การอ้างอิงหนังสือทั้งเล่ม

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

คำอธิบายข้อมูลในรูปแบบพื้นฐาน

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



- **หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบุคคล**

- Janeway CA, Travers P, Walport M, Shlomchik M. Immunobiology. 5th ed. New York: Garland Publishing; 2001.
- รังสรรค์ ปัญญาัญญะ. โรคติดเชื้อของระบบประสาทกลางในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2536.

- **หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบรรณาธิการหรือผู้รวบรวม (Editor/Compiler)**

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

- **หนังสือที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization)**

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

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

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

• พรเทพ เทียนลิวากุล, บรรณาธิการ. โสहितวิทยาคลินิกขั้นสูง. 2 เล่ม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541.

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

• ไพรัตน์ พุกษาศาติคุณากร, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์. เล่ม 1. เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์; 2534.

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

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

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

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

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



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

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

19. การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการของหนังสือ (Chapter in a book)

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

- Esclamado R, Cummings CW. Management of the impaired airway in adults. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE, editors. Otolaryngology – head and neck surgery. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby Year Book; 1993. p. 2001–19.
- เกียรติศักดิ์ จิระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจันทา, วินัย สุวัตถิ, อรุณ วงษ์จิราภรณ์, ประอร ชวลิตธารง, พิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424–78.

20. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

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

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

21. การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม หรือสรุปผลการประชุม (Conference paper)

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

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

22. การเขียนเอกสารอ้างอิงที่เป็นรายงานทางวิชาการ หรือรายงานทางวิทยาศาสตร์ (Technical/Scientific Report)

- เอกสารที่จัดพิมพ์โดยเจ้าของทุน (Issued by funding)

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



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

- เอกสารที่จัดพิมพ์โดยหน่วยงานผู้จัดทำรายงาน (Issued by performing agency)

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

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

23. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation) ให้เขียนรายการอ้างอิงดังนี้

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

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

- อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

24. สิทธิบัตร (Patent)

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

25. การอ้างอิงบทความในหนังสือพิมพ์ (Newspaper article)

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

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

- ซี 12. ตุลาคมศาล ปด, เข้ารอบ ไทยรัฐ. 2543 พ.ย. 20; ข่าวการศึกษา ศาสนา-สาธารณสุข: 12 (คอลัมน์ 1).

26. เอกสารอ้างอิงที่ประเภทพจนานุกรมต่างๆ (Dictionary and similar references)

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

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

27. การอ้างอิงเอกสารที่ยังไม่ได้ตีพิมพ์ หรือกำลังรอตีพิมพ์ (Unpublished Material)

ใช้รูปแบบการอ้างอิงตามประเภทของเอกสารดังกล่าวข้างต้น และระบุว่า In press หรือ รอตีพิมพ์ เช่น



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

หมายเหตุ: NLM นิยมใช้คำว่า “forthcoming” เพราะยังไม่แน่ว่าเอกสารนั้นๆ จะได้รับการตีพิมพ์หรือไม่

การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Material)

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

การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ให้ใช้รูปแบบตามประเภทของเอกสารดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น แต่เพิ่มข้อมูลบอกประเภทของวัสดุหรือเอกสารที่นำอ้างอิง วันที่สืบค้นข้อมูล และแหล่งที่มาของข้อมูลดังนี้

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

28. ซีดีรอม (CD-ROM)

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

29. บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

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

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

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

บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ตที่มีลักษณะพิเศษอื่นๆ เช่น

- บทความที่มีการเผยแพร่ทางอิเล็กทรอนิกส์ก่อนฉบับพิมพ์ (Article published electronically ahead of the print version) ซึ่งส่วนมากจะเป็นบทความที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูล PubMed (ดูที่ # 17)
- บทความที่มีหมายเลขเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Article with document number in place of traditional pagination) เป็นบทความที่สืบค้นได้จากฐานข้อมูล PubMed จะมีเลข PMID (PubMed Identifier)
 - Williams JS, Brown SM, Conlin PR. Videos in clinical medicine. Blood-pressure measurement. N Engl J Med. 2009 Jan 29;360(5):e6. PMID: 19179309.
- บทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิทัล (Article with a Digital Object Identifier (DOI) เป็นหมายเลขมาตรฐานประจำเอกสารที่เผยแพร่บนอินเทอร์เน็ต ช่วยให้สืบค้นสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ได้อย่างถาวร และช่วยแก้ปัญหาการเปลี่ยนแปลงแหล่งที่อยู่หรือเว็บไซต์ของสารสนเทศนั้นถูกยกเลิก
 - Zhang M, Holman CD, Price SD, Sanfilippo FM, Preen DB, Bulsara MK. Comorbidity and repeat admission to hospital for adverse drug reactions in older adults: retrospective cohort study. BMJ 2009;338:a2752. doi: 10.1136/bmj.a2752.



30. Monograph on the Internet

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

31. การอ้างอิงโฮมเพจ/เว็บไซต์ (Homepage/ Web site)

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

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

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

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

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

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

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

33. การอ้างอิงบล็อก (Blogs)

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

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

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

- บล็อกแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หอสมุดพระราชวังสนามจันทร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร. จะหาตัวเอกสารจากหมายเลข DOI ได้อย่างไร [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 18 ต.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.snc.lib.su.ac.th/sncliblog/?p=13301>

การเรียงรายการอ้างอิงท้ายบทความ

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

ข้อควรระวัง คือตัวเลขที่กำกับในเนื้อเรื่องจะต้องสอดคล้องกับลำดับที่ในรายการอ้างอิงท้ายบทความ

บรรณานุกรม

1. จ้อย นันทวิชรินทร์. แบบบรรณานุกรมและเชิงอรรถ. กรุงเทพฯ: คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2514.
2. จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนรายการอ้างอิงใน



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



แบบเสนอผลงานวิชาการเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

.....

เรียน บรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ข้าพเจ้า นาย นาง นางสาว อื่น ๆ (โปรดระบุ)

ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย)

ชื่อ - สกุล (ภาษาอังกฤษ)

ตำแหน่ง (ภาษาไทย)

ตำแหน่ง (ภาษาอังกฤษ)

หน่วยงาน (ภาษาไทย)

หน่วยงาน (ภาษาอังกฤษ)

ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ (ที่ติดต่อได้)

.....

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

โทรสาร.....E-mail.....

มีความประสงค์ขอส่งผลงานวิชาการ เรื่อง :

ชื่อผลงาน (ภาษาไทย)

.....

ชื่อผลงาน (ภาษาอังกฤษ)

.....

ประเภทของผลงานวิชาการ

 บทความวิจัย บทความวิชาการ บทวิจารณ์หนังสือ บทความปริทรรศน์ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผลงานนี้ เป็นผลงานของข้าพเจ้าเพียงผู้เดียว เป็นผลงานของข้าพเจ้าและผู้ระบุชื่อในผลงาน

ผลงานนี้ยังไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และจะไม่นำไปเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ

อีกนับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งผลงานต้นฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้ส่งเอกสารต่างๆ ให้กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ดังต่อไปนี้

 เอกสารต้นฉบับจำนวน 2 ชุด แผ่นซีดีบันทึกข้อมูล 1 แผ่น สำเนาใบรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์

ลงชื่อเจ้าของผลงาน

.....



แบบรับรองบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์/การศึกษาอิสระ

.....

เรียน บรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ข้าพเจ้า

ชื่อ - สกุล

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน/สถาบัน.....

ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ (ที่ติดต่อได้)

.....

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

โทรสาร..... E-mail.....

ขอรับรองว่าได้ตรวจสอบบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์/การศึกษาอิสระ เรื่อง :

ชื่อผลงาน (ภาษาไทย)

.....

ของ (ชื่อ - สกุล)

ว่าถูกต้องตามหลักวิชาการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

และยินดีให้ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขได้

.....ลายมือชื่อ

(.....)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์/การศึกษาอิสระ



ใบสมัคร

เป็นสมาชิกวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

1. ผู้สมัครและที่อยู่ (สำหรับส่งวารสารได้ถึงมือผู้รับ)

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

สมัครใหม่ ต่ออายุวารสาร ปี พ.ศ.

ที่อยู่เลขที่..... ซอย..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

2. ระยะเวลาที่บอกรับ กำหนดการออกปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

1 ปี / ค่าสมาชิก / 300.00 บาท (3 เล่ม)

2 ปี / ค่าสมาชิก / 600.00 บาท (6 เล่ม)

3. การชำระเงิน

ชำระโดย เงินสด

ตั๋วแลกเงินไปรษณีย์

ธนาคารดีสง่าจ่าย ณ ที่ทำการไปรษณีย์ ปณฝ. กระทรวงสาธารณสุข

ในนามสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ขอให้ออกใบเสร็จในนาม.....

(ลงชื่อ) ผู้สมัคร

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

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

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

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข Nursing Journal of the Ministry of Public Health

วัตถุประสงค์

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขจัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการด้านการพยาบาลทุกสาขาและการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

ชื่อวารสาร

ภาษาไทย : วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อย่อภาษาไทย วารสาร พ.ส.

ภาษาอังกฤษ : Nursing Journal of the Ministry of Public Health

ชื่อย่อภาษาอังกฤษ : NJPH

ขอบเขต

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข จะตีพิมพ์บทความที่เกี่ยวข้องดังนี้

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

กำหนด

1. ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม
2. อัตราค่าสมาชิก 3 เล่ม 150 บาท/ปี

บทความและรายงานวิจัยในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มิใช่ของคณะผู้จัดทำ และมีใช้ความรับผิดชอบของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

อัตราการลงโฆษณาในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

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