



สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ตึก 4 ชั้น 7 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

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

พิมพ์ที่ : บริษัท ยุทธินันท์การพิมพ์ จำกัด

- ➔ บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเหตุพยาธิสภาพประสาทส่วนปลายเนื่องจากเคมีบำบัด
 - ➔ อัตลักษณ์บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยา
 - ➔ รูปแบบการเสริมสร้างอัตลักษณ์นักศึกษาภายใต้รั้วครอบครัวเดียวกันวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช
 - ➔ ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค
 - ➔ การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
 - ➔ การวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะการพยาบาลด้านกายพิบัติในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
 - ➔ การพัฒนาอัตลักษณ์ศึกษาพยาบาลด้วยกิจกรรมสราทเดือนสิบวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช
 - ➔ ผลการใช้แนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงต่อทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3
 - ➔ ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลสนามชัย อำเภอเมืองจังหวัดสุพรรณบุรี
 - ➔ การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนดำในผู้ป่วยที่ได้รับยา ระวังความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดในท้องพักฟื้นโรงพยาบาลนครนายก
 - ➔ ผลการจัดการเรียนการสอนแบบสัมมนาต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเรื่องการรักษาโรคเบื้องต้นกลุ่มอาการหายใจ เหนื่อยหอบของผู้บรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)
 - ➔ ผลของการแสดงบทบาทสมมติตุ๊กตาประดิษฐ์ต่อความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ
 - ➔ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชน แบบไร้รอยต่ออำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว
 - ➔ ความหมายและปัจจัยบ่มเพาะสติ จากประสบการณ์ของสตรีไทยที่ปฏิบัติธรรม
 - ➔ คุณภาพชีวิตการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของอาจารย์พยาบาล เครือข่ายภาคกลาง 1 สถาบันพระบรมราชชนก
 - ➔ ทศนคติและแรงบันดาลใจของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์
- ในการเตรียมความพร้อมเพื่อสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข Nursing Journal of the Ministry of Public Health

วัตถุประสงค์

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขจัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการด้านการพยาบาลทุกสาขาและวงการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

ชื่อวารสาร

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

ขอบเขต

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข จะตีพิมพ์บทความที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. คุณภาพชีวิต เป็นบทความเขียนถึงผู้มีพระคุณ ผู้ที่มีผลงานดีเด่น เป็นฮีโร่วิชาชีพ ผู้นำวิชาชีพหรือผู้ปฏิบัติทางวิชาชีพ ด้วยเจตนาเพื่อเผยแพร่ให้เป็นฮีโร่จริง เป็นตัวอย่าง และเป็นภาคภูมิใจของชุมชนพลัง
2. บทความวิชาการ เป็นบทความทางการแพทย์ การศึกษาพยาบาล การบริหารและงานทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
3. รายงานการวิจัยทางวิชาชีพ หรือเกี่ยวข้อง
4. นานาสาระ เป็นบทความข้อความความรู้ทั่วไปที่เกี่ยวข้อง และเป็นประโยชน์
5. ข่าวสารจากสมาคม เป็นข้อมูลข่าวสารที่มาจากองค์กรการสาธารณสุข การศึกษาและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

กำหนด

1. ปีละ 5 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม
2. อัตราค่าสมาชิก 3 บาท 300 บาท/ปี

บทความและรายงานวิจัยในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มีไร้อรรถของผู้นักทำ และมีใช้ความรับผิดชอบของสมาคมศิษย์พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

อัตราการลงโฆษณาในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

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

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 25 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2558 ISSN 0857-3743

คณะที่ปรึกษา

ดร.ดารารพร คงจา

ดร.กาญจนา จันทร์ไทย

ศ.ดร.วีณา จีระแพทย์

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

สำนักการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บรรณาธิการ

ดร.ศุภกรใจ เจริญสุข

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัฐ

รองบรรณาธิการ

ดร.เชษฐา แก้วพรหม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่

กองบรรณาธิการ

Dr.Paul Alexander Turner

ผศ.ดร.พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์

ผศ.ดร.โสภณัท ครุไชย

ผศ.ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ

ดร.อุษณีย์ เทพวรชัย

ดร.จิราพร วัฒนศรีสิน

ดร.บุญเดือน วัฒนกุล

ผู้ทรงคุณวุฒิ

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

ผู้จัดการวารสาร

นางสาวใบศรี นวลอินทร์

นางไพบุลย์ วงษ์ใหญ่

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

เจ้าของ

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตึก 4 ชั้น 7

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ / โทรสาร 02-590-1834

www.tnaph.org E-mail : n.tnaph@gmail.com

พิมพ์ที่

บริษัท ยุทธรินทร์ การพิมพ์ จำกัด

เลขที่ 35/36 ซอยกรุงเทพฯ-นนท์ 8

อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร. 0-2965-1431-3 โทรสาร 0-2965-1434

Email : ytrprinting@gmail.com



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้กลั่นกรองบทความวิจัย
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 25 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2558 ISSN 0857-3743

1	ผศ.ดร.พูลสุข	เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2	ผศ.ดร.ยุณี	พงศ์จตุรวิทย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3	ผศ.ดร.โสภณภัทร	ศรไชย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
4	รศ.ดร.วรรณภา	ศรัทธาธรรม์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
5	ผศ.ดร.ฐิติอาภา	ตั้งคำวานิช	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
6	อ.ดร.ละอียด	แจ่มจันทร์	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
7	อ.ดร.มารุต	พัฒนาผล	คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
8	อ.ดร.อุษณีย์	เทพวรชัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
9	อ.ดร.วิยะดา	รัตนสุวรรณ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
10	นอ.หญิง ดร.โสพรรณ	ไพฑะยะ	กองการพยาบาล โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
11	อ.ดร.จุฬารัตน์	ห้าวหาญ	สถาบันพระบรมราชชนก
12	อ.ดร.มณฑนา	เหมชะญาตี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ
13	อ.ดร.กมลรัตน์	เทอร์เนอร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
14	อ.ดร.ศรีสุดา	งามขำ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์
15	อ.ดร.สุภาพร	วรรณสันทัด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
16	อ.ดร.พรธนี	ไพศาลทักษิณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
17	อ.ดร.นิรนาท	วิทย์โชคกิตติคุณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์
18	อ.ดร.ศิริกุล	การุณเจริญพาณิชย์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
19	อ.ดร.ธัญญา	ปลดเปลื้อง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
20	อ.ดร.ชดช้อย	วัฒนะ	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
21	อ.ดร.บุญเดือน	วัฒนกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
22	อ.ดร.ทองสวย	สีทานนท์	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
23	อ.ดร.ศรีสกุล	เฉียบแหลม	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
24	อ.ดร.เพ็ญพรรณ	พิทักษ์สงคราม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
25	อ.ดร.เชษฐา	แก้วพรหม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
26	อ.ดร.จิณห์จุฑา	ชัยเสนา ตาลลาส	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 25 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2558 ISSN 0857-3743

สารบัญ

- บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเหตุพยาธิสภาพประสาทส่วนปลายเนื่องจากเคมีบำบัด.....1
- อัดลัทธิบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา.....14
- รูปแบบการเสริมสร้างอัตลักษณ์นักศึกษาภายใต้รั้วครอบครัวเดียวกันวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี.....27
นครศรีธรรมราช
- ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค.....43
- การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมตนเองโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวใน.....55
หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
- การวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะการพยาบาลด้านภัยพิบัติในโรงพยาบาล.....68
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- การพัฒนาอัตลักษณ์นักศึกษาพยาบาลด้วยกิจกรรมสารทเดือนสิบวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี.....80
นครศรีธรรมราช
- ผลการใช้แนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงต่อทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลและความพึงพอใจ.....93
ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3
- ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลสนามชัย อำเภอเมืองจังหวัดสุพรรณบุรี.....108
- การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยา.....120
ระดับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดในท้องพักฟื้นโรงพยาบาลนครนายก
- ผลการจัดการเรียนการสอนแบบสัมมนาต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเรื่องการรักษาโรคเบื้องต้นกลุ่ม.....132
อาการหายใจเหนื่อยหอบของผู้อบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป
(การรักษาโรคเบื้องต้น)
- ผลของการแสดงบทบาทสมมุติต่อกิจกรรมดิษฐ์ต่อความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับสารน้ำ.....144
ทางหลอดเลือดดำ
- การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชน แบบไร้รอยต่ออำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว.....156
- ความหมายและปัจจัยบ่มเพาะสติ จากประสบการณ์ของสตรีไทยที่ปฏิบัติธรรม.....170
- คุณภาพชีวิตการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของอาจารย์พยาบาล เครือข่ายภาคกลาง 1.....184
สถาบันพระบรมราชชนก
- ทักษะคิดและแรงบันดาลใจของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์.....199
ในการเตรียมความพร้อมเพื่อสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล



บรรณาธิการแถลง

สวัสดีค่ะ...สมาชิกวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขและผู้สนใจทุกท่าน

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้ เป็นฉบับที่ ๓ ปีที่ ๒๕ กันยายน-ธันวาคม ๒๕๕๔ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ประชาชนคนไทยเฝ้ารอคอยที่จะได้ถวายพระพรชัยมงคล พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ในปีนี้พระองค์ทรงเจริญพระชนมพรรษา ๘๘ พรรษา พระมหากษัตริย์คุณที่ทรงมีต่อคนไทยนั้นมากมายหาที่สุดมิได้ ในนามของวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข และสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ขอถวายชัยมงคลให้พระองค์ทรงพระเจริญยิ่งยืนนาน ในฉบับนี้ได้นำเสนอประวัติและผลงานของผู้ที่ได้รับรางวัลพยาบาลดีเด่นของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๔ ทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติในด้านการศึกษาและด้านการพยาบาล ซึ่งทุกท่านได้เดินตามรอยพระยุคลบาทของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวในการสร้างคุณงามความดี พัฒนางาน และพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลเพื่อประโยชน์แก่ประชาชนคนไทย

วารสารฉบับนี้ขอนำเสนอบทความวิชาการและบทความวิจัย ที่หลากหลายเช่นเคย โดยมีบทความวิชาการที่น่าสนใจเรื่อง บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเหตุพยาธิสภาพประสาทส่วนปลายเนื่องจากเคมีบำบัด มีบทความวิจัยในด้านการศึกษาพยาบาล ที่เน้นการสร้างอัตลักษณ์บัณฑิต และเน้นการพัฒนาวิธีการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เช่น ๑) อัตลักษณ์บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา ๒) รูปแบบการเสริมสร้างอัตลักษณ์นักศึกษาภายใต้รั้วครอบครัวเดียวกัน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช ๓) ผลการใช้แนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงต่อทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ ๓ เป็นต้น มีบทความในด้านการปฏิบัติการพยาบาล สำหรับบุคคลทุกช่วงวัยตั้งแต่หญิงตั้งครรภ์ วัยเด็ก จนถึงวัยสูงอายุ เช่น ๑) การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมกรดูแลตนเองโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัว ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ๒) ผลของการแสดงบทบาทสมมุติตักต้อประคองต่อความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ๓) ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค เป็นต้น และมีบทความในการพยาบาลเฉพาะทาง เช่น การพยาบาลด้านภัยพิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด และการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น ขอขอบคุณสมาชิกทุกท่านที่สนใจส่งบทความวิชาการและบทความวิจัยมาลงตีพิมพ์เพิ่มมากขึ้น ทำให้วารสารเต็มไปด้วยผลงานวิชาการที่เป็นประโยชน์หลากหลาย ทางวารสารมีความตั้งใจที่จะพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จึงได้นำวารสารเข้าสู่ระบบวารสารออนไลน์ โดยจะเริ่มดำเนินการในปี ๒๕๕๕ สมาชิกและผู้สนใจสามารถส่งบทความออนไลน์ผ่านระบบ Thaijo โดยลงทะเบียนได้ที่ <http://www.tci-thaijo.org/index.php/tnaph> วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขมุ่งมั่นจะเป็นเวทีให้สมาชิกและผู้สนใจได้แลกเปลี่ยนเผยแพร่ผลงานวิชาการที่มีคุณค่าต่อการพยาบาลเช่นนี้ต่อไป

ดร.ศุภกรใจ เจริญสุข

บรรณาธิการ



ถวายพระพร

กราบบังคมเบื้องพระยุคลบาท
พระเกียรติ์ก้องเกริกไกลทั่วประเทศตาม
ในวาระ แปดสิบแปดพรรษามหाराช
ขอพระองค์ทรงพระเจริญนานน้บทวี

ภัทรมหाराชชนชาติสยาม
ชนทุกนามล้วนจงรักและภักดี
ไทยทั้งชาติแช่ซึ้งให้เฝ้าองค์วี
พระบารมีปกเกิดประเทศไทย

ด้วยเกล้าด้วยกระหม่อม ขอเดชะ
ข้าพระพุทธเจ้า ดร.ศุภวิไล เจริญสุข
บรรณานิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข และคณะ



พยาบาลดีเด่น ประจำปี ๒๕๕๘
สาขาผู้บริหารสถานศึกษา

อาจารย์ลัดดาวัลย์ ไวยสุระสิงห์
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี

อาจารย์ลัดดาวัลย์ ไวยสุระสิงห์ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี เป็นผู้บริหารที่มีความรู้ความสามารถที่ได้รับการยกย่องจากหน่วยงานในจังหวัดและจากส่วนกลาง เป็นผู้พัฒนาระบบการศึกษาพยาบาลและสร้างความร่วมมือระหว่างวิทยาลัย และหน่วยงานอื่นๆ เป็นผู้ริเริ่มในการจัดทำโครงการสร้างพยาบาลชุมชน เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยร่วมกับจังหวัดสุพรรณบุรี และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี โครงการดังกล่าวสามารถตอบสนองความต้องการกำลังคนด้านสาธารณสุขของจังหวัด ทำให้คุณภาพการบริการพยาบาลดีขึ้นจนเป็นที่ประจักษ์ นอกจากนี้ยังขยายความร่วมมือด้านวิชาการกับหน่วยงานต่างประเทศ โดยจัดทำโครงการพัฒนาความร่วมมือด้านวิชาการกับวิทยาลัยอาชีวศึกษาเลอชาน เมืองเฉิ่นตู มณฑลเสฉวน และมหาวิทยาลัยยูเจียง มณฑลกวางสี สาธารณรัฐประชาชนจีน

เกียรติประวัติ ได้รับรางวัลยกย่องและยอมรับจากหน่วยงานต่างๆ เช่น

๑. พัฒนาวิทยาลัยจนได้รับเกียรติบัตรยกย่อง “หน่วยงานต้นแบบของจังหวัดสุพรรณบุรี ในการส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานด้านเด็กและเยาวชน” จากจังหวัดสุพรรณบุรี พ.ศ. ๒๕๕๔
๒. โล่เกียรติคุณวิทยาลัยที่มีผลงานกระบวนการเรียนรู้จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้ระบบครอบครัวเสมือน กระทรวงสาธารณสุข
๓. เกียรติบัตรหน่วยงานที่มีผลงานดีเด่นด้านการส่งเสริมศิลปวัฒนธรรม การแสดงพื้นบ้านเฉลิมพระเกียรติชุดเทิดไท้องค์ราชันย์ ครบ ๘๔ พรรษา
๔. เกียรติบัตรยกย่อง “หน่วยงานต้นแบบสนับสนุนกิจกรรมจิตอาสาในการส่งเสริมสุขภาพในจังหวัดสุพรรณบุรี” จากเหล่ากาชาดจังหวัด ๒๕๕๕
๕. ข้าราชการพลเรือนดีเด่น วิทยาลัยเครือข่ายภาคกลาง ๒ ประเภทผู้อำนวยการ
๖. ข้าราชการพลเรือนดีเด่น กระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๕๖



พยาบาลดีเด่น ประจำปี ๒๕๕๘
สาขาอาจารย์พยาบาล

อาจารย์แพทย์ พงษ์ศักดิ์ชาติ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านบริการวิชาการ
และกิจการนักศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี

อาจารย์แพทย์ พงษ์ศักดิ์ชาติ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านบริการวิชาการและกิจการนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี เป็นนักการศึกษาพยาบาลที่มากด้วยความรู้ความสามารถ มีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง รวมถึงระบบการให้บริการทางการแพทย์ และระบบการศึกษาอย่างต่อเนื่องเป็นที่รักใคร่ของเพื่อนร่วมงานและผู้ใต้บังคับบัญชา

เกียรติประวัติ มีผลงานในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

๑. ผลงานทางด้านวิชาการ เป็นผู้แต่งตำราเรื่อง จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล ปี ๒๕๔๖ และฉบับปรับปรุง ๒๕๕๓ ตำราสาระทบทวนเรื่อง “แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลจิตเวช” ปี ๒๕๔๘ และตำราเรื่อง ทฤษฎีพื้นฐานบนทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ปี ๒๕๕๑ และ ๒๕๕๖
๒. ผลงานวิจัย เป็นผู้ผลิตผลงานวิจัยด้านสุขภาพมาอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะงานวิจัยส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ เช่น ผลการออกกำลังกายแบบรำไทยประยุกต์ต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน การพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในชุมชน เป็นต้น นอกจากนี้ยังได้เผยแพร่ผลงานวิจัยทั้งในวารสารวิชาการและการประชุมวิชาการอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด
๓. ผลงานนวัตกรรม เป็นผู้พัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพ เช่น คู่มือออกกำลังกายแบบรำไทยประยุกต์ และวีดิทัศน์การออกกำลังกายแบบไทยประยุกต์ เป็นต้น
๔. ผลงานแนวปฏิบัติที่ดีกิจกรรมนักศึกษา เป็นผู้พัฒนาแนวปฏิบัติที่ดีทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการพัฒนานักศึกษา จนได้รับการยกย่อง



พยาบาลดีเด่น ประจำปี ๒๕๕๘
สาขาผู้บริหารการพยาบาลในระบบบริการสุขภาพ
ในระดับปฐมภูมิ/ชุมชน

นางมนัสชกรณ์ พิชัยจุมพล
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดพะเยา

นางมนัสชกรณ์ พิชัยจุมพล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวชุมชน โรงพยาบาล เชียงม่วน จ.พะเยา เป็นพยาบาลผู้มีความวิริยะ มีวิสัยทัศน์กว้างไกล พัฒนาตนเองและพัฒนาวิชาชีพ มีการพัฒนา คุณภาพการบริการด้วยกระบวนการทำวิจัยและการจัดการความรู้จนผลงานได้รับการยอมรับเป็นที่ประจักษ์

เกียรติประวัติ ได้รับรางวัลในการประกวดผลงานวิชาการและ R๒R เช่น

๑. รางวัลชนะเลิศ อันดับ ๑ การประกวดผลงาน “พัฒนาบริการพยาบาลเยี่ยมบ้าน” ประเภทผลงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ๒๕๕๖
๒. รางวัลผลงานวิชาการดีเด่น เรื่อง “สร้างสรรค์งานวิชาการ เพื่อปฏิรูปงานสาธารณสุข” ในการประชุมวิชาการของกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๕๗
๓. รางวัลชนะเลิศ การคัดเลือก โรงพยาบาลคุณภาพดีเด่นระดับจังหวัด โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ๗ สี เต็มร้อย ใส่ใจคุณภาพ พ.ศ. ๒๕๕๗
๔. รางวัลผลงาน R๒R ดีเด่น ประจำปี ๒๕๕๖ กลุ่มงานบริการระดับปฐมภูมิ เรื่อง “การลดอัตราการขาดยาของผู้ป่วยจิตเวชด้วยรูปแบบการดูแลแบบเครือข่าย พื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ต.บ้านม่วง อ.เชียงใหม่ จ.พะเยา” จากการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสู่งานวิจัย (R๒R) ครั้งที่ ๖
๕. รางวัลผลงาน R๒R ดีเด่นประจำปี ๒๕๕๗ กลุ่มงานบริการระดับปฐมภูมิ เรื่อง “การลดการตีตมสุราในผู้ป่วยจิตเวชด้วยกรอบทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสาน” จากการประชุม ณ ศูนย์การประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี ครั้งที่ ๗



พยาบาลดีเด่น ประจำปี ๒๕๕๘

สาขาผู้บริหารการพยาบาลในระบบบริการสุขภาพ
ระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิ

อาจารย์ชุตिकाญจน์ หฤทัย

นักวิชาการพยาบาล ชำนาญการพิเศษ

สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง

สาธารณสุข

นางสาวชุตिकाญจน์ หฤทัย นักวิชาการพยาบาล ชำนาญการพิเศษ สำนักการพยาบาลสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ที่มีผลงานเด่นด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิและเป็นที่ปรึกษาด้านการบริหารจัดการ และการพัฒนาคุณภาพบริหารการจัดการภาครัฐ เป็นคณะกรรมการระดับกระทรวงเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลระดับประเทศ และเป็นผู้ทรงคุณวุฒิวิพากษ์ผลงานวิชาการและผลงานวิจัย

เกียรติประวัติ มีผลงานดีเด่นในด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เช่น

๑. พัฒนารูปแบบการประเมินคุณภาพการพยาบาลภายนอกสู่ความเป็นเลิศ และสร้างหลักสูตรอบรมผู้ประเมิน คุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ
๒. พัฒนาระบบและเครื่องมือการประเมินคุณภาพการพยาบาลภายในเป็นเครื่องมือให้กลุ่มพยาบาล ใช้ในการประเมินการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล
๓. พัฒนามาตรฐานการบริการพยาบาลอาชีวอนามัยเพื่อคุณภาพบริหารพยาบาลเชิงรุก สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม ของโรงพยาบาลทุกแห่ง
๔. เป็นวิทยากร สอนในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางวิชาการพยาบาลผู้ช่วยวิกฤติทารกและเด็ก หลักสูตรการเขียนรายงานคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ และอีกหลายๆ หลักสูตรสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ระดับผู้บริหารและระดับผู้ปฏิบัติการ
๕. เกียรติประวัติ ผลงานดีเด่น เรื่อง “การพัฒนายุทธศาสตร์การบริการพยาบาลระดับประเทศ พ.ศ. ๒๕๕๖-๒๕๖๐ (The Development of Nation Nursing : ๒๐๑๓-๒๐๑๗)”



พยาบาลดีเด่น ประจำปี ๒๕๕๘
สาขาผู้ปฏิบัติการพยาบาลในระบบบริการสุขภาพ
ระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิ

นางเพชรารณ สุพร
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม

นางเพชรารณ สุพร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนครพนม เป็นพยาบาลผู้มีความอดทนในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลโดยนำความรู้ศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์สาขาอื่นๆ มาประยุกต์ใช้จนเป็นที่ยอมรับของผู้มารับบริการ เป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านเกี่ยวกับการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ

๑) การพัฒนาระบบบริการคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ๒) การนำเสนอ Care map of EACC Nurse network ,North East area ที่ภาควิชาอายุศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ม.ขอนแก่น ๓) รางวัลชมเชยการประกวดเรื่องสั้นสุขภาพดีที่อีสานตอนบน เรื่อง “การเดินทางของปลาร้า” ๔) งานเขียนเรื่อง “สุขภาพที่ดีอีสานตอนบนใน website เครือข่าย Easy Asthma & COPD Clinic” ทั่วประเทศ ๕) จัดตั้ง Clinic โรคหืด कुमारเวชกรรม แยกจากผู้ป่วยใหญ่

เกียรติประวัติ มีผลงานและได้รับรางวัล เช่น

๑. รางวัลพยาบาลดีเด่น สาขาผู้ปฏิบัติการพยาบาล จากชมรมพยาบาลและผดุงครรภ์ จังหวัดนครพนม
๒. รางวัลชนะเลิศผลงาน เรื่อง “การดูแลผู้ป่วยโรคหืด”
๓. รางวัลยอดเยี่ยม การพยาบาลที่เป็นเลิศ เรื่อง “การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง”
๔. เป็นวิทยากรบรรยาย การดูแลผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังระดับเขต



พยาบาลดีเด่น ประจำปี ๒๕๕๘ สาขาผู้ปฏิบัติการ
พยาบาลในระบบบริการสุขภาพ
ในระดับปฐมภูมิ/ชุมชน

นางสาววิภาพรรณ หมิ่นมา
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน

นางสาววิภาพรรณ หมิ่นมา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นพยาบาลผู้ที่มีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง มีการศึกษาเพิ่มพูนความรู้ในศาสตร์ทางการพยาบาล และพัฒนาตนเองให้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของวิชาชีพการพยาบาลและระบบบริการสุขภาพ มีผลงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และการบริการสุขภาพองค์รวมอย่างโดดเด่นจนเป็นที่ยอมรับทั้งในระดับจังหวัดและระดับประเทศ

เกียรติประวัติ ได้รับรางวัลยกย่องจากหลายหน่วยงาน เช่น

๑. เกียรติบัตรจากสภาการพยาบาล ในการนำเสนอผลงานวิจัย เรื่อง “ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลเท้า และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีแผลที่เท้า” โดย Poster Presentation
๒. เกียรติบัตรจากกระทรวงสาธารณสุข ในการนำเสนอผลงานเรื่อง “การพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลบ้านไผ่” โดย Poster Presentation
๓. เกียรติบัตรจากฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ในการนำเสนอผลงานเรื่อง “CQI : การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง” ของโรงพยาบาลบ้านไผ่ โดยใช้ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
๔. เกียรติบัตรจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและภาคีเครือข่าย R๒R ในการนำเสนอเรื่อง “การผลิตและศึกษาผลการใช้ชุดนวัตกรรมเสริมพลังปอดและกล้ามเนื้อ สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง” ของโรงพยาบาลบ้านไผ่ เป็นรางวัลผลงาน R๒R ดีเด่น
๕. เป็นผู้ตรวจประเมินมาตรฐานงานสุขศึกษาของสถานบริการสาธารณสุข ณ จังหวัดพะเยา



บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเหตุพยาธิสภาพประสาทส่วนปลาย เนื่องจากเคมีบำบัด

นุสรรา ประเสริฐศรี* วิลัยลักษณ์ ตียาพันธ์*

ยศพล เหลืองโสมนภา** ชลียา วามะสุน***

บทคัดย่อ

เหตุพยาธิสภาพประสาทส่วนปลายเนื่องจากเคมีบำบัด (Chemotherapy- Induced Peripheral Neuropathy (CIPN)) เกิดได้ทั้งเฉียบพลัน หรือเรื้อรัง เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยเคมีบำบัดจะต้องลดขนาดของยา นำไปสู่การหยุดการรักษาด้วยเคมีบำบัด ปัญหาของ CIPN ทำให้ผู้ป่วยทุกซัทรมาณทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง CIPN จึงต้องมีความรู้เข้าใจเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดที่ทำลายระบบประสาทส่วนปลาย อาการ การประเมินและการจัดการ และสามารถประเมินอาการและจัดการอาการ CIPN ได้อย่างเหมาะสม เพื่อเกิดผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย วัตถุประสงค์ของบทความวิชาการนี้เพื่อนำเสนอหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยเกี่ยวกับ CIPN การประเมินและการจัดการอาการ CIPN เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป

คำสำคัญ: เหตุพยาธิสภาพประสาทส่วนปลาย; มะเร็ง; เคมีบำบัด

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ; อีเมลล์ติดต่อ : nprasertsri@gmail.com

**วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

***กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี



Nurse's Role in Caring of Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy Patients

Nusara Prasertsri, Wilairak Teeyapan**

*Yosapon Leungsomnapa**, Chaliya Wamalun****

Abstract

Chemotherapy-induced peripheral neuropathy (CIPN) can be acute or chronic. It can lead to reduction of the chemotherapy dose and cause failure of chemotherapy treatment. The problems associated with CIPN causes biopsychological suffering that affects patients' quality of life. Nurses play a critical role in providing care to the patients at risk for CIPN. Thus, nurses should have essential knowledge of chemotherapy care, including physiology and pathology of the peripheral nervous system, symptoms, assessment and management. Competencies in assessing and managing the symptoms of CIPN are needed to achieve optimal outcomes. This article presents evidence-based data regarding CIPN assessment and management that can be used to guide the quality of nursing care.

Keywords : Chemotherapy-induced peripheral neuropathy (CIPN); Cancer; Chemotherapy

* Boromarajonnani College of Nursing, Sanpasithiprasong ; e-mail : nprasertsri@gmail.com

** Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

*** Ubonratchathani Cancer Hospital



ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของโลกและมีแนวโน้มสูงขึ้น¹ สำหรับประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่มีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน สถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งในประเทศไทยที่พบสูงสุด 3 ลำดับแรกของเพศชายได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้และทวารหนัก ส่วนเพศหญิง ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งตับและท่อน้ำดี² นวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยทำให้ประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยมะเร็งดีขึ้น การรักษาโรคมะเร็งนอกจากการผ่าตัดแล้ว โดยส่วนใหญ่การใช้เคมีบำบัดเป็นการรักษาร่วมเพื่อกำจัดและควบคุมการกระจายของเซลล์มะเร็ง การรักษาร่วมด้วยเคมีบำบัดดังกล่าวทำให้การอัตราการอยู่รอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งดีขึ้น แต่ขณะเดียวกันผลข้างเคียงของการรักษาเคมีบำบัดมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญ³⁻⁴ ทั้งนี้เคมีบำบัดเป็นสาเหตุสำคัญที่เป็นพิษต่อเส้นประสาทส่วนปลาย ทั้งประสาทรับความรู้สึก (sensory) เคลื่อนไหว (motor) และ ออโตโนมติ (autonomous) ทำให้เกิดเหตุพยาธิสภาพประสาทส่วนปลาย เรียกว่า เหตุพยาธิสภาพประสาทส่วนปลายเนื่องจากเคมีบำบัด (Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy (CIPN)) เกิดได้ทั้งเฉียบพลัน หรือเรื้อรัง ความรุนแรงของอาการเริ่มจากอาการชา อ่อนแรง ของมือและเท้า ความรุนแรงมากขึ้นทำให้เกิดอาการปวดเรียกว่า Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathic Pain (CIPNP)⁵⁻⁶ ผลดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีผลต่อแบบแผนการหลับนอน เกิดความอ่อนเพลีย ส่งผลกระทบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁷ พยาบาลในโรงพยาบาลและในชุมชน มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย CIPN จึงจำเป็นต้องมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการเกิด CIPN และสามารถประเมินอาการและจัดการอาการของ CIPN ได้เหมาะสม⁸⁻⁹ เพื่อเกิดผลลัพธ์คุณภาพการพยาบาลต่อผู้ป่วย บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอ

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยเกี่ยวกับ CIPN การประเมินและการจัดการอาการ CIPN เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป

เหตุพยาธิสภาพประสาทเนื่องจากเคมีบำบัด

อุบัติการณ์

เหตุพยาธิสภาพประสาทส่วนปลายเนื่องจากเคมีบำบัด (Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy) หรือที่เรียกย่อว่า CIPN เป็นผลกระทบที่พบบ่อย และมีความสัมพันธ์กับการรักษาด้วยเคมีบำบัด มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในระยะยาว ในผู้ป่วยบางรายที่มีความรุนแรงมากของ CIPN แพทย์ผู้รักษาอาจจะพิจารณาลดปริมาณยาเคมีบำบัด หรือหยุดการรักษาด้วยเคมีบำบัด เปลี่ยนเป็นการรักษาอย่างอื่นแทน¹⁰ อุบัติการณ์ของ CIPN โดยประมาณอยู่ที่ร้อยละ 20 ถึง 100¹¹⁻¹² อุบัติการณ์สูงขึ้นในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัดหลายชนิดร่วมกัน อุบัติการณ์และความรุนแรงของ CIPN ในการศึกษาที่ผ่านมามีความแตกต่างกันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของยาเคมีบำบัด ขนาดของยา ระยะเวลาการให้ยา และการสะสมของยาในร่างกาย อีกทั้งวิธีการประเมิน CIPN ที่มีความแตกต่างกันเนื่องจากกลไกของเคมีบำบัดที่ทำลายเส้นประสาทส่วนปลายแต่ละชนิดมีความแตกต่างกัน งานวิจัยโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบและการวิเคราะห์แบบเมตา (meta analysis) จากงานวิจัยทั้งหมด 31 เรื่อง พบอุบัติการณ์ของ CIPN ในภาพรวมร้อยละ 70 เมื่อแยกวิเคราะห์พบอุบัติการณ์ของ CIPN หลังการสิ้นสุดของการรักษาด้วยเคมีบำบัดร้อยละ 68.1 ภายใน 1 เดือน ร้อยละ 60 ภายใน 3 เดือน และร้อยละ 30 ภายใน 6 เดือน¹³ ซึ่งอุบัติการณ์ของ CIPN ยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติมเนื่องจากพยาธิวิทยาของเคมีบำบัดแต่ละชนิดมีความแตกต่างกัน

โรคมะเร็งมีความซับซ้อนและระยะที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจะมีผลข้างเคียงทำให้ผู้ป่วยมีความ



ทุกซ์ทรามาขึ้น ความรู้ที่สำคัญเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเหตุพยาธิสภาพประสาทส่วนปลายเนื่องจากเคมีบำบัด ได้แก่ พยาธิสรีรวิทยาการเกิด CIPN อาการและอาการแสดงของ CIPN กลุ่มยาเคมีบำบัดที่ทำให้เกิด CIPN การประเมินผู้ป่วย CIPN และการพยาบาลดูแลผู้ป่วย CIPN

พยาธิสรีรวิทยา

พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับพื้นฐานของพยาธิสรีรวิทยาของ CIPN ซึ่งจะทำให้เข้าใจอาการทางคลินิกสามารถประเมินผู้ป่วยและให้การพยาบาลผู้ป่วยได้เหมาะสม ประเด็นที่สำคัญของพยาธิสรีรวิทยา CIPN คือ ยาเคมีบำบัดแต่ละตัวมีกลไกแตกต่างกัน จากการศึกษาในห้องปฏิบัติการ การทดลองในสัตว์และการศึกษาในคลินิค^{10, 14-16} สรุปสมมติฐานกลไกการเกิด CIPN¹⁷ อธิบายได้ดังต่อไปนี้

1. พิษต่อใยประสาทส่วนปลาย (Neurotoxicity) มีผลต่อเส้นประสาททั้ง 3 ส่วนคือ 1) ประสาทรับความรู้สึก 2) ประสาทเคลื่อนไหว และ 3) ประสาทอัตโนมัติ โดยการทำลาย microtubule เกิดความเสียหายของแอกซอน เยื่อหุ้มไมอีลิน หรือ ตัวเซลล์ ของเส้นประสาท โดยส่วนใหญ่แล้วแอกซอนของเส้นประสาทรับความรู้สึกจะถูกทำลายเสียหายเป็นอันดับแรก หลังจากนั้นจะเสื่อมมากขึ้นจนทำให้แอกซอนและเยื่อหุ้มไมอีลินตาย พยาธิสภาพการเกิดคล้ายกับเส้นประสาทถูกทำลายจากสารพิษอื่นๆ หรือโรคที่ผิดปกติจากการเผาผลาญเช่น ในผู้ป่วยเบาหวาน รูปแบบการเกิดเป็นแบบสมมาตร คือ เกิด 2 ข้างของร่างกายพร้อมกัน โดยจะเริ่มที่ส่วนปลายสุดของเส้นประสาทที่ยาวที่สุด อาการจะเริ่มที่นิ้วเท้าทั้ง 2 ข้างร่างกาย ไปที่ฝ่าเท้า ข้อเท้าและขึ้นไปทีส่วนขาด้านล่าง หลังจากนั้นจะมีการทำลายเส้นประสาทส่วนบนของร่างกาย เริ่มต้นจากปลายนิ้วมือ ฝ่ามือ และแขนคล้ายสวมถุงมือ ถุงเท้าเรียกลักษณะ ดังกล่าวว่าเป็น stocking glove pattern¹⁸

2. ความผิดปกติของไมโทคอนเดรีย (Mitochondria dysfunction) ผลของเคมีบำบัดบางตัวเช่น vincristine และ bortezomib ทำให้ไมโทคอนเดรีย กระตุ้นเอนไซม์ caspase ซึ่งเป็นส่วนที่สำคัญในกลไกการตายของเซลล์แบบ apoptosis สำหรับยา cisplatin จะไปยับยั้งไมโทคอนเดรียสร้าง DNA หลังให้เคมีบำบัดดังกล่าวโครงสร้างไมโทคอนเดรียจะผิดปกติและเสียหายที่ไป มีการวมของไมโทคอนเดรียเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญโดยเฉพาะในเส้นใยประสาท C ซึ่งเป็นใยประสาทหลังสัญญาณความปวดไปยังสมอง ซึ่งเป็นสาเหตุของความปวด¹⁹

3. สารกระตุ้นความปวด (Pain Mediator) หลังการให้เคมีบำบัดพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มการหลั่งสารเคมีที่กระตุ้นความปวดเป็นจำนวนมากในเส้นประสาทส่วนปลาย ปมรากหลัง(dorsal root ganglia) และไซสันหลัง กลไกการนั้นเกิดจากเคมีบำบัดทำให้เกิดกระบวนการอักเสบอย่างเฉียบพลัน ร่างกายมีการตอบสนองการอักเสบ โดยหลั่งสารเคมีความปวด เช่น bradykinin serotonin prostaglandins เป็นต้น ในผู้ป่วยบางรายที่ได้รับ paclitaxel พบว่ามีอาการปวดเฉียบพลันที่เรียกว่า Paclitaxel acute pain syndrome (P-APS) เกิดขึ้นหลังได้รับยา Paclitaxel ประมาณ 3-4 วัน²⁰

4. ความผิดปกติการส่งสัญญาณ ของเส้นประสาท A อัลฟา A เบตา และ C โดยเส้นประสาทดังกล่าวจะส่งสัญญาณความปวดไปยังสมอง โดยที่ไม่มีสาเหตุมากระตุ้นให้เกิดความปวด ในผู้ป่วยที่ได้รับยา vincristine paclitaxel oxaliplatin และ bortezomib ผู้ป่วยเกิดภาวะผิดปกติของความปวด¹⁵

อาการและอาการแสดงของ CIPN

ดังที่กล่าวมาข้างต้น อาการและอาการแสดงเกิดได้ทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของยาเคมีบำบัด ขนาดของยา ระยะเวลาการให้ยาและการสะสมของยาในร่างกาย อาการสามารถแบ่งได้²¹⁻²²

1. อาการทางระบบประสาทความรู้สึก โดย



ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการชา ไม้รู้สึก รู้สึกคล้ายเข็มทิ่ม และมีความลำบากแยกความแตกต่างระหว่างน้ำร้อนและน้ำเย็น อาการเริ่มที่นิ้วเท้า ฝ่าเท้า ขา และนิ้วมือ ฝ่ามือ และแขน ตามลำดับ อาการรุนแรงมากขึ้นผู้ป่วยจะมีอาการปวด โดยมีอาการเสียวแปลบเหมือนไฟช็อต (lancinating) แสบร้อน (burning) ปวดเย็นเหมือนถูกน้ำแข็ง มีความไวต่อการกระตุ้นต่อความปวด (allo-dynia) หรือหลังกระตุ้นแล้วผู้ป่วยมีความปวดมากกว่าภาวะปกติ (hyperalgesia)

2. อาการทางระบบประสาทเคลื่อนไหว อาการที่พบ ผู้ป่วยจะมีกล้ามเนื้อลีบ เดินเซ เท้าตก (foot drop) มีปัญหาการทรงตัว ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเดินได้ ในกรณีเสียหายต่อเส้นประสาทขนาดเล็กผู้ป่วยจะมีความลำบากในการใช้กล้ามเนื้อขนาดเล็กเช่น การติดกระดุม เสื้อผ้าและเขียนหนังสือ

3. อาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ อาการที่พบคือผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำ มีอาการวิงเวียนศีรษะ เวลาเปลี่ยนท่าจากท่านั่งหรือท่านอน การคั่งของกระเพาะปัสสาวะ มีภาวะท้องผูกจะเห็นว่าอาการทางคลินิกของ CIPN มีหลากหลายอาการ ข้อสังเกตที่สำคัญเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของ CIPN คือ 1) อาการทางประสาทความรู้สึกร่วมพบเป็นส่วนใหญ่ 2) อาการอาจจะเกิดชั่วคราวในระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดและอาจเกิดขึ้นต่อเนื่องหลังจากหยุดการรักษาด้วยเคมีบำบัด 3) อาการมักจะเป็นแบบสมมาตร เกิด 2 ข้างของร่างกาย และ 4) อาการพบที่ส่วนปลายของนิ้วเท้าและขาเป็นอันดับแรก อาการ CIPN จะรุนแรงมากขึ้นหากผู้ป่วยมีปัญหาโรคเบาหวาน²³ ขาดวิตามิน B12²⁴ หรือผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์ การซักประวัติผู้ป่วยจึงมีความสำคัญ

เคมีบำบัดที่ทำให้เกิด CIPN

เคมีบำบัดที่ใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งมีหลายกลุ่มด้วยกันแต่กลุ่มที่ทำให้เกิดปัญหา CIPN และนำไปสู่ปัญหา

CIPNP พบส่วนใหญ่ใน 5 กลุ่มซึ่งใช้รักษา มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้และทวารหนัก ประกอบด้วย 1) กลุ่มแพลทตินัม (Platinum) 2) กลุ่มแทกแซน (Taxanes) 3) กลุ่มวินคาลคาลอยด์ (Vinca alkaloids) 4) กลุ่ม Antiangiogenic agent และ 5) กลุ่ม Proteasome inhibitor ตารางที่ 1 แสดงชนิดและขนาดของเคมีบำบัดมีผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนปลาย²¹

1) **กลุ่มแพลทตินัม (Platinum) (เช่น Cisplatin Carboplatin และ Oxaliplatin)** cisplatin ถูกใช้ครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อรักษาโรคมะเร็ง ในปี ค.ศ 1978 และพบว่า CIPN เป็นปัญหาที่สำคัญจากผลข้างเคียงของยา แม้ว่าพิษต่อไตเป็นปัญหาที่สำคัญของ cisplatin และยาในกลุ่มแพลทตินัม แต่มีการป้องกันและจัดการปัญหาพิษต่อไตโดยให้น้ำและยาขับปัสสาวะผู้ป่วยในระหว่างการได้รับยา การเกิดปัญหาต่อไตจึงลดน้อยลง แต่ยังไม่มียาป้องกันและการรักษาที่มีประสิทธิภาพสำหรับ CIPN โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ได้รับ cisplatin หรือ oxaliplatin มีความเสี่ยงสูงมากที่เส้นประสาทถูกทำลายและเสียหายอย่างถาวร การทำลายเริ่มจากส่วนล่างสุดของเท้าทั้ง 2 ข้าง สูญเสียการรับรู้ความรู้สึก และการทรงตัว ความรุนแรงขึ้นกับปริมาณยาที่สะสมในร่างกาย ผู้ป่วยเกือบทุกรายที่ได้รับ oxaliplatin ระบบประสาทถูกทำลายอย่างเฉียบพลันอาการที่พบคือ มีอาการชาในส่วนปลายของขาและแขน และมีการกระตุก ตะคริวและปวดกล้ามเนื้อ ส่วนใหญ่อาการเกิดภายใน 48-72 ชั่วโมงหลังจากได้รับยา ปัญหาที่สำคัญของยาในกลุ่มนี้คืออาการของ CIPN และ CIPNP จะไม่หายแม้ว่าหยุดยา ผู้ป่วยยังจะมีอาการปรากฏอยู่มากกว่า 1 ปีหลังจากการสิ้นสุดการรักษา^{19,25}

2) **กลุ่มแทกแซน (Taxanes) (เช่น Paclitaxel และ Docetaxel)** ยาในกลุ่มแทกแซน การทำลายระบบประสาทเกี่ยวข้องกับการสร้าง microtubules และทำลายความแข็งแรงของ tubulin microtubule มีผลระบบ



ประสาทรับความรู้สึก และระบบการเคลื่อนไหว และตัวเซลล์ประสาท ปมรากประสาท ยา paclitaxel และ docetaxel เป็นกลุ่มแทกแซนที่ใช้รักษาผู้ป่วยกันอย่างแพร่หลาย และมีความรุนแรงที่เกิด CIPN และ CIPNP คล้ายกันมาก ที่สำคัญคือทำให้เกิดอาการปวดข้อและปวดกล้ามเนื้อเฉียบพลันในผู้ป่วยที่ได้รับยาดังกล่าว กลไกการเกิดยังไม่สามารถอธิบายได้ชัดเจน และอาการปวดไม่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของข้อต่อหรือกล้ามเนื้อ ความน่าจะเป็นคือความผิดปกติของการนำส่งสัญญาณเส้นประสาทความปวด เข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลางหลังจากมีการทำลายเส้นประสาท²⁵

3) กลุ่ม วินคาอัลคาลอยด์ (Vinca alkaloids) (เช่น Vincristine Vindesine และ Vinblastine) vincristine คือยาที่ทำลายระบบประสาทที่รุนแรงมากที่สุดในกลุ่มวินคาอัลคาลอยด์ ยาสามารถยับยั้งการสร้าง microtubule ทำให้เกิดปัญหาต่อเอกซอนของระบบประสาท ส่วนใหญ่จะทำลายประสาทรับความรู้สึก ซึ่งเป็นลักษณะทางคลินิกของยาในกลุ่มนี้ ที่ทำให้เกิด CIPN ทั้งในผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ ผู้ป่วยจะมีอาการชา มีความลำบากในการแยกความรู้สึกร้อนและเย็น และมีอาการปวด การทำลายระบบประสาทการเคลื่อนไหวพบน้อย ปัญหาต่อระบบประสาทอัตโนมัติพบน้อยและรุนแรงในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย vincristine ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาความโลหิตต่ำ การควบคุมกระเพาะปัสสาวะผิดปกติ ในบางรายจะมีอาการท้องผูก ยาในกลุ่มนี้เมื่อหยุดการรักษา อาการ CIPN ก็ทั้งหมดไป²⁶

4) กลุ่ม Antiangiogenic agent (เช่น Thalidomide Lenalidomide และ Pomalidomide) กลไกการทำลายระบบประสาทของยาในกลุ่มนี้ยังมีข้อถกเถียง รวมถึง thalidomide รายงานล่าสุดของการศึกษาในหลอดทดลองพบว่ายาที่มีผลต่อ microtubules และเกิดความเสียหายต่อเอกซอน การประเมินผลของคุณสมบัติและความรุนแรงของ CIPN ในยาในกลุ่มนี้มีความซับซ้อน

thalidomide พบความรุนแรงต่อระบบประสาทมากกว่า lenalidomide และ pomalidomide ทั้งนี้ขึ้นกับปริมาณสะสมในร่างกาย โดยส่วนใหญ่จะมีพิษต่อเส้นประสาทรับความรู้สึก พิษต่อเส้นประสาทเคลื่อนไหวและระบบอัตโนมัติพบน้อย การเฝ้าระวังติดตามอาการ CIPN ตั้งแต่ช่วงแรกของการได้รับยาจะสามารถป้องกันการเกิด ความรุนแรงได้ อาการ CIPN จะหมดไปเมื่อหยุดการให้ยา²⁷

5) กลุ่ม Proteasome inhibitor (เช่น Bortezomib) bortezomib ถูกนำใช้ครั้งแรกในปี ค.ศ 2003 ในการรักษา multiple myeloma และปัจจุบันมีการใช้เกือบทั่วโลก ยาในกลุ่ม proteasome inhibitor มีอาการข้างเคียงที่สำคัญทำให้เกิด CIPN และ CIPNP โดยทำลายเส้นประสาทรับความรู้สึก ผลต่อเส้นประสาทเคลื่อนไหวและระบบอัตโนมัติพบน้อย bortezomib ทำให้เกิด CIPN อย่างรุนแรง และไม่มีการรักษาที่มีประสิทธิภาพสำหรับ CIPN²⁸ พบว่าการบริหารยา bortezomib ได้ผิวหนังแทนการบริหารทางหลอดเลือดดำ สามารถลดอัตราการเกิดและความรุนแรงของ CIPN แต่งานวิจัยทางคลินิกล่าสุดโดยเปรียบเทียบการบริหาร bortezomib ได้ผิวหนังและทางหลอดเลือดดำ พบว่า CIPN ที่เกิดขึ้นไม่แตกต่างกัน ข้อสรุปการวิจัยนี้คือ CIPN ขึ้นอยู่กับขนาดของยาที่ให้ผู้ป่วย ดังนั้นควรมีการลดขนาดยาเพื่อป้องกันการเกิด CIPN²⁹



ตารางที่ 1 ชนิดและขนาดของเคมีบำบัดมีผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนปลาย¹⁵

กลุ่ม	ยา	ขนาดที่มีผลต่อระบบประสาท	ผลต่อระบบประสาท (+ ระบุความถี่)		
			Sensory	Motor	Autonomic
Platinum	Cisplatin	> 300-400 มก/ลบ.มม	++		+
	Carboplatin	> 400 มก/ลบ.มม	+		
	Oxliplatin	> 175-200 มก/ลบ.มม	+++	+	
Taxanes	Docetaxel	> 600 มก/ลบ.มม	++		
	Paclitaxel	> 175-200 มก/ลบ.มม	+++	+	+++
Vinca alkaloids	Vinblastine	ไม่มีรายงาน	+		
	Vincristine	> 4 มก	+++	+	+++
Immunomodulatory/ antiangiogenic agent	Thalidomide	>20 กรัม	+++		
Proteasome inhibitor	Bortezomib	>16 มก/ลบ.มม	+++		+

การประเมินผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ที่สำคัญในการประเมิน CIPN คือเพื่อประเมินความบกพร่องการทำงานของระบบประสาทซึ่งจะมีผลต่อการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และเป็นแนวทางในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาต่อเนื่อง ลดขนาดของยา หรือหยุดการรักษาด้วยเคมีบำบัด การประเมิน CIPN ในคลินิกยังไม่มีเครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน (gold standard) เพื่อประเมินผู้ป่วย CIPN ได้ถูกต้องที่สุด ปัจจุบันในทางปฏิบัติจึงประเมินทั้งอาการและอาการแสดง การประเมินอาการโดยให้ผู้ป่วยบอกอาการ (self report) และการประเมินอาการแสดง ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจร่างกายทางระบบประสาท เพื่อตรวจสอบความเสียหายของใยประสาท ข้อมูลของอาการและอาการแสดงเป็นตัวชี้วัดระดับความรุนแรงของ CIPN โดยใช้เกณฑ์แบ่งระดับความรุนแรง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วย CIPN มีดังต่อไปนี้

1. การประเมินอาการ เครื่องมือประเมินโดยผู้ป่วยบอกอาการที่นิยมใช้ในปัจจุบันคือ (EORTC) QLQ-CIPN²⁰ มี 20 ข้อคำถามเพื่อประเมินอาการ CIPN เกี่ยวกับอาการ

ของประสาทรับความรู้สึก การเคลื่อนไหว และอัตโนมัติ มาตราวัดแบบ likert scale 4 ระดับ (1=ไม่มีอาการ 4=มีอาการมาก)³⁰ ผู้ป่วยใช้เวลา 5 นาทีในตอบประเมิน เครื่องมือมีความตรงและความเที่ยงในการประเมินอาการ CIPN³¹

2. การประเมินอาการแสดงโดยการตรวจร่างกายทางระบบประสาท เพื่อประเมินประสาทรับความรู้สึก ได้แก่ การตรวจรับความรู้สึกสัมผัสเบา(light touch) การตรวจรับความรู้สึกแหลม (pin prick) ตรวจการสั่นสะเทือน (Vibration) โดยใช้ช้อนเสียง (128-Hz Tuning fork) และการทดสอบอุณหภูมิ (Temperature) การทดสอบรีเฟล็กซ์เอ็นส่วนลึก โดยเริ่มตรวจรีเฟล็กซ์ของ achilles tendon เป็นอันดับแรก ถ้าวีเฟล็กซ์ส่วนนี้เสียหายให้ตรวจรีเฟล็กซ์ของ patellar tendon และรีเฟล็กซ์เอ็นส่วนลึกของแขนต่อไป การตรวจร่างกายทางระบบประสาท เพื่อประเมินประสาทเคลื่อนไหว ได้แก่ การทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การเดิน การทรงตัว³²

3. เกณฑ์การแบ่งระดับความรุนแรงของ CIPN ใน



ปัจจุบันเกณฑ์ที่ใช้คือ National Cancer Institute Common Toxicity Criteria for Adverse Events (NCI-CTCAE)³³ และ Eastern Cooperative Oncology Group Common Toxicity Criteria (ECOG-CTC)³⁴ เกณฑ์ดังกล่าวจะแบ่งการประเมินแยกระหว่างประสาทรับความรู้สึก และประสาทการเคลื่อนไหว ระดับความเสียหายของการทำงานของระบบประสาทจะแบ่งเป็น 4 เกรด (เกรด 1 = ไม่มีความเสียหาย เกรด 4 = มีความเสียหายมาก)

การป้องกันและการรักษา CIPN

แนวปฏิบัติเพื่อการป้องกันและการรักษาอาการ CIPN ล่าสุดถูกพัฒนาโดย American Society of Clinical Oncology³⁵ ด้วยวิธีการทบทวนอย่างเป็นระบบตามหลักฐานงานวิจัย Randomized controlled trial (RCT) เกี่ยวกับประสิทธิภาพของการป้องกันและการรักษาอาการ CIPN ในผู้ป่วยมะเร็งผู้ใหญ่ แนวปฏิบัตินี้ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย CIPN ถูกต้อง และมีความน่าเชื่อถือโดยอ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ ทำให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยดีขึ้นและลดค่าใช้จ่ายในการดูแล

การป้องกัน CIPN จากแนวปฏิบัติพบว่าไม่มียาหรือสารใดที่สามารถป้องกันการเกิด CIPN ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่ทำลายเส้นประสาทส่วนปลายได้ การป้องกันความรุนแรงของ CIPN อาจจะต้องลดขนาดของยา ยืดระยะเวลาของการให้ยา ในรายที่รุนแรงมากแพทย์อาจจะพิจารณาหยุดให้การรักษาด้วยเคมีบำบัด

การรักษาอาการ CIPN ในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของ CIPN จนเกิด CIPNP จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดที่รุนแรงและยาบรรเทาปวดกลุ่ม NSAID หรือ อนุพันธ์ฝิ่น ไม่สามารถบรรเทาความปวดได้ แนวปฏิบัติแนะนำการรักษาด้วยยา duloxetine 5 สัปดาห์ ในสัปดาห์แรก 30 มิลลิกรัม ทุกวัน และ 60 มิลลิกรัม ทุกวันในสัปดาห์ที่ 2-5 ซึ่งสามารถลดความปวด อาการชาและความรู้สึกคล้ายเข็มทิ่ม³⁶ สำหรับการป้องกันหรือการรักษาโดยไม่ใช้ยา ยังไม่มีวิธีการที่มีประสิทธิภาพ³⁵

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย CIPN

พยาบาลในระบบบริการสุขภาพ ตติยภูมิ ตติยภูมิ และปฐมภูมิ มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิด CIPN มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย CIPN พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับเคมีบำบัดที่เป็นพิษต่อระบบประสาทส่วนปลาย สามารถประเมินอาการ CIPN และจัดการปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

การรักษาและการป้องกัน CIPN ยังมีข้อจำกัด การประเมินผู้ป่วยจึงมีความสำคัญเพื่อติดตามอาการความรุนแรงของ CIPN และสามารถจัดการดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสม พยาบาลเป็นกุญแจสำคัญในการตรวจคัดกรองประเมินอาการ และการตรวจร่างกายประเมินระบบประสาทส่วนปลาย แต่การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพยาบาลขาดความมั่นใจในการประเมิน การตรวจร่างกายระบบประสาท และไม่มีเวลาในการตรวจผู้ป่วย^{8-9, 37}

สำหรับผู้ป่วยเช่นกันแม้ว่าอาการ ชา ความรู้สึกเหมือนเข็มทิ่มที่เกิดขึ้นที่นิ้วเท้ามือ และแขนขา เป็นอาการที่บ่งชี้ชัดเจนของ CIPN ในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด แต่ผู้ป่วยมักจะสังเกตอาการดังกล่าวกับแพทย์พยาบาล ด้วยเหตุผลหลายอย่าง กลัวแพทย์หยุดการรักษาด้วยเคมีบำบัด ไม่ต้องการเป็นภาระของพยาบาลและแพทย์เพราะภาระงานเยอะในคลินิก และคิดว่าเป็นอาการปกติของผลข้างเคียงยาเคมีบำบัด ดังนั้นต้องทนต่ออาการเพื่อจะได้รับเคมีบำบัดครบตามแผนการรักษา และในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากทำให้เกิดอาการปวด การอธิบายอาการปวดที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยก็เป็นปัญหาที่พบในการประเมินเช่นกัน

ที่กล่าวมาข้างต้นเป็นเหตุผลที่พยาบาลต้องประเมินอาการผู้ป่วย CIPN ในเชิงรุก ด้วยวิธีการคัดกรองประเมินที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็ว และสามารถปฏิบัติได้ในคลินิก Tofthagen³⁸ ได้พัฒนาขั้นตอนการประเมินและจัดการผู้ป่วย CIPN (ภาพที่ 1) โดยประเมินผู้ป่วยทุกคนที่ได้รับยาเคมีบำบัด และทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมาตรวจตามนัด โดยมีขั้นตอนคือ



1. การคัดกรองโดยการถามผู้ป่วย มีอาการชาหรือรู้สึกคล้ายเข็มทิ่มที่เท้าหรือมือหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยปฏิเสธอาการดังกล่าว ก็ไม่จำเป็นต้องประเมินต่อ
2. ผู้ป่วยมีอาการชาหรือรู้สึกคล้ายเข็มทิ่มที่เท้าหรือมือ ประเมินผู้ป่วยต่อด้วย 3 คำถาม 1) มีปวดแสบร้อน (burning) ปวดแปลบคล้ายเข็มทิ่มหรือไม่ 2) มีอาการชาหรือรู้สึกคล้ายเข็มทิ่มที่นิ้วมือหรือแขนหรือไม่ และ 3) อาการชาหรือรู้สึกคล้ายเข็มทิ่มที่เท้าหรือขาหรือไม่
3. ในกรณีผู้ป่วยมีอาการปวดแสบร้อนพยาบาลต้องประเมินความปวดเพิ่มเติมโดยหลัก PQRST (provocation, quality, region, strength, time) มีสิ่งใดเป็นตัวกระตุ้นให้ปวด ลักษณะของการปวดเป็นแบบใด บริเวณที่ปวด ความรุนแรงที่ปวด และเวลาที่ปวด ผู้ป่วยอาจจะพิจารณาให้ยาเพื่อบรรเทาความปวด
4. ผู้ป่วยมีอาการชาหรือรู้สึกคล้ายเข็มทิ่มที่นิ้วมือหรือแขน ประเมินผู้ป่วยโดยการให้ผู้ป่วยเขียนชื่อเพื่อประเมิน fine motor fiber ในกรณีที่อาการรุนแรงไม่

สามารถจับปากกาและเขียนได้ ควรส่งต่อกายภาพบำบัดและแนะนำอันตรายเกี่ยวกับความร้อนหรือเย็น เนื่องจากผู้ป่วยเสียการรับรู้สึกอาจจะได้รับอันตรายจากความร้อน

5. ผู้ป่วยมีอาการชาหรือรู้สึกคล้ายเข็มทิ่มที่เท้าหรือขา ประเมินการทรงตัว โดยการให้ผู้ป่วยยืนและเดินในกรณีผู้ป่วยเดินเซ การทรงตัวไม่ดี ควรแนะนำใช้อุปกรณ์เพื่อป้องกันการหกล้ม เนื่องจากพบอุบัติการณ์หกล้มในผู้ป่วย CIPN เพิ่มขึ้น⁹⁹ แนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยในการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อการป้องกันการหกล้ม

การประเมินควรประเมินทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาตามนัด การประเมินดังกล่าวไม่ซับซ้อน พยาบาลในทุกระบบบริการสุขภาพสามารถประเมินได้ สิ่งที่สำคัญคือพยาบาลต้องสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย การบอกอาการ CIPN ที่เกิดขึ้น การส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยระหว่างระบบบริการสุขภาพตติยภูมิ ทติยภูมิ และปฐมภูมิ มีความสำคัญเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วย CIPN ไร้รอยต่อที่มีคุณภาพต่อไป



ภาพที่ 1 การประเมินและการจัดการผู้ป่วย CIPN ดัดแปลงจาก Toftagen⁹⁸ โดยได้รับอนุญาต Oncology Nursing Society



สรุป

นวัตกรรมที่ทันสมัยของการรักษาด้วยเคมีบำบัด ทำให้อัตราการอยู่รอดของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกัน พิษของเคมีบำบัดทำลายประสาทส่วนปลายเป็นผลข้างเคียงทำให้เกิด CIPN การทำลายเส้นประสาทส่วนปลาย ของเคมีบำบัดแต่ละชนิดมีความแตกต่างกัน อาการและอาการแสดงจึงมีความแตกต่างกัน การจัดการเพื่อป้องกันความรุนแรง CIPN ซึ่งส่งผลต่อ กิจกรรมชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วย CIPN เป็นบทบาทที่ท้าทายของพยาบาล การประเมินเฝ้าติดตามอาการผู้ป่วย ก่อนการรักษา ระหว่างการรักษา และหลังการรักษา สามารถป้องกันความรุนแรงของ CIPN ตลอดจนให้คำแนะนำผู้ป่วยและจัดการที่มีประสิทธิภาพเพื่อบรรเทาอาการของ CIPN เกิดผลลัพธ์ การดูแลผู้ป่วย CIPN ที่มีคุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2015. CA: a cancer journal for clinicians. 2015;65(1):5–29.
2. Thiravud Khuhaprema, Pattarawin Attasara, Hutcha Sriplung, Surapon Wiangnon, Suleeporn Sangrajrang. Cancer in Thailand In: Institute NC, editor. Bangkok, Thailand: National Cancer Institute; 2013.
3. Mols F, Beijers AJ, Vreugdenhil G, Verhulst A, Schep G, Husson O. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy, physical activity and health-related quality of life among colorectal cancer survivors from the PROFILES registry. Journal of cancer survivorship : research and practice. 2015;9(3):512–22.
4. Beijers A, Mols F, Dercksen W, Driessen C, Vreugdenhil G. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy and impact on quality of life 6 months after treatment with chemotherapy. The Journal of community and supportive oncology. 2014;12(11):401–6.
5. Sisignano M, Baron R, Scholich K, Geisslinger G. Mechanism-based treatment for chemotherapy-induced peripheral neuropathic pain. Nature reviews. Neurology. 2014;10(12):694–707.
6. Park HJ. Chemotherapy induced peripheral neuropathic pain. Korean journal of anesthesiology. 2014;67(1):4–7.
7. Mols F, Beijers T, Vreugdenhil G, van de Poll-Franse L. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy and its association with quality of life: a systematic review. Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer. 2014;22(8):2261–9.
8. Binner M, Ross D, Browner I. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy: assessment of oncology nurses' knowledge and practice. Oncology nursing forum. 2011;38(4):448–54.
9. Visovsky C, Haas M, Faiman B, Kurtin S, Shaftic AM, Lyden E, et al. Nurse self-evaluation of assessment of chemotherapy-induced peripheral neuropathy in patients with cancer. Journal of the advanced practitioner in oncology. 2012;3(5): 319–25.
10. Alberti P, Cortinovis D, Frigeni B, Bidoli P, Cavaletti G. Neuropathic pain and chemotherapy-induced peripheral neurotoxicity: the issue. Pain management. 2013;3(6):417–9.
11. Argyriou AA, Bruna J, Marmioli P, Cavaletti G. Chemotherapy-induced peripheral neurotoxicity (CIPN): an update. Critical reviews in oncology/hematology. 2012;82(1):51–77.



12. Ewertz M, Qvortrup C, Eckhoff L. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy in patients treated with taxanes and platinum derivatives. *Acta oncologica*. 2015;1-5.
13. Seretny M, Currie GL, Sena ES, Ramnarine S, Grant R, MacLeod MR, et al. Incidence, prevalence, and predictors of chemotherapy-induced peripheral neuropathy: A systematic review and meta-analysis. *Pain*. 2014;155(12):2461-70.
14. Cavaletti G, Marmiroli P. Chemotherapy-induced peripheral neurotoxicity. *Current opinion in neurology*. 2015;28(5):500-7.
15. Cavaletti G, Alberti P, Marmiroli P. Chemotherapy-induced peripheral neurotoxicity in cancer survivors: an underdiagnosed clinical entity? *American Society of Clinical Oncology educational book / ASCO. American Society of Clinical Oncology. Meeting*. 2015;35:e553-60.
16. Travis LB, Fossa SD, Sessa HD, Frisina RD, Herrmann DN, Beard CJ, et al. Chemotherapy-induced peripheral neurotoxicity and ototoxicity: new paradigms for translational genomics. *Journal of the National Cancer Institute*. 2014;106(5).
17. Park SB, Goldstein D, Krishnan AV, Lin CS, Friedlander ML, Cassidy J, et al. Chemotherapy-induced peripheral neurotoxicity: a critical analysis. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2013;63(6):419-37.
18. Carozzi VA, Canta A, Chiorazzi A. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy: What do we know about mechanisms? *Neurosci Lett*. 2015;596:90-107.
19. Yan F, Liu JJ, Ip V, Jamieson SM, McKeage MJ. Role of platinum DNA damage induced transcriptional inhibition in chemotherapy-induced neuronal atrophy and peripheral neurotoxicity. *Journal of neurochemistry*. 2015.
20. Loprinzi CL, Maddocks-Christianson K, Wolf SL, Rao RD, Dyck PJ, Mantyh P, et al. The Paclitaxel acute pain syndrome: sensitization of nociceptors as the putative mechanism. *Cancer journal*. 2007;13(6):399-403.
21. Cavaletti G. Chemotherapy-induced peripheral neurotoxicity (CIPN): what we need and what we know. *Journal of the peripheral nervous system : JPNS*. 2014;19(2):66-76.
22. Argyriou AA, Kyritsis AP, Makatsoris T, Kalofonos HP. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy in adults: a comprehensive update of the literature. *Cancer Manag Res*. 2014;6:135-47.
23. Kus T, Aktas G, Kalender ME, Sevinc A, Kul S, Suner A, et al. Taxane-induced peripheral sensorial neuropathy in cancer patients is associated with duration of diabetes mellitus: a single-center retrospective study. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. 2015.
24. Schloss JM, Colosimo M, Airey C, Vitetta L. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy (CIPN) and vitamin B12 deficiency. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. 2015;23(7):1843-50.
25. Ewertz M, Qvortrup C, Eckhoff L. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy in patients treated with taxanes and platinum derivatives. *Acta oncologica*. 2015;54(5):587-91.



26. LaPointe NE, Morfini G, Brady ST, Feinstein SC, Wilson L, Jordan MA. Effects of eribulin, vincristine, paclitaxel and ixabepilone on fast axonal transport and kinesin-1 driven microtubule gliding: implications for chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Neurotoxicology*. 2013;37:231-9.
27. Cundari S, Cavaletti G. Thalidomide chemotherapy-induced peripheral neuropathy : actual status and new perspectives with thalidomide analogues derivatives. *Mini reviews in medicinal chemistry*. 2009;9 (7):760-8.
28. Robinson CR, Zhang H, Dougherty PM. Altered discharges of spinal neurons parallel the behavioral phenotype shown by rats with bortezomib related chemotherapy induced peripheral neuropathy. *Brain research*. 2014;1574:6-13.
29. Minarik J, Pavlicek P, Pour L, Pika T, Maisnar V, Spicka I, et al. Subcutaneous bortezomib in multiple myeloma patients induces similar therapeutic response rates as intravenous application but it does not reduce the incidence of peripheral neuropathy. *PloS one*. 2015;10(4):e0123866.
30. Postma TJ, Aaronson NK, Heimans JJ, Muller MJ, Hildebrand JG, Delattre JY, et al. The development of an EORTC quality of life questionnaire to assess chemotherapy-induced peripheral neuropathy: the QLQ-CIPN20. *European journal of cancer*. 2005;41(8):1135-9.
31. Lavoie Smith EM, Barton DL, Qin R, Steen PD, Aaronson NK, Loprinzi CL. Assessing patient-reported peripheral neuropathy: the reliability and validity of the European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-CIPN20 Questionnaire. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2013;22(10):2787-99.
32. Smith EM, Beck SL, Cohen J. The total neuropathy score: a tool for measuring chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Oncology nursing forum*. 2008;35(1):96-102.
33. Trotti A, Colevas AD, Setser A, Rusch V, Jaques D, Budach V, et al., editors. CTCAE v3.0: development of a comprehensive grading system for the adverse effects of cancer treatment. *Seminars in radiation oncology*; 2003: Elsevier.
34. Griffith KA, Merkies IS, Hill EE, Cornblath DR. Measures of chemotherapy-induced peripheral neuropathy: a systematic review of psychometric properties. *Journal of the peripheral nervous system*. 2010;15(4):314-25.
35. Hershman DL, Lacchetti C, Dworkin RH, Lavoie Smith EM, Bleeker J, Cavaletti G, et al. Prevention and management of chemotherapy-induced peripheral neuropathy in survivors of adult cancers: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2014;32(18):1941-67.



36. Smith EM, Pang H, Cirrincione C, Fleishman S, Paskett ED, Ahles T, et al. Effect of duloxetine on pain, function, and quality of life among patients with chemotherapy-induced painful peripheral neuropathy: a randomized clinical trial. *Jama*. 2013;309(13):1359–67.
37. Smith EM, Campbell G, Tofthagen C, Kottschade L, Collins ML, Warton C, et al. Nursing knowledge, practice patterns, and learning preferences regarding chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Oncology nursing forum*. 2014;41(6):669–79.
38. Tofthagen C, Visovsky CM, Hopgood R. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy: an algorithm to guide nursing management. *Clin J Oncol Nurs*. 2013;17(2):138–44.
39. Tofthagen C, Overcash J, Kip K. Falls in persons with chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. 2012;20(3):583–9.



อัตลักษณ์บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์* พิมพ์มล วงศ์ไชยา*
สิริสุดา เตชะวิเศษ* สมศรี สัจจะสกุลรัตน์*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตลักษณ์บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และสภาพการจัดการศึกษาที่ส่งเสริมอัตลักษณ์บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย 1) ผู้ใช้บัณฑิต และบัณฑิต จำนวน 24 คน 2) อาจารย์และบุคลากรสายสนับสนุน จำนวน 10 คน โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง(Purposive sampling) 3) ผู้รับบริการในชุมชน จำนวน 14 คน โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบตามสะดวก (Convenience sampling) 4) นักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2557 จำนวน 35 คน โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบสัดส่วน(Proportional sampling) รวมผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 83 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทำการเก็บข้อมูลโดยการประชุมกลุ่มๆ ละ 5-8 คน จำนวน 12 ครั้ง ระหว่างเดือนตุลาคม 2557 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2558 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และตรวจสอบผลการวิเคราะห์เนื้อหาโดยวิธีวิเคราะห์แบบสามเส้า (Tri-angulation) ผลการวิจัยพบว่า

1. อัตลักษณ์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา คือ บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่ให้การดูแลด้วยใจไม่ใช่เพียงการทำหน้าที่เป็นการดูแลผู้รับบริการเสมือนญาติ ประกอบด้วยคุณลักษณะเด่น 5 ประการ ดังนี้ 1) มีจิตอาสา 2) มีกิริยาสุภาพ อ่อนน้อม 3) มีทักษะปฏิบัติดี 4) มีการคิดวิเคราะห์ 5) ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการดูแล โดยคุณลักษณะทั้ง 5 ประการ มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน

2. สภาพการจัดการศึกษาที่ส่งเสริมอัตลักษณ์บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ พบว่าสามารถส่งเสริมได้ด้วยการพัฒนาอย่างเป็นระบบและมีความต่อเนื่องเชื่อมโยงกันตามสมรรถนะที่กำหนดไว้ในแต่ละชั้นปีตั้งแต่ชั้นปีที่ 1-4 และมีการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับมโนทัศน์บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อย่างเป็นรูปธรรม มีการสอดแทรกไว้ในการจัดการเรียนการสอนรายวิชาทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ตลอดจนการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากสภาพการณ์จริง และมีการประเมินผลแบบสะท้อนคิดเป็นระยะเพื่อการพัฒนาและสร้างเสริมสมรรถนะที่เป็นคุณลักษณะสำคัญของบัณฑิต ข้อเสนอแนะ วิทยาลัยควรมีการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตโดยบูรณาการการจัดการเรียนการสอนและกิจกรรมเสริมหลักสูตรเพื่อพัฒนาสู่แนวปฏิบัติที่ดี

คำสำคัญ : อัตลักษณ์; บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์; บัณฑิตพยาบาล



Humanized Health Care Identity among Graduates of Boromarajonani College of Nursing, Phayao

Suphaphon Udomluck, Pimpimon Vongchaiya*,
Sirisuda Tachawisad*, Somsri Sutjasakulrat**

Abstract

This qualitative study aimed to examine the humanized health care identity of the Boromarajonani College of Nursing, Phayao (BCNPY) graduates, and to explore ways to develop and improve humanized health care identities. Eighty three participants participated in this study. The sample consisted of 24 nurses and former BCNPY graduates, 10 BCNPY nursing instructors and supportive staff who were selected by purposive sampling, and 14 service users who were selected by convenience sampling. Thirty-five current BCNPY students were selected by proportional sampling. The semi-structured interview guidelines were developed by the principle investigator. Twelve focus groups were conducted, with each group consisting of 5–8 informants. Data were collected from October 2014 to February, 2015. Content analysis was employed for data analysis and a triangulation was carried out.

Results were as follows:

1. The humanized health care identities of BCNPY graduates meant providing care with the heart as they would be their own family member, and not just as a job to service users. The identities of the BCNPY consisted of 1) Service-minded 2) Politeness 3) Good nursing skills 4) Analytical thinking, and 5) Patients' participation. These five factors were related to each other.

2. Informants agreed that identities could be developed through the nursing course. The useful strategies included providing information and knowledge about humanized health care through teaching and learning. The information was structurally integrated into theoretical and practical courses, as well as through additional student development activities. The ultimate goal was to allow students to learn from real life situations. Reflection was also identified as beneficial as a method to improve awareness leading to essential capacity improvement.

Suggestion: The College should develop students' identities through integration of teaching and extra curricula activities, and establish good practice guidelines.

Keyword : identity; humanized health care; nursing graduates

* Boromarajonani College of Nursing, Phayao ; e-mail : supapornudom7@gmail.com



ความเป็นมาและความสำคัญ

การจัดการศึกษาระดับอุดมศึกษามีเป้าหมายเพื่อผลิตบัณฑิตออกไปรับใช้สังคมและประเทศชาติ และมีอัตลักษณ์ที่สะท้อนผลการจัดการศึกษาที่สอดคล้องกับปรัชญา ปณิธาน วิสัยทัศน์ พันธกิจและวัตถุประสงค์ของสถานศึกษา สำนักรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา(สมศ) จึงได้กำหนดกลุ่มตัวบ่งชี้อัตลักษณ์/เอกลักษณ์ เป็นตัวบ่งชี้มิติหนึ่งของการประเมินคุณภาพภายนอกกรอบสาม (พ.ศ 2554-2558) ของสถาบันการศึกษา การกำหนดอัตลักษณ์ ประกอบด้วย 1) มีความสัมพันธ์กับ ปรัชญา ปณิธาน วิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยมหลัก ตลอดจนวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งสถานศึกษา สาขาวิชาชีพ และสอดคล้องกับกรอบคุณวุฒิระดับชาติ (Thai Qualification: TQF) 2) มีความเหมาะสมโดยอัตลักษณ์ผู้เรียนต้องมีความเฉพาะเจาะจงชัดเจน สามารถส่งเสริมให้เกิดขึ้นได้กับผู้เรียนทุกคนและเหมาะสมกับสถานศึกษา 3) มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติและร่วมกันพัฒนาให้ประสบความสำเร็จบรรลุตามปรัชญาของสถานศึกษาที่กำหนด สามารถส่งเสริมให้เป็นเอกลักษณ์ของสถานศึกษา หรือสนับสนุนให้เกิดเป็นภาพลักษณ์ที่ดีหรือสร้างชื่อเสียงให้กับสถานศึกษาได้¹

สถาบันพระบรมราชชนก เป็นหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่รับผิดชอบพันธกิจในการผลิตและพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข สนับสนุนให้วิทยาลัยในสังกัดซึ่งมีทั้งหมด 40 แห่งทั่วประเทศ ทำหน้าที่ผลิตบุคลากรแก่หน่วยงานบริการสุขภาพทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสถาบันพระบรมราชชนก ระยะกลาง 5 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2554-2558² ได้กำหนดพันธกิจในการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อรองรับระบบสุขภาพของประเทศและชุมชน การสร้างองค์ความรู้ บริการวิชาการด้านสุขภาพ เพื่อนำพาสู่

สังคมอุดมปัญญาสุขภาพและพัฒนางานให้เข้มแข็งมุ่งสู่สถาบันอุดมศึกษาที่มีคุณภาพระดับสากล และได้กำหนดอัตลักษณ์บัณฑิตคือ “บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” ที่มีความหมายของการให้บริการที่เป็นมิตร มีความรัก ความเมตตา ใส่ใจในปัญหาและความทุกข์ของผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง ให้บริการตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการที่เป็นจริง โดยรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการเป็นหลัก เรียกว่า SAP ประกอบด้วย

Service mind คือ การมีจิตบริการที่เป็นมิตร มีความรัก ความเมตตา ใส่ใจในปัญหาและความทุกข์ของผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง โดยไม่ตัดสินพฤติกรรมคนอื่นด้วยความคิดของตนเอง เข้าใจและเห็นใจผู้อื่น ให้บริการตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ

Analytical thinking คือ การคิดบนฐานข้อมูลจริง วิเคราะห์และวางแผนแก้ปัญหาได้ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากสภาพความเป็นจริงอย่างเป็นระบบ วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการวางแผนแก้ปัญหาได้อย่างสอดคล้องกับบริบทชีวิตจริง โดยประยุกต์ความรู้ทางวิชาการ

Participation / Patient right คือ วิธีการทำงานเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม ให้ผู้รับบริการรับรู้ ตัดสินใจด้วยตนเองได้

ในการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตดังกล่าว สถาบันพระบรมราชชนกได้จัดทำคู่มือการดำเนินการพัฒนาให้เกิดอัตลักษณ์บัณฑิตขึ้น³ และส่งเสริมให้ทุกวิทยาลัยในสังกัดนำไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากวิทยาลัยแต่ละแห่งได้พัฒนา ปรัชญา วิสัยทัศน์ และค่านิยมร่วมที่เหมาะสมกับบริบทของตนเองซึ่งแตกต่างกันไปทั้งในด้านของที่ตั้ง วัฒนธรรม และความต้องการของแต่ละพื้นที่และภูมิภาคจึงได้สร้างบัณฑิตที่มีอัตลักษณ์เฉพาะของตนเอง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี



พะเยา สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ได้นำนโยบายการ พัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต “บริการสุขภาพด้วยหัวใจความ เป็นมนุษย์” มาปฏิบัติตั้งแต่ปีการศึกษา 2553⁴ และได้มี การติดตามอัตลักษณ์บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็น มนุษย์ของบัณฑิตโดยใช้แบบประเมินกลางของสถาบัน พระบรมราชชนก พบว่าโดยภาพรวมบัณฑิตมีพฤติกรรม บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 3 ด้านอยู่ใน ระดับดี⁵ แต่ผลที่ได้อาจไม่ครอบคลุมอัตลักษณ์บัณฑิต ตามบริบทเฉพาะของวิทยาลัย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาข้อมูล เชิงลึกของอัตลักษณ์บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็น มนุษย์ของบัณฑิตและสภาพการจัดการศึกษาที่ส่งเสริม ให้บัณฑิตเกิดคุณลักษณะบริการสุขภาพด้วยหัวใจความ เป็นมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา ข้อมูลที่ได้จะเป็นแนวทางที่เป็นประโยชน์แก่วิทยาลัยใน การบริหารการศึกษาและพัฒนาบัณฑิตให้มีอัตลักษณ์ที่ พึงประสงค์ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาอัตลักษณ์บริการสุขภาพด้วย หัวใจความเป็นมนุษย์ของบัณฑิต บนพื้นฐานของปรัชญา วิสัยทัศน์ และค่านิยมร่วมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราช ชนนี พะเยา
- 2) เพื่อศึกษาสภาพการจัดการศึกษาที่ส่งเสริม อัตลักษณ์บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของ บัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

คำถามการวิจัย

- 1) อาจารย์ บุคลากร นักศึกษา บัณฑิตและ ผู้ใช้บัณฑิต มีความเข้าใจอัตลักษณ์บริการสุขภาพด้วย หัวใจความเป็นมนุษย์ของบัณฑิตบนพื้นฐานของปรัชญา วิสัยทัศน์ และค่านิยมร่วมของวิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนี พะเยา อย่างไร

- 2) สภาพการจัดการศึกษาที่ส่งเสริมอัตลักษณ์ บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา เป็นอย่างไร

วิธีการดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วยผู้ ให้ข้อมูล (Participants) จำนวน 4 กลุ่มดังนี้

- 1) ผู้ใช้บัณฑิตและบัณฑิต จากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดเชียงราย และจังหวัด พะเยา จำนวน 24 คน ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบ เฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เกณฑ์การคัดเลือก ผู้ใช้บัณฑิตคือ เป็นผู้บังคับบัญชาระดับต้นของบัณฑิตที่ ปฏิบัติงานร่วมกันมาไม่น้อยกว่า 1 ปี ส่วนเกณฑ์การคัด เลือกบัณฑิตคือ จบการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร บัณฑิตของวิทยาลัยและปฏิบัติงานด้านบริการสุขภาพ มาเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี
- 2) ผู้รับบริการในชุมชน จำนวน 14 คน ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบตามสะดวก (Convenience sampling) เกณฑ์การคัดเลือกคือ เป็นผู้รับ บริการที่อาศัยอยู่ในตำบลที่วิทยาลัยลงนามความร่วมมือ ในการพัฒนาสุขภาพของชุมชนและได้รับบริการจาก บัณฑิตที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่
- 3) อาจารย์ และบุคลากรสายสนับสนุนของวิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี พะเยา จำนวน 10 คน ทำการคัด เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เกณฑ์การคัดเลือกคือ เป็นอาจารย์ และบุคลากรของ วิทยาลัยที่ปฏิบัติงานมาแล้วไม่ต่ำกว่า 3 ปี
- 4) นักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา ปีการศึกษา 2557 ชั้นปีที่ 1-3 จำนวนชั้นปีละ 10 คน และชั้นปีที่ 4 จำนวน 5 คน รวม 35 คน ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบสัดส่วน ตามจำนวนนักศึกษาแต่ละชั้นปี (Proportional sampling)



รวมผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 83 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง(Semi structure question) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ เกี่ยวกับความคิดเห็นต่ออัตลักษณ์บัณฑิตและสภาพการจัดการศึกษาที่ส่งเสริมอัตลักษณ์บัณฑิตและบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่สอดคล้องกับ วิสัยทัศน์ ปรัชญา และค่านิยมร่วมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน อาจารย์ด้านการศึกษา 1 ท่าน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำโครงสร้างการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา หลังได้รับการรับรองแล้วผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยรับสมัครผู้ให้ข้อมูลทั้ง 4 กลุ่มเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ มีการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย หลักเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับ สิทธิของผู้ให้ข้อมูลในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน การได้รับบริการ และการศึกษาในกรณีของนักศึกษาแต่อย่างใด ผู้ให้ข้อมูลสามารถหยุดการเข้าร่วมการวิจัยได้ทันทีตามความสมัครใจและเซ็นใบยินยอมให้ความร่วมมือ สำหรับข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการบังคับผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล และการนำเสนอผลการวิจัยจะรายงานเป็นภาพรวม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการประชุมกลุ่มย่อย (Focus group discussion) โดยชี้แจงผู้ให้ข้อมูลทั้ง 4 กลุ่มตามเวลานัดหมายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การนำเสนอข้อมูล และประโยชน์ที่ได้รับ

จากการศึกษาครั้งนี้ให้ผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่มเข้าใจ และขออนุญาตบันทึกข้อมูลการสนทนากลุ่มโดยผู้ช่วยวิจัยใช้เวลาในการประชุมกลุ่มย่อยแยกตามประเภทกลุ่มละ 5-8 คน จำนวน 12 ครั้งๆ ละ 45 นาที ระหว่างเดือนตุลาคม 2557 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2558

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และตรวจสอบผลการวิเคราะห์เนื้อหาโดยวิธีวิเคราะห์แบบสามเหลี่ยม (Tri-angulation)⁶ โดยผู้วิจัย 3 คน ผู้ใช้บัณฑิต 3 คนและบัณฑิต 3 คนที่เข้าร่วมโครงการ และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ 1 คน

ผลการวิจัย

1. ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย 1) ผู้ใช้บัณฑิต จำนวน 17 คน และบัณฑิต จำนวน 7 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 46.12 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรีเป็นส่วนมาก มีอาชีพรับราชการทุกคน 2) ผู้รับบริการในชุมชนจำนวน 14 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 52 ปี ส่วนมากมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ทุกคนมีอาชีพเกษตรกร 3) อาจารย์จำนวน 6 คน และบุคลากรสายสนับสนุนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา จำนวน 4 คน ทุกคนเป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 43.90 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรีเป็นส่วนมาก อาชีพรับราชการทุกคน 4) นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา ชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2557 จำนวน 35 คน มีอายุเฉลี่ย 20.28 ปี รวมผู้ให้ข้อมูล 83 คน เป็นเพศหญิง 77 คน เพศชาย 6 คน

2. อาจารย์ บุคลากร นักศึกษา บัณฑิตและผู้ใช้บัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา มีความเข้าใจความหมายของอัตลักษณ์บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์คือ การปฏิบัติที่ไม่ใช่เพียงแค่นำมาแต่เป็นการบริการด้วยความเป็นมิตร ตู้อาติ มีความ



เอื้ออาทร มีน้ำจิตน้ำใจ มีความห่วงใย เข้าใจในปัญหาของผู้ป่วย ให้บริการสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยรวมถึงญาติ ทั้งร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม ประกอบด้วยคุณลักษณะเด่น 5 ประการคือ 1) มีจิตอาสา 2) มีกิริยาสุภาพ อ่อนน้อม 3) มีทักษะปฏิบัติดี 4) มีการคิดวิเคราะห์ 5) ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการดูแล ทั้ง 5 ประการมีส่วนสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน ดังตัวอย่างข้อคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล “การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ คือการปฏิบัติที่ไม่ใช่แค่คิดว่าเป็นเพียงหน้าที่ ให้คิดว่าดูแลคนในครอบครัวของเราเพื่อให้เขาหายจากที่เขาเป็นทุกข์อยู่ ซึ่งไม่ใช่แค่เน้นในการรักษาเพียงอย่างเดียว เน้นทางด้านจิตใจด้วย” (Par 7-1) โดยมีรายละเอียดของคุณลักษณะเด่น ดังนี้

2.1 มีจิตอาสา (Service mind) ได้แก่ มีความเอื้ออาทร เสียสละ มีน้ำใจ เอาใจใส่ผู้ป่วย เอาใจเขามาใส่ใจเรา ให้ความช่วยเหลือ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ดังตัวอย่างข้อคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล “บัณฑิตมีความโดดเด่น คือ มีอัธยาศัยดี มีความอ่อนน้อมถ่อมตน มีจิตอาสา มีจิตบริการที่ออกมาจากใจ” (Par 4-1)

2.2 มีกิริยาสุภาพ อ่อนน้อม (Politeness) หมายถึง พฤติกรรมการแสดงออก สีหน้า ท่าทาง คำพูด การทักทายผู้อื่นด้วยความมีสัมมาคารวะ ถูกกาลเทศะ ยิ้มแย้ม แจ่มใส ดังตัวอย่างข้อคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลต่อพฤติกรรมบัณฑิต “สุภาพ นุ่มนวล เอื้ออาทร มีความเข้าใจในการดูแลคนไข้ ค่อนข้างดูแลได้ดีมาก มีความรู้ในด้านนี้อยู่เยอะพอสมควร” (Par 2-2)

2.3 มีทักษะปฏิบัติดี (Good nursing skill) หมายถึง การใช้ความรู้ทักษะตามมาตรฐานวิชาชีพได้อย่างถูกต้องและคล่องแคล่ว การไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วยในขณะดูแล สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วยได้ทันเวลา ดังตัวอย่างข้อคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล “บัณฑิตของวิทยาลัยจะเด่นการทำหัตถการ จะทำคล่อง

กว่าสถาบันอื่น ทักษะมากกว่า ความรู้ก็พอกัน” (Par 1-1) “บัณฑิตเราเป็นพยาบาลที่ดี สามารถพูดคุยสื่อสารกับผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ที่ผ่านมามีภาพลักษณ์ของวิทยาลัยในส่วนนี้ดีอยู่แล้ว เช่น คุณ ญัฐวดี ศิษย์ที่ช่วยผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นที่จังหวัดเชียงใหม่ที่เป็นข่าวได้รับการยกย่อง” (Par 6-2)

2.4 มีการคิดวิเคราะห์ (Analytical thinking) หมายถึง การคิดและวางแผนแก้ปัญหาได้โดยการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับความต้องการและบริบทชีวิตจริงของผู้รับบริการ โดยประยุกต์ความรู้ทางวิชาการ ดังตัวอย่างข้อคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล “นอกจากจะต้องมีความรู้ที่เป็นเลิศ ทางด้านทฤษฎีและการปฏิบัติแล้วสิ่งสำคัญก็คือ การบริการเข้าถึงปัญหาของผู้ป่วย สามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วย ทั้งด้านองค์รวม ร่างกาย จิตใจ และสังคม ช่วยเหลือผู้ป่วยด้านต่างๆ และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาหรือแม้กระทั่งญาติเองก็ให้มีส่วนร่วมในการดูแล ” (Par 6-1)

2.5 ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการดูแล (Patients' participation) หมายถึง การให้ผู้รับบริการและญาติมีส่วนร่วมในการดูแล และให้ผู้รับบริการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนเอง ดังตัวอย่างข้อคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล “บัณฑิตเป็นคนเคารพในศักดิ์ศรี คุณค่าความเป็นมนุษย์ มองชาวบ้านเป็นคนระดับเดียวกัน เป็นคนในครอบครัวเดียวกัน รับฟังความคิดเห็นปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ” (Par 6-2)

3. สภาพการจัดการศึกษาที่ส่งเสริมอัตลักษณ์บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของวิทยาลัย ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่าวิทยาลัยมีการจัดการศึกษาที่ส่งเสริมอัตลักษณ์บัณฑิตทั้งในด้านการจัดการเรียนการสอน และกิจกรรมพัฒนานักศึกษาดังนี้

3.1 ด้านการจัดการเรียนการสอน



3.1.1 การสอนภาคทฤษฎี มีการสอดแทรกในการจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎี โดยจัดให้นักศึกษาสัมผัสสถานการณ์จริง เรียนรู้จากความทุกข์และความเจ็บป่วยของคน ฝึกการคิดวิเคราะห์ สามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ ฝึกการเผชิญปัญหาและการทำงานเป็นทีม สอนให้เกิดความอดทน เพราะสังคมเปลี่ยนไป ดังตัวอย่างความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล “ฝึกให้นักศึกษาเรียนรู้ความทุกข์ความเจ็บป่วยของคน โดยไม่เลือกสถานที่ทั้งในชุมชนและโรงพยาบาล” (Par 5-2) “วิชาพลวัตกลุ่มและการทำงานเป็นทีมได้จัดโครงการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต มีการเข้ากลุ่มตามลักษณะของอัตลักษณ์เพื่อส่งเสริมทั้งสมรรถนะ Service mind, Analytical thinking, Participation เมื่อใกล้สิ้นภาคการศึกษาจัดให้มีการเข้าค่ายพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษา” (Par 6-1)

3.1.2 การฝึกภาคปฏิบัติ เป็นการนำความรู้ที่ได้รับจากภาคทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริง มีการเตรียมนักศึกษาให้พร้อมก่อนการฝึก และเปิดโอกาสให้นักศึกษาสัมผัสเหตุการณ์จริงโดยมีอาจารย์มาดูแลควบคุมในการฝึกปฏิบัติเพื่อการทำงานที่ถูกต้อง ดังตัวอย่างความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล “การเตรียมความพร้อม นักศึกษาท่อนขึ้น ward เช่น pre-clinic เพื่อเสริมความมั่นใจ กิจกรรมเกี่ยวกับการตัดสินใจ เช่น สถานการณ์ผู้ป่วยเป็นอย่างไร ควรทำอะไรบ้าง และต้องมีความรู้พื้นฐานที่ดีพอถึงจะตัดสินใจได้” (Par 4-1) รวมทั้งมีการสัมมนาแหล่งฝึกโดยให้ข้อมูลของแหล่งฝึกกับนักศึกษาดังตัวอย่างความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล “มีการ feedback -มีการประเมิน โดยนักศึกษา และอาจารย์ที่เลี้ยง รวมไปถึงมีผลการประเมินจากผู้ปกครองด้วย” (Par 3)

3.1.3 มีแนวปฏิบัติสำหรับอาจารย์และบุคลากรนำสู่การปฏิบัติ ดังตัวอย่างความคิดเห็นของ

ผู้ให้ข้อมูล “ตอนนี้เรื่องอัตลักษณ์มีความชัดเจน เราต้องพยายามแทรกเข้าไปในทุกรายวิชาและทุกตัวบุคคลในการปฏิบัติทั้งในส่วนของการเรียนการสอนและในส่วน of สัมพันธ์ภาพที่อยู่ร่วมกันของคนในวิทยาลัยและควรมีการกระตุ้นทุก 6 เดือน” (Par 6-1)

3.1.4 มีการประเมินผลโดยนักศึกษา ดังตัวอย่างความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล “การรับฟังความคิดเห็นของนักศึกษา มีการสะท้อนคิดการเรียนการสอนภาคทฤษฎี ภาคปฏิบัติหรือการทำกิจกรรมของนักศึกษาด้วย อยากรู้สึกซึ่งในสิ่งที่นักศึกษาทำกลับบอก” (Par 6-2)

3.1.5 มีครูเป็นต้นแบบการฝึกปฏิบัติงานดังตัวอย่างเสียงสะท้อนของผู้ให้ข้อมูล “คนที่ใกล้ชิดกับนักศึกษาและเป็นแบบอย่างที่ดีคืออาจารย์ผู้สอน ส่วนเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนก็สามารถเป็นตัวอย่างที่ดีกับนักศึกษาได้ เพิ่มเติมการสอนเสริมหลักสูตรด้านคุณธรรมจริยธรรม และการสอนเรื่องการใช้ชีวิตจริงโดยไม่เน้นทฤษฎีอย่างเดียวสอนการใช้ชีวิต” (Par 6-2)

3.2 ด้านกิจกรรมพัฒนานักศึกษา โดยการปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมให้นักศึกษาผ่านโครงการ/กิจกรรมต่างๆ ในแต่ละชั้นปี เช่น กิจกรรมครอบครัวเสมือน โครงการจิตสำนึกรักบ้านเกิด ธนาคารความดี การออกค่ายจิตอาสาของสโมสรนักศึกษา เป็นต้น ดังตัวอย่างข้อคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล “วิทยาลัยมีการปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรม การมีน้ำใจ เป็นส่วนที่จะนำไปสู่การทำให้คนอื่น ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ มีจิตบริการ มีกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น ทำบุญตักบาตร และโครงการต่างๆ กิจกรรมจิตอาสาต่างๆ เช่น ธนาคารความดี พับกอส ไปวัดหลวงช่วยงานของวัด กวาดลานวัด ได้ส่งเสริมความมีน้ำใจ กิจกรรมออกค่าย รับผิดชอบระบบ senior มีสุนทรียสนทนา มีกิจกรรมส่วนร่วมในชุมชน กิจกรรมการออกค่าย ตรวจสุขภาพ คนแก่ การออกเยี่ยมบ้าน” (Par 1-3)



การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ได้ค้นพบอัตลักษณ์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา ซึ่งบางส่วนสอดคล้องกับอัตลักษณ์บัณฑิตที่สถาบันพระบรมราชชนกได้กำหนด ได้แก่ จิตอาสา การคิดวิเคราะห์ และการให้บริการมีส่วนร่วมและคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้ได้ค้นพบอัตลักษณ์บางอย่างของบัณฑิตที่เป็นคุณลักษณะเด่นเพิ่มเติม คือ มีกิริยาสุภาพ อ่อนน้อม และมีทักษะปฏิบัติดี อัตลักษณ์ดังกล่าวพัฒนาขึ้นในบัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา ดังอภิปรายต่อไปนี้

1. อัตลักษณ์ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา คือ บริการสุภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ที่ให้การดูแลด้วยใจไม่ใช่เพียงการทำหน้าที่เป็นการดูแลผู้รับบริการดูจรรยาดี มีความเอื้ออาทร มีน้ำใจ มีความห่วงใย เข้าใจในปัญหาของผู้ป่วย ให้บริการสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยรวมถึงญาติทั้งร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคมประกอบด้วยคุณลักษณะเด่น 5 ประการที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน ดังนี้ 1) มีจิตอาสา 2) มีกิริยาสุภาพ อ่อนน้อม 3) มีทักษะปฏิบัติดี 4) มีการคิดวิเคราะห์ และ 5) ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการดูแล คุณลักษณะทั้ง 5 ประการ มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน อธิบายได้ดังนี้

1) ด้านจิตอาสา เป็นคุณลักษณะเด่นที่ผู้ให้ข้อมูลคิดเห็นตรงกันมากที่สุด หมายถึง การมีความเอื้ออาทร เสียสละ มีน้ำใจ เอาใจใส่ผู้ป่วย เอาใจเขามาใส่ใจเรา ให้ความช่วยเหลือ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ คุณลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับความหมายที่สถาบันพระบรมราชชนกกำหนด คุณลักษณะนี้ พระไพศาล วิสาโล⁷ ได้กล่าวว่า จิตอาสาอันมีอยู่ในทุกคนอยู่แล้ว เพราะทุกคนล้วนมีความปรารถนาที่จะทำความดี ซึ่งการมีจิตอาสาอันเกิดจากสาเหตุหลักดังนี้ 1) ความรู้สึกสงสาร เนื่องจาก

พบเห็นผู้ที่มีความเดือดร้อนมากกว่าตนเองและอยากที่จะหาทางช่วยเหลือผู้อื่นในรูปแบบต่างๆ 2) เกิดจากประสบการณ์ที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่นด้วยตนเองและได้รับความสุขจึงอยากช่วยเหลือผู้อื่นอีก 3) เป็นความรู้สึกดีต่อเมื่อเมื่อบุคคลได้รับความช่วยเหลือและรู้สึกประทับใจ จึงอยากทำสิ่งดีๆ เพื่อผู้อื่นบ้าง การพัฒนาจิตอาสาให้เกิดขึ้นในตัวบุคคลอาศัยการปลูกฝังให้ตระหนักถึงความสำคัญของจิตอาสาตั้งแต่ ครอบครัว สถานศึกษา มีการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในการเข้าร่วมกิจกรรม และเข้าร่วมกิจกรรมที่ก่อให้เกิดจิตอาสาอย่างต่อเนื่อง⁸ การพัฒนาจิตอาสาจะเป็นพื้นฐานของการเป็นพยาบาลที่ดีต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ คักดีมิงคูล เชื้อทอง และคณะ⁹ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาจิตสาธารณะต่อความมีจิตสาธารณะและความสุขของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรีซึ่งพบว่านักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยของความมีจิตสาธารณะและคะแนนเฉลี่ยของความสูงสูงขึ้นภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม

2) มีกิริยาสุภาพ อ่อนน้อม หมายถึง พฤติกรรมการแสดงออก สีหน้า ท่าทาง คำพูด การทักทายผู้อื่นด้วยความมีสัมมาคารวะ ถูกกาลเทศะ ยิ้มแย้ม แจ่มใส เป็นคุณลักษณะเด่นที่พบในบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา เพิ่มขึ้นจากอัตลักษณ์ที่สถาบันพระบรมราชชนก กำหนด ทั้งนี้การมีกิริยาสุภาพ อ่อนน้อม เป็นพฤติกรรมบริการที่สังคมคาดหวังต่อวิชาชีพการพยาบาล พยาบาลต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ มีการติดต่อสื่อสาร มีความเอื้ออาทร ภาพลักษณ์ของพยาบาลบนฐานคิดมนุษยนิยมหรือฐานคิดของความเอื้ออาทรเน้นคุณลักษณะ อ่อนโยน เห็นใจ รับผิดชอบ และเอาใจใส่¹⁰ ดังที่พระเทพกวี วัดป่าตาราภิรมย์ เชียงใหม่ ได้กล่าวว่า¹¹ “ผู้ที่มีโอกาสทองที่จะช่วยชีวิตคนคือ แพทย์และพยาบาล การช่วยชีวิตคนไว้ไม่ได้หมาย



เพียงว่าให้ยาเท่านั้น ยาขนานเอกที่ให้แก่คนไข้คือ กำลังใจและแสดงอภัยด้วยกิริยามารยาทที่เรียบร้อย วาจาที่สุภาพ อ่อนโยน อันจะเป็นยาขลุ่ยใจให้ชุ่มชื่น เบิกบาน ยิ่งกว่ายาหอมเป็นไหนๆ คุณสมบัติคือเมตตาธรรมนี่ก็คือหัวใจของพยาบาลนั่นเอง” สอดคล้องกับการศึกษาของ วรญาณกร โนใจ และอัมพร ยานะ¹² ที่ศึกษาการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ตามการรับรู้ของผู้สำเร็จการศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา ปีการศึกษา 2553 พบว่า ผู้สำเร็จการศึกษามีระดับการรับรู้พฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.17, SD = .36$) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์เป็นรายชื่อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือให้การดูแลด้วยความอ่อนโยน ด้วยจิตที่โอบอ้อมอารี มีความเอื้ออาทร มีการสัมผัสที่นุ่มนวลเปรียบเหมือนการดูแลญาติพี่น้อง ($\bar{X} = 4.36, SD = .59$) และการยิ้ม การให้เวลา การแสดงความห่วงใย การใช้ภาษาที่เป็นกันเอง การตั้งใจฟัง การรู้จักใช้คำพูด คำถามที่เหมาะสม การไวต่อความรู้สึก ($\bar{X} = 4.36, SD = .58$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมศรี สัจจะสกุลรัตน์⁵ ที่ศึกษาติดตามคุณภาพของบัณฑิตพยาบาลตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ที่สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2555 พบว่าพฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ด้านจิตบริการตามความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.30, SD = 0.49$)

3) มีทักษะปฏิบัติดี หมายถึง การใช้ความรู้ทักษะตามมาตรฐานวิชาชีพ ได้อย่างถูกต้องและคล่องแคล่ว การไวต่อความรู้สึกของผู้ป่วยในขณะที่ดูแลสามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาก็ให้ผู้ป่วยได้ทันเวลา เป็นคุณลักษณะเด่นอีกประการหนึ่งที่พบในบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา เพิ่มขึ้นจากของสถาบันพระบรมราชชนก สอดคล้องกับการศึกษาของ สายสวาท

เผ่าพงษ์และคณะ¹³ ที่ศึกษาอัตลักษณ์บัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา พบว่า อัตลักษณ์บัณฑิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.47, SD = .63$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมากที่สุดโดยเฉพาะในการให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ อย่างถูกต้องเหมาะสม ($\bar{X} = 4.51, SD = .59$) ซึ่งผู้วิจัยได้เสนอแนะให้พัฒนาเป็นจุดเด่นของบัณฑิตต่อไป และการศึกษาของ จรรยา แก้วใจบุญ และ นิภา ไชยรินคำ¹⁴ ที่ศึกษาอัตลักษณ์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา ซึ่งพบว่าผู้เกี่ยวข้องภายนอกวิทยาลัยได้แก่ ผู้ใช้บัณฑิต อาจารย์ที่เลี้ยง และบุคลากรสาธารณสุข มีความเห็นว่าอัตลักษณ์บัณฑิตที่มีความโดดเด่นในระดับดีขึ้นไปคือ ด้านทักษะทางการพยาบาลและด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ เซอนิคาร์โร¹⁵ ที่ศึกษารายละเอียดของการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในประเทศบราซิล ที่พบว่าการปฏิบัติที่ดีของพยาบาลเป็นคุณลักษณะที่สำคัญของการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (88.6%) รองลงมาคือ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ (85.7%)

4) มีการคิดวิเคราะห์ หมายถึง การคิดและวางแผนแก้ปัญหาได้โดยการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบตรงกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริงและบริบทของผู้รับบริการ โดยประยุกต์ความรู้ทางวิชาการคุณลักษณะเหล่านี้ตรงกับความหมายที่สถาบันพระบรมราชชนกกำหนด ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ สมศรี สัจจะสกุลรัตน์⁵ ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ด้านการคิดวิเคราะห์ตามความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.14, SD = 0.52$) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญพร ชื่นกลิ่น และวัชรา เล่าเรื่องดี¹⁶ ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลมีความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณอยู่ใน



ระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบริบทของสถานศึกษาแต่ละแห่งนั้นมีความแตกต่างกัน และรูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยเฉพาะการศึกษาภาคทฤษฎีของนักศึกษาพยาบาลหลายสถาบันยังมุ่งเน้นให้นักศึกษาพยาบาลได้สาระการเรียนรู้ครบตามที่หลักสูตรกำหนดมากกว่าการคำนึงถึงการพัฒนาทักษะการคิดขั้นสูงโดยยังคงใช้รูปแบบการสอนแบบเดิมโดยเฉพาะการสอนแบบบรรยาย การอภิปรายหรือการสาธิตทำให้การฝึกใช้กระบวนการคิดและการแสดงความคิดเห็นน้อย¹⁷

5) ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการดูแล หมายถึง การให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแล และการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนเอง เป็นคุณลักษณะที่สอดคล้องกับสถาบันพระบรมราชชนกกำหนด ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ สมศรี สัจจะสกุลรัตน์¹⁵ ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ด้านการคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.19$, $SD.=0.53$) ทั้งนี้การให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมถือเป็นการปฏิบัติตามหลักสิทธิผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมปรึกษาหารือ การแสดงความคิดเห็นและการตัดสินใจโดยคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล

2. สภาพการจัดการศึกษาที่ส่งเสริมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ พบว่า สามารถส่งเสริมได้โดยการปลูกฝังตั้งแต่รับเข้าเป็นนักศึกษาจนกระทั่งสำเร็จการศึกษาด้วยการพัฒนาอย่างเป็นระบบและมีความต่อเนื่องเชื่อมโยงกันตามสมรรถนะที่กำหนดไว้ในแต่ละชั้นปี ตั้งแต่ชั้นปีที่ 1-4 และมีการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับบมโนทัศน์บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อย่างเป็นรูปธรรม มีการสอดแทรกไว้ใน การจัดการเรียนการสอนรายวิชาทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ ตลอดจนจัดการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากสภาพการณ์จริง และมี

การประเมินผลแบบสะท้อนคิดเป็นระยะเพื่อการพัฒนาและสร้างเสริมสมรรถนะที่เป็นคุณลักษณะสำคัญของบัณฑิต

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา ได้ดำเนินการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต “บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” มาเป็นเวลากว่า 5 ปีโดยได้กำหนดระบบและกลไกในการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตด้วยการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในคู่มือการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต⁴ ตามเกณฑ์การประกันคุณภาพการศึกษาและมีการประกาศใช้ตั้งแต่ปีการศึกษา 2553 ด้วยการมีส่วนร่วมของคณาจารย์ เจ้าหน้าที่และนักศึกษาในการกำหนดแนวทางการปฏิบัติและนำไปใช้ตั้งแต่ระดับกลุ่มและระดับงานจนถึงระดับบุคคล ในส่วนของการจัดการศึกษาวิทยาลัยได้นำหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ฉบับปรับปรุง 2555¹⁸ ซึ่งเป็นหลักสูตรบูรณาการและมีจุดเน้นที่การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ โดยกำหนดไว้ในคำอธิบายรายวิชาในกลุ่มวิชาชีพจำนวน 79 หน่วยกิต จากทั้งหมดตลอดหลักสูตร 144 หน่วยกิต และมีการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่ส่งเสริมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในวิชาเลือกเสรีสำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 1 เช่น วิชาพลวัตกลุ่มและการทำงานเป็นทีม และในวิชาชีพการพยาบาลทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติทุกรายวิชาสำหรับชั้นปีที่ 2-4 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัตินักศึกษาจะมีโอกาสศึกษาจากสภาพการณ์จริง ทำให้เข้าใจปัญหาและความทุกข์ของผู้ป่วย สามารถให้การช่วยเหลือได้ตามหลักวิชาเริ่มตั้งแต่วิชาหลักและเทคนิคการพยาบาล วิชา มโนคติและกระบวนการพยาบาล ในชั้นปีที่ 2 และวิชาการพยาบาลเฉพาะสาขาในชั้นปีที่ 2-4 เช่น การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ การพยาบาลสูติศาสตร์ การพยาบาลจิตเวช และการพยาบาลครอบครัวและชุมชน เป็นต้น ผลการจัดการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการ



ศึกษาของปานทิพย์ ปุรณานนท์¹⁹ ที่ศึกษาสภาพการ จัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมี ความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็น มนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ ของวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี สระบุรี ที่พบว่า สภาพการจัดการเรียนการ สอนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการ บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษา นอกจากนี้วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา ยังมี การจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรได้แก่ โครงการจิตสำนึก รักบ้านเกิดในช่วงที่นักศึกษาปิดภาคการศึกษาในชั้น ปีที่ 2 กิจกรรมร่วมกับจังหวัด กิจกรรมบริจาคโลหิต ธาราธารความดี ในชั้นปีที่ 2-3 และการจัดการสอนเสริม การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ใน ชุมชนสำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 4 รวมทั้งมีการพัฒนาระบบ การให้คำปรึกษาโดยใช้กิจกรรมครอบครัวเสมือนตั้งแต่ ปีการศึกษา 2553 เพื่อเป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดความ สัมพันธ์ช่วยเหลือเกื้อกูลกันระหว่าง อาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 ที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน รวม ทั้งหมด 45 ครอบครัว และมีการจัดเวลาสำหรับให้แต่ละ ครอบครัวมีโอกาสพบปะ พูดคุย ทำกิจกรรมร่วมกัน เดือนละ 1 ครั้งในช่วง Home room ภาคบ่ายของทุกวัน พุธแรกของเดือน ผลการดำเนินการให้คำปรึกษาโดยใช้ กิจกรรมครอบครัวเสมือน²⁰ ทำให้ อาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษามีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปรึกษาหารือ และ ช่วยเหลือกันภายในครอบครัว และระหว่างครอบครัว จึง ทำให้บัณฑิตมีทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการด้วยหัวใจ ความเป็นมนุษย์และมีพฤติกรรมบริการที่แสดงถึงการ บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ดังกล่าว ในส่วนของ สโมสรนักศึกษาได้มีการกำหนด ค่านิยมในการอยู่รวม กันและการพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์คือ “สุขภาพ สามัคคี มีน้ำใจ” โดยมีการทบทวนทุกปีการศึกษาจนถึง ปัจจุบัน พบว่านักศึกษายังให้ความสำคัญและเห็น

ประโยชน์ของการกำหนดค่านิยมดังกล่าว และงาน กิจกรรมนักศึกษาได้จัดทำโครงการจิตอาสาในการพัฒนา นักศึกษาทั้ง 4 ชั้นปีในกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์เพื่อฝึก ให้นักศึกษารู้จักการเป็นผู้ให้และรู้จักช่วยเหลือเกื้อกูลผู้ ที่ต้องการความช่วยเหลือทุกปีการศึกษา รวมทั้งมีการบูร ณาการเข้ากับโครงการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมของ วิทยาลัย จึงทำให้บัณฑิตมีคุณลักษณะที่สำคัญคือ มีจิต อาสา มีกิริยาสุภาพ อ่อนน้อม ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อายุพร กัยวิทย์โกศล และ คณะ²¹ ที่ศึกษาบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรม บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อยู่ในระดับดี มาก โดยมีการนำแนวคิดการให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจ ความเป็นมนุษย์มาใช้ในการให้บริการพยาบาล มีการคิด เชิงวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย โดยเชื่อมโยงความรู้สู่การแก้ปัญหาและความต้องการ ที่แท้จริงของผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรม การพยาบาลโดยคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคลและ สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากวิทยาลัยพยาบาล ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกทุกแห่งใช้หลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิตฉบับเดียวกันที่เป็นหลักสูตรบูร ณาการและเน้นการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และมีอัตลักษณ์บัณฑิตคือ บริการสุขภาพด้วยหัวใจ ความเป็นมนุษย์ทำให้มีการจัดการเรียนการสอนที่ คล้ายคลึงกัน มีแนวทางปฏิบัติในการพัฒนาอัตลักษณ์ บัณฑิตโดยใช้คู่มือพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของสถาบัน พระบรมราชชนก จึงทำให้บัณฑิตมีพฤติกรรมบริการที่ แสดงถึงบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ดังกล่าว

ข้อเสนอแนะในการนำการวิจัยไปใช้

1. ด้านการศึกษาพยาบาล วิทยาลัยควรส่งเสริมให้ชุมชนและอาจารย์ที่เลี้ยงแหล่งฝึกภาคปฏิบัติ



ของนักศึกษามีส่วนร่วมในการออกแบบการจัดการศึกษา เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาและบัณฑิตมีความสามารถในการให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อย่างต่อเนื่อง

2. ด้านการปฏิบัติพยาบาล ควรมีการเตรียมอาจารย์และอาจารย์พี่เลี้ยงแหล่งฝึกให้มีความรู้ความสามารถในการสอนนักศึกษาภาคปฏิบัติเพื่อให้สามารถดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ได้อย่างมีคุณภาพ

3. ด้านการวิจัย วิทยาลัยควรมีการศึกษาหา รูปแบบการจัดการศึกษาที่ส่งเสริมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลเพื่อเป็นต้นแบบในการจัดการศึกษาของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

เอกสารอ้างอิง

1. ชาญณรงค์ พรุ่งโรจน์. อัตลักษณ์ เอกลักษณ์. ใน การประชุมวิชาการประกันคุณภาพการศึกษา ด้านอัตลักษณ์และเอกลักษณ์ของสถาบันการศึกษาพยาบาลของเหล่าทัพและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ณ ห้องประชุมกองการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก; วันที่ 1 กรกฎาคม; 2557.
2. สถาบันพระบรมราชชนก. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศาสนาพระบรมราชชนกระยะกลาง 5 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2554-2558. นนทบุรี: สถาบันพระบรมราชชนก; 2554.
3. กลุ่มพัฒนาบุคลากร สถาบันพระบรมราชชนก. คู่มือการดำเนินการเพื่อให้เกิดอัตลักษณ์บัณฑิต สถาบันพระบรมราชชนก. นนทบุรี: ยุทธินทร์ การพิมพ์; 2556.
4. คณะกรรมการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต. คู่มือการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา. พะเยา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา; 2553.
5. สมศรี ลัจจะสกุลรัตน์. การศึกษาติดตามคุณภาพของบัณฑิตพยาบาล ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ที่สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2555 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา. รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติ. ลำปางวิจัยครั้งที่ 1: บูรณาการองค์ความรู้สู่การพัฒนาการศึกษาและท้องถิ่นอย่างยั่งยืน. วันที่ 13-14 พฤศจิกายน 2557. ณ อาคารไอพาร์โรจน์หิรัญ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง.
6. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: conduct, critique, & utilization. 5th ed. St. Louis: Elsevier Saunders; 2005.
7. พระไพศาล วิศาโล. สุขภาพองค์รวม. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกลดิมทอง; 2538.
8. ชิตชนก วงศ์พิทักษ์. ปัจจัยจิตสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมจิตอาสาของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. สารนิพนธ์. การศึกษามหาบัณฑิต (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2556.
9. ศักดิ์มงคล เชื้อทอง จีราภรณ์ ชื่นฉ่ำ นัยนา ภูลม และพัชนียา เชียงดา. ผลของโปรแกรมการพัฒนาจิตสาธารณะต่อความมีจิตสาธารณะและความสุขของนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2555; 5(2); 30-37.
10. สมจิต หนูเจริญกุล. การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์. เอกสารประกอบการประชุมการบูรณาการสอนด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ครั้งที่ 2. วันที่ 12-13 กันยายน 2554; วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี, ราชบุรี; 2554.
11. พระเทพกวี คำขวัญพยาบาล ใน รัตนา ทองสวัสดิ์.



- พลอเรนซ์ ไนติงเกิล: ปฏิภาณและความเฉลียวฉลาด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ช้างเผือกคอมพิวเตอร์กราฟิค; 2532.
12. วรัญญากร โนใจ และอัมพร ยานะ. ศึกษาการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ตามการรับรู้ของผู้สำเร็จการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา ปีการศึกษา 2553. รายงานวิจัย. พะเยา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา; 2554.
13. สายสวาท เผ่าพงษ์ จุฑาทิพย์ ศิริรัตตล สิริเพ็ญโสภากันทรสถาพร และภิรมย์ลักษณ์ มีสัตยานันท์. อัตลักษณ์บัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา. รายงานวิจัย. นครราชสีมา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา; 2551.
14. จรรยา แก้วใจบุญ และ นิภา ไชยรินคำ. อัตลักษณ์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา. รายงานวิจัย. พะเยา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา; 2551.
15. Chernicharo IDM, Silva FDD, Ferreira MDA, Description of the term humanization in care by nursing professionals. Esc Anna Nery 2014; 18(1): 156–162.
16. ธัญพร ชื่นกลิ่น และวัชรภา เล่าเรื่องดี. การพัฒนาแบบการโค้ช เพื่อพัฒนาสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ของอาจารย์พยาบาลที่ส่งเสริมทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย 2555; 4(1); 112–130.
17. พิริยลักษณ์ ศิริศุภลักษณ์. การสอนนักศึกษาพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา 2556; 19(2); 5–19.
18. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา. มคอ. 2 รายละเอียดของหลักสูตร หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ 2555. พะเยา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา; 2555.
19. ปานทิพย์ ปุราณนท์. สภาพการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2557; 24(1); 30–44.
20. งานกิจการนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา. รายงานผลการดำเนินงานระบบให้คำปรึกษานักศึกษา ปีการศึกษา 2557. พะเยา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา; 2557.
21. อายุพร กัยวิทย์โกศล ชลลดา ดิยะวิสุทธิศรี อัญชลี แก้วสระศรี ตักดา เปรมไทยสงค์ อัญติมา กิจศรี นภดล. บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2557; 8(3): 158–168.



รูปแบบการเสริมสร้างอัตลักษณ์นักศึกษาภายใต้รั้วครอบครัวเดียวกัน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

จิราพร วัฒนศรีสิน *

จามจุรี แซ่หลู่ *

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ สร้างและ ประเมินรูปแบบการเสริมสร้างอัตลักษณ์นักศึกษาพยาบาลภายใต้รั้วครอบครัวเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ใน การศึกษาคั้งนี้คือ อาจารย์ (43 คน) เจ้าหน้าที่สายสนับสนุน (49 คน) และนักศึกษา (455 คน) วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี นครศรีธรรมราช จำนวน 547 คน และผู้ใช้บัณฑิต จำนวน 79 คน ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน 2553-เดือนกันยายน 2557 โดยแบ่งการดำเนินออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ ระยะปฏิบัติ และระยะ ประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม แบบบันทึก และเครื่องบันทึก เสียง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ เพื่อหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยนำเสนอใน 3 ประเด็นหลัก คือ 1) รูปแบบการเสริมสร้างอัตลักษณ์นักศึกษาพยาบาลภายใต้ รั้วครอบครัวเดียวกัน ประกอบด้วยขั้นตอนในการเสริมสร้างอัตลักษณ์ 4 ขั้น แต่ละขั้นจะดำเนินการไปตามชั้นปี ของนักศึกษา ตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 ถึง 4 ดังนี้ ขั้นที่ 1 เข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น ขั้นที่ 2 ร่วมช่วยเหลือสังคม ขั้นที่ 3 ให้ บริการสุขภาพแก่สังคมภายนอก และขั้นที่ 4 มีจิตบริการ รับผิดชอบต่อสังคม พร้อมก้าวสู่วิชาชีพ ซึ่งกิจกรรมที่นำมา ใช้ในการเสริมสร้างมีทั้งกิจกรรมในหลักสูตร เสริมหลักสูตร และตามอัธยาศัย 2) ผลของการเสริมสร้างอัต ลักษณ์ นักศึกษาสะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบดังกล่าวส่งเสริมให้เกิดความสามัคคีและร่วมแรงร่วมใจ ได้แบ่งปันสิ่ง ดีๆ สู่สังคม เปิดใจรับฟังความคิดเห็น และได้ฝึกกระบวนการคิด ส่วนผู้ปกครองของนักศึกษาได้สะท้อนให้เห็น ว่ารูปแบบดังกล่าวช่วยให้นักศึกษามีน้ำใจช่วยเหลือผู้อื่น พุดคุยกับผู้อื่นมากขึ้น และแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองมาก ขึ้น สำหรับผลการประเมินอัตลักษณ์จากผู้บัณฑิต พบว่าอัตลักษณ์ของผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาล บัณฑิต ปีการศึกษา 2556 โดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.55$, S.D. = 0.12) และเมื่อพิจารณาราย ด้านแล้ว พบว่าด้านจิตบริการอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.62$, S.D. = 0.17) การมีส่วนร่วมและสิทธิผู้ป่วยอยู่ใน ระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.56$, S.D. = 0.20) ส่วนด้านการคิดวิเคราะห์ อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.41$, S.D. = 0.20) 3) ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการดำเนินการ พบว่ามี 3 ประเด็นหลักๆ คือ ความอบอุ่นในครอบครัว แรง จูงใจในการทำกิจกรรม และการบริหารเวลาในการจัดกิจกรรม

คำสำคัญ: อัตลักษณ์นักศึกษา; รูปแบบการเสริมสร้าง; ครอบครัวเดียวกัน



Student Identity Reinforcement Model Follows to the Family of Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat

Jiraporn Wattanasrisin*

Jamjuree Saeloo*

Abstract

This three-phase participatory action research was conducted to develop and evaluate a model of student identity fostering within the simulated family of Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat. The study involved collaboration among the 43 instructors, 49 supportive personnel, 455 student nurses, and 79 consumers. The project carried out the model development from June 2010 to September 2014. The data were obtained via a focus group and a questionnaire and analyzed by content analysis and descriptive statistics.

The results highlighted three main points that consisted of 1) a model of student identity fostering within the simulated family of Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat, 2) student identity, and 3) facilitating and obstacle factors. The student identity fostering model composed of 4 steps, understanding oneself and others, participating in society helping activities, providing health services to society, and inculcating service-minded and being prepared for the profession. The activities, carried out in 4 steps, included intra-curricular activities, co-curricular activities, and informal education activities. The student identity resulted from students' reflection were developing harmony, dividing good things to society, being open-minded, and increasing thinking process practice. The student identities expressed by students' parents were service mindedness, participation, and solving problems by themselves. The consumers expressed their perception on student identity that the service mind level and participation level were very good ($\bar{X} = 4.62$, S.D. = 0.17; $\bar{X} = 4.56$, S.D. = 0.20) and analytical thinking level was good ($\bar{X} = 4.41$, S.D. = 0.20) 3). Facilitating factors were family warmth and motivation, while obstacle factor was time management.

Key word : Student Identity; Reinforcement Model; Simulated Family



ความเป็นมาและความสำคัญ

รูปแบบและเนื้อหาของการศึกษาของประเทศไทยในปัจจุบันจะเน้นหนักไปในทางการพัฒนาทางการศึกษา เพื่อให้ผู้เรียนเป็นคนเก่ง มีความชำนาญทางวิชาการและวิชาชีพ แต่ยังขาดการเสริมองค์ความรู้ที่เป็นคุณค่าที่สำคัญที่จะทำให้ชีวิตมีความสมบูรณ์ คือการเรียนรู้คุณค่าของชีวิตและจิตใจ การศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่ผ่านมาจะเน้นในเรื่องของการให้ผู้เรียนเป็นผู้ที่มีความชำนาญเชิงวิชาชีพพยาบาลเพื่อจะได้นำความรู้ไปให้การดูแลสุขภาพของประชาชน แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ได้จากการสำรวจของสวนดุสิตโพล มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต เกี่ยวกับความคาดหวังของสังคมต่อ “พยาบาลวิชาชีพ” โดยสอบถามความคิดเห็นจากประชาชนทั่วไปในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล จำนวน 1,169 คน พบว่าพยาบาลที่ประชาชนต้องการอันดับแรกต้องมีจิตใจดี สุภาพ ยิ้มแย้ม เป็นกันเองกับทุกคน ให้บริการที่ประทับใจ ส่วนความรู้ความชำนาญในวิชาชีพ ประชาชนจะให้ความสำคัญอยู่อันดับที่ 4² แต่ความเป็นจริงที่ปรากฏในปัจจุบันบางครั้งอาจจะสวนทางกับสิ่งที่ประชาชนต้องการ มีหลายๆ เหตุการณ์ที่ปรากฏออกสู่สาธารณชนว่าพยาบาลพูดจาไม่ดี ไม่ไพเราะกับผู้รับบริการ ไม่มีจิตใจที่จะดูแล ไม่มีความเอื้ออาทร และมีอารมณ์โกรธเมื่อผู้รับบริการถาม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช ได้ตระหนักถึงปัญหาในการจัดการเรียนการสอนและคุณภาพของผลผลิตที่ผ่านมา จึงพยายามที่จะจัดการเรียนการสอนเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว โดยได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ (พ.ศ. 2554-2558) เน้นการสร้างและพัฒนาผู้เรียนให้มีอัตลักษณ์ คือมีคุณลักษณะที่โดดเด่นเฉพาะตัวในด้านการให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งประกอบด้วยคุณลักษณะที่สำคัญ 3 ประการ คือ การมีจิตบริการ (Service Mind) การคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking) และการให้บริการโดยให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วม (Participation) ถ้าหากนักศึกษามี

คุณลักษณะดังกล่าวเมื่อออกไปทำงานก็จะสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง

จากที่กล่าวมาผู้วิจัยจึงต้องการสร้างรูปแบบการเสริมสร้างอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาลภายใต้รั้วครอบครัวเดียวกันซึ่งเป็นเสมือนตัวขับเคลื่อนให้กิจกรรมต่างๆ ดำเนินไปได้อย่างมีพลัง และกำหนดรูปแบบในการจัดกิจกรรมต่างๆ โดยใช้แนวคิดจิตตปัญญา (Contemplative Education) ซึ่งเป็นแนวคิดที่เน้นกระบวนการพินิจพิเคราะห์ใคร่ครวญด้วยใจ ซึ่งจะช่วยพัฒนาผู้เรียนให้เกิดความสมดุลทั้งในด้านความรู้และจิตใจ ให้เป็นผู้ที่มีคุณธรรม รู้จักตนเอง เข้าใจผู้อื่น สามารถจะอยู่ร่วมกัน และมีชีวิตที่ก่อประโยชน์ให้กับสังคมได้อย่างมีความสุข แนวคิดนี้ได้ถูกนำไปเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้แบบเป็นองค์รวมทั้งร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ในระดับอุดมศึกษาหลายแห่งในประเทศไทย เช่น มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยมหิดล1 นอกจากนี้มีงานวิจัยที่สนับสนุนผลจากการใช้แนวคิดนี้ในการช่วยพัฒนาภายในและพฤติกรรมของนักศึกษา เช่น จิรัฐกาล พงศ์ภคเธียร³ ได้ศึกษาการสอนจิตตปัญญาศึกษา โดยบูรณาการในรายวิชา พบว่าผู้เรียนได้สะท้อนให้เห็นความเปลี่ยนแปลงของตนเองเกี่ยวกับการนึกถึงครอบครัว การนึกถึงสังคมและสิ่งแวดล้อม การมีความรักความเมตตา และพบว่ากระบวนการสุนทรียสนทนาในชั้นเรียนอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้เรียนตัดสินผู้อื่นน้อยลง ฟังอย่างลึกซึ้งมากขึ้น เอาใจเขามาใส่ใจเรา ใจเย็นอดทนและเคารพในความหลากหลายมากขึ้น ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่ารูปแบบที่ได้สร้างขึ้นมาจะเป็นประโยชน์ในการช่วยพัฒนานักศึกษาให้เป็นพยาบาลที่มีคุณภาพบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์และมีความรู้ความเชี่ยวชาญอย่างมืออาชีพ นอกจากนี้ยังเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงานการศึกษาอื่นๆ นำไปเป็นแนวทางในการพัฒนานักศึกษาต่อไป



คำถามการวิจัย

1. รูปแบบการเสริมสร้างอัตลักษณ์นักศึกษาพยาบาลภายใต้รั้วครอบครัวเดียวกันควรเป็นอย่างไร
2. ผลของการใช้รูปแบบการเสริมสร้างอัตลักษณ์นักศึกษาพยาบาลภายใต้รั้วครอบครัวเดียวกันเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสร้างรูปแบบการเสริมสร้างอัตลักษณ์นักศึกษาพยาบาลภายใต้รั้วครอบครัวเดียวกัน
2. เพื่อประเมินผลของการใช้รูปแบบการเสริมสร้างอัตลักษณ์นักศึกษาพยาบาลภายใต้รั้วครอบครัวเดียวกัน

นิยามศัพท์เฉพาะ

รูปแบบการเสริมสร้างอัตลักษณ์ภายใต้รั้วครอบครัวเดียวกัน หมายถึง กระบวนการดำเนินการเพื่อผลักดันให้นักศึกษาเกิดจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ โดยใช้แนวคิดของจิตตปัญญาเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรม และใช้ระบบครอบครัวเดียวกันเป็นตัวผลักดันให้กิจกรรมสามารถดำเนินไปได้ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ ซึ่งจิตบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการคือ การมีจิตบริการ การมีความคิดเชิงวิเคราะห์ และการบริการ โดยให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วม

ผลของการใช้รูปแบบการเสริมสร้างอัตลักษณ์ภายใต้รั้วครอบครัวเดียวกัน หมายถึง จิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งประกอบด้วย การมีจิตบริการ การมีความคิดเชิงวิเคราะห์ และการบริการ โดยให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมที่เกิดจากการได้เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการเสริมสร้างอัตลักษณ์ภายใต้รั้วครอบครัวเดียวกันครบทุกกิจกรรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้เป็นแนวทางในการสร้างรูปแบบการเสริมสร้างอัตลักษณ์นักศึกษาพยาบาลภายใต้รั้วครอบครัวเดียวกันมีอยู่ด้วยกัน 2 แนวคิดใหญ่ๆ คือ แนวคิดของครอบครัวเดียวกัน และแนวคิดของจิตตปัญญา

ครอบครัวเป็นสถาบันที่สำคัญของสังคม เพราะทำหน้าที่ในการหล่อหลอมและขัดเกลาความเป็นมนุษย์ให้กับบุคคล ทั้งการอบรมเลี้ยงดู ให้ความรัก ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ปกป้องคุณธรรม จริยธรรม ค่านิยม และถ่ายทอดวัฒนธรรมทางสังคมให้แก่สมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เป็นคนดีมีคุณภาพและเป็นสมาชิกที่ดีของสังคมนวมทั้งการสร้างบรรทัดฐานทางสังคมให้แก่ สมาชิกรุ่นใหม่ ครอบครัวจึงเปรียบเสมือนจักรกลชิ้นแรกที่ทำหน้าที่หล่อหลอมบุคลิกภาพของบุคคลให้เป็นไปตามที่สังคมต้องการ นำไปสู่การดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ขณะเดียวกัน ยังเป็นแหล่งให้ความช่วยเหลือดูแล เยียวยา บำบัด ฟื้นฟู ในยามที่ต้องเผชิญกับปัญหาวิกฤตที่มากกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว การอยู่เป็นครอบครัวจะส่งผลให้เกิดความรัก ความผูกพัน และจะช่วยให้เกิดพลังที่เป็นกลุ่มก้อนที่สามารถจะผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสิ่งที่ต้องการได้^{4,5} จากแนวคิดดังกล่าวทางวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช จึงได้มีความคิดในการสร้างครอบครัวเดียวกันให้เกิดขึ้นในวิทยาลัยเนื่องจากนักศึกษาทุกคนที่เข้ามาเรียนในวิทยาลัยพักที่หอพัก ภายใต้การดูแลของอาจารย์และเจ้าหน้าที่ นักศึกษาบางส่วนเป็นนักศึกษาที่มาจากภาคอีสาน และภาคกลางทำให้ผู้ปกครองไม่สามารถเข้ามาดูแลอย่างใกล้ชิดได้ การสร้างครอบครัวเดียวกันจะช่วยให้นักศึกษาเกิดความรู้สึกอบอุ่นเสมือนกับได้อยู่กับครอบครัวของตนเองจริงๆ ในการสร้างครอบครัวได้แบ่งครอบครัวออกเป็น 20 ครอบครัว แต่ละครอบครัวมีสมาชิกซึ่งประกอบด้วยอาจารย์ มีบทบาทเป็นพ่อ/แม่เจ้าหน้าที่สายสนับสนุน



มีบทบาทเป็น พี่/ป้า/น้า/อา และนักศึกษา ซึ่งภายใน 1 ครอบครัวยังประกอบด้วยนักศึกษาทุกชั้นปี ตั้งแต่ปีที่ 1-4 มีบทบาทเป็นลูกในบ้าน นอกจากนี้ภายในบ้านยังมีสมาชิกที่เป็นวุฒิสมาชิกในชุมชน มีบทบาทเป็นปู่/ย่า/ตา/ยาย ซึ่งการรวมตัวกันของความเป็นครอบครัวจะช่วยให้เป็นแรงผลักดันให้เกิดการพัฒนาอัตลักษณ์ของนักศึกษาได้ จิตตปัญญา เป็นแนวคิดที่ช่วยกำหนดแนวทางในการวางแผนกำหนดกิจกรรมต่างๆ ที่จะนำมาใช้พัฒนาอัตลักษณ์ของนักศึกษา เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษามีคุณธรรม มีปัญญา รู้จักตนเอง เข้าใจผู้อื่น มีชีวิตที่ก่อประโยชน์แก่อกุล ประกอบด้วย

- การรับรู้อย่างลึกซึ้ง (deep sensing) หมายถึง การรับสิ่งเร้าที่ผ่านทางประสาทสัมผัสทั้งห้าเข้าด้วยความตั้งใจ เอาใจใส่

- การน้อมสัจใจอย่างใคร่ครวญ (contemplation) หมายถึง การนำข้อมูลที่ได้รับจากสิ่งกระตุ้นมาคิดโดยแยกคาย ร่วมกับความคิด มุมมอง ความรู้สึก อารมณ์ ความรู้และประสบการณ์เดิมของผู้เรียน และสามารถตีความได้อย่างมีความหมาย

- การเฝ้ามองเห็นตามที่เป็นจริง (meditation) หมายถึง การทำจิตให้สงบ มีสติและสมาธิ เกิดการหยั่งรู้ด้วยตนเอง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) รวมทั้งวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เข้าด้วยกัน โดยมีจุดเน้นที่การมีส่วนร่วมระหว่างนักวิจัยและบุคคลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน ในฐานะผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียกับปัญหาการวิจัยที่เกิดขึ้นในสถานศึกษานั้นๆ นักวิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยจะมีส่วนร่วมในการวิจัยทุกขั้นตอน ตั้งแต่ร่วมคิดร่วมตัดสินใจ ร่วมทำ ร่วมตรวจสอบและร่วมรับประโยชน์ควบคู่ไปกับกระบวนการเรียนรู้ และผลการศึกษาค้นคว้าวิจัยที่

ค้นพบจะถูกนำไปใช้แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างทันที่⁶ ในการวิจัยจะมีกระบวนการในการดำเนินการวิจัย 3 ระยะหลักๆ ดังนี้^{6,7}

1. ระยะเตรียมการ (Preparation phase) ใช้เวลาประมาณ 2 เดือน ในระยะนี้ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาอัตลักษณ์ของนักศึกษา ซึ่งประกอบด้วยแนวคิดเกี่ยวกับอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาล แนวคิดครอบครัวเดียวกัน แนวคิดจิตตปัญญาศึกษา และแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ตลอดจนการเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2. ระยะปฏิบัติการ (Action phase) ใช้เวลาประมาณ 3 ปี 10 เดือน ในระยะนี้จะประกอบด้วยขั้นตอนหลักๆ 5 ขั้นตอน คือ 1) การทำความเข้าใจกับสถานการณ์ การสร้างเสริมอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาลที่ผ่านมา (Reconnaissance) 2) การวางแผนเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดี (Planning) 3) ลงมือปฏิบัติตามแผน (Action) 4) สังเกตการณ์ (Observation) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลง และการสะท้อนกลับ (Reflection) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และ 5) ปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (Re-planning) ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียด ดังนี้

- 2.1 การทำความเข้าใจกับสถานการณ์เกี่ยวกับการเสริมสร้างอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาลที่ผ่านมา (Reconnaissance) ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมการเสริมสร้างอัตลักษณ์ ผลที่เกิดขึ้น ปัจจัยที่ส่งเสริม อุปสรรคต่อการดำเนินการ และแนวทางในการเสริมสร้างอัตลักษณ์ที่สอดคล้องกับบริบทของวิทยาลัย ภายใต้ระบบครอบครัวเดียวกัน โดยการทำการสนทนากลุ่มกับตัวแทนของนักศึกษาทุกชั้นปี ตัวแทนเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน ตัวแทนอาจารย์ และตัวแทนของผู้ใช้บัณฑิต

- 2.2 การวางแผน (Planning) กำหนดรูปแบบการเสริมสร้างอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาลแบบชั่วคราว (tentative model) โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการ



ดำเนินการระยะที่ 1 และการศึกษาจากทฤษฎีมากำหนดรูปแบบ หลังจากนั้นนักวิจัยจะนำรูปแบบที่ได้เสนอต่อตัวแทนของนักศึกษา เจ้าหน้าที่สายสนับสนุน และอาจารย์ เพื่อปรับรูปแบบการเสริมสร้างอัตลักษณ์ของนักศึกษาให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ปฏิบัติ พร้อมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ร่วมวิจัย คือ นักศึกษา เจ้าหน้าที่สายสนับสนุน และอาจารย์ ในการดำเนินการตามรูปแบบที่กำหนดไว้

2.3 การปฏิบัติการ (Action) นักวิจัยและผู้ร่วมวิจัย ได้ปฏิบัติตามรูปแบบที่ได้กำหนดไว้

2.4 การสังเกตการณ์และการสะท้อนกลับ (Observation and reflection) ผู้วิจัยสังเกตกระบวนการปฏิบัติ พร้อมทั้งทำการสนทนากลุ่มกับตัวแทนนักศึกษา เจ้าหน้าที่สายสนับสนุน และอาจารย์ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัย ได้มีการสะท้อนถึงความรู้สึกต่อกระบวนการปฏิบัติตามรูปแบบที่วางแผนไว้ ปัญหาที่เกิดขึ้น ปัจจัยที่ส่งเสริมและอุปสรรคต่อการดำเนินการ

2.5 การปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (Re-planning) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและการสะท้อนกลับมาทบทวนและปรับปรุงวางแผนในวงจรรอบใหม่เพื่อให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น และนำแผนที่ปรับปรุงใหม่ไปสอบถามความคิดเห็นจากผู้ร่วมวิจัยอีกครั้งก่อนที่นำลงไปสู่การปฏิบัติจริง

3. ระยะของการประเมินผล (Evaluation phase) ใช้เวลาประมาณ 6 เดือน ตามรูปแบบที่กำหนดไว้ โดยเก็บข้อมูลจากการสะท้อนคิดของนักศึกษา การสนทนากลุ่มกับตัวแทนผู้ปกครอง การตอบแบบสอบถามอัตลักษณ์จากตัวแทนผู้ใช้บัณฑิต

ประชากรและการสุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็น อาจารย์ 43 คน เจ้าหน้าที่สายสนับสนุน 49 คน และนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช 455 คน และผู้ใช้บัณฑิต จำนวน 79 คน

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนในการทำการสนทนากลุ่มเพื่อ

ทำความเข้าใจกับสถานการณ์เกี่ยวกับการเสริมสร้างอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาลที่ผ่านมาและกำหนดรูปแบบการเสริมสร้างอัตลักษณ์นักศึกษาพยาบาลภายใต้รั้วครอบครัวเดียวกัน ประกอบด้วยตัวแทนของนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 ชั้นปีละ 3 คน รวมเป็น 12 คน เจ้าหน้าที่สายสนับสนุน จำนวน 12 คน อาจารย์จำนวน 15 คน และผู้ใช้บัณฑิต จำนวน 12 คน โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างอัตลักษณ์ของนักศึกษา ภายใต้รั้วครอบครัวเดียวกันของวิทยาลัยฯ

ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนเพื่อประเมินผลการเสริมสร้างอัตลักษณ์ตามรูปแบบที่กำหนดไว้ ประกอบด้วยนักศึกษาปีการศึกษา 2553 จำนวน 79 คน ผู้ปกครองของนักศึกษาในปีการศึกษา 2553 จำนวน 15 คน และผู้ใช้บัณฑิตจำนวน 79 คน โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม (Focus group) เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง และนำไปหาคุณภาพของเครื่องมือโดยตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องและความครอบคลุมของข้อคำถามกับเนื้อหาสาระที่ต้องการถาม และนำมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ สำหรับแนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย

- แนวคำถาม เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมการเสริมสร้างอัตลักษณ์ที่ผ่านมา ผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการ และปัจจัยที่ส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการ

- แนวคำถาม เพื่อหาแนวทางในการเสริมสร้างอัตลักษณ์ที่สอดคล้องกับบริบทของวิทยาลัย ภายใต้ระบบครอบครัวเดียวกัน

- แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับตัวแทนผู้ปกครองของนักศึกษาเพื่อประเมิน



อัตลักษณ์ที่เกิดขึ้นกับนักศึกษาพยาบาล

2. แนวคำถามที่ให้ นักศึกษาสะท้อนคิดกับ นักศึกษาเพื่อประเมินอัตลักษณ์หลังจากที่นักศึกษาได้ เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการเสริมสร้างอัตลักษณ์ ครบทั้งกระบวนการ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง และนำไปหาคุณภาพของเครื่องมือโดยตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบสอดคล้องและความครอบคลุมของข้อคำถามกับเนื้อหาสาระที่ต้องการถาม หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ

3. แบบสอบถามอัตลักษณ์ของนักศึกษาเพื่อ ประเมินอัตลักษณ์จากผู้ใช้บัณฑิต เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัย สร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 35 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้ ด้านจิตบริการ มีข้อคำถาม 17 ข้อ ด้านการ คิดเชิงวิเคราะห์ มีคำถาม 10 ข้อ และด้านการให้บริการ มีข้อคำถาม 8 ข้อ โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถาม แสดงความคิดเห็นต่อการมีพฤติกรรมที่แสดงถึงการมี อัตลักษณ์ของนักศึกษา 5 ระดับ สำหรับเกณฑ์การแปล ความหมายของคะแนนกำหนดไว้ 5 ระดับ ดังนี้ มากที่สุด (4.51-5.00) มาก (3.51-4.50) ปานกลาง (2.51-3.50) น้อย (1.51-2.50) และน้อยที่สุด (1.00-1.50) ผู้วิจัยนำ แบบสอบถามไปตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหา สาระ ได้ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.91 ส่วน การหาความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ไปให้ตัวแทนผู้ใช้บัณฑิตตอบแบบถาม จำนวน 30 คน แล้วนำไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่า ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

4. แบบบันทึกสิ่งที่ได้จากการสังเกตกระบวนการ ปฏิบัติตามรูปแบบ ปัญหาที่เกิดขึ้น ปัจจัยที่ส่งเสริมและ ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการตามรูปแบบที่วางไว้

5. เทปบันทึกเสียงและสมุดบันทึก

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ แล้วไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ร่วมวิจัย ใน ระหว่างเดือนสิงหาคม 2553-เดือนกันยายน 2557 ซึ่ง ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์ในการ วิจัยและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เก็บข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรม การเสริมสร้างอัตลักษณ์ที่ผ่านมา ผลที่เกิดขึ้นจากการ ดำเนินการ ปัญหาจากการดำเนินการ ปัจจัยที่ส่งเสริม และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการ โดยใช้แนว คำถามในการสนทนากลุ่ม

2. เก็บข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทาง ในการเสริมสร้างอัตลักษณ์ที่สอดคล้องกับบริบทของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช และ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติที่ดีเพื่อเสริมสร้าง อัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้แนวคำถามใน การสนทนากลุ่ม

3. เก็บ ข้อมูลเพื่อทราบถึง ความรู้ สึกต่อ กระบวนการปฏิบัติตามรูปแบบที่วางแผนไว้ ปัญหาที่เกิด ขึ้น ปัจจัยที่ส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการ ดำเนินการตามรูปแบบที่วางไว้ โดยใช้แนวคำถามในการ สนทนากลุ่ม

4. เก็บข้อมูลเพื่อติดตามประเมินผลหรือประเมิน อัตลักษณ์ที่เกิดขึ้นกับนักศึกษาพยาบาล โดยใช้แนว คำถามในการสะท้อนคิด แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม และแบบสอบถามอัตลักษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยแบ่งการวิเคราะห์ ข้อมูลออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับระดับอัตลักษณ์ ผู้วิจัยวิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ เพื่อหาค่า เฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการเสริมสร้างอัตลักษณ์ ผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการ ปัจจัยที่ส่งเสริมและ



ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการเสริมสร้างอัตลักษณ์ วิเคราะห์โดยการใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)^{6,9}

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยจะนำเสนอในส่วนของรูปแบบการสร้างเสริมอัตลักษณ์นักศึกษาภายใต้รั้วครอบครัวเดียวกัน ผลของการเสริมสร้างอัตลักษณ์จากการดำเนินการตามรูปแบบที่กำหนดไว้จากผู้ให้บัณฑิต และปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการดำเนินการ

รูปแบบการสร้างเสริมอัตลักษณ์นักศึกษาภายใต้รั้วครอบครัวเดียวกัน

รูปแบบการสร้างเสริมอัตลักษณ์ของนักศึกษาภายใต้รั้วครอบครัวเดียวกัน ประกอบด้วยบันไดในการสร้างเสริม 4 ชั้น แต่ละชั้นจะดำเนินการไปตามชั้นปีของนักศึกษา (ดังแผนภาพที่ 1) ดังนี้

บันไดขั้นที่ 1: นักศึกษาชั้นปีที่ 1 เข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น

บันไดขั้นที่ 2: นักศึกษาชั้นปีที่ 2 ร่วมช่วยเหลือสังคม

บันไดขั้นที่ 3: นักศึกษาชั้นปีที่ 3 ให้บริการสุขภาพแก่สังคมภายนอก

บันไดขั้นที่ 4: นักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีจิตบริการ รับผิดชอบต่อสังคม พร้อมก้าวสู่วิชาชีพ

รายละเอียดของการดำเนินการแต่ละชั้นบันได มีดังนี้

บันไดขั้นที่ 1 : เข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น ในขั้นนี้เป็นขั้นที่เสริมสร้างให้นักศึกษามีสติ มีสมาธิ เข้าใจตนเอง นอกจากนี้ยังเป็นขั้นที่ให้นักศึกษาได้เข้าใจมนุษย์ เข้าใจความคิด ความเชื่อ ของมนุษย์ เข้าใจความเป็นปัจเจกบุคคลของมนุษย์ ซึ่งกิจกรรมที่นำมาใช้ในการเสริมสร้างมีทั้งกิจกรรมในหลักสูตร กิจกรรมเสริมหลักสูตร และกิจกรรมตามอัธยาศัยดังนี้

กิจกรรมในหลักสูตร ประกอบด้วยกิจกรรมการเรียนรู้ตามสภาพจริง (Authentic Learning) ในรายวิชามนุษย์กับการอยู่ร่วมกัน วิชามนุษย์ สังคม สิ่งแวดล้อม

และสุขภาพ และวิชาภูมิปัญญาในการดำเนินชีวิต โดยให้นักศึกษาแบ่งกลุ่มตามครอบครัว เข้าไปในชุมชนและสัมภาษณ์บุคคลในชุมชนในประเด็นการทำมาหากิน การอยู่ร่วมกัน วิถีชีวิต และสุขภาพ หลังจากที่ได้ข้อมูลมาแล้ว นักศึกษาจะต้องนำข้อมูลมาวิเคราะห์ภายใต้ข้อมูลที่มืออยู่ และสรุปข้อมูลให้เห็นองค์ประกอบของมนุษย์ ความเป็นจริงของคนในสังคมที่มีวัฒนธรรมในการดำเนินชีวิต ความสัมพันธ์ของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมทั้งในระดับบุคคล กลุ่มคน และสังคม รวมทั้งบริบทที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ และภูมิปัญญา ในการดำเนินการเรียนรู้ทั้งหมดนักศึกษาจะมีอาจารย์ที่ปรึกษาซึ่งเป็นอาจารย์ประจำครอบครัวดูแลด้วยความรัก ความเมตตา การเรียนรู้ด้วยวิธีดังกล่าวจะทำให้ให้นักศึกษาเข้าใจถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล ความคิด ความเชื่อของแต่ละบุคคลซึ่งมีความแตกต่างกัน เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ และที่สำคัญจะทำให้ให้นักศึกษาไม่นำความคิดของตนเองไปตัดสินบุคคลอื่น ซึ่งจะช่วยให้นักศึกษานำไปใช้ในการให้บริการในขั้นต่อไป ที่ต้องคำนึงถึงความต้องการของบุคคลนั้นๆ ไม่ใช่ให้บริการตามความคิดของตนเอง และให้บริการโดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล

กิจกรรมเสริมหลักสูตร ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 3 กิจกรรมคือ

1. การเรียนรู้กระบวนการจิตตปัญญา โดยการใช้สุนทรียสนทนาในครอบครัวเมื่อมีการพบปะกันในครอบครัว สัปดาห์ละ 2 ครั้ง มีการเปิดใจ การฟังอย่างลึกซึ้ง เกิดความเคารพในความคิดเห็นของกันและกัน การรับฟังซึ่งกันและกันมากขึ้น ทำให้เข้าใจตนเอง เกิดความสุขใจ รวมทั้งสร้างบรรยากาศการเป็นกัลยาณมิตร

2. ค่าคุณธรรม จริยธรรม เป็นกิจกรรมที่นำนักศึกษาไปปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในวัด/มัสยิด ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วย การสวดมนต์/สวดคัมภีร์อัลกุรอาน การนั่งสมาธิ การฟังธรรม การบำเพ็ญประโยชน์ เช่น การทำความสะอาดห้องน้ำ การเก็บขยะ การกวาดใบไม้ ซึ่งกิจกรรมต่างๆ ที่ปฏิบัติ จะช่วยให้นักศึกษาได้นำ



หลักธรรม คำสอนที่ดีๆ ไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข ได้ฝึกจิตให้ สงบ เกิดสติ และเกิดปัญญารู้เท่าทันธรรมชาติ และเกิดความเข้าใจในตนเอง

3. การศึกษาวิถีชุมชน เป็นกิจกรรมที่นักศึกษาต้องลงไปศึกษาวิถีชุมชน โดยแบ่งนักศึกษาออกเป็นกลุ่มตามครอบครัวและให้ไปใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวอุปถัมภ์ในชุมชน โดยมีอาจารย์ประจำครอบครัวคอยดูแลและให้คำปรึกษา ซึ่งจะเป็นการช่วยให้นักศึกษาเข้าใจวิถีชีวิตของคนอื่นมากขึ้น มีการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น และรู้จักการปรับตัวที่จะอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น

กิจกรรมตามอัธยาศัย เป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นจากการคิดร่วมกันของครอบครัว เช่น กิจกรรม วิทยาลัยสวยด้วยมือเรา กิจกรรมจิตอาสาที่ต้องการลงไปช่วยเหลือบุคคลในชุมชน ที่ต้องการความช่วยเหลือ เช่น การช่วยให้เด็กกำพร้ามีพัฒนาการที่ดีขึ้น การสอนภาษาอังกฤษให้นักเรียนชั้นประถมศึกษา การสอนการรำไม้พลองให้ผู้สูงอายุ การมอบหนังสือให้น้อง สอนผู้สูงอายุให้ออกกำลังกายด้วยวิถีพุทธ เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวจะช่วยให้เกิดความรัก ความสามัคคีในครอบครัว ช่วยให้เกิดจิตอาสา และช่วยให้เกิดความสุขทางใจที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่น

บันไดขั้นที่ 2 : ร่วมช่วยเหลือสังคม ในขั้นนี้เป็นขั้นที่ต่อยอดจากบันไดขั้นที่ 1 เมื่อนักศึกษาเริ่มเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่นมากขึ้น และพัฒนาใจของตนเองมากขึ้น ก็ให้นักศึกษามีกิจกรรมช่วยเหลือสังคมมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามในการเสริมสร้างความเข้าใจตนเอง และเข้าใจผู้อื่น ที่ดำเนินการตามบันไดขั้นที่ 1 นักศึกษาก็ยังคง การพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง นั่นคือการเรียนรู้กระบวนการจิตปัญญา ค่ายคุณธรรม จริยธรรม และการทำกิจกรรมที่เกิดขึ้นจากการคิดร่วมกันของครอบครัว สำหรับกิจกรรมร่วมกับสังคมจะเป็นกิจกรรมที่อยู่ในหลักสูตร ดังนี้

กิจกรรมในหลักสูตร ประกอบด้วยกิจกรรมการร่วมให้บริการสุขภาพในสังคมกับอาจารย์ เช่น ในรายวิชาการประเมินภาวะสุขภาพ นักศึกษาได้ลงไปในชุมชนเพื่อช่วยประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุ รายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ

และการป้องกันความเจ็บป่วย นักศึกษาได้ลงไปทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ในรายวิชาการพยาบาลพื้นฐานและเทคนิคการพยาบาล ได้แบ่งนักศึกษากลุ่มนักศึกษาตามครอบครัวและลงไปชุมชน เพื่อให้การดูแลพื้นฐานแก่ผู้พิการ โดยมีอาจารย์ประจำครอบครัวให้คำแนะนำ การออกให้บริการในสังคมร่วมกับอาจารย์จะช่วยให้ นักศึกษาได้เข้าใจการให้บริการที่ถูกต้อง การวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ และสามารถให้การพยาบาลตามความแตกต่างของบุคคล และเพิ่มทักษะการสร้างสัมพันธ์กับบุคคล

บันไดขั้นที่ 3 : ให้บริการสุขภาพแก่สังคมภายนอก ในขั้นนี้นักศึกษายังมีกิจกรรมเสริมหลักสูตรและตามอัธยาศัยอย่างต่อเนื่องเหมือนในบันไดขั้นที่ 1 สำหรับการบริการสุขภาพแก่สังคมภายนอกจะเป็นกิจกรรมที่มีอยู่ในหลักสูตร ดังนี้

กิจกรรมในหลักสูตร ได้มีการส่งเสริมให้นักศึกษาได้ฝึกการให้บริการในชุมชนด้วยตนเอง โดยมีอาจารย์ที่เป็นที่ปรึกษา ในรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 นักศึกษาจะต้องลงไปศึกษาครอบครัวในชุมชนและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ และวางแผนการจัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพในครอบครัว ซึ่งช่วยให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจในการให้บริการสุขภาพมากขึ้น และเพิ่มการมีจิตบริการ การคิดวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น และการมีสัมพันธ์ภาพกับชุมชน

บันไดขั้นที่ 4 : มีจิตบริการ รับผิดชอบต่อสังคม พร้อมก้าวสู่วิชาชีพ ในขั้นนี้นักศึกษายังมีกิจกรรมเสริมหลักสูตรและตามอัธยาศัยอย่างต่อเนื่องเหมือนในขั้นที่ 1 สำหรับกิจกรรมที่ช่วยให้นักศึกษามีจิตบริการ รับผิดชอบต่อสังคม จะเป็นกิจกรรมในหลักสูตร ดังนี้

กิจกรรมในหลักสูตร นักศึกษาจะได้ฝึกการให้คำแนะนำสุขภาพแก่ครอบครัวของตนเองในชุมชนที่เป็นแหล่งฝึกทางโทรศัพท์ โดยมีอาจารย์ประจำครอบครัวเป็นที่ปรึกษา ในรายวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ซึ่งการทำกิจกรรมดังกล่าวจะช่วยให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจ ให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์และพร้อมที่จะก้าวสู่วิชาชีพมากยิ่งขึ้น



ผลของการเสริมสร้างอัตลักษณ์

สำหรับผลของการเสริมสร้างอัตลักษณ์ หลังจากที่ได้นำรูปแบบการเสริมสร้างอัตลักษณ์ มาใช้ในช่วงระยะเวลา 4 ปี ได้มีการประเมินอัตลักษณ์ที่เกิดขึ้นจากนักศึกษา จากผู้ปกครองของนักศึกษา และจากผู้ใช้บัณฑิตซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ผลการประเมินอัตลักษณ์จากนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2556 โดยการสะท้อนคิด พบว่าอัตลักษณ์ที่เกิดขึ้นกับนักศึกษาหลังจากที่ได้ร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการเสริมสร้างอัตลักษณ์ นักศึกษาภายใต้รั้วครอบครัวเดียวกัน มีดังนี้

2.1.1 เกิดความสามัคคีและร่วมแรงร่วมใจ ร่วมมือกันทำงาน เสียสละทั้งร่างกาย แรงใจ และทรัพย์สิน เพื่อให้กิจกรรมของกลุ่มดำเนินการไปได้ ดังที่กล่าวว่า

“ที่บ้านและทุกคนจะเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวทุกครั้ง เมื่อมีกิจกรรมในครอบครัวก็จะมาพร้อมกันเกือบทุกคน จึงทำให้เห็นว่าสมาชิกในครอบครัวมีความสามัคคีกัน บางครั้งเวลาทำกิจกรรมต้องใช้เงินทุนสมาชิกทุกคนก็ร่วมกันเสียสละเงินส่วนตัว มาเป็นเงินทุนในการทำกิจกรรม”

2.1.2 แบ่งปันสิ่งดีๆ สู้สังคม ช่วยเหลือสังคม ส่งผลให้นักศึกษาได้มีการพัฒนาด้านความคิดแบบเอื้ออาทรคือการคิดช่วยเหลือผู้อื่นด้วยความเต็มใจ ตามความสามารถ ดังที่กล่าวว่า

“บ้านของเราได้ร่วมกันคิดร่วมกันทำโครงการคือ “โครงการออกกำลังกาย สบายชีวิต วิถีพุทธ” ซึ่งเป็นกิจกรรมที่นอกจากส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายของสมาชิกในบ้านแล้ว โครงการของบ้านยังเป็นโครงการที่ช่วยเหลือสังคม ส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายของคนในชุมชน ทำให้สมาชิกทุกคนได้มีโอกาสแบ่งปันสิ่งดีๆ สู้สังคม”

2.1.3 เปิดใจรับฟังความคิดผู้อื่น มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และใช้กระบวนการฟังอย่างตั้งใจ ทำให้นักศึกษาได้มีเวลาในการฟังความคิดเห็นของผู้อื่นมากขึ้น ดังที่กล่าวว่า

“การเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัว ทำให้ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึกซึ่งกันและกัน ทำให้เห็นมุมมองความคิดที่แตกต่างกัน และยอมรับในสิ่งที่ทุกคนคิดและรู้สึก เพื่อนำมาไตร่ตรองและนำไปปรับใช้กับตัวเองและครอบครัว”

2.1.4 ฝึกกระบวนการคิด นักศึกษาได้มีโอกาสในการเขียนโครงการร่วมด้วยทำให้นักศึกษาได้มีการฝึกการคิดเชิงเหตุผล และการคิดเชื่อมโยงมากขึ้น ดังที่กล่าวว่า

“การเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัว ทำให้ได้ฝึกกระบวนการคิด ในการทำกิจกรรมต้องมีการเขียนโครงการของครอบครัวทำให้ต้องมีการคิดเชิงเหตุผลมากขึ้น คิดว่าทำไมต้องทำ คิดความเชื่อมโยงระหว่างกิจกรรมกับวัตถุประสงค์และผลที่เกิดขึ้น ทำให้สมาชิกในครอบครัวได้ฝึกการคิดร่วมกัน”

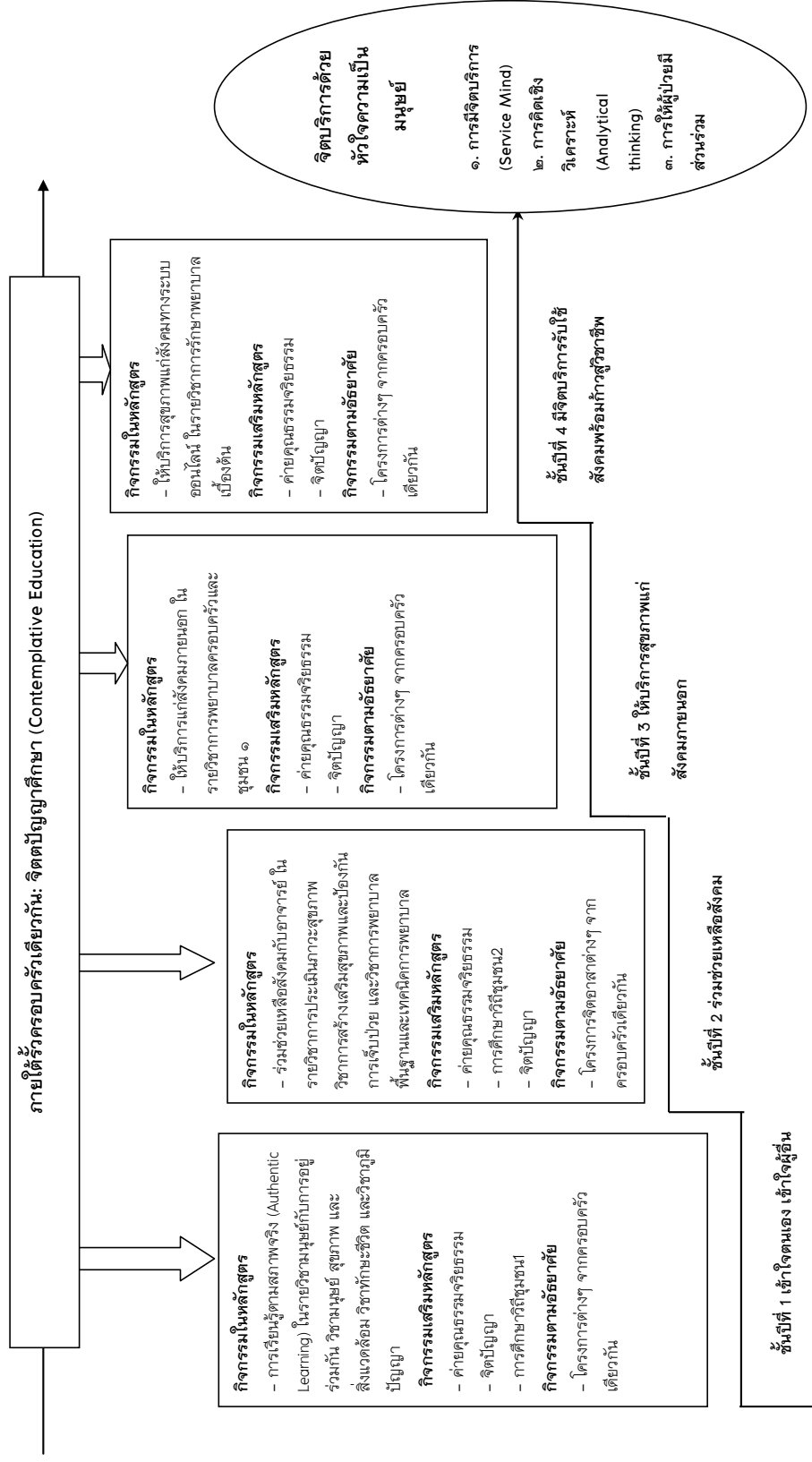
2.2 ผลการประเมินอัตลักษณ์จากผู้ปกครองของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2556 โดยการสนทนากลุ่มพบว่าอัตลักษณ์ที่เกิดขึ้นกับนักศึกษาหลังจากที่ได้ร่วมกิจกรรม มีดังนี้

2.2.1 มีน้ำใจช่วยเหลือผู้อื่น ผู้ปกครองส่วนใหญ่ได้สะท้อนให้เห็นว่าหลังจากที่บุตร/หลานของตนเอง มาเรียนรู้ในวิทยาลัยพยาบาลแห่งนี้ ได้มีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจนคือ การที่บุตรหลานตนเองมีพฤติกรรมแสดงออกที่บ่งบอกถึงความมีน้ำใจในการช่วยเหลือสังคม ช่วยเหลือบุคคลอื่น การมีจิตใจและพฤติกรรมที่อ่อนโยนขึ้น ดังที่กล่าวว่า

“ที่บ้านมีน้ำใจเป็นเจ้าชายนีทร่า เมื่อเขาเรียนปี 1 กลับบ้านไปเขาจะไปช่วยดูแลน้ำ ไม่แสดงความรังเกียจ กับพ่อแม่เขาก็ใส่ใจดูแลพ่อแม่มากขึ้น จาก



๑



แผนภาพที่ 1 รูปแบบการเสริมสร้างอัตลักษณ์นักศึกษาภายใต้วัตรครอบครัวยุติธรรม: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช



เมื่อก่อนเขาจะไม่ค่อยสนใจ แต่หลังจากมาเรียนพยาบาล ที่นี้เขาดีขึ้นมากๆ กับเพื่อนบ้านใกล้ๆ ก็จะมีคนมาถามมาปรึกษาเขาก็ให้คำแนะนำไป อะไรที่เขาไม่รู้เขาก็ไม่พูด บอกว่ายังไม่รู้ แล้วก็จะไปค้นหาบอก”

“เด็ก ๆ ลูกจะนิสัยหัว ๆ แต่เมื่อมาเรียนแล้วนิสัยเขาก็อ่อนโยนลง”

“เมื่อลูกมาเรียนแล้วจะเห็นว่าลูกมีน้ำใจช่วยเหลือทั้งเพื่อนบ้าน หมา แมวที่บ้านจะช่วยฉีดยาให้ เดิมเขาก็มีน้ำใจอยู่แล้ว แต่เห็นว่าเขาใส่ใจคนอื่นมากขึ้น”

2.2.2 พุดคุยกับผู้อื่นมากขึ้น ผู้ปกครองได้สะท้อนให้เห็นว่าบุตรหลานของตนเมื่อกลับไปบ้านจะมีการพุดคุยกับสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น ดังที่กล่าวว่า “พฤติกรรมของลูกเปลี่ยนไปมากเลย จากที่หัว ๆ แต่ก่อนไม่เคยอ่อน ไม่ค่อยพุดคุยกับพ่อแม่ แต่เมื่อมาเรียนที่นี่จะพุดจาดีขึ้นและพุดคุยกับพ่อแม่มากขึ้น กลับมาแต่ละครึ่งจะนอนตึกเพราะจะพุดคุยกัน”

2.2.3 แก้ปัญหาได้ด้วยตนเองมากขึ้น ผู้

ปกครองได้สะท้อนให้เห็นว่าบุตรของตนเองหลังจากที่ได้มาเรียนรู้ที่วิทยาลัยพยาบาล สามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองมากขึ้นโดยไม่ต้องพึ่งพาพ่อ ดังที่กล่าวว่า “ในส่วนที่ผมเห็น ผมจะเห็นว่าเมื่อเขามีปัญหาอะไรเขาจะแก้ปัญหาเองได้มากขึ้นไม่ต้องรบกวนผม บางครั้งผมแคไปเป็นเพื่อนบ้าง จากเมื่อก่อนผมเหมือนเลี้ยงลูกไม่ได้ ต้องช่วยเขามากๆ แต่ตอนหลัง ๆ มานี้ผมรู้สึกว่าเขาไม่ต้องให้ผมช่วยเขาทำด้วยตัวเองได้ดี”

2.3 ผลการประเมินอัตลักษณ์จากผู้บัณฑิตในผู้สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2556 จากการติดตามอัตลักษณ์ของผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2556 จำนวน 79 คน วิทยาลัยได้ดำเนินการติดตามผู้สำเร็จการศึกษาระหว่างเดือน เมษายน-พฤษภาคม 2557 โดยมีผู้บัณฑิตตอบแบบสอบถามจำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 91.14 ซึ่งผลการติดตาม มีดังนี้

ตารางที่ 1 ความคิดเห็นของผู้บัณฑิตต่อคุณลักษณะตามอัตลักษณ์ของผู้สำเร็จการศึกษา (N=72)

คุณลักษณะตามอัตลักษณ์ ของผู้สำเร็จการศึกษา	คะแนน รวม	คะแนน เฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปล ผล
1. จิตบริการ	332.51	4.62	0.17	ดีมาก
2. การคิดวิเคราะห์	317.40	4.41	0.20	ดี
3. การให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วม	328.37	4.56	0.20	ดีมาก
รวม	327.26	4.55	0.12	ดีมาก

จากตารางพบว่า ผู้บัณฑิตที่มีความคิดเห็นต่อคุณลักษณะตามอัตลักษณ์ของผู้สำเร็จการศึกษา หลักสูตรพยาบาลบัณฑิต ปีการศึกษา 2556 โดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.55, S.D. = 0.12$) และเมื่อพิจารณารายด้านแล้ว พบว่าด้านจิตบริการและการ

มีส่วนร่วม/ลทธิผู้ช่วยอยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.62 (S.D. = 0.17) และ 4.56 (S.D. = 0.20) ตามลำดับ ส่วนด้านการคิดวิเคราะห์ อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.41 (S.D. = 0.20)



ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการดำเนินการ

ในการดำเนินการพบว่ามีปัจจัยหลายประการที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรค ดังนี้

3.1 ความอบอุ่นในครอบครัว การที่นักศึกษาได้มีครอบครัวของตนเองในวิทยาลัยทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี มีการช่วยเหลือกันในครอบครัว เมื่อเกิดปัญหาก็สามารถปรึกษาคนในครอบครัวได้ ทำให้นักศึกษาเกิดความรักความผูกพันในครอบครัว ส่งผลให้เมื่อมีกิจกรรมทุกคนก็เข้ามาร่วมมือกันทำจนสำเร็จ ดังที่กล่าวว่า

“ครอบครัวรู้สึกอบอุ่น มีสัมพันธภาพที่ดี มีปัญหาอะไรปรึกษาได้ มีความรักในครอบครัว เมื่อสมาชิกคิดจะทำโครงการต่าง ๆ คุณแม่ทั้งสอง คุณป้าและสมาชิกทุกคน จะให้ความร่วมมือดีมาก และทุกคนจะเข้าร่วมกิจกรรมครอบครัวทุกครั้งที่มีการทำกิจกรรม”

3.2 แรงจูงใจในการทำกิจกรรม ในการทำกิจกรรมต่างๆ ในครอบครัว บางครั้งพบว่ากิจกรรมที่จัดเป็นกิจกรรมที่ไม่ได้อยู่ในความสนใจของนักศึกษาก็จะส่งผลให้นักศึกษาเกิดความเบื่อหน่ายและไม่ต้องการเข้าร่วมกิจกรรม ดังที่กล่าวว่า

“บางครั้งกิจกรรมที่จัดไม่น่าสนใจ เช่น กิจกรรมเข้าครอบครัวใหญ่ ทำารู้สึกเบื่อ ไม่สนุก และไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรม”

3.3 การบริหารเวลาในการจัดกิจกรรม ในการทำกิจกรรมบางครั้งนักศึกษาเข้าร่วมกิจกรรมไม่ตรงเวลา เนื่องจากติดภารกิจอื่น ทำให้สมาชิกในครอบครัวรู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องนั่งรอสมาชิกที่ยังไม่มา เวลาในการเข้าร่วมทำกิจกรรมก็ลดลง ดังที่กล่าวว่า

“สมาชิกบางคนเข้าร่วมกิจกรรมไม่ตรงเวลา ทำให้คนอื่นต้องรอ เกิดความรู้สึกเบื่อในการเข้าร่วมบางครั้ง และเวลาในการทำกิจกรรมก็ลดลงเนื่องจากต้องรอสมาชิกให้ครบ”

การอภิปรายผล

รูปแบบการเสริมสร้างอัตลักษณ์นักศึกษาภายใต้รั้วครอบครัวเดียวกันที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของครอบครัวเดียวกันและแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา มีลักษณะเป็นบันได 4 ชั้น ที่มีจุดเน้นแตกต่างกันตามชั้นปี รูปแบบดังกล่าวสามารถช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดอัตลักษณ์โดยภาพรวมอยู่ในระดับ ดีมาก เนื่องจากความรักความเมตตา ความเอื้ออาทรที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว ซึ่งเปรียบเสมือนพลังในการผลักดันให้ทุกๆ คนในครอบครัวร่วมแรงร่วมใจทำกิจกรรมให้ประสบผลสำเร็จ และมีความสุขที่ได้ทำกิจกรรมร่วมกัน⁴ รวมทั้งการจัดการเรียนการสอนที่มีการบูรณาการสอดคล้องกันระหว่างกิจกรรมในชั้นเรียน กิจกรรมเสริมหลักสูตรและกิจกรรมตามอัธยาศัย เป็นการจัดการเรียนการสอนที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมจะช่วยเสริมสร้างคุณลักษณะที่พึงประสงค์ได้¹²

นอกจากนี้กิจกรรมที่จัดให้กับนักศึกษาได้ช่วยพัฒนาให้นักศึกษาเกิดอัตลักษณ์ คือการมีจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ได้ เนื่องจากในชั้นปีที่ 1 ได้มีการจัดกิจกรรมที่เน้นการพัฒนาให้นักศึกษาเกิดความเข้าใจตนเอง คือสามารถตระหนักรู้ในตนเอง สามารถเท่าทันตนเอง ควบคุมการแสดงออกได้อย่างเหมาะสมตามกาลเทศะและสถานการณ์ มองภาพตนเองตามความเป็นจริง รู้ถึงจุดอ่อนหรือข้อบกพร่องของตนเอง ในขณะเดียวกันก็รู้ว่าตนเองมีจุดแข็ง หรือความสามารถในเรื่องใด¹³ โดยผ่านกิจกรรมการทำสมาธิ ซึ่งการทำสมาธิจะช่วยให้นักศึกษาได้ย้อนกลับมาดูตนเอง ได้ฝึกกรองอารมณ์ที่ไม่ดีออกไป รับอารมณ์ที่ดีทำให้จิตเบา สบาย มีพลัง จิตใจอ่อนโยน เกิดคุณธรรม เกิดความอดทนอดกลั้น ทำให้มีสติปัญญาแยกแยะผิดถูกสามารถควบคุมพฤติกรรมและพัฒนาพฤติกรรมของตนได้อย่างสร้างสรรค์ เนื่องจากการปฏิบัติสมาธิเป็นการพัฒนาจิต ซึ่งเป็นตัว รับ จำ คิด และรู้อารมณ์ เมื่อจิตได้รับการ



พัฒนาอย่างถูกต้องก็ย่อมสามารถทำหน้าที่เลือกที่จะรับ จำ คิด และรู้อารมณ์ ที่สร้างสรรค์ สามารถจัดอารมณ์ที่เป็นโทษออกจากจิตได้ สามารถควบคุมจิตใจตนเองได้ ย่อมสามารถกำหนด และควบคุมพฤติกรรมภายนอกได้ทั้งหมด¹⁴ นอกจากนี้นักศึกษายังได้พัฒนาการรู้จักตนเองจากกิจกรรมจิตตปัญญา โดยใช้กระบวนการสุนทรียสนทนาเมื่อมีการพบปะกันในครอบครัว กระบวนการดังกล่าวจะช่วยให้นักศึกษาตัดสินใจคนอื่นน้อยลง ฟังอย่างลึกซึ้งมากขึ้น เอาใจเข้ามาใส่ใจเรา ใจเย็นอดทนและเคารพในความหลากหลายมากขึ้น^{1,10,11} การที่ต้องจัดกิจกรรมพัฒนาให้นักศึกษาได้รู้จักตนเองก่อนจะเป็นการช่วยให้นักศึกษาเข้าใจคนอื่นได้ดีขึ้น ดังที่ วิลลาสลักซ์ นั้ววลี¹⁵ กล่าวว่า การที่เราเข้าใจตนเองได้ดี เราก็สามารถเข้าใจผู้อื่นได้ดีด้วย สำหรับการเข้าใจผู้อื่น นักศึกษาจะได้รับการพัฒนาโดยกิจกรรมการเรียนรู้ตามสภาพจริง ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวต้องเข้าไปเรียนรู้การดำเนินชีวิตของบุคคลอื่นตามความเป็นจริงโดยไม่เอาความคิดของตนเองไปตัดสินผู้อื่น ทำให้เข้าใจธรรมชาติของมนุษย์ เข้าใจความแตกต่างของมนุษย์แต่ละคน เมื่อนักศึกษามีความเข้าใจผู้อื่นนักศึกษาก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตัวต่อผู้อื่นอย่างเหมาะสม โดยเกิดการตระหนักรู้ถึงผลกระทบของการแสดงพฤติกรรมของตนเองต่อผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นอย่างถ้อยที ถ้อยอาศัย มีน้ำใจ เอื้อเฟื้อ เสียสละผลประโยชน์ส่วนตนเพื่อผู้อื่นได้¹⁶ การเข้าใจผู้อื่น หรือเข้าใจความต้องการของผู้อื่น ก็คือการร่วมรู้สึก (empathy) ซึ่งเป็นความสามารถในการเอาใจเขามาใส่ใจเรา ตระหนักรู้และเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของผู้อื่นทั้งทางบวกและทางลบ ตลอดจนจนสามารถตอบสนองความต้องการของผู้อื่นในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม¹⁶

สำหรับชั้นปีที่ 2 นักศึกษาได้พัฒนาความเข้าใจตนเองและเข้าใจผู้อื่นให้มากขึ้น พร้อมกันนี้ก็นักศึกษาได้ฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์ร่วมด้วย โดยเพิ่มกิจกรรมให้นักศึกษาออกฝึกให้บริการวิชาการและบริการสุขภาพ

แก่ผู้รับบริการโดยได้ฝึกการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นและการให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการร่วมกับอาจารย์ประจำครอบครัว เน้นการเรียนรู้สังคมรอบตัวและการช่วยเหลือสังคม ชุมชน ส่วนชั้นปีที่ 3 ก็ได้ให้นักศึกษาได้ฝึกการให้บริการด้วยตนเองมากขึ้นแต่มีอาจารย์ช่วยดูแลอยู่บ้าง เน้นการเรียนรู้เพื่อรับใช้สังคมพอขึ้นชั้นปีที่ 4 นักศึกษาได้ฝึกการให้บริการด้วยตนเองมากขึ้นอาจารย์จะเข้ามาเกี่ยวข้องของเมื่อนักศึกษาไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้เท่านั้น เป็นกิจกรรมที่เสริมสร้างจิตบริการรับใช้สังคม พร้อมก้าวสู่วิชาชีพ จากกิจกรรมดังกล่าวจะเห็นว่า การให้นักศึกษาได้ลงมือปฏิบัติการให้บริการด้วยตนเองภายใต้การเข้าใจผู้อื่นจะช่วยให้ นักศึกษาเกิดการเรียนรู้จากการทำจริงและประสบการณ์ตรง เรียนรู้และจดจำในสิ่งที่เรียนได้มากขึ้น พัฒนาทักษะการให้บริการด้วยความเข้าใจผู้อื่น สามารถพัฒนาความคิดวิเคราะห์เชื่อมโยงทฤษฎีสู่การปฏิบัติได้ และสามารถถ่ายทอดการเรียนรู้ไปใช้ในสถานการณ์เดียวกันได้^{17,18} นอกจากนี้ยังช่วยให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจในการให้บริการแก่ผู้รับบริการมากขึ้นและพร้อมที่จะออกไปรับใช้สังคมเมื่อจบการศึกษา

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่ากิจกรรมที่จัดขึ้นตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา สามารถช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดอัตลักษณ์ คือ การมีจิตบริการ การคิดเชิงวิเคราะห์ และการให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วม ซึ่งสอดคล้องกับ จิรัฐกาล พงศ์ภคเธียร¹ ได้กล่าวว่าแนวคิดจิตตปัญญาศึกษาจะช่วยพัฒนาผู้เรียนให้เกิดความสมดุลทั้งในด้านความรู้และจิตใจอย่างที่ควรจะเป็นเพื่อให้เป็นผู้ที่มีคุณธรรมความดีงาม รู้จักตนเอง เข้าใจผู้อื่น สามารถอยู่ร่วมกัน และมีชีวิตที่ก่อประโยชน์เกื้อกูลกับสังคมได้อย่างมีความสุข และสอดคล้องกับการวิจัยหลายๆ การวิจัย ที่พบว่า การนำจิตตปัญญาศึกษามาใช้ในการจัดการเรียนการสอน จะช่วยให้นักศึกษามีความเข้าใจตนเองมากขึ้น ยอมรับตนเอง เห็นพฤติกรรมตนเองทั้งในสภาวะอารมณ์ปกติ และอารมณ์ที่แปรปรวน มีผลต่อ



การเข้าใจคนอื่นและเข้าใจโลกมากขึ้น นึกถึงคนรอบข้าง นึกถึงสังคมและสิ่งแวดล้อม^{1,10,11}

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการจัดการศึกษาพยาบาลต้องตระหนักถึงความสำคัญของการผลิตนักศึกษาให้มีจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ โดยบูรณาการแนวทางจิตตปัญญาศึกษาและหรือควบคู่ไปกับระบบครอบครัว ในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนในหลักสูตร เสริมหลักสูตร และกิจกรรมตามอัธยาศัย ในทุกระดับชั้นการศึกษา และนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดของการจัดการเรียนการสอน

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

ในการนำรูปแบบการเสริมสร้างอัตลักษณ์นักศึกษาภายใต้รั้วครอบครัวเดียวกันไปใช้ สิ่งที่สำคัญเป็นอันดับแรกคือการพัฒนาความเข้าใจในแนวคิดของการสร้างครอบครัวในองค์กร และแนวคิดจิตตปัญญาศึกษานอกจากนี้ต้องพัฒนาให้บุคลากรในองค์กรมีทัศนคติที่ดีต่อแนวคิดดังกล่าว การดำเนินการตามรูปแบบดังกล่าวก็จะสามารถดำเนินไปได้ อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามรูปแบบดังกล่าวถูกสร้างขึ้นมาจากบริบทของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช ดังนั้นในการนำไปใช้จะต้องพิจารณา กิจกรรมให้มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทขององค์กร

3. ข้อเสนอแนะเชิงวิจัย

การวิจัยเพื่อช่วยขยายองค์ความรู้ให้กว้างมากขึ้นสามารถทำได้โดยการนำรูปแบบการเสริมสร้างอัตลักษณ์นักศึกษาภายใต้รั้วครอบครัวเดียวกันไปทดลองใช้ในบริบทอื่นๆ เพื่อทดสอบดูว่ารูปแบบดังกล่าวสามารถนำไปใช้พัฒนาอัตลักษณ์นักศึกษาในบริบทอื่นๆ ได้หรือไม่

เอกสารอ้างอิง

1. จิรัฐกาล พงศ์ภาคีเชียร. จิตตปัญญาศึกษา: การเรียนรู้สู่จิตสำนึกใหม่. กรุงเทพฯ: บริษัทแปลนพรีนติ้ง จำกัด; 2553.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ความคาดหวังของสังคม ต่อ “พยาบาลวิชาชีพ”. สารสุขภาพ 2553; 4(3):1.
3. จิรัฐกาล พงศ์ภาคีเชียร. การวิจัยและพัฒนาจิตตปัญญาศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาไทย [วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
4. สำนักงานส่งเสริมสถาบันครอบครัว. ความสำคัญของครอบครัว [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ; 2552. [เข้าถึงเมื่อ 6 ธันวาคม 2557]. เข้าถึงได้จาก <http://www.owf.go.th/wofa/modules/website/upload/article/4053509746697c4a2d74aeb4e2b4f61.pdf>
5. มกราพันธ์ จุฑารสภ, อรวรรณ จิตตวานิช และ วราภา จันทร์โชติ. คู่มือการดำเนินการเพื่อให้เกิดอัตลักษณ์บัณฑิต สถาบันพระบรมราชชนก. กรุงเทพฯ: บริษัทยุทธรินทร์ การพิมพ์ จำกัด; 2556.
6. องอาจ นัยพัฒน์. วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. ท่างหุ้นส่วนจำกัดสามลดา: กรุงเทพฯ; 2548.
7. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988
8. Graneheim, U. H., & Lundman, B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today 2004; 24: 105–112.
9. Zhang, Y. Content analysis (qualitative, thematic). 2006. Retrieve July 12, 2007, Available from <http://www.ils.unc.edu/~yanz/content%20analysis.pdf>.



10. สุวรรณนา ชีวพฤกษ์ และชากุล ลินไชย. ศิลปะสร้างสรรค์คุณลยภพภายใน.บทความการ ประชุมวิชาการประจำปี 2551 จิตตปัญญา: การศึกษาเพื่อการพัฒนามนุษย์ โครงการ ศูนย์จิตตปัญญาศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล: กรุงเทพฯ ฯ; 2551.
11. อรอนงค์ แจ่มผล. ผลของกระบวนการจิตปัญญาศึกษาที่มีต่อการเรียนรู้ภายในตนเองของนักศึกษาที่เรียนรายวิชาจิตวิทยาสำหรับครู. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ; [เข้าถึงเมื่อ 6 ธันวาคม 2557].เข้าถึงได้จาก <http://eduweb.kpru.ac.th/pdf/rs23.pdf>
12. จิราพร วัฒนศรีสิน. การพัฒนาการจัดการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช. นครศรีธรรมราช: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช; 2551.
13. ทวีศักดิ์ ศิริรัตน์เลขา. เข้าใจตนเอง. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ; 2558. .เข้าถึงได้จาก: http://siweb.dss.go.th/science_children/scientist/aristotle.html
14. สุธรรมมา วรนาวิณ. ผลของการปฏิบัติสมาธิที่มีต่อความฉลาดทางอารมณ์: กรณีศึกษาผู้ปฏิบัติธรรมโครงการเฉลิมพระเกียรติตามรอยเบื้องพระยุคลบาท วัดโสมนัสวิหาร [วิทยานิพนธ์ตามหลักสูตร ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย; 2550.
15. วิลาสลักษณ์ ชั่ววัลลี. ความสามารถทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัยและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง: รวมบทความวิชาการ.E.Q. กรุงเทพฯ: เดสก์ท็อป; 2543.
16. ทศนีย์ สุริยะไชย. ความสัมพันธ์ระหว่างการตระหนักรู้ในตนเองกับการร่วมรู้สึกในวัยรุ่น. วารสารจิตวิทยาคลินิก 2556); 44(1), 1-14.
17. มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์. คู่มือการจัดระบบการเรียนการสอนที่ยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้. กรุงเทพฯ: เทียนวัฒนา พรินท์ติ้ง; 2553.
18. สมควร หาญพัฒนชัยกูร, มกราพันธุ์ จูฑะรสก, ลิลลี่ศิริพร และคณะ. การพัฒนาชุมชนสุขภาวะโดยใช้นวัตกรรมระบบครอบครัวเสมือน (หนึ่งวิทยาลัย หนึ่งตำบล). วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2557; 24(1):67-78.



ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค

แสงเดือน กิ่งแก้ว* นุสรรา ประเสริฐศรี*

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป จำนวน 129 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน ก.ย.2557-มี.ค.2558 โดยแบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพและแบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ Cronbach's alpha coefficient 0.89, และ 0.66 ตามลำดับ แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคและการรักษามีค่า KR 20 เท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคแอสควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 68.2 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล คือ สถานภาพสมรส ($\chi^2 = 7.59; p = <.05$) มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .462; p = <.01$) ผลการศึกษานี้ใช้เป็นข้อมูลในการเลือกให้ข้อมูลสุขภาพ ตามระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีลักษณะส่วนบุคคลแตกต่างกัน

คำสำคัญ : ความฉลาดทางสุขภาพ; พฤติกรรมสุขภาพ; ผู้สูงอายุ; โรคเรื้อรัง



The Relationship between Health Literacy and Health Behaviors among Older Adults who have Multi-morbidity

Sangduan Ginggeaw, Nusara Prasertsri**

Abstract

This study aimed to investigate the relationship between Health Literacy (HL) and health behaviors among older adults who have multiple chronic conditions. The samples were 129 older adults who had ≥ 2 chronic diseases. Data were collected from September 2014 to March 2015, using structured questionnaires. The instruments were health literacy (HL), and health behaviors questionnaires with Cronbach's alpha coefficients of 0.89, 0.66 respectively. The KR 20 of 0.81 was obtained for the knowledge of disease and treatment instrument. The data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square, and Spearman's correlation. The findings reveal that 68.2% had moderated HL. Significant relationships were observed between HL and marital status ($\chi^2 = 7.59$; $p = <.05$), and health behaviors ($r = 0.462$; $p = <0.01$). The findings suggest that healthcare providers should select appropriate health information for older adults who have different levels of HL.

Keywords : health literacy; health behaviors; older adult; multi-morbidity



ความเป็นมาและความสำคัญ

ความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) เป็นสมรรถนะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินใช้ข้อมูล และสื่อสารด้านสุขภาพตามความต้องการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต ความฉลาดทางสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน ระดับที่ 2 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ และระดับที่ 3 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ¹ ซึ่งการมีความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐานระดับต่ำจะมีผลต่อการเพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น โดยเฉพาะการใช้บริการฉุกเฉิน และมีอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้น² แต่ถ้าหากมีความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐานระดับสูงหรือเพียงพอ (adequate) จะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี (Health outcome) เช่น มีภาวะสุขภาพที่ดี ลดอัตราป่วย ลดอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ เป็นต้น³⁻⁵

การมีผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีไม่ได้เกิดจากการมีความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน ซึ่งแสดงถึงความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลขเท่านั้น⁶⁻⁷ แต่จะต้องมีความสามารถในการเข้าใจ พิจารณา และแสวงหาข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อการตัดสินใจใช้ข้อมูลสุขภาพในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะแสดงถึงความฉลาดทางสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์และขั้นวิจารณ์ญาณ จึงจำเป็นต้องประเมินความฉลาดทางสุขภาพให้ครบทุกระดับ⁸ ซึ่งในปัจจุบันระบบบริการสุขภาพของประเทศได้ให้ความสำคัญกับความฉลาดทางสุขภาพของประชาชน⁹ เพราะถ้าประชาชนมีความฉลาดทางสุขภาพต่ำ ก็จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพโดยรวม และมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้รับบริการที่ถูกจัดอยู่ในกลุ่มที่ด้อยความสามารถในการเรียนรู้ (illiteracy populations)¹⁰ และเป็นกลุ่มวัยที่พบว่ามีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำมากกว่ากลุ่มวัยอื่น¹¹

วัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่เกิดความเสื่อมถอยของร่างกาย โดยพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 70 มีโรคเรื้อรังตั้งแต่

2 โรคขึ้นไป ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคเบาหวาน เป็นต้น¹²⁻¹³ จึงทำให้ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลระยะยาว และต้องเข้ารับบริการในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งผู้สูงอายุจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจำนวนมาก บางครั้งอาจจะได้ข้อมูลที่เกินคำศัพท์ที่เข้าใจยาก และข้อมูลมีแหล่งที่มาหลากหลาย เช่น จากบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อนบ้านหรือสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งยังได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ แผ่นพับ หนังสือหรือนิตยสารและอินเทอร์เน็ต เป็นต้น^{6,14} ทำให้ผู้สูงอายุจะต้องตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลและพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองให้เหมาะสม ซึ่งเป็นบทบาทที่ท้าทายของผู้สูงอายุ ในการมีส่วนร่วมตัดสินใจและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง อย่างไรก็ตามหากพิจารณาจากผลลัพธ์ของการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผ่านมา ยังคงพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น ไม่สามารถควบคุมโรคได้ เช่น โรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง และเบาหวาน และยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ เช่น สูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์¹⁵ ซึ่งการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับต่ำ⁷

ตามแนวคิดกลไกของความเชื่อมโยงระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ (A simplified model of mechanisms linking health literacy to health outcomes) ของ Lee และคณะ⁴ อธิบายว่า มีกลไกหรือปัจจัยตัวกลาง 4 ปัจจัย ที่เชื่อมโยงระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ 1) ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเอง 2) พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ 3) การไปตรวจสุขภาพและการไปพบแพทย์ และ 4) ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา นอกจากนี้ปัจจัยระดับบุคคลและชุมชน⁴ ก็เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความฉลาดทางสุขภาพและปัจจัยตัวกลาง ซึ่งในต่างประเทศมีการศึกษาพบว่าปัจจัยตัวกลางที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ⁷ ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา⁴



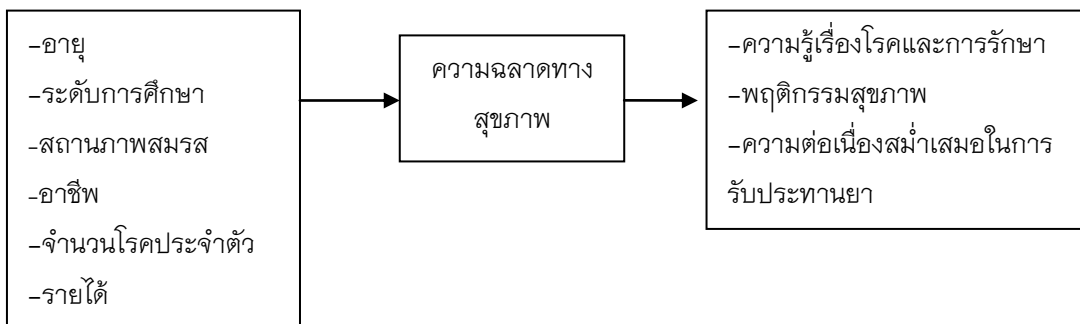
และความรู้เรื่องโรคและการรักษา¹⁶ ส่วนปัจจัยระดับบุคคล เช่น อายุ¹¹ ระดับการศึกษา^{5,18,20} สถานภาพสมรส²⁰ รายได้⁸ อาชีพ¹⁸ จำนวนโรคประจำตัว⁸ มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่ายังไม่มีการศึกษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะศึกษาวิจัยว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรคมีความฉลาดทางสุขภาพเป็นอย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค ทั้งนี้การศึกษาดังกล่าวจะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเพิ่มระดับความฉลาดทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค
2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา

แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย



กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดกลไกของความเชื่อมโยงระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ (A simplified model of mechanisms linking health literacy to health outcomes) ของ Lee และคณะ⁴ ซึ่งแนวคิดนี้ได้อธิบายว่า มีกลไกหรือปัจจัยตัวกลาง 4 ปัจจัย ที่เชื่อมโยงระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ 1) ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเอง 2) พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ 3) การไปตรวจสุขภาพและการไปพบแพทย์ และ 4) ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา โดยบุคคลที่มีความฉลาดทางสุขภาพต่ำ มีแนวโน้มที่จะมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาต่ำ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี ไม่ไปรับการตรวจสุขภาพและไม่ไปพบแพทย์ รวมทั้งรับประทานยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ ก็อาจจะทำให้การรักษาไม่มีประสิทธิภาพ และเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดี โดยจะเพิ่มอัตราการเข้ารับบริการฉุกเฉิน และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่มีผลต่อความฉลาดทางสุขภาพและตัวแปรกลาง ซึ่งเป็นปัจจัยระดับบุคคลและชุมชน ได้แก่ สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ อายุ เพศ เชื้อชาติ สิทธิการรักษา ความรุนแรงของโรค รายได้ เป็นต้น ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำปัจจัยระดับบุคคล และปัจจัยตัวกลาง มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสหสัมพันธ์ (Correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังร่วมตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป มารับการตรวจรักษาในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ในระหว่างเดือนกันยายน – ธันวาคม 2557 ถึง มกราคม-มีนาคม 2558 จำนวน 129 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไปและได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยามาเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือน ไม่มีความพร่องของการรู้คิด โดยมีคะแนน 8-10 คะแนนจากการใช้เครื่องมือการประเมินการรับรู้ฉบับย่อ²¹ สื่อสารภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่นได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

การเลือกและคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยสุ่มสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลอย่างง่ายจากสถานบริการระดับปฐมภูมิในเขตอำเภอเมืองอุบลราชธานี ได้สถานที่เก็บข้อมูล 3-แห่ง ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง 1 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง และกำหนดสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่าง แห่งละ 40 % จากกลุ่มตัวอย่าง 129 คน และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ใช้สูตรของการประมาณสัดส่วนของประชากร คือ²²

$$n = \frac{Z^2 \omega_2 pq}{e^2}$$

ซึ่งการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างอ้างอิงจากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งรายงานความชุกของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคคิดเป็นร้อยละ 70¹²⁻¹³ และประมาณค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ไม่เกินร้อยละ 10 เมื่อ

แทนค่าลงในสูตรได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 81 ราย สำหรับการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของวัตถุประสงค์ที่ 2 ซึ่งต้องการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 6 ตัวแปร และคิดค่าจากความชุกประมาณร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค จึงต้องทำการศึกษาผู้ป่วยทั้งหมด $= (6 \times 10) \times 0.7 = 86$ ราย แต่คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างข้างต้นได้ 81 ราย จึงต้องใช้กลุ่มตัวอย่าง 86 ราย เพื่อให้เพียงพอแก่การหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และได้ปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันข้อมูลไม่ครบถ้วนและกลุ่มตัวอย่างไม่ให้ความร่วมมือร้อยละ 50 ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้คือ 129 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยมี 5 ส่วน ได้แก่

1. แบบประเมินลักษณะส่วนบุคคลและสังคม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบเลือกตอบและเติมค่าลงในช่องว่างจำนวน 15 ข้อ
2. แบบประเมินความฉลาดทางสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้แนวคิดของ Nutbeam¹ โดยจำแนกประเภทของความฉลาดทางสุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ ซึ่งเป็นแบบสอบถาม rating scale 4 ระดับ มีคำถามทั้งหมด 14 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 14-56 คะแนน ผู้ที่มีคะแนนสูงกว่า หมายถึง มีความฉลาดทางสุขภาพระดับที่สูงกว่า
3. แบบประเมินความรู้เรื่องโรคและการรักษา ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบสอบถามแบบให้เลือกตอบจำนวน 14-ข้อ โดยมีคะแนนระหว่าง 0-14 คะแนน ผู้ที่มีคะแนนสูงกว่า หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษามากกว่า
4. แบบประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender²³ ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อ



สุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะแบบ rating scale 3 ระดับ โดยมีค่าคะแนน 0 1 2 คะแนน มีจำนวนทั้งหมด 19 ข้อ มีข้อคำถามทางบวก 15 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 4 ข้อ ซึ่งข้อคำถามทางลบจะได้รับการกลับค่าคะแนนก่อนนำมาวิเคราะห์ โดยมีคะแนนระหว่าง 0-38 คะแนน ผู้ที่มีคะแนนสูง หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

สำหรับเกณฑ์การแปลผลความฉลาดทางสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคและการรักษา และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ สูงหรือดีมาก (\geq ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม) ปานกลาง ($<$ ร้อยละ 80 และ \geq ร้อยละ 60) และต่ำหรือไม่ดี ($<$ ร้อยละ 60)²⁴

5. แบบประเมินความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา เป็นแบบประเมินของวันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ²⁵ มีลักษณะเป็นมาตราวัดด้วยสายตา (Visual Analog Scale) มีคะแนนตั้งแต่ 0-100 คะแนน โดย 0-คะแนนหมายถึง ไม่ได้รับประทานยาเลย 100 คะแนน หมายถึง รับประทานยาครบทุกเม็ด ทุกมื้อ ตรงเวลากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนสูงกว่า หมายถึง มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยามากกว่า

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา และความตรงเฉพาะหน้า โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน จากนั้นจึงตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยการนำปอดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความความเที่ยงของแบบประเมินความฉลาดทางสุขภาพเท่ากับ 0.89 และแบบประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 0.66 ส่วนแบบประเมินความรู้เรื่องโรคและการรักษาตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้ KR 20 เท่ากับ 0.81

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ เลขที่ EC: 12/2557 ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง และอธิบายขั้นตอนการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2557 - มีนาคม 2558 หลังได้รับการรับรองโครงการวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 แห่ง โดยผู้วิจัยคัดเลือกผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง 2 โรคขึ้นไป โดยสำรวจจากข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยและผู้วิจัยขอความร่วมมือพยาบาลประจำการและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการเก็บข้อมูล จากนั้นเข้าพบผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด แนะนำตัวและชี้แจงโครงการวิจัย ภายหลังได้รับการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงเริ่มดำเนินการวิจัยโดยทำการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามใช้เวลา 30-45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เนื่องจากความฉลาดทางสุขภาพถูกแบ่งเป็นระดับ มาตราวัดตัวแปรเป็นกลุ่ม การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ จึงวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้เรื่องโรค และการรักษา และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยากับความฉลาดทางสุขภาพ ด้วยสถิติ Spearman's Rho correlation coefficient เนื่องจากข้อมูลของตัวแปรบางตัวไม่ได้มีการแจกแจงแบบปกติ จึงไม่สามารถใช้สหสัมพันธ์เพียร์สัน หาค่าสัมประสิทธิ์แสดงความสัมพันธ์ได้²⁶



ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.8 (mean = 70.74, SD = 7.57) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 94.1) มากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 58.9) และครึ่งหนึ่ง ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 51.9) มีรายได้น้อยกว่า 2,000 บาทคิดเป็นร้อยละ

56.6 และมีโรคประจำตัว 2 โรคมากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 68.2

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความฉลาดทางสุขภาพ ระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และ ระดับความรู้เรื่องโรคและการรักษาอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 68.2 58.9 และ 43.3 ตามลำดับ และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.6) มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยามากกว่าร้อยละ 80 (ดังตารางที่ 1, 2)

ตารางที่ 1 ระดับความฉลาดทางสุขภาพ จำแนกตามความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมและรายด้าน (n=129)

ความฉลาดทางสุขภาพ	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนจริง	Mean	S.D.	การแปลผล n(%)		
					สูง	ปานกลาง	ต่ำ
ขั้นพื้นฐาน	3-12	3-12	8.76	1.88	39(30.2)	62(48.1)	28(21.7)
ขั้นปฏิสัมพันธ์	6-24	6-24	16.63	3.63	29(22.5)	74(57.4)	26(20.2)
ขั้นวิจารณ์ญาณ	5-20	5-20	13.56	2.71	29(22.5)	83(64.3)	17(13.2)
โดยรวม	14-56	14-56	38.96	7.37	24(18.6)	88(68.2)	17(13.2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ความรู้เรื่องโรคและการรักษา และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา (n = 129)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม		
ดี	19	14.7
ปานกลาง	76	58.9
ไม่ดี	34	26.4
(Min-Max= 17-36, \bar{X} =25.26, SD.= 4.47)		
ระดับความรู้เรื่องโรคและการรักษา		
ดี	42	32.6
ปานกลาง	56	43.4
ไม่ดี	31	24.0
(Min-Max= 2-14, \bar{X} =10.16, SD.= 2.35)		
ระดับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา		
≤ 80%	17	13.2
>80%	112	86.6
(Min-Max= 53-100, \bar{X} =92.57, SD.= 11.03)		



ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ จำนวนโรคประจำตัวกับความฉลาดทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n=129)

ปัจจัย	ความฉลาดทางสุขภาพ			X ²	p-value
	ต่ำ n(%)	ปานกลาง n(%)	สูง n(%)		
อายุ (ปี)					
<65	2(5.1)	29(74.4)	8(20.5)	3.16	.205
≥ 65	15(16.7)	59(65.6)	16(17.8)		
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	16(12.9)	85(68.5)	23(18.5)	0.24	.877
สูงกว่าประถมศึกษา	1(20)	3(60)	1(20)		
สถานภาพสมรส					
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	9(17)	40(75.5)	4(7.5)	7.59	.022*
คู่	8(10.5)	48(63.2)	20(26.3)		
อาชีพ					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8(11.9)	50(74.6)	9(13.4)	3.00	.222
ประกอบอาชีพ	9(14.5)	38(61.3)	15(24.2)		
รายได้ (บาท)					
<2,000	14(19.2)	46(63)	13(17.8)	5.31	.070
≥2,000	3(5.4)	42(75)	11(19.6)		
จำนวนโรคประจำตัว					
2	13(14.8)	60(68.2)	15(17)	0.89	.639
> 2	4(9.8)	28(68.3)	9(22)		

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอายุ

ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และจำนวนโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ (ดังตารางที่ 3)



ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ความรู้เรื่องโรคและการรักษา และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยากับความฉลาดทางสุขภาพ (n=129)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน			
	1	2	3	4
1.พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม				
2.ความรู้เรื่องโรคและการรักษา	.011			
3.ความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา	-.017	-.096		
4.ความฉลาดทางสุขภาพ	.462**	-.036	.162	

พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนความรู้เรื่องโรคและการรักษา และความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยา ไม่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางด้านสุขภาพ (ดังตารางที่ 4)

อภิปรายผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบประเด็นที่สำคัญ ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างมากกว่าสามในสี่มีความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด อธิบายได้ว่า การศึกษาคั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา และมากกว่าครึ่งมีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดของความสามารถในการอ่านและเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ รวมทั้งการแสวงหาข้อมูลและการพิจารณาตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลเพื่อดูแลสุขภาพ^{8,11,18,19} กลุ่มตัวอย่างจึงมีความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 1,341 คน ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 50 ซึ่งส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับสูงกว่าประถมศึกษา ที่พบว่า มีความฉลาดทางสุขภาพ

โดยรวม ในระดับสูง และมีความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐานสูงกว่าความฉลาดทางสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์และขั้นวิจารณ์ญาณตามลำดับ⁸

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ สถานภาพสมรส โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Reisi และคณะ²¹ ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐานกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 354 คน ในประเทศอิหร่าน พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ โดยผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีความฉลาดทางสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพหม้าย หย่า แยก²⁰ ซึ่งอธิบายได้ว่า การมีคู่สมรสจะเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมในด้านของข้อมูลข่าวสาร โดยคู่สมรสจะเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยพูดคุยปรึกษา เป็นผู้ช่วยพิจารณาตัดสินใจใช้ข้อมูลทางสุขภาพที่ได้รับ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และยังเป็นแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ โดยจะเป็นผู้สนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น ดูแลเรื่องการรับประทานอาหารและการรับประทานยา รวมถึงช่วยพาไปรับการรักษาตามนัด เป็นต้น⁴

พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า การศึกษาคั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม



สุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพเป็นตัวแปรกลางที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ^{4,8} โดยผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาพในระดับสูงหรือเพียงพอ จะสามารถแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง จากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย และเข้าใจความรู้/ข่าวสารทางสุขภาพ สามารถตัดสินใจเลือกข้อมูลทางสุขภาพเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้เหมาะสม รวมทั้งสามารถนำความรู้มาสู่การดูแลสุขภาพของตนเองให้เหมาะสมกับสุขภาพได้ ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Suka และคณะ⁷ ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของชาวญี่ปุ่นที่มีอายุ 20-64 ปี จำนวน 1,218 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ โดยผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาพเพียงพอ มีโอกาสน้อยที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และขาดการออกกำลังกาย

อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้พบข้อจำกัดของการวิจัย การนำผลวิจัยไปใช้ จึงควรพิจารณาดังต่อไปนี้ เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างได้จากการเลือกแบบเจาะจง และการศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยที่ได้มาจากการศึกษาโมเดลเชิงสาเหตุของ Lee และคณะ⁴ และได้มีการศึกษาเพียงบางโครงสร้างของแนวคิด ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยตัวกลางเท่านั้น ไม่ได้ศึกษาปัจจัยผลลัพธ์ จึงควรศึกษาตัวแปร ให้ครบตามกรอบแนวคิด รวมทั้งเครื่องมือวิจัย แบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความเที่ยงต่ำ พบว่าด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพไม่สัมพันธ์กับด้านอื่นในเครื่องมือนี้ จึงควรปรับแก้แบบสอบถาม และมีการทดสอบค่าความเที่ยงอีกครั้งก่อนนำเครื่องมือไปใช้²⁷

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางสุขภาพ ควรจะให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น คู่สมรส มีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลทางสุขภาพ เพราะคู่สมรสหรือผู้ดูแลจะเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะเป็นผู้ให้คำปรึกษา หาข้อมูล

เกี่ยวกับสุขภาพ ช่วยตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ หรือสนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จึงเป็นบุคคลที่มีส่วนช่วยในการเพิ่มระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุได้

2. บุคลากรทางสุขภาพควรให้ข้อมูลทางสุขภาพโดยใช้เนื้อหาที่เข้าใจง่าย ไม่ใช้คำศัพท์เฉพาะหรือคำศัพท์ที่เข้าใจยาก อธิบายด้วยวาจาให้สั้นและชัดเจน และใช้สื่อการสอนประกอบการอธิบาย เช่น รูปภาพ วิดีโอ หรือสาธิตการปฏิบัติ และควรให้ผู้สูงอายุสอนกลับ (teach back) และควรมีเอกสารให้นำกลับไปทบทวนความเข้าใจที่บ้าน ซึ่งผู้สูงอายุอาจจะอ่านด้วยตนเองหรือให้คู่สมรสหรือผู้ดูแลเป็นผู้ช่วยอ่าน

3. บุคลากรทางสุขภาพควรประเมินความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนที่จะสอนหรือให้คำแนะนำในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้อย่างเหมาะสมกับโรคประจำตัว และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อภาวะสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ เช่น การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับโรคและความรุนแรงของโรค ระยะเวลาในการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพให้เหมาะสมเฉพาะบุคคล

2. ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพในผู้ป่วยแต่ละโรค โดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง และศึกษาในผู้ดูแล หรือบุคลากรทางด้านสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในกลุ่มดังกล่าว

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันพระบรมราชชนก และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ประสงค์ ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้



เอกสารอ้างอิง

1. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med.* 2008 Dec;67(12):2072–8.
2. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med.* 2011 Jul 19;155(2):97–107.
3. Cho YI, Lee SY, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Soc Sci Med.* 2008 Apr;66(8):1809–16.
4. Lee SY, Arozullah AM, Cho YI. Health literacy, social support, and health: a research agenda. *Soc Sci Med.* 2004 Apr;58(7):1309–21.
5. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International.* 2000 September 1, 2000;15(3):259–67.
6. Ishikawa H, Yano E. Patient health literacy and participation in the health–care process. *Health Expect.* 2008 Jun;11(2):113–22.
7. Suka M, Odajima T, Okamoto M, Sumitani M, Igarashi A, Ishikawa H, et al. Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese people. *Patient Educ Couns.* 2015 May;98(5):660–8.
8. Heijmans M, Waverijn G, Rademakers J, van der Vaart R, Rijken M. Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self–management. *Patient Educ Couns.* 2015 Jan;98(1):41–8.
9. กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558. นนทบุรี:2557.
10. ชวัลญเมือง แก้วดำเกิง, นฤมล ตริเพชตรศรีอุไร. ความฉลาดทางสุขภาพ. นนทบุรี: นวัตกรรมคาการพิมพ์; 2554.
11. Kobayashi LC, Smith SG, O’Conor R, Curtis LM, Park D, von Wagner C, et al. The role of cognitive function in the relationship between age and health literacy: a cross–sectional analysis of older adults in Chicago, USA. *BMJ Open.* 2015;5(4):e007222.
12. Anderson G, Horvath J. The growing burden of chronic disease in America. *Public Health Reports.* 2004 May–Jun;119(3):263–70.
13. Marengoni A, Winblad B, Karp A, Fratiglioni L. Prevalence of chronic diseases and multimorbidity among the elderly population in Sweden. *Am J Public Health.* 2008 Jul;98(7):1198–200.
14. อภิญา อินทรรัตน์. ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ Health literacy of Health Professionals. *วารสารพยาบาลทหารบก.* 2557;15(3):174–8.
15. อุทัยทิพย์ รักจรยาบรรณ, ปัทมา ว่าพัฒนางศ, ปราโมทย์ ประสาทกุล, เขารัตน์ ประภักษาม, วิชัย เอกพลากร. ภาวะทุพพลภาพ และปัจจัยเสี่ยงของภาวะทุพพลภาพในประชากรสูงอายุไทย. *รามาธิบดีพยาบาลสาร.* 2552;15(1):111–26.
16. Osborn CY, Cavanaugh K, Wallston KA, Kripalani S, White RO, Elasy TA, et al. Health Literacy Explains Racial Disparities in Diabetes Medication Adherence. *Journal of Health Communication.* 2011;16(Suppl 3):268–78.
17. Quinlan P, Price KO, Magid SK, Lyman S, Mandl LA, Stone PW. The Relationship Among Health Literacy, Health Knowledge, and Adherence to Treatment in Patients with Rheumatoid Arthritis. *HSS Journal.* 2013;9(1):42–9.



18. Sun X, Shi Y, Zeng Q, Wang Y, Du W, Wei N, et al. Determinants of health literacy and health behavior regarding infectious respiratory diseases: a pathway model. BMC Public Health. 2013;13:261.
19. van der Heide I, Wang J, Droomers M, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Uiters E. The relationship between health, education, and health literacy: results from the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. J Health Commun. 2013;18 Suppl 1:172-84.
20. Reisi M, Javadzade SH, Heydarabadi AB, Mostafavi F, Tavassoli E, Sharifirad G. The relationship between functional health literacy and health promoting behaviors among older adults. Journal of Education and Health Promotion. 2014;3:119.
21. ซวลี แยมวงศ์. ผลของการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาล ตามทฤษฎีของโอเร็มต่อความพึงพอใจของญาติและผู้ป่วยต่อการพยาบาลที่ได้รับ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. นครปฐม: มหิตล; 2538.
22. ชีรวุฒิ เอกะกุล, บรรณารักษ์. ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี; 2543.
23. Pender NJ, Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A. . Health promotion in nursing practice. 5th, editor. New Jersey: Pearson Education Inc.; 2006.
24. สุวัฒน์ ปริสุทธิภูมิพร, มัณฑนา เหมชะญาติ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดจันทบุรี. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2557;31(2):114-27.
25. วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, สมจิตร์ ตุลาทอง เขียวเรศ ดีคง และแอน วิลเลียมส์. การพัฒนาและทดสอบเครื่องมือวัดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสและผู้ดูแล. ม.ป.ท.; 2546.
26. อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ออฟเซ็ท ครีเอชั่น; 2553.
27. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ระบบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ต; 2553.



การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองโดยใช้ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

อ้อมใจ พลกาย*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาแบบการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะดังนี้

1) การสำรวจเพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองและความต้องการในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของตนเอง ในระยะตั้งครรรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลโพธาราม จำนวน 162 คน โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเองในระยะตั้งครรรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.77 2) การออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัว 3) นำโปรแกรมที่ได้รับการพัฒนาและปรับปรุง ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group Pre-Post test design) กลุ่มตัวอย่างที่ผู้มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลโพธาราม จ.ราชบุรี จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลประกอบด้วย 1. แบบสอบถามความรู้ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเองในระยะตั้งครรรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น 2. แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเองในระยะตั้งครรรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น 3. แบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัวในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.72, 0.82 และ 0.88 ตามลำดับ การวิเคราะห์โดยข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า

ผลการวิจัยพบว่า

1. หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเองในระยะตั้งครรรภ์อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.99$, S.D.=0.41) และกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการให้บุคลากรทางสาธารณสุข / แพทย์ /พยาบาล และครอบครัวเป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเองในระยะตั้งครรรภ์ของหญิง

2. โปรแกรมที่พัฒนาประกอบด้วย ขั้นตอน คือ 1) การประเมินการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Pre-test) 2) การทบทวนบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัว 3) การความรู้รายบุคคลเรื่องการดูแลตนเองในระยะตั้งครรรภ์ (ไตรมาสที่ 1-3) ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นพร้อมครอบครัว 4) การติดตามการมีส่วนร่วมของครอบครัว และ 5) การประเมินการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Post-test)

3. โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความรู้ พฤติกรรม การดูแลตนเองและการสนับสนุนของครอบครัวในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

คำสำคัญ : การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ; หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น; การมีส่วนร่วมของครอบครัว



Development of a Self-Care Behavior Promoting Program with Family Participation for Pregnant Teenagers

Oomjai Pholgaya*

Abstract

This research and development (R&D) study was conducted to develop a Self-Care Behavior Promoting Program used Family Participation for pregnant teenagers. This study was divided into three phases including 1) a survey of the self-care behaviors and needs of 162 pregnant teenagers, selected from the ante natal clinic of Photharam hospital: Their health promoting behavior during pregnancy was assessed using a questionnaire. The reliability test using Cronbach's alpha coefficient gave a value of 0.77; 2) Development of a Self-Care Behavior Promoting Program used Family Participation for pregnant teenagers; and 3). Quasi-experimental design: One group pre and post test was used by applying the program to 30 pregnant teenagers. Measurement tools included three questionnaires: knowledge regarding health behavior during pregnancy, health promoting behavior during pregnancy and family support for pregnant teenagers. Test of the reliability, using Cronbach's alpha coefficient of each questionnaires, were 0.72, 0.82 and 0.88, respectively. Quantitative data were analyzed using frequency, percentages, means, SD, and paired- t tests.

The results revealed that:

1. The pregnant teenagers reported that they had a good level of health promoting behavior ($\bar{X} = 3.99$, $SD = 0.41$). They also requested support from health personnel and their own family to provide knowledge regarding health promoting behavior during pregnancy.
2. The program development included four steps: 1) assessing the health promoting behavior by the participation of families (Pre-test), 2) reviewing the role of family involvement, 3) providing individualized knowledge about care during pregnancy, 4) checking family participation, and 5) evaluating the health promoting behavior (Post-test).
3. The Self-Care Behavior Promoting Program used Family Participation for pregnant teenagers helped increase scores on health promoting behaviors during pregnancy significantly ($p < 0.001$). The post-test scores on knowledge, self-care behavior and family support in caring for pregnant teenagers were significantly higher than the pretest scores 0.001

Keywords: Health – Promoting Behavior; Pregnant teenagers; Family Participation



ความเป็นมาและความสำคัญ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับทุกประเทศทั่วโลก จากการรายงานสถิติสุขภาพโลก 2013 (World Statistics 2013) ขององค์การอนามัยโลก พบว่า ประเทศไทยมีอัตราการคลอดบุตรของวัยรุ่น อยู่ลำดับที่ 5 ของกลุ่มประเทศประชาคมอาเซียน¹ เมื่อจำแนกมารดาวัยรุ่นไทย ปี 2555 รายอายุ พบว่า มารดาวัยรุ่นอายุ 18 ปี มีสัดส่วนการคลอดบุตรสูงสุด (ร้อยละ 29.88) รองลงมาได้แก่ อายุ 17 ปี, อายุ 16 ปี, อายุ 19 ปี, อายุ 15 ปี, และ อายุต่ำกว่า 15 ปี ตามลำดับ¹ โดยการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่า การตั้งครรภ์ในสตรีที่มีอายุมากกว่า 20 ปี ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ได้แก่ การมีภาวะโลหิตจาง ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างการตั้งครรภ์ การแท้งบุตร และการคลอดก่อนกำหนด² ผลของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จากการเปรียบเทียบการตั้งครรภ์และการคลอดของวัยรุ่นหญิง(อายุต่ำกว่า 20 ปี) กับหญิงอายุ 20-34 ปี ภาวะก่อนคลอดพบว่า วัยรุ่นหญิงมีภาวะซีดและเจ็บครรภ์คลอดบ่อยกว่า (ร้อยละ 12.7) ส่วนภายหลังคลอดพบว่าการคลอดก่อนกำหนดและทารกมีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า ส่วนการตายคลอด พบประมาณร้อยละ 1.1 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนมากเป็นการตั้งครรภ์นอกสมรส (ร้อยละ 91.59) ไม่ได้ฝากครรภ์ (ร้อยละ 10.1)³ เนื่องจากสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะยังขาดความพร้อมในการดูแลตนเองในระหว่างตั้งครรภ์ และหลังคลอด ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กทารกลดลง⁴ นอกจากนั้น หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ร้อยละ 15.20 เคยทำแท้ง และพบว่าครึ่งหนึ่งของการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนสูง จนถึงขั้นเสียชีวิต และก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษา

พยาบาลที่สูง⁵

พฤติกรรมกรมการดูแลสุขภาพของตนเอง ของหญิงตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ยังไม่ถูกต้อง มารดาวัยรุ่นร้อยละ 40 มีการซื้อยามารับประทานเอง และร้อยละ 36.6 มีการใช้ยาละลายหรือยาถ่ายเสมหะ⁵ สอดคล้องกับการศึกษา นุชราพรรณ วงษ์มั้น และคณะ ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดอุบลราชธานี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยรวมอยู่ในระดับปฏิบัติบ่อยครั้ง ($\bar{X} = 2.94$)⁶ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อให้ดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นแก่หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้

การสนับสนุนทางสังคมเป็นการสนับสนุนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จึงเหมาะสมกับแก่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และต้องการความช่วยเหลือสนับสนุน หากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับการสนับสนุนจากสังคมที่เพียงพอจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อบทบาทการเป็นมารดา นอกจากนี้ยังส่งต่อสุขภาพต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ก็จะดีด้วยเช่นกัน ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์⁷ โดยประสบการณ์ที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับจากการสนับสนุนของครอบครัวในการดูแลขณะตั้งครรภ์ มี 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1. การสนับสนุนทางอารมณ์ 2. การสอนบทบาทความเป็นแม่ 3. การคิดในแง่ดี 4. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง⁸ จากการศึกษาพบว่าการศึกษาในเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น⁹ ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น⁹ และการสนับสนุนของครอบครัวในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น¹⁰ จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาเพื่อการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมกรมการดูแล



ตนเองโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของตนเองในระยะตั้งครรถ์ได้เหมาะสม รวมทั้งให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์ของการตั้งครรถ์ที่ดีอันเป็นรากฐานที่สำคัญในการเจริญเติบโตของทารกต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี โดยมีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

ระยะที่ 1 การสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการ

ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความต้องการในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของตนเองในระยะตั้งครรถ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัวที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลโพธาราม จำนวน 162 คน ในระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม -31 ธันวาคม 2557 โดยการใช้แบบสอบถาม

ระยะที่ 2 การออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการใช้แบบสอบถามและการสนทนากลุ่มของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัวมาสร้างเป็นชุดกิจกรรมในโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านกายภาพบำบัดและการผดุงครรถ์จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญทางด้านงานวิจัยจำนวน 1 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมของรูปแบบ แก้ไขปรับปรุงโปรแกรมตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ โดยไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเขต 4 จ. ราชบุรี และนำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.60 ถึง 1.00 และใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของเฮาส์⁹ ที่อธิบายแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการให้การช่วยเหลือ โดยแบ่งการสนับสนุนออกมาเป็น 4 ด้าน คือ ด้านการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการให้การช่วยเหลือด้านสิ่งของ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร และด้านการสะท้อนคิดหรือสนับสนุนให้ประเมินตนเอง นำมาออกแบบเป็นโปรแกรม

ระยะที่ 3 การทดสอบการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ดำเนินการดังนี้

นำโปรแกรมที่ได้รับการพัฒนาและปรับปรุง ไปผ่านคณะกรรมการจริยธรรมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้รูปแบบคือหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ



ระหว่าง 11-19 ปี ที่มาฝากครรภ์พร้อมครอบครัว สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และสามารถใช้โทรศัพท์ในการรับ-ส่งข่าวสาร ที่มีความสมัครใจ และเต็มใจให้ความร่วมมือ และสนับสนุนให้เกิดกระบวนการที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลโพธาราม อ. โพธาราม จ.ราชบุรี จำนวน 30 คน โดยผู้วิจัยจะเข้าพบตัวอย่างและครอบครัว ครั้งละ 1 ครอบครัว ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. การประเมินการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Pre-test)
2. การทบทวนบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัว
3. การความรู้รายบุคคลเรื่องการดูแลตนเองใน ระยะตั้งครรภ์ (ไตรมาสที่ 1-3) ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นพร้อมครอบครัว
4. การติดตามการมีส่วนร่วมของครอบครัว
5. การประเมินการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Post-test) โดยผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและมีโปรแกรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 แผนกฝากครรภ์ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง กิจกรรมประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1-3 ดังนี้

- แนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพ
- ชี้แจงวัตถุประสงค์
- ชี้แจงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย
- Pre-test
- ขอเบอร์โทรศัพท์สำหรับการติดต่อ
- ทบทวนบทบาทและหน้าที่ของภรรยาสามีและครอบครัว
- ทบทวนบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยเน้นการสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการให้การช่วยเหลือด้านสิ่งของ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร และด้านการสะท้อนคิดหรือ

สนับสนุนให้ประเมินตนเอง

- แจกคู่มือการดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์
- ให้ความรู้รายบุคคลเรื่องการดูแลตนเองใน ระยะตั้งครรภ์ (ไตรมาสที่ 1-3) ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นพร้อมครอบครัว เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์

สัปดาห์ที่ 2, 3, 4 โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ใช้เวลา 15 นาที กิจกรรมประกอบด้วยขั้นตอนที่ 4 ดังนี้

- ทบทวนความรู้การดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและเปิดโอกาสให้ซักถามเพิ่มเติม
- ทบทวนบทบาท กระตุ้นและติดตามการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
- เปิดโอกาสให้ซักถาม ชมเชย และให้กำลังใจ ในการแสดงบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัว

สัปดาห์ที่ 5 แผนกฝากครรภ์ ใช้เวลา 30 นาที กิจกรรมประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 5 ดังนี้

- Post-test
 - กล่าวขอบคุณและสิ้นสุดการทดลอง
- หลังจากเสร็จสิ้นการทดลอง นำข้อมูลประเมินผลพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังการทดลองใช้โปรแกรม 5 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้ข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. การสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการ ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบ ด้วย อายุ



อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตร รายได้ ประวัติการฝากครรภ์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในระยะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ของ พัทธวรรณ ชูเลิศ¹⁰ จำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับคือ ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้งและไม่ปฏิบัติเลย ซึ่งเกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้ ข้อความเชิงบวก มีค่าคะแนน 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ ส่วนข้อความเชิงลบมีค่าคะแนน 1, 2, 3, 4, 5 ตามลำดับ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.77

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความต้องการในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในระยะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว โดยให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นตอบ

2. การทดสอบการใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในระยะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตร รายได้ ประวัติการฝากครรภ์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในระยะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จำนวน 10 ข้อ ลักษณะการวัดเป็นแบบถูกและผิด (True-False) สำหรับเกณฑ์การให้คะแนนของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริม

พฤติกรรมการดูแล สุขภาพของตนเองในระยะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มีดังนี้ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน โดยจำแนกความยากง่ายโดยใช้ KR 21 ได้เท่ากับ 0.72

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในระยะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ของ พัทธวรรณ ชูเลิศ¹⁰ จำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับคือ ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้งและไม่ปฏิบัติเลย ซึ่งเกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้ ข้อความเชิงบวก มีค่าคะแนน 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ ส่วนข้อความเชิงลบมีค่าคะแนน 1, 2, 3, 4, 5 ตามลำดับ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.82

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัวในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของเฮาส์¹¹ จำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (rating scale)⁵ ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งเกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้ ข้อความเชิงบวก มีค่าคะแนน 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ ส่วนข้อความเชิงลบมีค่าคะแนน 1, 2, 3, 4, 5 ตามลำดับ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.88

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธาราม และผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยขั้นตอนในการเก็บข้อมูล



กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะขอถอนตัวจากการเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ วิจัยและผลงานวิจัยจะรายงานเป็นภาพรวม โดยการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างในการลงนามเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานในการทดสอบสถิติสมมติฐานโดยใช้ สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

จากการศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ผลการศึกษสามารถนำเสนอได้ดังนี้

ระยะที่ 1 การสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการ

ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง และความต้องการในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของตนเองในระยะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัวที่มารับบริการที่โรงพยาบาลโพธาราม จำนวน 162 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 162 คน อายุ 19 ปีมากที่สุด รองลงมาเป็น 17 ปี และ 18 ปี โดยคิดเป็นร้อยละ 31.50, 29.60 และ 19.10 ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 17.53 ปี (S.D.=1.31) กลุ่มตัวอย่างมีอายุน้อยสุดเท่ากับ 14 ปี จำนวน 5 คน (โดยคิดเป็นร้อยละ 3.10) กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาโดย จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 41 คน จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 25 คน และ

กำลังศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 25 คน โดยคิดเป็นร้อยละ 25.33, 18.52 15.43 และ 15.43 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 นับถือศาสนาพุทธ โดยมีสถานภาพคู่มากที่สุด จำนวน 157 คน และโสด จำนวน 5 คน โดยคิดเป็นร้อยละ 96.90 และ 3.10 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 116 คน ประกอบอาชีพจำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 71.60 และ 28.40 และมีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาทมากที่สุด จำนวน 72 คน รองลงมาอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท จำนวน 59 คน และอยู่ระหว่าง 10,001-15,000 บาท จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 44.44, 36.41 และ 13.58 ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยของรายได้เท่ากับ 6,373.46 บาท (S.D.=5.97) กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนการตั้งครรภ์ โดยเป็นการครรภ์ที่ 1 มากที่สุด จำนวน 144 คน รองลงมาเป็นการครรภ์ที่ 2 จำนวน 17 คน และการตั้งครรภ์ที่ 4 ขึ้นไป จำนวน 1 คน โดยคิดเป็นร้อยละ 88.88, 10.50 และ 0.62 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างจะมาฝากครรภ์ครั้งแรกโดยมีอายุครรภ์ต่ำกว่า 14 สัปดาห์ จำนวน 127 คน รองลงมาอยู่ระหว่าง 14-28 สัปดาห์ จำนวน 35 คน โดยคิดเป็นร้อยละ 78.40 และ 21.70 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างมีอายุครรภ์เฉลี่ยที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกเท่ากับ 12.38 สัปดาห์ (S.D.=5.47)

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในระยะตั้งครรภ์อยู่ในระดับดี (\bar{X} = 3.99, S.D.=0.41) และกลุ่มตัวอย่างต้องการให้บุคลากรทางสาธารณสุข/แพทย์/พยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้มากที่สุด จำนวน 76 คน รองลงมาคือครอบครัว จำนวน 75 คน และหญิงตั้งครรภ์ที่มีประสบการณ์จริง จำนวน 11 คน โดยคิดเป็นร้อยละ 46.91, 46.29 และ 6.79 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 ต้องการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในขณะ



ตั้งครรภ์ สำหรับวิธีในการให้ความรู้กลุ่มตัวอย่าง ต้องการให้มีการสอนด้วยวิธีบรรยายมากที่สุด จำนวน 110 คน รองลงมาเป็นการสาธิต/แสดงให้ดู จำนวน 42 คน และการทำกลุ่มในแลกเปลี่ยนความรู้ จำนวน 10 คน โดยคิดเป็นร้อยละ 67.90, 25.90 และ 6.20 ตามลำดับ

ระยะที่ 2 การออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

โปรแกรมที่พัฒนาประกอบด้วย ขั้นตอน คือ

- 1) การประเมินการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเอง โดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Pre-test)
- 2) การทบทวนบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัว
- 3) การความรู้รายบุคคลเรื่องการดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นก่อนและหลังใช้รูปแบบโดยใช้สถิติ Paired t-test (n=30)

ตัวแปร	ผลการเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังใช้รูปแบบ				df	p-value
	\bar{X}	S.D.	95%CI	t		
ก่อนการใช้รูปแบบฯ	8.43	1.28	1.08-2.04	6.71	29	0.000**
หลังการใช้รูปแบบฯ	10.00	0.00				

จากตารางที่ 1 พบว่าการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มีผลให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความรู้ในการดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น โดยโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมโดยใช้การมี

(ไตรมาสที่ 1-3) ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นพร้อมครอบครัว

- 4) การติดตามการมีส่วนร่วมของครอบครัว และ
- 5) การประเมินการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเอง โดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Post-test)

ระยะที่ 3 การทดสอบการใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

จากการทดสอบการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลโพธาราม อ.โพธาราม จ.ราชบุรี จำนวน 30 คน ผลการศึกษาสามารถนำเสนอได้ดังนี้

ส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับความรู้ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)



ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ก่อนและหลังใช้รูปแบบ โดยใช้สถิติ Paired t-test (n=30)

ตัวแปร	ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อน และหลังใช้รูปแบบ				df	p-value
	\bar{X}	S.D.	95%CI	t		
ก่อนการใช้รูปแบบฯ	4.28	0.33	0.49-0.74	10.13	29	0.000**
หลังการใช้รูปแบบฯ	4.89	0.09				

จากตารางที่ 2 พบว่าการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มีผลให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น โดยโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมโดยใช้การมี

ส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของการสนับสนุนของครอบครัวในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ก่อนและหลังใช้รูปแบบโดยใช้สถิติ Paired t-test (n=30)

ตัวแปร	ผลการเปรียบเทียบการสนับสนุนของครอบครัวก่อน และหลังใช้รูปแบบ				df	p-value
	\bar{X}	S.D.	95%CI	t		
ก่อนการใช้รูปแบบฯ	3.65	0.47	1.11-1.47	14.71	29	0.000**
หลังการใช้รูปแบบฯ	4.94	0.09				

จากตารางที่ 3 พบว่าการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มีผลให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับการสนับสนุนของครอบครัวในการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น โดยโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม

โดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนของครอบครัวในการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)



อภิปรายผล

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาเพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้ คือ 1) การประเมินการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Pre-test) 2) การทบทวนบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัว 3) การความรู้รายบุคคลเรื่องการดูแลตนเองในระยะตั้งครรภ์ (ไตรมาสที่ 1-3) ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นพร้อมครอบครัว 4) การติดตามการมีส่วนร่วมของครอบครัว และ 5) การประเมินการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Post-test)

การพัฒนาโปรแกรมที่ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและร่วมรับผิดชอบในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น โดยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความรู้พฤติกรรมดูแลตนเองและการสนับสนุนของครอบครัวในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ปานเจริญ ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนของครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และรายด้านดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)¹⁵

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

จากการศึกษาพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับความรู้ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนของครอบครัวในการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ กรุณา ประมูลสินทรัพย์⁹ และคณะที่พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p < .001$

ในการพัฒนาโปรแกรมเป็นไปตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง ที่ต้องการความรัก ความเอาใจใส่จากครอบครัวและบุคลากรทางสาธารณสุข เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี นำมาซึ่งตนเองและทารกในครรภ์มีสุขภาพที่ดีและมีความปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของ ดลฤดี เพชรขว้าง และคณะ¹¹ ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นต้องการความช่วยเหลือในด้านความรักและการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านคำแนะนำความรู้เกี่ยวกับผลของการตั้งครรภ์ ค่าแนะนำด้านการปฏิบัติตัวระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอดและหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา ถิ่นชนอน และ วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์¹² ที่พบว่า กระบวนการวิจัยปฏิบัติการ ทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น



และครอบครัวได้ร่วมกันเสนอแนวทางให้บริการสุขภาพที่เหมาะสม และสอดคล้องกับความต้องการทำให้มีการจัดตั้งคลินิกสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นขึ้น และผู้ให้บริการสุขภาพมีแนวทางให้บริการฝากครรภ์เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ซึ่งครอบครัวมีความสำคัญมากสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัวที่มีการปรับตัวที่ดี มีการเอาใจใส่ดูแลกันและกันในเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวและคอยเป็นกำลังใจในการส่งเสริมสนับสนุนการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งครอบครัวกลุ่มการพึ่งพาในครอบครัว เศรษฐกิจของครอบครัว การปรับตัวของครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว การเลี้ยงดูของพ่อแม่ที่มีความรัก ความเข้าใจ ครอบครัวจึงมีอิทธิพลอย่างมากต่อพัฒนาการของบุคคลทั้งทางด้านจิตใจและพฤติกรรม¹⁴ ประกอบกับในตลอดระยะเวลาจำนวน 5 สัปดาห์ที่ได้รับโปรแกรมนี้ผู้วิจัยจะมีการให้ข้อมูลเป็นระยะๆ ติดตามประเมิน เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย รวมทั้งเสริมแรงให้กำลังใจแก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัว จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น ถึงแม้การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจะเป็นความเครียดและเป็นการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง แต่การที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะสามีทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถปรับตัวต่อการตั้งครรภ์ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของนวลอนงค์ ศรีสุกไสย ที่พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวและการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .0115$ สอดคล้องกับการศึกษาของนุชรี อิมมาก¹⁶ และสุจารี ถมพิรา¹⁷ ที่พบว่าคู่สมรส ครอบครัว มีความสำคัญมีอิทธิพลและมีส่วน

สนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ในการแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ก่อให้เกิดความผาสุกในชีวิตและมีผลต่อการปฏิบัติพัฒนาการในบทบาทมารดา

ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสามารถดัดแปลงประยุกต์ใช้พร้อมกับพัฒนาให้มีความเหมาะสมกับบริบทของสังคม สภาพแวดล้อม สภาพปัญหาและการดำเนินชีวิตของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
2. รูปแบบกิจกรรมนี้อาจนำไปใช้กับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ทุกช่วงวัย เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวได้มีความรู้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและให้ครอบครัวเข้ามาสนับสนุนในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์
3. ในขั้นตอนของการทดลอง การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบแผนการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยใช้แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง การวิจัยในครั้งต่อไปควรใช้รูปแบบการทดลองแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.สถานการณ์การคลอดบุตรของวัยรุ่นไทย ปี 2555.[อินเทอร์เน็ต].[เข้าถึงเมื่อ 6 พฤษภาคม 2557].เข้าถึงได้จาก:<http://www.stopteenmom.com/education-detail.php?id=21>
2. เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร. การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัญหาเฉพาะ.ในมหาวิทาลัย สุโขทัยธรรมมาธิราช,บรรณานุกรม.การพยาบาลครอบครัวและการผดุงครรภ์หน่วยที่ 1-6.พิมพ์ครั้งที่ 8.กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช;2554. หน้า 268-281.



3. เบญจพร ปัญญาียง. การทบทวนองค์ความรู้: การตั้งครรภในวัยรุน. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2553.
4. สุวรรณา เรืองกาญจเศรษฐ์, ในพัฒน มหาโชคเลิศวัฒนา, วิสวารณ บุญสิทธิ์ และวิโรจน์ อารีย์กุล (บรรณาธิการ). กลยุทธ์การดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ “วัยรุน”. กรุงเทพฯ: ชัยเจริญ. 2551.
5. ณัชชา วรณนิยม และกาญจนา ปลันตา. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของมารดาวัยรุนระยะตั้งครรภโรงพยาบาลสูงเนิน อ.สูงเนิน จ.นครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา. 2553; 4: 11-18.
6. นุชราพรรณ วงษ์มัน, พจนีย์ เสงี่ยมจิตต์, และจำลอง วงษ์ประเสริฐ. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภวัยรุน จังหวัดอุบลราชธานี: วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2557; 7: 211-235.
7. House, J.S. Work stress and social support. London: Addison-Wesley, 1981
8. อัญญา ปลดเปลื้อง. การสนับสนุนของครอบครัวในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภวัยรุน กรณีศึกษา จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช. 2552.
9. กรุณา ประมุขลินทรัพย์, และ จริยวัตร คมพัยค์. ผลโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภวัยรุนครรภแรก: วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2556;31:54-58.
10. พัชรวรรณ ชูเลิศ. การสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภวัยรุน. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช. 2557.
11. ดลฤดี เพชรขว่าง, จรรยา แก้วใจบุญ, เรณู บุญทา, และ กัลยา จันทร์สุข. การตั้งครรภวัยรุนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการตั้งครรภในสตรีวัยรุน. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา. 2554
12. วาสนา ถิ่นชนอม, และวิลาวัลย์ ชมนิรัตน์. การพัฒนาแนวทางการให้บริการหญิงตั้งครรภวัยรุนโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในคลินิกฝากครรภ เครีอข่ายบริการสุขภาพอำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี: วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2555; 35: 25-33.
13. สุกัญญา ปานเจริญ. ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกับการสนับสนุน จากครอบครัวต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภวัยรุนครรภแรก. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2557. 7: 113-123.
14. วิหิตา สุขทั่วญาติ. บทเรียนที่ได้จากการสะท้อนคิดของนักเรียนหญิงที่ออกกลางคัน เนื่องจากการตั้งครรภไม่พึงประสงค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2551.
15. นवलอนงค์ ศรีสุกไสย. ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี: วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2556; 23: 60-69.



16. นุชรี อิ่มมาก พักตร์พิไล ศรีแสง สุพรรณณี อึ้งปัญสัตวงศ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสัมพันธ์ภาวะหวัดคู่สมรส การสนับสนุนทางสังคมกับความพึงพอใจทางจิตใจของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก. วารสารพยาบาล ศาสตร์และสุขภาพ. 2552;32(4):55-63.
17. สุจारी ถมพิรา. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการทำหน้าที่ของครอบครัวกับการปฏิบัติพัฒนาภิในบทบาทมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2549; 24(3): 55-62.



การวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะการพยาบาลด้านภัยพิบัติ ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข*

รุ่งนภา จันทรา**
ศุภลักษณ์ ธนาโรจน์**
อติญาณ์ ศรีเกษตรริน**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะการพยาบาลด้านภัยพิบัติ ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และศึกษาตัวแปรที่อธิบายลักษณะองค์ประกอบสมรรถนะการพยาบาลด้านภัยพิบัติ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 267 คน โดยเลือกแบบเจาะจงและการสุ่มแบบแบ่งชั้น เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามที่พัฒนามาจากเทคนิคเดลฟายและกรอบสมรรถนะการพยาบาลด้านภัยพิบัติของสภาพยาบาลระหว่างประเทศ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและหาค่าความเที่ยงด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์องค์ประกอบด้วยวิธีองค์ประกอบหลัก พบว่า องค์ประกอบสมรรถนะการพยาบาลด้านภัยพิบัติในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ มีตัวแปรทั้งหมด 71 ตัวแปร ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 สมรรถนะการประสานงาน การวางแผน เตรียมความพร้อมให้กับบุคลากร ชุมชนและอาสาสมัคร มีตัวแปรที่บรรยายองค์ประกอบ 17 ตัวแปร

องค์ประกอบที่ 2 สมรรถนะการฟื้นฟูสภาพภายหลังเกิดภัยพิบัติ มีตัวแปรที่บรรยายองค์ประกอบ 17 ตัวแปร

องค์ประกอบที่ 3 สมรรถนะคุณลักษณะทั่วไป มีตัวแปรที่บรรยายองค์ประกอบ 16 ตัวแปร

องค์ประกอบที่ 4 สมรรถนะการดูแลบุคคลที่ประสบภัยพิบัติ มีตัวแปรที่บรรยายองค์ประกอบ 9 ตัวแปร

องค์ประกอบที่ 5 สมรรถนะการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ มีตัวแปรที่บรรยายองค์ประกอบ 8 ตัวแปร

องค์ประกอบที่ 6 สมรรถนะการบริหารความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากภัยพิบัติ มีตัวแปรที่บรรยายองค์ประกอบ 4 ตัวแปร

คำสำคัญ: การวิเคราะห์องค์ประกอบ; สมรรถนะการพยาบาล; ภัยพิบัติ

*สนับสนุนทุนวิจัยโดยสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ; อีเมลติดต่อ : c_rungnapa@yahoo.com



A Factor Analysis of Disaster Nursing Competency in Hospitals under the Ministry of Public Health*

*Rungnapa Chantra***

*Supalak Thanaraj***

*Atiya Sarakshetrin***

Abstract

The purpose of this study was to investigate the factors accounting for disaster nursing competencies of nurses in the hospitals under the Ministry of Public Health and to explore the variables of each factor. The sample was composed of 267 nurses from the hospitals under the Ministry of Public Health. The nurses were recruited by utilizing purposive and stratified simple random sampling. The questionnaire was developed by the researchers from the Delphi technique and the ICN Framework of disaster nursing competencies. The questionnaire was validated by experts in the field. The Cronbach's coefficient of the questionnaire was 0.95. The data were analyzed using percentage, mean, standard deviation and Factor analysis with Principle Components Extraction and Orthogonal Rotation with the Varimax Method. The findings were as follows; six factors of disaster nursing competencies were distinguished. These factors were identified by 71 items:

1. Coordinate, Plan, Preparing personnel, community and volunteers to be ready for disaster competencies identified by 17 items
2. Recovery/Rehabilitation competencies identified by 17 items
3. General competencies identified by 16 items
4. Response competencies identified by 9 items
5. Prevention and Promotion competencies identified by 8 items
6. Risk Management competencies identified by 4 items

Keywords : A factor analysis; nursing competencies; disaster

*Granted by Public Health Nurse Alumni Associate

**Boromarajonani College of Nursing, Suratthani ; e-mail : c_rungnapa@yahoo.com



ความเป็นมาและความสำคัญ

ทศวรรษที่ผ่านมาประเทศไทยต้องประสบกับภัยพิบัติที่รุนแรง บ่อยครั้ง และส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศมากขึ้นโดยลำดับ เช่น การเกิดคลื่นยักษ์สึนามิ เมื่อปี 2547 ซึ่งนับเป็นเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงมากที่สุดของประเทศ ทำให้เกิดความเสียหายมากเนื่องจากประเทศไทยไม่มีระบบการเตือนภัย เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความชำนาญในการวิเคราะห์เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น อีกทั้งการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การช่วยเหลือผู้รอดชีวิต ขาดการเตรียมแผนแก้ไขสถานการณ์¹ ทำให้การช่วยเหลือผู้รอดชีวิตและผู้บาดเจ็บเป็นไปอย่างล่าช้า เหตุการณ์อุทกภัยในภาคใต้ระหว่างเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน พ.ศ 2553 มีน้ำท่วมเฉียบพลัน น้ำไหลหลากเข้าท่วมบ้านเรือนราษฎรและพื้นที่การเกษตร รวมทั้งเกิดปัญหาดินโคลนถล่มสร้างความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สินเป็นอย่างมาก มีจังหวัดประสบภัยทั้งสิ้น 12 จังหวัด ราษฎรได้รับความเดือดร้อน 609,511 ครัวเรือน มีผู้เสียชีวิตทั้งสิ้น 80 คน² แม้ว่าการเกิดเหตุการณ์ในครั้งนี้มีการรับมือที่ชัดเจนขึ้น มีมาตรการการช่วยเหลือเร่งด่วนทั้งการอพยพผู้ประสบภัย การช่วยเหลือด้วยการมอบเครื่องใช้ยังชีพ แต่ในภาพรวมยังพบปัญหาอยู่คือ การแจ้งเหตุหรือการประเมินสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น และการแจ้งข่าวแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลให้การรับมือยังดำเนินการได้ไม่เท่าที่ควร ประเมินได้จากตัวเลขผู้เสียชีวิตและผู้ได้รับความเดือดร้อนในพื้นที่ต่างๆ ภายหลังการเกิดอุทกภัย พ.ศ 2553 พื้นที่ภาคใต้อยู่ระหว่างการฟื้นฟูความเสียหาย ก็เกิดภัยธรรมชาติซ้ำขึ้นในหลายพื้นที่ในภาคใต้อีกครั้ง ใน พ.ศ. 2554 โดยเกิดอุทกภัยและดินโคลนถล่ม ก่อให้เกิดความเสียหายในพื้นที่ 10 จังหวัด มีผู้เสียชีวิต 64 คน³ ผลกระทบต่อการเกิดภัยพิบัติในครั้งนี้ มีโรงพยาบาลได้รับผลกระทบจากการมีน้ำท่วมสูงซึ่งในบางที่สูงถึง 2 เมตร ทำให้ต้องหยุดให้บริการและอพยพผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลใกล้เคียง มีปัญหาของเวชภัณฑ์และระบบไฟฟ้าได้รับความเสียหาย ระบบคมนาคมขนส่งถูกตัดขาดทำให้

เกิดปัญหาความล่าช้าในการเข้าช่วยเหลือ

จากสถานการณ์ภัยพิบัติที่ผ่านมา สามารถที่จะคาดการณ์แนวโน้มของการเกิดภัยพิบัติและผลกระทบต่างๆ ในอนาคตได้ว่า อาจจะทวีความรุนแรงมากขึ้น ด้วยความถี่ ลักษณะ ขนาด และ ความรุนแรงที่เพิ่มขึ้น⁴ นอกจากนี้การขยายตัวของประชากรและการเติบโตของเมืองในช่วงที่ผ่านมา เป็นการขยายพื้นที่การตั้งถิ่นที่อยู่อาศัยและพื้นที่ประกอบกิจกรรมทางเศรษฐกิจ เข้าไปในเขตพื้นที่เสี่ยงต่อภัยพิบัติมากขึ้น⁵ ทำให้แนวโน้มความสูญเสียและการรับมือกับภัยพิบัติมีความซับซ้อนยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันวางแผนการจัดการเพื่อบรรเทาความรุนแรง โดยมีการเตรียมมาตรการและแนวทางการลดจนอุปการณ์กู้ภัยและช่วยชีวิต แต่การช่วยเหลือบรรเทาทุกข์ผู้ประสบภัยจากพิบัติภัยต่างๆ ยังขึ้นอยู่กับการตอบสนองในภาวะฉุกเฉินเพื่อที่จะประเมินสถานการณ์และให้การช่วยเหลือหลังจากเกิดเหตุการณ์และการฟื้นฟูหลังเกิดเหตุการณ์อย่างมีประสิทธิภาพ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ⁶ ได้วิเคราะห์ความสำคัญขององค์ประกอบต่างๆ ที่มีผลต่อการช่วยเหลือผู้ประสบภัยโดยเปรียบเทียบการช่วยเหลือผู้ประสบภัยกรณีต่างๆ ได้แก่ การป้องกัน และการบรรเทา(Prevention/ Mitigation) เพื่อหลีกเลี่ยงหรือลดขวางมิให้ภัยพิบัติและความสูญเสียเกิดขึ้นแก่ชีวิต ทรัพย์สินและชุมชน การบรรเทาเพื่อการลดผลกระทบ และความรุนแรงของภัยพิบัติที่ก่อให้เกิด อันตรายและความสูญเสียแก่ชุมชนและประเทศชาติ การเตรียมพร้อม (Preparedness) เพื่อเพิ่มขีดความสามารถ ให้กับรัฐบาล องค์การปฏิบัติ ชุมชนและปัจเจกบุคคล ในการเผชิญกับภาวะการเกิดภัยพิบัติ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การรับสถานการณ์ฉุกเฉิน (Emergency Response) เพื่อช่วยชีวิต ป้องกันอันตราย และความสูญเสียต่างๆ ส่วนการฟื้นฟูบูรณะ (Recovery) เพื่อให้พื้นที่หรือชุมชนที่ได้รับภัยพิบัติกลับคืนสู่สภาพที่ดีขึ้น การให้ความช่วยเหลือฟื้นฟูชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนที่ประสบภัยสำหรับ



มาตรการฟื้นฟูบูรณะในระยะยาวจะนำไปสู่เรื่องของการพัฒนาต่อไป และการพัฒนา (Development) เพื่อลดความสูญเสียให้น้อยที่สุด ความเกี่ยวข้องตามบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพพยาบาลคือ การเตรียมความพร้อมให้การช่วยเหลือตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลโดยพิจารณากระบวนการจัดการภัยพิบัติ จากแนวคิดของ Mohammad H.I. Dore and David Etkin² ได้อธิบายขั้นตอนการจัดการภัยพิบัติ 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นเตรียมความพร้อม 2) ขั้นหลีกเลี่ยงจากภัยพิบัติ และ 3) ขั้นตอนสนองและฟื้นฟู สอดคล้องกับแนวคิดของ Gerald E. Galloway³ กล่าวว่า ในการจัดการภัยพิบัติขั้นเตรียมความพร้อม (Preparedness) เป็นขั้นตอนของการเตรียมความพร้อมเพื่อลดความเสียหายจากภัยพิบัติ โดยเตรียมจัดหาทรัพยากร รวมทั้งจัดตั้งหน่วยงานต่างๆ เพื่อสนับสนุนและรับผิดชอบต่อการจัดการภัยพิบัติเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการต่อไป นอกจากนี้สมาคมพยาบาลระหว่างประเทศมีแนวคิดที่ว่าพยาบาลควรมีการวางแผนและเตรียมพร้อมต่อการเกิดภัยพิบัติ⁴ ซึ่งสอดคล้องกับที่สำนักเลขาธิการระหว่างองค์กรด้านยุทธศาสตร์ระหว่างประเทศเพื่อการลดภัยพิบัติแห่งสหประชาชาติ⁵ กล่าวว่า การผสมผสานกันของจุดแข็งของชุมชนและทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน สังคม หรือองค์กร จะสามารถลดระดับของความเสียหายหรือลดผลกระทบจากภัยพิบัติได้ ชีตความสามารถของชุมชนยังรวมถึง ด้านกายภาพ โครงสร้างทางสังคมและเศรษฐกิจ เหล่านี้หมายถึงความถนัดของบุคคลที่เป็นผู้บรรเทาภัยพิบัติ พยาบาลในฐานะทีมปฏิบัติการพยาบาลภัยพิบัตินั้น ต้องมีสมรรถนะหรือระดับขีดความสามารถด้านความรู้และทักษะในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บในภาวะวิกฤติ และการจัดการกับผู้บาดเจ็บที่มีจำนวนมากได้อย่างเหมาะสม เพราะสมรรถนะมีความสำคัญในการบ่งบอกคุณภาพการพยาบาลที่แก่ผู้บาดเจ็บ ถ้าหากพยาบาลมีสมรรถนะที่เหมาะสมในการให้บริการอย่างเพียงพอส่งผลถึงความปลอดภัยของผู้บาดเจ็บ สภาพพยาบาลระหว่างประเทศ⁶ ได้กำหนดสมรรถนะด้านการจัดการภัยพิบัติสำหรับพยาบาล ไว้ 4 หมวด ได้แก่

หมวดที่ 1 การป้องกันและบรรเทาความรุนแรง/ผลกระทบ หมวดที่ 2 ด้านความพร้อม หมวดที่ 3 ด้านการตอบสนอง/การรับมือ และหมวดที่ 4 การฟื้นฟูภายหลังการเกิดภัยพิบัติ นอกจากนี้สภาพยาบาลระหว่างประเทศ⁶ ระบุว่าหากพยาบาลสามารถแสดงบทบาทในสถานการณ์ภัยพิบัติได้อย่างเหมาะสมตามระยะการจัดการภัยพิบัติ จะสามารถบรรเทาความรุนแรงและการสูญเสียจากเหตุการณ์ภัยพิบัติได้อย่างมากมาย

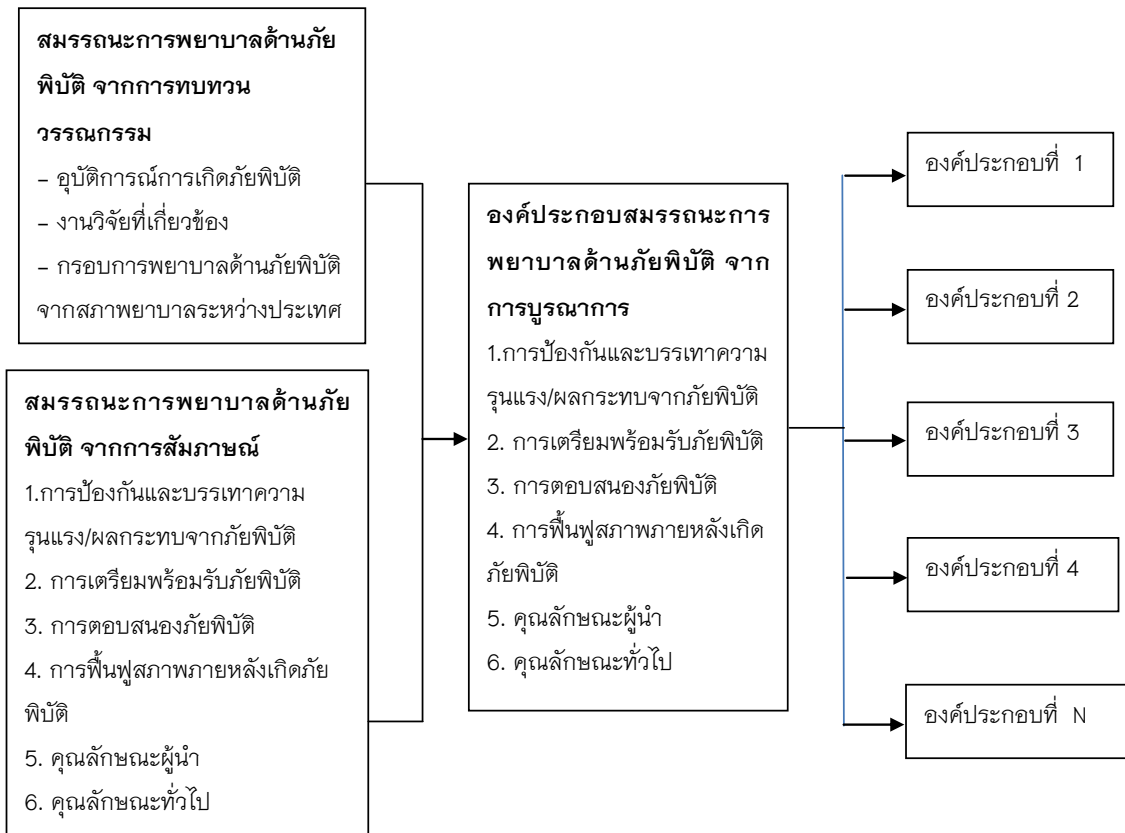
ด้วยเหตุนี้สมรรถนะการพยาบาลด้านภัยพิบัติจึงมีความจำเป็นมากที่จะต้องพัฒนา ผู้วิจัยจึงมีความสนใจการศึกษาสมรรถนะของพยาบาลด้านการจัดการภัยพิบัติ ว่าประกอบด้วยสมรรถนะใดบ้าง เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมพยาบาลให้มีสมรรถนะที่เหมาะสมต่อการรับภัยพิบัติที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะการพยาบาลด้านภัยพิบัติในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
2. เพื่อศึกษาตัวแปรที่อธิบายลักษณะองค์ประกอบสมรรถนะการพยาบาลด้านภัยพิบัติ ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของสภาพยาบาลระหว่างประเทศ⁶ ประกอบด้วย 1) สมรรถนะการป้องกันและบรรเทาความรุนแรง/ผลกระทบจากภัยพิบัติ (Prevention/mitigation competencies) 2) สมรรถนะการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ (Preparedness competencies) 3) สมรรถนะการตอบสนองภัยพิบัติ (Response competencies) 4) สมรรถนะการฟื้นฟูสภาพภายหลังการเกิดภัยพิบัติ (Recovery/rehabilitation competencies) ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการภัยพิบัติ พบว่ามีองค์ประกอบพื้นฐานเพิ่มอีก 2 สมรรถนะ คือ สมรรถนะคุณลักษณะผู้นำและสมรรถนะคุณลักษณะทั่วไปของพยาบาล ดังแผนภาพ



ระเบียบวิธีการวิจัย

เป็นวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะการพยาบาลด้านภัยพิบัติ จากรายงานการศึกษาดังกล่าว กรอบแนวคิดของสภาพพยาบาลระหว่างประเทศ นำมาวิเคราะห์เป็นกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะการพยาบาลด้านภัยพิบัติ

ขั้นที่ 2 รวบรวมความคิดเห็นเกี่ยวกับสมรรถนะการพยาบาลด้านภัยพิบัติจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ และนำมาวิเคราะห์เนื้อหาจัดหมวดหมู่องค์ประกอบ

จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านภัยพิบัติ จำนวน

20 ท่าน เกี่ยวกับสมรรถนะการพยาบาลด้านภัยพิบัติ และองค์ประกอบสมรรถนะแต่ละด้าน ตามความเห็นและประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง นำผลการสัมภาษณ์มาจัดหมวดหมู่และจัดโครงสร้างขององค์ประกอบได้องค์ประกอบพื้นฐานสมรรถนะการพยาบาลด้านภัยพิบัติที่สอดคล้องกัน จำนวน 6 องค์ประกอบ ประกอบด้วย 1) การป้องกันและการบรรเทาความรุนแรง/ผลกระทบจากภัยพิบัติ 2) การเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ 3) การตอบสนองภัยพิบัติ 4) การฟื้นฟูสภาพภายหลังเกิดภัยพิบัติ 5) คุณลักษณะความเป็นผู้นำ และ 6) คุณลักษณะทั่วไปของพยาบาลด้านภัยพิบัติ

ขั้นที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ นำข้อมูลที่วิเคราะห์ได้จากการสัมภาษณ์กับกรอบแนวคิด



ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม สร้างเป็นแบบสอบถามรอบที่ 2 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 113 ข้อ ส่งถึงผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามรอบที่ 2 คำนวณหาค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของข้อคำถามแต่ละข้อปรับข้อความในแบบสอบถามตามข้อเสนอของผู้เชี่ยวชาญ ได้แบบสอบถามรอบที่ 3 จำนวน 113 ข้อ ส่งถึงผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นที่ 5 วิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3 นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามรอบที่ 3 หาค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ สรุปเป็นสมรรถนะการพยาบาลด้านภัยพิบัติจำนวน 113 ข้อ

ขั้นที่ 6 สร้างแบบสอบถาม จากขั้นตอนที่ 1-3 มีการแบ่งย่อยข้อคำถามออกจากแนวคิดสมรรถนะจำนวน 113 ข้อ เป็นจำนวน 136 ข้อ ประกอบด้วย

- 1) สมรรถนะด้านการป้องกัน และการบรรเทาความรุนแรง/ผลกระทบ จากภัยพิบัติ จำนวน 23 ข้อ
- 2) สมรรถนะด้านเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ จำนวน 27 ข้อ
- 3) สมรรถนะด้านการตอบสนองภัยพิบัติ จำนวน 48 ข้อ
- 4) สมรรถนะด้านการฟื้นฟูสภาพภายหลังเกิดภัยพิบัติ จำนวน 14 ข้อ
- 5) สมรรถนะด้านการเป็นผู้นำ จำนวน 8 ข้อ และ
- 6) คุณลักษณะทั่วไป จำนวน 16 ข้อ มีขั้นตอนดังนี้

การสร้างเครื่องมือ เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล อายุ วุฒิการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์การทำงาน และสถานที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสมรรถนะการพยาบาลด้านภัยพิบัติ ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบตรงกับความคิดเห็นของเกี่ยวกับสมรรถนะการพยาบาลด้านภัยพิบัติเพื่อสะท้อนให้เห็นการปฏิบัติงานเมื่อเกิดภัยพิบัติ โดย ระดับ 5 หมายถึง มีความคิดว่าสมรรถนะนั้นมีความสำคัญมากที่สุด ระดับ 4 หมายถึง ท่านมี

ความคิดว่าสมรรถนะนั้นมีความสำคัญมาก ระดับ 3 หมายถึง ท่านมีความคิดว่าสมรรถนะนั้นมีความสำคัญปานกลาง ระดับ 2 หมายถึง ท่านมีความคิดว่าสมรรถนะนั้นมีความสำคัญน้อย และระดับ 1 หมายถึง ท่านมีความคิดว่าสมรรถนะนั้นมีความสำคัญน้อยที่สุด จากนั้นนำไปหาคุณภาพของแบบสอบถาม ดังนี้

1) การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

เนื่องจากคุณภาพของเครื่องมือที่จะได้จากการทดสอบความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเทคนิคเดลฟาย จะแฝงอยู่ในกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล เพราะเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญโดยตรง รวมทั้งยังให้ผู้เชี่ยวชาญได้ปรับแก้สำนวน ภาษา และมีโอกาสตรวจสอบคำตอบของตนเองอีกหลายรอบ รวมทั้งได้จัดข้อคำถามในแบบสอบถามอย่างเป็นระบบ การสัมภาษณ์ในเวลาที่เหมาะสม และให้เวลาในการตอบแบบสอบถามอย่างเพียงพอแล้ว จะทำให้ความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือเพิ่มสูงขึ้น⁹ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้มีคุณภาพทั้งในด้านความตรงและความเที่ยง คือ ข้อมูลที่ได้มีความสอดคล้องกันทั้งหมดทุกรายการ โดยมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) ไม่เกิน 1.50 แสดงถึงความตรงของเครื่องมือ

2) การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้หาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.95

ขั้นที่ 7 สุ่มตัวอย่าง รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล มีรายละเอียด ดังนี้

7.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 73,692 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรยามาเน¹⁰ กำหนดความคลาดเคลื่อน 0.05 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 398 เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ใน



พื้นที่ที่เคยได้รับภัยพิบัติ และทำการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ตามแต่ละภาคของประเทศ ได้รับแบบสอบถามคืนจำนวน 267 คน คิดเป็นร้อยละ 67.09

7.2 วิธีการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทางไปรษณีย์ นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้อง พร้อมข้อมูลมาวิเคราะห์ผลการวิจัยตามวิธีทางสถิติต่อไป

7.3 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยจัดทำเอกสารชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Participant information sheet) ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย การรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แนะสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ให้ผู้ให้ข้อมูลทราบ ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทันทีที่ต้องการโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ข้อมูลที่ได้จะถูกได้รับการปกปิดและจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมและนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น รวมทั้งจะทำลายข้อมูลทันทีหลังจากได้รายงานวิจัยที่แล้วเสร็จอย่างสมบูรณ์

7.4 การวิเคราะห์ข้อมูล หาค่าสถิติ ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) การวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) โดยการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธีองค์ประกอบหลัก (Principle component analysis) หมุนแกนองค์ประกอบแบบออร์โธโกนอล (Orthogonal) ด้วยวิธีแวนริแมกซ์ (Varimax)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุในช่วง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.16 มีวุฒิการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาโทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 84.78 โดยมีการประกอบการทำงานมากกว่า 14 ปี คิดเป็นร้อยละ 61.59 และปฏิบัติงาน ห้าองอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.32

2. ตัวแปรสมรรถนะการพยาบาลด้านภัยพิบัติในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 136 ตัวแปร มีค่าเฉลี่ยความสำคัญอยู่ระหว่าง 3.11 – 4.18 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระหว่าง 0.88-1.15 ตัวแปรที่มีค่าเฉลี่ยความสำคัญมากที่สุดคือ ตัวแปรที่ 126 การมีมนุษยสัมพันธ์ดี สามารถทำงานเป็นที่ร่วมกับสหวิชาชีพ หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นและปฏิบัติงานโดยไม่มีอคติ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยความสำคัญ 3.99 รองลงมา คือ ตัวแปร สามารถให้กำลังใจ แสดงออกถึงการสนใจและเข้าใจความรู้สึกของผู้ประสบภัย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ประสบภัยได้ระบายการตั้งใจรับฟังและสนใจคำถามที่ผู้ประสบภัยสอบถาม ซึ่งมีค่าเฉลี่ยความสำคัญ 3.98 ตัวแปรที่มีค่าเฉลี่ยความสำคัญระดับน้อยที่สุด คือ สามารถวิจัยหรือนำผลการวิจัยมาใช้เป็นข้อมูลจัดทำแผนและเตรียมพร้อมรับมือกับภัยพิบัติที่อาจจะเกิดขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ย 3.11

3. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะการพยาบาลด้านภัยพิบัติในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้ง 136 ตัวแปร ได้เมตริกสหสัมพันธ์ขนาด 136X136 พิจารณาค่า KMO and Bartlett's Test พบว่า ค่าดัชนี KMO เท่ากับ 0.974 แสดงว่าข้อมูลชุดนี้มีความเหมาะสมในการใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ 11-12 และจาก Bartlett's test of sphericity โดยใช้ค่า Chi-Square เท่ากับ 59010.43 (p=0.00) วิเคราะห์องค์ประกอบโดยวิธีองค์ประกอบหลัก (Principle component analysis) หมุนแกนแบบออร์โธโกนอล (Orthogonal) ด้วยวิธีแวนริแมกซ์ (Varimax) ได้ องค์ประกอบที่มีค่าไอเกน (Eigen value) มากกว่า 1.0 มีจำนวน 12 องค์ประกอบ ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 แสดงองค์ประกอบ ความแปรปรวนรวม ร้อยละของความแปรปรวน และร้อยละสะสมของ ความแปรปรวนของแต่ละองค์ประกอบก่อนและหลังสกัดองค์ประกอบ

องค์ประกอบ	ความแปรปรวนก่อนสกัดองค์ประกอบ			ความแปรปรวนหลังสกัดองค์ประกอบด้วยการหมุนแกนแบบอโรโทเนอล		
	ความแปรปรวนรวม	ร้อยละของความแปรปรวน	ร้อยละสะสมของความแปรปรวน	ความแปรปรวนรวม	ร้อยละของความแปรปรวน	ร้อยละสะสมของความแปรปรวน
องค์ประกอบที่ 1	86.36	63.50	63.50	21.22	15.60	15.60
องค์ประกอบที่ 2	5.74	4.23	67.78	19.96	14.68	30.28
องค์ประกอบที่ 3	4.26	3.13	70.85	19.57	14.39	44.67
องค์ประกอบที่ 4	2.98	2.19	73.04	12.07	8.87	53.54
องค์ประกอบที่ 5	2.41	1.77	74.81	9.49	6.98	60.52
องค์ประกอบที่ 6	2.06	1.51	76.33	7.37	5.42	65.93
องค์ประกอบที่ 7	1.57	1.16	77.48	5.73	4.21	70.15
องค์ประกอบที่ 8	1.43	1.05	78.54	4.84	3.56	73.70
องค์ประกอบที่ 9	1.34	0.99	79.52	4.50	3.30	77.01
องค์ประกอบที่ 10	1.20	0.88	80.40	2.59	1.91	78.91
องค์ประกอบที่ 11	1.08	0.80	81.20	2.36	1.74	80.65
องค์ประกอบที่ 12	1.03	0.75	81.95	1.77	1.30	81.95

จากองค์ประกอบ 12 องค์ประกอบ ที่มีค่าไอเกนมากกว่า 1 แสดงว่าตัวแปรทั้ง 136 ตัวแปร มีองค์ประกอบร่วม (Common factor) 12 องค์ประกอบ มีร้อยละสะสมของความแปรปรวน 22.22 แต่เนื่องจากองค์ประกอบที่ 2, 3, 7 และ 8 ไม่มีตัวแปรที่อธิบายองค์ประกอบนั้นตั้งแต่ 3 ตัวแปรขึ้นไปและแต่ละตัวแปรมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) ไม่ถึง 0.55 จึงตัดออกเหลือเพียง 6 องค์ประกอบ สามารถจัดประเภทองค์ประกอบสมรรถนะของพยาบาลด้านภัยพิบัติ ได้ 6 องค์ประกอบ และสร้างเป็นองค์ประกอบใหม่ คือ องค์ประกอบที่ 1 สมรรถนะการประสานงาน การวางแผน การเตรียมให้กับบุคลากร ชุมชนและอาสาสมัคร องค์ประกอบที่ 2 สมรรถนะการฟื้นฟูสภาพ

ภายหลังเกิดภัยพิบัติ องค์ประกอบที่ 3 สมรรถนะคุณลักษณะทั่วไป องค์ประกอบที่ 4 สมรรถนะการดูแลบุคคลที่ประสบภัยพิบัติ องค์ประกอบที่ 5 สมรรถนะการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ องค์ประกอบที่ 6 สมรรถนะการบริหารความเสี่ยงและความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นจากภัยพิบัติ

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลในภาพรวม ดังนี้ องค์ประกอบสมรรถนะการพยาบาลด้านภัยพิบัติ ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่ 1 สมรรถนะการประสานงาน การวางแผน การเตรียมความพร้อมให้กับบุคลากร ชุมชนและอาสาสมัครมีความพร้อม



รับภัยพิบัติ องค์ประกอบที่ 2 สมรรถนะการฟื้นฟูสภาพภายหลังเกิดภัยพิบัติ องค์ประกอบที่ 3 สมรรถนะคุณลักษณะทั่วไป องค์ประกอบที่ 4 สมรรถนะบุคคลที่ประสบภัยพิบัติ องค์ประกอบที่ 5 สมรรถนะการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ องค์ประกอบที่ 6 สมรรถนะการบริหารความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากภัยพิบัติ เมื่อพิจารณาารายองค์ประกอบ พบว่า

องค์ประกอบที่ 1 สมรรถนะการประสานงาน การวางแผน การเตรียมความพร้อมให้กับบุคลากร ชุมชนและอาสาสมัครมีความพร้อมรับภัยพิบัติ เป็นสมรรถนะแรกที่ต้องอธิบายความแปรปรวนได้มากที่สุด ซึ่งจะประกอบด้วยตัวแปรที่เกี่ยวกับการวางแผน และร่วมประสานงานกับหน่วยต่างๆ เพื่อเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ เช่นการซ้อมรับภัยพิบัติ การเตรียมความพร้อมของบุคลากร เช่นการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับภัยพิบัติ บทบาทหน้าที่ของพยาบาลเพื่อเตรียมรับภัยพิบัติ ให้ความรู้กับชุมชนเพื่อเตรียมความพร้อมรับกับภัยพิบัติ ซึ่งในองค์ประกอบนี้จะมีค่าน้ำหนักขององค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.57-0.78 นับว่าเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญ สอดคล้องกับแนวคิดของ Gerald E. Galoway³ ที่กล่าวว่า การจัดการภัยพิบัตินั้นขึ้นเตรียมความพร้อม (Preparedness) เป็นขั้นตอนของการเตรียมความพร้อมเพื่อลดความเสียหายจากภัยพิบัติ เช่น เตรียมจัดหาทรัพยากรรวมทั้งจัดตั้งหน่วยงานต่างๆ เพื่อสนับสนุนและรับผิดชอบต่อการจัดการภัยพิบัติเพื่อเป็นแนวทางให้กับขั้นต่อไป รวมทั้งองค์การอนามัยโลกได้เสนอแนะให้แต่ละประเทศมีแผนการบริหารจัดการเมื่อเกิดภัยพิบัติ ทางด้านองค์กรวิชาชีพหลายองค์กรก็พยายามกำหนดบทบาทของเจ้าหน้าที่ในองค์กรต่อการปฏิบัติเมื่อมีภัยพิบัติ เช่น สมาคมพยาบาลระหว่างประเทศ กระตุ้นเตือนว่าพยาบาลควรมีการวางแผนและเตรียมพร้อมต่อการเกิดภัยพิบัติ⁴

องค์ประกอบที่ 2 สมรรถนะการฟื้นฟูสภาพภายหลังเกิดภัยพิบัติ เป็นองค์ประกอบที่ประกอบด้วยตัวแปรที่เกี่ยวกับการประสานงานเพื่อการดูแลผู้ประสบภัยในด้านต่างๆ เช่นด้านสวัสดิการ ที่อยู่อาศัย อาหาร

อาชีพ และความต้องการอื่นๆ ซึ่งจะต้องมีความรู้ด้านสุขภาพ การเฝ้าระวังโรค รวมทั้งการดูแลผู้ดูแล (Caregiver) ผู้ได้รับผลกระทบ ด้านร่างกายจิตใจ สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณ องค์ประกอบ นี้มีน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.57 – 0.76 นับว่ามีความสำคัญต่อการจัดการภัยพิบัติ เนื่องจากก่อกำเนิดภัยพิบัติต้องมีการดำเนินการอย่างรีบด่วนเพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ประสบภัยซึ่งอยู่ในสภาวะจิตใจที่ระส่ำระสายและป้องกันภาวะความผิดปกติทางจิตใจ และสิ่งแวดล้อมอื่นๆ อีกด้วยการบรรเทาทุกข์โดยทั่วไป เป็นการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรจากสาขาวิชาชีพต่างๆ โดยการสำรวจความเสียหายประเมินความจำเป็นรีบด่วนจัดเตรียมแผนปฏิบัติการและเริ่มดำเนินการตามแผนอย่างรวดเร็วมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sallie J.¹⁵ ที่ศึกษาการปฏิบัติการเมื่อเกิดภัยพิบัติ เฮอริเคนริต้า และแคทริน่า ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพควรมีทักษะ 21 ข้อ ในการปฏิบัติต่อการเกิดภัยพิบัติโดยมีทักษะการประสานงานรวมอยู่ด้วย

องค์ประกอบที่ 3 สมรรถนะคุณลักษณะทั่วไป เป็นองค์ประกอบที่มีน้ำหนักขององค์ประกอบตั้งแต่ 0.55-0.78 ประกอบด้วยตัวแปรที่เกี่ยวกับการวิเคราะห์ และประเมินตนเอง รับฟังข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาตนเอง ซึ่งมีน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.78 ตัวแปรเกี่ยวกับการแสวงหาโอกาสการพัฒนาตนเองในรูปแบบที่หลากหลายอย่างต่อเนื่อง มีน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ 0.78 ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีน้ำหนักองค์ประกอบสูง เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคคลที่มีความต้องการในการพัฒนาตนเองและเชิงวิชาชีพ ซึ่งการพัฒนาตนเองอย่างสม่ำเสมอนี้จะเพิ่มความรู้ความสามารถในทักษะการปฏิบัติการพยาบาลและคุณภาพการทำงานมากขึ้น การเพิ่มคุณภาพงานนี้สอดคล้องกับการปฏิบัติกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่พยาบาลทุกคนต้องปฏิบัติ สอดคล้องกับสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพตามพระราชบัญญัติวิชาชีพ



การพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540¹⁴

องค์ประกอบที่ 4 สมรรถนะการดูแลบุคคลที่ประสบภัยพิบัติ เป็นองค์ประกอบที่มีน้ำหนักอยู่ระหว่าง 0.57–0.81 ประกอบด้วยตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ประสบภัยพิบัติในสถานการณ์ขณะเกิดภัยพิบัติ เช่น การปฐมพยาบาลเบื้องต้นได้อย่างคล่องแคล่ว การดูแลผู้มีบาดแผลและปอดติดเชื้อได้ การประเมินอาการและให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมและสามารถช่วยฟื้นคืนชีพได้ สอดคล้องกับ กฎญา อาวีรัชกุล¹⁵ ได้เสนอมาตรการในการเผชิญหน้ากับสถานการณ์ตั้งแต่ก่อนเกิดเหตุ ระหว่างเกิดเหตุ และหลังเกิดเหตุที่ต่อเนื่องจนครบกระบวนการ รวมทั้งการรับสถานการณ์ฉุกเฉิน (Emergency response) คือการปฏิบัติอย่างทันทีทันใดเมื่อภัยพิบัติเกิดขึ้น โดยมีมาตรการต่างๆ เพื่อช่วยชีวิต ป้องกันอันตราย และความสูญเสียต่างๆ เช่น การค้นหา การช่วยชีวิต การกู้ภัย การอพยพ การผจญเพลิง การแจกจ่ายอาหารและยา การจัดทำที่พักชั่วคราว การปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการนำส่งโรงพยาบาล จากรายงานของ ICN framework of disaster nursing competencies⁶ ได้อธิบายว่า บทบาทของพยาบาลด้านการตอบสนองเป็นการดำเนินการในเหตุการณ์ภัยพิบัติ โดยทันที ซึ่งจะรวมถึงการตอบสนองไปยังพื้นที่ภัยพิบัติ การเผชิญกับภัยพิบัติและการตอบสนอง มีวัตถุประสงค์ที่จะลดการเสียชีวิตให้มากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ ตอบสนองความต้องการได้ทันทีของผู้รอดชีวิต และลดผลกระทบทางสุขภาพในระยะยาวของภัยพิบัติ

องค์ประกอบที่ 5 สมรรถนะการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ เป็นองค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.57–0.73 ประกอบด้วยตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมศักยภาพของครอบครัว ชุมชนให้เกิดความเข้มแข็ง สามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ ให้สามารถพึ่งตนเองได้โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถจัดการปัญหาสุขภาพแก่ผู้ป่วยเรื้อรัง

กลุ่มผู้พิการและกลุ่มที่ต้องการการพึ่งพา สอดคล้องกับสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 และซึ่งกำหนดโดยสภาการพยาบาล¹⁴ ที่พยาบาลวิชาชีพจะต้องมีสมรรถนะป้องกันโรคและเสริมภูมิคุ้มกันโรค เพื่อลดความเจ็บป่วยจากโรคที่สามารถป้องกันได้ สอดคล้องกับ Murry & Zentner¹⁶ ที่กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นกลุ่มกิจกรรมเพื่อช่วยยกระดับสุขภาพและความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น รวมถึงการที่แต่ละบุคคล ครอบครัว ชุมชน สิ่งแวดล้อม และสังคม ได้ประจักษ์ในศักยภาพสูงสุดทางด้านสุขภาพ เมื่อบุคคลประสบภัยพิบัติจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพต่างๆ จึงต้องมีการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้เกิดผลต่อต่อบุคคล ครอบครัวและชุมชน ดังที่สำนักเลขาธิการระหว่างองค์การด้านยุทธศาสตร์ระหว่างประเทศเพื่อการลดภัยพิบัติแห่งสหประชาชาติ⁵ ได้เสนอแนวทางไว้ว่าการผสมผสานกันของจุดแข็งของชุมชนและทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน สังคม หรือองค์กร จะสามารถลดระดับของความเสียหายหรือลดผลกระทบจากภัยพิบัติได้

องค์ประกอบที่ 6 สมรรถนะการบริหารความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากภัยพิบัติ เป็นองค์ประกอบที่มีน้ำหนักอยู่ระหว่าง 0.55–0.66 ประกอบด้วยตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการมีความรู้ความเข้าใจนิยามที่เกี่ยวกับภัยพิบัติ ได้แก่ disaster, technological disasters, conflicted disaster, terrorism มีความรู้เกี่ยวกับระบาดวิทยาการเกิดภัยพิบัติในการประเมินความเสี่ยงและผลที่เกิดจากความเสี่ยง หากบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการภัยพิบัติต่างๆ จะทำให้เกิดความตระหนักจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และแสดงบทบาทของพยาบาลวิชาชีพได้เหมาะสมและจะลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับ ICN framework of disaster nursing competencies⁶ ระบุว่า หากพยาบาลสามารถแสดงบทบาทในสถานการณ์ภัยพิบัติได้อย่างเหมาะสมตามระยะการจัดการภัยพิบัติ ได้แก่ สมรรถนะด้านการ



ป้องกันและบรรเทาภัยพิบัติ สมรรถนะด้านการพร้อมรับภัยพิบัติ สมรรถนะด้านการเผชิญกับภัยพิบัติและการตอบสนอง และสมรรถนะด้านการฟื้นฟูสภาพ จะสามารถบรรเทาความรุนแรงและการสูญเสียจากเหตุการณ์ภัยพิบัติได้อย่างมากมาย

ข้อจำกัดของการวิจัย จำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย อาจได้ข้อมูลไม่ครอบคลุม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำไปใช้ประโยชน์

1.1 ข้อเสนอแนะสำหรับพยาบาลวิชาชีพสามารถใช้องค์ประกอบสมรรถนะการพยาบาลด้านภัยพิบัติ ในการประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้ ความสามารถและทักษะของตนเอง เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาตนเองและเตรียมตนเองให้สอดคล้องกับสมรรถนะการพยาบาลด้านภัยพิบัติ

1.2 นำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารองค์การวิชาชีพในการกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลด้านการจัดการภัยพิบัติ ให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและพิจารณาคัดเลือกบุคคลที่มีความเหมาะสม เพื่อเข้าไปเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานการณ์ภัยพิบัติ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ควรมีการขยายไปศึกษากับพยาบาลวิชาชีพทั่วประเทศไทย โดยใช้รูปแบบสมรรถนะของพยาบาลที่ได้เพื่อเปรียบเทียบว่ามีความแตกต่างหรือสอดคล้องกันอย่างไร

2.2 ควรมีการพัฒนาตัวชี้วัดการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลเพื่อการเตรียมความพร้อมรับภัยพิบัติ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การจัดการภัยพิบัติและการฟื้นฟูบูรณะหลังการเกิดภัยกรณีศึกษาประเทศไทย และประเทศอื่นๆ. กรุงเทพฯ; 2554.

2. Dore Mohammad, H. I., & Etkin, D. Natural disaster adaptive capacity and development in the twenty first century in M. Pelling. (Ed.). Natural disaster and development in a globalizing world. London: Routledge; 2003.
3. Galloway. G. E. [Internet]. แนวคิดการจัดการภัยพิบัติ. 2013 Oct-[cited 2013 Oct 22]. Available from [http:// www.gotoknow.org/file/phasika_phalarak/DisasterManagement.pdf](http://www.gotoknow.org/file/phasika_phalarak/DisasterManagement.pdf).
4. Fung, O.W.M., Loke, A.Y., & Lai, C.K.Y. Disaster preparedness among Hong Kong nurses. Journal of Advanced Nursing, 2008; 62(6), 698-703.
5. United Nations International Strategy for Disaster Reduction. Living with risk: Focus on disaster risk reduction. [Internet]. 2009. [cited 2013 Jan 13]. Available from http://www.unisdr.org/eng/about_isdr/basic_docs /LwR2004ch1_section 1.pdf.
6. Kelly-Thomas, K.J. The nature of staff development practice. in: F. Makaret Milner. Clinical nurse educators as agents for change: increasing research utilization. [Internet]. 2013. [cited 2013 Dec 2]. Available from <http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489%2804%2900223-8/references>.
7. ปรีชา วัชรภัย. Engagement Strategic in Organization. [อินเทอร์เน็ต]. 2550 [เข้าถึงเมื่อ 16 ธันวาคม 2555]. เข้าถึงได้จาก <http://www.pmat.or.th>.
8. ICN Framework of Disaster Nursing Competencies World Health Organization.International federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC). World Disaster report 2002. Geneva, Switzerland; 2009.



9. จุมพล พูลภัทรชีวิน. การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย. ในทศพร ศิริสัมพันธ์ (บรรณาธิการ). เทคนิควิธีการวิเคราะห์นโยบาย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
10. Yamane, T. Statistics: An introduction analysis. (3rded). New York: Harper & Row; 1973.
11. เพชรน้อย ลิงห์ช่างชัย. หลักการและการใช้สถิติวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับงานวิจัยทางการแพทย์ (พิมพ์ครั้งที่ 3). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2549.
12. ศิริชัย กาญจนวาสิ และ คณะ. การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์; 2543.
13. Shipman, Sallie J. Emergency preparedness curriculum: Essential skills for nurses responding in disasters. [Internet]. 2014. [cited 2014 Apr 2]. Available from <http://gradworks.umi.com/36/39/3639249.html>.
14. สภาการพยาบาล. พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์พ.ศ. 2528 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 ตามราชกิจจานุเบกษาฉบับกฤษฎีกาเล่มที่ 114.กรุงเทพฯ; 2544.
15. กฤษฎา อาริรัชชกุล. การบริหารจัดการภัยพิบัติ:องค์ความรู้และทักษะที่ต้องพัฒนา. [อินเทอร์เน็ต]. 2554. เข้าถึงเมื่อ 11 Jan 2557]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaiarmedforce.com/taf-article/66-dboy/384-disaster-management-dboy.pdf>.
16. Murray, R.B., & Zentner, J.P. Nursing assessment and health promotion strategies through the life span.(5th ed.). Stamford; 1993.



การพัฒนาอัตลักษณ์นักศึกษาพยาบาลด้วยกิจกรรมสารทเดือนสิบ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

จตุพร ตันตะโมกิจ*

นิศารัตน์ นรสิงห์*

วิลาสินี แผ้วชนะ*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการของกิจกรรมที่ส่งผลในการพัฒนาอัตลักษณ์ของนักศึกษา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ประกอบด้วยนักศึกษาชั้นปีที่ 1 2 3 และ 4 จำนวน 20 คน อาจารย์และบุคลากรจำนวน 10 คน ประกอบด้วยอาจารย์ 5 คน บุคลากร 5 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการบันทึกเทป วิเคราะห์ข้อมูลตามรูปแบบของโคไลซ์ซี่ ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการในการพัฒนาอัตลักษณ์นักศึกษาด้วยกิจกรรมสารทเดือนสิบมี 3 กระบวนการ คือ 1.การวางแผนกิจกรรม ประกอบด้วย 1) การปลูกจิตสำนึกความศรัทธาในประเพณีสารทเดือนสิบ 2) การทำความเข้าใจประเพณีสารทเดือนสิบ 3) การสร้างระบบและกลไกในการดำเนินงาน 2. การดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วย 1) การออกแบบรถห่มรับ 2) การจัดเตรียมอุปกรณ์ และ 3. การแห่ห่มรับ ซึ่งประกอบด้วย รถห่มรับและขบวนแห่จากกระบวนการของกิจกรรม ส่งผลให้นักศึกษาเกิดสำนึกถึงหน้าที่ความรับผิดชอบ เกิดความเสียสละ ช่วยเหลือส่วนรวม รวมถึงการวางแผนและการแก้ไขปัญหา รู้จักการฟังและยอมรับความคิดเห็นจากบุคคลอื่น การใช้สติและสมาธิในการทำงาน เกิดความสุข ความภาคภูมิใจ รู้สึกมีคุณค่า ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้จะเป็นพลังในการผลักดันและเป็นแรงเสริมให้นักศึกษามีจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในสถานการณ์อื่นๆต่อไป ดังนั้นการพัฒนานักศึกษาด้วยประเพณีและศิลปวัฒนธรรมจึงเป็นแนวทางหนึ่งในการเติมเต็มให้นักศึกษามีจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์นอกเหนือจากการจัดการเรียนการสอนในชั้นเรียน

คำสำคัญ : อัตลักษณ์นักศึกษา; นักศึกษาพยาบาล; สารทเดือนสิบ



Nursing student identity developing with the Sard– Deun–Sib activities in Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat

*Jatuporn Tantanokit**

*Nisarath Norasing**

*Wilasinee Paewchana**

Abstract

This qualitative research aimed to study the process of The Thai Sart Day activities and its affect on the development of the nursing student identity. The student identities in this research were collected from the different viewpoints of the three main groups of people involving in Sard–Deun–Sib activity. The groups consisted of 20 students, 5 teachers and 5 supportive staff members. An In–depth interview with tape recording was employed in the process of data collection. All transcripts were transcribed verbatim and analyzed by Colaizzi's method. The results of this study revealed three main processes for the student identity. Firstly, the planning step produced 1) Moral responsibilities, 2) Understanding, and 3) System establishment of the Sard–Deun–Sib Festival. Secondly, the action step produced 1) design–ing performance and 2) material preparation of Hraub (a special design of food decorative vehicle). Finally, the Hraub procession produced 1) Hraub and 2) the parade. The study also revealed that this activity has constructed good student behaviors regarding their moral responsibilities both for themselves and for others. In addition, the students have developed their planning skills, organizing skills and ability of dealing with difficult situations. They also developed themselves to be good listeners as well as good sharers. The Sard–Deun–Sib activities could encourage the students to concentrate on their work. Therefore, through participation in this activity, the students will be happy and proud of themselves. In this way, nursing students will have energy for caring for their patients in the humanistic. It is highlighted that encouraging the students to participate in other traditional activities may shape the student to be a humanized nurse.

Key word : Student identity; Nursing student; Sard– Deun–Sib



ความเป็นมาและความสำคัญ

นโยบายการพัฒนาการศึกษาในระดับอุดมศึกษาตามแผนพัฒนาการศึกษาในระดับอุดมศึกษา ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ยุทธศาสตร์ที่ 3 กล่าวถึงการยกระดับคุณภาพบัณฑิตโดยเปลี่ยนกระบวนการเรียนรู้ของบัณฑิต ให้มีคุณภาพตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา มีกระบวนการใหม่ในการเรียนรู้และสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดชีวิต มีจิตอาสาและความรับผิดชอบต่อสังคม เป็นพลเมืองที่มีคุณค่าของโลกดำรงไว้ซึ่งเอกลักษณ์วัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นไทยที่สอดคล้องกับหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อให้บัณฑิตมีคุณลักษณะระหว่างเก่งงานและเก่งความดี โดยเน้นความรับผิดชอบต่อ มีสุขภาพะ ทั้งร่างกายและจิตใจ เพื่อตนเองและสังคม⁷ การทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมถือเป็นพันธกิจสำคัญประการหนึ่งของสถาบันอุดมศึกษาในการพัฒนาให้นักศึกษามีอัตลักษณ์ตามความคาดหวังสถาบัน ซึ่งหล่อหลอมผ่านประเพณีและศิลปวัฒนธรรม

ประเพณีสารทเดือนสิบเป็นความเชื่อของพุทธศาสนิกชนในจังหวัดภาคใต้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่เชื่อว่าบรรพบุรุษอันได้แก่ ปู่ย่า ตายาย และญาติพี่น้องที่ล่วงลับไปแล้ว หากทำความชั่วจะตกนรกกลายเป็นเปรต ต้องทนทุกข์ทรมานในอเวจี ต้องอาศัยผลบุญที่ลูกหลานอุทิศส่วนกุศลให้แก่ละบิมา ยังชีพ เปรมจิต ชนวงค์⁸ ได้กล่าวถึงประเพณีทำบุญเดือนสิบในจังหวัดนครศรีธรรมราชว่า “ประเพณีสารทเดือนสิบเป็นประเพณีสำคัญคู่บ้านคู่เมืองนครศรีธรรมราชมาช้านาน เมื่อกล่าวถึง “งานเดือนสิบ” แล้วใครๆ ก็คิดถึงเมืองนคร ชาวเมืองนครส่วนใหญ่มักมีใจผูกพันอยู่กับประเพณีสารทเดือนสิบทั้งคนหนุ่มคนแก่และเด็ก หากอยู่ไกลบ้าน เมื่อใกล้จะถึงเทศกาลสารทเดือนสิบมักรีบเตรียมตัวกลับบ้านเกิดเมืองนครของตน เพื่อมาร่วมในเทศกาลสารทเดือนสิบด้วยสามัญสำนึกฝังแน่นอยู่ในหัวใจ ไม่มีเหตุผลใดหรือความบังเอิญอื่นใดบังคับบังคับให้กลับ แต่เป็นไปด้วยความสมัครใจจนเป็นประเพณีที่ปฏิบัติสืบต่อกันมา” ด้วยเหตุผลที่

กล่าวมานี้ ประเพณีสารทเดือนสิบเมืองนครจึงเป็นประเพณีที่สำคัญควบคู่กับเมืองนคร จนกล่าวได้ว่าเป็นมรดกทางวัฒนธรรม คู่บ้านคู่เมืองนคร ดังนั้นในวันแรม 1 ค่ำ เดือนสิบ คนบาปทั้งหลายที่เรียกว่าเปรตจึงถูกปล่อยตัวกลับมายังโลกมนุษย์เพื่อมาขอส่วนบุญจากลูกหลานญาติ พี่น้อง และจะกลับไปนรกในวันแรม 15 ค่ำ เดือนสิบ ในโอกาสนี้เองลูกหลานและผู้ยังมีชีวิตอยู่จึงนำอาหารไปทำบุญที่วัด เพื่ออุทิศส่วนกุศลให้แก่ผู้ที่ล่วงลับไปแล้ว เป็นการแสดงความกตัญญูตเวที ประเพณีสารทเดือนสิบมีสาระสำคัญหลายประการ ได้แก่ เป็นการแสดงความกตัญญูตเวทีต่อบรรพบุรุษที่ล่วงลับไปแล้ว ที่ได้อบรมเลี้ยงดูลูกหลาน เพื่อตอบแทนบุญคุณ ลูกหลานจึงทำบุญอุทิศส่วนกุศลไปให้ เป็นโอกาสได้รวมญาติที่อยู่ห่างไกล ได้พบปะทำบุญร่วมกัน สร้างความรักใคร่สนิทสนมในหมู่ญาติ เป็นการทำบุญในโอกาสที่ได้รับผลผลิตทางการเกษตรที่เริ่มออกผล เพราะเชื่อว่าเป็นสิริมงคลแก่ตนเองและครอบครัว นอกจากนี้ ถูคุณในภาคใต้จะเริ่มขึ้นในปลายเดือนสิบ พระภิกษุสงฆ์ออกบิณฑบาตยากลำบาก ชาวบ้านจึงจัดเสปียงอาหารนำไปถวายพระในรูปของหมูรับ ให้ทางวัดได้เก็บรักษาเป็นเสปียงสำหรับพระภิกษุสงฆ์ในฤดูฝน

พิธีกรรม เริ่มตั้งแต่วันแรม 1 ค่ำ เดือนสิบ ซึ่งถือว่าเป็นวันที่พญายมปล่อยตัวผู้ล่วงลับไปแล้วที่ (เรียกว่า “เปรต”) มาจากนรก สำหรับวันนี้บางคนก็ประกอบพิธีหรือจะประกอบพิธีในวันแรม 13 ค่ำ 14 ค่ำ และ 15 ค่ำ โดยการนำอาหารไปทำบุญที่วัดเรียกว่า “หมูรับเล็ก” เป็นการต้อนรับบรรพบุรุษ และญาติมิตรที่ขึ้นมาจากนรกเท่านั้น การเตรียมการสำหรับประเพณีสารทเดือนสิบ เริ่มขึ้นในวันแรม 13 ค่ำ เดือน 10 เรียกว่า “วันจ่าย” เป็นวันที่เตรียมหมูรับและจัดหมูรับ คือการเตรียมสิ่งของต่างๆ ที่ใช้ในการจัดหมูรับ เมื่อได้ของตามที่ต้องการแล้วก็เตรียมจัดหมูรับ การจัดหมูรับแต่เดิมใช้กระบุงเตี้ยๆ ขนาดเล็กหรือใหญ่ก็ได้ แต่ภายหลังใช้ภาชนะได้หลายชนิด เช่น กระจาด ถาด กะละมัง ถัง หรือ กระเชอ สำหรับสิ่งที่ใช้ในการจัดหมูรับ ชั้นแรกใส่ข้าวสารรองกระบุงแล้วใส่หอม กระเทียม พริก เกลือ



กะปิ น้ำตาล และเครื่องปรุงอาหารคาว หวาน ที่เก็บไว้ได้นานๆ เช่น มะพร้าว พัก มัน กล้วย (ที่ยังไม่สุก) อ้อย ข้าวโพด ข้าว ตะไคร้ ขมิ้น และพืชผักอื่นๆ นอกจากนั้นก็ใส่ของใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น น้ำมันมะพร้าว น้ำมันก๊าด ได้ ไม้ขีดไฟ หม้อ กะทะ ถ้วยชาม เข็ม ด้าย เครื่องเขียน หมาก ได้แก่ หมาก พลู ปูน กานพลู การบูร พิมเสน สีสียด ยาเส้น บุหรี่ ยาสามัญประจำบ้าน รูปเทียน แล้วใส่สิ่งอันเป็นหัวใจอันสำคัญของหมूरรับคือ ขน 5 อย่าง มี ดังนี้ 1) ขนมะลา เป็นสัญลักษณ์แทนแพรรณเครื่องนุ่งห่ม 1) ขนมะพอง เป็นสัญลักษณ์แทนแพสำหรับบุรพชน ใช้ล่องข้ามหัวมหรธรรณพ 3) ขนมะบ้า เป็นสัญลักษณ์แทนสะบ้า สำหรับบุรพชนจะได้ใช้เส้นสะบ้าในวัน สงกรานต์ 4) ขนมะกง (ขนมะไชปลา) เป็นสัญลักษณ์แทนเครื่องประดับ 5) ขนมะดีซ่า เป็นสัญลักษณ์แทนเงินเบี้ย สำหรับใช้สอย^{2,6}

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช เป็นสถาบันอุดมศึกษาในสังกัดสถาบัน พระบรมราชชนกซึ่งมีหน้าที่ในการผลิตบัณฑิตพยาบาลให้มีความรู้ความสามารถได้มาตรฐานวิชาชีพ และยังมีหน้าที่ในการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม ตลอดจนจนบูรณาการองค์ความรู้ ภูมิปัญญาไทยในการดูแลสุขภาพ โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อพัฒนาผู้เรียนให้มีอัตลักษณ์ คือการให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ประกอบด้วยการมีจิตบริการ (Service mind) การคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking) และการให้บริการโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้รับบริการและผู้รับบริการมีส่วนร่วม (Patient Right/Participation) จึงเล็งเห็นว่าประเพณีสารทเดือนสิบ เป็น ประเพณีที่ตึงามของชาวจังหวัด นครศรีธรรมราช เป็นการสร้างจิตสำนึกการคงไว้ซึ่งประเพณีและวัฒนธรรม หล่อหลอมให้นักศึกษามีจิตใจที่อ่อนโยน มีความรัก ความสามัคคี ความเอื้ออาทรต่อกัน มีจิตอาสา และจิตสาธารณะ ส่งเสริมกระบวนการคิดในการวางแผนการดำเนินงาน ช่วยให้เกิดการคิดวิเคราะห์ และแก้ปัญหาเฉพาะหน้า สร้างสำนึกของความมีส่วนร่วม ในการทำงานร่วมกับผู้อื่น ที่สามารถนำมาพัฒนานักศึกษาให้มีอัตลักษณ์ บัณฑิตของ

วิทยาลัยได้ การดำเนินกิจกรรมเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 ต่อเนื่องทุกปีจนถึงปัจจุบัน เริ่มต้นจากการดำเนินการโดยอาจารย์ และเจ้าหน้าที่ เป็นผู้ดำเนินการหลัก นักศึกษาทุกชั้นปีเป็นผู้ร่วมในกิจกรรม ปัจจุบันถูกถ่ายทอดไปยังนักศึกษา โดยองค์การนักศึกษาเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ดำเนินการภายใต้การมีส่วนร่วมของนักศึกษาในทุกชั้นตอน มีอาจารย์และบุคลากรเป็นผู้สนับสนุน เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาได้มีการพัฒนาตนเองตามอัตลักษณ์บัณฑิตของวิทยาลัย จากผลการประเมินกิจกรรม 3 ปีซ้อนหลัง พบว่านักศึกษาที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมมีความพึงพอใจในการจัดกิจกรรมในระดับมากขึ้นไปร้อยละ 86, 87, 89 ตามลำดับ มีคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ในระดับมากขึ้นไปร้อยละ 88, 87, 90 ตามลำดับและวิทยาลัยได้รับรางวัลและเกียรติคุณยกย่องจากจังหวัดอย่างต่อเนื่องทุกปี จากผลที่เกิดขึ้นคณะผู้วิจัยเล็งเห็นว่ากระบวนการมีส่วนร่วมในประเพณีแห่หมूरรับเดือนสิบ ซึ่งเป็นประเพณีที่สืบทอดกันมาของท้องถิ่น เป็นกิจกรรมที่มีคุณค่าในการพัฒนาอัตลักษณ์นักศึกษา ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาระบบการของกิจกรรมที่ส่งผลในการพัฒนาอัตลักษณ์ของนักศึกษา ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการวางแผนการปรับปรุงคุณภาพการจัดกิจกรรมพัฒนานักศึกษาด้วยศิลปวัฒนธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระบบการของกิจกรรมสารทเดือนสิบที่ส่งผลในการพัฒนาอัตลักษณ์ของนักศึกษา

กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดที่ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 2 แนวคิด คือ การพัฒนา อัตลักษณ์ บัณฑิตของสถาบันพระบรมราชชนกและแนวคิดประเพณีสารทเดือนสิบ

อัตลักษณ์บัณฑิตของสถาบันพระบรมราชชนก คือ การให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ประกอบด้วย การมีจิตบริการ (Service mind) การคิด



เชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking) และการให้บริการ โดยผู้รับบริการมีส่วนร่วม (Participation)

ประเพณีสารทเดือนสิบ เป็นประเพณีที่มีการศึกษาต่อกันมาจากบรรพบุรุษ ซึ่งเกิดจากความเชื่อเกี่ยวกับบาป บุญคุณโทษ และเป็นประเพณีที่แสดงถึงความกตัญญูต่อผู้ที่ต่อบรรพบุรุษที่ล่วงลับไปแล้ว ที่ได้อบรมเลี้ยงดูลูกหลาน เพื่อตอบแทนบุญคุณ ลูกหลานจึงทำบุญอุทิศส่วนกุศลไปให้ เป็นโอกาสได้รวมญาติที่อยู่ห่างไกล ได้พบปะทำบุญร่วมกันสร้างความรักใคร่สนิทสนมในหมู่ญาติ เพราะเชื่อว่าเป็นสิริมงคลแก่ตนเองและครอบครัว วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช มีรูปแบบการดูแลนักศึกษาโดยใช้ระบบครอบครัว มีความสนิทสนมกันฉันท์เครือญาติได้ร่วมกันจัดกิจกรรมทำห่มรับในเทศกาลสารทเดือนสิบ ซึ่งมีกระบวนการในการจัดทำที่ต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจ จากสมาชิกทุกคนในวิทยาลัย ทำให้ทุกคนเกิดการเรียนรู้ ทั้งในด้านการสืบสานประเพณีศิลปวัฒนธรรมและกระบวนการในการทำงาน อันจะนำไปสู่การหล่อหลอมและพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการตั้งคำถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งและครอบคลุมเกี่ยวกับการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตผ่านประเพณีห่มรับเดือนสิบ แต่ไม่ได้ใช้แนวคิดดังกล่าวมาควบคุมการศึกษาแต่อย่างใด

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก สังเกตอย่างมีส่วนร่วม การบันทึกข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลโดยจับประเด็นที่สำคัญและทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้ รวมไปถึงการวิเคราะห์แปรผล หาประเด็น ข้อมูลและหาความสัมพันธ์ของแต่ละประเด็น และ valid เมื่อค้นพบข้อเท็จจริง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

ทุกชั้นปี

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล เป็นนักศึกษาจำนวน 20 คน ประกอบด้วยนักศึกษาชั้นปีที่ 1 2 3 และ 4 ชั้นปีละ 5 คน อาจารย์และบุคลากรจำนวน 10 คน ประกอบด้วยอาจารย์ 5 คน บุคลากร 5 คน คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง โดยการกำหนดคุณสมบัติ คือ มีความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย และมีส่วนร่วมในกิจกรรมสารทเดือนสิบของวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา บทบาทหรือหน้าที่หลักในกิจกรรม
2. แนวคำถามเป็นคำถามปลายเปิดแบบเจาะลึกเกี่ยวกับ การมีส่วนร่วมในกิจกรรม สิ่งที่ได้จากการเข้าร่วมในแต่ละกระบวนการของกิจกรรม ความรู้สึกและการรับรู้/ปัญหาอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม เป็นแนวคำถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและทดลองนำไปสัมภาษณ์ผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับกลุ่มตัวอย่าง (Pilot Study) และนำมาปรับแก้เพื่อให้เหมาะสม
3. แบบบันทึกภาคสนาม (Field note) เพื่อบันทึกเหตุการณ์หรือสิ่งที่สังเกตพบ รวมทั้ง ความรู้สึก อารมณ์ สีหน้า ท่าทางการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล ตลอดจนสิ่งแวดล้อมขณะสัมภาษณ์ เพื่อให้เห็นบริบทที่ศึกษา และนำมาใช้เป็นข้อมูลในการบรรยายและอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น
4. การถอดบทเรียนจากการสะท้อนคิดการเข้าร่วมกิจกรรมประเพณีสารทเดือนสิบ
5. เทปบันทึกเสียงการสัมภาษณ์โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในปีการศึกษา 2556 (กันยายน 2556 – ธันวาคม 2556)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมการวิจัยกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ได้รับการอธิบายถึงขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใดๆ รวมถึงการรักษาข้อมูลที่ได้จะรายงานในภาพรวมและงาน



วิจัยได้รับรองการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ ข้อมูลทั้งในขณะที่เก็บรวบรวมข้อมูล และหลังจากการ เก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนแล้ว เพราะการวิจัยเชิง คุณภาพเป็นกระบวนการแสวงหาความรู้แบบอุปนัย (Induction) โดยต้องออกไปสัมผัสกับปรากฏการณ์ ที่เป็นรูปธรรมมาก่อน แล้วนำมาสร้างเป็นข้อสรุปเชิง นามธรรม และพยายามตรวจสอบข้อมูลเหล่านั้น จนกว่าจะมั่นใจว่าเป็นข้อค้นพบที่สามารถเป็นข้อสรุปได้ โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ตามรูปแบบ ของโคไลซ์ซี่⁹ เนื่องจากเป็นวิธีที่มีการวิเคราะห์ที่ชัดเจน เข้าใจง่าย มีวิธีการไม่ยุ่งยาก เป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับ ตลอดจนสามารถนำไปสู่การสร้างแนวคิดจากข้อมูลได้ ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยมีวิธีการวิเคราะห์ 7 ขั้นตอนดังนี้ คือ

1. อ่านคำบรรยายหรือข้อมูลทั้งหมด ที่ได้จากการบันทึกหลายๆ ครั้ง (Reads all the subjects descriptions) เพื่อให้เกิดความเข้าใจในภาพรวมของ ปรากฏการณ์ (Acquired or Feeling for them)
2. อ่านข้อความเดิมอีกครั้ง แล้วดึงข้อความหรือ ประโยคสำคัญ ๆ (Review each protocol and extract significant statements) โดยขีดเส้นใต้กลุ่มคำหรือ ประโยคที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาที่ศึกษา
3. นำกลุ่มคำหรือข้อความที่ขีดเส้นใต้มาตีความ หรือให้ความหมาย (Formulated meaning)
4. นำข้อความหรือประโยคที่กำหนดความหมาย แล้ว มาจัดกลุ่มตามประเภท หรือลักษณะที่มีความ หมายในทำนองเดียวกัน (Organization the formulated meanings) ซึ่งจะได้ทั้งกลุ่มใหญ่ (Themes) และกลุ่มย่อย (Sub-themes) และเขียนในรูปแบบของความสัมพันธ์ไว้
5. อธิบายรายละเอียดของปรากฏการณ์ในแต่ละ หัวข้อให้ชัดเจน (Exhaustive description of the phenomenon under study) หลังจากที่ได้ข้อมูลในแต่ละ

ประเด็นมากพอแล้ว

6. นำคำอธิบายปรากฏการณ์ที่เขียนไว้ อย่าง ชัดเจนมารวมกัน สรุปเป็นโครงสร้างพื้นฐานของ ปรากฏการณ์ (Essential structure of the phenomenon) เพื่อสรุปเป็นแนวคิดของประสบการณ์ และสื่อให้ตรง กับปรากฏการณ์จริงภายใต้การศึกษาวิจัย

7. พิสูจน์ข้อสรุป (Verifying conclusion) เป็นการ พิสูจน์ว่าข้อสรุปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากคำอธิบายของผู้ ให้ข้อมูลเป็นการสรุปที่ดี และสมบูรณ์แล้ว โดยการ ตรวจสอบกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลและผู้เชี่ยวชาญอีกครั้ง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษาที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ทำให้ได้ทราบ ถึงกระบวนการและผลในการพัฒนา อัตลักษณ์ นักศึกษาโดยกิจกรรมสารทเดือนสิบ แบ่งได้เป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การวางแผนการดำเนินกิจกรรม จากการ วิเคราะห์เนื้อหาการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสะท้อนคิด ของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล พบว่ามีดังนี้

1.1 ปลุกจิตสำนึก ความศรัทธาในประเพณี สารทเดือนสิบของวิทยาลัย ประเพณีสารทเดือนสิบเป็น ประเพณีที่อยู่คู่กับวิทยาลัยมาตั้งแต่เริ่มก่อตั้งวิทยาลัย ดังนั้นสมาชิกของวิทยาลัย ทุกคนจึงได้รับการปลูกฝัง ทัศนคติ ความเชื่อ ความศรัทธา ต่อประเพณีสารท เดือนสิบ ผ่านการบอกเล่าจากพี่สู่น้อง จากเพื่อนสู่เพื่อน อาจารย์ บุคลากรรุ่นนักศึกษา และจากการมีส่วนร่วมใน การดำเนินกิจกรรมร่วมกันทุกๆ ปี และการได้เรียนรู้ แบบอย่างการดำเนินงานจากรุ่นพี่ อาจารย์และบุคลากร ทำให้ซึมซับ ความเชื่อ ความศรัทธาและตระหนักในการ สืบทอดในประเพณีนี้อย่างต่อเนื่อง ดัง ข้อมูลจาก นักศึกษาและอาจารย์

“ได้ฟังการเล่าและให้ความรู้เกี่ยวกับวันสารทเดือน สิบ ตั้งแต่กิจกรรมรับน้อง จากรุ่นพี่ องค์กรและพี่เก่าๆ และได้เห็นภาพตอนแรกไม่เชื่อหรือกว่านี้เขาทำกันเอง เหมอมันละเอียดมากนะ ฟังที่เขาเล่าแล้วรู้สึกศรัทธาใน ประเพณีของจังหวัดและรู้สึกอยากเป็นส่วนหนึ่งในความ



สำเร็จค่ะ”

“สร้างแรงจูงใจให้ตระหนัก เห็นความสำคัญของการสืบสานประเพณี โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับประเพณีหมฺรับแก่นักศึกษา”

“ทำให้เห็นความสำคัญของการสืบสานประเพณีที่ดีงามและคงไว้ซึ่งการสืบทอดสู่คนรุ่นหลัง”

“ภาคภูมิใจที่เป็นลูกหลานเมืองคอนเป็นส่วนหนึ่งที่ได้รับมรดกภูมิปัญญาและสืบสานประเพณี”

1.2 การทำความเข้าใจประเพณีวันสารทเดือนสิบ จากการศึกษาและทำความเข้าใจประเพณีวันสารทเดือนสิบ พบว่า หมฺรับ คือ ประเพณีศิลปวัฒนธรรมของชาวจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่สืบทอดกันมาตั้งแต่บรรพบุรุษสู่ลูกหลานและได้ถือปฏิบัติสืบทอดกันมาจนถึงปัจจุบันเพื่อเป็นการแสดงความกตัญญู กตเวทิต์ ต่อญาติที่ล่วงลับไปแล้ว ได้เรียนรู้เกี่ยวกับประวัติความเป็นมาของประเพณี การจัดเตรียมองค์ประกอบของหมฺรับ ความหมายและความสำคัญขององค์ประกอบแต่ละอย่างๆ ขนม 5 อย่างมี ดังนี้ 1) ขนมลา เป็นสัญลักษณ์แทนแพรพรรณเครื่องนุ่งห่ม 2) ขนมพอง เป็นสัญลักษณ์แทนแพสำหรับบุรพชน ใช้ล่องข้ามหัวมหรณพ 3) ขนมบ้า เป็นสัญลักษณ์แทนสะบ้า สำหรับบุรพชนจะได้ใช้เล่นสะบ้า ในวัน สงกรานต์ 4) ขนมง (ขนมไข่ปลา) เป็นสัญลักษณ์แทนเครื่องประดับ 5) ขนมติฆ่า เป็นสัญลักษณ์แทนเงินเบี้ย สำหรับใช้สอย^{2,6} วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช ใช้กิจกรรมหมฺรับในการพัฒนาคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์เกี่ยวกับการสร้างจิตสำนึก การคงไว้ซึ่งประเพณีและวัฒนธรรมที่ดีงาม หล่อหลอมให้นักศึกษามีจิตใจที่อ่อนโยน มีความรักความสามัคคี มีความเอื้ออาทรต่อกัน ดังข้อมูล

“ได้ความรู้เกี่ยวกับศิลปวัฒนธรรมในเรื่องหมฺรับซึ่งเป็นประเพณีคู่บ้านคู่เมืองของชาวนครศรีธรรมราช เช่นประวัติความเป็นมาของวันสารทเดือนสิบ ได้รู้ว่า หมฺรับคือ ขนม 5 อย่างมี ดังนี้ 1) ขนมลา แทนแพรพรรณเครื่องนุ่งห่ม 2) ขนมพอง แทนแพสำหรับบุรพชน 3) ขนมบ้า แทนสะบ้า สำหรับบุพชนจะได้ใช้เล่นสะบ้า 4) ขนม

ไข่ปลา) แทนเครื่องประดับ 5) ขนมติฆ่า แทนเงินเบี้ยสำหรับใช้สอย”

“ทำให้รู้ว่าประเพณีหมฺรับ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้มีโอกาสแสดงความกตัญญู กตเวทิต์ ญาติพี่น้องที่ไปทำงานต่างถิ่นได้กลับมาพบกันทำให้สร้างความรักความผูกพันระหว่างพี่น้อง”

1.3 สร้างระบบและกลไกในการดำเนินงาน

นักศึกษาแกนนำ อาจารย์ บุคลากร ได้ร่วมกันวางแผนและกำหนดกิจกรรมตลอดขั้นตอนและกระบวนการทำงาน รวมทั้งกำหนดผู้รับผิดชอบงานแต่ละส่วน ระยะเวลาของการทำงานในแต่ละขั้นตอน ซึ่งขั้นตอนในการดำเนินงานโดยใช้กระบวนการประกันคุณภาพเป็นตัวขับเคลื่อนการดำเนินงาน ดังนี้

1) นำผลการประเมินในปีที่ผ่านมา มาวางแผนปรับปรุงการดำเนินงาน

2) ศึกษาระเบียบในการจัดทำหมฺรับตามประเพณีจังหวัดนครศรีธรรมราช

3) มอบหมายหน้าที่รับผิดชอบในแต่ละส่วน โดยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายทั้งนักศึกษา อาจารย์และบุคลากร

4) ออกแบบหมฺรับและรถหมฺรับโดยการมีส่วนร่วมของนักศึกษา อาจารย์และบุคลากร และนำมาคัดเลือก

5) คัดสรรวัสดุอุปกรณ์ ที่มีคุณภาพและถูกต้องตามระเบียบ ประเพณี

6) ดำเนินการจัดทำองค์ประกอบของหมฺรับ และรถหมฺรับแต่ละส่วนโดยทีมงานที่รับผิดชอบ

7) ประกอบหมฺรับและรถหมฺรับรวมทั้งตกแต่งให้สวยงามและสมบูรณ์ตามแบบที่ได้ร่างไว้

ดังข้อมูลจากคำบอกเล่า ของผู้ให้ข้อมูล

“การวางแผนการดำเนินกิจกรรมและผู้รับผิดชอบตลอดระยะเวลา 1 เดือนที่ดำเนินกิจกรรม ทำให้นักศึกษาเกิดความคิด การเรียงลำดับทำกิจกรรมก่อนหลัง อย่างมีระบบเพื่อให้งานสำเร็จไปตามแผนที่วางไว้ในส่วนครูจะคอยเป็นที่ปรึกษา”

“ชื่นชมในการร่วมกันวางแผนในการดำเนิน



กิจกรรมของนักศึกษา ตั้งแต่การใช้ความคิดสร้างสรรค์ ในการออกแบบ ให้สะท้อนถึงวัฒนธรรมของสารทเดือนสิบ การเลือกใช้สีและวัสดุที่มาจากธรรมชาติ การจัดสรรหน้าที่และการบริหารงาน รวมไปถึงการใช้งบประมาณที่มีอย่างจำกัดให้เพียงพอ”

“ผมเป็นนายกองค์การนักศึกษาผมได้นำกระบวนการ 4M ร่วมกับการใช้กระบวนการ PDCA มาวางแผนและควบคุมการดำเนินงานให้แล้วเสร็จตามแผนเนื่องจากต้องให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมโดยดึงความสามารถของแต่ละคนมาช่วยภายใต้งบประมาณและทรัพยากรที่มีจำกัด”

“ทำให้รู้จักการบริหารและมอบหมายงานไปยังผู้รับผิดชอบตามความถนัดในการวางแผนและประชุมในกลุ่มที่รับผิดชอบงานย่อย”

“ฝึกการวางแผนในการดำเนินกิจกรรมให้สำเร็จและความรับผิดชอบ เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และทำด้วยความเสียสละ และรักที่จะทำให้งานสำเร็จ”

“ในส่วนเจ้าหน้าที่เราก็ช่วยทุกอย่างที่สามารถช่วยได้ เห็นลูกๆ เขาทำงานกันอย่างตั้งใจ ก็รู้สึกเต็มใจ และงานนี้เป็นงานที่ทำทุกปีจนรู้สึกว่าต้องทำให้ดีที่สุดขึ้นเรื่อยๆ จากปีก่อนๆ”

“ผมอยู่ในวิทยาลัยมานานตั้งแต่วิทยาลัยเปิด มีความสามารถทางด้านไม้และการออกแบบได้มีส่วนร่วมในการช่วยให้คำปรึกษาการออกแบบหุ้บและการตีโดรงกับนักศึกษาในกลุ่มที่จัดทำโดรงสร้างรหุ้บ”
“เราเป็นเจ้าหน้าที่ เห็นลูกๆทำกัน น่าจะเหนื่อย เราก็ช่วยในเรื่อง การหาวัสดุจากธรรมชาติที่มีในสวนบ้าง ที่บ้านบ้าง และมาเป็นลูกมือการจัดตกแต่งผ้าช่วยลูกๆอีกที”

2. การดำเนินกิจกรรม

2.1 การออกแบบรถหุ้บ ออกแบบรถหุ้บตามประเพณีศิลปวัฒนธรรมตามเกณฑ์ที่จังหวัดได้กำหนด โดยถ่ายทอดผ่านการสอน การเรียนรู้แบบอย่างจากรุ่นพี่สู่น้องและพี่ศิษย์เก่าที่เข้ามาช่วยเหลือในการให้ข้อคิดเห็น และนำแบบที่วาดเรียบร้อยแล้วไปนำเสนอต่ออาจารย์ เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้เกี่ยวกับ

ศิลปวัฒนธรรม และงานฝีมือเพื่อให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการนำไปปรับปรุงและแก้ไขให้สมบูรณ์ ดังข้อมูล

“ได้ทำในสิ่งที่ตนเองถนัดและรัก มีความภาคภูมิใจในผลงาน ทำให้เกิดความคิดสร้างสรรค์”

“เกิดความเคารพในรุ่นพี่ และความรักความผูกพันในความเป็นพี่น้อง และความภาคภูมิใจในผลงาน รู้สึกถึงความเอื้ออาทรจากรุ่นพี่ พี่ศิษย์เก่าที่เข้ามาช่วยให้คำปรึกษา มาร่วมทำ รู้สึกศรัทธาในรุ่นพี่และพี่ศิษย์เก่า”

“เกิดการพัฒนาความคิดอย่างเป็นระบบในการเลือกใช้วัสดุอุปกรณ์จากธรรมชาติ และวัสดุอุปกรณ์ที่ทำจากขนมตามประเพณีวันสารทเดือนสิบ และหากต้องปรับปรุงแบบให้ตรงกับประเพณีศิลปวัฒนธรรม ช่วยส่งเสริมให้เกิดการคิด และแก้ปัญหาเฉพาะหน้า”

“ได้ฝึกการรับฟังและยอมรับความคิดเห็นจากบุคคลอื่นหลายๆคนในการนำเสนอและต้องปรับแก้แบบ”

“ได้เห็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้และร่วมกันคิดกับลุงมร ลุงแดง ในการช่วยกันออกแบบรถหุ้บ”

2.2 การจัดเตรียมอุปกรณ์ในการตกแต่งหุ้บ

2.2.1 การพับกลีบดอกบัวด้วยลา พับ

กลีบดอกบัวจากลา มีการแบ่งกลุ่มคละรุ่นพี่รุ่นน้อง และให้รุ่นพี่สอน ถ่ายทอดการตัดแบบ ตัดลา ห่อพลาสติก คิดวางแผนการใช้ขนมลาอย่างรู้คุณค่าเนื่องจากขนมลามีราคาแพง เกิดความผูกพันระหว่างรุ่นพี่รุ่นน้อง ได้เรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการเย็บแบบกลีบดอกบัวอย่างประณีตและเหมือนกันทุกชิ้น สร้างให้เกิดความใส่ใจในรายละเอียด ทำให้มีสมาธิ ดังข้อมูล

“ทำให้ตั้งใจเย็นๆ เพราะจะได้พับลาเท่ากับที่พี่ๆ และเพื่อนๆ ทำไว้ เพราะเวลานำไปติดบนองค์พระธาตุจะได้เรียงกันสวยงาม”

“ทำให้ต้องเป็นคนที่มีประณีต และตั้งใจทำให้ดีเหมือนกันและเท่ากันทุกชิ้นที่ทำ”

“ตัวเองไม่เคยทำเลยทำไม่เป็น แต่ลงมาทำแล้วมีความสุข เพราะร่วมทำกับพี่ อาจารย์และพี่ๆ เจ้าหน้าที่ช่วยสอน ทำไม่สวยก็ทำใหม่จนสวย”



2.2.2 การเรียงเม็ดถั่วเขียว มีการเลือกเม็ดถั่วเขียวให้มีขนาดเท่ากันและนำมาเรียงให้เป็นแถวเป็นชั้นตอนทีละเล็กละน้อย ต้องใช้สติและสมาธิในการทำ ไม่ให้เห็นสีขาวยของจมูกเม็ด และไม่ทาขาวเยอะเกินไป ทำให้มีสมาธิ จิตใจอ่อนโยน ได้ความรัก ความสุข เห็นใจผู้อื่น ความสามัคคีระหว่างเพื่อน รุ่นพี่รุ่นน้อง ศิษย์เก่า เจ้าหน้าที่ อาจารย์ ดังข้อมูล

“ทำให้เป็นคนที่ต้องสนใจรายละเอียด และตั้งใจ เพราะถ้าทำไม่ได้อาจต้องรื้อทำใหม่หรือคนที่มาเรียงต่อในวันต่อไปจะเรียงลำบากหรืออาจจะต้องทำใหม่”

“ทำให้มีสมาธิ ต้องใจเย็น เพราะขณะทำต้องใจจดใจจ่อ ไม่งั้นจะวางไม่ตรงและหมุนจมูกออกด้านนอก”

“ทำให้มีความสามัคคีได้ร่วมมือร่วมใจกันทำ มีความเอื้ออาทร เห็นใจคนอื่น”

“ลงมาทำแล้วรู้สึกมีความสุข อิมบุญเพราะเหมือนกับได้ทำบุญไปด้วย”

2.2.3 การโรยงา วางแผนโรยให้กระจายสม่ำเสมอทั่วกัน ไม่กระจุกเป็นก้อน โรยอย่างใส่ใจ เกิดสมาธิ การสังเกต ความนุ่มนวล ดังข้อมูล

“การโรยงาดูเหมือนเป็นเรื่องที่ง่ายแต่พอทำจริงถ้าไม่ตั้งใจ ไม่ใส่ใจ และไม่ทำอย่างช้า ๆ มันทำให้งาเป็นกระจุกหนา หรือบางจนเกินไปและทำให้ไม่เห็นลายของนักยंत्रเวลาที่มาตรวจที่ต้องให้กะใหม่และทำให้เราดูทำให้รู้ว่าแม้การโรยงาก็ต้องใส่ใจ และใจเย็น ค่อยๆ โรยจะได้กระจายสม่ำเสมอ”

“หนูรับหน้าที่โรยงาที่ส่วนหัวของหงส์ ซึ่งมีขนาดค่อนข้างใหญ่ ขณะโรยหนูต้องคิดว่าหนูต้องใช้งาจำนวนเท่าไร และต้องโรยห่างจากหัวหงส์เท่าไร รวมถึงต้องสังเกตตรงตำแหน่งที่โรยว่ามีความหนาสม่ำเสมอหรือไม่ในแต่ละชั้น”

2.2.4 การเหลาขดพระธาตุ เหลาธรรมจักร 12 นักกษัตริย์ กำแพงเมืองเก่า ออกแบบโดยศึกษาจากของจริง และวางแผนในการดำเนินการโดยผ่านการสอนจากรุ่นพี่ ศิษย์เก่า ตั้งแต่ขั้นตอนการออกแบบการเหลาฟิม เกิดความผูกพันระหว่างรุ่นพี่รุ่นน้อง รักและภาคภูมิใจในสถาบัน ดังข้อมูล

“ทำให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ ได้ฝึกการเรียนรู้จากพี่ศิษย์เก่า พี่ๆ เจ้าหน้าที่”

“ด้วยตัวเองเป็นคนอีสาน ไม่ค่อยได้รู้เกี่ยวกับประวัติที่มาของนครศรีฯ มากนัก ลงมาทำแล้วทำให้ได้รู้ประวัติความเป็นมาของจังหวัดนครศรีธรรมราชจากการบอกเล่าจากรุ่นพี่ อาจารย์ เจ้าหน้าที่ ขณะลงมือทำมากขึ้น”

“ได้ฝึกความถนัดของตัวเองเพราะตนเองรักศิลปะ ไม่คิดว่าจะได้ใช้ความสามารถอีกครั้งเพราะรู้สึกมาทำแล้วทำให้ผ่อนคลาย ใจเย็นและอ่อนโยนมากขึ้น”

2.2.5 ออกแบบเย็บแบบ ร้อยพวงมาลัยดอกไม้ พับกลีบของดอกกุหลาบ ประดับดอกไม้ การประดับผ้า ซึ่งเริ่มต้นจากการใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการวางแผน การออกแบบ และคัดสรรดอกไม้ ซึ่งต้องใช้สมาธิในการทำงาน ทำให้ใจเย็น และมีความสุข

“ร้อยพวงมาลัยดอกไม้ทำแล้วสบายใจ ใจเย็น อยู่กับสิ่งสวยงามแล้วทำให้จิตใจดี อ่อนโยน”

“มีความคิดสร้างสรรค์ ร่วมกันออกแบบการประดับผ้ารอบรถ กับคุณแม่บ้าน ได้ใช้ความประณีตในการพับผ้ารูปแบบต่างๆ”

“ชอบค่ะ สนุก มีความสุขที่ได้อยู่กับดอกไม้ และได้พูดคุยแลกเปลี่ยนวิธีการกับคุณแม่บ้านและรุ่นพี่”

“ทำให้ใจเย็นนะ อดทนด้วยเพราะบางครั้งเราทำแล้วที่มาตรวจดูยังไม่เรียบร้อย ที่ต้องสอนและให้เราทำใหม่แต่พี่เขาทำสวยจริงๆ”

3. การแห่หมຽรับ ประกอบด้วยรถหมຽรับและขบวนแห่ เป็นการนำรถหมຽรับเข้าสู่ขบวนแห่ร่วมกับขบวนหมຽรับจากหน่วยงานอื่นๆ ภายในจังหวัดซึ่งกำหนดให้มีการแห่หมຽรับในวันแรม 15 ค่ำ เดือนสิบ ซึ่งเป็นวันส่งบรรพบุรุษกลับไปสู่นรกภูมิ โดยมีขบวนแห่ตลอดถนนราชดำเนินซึ่งเริ่มจากสนามหน้าเมืองถึงวันพระมหาธาตุวรมหาวิหาร ซึ่งเป็นวัดคู่บ้านคูเมืองจังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นระยะทางประมาณ 2 กิโลเมตร ซึ่งตลอดเส้นทางจะมีประชาชนชาวจังหวัดนครศรีธรรมราช นักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติรวมไปถึง



เยาวชนชาวจังหวัดนครศรีธรรมราช คอยให้กำลังใจ และชื่นชมขบวนรถหุ้มรับตลอดเส้นทาง โดยในการจัดขบวนแห่หุ้มรับนักศึกษาจะต้องมีการวางแผนรูปแบบขบวนให้แสดงถึงการสืบสานประเพณีสารทเดือนสิบ และเอกลักษณ์ของชาวจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีมาแต่โบราณ สะท้อนให้เห็นถึงบทบาทของวิทยาลัยพยาบาลในการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมให้สังคมภายนอกได้รับรู้ และการร่วมแรงร่วมใจในการเดินในขบวนแห่หุ้มรับอย่างพร้อมเพรียงเพื่อให้ขบวนมีความสวยงาม นอกจากนี้ นักศึกษาได้เรียนรู้ถึงบทบาทการมีส่วนร่วมในการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ

ขบวนหุ้มรับ เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงความเชื่อ ประเพณีศิลปวัฒนธรรมของชาวนครศรีธรรมราช ที่มีความสัมพันธ์กับความศรัทธาในพุทธศาสนา ซึ่งนำไปสู่ความตระหนักและการสร้างจิตสำนึกในการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมของจังหวัดนครศรีธรรมราช ความร่วมมือร่วมใจ ที่สะท้อนถึงความรักและภาคภูมิใจในความเป็นชาวนครศรีธรรมราช รวมถึงความรู้สึกรักเอื้อเฟื้อใจที่ได้ร่วมทำบุญ ตามความเชื่อของชาวนครในการเข้าร่วมทำบุญใหญ่ประจำปี ซึ่งเชื่อว่าผลบุญที่ทำส่งถึงบรรพบุรุษที่ล่วงลับไม่ต้องทนทุกข์ทรมานกับความอดอยากในนรกภูมิ ทำให้ได้บุญและได้ส่งบรรพบุรุษกลับสู่นรกภูมิ ดังข้อมูล

“ประทับใจ หลังทำงานมาเป็นเดือนไม่คิดว่าจะออกมาได้สวยงามมีคุณค่า และอยากจะทำบ่อยและสืบสานประเพณีนี้ให้กับรุ่นน้องต่อไป”

“ปลื้มตื่นตันใจที่ได้ร่วมขบวนแห่และได้สัมผัสถึงความยิ่งใหญ่ในประเพณีของจังหวัดนครศรีธรรมราช และรู้สึกถึงความประณีตและสวยงามของรถหุ้มรับของวิทยาลัยที่ได้ร่วมมือร่วมใจกันทั้งนักศึกษา อาจารย์เจ้าหน้าที่ทุกคน”

“นี่เผลอรงานที่นักศึกษาทำ ทำไมออกมาได้ดูมีคุณค่าอย่างนี้ ตอนแรกที่เห็นภาพนึกว่าจ้างทำเพราะมันเป็นงานที่ละเอียดมากพอได้มาลงมือทำได้รู้ว่าผลงานที่ออกมาทุกชิ้นเป็นความสามารถและมีมือของพวกเขาใน

วิทยาลัยโดยเฉพาะนักศึกษา”

“รู้สึกหัวใจพองโต ตอนอยู่ในขบวนแห่เนื่องจากมีประชาชนชาวจังหวัดนครศรีธรรมราช เยาวชนฝรั่งมาเยือนตลอดเส้นทางรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างสำนึกในการรักษาไว้ซึ่งประเพณีของนครศรีธรรมราช”

“วิทยาลัยพยาบาล เข้าร่วมกิจกรรมแห่หุ้มรับกับจังหวัดในทุกปี ถือเป็นวิทยาลัยต้นแบบและเป็นแบบอย่างทางด้านการส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักและรักษาไว้ซึ่งประเพณีนี้ให้อยู่คู่กับจังหวัดนครศรีธรรมราชต่อไป”

“เข้ามาร่วมแห่หุ้มรับทุกปีเพราะมาแล้วรู้สึกสบายใจ ที่ได้ทำบุญ อุทิศส่วนบุญให้กับปู่ย่า ตายาย ท่านจะได้อยู่ในที่สบาย หรืออย่างน้อยก็ไม่ลำบาก... ยิ่งเห็นคนมาร่วมมากๆ ก็ยิ่งรู้สึกศรัทธา”

สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาพยาบาลเป็นกระบวนการจัดการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญโดยบูรณาการศาสตร์ทางการพยาบาล (Professional Meaning) ศาสตร์ที่เกี่ยวข้องและการเรียนรู้เกี่ยวกับผู้ใช้บริการ (Client Meaning) ในเชิงสังคมวิทยา มานุษยวิทยา มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้เรียน ผู้สอนและผู้ใช้บริการ บนพื้นฐานความเอื้ออาทรภายใต้สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้จากสภาพจริงด้วยวิธีการจัดการเรียนการสอนที่หลากหลายมุ่งเน้นชุมชนเพื่อให้ได้บัณฑิตที่มีคุณลักษณะมีความรู้ความสามารถเชิงวิชาชีพ มีคุณธรรม จริยธรรม ทักษะทางปัญญา ทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและทักษะการปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งมีภาวะผู้นำสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเป็นระบบตามการเปลี่ยนแปลงของสังคม⁵ สอดคล้องกับเป้าหมายในการพัฒนาบัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราชที่มุ่งพัฒนาให้บัณฑิตมีอัตลักษณ์ คือ บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตนอกเหนือจากด้านวิชาการแล้ว ต้องทำควบคู่ไปกับกิจกรรมพัฒนา



นักศึกษา เพื่อให้นักศึกษาเกิดทักษะ ประสบการณ์การเรียนรู้ และการแก้ไขปัญหาสู่การเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์⁴

ผลการศึกษาพบว่า

การพัฒนาอัตลักษณ์ นักศึกษาพยาบาลด้วยกิจกรรมสารทเดือนสิบ มีกระบวนการ ดังนี้

1. การวางแผนกิจกรรม มี 3 ขั้นตอน คือ 1) การปลูกจิตสำนึกความศรัทธาในประเพณีสารทเดือนสิบ 2) การทำความเข้าใจประเพณีสารทเดือนสิบ และ 3) การสร้างระบบและกลไกในการดำเนินงาน
2. การดำเนินกิจกรรม มี 2 ขั้นตอน คือ 1) การออกแบบรถห่มรับ 2) การจัดเตรียมอุปกรณ์ และ 3. การแห่ห่มรับ ซึ่งประกอบด้วยรถห่มรับและขบวนแห่

จากกระบวนการของกิจกรรม ส่งผลให้นักศึกษาเกิดสำนึกถึงหน้าที่ความรับผิดชอบในการสืบสานประเพณี และการสืบทอดกิจกรรมจากรุ่นพี่สู่รุ่นน้อง ซึ่งเป็นการถ่ายทอดวัฒนธรรมโดยการเรียนรู้จากสังคมที่นักศึกษามีส่วนร่วม คือ สังคมในวิทยาลัยและท้องถิ่น นครศรีธรรมราช การมีส่วนร่วมในประเพณีวัฒนธรรมจะเป็นเครื่องพัฒนาจิตใจ ให้นักศึกษาเกิดความเสียสละช่วยเหลือส่วนรวม รู้จักตนเอง รู้จักสังคมและทำประโยชน์ต่อสังคม¹ การมีความรู้และความเชื่อศรัทธาในสิ่งเดียวกันจะช่วยให้เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกันและกัน เกิดสายสัมพันธ์ทางจิตใจนำมาซึ่งกิจกรรมที่เป็นผลดีต่อส่วนรวม เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลกันมีความสามัคคีเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการปลูกฝัง ให้นักศึกษาคิดถึงการทำให้ส่วนรวม การได้วางแผนและลงมือปฏิบัติในการทำงานด้วยตนเองและร่วมกับผู้อื่นทำให้นักศึกษาเกิดความรับผิดชอบ การช่วยเหลือ การเสียสละรวมถึงการคิดวิเคราะห์และการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รู้จักการฟังและยอมรับความคิดเห็นจากบุคคลอื่น การฝึกการใช้สติและสมาธิในการทำงาน มีความคิดสร้างสรรค์ ทั้งด้านศิลปะและกระบวนการทำงาน ทำให้มีจิตใจอ่อนโยนมีความสุขจากผลงานที่ทำ และยังได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น นอกจากนี้ผลของความสำเร็จจากกิจกรรม ทำให้มีความภาคภูมิใจ

มีคุณค่า ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้จะเป็นพลังในการผลักดัน และเป็นแรงเสริมให้นักศึกษามีจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในสถานการณ์อื่นๆ ต่อไป ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “ไม่ได้มาช่วยนักศึกษาทำมากนัก เนื่องจากไม่ค่อยมีฝีมือเท่าไรแต่ช่วยหาลาหารและขนมมาเลี้ยงนักศึกษาที่ช่วยกันตกแต่งรถห่มรับในตอนดึก และมาให้กำลังใจช่วงหีบจับและส่งของเล็กๆ น้อยๆ เห็นถึงความมุ่งมั่นและร่วมแรงร่วมใจกันของนักศึกษาทุกชั้นปีในการจัดสรรเวลาและแบ่งกันมาช่วย” “มองเห็นถึงความเอื้ออาทร ความมีน้ำใจ ที่เพื่อนมีต่อเพื่อน น้องมีต่อพี่ในการช่วยดูแลกันคอยเอาน้ำ ขนมมาให้ คอยถามว่ามีอะไรให้น้องช่วยไหม น้องอยากทำ” ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาอัตลักษณ์นักศึกษาให้มีจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ทั้งในส่วนของจิตบริการ (Service Mind) ที่หมายถึง จิตที่พร้อมจะเสียสละเวลาแรงกายและสติปัญญา เพื่อสาธารณ ประโยชน์ เป็นจิตที่ไม่นิ่งดูตายเมื่อพบเห็นปัญหาหรือความทุกข์ที่เกิดกับผู้คน มีความสุขที่ได้ทำความดี เป็นความสมัครใจเต็มใจตั้งใจทำและเสียสละทั้งร่างกายและแรงใจหรือทรัพย์สินในการทำกิจกรรมหรือสิ่งที่เป็นประโยชน์แก่ผู้อื่นโดยไม่หวังผลตอบแทนและมีความสุขที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่น อ่อนโยนต่อชีวิต อ่อนน้อมต่อธรรมชาติ มีความเป็นกัลยาณมิตร³ ส่วนการคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking) หมายถึง การระบุเรื่องหรือปัญหา การจำแนกแยกแยะ เปรียบเทียบข้อมูลหรือเพื่อจัดกลุ่มอย่างเป็นระบบ ระบุเหตุผลหรือเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูล และตรวจสอบข้อมูลหรือหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้เพียงพอในการตัดสินใจ แก้ปัญหาและคิดสร้างสรรค์⁶ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “ชื่นชมในการร่วมกันวางแผนในการดำเนินกิจกรรมของนักศึกษา ตั้งแต่การใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการออกแบบ ให้สะท้อนถึงวัฒนธรรมของสารทเดือนสิบ การเลือกใช้สีและวัสดุที่มาจากธรรมชาติ การจัดสรรหน้าที่และการบริหารงาน รวมไปถึงการใช้งบประมาณที่มีอย่างจำกัดให้เพียงพอ” “ผมได้นำกระบวนการ 4M ร่วมกับการใช้กระบวนการ PDCA มาวางแผนและควบคุมการดำเนินกิจกรรมให้แล้วเสร็จ



ตามแผนเนื่องจากต้องให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมโดยดึงความสามารถของแต่ละคนมาช่วยภายใต้งบประมาณและทรัพยากรที่มีจำกัด ทำให้รู้จักการบริหารและมอบหมายงานไปยังผู้รับผิดชอบตามความถนัดในการวางแผนและประชุมในกลุ่มที่รับผิดชอบงานย่อย” และการให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วม (Patient Right/Participation) หมายถึง การเคารพในสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ในการตัดสินใจด้วยตนเอง ยอมรับในแนวคิดพื้นฐานที่ว่าผู้ป่วยมีอิสระและสามารถเข้ามามีส่วนร่วมโดยเข้าใจถึงกระบวนการรักษาที่ดำเนินอยู่ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “ได้ฝึกการรับฟังและยอมรับความคิดเห็นจากบุคคลอื่นหลายๆคนในการนำเสนอและต้องปรับแก้แบบ” “ตัวเองไม่เคยทำเลยทำไม่เป็น แต่ลงมาทำแล้วมีความสุข เพราะร่วมทำกับพี่ อาจารย์และพี่ๆเจ้าหน้าที่ช่วยสอนทำไม่สวดยก็ทำใหม่จนสวดย” การที่นักศึกษาได้ทำงานร่วมกับผู้อื่นทำให้เกิดการเรียนรู้ทั้งทางตรงคือจากกระบวนการทำงานและทางอ้อมคือจากการเห็นแบบอย่าง ที่จะรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น และเปิดโอกาสให้ผู้อื่นมีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจ และลงมือทำ อันเป็นการปลูกฝังพฤติกรรมการให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมของนักศึกษาพยาบาลได้ ซึ่งสอดคล้องกับที่ จตุรวัฒน์ ฝนิกรมัย¹⁰ กล่าวถึงคุณค่าและความสำคัญของกิจกรรมนักศึกษา ว่ามีประโยชน์และมีคุณค่ามากมายหลายประการ รวมทั้งทำให้มีโลกทัศน์ของตนเองกว้างมากขึ้นเพราะได้มีโอกาสทำงานร่วมกับบุคคลอื่น ทำให้นักศึกษาได้รับความคิดแปลกใหม่จากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน การได้ถกเถียงจากการประชุม อันจะส่งผลให้ไม่เป็นคนที่ยึดมั่นถือมั่นในตนเองมากเกินไป ขณะเดียวกันทำให้ได้แนวคิดหลายมุมมอง ซึ่งเป็นการพัฒนาสติปัญญาไปในตัว ดังนั้นการที่นักศึกษาได้มีโอกาสได้ทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนๆ รุ่นพี่ รุ่นน้อง อาจารย์และบุคลากร เป็นการเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้ใช้กระบวนการคิด วิเคราะห์สิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย และในขั้นตอนของการทำงานต้องคำนึงถึงสิทธิของผู้อื่น เคารพในความคิดการตัดสินใจของผู้อื่นซึ่ง

เป็นการปลูกฝัง คุณลักษณะทั้งในด้านการคิดเชิงวิเคราะห์และการคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมให้เกิดขึ้นในนักศึกษานำสู่การพัฒนาการให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการศึกษา ควรมีการบูรณาการกิจกรรมทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมท้องถิ่นกับด้านวิชาการ เช่น การศึกษาภูมิปัญญาหรือศิลปวัฒนธรรมท้องถิ่น ที่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพและการบริการวิชาการที่นำเอาศิลปวัฒนธรรมหรือภูมิปัญญาท้องถิ่นไปใช้ในการบริการสุขภาพประชาชน เพื่อนำสู่การพัฒนาอัตลักษณ์นักศึกษาพยาบาลอย่างครบถ้วนทั้งการให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ การคิดวิเคราะห์ และการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ

2. ด้านการวิจัย

- 2.1 ควรมีการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับศิลปวัฒนธรรมท้องถิ่นกับสุขภาพโดยการวิจัยหรือโดยการจัดการความรู้

- 2.2 ควรมีการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ประเพณีศิลปวัฒนธรรมท้องถิ่นที่มีผลต่อการพัฒนาอัตลักษณ์นักศึกษาในด้านอื่นๆ ให้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ฉวีวรรณ สุวรรณภา. พระพุทธศาสนากับวัฒนธรรมไทย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย [อินเตอร์เน็ต]. 2555. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2557]. เข้าถึงได้จาก http://www.mcu.ac.th/site/articlecontent_desc.php?article_id=743&articlegroup_id=16.
2. เปรมจิต ชนระวงศ์. ภาษาถิ่นนครศรีธรรมราช. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช; 2554.
3. ประเวศ วสี. พยาบาลไทยหัวใจเพื่อนมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัทที ดีวี พี จำกัด; 2553.
4. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช.



- หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตหลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2555. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช;2555.
5. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช. คู่มือการประกันคุณภาพภายใน ฉบับปรับปรุง มีนาคม 2556. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช; 2556.
 6. สมพงษ์ เกรียงไกรเพชร. บันทึกประเพณีไทย ภาคใต้. กรุงเทพฯ: ดอกหญ้า; 2540.
 7. สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา. แผนพัฒนา นักศึกษาระดับอุดมศึกษา ฉบับที่ 11(2555-2559). กลุ่มพัฒนานโยบายอุดมศึกษา สำนักงานนโยบายและแผนการอุดมศึกษา; 2556.
 8. สำนักงานวิชาการและมาตรฐานการศึกษา. แนวทางการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะการคิด วิเคราะห์. กระทรวงศึกษาธิการ; 2549.
 9. Streubert –Speziale, H.J.& Carpenter,D.R. Qualitative Research in Nursing: Advancing the Human Imperative. London: Lippincott Williams and Wilkins; 2003.
 10. จตุรวัฒน์ ผนังรัมย์. การมีส่วนร่วมในกิจกรรม นักศึกษาของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ปีการศึกษา 2556 (วิจัยสถาบัน). นครราชสีมา : มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2557.



ผลการใช้แนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงต่อทักษะการวิเคราะห์ข้อมูล และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3

ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โปร้แมนน์*¹

ศิริพร โอภาสวัฑชัย*

นิชดา สารถวัลย์แพศย์*

บทคัดย่อ

นักศึกษาพยาบาลต้องเรียนรู้วิธีการวิจัยเพื่อที่จะสามารถทำวิจัยสร้างองค์ความรู้เพื่อพัฒนาวิชาชีพได้ในอนาคต แต่ส่วนใหญ่มองว่าการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเป็นเรื่องยาก ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงมาประยุกต์ใช้ในการสอนการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดผลก่อนและหลัง (Pre-test post-test design) มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิผลของการสอนการวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงที่มีต่อทักษะในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 จำนวน 39 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) เอกสารการสอน 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 3) แบบสอบถามทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลตามการรับรู้ของนักศึกษา 4) แบบสังเกตทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลตามสภาพจริงโดยอาจารย์ และ 5) แบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.20 อายุระหว่าง 20-21 ปี (mean = 20.44, SD = 0.50) เกรดเฉลี่ยสะสม 2.88 (SD=0.25) ร้อยละ 97.40 ไม่เคยเรียนวิจัยมาก่อน กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลตามการรับรู้ของตนเองก่อนการเรียนอยู่ในระดับน้อย (mean = 2.05, SD= 0.84) ส่วนหลังเรียน พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 3.58, SD= 1.09) โดยคะแนนหลังเรียนเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -8.69, df(38), p < 0.001$) ส่วนคะแนนทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลประเมินตามสภาพจริงโดยอาจารย์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทักษะอยู่ในระดับน้อยที่สุดก่อนการเรียน (mean = 1.60, SD= 0.67) ส่วนหลังเรียน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทักษะนั้นเป็นส่วนใหญ่ (mean = 3.54, SD= 1.15) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -28.34, df(38), p < 0.001$) กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการเรียนการสอนตามสภาพจริงอยู่ในระดับมาก (Mean = 70.38, SD=6.99, คะแนนเต็ม 100)

สรุปว่าการสอนการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงของนักศึกษาพยาบาลเป็นการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ของนักศึกษา

คำสำคัญ : การเรียนรู้ตามสภาพจริง; ทักษะในการวิเคราะห์ข้อมูล; นักศึกษาพยาบาล

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี อ.เมือง จ.นนทบุรี

¹ ผู้นิพนธ์สำหรับติดต่อ E-mail: suparpit@yahoo.com



Effects of Authentic Learning Style on Data Analysis Skills and Satisfaction of 3rd year Nursing Students

*Suparpit Maneesakorn von Bormann*¹*

*Siriporn Opasawatchai**

*Nichada Santwanpas**

Abstract

Nursing students need to learn research methods to generate knowledge and to improve the nursing profession. However, the students often find data analysis difficult. Therefore, an authentic learning style was adopted in the data analysis teaching course. This quasi-experimental study was aimed to evaluate the effectiveness of an authentic learning style on data analysis skills of 39 nursing students in their 3rd year. Samples were taught to analyze data using their own data set. The research tools were composed of 1) a manual; 2) questionnaire for general information; 3) student self assessment form, 4) lecturer observation check list, and 5) satisfaction questionnaire. Data were analysed using descriptive statistics and Paired t-tests.

The results showed that most samples were females (87.20%) aged between 20–21 years old (mean = 20.44, SD = 0.50). Grade point average was 2.88 (SD=0.25). The majority had not learned research before (97.40%). At pre-test, samples had low levels of data analysis skills as perceived by themselves (mean = 2.05, SD= 0.84), but they perceived moderate skills at post-test (mean = 3.58, SD= 1.09). Statistically significant difference between pre-and post-test scores of data analysis skills as perceived by samples was found ($t = -8.69$, $df(38)$, $p < 0.001$). At pre-test, samples had low levels of data analysis skills as assessed by lecturers (mean = 1.60, SD= 0.67), but at post-test the scores were higher (mean = 3.54, SD= 1.15). A statistically significant difference between pre-and post-test scores of data analysis skills assessed by lecturers was found ($t = -28.34$, $df(38)$, $p < 0.001$). Most samples had a high level of satisfaction (Mean = 70.38, SD=6.99)

In conclusion, authentic teaching on data analysis skills is effective and can enhance data analysis skills of nursing students.

Key words : authentic learning; data analysis skills; nursing student

¹Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi

*Corresponding author's email: suparpit@yahoo.com



ความเป็นมาและความสำคัญ

การพัฒนาวิชาชีพต้องอาศัยศาสตร์การวิจัยเป็นสำคัญ วิทยาลัยพยาบาลจึงต้องมีความรู้ในกระบวนการทำวิจัย เพื่อจะได้พัฒนารูปแบบการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น ตลอดจนลดภาระค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข¹ ได้กำหนดว่า ผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์จะต้องมีความสามารถในการร่วมทำวิจัยและนำผลการวิจัยไปใช้ได้ ดังนั้นจึงได้มีการบรรจุวิชาวิจัยทางการพยาบาลไว้ในกลุ่มวิชาการพยาบาล จำนวน 3 หน่วยกิต เป็นภาคทฤษฎี 2 หน่วยกิต และภาคทดลอง 1 หน่วยกิต โดยการเรียนการสอนในภาคทฤษฎี เป็นการเรียนที่เน้นความรู้ ความเข้าใจ ในเนื้อหา สาระ หลักการ ความรู้เชิงทฤษฎี ส่วนภาคทดลอง เป็นการเรียนการสอนในห้องปฏิบัติการ ใช้วิธีการสอนแบบสาธิต ทดลอง ผู้เรียนได้มีโอกาสศึกษา ค้นคว้าด้วยตนเอง มีการพิสูจน์ วิเคราะห์ สังเคราะห์ผลการทดลอง โดยใช้กระบวนการคิด วิเคราะห์ และตัดสินใจ เพื่อให้ได้ข้อสรุปและสามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ² แม้ว่าการจัดการเรียนการสอนวิชาชีพตามหลักสูตรกำหนดจะทำให้ นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจทางด้านการวิจัยเพิ่มขึ้น กล่าวคือ นักศึกษาสามารถสอบผ่านเกณฑ์การประเมินผลสัมฤทธิ์รายวิชา ตลอดจน ทำให้นักศึกษาพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอน แต่ทว่า ผลการประเมินคุณภาพบัณฑิตตามการรับรู้ของผู้ใช้บัณฑิต ในเรื่องการมีความรู้ความเข้าใจในสาระสำคัญของกระบวนการวิจัย ยังมีคะแนนต่ำกว่าความรู้ในข้ออื่น³ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิตินั้นยังเป็นปัญหาของการจัดการเรียนการสอน ดังผลการศึกษาความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนวิชาชีพทางการพยาบาล ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา พบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก แต่ปัญหาที่นักศึกษาพยาบาลพบในการเรียนคือระยะเวลาที่จำกัด แหล่งค้นคว้าน้อย และการ

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล⁵

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา จังหวัดนนทบุรี ได้มีการจัดการเรียนการสอนวิชาชีพทางการพยาบาลตามที่กำหนดไว้ในหลักสูตร ที่นักศึกษาทุกคนจะได้เรียนภาคทฤษฎี เรื่องการวิเคราะห์ข้อมูลในห้องเรียนจำนวน 4 ชั่วโมง โดยทุกคนใช้ข้อมูลตัวอย่างที่อาจารย์ผู้สอนเตรียมให้ในการฝึกวิเคราะห์ข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ในแต่ละปีนักศึกษา มักจะประเมินว่าการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นทักษะที่ยากที่สุด ตอนเรียนภาคทฤษฎีในห้องพอจะเข้าใจแต่เมื่อต้องไปทำกับข้อมูลของกลุ่มตัวเองจะจำขั้นตอนไม่ได้และเกิดความสับสนเนื่องจากเนื้อหา มีรายละเอียดและขั้นตอนมาก ดังนั้นการเรียนวิเคราะห์ข้อมูลในห้องเรียน โดยใช้ข้อมูลที่ครูเตรียมให้ อย่างที่ปฏิบัติกันอยู่ อาจจะไม่เพียงพอที่จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ อย่างเต็มประสิทธิภาพ ในยุคปฏิรูปการศึกษา ผู้สอนต้องเตรียมผู้เรียนให้มีความพร้อมที่จะออกไปเผชิญโลกแห่งความเป็นจริงในศตวรรษที่ 21 ซึ่งผู้เรียนชอบที่จะเรียนรู้แบบทดลองทำ (Learning by doing) มากกว่าการนั่งฟังเพียงอย่างเดียว (Listening)⁶ ผู้สอนจึงต้องมีความตื่นตัว ปรับตัวให้ทันกับกระแสโลก และสามารถจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้ผู้เรียนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้

ในปีการศึกษา 2554 ผู้วิจัยซึ่งรับผิดชอบการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาวิจัยทางการพยาบาล (พย.1329) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา จึงได้ปรับให้มีการสอนเสริมโดยใช้วิธีการเรียนการสอนตามสภาพจริง (Authentic Learning) เพื่อให้ผู้เรียนได้มีประสบการณ์นอกเหนือจากการเรียนภาคทฤษฎี โดยวิธีการเรียนการสอนตามสภาพจริงเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ของผู้เรียน ผ่านการสัมผัส การเรียนรู้ด้วยตัวเอง เพื่อให้เกิดความประจักษ์ชัดถึงความจริงที่เกิดขึ้น และพัฒนาตัวเองได้ โดยครูจะเป็นผู้ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ โดยการเผชิญสภาพการณ์จริง ปัญหาจริง ในบริบทจริง และร่วมกันศึกษาเรียนรู้ แสวงหาความรู้ และวิธีการต่างๆ เพื่อที่จะแก้ไขปัญหา นั้น และได้รับการประเมินตามมาตรฐานคุณภาพใน



ชีวิตจริง การเรียนการสอนตามสภาพจริงเป็นกระบวนการจัดการเรียนการสอนให้ผู้เรียนได้สร้างความสัมพันธ์ในบริบทที่เกี่ยวข้องกับสภาพปัญหาที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับผู้เรียน⁷ ซึ่งก็คือ การได้ลงมือปฏิบัติการวิเคราะห์ข้อมูลของตนเองเก็บรวบรวมมา โดยผู้สอนทำหน้าที่ช่วยให้ผู้เรียนเกิดแรงจูงใจที่แท้จริงที่จะเรียนรู้⁸ ผู้วิจัยจึงได้จัดการสอนเสริมจำนวน 3 ชั่วโมงโดยใช้การเรียนการสอนตามสภาพจริง กล่าวคือ ให้นักศึกษาใช้ข้อมูลจริงของตนเองมาฝึกปฏิบัติการวิเคราะห์ข้อมูลจากนั้นวัดทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลก่อนและหลังทดลอง โดยพบว่านักศึกษาประเมินทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลตามการรับรู้ของตนเองว่าดีขึ้นกว่าก่อนการเรียน และมีความพึงพอใจในกิจกรรมการเรียนการสอน เนื่องจากการจัดการเรียนการสอนมีประโยชน์ การใช้ข้อมูลจริงทำให้น่าสนใจและตั้งใจเรียนมากกว่าใช้ข้อมูลที่อาจารย์เตรียมให้ ทำให้เข้าใจมากยิ่งขึ้นและสามารถนำไปใช้ได้จริง ทว่ายังมีนักศึกษาบางกลุ่มที่เก็บข้อมูลล่าช้าและต้องใช้ข้อมูลที่อาจารย์เตรียมให้ ทำให้ไม่เห็นประโยชน์ของการฝึกเท่าที่ควร นอกจากนี้ในการทดลองครั้งนั้นใช้การประเมินทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลตามการรับรู้ของนักศึกษาเพียงอย่างเดียวอาจทำให้เกิดความลำเอียงได้

ผู้วิจัยจึงมีความต้องการที่จะจัดการเรียนการสอนเสริมในเรื่องการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ในห้องปฏิบัติการคอมพิวเตอร์ เพื่อให้ให้นักศึกษาทุกคนได้มีโอกาสใช้ข้อมูลจริง ในการวิเคราะห์เพื่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ⁹ สามารถช่วยพัฒนาทักษะการคิด การตัดสินใจ การวินิจฉัยสภาพการณ์ต่างๆ ในสิ่งแวดล้อมที่มีความปลอดภัย โดยการวัดและประเมินผลผู้เรียนก็ต้องพิจารณาจากพัฒนาการของผู้เรียน การสังเกตพฤติกรรมการเรียน และการรวมกิจกรรมของผู้เรียน จึงได้ทำการประเมินผลจากสภาพจริง (Authentic assessment) ที่สะท้อนให้เห็นถึงสภาพการเรียนการสอนที่แท้จริง โดยหลักการประเมินตามสภาพจริง เน้นการประเมินเพื่อพัฒนาผู้เรียนให้เต็มตามศักยภาพของตนเอง และเน้นการปฏิบัติจริงในสภาพที่

ใกล้เคียงหรือสภาพที่เป็นจริง เพื่อส่งเสริมผู้เรียนให้ดีที่สุดและช่วยแก้ไขข้อบกพร่องของผู้เรียนต่อไป ดังนั้น นอกเหนือจากการที่นักศึกษาประเมินทักษะตามการรับรู้ของตนเองแล้วยังได้รับการประเมินผลการฝึกปฏิบัติในทันทีจากการสังเกตของอาจารย์ ทำให้ผลการประเมินมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น และเป็นการพัฒนาเจตคติในวิชาชีพ สร้างความเชื่อมั่นและความพึงพอใจในการเรียนอีกด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำวิจัยครั้งนี้เพื่อทดสอบผลสัมฤทธิ์การสอนการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้อัตโนมัติและการประเมินผลตามสภาพจริงของนักศึกษาพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอน
2. เพื่อศึกษาทักษะการวิเคราะห์ข้อมูล ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอน โดยประเมินจากการสังเกตตามสภาพจริง
3. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง และตามการสังเกตตามสภาพจริงก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอน
4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจ ของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การเรียนการสอนตามสภาพจริง

สมมติฐานการวิจัย

1. ทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้นกว่าก่อนการจัดการเรียนการสอน
2. ทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลของนักศึกษาประเมินตามสภาพจริงโดยอาจารย์ดีขึ้นกว่าก่อนการจัดการเรียนการสอน

นิยามศัพท์

การเรียนการสอนโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้อัตโนมัติตามสภาพจริง หมายถึง กระบวนการจัดการเรียนการสอน



วิชาการวิจัยทางการพยาบาล เรื่องการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยเปิดโอกาสให้ผู้เรียนพัฒนาทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ผ่านการจัดการเรียนการสอนที่ใกล้เคียงกับการใช้ข้อมูลจริงของนักศึกษาในห้องปฏิบัติการคอมพิวเตอร์ โดยมีลักษณะดังต่อไปนี้

- 1) เป็นงานที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง คือข้อมูลได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง
- 2) ผู้เรียนต้องใช้ความรู้และทักษะขั้นสูง ที่จะแก้ปัญหาทางงานนั้นๆ
- 3) ผู้เรียนต้องฝึกปฏิบัติการวิเคราะห์ข้อมูลมากกว่าการท่องจำ การอธิบาย
- 4) ปฏิบัติงานในสถานที่เหมือนจริง คือในห้องปฏิบัติการคอมพิวเตอร์
- 5) เป็นงานที่ซับซ้อน ที่ผู้เรียนต้องใช้ความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงาน
- 6) เป็นงานที่ผู้เรียนมีโอกาส ได้รับการแนะนำ และผลย้อนกลับเพื่อแก้ไขปรับปรุงผลงาน

ทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ หมายถึง คุณลักษณะเชิงพฤติกรรมของนักศึกษาพยาบาลในการใช้ทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ที่ผู้เรียนได้ทดลองปฏิบัติจริง หรือใกล้เคียงกับความเป็นจริง มีการประเมิน 2 รูปแบบ คือ

- 1) การประเมินตามการรับรู้ของนักศึกษา โดยใช้แบบประเมินตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบบสอบถามทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ
- 2) การประเมินของอาจารย์ประจำกลุ่มย่อยที่ควบคุมการฝึกปฏิบัติของนักศึกษา โดยใช้แนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริง โดยใช้แบบสังเกตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะเป็น Rubric Score 4 ระดับ จำนวน 9 ข้อ

ความพึงพอใจในการเรียน หมายถึง ความรู้สึกหรือ ความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ต่อกิจกรรมการเรียนการสอนวิชาการวิจัยทาง

การพยาบาล ในเรื่องการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ซึ่งความรู้สึกหรือความคิดเห็นทางบวกจะแสดงให้เห็นสภาพความพึงพอใจในการเรียนการสอนและความรู้สึกหรือความคิดเห็นทางลบจะแสดงให้เห็นสภาพความไม่พึงพอใจในการเรียนการสอนวิชาการวิจัยทางการพยาบาล ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในการเรียนวิชาการวิจัยทางการพยาบาลที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก แบบสอบถามที่ กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ และวิไลพร ขำวงษ์¹⁰ พัฒนาขึ้น

อาจารย์ หมายถึง อาจารย์ผู้สอนวิชาการพยาบาล (พย.1329) ให้แก่นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 หมายถึง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์บัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ซึ่งลงทะเบียนเรียนวิชาการพยาบาล (พย.1329) จำนวน 39 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย นักศึกษาทุกคนเคยได้รับการสอนภาคทฤษฎีเรื่องการวิเคราะห์ข้อมูลในห้องเรียนมาแล้ว จำนวน 4 ชั่วโมงตามตารางสอนใน มคอ.3 โดยใช้ข้อมูลที่อาจารย์ผู้สอนเตรียมให้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียน (Classroom Action Research) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดผลก่อนและหลัง (Pre-test post-test design)

ประชากร ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาการพยาบาลที่มีการเรียนการสอนภาคทฤษฎี 15 ชั่วโมง และทดลอง 30 ชั่วโมง จำนวน 77 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาการพยาบาล ที่มีการเรียนการสอนภาคทฤษฎี 15 ชั่วโมง และทดลอง 30 ชั่วโมงและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 39 คน

ตัวแปรต้น คือ การเรียนการสอนการวิเคราะห์



ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์โดยใช้การสนทนาตามสภาพจริง ในห้องปฏิบัติการคอมพิวเตอร์ จำนวน 3 ชั่วโมง (นอกเหนือจากการเรียนทฤษฎีในห้องเรียน 4 ชั่วโมง)

ตัวแปรตาม คือ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้อของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

- ทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ตามการรับรู้ของนักศึกษา
- ทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ตามการประเมินของอาจารย์โดยใช้แนวทางการเรียนรู้ตามสภาพจริง
- ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการจัดการเรียนการสอนการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยใช้การสนทนาตามสภาพจริง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภทคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ เอกสารการสอนเรื่อง การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้
 - ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
 - ตอนที่ 2 แบบสอบถามทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ตามการรับรู้ของนักศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI=0.92 และนำไปทดสอบกับกลุ่มนักศึกษาที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่า Reliability = 0.88 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ (5 = มากที่สุด, 4 = มาก, 3 = ปานกลาง, 2 = น้อย, 1 = น้อยที่สุด)
 - ตอนที่ 3 แบบสังเกตทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์โดยใช้แนวทางการเรียนรู้ตามสภาพจริงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI=0.90 ลักษณะคำตอบเป็น Rubric scale 4 ระดับ (4 = มีทักษะนั้นมากที่สุด, 3 = มีทักษะ

นั้นเป็นส่วนใหญ่, 2 = มีทักษะนั้นบ้างแต่น้อย, 1 = ไม่มีทักษะนั้นเลย) ประเมินโดยการสังเกตของอาจารย์จำนวน 2 คนที่ได้รับการอบรมจากผู้วิจัยจนเข้าใจหลักการและรายละเอียดสิ่งที่ต้องสังเกตและทดลองประเมินตามแบบฟอร์มที่กำหนด ได้ค่า Interrater reliability = 0.91

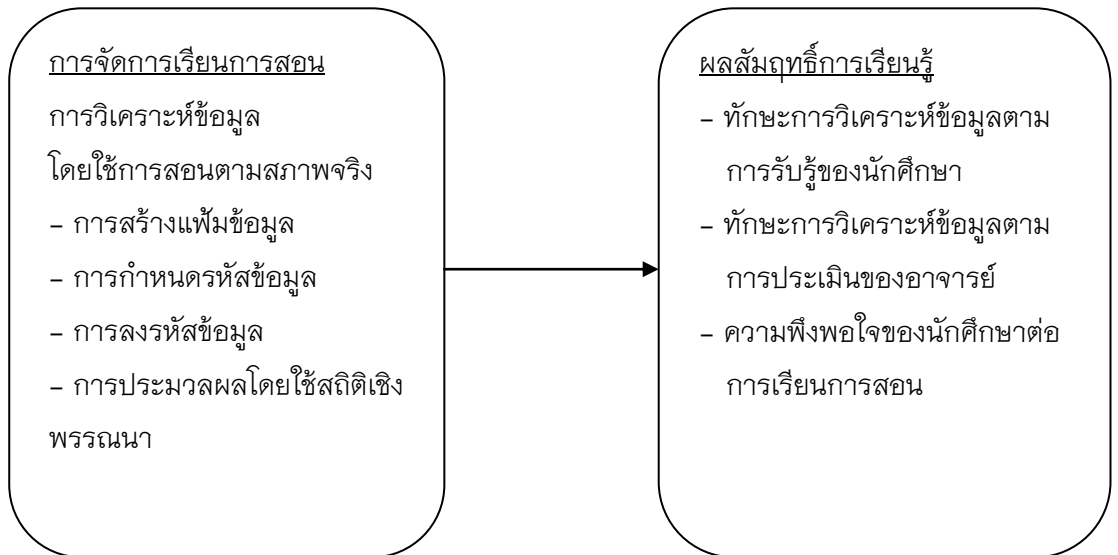
ตอนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจในการเรียนวิชาวิจัยทางการพยาบาลที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก แบบสอบถามความพึงพอใจในการเรียนวิชาภาษาอังกฤษ ที่ กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ และวิไลพร ขำวงษ์^๑ พัฒนาขึ้น ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI=0.94 และนำไปทดสอบกับกลุ่มนักศึกษาที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่า Reliability = 0.97

กรอบแนวคิดการวิจัย

ทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ มีความสำคัญอย่างยิ่งในการทำวิจัย การพัฒนาทักษะดังกล่าวแก่นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตสามารถกระทำผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบผู้เรียนมีส่วนร่วม เช่น การสอนโดยใช้แนวทางการเรียนรู้ตามสภาพจริง ที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนพัฒนาทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ผ่านการจัดการเรียนการสอนที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริง ในห้องปฏิบัติการคอมพิวเตอร์ ซึ่งการเรียนการสอนวิธีนี้ จะช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนมีความสนใจ กระตือรือร้น รับผิดชอบ คิดแก้ปัญหา และเห็นประโยชน์ของการเรียน เพราะสามารถนำผลที่ได้ไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์จริง เกิดความพึงพอใจในการเรียนและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดี ดังแสดงในแผนภูมิ 1



แผนภูมิ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียม

1. คณะผู้วิจัยศึกษารายละเอียดวิชาวิจัยทางการพยาบาล จากหลักสูตร และทำความเข้าใจในประเด็นวัตถุประสงค์ และเนื้อหารายวิชา และออกแบบการจัดการเรียนการสอนรายวิชา โดยใช้ข้อมูลจากการประเมินผลของนักศึกษาในภาคการศึกษาที่ผ่านมา มาปรับปรุงให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียน และจัดทำแผนการสอนภาคทดลองที่ช่วยเสริมทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

2. จัดทำโครงร่างและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรีให้ทำการวิจัยได้ ขั้นตอนทดลอง อาจารย์ผู้สอนดำเนินการวิจัยตามแผนที่วางไว้ ดังนี้

1. ขั้นตอนการจัดกิจกรรม อาจารย์ขอความยินยอมจากนักศึกษาที่สมัครใจเข้าร่วมและให้นักศึกษาเซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

2. ให้นักศึกษาประเมินทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ตามการรับรู้ของตนเองก่อนการเรียนตามแบบฟอร์มประเมินทักษะที่แจกให้

3. อาจารย์ผู้ประเมิน 2 คนสังเกตทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ก่อนการเรียนของนักศึกษา โดยแบ่งอาจารย์ 1 คนสังเกตนักศึกษา 3 แถวแรก อาจารย์อีก 1 คนสังเกตนักศึกษา 3 แถวหลัง

4. ขั้นตอนการจัดกิจกรรม อาจารย์ผู้สอนบรรยายสรุป ทบทวนขั้นตอนและให้นักศึกษากลุ่มทดลองได้ปฏิบัติตามทีละขั้นตอน ในหัวข้อ การสร้างแฟ้มข้อมูล การกำหนดรหัสข้อมูล การลงรหัสข้อมูล การประมวลผลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ข้อมูลจริงของนักศึกษา ในห้องปฏิบัติการคอมพิวเตอร์ ใช้เวลา 3 ชั่วโมง นักศึกษามีโอกาสปฏิบัติโดยใช้ข้อมูลที่กลุ่มตนเองเก็บรวบรวมมาในการวิเคราะห์ โดยมีอาจารย์ผู้สอนคอยดูแลและให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิดทำให้เห็น



ผลการวิจัยของตนเอง และสามารถซักถามผู้สอน ได้รับ ข้อมูลย้อนกลับในทันทีเพื่อแก้ไขปรับปรุงผลงานจนเกิดความเข้าใจและปฏิบัติได้จริง

ขั้นประเมินผล ประเมินผลผู้เรียนดังนี้

1. ให้นักศึกษาทุกคนประเมินทักษะการ วิเคราะห์ข้อมูลตามการรับรู้ของตนเองหลังการเรียน ตามแบบฟอร์มประเมินทักษะที่แจกให้

2. อาจารย์ผู้ประเมิน 2 คนสังเกตทักษะการ วิเคราะห์ข้อมูลของนักศึกษาหลังการเรียนสังเกตว่า นักศึกษาศาสามารถทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ หัวข้อที่กำลังได้รับการฝึก

3. ให้นักศึกษาประเมินความพึงพอใจในการ เรียนวิชาวิจัยทางการแพทย์ในเรื่องการวิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเข้าพบนักศึกษาและอธิบายให้นักศึกษา เข้าใจว่า นักศึกษามีสิทธิ์เข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ เนื่องจากไม่นับหน่วยกิต การปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยจะ ไม่มีผลใดๆ ทั้งสิ้นกับตัวนักศึกษาหรือคะแนนในการ เรียนวิชาวิจัยทางการแพทย์ ในระหว่างการวิจัย นักศึกษาศาสามารถยกเลิกได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล จากนั้นผู้วิจัยขอความยินยอมจากนักศึกษาที่สมัครใจเข้า ร่วมและให้นักศึกษาเซ็นใบยินยอมในการเข้าร่วมการ วิจัยครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และความ พึงพอใจในการเรียน วิเคราะห์ค่าความถี่ และร้อยละ

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลตามการรับรู้ของ นักศึกษา และจากการสังเกตของอาจารย์ วิเคราะห์ ข้อมูลดังนี้

2.1 หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนน ก่อนและหลังการเรียน

2.2 เปรียบเทียบทักษะการวิเคราะห์ข้อมูล ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Paired sample t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 39 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศ หญิง ร้อยละ 87.20 มีอายุระหว่าง 20-21 ปี (mean = 20.44, SD = 0.50) เกรดเฉลี่ยสะสม 2.88 (SD=0.25) ส่วนใหญ่ไม่เคยเรียนวิจัยมาก่อน ร้อยละ 97.40 ดังแสดง ในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำแนกตาม เพศ อายุ เกรดเฉลี่ยสะสม และประสบการณ์ในการทำวิจัย (n=39)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	5	12.80
หญิง	34	87.20
ประสบการณ์ในการทำวิจัย		
ไม่เคยเรียนวิชาวิจัยมาก่อน	38	97.40
เคยเรียนวิชาวิจัยมาก่อน	1	2.60
อายุ range 20–21 ปี		
	Mean 20.44 (SD=.50)	
เกรดเฉลี่ยสะสม		
	Mean 2.88 (SD=.25)	

ทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลประเมินตามสภาพจริงโดยนักศึกษา

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean = 2.05, SD= 0.84) ส่วนหลังเรียน พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 3.58, SD= 1.09) ดังแสดงในตารางที่ 2

ส่วนใหญ่มีทักษะในการวิเคราะห์ข้อมูลอยู่ในระดับน้อย

ตารางที่ 2 คะแนนทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ก่อนและหลังการเรียนตามการรับรู้ของนักศึกษา (N=39)

ทักษะการวิเคราะห์ข้อมูล	ก่อนการเรียน		หลังการเรียน	
	Mean	SD	Mean	SD
1.สร้างแฟ้มเพื่อลงบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ได้	2.59	1.01	3.79	1.13
2.ตั้งชื่อ และลงรหัสตัวแปรในแฟ้มได้	2.46	1.07	3.87	1.13
3.บอกได้ว่าข้อมูลเป็นตัวแปรชนิดใด	2.15	0.88	3.46	1.09
4.กำหนดรหัสข้อมูลได้	2.33	0.96	3.79	1.22
5.ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลได้	1.97	0.90	3.56	1.07
6.ตรวจสอบการกระจายของข้อมูลได้	1.69	0.66	3.44	1.05
7.วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คำสั่ง transform ได้	1.82	0.72	3.56	1.07
8.ใช้สถิติ เช่น ความถี่, ร้อยละ, Mean , t-test, Chi-square หรือ Correlation ได้	1.82	0.64	3.54	1.02
9.แปลผลการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติได้	1.62	0.71	3.26	1.04
คะแนนเฉลี่ย	2.05	0.84	3.58	1.09



ทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลประเมินตามสภาพจริงโดยอาจารย์

เมื่อพิจารณาคะแนนทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ประเมินตามสภาพจริงโดยอาจารย์ก่อนการเรียน พบว่านักศึกษาล้วนมีทักษะ

ในการวิเคราะห์ข้อมูลอยู่ในระดับน้อยที่สุด (mean = 1.60, SD= 0.67) ส่วนหลังเรียน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีทักษะนั้นเป็นส่วนใหญ่ (mean = 3.54, SD= 1.15) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ก่อนและหลังการเรียน ประเมินตามสภาพจริงโดยอาจารย์ (N=39)

ทักษะการวิเคราะห์ข้อมูล	ก่อนการเรียน		หลังการเรียน	
	Mean	SD	Mean	SD
1.สร้างแฟ้มเพื่อลงบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ได้	1.56	0.50	3.69	1.47
2.ตั้งชื่อ และลงรหัสตัวแปรในแฟ้มได้	1.46	0.10	3.67	1.33
3.บอกได้ว่าข้อมูลเป็นตัวแปรชนิดใด	1.15	0.88	3.46	1.09
4.กำหนดรหัสข้อมูลได้	1.33	0.96	3.69	1.22
5.ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลได้	1.97	0.90	3.56	1.07
6.ตรวจสอบการกระจายของข้อมูลได้	1.69	0.66	3.44	1.05
7.วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คำสั่ง transform ได้	1.82	0.72	3.56	1.07
8.ใช้สถิติ เช่น ความถี่, ร้อยละ, Mean, t-test, Chi-square หรือ Correlation ได้	1.82	0.64	3.54	1.02
9.แปลผลการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติได้	1.62	0.71	3.26	1.04
คะแนนเฉลี่ย	1.60	0.67	3.54	1.15

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการวิเคราะห์ข้อมูลก่อนและหลังการเรียน

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ตามการรับรู้ของนักศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นหลังการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $t = -8.69, df(38),$

$p < 0.001$

เมื่อประเมินตามสภาพจริงโดยอาจารย์พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $t = -28.34, df(38), p < 0.001$ ดังแสดงในตารางที่ 4



ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการวิเคราะห์ข้อมูลก่อนและหลังการเรียนรู้

การวิเคราะห์ข้อมูล	ก่อนการเรียนรู้ Mean (SD)	หลังการเรียนรู้ Mean (SD)	คะแนน เฉลี่ยที่ ต่างกัน	t (df)	p
ทักษะตามการรับรู้ของนักศึกษา	18.46 (6.05)	32.28 (8.77)	13.82	-8.69 (38)	0.000
ทักษะตามการประเมินตาม สภาพจริงโดยอาจารย์	14.08 (4.521)	33.23 (4.21)	19.15	-28.34 (38)	0.000

ความพึงพอใจในการเรียน

ความพึงพอใจในการเรียนการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ของนักศึกษาทุกคนอยู่ในระดับมาก ทั้งโดยรวมและรายด้านทุกด้าน (Mean = 70.38, SD=6.99, range 53-85 คะแนนเต็ม 100)

อภิปรายผลการวิจัย

การสอนการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงของนักศึกษาพยาบาล เป็นการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ของนักศึกษาพยาบาล

จากผลการวิจัย พบว่าทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลตามการรับรู้ของนักศึกษาและตามการประเมินของอาจารย์ หลังการเรียนรู้ดีกว่าก่อนการเรียนรู้ ทำให้สมมติฐานทั้งสองที่ตั้งไว้เป็นจริง ดังนั้นการสอนการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้และการประเมินผลตามสภาพจริงส่งผลดีต่อทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ของนักศึกษาพยาบาล ศาสตราจารย์ปีที่ 3 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิจังหวัดนครพนธ์ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก แนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริง (Authentic learning) ที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการเรียนการสอนผ่านการทำกิจกรรมการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่นำเอาผลการวิจัยของ

ตนเองมาใช้ในการเรียนการวิเคราะห์ข้อมูล ตรงกับที่ Lombardi⁶ ได้กล่าวไว้ การจัดการเรียนการสอนวิธีนี้ครูทำหน้าที่ทบทวนหลักการและเทคนิคต่างๆ ที่ได้เรียนมาจากภาคทฤษฎี แล้วมากระตุ้นให้ผู้เรียนคิดวิเคราะห์ หาทางแก้ไขปัญหาโดยการนำความรู้ที่ได้จากภาคทฤษฎี มาประยุกต์ใช้กับประสบการณ์ใกล้ตัวนักศึกษา¹¹ ซึ่งก็คือข้อมูลผลการวิจัยที่กลุ่มของตนเองได้เก็บรวบรวมมา ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ในสถานการณ์จริง การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นเป็นการเชื่อมโยงจากความเป็นจริง ตามความพร้อม และความสามารถของตน เกิดความตระหนักถึงความเป็นเจ้าของข้อมูล มีความกระตือรือร้น สนใจในการทดลองปฏิบัติเนื่องจากมีความต้องการวิเคราะห์ให้เห็นผลสำเร็จการวิจัยของตนเองว่าเป็นอย่างไร โดยในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนในห้องปฏิบัติการคอมพิวเตอร์ ผู้สอนคอยกระตุ้นให้ผู้เรียนใช้ทักษะและกระบวนการคิดของตน การแบ่งกลุ่มสอนทำให้ผู้สอนสามารถสอนโดยใช้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (Child-centered instruction) ในกลุ่มผู้เรียนที่เล็กกลง ทำให้สามารถดูแลผู้เรียนได้อย่างทั่วถึง สามารถให้ข้อมูลย้อนกลับได้ทันที และทำให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอนมากขึ้น (Participatory learning) กล่าวที่จะซักถามเมื่อมีข้อสงสัย สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญชิต มณีโชติ¹² ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วมกับพฤติกรรม



การใฝ่รู้ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 236 คน จากวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 12 สถาบัน ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาล ได้มีส่วนร่วมในการจัดการเรียนการสอนระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมการใฝ่รู้ระดับค่อนข้างมาก และการจัดการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใฝ่รู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ให้ความเห็นว่า “เรียนกลุ่มเล็ก ทำให้อาจารย์ดูแลทั่วถึง ผู้เรียนมีโอกาสซักถามและทำความเข้าใจได้มากขึ้น” “ได้ลงมือปฏิบัติจริงพร้อมๆ กับที่อาจารย์สอน” “ได้ลองคิดข้อมูลของเราด้วยตนเอง รู้สึกดีมากๆ” “การมีส่วนร่วมในการเรียนการสอน” และ “กระตุ้นให้คิดสร้างสรรค์” เนื่องจากการเรียนการสอนในครั้งนี้มีรูปแบบการเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning) มากกว่าการเรียนการสอนแบบที่ให้ผู้เรียนนั่งฟังผู้สอนบรรยายเพียงอย่างเดียว โดยไม่มีส่วนร่วม (Passive learning) ซึ่งไม่เหมาะสมสำหรับการเรียนการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ และสอดคล้องกับคำตอบของนักศึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมที่ไม่ชอบ ได้แก่ “ไม่ชอบการเรียนการสอนที่มีการบรรยายเพียงอย่างเดียว”

กระบวนการเรียนรู้ของนักศึกษาเกิดจากการที่มีโอกาสได้ลงมือปฏิบัติจริง ทำให้นักศึกษามีความรับผิดชอบ เห็นประโยชน์ของการเรียน เป็นการเรียนเพื่อเรียนรู้ (Learn to learn) มีความมั่นใจและพยายามพัฒนาดตนเองตามแนวคิดของโคลส์¹³ การเห็นประโยชน์ของการเรียนทำให้เกิดความตระหนักว่า ตนจะสามารถนำผลที่ได้ไปประยุกต์ใช้กับงานวิจัยของตนเองได้¹⁴ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิวัฒน์ ชัดติยะมาน¹⁵ ที่ได้ทำวิจัยในรายวิชาหลัก สูตร และการสอนทั่วไป สำหรับ นิสิต คณะศึกษาศาสตร์ โดย กลุ่มทดลองได้รับการสอนตามสภาพจริง และกลุ่มควบคุมได้รับการสอนแบบปกติ พบว่า 1) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนความสามารถด้านการวางแผนการสอน และลักษณะการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05,

2) กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวปฏิบัติของการเรียนการสอนตามสภาพจริงในระดับมากในทุกข้อ, 3) ผลของการสังเกตบรรยากาศของการเรียน การสอนตามสภาพจริง พบว่า กิจกรรมการเรียนการสอนของกลุ่มทดลองมีความเป็นสภาพจริงตั้งแต่ระดับปานกลางถึงมากที่สุด, 4) นิสิตมีความกระตือรือร้นและให้ความสนใจกับกิจกรรมการเรียนการสอนที่ใช้ประสบการณ์ การเรียนรู้ตามสภาพจริงมากที่สุด รองลงมาคือ ประสบการณ์การเรียนรู้สมมติ และสุดท้ายคือ ประสบการณ์การเรียนรู้ทางวิชาการ ซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ การที่นักศึกษาส่วนใหญ่ระบุว่า กิจกรรมที่ชอบ ได้แก่ “การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ช่วยให้เราสามารถพัฒนาทักษะ และความมั่นใจในการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย โดยเฉพาะ การสร้างแฟ้มเพื่อลงบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ ตั้งชื่อและลงรหัสตัวแปรในแฟ้ม กำหนดรหัสข้อมูล” นอกจากนี้การที่ผู้สอนได้สอนแบบใกล้ชิดกับนักศึกษารายบุคคล และให้นักศึกษาลงปฏิบัติตามกลุ่มวิจัยของตนเอง ทำให้บรรยากาศในการเรียนรู้เป็นกันเอง ผ่อนคลาย ดังที่นักศึกษาแสดงความคิดเห็นว่า “เวลาเรียนกับคอมพิวเตอร์ไม่ค่อยเครียด” หรือ “ได้ลงมือทำกับเพื่อนๆ สนุกดีค่ะ”

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของ แชน มูลเดช¹⁶ ซึ่งศึกษาเรื่องการพัฒนาทักษะการวิจัยและนวัตกรรมการเรียนการสอนของครุมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ ด้วยจิตวิทยัจญญิมิปัญญาท้องถิ่นมะขามหวานเพื่อรองรับสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งเป็นการศึกษาที่ใช้จิตวิทยัจญญิมิปัญญาท้องถิ่นสอดคล้องกับสถานการณ์ของจังหวัดเพชรบูรณ์ และผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ทดลองปฏิบัติจริงในพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาที่ได้รับการสอนจากผู้ร่วมวิจัยมีทักษะในการวิจัยบรรลุเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยเฉพาะในด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า เมื่อได้ปฏิบัติจริงในพื้นที่ 3 ครั้ง นักศึกษาร้อยละ 99.90 มีทักษะเกี่ยวกับการตั้งสมมติฐานผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 98.60 มีทักษะ



การวิจัยเกี่ยวกับระเบียบวิธีการวิจัย ร้อยละ 99.30 มีทักษะการวิจัยเกี่ยวกับผลที่ได้ (result) ร้อยละ 99.93 มีทักษะเกี่ยวกับการแปลความหมายข้อมูล และร้อยละ 81.90 มีทักษะในการวิจัยเกี่ยวกับข้อสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อพิจารณาผลการศึกษาคความพึงพอใจในการเรียนการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ของนักศึกษา อยู่ในระดับมาก ทั้งโดยรวมและรายด้าน ซึ่งสอดคล้องกับผลของการศึกษาของกมลรัตน์ เทอร์เนอร์ และวิไลพร ขำวงษ์¹⁰ ที่ศึกษาผลของการเรียนการสอนแบบผู้เรียนมีส่วนร่วม ในวิชาภาษาอังกฤษ 3 ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในการเรียน ทั้งโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก และการศึกษาของกมลรัตน์ เทอร์เนอร์ ธัญญวลัย บุญประสิทธิ์ และสุนทรีย์ ภิญญมิตร¹⁷ ที่ศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนวิชาภาษาอังกฤษ² โดยการบูรณาการกับโครงการบริการวิชาการ สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในการเรียนวิชาภาษาอังกฤษ 2 ของนักศึกษาทั้งโดยรวมและรายด้านได้แก่ ด้านเนื้อหาการเรียนรู้ ด้านกิจกรรมการเรียนการสอน และด้านการประเมินผล อยู่ในระดับมากเช่นกัน ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจาก ผู้เรียนได้มีประสบการณ์ตรงในการใช้ทักษะที่ได้เรียนรู้จากห้องเรียน ซึ่งจะเป็นโอกาสให้ได้สังเกตและสะท้อนคิดพิจารณาจากผลงานของตนเองในสถานการณ์จริง ว่าสิ่งที่ตนเข้าใจจากการเรียนในห้องเรียนนั้นสามารถใช้ได้จริงหรือไม่ และได้มีโอกาสคิดพิจารณาว่าปัญหาเกิดจากอะไร ควรวางแผนแก้ไขประสบการณ์ของตนเองใหม่อย่างไร ทุกๆ ครั้งที่นักศึกษาทดลองทำทักษะนั้นซ้ำ นักศึกษาจะได้ทดสอบแผนการใช้ทักษะของตนเองและแก้ไขผลงานของตนเองให้สมบูรณ์รอบคอบจนกว่าวิธีการทั้งหมดจะสมบูรณ์¹⁵ นั่นคือ นักศึกษาจะมีความรู้และมีประสบการณ์ที่ครอบคลุมเพียงพอที่จะสามารถ

ผลิตผลงานที่สมบูรณ์ได้จากการได้มีประสบการณ์จริงมากกว่าจากการเรียนรู้โดยไม่มีประสบการณ์ตรง จึงเป็นเหตุให้นักศึกษาที่เรียนรู้จากการมีประสบการณ์ตรงมีความพึงพอใจในกิจกรรมการเรียนรู้อยู่ในระดับมากทำนองเดียวกัน หลักการนี้สามารถนำมาอธิบายได้ว่า การที่นักศึกษาถูก วัดประเมินผลจากผลการปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Authentic assessment) จะทำให้นักศึกษามีความพึงพอใจในระดับสูง เนื่องจากเป็นผลงานที่เกิดจากความเข้าใจแท้จริงจากประสบการณ์ตรง เป็นการวัดทักษะที่ครอบคลุมทั้งความรู้ เจตคติและทักษะปฏิบัติ ไม่ใช่การวัดเฉพาะความรู้ในห้องเรียนนั่นเอง

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยเกินไป

สรุป

การสอนการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริง เป็นการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ของนักศึกษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1. นอกจากการสอนทฤษฎีวิชาวิจัยเรื่อง การวิเคราะห์ข้อมูล ในห้องเรียนแล้ว ผู้สอนควรจัดสอนเสริมการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ให้นักศึกษาโดยให้นักศึกษาใช้ข้อมูลที่เก็บจริงจากการวิจัยของกลุ่มตนเองมาใช้ในการฝึก เนื่องจากจะทำให้ นักศึกษามีความรู้ลึกเป็นเจ้าของและทำให้เข้าใจกระบวนการปฏิบัติเป็นภาพรวมมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ขอคุณ ดร.ศรีวรรณ มีบุญ ที่ได้ปูพื้นฐานภาคทฤษฎีเรื่องการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และขอบคุณ



อาสาสมัครวิจัยทุกคนที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. บุญใจ ศรีสถิตนราภุร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: บริษัทยูแอนดีไอ อินเทอร์เน็ตมีเดีย จำกัด; 2553.
2. สถาบันพระบรมราชชนก. หลักสูตรการเรียนการสอนนักรักษาพยาบาล. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2540.
3. von Bormann SM, Thanadkit K, Opasawatchai S Achievement of Data Analysis Teaching based on Authentic Learning Concepts in Nursing Students. pp. In : Proceedings of the 4th International Nursing and Public Health Conference Thailand 'Working together for Health Security'. 10-12th April, 2012. Chiang Mai: Thailand; 2012. p.554-61.
4. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี. ผลการประเมินคุณภาพบัณฑิตภายหลังจากสำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2556. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี. 2557.
5. พิศมัย อุบลศรี, จุฑาทิพย์ ศิริณภาดล, ลออวรรณ อึ้งสกุล, อภิรดี สุขแสงดาว และสุหทัย โตสังวาล. ความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนวิชาชีพทางการพยาบาลของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. 2553;16(1):83-97.
6. Lombardi MM. Authentic Learning for the 21st Century: An Overview. EDUCASE Learning Initiative. [Internet]. 2007 [cited 2014 August 9]; Available from: <http://net.educause.edu/ir/library/pdf/ELI3009.pdf>.
7. Donovan MS, Bransford JD, Pellegrino JW. How people learn: Bridging research and practice. Washington, DC: National Academy Press; 1999.
8. Mehlinger HD. School reform in the information age. Bloomington, IN: Indiana University Press; 1995.
9. Wiggins GP. Educative assessment: Designing assessment to inform and improve student performance. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1998.
10. กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ และวิไลพร ขำวงษ์. การศึกษาผลการเรียนการสอนแบบผู้เรียนมีส่วนร่วมต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความพึงพอใจในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี. รายงานการวิจัย. นนทบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี; 2549.
11. กัลยารัตน์ อนนทร์รัตน์. ชุมความรู้ด้านการเรียนการสอนทางการพยาบาล. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2556;23:12-23.
12. บุญชิต มณีโชติ. ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วมกับการพัฒนาการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
13. Kolb DA. Experiential learning: Experience as the source of learning and development. New Jersey: Prentice Hall Inc.; 1984.
14. กังขตา พิบูลนุรักษ์. การศึกษาความสามารถด้านความเข้าใจในการอ่านภาษาอังกฤษ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โดยวิธีการจัดการเรียนรู้แบบโครงการ [สารนิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2552.
15. วิทวัฒน์ ชัดติยะมาน. การนำเสนอปฏิบัติการทางเลือกของการเรียนการสอนตามสภาพจริง ในวิชาหลักสูตรและการสอนทั่วไปสำหรับนิสิตคณะศึกษาศาสตร์ [วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต. สาขาหลักสูตรและการสอน]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.



16. แวก มูลเดช. การพัฒนาทักษะการวิจัยและนวัตกรรมการเรียนการสอนของครุมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ ด้วยจิตวิทยาวิจัยภูมิปัญญาท้องถิ่นมะขามหวานเพื่อรองรับสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้. รายงานการวิจัย. เพชรบูรณ์: คณะครุศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์; 2555.
17. กมลรัตน์ เทอร์เนอร์. ศึกษานวศิลป์ บุญประสิทธิ์ สุนท์วิญญูมิตร. ผลการจัดการเรียนการสอนวิชาภาษาอังกฤษ โดยบูรณาการกับโครงการบริการวิชาการ. รายงานการวิจัย. นนทบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี; 2553.



ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

เนติยา แจ่มทิม*

ลินีพร ยืนยง*

ปริญทร์ ศรีศศลักษณ์*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุตำบลสนามชัยอำเภอเมืองจังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุจากตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 30 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 ราย เก็บข้อมูลเดือนมีนาคม ถึง เดือนมิถุนายน 2556 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แบบสอบถาม ข้อมูลพื้นฐาน แบบสอบถามความรู้และกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่ระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 และ .85 ตามลำดับ โปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลเพื่อเพิ่มความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยศึกษาสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Pairedt-testและ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ มีระดับคะแนนความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญที่สถิติที่ระดับ 0.001 ผู้วิจัยเสนอแนะให้นำโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุไปออกแบบการสอนแก่นักศึกษาบุคลากรทางการพยาบาลและสาธารณสุขเพื่อพัฒนาทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพประชาชนต่อไป

คำสำคัญ : การดูแลผู้สูงอายุ; ผู้สูงอายุ; ผู้ดูแล



Effects of Preparation to Care for Elderly Program at Sanamchai Subdistrict Mung DISTRICT SUPHANBURI PROVINCE.

*Netiya Jaemtim**

*SineepornYuenyong**

*Purinsrisodsasuk**

Abstract

The purpose of this Quasi-experimental research was to study the effects of a preparation to care for the elderly program on capability improvement of the elderly caregivers at Sanamchai Subdistrict, Muang district, Suphanburi province. The participants consisted of 60 elderly caregivers living in that area. These participants were divided randomly into two groups: 30 people in the control group and 30 in the experimental group. Data collection was undertaken between March and June 2013. The preparation to care for the elderly program was developed by the researcher team. Frequency, Percentage, Mean, Standard deviation Paired t-test and Independent t-test were used for data analysis.

The results revealed that the score of the intervention group after participation in the intervention program was significantly higher than the score of the control group ($p < 0.001$).

The findings from this study confirmed that the preparation program is beneficial to the elderly caregivers. Therefore, this program should be introduced to nursing students, nursing staff and public health officers to develop skills in caring for the elderly and encourage them to use this program for elderly in the future.

Key word : caring for the elderly; elderly; caregiver.



ความเป็นมาและความสำคัญ

จากการที่ปัจจุบันโลกได้มีวิวัฒนาการที่เจริญก้าวหน้าทั้งเทคโนโลยีด้านการแพทย์ และการศึกษา ทำให้ประชากรมีอายุยืนขึ้น มีการวางแผนครอบครัวสามารถลดอัตราการเกิดของประชากรลงได้ ประกอบกับอัตราการตายลดลง ทำให้โครงสร้างของประชากรมีการเปลี่ยนแปลงไป โดยประชากรวัยสูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆจากร้อยละ 8.11 ในปี พ.ศ. 2538 เพิ่มขึ้นเป็น 9.19 และ 10.17 ในปี พ.ศ. 2543 และ 2548 ตามลำดับ โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 11.36 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2553 จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าจำนวนผู้สูงอายุในจังหวัดสุพรรณบุรี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.0 ในปี พ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 19.6 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2543 และจากผลการสำรวจประชากรกลางปี ในเดือนกรกฎาคม 2552 พบว่า จังหวัดสุพรรณบุรี มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 119,008 คน เป็น เพศชาย จำนวน 51,952 คน และ เพศหญิง จำนวน 67,056 คน¹

ผู้สูงอายุ เป็นวัยที่ร่างกายมีการเสื่อมอย่างรวดเร็ว ทำให้มีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาสุขภาพสูงกว่าวัยอื่นๆ การเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุดังกล่าว เกิดผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากรทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพ อันได้แก่ ปัญหาทางสุขภาพ ที่สำคัญคือโรคไม่ติดต่อและอุบัติเหตุ ซึ่งส่งผลต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพ และความพิการต่างๆ ของผู้สูงอายุ ภาระในการเลี้ยงดูผู้สูงอายุระยะยาวทั้งในลักษณะที่เป็นทางการ ได้แก่ การบริการด้านสุขภาพและด้านสังคม ที่รัฐบาลจัดสรรงบประมาณมาให้ และการดูแลในลักษณะที่ไม่เป็นทางการ จาก ครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน โดยการดูแลอย่างไม่เป็นทางการนี้นับว่าเป็นลักษณะส่วนใหญ่ของการดูแลระยะยาวในสังคมไทย ซึ่งอยู่ในภาวะของครอบครัว² จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวทำให้เกิดความถดถอยในความสามารถของครอบครัวในการดูแลจัดการกับผู้สูงอายุที่ชราภาพ และมีแนวโน้มเกิดความล้มเหลวของการดูแลระยะยาวภายใน

ครอบครัวสูงขึ้นในอนาคต³ การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีรายงานว่าได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวันเพียงร้อยละ 3 ของผู้สูงอายุที่ทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเองไม่ได้และต้องการความช่วยเหลือ นอกจากนี้ความต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุมีโอกาสมากขึ้นในอนาคตอีกด้วยเนื่องจากผู้สูงอายุจะมีชีวิตยืนยาวขึ้นแต่ช่วงเวลาดังกล่าวนี้อาจไม่ได้อยู่อย่างมีสุขภาพดี

จากสถานการณ์ที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้สูงอายุที่ต้องปฏิบัติซ้ำๆ จำเจทุกวัน ยุ่งนานวันทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจและจิตวิญญาณ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกท้อแท้ วิตกกังวล และผู้ดูแลบางรายอาจต้องออกจากงานทำให้สูญเสียรายได้ จากผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ดูแลมีความยากลำบากในการดูแล จากการเพิ่มงานที่มีอยู่เดิม และสภาพอารมณ์ทำให้รู้สึกเป็นภาระ³ ความพร้อมเป็นสถานะของบุคคลที่พร้อมปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพความพร้อมเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายผลที่จะเกิดขึ้นในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ว่าจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้ดีเพียงใดความพร้อมที่ดีของผู้ดูแลเป็นการประเมินการรับรู้ในด้านภาระหน้าที่การดูแลในบทบาทของผู้ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายและอารมณ์ของผู้สูงอายรรวมถึงการจัดการปัญหาและความเครียดที่เกิดจากการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Archbold, Stewart, Greelink & Harvath⁴ เกี่ยวกับภาวะทางอารมณ์ความพร้อมและปัจจัยในบทบาทของผู้ดูแลที่พบว่าญาติที่มีความพร้อมในการดูแลสูงจะมีความเครียดในการดูแลระดับต่ำการเตรียมความพร้อมในการดูแลจึงเป็นปัจจัยที่จำเป็นไม่ว่าจะเป็นความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจโดยเฉพาะอย่างยิ่งการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจและความรู้เกี่ยวกับการดูแล การประเมินถึงความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุซึ่งการดูแลผู้สูงอายุประกอบด้วย การรับรู้บทบาทและภาระหน้าที่ในการดูแลรวมถึงการจัดการกับปัญหาและความรู้สึกเครียดที่เกิดจากการดูแลการที่ผู้ดูแลมีความพร้อม

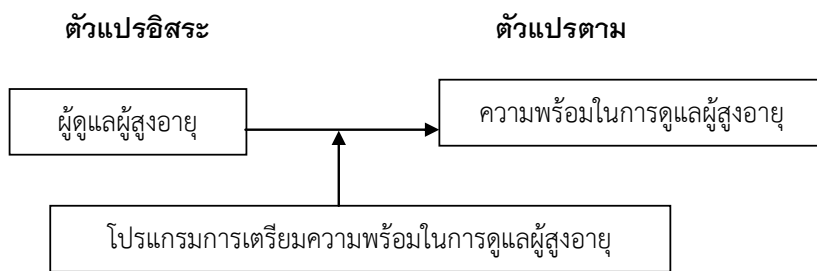


ในการดูแลสิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคจากการดูแลได้อย่างเหมาะสมไม่รู้สึกเป็นภาระจากการดูแลเกิดความเชี่ยวชาญและมั่นใจในการดูแลมากยิ่งขึ้นสามารถเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแลได้และที่สำคัญจะส่งผลให้สามารถดูแลผู้สูงอายุสมบูรณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งความพร้อมที่ดีจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน⁵ โดยทั้งนี้การที่ผู้ดูแลมีความพร้อมที่ดีจะทำให้สามารถปฏิบัติบทบาทและหน้าที่ในการดูแลได้อย่างถูกต้องไม่เกิดความรู้สึกเครียดและเป็นภาระจากการดูแล

ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความสำคัญของการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบการช่วยเหลือโดยใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุแก่ผู้ดูแลเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปในอนาคต

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาและพัฒนามาจากกรอบแนวคิดของ Archbold, Stewart, Greelink



กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย : ประยุกต์จากแนวคิดของ Archbold และคณะ⁴

วัตถุประสงค์

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วม โปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล

& Harvath⁴ เกี่ยวกับภาวะทางอารมณ์ความพร้อมและปัจจัยในบทบาทของผู้ดูแลที่พบว่าญาติที่มีความพร้อมในการดูแลสูงจะมีความเครียดในการดูแลระดับต่ำ การเตรียมความพร้อมในการดูแลจึงเป็นปัจจัยที่จำเป็นไม่ว่าจะเป็นความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจโดยเฉพาะอย่างยิ่งการเตรียมความพร้อมทางด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลการประเมินถึงความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุซึ่งการดูแลผู้สูงอายุประกอบด้วยความรู้ บทบาทและภาระหน้าที่ในการดูแลรวมถึงการจัดการกับปัญหาและความรู้สึกเครียดที่เกิดจากการดูแลการที่ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลสิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคจากการดูแลได้อย่างเหมาะสม ศิริวรรณ คณะนอกร ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า หลังจากผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมแล้ว ทำให้สามารถทราบบทบาทในการดูแลของตนเองและให้ การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ภาระการดูแลลดลงและเพิ่มทักษะในการดูแลได้³

2. เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล
3. เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้



สูงอายุของผู้ดูแล

สมมติฐานการวิจัย

1. การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลไม่แตกต่างกัน

2. การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

3. การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยใช้แผนกิจกรรมสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตามกรอบแนวคิด Stewart & Archbold⁴

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุผู้วิจัยได้ศึกษาและพัฒนาจากกรอบแนวคิดของ Archbold และคณะ⁴

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตตำบลสนามชัย อำเภอเมืองจังหวัดสุพรรณบุรี ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) คัดเลือกตัวอย่างจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน มีความสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมจนครบ 6 ครั้ง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สภาพสมรรถส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ฯ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ แบบสอบถามมีทั้งหมด 20 ข้อ ได้แก่ความรู้เรื่องผู้สูงอายุ อาหารและอารมณ์ ลักษณะคำตอบของแบบสอบถามเป็นการเลือกข้อที่ถูกต้อง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ แบบสอบถามมีทั้งหมด 20 ข้อ ได้แก่ กิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุด้านร่างกาย อาหาร อารมณ์และความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุลักษณะคำตอบของแบบสอบถามเป็นเป็นการเลือกข้อที่ปฏิบัติและไม่ได้ปฏิบัติ

ส่วนที่ 4 โปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลเพื่อเพิ่มความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุผู้วิจัยได้ศึกษาและพัฒนาจากกรอบแนวคิดของ Archbold และคณะ ได้แก่ ความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และพฤติกรรม ความพร้อมในการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแล ความพร้อมในการจัดการกับความเครียด ความพร้อมในการดูแลตนเองและผู้สูงอายุให้เกิดความพึงพอใจ ความพร้อมในการจัดการเหตุฉุกเฉิน ความพร้อมในการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล และความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุโดยรวม โดยดำเนินการโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีทั้งหมด 6 ครั้งๆ ละ 1-2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกันนาน 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุม หลังจากเสร็จสิ้นการรวบรวมข้อมูลได้จัดกิจกรรมตามโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมีค่าเท่ากับ .80 และได้ค่าแบบสอบถามกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ เท่ากับ .85



การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจและชี้แจงให้ทราบว่าหากเข้าร่วมการศึกษาแล้วสามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างข้อมูลที่ได้นำเสนอข้อมูลในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการศึกษาจึงจะดำเนินการรวบรวมข้อมูลต่อไป

การดำเนินการวิจัย

การรวบรวมข้อมูลโดยดำเนินการเป็นขั้นตอนตามลำดับดังนี้

1. ผู้ศึกษาทำหนังสือถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ถึงหัวหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนามชัย อำเภอมือง จังหวัดสุพรรณบุรีเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตในการศึกษาและรวบรวมข้อมูล
2. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
3. แล้วผู้ศึกษาขอพบหัวหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนามชัย อำเภอมือง จังหวัดสุพรรณบุรี
4. คัดเลือกกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
5. ผู้ศึกษาแนะนำตนเองอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการศึกษาพร้อมทั้งแจ้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการร่วมการศึกษาโดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการเข้าร่วมการศึกษาที่จะเป็นไปตามความสมัครใจโดยให้อ่านเอกสารยินยอมและลงลายมือชื่อแบบท่ายซึ่งไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมการศึกษา ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในรูปแบบผลของการศึกษาเท่านั้น
6. ผู้ศึกษารวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการ

ดูแลผู้สูงอายุและแบบสอบถามกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุก่อนดำเนินการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล

7. ผู้ศึกษาดำเนินการตามโปรแกรมเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล
8. ประเมินกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถามความรู้และแบบสอบถามกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ
9. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้ มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลโดยใช้สถิติการทดสอบ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.33 เพศชายร้อยละ 6.67 มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี มากที่สุดร้อยละ 46.67 รองลงมาคืออายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 26.67 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 83.34 ระดับการศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 46.67 และมีอาชีพเกษตรกรร้อยละ 43.34 รองลงมาคือรับจ้าง ร้อยละ 33.33 มีรายได้ 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 50.00 รองลงมา มีรายได้ต่ำกว่า 50,00 บาท ร้อยละ 46.67 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 76.66 และจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องดูแลมากที่สุด 1 คน ร้อยละ 40.00 รองลงมา ต้องดูแล 2 คน ร้อยละ 36.67

กลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.66 เพศชาย ร้อยละ 13.34 มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 60.00 รองลงมาคืออายุอยู่ในช่วง 21-30 และ



31-40 ปี ร้อยละ 16.67 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 76.67 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 43.34 มีอาชีพรับจ้างและแม่บ้าน ร้อยละ 33.33 มีรายได้ต่ำกว่า 50,00 บาท ร้อยละ 60.00 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 90.00 และจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องดูแลมากที่สุด 1 คน ร้อยละ 50.00 รองลงมา ต้องดูแล 2 คน ร้อยละ 33.34

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ ก่อนการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ

คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มทดลอง 15.87 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.70 ส่วนคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 14.50 และส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐานเท่ากับ 1.66 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ก่อนการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.14$) คะแนนเฉลี่ยกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มทดลอง 14.23 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.23 ส่วนคะแนนเฉลี่ยกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 14.34 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.66 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ก่อนการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.14$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความรู้และกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มก่อนทำการทดลอง

ตัวแปร	จำนวนคน	\bar{x}	S.D.	t	P-value
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ					
กลุ่มทดลอง	30	15.87	1.70	1.50	0.14
กลุ่มควบคุม	30	14.50	1.66		
กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ					
กลุ่มทดลอง	30	14.23	4.23	1.48	0.14
กลุ่มควบคุม	30	14.34	4.66		

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและกิจกรรมใน

การดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล



คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองเท่ากับ 15.87 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.70 ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุภายหลังการทดลองเท่ากับ 20.00 คะแนนและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.00 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างจากก่อนการทดลอง โดยมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p \leq 0.001$

คะแนนเฉลี่ยด้านกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุก่อนการทดลองเท่ากับ 14.23 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.23 ส่วนคะแนนเฉลี่ยด้านกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุภายหลังการทดลองเท่ากับ 18.47 คะแนนและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.03 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างจากก่อนการทดลอง โดยมีคะแนนเฉลี่ยด้านกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p \leq 0.001$ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้และกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ก่อน-หลังทดลอง

ตัวแปร	จำนวนคน	\bar{x}	S.D.	t	P-value
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ					
ก่อนการทดลอง	30	15.87	1.70	10.98	0.000*
หลังการทดลอง	30	20.00	0.00		
กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ					
ก่อนการทดลอง	30	14.23	4.23	4.73	0.000*
หลังการทดลอง	30	18.47	4.03		

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ หลังการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ

คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มทดลอง 20.00 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.00 ส่วนคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

ของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 14.50 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.66 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ก่อนการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.00$) คะแนนเฉลี่ยกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มทดลอง 18.47 และส่วนเบี่ยงเบน



มาตรฐานเท่ากับ 4.03 ส่วนคะแนนเฉลี่ยกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 14.34 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.66 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ

ก่อนการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างกันทางสถิติ (p -value = 0.00) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความรู้และกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง

ตัวแปร	จำนวน (คน)	\bar{x}	S.D.	t	P-value
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ					
กลุ่มทดลอง	30	20.00	0.00	9.88	0.00
กลุ่มควบคุม	30	14.50	1.66		
กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุ					
กลุ่มทดลอง	30	18.47	4.03	0.53	0.00
กลุ่มควบคุม	30	14.34	4.66		

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้แยกอภิปรายตามวัตถุประสงค์ และสมมติฐานการวิจัยดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล

สมมติฐานการวิจัยที่ 1 การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลไม่แตกต่างกัน

จากการศึกษาพบว่า การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลเพื่อเพิ่มความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีคุณลักษณะพื้นฐานที่ค่อนข้างใกล้เคียงกัน ตามที่ผู้วิจัยได้กำหนดคุณลักษณะของหมู่บ้าน

และญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดขึ้น ตั้งแต่ก่อนเริ่มโปรแกรมการทดลองเพื่อให้มีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด ได้แก่ การเลือกหมู่บ้านโดยเลือกหมู่บ้านที่มีคุณลักษณะอยู่ในเขตตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี มีจำนวนญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ 30 คน ไม่มีการจัดกิจกรรมการสอนในเรื่องความรู้และกิจกรรมของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุมาก่อน มีสภาพความเป็นอยู่วิถีชีวิต วัฒนธรรม สภาพแวดล้อมทางสังคม ที่ตั้งหมู่บ้านคล้ายคลึงกันเป็นหมู่บ้านที่ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และประชาชนโดยทั่วไปให้ความร่วมมือในด้านสุขภาพ นอกจากนั้นในการเลือกญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้ากลุ่มทดลอง โดยเลือกญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุของหมู่บ้าน ก. โดยการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และเลือกญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุของหมู่บ้าน ข. เป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน จำนวน 1 คนต่อครอบครัว โดยญาติผู้ดูแลจะดูแลผู้สูงอายุอยู่เป็นประจำและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ให้ความร่วมมือด้วยความสมัครใจ และยินดีเข้าร่วมกิจกรรมทุกกิจกรรม



วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล

สมมติฐานการวิจัยที่ 2 การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

จากการศึกษาพบว่า ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุมีระดับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการศึกษาที่ตั้งไว้ผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุมีระดับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมโดยอธิบายได้ดังนี้

การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรส ซึ่งต้องปฏิบัติหน้าที่ในหลายบทบาททั้งในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ บุตร สามี ตลอดจนงานการดูแลบ้าน บางรายต้องทำงานนอกบ้านด้วย มีอาชีพรับจ้าง ทำให้การที่ต้องดูแลผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อบทบาทในด้านอื่นๆ ดังนั้นการที่ผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลจากโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลของสจิวต์และอาร์ชโบลด์ (Stewart & Archbold)⁴ ที่มีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลง อารมณ์และพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้น รวมถึงแนวทางในการจัดการกับปัญหา ความพร้อมในการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแล ความพร้อมในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล ความพร้อมในการดูแลตนเองและผู้สูงอายุให้เกิดความพึงพอใจ ความพร้อมเกี่ยวกับการจัดการเหตุฉุกเฉินและความพร้อมเกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือและ

ข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล จึงเป็นการสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความพร้อมสามารถรับมือกับสถานการณ์การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถจัดการเวลาในบทบาทหน้าที่ต่างๆ ได้เหมาะสมมากขึ้น และในการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมในแต่ละครั้ง ก็จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ของโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ ครั้งที่ 1 เน้นการสร้างสัมพันธภาพและการเตรียมผู้ดูแลให้เกิดการยอมรับและมองเห็นความสำคัญในการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลเกิดความสนใจที่จะเรียนรู้แนวทางในการดูแล โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีความคล้ายคลึงกันคือไม่รู้การเปลี่ยนแปลงผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและอารมณ์

หลังจากที่ผู้ดูแลเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 2 ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ 3 ด้าน ได้แก่ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและด้านการจัดการกับเหตุการณ์ และสถานการณ์ฉุกเฉิน ซึ่งเป็นการให้ความรู้ในเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์ของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้นและยังมีแนวทางในการจัดการกับสถานการณ์การดูแลได้อย่างถูกต้อง ครั้งที่ 3 การเตรียมความพร้อมในด้านการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ดูแลรวมถึงความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างดูแล ครั้งที่ 4 การเตรียมความพร้อมในด้านการดูแลผู้ดูแล และผู้ดูแลและการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแล ครั้งที่ 5 การเตรียมความพร้อมการดูแลผู้สูงอายุ 2 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแลผู้สูงอายุและด้านการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล และครั้งที่ 6 เป็นการทบทวนการเตรียมความพร้อมในทุกๆ ด้าน การที่ผู้ดูแลได้เรียนรู้จากกิจกรรมในโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ จึงทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ตลอดจนมีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น การได้รับข้อมูลในเรื่องต่างๆ ดังกล่าว จะ



ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจในการประเมินปัญหา การดูแล รับรู้ในบทบาทของผู้ดูแล เป็นการเพิ่มแหล่ง ประโยชน์ส่วนตนของผู้ดูแล ให้สามารถตอบสนองต่อ พฤติกรรมและอารมณ์ของผู้สูงอายุ ทั้งสามารถจัดการ และควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจเกิด ขึ้นได้ ซึ่งนอกจากจะได้เรียนรู้วิธีการในการดูแลผู้สูงอายุ แล้วในกิจกรรมการดูแลครั้งที่ 3 และ 4 ซึ่งเป็นการให้ ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลตนเองให้เกิดความพึง พอใจ ลดความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระที่เกิดขึ้น ในระหว่างการดูแลได้ส่งผลให้ผู้ดูแลทราบแนวทางที่ถูก ต้องในการดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถจัดการสถานการณ์การดูแลได้อย่างเหมาะสม ลดผลกระทบต่อนักเรียนในด้านต่างๆ ลงได้ ซึ่งเป็นไปตาม แนวคิด ของสจิวต์และอาร์ชโบลด์ (Stewart&Archbold)⁴ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเดียนเพ็ญ¹ ศึกษา ผลของ โปรแกรมการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลต่อการลด ความเครียดในการดูแลเด็กพัฒนาการช้า ที่พบว่า ความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าหลังได้รับ โปรแกรมการเตรียมความพร้อมน้อยกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม เช่นเดียวกันกับการศึกษาของภิญญา อิศระพงษ์⁶ ที่ศึกษา ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการ ดูแลของผู้ปกครองเด็กออทิสติกต่อการดูแล ผล การศึกษาพบว่า ภาระในการดูแลของผู้ดูแลหลังเข้าร่วม โปรแกรมน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม จากผลการ ศึกษาที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการจัด เตรียมให้มีความพร้อมต่อสถานการณ์การดูแล เห็น ความสำคัญของการให้ความช่วยเหลือจากหน่วยงาน ผู้ดูแลจะสามารถค้นหาปัญหาและแก้ไขปัญหาได้อย่าง เป็นระบบ

วัตถุประสงค์ที่ 3 เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่ม ควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมใน การดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล

สมมติฐานการวิจัยที่ 3 การเตรียมความพร้อม ในการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วม

โปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุม

จากการศึกษาพบว่า การเตรียมความพร้อมในการ ดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อม ในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล กลุ่มทดลองมีคะแนน เฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างจาก กลุ่มควบคุม โดยมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการ ดูแลผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ $p \leq 0.001$ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 3

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อม ในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล กลุ่มทดลองมีคะแนน เฉลี่ยด้านกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างจากกลุ่ม ควบคุม โดยมีคะแนนเฉลี่ยด้านกิจกรรมการดูแลผู้สูง อายุสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ $p \leq 0.001$ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 3

จากการวิจัยแสดงให้เห็นว่าในการดำเนินกิจกรรม ตามโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูง อายุของผู้ดูแลเพื่อเพิ่มความรู้และปฏิบัติกิจกรรมในการ ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งนำกระบวนการกลุ่มเข้ามาประยุกต์ใช้ เพื่อให้กระบวนการกลุ่มมีส่วนให้ผู้ดูแลมีโอกาสในการ ระบายความรู้สึกทั้งในด้านบวกและลบ เกี่ยวกับ ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุกับผู้ที่มิประสบการณ คล้ายคลึงกัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลลดความรู้สึกโดดเดี่ยว เพราะรับรู้ว่ามีผู้ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกับตนเอง สิ่ง เหล่านี้จะช่วยให้ผู้ดูแลลดความซับซ้อนใจ ความหนักใจ ในบทบาทหน้าที่การดูแลของตัว เข้าใจผู้สูงอายุ มีกำลัง ใจและภาคภูมิใจในบทบาทที่รับผิดชอบ นอกจากนี้ผู้ ดูแลยังมีความสนใจต่อกิจกรรมกลุ่มทุกครั้งอย่าง สม่ำเสมอ ในระหว่างการทำกลุ่มการเตรียมความพร้อม ในการดูแล ผู้ดูแลจะสนใจซักถามผู้นำกลุ่มและสมาชิก กลุ่ม ซึ่งนอกจากผู้ศึกษาจะได้ให้รายละเอียดแล้ว ยังมี การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันระหว่างผู้ ดูแล และช่วงท้ายในการทำกลุ่ม ผู้ศึกษาจะสรุปประเด็น สำคัญให้ผู้ดูแลทราบทุกครั้งตามวัตถุประสงค์ของ



กิจกรรมกลุ่ม ผู้ดูแลสามารถนำความรู้ไปช่วยเหลือและสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุได้ ดังนั้นทำให้ความรู้ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างจากก่อนการทดลอง โดยมีคะแนนเฉลี่ยด้านด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p \leq 0.001$ และ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างจากก่อนการทดลอง โดยมีคะแนนเฉลี่ยด้านกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p \leq 0.001$ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของสจิวต์และอาร์ชโบลด์ (Stewart & Archbold)⁴ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเดือนเพ็ญ โยเฮียง⁷ ที่ศึกษา ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลต่อการลดความเครียดในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า ที่พบว่าความเครียดของผู้ดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ข้อเสนอแนะ

บุคลากรสาธารณสุขควรนำผลการวิจัยเสนอต่อผู้บริหารเพื่อกำหนดนโยบายในการส่งเสริมให้บุคลากรนำไปโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุไปปฏิบัติในคลินิกผู้สูงอายุ หรือหน่วยงานด้านการศึกษา นอกจากนี้ยังใช้เป็นข้อมูลในการให้ความรู้และเผยแพร่โปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุแก่นักศึกษา บุคลากรทางการแพทย์พยาบาล สาธารณสุข และใช้เป็นแนวทางเพื่อพัฒนาทักษะในการดูแลผู้สูงอายุของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

สำหรับข้อเสนอแนะในการทำวิจัย มีดังนี้

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุในระยะติดตามผล เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมในระยะยาว
2. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลในผู้ป่วยโรคอื่นๆ

3. ผู้ที่จะนำไปโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลไปใช้ ควรมีความรู้และความชำนาญในกระบวนการกลุ่ม จึงควรมีการอบรมการทำกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมก่อนนำไปใช้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. รายงานสถิติประชากรและเคหะจังหวัดสุพรรณบุรี. 2553.
2. สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ; โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
3. ศิริวรรณ คะเนนอก. ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมต่อภาวะในการดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
4. Stewart BJ, Archbold PG. New measures of concepts central to and understanding of an caregiving. Unpublished manuscript. School of Nursing, Oregon Health Sciences University. 1986.
5. วลัยพร นันทศุภวัฒน์. การพยาบาลผู้สูงอายุ ความท้าทายกับภาวะประชากรสูงอายุ. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์; 2551.
6. ภิญโญ อิศรพงศ์. ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลของผู้ปกครองเด็กออทิสติกต่อภาวะการดูแล. [การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
7. เดือนเพ็ญ โยเฮียง. ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลต่อการลดความเครียดในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า. [การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.



การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความอึดตัวของ ออกซิเจนต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดใน ห้องพักรฟื้น โรงพยาบาลนครนายก

วรรณพร ทองประมูล*

บทคัดย่อ

ภาวะความอึดตัวของออกซิเจนต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก เป็นภาวะแทรกซ้อน อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดในห้องพักรฟื้น โรงพยาบาลนครนายก ระหว่างเดือนตุลาคม 2556 ถึงธันวาคม 2556 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดจำนวน 425 ราย รวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย แบบบันทึกค่าความอึดตัวของออกซิเจน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ และสถิติไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ อายุ การประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัวก่อนเข้ารับการผ่าตัด ปัจจัยด้านการได้รับยาระงับความรู้สึก ได้แก่ เทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึก ระยะเวลาที่ได้รับยาระงับความรู้สึก และปัจจัยด้านการผ่าตัด ได้แก่ ชนิดการผ่าตัด มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลห้องผ่าตัด ควรตระหนักถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก และพัฒนาแนวทางปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนต่ำในผู้ป่วยที่ใช้ยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดในห้องพักรฟื้น เพื่อลดอุบัติการณ์และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก

คำสำคัญ : ภาวะความอึดตัวของออกซิเจนต่ำ; ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัด; ห้องพักรฟื้น



Factors Related to Oxygen Desaturation in Patients Receiving Anesthesia for Operations in the Post-Anesthetic Care Unit at Nakhon Nayok Hospital

Wannaporn Thongpramoon*

Abstract

Oxygen desaturation in patients receiving anesthesia is a serious and life threatening complication. This correlation research studied factors related to oxygen desaturation in patients receiving anesthesia for operations in the Post-Anesthetic Care Unit at Nakhon Nayok Hospital. The sample consisted of 425 cases, during October to December 2013. Data were collected using patient data and oxygen saturation records. Data were analyzed using percentage and Chi – Square.

The result showed that the factors related to oxygen desaturation included patient factors such as age, ASA, BMI, underlying and anesthetic factors such as anesthetic time, and operation factors including the type of operation. These factors significantly related to oxygen desaturation ($p < 0.05$).

Therefore, anesthetist nurses and scrub nurses should be aware of oxygen desaturation in patients receiving anesthesia for operations in Post – Anesthetic Care Unit so as to make the guideline development for prevention and decrease incidence of oxygen desaturation in the patient receiving A anesthesia.

Key word : oxygen desaturation; patients received anesthesia for operation; recovery room



ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะความอึดตัวของออกซิเจนต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต โดยในห้องพักฟื้นผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่รู้สึกตัวเต็มที่ สัญญาณชีพอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ง่ายและรวดเร็ว เนื่องจากยาระงับความรู้สึกที่ได้รับและผลของการผ่าตัด มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเล็กน้อยแก้ไขได้เมื่อได้รับการดูแลที่เหมาะสมสามารถกลับคืนมาเป็นปกติถึงร้อยละ 77.5 ในขณะที่ร้อยละ 5.8 ของผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนต่ำที่น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90¹ จากการวัดค่าความอึดตัวของออกซิเจนจากปลายนิ้ว (pulse oxygen saturation: SpO₂)²

อุบัติการณ์การเกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดเมื่อถึงห้องพักฟื้นคิดเป็นร้อยละ 12 โดยมีค่าเฉลี่ย SpO₂ 92.25 ± 1.39% และในผู้ป่วยทั่วไปมีค่าเฉลี่ย SpO₂ เมื่อถึงห้องพักฟื้นคิดเป็นร้อยละ 97.12 ± 2.46³ ถึงแม้ว่าในปัจจุบันวิสัญญีพยาบาลและวิสัญญีแพทย์สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี จากการติดตามเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดยังพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนต่ำยังสูงอยู่ จากการศึกษาของ Miller ในผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวจำนวน 502 ราย ขณะนำผู้ป่วยส่งห้องพักฟื้น โดยให้ผู้ป่วยหายใจเองไม่ให้ออกซิเจน เกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนต่ำน้อยกว่าร้อยละ 90 เมื่อถึงห้องพักฟื้น⁴ และจากการศึกษาของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย¹ พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนต่ำในห้องพักฟื้นร้อยละ 19.3 ของการเกิดอุบัติการณ์ภาวะความอึดตัวของออกซิเจนต่ำทั้งหมด โดยร้อยละ 55.8 พบในระหว่างย้ายผู้ป่วยมาที่ห้องพักฟื้น และจากการศึกษาในกลุ่มงานวิสัญญี โรงพยาบาลศูนย์ตรังพบว่าในระยะพักฟื้นผู้ป่วยเกิดภาวะอึดตัวของออกซิเจนต่ำร้อยละ 5.6 โดยสาเหตุจากการหายใจที่ได้ปริมาตรน้อยเสมหะอุดกั้นในทางเดินหายใจ การติดเชื้อมี

เลือดและมีผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย⁵ จะเห็นว่าภาวะความอึดตัวของออกซิเจนต่ำเป็นอันตรายถึงชีวิตผู้ป่วย ทำให้ต้นทุนในการดูแลเพิ่มขึ้น ระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อมีกระแสเลือด

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของทำให้เกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัด ได้แก่ ปัจจัยจากตัวผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วย 1) อายุที่มากกว่า 60 ปี พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนต่ำที่มีค่า odd ratio เท่ากับ 15444⁶ 2) การประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกที่เท่ากับหรือมากกว่า 3 หมายถึงในผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบต่างๆ รุนแรงปานกลางซึ่งไม่สามารถทำงานได้ตามปกติจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนต่ำ 3.1 เท่า⁷ 3) ดัชนีมวลกาย ในผู้ป่วยที่อ้วนมากเมื่อได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว อาจเกิดภาวะปอดแฟบมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่อ้วน⁸ 4) ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวก่อนได้รับการผ่าตัด เช่น ผู้ที่เป็นหอบหืดมากก่อนมีโอกาสเกิดหลอดลมหดเกร็งได้ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนของระบบหายใจในระหว่างให้ยาระงับความรู้สึกมากกว่าผู้ป่วยทั่วไปถึงร้อยละ 6⁷ ส่วนปัจจัยด้านการให้ยาระงับความรู้สึกได้แก่

1) เทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึก จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนต่ำกว่า 90% นาน 3 นาทีขึ้นไปหรือลดต่ำลงจนถึง 85% จากจำนวนผู้ป่วย 497 ราย มีเพียงร้อยละ 4.6 ที่เกิดในผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วน ในขณะที่ร้อยละ 91.9 พบในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว⁹ 2) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนต่ำเป็น 1.8, 2.2 และ 2 เท่า⁶ พบได้ในช่วงเวลา 31-90, 91-150 และมากกว่า 150 นาที ตามลำดับ⁶ 3) ผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำระหว่างได้รับยาระงับความรู้สึกทดแทนปริมาณการเสียเลือด ในผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุส่วนใหญ่มักจะมีภาวะพร่องสารน้ำและถ้าพร่องสารน้ำมากกว่าร้อยละ 25 ของร่างกายจะทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดลดลง เมื่อได้รับยาระงับความรู้สึกจะมี



ผลให้สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและเสี่ยงต่อภาวะความอึดตัวของออกซิเจนต่ำได้ง่าย จึงให้สารน้ำทดแทนการเสียเลือดในอัตราส่วน 1:3-4 เท่า เช่น เสียเลือด 100 มิลลิลิตร ควรใช้สารน้ำทดแทน 300-400 มิลลิลิตร⁹ 4) ผู้ป่วยที่ได้รับเลือดระหว่างได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัด ส่วนมากเป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บอวัยวะหลายส่วน มีเลือดออกในสมอง ทรวงอก ช่องท้องซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะพร่องเลือดซิด ความดันโลหิตต่ำ อุณหภูมิร่างกายต่ำ ประสิทธิภาพการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดลดลง มีภาวะลำไส้ทำงานน้อย เมื่อได้รับยาระงับความรู้สึกจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำได้ การให้เลือดเพื่อทดแทนการสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัดควรพิจารณาเป็นรายๆ ไปขึ้นกับสภาวะเดิมของผู้ป่วย เช่น มีโลหิตจาง มีการเสียเลือดเกินค่าที่ยอมรับได้และยังคงเสียเลือดอย่างต่อเนื่อง¹⁰ และปัจจัยด้านการผ่าตัด ได้แก่ 1) ชนิดการผ่าตัด โดยการผ่าตัดที่เป็นแบบเร่งด่วนพบว่าส่วนใหญ่มักมีภาวะพร่องน้ำและเลือด ซิด ความดันโลหิตต่ำ อุณหภูมิร่างกายต่ำ ประสิทธิภาพการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดลดลง มีภาวะลำไส้ทำงานน้อย ทำให้ยาระงับความรู้สึกมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพอย่างรวดเร็ว จึงเกิดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำได้ ส่วนชนิดการผ่าตัดแบบไม่เร่งด่วนนั้น จะมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ เตรียมสารน้ำและเลือดพร้อมใช้ แต่ถ้าในระหว่างการผ่าตัดมีภาวะพร่องสารน้ำและเลือดมากกว่าร้อยละ 25 ของร่างกายก็จะทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดลดลง เมื่อได้รับยาระงับความรู้สึกจะมีผลให้สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเสี่ยงต่อภาวะความอึดตัวของออกซิเจนต่ำได้ง่าย⁹ 2) ตำแหน่งที่ผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเกี่ยวข้องกับช่องท้องส่วนบนมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางปอดเป็น 2.3 เท่าของการผ่าตัดบริเวณอื่น และการผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับทรวงอกมีโอกาสเกิดภาวะอึดตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.02$)⁶ จะเห็น

ได้ว่าปัจจัยดังกล่าวมีผลทำให้เกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัด ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดในห้องพักฟื้นมีความจำเป็นและสำคัญยิ่ง วิทยาลัยพยาบาลต้องเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกเป็นอย่างดี รวมถึงเครื่องมือติดตามตรวจวัดสัญญาณชีพ อุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพที่เพียงพอและอยู่ในสภาพพร้อมใช้เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลังของกลุ่มงานวิสัญญี โรงพยาบาลนครนายก ปี พ.ศ. 2554-2556 พบอุบัติการณ์เกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัด ซึ่งต้องกลับมาใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำทั้งในห้องพักฟื้นและหอผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 0.3, 0.6 และ 0.8 ตามลำดับ¹¹ ซึ่งกลุ่มงานวิสัญญี ยังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดในห้องพักฟื้น การปฏิบัติของวิสัญญีพยาบาลยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดในห้องพักฟื้นที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ จึงสนใจศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลนครนายก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลนครนายก



สมมติฐานการวิจัย

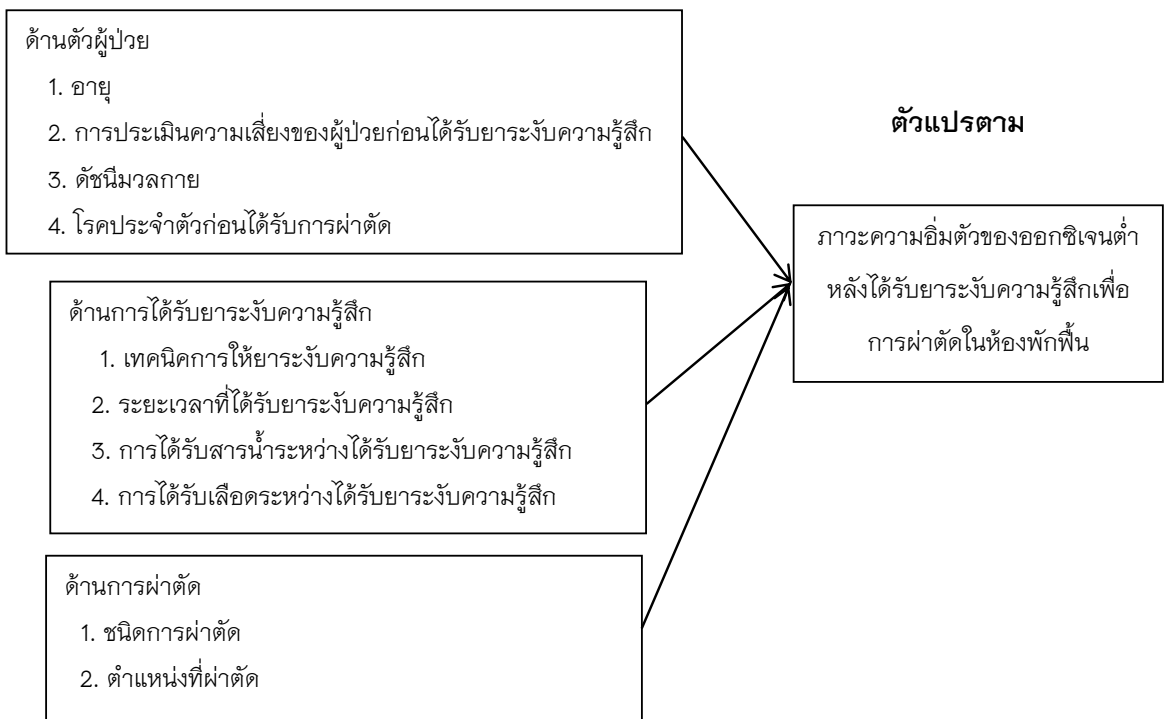
ปัจจัยจากด้านตัวผู้ป่วย ด้านการให้ยาระงับความรู้สึก และด้านการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดในห้องฟักฟื้น

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดในห้องฟักฟื้น โรงพยาบาลนครนายก ระหว่างเดือนตุลาคม 2556 ถึงเดือนธันวาคม 2556

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational descriptive design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดในห้องฟักฟื้น โรงพยาบาลนครนายก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดในโรงพยาบาลนครนายก

กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คือผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดและได้รับการดูแลในห้องฟักฟื้น



โรงพยาบาลนครนายก ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2556 ถึง 31 ธันวาคม 2556 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการระบุระดับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดด้านศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมประสาทศัลยกรรมกระดูก หูดจุก กุสุมิตติ-นรีเวชกรรม ศัลยกรรมใบหน้าและขากรรไกร โดยหลังการผ่าตัดได้รับการดูแลในห้องพักฟื้น เข้าใจภาษาไทยและสื่อสารกันได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวัดค่าต่างๆ ได้แก่ เครื่องวัดความดันอัตโนมัติที่สามารถวัดค่าความดันโลหิต ซิฟจร และค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดจากปลายนิ้ว นาฬิกาจับเวลาภายในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น

2. เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 1) ด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ อายุ การประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยก่อนได้รับการระบุระดับความรู้สึก ดัชนีมวลกาย และโรคประจำตัวก่อนได้รับการผ่าตัด 2) ด้านการได้รับการระบุระดับความรู้สึก ได้แก่ เทคนิคการให้าระดับความรู้สึก ระยะเวลาที่ได้รับการระบุระดับความรู้สึก การได้รับสารน้ำระหว่างได้รับการระบุระดับความรู้สึก และการได้รับเลือดระหว่างได้รับการระบุระดับความรู้สึก 3) ด้านการผ่าตัด ได้แก่ ชนิดการผ่าตัด และตำแหน่งที่ผ่าตัด

2.2 แบบบันทึกค่าความอึดตัวของออกซิเจนของผู้ป่วยที่ได้รับการระบุระดับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัด ประกอบด้วย ค่าความอึดตัวของออกซิเจน ค่าความดันโลหิต ซิฟจร การหายใจ ก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดและขณะอยู่ห้องพักฟื้นหลังได้รับการระบุระดับความรู้สึก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ตรวจสอบความเที่ยงตรงโดย 1) เครื่องวัดความดันอัตโนมัติผ่านการสอบเทียบกับวิศวกร Medical Engineering Center 8th (Chonburi) Department of Health Service Support. 2) นาฬิกาจับเวลาในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้นหลังได้รับการระบุ

ความรู้สึก ผ่านการสอบเทียบกับเครื่องมือมาตรฐานกับช่างซ่อมเครื่องมือแพทย์ของโรงพยาบาล 3) แบบบันทึกข้อมูลข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และผ่านการเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ใน 5 ท่าน ได้แก่ วิทยาลัยแพทย์ พยาบาลหัวหน้างานวิสัญญีและพยาบาลวิสัญญีประจำห้องพักฟื้น ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม ความเหมาะสมของข้อความ ความสอดคล้องและความชัดเจนในเนื้อหา ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.82 ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะที่ได้รับมาปรับปรุงแบบประเมินเพื่อให้มีความชัดเจนของเนื้อหา นำไปทำการตรวจสอบความเที่ยง (reliability) และทดลองใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับการให้าระดับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดที่ตรงตามลักษณะของประชากรในงานวิจัย จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงจากการทดสอบซ้ำ เท่ากับ 0.84

การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย หลังได้รับอนุมัติการดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลนครนายกแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานวิสัญญี หัวหน้างานวิสัญญีพยาบาล อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จึงนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด 1) วิสัญญีพยาบาลวัดค่าความอึดตัวของออกซิเจน ความดันโลหิต ซิฟจร การหายใจ ทันทีหรือภายใน 5 นาทีและวัดซ้ำทุก 5 นาทีจนสิ้นสุดการผ่าตัดและเสร็จสิ้นการให้าระดับความรู้สึก จนถึงเวลาที่ผู้ป่วยฟื้นจากยาสลบ (โดยระยะเวลาการทำผ่าตัดในแต่ละรายไม่เท่ากัน) 2) เมื่อผู้ป่วยฟื้นจากยาสลบนำส่งห้องพักฟื้น วิสัญญีพยาบาลวัดค่าความอึดตัวของออกซิเจน ความดันโลหิต ซิฟจร การหายใจทันทีหรือภายใน 5 นาที และวัดซ้ำทุก 5 นาทีจำนวน 12 ครั้ง



หรือมากกว่าในกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะความอิ่มตัวของออกซิเจนต่ำ ($SpO_2 \leq 94\%$) หรือจนผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้นหลังได้รับยาระงับความรู้สึก 3) ผู้ป่วยที่มีภาวะความอิ่มตัวของออกซิเจนต่ำ ($SpO_2 \leq 94\%$) ได้รับการดูแลและแก้ไขตามมาตรฐาน บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูล

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดจำแนกตามอายุ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่ได้รับยาระงับความรู้สึก การได้รับสารน้ำระหว่างได้รับยาระงับความรู้สึก การได้รับเลือดระหว่างได้รับยาระงับความรู้สึก และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ($n = 425$)

ข้อมูลทั่วไป	Mean	SD
อายุ (ปี)	41.62	17.630
ดัชนีมวลกาย (กก./ตรม.)	25.01	5.161
ช่วงระยะเวลาให้ยาระงับความรู้สึก (นาที)	76.27	49.562
จำนวนสารน้ำที่ได้รับระหว่างได้รับยาระงับความรู้สึก (มิลลิลิตร)	697.28	616.971
จำนวนเลือดที่ได้รับระหว่างได้รับยาระงับความรู้สึก (มิลลิลิตร)	25.41	131.525
ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (%)	97.17	2.463

จากตารางที่ 1 พบว่าลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 425 คน มีอายุเฉลี่ย 41.62 ปี (SD=17.630) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.01 (SD= 5.161) ระยะเวลาที่ได้รับยา

ยาระงับความรู้สึกเฉลี่ย 76.27 นาที (SD= 49.562) ได้รับสารน้ำระหว่างได้รับยาระงับความรู้สึกเฉลี่ย 697.28 (SD= 616.971) ได้รับเลือดระหว่างการได้รับยาระงับ

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก เพื่อการผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลนครนายก ผลการวิจัยนำเสนอเป็นตารางประกอบการบรรยายดังนี้

รับความรู้สึกเฉลี่ย 25.41 (SD= 131.525) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง



ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ของอายุ การประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัวก่อนได้รับการผ่าตัด ระยะเวลาที่ได้รับยาระงับความรู้สึก ชนิดการผ่าตัด ตำแหน่งที่ผ่าตัด เทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึก การได้รับสารน้ำระหว่างได้รับยาระงับความรู้สึก และการได้รับเลือดระหว่างที่ได้รับยาระงับความรู้สึก กับภาวะความอึดตัวของออกซิเจนหลังได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดในท้องพักฟื้น (n = 425)

กลุ่มตัวอย่าง	ค่าความอึดตัวของออกซิเจน						χ^2	df	p
	SpO ₂ ≤ 94 %		SpO ₂ > 95 %		รวม				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
อายุ (ปี)									
18-59	51	12.0	291	68.4	342	80.4	6.311	1	.012*
≥ 60	22	5.2	61	14.4	83	19.6			
รวม	73	17.2	352	82.8	425	100			
ASA									
ASA 1	10	2.4	106	24.9	116	27.3	8.210	1	.004*
ASA ≥2	63	14.8	246	57.9	309	72.7			
รวม	73	17.2	352	82.8	425	100			
ดัชนีมวลกาย (กก./ตรม.)									
≤ 29.9	53	12.5	299	70.4	352	17.2	6.472	1	.011*
≥ 30	20	4.7	53	12.5	73	82.8			
รวม	73	17.2	352	82.8	425	100			
โรคประจำตัวก่อนได้รับการผ่าตัด									
มีโรคประจำตัว	48	11.3	173	40.7	221	52	25.30	1	.000*
ไม่มีโรคประจำตัว	21	4.9	183	43.1	204	48			
รวม	69	16.2	356	83.8	425	100			
ระยะเวลาที่ได้รับยาระงับความรู้สึก									
≤ 60 นาที	29	6.8	199	46.8	228	53.6	6.869	1	.009*
> 60 นาที	44	10.4	153	36.0	197	46.4			
รวม	73	17.2	352	82.8	425	100			
ชนิดการผ่าตัด									
elective	59	13.9	318	74.8	377	88.7	5.468	1	.019*
Emergency	14	3.3	34	8.0	48	11.3			
รวม	73	17.2	352	82.8	425	100			
ตำแหน่งที่ผ่าตัด									
ช่องท้อง/อก	26	6.1	72	16.9	98	23.1	7.834	1	.005*
ไม่เกี่ยวกับช่องท้อง/อก	47	11.1	280	65.9	327	76.9			
รวม	73	17.2	352	82.8	425	100			



ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ของอายุ การประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัวก่อนได้รับการผ่าตัด ระยะเวลาที่ได้รับยาระงับความรู้สึก ชนิดการผ่าตัด ตำแหน่งที่ผ่าตัด เทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึก การได้รับสารน้ำระหว่างได้รับยาระงับความรู้สึก และการได้รับเลือดระหว่างที่ได้รับยาระงับความรู้สึก กับภาวะความอึดตัวของออกซิเจนหลังได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดในท้องพักฟื้น (n = 425) (ต่อ)

กลุ่มตัวอย่าง	ค่าความอึดตัวของออกซิเจน						χ^2	df	p
	SpO ₂ ≤ 94 %		SpO ₂ > 95 %		รวม				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เทคนิคการให้ยาระงับ									
ความรู้สึก									
GA	62	14.6	278	65.4	340	80	1.340	1	.247*
RA	11	2.6	74	17.4	85	20			
รวม	73	17.2	352	82.8	425	100			
ได้รับสารน้ำระหว่างได้รับ									
ยาระงับความรู้สึก									
≤ 1500 มิลลิลิตร	64	15.1	315	74.1	379	89.2	.207	1	.649*
> 1500 มิลลิลิตร	9	2.1	37	8.7	46	10.8			
รวม	73	17.2	352	82.8	425	100			
ได้รับเลือดระหว่างได้รับ									
ยาระงับความรู้สึก									
≤ 750	67	15.8	336	79.1	403	94.8	1.662	1	.197*
> 750	6	1.4	16	3.8	22	5.2			
รวม	73	17.2	352	82.8	425	100			

*(p<.05)

เฉลี่ย 97.17 (SD= 2.463)

จากตารางที่ 2 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ของอายุ การประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัวก่อนได้รับการผ่าตัด ระยะเวลาที่ได้รับยาระงับความรู้สึก ชนิดการผ่าตัด ตำแหน่งที่ผ่าตัด เทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึก การได้รับสารน้ำระหว่างได้รับยาระงับความรู้สึก และการได้รับเลือดระหว่างที่ได้รับยาระงับความรู้สึกกับภาวะความอึดตัวของออกซิเจนหลังได้รับยาระงับความ

รู้สึกเพื่อการผ่าตัดในท้องพักฟื้น พบว่า

อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะความอึดตัวของออกซิเจนหลังได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดในท้องพักฟื้นอย่างมีนัยสถิติทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 6.311, df = 1, p = .012$)

การประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกมีความสัมพันธ์กับภาวะความอึดตัวของออกซิเจนหลังได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดในท้องพักฟื้นอย่างมีนัยสถิติทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 8.210, df = 1, p = .004$)



ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับภาวะความอึดตัวของออกซิเจนหลังได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดในท้องพักพื้นอย่างมีนัยสถิติทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 6.472$, $df = 1$, $p = .011$)

โรคประจำตัวก่อนได้รับการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับภาวะความอึดตัวของออกซิเจนหลังได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดในท้องพักพื้นอย่างมีนัยสถิติทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 25.306$, $df = 1$, $p = .000$)

ระยะเวลาที่ได้รับยาระงับความรู้สึก มีความสัมพันธ์กับภาวะความอึดตัวของออกซิเจนหลังได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดในท้องพักพื้น อย่างมีนัยสถิติทางสถิติที่ระดับ.05 ($\chi^2 = 6.869$, $df = 1$, $p = .009$)

ชนิดการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับภาวะความอึดตัวของออกซิเจนหลังได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดในท้องพักพื้นอย่างมีนัยสถิติทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 5.468$, $df = 1$, $p = .019$)

ตำแหน่งที่ผ่าตัด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะความอึดตัวของออกซิเจนหลังได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดในท้องพักพื้นอย่างมีนัยสถิติทางสถิติที่ระดับ.05 ($\chi^2 = 7.834$, $df = 1$, $p = .005$)

ส่วนเทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึก การได้รับสารน้ำระหว่างได้รับยาระงับความรู้สึกและการได้รับเลือดระหว่างที่ได้รับยาระงับความรู้สึก ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะความอึดตัวของออกซิเจนหลังได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดในท้องพักพื้น ($\chi^2 = 1.340$, $df = 1$, $p = .247$, $\chi^2 = .207$, $p = .649$ และ ($\chi^2 = .662$, $p = .417$) ตามลำดับ

การอภิปรายผล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดในท้องพักพื้นได้แก่ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย 1) อายุ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยา

ระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดในท้องพักพื้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมรรัตน์ จารุลักษณานันท์⁶ พบว่าอายุที่มากกว่า 60 ปี เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำมีค่า Odd ratio เท่ากับ 1.54 โดยที่ผู้สูงอายุจะมีผนังทรวงอกลักษณะแข็ง ยึดหยุ่นได้น้อย มวลกล้ามเนื้อของผนังทรวงอกลดลง และมีหินปูนมาเกาะที่กระดูกสันหลัง กระบังลมแบนราบลง ความยืดหยุ่นของปอดลดลง ต้องใช้แรงเพิ่มขึ้นในหายใจ ภายในปอดบริเวณหลอดลมฝอยและท่อถุงลมขยายขนาด พื้นที่ผิวของถุงลมน้อยลง ทำให้ปริมาตรก๊าซที่ไม่ถูกแลกเปลี่ยนกับเลือดเพิ่มขึ้น ความสามารถในการแลกเปลี่ยนก๊าซในผู้สูงอายุ^๖ 2) ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดในท้องพักพื้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณลักษณ์ รอดอนันต์และคณะ⁷ พบว่าผู้ป่วยโรคอ้วนมักมีโรคอื่นร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ มีการใช้ออกซิเจนในเนื้อเยื่อที่เกินเพิ่มมากขึ้น การผลิตคาร์บอนไดออกไซด์มากขึ้น ร่างกายปรับตัวโดยการเพิ่มการหายใจ มีไขมันสะสมในช่องอก ช่องท้องและใต้กระบังลม ทำให้ความดันในช่องท้องสูงขึ้น การยืดหยุ่นของผนังทรวงอกลดลง ปอดขยายตัวได้น้อยแต่ทำงานมากขึ้นและสอดคล้องกับการศึกษาของสมรรัตน์ จารุลักษณานันท์⁶ พบว่าผู้ป่วยที่อ้วนมากจะมีความจุของปอดลดลงมากเกิดภาวะปอดแฟบมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่อ้วน ในช่วงหลังการผ่าตัดผู้ป่วยที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวทำให้เกิดภาวะออกซิเจนต่ำได้ 3) การประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึกมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมรรัตน์ จารุลักษณานันท์⁶ ที่ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก 200 คน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกที่มีระดับ 3 และ 4 มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดภาวะความอึดตัว



ของออกซิเจนในเลือดต่ำ 4) โรคประจำตัวก่อนเข้ารับ การผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดในท้องพักฟื้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมรัตน์ จารุลักษณะนันท์⁶ ที่ศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบหายใจในผู้รับบริการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก พบว่าผู้ป่วยหอบหืดมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบหายใจเป็น 4 เท่าของผู้ไม่เป็นผู้หอบหืด

ปัจจัยด้านการได้รับยาระงับความรู้สึกได้แก่ 1) เทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึกไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดในท้องพักฟื้น ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของยอดยิ่ง ปัจสวัสดิ์วงศ์ และคณะ³ ที่พบว่าในผู้ป่วยที่เกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนต่ำกว่าร้อยละ 90 นาน 3 นาทีขึ้นไปหรือลดต่ำลงจนถึงร้อยละ 85 จากจำนวนผู้ป่วย 497 ราย พบว่ามีเพียงร้อยละ 4.6 เกิดในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วน ขณะที่ร้อยละ 91.9 เกิดในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัวที่ใช้ระยะเวลาที่ได้รับยาระงับความรู้สึกน้อยกว่า 60 นาที คิดเป็นร้อยละ 53.6 และมีค่าความอึดตัวของออกซิเจนมากกว่า 95% คิดเป็นร้อยละ 82.8 2) ระยะเวลาที่ได้รับยาระงับความรู้สึกมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดในท้องพักฟื้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมรัตน์ จารุลักษณะนันท์ และคณะ⁶ ที่ศึกษาถึงระยะเวลาการผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกมีผลทำให้เกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกนานกว่า 1 ชั่วโมง ($p < 0.001$) และผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกนาน 31-90, 91-150 และมากกว่า 150 นาที มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอึดตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำเป็น 1.8, 2.2 และ 2 เท่า ตามลำดับ 3) การได้รับสาร

น้ำระหว่างได้รับยาระงับความรู้สึกไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดในท้องพักฟื้น ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของอรลักษณ์ รอดอนันต์ และคณะ⁷ พบว่าผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุส่วนใหญ่มักจะมีภาวะพร่องสารน้ำ ถ้าพร่องสารน้ำมากกว่าร้อยละ 25 ของร่างกาย จะทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดลดลงเมื่อได้รับยาระงับความรู้สึกจะมีผลให้สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเสี่ยงต่อภาวะความอึดตัวของออกซิเจนต่ำได้ง่าย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับสารน้ำน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1,500 มิลลิลิตร คิดเป็นร้อยละ 89.2 และมีค่าความอึดตัวของออกซิเจนมากกว่า 95% คิดเป็นร้อยละ 82.8 4) การได้รับเลือดระหว่างได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดในท้องพักฟื้น ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของสุวรรณี สุระเศรณีวงศ์⁸ เนื่องจากในการวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับเลือดน้อยกว่า 750 มิลลิลิตร คิดเป็นร้อยละ 94.8 และมีค่าความอึดตัวของออกซิเจนมากกว่า 95% คิดเป็นร้อยละ 82.8

ปัจจัยด้านการผ่าตัด ได้แก่ 1) ชนิดการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดในท้องพักฟื้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณี สุระเศรณีวงศ์⁸ ที่พบว่าผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุได้รับการผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึกแบบฉุกเฉิน ส่วนใหญ่มักมีภาวะพร่องน้ำหรือเลือดซืด ความดันโลหิตต่ำ อุณหภูมิกายต่ำ ประสิทธิภาพการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดลดลง มีภาวะลำไส้ทำงานน้อย การได้รับยาระงับความรู้สึกมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำได้ 2) ตำแหน่งของการผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับช่องท้อง/อกมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำในผู้ป่วยที่ได้



รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดในห้องพักฟื้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของสมรัตน์ จารุลักษณะนันท์ และคณะ⁶ พบว่าการผ่าตัดช่องท้องส่วนบนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางปอดเป็น 2.3 เท่าของการผ่าตัดบริเวณอื่น และการผ่าตัดช่องท้อง การผ่าตัดทรวงอกมีโอกาสเกิดภาวะอึดตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1 วิทยาลัยพยาบาลและพยาบาลที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดและใช้ยาระงับความรู้สึก ควรตระหนักถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำ และผลกระทบที่เกิดจากภาวะความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก

1.2 พัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดในห้องพักฟื้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ควรเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เฉพาะเจาะจง เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องอก ช่องท้องเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลนครนายก

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยทีมงานวิทยาลัยพยาบาลโรงพยาบาลนครนายก นายแพทย์ฉัตรชัย ยถาภูษานนท์ และคุณเพ็ญศรี ละออ ที่สนับสนุนและให้กำลังใจมาตลอด ผู้วิจัยขอกราบขอบคุนมา ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. ธนู หินทอง, ศิริลักษณ์ กล้าณรงค์, ศิริลักษณ์ สุขสมปอง, วราภรณ์ เชื้ออินทร์, สุนิสา ฉัตรมงคล, ชาติ เทวารักษ์ และวีระ วัฒนานนท์. การศึกษา

การเกิดภาวะความอึดตัวของออกซิเจนต่ำจากการให้ยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้นในประเทศไทย โดยการรายงานอุบัติการณ์. J Med Assoc Thai 2008;91(10):1531 – 8.

2. บดินทร์ ขวัญนิมิตร. การวัดความอึดตัวของออกซิเจนของฮีโมโกลบินจากชีพจรในผู้ใหญ่. สงขลานครินทร์เวชสาร 2549;24;3:245-252.

3. Amanor- Boadu S, Osinaike B, & Oyeleke S. Routine Administration In The PACU : Should Every Have IT?. The Internet Journal of Third World Medicine. 2006; 3;2.

4. Miller Ronald D. Miller's Anesthesia. 7thed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2010.

5. รัตน์ เจริญกุล. ภาวะความอึดตัวของออกซิเจนต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึก : การศึกษา 3 ปี ในโรงพยาบาลศูนย์ตรัง. วิทยาลัยสาร 2554; 37;3:133-142.

6. สมรัตน์ จารุลักษณะนันท์. ตำราวิสัญญีวิทยา: ภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก. สมุทรสาคร: วินเพรสโปรดักส์เฮาส์; 2550.

7. อรลักษณ์ รอดอนันต์, อวิณี เล็กประเสริฐ และฐิติกัญญา ดวงรัตน์. ตำราฟื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส; 2555.

8. Punjasawadwong Y, Chinachoti T, Charuluxananan S, Puluitiporn A, Klanarong S, Chau-inW, Rodanant O. The Thai Anesthesia Incidents Study (Thai Study) of Oxygen Desaturation. J Med Assoc Thai 2005;88 (Suppl 7): S 41-53.

9. สุวรรณิ สุระเศรษฐ์วงศ์. การระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ. ตำราฟื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2552.

10. อังกาบ ปราการรัตน์. ตำราวิสัญญีวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: เอพริสพริ้น; 2556.

11. ข้อมูลสถิติอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลนครนายก; 2554-2556.



ผลการจัดการเรียนการสอนแบบสัมมนาต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เรื่องการรักษาโรคเบื้องต้นกลุ่มอาการหายใจเหนื่อยหอบของผู้อบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)

ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ*

ทิพย์สุคนธ์ กิจรุ่งโรจน์*

พรรณี ฐุ่นประดับ*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียวสอบก่อนเรียนและหลังเรียน (The One Group Pretest-Posttest Only Design) เพื่อศึกษาผลการจัดการเรียนการสอนแบบสัมมนาต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเรื่องการรักษาโรคเบื้องต้นกลุ่มอาการหายใจเหนื่อยหอบ ของผู้อบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ เป็นผู้อบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ 11 จำนวน 49 คน ซึ่งได้ จากวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยใช้รุ่นเป็นหน่วยสุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แผนการจัดการเรียนการสอนเรื่องการรักษาโรคเบื้องต้นกลุ่มอาการหายใจเหนื่อยหอบ หาค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ .75 และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเรื่อง การรักษาโรคเบื้องต้นกลุ่มอาการหายใจเหนื่อยหอบ แบบปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร KR-20 เท่ากับ .74 และแบบสอบถามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง หาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าที ผลการวิจัยพบว่า

1) เปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนพบว่า คะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังเรียน ($\bar{X} = 10.31$, $SD = 1.96$) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนเรียน ($\bar{X} = 7.91$, $SD = 2.36$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2) ระดับความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนแบบสัมมนาโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.31$, $SD = 0.46$) พิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านประโยชน์ที่ได้รับมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X} = 4.39$, $SD = 0.51$) รองลงมาคือ ด้านบรรยากาศการเรียนการสอน ($\bar{X} = 4.29$, $SD = 0.54$) และด้านกิจกรรมการสอน ($\bar{X} = 4.25$, $SD = 0.53$)

สรุปได้ว่าการจัดการเรียนการสอนแบบสัมมนา เป็นวิธีการสอนที่ช่วยให้เกิดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนได้ดีขึ้น ทั้งในระดับรู้-จำ เข้าใจ และการนำไปใช้ มีกิจกรรมการสอนน่าสนใจ ไม่น่าเบื่อ สนุกสนาน และนำไปใช้ประโยชน์ได้

คำสำคัญ : การจัดการเรียนการสอนแบบสัมมนา; ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน; หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)



The Effect of Seminar Teaching method on Learning Achievement of Participants of the Nursing Specialty in Nurse Practitioner (Primary Medical Care) Program for the Topic of the Primary Medical Care of Patients with Dyspnea Syndrome

Trongrit Thongmeekhaun*

Tipsukon Kitrunroj*

Panee Chunpradub*

Abstract

This quasi-experimental research (One Group Pretest-Posttest Only Design) aimed to study the effects of seminar teaching on the learning achievement of participants of the nursing specialty in nurse practitioner (primary medical care) program for the topic of the primary medical care of patients with dyspnea syndrome. Forty-nine participants of Batch 11 of the nurse practitioner program were recruited by a simple random sampling technique. The instruments consisted of 1) an experimental tool consisting of the lesson plan in the primary medical care on dyspnea topic with index of item objective congruence of 0.75 and 2) the data collection instruments including a test of the learning achievement in the primary medical care with dyspnea topic which comprised 4 multiple choices for 20 items yielded KR-20 values of 0.74 and a questionnaire asking about the participants' opinions which obtained a Cronbach alpha coefficient of 0.95. The data were analyzed using mean, standard deviation and paired t-test.

The results revealed that: 1) the mean score of learning achievement after using the seminar teaching method ($\bar{X}=10.31$, $SD = 1.96$) was higher than before teaching ($\bar{X}=7.91$, $SD = 2.36$) at a statistical level of 0.01 and 2) the overall mean score of the participants' opinions toward the seminar teaching was at a high level ($\bar{X} = 4.31$, $SD = 0.46$). When considering each part, it was shown that all parts of the opinions in the seminar teaching method was at a high level, with the highest score for gaining the benefit ($\bar{X} = 4.39$, $SD = 0.51$), followed by the learning-teaching climate ($\bar{X} = 4.29$, $SD = 0.54$).

The study concluded that the seminar teaching is a teaching method which enables better learning achievement in knowledge, comprehension, and application. Its activities are useful and interesting.

Keywords : Seminar Teaching; Learning Achievement; Program of Nursing Specialty in Nurse Practitioner (Primary Medical Care)



ความเป็นมาและความสำคัญ

การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติมีเป้าหมายหลักคือให้ประชาชนมีสุขภาพดีทั้งทางด้านกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ บนฐานความเชื่อที่ว่าสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนชาวไทยทุกคนดังที่ได้ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน โดยรัฐบาลได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและนโยบายสำคัญ คือ ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพตามความจำเป็นอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นธรรม มีคุณภาพและได้มาตรฐาน¹ ซึ่งนโยบายดังกล่าวมีผลให้ระบบบริการสุขภาพทั้งระบบต้องมีการปฏิรูปใหม่ทั้งหมด ไม่ว่าด้านการจัดการโครงสร้างระบบบริการหรือด้านภารกิจของบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานอยู่ โดยจุดเน้นของระบบบริการจะมุ่งเน้นงานสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคหรือการเจ็บป่วย การช่วยเหลือแก้ไขปัญหาสุขภาพระยะเริ่มแรกมากกว่าการตั้งรับ และการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนได้อย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน² ทั้งนี้การบริการด้านสุขภาพในระดับปฐมภูมินับเป็นงานที่เป็นหัวใจสำคัญของระบบบริการสุขภาพปัจจุบัน โดยมีพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติงานหลักในการดูแลสุขภาพของประชาชน ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสภาพ โดยเฉพาะด้านการรักษา มีการมุ่งเน้นในการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลให้สามารถรักษาโรคได้อย่างมีคุณภาพ เพื่อทำให้ผู้ป่วยความสะดวก เข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้อย่างมีคุณภาพ ถูกต้อง และปลอดภัย³

การรักษาโรคเบื้องต้น เป็นกระบวนการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ครอบคลุมตั้งแต่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยการศึกษาประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการ

ตรวจพิเศษ 2) การวินิจฉัยโรค 3) การรักษา และ 4) การให้การพยาบาล เพื่อให้ผู้มีปัญหาสุขภาพหายทุเลาหรือได้รับการส่งต่ออย่างทันท่วงที⁴ โดยผู้ที่มีบทบาทหน้าที่โดยตรงในการรักษาโรคเบื้องต้นดังกล่าวคือ แพทย์ แต่การที่แพทย์มีจำนวนไม่เพียงพอ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้แก้ปัญหาโดยการขยายขอบเขตหน้าที่ไปยังบุคลากรทางสาธารณสุขอื่นๆ โดยเฉพาะพยาบาลให้ปฏิบัติหน้าที่ภายใต้ความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม สภากาการพยาบาลซึ่งเป็นองค์กรซึ่งดูแลเกี่ยวกับมาตรฐานในการประกอบอาชีพของพยาบาล จึงได้เสนอปรับปรุงพระราชบัญญัติกาการพยาบาลและมดุงครรรภโดยกำหนดให้การประกอบอาชีพกาการพยาบาล ครอบคดุมกาการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภุมิคุมกันโรค ตามที่ปรากฏในมาตรา 4 (3) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพกาการพยาบาลและการมดุงครรรภ พ.ศ. 2540 ซึ่งกำหนดให้พยาบาลผู้ให้บริการด้านการรักษาโรคเบื้องต้นต้องผ่านการศีกษาหรืออบรมตามหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (กาการรักษาโรคเบื้องต้น) ที่สภากาการพยาบาลกำหนดและรับรอง ทั้งนี้ให้มีสมรรถนะดังนี้ 1) สามารถตรวจ ประเมินสภาพ วินิจฉัย แยกโรคว่าอยู่ในกลุ่มใด แล้วให้กาการรักษาที่เหมาะสม 2) ให้กาการดูแลช่วยเหลือฉุกเฉิน ส่งต่อ กาการรักษาโรคและอาการที่พบบ่อย และทำหัตถกาการที่กำหนดได้ 3) ให้ยาบรรเทาอาการ/รักษาโรคตามแนวทางที่กำหนดไว้ให้ภุมิคุมกันโรคพื้นฐานและให้บริการวางแผนครอบครัว 4) ติดตามผลการให้กาการช่วยเหลือรักษา และ 5) รับดูแลผู้ป่วยต่อเพื่อให้กาการดูแลต่อเนื่อง และกระทรวงสาธารณสุขได้ออกระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยกาการประกอบวิชาชีพพยาบาลตามข้อกำหนดในการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภุมิคุมกันโรค พ.ศ. 2545 เพื่อให้กาการคุมครองทางกฎหมายแก่พยาบาลในการปฏิบัติตามบทบาทดังกล่าว²



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ในฐานะสถาบันอุดมศึกษาที่มีประสบการณ์ในการผลิตบุคลากรในสาขาวิชาพยาบาลโดยตรง จึงได้จัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) มาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปีการศึกษา 2550 เป็นต้นมา โดยมีความมุ่งหมายเพื่อพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพให้มีสมรรถนะต่างๆ โดยเฉพาะด้านการรักษาโรคเบื้องต้น ซึ่งถือเป็นสมรรถนะหลักและเป็นสมรรถนะที่ทุกคนคาดหวังต่อผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) แต่จากประสบการณ์ในการเป็นผู้รับผิดชอบหลักสูตร ผู้รับผิดชอบรายวิชาการรักษาโรคเบื้องต้น และผู้รับผิดชอบการประเมินสมรรถนะการปฏิบัติทางคลินิก Objective Structured Clinical Examination: OSCE (การสอบ OSCE) พบว่าผู้อบรมยังมีความรู้ ความเข้าใจ การคิดวิเคราะห์ และการนำแนวทางการรักษาโรคเบื้องต้นไปใช้ไม่เต็มที่ เช่น ไม่ทราบว่าจะเริ่มต้นในการรักษาโรคเบื้องต้นอย่างไร ไม่ทราบว่าเชื่อมโยงองค์ความรู้ต่างๆ อย่างไร และมักจะมุ่งกับโรคใดโรคหนึ่งมากเกินไปตั้งแต่ต้น ทำให้ขาดความครอบคลุม ทั้งในส่วนของการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในที่สุดการวินิจฉัยและการรักษามักจะเกิดขึ้นเพราะการเลียนแบบหรือทำต่อๆ กันมา โดยขาดการคิดวิเคราะห์หรือแสวงหาคำตอบตามเหตุและผลด้วยตนเอง⁵ นอกจากนี้จากข้อมูลการสำรวจความคิดเห็นผู้บังคับบัญชาของผู้ผ่านการอบรมเมื่อกลับไปปฏิบัติงานแล้ว 6 เดือน พบว่าต้องการเห็นสมรรถนะด้านการรักษาโรคเบื้องต้นของผู้ผ่านอบรมมากกว่านี้⁶

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ได้จัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านการรักษาโรคเบื้องต้นแก่ผู้อบรม โดยนำหัวข้อการสัมมนาการรักษา

โรคเบื้องต้นปัญหาสุขภาพโรคทั่วไปมาเป็นกรณีศึกษา แต่ที่ผ่านมากการจัดการเรียนการสอนดังกล่าว มีลักษณะเป็นการนำเสนอกรณีศึกษาในชั้นเรียน เปิดโอกาสให้ผู้อบรมได้แสดงความคิดเห็นเล็กน้อย และรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญเมื่อสิ้นสุดการนำเสนอ ทำให้ผู้อบรมมีความรู้ ความเข้าใจ การคิดวิเคราะห์ และการนำแนวทางการรักษาโรคเบื้องต้นไปใช้ไม่เต็มที่⁶ จากสิ่งที่เกิดขึ้นดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการปรับปรุงและพัฒนาวิธีการจัดการเรียนการสอนแบบสัมมนาขึ้นมาใหม่ ทั้งนี้การสัมมนาถือเป็นวิธีสอนโดยการใช้การอภิปรายกลุ่มย่อยวิธีหนึ่งที่น่าสนใจ เข้าใจง่าย สร้างการมีส่วนร่วม และเกิดการคิดวิเคราะห์⁷ โดยในการสัมมนานี้จะมีบุคคลที่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่สัมมนา มาประชุมร่วมกัน เพื่อค้นคว้าเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่ผู้เข้าร่วมสัมมนาต้องการหาคำตอบ มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นซึ่งกันและกันตามประเด็นและคำถามในการสัมมนา ทำให้ผู้เข้าร่วมสัมมนาทุกคนมีบทบาทและมีส่วนร่วมในการสัมมนานั้นโดยมีผู้เชี่ยวชาญมาแนะนำให้ความรู้ และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม⁸ ทั้งนี้ได้เริ่มนำไปดำเนินการใช้ในการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ 9 ภายหลังจากการสัมมนาได้สอบถามความคิดเห็นเบื้องต้นจากผู้อบรมซึ่งส่วนใหญ่บอกว่าน่าสนใจ เกิดความรู้ ความเข้าใจ สามารถคิดวิเคราะห์ และเห็นแนวทางการรักษาโรคเบื้องต้นไปใช้ชัดเจนมากขึ้น⁹

ดังนั้นในปี 2556 ซึ่งมีการจัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) จำนวน 3 รุ่น คือ รุ่น 10-12 ผู้วิจัยจึงสนใจและวางแผนการทำวิจัย 1 รุ่น (โดยการสุ่ม) เพื่อที่จะศึกษาผลการจัดการเรียนการสอนแบบสัมมนาต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเรื่องการรักษาโรคเบื้องต้น



กลุ่มอาการหายใจเหนื่อยหอบของผู้อบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษารโรคเบื้องต้น) ขึ้นอย่างเป็นระบบและมีผลลัพธ์ที่สามารถอ้างอิงได้ สามารถนำไปพัฒนาการเรียนการสอนอื่นๆ ได้ ในโอกาสต่อไป โดยเลือกกลุ่มอาการหายใจเหนื่อยหอบมาศึกษา เนื่องจากกลุ่มอาการดังกล่าวเป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อย มีโรคและอาการที่รุนแรง จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัย ช่วยเหลือ และส่งต่อทันที²

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนเรียนและหลังเรียนของผู้อบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษารโรคเบื้องต้น) เรื่องการรักษารโรคเบื้องต้นกลุ่มอาการหายใจเหนื่อยหอบโดยการจัดการเรียนการสอนแบบสัมมนา
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของผู้อบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษารโรคเบื้องต้น) ต่อการจัดการเรียนการสอนแบบสัมมนา

สมมุติฐานการวิจัย

ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้อบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษารโรคเบื้องต้น) เรื่องการรักษารโรคเบื้องต้นกลุ่มอาการหายใจเหนื่อยหอบโดยการจัดการเรียนการสอนแบบสัมมนาก่อนเรียนและหลังเรียนมีความแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียวสอบก่อนเรียนและหลังเรียน (The One Group Pretest-Posttest Only Design) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2556-กันยายน 2557

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย เป็นผู้อบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษารโรคเบื้องต้น) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา ที่เข้ารับการอบรมในปี 2556 จำนวน 3 รุ่น ได้แก่ รุ่นที่ 10 จำนวน 50 คน รุ่นที่ 11 จำนวน 49 คน และรุ่นที่ 12 จำนวน 50 คน รวม 149 คน โดยมีระยะเวลาในการอบรมรุ่นละ 4 เดือน

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เป็นผู้อบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษารโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ 11 จำนวน 49 คน ซึ่งได้จากวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยใช้รุ่นเป็นหน่วยสุ่ม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนงานวิจัยและวรรณคดีที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1.1 การจัดการเรียนการสอนแบบสัมมนาเรื่อง การรักษารโรคเบื้องต้นกลุ่มอาการหายใจเหนื่อยหอบ โดยกำหนดประเด็นในการสัมมนาดังนี้

- 1) ผู้ป่วยรายนี้เป็นโรคใด เพราะเหตุผลใด และ 2) ให้การรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยรายนี้อย่างไร ซึ่งมีคำถามในการสัมมนาดังนี้ 1) ผู้ป่วยรายนี้น่าจะเป็นโรคอะไรได้บ้าง เพราะเหตุผลใด 2) ท่านจะซักประวัติการเจ็บป่วยผู้ป่วยรายนี้อย่างไรบ้าง เพราะเหตุใด 3) ท่านจะตรวจร่างกายผู้ป่วยรายนี้ในเรื่องใดบ้าง เพราะเหตุใด 4) ท่านจะวินิจฉัยแยกโรคใดในผู้ป่วยรายนี้ เพราะเหตุใด 5) ท่านจะตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจพิเศษผู้ป่วยเรื่องใดบ้าง เพราะเหตุใด 6) ท่านจะวินิจฉัยโรคผู้ป่วยรายนี้ว่าเป็นโรคใด เพราะเหตุใด และ 7) ท่านให้การรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยรายนี้อย่างไร เพราะเหตุใด ซึ่งรูปแบบการจัดการเรียนการสอนดังกล่าวผ่าน



การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ โดยวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง กับวัตถุประสงค์ ได้ค่า IOC เท่ากับ .75 และผู้วิจัยได้ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์การรักษาโรคเบื้องต้น ประสบการณ์การได้รับความรู้และการตรวจรักษาโรคเบื้องต้นกลุ่มอาการหายใจเหนื่อยหอบก่อนทดลอง

2.2.2 แบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์

ทางการเรียนเรื่อง การรักษาโรคเบื้องต้นกลุ่มอาการหายใจเหนื่อยหอบ เป็นแบบปรนัยชนิด 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามการวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนระดับรู้-จำ จำนวน 2 ข้อ เข้าใจ จำนวน 2 ข้อ และนำไปใช้ จำนวน 16 ข้อ กำหนดค่าคะแนนโดยตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน โดยมีขั้นตอนในการสร้างแบบทดสอบดังนี้ 1) ศึกษาการสร้างแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเกี่ยวกับการรักษาโรคเบื้องต้นและอื่นๆ ที่จัดการเรียนการสอนแบบสัมมนาหรือใกล้เคียงจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) วิเคราะห์จุดประสงค์การเรียนรู้และเนื้อหา เพื่อสร้างตารางวิเคราะห์ข้อสอบ แล้วสร้างแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเป็นแบบปรนัยชนิด 4 ตัวเลือก จำนวน 40 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนระดับรู้-จำ จำนวน 4 ข้อ เข้าใจ จำนวน 4 ข้อ และนำไปใช้ จำนวน 32 ข้อ 3) นำแบบทดสอบให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ ด้านเนื้อหา ด้านการจัดการเรียนการสอน และด้านการวัดและประเมินผล ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง ได้ค่า

IOC เท่ากับ .75 ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และ 4) นำแบบทดสอบทดลองใช้กับผู้อบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษารอคเบื้องต้น) รุ่นที่ 10 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา นำมาตรวจคะแนนและคุณภาพของแบบทดสอบ หาความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนก โดยคัดเลือกข้อสอบที่มีความยากง่าย (p) ระหว่าง 0.20-0.80 และค่าอำนาจจำแนก (r) ตั้งแต่ .20-1.00 ได้จำนวน 20 ข้อ ซึ่งมีความครอบคลุมตามเนื้อหาและระดับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ต้องการวัด แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบเท่ากับ .74

2.2.3 แบบสอบถามความคิดเห็นของ

กลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนแบบสัมมนา ซึ่งพัฒนาจากแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนรู้แบบสืบเสาะหาความรู้ของ พรพัฒน์ ภัทรรักษาเวศ^๑ โดยผู้วิจัยปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับการจัดการเรียนการสอนแบบสัมมนา แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่า IOC เท่ากับ .75 ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้กับผู้อบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษารอคเบื้องต้น) รุ่นที่ 10 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .95 โดยแบบสอบถามความคิดเห็นประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 14 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านกิจกรรมการเรียนรู้จำนวน 6 ข้อ 2) ด้านบรรยากาศในการเรียนรู้ จำนวน 4 ข้อ และ 3) ด้านประโยชน์ที่ได้รับ จำนวน 4 ข้อ ลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) โดยกำหนดค่า 5 ระดับ ตามแนวคิดของลิเคิร์ต (Likert) แล้วนำค่าเฉลี่ยไปเทียบกับเกณฑ์ ดังนี้^๑



คะแนนเฉลี่ย	ระดับความคิดเห็น
4.50-5.00	กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด
3.50-4.49	กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก
2.50-3.49	กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง
1.50-2.49	กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย
1.00-1.49	กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ขั้นเตรียมความพร้อม

3.1.1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์

3.1.2 ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้นำสัมมนา 1 กลุ่ม และผู้ร่วมสัมมนา จำนวน 4 กลุ่ม

3.1.3 ผู้วิจัยชี้แจงขั้นตอนการจัดการเรียนการสอนแบบสัมมนา คำถามที่ใช้ในการสัมมนา ข้อมูลที่จำเป็นของกรณีศึกษาที่นำมาสัมมนา การเตรียมตำรา หนังสือ และเอกสารต่างๆ ที่นำมาใช้ในการสัมมนา

3.2 ขั้นทดลอง

3.2.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนเรียน

3.2.2 ผู้วิจัยได้ดำเนินการสอนตามแผนการจัดการเรียนการสอนที่สร้างไว้ 1 ครั้งโดยใช้เวลาทั้งสิ้น 3 ชั่วโมง

3.3 ขั้นประเมินผลการทดลอง

ดำเนินการทันที เมื่อสิ้นสุดการจัดการเรียนการสอน โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และตอบแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนแบบสัมมนา

เรื่องการรักษาโรคเบื้องต้นกลุ่มอาการหายใจเหนื่อยหอบ

3.4 ขั้นเตรียมข้อมูลในการวิเคราะห์ทางสถิติ

4. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลาแล้ว ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียดครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการเรียนการสอนของผู้เข้าร่วมวิจัย

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมดมาทำการประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และวิเคราะห์ด้วยสถิติ ดังนี้

5.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยวิเคราะห์ค่าทางสถิติ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ

5.2 วิเคราะห์ข้อมูลแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน โดยวิเคราะห์ค่าทางสถิติ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



5.3 เปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเรื่องการรักษาโรคเบื้องต้นในกลุ่มอาการหายใจเหนื่อยหอบก่อนและหลังเรียนโดยการหาค่าที (Paired T-test)

5.4 วิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นของผู้อบรมที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนแบบสัมมนา โดยวิเคราะห์ค่าทางสถิติ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำค่าเฉลี่ยไปเทียบกับเกณฑ์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็น

ร้อยละ 89.8 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 61.2 และมีอายุระหว่าง 30-40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.9 มีประสบการณ์การตรวจรักษาโรคเบื้องต้น 5-10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75.5 เคยได้รับความรู้และทำการตรวจรักษาโรคกลุ่มอาการหายใจเหนื่อยหอบมาแล้วทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100

2. เปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนเรียนและหลังเรียนเรื่องการรักษาโรคเบื้องต้นกลุ่มอาการหายใจเหนื่อยหอบของกลุ่มตัวอย่างโดยการจัดการเรียนการสอนแบบสัมมนา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนเรียนและหลังเรียน (n=49)

ผลการเรียนรู้	คะแนนเต็ม	\bar{X}	SD	t	P-value
ก่อนเรียน	20	7.91	2.36	-8.65	0.00
หลังเรียน	20	10.31	1.96		

พบว่า คะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของกลุ่มตัวอย่างหลังเรียน ($\bar{X} = 10.31$, SD = 1.96) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนเรียน ($\bar{X} = 7.91$, SD = 2.36) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

3. ระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อการจัดการเรียนการสอนแบบสัมมนา

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนแบบสัมมนา (n=49)

ความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนแบบสัมมนา	\bar{X}	SD	ระดับความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนแบบสัมมนา
ด้านกิจกรรมการเรียนการสอน	4.25	.53	มาก
ด้านบรรยากาศการเรียนการสอน	4.29	.54	มาก
ด้านประโยชน์ที่ได้รับจากการเรียนการสอน	4.39	.51	มาก
ความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนโดยรวม	4.31	.46	มาก



พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนแบบสัมมนาโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.31, SD = 0.46$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนแบบสัมมนาทุกด้าน อยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน โดยด้านประโยชน์ที่ได้รับมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.39, SD = 0.51$) รองลงมาคือ ด้านบรรยากาศการเรียนการสอน ($\bar{X} = 4.29, SD = 0.54$) และด้านกิจกรรมการสอน ($\bar{X} = 4.25, SD = 0.53$)

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ สรุปผลการวิจัย

1. ผลการเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนเรียนและหลังเรียน เรื่อง การรักษาโรคเบื้องต้น กลุ่มอาการหายใจเหนื่อยหอบของผู้อบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) โดยการจัดการเรียนการสอนแบบสัมมนา พบว่าคะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังเรียน ($\bar{X} = 10.31, SD = 1.96$) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนเรียน ($\bar{X} = 7.91, SD = 2.36$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

2. ระดับความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนแบบสัมมนาโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.31, SD = 0.46$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนแบบสัมมนาทุกด้าน อยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน โดยด้านประโยชน์ที่ได้รับมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.39, SD = 0.51$) รองลงมาคือ ด้านบรรยากาศการเรียนการสอน ($\bar{X} = 4.29, SD = 0.54$) และด้านกิจกรรมการสอน ($\bar{X} = 4.25, SD = 0.53$)

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลการจัดการเรียนการสอนแบบสัมมนาต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเรื่องการรักษาโรคเบื้องต้นกลุ่มอาการหายใจเหนื่อยหอบของผู้อบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) อภิปรายผลดังนี้

1. เปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนเรียนและหลังเรียนแบบสัมมนา

ผลการเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนเรียนและหลังเรียนเรื่องการรักษาโรคเบื้องต้นกลุ่มอาการหายใจเหนื่อยหอบของผู้อบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) โดยการจัดการเรียนการสอนแบบสัมมนา พบว่าคะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังเรียน ($\bar{X} = 10.31, SD = 1.96$) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนเรียน ($\bar{X} = 7.91, SD = 2.36$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้อบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) เรื่องการรักษาโรคเบื้องต้นกลุ่มอาการหายใจเหนื่อยหอบ โดยการจัดการเรียนการสอนแบบสัมมนาก่อนเรียนและหลังเรียนมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้เพราะการจัดการเรียนการสอนของหลักสูตรนี้ มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญที่สุดคือทำให้ผู้อบรมมีความรู้ความสามารถและมีสมรรถนะที่ดีในการรักษาโรคเบื้องต้น⁵ ซึ่งผู้เข้ารับการอบรมทุกคนได้รับการชี้แจงจากผู้รับผิดชอบหลักสูตรตั้งแต่นั้นแล้ว ประกอบกับการให้ข้อมูลการสำรวจความคิดเห็นผู้บังคับบัญชาของผู้ผ่านการอบรมรุ่นที่ผ่านมา เมื่อกลับไปปฏิบัติงานแล้ว 6 เดือน พบว่าต้องการเห็นสมรรถนะด้านการรักษาโรคเบื้องต้นของผู้ผ่านอบรมมากกว่านี้⁶



จะเห็นได้ว่าการรักษาโรคเบื้องต้น ถือเป็นสมรรถนะหลักและเป็นสมรรถนะที่ทุกคนคาดหวังต่อผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) แต่ที่ผ่านมามีผู้อบรมยังมีความรู้ ความเข้าใจ การคิดวิเคราะห์ และการนำแนวทางการรักษาโรคเบื้องต้นไปใช้ไม่ได้ดีนัก เช่น ไม่ทราบว่า จะเริ่มต้นในการรักษาโรคเบื้องต้นอย่างไร ไม่ทราบว่า จะเชื่อมโยงองค์ความรู้ต่างๆ อย่างไร และมักจะมุ่งกับโรคใดโรคหนึ่งมากเกินไปตั้งแต่ต้น ทำให้ขาดความครอบคลุม ทั้งในส่วนของ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในที่สุดการวินิจฉัยและการรักษาก็จะเกิดขึ้นเพราะการเลียนแบบหรือทำตามๆ กันมา โดยขาดการคิดวิเคราะห์หรือแสวงหาคำตอบตามเหตุและผลด้วยตนเอง⁵

ดังนั้นเมื่อผู้วิจัยได้จัดการเรียนการสอนแบบสัมมนาการรักษาโรคเบื้องต้น ปัญหาสุขภาพโรคทั่วไป ซึ่งได้ปรับปรุงและพัฒนาขึ้นมาใหม่ ทั้งนี้การสัมมนาเป็นวิธีการสอนที่จัดอยู่ในกลุ่มของวิธีการสอนแบบอภิปรายกลุ่มย่อย เป็นรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง แบบเน้นทักษะกระบวนการที่ช่วยให้ผู้เรียนมีโอกาสได้คิด วิเคราะห์ และแสดงความคิดเห็นที่หลากหลาย ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ได้กว้างขึ้น⁷ ภายใต้ประเด็นคำถามในการสัมมนา และมีการให้ข้อเสนอแนะจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในแต่ละขั้นตอนการรักษาโรคเบื้องต้น ซึ่งได้แก่ การระบุนอการสำคัญ การนึกถึงโรคที่ผู้ป่วยมีโอกาสเป็น การซักประวัติ ค้นหาโรคที่เป็น การตรวจร่างกาย ค้นหาโรคที่เป็น การวินิจฉัยแยกโรคและการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยโรค การรักษาและการพยาบาล⁴ ประกอบกับผู้วิจัยได้เลือกปัญหาสุขภาพในกลุ่มอาการหายใจเหนื่อยหอบ ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อย และมีความหลากหลายของโรคที่จะวินิจฉัย รวมทั้งผู้อบรมทุกคน

ได้ผ่านประสบการณ์การได้รับความรู้และทำการตรวจรักษามาแล้ว จึงสามารถตอบสนองความต้องการและสร้างความสนใจ ความเข้าใจ รวมทั้งเห็นแนวทางในการนำไปใช้ได้ดีขึ้น ทำให้คะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนทั้งระดับรู้-จำ เข้าใจ และการนำไปใช้ หลังการเรียนสูงกว่าก่อนการเรียน

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาผลการเรียนรู้และความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เรื่องวิกฤตการณ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 5 โดยการจัดการเรียนรู้แบบสืบเสาะหาความรู้ พบว่าผลการเรียนรู้หลังเรียน ($\bar{X} = 22.73$, S.D = 3.35) สูงกว่าก่อนเรียน ($\bar{X} = 10.90$, S.D = 4.28) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁹ และจากผลการศึกษาการพัฒนากระบวนการคิดอย่างเป็นระบบโดยการใช้การอภิปรายกลุ่มควบคู่กับการใช้ความคิดรวบยอดในการสอนวิชาโครงสร้างข้อมูลและขั้นตอนวิธี พบว่าผลการเรียนรู้โดยการใช้การอภิปรายกลุ่มควบคู่กับการใช้ความคิดรวบยอด มีคะแนนเฉลี่ยหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹⁰

2. ระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อการจัดการเรียนการสอนแบบสัมมนา

ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนแบบสัมมนาโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.31$, SD = 0.46) เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนแบบสัมมนาทุกด้าน อยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน โดยด้านประโยชน์ที่ได้รับมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X} = 4.39$, SD = 0.51) รองลงมาคือ ด้านบรรยากาศการเรียนการสอน ($\bar{X} = 4.29$, SD = 0.54) และด้านกิจกรรมการสอน ($\bar{X} = 4.25$, SD = 0.53)

การจัดการเรียนการสอนแบบสัมมนาเป็นวิธี



การสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง แบบเน้นทักษะกระบวนการ ที่ช่วยให้ผู้เรียนมีโอกาสได้คิด วิเคราะห์ และแสดงความคิดเห็นที่หลากหลายระหว่างกัน ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ได้กว้างขึ้น⁷ เมื่อผู้วิจัยได้นำมาเป็นวิธีการจัดการเรียนการสอนแบบสัมมนาการรักษาโรคเบื้องต้น ปัญหาสุขภาพโรคทั่วไป และสร้างบรรยากาศการเรียนการสอนที่ไม่เป็นวิชาการมากนัก เช่น มีการแสดงละครประกอบในการนำเสนอข้อมูลและคำถามการวิจัย เป็นต้น ทำให้กิจกรรมในการเรียนการสอนมีความน่าสนใจ เกิดบรรยากาศการเรียนรู้ที่สนุกสนาน ไม่เครียด แต่ทั้งนี้กระบวนการยังเป็นไปตามประเด็นคำถามในการสัมมนาตามขั้นตอนการรักษาโรคเบื้องต้น ซึ่งได้แก่ การระบุอาการสำคัญ การนึกถึงโรคที่ผู้ป่วยมีโอกาสเป็น การซักประวัติค้นหาโรคที่เป็น การตรวจร่างกาย ค้นหาโรคที่เป็น การวินิจฉัยแยกโรคและการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยโรค การรักษาและการพยาบาล⁴ โดยในแต่ละขั้นตอนมีการตั้งประเด็นคำถามให้มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมาให้ข้อเสนอแนะให้มีความกระจ่างชัดเจนขึ้น และได้เลือกปัญหาสุขภาพในกลุ่มอาการหายใจเหนื่อยหอบ ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อย ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และที่สำคัญได้สร้างความรู้ ความเข้าใจ และเห็นแนวทางในการนำไปใช้ประโยชน์เมื่อกลับไปทำงานได้ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับประโยชน์ของการสัมมนาที่พบว่า การสัมมนาทำให้ผู้เข้าร่วมสัมมนาได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีความรู้ ความคิด มีแนวทางในการแก้ปัญหาต่าง ๆ และมีประสบการณ์ในการแก้ปัญหา ร่วมกันโดยใช้ความคิดอย่างมีเหตุผลเพิ่มขึ้น⁸

แต่เนื่องจากการเรียนแบบสัมมนาเป็นวิธีการสอนที่ต้องใช้เวลามากและได้ใช้เวลาเกินกว่าที่กำหนด ประกอบกับได้จัดการเรียนการสอนในภาคบ่าย จึงมีสมาชิกส่วนหนึ่งมีอาการอ่อนล้า นอกจากนี้การมีสมาชิกในกลุ่มจำนวนมาก ทำให้สมาชิกบางคนไม่ค่อยแสดงความคิดเห็นหรือไม่สนใจ ทำให้เกิดปัญหาการ

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มและการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นชะงักไปบ้างในบางครั้ง จากเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้ระดับความคิดเห็นต่อการเรียนการสอนแบบสัมมนาในทุกด้านและโดยรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลการเรียนรู้และความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณเรื่องวิกฤตการณ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 5 โดยการจัดการเรียนรู้แบบสืบเสาะหาความรู้ พบว่านักเรียนมีความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนรู้แบบสืบเสาะหาความรู้ เรื่องวิกฤตการณ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมโดยรวม อยู่ในระดับมาก โดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ ด้านประโยชน์ที่ได้รับ ด้านกิจกรรมการเรียนรู้ และด้านบรรยากาศการเรียนรู้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาการเปรียบเทียบผลการเรียนรู้เรื่องสิ่งแวดล้อมของนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 3 ที่จัดการเรียนรู้โดยการใช้ปัญหาเป็นหลักและแบบสืบเสาะหาความรู้ ซึ่งพบว่านักเรียนมีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน¹¹

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ การจัดการเรียนการสอนแบบสัมมนา ซึ่งเป็นวิธีการสอนที่จัดอยู่ในกลุ่มของวิธีการสอนแบบอภิปรายกลุ่มย่อย เป็นรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง แบบเน้นทักษะกระบวนการ ที่ทำให้ผู้เรียนมีโอกาสได้คิด วิเคราะห์ และแสดงความคิดเห็นที่หลากหลายระหว่างกัน ช่วยให้เกิดผลการเรียนรู้ได้ดีขึ้น ทั้งในระดับรู้-จำ เข้าใจ และการนำไปใช้ อีกทั้งรูปแบบการจัดการเรียนการสอนดังกล่าว ทำให้กิจกรรมการสอนน่าสนใจ ไม่น่าเบื่อ มีบรรยากาศการเรียนการสอนที่สนุกสนาน และนำไปใช้ประโยชน์ได้ จึงเห็นว่าการจัดการเรียนการสอนแบบสัมมนาในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) ต่อไป และควรนำไปใช้กับหลักสูตรพยาบาล



ศาสตร์บัณฑิต ในรายวิชาต่างๆ เช่น การรักษาพยาบาลเบื้องต้น เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาการจัดการเรียนการสอน โดยการสัมมนา โดยมีกลุ่มควบคุม เพื่อยืนยันผลของการศึกษาให้ชัดเจนมากขึ้น และติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ดร.จรรยารัตน์ รอดเนียม ที่ปรึกษางานวิจัย นางประไพพิศ สิงหเสม ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา นางบุษยา สังขชาติ หัวหน้างานวิจัยและนวัตกรรมที่กรุณาชี้แนะ แนะนำ และให้คำปรึกษา ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ รวมทั้งผู้อบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) ทุกคนที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2555. นนทบุรี: บริษัท คัลเลอร์บุ๊กส์ จำกัด; 2554.
2. สภาการพยาบาล. ข้อกำหนดการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรคสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง (พิมพ์ครั้งที่ 5). นนทบุรี: บริษัทศิริยอดการพิมพ์; 2554.
3. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา. คู่มือการฝึกปฏิบัติหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ 10. สงขลา: 2556.
4. สถาบันพระบรมราชชนก. เวชปฏิบัติทางการพยาบาล: โจทย์สถานการณ์ (พิมพ์ครั้งที่ 4).

นนทบุรี: ธนาเพรส; 2553.

5. ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ. เทคนิคการซักประวัติเพื่อการรักษาพยาบาลโรคเบื้องต้น. สงขลา: มงคลการพิมพ์; 2556.
6. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา. สรุปโครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น). สงขลา : 2554.
7. ทิศนา แคมมณีนี. ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 14). กรุงเทพมหานคร: บริษัทด้านสุทธาการพิมพ์ จำกัด; 2554.
8. สมปราชญ์ อัมมะพันธ์. วิทยาการต่อรู้. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ โอ เอส พรินต์ติ้ง เฮ้า; 2547.
9. พรพัฒน์ สัชนรักษาเวช. การศึกษาผลการเรียนรู้และความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณเรื่อง วิกฤตการณ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โดยการจัดการเรียนรู้แบบสืบเสาะหาความรู้ [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต]. นครปฐม : มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2553.
10. ปรมัตถ์ปัญญาปรัชญ์ ต้องประสงค์. ศึกษาการพัฒนากระบวนการคิดอย่างเป็นระบบโดยการใช้การอภิปรายกลุ่มควบคู่กับการใช้ความคิดรวบยอดในการสอนวิชาโครงสร้างข้อมูลและขั้นตอนวิธี (รายงานวิจัย). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต; 2555
11. วิชนีย์ ทศตะ. ศึกษาการเปรียบเทียบผลการเรียนรู้เรื่องสิ่งแวดล้อมของนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 3 ที่จัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักและแบบสืบเสาะหาความรู้ [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2547.



ผลของการแสดงบทบาทสมมุติตูกตาประติษฐ์ต่อความกลัว ของเด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ

สมสมร เรืองวรรณ*

สุชาดา ปราบมีชัย*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยก่อนเรียน จำนวน 60 คน ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง กลุ่มละ 30คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลบุคคล และแบบสังเกตพฤติกรรมความกลัว ค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.8 และได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์และการทดสอบค่าที ผลการวิจัย พบว่า

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความกลัวจากการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในระดับไม่มีพฤติกรรมความกลัวหรือกลัวเล็กน้อย ($\bar{X} = 10.8, S.D. = 1.63$) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมีพฤติกรรมความกลัวมาก ($\bar{X} = 18.5, S.D. = 3.83$)

ผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะให้นำการแสดงบทบาทสมมุติตูกตาประติษฐ์มาใช้พัฒนาปรับปรุงการเตรียมความพร้อมเด็กในการลดความกลัวก่อนปฏิบัติการพยาบาลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และส่งเสริมการใช้นวัตกรรมในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ความกลัว; เด็กวัยก่อนเรียน; การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ; บทบาทสมมุติ



The Effect of Role Play with The Invented Doll on Fear from Intravenous Fluid Infusion in Pre-school Children

Somsamorn Rueangworaboon*

SuchadaPrabmeechai*

Abstract

This study used a quasi-experimental approach to examine the effect of role play with the Invented Doll on fear from intravenous fluid infusion in pre-school children. The sample consisted of 60 pre-school children ranging from 3 to 6 years of age and was selected by purposive sampling and separated into experimental and control groups of 30 children each. Data were collected by questionnaires and a fear behavior observation scale. Content validity was approved and reliability coefficients of the Fear Behavior Observation Scale recording were 0.8 and 0.88, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, mean, standard deviation, chi-square and independent t-test.

The results revealed that the fear behavior mean score of intravenous fluid infusion of the children in the experimental group and that of the control group were significantly different ($p < 0.001$). The average score in the experimental group was less than that of the control group; where the fear behavior mean score was at a low level ($\bar{X} = 10.8$, S.D. = 1.63) in the experimental group and at a high level ($\bar{X} = 18.5$, S.D. = 3.83) in the control group.

The research findings suggest that role play with the Invented Doll is effective for preparing the pre-school children to reduce fear from intravenous fluid infusion and improve quality of nursing care.

keywords : Fear; Pre-schoolchildren; Intravenous fluid infusion; role play



ความเป็นมาและความสำคัญ

การเจ็บป่วยของเด็กที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มักจะได้รับการตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาด้วยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เด็กเกิดความหวาดกลัว¹ สาเหตุของความกลัวส่วนใหญ่เกิดจากความไม่รู้ไม่เข้าใจและจินตนาการของตนเอง โดยเฉพาะเด็กที่อยู่ในช่วงวัยก่อนเรียน เนื่องจากเป็นวัยที่มีพัฒนาการด้านสติปัญญาขั้นก่อนเกิดความคิดอย่างมีเหตุผล (preoperational period) มีความคิดที่เอาตนเองเป็นจุดศูนย์กลาง (egocentrism) จะมองสิ่งต่างๆ ในมุมมองของตนเองเท่านั้น² การรับรู้ยังพัฒนาไม่เต็มที่มักมีการรับรู้ที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง³ มีจินตนาการสูงเมื่อมีสิ่งเร้าโดยการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอาจทำให้เด็กรู้สึกกลัวเกิดการรับรู้ว่ามีสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอันตรายต่อตนเอง⁴ ตลอดจนความรู้สึกถูกจำกัดกิจกรรมขาดอิสระในการควบคุมตนเอง เนื่องจากต้องถูกจับยึดตรึงตลอดระยะเวลาที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ นอกจากนี้เด็กยังเกิดความรู้สึกไม่ไว้วางใจพยาบาลไม่คุ้นเคยกับสถานที่และอุปกรณ์การแพทย์สถานการณ์เหล่านี้ล้วนส่งผลให้เด็กมีความรู้สึกนึกคิดว่าการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็นสิ่งที่น่ากลัว จึงแสดงพฤติกรรมความกลัวออกมาหากเด็กมีความรู้สึกนึกคิดต่อเหตุการณ์นั้นด้านลบเมื่อประสบกับเหตุการณ์เช่นนั้นอีกก็จะเกิดความรู้สึกด้านลบเช่นเดิม⁵

การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจและให้ข้อมูลกับเด็กก่อนที่จะเผชิญเหตุการณ์ที่คุกคามเพื่อลดความกลัวตั้งแต่เริ่มแรก จะช่วยให้เด็กเกิดการรับรู้ที่ถูกต้องและมีความกลัวลดลง ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาพยาบาลครั้งต่อไป การเตรียมความพร้อมอาจเตรียมการไว้ล่วงหน้าหรืออาจใช้ระยะเวลาสั้นๆ ร่วมกับการอธิบายเหตุผล การให้ข้อมูลที่ชัดเจน โดยใช้วิธีการที่ไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน เหมาะสมกับวัยและทำให้เด็กเกิดความสนใจ เพลิดเพลินไปกับสิ่งที่จะอธิบายให้กับเด็ก เพื่อให้เด็กรับรู้ เข้าใจ ในสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้น รวมทั้งให้

ระบายนความรู้สึกรู้สึกนึกคิดในสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรมพยาบาลสามารถเผชิญสถานการณ์ที่มาคุกคามได้อย่างมีประสิทธิภาพและก่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาพยาบาล^{6,7,8}

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา มีการศึกษาการเบี่ยงเบนความสนใจ ด้วยการใช้สื่อวีดิทัศน์โดยปิดามารดาผลการศึกษาพบว่าเด็กวัยก่อนเรียนมีคะแนนความกลัวขณะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ⁹ และผลของการใช้โทรศัพท์ สามารถลดความกลัวและความเจ็บปวดของเด็กวัยก่อนเรียนขณะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำได้เช่นกัน¹⁰ แตกต่างกับการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลโดยผ่านสื่อวีดิทัศน์ต่อความกลัวเด็กวัยก่อนเรียนก่อนได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ พบว่าพฤติกรรมความกลัวก่อนการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำไม่แตกต่างกันในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ เนื่องจากเนื้อหาการสอนสั้นและการดำเนินของเรื่องรวดเร็ว ทำให้ไม่สามารถอธิบายสถานการณ์ให้เป็นรูปธรรมได้อย่างชัดเจน เด็กอาจเกิดความเข้าใจเพียงบางส่วนในเนื้อหาทั้งหมดของวีดิทัศน์และวิธีการลำดับเรื่องราวไม่ติดพอ เนื้อหาไม่น่าสนใจก็จะทำให้เด็กไม่สามารถจดจำเรื่องราวได้¹¹

จากการศึกษาที่ผ่านมา ส่วนใหญ่จะเป็นการให้ข้อมูลแก่ผู้ปกครอง ยังไม่พบการศึกษาที่ใช้กิจกรรมการเล่นที่เหมาะสมกับพัฒนาการเด็กโดยตรง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวทางการพยาบาลในการลดความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนขณะให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ โดยการประยุกต์วิธีการให้ข้อมูลการเผชิญสถานการณ์จริงขณะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำร่วมกับกิจกรรมการเล่นบทบาทสมมุติกับตุ๊กตาประดิษฐ์ โดยใช้แนวคิดในการจัดกิจกรรมการเล่นให้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตเด็กที่ช่วยให้เด็กเกิดการเรียนรู้และมีจินตนาการ โดยเฉพาะการเล่นบทบาทสมมุติเพื่อเลียนแบบการกระทำของผู้ใหญ่จะทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้และเข้าใจ



เรื่องราวของกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับเป็นอย่างดี รวมทั้งสามารถช่วยทำให้เด็กได้ระบายความรู้สึกกลัวภายในจิตใจ เพราะการเล่นเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมและสะท้อนให้เห็นความซับซ้อนแบบแผนของพัฒนาการด้านอารมณ์ ทำให้เด็กได้แสดงออกซึ่งความรู้สึก จินตนาการ ความกลัวและความขัดแย้ง เด็กสามารถใช้การเล่นเพื่อการต่อสู้ เอาชนะความกลัวและทุกข์ทรมานได้¹²

การเตรียมความพร้อมเด็กโดยการแสดงบทบาทสมมุติกับตุ๊กตาประติมากรรม ซึ่งมีสีสันสดใส สวยงามจะสามารถดึงดูดความสนใจ และการใช้เสียงให้ข้อมูลร่วมกับการสัมผัสอุปกรณ์การให้สารน้ำด้วยตนเองเพื่อกระตุ้นความสนใจ จะทำให้เกิดความเพลิดเพลินไม่เบื่อหน่ายก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และจดจำได้ดี สามารถเน้นจุดสำคัญของสถานการณ์ที่เด็กต้องเผชิญให้เด่นชัดไม่ซับซ้อน ตลอดจนควบคุมผลตอบสนองที่เกิดขึ้นเพราะมีการลำดับเรื่องราวเหตุการณ์ที่จะเผชิญสถานการณ์จริงไว้ก่อน ทำให้คุ้นเคยกับอุปกรณ์โดยไม่มีตีความหมายผิดและเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับอุปกรณ์ทางการแพทย์¹³ สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม และลดความกลัวขณะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำของเด็กวัยก่อนเรียนได้ รวมทั้งให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลและส่งเสริมประสิทธิภาพในการรักษาได้เป็นอย่างดี

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นเด็กวัยก่อนเรียนอายุ 3-6 ปี ที่เข้ารับการรักษาด้วยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในแผนกกุมารเวชกรรม¹ โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม ในเดือนมกราคม 2556 ถึงเดือนเมษายน 2556 จำนวน 60 คน

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G*power 3.114 โดยใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนความกลัวต่อการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำของ ชื่นจิตต์ สมจิตต์¹¹ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลโดยผ่านสื่อวีดิทัศน์ต่อความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนก่อนการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำได้ค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.8 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ .05 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 28 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของสมาชิกระหว่างการทดลอง จึงพิจารณาเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 1015 รวมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน ได้แก่

กลุ่มทดลอง เป็นเด็กวัยก่อนเรียนอายุ 3-6 ปี ที่เข้ารับการรักษาด้วยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและได้แสดงบทบาทสมมุติตุ๊กตาประติมากรรม เพิ่มเติมจากการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มควบคุม เป็นเด็กวัยก่อนเรียนอายุ 3-6 ปี ที่เข้ารับการรักษาด้วยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) กำหนด มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. รู้สึกตัวดีพูดคุยรู้เรื่องเด็กไม่มีอาการของโรคที่รุนแรงได้แก่ ภาวะช็อค
2. การมองเห็นและการได้ยินปกติ
3. เด็กสามารถพูดและฟังภาษาไทยได้และผู้ปกครองยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยโดยอยู่กับเด็กตลอดการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและมีลักษณะประชากรที่ใกล้เคียงกัน



เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้สำหรับกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย

1.1 แผนการดำเนินการแสดงบทบาทสมมุติ ตุ๊กตาประดิษฐ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้เด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำได้ทำกิจกรรมการเล่นบทบาทสมมุติโดยใช้ตุ๊กตาประดิษฐ์ ก่อนที่จะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กิจกรรมย่อยได้แก่

1.1.1 การเตรียมความพร้อม มีวัตถุประสงค์เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการแสดงบทบาทสมมุติตุ๊กตาประดิษฐ์ การแนะนำ สร้างความรู้จักคุ้นเคยกับตุ๊กตาประดิษฐ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อเตรียมความพร้อมของเด็กวัยก่อนเรียน ก่อนการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

1.1.2 การดำเนินการแสดงบทบาทสมมุติ มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้เด็กวัยก่อนเรียนได้มีกิจกรรมการเล่นร่วมกับการรับทราบข้อมูลการปฏิบัติขั้นตอนในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำจากการบันทึกเสียงในตุ๊กตาประดิษฐ์ การสัมผัสเล่นอุปกรณ์และแสดงบทบาทสมมุติการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำแก่ตุ๊กตาประดิษฐ์ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้เด็กได้ซักถามและบอกความรู้สึก โดยมีพยาบาลช่วยตอบข้อสงสัยและข้อซักถามต่างๆ เพื่อให้เด็กได้เพลิดเพลินกับกิจกรรมการเล่น คลายความหวาดกลัวโดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที

1.1.3 การประเมินผล มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความพร้อมของเด็กในการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ จากการซักถามและสังเกตการณ์ในขณะที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

1.2 ตุ๊กตาประดิษฐ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นอุปกรณ์ประกอบกับกิจกรรมการเล่นในการแสดงบทบาทสมมุติ โดยทำจากผ้าและมีสีสันน่าสนใจ มีทั้ง

เพศชายและเพศหญิงให้เลือกหลากหลายอย่างละ 4 ตัว ข้างในบรรจุเครื่องบันทึกเสียงไว้ภายในตัวตุ๊กตา เสียงที่บันทึกไว้ ประกอบด้วย การเล่าเรื่องบอกอุปกรณ์ในการให้สารน้ำ การปฏิบัติตัวขณะให้สารน้ำ ความรู้สึกขณะให้สารน้ำและคำชมเชย พร้อมเสียงปรบมือ เพื่อให้กำลังใจกับเด็ก มีความยาวประมาณ 10 นาที พร้อมทั้งให้เด็กลงมือปฏิบัติการแทงเข็มและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำจริงกับตุ๊กตาจำลองด้วยตนเอง

2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูล เป็นแบบสอบถามซึ่งประกอบไปด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลบุคคลของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประวัติการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ประวัติการได้รับการฉีดยาหรือเจาะเลือด

ส่วนที่ 2 แบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวต่อการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำของเด็กวัยก่อนเรียน เป็นแบบสังเกตที่ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวของวรภัทร ทองใบ⁶ ประกอบด้วย พฤติกรรมที่ต้องสังเกต 8 ลักษณะ ได้แก่ (1) การแสดงสีหน้าและแววตา (2) การเคลื่อนไหวของศีรษะ ตาแขนและขา (3) การยกมือและเปื้อนหน้า (4) การเคลื่อนไหวที่แสดงถึงการไม่ให้ความร่วมมือ (5) การเกร็งของกล้ามเนื้อใบหน้า (6) การเกร็งตัว มือและเท้า (7) น้ำเสียงและเนื้อหาของคำพูด (8) ลักษณะการร้องไห้และการมีน้ำตาไหล รวมทั้งหมด 8 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนพฤติกรรมที่สังเกตจะให้คะแนนตามลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออกดังนี้ 1 คะแนน หมายถึงเด็กไม่มีพฤติกรรมที่แสดงถึงความรู้สึกกลัวหรือกลัวเล็กน้อย 2 คะแนน หมายถึง เด็กมีพฤติกรรมที่แสดงถึงความกลัวในระดับปานกลาง 3 คะแนน หมายถึง เด็กมีพฤติกรรมที่แสดงถึงความกลัวในระดับมาก

การแปลคะแนนพฤติกรรมความกลัวของเด็กที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำจากคะแนนรวมอยู่ในช่วง 8-24 คะแนน การแปลผลจากคะแนนเฉลี่ยตามเกณฑ์ดังนี้



8-12 คะแนน หมายถึง ไม่มีพฤติกรรมความกลัวหรือกลัวเล็กน้อย

12-17 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมความกลัวปานกลาง

18-24 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมความกลัวมาก

การวิจัยครั้งนี้ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านและนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมทางด้านภาษา จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คนหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสังเกตพฤติกรรมความกลัว มีค่าคะแนนดัชนีความตรงเท่ากับ .80 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เสนอโครงการวิจัย เพื่อขอหนังสือรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม

2. ทำหนังสือขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากวิทยาลัยฯ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ประสานงานและชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัยกับแผนกกุมารเวชกรรม1 โรงพยาบาลนครพนม

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยรพบกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองที่มารักษาตัวที่แผนกกุมารเวชกรรม1 โรงพยาบาลนครพนม เมื่อพบกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ และสอบถามความสมัครใจของผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งให้ผู้ปกครองลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้ครบจำนวน 30 รายก่อนจากนั้น

จึงจะดำเนินการในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง มีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินวิจัยให้ผู้ปกครองเด็กทราบ จากนั้นผู้วิจัยสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและให้การพยาบาลเด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามปกติ พร้อมทั้งสังเกตการณ์และประเมินแบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำด้วยตนเอง โดยรวบรวมจนครบจำนวน 30 ราย

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินวิจัยให้ผู้ปกครองเด็กทราบ จากนั้นผู้วิจัยสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและดำเนินการตามแผนการแสดงบทบาทสมมุติตุ๊กตาประดิษฐ์ ดังนี้

- การเตรียมความพร้อมโดยผู้วิจัยการแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งให้เด็กสร้างความรู้จักคุ้นเคยกับตุ๊กตาประดิษฐ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ใช้เวลา 5 นาที

- การดำเนินการแสดงบทบาทสมมุติ โดยให้เด็กวัยก่อนเรียนได้ทำกิจกรรมการเล่นจากการแสดงบทบาทสมมุติ พร้อมทั้งรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติขั้นตอนในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำจากการบันทึกเสียงในตุ๊กตาประดิษฐ์ซึ่งมีความยาว 10 นาที พร้อมทั้งการสัมผัสเล่นอุปกรณ์และแสดงบทบาทสมมุติการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำแก่ตุ๊กตาประดิษฐ์ เปิดโอกาสให้เด็กได้ซักถามและบอกความรู้สึก โดยมีผู้วิจัยช่วยตอบข้อสงสัยและข้อซักถามต่างๆ เพื่อให้เด็กได้เพลิดเพลินกับกิจกรรมการเล่น คลายความหวาดกลัว โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที รวม 20 นาที

- การประเมินผล โดยผู้วิจัยจะสอบถามความพร้อมก่อนจะให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ จากนั้นจึงให้การพยาบาลเด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามปกติ พร้อมทั้งสังเกตการณ์ และประเมินแบบสังเกตพฤติกรรมความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำด้วยตนเอง ใช้เวลา



ประมาณ 5 นาที จนครบจำนวน 30 ราย

4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ มหาวิทยาลัยนครพนม และในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครองโดยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ การดำเนินการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ตามความสมัครใจ โดยไม่กระทบต่อการรับบริการอื่นที่พึงได้รับในปัจจุบันและอนาคตข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับไม่ระบุชื่อหรือชื่อมารายบุคคล และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่และร้อยละ

2. การทดสอบข้อตั้งของเบื้องต้น (Assumption) ของ t-test โดยทดสอบข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติหรือไม่ ในกรณีที่พบว่าการแจกแจงข้อมูลไม่อยู่ในได้ปกติ จะใช้สถิตินอนพาราเมตริกซ์ในการทดสอบแทน (Nonparametric test) ทดสอบลักษณะประชากรทั้งสองกลุ่มว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ โดยใช้ t-test independent และ chi-square test

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ โดยใช้ t-test independent

ผลการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงและเพศชายเท่ากัน ร้อยละ 50 ส่วนกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิงร้อยละ 56.7 เพศชายร้อยละ 43.30 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุ

ใกล้เคียงกัน ($\bar{X} = 4.47$, S.D. = 1.12 และ $\bar{X} = 4.10$, S.D. = 1.14) ส่วนใหญ่มีประวัติเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเคยรับการรักษาด้วยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเท่ากันร้อยละ 53.3 มีจำนวน 1-2 ครั้งมากที่สุดร้อยละ 30 และร้อยละ 43.3 ตามลำดับ เคยได้รับการเจาะเลือด ฉีดยามาก่อน ร้อยละ 53.3 มีจำนวน 1-2 ครั้ง มากที่สุด ร้อยละ 36.7 สำหรับกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.7 และเคยได้รับการฉีดยาหรือเจาะเลือด ร้อยละ 50 มีจำนวน 1-2 ครั้งมากที่สุดร้อยละ 43.3 เมื่อเปรียบเทียบลักษณะประชากรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วย t-test พบว่าอายุ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และเมื่อเปรียบเทียบ ด้วย chi-square test พบว่าประวัติการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ประวัติการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และประวัติได้รับการฉีดยาหรือเจาะเลือด แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคล เปรียบเทียบความแตกต่างของ เพศ ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประวัติได้รับการฉีดยาหรือเจาะเลือดและค่าเฉลี่ยอายุ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	t	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ							
ชาย	15	50	13	43.3	0.268		0.60 ^{ns}
หญิง	15	50	17	56.7			
อายุ (ปี)	$\bar{X} = 4.47$	SD= 1.27	$\bar{X} = 4.10$	SD=1.14		-1.27	0.13 ^{ns}
3	11	36.7	13	43.3			
4	3	10	7	23.3			
5	7	23.3	5	16.7			
6	9	30	5	16.7			
ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล							
ไม่เคย	14	46.7	14	46.7			
เคย	16	53.3	16	53.3			
ประวัติการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ					2.394		0.49 ^{ns}
ไม่เคย	14	46.7	14	46.7			
เคย	16	53.3	16	53.3			
1-2 ครั้ง	9	30	13	43.3			
3-4 ครั้ง	4	13.3	2	6.7			
มากกว่า 5 ครั้ง	3	10	1	3.3			
ประวัติได้รับการฉีดยาหรือเจาะเลือด							
ไม่เคย	14	46.7	15	50	1.534		0.67 ^{ns}
เคย	16	53.3	15	50			
1-2 ครั้ง	9	30	13	43.3			
3-4 ครั้ง	4	13.3	1	3.3			
มากกว่า 5 ครั้ง	3	10	1	3.3			

^{ns}P>.05



ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความกลัวจากการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความกลัวจากการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง	10.8	1.63	10.178	.000
กลุ่มควบคุม	18.5	3.83		

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความกลัวจากการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ในระดับไม่มีพฤติกรรมความกลัวหรือกลัวเล็กน้อย ($\bar{X} = 10.8$, S.D. = 1.63) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมีพฤติกรรมความกลัวมาก ($\bar{X} = 18.5$, S.D. = 3.83)

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับสารน้ำหลอดเลือดดำน้อยกว่ากลุ่มควบคุมผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานดังกล่าว โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความกลัวจากการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ในระดับไม่มีพฤติกรรมความกลัวหรือกลัวเล็กน้อย ($\bar{X} = 10.8$, S.D. = 1.63) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมีพฤติกรรมความกลัวมาก ($\bar{X} = 18.5$, S.D. = 3.83) (ตารางที่ 2)

ที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้บทบาทสมมุติร่วมกับตุ๊กตาประดิษฐ์ในการลดความกลัว แต่ทั้งนี้ยังมีการศึกษาที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน ซึ่งพบว่า การ

ศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของมารดาต่อความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำพบว่าเด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับการเตรียมก่อนการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำมีระดับความกลัวลดลง¹⁷ และผลการเบี่ยงเบนความสนใจจากการใช้สื่อวีดิทัศน์โดยบิดามารดา พบว่าเด็กวัยก่อนเรียนมีคะแนนความกลัวขณะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ⁹

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการเตรียมความพร้อมของเด็กวัยก่อนเรียนก่อนที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำด้วยการเล่นบทบาทสมมุติ จะเป็นการตอบสนองของพัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็กวัยก่อนเรียน การเล่นโดยใช้สัญลักษณ์ (symbolic play) จะส่งเสริมให้เด็กได้ระบายความรู้สึก อารมณ์ที่เก็บกดจากการเล่น¹⁸ ขณะเดียวกันการแสดงบทบาทสมมุติ ก็เป็นการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาทักษะในการเผชิญสถานการณ์ การตัดสินใจและแก้ไขปัญหา ช่วยให้เกิดการเรียนรู้และเข้าใจใกล้เคียงกับสถานการณ์จริง เป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ และการเรียนรู้จึงมีความหมาย เพราะข้อมูลต่างๆ เป็นผลที่เกิดจากผู้เรียนรู้โดยตรง และทำให้เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลินในกิจกรรมที่เรียนรู้ได้เป็นอย่างดี¹⁹ ประกอบกับการใช้ตุ๊กตาประดิษฐ์ที่มีการบันทึกเสียงเป็นผู้บอกเล่าข้อมูลการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำทั้งหมด ซึ่งเปรียบเสมือนเด็กได้เล่นกับตุ๊กตาและจะช่วยดึงดูความ



สนใจให้เด็กสนใจฟังในสิ่งที่ตุ๊กตาบอกเล่า การให้ข้อมูล จะทำให้เด็กวัยก่อนเรียนมีการรับรู้และเข้าใจสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างถูกต้องเข้าใจขั้นตอนการให้สารน้ำ ทางหลอดเลือดดำและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องขณะให้ สารน้ำทางหลอดเลือดดำจะช่วยลดความกลัวจากการ ไม่รู้และจินตนาการที่ไม่ถูกต้องของเด็กลงได้²⁰ ในขั้นตอน ของการให้เด็กได้เล่นกับอุปกรณ์การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำจริง เปิดโอกาสให้ซักถามและแสดงความรู้สึก กับสิ่งที่จะเผชิญ ให้กำลังใจ จะช่วยลดความวิตกกังวล เกี่ยวกับอุปกรณ์ที่แปลกใหม่และไม่คุ้นเคยได้ และยัง ทำให้เด็กสามารถเผชิญสถานการณ์ที่คุกคามนั้นได้^{4,21}

การจัดกิจกรรมการเล่นจากการแสดงบทบาทสมมุติกับตุ๊กตาประดิษฐ์ สามารถสนองตอบต่อ พัฒนาการตามวัยของเด็กวัยก่อนเรียน กล่าวคือ การ เล่นอย่างอิสระกับตุ๊กตาประดิษฐ์เป็นสิ่งที่คุ้นเคย เสี่ยง และสับสนที่สวดไสช่วยดึงดูดความสนใจประกอบกับการได้ แสดงบทบาทสมมุติจากตุ๊กตาประดิษฐ์ สามารถส่งเสริม ให้เกิดการเรียนรู้การเผชิญสถานการณ์จริงทำให้เกิด กระบวนการรับรู้จากการสัมผัส การฟัง และการมองเห็น พร้อมๆกัน ทำให้เด็กวัยก่อนเรียนได้เรียนรู้ดีขึ้นสามารถ รับรู้ที่ตรงกับความจริงได้ถูกต้องและลดความกลัวต่อ สถานการณ์ที่เผชิญได้ ซึ่งผลการวิจัยนี้สามารถสรุปได้ ว่า การเตรียมความพร้อมเด็กวัยก่อนเรียนโดยใช้ กิจกรรมการเล่นจากการแสดงบทบาทสมมุติตุ๊กตา ประดิษฐ์ สามารถลดพฤติกรรมความกลัวต่อการให้สาร น้ำทางหลอดเลือดดำของเด็กวัยก่อนเรียนได้ นอกจากนี้ ผลที่ได้รับอีกประการหนึ่งคือ เด็กให้ความร่วมมือมากขึ้น ระยะเวลาการการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำน้อย ลงและ สัมพันธภาพระหว่างพยาบาล เด็ก และบิดา มารดาดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการจัดการเรียนการสอน นำผลการวิจัยไป ใช้ในการสอนภาคปฏิบัติแก่นักศึกษาพยาบาล โดยเน้น

ให้ตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมเด็กก่อนทำ หัตถการหรือการรักษาอื่นๆ ที่ทำให้เกิดความกลัว โดย ประยุกต์อุปกรณ์การเล่นให้เหมาะสมกับการทำหัตถการ และพัฒนาการตามวัย

2. การนำผลการวิจัยไปใช้ในการปรับปรุงรูปแบบ การปฏิบัติการพยาบาล โดยจัดให้มีการเตรียมผู้ป่วยก่อน การทำหัตถการอื่นๆ เพื่อลดความกลัวให้กับเด็กก่อนวัย เรียน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลในการลด ความกลัวให้หลากหลายและสอดคล้องกับพัฒนาการ ของเด็กแต่ละช่วงวัย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจ เครื่องมือวิจัย เจ้าหน้าที่พยาบาลหอผู้ป่วยเด็ก 1 ที่ให้ ความร่วมมือเป็นอย่างดี ขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี นครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม ที่ สนับสนุนทุนวิจัยและขอขอบคุณกองบรรณาธิการที่ได้ ให้ข้อคิดเห็นและเสนอแนะในการตีพิมพ์บทความวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ทิพย์ภารัตน์ ไชยชนะแสง, พูลสุข ศิริพูล. ผลของ การใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจต่อความปวด จากการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยเด็ก วัยเรียน.วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2553; 3(4):78-86.
2. ลดาวัลย์ ประทีปไชยกุล. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์; 2546.



3. Wong DL, Hockenberry JM, Wilson D. Wong's Nursing care of infant and children. 9th ed. St. Louis: Mosby; 2011.
4. Ball JW, Binlder R. Pediatric Nursing: Caring for children. 4th ed. New York: Prentice Hall; 2008.
5. วราภรณ์ ชัยวัฒน์. Children's anxiety/ fear: crosscultural and difference. วารสารพยาบาล ศาสตราจารย์พาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2543;12(3):19–24.
6. Fox JA. Primary health care of children. St. Louis: Mosby; 1997.
7. วิภาดา แสงนิมิตชัยกุลและวราภรณ์ชัยวัฒน์. ผลของการเตรียมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อความกลัวของผู้ป่วยเด็ก. วารสารสภาการพยาบาล. 2550;22(4):38–49.
8. สมพร สุนทรพา. การเล่นเพื่อการเตรียมผู้ป่วยเด็กและการเบี่ยงเบนความสนใจ. วารสารสภาการพยาบาล. 2543;15(3):47–54.
9. ดาราวรรณ ภูเพ็ง. ผลของการเบี่ยงเบนความสนใจโดยบิดามารดาต่อความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนขณะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต], เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.
10. Lim JH, Shin Y. Effects of Distraction by Cell Phone on Pain and Fear During Venipuncture Procedures for Hospitalized Preschool Children. J Korean Acad Child Health Nurs. 2007; 13(4):506–11.
11. ชื่นจิตต์ สมจิตต์. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลโดยผ่านสื่อวีดิทัศน์ต่อความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนก่อนการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต], เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
12. Petrillo M, Sanger S. Emotional care of hospitalize children: an environmental approach. 2nd ed. Philadelphia: J.B.Lippincott.Co;1980.
13. Anglin S, Sawyer E. Incorporation play interventions into nursing care. Pediatric Nursing; 2000;19,459–62.
14. Faul, F., Erdfelder E, Lang AG, & Buchner A. G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior research methods. 2007;39(2),175–91.
15. Jekel JF, Katz DL, Elmore J, Wild D. Epidemiology, biostatistics, and preventive medicine Sampling Size, Randomization, and Probability Theory. 3rd ed., USA: Saunder;Elsevier Inc; 2007
16. วรภัทร ทองใบ. นวัตกรรมการพยาบาลในการลดความกลัวของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เริ่มได้รับยาเคมีบำบัด [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
17. ปิยะวราตั้งน้อย. ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของมารดาต่อความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
18. กมลทิพย์ ชลังธรรมเนียม. การส่งเสริมพัฒนาการเด็กป่วยวัยก่อนเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วารสาร มจร.วิชาการ. 2557;17(34):155–68.
19. ทิศนา แชมมณี. รูปแบบการเรียนการสอน: ทางเลือกที่หลากหลาย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.



20. สุदारัตน์ ประเสริฐสังข์. ผลของการเตรียมผู้ป่วยเด็กวัยเรียนอย่างมีแบบแผนต่อความกลัวการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิตบัณฑิตวิทยาลัย]. กรุงเทพฯ; มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
21. กนกจันทร์ เข้มนาการ. หัตถการแทงน้ำเกลือผู้ป่วยเด็ก: กลยุทธ์การพยาบาลสู่ความสำเร็จ. วารสารพยาบาลสตรีและสุขภาพ. 2555;35(2):131-9.
22. ทศนีย์ อรรถารส. ผลของการเตรียมจิตใจต่อความกลัวในการรับรังสีรักษาในเด็กวัยก่อนวัยเรียนที่เป็นโรคมะเร็ง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลแม่และเด็ก), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2538.



การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชน แบบไร้รอยต่อ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว

ดารณี เทียมเพชร*

กศิมา สง่ารัตนพิมาน* มัญชิตา อักษรดี*

เพ็ญพร ทวีบุตร* วรเดช ช้างแก้ว**

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ที่มารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการเลือกแบบเจาะจง และตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน ที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว และผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 43 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ สมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยเบาหวานแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ให้บริการต่อระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2557 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า 1.) ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ ช่วยให้เกิดเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 2.) ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 204.47$, $SD = 41.62$) หลังการทดลอง ($\bar{X} = 150.10$, $SD = 40.93$) น้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=10.15$, $p < .001$) 3.) ค่าเฉลี่ยความรู้โรคเบาหวานกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 7.47$, $SD = 2.08$) หลังการทดลอง ($\bar{X} = 10.88$, $SD = 1.06$) เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=15.57$, $p < .001$) 4.) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ ของผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.52$, $SD = .42$) และผู้ให้บริการอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.05$, $SD = .24$) สรุปว่าระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อช่วยให้เกิดระบบการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ผู้ให้บริการเกิดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและเกิดเครือข่ายความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ

คำสำคัญ: ระบบการดูแล; ผู้ป่วยเบาหวาน; ลงสู่ชุมชน; แบบไร้รอยต่อ

* โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ; อีเมลติดต่อ : tim_or@hotmail.com

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี



Development of Diabetes Millitus (DM) Care System Continued Seamlessly to Communities, Muang District, Srakaew Province

*Daranee Tieampet**

Kasima Sangrattanapiman Monthita Aksornde**

Penporn Taweebut Woradate Changkaew***

Abstract

The study was an action research aimed to develop and identify outputs of Diabetes Millitus (DM) care system continued seamlessly to communities, Muang District, Srakaew Province. The samples were patients with DM type II, serviced in out-patient department, Somdet Phra Yupparat, Srakaew. The researchers selected the samples using purposive sampling and selection criteria. The samples were 60 patients with DM in Muang District, Srakaew Province and 43 caregivers of with DM. The instruments used in the study were composed of DM care system continued seamlessly to community and personal notebooks of DM patient. The tools use in collecting the data were patients with DM recording forms, knowledge regarding to DM questionnaires, and satisfaction of patients and caregivers on the DM care system continued seamlessly to communities. The researchers collected the data between November 2014 and January 2015. The researchers analysed data using descriptive statistics, percentage, mean, standard deviation and paired t-test.

The results revealed that 1.) The DM care stem continued seamlessly to communities promoted the network of continued care. 2.) The average blood sugar level of experimental group after using the system was less than the one before significantly ($t=10.15$, $p < .001$). 3.) The mean score of knowledge related to DM of the experimental group after using the system was higher than the one before significantly ($t=15.57$, $p < .001$). 4.) The mean score of satisfaction on system DM care system continued seamlessly to communities of DM patients was very good ($\bar{X} = 4.52$, $SD = .42$) and health care provider was good ($\bar{X} = 4.05$, $SD = .24$). The results of the research show that system of DM care continued seamlessly to communities enhanced the appropriate care system. The health care provider had an explicit operating guideline and cooperation network in providing care of patients with DM continued seamlessly.

keywords : care system; diabetes millitus (DM); community; seamless

* Somdet Phra Yupparat Srakaew Hospital. ; e-mail : tim_or@hotmail.com

** Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi.



ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญมาก สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2554 ถึงปี พ.ศ. 2556 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานในอัตรา 848.8, 1,050.1 และ 1,081.3 ต่อแสนประชากรตามลำดับ¹ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุข และที่สำคัญคือ ภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าค่าปกติเป็นเวลานาน ทั้งนี้เนื่องจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติตลอดเวลา นั้นทำได้ยากและไม่สามารถทำได้ในผู้ป่วยทุกราย² ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะสามารถควบคุมตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ทำให้น้ำตาลอยู่ในระดับปกติได้หรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยเองที่จะต้องเห็นความสำคัญและยอมรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นๆ อาจกล่าวได้ว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นบทบาทของผู้ป่วยที่จะต้องจัดการดูแลตนเอง³ และเนื่องจากการควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเป็นเรื่องยากจากการศึกษาพบว่า อัตราการกลับเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานมีสาเหตุที่พบบ่อย คือผู้ป่วยขาดความรู้และความตระหนักในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เป็นผลให้เกิดภาวะโรคแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ ความผิดปกติของหลอดเลือดฝอยและหลอดเลือดขนาดเล็กจนทำให้เกิดจอประสาทตาเสื่อม เริ่มพบได้เมื่อเป็นเบาหวานได้ 2-3 ปี ร้อยละ 3-4 และพบมากขึ้นเมื่อเป็นเบาหวานมานานกว่า 15 ปี ถึงร้อยละ 15-20 นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวานอาจมีอาการชาจากเส้นประสาทเสื่อมได้ และพบผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายต้องรับการบำบัดด้วยการทดแทนไตไม่ว่าจะด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างทางช่องท้องหรือการปลูกถ่ายไตถึงร้อยละ 34 ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังทั้งหมด นับว่าเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขไทย⁴ ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะรับผิดชอบของบุคลากรสาธารณสุขที่ต้องให้บริการที่มีคุณภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแล

ตนเองได้และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญตามมา กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพประชาชนด้วยการให้บุคลากรพัฒนาความรู้และส่งเสริมการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยเบาหวาน การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญ ในบทบาทของผู้บริหารทางโรงพยาบาลมีหน้าที่ให้การควบคุมและดูแลบุคลากรได้ทำงานดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จากการสำรวจผู้ป่วยเบาหวานของจังหวัดสระแก้วในปี พ.ศ. 2554 ถึงปี พ.ศ. 2556 มีจำนวนผู้ป่วย 13,725 15,044 และ 16,640 ราย นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยมีน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 126 mg./dL. ซึ่งถือว่าเป็นผู้ป่วยรายใหม่ คิดเป็นร้อยละ 11.67, 8.76 และ 9.59 ตามลำดับ สรุปได้ว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของจังหวัดสระแก้ว โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วได้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง แต่ผลลัพธ์ทางคลินิกยังไม่ถึงเป้าหมาย ดังนี้คือ ในปี พ.ศ. 2556 มีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้จำนวน 1,025 ราย และมีภาวะแทรกซ้อนคือจอประสาทตาเสื่อมและไตเสื่อม จำนวน 1,235 และ 2,242 ราย ตามลำดับ และจากการศึกษาปัญหาเชิงลึกโดยการสัมภาษณ์ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระแก้ว เมื่อเดือนสิงหาคม 2557 พบว่าปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เมื่อเข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาล บางรายถูกส่งไปยังแผนกห้องตรวจโรคทั่วไป หรือแผนกห้องตรวจโรคทางอายุรกรรม บางรายถูกส่งเข้าคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเบาหวาน เพราะขาดการวางระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการให้สามารถเข้าถึงบริการของคลินิก ถ้าผู้ป่วยได้เข้ารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเบาหวานจะได้รับการตรวจรักษาและดูภาวะแทรกซ้อนทาง ตา ทางไต และทางเท้าที่ถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน



ที่สำคัญที่ควรได้รับการดูแล และได้รับการลงทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานเพื่อดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่วนการส่งต่อข้อมูลจากคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเบาหวาน จากโรงพยาบาลไปสู่ชุมชนยังขาดข้อมูลการส่งต่อ ประวัติการดูแลรักษาทำให้ผู้ดูแลในชุมชนไม่ทราบข้อมูลผู้ป่วย การดูแลต่อเนื่องจึงไม่เกิดขึ้นตามหลักการดูแลตนเองที่บ้าน (Home Health Care) ของผู้ป่วยเบาหวานส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยบางรายมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเกินไป เนื่องจากผู้ป่วยขาดการควบคุมน้ำตาล พฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับประทานยาและการฉีดยาไม่ถูกวิธี จึงสรุปได้ว่าระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานยังขาดการเชื่อมโยงเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องทุกหน่วยบริการ ทั้งด้านส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไปยังชุมชน ตามหลักการระบบบริการแบบไร้รอยต่อ (Seamless Care) เป็นระบบที่ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพจากทีมสุขภาพเคลื่อนไหลไปอย่างรวดเร็วไม่มีรอยต่อให้สะดุดหรือติดขัดจากบ้านถึงโรงพยาบาล และจากโรงพยาบาลมาถึงบ้านอย่าง ไม่ขาดช่วงด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น คณะผู้วิจัยและทีมผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ได้เห็นความสำคัญดังกล่าวจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว
2. วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อประเมินประสิทธิผลของระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อที่พัฒนาขึ้นโดย

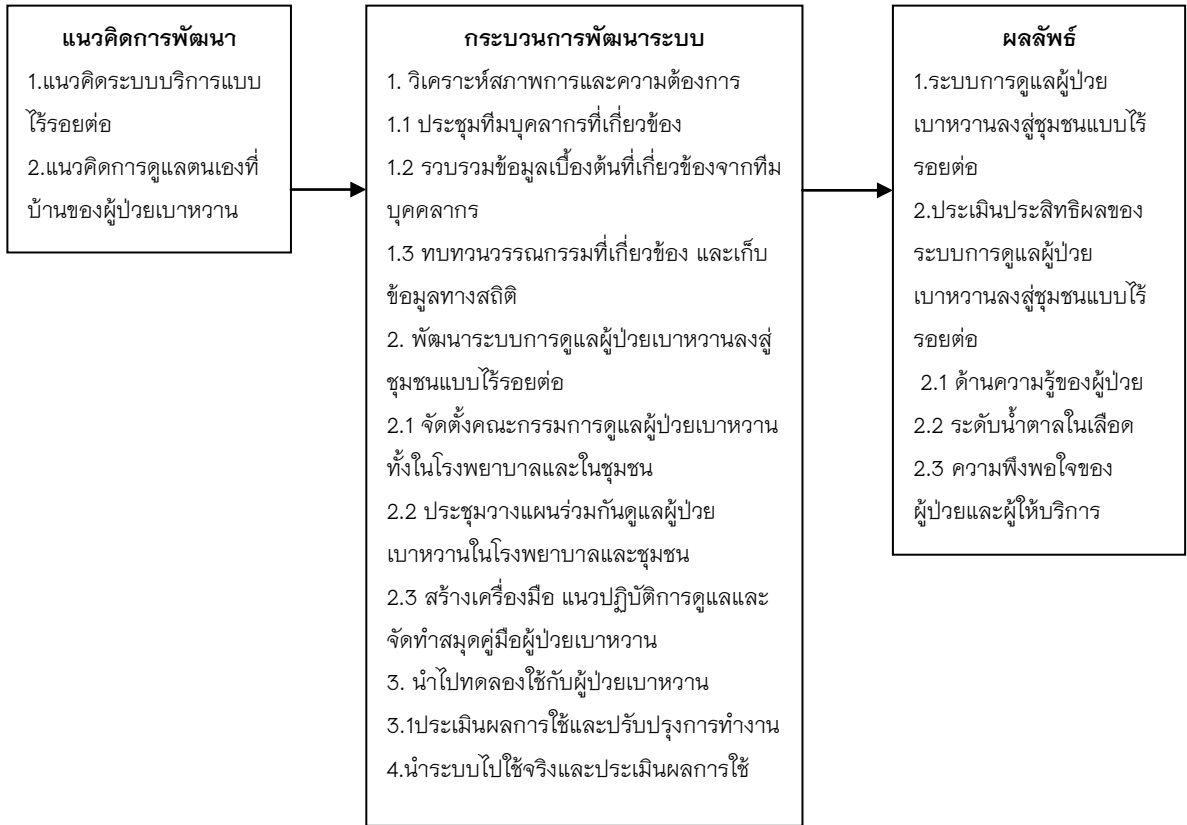
2.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด

ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังให้การดูแลตามระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว

2.2 ประเมินความรู้ผู้ป่วยเบาหวาน ประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีเชิงระบบที่มองภาพรวมต่างๆ ขององค์การที่จัดเตรียมขึ้นให้มีความเกี่ยวข้องและพึ่งพากันในอันที่จะสร้างผลงานอย่างใดอย่างหนึ่ง ตามแนวคิด ของ Katz & Kahn⁵ เป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งแนวคิดนี้มององค์การเป็นระบบเปิด องค์การทุกองค์การมีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม โดยมีปัจจัยนำเข้าประกอบด้วยบริบทต่างๆ ของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ตัวของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล และทีมให้บริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน โดยมีกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้หลักการระบบบริการแบบไร้รอยต่อ ร่วมกับแนวคิดการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยเบาหวานโดยเน้นการติดตามนิเทศและให้คำแนะนำปรึกษากับบุคลากร รวมถึงการติดตามการรายงานผลการปฏิบัติงาน มีผลลัพธ์ที่สำคัญ คือ ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ ประสิทธิภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชน ที่วัดได้จากความรู้เรื่องโรคเบาหวานของผู้ป่วย ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้ให้และผู้รับบริการต่อระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ ซึ่งกรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ⁶ (Action Research) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ

1. บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคไม่ติดต่อ

เรื้อรังของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จำนวน 2 คน พยาบาลประจำกลุ่มงานเวชกรรมสังคม จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพหรือนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 20 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระดับหมู่บ้านจำนวน 20 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง⁷ (purposive sampling) ในกลุ่ม อสม. ส่วนบุคลากรอื่นๆ เลือกทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเบาหวาน

2. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง เลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง⁷ (purposive sampling) จากผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว



กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางการวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบ (power analysis) ประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างในการหาความสัมพันธ์ของโคเฮน⁹ โดยกำหนดค่า power analysis เท่ากับ .80 และ effect size เท่ากับ .20 โดยใช้ระดับนัยสำคัญที่ .05 ได้ค่าประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 64 ราย และการวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในขณะที่ทำการศึกษา เก็บจากผู้ป่วยเพื่อเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากร โดยเก็บข้อมูลทั้งหมด 65 ชุด เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์ได้ตรวจสอบข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่สามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลจริงจำนวนทั้งสิ้น 60 ราย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. อายุระหว่าง 40-60 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่สองที่อยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว ได้รับการรักษาด้วยยามาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน และมีผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 126 mg/dL.
3. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้ ซึ่งคัดกรองโดยการสนทนาเพื่อประเมินการรับรู้ เวลาสถานที่ และบุคคล
4. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
5. ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย สมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน ที่ผู้วิจัยและทีมผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลสระแก้วได้ร่วมกันสร้างขึ้น จากการระดมสมองในขั้นตอนการวางแผนการดำเนินการแก้ไขปัญหา โดยประยุกต์มาจากประสบการณ์การทำงานร่วมกันกับการทบทวนเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยเบาหวาน

ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วยและระดับน้ำตาลในเลือด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

เป็นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่พัฒนาโดย วิไลวรรณ เทียมประชา¹⁰ มีจำนวน 12 ข้อ เป็นคำถามแบบตอบถูกให้ 1 คะแนนตอบไม่ถูกให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย

โรคเบาหวานต่อระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีจำนวน 6 ข้อ มีคำตอบ 5 ระดับ (1-5 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชน

แบบไร้รอยต่อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีจำนวน 6 ข้อ มีคำตอบ 5 ระดับ (1-5 คะแนน)

ส่วนที่ 5 การติดตามผลการดำเนินงาน

เป็นแบบสอบถามปลายเปิดที่ให้ผู้วิจัยบันทึกผลการติดตามประเมินผล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา¹⁰ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการศึกษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว 1 ท่าน พยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลระยองจำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย วัดผลและสถิติการศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี จำนวน 1 ท่าน และนำมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะคือ แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวาน แบบสอบถามความพึงพอใจ



ของผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
 ลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ แบบสอบถามความพึงพอใจ
 ของผู้ให้บริการต่อระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลง
 สู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรค
 เบาหวานที่ โรงพยาบาลวัฒนานคร อ.วัฒนานคร
 จ.สระแก้ว พบว่า แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวาน
 มีค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือทั้งฉบับจากค่า
 สัมประสิทธิ์ KR-20 เท่ากับ 0.73 แบบสอบถามความพึง
 พอใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อระบบการดูแลผู้ป่วย
 เบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ แบบสอบถาม
 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อระบบการดูแลผู้ป่วย
 เบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ มีค่าความเที่ยงจาก
 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค เท่ากับ .84 และ
 .84 ตามลำดับ

ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจัดเก็บเป็นแบบสัมภาษณ์
 ปลายเปิด ที่แสดงความคิดเห็นเชิงระบบการดูแลผู้ป่วย
 เบาหวานแบบไร้รอยต่อลงสู่ชุมชน

ประเด็นการพิทักษ์สิทธิ์

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติ
 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรง
 พยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว ผู้
 วิจัยได้เก็บข้อมูลตามหลักของผู้เข้าร่วมการวิจัยและ
 ดำเนินงานตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ์

ขั้นตอนการดำเนินงาน

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชน
 แบบไร้รอยต่อ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว แบ่งเป็น 4
 ระยะคือ

ระยะที่ 1 : วิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์

1.1 ผู้วิจัยวิเคราะห์ปัญหาที่สำคัญที่พบเป็นอันดับ
 ต้น ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ซึ่งพบ
 ว่าเบาหวานเป็นปัญหาอันดับต้นๆ และค้นหาสาเหตุของ
 ปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหา ตลอดจนศึกษาผลกระทบ
 และภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยเบาหวานที่
 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และได้คัด

เลือกอำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว เป็นพื้นที่ทำการศึกษา
 ในการวิจัยครั้งนี้ โดยพิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยโรคเบา
 หวานที่มีมารับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช
 สระแก้ว ซึ่งมีจำนวนมากกว่าอำเภออื่นในจังหวัด
 สระแก้ว

1.2 การศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวม
 ข้อมูลโดยผู้วิจัยและมีผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็น Nurse Case
 Manager 2 คน และพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ในขั้นตอนนี้
 ได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บ
 รวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองปฏิบัติให้
 ดูจนสามารถทำได้ถูกต้องตามขั้นตอนที่กำหนดในคู่มือ
 และตรงกับผู้วิจัย โดยผู้ช่วยวิจัยมีส่วนร่วมในการอำนวยความสะดวก
 ช่วยเก็บข้อมูล และจัดกิจกรรมด้านการ
 รักษาพยาบาลในระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วย

1.3 ผู้วิจัยเตรียมความรู้เรื่องระบบบริการผู้ป่วยเบา
 หวาน และทฤษฎีโรคเบาหวาน ทฤษฎีระบบทางการ
 พยาบาล การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน โดยศึกษาค้นคว้า
 จากเอกสาร ตำราและงานวิจัย และร่วมศึกษาปัญหาโรค
 เบาหวานในเขต อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว กับ Nurse
 Case Manager (NCM)

ผลการวิเคราะห์ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบ
 เดิมพบว่าด้านผู้ป่วยเบาหวานที่มีมารับการรักษาที่โรง
 พยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เมื่อเข้ามาใช้บริการ
 ในโรงพยาบาล บางรายถูกส่งไปยังแผนกห้องตรวจโรค
 ทั่วไป หรือแผนกห้องตรวจโรคทางอายุรกรรม บางราย
 ถูกส่งเข้าคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเบาหวาน เพราะขาด
 การวางระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีมารับบริการให้
 สามารถเข้าถึงบริการของคลินิก ด้านผู้ให้บริการยังขาด
 การส่งต่อข้อมูลและประวัติการดูแลรักษา จากคลินิกโรค
 ไม่ติดต่อเรื้อรังเบาหวาน จากโรงพยาบาลไปสู่ชุมชน
 ทำให้ผู้ดูแลในชุมชนไม่ทราบข้อมูลผู้ป่วย การดูแลต่อ
 เนื่องจึงไม่เกิดขึ้นตามหลักการดูแลตนเองที่บ้าน (Home
 Health Care) ของผู้ป่วยเบาหวาน ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วย
 บางรายมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเกินไป เนื่องจาก
 ผู้ป่วยขาดการควบคุมน้ำตาล พฤติกรรมการดูแลตนเอง
 การรับประทานยาและการฉีดยาไม่ถูกวิธี การเชื่อมโยง



การส่งต่อการรักษายังไม่สามารถทำได้อย่างครอบคลุม ผู้วิจัยจึงนำข้อสรุปที่ได้มาสังเคราะห์เพื่อพัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานร่วมกัน

ระยะที่ 2: การพัฒนาระบบการดูแล

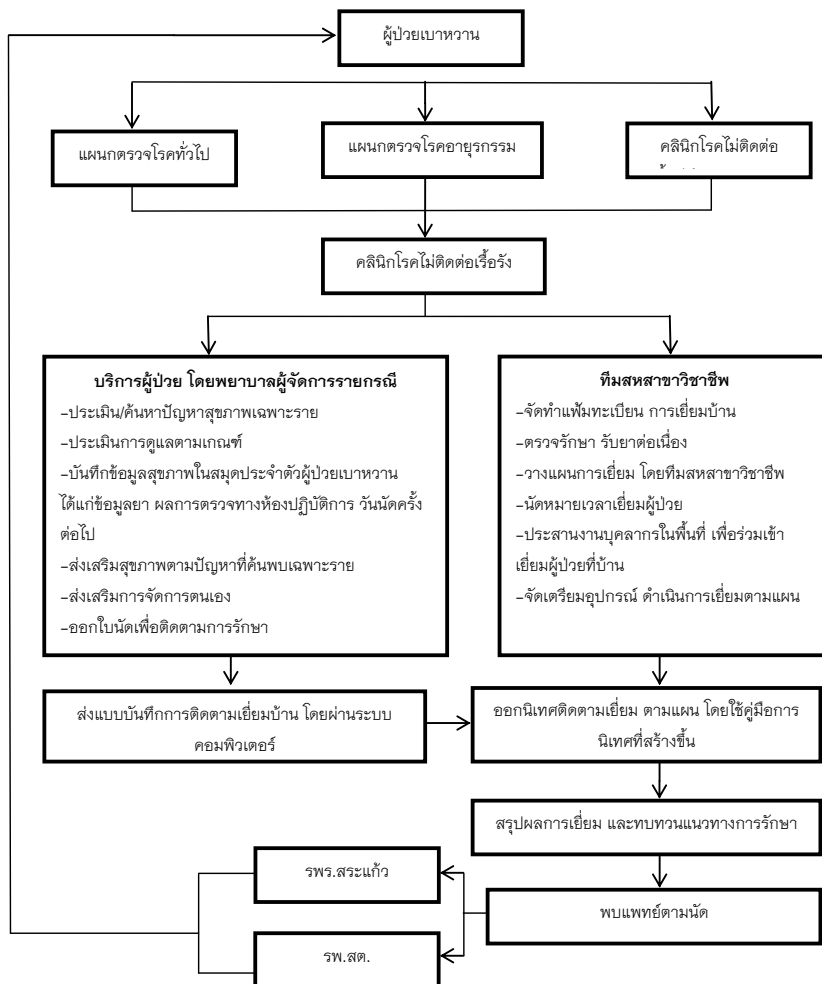
ผู้วิจัยพัฒนาระบบการดูแลจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำผลการวิเคราะห์ปัญหาจากระยะที่ 1 มานำเสนอให้ทีมคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อร่วมกันพัฒนาระบบการดูแลโดยมีการดำเนินการดังนี้

2.1 การดำเนินกิจกรรม Focus group ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้บริการ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวางแผน

ระบบบริการเบาหวานแบบไร้รอยต่อ

ร่วมกันดูแลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลและในชุมชน ประเมินปัญหาความต้องการและแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน และจากบ้านถึงโรงพยาบาลเลื่อนไหลไปอย่างราบรื่นไม่มีรอยต่อให้สะดุดหรือติดขัดในการให้บริการ และกำหนดแนวทางขั้นตอนการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พร้อมทั้งการจัดทำสมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน

2.2 ผู้วิจัยจัดประชุมสรุปนำเสนอรูปแบบขั้นตอนระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่นำมาใช้กับผู้ให้บริการและทดลองใช้ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงขั้นตอนระบบบริการการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน



ผลการพัฒนาสรุป ได้ว่าระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ ผู้ป่วยเบาหวานทุกรายต้องผ่านมาที่คลินิกตรวจโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อได้รับการลงทะเบียนและตรวจประเมินพร้อมทั้งการได้รับการส่งต่อและการวางแผนจัดการดูแลต่อเนื่องถึงบ้าน ทีมผู้ดูแลออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ป่วยจะได้รับการนัดให้มาพบแพทย์ สามารถพบได้ทั้งในโรงพยาบาลและในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ระยะที่ 3 : การนำระบบไปทดลองใช้

นำระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในช่วงระยะเวลา 1 เดือน ในเดือนตุลาคม 2557 มีการดำเนินการดังนี้

3.1 ประชุมชี้แจงให้ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้ทราบแนวทางการปฏิบัติตามระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ รวมทั้งผู้รับบริการจะต้องรับทราบขั้นตอนระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

3.2 ผู้วิจัยนิเทศติดตามให้ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้รับบริการได้ประเมินผลย้อนกลับให้กับผู้วิจัยและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาอุปสรรคในการดูแล เพื่อปรับปรุงแก้ไข

3.3 ผู้ป่วยทุกรายที่อยู่ในกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และบันทึกค่าผลการตรวจ

ผลการประเมินระยะที่ 3 หลังการนำระบบไปทดลองใช้พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วยของตนเอง รู้วิธีการดูแลตนเองจากการได้รับข้อมูลจากผู้ดูแลและจากสมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับการเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ครบทุกราย มีความพึงพอใจต่อการใช้ระบบ สำหรับผู้ดูแลสามารถได้รับรู้ข้อมูลการรักษาผู้ป่วย รู้ประวัติการรักษาในระยะเวลาที่ผ่านมา มีความพึงพอใจในการใช้ระบบไม่พบปัญหาในเรื่องของการใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวานและระบบการดูแลผู้ป่วย

ระยะที่ 4 : การนำระบบไปใช้จริง และติดตาม

ประเมินผลการใช้

ผู้วิจัยนำระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ ไปใช้จริงในกลุ่มตัวอย่างทดลอง จำนวน 65 ราย ตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2557 ถึงเดือน มกราคม 2558

ผลการติดตามประเมินระยะการนำไปใช้จริงได้กลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลสมบูรณ์ครบถ้วนที่สามารถนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ จำนวน 60 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยเบาหวาน โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้ สถิติ Paired t-test¹¹

2. วิเคราะห์คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน คะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และคะแนนความพึงพอใจของผู้ให้บริการ คำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ข้อมูลประเมินการติดตามการดำเนินงาน เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ จึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) เพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นที่ศึกษา

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 71.7 ส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 56-60 ปี รองลงมา 51-55 ปี ร้อยละ 35.0 และ 30.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 1-4 ร้อยละ 68.3



สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 90.0 มีสมาชิกในครอบครัว 3-4 คน รองลงมา 1-2 คน ร้อยละ 43.3 และ 26.7 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 31.7 และ 28.3 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท รองลงมา 0-5,000 บาท ร้อยละ 43.3 และ 31.7 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเภทชำระเงิน 30 บาท ร้อยละ 66.7

ส่วนที่ 1.2 ข้อมูลการเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานนาน 1-5 ปี และ 6-10 ปี ร้อยละ 38.3 เท่ากันทั้งสองช่วงอายุ ส่วนใหญ่มีญาติป่วยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 70.0

รับการรักษาโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ร้อยละ 81.7 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย ร้อยละ 81.7 เป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยร้อยละ 75.0 ส่วนใหญ่มาตรวจตามนัดทุกครั้ง ร้อยละ 96.7 ส่วนใหญ่ได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิด Metformin 500 mg. ร้อยละ 71.7

ส่วนที่ 1.3 ข้อมูลเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด ประกอบด้วย

การวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดกลุ่มตัวอย่าง ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ทดสอบด้วยใช้สถิติ Paired t-test

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับน้ำตาลในเลือด ของกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง (n=60)

ตัวแปร	ก่อนและหลังการทดลอง			t	df	p-value
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	95%CI			
ก่อนการทดลอง	204.47	41.62				
หลังการทดลอง	150.10	40.93	43.65-65.08	10.15	59	<0.001*

จากตารางที่ 1 พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลองระดับน้ำตาลในเลือดลดลง แสดงให้เห็นว่าเป็นไปในทางที่ดี ที่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 7.47$, $SD = 2.08$) หลังการทดลอง ($\bar{X} = 10.88$, $SD = 1.06$)

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ

ของผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.52$, $SD = .42$)

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ ของผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.05$, $SD = .24$)

ส่วนที่ 5 การติดตามผลการดำเนินงาน โดยการนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงานของบุคลากรผู้ให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนพบว่า ผู้ป่วยเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น สมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน



สามารถนำไปใช้เป็นคู่มือในการติดต่อสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ทำให้ผู้ให้บริการได้รับข้อมูลการดูแลผู้ป่วยรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง มีช่องทางการติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล และชุมชน มีการประสานความร่วมมือในการบริหารจัดการในเรื่องการประสานส่งต่อพบแพทย์อายุรกรรม เพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อที่ 1 เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว

จากผลการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ ที่พัฒนาขึ้นนี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับกิจกรรมที่เกิดจากการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ โดยเริ่มจากทีมผู้ให้บริการพยาบาลได้รับรู้ร่วมกันในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ ประชุมทีมเครือข่ายผู้รับผิดชอบผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลและในชุมชน และวิเคราะห์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยที่เป็นอยู่ในปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไปยังชุมชน และไม่มีสมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวานสำหรับพกติดตัว ได้นำปัญหาและข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาพัฒนาการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบไร้รอยต่อ โดยร่วมกันจัดทำสมุดประจำตัวผู้ป่วยที่ให้ครอบคลุมถึงเรื่องการให้ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง การลงผลเลือดและการรักษา พร้อมทั้งมีแบบบันทึกการส่งต่อ การดูแลอย่างต่อเนื่อง ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านและอธิบายให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการโดยเป็นข้อมูลเดียวกัน ทำให้สามารถเข้าถึงสถานบริการในชุมชนใกล้บ้าน โดย

ใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยได้รับข้อมูลการดูแล การประเมินความต้องการดูแลต่อเนื่อง สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติหรือครอบครัวโดยพยาบาลวิชาชีพ ประเมินผลการดูแลตามเกณฑ์ ลงข้อมูลแฟ้มประวัติการเยี่ยม ได้รับสมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน และได้รับการอธิบายการใช้สมุดประจำตัว พร้อมกับการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และการดูแลตนเอง ได้แก่ ฝึกการออกกำลังกายที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวัน มีการทำแบบบันทึกการส่งต่อดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทพร บุษราคัมวดี และยุวมาลย์ ศรีปัญญาภูมิศักดิ์¹² ที่ได้ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบมีส่วนร่วมในการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ให้บริการ เกิดเครือข่ายความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการศึกษาของ วงเดือน ภาษา และคณะ¹³ ที่ศึกษา การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลชัยภูมิ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลชัยภูมิ ที่พบว่าการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดย ทีมสหวิชาชีพสุขภาพแบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยที่ครบวงจรต่อเนื่องและยั่งยืนนั่นคือ การออกแบบระบบบริการที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงได้ง่าย และมีกระบวนการดูแลต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้นส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลของตนเองได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อที่ 2.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังทดลองให้การดูแลตามระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว

จากผลการวิจัยพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพิน เมืองศิริ วัลภา คุณ



ทรงเกียรติ และภาวนา กীরติยวงศ์³ ที่ได้ใช้โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้แบบบันทึกการติดตามตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีผลต่อค่าน้ำตาลสะสม นั่นคือ ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเป็นสิ่งที่เอื้อต่อการจัดการตนเองทำให้สามารถตรวจติดตามระดับน้ำตาลตนเอง และเตือนตนเองได้ตลอดเวลา ซึ่งก็จะเกิดพลังในการเอาชนะตนเองและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในที่สุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อที่ 2.2 ประเมินความรู้ผู้ป่วยเบาหวาน ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ และผู้ป่วยเบาหวาน

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น นั่นคือ ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อเป็นระบบที่เอื้อต่อการเรียนรู้และการฝึกทักษะให้ผู้ป่วยได้สามารถเรียนรู้ในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่เหมาะสมกับโรคได้ด้วยตนเอง ซึ่งส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในการจัดบริการตามมา ดังผลการวิจัยที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น ไม่เพียงแต่ผู้ป่วยเท่านั้นที่มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น ผู้ให้บริการก็มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นเช่นกัน ดังผลการวิจัยที่พบว่า ผู้ให้บริการมีคะแนนความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทพร บุษราคัม วดี และยุวมาลย์ ศรีปัญญาวุฒิศักดิ์¹² ที่ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลนครนายก ที่พบว่า ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในการพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพโดยการเข้าค่ายเบาหวานทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานสูงขึ้น และมีความพึงพอใจในการเข้าค่ายเบาหวาน การเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้กระบวนการกลุ่มทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตัวเองสูงขึ้น พยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในรูปแบบการดูแล นั่นคือ รูปแบบการดูแลที่ใกล้

ชิดและเป็นกันเองจะช่วยให้เข้าใจสภาวะแวดล้อมของระบบบริการมากขึ้น และการออกแบบระบบที่ก่อให้เกิดการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วยย่อมก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีจึงทำให้ทุกฝ่ายพึงพอใจในระบบที่พัฒนาขึ้น

สรุปการศึกษาริวิจัยและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อเป็นระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น ผู้บริหารและพยาบาลผู้ปฏิบัติ ควรนำระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ ไปใช้เพื่อส่งเสริมผู้ป่วยเบาหวานในการจัดการตนเองให้สามารถควบคุมระดับความรุนแรงของโรคได้และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านการพยาบาลควรมีการนำสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเบาหวานไปใช้ให้ครอบคลุมกับผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกราย

1.2 การทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาล ควรเชื่อมโยงกับผู้ให้บริการในชุมชนในรูปแบบเครือข่ายการดูแล

1.3 พยาบาลที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ต้องสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งเกิดการปฏิบัติอย่างจริงจังต่อเนื่องให้ลงถึงชุมชนพร้อมทั้งติดตาม สนับสนุน การทำงาน และเน้นการทำงานเป็นทีมร่วมกับสหวิชาชีพ

1.4 ผู้นำด้านการพยาบาลต้องมีแผนการทำงานร่วมกับชุมชนในรูปของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยในระดับจังหวัด เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยนี้ไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆได้ เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
ข้อจำกัดในการศึกษาวิจัยครั้งนี้



เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการวัดครั้งเดียว ซึ่งแสดงถึงประสิทธิผลจากระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ ณ ช่วงเวลาที่ทำการศึกษาเพียงช่วงเวลาสั้น ๆ ซึ่งไม่สามารถอ้างอิงในภาพรวมได้ ดังนั้นถ้ามีการศึกษาต่อเนื่องในระยะยาวน่าจะทำให้สามารถศึกษาแนวโน้มของการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและประสิทธิผลของระบบได้ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้คำปรึกษา ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนทุกท่าน ตลอดจนผู้มีพระคุณ รวมถึงเพื่อน พี่น้อง และครอบครัวที่คอยให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่งในความกรุณาจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

นอกจากนี้ขอขอบคุณผู้บริหารโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วและสาธารณสุขอำเภอเมืองสระแก้วที่สนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2556. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2556.
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมโรคต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2554. กรุงเทพมหานคร: รุ่งศิลป์การพิมพ์; 2554.
3. ยุพิน เมืองศิริ, วัลภา คุณทรงเกียรติ, ภาวนา กิรติยุดวงศ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานต่อค่าน้ำตาลสะสม. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยบูรพา 2556; 21:37-51.

4. ไกรวิพร เกียรติสุนทร.เราจะลดความเสี่ยงของโรคไตจากเบาหวานได้อย่างไร.มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย 2550; 21:77-81.
5. Katz, Daniel and Robert L. Kahn. The social psychology of organization 2nd ed. New York : John Wiley & Son; 1978.
6. Berg, Bruce L. Qualitative Research Methods for The Social Sciences 6th ed. U.S.A ; Pearson Education 2007; 2007.
7. ศิริชัย กาญจนวาลี. สถิติประยุกต์สำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 6. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
8. Cohen, J. A power primer. Psychological Bulletin 1992; 112:155-159.
9. วิไลวรรณ เทียมประชา. การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยเบาหวานโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ของศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบ้านห้วยอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
10. บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัตินวัตกรรมเชิงจิตวิทยา. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
11. ทรงศักดิ์ ภูสีอ่อน. การประยุกต์ใช้ SPSS วิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กภาพสินธุ์: โรงพิมพ์ประสานการพิมพ์; 2555.
12. นันทพร บุษราคัมวดี, ยุวมาลย์ ศรีปัญญาภูมิศักดิ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลนครนายก. การพยาบาลและการศึกษา 2555; 5:114-129.



13. วงเดือน ภาชา, สุชีญา เบญจวัฒนานนท์, กาญจนา เปลี, พนิดนาฏ รัชม์ณี. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลชัยภูมิ. กองการพยาบาล 2554; 38:31-41.



ความหมายและปัจจัยบ่มเพาะสติ จากประสบการณ์ของสตรีไทย ที่ปฏิบัติธรรม*

ศุภกรใจ เจริญสุข**

เพ็ญพรรณ พิทักษ์สงคราม***

ไมเคิล คริสโตเฟอร์****

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายความหมายและปัจจัยบ่มเพาะสติ จากประสบการณ์ของสตรีไทยที่ปฏิบัติธรรม คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง ประกอบด้วยสตรีผู้ปฏิบัติธรรม 2 กลุ่ม ได้แก่ สตรีผู้บวชในพุทธศาสนา จำนวน 6 คน และสตรีผู้ปฏิบัติธรรมโดยไม่ได้บวช จำนวน 7 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า สตรีไทยที่ปฏิบัติธรรมบรรยายประสบการณ์ใน 2 ประเด็นหลักคือ ความหมาย และปัจจัยบ่มเพาะสติ โดยความหมายของสติมี 4 ประเด็นย่อย คือ 1) การอยู่กับปัจจุบันขณะ 2) ตระหนักรู้ตนเอง 3) ใคร่ครวญตามความเป็นจริง และ 4) เป็นกลาง เป็นธรรมชาติ ในส่วนของปัจจัยบ่มเพาะสติ มี 2 ประเด็นย่อย คือ 1) ปัจจัยภายในบุคคล ซึ่งมี 4 หัวข้อ ได้แก่ (1) การมีศรัทธาและฉันทะ (2) การมีศีล (3) ความพร้อมของร่างกาย และ (4) การหมั่นฝึกฝน และ 2) ปัจจัยภายนอกบุคคล ซึ่งมี 2 หัวข้อ ได้แก่ (1) การอยู่ในสถานที่สงบ และ (2) การที่ได้เรียนรู้หรือมีการศึกษา การศึกษานี้ทำให้เข้าใจความหมายของสติ และทราบปัจจัยบ่มเพาะสติ ของสตรีไทยที่ปฏิบัติธรรม ซึ่งสามารถนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิต และพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทั้งทางกายและทางจิตโดยใช้สติเป็นฐาน ตลอดจนพัฒนาเครื่องมือประเมินการมีสติในบริบทของไทย

คำสำคัญ: การปฏิบัติธรรม; การวิจัยเชิงคุณภาพ; สติ; สตรีไทย

*การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง “การประเมินภาวะการมีสติแบบข้ามวัฒนธรรม: การวิเคราะห์ด้วยวิธีการผสมผสาน”

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช อีเมลติดต่อ : sukjai@ckr.ac.th

***วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี

****มหาวิทยาลัยแปซิฟิก สหรัฐอเมริกา



Meaning and Cultivating Factors of Mindfulness as Experienced by Thai Females who Practice Dhamma*

*Sukjai Charoensuk***

*Penphan Pitaksongkram****

*Michael Christopher*****

Abstract

The purpose of this qualitative study was to describe meaning and cultivating factors of mindfulness as experienced by Thai females who practice Dhamma. Participants were purposively selected to include 2 groups of Thai females who practice Dhamma. The first group consisted of 6 female Buddhist monks, and the second group consisted of 7 female who practice Dhamma without ordaining. Data were collected using in-depth interview. The instruments used were demographic data questionnaire and guideline for semi-structured interview developed by researchers. Content analysis was employed to analyze the data.

The results revealed that Thai women who practice Dhamma described their experience in 2 themes, which were meaning and cultivating factors of mindfulness. The meaning composed of 4 categories; 1) Being Present, 2) Self-awareness, 3) Contemplation, and 4) Being Neutral. The cultivating factors of mindfulness composed of 2 categories; In-personal factors and Ex-personal factors. The In-personal cultivating factors included 4 sub-categories; Faith and Love, the Five Precepts, Sound body, and Practice. The Ex-personal cultivating factors included 2 sub-categories; Serenity, and Learning. These findings increase understanding about meaning of mindfulness and its cultivating factors. These could be used as a guideline to promote mental health and develop nursing interventions using mindfulness based, as well as, develop the instrument for assessing mindfulness in Thai context.

Keywords: Mindfulness; Qualitative research; Thai women; Practice Dhamma

*This study is a part of the Transcultural Mindfulness Assessment: A Mixed Methods Analysis Research Project supported by NIH, USA.

**Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj email: sukjai@ckr.ac.th

***Boromarajonani College of Nursing, Chon Buri

****Pacific University, U.S.A.



ความเป็นมาและความสำคัญ

จิตวิทยาทางตะวันตกได้ให้ความสนใจเกี่ยวกับภาวะการมีสติ ในขณะที่การปฏิบัติฝึกสติมีรากฐานมาจากพุทธศาสนา¹ การมีสติหมายถึงภาวะการตระหนักรู้ประสบการณ์ปัจจุบันขณะ ด้วยการยอมรับหรือไม่ตัดสิน²⁻³ หรือเป็นองค์ประกอบที่สัมพันธ์กันของการกำกับตนเองเพื่อให้ความสนใจกับสิ่งที่ดำรงอยู่ในปัจจุบันขณะ และการปรับการรับรู้ที่มีต่อประสบการณ์ในปัจจุบันขณะนั้นให้เป็นการเปิดใจและยอมรับ⁴ การมีสติเป็นสิ่งพิสูจน์ได้ด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ และมีการศึกษาประโยชน์ของการมีสติ เช่น การทดสอบประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติที่มีสติเป็นฐานในการลดอาการที่สัมพันธ์กับภาวะทางจิตใจและการเจ็บป่วยหลายอย่าง⁵⁻⁶ เป็นต้น

ในทางการพยาบาล ได้นำแนวปฏิบัติของการเจริญสติมาประยุกต์ในการพยาบาลมากกว่า 20 ปี โดยเฉพาะการผสมผสานกิจกรรมการพยาบาลและการฝึกเจริญสติเพื่อการดูแลบุคคลที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น การฝึกสติแบบอานาปานสติ มาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลเพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวลในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง⁷ ช่วยให้ความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงลดลง⁸ ไขมันในเลือด อัตราการเต้นของหัวใจ และชีพจรลดลง การฝึกสติมีผลต่อภาวะสุขภาพจิตทั้งในบุคคลทั่วไปและผู้ที่มีเจ็บป่วยทางจิต⁹⁻¹⁰ มีการนำการฝึกสติมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมการดูแลทางการพยาบาลด้วยการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติสำหรับโรคซึมเศร้า¹¹ และโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) เพื่อบำบัดอาการซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า¹² นอกจากนี้การฝึกสติหรือการเจริญสติยังช่วยลดความอยากสุรา¹³ และป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ ในผู้ที่มีปัญหาจากการเสพยาสุรา¹⁴ เป็นต้น

เป็นที่น่าสังเกตว่าการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมที่มีสติเป็นฐานไม่ได้ประเมินภาวะการมีสติ แต่

ประเมินพฤติกรรม หรืออาการทางคลินิก ซึ่งเกิดจากการสันนิษฐานว่าพฤติกรรมหรืออาการทางคลินิกที่ดีขึ้นนั้นเป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของภาวะการมีสติ ปัจจุบันจึงมีนักวิจัยชาวตะวันตกได้พัฒนาเครื่องมือวัดภาวะการมีสติ ได้แก่ the Cognitive and Affective Mindfulness Scale (CAMS)¹⁵, the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI)¹⁶, the Toronto Mindfulness Scale (TMS)¹⁷, the Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS)¹⁸ และ the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)¹⁹ เครื่องมือวัดภาวะการมีสติเหล่านี้มีลักษณะที่แตกต่างกันในการวัดภาวะการมีสติ เช่น the CAMS, FMI, และ KIMS ถูกพัฒนาให้วัดภาวะการมีสติในมิติที่กว้าง ในขณะที่ the MAAS และ TMS มุ่งวัดภาวะการมีสติในมิติที่เฉพาะเจาะจง นอกจากนี้เครื่องมือวัดภาวะการมีสติหลายชุดที่มีข้อคลาดเคลื่อนทางคุณภาพของเครื่องมือ^{15, 17-18, 20} ข้อวิพากษ์ที่สำคัญคือเครื่องมือเหล่านี้ อาจจะไม่ได้อัดภาวะการมีสติอย่างแท้จริง แต่เกิดจากการถ่ายทอดบริบทของพุทธศาสนาผ่านการเน้นพยาธิสรีระของโลกจิตวิทยาตะวันตก สิ่งที่เหมาะสมของเครื่องมือวัดภาวะการมีสติเหล่านั้นคือพัฒนาขึ้นโดยนักวิทยาศาสตร์ชาวตะวันตก และไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญทางการฝึกสติ

การศึกษาค้นคว้าความหมายและปัจจัยบ่มเพาะสติจากผู้ปฏิบัติธรรม จึงเป็นแนวทางหนึ่งในการทำความเข้าใจสติในบริบทของพุทธศาสนา ซึ่งสามารถนำมาพัฒนาเครื่องมือวัดภาวะการมีสติที่มีพื้นฐานมาจากแนวคิดทางพุทธศาสนา เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิจัยเกี่ยวกับสติต่อไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายและปัจจัยบ่มเพาะสติในบริบทของสตรีไทยผู้ปฏิบัติธรรม จะทำให้พยาบาลซึ่งส่วนใหญ่เป็นสตรี ที่สนใจการใช้สติในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค บำบัดการเจ็บป่วย และฟื้นฟูสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ ได้มีนำไปใช้ในการบ่มเพาะสติให้กับตนเอง และผู้รับบริการ ตลอดจนครอบครัวได้อย่างเหมาะสม



วัตถุประสงค์

เพื่อบรรยายความหมายและปัจจัยบ่มเพาะสติจากประสบการณ์ของสตรีไทยผู้ปฏิบัติธรรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ที่เก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลที่เป็นสตรีผู้ปฏิบัติธรรมซึ่งมีประสบการณ์การเป็นผู้ปฏิบัติ หรือเจริญสติด้วยตนเอง มุ่งทำความเข้าใจความหมายและปัจจัยบ่มเพาะสติตามการรับรู้และการปฏิบัติของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้แบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วยสตรีผู้ปฏิบัติธรรม 2 กลุ่ม ได้แก่ สตรีผู้บวชในพุทธศาสนา และสตรีผู้ปฏิบัติธรรมโดยไม่ได้บวช สตรีผู้บวชในพุทธศาสนา ประกอบด้วย ภิกษุณีรูปแรกของประเทศไทยที่ได้รับการบวชอย่างถูกต้องตาม พิธีการบวชของพระภิกษุณีในนิกายเถรวาท และนักบวชหญิงที่เตรียมพร้อมเพื่อการบวชเป็นภิกษุณี ซึ่งเรียกว่าสามเณรีจำนวน 5 รูป รวม 6 รูป ที่ยินดีให้สัมภาษณ์ และอนุญาตให้ผู้วิจัยบันทึกเทปการสัมภาษณ์ สตรีผู้ปฏิบัติธรรมโดยไม่ได้บวช จำนวน 7 คน คัดเลือกจากผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มาปฏิบัติธรรมในวัด 3 แห่งที่เป็นสถานที่เก็บข้อมูลวิจัยในการศึกษาเรื่อง “การประเมินภาวะการมีสติแบบข้ามวัฒนธรรม: การวิเคราะห์ด้วยวิธีการผสมผสาน” ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยดังกล่าว ได้แก่ ในระหว่างเดือนมกราคม 2554 ถึง ธันวาคม 2555 ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลตอบรับและยินดีให้สัมพันธิตลอดจนการอนุญาตให้สังเกตการณ์ระหว่างการปฏิบัติธรรม

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยแปซิฟิก (Pacific University) ประเทศสหรัฐอเมริกา และของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ทั้งนี้การเผยแพร่

ผลงานวิจัยได้รับการอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลทุกคน ผู้วิจัยจะให้ความสำคัญกับการรักษาความลับ ความเป็นส่วนตัวด้านความคิด ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกนั้น ผู้ให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธที่ตอบคำถามหรือข้อความใดๆ ที่ไม่พึงประสงค์ที่จะตอบ และสามารถหยุดการสนทนาได้ตลอดเวลา การนำเสนอรายงานวิจัยจะใช้นามสมมติแทนชื่อของผู้ให้ข้อมูลทุกครั้ง เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดียอมรับในการวิจัยจึงให้เซ็นชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลทีมผู้วิจัยทุกคนต้องผ่านการอบรมโปรแกรมจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ (NIH course) และผู้วิจัยมีกระบวนการเตรียมผู้ช่วยวิจัยให้เกิดความเข้าใจวัตถุประสงค์การสัมภาษณ์ ประเด็นคำถามการสัมภาษณ์ในแนวทางเดียวกัน เพื่อให้รวบรวมข้อมูลเป็นไปอย่างครอบคลุมครบถ้วนตามวัตถุประสงค์การวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัย ประกอบด้วย

1. การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interviews) โดยการสัมภาษณ์มุ่งเน้นความคิด ความรู้สึก การรับรู้ ความหมายของสติและปัจจัยบ่มเพาะสติ ของผู้ให้ข้อมูล ก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อน โดยผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตเจ้าอาวาสในการเก็บข้อมูล และให้ผู้ให้ข้อมูลเซ็นเอกสารยินยอมให้เก็บข้อมูลทุกคน ในการสัมภาษณ์จะใช้เวลาครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมงต่อคน ภายหลังจากการสัมภาษณ์ผู้วิจัยมีการเตรียมข้อมูล ดังต่อไปนี้

- 1.1 นำเทปการสัมภาษณ์ไปถอดเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ (verbatim transcription)

- 1.2 นำเอกสารถอดเทปการสัมภาษณ์กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละบุคคลตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาอีกครั้ง หากมีประเด็นใดที่ไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยนำกลับมาแก้ไข เพิ่มเติม

- 1.3 นำเอกสารถอดเทปการสัมภาษณ์มาเข้า



กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative data analysis) โดยการอ่านและวิเคราะห์สาระ

2. การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (non participant observation) เป็นการสังเกตอิริยาบถ พฤติกรรมการปฏิบัติหรือการเจริญสติ ของผู้ให้ข้อมูลในขณะสัมภาษณ์

3. การจดบันทึก (field note) เป็นวิธีการสำคัญในการเก็บข้อมูลที่ทำให้การวิจัยสมบูรณ์ขึ้น ช่วยให้ข้อมูลที่ได้นั้นมีความครบถ้วนมากกว่าการตอบคำถามจากผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น ผู้วิจัยจะบันทึก อิริยาบถ พฤติกรรมและสิ่งที่ได้จากการสังเกตแล้วนำมาประกอบกับการวิเคราะห์สาระที่ได้จากการสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. ผู้วิจัย ถือเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการทำวิจัยครั้งนี้ ทั้งนี้ผู้วิจัยจะเป็นผู้ที่มีความเข้าใจและมีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ และได้รับการประชุมเตรียมการและทบทวนฝึกประสบการณ์เพิ่มเติมสำหรับการวิจัยในครั้งนี้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ซึ่งผู้วิจัยศึกษาแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดตัวอย่างคำถามสำหรับการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interviews) ให้สามารถรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ตัวอย่างคำถามการสัมภาษณ์ มีดังนี้

1. ท่านให้ความหมายของการมีสติอย่างไร
2. ท่านรู้ได้อย่างไรว่าบุคคลใดมีสติ
3. ท่านจะอธิบายลักษณะบุคคลที่มีสติอย่างไร หรือบุคคลเหล่านั้นมีคุณลักษณะอย่างไร
4. ท่านจะอธิบายลักษณะบุคคลที่ไม่มีสติอย่างไร หรือบุคคลเหล่านั้นมีคุณลักษณะอย่างไร

5. การมีสติทำให้เกิดอะไร

6. บุคคลจะสร้างหรือก่อให้เกิดสติได้อย่างไร

3. อุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ เทป และเครื่องบันทึกเทปเสียง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลจากเนื้อหาที่ซ่อนอยู่ในข้อความ (Latent content analysis) ตามแนวทางของการริเริ่มและลุนแมน²¹ ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยอ่านคำบรรยายและบททวนข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละบรรทัดเพื่อทำความเข้าใจในเนื้อหาภาพรวมเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดและประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลโดยเก็บการคำนึงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2. ผู้วิจัยค้นหาหน่วยความหมาย(Meaning unit) ซึ่งหมายถึง คำ ประโยค และย่อหน้าซึ่งสะท้อนถึงความหมายสำคัญของผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสติและปัจจัยปมเพาะสติ การย่อหน่วยความหมาย(Condense meaning unit) อ่านบททวนประโยคที่เป็นแนวคิดของผู้ให้ข้อมูล และกำหนดรหัส(Code) รหัสที่มีความเหมือนและแตกต่างกันระหว่างกลุ่มรหัสมีการเชื่อมโยงและเปรียบเทียบเพื่อกำหนดเป็นหมวดหมู่ย่อย (Subcategories) และก็มีการจัดระเบียบให้เป็นหมวดหมู่ (Category)

3. ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลที่มีความเชื่อมโยงกันระหว่างหมวดหมู่ที่สะท้อนความหมายและปัจจัยปมเพาะสติในรูปแบบประเด็น (Theme)

การสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความเชื่อถือได้และคุณภาพของข้อมูล (Trustworthiness) ตามแนวคิดของลิน คอนและกุปา²² ดังนี้

1. ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องโดยการส่งข้อมูลที่ได้รับการถอดเทปการสัมภาษณ์ย้อนกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบยืนยันความถูกต้องของข้อมูล



2. การพึ่งพากับเกณฑ์อื่น (Dependability) ผู้วิจัยถอดเทปการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย และวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ทุกรายอย่างเป็นอิสระจากนั้นนำมาประเด็นมาทวนสอบร่วมกับผู้ร่วมวิจัยและผู้เชี่ยวชาญทางด้านการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อพิจารณาประเด็นหลักและสาระไปในทางเดียวกัน

3. การนำข้อมูลไปใช้ (Transferability) ผู้วิจัยคำนึงถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ในบริบทอื่นๆ จึงบรรยายรายละเอียดต่างๆ ของการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล และขั้นตอนต่างๆ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ผู้อ่านสามารถประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นที่คล้ายคลึงกัน

4. การยืนยันข้อมูล (Confirmability) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเอกสารหลักฐานต่าง ๆ ตลอดจนการดำเนินการวิจัย ได้แก่ เทปบันทึกเสียง แบบบันทึกที่ใช้ในการบันทึกข้อมูล เพื่อสามารถอ้างอิงและตรวจสอบข้อมูลซ้ำได้ตลอดเวลา

ข้อค้นพบ

ผู้ให้ข้อมูล มีอายุระหว่าง 28-69 ปี (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 50.85) มีระยะเวลาการฝึกเจริญสติ ระหว่าง 1-40 ปี (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.15 ปี) ระยะเวลาและความถี่ในการเจริญสติมากที่สุดคือเกือบตลอดเวลาและปฏิบัติทุกวัน สำหรับระยะเวลาและความถี่ในการเจริญสติที่น้อยที่สุดคือวันละ 1 ชั่วโมงทุกวัน ลักษณะการฝึกเจริญสติมีทั้งสมถะ วิปัสสนา สติปัฏฐาน 4 และอานาปานสติ จากการวิเคราะห์สาระบทยุทธศาสตร์ผู้ปฏิบัติธรรมจำนวน 13 คน ผู้วิจัยมีข้อค้นพบใน 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ความหมายของสติ และ 2) ปัจจัยบ่มเพาะสติ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ความหมายของสติ

สติเป็นสภาวะที่มีลักษณะ 4 ประการ ได้แก่

1.1 อยู่กับปัจจุบันขณะ (Being present)

จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า การมีสติหมายถึงการอยู่กับปัจจุบัน รู้ว่าตนเองเป็นใคร กำลังทำอะไร

มีลักษณะไม่หลงลืม สงบไม่กระวนกระวาย ไม่หมกหมุ่นกับอดีต หรือพุ่งชานไปกับอนาคต จิตกับกายอยู่ร่วมกัน มีความสัมพันธ์กันในสภาวะที่เป็นปัจจุบันขณะ

“สติคือต้องอยู่กับขณะปัจจุบัน...ปัจจุบันขณะนี้แหละ เรากำลังทำอะไรในขณะปัจจุบัน...สติทำให้เราเห็นกระบวนการทำงานระหว่างจิตกับกาย ทุกอย่างเหมือนสโลว์โมชั่น...” ID 1

“เราอยู่กับปัจจุบันค่ะ เราอยู่กับขณะนี้ เต็มบริบูรณ์ บางที่เรา นั่งอยู่ที่นี่ค่ะ แต่เราไม่ได้อยู่กับอาการนั่ง เราคิดเรื่องอื่น อย่างนี้เราไปจากกายเราแหละ เรียกส่งจิตออกนอก...สติคือการมีชีวิตอยู่ในปัจจุบันขณะ” ID 2

การมีสติอยู่กับปัจจุบันขณะ ช่วยให้เกิดความสำเร็จในการทำงาน และลดความทุกข์ที่เกิดจากการพุ่งชานกังวล การแสดงออกที่เห็นจะเป็นผู้ที่มีจุดมุ่งหมาย (Focus) กับการกระทำของตน เช่น การตั้งใจฟังในขณะที่สนทนา รู้เป้าหมายของการกระทำ เช่น ต้องการเดินมาหยิบของ ก็สามารถหยิบของที่ต้องการได้ ไม่หลงลืมเมื่อมาถึงที่ต้องการแล้วไม่รู้ว่าจะมาทำอะไร เป็นผู้ที่ดีดี พูดดี และทำดี

“เมื่อเราไม่มีสติ เราอาจจะทำอะไรผิดพลาดได้ มันไม่จดจ่ออยู่กับปัจจุบัน มันอาจจะพุ่งชานไปทำให้งานผิดพลาด...ชีวิตประจำวันก็เหมือนกัน ถ้าเราไม่มีสติก็จะทำ คิด เรื่อยเปื่อย พุ่งชาน เกิดความทุกข์ โลก โกรธ หลง...” ID 7

“คนมีสติดูจากการกระทำ คำพูดและการคิด ทั้งหมด 3 อย่างคือ กาย วาจา ใจ...เดินจะไปเอาของ ไปแล้วนี้ หยิบของมาได้ไหม ถ้าหยิบมาได้แสดงว่าเขามีสติ...พูดไม่มีสติก็จะเป็นการพูดผิดศีลธรรม พูดให้ร้าย พูดเพ้อเจ้อ ส่อเสียด หยาบคาย พูดไม่มีนี่ก็คิด... มีสติในการคิด อยู่กับปัจจุบัน ไม่คิดพุ่งชาน คิดถึงคนโน้นคิดถึงเรื่องนี่...” ID 8

1.2 ตระหนักรู้ตนเอง (Self-awareness)

จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า การมีสติหมายถึง



ถึง การตระหนักรู้ในตนเอง ตื่นรู้ว่าตนกำลังทำอะไร กำลังคิดอะไร กำลังรู้สึกอย่างไร เรียกว่ารู้ตัวทั่วพร้อม รู้ ิริยาบถของตนเอง ตลอดจนรู้สิ่งแวดล้อมรอบตัว ไม่ตื่นตระหนกตกใจง่าย ไม่แสดงอารมณ์หรือพฤติกรรมใดๆ โดยไม่รู้สึกรู้สีกตัว ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“มายฟูเนส นะคะ ต้องตระหนักรู้ว่าในปัจจุบัน เรามีความตื่นรู้มากแค่ไหน หลวงแม่กำลังพูดกับอาจารย์ แต่ว่ามันตื่นรู้ว่าพัดลมตัวนั้นมันเปิดอยู่ เหมือนกับอาจารย์ ขับรถมองไปข้างหน้า แต่ไม่ได้หมายความว่า อาจารย์ มองไม่เห็นสองข้างทางนะ” ID 1

“คนที่มึสติเนี่ย อยู่ในอิริยาบถ นิ่ง ยืน เดิน นอน นั่ง ก็รู้ว่านั่ง ยืนก็รู้ว่ายืน เดินก็รู้ว่าเดิน นอนก็รู้ว่านอน ก็จะไม่เดินไปเตะอะไร...” ID 2

การรู้ตัวทั่วพร้อมนี้ ใช้อวัยวะรับสัมผัสทั้ง 5 ประการคือ ตา หู จมูก ลิ้น ผิวสัมผัส และ ใจเป็นเสมือน ทวารรับสิ่งเร้าต่างๆ ที่มากระทบ ซึ่งเมื่อมีสิ่งเร้ามากระทบ สติจะทำให้เกิดการตื่นรู้ตามหลักสติปัญญา 4 คือ การรู้กาย ว่าเคลื่อนไหวอย่างไร สัมผัสกับอะไร ร้อน เย็น อ่อน แข็ง การรู้จิตว่า คิดอะไรอยู่ การรู้เวทนาคือรู้ ว่ารู้สึกอย่างไร และการรู้ธรรมคือรู้ว่าสภาพที่แท้จริงเป็น อย่างไร มองเห็นความสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆ มองเห็น ปัจจัยที่เป็นเหตุและผลที่เกิดขึ้นจากเหตุนั้นๆ เช่น เมื่อตระหนักรู้ว่ารู้สึกโกรธ จะมองเห็นเหตุที่ทำให้โกรธและ คลายความโกรธลงได้ ดังข้อมูลต่อไปนี้

“สติคือการระลึก รู้ มันอยู่ที่ว่าเรามีอะไรมากระทบ เราเอาสติเข้าไปจับว่าสิ่งที่มากระทบนั้นเป็นผัสสะชนิด ไหน มี ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ” ID 12

“การเดินจงกรม อย่างเท้าเรากระทบพื้น เราจะทราบ ว่า มันแข็ง เวลาที่เรากระทบลงไป เดินลงไป เราเหยียบลงไป ตรงห้องมันจะตึง เวลาที่เรายกออกมา มัน จะหย่อน นี่คือ เรามีสติ แล้วก็รู้สึกตัว” ID 4

“ไอนั้นก้อปวด ไอนี้ก้อปวด ก็ต้องใช้ธรรมะที่จะ อธิบายว่าที่มันปวดนี้เพราะเรามีสังขาร เรามีร่างกายใช้ โหม เราไม่อยากรู้ปวดหัว ก็ต้องไม่มีหัวให้ปวดช...” ID 1

1.3 ใคร่ครวญตามความเป็นจริง (Contemplation)

จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า การมีสติหมายถึง การคิดใคร่ครวญตามความเป็นจริง รู้สภาพความเป็นจริง ซึ่งจะช่วยลดความทุกข์ที่เกิดจากความคิด เนื่องจาก สติทำให้ไม่จมอยู่กับความทุกข์ ความโศกเศร้า การมีสติ และใคร่ครวญทำให้เกิดความเข้าใจตนเอง รู้จักตนเอง เท่าทันใจหรือความคิดของตน ผู้ที่มีสติจะตระหนักรู้และ ไตร่ตรอง คิดใคร่ครวญก่อนที่จะแสดงพฤติกรรมออกมา จึงทำให้เป็นผู้ที่สำรวม แสดงออกเหมาะสมตามกาลเทศะ สามารถควบคุมอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของ ตนเองได้

“เราคิดเนี่ยความคิดหลายๆ อย่างนะ มันไม่ได้ตาม ความเป็นจริง การรับรู้ การคิดตามสภาพความเป็นจริง ก็เป็นอย่างหนึ่ง การคิดแม้มองโลกในแง่ดี หรือมองโลก ในแง่ร้ายก็ไม่ใช้แบบพุทธ แบบพุทธก็คือรู้ตามความเป็น จริง อันนี้เกิดสภาวะยอมรับ...” ID 2

“ถ้ามีสติแล้วก็จะนำมา หนึ่งคือความเข้าใจตนเอง เท่าทันใจตนเอง...เมื่อเราไม่พอใจก็สามารถใคร่ครวญ กับตัวเองได้ว่าอะไรเกิดขึ้น เห็นอารมณ์ เห็นความโกรธ... เราก็จะสามารถเข้ามาดูสิ่งเหล่านี้ได้เร็วขึ้น เท่าทันกับ การครองตนในการดำรงชีวิตแต่ละวัน” ID 3

“คนมีสติเขาจะทำในสิ่งที่ถูกที่ควร เวลาทำอะไร ก็มีสติอยู่กับสิ่งนั้น แล้วอะไรมากระทบนั้นะ เขาก็จะ สามารถแก้ไขปัญหาในทางที่ถูกต้อง” ID 7

“คนมีสติ...พูดถูกกาลเทศะ พูดอะไรอย่างนี้ะคะ รู้กาลเทศะ รู้เขา รู้เรา รู้ในสถานการณ์ว่าควรพูดอย่างไร การแสดงออกจะแสดงอย่างไร...” ID 7

1.4 เป็นกลางเป็นธรรมชาติ (Being Neutral)

จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า การมีสติหมายถึง ความสงบ การว่างหรือเป็นกลางตามธรรมชาติ ผู้ ปฏิบัติธรรมที่ฝึกสติและพัฒนาสติมาระดับหนึ่งแล้ว จะ ประสบกับความสงบ มีความว่างของจิต และรับรู้สิ่งต่างๆ ตามธรรมชาติ ไม่มีการตัดสิน ประจักษ์ว่า ดี หรือ ไม่ดี รับรู้ทุกสิ่งตามสภาพความเป็นจริงหรือเป็นธรรมชาติ



“ที่นั่นมันก็สงบ รู้สึกว่างๆ นะคะ รู้สึกสบาย สบายตัวดี เป็นความสงบที่ไม่สุขไม่ทุกข์คืออยู่ในภาวะเฉยๆ รู้สึกว่างๆ” ID 3

“เห็นความเป็นจริงกับตัวเอง ถ้าจะบอกว่าทุกข์ใหม่ มันก็ไม่ทุกข์ ความเป็นจริงมันไม่ใช่ทุกข์ การเป็นบวก เป็นลบ เราไปแปลมัน ไปหลงมัน...” ID 8

2. ปัจจัยบ่มเพาะสติ

การฝึกสติหรือการบ่มเพาะสติมีหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนของการทำงานให้เกิดสติและเกิดความมั่นคงของสติ ปัจจัยบ่มเพาะสติ สามารถแบ่งออกเป็นปัจจัยภายในของบุคคล ที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล หรือสิ่งที่บุคคลสามารถทำได้ด้วยตนเอง และปัจจัยภายนอกบุคคล ที่บุคคลต้องแสวงหาเพื่อให้เกิดสติหรือทำให้สติมีความมั่นคงขึ้น ประกอบด้วย

2.1 ปัจจัยบ่มเพาะสติภายในบุคคล

2.1.1 การมีศรัทธาและฉันทะ เมื่อซักถามถึงปัจจัยบ่มเพาะสติผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า การฝึกสติเริ่มจากความชอบ รักที่จะทำ มีศรัทธาและความเชื่อว่าการฝึกสติเป็นสิ่งที่ดี ที่ถูกต้อง และจำเป็นในการดำเนินชีวิต บุคคลที่มีความศรัทธาในพระพุทธศาสนาจะเชื่อว่าสติเป็นเครื่องกำกับ ควบคุม กาย วาจา ใจ ของเราให้บริสุทธิ์ เป็นกุศล ดังนั้นสติจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการดำเนินชีวิต ทำให้เกิดความอยากฝึก ชอบฝึก และรักที่จะฝึก

“มันเริ่มด้วยฉันทะค่ะ ต้องมีความพอใจ พอใจแล้ว ก่อเชื่อว่า การฝึกสติมีนะค่ะ เป็นสิ่งที่จำเป็นในการใช้ชีวิตของเรา...” ID 1

“การฝึกจิตไม่ยากค่ะ ต้องมีฉันทะ มีความพอใจ ว่าเราทำเพื่อให้เราเจริญธรรม” ID 2

2.1.2 การมีศีล ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่า การพัฒนาเป็นคนมีสติได้นั้นเกิดจากการที่บุคคลนั้น มีการรักษาศีล 5 มีสติค่อนข้างสมบูรณ์ เพราะรักษาได้ บริสุทธิ์ มีโอกาสที่จะไปทำสิ่งที่ไม่ดี น้อยมาก ดังนั้นคนที่มีความดีทำให้เกิดสติได้ง่าย นอกจากนี้ศีล เป็นเหมือนกำแพง หรือเป็นรั้วกัน เวลาที่บุคคลจะไปทำความผิดต้อง

ป็นข้ามกำแพงศีลนี่ออกไปซึ่งจะยากลำบากมากกว่าคนไม่มีศีล การถูกบังคับด้วยศีล 5 ช่วงแรกเมื่อสติยังไม่เข้มแข็ง มั่นคง บุคคลจะมีศีล 5 มาบังคับไว้ไม่ทำให้ทำสิ่งที่ไม่ถูกต้องตามหลักศีลธรรม เช่น ห้ามฆ่าสัตว์ ห้ามลักขโมย ห้ามพูดปด ห้ามประพฤติผิดในกาม ห้ามกินเหล้า แต่เมื่อฝึกสติหรือเจริญสติจนเข้มแข็งแล้ว ศีลจะเป็นธรรมชาติที่ปฏิบัติโดยไม่ต้องรู้สึกว่าคุณบังคับ

“.....อยากจะทำจริงๆ แล้ว มันเกิดจากการบังคับก่อน อย่างเช่น แรกๆ เราไม่มีสติ เราก็มีศีล 5 มาบังคับ พอถึงจุดหนึ่งมันก็จะไม่ไหว เพราะมันไม่ได้เป็นสติที่เกิดขึ้นจากตัวเอง.....พอดคนเรามีศีลแล้ว ศีล ไม่จำเป็นเลย เพราะว่าเราจะทำอะไรเหล่านั้นได้อัตโนมัติ จะไม่ทำผิดศีลโดยปริยาย เพราะเราก็จะรู้เท่าทันในกฎแห่งกรรม.....” ID 4

“ศีล มันเป็นรั้วกัน ไม่ให้เราทำอะไรที่ไม่ดี คนที่มีสติ ต้องรู้ศีล ว่าศีลมีอะไรบ้าง เวลาที่เราจะแสดงออก มันก็มาคุมสติเราใช้ใหม่ มันเป็นรั้วกันไม่ให้เราทำผิดทำบาป” ID 7

2.1.3 ความพร้อมของสภาพร่างกาย เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ช่วยบ่มเพาะสติ ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่าร่างกายของผู้ที่ฝึกสติได้ดีต้องแข็งแรง ไม่มีสารเคมี ไม่มีสารเสพติดอยู่ในตัว ไม่มีเชื้อโรคที่ทำให้ตนเองป่วยหรือเจ็บปวด ที่ทำให้เราไม่ทุกขเวทนา เพราะว่าการมรณ์เราก็จะต้องไปยึดอยู่กับความเจ็บปวดหรือความทุกข์นั้นๆ การที่สารเคมีในสมองเปลี่ยนแปลง การทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายจะแปรปรวนทำให้ยากต่อการฝึกสติ

“.....เราจะกำหนดสติได้เราใช้หลักปฏิบัติ อาปานสติ กายเราต้องอยู่ในท่าที่สมบุรณ์ อิริยาบถที่สุขสบาย ไม่ทำให้ร่างกายเจ็บปวดตรงไหนตรงนี้ ไม่ได้คิดฟุ้งในเรื่องอื่นๆ ของสิ่งทีมากระทบ อยู่กับตนเอง หันกลับมาดูตนเอง...” ID 2

“ถ้าร่างกายเราไม่สมบุรณ์เราเจ็บป่วย ความอดทนต่อการที่เราจะ เอ้อ ควบคุมอารมณ์หรือมีสมาธิเนี่ย มัน



ก็จะยาก” ID 11

2.1.4 การหมั่นฝึกฝน นอกจากปัจจัยดังกล่าวข้างต้นแล้วผู้ให้ข้อมูลยังเห็นว่าการบ่มเพาะสติต้องอาศัยการปฏิบัติด้วยตนเอง และหมั่นฝึกฝนอยู่เสมอ การฝึกฝนให้เกิดสติมี 2 แนวทางหลัก คือ การฝึกสติในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นการฝึกให้อยู่กับปัจจุบัน ตระหนักรู้ตนเองในทำกิจกรรมต่างๆ สำรวจความคิด ความรู้สึกของตนเอง ในชีวิตประจำวัน เช่น ในการทำงาน หรือในวิถีชีวิต และการฝึกสมาธิเพื่อให้เกิดสติ การฝึกสมาธิเพื่อให้เกิดสติมี 2 วิธีคือ ฝึกสมถะ และฝึกวิปัสสนา การฝึกตามแนวทางสมถะเป็นการฝึกให้จิตสงบและมีสติอยู่กับปัจจุบัน อาจทำโดยการกำหนดคุณลมหายใจเข้าออก หรือเรียกว่า อานาปานสติ ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติพื้นฐาน ในส่วนของการฝึกวิปัสสนาเป็นการฝึกให้มีสติอยู่กับปัจจุบันขณะ ตามร่างกาย วาจา ใจ ใช้หลักสติปัญญา 4 คือ การตระหนักรู้กาย ทั้งกายที่อยู่ในภวาระสงบนิ่ง และกายที่เคลื่อนไหว การตระหนักรู้ความรู้สึก ทั้งความรู้สึกพอใจ ไม่พอใจหรือเฉยๆ การตระหนักรู้ความคิด ทั้งความคิดหมกมุ่น ฟุ้งซ่าน เพื่อเจ้อ และการตระหนักรู้ถึงการปรุงแต่งของจิต และความเป็นจริงตามธรรมชาติ การฝึกสติต้องหมั่นฝึกฝน ทำสม่ำเสมอ ไม่ควรหวังผลเลิศ จนทำให้ท้อใจ แต่จำเป็นต้องทำอย่างต่อเนื่อง

“...ให้มีการฝึกสติควบคู่ไปกับการทำงานของตน ก็คือว่ามีกรู้ตัวพร้อมในทุกๆ สิ่งที่เราทำ แล้วก็สิ่งที่เราสัมผัสกับผู้คนคะ...การทำสติมันขึ้นๆ ลงๆ ขึ้นกับสภาวะว่าวันนี้เรากระทบอะไรเยอะ ดังนั้นไม่ควรท้อใจทำให้สม่ำเสมอ ฝึกฝนบ่อยๆ แม้ซี้เกียจก็ให้ฝึก” ID 2

“การสร้างให้มีสติก็คือต้องฝึกตัวเอง ฝึกรู้ตัวอยู่ตลอดเวลา เท่าที่เราจะทำได้ ถ้าเราทำได้ตลอดเวลา ก็จะเป็นสิ่งที่ดี...จะหยิบจะทำอะไร จะไปไหน จะหยิบก็ฝึกกาย จะพูดจะคิดจะทำอะไร จะพูดก็ต้องฝึก ใจก็ต้องฝึก ใจคิดุ่นวาย คิดฟุ้งซ่าน...ก็ฝึกรู้ตัวในชีวิตประจำวัน...ดูตัวเองอยู่ตลอดเวลา” ID 8

“วิธีการฝึกสติทำได้หลายแบบนะคะ ที่เห็นเป็นรูปแบบคือการนั่งสมาธิ เจริญจิตภาวนา...การฝึกอานาปานสติ การเดินจงกรม... เป็นการมีสติในการเคลื่อนไหวของกาย...พระพุทธเจ้าได้ตรัสเอาไว้ 46 วิธี ขึ้นอยู่กับจริตของแต่ละคน ขึ้นอยู่กับความเหมาะสม สอดคล้องกับบุคลิกภาพ สอดคล้องกับความเป็นเขา” ID 3

“สมาธิ จะเป็นสองอย่างคือ สมถะ และวิปัสสนา สมถะเหมือนลับมีดให้คม...ถ้าเราไม่ค่อยนั่ง นั่งสมาธิวอกแวกเยอะ ก็เลยกระโดดไปทำวิปัสสนาเลย ซึ่งในที่สุดแล้วมันไม่เวิร์ค เหมือนฐานเราไม่มั่น” ID 2

“ภาวนามีสมถะ และวิปัสสนา สมถะนี่ก็จิตแน่วแน่อยู่กับปัจจุบันที่เราทำ อย่างเราทำงานหรือนั่งสมาธิ แล้วเรามีสติแน่วแน่อยู่ตรงนั้นเป็นสมถะ อีกอันหนึ่งคือวิปัสสนา มันทำให้เกิดปัญญา รู้เท่าทันอารมณ์ อะไรมากระทบก็รู้ เรารู้รู้ แล้วก็อย่าไปปรุงแต่ง ว่ามันดีมันไม่ดี” ID 7

2.2 ปัจจัยบ่มเพาะสติภายนอกบุคคล

2.2.1 การอยู่ในที่สงบ ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่าการเริ่มต้นฝึกสติจำเป็นต้องมีสถานที่ที่เหมาะสม คือมีความสงบเงียบ เพื่อลดสิ่งเร้าที่จะมากกระทบประสาทสัมผัสทั้งทางตา หู จมูก ลิ้น กาย และใจ จึงจะช่วยให้สติเกิดขึ้นได้ การแสวงหาสถานที่สงบเงียบนี้ อาจจะเป็นวัด สถานปฏิบัติธรรม หรือ มุมใดมุมหนึ่งในบ้าน หรือที่ทำงานก็ได้ ขอให้เป็นที่ที่เอื้อต่อการอยู่กับตนเอง หรืออยู่ตามลำพังเพื่อพิจารณาสิ่งต่างๆ ได้ตามความเป็นจริงหรือตามธรรมชาติ

“เราต้องออกจากบ้านไปใช้สถานที่ ที่วัด มันเป็นสถานที่ๆ เอื้อให้เราได้อยู่กับธรรมชาติ ได้อยู่ตามลำพังมากขึ้น...สำหรับบางคน ของบางคนนี่นะ ไม่สามารถปลีกวิเวกไปได้...แต่อย่างน้อย เราอาจจะรู้สึกคอนเนอร์(มุม) เราต้องสร้าง ตัวเราเอง เริ่มเองที่บ้านได้ ที่ๆ เราไปนั่งตรงนั้นแล้วสำรวจใจได้เร็วขึ้น” ID 1

2.2.2 การที่ได้เรียนรู้หรือมีการศึกษา การฝึกสติต้องมีการเรียนรู้หลักการหรือวิธีปฏิบัติที่ถูก



ต้องก่อน ปัจจัยดังกล่าวถือเป็นเรื่องจำเป็นที่ผู้ให้ข้อมูล กล่าวถึง ในทางพุทธศาสนามีการอธิบายถึงวิธีการฝึก อยู่หลายวิธี บุคคลสามารถเรียนรู้และเลือกปฏิบัติตาม ความถนัดหรือความชอบของตนเองได้ บุคคลที่มีความ รู้ มีการศึกษาอาจจะมีโอกาสมากกว่าผู้ที่ไม่มีความรู้ ใน การฝึกสติ การเรียนรู้อาจจะมีมาจากการศึกษาหนังสือ ตำรา หรือจากการอบรมสั่งสอนของครูอาจารย์

“ณรมีหลวงแม่สอน หลวงแม่จะสอนนั่ง สอนให้อยู่ กับปัจจุบัน... การอ่านหนังสือธรรมะ มันเหมือน เหมือน ความรู้ อาจเพราะว่าตัวเธอนเองอยากรู้ ดังนั้นเธอนจะมี หนังสือของหลวงแม่เกือบทุกเล่ม...” ID 5

“บางที่เราไม่สามารถที่จะรู้เองได้ ตัวหลวงพี่นะ... ก็ได้มาจากการสอนของครูบาอาจารย์ อย่างหลวงแม่จะ สอนให้เรารู้จักกวาดจิต ก็คือพอจิตเป็นอกุศลต้องกวาด มันออกไป...” ID 6

“.....ระดับการศึกษาก็มีส่วน การที่เรามีโอกาส ศึกษาเยอะ ๆ เราก็จะรู้ว่า กรอบแนวความคิด อยู่ตรง ไหน เราควรจะปฏิบัติอย่างไร เพื่อให้กรอบแนวความคิดมันตรงตามหลักพระพุทธศาสนาที่สอน ทำให้เรามีสติ ระลึกรู้เร็ว หลุดละจากสิ่งที่มากระทบได้...” ID 11

การอภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความหมายและปัจจัยบ่ม เพาะสติ ตามการรับรู้ของสตรีผู้ปฏิบัติธรรม ผลการ วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสังเกตพบแก่น สารหลัก 2 ประเด็น คือ ความหมาย และปัจจัยบ่ม เพาะสติ

ความหมายของสติตามการรับรู้ของสตรีผู้ปฏิบัติ ธรรมเป็นสภาวะของจิตที่มีคุณลักษณะ 4 ประการ ได้แก่ 1) การอยู่กับปัจจุบันขณะ (Being Present) 2) ตระหนักรู้ตนเอง (Self-awareness) 3) ใคร่ครวญตามความเป็นจริง (Contemplation) และ 4) เป็นกลาง เป็นธรรมชาติ (Being Neutral) ซึ่งความหมายดังกล่าวสอดคล้องกับ ความหมายของสติตามแนวคิดของนักวิจัยชาวตะวันตก

หลายๆ คน เช่น คาเบต ชินน์² ที่กล่าวว่า การมีสติหมายถึง การตระหนักรู้ประสบการณ์ปัจจุบันขณะ ด้วยการ ยอมรับหรือไม่ตัดสิน และ บรรวากับไรอัน¹⁹ ที่ให้นิยาม “สติ”ว่า เป็นการรวมความสนใจของบุคคลต่อ ประสบการณ์ที่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบัน ด้วยการยอมรับ หรือไม่มีการตัดสิน หรือ บิชอบและคณะ⁴ ที่กล่าวถึงสติ ว่าเป็นองค์ประกอบที่สัมพันธ์กันของการกำกับตนเองใน ความสนใจที่ดำรงอยู่กับปัจจุบันขณะ และการปรับการ รับรู้ที่มีต่อประสบการณ์ในปัจจุบันขณะนั้นให้เป็นการ เปิดใจและยอมรับ ซึ่งการเปิดใจและยอมรับโดยไม่ ตัดสินนั้น มีลักษณะคล้ายคลึงกับความเป็นกลางหรือ เป็นธรรมชาติจากข้อค้นพบในครั้งนี้

ในส่วนของการตระหนักรู้¹⁸⁻¹⁹ นักจิตวิทยาตะวันตก¹⁸⁻¹⁹ ได้กล่าวถึงการตระหนักรู้ในลักษณะของการรับรู้สิ่งเร้า ต่างๆ ที่มากระทบทั้งจากประสาทสัมผัสทั้ง 5 และจาก การรับรู้อารมณ์ความรู้สึกที่เป็นการสัมผัสทางจิตใจ เช่น การที่รู้ว่าอารมณ์เริ่มมีการเปลี่ยนแปลง การรับรู้ถึงการ เคลื่อนไหวของร่างกายในขณะที่เดิน หรือการรับรู้สายลม ที่พัดเล่นผม และแสงแดดที่ส่องใบหน้า สอดคล้องกับข้อ ค้นพบจากประสบการณ์ของสตรีไทยผู้ปฏิบัติธรรม ที่ กล่าวถึง การตระหนักรู้การเคลื่อนไหวของกาย เช่น การ เดินเท้ากระทบพื้น รับรู้ว่าพื้นแข็งหรืออ่อนนุ่ม และการ ตระหนักรู้อารมณ์ความรู้สึก เช่น รู้ว่าโกรธ ไม่พอใจ เป็นต้น

ถึงแม้ว่า สตรีไทยผู้ปฏิบัติธรรมจะบรรยาย ประสบการณ์การมีสติสอดคล้องกับนิยามของทางตะวัน ตก แต่การมีสติตามแนวคิดของสตรีไทยยังคงแฝงด้วย แนวคิดทางพุทธศาสนาที่เน้นการมีสติโดยใคร่ครวญตาม ความเป็นจริง ซึ่งเป็นการมีสติรับรู้สิ่งต่างๆ ตามความ เป็นจริงและนำมาใคร่ครวญให้รู้ทันจิตใจตนเอง รู้ทัน กิเลสความอยากความปรารถนาของตน จึงจะทำให้เกิด ปัญญา สติจึงเป็นเครื่องกำกับจิตหรือข่มจิตให้อยู่ในทาง ที่ถูกต้อง ดังพุทธวจนะในพระไตรปิฎก ฉบับมหา จูฬาลงกรณ์ ข้อ 446 “สเจ ธาวติ จิตตัง เต กาเมสุ จะ



ภเวสุ จะ ชิปปัง นิคคณท สติยา กิฏฐาทัง วियะ ทุปปะลังง” “ถ้าจิตของท่านแล่นพล่านไปทั้งกามและภพ ท่านจงรีบ ช่มไว้ด้วยสติ เหมือนคนห้ามปรามโคเคี้ยวที่ชอบกินข้าว กัลา ฉะนั้น”²³ การมีสติในทางพุทธศาสนาจะเน้นสติใน ทางที่ถูกต้อง เรียกว่าสัมมาสติ ซึ่งจะนำไปสู่การคิดดี พุด ดี และทำดี การมีสติจึงมีความหมายถึง การตระหนักรู้ อยู่กับปัจจุบันขณะ รับรู้สิ่งต่างๆ ตามความเป็นจริงตาม ธรรมชาติ และคิดใคร่ครวญให้เห็นถึงความเป็นจริงนั้นๆ และเป็น หนึ่งในมรรคแปด ที่เป็นหนทางดับทุกข์

ผลการวิจัยครั้งนี้ยังค้นพบปัจจัยปมเพาะสติตาม การรับรู้ของสตรีไทยผู้ปฏิบัติธรรม ทั้งปัจจัยภายในและ ปัจจัยภายนอก จำนวนรวม 6 ประการ ได้แก่

1) การมีศรัทธาและฉันทะ ความรักความศรัทธา ในสิ่งโดยอ้อมทำให้บุคคลมีความเพียรที่จะทำสิ่งนั้นให้ ประสบความสำเร็จ ฉันทะหรือการมีใจรักในสิ่งที่ทำเป็น ธรรมชั้นแรกในอิทธิบาท 4 ซึ่งเป็นแนวทางการนำไปสู่ ความสำเร็จในการทำกิจต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการเรียนหรือ การทำงาน การเจริญสติหรือการบำเพ็ญเสถียรจึงต้องเริ่ม จากการมีใจรักเห็นคุณค่า และศรัทธาในการทำ

2) การมีศีล จากข้อค้นพบในการศึกษานี้ที่พบว่า ศีลเป็นพื้นฐานของการเกิดสติ สอดคล้องกับการศึกษา ของ พรพิศ ศิริวิสุต²⁴ ที่พบว่าการพัฒนาสติควรใช้ หลักสติปัญญา ใช้สติพัฒนาพฤติกรรมทางกายและวาจา ด้วยการมีศีล หลังจากนั้นพัฒนาจิต ด้วยการฝึกสมาธิ และพัฒนาจนเกิดปัญญา การพัฒนาศีลคือ การ พัฒนาการอยู่ร่วมกันในสังคมด้วยดี เกื้อกูลไม่เบียดเบียน กันทั้งทางกายวาจา การพัฒนาจิตด้วยการฝึกสมาธิ ทำให้เกิดสติ และเมื่อฝึกสติมองเห็นสิ่งต่างๆ ตามความ เป็นจริง เห็นอนิจจัง ทุกขัง อนัตตา จนเกิดปัญญา

3) ความพร้อมของร่างกาย ร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง ไม่มีโรคหรือความเจ็บปวดเป็นปัจจัยสนับสนุนให้ เกิดสติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาหลายเรื่อง ที่ ประยุกต์ใช้สติในการบำบัดอาการทางกาย เช่น การ ศึกษาของ สมพร วัชรเศิล²⁵ ที่ประยุกต์ใช้สติในการ

ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช (วาสนา มหาเถระ) อำเภอ นครหลวง จังหวัด พระนครศรีอยุธยา และพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการ ประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองในระดับมาก และ การ ศึกษาของกาญจนา สังข์สิงห์ และคณะ²⁶ ที่ศึกษา ประสพการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการใช้สมาธิในการ เยียวยาตนเอง ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีการใช้สมาธิ โดย การเจริญสติเพื่อเยียวยาตนเอง และสามารถบรรเทา ความทรมานทางกาย และช่วยให้หลังง่ายขึ้น

4) การฝึกฝน จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การบำเพ็ญเสถียรต้องอาศัยการปฏิบัติด้วยตนเอง และหมั่นฝึกฝน อยู่เสมอ การฝึกฝนให้เกิดสติ มี 2 แนวทางหลัก คือ การ ฝึกสติในชีวิตประจำวัน และการฝึกสมาธิเพื่อให้เกิดสติ ซึ่งสอดคล้องกับที่พระอาจารย์ปราโมทย์ ปาโมชโช²⁷ ที่ กล่าวถึงสติว่ามี 2 ประเภท คือสติธรรมตาและสัมมาสติ โดยสติธรรมตาใช้ประโยชน์ในการทำงานที่เป็นกุศล หรือ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และสัมมาสติใช้ประโยชน์ใน การเจริญวิปัสสนากรรมฐาน โดยสติเป็นธรรมชาติที่เกิด ดับ พร้อมกับจิตเป็นขณะ จึงต้องหมั่นฝึกฝนให้เกิดสติ บ่อยๆ การฝึกสติโดยการทำสมาธิ นั้น ซีเกล วิลเลียม และ ทีสเดล²⁸ ได้นำไปประยุกต์ใช้ในการบำบัดทางปัญญาโดย ใช้สติเป็นฐาน (Mindfulness-Based Cognitive Therapy: MBCT) โดยให้ฝึกสมาธิทุกวันๆ ละ 45 นาที ด้วยการเพ่ง ความสนใจหรือเพ่งสมาธิต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

5) สภาพแวดล้อมที่สงบ การเริ่มต้นฝึกสติจำเป็น ต้องมีสถานที่เหมาะสม คือมีความสงบเงียบ เพื่อลดสิ่ง รบกวนที่จะมากระทบประสาทสัมผัสทั้งทางตา หู จมูก ลิ้น กาย และใจ จึงจะช่วยให้สติเกิดขึ้นได้ การฝึกสติโดยการ ปลีกตัวออกจากสังคม ไปอยู่ในวัดไปอยู่ในป่า แล้วฝึกจิต ตามวิธีที่มีแบบแผนจริงๆ จัง เป็นการฝึกสติแบบเข้ม (intensive practice) ถือเป็น การปฏิบัติธรรมอีกระดับ หนึ่ง²⁴ อย่างไรก็ตาม การพัฒนาสติพัฒนาปัญญาตาม หลักสติปัญญา ไม่ใช่หลักการที่จะต้องจำกั่ว่าจะต้อง ปลีกตัวหลบลิไปปฏิบัติอยู่นอกสังคม หรือจำเพาะในกาล



เวลาตอนใดตอนหนึ่ง ในคำสอนตามพระธรรมปิฎกได้ สันับสนุนให้มีการฝึกสติในชีวิตประจำวันทั่วไป โดยเอา ธรรมมาใช้จริง มาใช้ให้เกิดประโยชน์แก่ชีวิต

6) การเรียนรู้ การฝึกสติต้องมีการเรียนรู้หลัก การหรือวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องก่อน เมื่อเรียนรู้หลักการแล้ว จึงเลือกปฏิบัติตามจริตของตนเองได้ ดังที่ พระอาจารย์ ปราโมทย์ ปาโมชโช²⁷ ได้กล่าวถึงการปฏิบัติธรรมโดยใช้ สติเป็นเครื่องมือในการรู้ว่า การเลือกอารมณ์กรรมฐาน ที่ถูกจริตนั้น บุคคลที่มีต้นเหตุหรือจริตคือมีธรรมชาตินิสัยเด่น ในด้านรักสวยรักงามรักสุขสบาย ควรจะรู้กาย (กายานุ บัสนา) แต่ถ้ามีสติปัญญาแก่กล้าแล้วก็ควรรู้เวทนา (เวทนานุบัสนา) ส่วนคนที่มีธรรมชาตินิสัยเด่นในด้าน การคิด เจ้าทฤษฎี ชอบวิพากษ์วิจารณ์ วิเคราะห์ ได้แย้ง ควรจะรู้จิต (จิตตานุบัสนา) และถ้ามีสติปัญญาแก่กล้า แล้วก็ควรจะรู้ธรรมคือรูปนาม (ธัมมานุบัสนา)

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาความหมายและปัจจัยบ่มเพาะสติ ตามการรับรู้ของสตรีผู้ปฏิบัติธรรม สามารถนำไป ประยุกต์ใช้ในการพยาบาล ทั้งในการส่งเสริมสุขภาพจิต และการบำบัดอาการเจ็บป่วย โดยใช้สติเป็นฐานหรือใช้ สติผสมผสานกับการรักษาพยาบาลอื่นๆ ตลอดจนใช้ในการ วิจัย ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ผลการศึกษาพบการฝึกสติหมายถึงการฝึก ตนเองให้อยู่กับปัจจุบันขณะ การตระหนักรู้ตนเอง การ ไคร่ควรดูตามความเป็นจริง พยาบาลสามารถนำข้อค้น พบดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมการบำบัด โดยใช้สติเป็นฐาน เพื่อให้ผู้รับบริการมีใจจดจ่ออยู่กับสิ่ง ที่เป็นปัจจุบัน เปิดใจและยอมรับภาวะการเจ็บป่วย และ สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับภาวะการเจ็บป่วย ตลอดจนไม่ วิตกกังวล กลัวกับอนาคตของการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น แนวคิดการฝึกสติสามารถใช้ได้กับโปรแกรม การบำบัดทางปัญญา และโปรแกรมการบำบัดทางจิต

แบบต่างๆ ซึ่งสามารถใช้ได้ทั้งกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ติดสุรา และผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต

2. เพื่อให้ผู้รับบริการมีโอกาสดูฝึกสติ พยาบาลควร จัดให้มีสถานที่สงบเหมาะสมสำหรับการฝึกสติ นอกจากนี้ นี้พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้เรียนรู้การฝึกสติ โดยอาจจะเชิญผู้รู้ เช่น พระภิกษุ หรือผู้ปฏิบัติธรรม มา ให้ความรู้แก่ผู้รับบริการและญาติเกี่ยวกับการฝึกสติ ใน ขณะเดียวกันเป็นการสร้างศรัทธาและความเชื่อมั่นใน การความดี ที่จะส่งผลดีด้านจิตใจและจิตวิญญาณให้แก่ ผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้พยาบาลยังสามารถจัด กิจกรรมการฝึกสติให้เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการ พยาบาล ทั้งนี้ขึ้นกับความพร้อมด้านร่างกายของผู้ป่วย

ด้านการวิจัย

1. นักวิจัยควรพัฒนาเครื่องมือประเมินการมีสติ ในบริบทของไทย ทั้งนี้จากผลการวิจัยพบว่าการมีสติตาม การรับรู้ของคนไทยมีลักษณะเฉพาะ ดังนั้นการใช้เครื่องมือ ที่พัฒนาจากแนวคิดตะวันตกอาจทำให้ความเชื่อมั่น ของการวิจัยลดลง

2. นักวิจัยควรพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมการ พยาบาลที่ผสมผสานแนวคิดการฝึกสติ เพื่อพัฒนาความ เข้มแข็งในการต่อสู้กับภาวะการเจ็บป่วย ความสุขสงบ ทางจิตใจ และความเข้มแข็งทางจิตวิญญาณ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัย ขอขอบ คุณสถาบันสุขภาพแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา (The National Institute of Health, U.S.A.) ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย ขอกราบพนมัสการเจ้าอาวาส วัดทรงธรรมกัลยาณี และคณะ และขอขอบคุณสตรีผู้ ปฏิบัติธรรมที่เป็นผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. Hanh, TN. The heart of the Buddha's teachings:



- Transforming suffering into peace, joy, and liberation. New York: Broadway; 1998.
2. Kabat-Zinn J. Wherever you go there you are: Mindfulness meditations in everyday life. New York: Hyperion; 1994.
 3. Marlatt GA, & Kristeller JL. Mindfulness and meditation. In W. R. Miller (Ed.), Integrating spirituality into treatment (pp. 67-84). Washington, DC: American Psychological Association; 1999.
 4. Bishop SR. Mindfulness: a proposed operational definition. Clin Psychol: Science and Practice. 2004; 11:230-41.
 5. Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. Clin Psychol: Science and Practice. 2003; 10, 125-143.
 6. Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. Journal of Psychosomatic Research. 2004; 57, 35-43.
 7. พัทยา จิตสุวรรณ. ผลของการฝึกอานาปานสติสมาธิต่อความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียม. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2535.
 8. วีระศักดิ์ พงศพิริยะโมตรี. ผลการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติและการดูแลตนเองที่บ้านที่มีต่อความเครียดในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2553.
 9. จุฑาภรณ์ ทองบุญชู, ดาลัด ทวีทรัพย์, 2557; ผลของการเจริญสติปัฏฐานตามหลักพระพุทธศาสนาโดยการฝึกสติต่อการส่งเสริมสุขภาพทางจิตของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3.วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสยาม. 2557;15(29):35-52.
 10. ชัชวาลย์ ศิลปกิจ. สติและกระบวนการบำบัด. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2557; 22(2):122-6.
 11. รัสตาพร สันติวงษ์. โปรแกรมการดูแลทางการพยาบาลด้วยการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติสำหรับโรคซึมเศร้า.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2553;24(1):106-18.
 12. พรเพ็ญ อารีกิจ, อรพรรณ ลือบุญวัชรชัย. ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2555;6(3):71-80.
 13. รสสุคนธ์ ชมชื่น, อรวรรณ ศิลปกิจ. คู่มือสำหรับรูปแบบการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำตามแนวการเจริญสติ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2557;22(3):157-166.
 14. กงจักร สอนลา, เพ็ญพัทธ์ อุทิศ. ผลของโปรแกรมการฝึกสติต่อความรู้สึกอยากแอลกอฮอล์ของผู้ติดแอลกอฮอล์ ที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2557;28(3):75-89.
 15. Feldman GC, Hayes AM, Kumar S, Greeson J, Laurenceau J-P. Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2007;29,177-90.
 16. Walach H, Buchheld N, Buttenmülle, V, Kleinknecht N, Schmidt S. Measuring mindfulness – the



- Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). Personality and Individual Differences. 2006;40,1543-55.
17. Lau MA, Bishop SR, Segal ZV, Buis T, Anderson ND, et al. The Toronto Mindfulness Scale: Development and validation. J Clin Psychol. 2006; 62, 1445-67.
 18. Baer RA, Smith GT, Allen KB. Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. Assessment. 2004; 11,191-206.
 19. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. Journal of Personality and Social Psychology. 2003; 84,822-48.
 20. Christopher MS, Charoensuk S, Gilbert BD, Neary TJ, Pearce KL. Mindfulness in Thailand and the United States: a case of apples versus oranges?. J Clin Psychol 2009; 65:590-612.
 21. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurs Educ Today. 2004; 24:105-112.
 22. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Sage: Beverly Hills; 1985.
 23. ปัญญา ใช้บางยางและคณะ. พระไตรปิฎก ฉบับพุทธศาสนาสุภายิต (ภาคกลาง). มหาจุฬาลงกรณ์ ข้อ 446. ธรรมสภา. 2555, หน้า 160.
 24. พรพิศ ติริวิสูตร . สติและวิธีการพัฒนาเพื่อการประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
 25. สมพร วัชระศิลป์. การประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช (วาสนมหาเถระ) อำเภอนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2557; 24 (1), 105-120.
 26. กาญจนา สังข์สิงห์ อุไร หัตถกิจ และ อังศุมา อภิชาติ . ประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการใช้สมาธิในการเยียวยาตนเอง. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2550. 25(1), 39-48.
 27. พระอาจารย์ปราโมทย์ ปาโมชโช. ทางเอก. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ธรรมดา, 2549, 260-8.
 28. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford, 2002.



คุณภาพชีวิตการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของอาจารย์พยาบาล เครือข่ายภาคกลาง 1 สถาบันพระบรมราชชนก

กมลรัตน์ เทอร์เนอร์* ดวงเนตร ธรรมกุล**

มาลริน ศุกลปักษ์*** รุชนี ศุจิจันทร์รัตน์****

บทคัดย่อ

คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรในองค์กรมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งเชื่อมโยงไปสู่ ประสิทธิภาพและการเพิ่มผลผลิตขององค์กร การวิจัยเชิงพรรณานานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต การทำงาน ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตการทำงาน และปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต การทำงานของอาจารย์พยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ อาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในวิทยาลัยพยาบาลเครือข่าย ภาคกลาง 1 สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก 5 แห่ง จำนวน 203 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ที่ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่ศึกษา ประกอบด้วย คุณภาพชีวิตการ ทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ด้านลักษณะงาน ด้านวัฒนธรรมองค์กร ด้านบรรยากาศองค์กร ด้านความ ผูกพันต่อองค์กร ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ นำเครื่องมือไปคำนวณความ เทียบได้ค่าแอลฟาครอนบาคดังนี้ คุณภาพชีวิตการทำงาน เท่ากับ .96 ลักษณะงาน .88 วัฒนธรรมองค์กร .92 บรรยากาศองค์กร .94 และความผูกพันต่อองค์กร .91

ผลการศึกษาพบว่า 1) คุณภาพชีวิตการทำงานของอาจารย์พยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=3.67 SD =.53) 2) ปัจจัยส่วนบุคคลในเรื่องรายได้พิเศษ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ลักษณะงาน วัฒนธรรมองค์กร บรรยากาศองค์กร ความผูกพันต่อองค์กร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานของอาจารย์ พยาบาล ($r = .248, .508, .755, .796, .793$ ตามลำดับ) ส่วนจำนวนวันที่ปฏิบัติงานสอนบนหอผู้ป่วยเฉลี่ย ต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตการทำงานของอาจารย์พยาบาล ($r = -.277$) ที่ระดับนัยสำคัญ ทางสถิติ .01 และ 3) ปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กร ความผูกพันต่อองค์กร และรายได้พิเศษ ร่วมกันอธิบาย ความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตการทำงานของอาจารย์พยาบาล ได้ร้อยละ 80.1 ($R^2 = 0.801, F = 4.176, p < .05$) ดังนั้น ผู้บริหารควรหากลยุทธ์และนวัตกรรมการสร้างบรรยากาศในองค์กร การสร้างความผูกพันต่อ องค์กร และสนับสนุนให้กับอาจารย์พยาบาลในหน่วยงานได้ทำงานซึ่งเพิ่มรายได้พิเศษ ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพ ชีวิตของอาจารย์พยาบาลให้ดีขึ้น และส่งผลต่อการทำงานให้กับองค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตการทำงาน ; อาจารย์พยาบาล

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสลบุรี ; อีเมลติดต่อ : kmturner@gmail.com

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

*** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสจ. จังหวัดนนทบุรี

**** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล



Quality of Working Life and Related Factors of Nurse Educators at Central Network 1 Nursing Colleges of Praboromarajchanok Institute

Kamolrat Turner, Doungnetre Thummakul**, Masarin*

*Sukolpuk***, Rachanee Sujjantararat*****

Abstract

Quality of working life (QWL) is very important for the performance of personnel which relate to effectiveness and productivity of organizations. This descriptive study was therefore conducted to identify the level of QWL of nurse educators and examine associated and predicting factors. The sample was composed of 203 nurse educators at 5 nursing colleges of Praboromarajchanok Institute, Central Network 1. A self-administered questionnaire of 2 sets of questions was used to collect the data. Part 1 related to demographic data while Part 2 comprised study factors including job characteristics, perceived organizational culture, organizational climate, organizational commitment, and quality of working life. The questionnaire items used a 5 rating scale form, with Cronbach's alpha coefficient of reliability giving values .88, .92, .94, .91 and .96, respectively, for each factor. The data were analyzed using descriptive statistics, correlation, and stepwise multiple regression analysis. The findings revealed that 1) the level of overall QWL was high (Mean = 3.67 SD = .53); 2) extra income, job characteristics, perceived organizational culture, organizational climate, and organizational commitment had significant positive relationships with QWL ($r = .248, .508, .755, .796, .793, p < 0.01$ respectively) while amount of time performing clinical teaching had negative relationships with QWL ($r = -.277, p < 0.01$); and 3) organizational climate, organizational commitment, and extra income explained 80.1% of QWL ($R^2 = 0.801, F = 4.176, p < .05$). The findings suggest that administrators should seek strategies and innovations to foster a better organizational climate and organizational commitment, as well as support the nurse educators to get some work that provide extra income in order to increase their QWL and increase effectiveness of work in return.

Keywords: Quality of Working Life; Nursing educators

*Boromarajonani College of Nursing, Chonburi ; e-mail : kmrturner@gmail.com

**Nursing, Suandusit University

***Boromarajonani College of Nursing, Chang Wat Nonthaburi

**** Faculty of Nursing, Vongchavalitkul University



ความเป็นมาและความสำคัญ

“คน” เป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่ทำให้องค์การประสบผลสำเร็จและบรรลุเป้าหมายตามที่ได้วางไว้ ดังนั้นทรัพยากรบุคคลจึงเป็นทรัพยากรที่สำคัญสำหรับองค์กร การพัฒนา “คน” ที่ทำงานในองค์การให้รู้จักปรับตัวเข้ากับชีวิตการทำงาน และสภาพแวดล้อมการทำงานได้อย่างมีความสุข จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงชีวิตการทำงานไปในทางที่ดีขึ้น ทำให้คนมีความผูกพันกับองค์การ สนุกกับการทำงาน และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เหล่านี้คือการมุ่งไปสู่สิ่งที่เรียกว่า การมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี การสร้างคุณภาพชีวิตการทำงานเป็นสิ่งที่จำเป็นและมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะส่งผลให้คนพึงพอใจในการทำงาน อันจะนำไปสู่ประสิทธิภาพและเกิดการเพิ่มผลผลิตขององค์การ ทำให้เกิดการบรรลุเป้าหมายของทั้งบุคคลในฐานะสมาชิกขององค์การและตัวองค์การเอง

สถานศึกษาพยาบาลซึ่งทำหน้าที่ผลิตบัณฑิตพยาบาลได้รับนโยบายการผลิตพยาบาลเพิ่มจากสภาการพยาบาลเพื่อชดเชยความขาดแคลนของประเทศที่กำลังเผชิญอยู่ อีกทั้งอยู่ในช่วงที่รัฐบาลมีนโยบายจำกัด (Freeze) อัตรากำลังในทศวรรษที่ผ่านมาให้มีตำแหน่งของอาจารย์พยาบาลที่เกษียณอายุราชการ จำนวนมากได้ถูกยุบไปด้วย ไม่ได้มีการปรับอัตรากำลังทดแทน ทำให้จำนวนอาจารย์พยาบาลลดลงตามลำดับ อีกทั้งเกิดปัญหาขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์จากภาวะสมองไหล ทำให้บุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานมีภาระงานมากขึ้น เกิดความเครียดสะสม เกิดความอ่อนล้า และเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงาน จนเกิดการย้ายงาน ซึ่งมีการศึกษาพบว่าเป็นผลกระทบจากสวัสดิการที่ได้รับ ความก้าวหน้าในงานหรือสถานภาพการทำงาน ลักษณะงาน ความพึงพอใจในงาน บรรยากาศขององค์กร และคุณภาพชีวิตการทำงาน²⁻³ ดังจะเห็นได้จากอัตราส่วนอาจารย์ต่อนักศึกษาของวิทยาลัยเครือข่ายภาคกลาง 1 หลายแห่งไม่เป็นไปตามเกณฑ์สภาการพยาบาลในภาพรวมที่

กำหนดให้ไม่มากกว่า 1:6⁴⁻⁵ นั้นหมายความว่าอาจารย์พยาบาลในวิทยาลัยเครือข่ายภาคกลาง 1 บางแห่ง มีภาระงานเพิ่มมากขึ้นกว่าเกณฑ์ที่ควรจะเป็น นำมาซึ่งความเครียดของอาจารย์ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน

นอกจากนี้โครงสร้างกำลังคนด้านสุขภาพสาขาพยาบาลที่อายุ 45 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 20.14 ซึ่งจะส่งผลให้เกิดวิกฤติการขาดแคลนพยาบาลในอนาคต⁶ อันจะนำมาซึ่งนโยบายการเพิ่มการผลิตพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข นั้นหมายถึงการเพิ่มภาระงานของอาจารย์ในวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก และอาจกระทบต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของอาจารย์พยาบาลในสังกัดอีก ดังนั้น และคุณภาพชีวิตการทำงานที่ต่ำเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลลาออกจากงาน⁷ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตอาจารย์พยาบาลจึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะช่วยคงอัตรากำลังอาจารย์พยาบาลไว้ การทราบระดับคุณภาพชีวิตของอาจารย์พยาบาลและปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตจะเป็นข้อมูลสำคัญในการนำมาวางแผน อัตรารักษากำลังคนไว้ในระบบ

จากการทบทวนบทความวิจัยพบว่าปัจจัยหลายประการที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานและปัจจัยสำคัญที่กล่าวไว้ตรงกัน ได้แก่ 1) ลักษณะงาน⁸⁻¹¹ 2) วัฒนธรรมองค์กร¹² 3) บรรยากาศขององค์กร^{8, 10, 13-15} และ 4) ความผูกพันกับองค์กร^{8, 10, 13, 16-17} ซึ่งลักษณะงาน จะเป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อการปฏิบัติงานว่านั้นมีคุณค่า มีความหมาย ซึ่งประกอบด้วยความหลากหลายของทักษะ เอกลักษณะของงาน ความสำคัญของงาน ความเป็นอิสระของงาน และผลป้อนกลับของงาน ลักษณะงานจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน^{8, 10} วัฒนธรรมองค์กร หมายถึง แนวทางที่ได้ยึดถือปฏิบัติกันในองค์กร จะมีอิทธิพลต่อทัศนคติและพฤติกรรมของสมาชิก หล่อหลอมให้คนในองค์กรอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข และลดความขัดแย้ง ช่วยให้องค์กรบรรลุเป้า



หมายขององค์กรได้โดยง่าย ซึ่งจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน¹²

บรรยากาศขององค์กร หมายถึง สภาพการณ์ในองค์กรที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรให้ทำงานด้วยกัน ประกอบด้วย ความอบอุ่นและการสนับสนุน การให้รางวัลและการลงโทษ และการแก้ไขความขัดแย้ง รวมถึงคุณลักษณะด้านกายภาพ โครงสร้าง การสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์ นโยบาย การศึกษาพบว่าบรรยากาศขององค์กรมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน^{8, 10, 13-15} ทั้งนี้ ความผูกพันกับองค์กร หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่แสดงตนเป็นหนึ่งเดียวกับหน่วยงาน เต็มใจอุทิศตนเพื่อปฏิบัติงานตามภารกิจขององค์กร มีงานวิจัยหลายเรื่องที่แสดงให้เห็นว่าความผูกพันองค์กรมีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน^{8, 10, 13, 16-17}

จากรายงานการวิจัยยังพบว่าคุณภาพชีวิตการทำงาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจในการทำงาน และความสมดุลระหว่างชีวิตกับงาน (work-life balance) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจะส่งผลต่อการทำงานที่ดีขึ้น¹⁸

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าคุณภาพชีวิตการทำงานเป็นปัจจัยสำคัญ เมื่อมีคุณภาพชีวิตที่ดี จะส่งผลให้ การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในสภาวะวิกฤตของการขาดแคลนอาจารย์พยาบาลคณะผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานอยู่ในวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง 1 และสถาบันสมทบของวิทยาลัย จึงได้ทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ายังไม่ชี้ข้อมูลคุณภาพชีวิตการทำงานของอาจารย์พยาบาลในวิทยาลัยเครือข่ายภาคกลาง 1 ดังนั้นจึงสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของอาจารย์พยาบาลเครือข่ายภาคกลาง 1 สถาบันพระบรมราชชนก ว่าเป็นอย่างไร มีปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของอาจารย์พยาบาล และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของอาจารย์พยาบาล คณะผู้วิจัยเชื่อมั่นว่าผลที่ได้รับจากการศึกษาครั้งนี้สามารถเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาแนวทางสำหรับผู้บริหารในการ

ที่จะบริหารจัดการ เพื่อเสริมสร้าง คุณภาพชีวิตการทำงานของอาจารย์พยาบาลให้ดีขึ้นในสถานการณ์การขาดแคลนอาจารย์พยาบาล และเมื่ออาจารย์พยาบาลมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีก็จะส่งผลที่ดีต่อคุณภาพการผลิตบัณฑิตพยาบาล และยังคงทำงานเป็นอาจารย์พยาบาลในสังกัดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของอาจารย์พยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง 1 สถาบันพระบรมราชชนก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะงาน วัฒนธรรมองค์กร บรรยากาศขององค์กร และความผูกพันกับองค์กร กับคุณภาพชีวิตการทำงาน ของอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลในเครือข่ายภาคกลาง 1 สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตการทำงาน ของอาจารย์พยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลในเครือข่ายภาคกลาง 1 สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

สมมติฐานการวิจัย

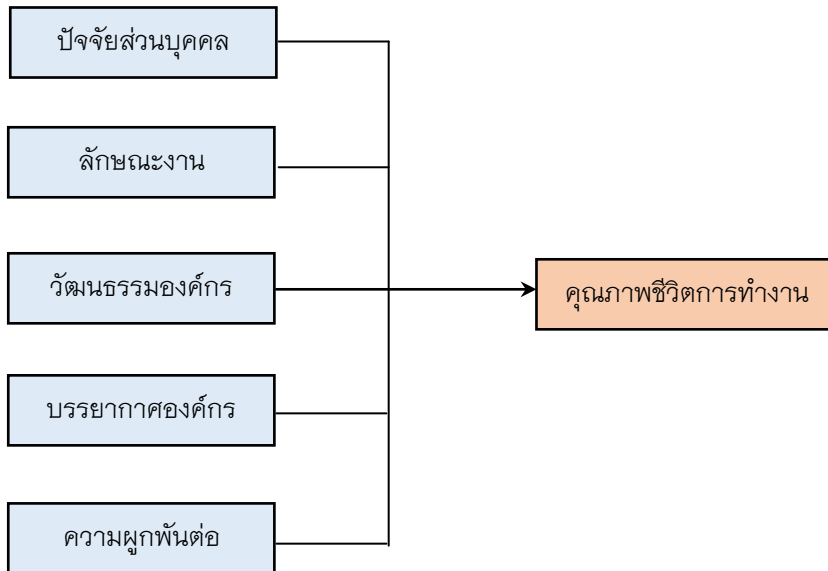
ปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะงาน วัฒนธรรมองค์กร บรรยากาศขององค์กร และความผูกพันกับองค์กร มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของอาจารย์พยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัย สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะงาน วัฒนธรรมองค์กร บรรยากาศขององค์กร และความผูกพันกับองค์กร มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานดังแผนภูมิ ที่ 1



แผนภูมิ ที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คืออาจารย์พยาบาลที่เป็นข้าราชการและลูกจ้างชั่วคราวที่ปฏิบัติงานในวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง 1 สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 5 แห่ง คือ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ ซึ่งมีระยะเวลาในการทำงานในวิทยาลัยนั้นๆ 1 ปีขึ้นไป รวม 288 คน

กลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis) กำหนดอำนาจทดสอบ .90 ขนาดอิทธิพลระดับกลาง (effect size) .30 และระดับนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha = .05$ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 180 คน ประเมินค่า การสูญหาย (attrition rate) = 20% ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มเป็น 216 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

โดยการสุ่มแบบง่าย (Simple randomized sampling technique) ตามสัดส่วนของประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ ทั้งนี้ได้รับการตอบกลับจำนวน 203 คน จาก 216 คน คิดเป็นร้อยละ 93.98

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาของ รัชณี ศุภจินทรรัตน์ และคณะ¹⁹ ซึ่งผู้วิจัยนำมาใช้เฉพาะส่วนของคุณภาพชีวิตและ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องแบบสอบถามมี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล 17 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นปัจจัยที่ศึกษา ประกอบด้วย ปัจจัยด้านลักษณะงาน ปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กร ปัจจัยด้านบรรยากาศองค์กร ปัจจัยด้านความผูกพันต่อองค์กร และคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้ง 118 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ในการศึกษาของรัชณี ศุภจินทรรัตน์ และคณะ¹⁹ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และคำนวณความเที่ยงจากการทดสอบกับอาจารย์



พยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนได้ค่าแอลฟา ครอนบาค ดังนี้ ด้านลักษณะงาน .88 วัฒนธรรมองค์กร .90 บรรยากาศองค์กร .95 ความผูกพันต่อองค์กร .89 และคุณภาพชีวิตการทำงาน .96 ภาพรวมของแบบสอบถามได้ค่าความเที่ยง .94

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดสอบกับอาจารย์พยาบาลของวิทยาลัยในเครือข่าย ภาคกลาง 1 จำนวน 3 แห่ง แห่งละ 10 คน โดยไม่นำอาจารย์ 30 คนนี้มาเป็นกลุ่มตัวอย่าง ซึ่ง คำนวณค่าความเที่ยงของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาครอนบาคของ ปัจจัยด้านลักษณะงาน วัฒนธรรมองค์กร บรรยากาศองค์กร ความผูกพันต่อองค์กร และคุณภาพชีวิตการทำงาน เท่ากับ .88 .92 .94 .91 และ .96 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างงานวิจัยนี้ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครวัดนันทบุรี และในหนังสือขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามมีข้อความที่ระบุนามสมมติ สติในการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยไม่เกิดผลใดๆ ต่อผู้ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อการพัฒนาและไม่เปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคลต่อผู้บริหารหรือคนในองค์กร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงผู้บริหารของวิทยาลัยพยาบาลทั้ง 5 แห่ง และส่งแบบสอบถามผ่านผู้ประสานงานวิจัยของแต่ละวิทยาลัยให้แจกแบบสอบถามและเก็บรวบรวมให้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยที่ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และหา

ปัจจัยทำนายด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างอาจารย์พยาบาล จำนวน 203 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสดและคู่ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 45.2 และ 50.8 ตามลำดับ) วุฒิการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่จบปริญญาโท (ร้อยละ 71.4) ตำแหน่งส่วนใหญ่เป็นอาจารย์ (ร้อยละ 91.9) ในระดับพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ร้อยละ 57.1) และส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ (ร้อยละ 90.5) อายุเฉลี่ย 40.69 ปี อายุน้อยที่สุด 23 ปี มากที่สุด 58 ปี ระยะเวลาที่ทำงานในวิทยาลัยเฉลี่ย 13.97 ปี ระยะเวลาที่ทำงานสูงสุด 35 ปี ต่ำสุด 1 ปี อายุราชการเฉลี่ย 18.12 ปี อายุราชการสูงสุด 36 ปี ต่ำสุด 1 ปี จำนวนวันที่ปฏิบัติงานสอนบนหอผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือน (จำนวนวันเฉลี่ยต่อเดือน) 10.77 วัน สูงสุด 20 วัน ต่ำสุด 4 วัน การศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่จบปริญญาโท (ร้อยละ 70) ส่วนใหญ่มีเงินเดือนมากกว่า 30,000 บาท (ร้อยละ 52.7) และส่วนใหญ่มีรายได้พิเศษ (ร้อยละ 50.7)

คุณภาพชีวิตการทำงานและปัจจัยที่ศึกษา

ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตการทำงานของอาจารย์พยาบาลโดยรวมพบว่าอยู่ในระดับมาก และเมื่อวิเคราะห์รายด้านเกือบทุกด้านอยู่ในระดับมาก ยกเว้นด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรมและด้านความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตด้านอื่น พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง รายละเอียดดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของคุณภาพชีวิตการทำงานของอาจารย์พยาบาล (n = 203)

คุณภาพชีวิตการทำงาน	Mean	SD	ระดับ
ค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม	3.18	0.92	ปานกลาง
สภาพการทำงานที่คำนึงถึงความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ	3.57	0.69	มาก
ความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน	3.68	0.68	มาก
โอกาสพัฒนาศักยภาพของตนเอง	3.89	0.66	มาก
ความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตด้านอื่น	3.47	0.87	ปานกลาง
ประชาธิปไตยในองค์กร/ ความเสมอภาค	3.76	0.65	มาก
ความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคม	4.01	0.58	มาก
การบูรณาการทางสังคม	3.67	0.63	มาก
คุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวม	3.67	0.53	มาก

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ศึกษาพบว่าเกือบทุกปัจจัยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ยกเว้นด้านบรรยากาศขององค์กรพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของปัจจัยที่ศึกษา (n = 203)

ปัจจัยที่ศึกษา	Mean	SD	ระดับ
ลักษณะงาน	4.28	0.51	มาก
วัฒนธรรมองค์กร	3.56	0.51	มาก
บรรยากาศองค์กร	3.45	0.60	ปานกลาง
ความผูกพันต่อองค์กร	4.00	0.56	มาก

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลในเรื่องรายได้พิเศษ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของอาจารย์พยาบาลทางบวก ส่วนจำนวนวันที่ปฏิบัติงานสอนบนหอผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของอาจารย์พยาบาลทางลบ และปัจจัยที่ศึกษาได้แก่

ลักษณะงาน วัฒนธรรมองค์กร บรรยากาศองค์กร ความผูกพันต่อองค์กรมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของอาจารย์พยาบาลทางบวก รายละเอียดดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับคุณภาพชีวิตการทำงานของอาจารย์พยาบาล (นำเสนอเฉพาะตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ)

ปัจจัยที่ศึกษา	r	ระดับความสัมพันธ์
รายได้พิเศษ	.248**	ต่ำ
จำนวนวันที่ปฏิบัติงานสอนบนหอผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือน	-.277**	ต่ำ
ลักษณะงาน	.508**	ปานกลาง
วัฒนธรรมองค์กร	.755**	สูง
บรรยากาศองค์กร	.796**	สูง
ความผูกพันต่อองค์กร	.703**	สูง

** $p < .01$

ในด้านความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของอาจารย์พยาบาลของปัจจัยที่ศึกษาวิเคราะห์โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ (Multiple regression) ซึ่งในการวิเคราะห์ครั้งนี้ได้ทำการตรวจสอบลักษณะข้อมูลตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ (Assumption testing) ดังนี้

1. การทดสอบค่านัยสำคัญของ Kolmogorov-Smirnov พบว่าการแจกแจงข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ
2. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่วิเคราะห์มีลักษณะเป็นเส้นตรง (Linear relationship)
3. ไม่มี Autocorrelation ระหว่างตัวแปรตามและตัวแปรอิสระ (Dubin-Watson = 2.024)
4. ไม่มี Multicollinearity ระหว่างตัวแปรอิสระหรือตัวแปรพยากรณ์ (ค่า VIF ไม่เข้าใกล้ 10 โดยมีค่าอยู่ระหว่าง 1.047-2.728)
5. ค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อน เท่ากับศูนย์ โดย Standard Predicted Value = 0.00 และ Standard Residual มีค่าเท่ากับ = 0.00

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของอาจารย์พยาบาล จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่าบรรยากาศองค์กร ความผูกพันต่อองค์กร

และรายได้พิเศษ ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตการทำงานของอาจารย์พยาบาล ได้ร้อยละ 80.1 (รายละเอียดดังตารางที่ 4) โดยมีสมการทำนายคือ คุณภาพชีวิตการทำงานของอาจารย์พยาบาล = $(-.028) + .649$ บรรยากาศองค์กร + $.345$ ความผูกพันต่อองค์กร $-.156$ รายได้พิเศษ



ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของอาจารย์พยาบาล

ตัวแปรพยากรณ์	B	SE	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	-.028	.345		-.082	.935
บรรยากาศองค์กร	.637	.094	.649	6.783	.000
ความผูกพันต่อองค์กร	.375	.103	.345	3.628	.001
รายได้พิเศษ	-.003	.002	-.156	-2.044	.049

$R = 0.904$, $R^2 = 0.818$, $AdjR^2 = 0.801$, $F = 4.176$, $p < .05$

การอภิปรายผล

1. คุณภาพชีวิตการทำงานของอาจารย์พยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง 1 สถาบันพระบรมราชชนก โดยรวมพบว่าอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาคูณภาพชีวิตการทำงานของอาจารย์พยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกของสุนทร ทับบัว และ อารีย์ แสงรัศมี²⁰ เมื่อปี พ.ศ. 2548 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแม้เวลาจะผ่านไปหลายปีแต่ระดับคุณภาพชีวิตของอาจารย์ของวิทยาลัยเครือข่ายภาคกลาง 1 ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสถาบันการศึกษาในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกยังคงอยู่ในระดับมาก และยิ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของวัลลภา บุญรอดและคณะ¹² ที่ศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานของอาจารย์พยาบาลในสถาบันสมทบมหาวิทยาลัยมหิดลอยู่ในระดับสูง และ ผลการวิจัยของมาสริน ศุกลบัณฑิ จริยาพร เจริญโลหทองดี และดารณี มิตรสุภาพ²¹ ที่ศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพระนั่งเกล้ามีคุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นข้อค้นพบที่มีทิศทางเดียวกันคือพยาบาลวิชาชีพทั้งที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและในสถาบันการศึกษามีความรู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่าจากการทำงานและมีความพึงพอใจในการทำงาน

เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่าเกือบทุกด้านอยู่ใน

ระดับมาก ยกเว้นด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรมและด้านความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตด้านอื่น ที่พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง โดยผล การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของลักขณา ศิริถิรกุล วาสนา อุบป้อ และจรรยาลักษณ์ บ้องเจริญ ที่พบว่าระดับคุณภาพชีวิตด้านผลตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรมของอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก อยู่ในระดับปานกลาง²² และ แก้วดา ผู้พัฒนพงศ์ ศึกษาพบว่าค่าตอบแทนของอาจารย์ในมหาวิทยาลัยไทยที่ได้รับไม่เหมาะสมกับความรู้ ความสามารถ ทำให้อาจารย์ต้องทำงานเพิ่มเพื่อหารายได้ อันกระทบต่อการดำรงชีวิตของอาจารย์²³ การที่อาจารย์พยาบาลยังมีความพึงพอใจ ด้านค่าจ้าง ค่าตอบแทน ไม่มากเท่าที่ควรและยังรับรู้ว่าตนเองทำงานหนักจนส่งผลต่อความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตด้านอื่นนั้น อาจเนื่องมาจากอาจารย์พยาบาลมีบทบาทหลายด้าน เป็นทั้งผู้สอนและขณะเดียวกันยังต้องปฏิบัติงานให้บริการผู้ป่วยเมื่อทำการสอนนักศึกษาพยาบาลในคลินิก ด้วยเหตุนี้จึงทำให้รู้สึกว่าได้รับค่าตอบแทนไม่มากนักเมื่อเทียบกับบทบาทความรับผิดชอบ ประกอบกับอาจารย์พยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ไม่สามารถขอตำแหน่งทางวิชาการคือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รองศาสตราจารย์ หรือ ศาสตราจารย์ได้ ซึ่งต่างจากอาจารย์



ของมหาวิทยาลัย นอกจากนี้ยังไม่มีค่าตอบแทนในตำแหน่งบริหารเช่นหัวหน้าภาควิชา หรือรองผู้อำนวยการ

เมื่อพิจารณาในด้านสัดส่วนอัตรากำลังของอาจารย์ในวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง 1 สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก จะพบว่าวิทยาลัยหลายแห่งสัดส่วนอาจารย์ต่อนักศึกษาไม่เป็นไปตามเกณฑ์สภาการพยาบาลในภาพรวมกำหนดไว้⁴⁻⁵ จึงทำให้อาจารย์ต้องแบกรับภาระงานเพิ่มขึ้นและยากที่จะรักษาความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตด้านอื่นให้ได้ดี

2. ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะงาน วัฒนธรรมองค์กร บรรยากาศขององค์กร และความผูกพันกับองค์กร กับคุณภาพชีวิตการทำงานของอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลในเครือข่ายภาคกลาง 1 สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก พบว่าความสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลในเรื่องรายได้พิเศษ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของอาจารย์พยาบาลทางบวก ส่วนจำนวนวันที่ปฏิบัติงานสอนบนหอผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของอาจารย์พยาบาลทางลบ และปัจจัยที่ศึกษาได้แก่ ลักษณะงาน วัฒนธรรมองค์กร บรรยากาศองค์กร ความผูกพันต่อองค์กรมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของอาจารย์พยาบาลทางบวก และเมื่อพิจารณาปัจจัยที่ศึกษาพบว่าเกือบทุกปัจจัยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ยกเว้นด้านบรรยากาศองค์กรที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอภิปรายได้ดังนี้

อาจารย์พยาบาลที่มีรายได้พิเศษสูงจะรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี เพราะกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 40.69 ปี อยู่ในวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยที่ต้องรับผิดชอบครอบครัวเต็มที่ทำให้มีรายจ่ายมากไม่ว่าจะเป็นปีติมารดาและบุตรธิดาในผู้ที่สมรสหรือเฉพาะปีติมารดาในผู้ที่โสดก็ตาม อีกทั้งอาจารย์พยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ไม่มีเงินประจำตำแหน่งวิชาการ

หรือตำแหน่งทางการบริหารมีเพียงเงินประจำตำแหน่งทางวิชาชีพซึ่งอาจไม่เทียบเคียงกับผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ในลักษณะเดียวกันดังนั้นอาจารย์ที่มีรายได้พิเศษจึงมีความพึงพอใจต่อการทำงานในภาพรวมมากขึ้น ส่วนจำนวนวันที่ปฏิบัติงานสอนบนหอผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของอาจารย์พยาบาลทางลบ ทั้งนี้เนื่องจากการปฏิบัติงานสอนบนหอผู้ป่วยเป็นภาวะเครียดทั้งทางร่างกายที่ต้องปฏิบัติตามการปฏิบัติกร่วมกับนักศึกษาพยาบาล และทางจิตใจ อารมณ์ และสังคมเนื่องจากอาจารย์พยาบาลจะต้องรับผิดชอบต่อการปฏิบัติงานของนักศึกษาซึ่งยังไม่มีความชำนาญครั้งละหลายๆ คน ดังนั้นจึงจำนวนวันที่ปฏิบัติงานสอนบนหอผู้ป่วยมากก็ยิ่งทำให้รู้สึกว่าคุณภาพชีวิตการทำงานลดลง ซึ่งจากงานวิจัยของ วัลลภา บุญรอดและคณะ¹² ก็พบว่าระยะเวลาปฏิบัติงานสอนในสถาบันปัจจุบันมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตการทำงานเช่นกัน

จากการทบทวนงานวิจัยยังพบว่ารายได้พิเศษจากการทำงานเป็นส่วนหนึ่งที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์กร (Organization commitment)^{11, 24} และรายได้ ค่าตอบแทนจะเป็นแรงดึงดูดให้อาจารย์มีกำลังใจในการทำงาน อีกทั้งอาจารย์ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกันมีคุณภาพชีวิตในการทำงานด้านผลตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรมต่างกัน^{22, 24} ดังนั้น บรรยากาศและสภาพแวดล้อมองค์กร ความผูกพันต่อองค์กร และรายได้พิเศษ จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในการทำงานของอาจารย์พยาบาล ผู้บริหารองค์กรหรือนักทรัพยากรมนุษย์จึงควรส่งเสริมให้สิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นวัฒนธรรมองค์กรต่อไป

ความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างลักษณะงาน วัฒนธรรมองค์กร บรรยากาศองค์กร และความผูกพันต่อองค์กรกับคุณภาพชีวิตการทำงานของอาจารย์พยาบาลที่พบในการศึกษานี้สอดคล้อง ผลการวิจัยของ วัลลภา บุญรอดและคณะ¹² และลักษณะ ศิริธิกุลและคณะ²² อาจอธิบายได้ว่าการสร้างบรรยากาศองค์กรที่ดี



และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในการทำงานจะช่วยส่งเสริมให้คนผูกพันกับงานมากขึ้น¹² ในประเทศมาเลเซีย มีการใช้กลยุทธ์ในการสร้างให้พนักงานมีความผูกพันกับองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพโดยการสร้างบรรยากาศหรือสภาพแวดล้อมที่ดีในการทำงาน จากการบริหารจัดการของนักทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งช่วยเพิ่มการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้บริหารและพนักงาน สร้างความพึงพอใจในงาน และวัฒนธรรมองค์กร¹⁶

นอกจากนี้บรรยากาศการเผชิญปัญหาโดยเน้นการควบคุมอารมณ์ (Emotion-focused coping) เป็นตัวทำนายที่ดีสำหรับความผูกพันองค์กร หากเราสามารถจัดสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพ ควบคุมอารมณ์คนทำงาน พุดคุยกันโดยใช้สติ เข้าใจซึ่งกันและกัน จะส่งผลต่อความเบื่อหน่ายงานที่ลดลง และเพิ่มความผูกพันต่อองค์กรมากขึ้น¹⁷ ซึ่งนางชนก ผิวเกลี้ยง และธีระเดช รุ่งมงคล ได้ศึกษาพบว่าปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในการทำงานเช่นกัน¹⁴ ดังนั้นการสร้างบรรยากาศหรือสภาพแวดล้อมองค์กรที่ดีจะทำให้คุณภาพชีวิตของอาจารย์พยาบาลดีขึ้น รวมถึงการมีวัฒนธรรมองค์กรที่เป็นที่ยอมรับร่วมกัน ช่วยส่งเสริมให้อาจารย์พยาบาลมีความสุขและความพึงพอใจในการทำงาน ความรู้สึกที่เกิดจากความพึงพอใจในการทำงานและขวัญกำลังใจของผู้ปฏิบัติงาน จะเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากรอย่างต่อเนื่องต่อไป

การวิจัยของ จุฑาวดี กลิ่นเพ็ญ ให้ผลคล้ายคลึงกันโดยศึกษาพบว่าบรรยากาศองค์กรมีความสัมพันธ์ในทางบวกในระดับสูงกับการรับรู้คุณภาพชีวิตกับการทำงานของพยาบาลประจำการ เนื่องจากการรับรู้และเข้าใจบรรยากาศและความเป็นไปในองค์กร จะมีผลต่อพฤติกรรมของคนในการทำงานซึ่งบรรยากาศองค์กรส่วนใหญ่สามารถสร้างขึ้นได้ด้วยผู้บังคับบัญชา โดยสามารถปรับปรุงได้เพื่อให้เกิดบุคลิกภาพเกิดความพึงพอใจและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ดังนั้นเมื่อบุคลากร

รับรู้ว่าเป็นหน่วยงานมีบรรยากาศที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงาน ก็จะทำงานได้อย่างมีความสุข ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีได้เช่นเดียวกับอาจารย์พยาบาล²⁵

3. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตการทำงาน ของอาจารย์พยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลในเครือข่ายภาคกลาง 1 สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่าบรรยากาศองค์กร ความผูกพันต่อองค์กร และรายได้พิเศษ ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตการทำงานของอาจารย์พยาบาลได้มากถึงร้อยละ 80 จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติงานในปัจจุบันคุณภาพชีวิตการทำงาน บรรยากาศองค์กร ความผูกพันต่อองค์กร และรายได้พิเศษ ช่วยสร้างความพึงพอใจในการทำงานและขวัญกำลังใจของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากร การปรับปรุงคุณภาพชีวิตการทำงานเป็นวิธีการหนึ่งในการพัฒนาองค์กร ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อตัวบุคคลที่ปฏิบัติงานอยู่ในองค์กรนั้น ๆ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการเอาใจใส่ต่อสถานที่ทำงานให้มีบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน องค์กรใดที่บุคลากรมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีประสิทธิภาพการทำงาน และคุณภาพของงานก็จะดีไปด้วย อีกทั้งทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความสุข โดยเชื่อว่าคนที่มีความสุขหรือองค์กรที่มีบรรยากาศแห่งความสุข จะมีพลังอันยิ่งใหญ่ในการสร้างสรรค์ผลงานในทุกมิติ เช่น การเพิ่มผลผลิต การเพิ่มคุณภาพ สร้างสรรค์ให้เกิดนวัตกรรม สามารถปรับตัวได้ดี มีความยืดหยุ่นสูง ลดความสูญเสีย ลดการขาดหรือลางาน ลดความเครียดของคนทำงาน ลดอุบัติเหตุ และโรคจากการทำงาน²⁶

คุณภาพชีวิตมีผลต่อสมรรถนะและการปฏิบัติงาน ดังนั้นการส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจในการปฏิบัติงานและลดความเหนื่อยล้าอ่อนแรงจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่องค์กรควรคำนึงถึงและจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ²⁷ เพื่อลดการลาออกที่ก่อให้เกิดการขาดแคลนอัตรากำลัง



ซึ่งจะมีผลกระทบต่อสัดส่วนการผลิตบัณฑิตพยาบาลของอาจารย์พยาบาลและสถาบันการศึกษาพยาบาลต่อไปอีก ดังนั้นเมื่อบรรยากาศองค์กร ความผูกพันต่อองค์กร และรายได้พิเศษ ซึ่งเป็นตัวแปรที่ศึกษาคั้งนี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอาจารย์พยาบาล จึงควรเสริมสร้างบรรยากาศองค์กรและความผูกพันต่อองค์กรแก่อาจารย์ ซึ่งวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง 1 เป็นสถาบันทางสังคมที่สำคัญนอกเหนือจากสถาบันครอบครัว เนื่องจากเป็นแหล่งพัฒนาทางปัญญาและอารมณ์ที่สำคัญ ดังนั้น จึงเป็นแหล่งสร้างคนที่มีคุณภาพ จะพบว่าคนที่มีคุณภาพสะท้อนจากคนที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุข คนที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุข ก็สะท้อนมาจากสุขภาพขององค์กรที่ดี องค์กรที่มีความสุขจะเปิดโอกาสให้คนได้รับการพัฒนาและสร้างคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งอรรถประโยชน์จากการได้รับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี จะส่งเสริมให้คนมีอิสระทางความคิด เกิดวิสัยทัศน์และความอุดมสมบูรณ์ทางกายและใจ เป็นประตูเปิดสู่ความก้าวหน้าในชีวิต ซึ่งความก้าวหน้านำไปสู่ความพึงพอใจในชีวิตและสร้างความสุขให้กับผู้อื่นต่อไป²⁸⁻²⁹

นอกจากนี้ ดาวศิริ เฝ้าพันธ์ และพิรพงษ์ พุศิริ¹ ยังพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันองค์กร คือ ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน และความพึงพอใจต่อองค์กร ดังนั้นบุคลากรที่มีความพึงพอใจในการทำงาน ย่อมส่งผลให้มีความผูกพันองค์กรสูง คนที่มีความผูกพันองค์กรสูง จะทุ่มเทพลังงาน พลังใจอย่างเต็มที่ให้กับงานที่ตนได้รับมอบหมาย ความผูกพันต่อองค์กรในด้านอารมณ์ความรู้สึก จะเป็นสื่อกลางของจิตวิญญาณในการทำงานต่อพฤติกรรมความเป็นพลเมืองขององค์กร³⁰ แสดงให้เห็นว่าเมื่อบุคลากรมีความผูกพันต่อองค์กร จะทำให้บุคลากรเข้าถึงจิตวิญญาณในการทำงาน ทำให้มุ่งเป้าหมายการทำงานไปที่ความสำเร็จขององค์กรมากกว่าส่วนตัว และมีการแสดงออกของพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นว่าบุคลากรเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร ดังนั้นหากองค์กร

ใดบุคลากรมีพฤติกรรมความเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร จะถือว่าเป็นองค์กรที่มีสมรรถนะที่ดีและมีแนวโน้มที่จะมีผลผลิตขององค์กรสูง พฤติกรรมความเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรสัมพันธ์กับทัศนคติของบุคลากรในองค์กรด้วย บุคลากรที่มีทัศนคติที่ดีต่อการทำงานจะมีพฤติกรรมแสดงออกถึงความเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร และจากการศึกษาพบว่า อายุงานในองค์กรมีความสัมพันธ์กับทัศนคติของบุคลากร เมื่อควบคุมปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ สัญชาติ ตำแหน่ง เชื้อชาติ เพศ อาชีพ¹⁶ กล่าวคือบุคลากรที่มีอายุงานนานมีแนวโน้มที่จะมีทัศนคติที่ดีต่อองค์กรและมีพฤติกรรมความเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร ทั้งนี้การเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร จะช่วยให้คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรดีขึ้น ซึ่งหากอาจารย์พยาบาลมีคุณภาพชีวิตที่ดีจะทำให้อาจารย์พยาบาลคงอยู่ ไม่ลาออกจากองค์กร หากมีการสนับสนุนการทำงานจากผู้นาองค์กรทั้งงานการเรียนการสอนเชิงวิชาการและการวิจัย³¹ ดังนั้น การที่บรรยากาศสภาพแวดล้อมองค์กร ความผูกพันต่อองค์กร และรายได้พิเศษ จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในการทำงานของอาจารย์พยาบาล ผู้บริหารองค์กรหรือนักทรัพยากรมนุษย์จึงควรส่งเสริมให้สิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเพื่อรักษาทรัพยากรที่มีค่าที่สุดคือบุคลากรให้อยู่ในองค์กรได้นานที่สุดและเกิดความยั่งยืนขององค์กรต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่า บรรยากาศองค์กร ความผูกพันต่อองค์กร และรายได้พิเศษ เป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของอาจารย์พยาบาลได้ร้อยละ 80.1 ดังนั้นผู้บริหารของวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง¹ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ต้องมีกลยุทธ์และนวัตกรรมในการสร้างบรรยากาศองค์กร เช่น การสร้างสภาพแวดล้อมในการทำงานให้สิ่งอำนวยความสะดวกในการทำงานอย่างเหมาะสมและ



เพียงพอ สร้างความอบอุ่น ความเสมอภาคและการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงานให้เกิดความช่วยเหลือและไว้วางใจในการทำงานร่วมกัน สำหรับการสร้างความผูกพันต่อองค์กรนั้นผู้บริหารสามารถนำแนวคิดทางด้านการบริหารมาใช้เพื่อสร้างบุคคลากรในองค์กรให้เกิดการเชื่อถือ ยอมรับเป้าหมาย ค่านิยมขององค์กร และเต็มใจที่จะทุ่มเทความพยายามอย่างมาก เพื่อให้องค์กรบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป สำหรับในประเด็นของรายได้พิเศษนั้นหากมองในรูปนามธรรมอาจเป็นการสร้างขวัญกำลังใจ การยกย่องให้

2. ผลการวิจัยพบว่าจำนวนวันที่ปฏิบัติงานสอนบนหอผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือน สัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตการทำงานของอาจารย์พยาบาล ซึ่งสูงสุดคือ 20 วันต่อเดือน หรือปฏิบัติงานสอนบนหอผู้ป่วยเกือบทุกวัน นั้นหมายความว่าอาจารย์เกือบไม่มีเวลาในการปฏิบัติภาระกิจอื่นๆนอกเหนือจากการปฏิบัติงานสอนบนหอผู้ป่วย ผู้บริหารจำเป็นต้องหากกลยุทธ์ที่สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานในการลดเวลาการปฏิบัติงานสอนบนหอผู้ป่วย และมอบหมายด้านอื่นเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ดาวศิริ เผ่าพันธ์, พีรพงษ์ พุศิริ. การศึกษาลักษณะงานที่ปฏิบัติและทัศนคติ ที่มีต่อความผูกพันองค์กรของบุคลากรสายสนับสนุน. วารสารการเงิน การลงทุน การตลาด และการบริหารธุรกิจ 2556;3(4):135-147.
2. สุธิดา โตพันธานนท์, กัญญาดา ประจุศิลป์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มพนักงานมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ. วารสารสภาการพยาบาล 2550;22(4):101-113.
3. Mrayyan MT, Al-Faouri I. Predictors of career commitment and job performance of Jordanian nurses. J Nurs Manag 2008;16(3):246-256.
4. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี. รายงานผลการประเมินคุณภาพการศึกษาภายในระดับสถาบัน ประจำปีการศึกษา 2557. สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
5. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ. รายงานผลการประเมินคุณภาพการศึกษาภายในระดับสถาบัน ประจำปีการศึกษา 2557. สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
6. กฤษดา แสงวงศ์. สถานการณ์กำลังคนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2551;2(1):40-46.
7. Lee TR, Chen SY, Wang SH, Dadura A. The relationship between spiritual management and determinants of turnover intention. Eur Bus Rev. 2010;22(1):102-116.
8. เอื้ออารี เพ็ชรสุวรรณ, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, นพพร ไหวธีระกุล, ฉวีวรรณ บุญสุยา. คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง. วารสารเกื้อการุณย์ 2555;19(2):103-117.
9. Faragher EB, Cass M, Cooper CL. The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. Occup Environ Med 2005;62:105-112.
10. ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม, ดวงเนตร ธรรมกุล, อัจศรา ประเสริฐสิน, จริยา ชื่นศิริมงคล, ศิริพร ครุฑภาค. ปัจจัยพัฒนาองค์การแห่งความสุข (ภาครัฐ): การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2557;9(1):52-62.



11. Yang F, Wu M, Chang C, Chien Y. Elucidating the relationships among transformational leadership, job satisfaction, commitment foci and commitment bases in the public sector. *Public Pers Manage* 2011;40(3):265–278.
12. วัลลภา บุญรอด และคณะ. คุณภาพชีวิตการทำงานของอาจารย์พยาบาลในสถาบันสมทบมหาวิทยาลัยมหิดล. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2554;12(1):42–50.
13. Chaudhary R, Rangnekar S, Barua MK. Organizational climate, climate strength and work engagement. *Procedia Soc Behav Sci* 2014; 133:291–303.
14. นงชนก ผิวเกลี้ยง และธีระเดช รวิ้มมงคล. ปัจจัยส่วนบุคคลและสภาพแวดล้อมในการทำงานที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรในสำนักงานประกันสังคม. *วารสารการเงิน การลงทุน การตลาด และการบริหารธุรกิจ* 2556;3(2) :304–317.
15. Taclaw R, Osatuke K, Fishman J, Moore SC, Dyrenfort S. Employee Age and Tenure With in Organizations Relationship to Workplace Satisfaction and Workplace Climate Perceptions. *Health Care Manag*, 2014;33(1):4–19.
16. Kaliannana M, Adjovu SN. Effective employee engagement and organizational success: a case study. *Procedia Soc Behav Sci* 2015;172:161–168.
17. Parker PD, Martin AJ, Colmar S, Liem GA. Teachers' workplace well-being: Exploring a process model of goal orientation, coping behavior, engagement, and burnout. *Teach Teach Educ* 2012;28:503–513.
18. ภาณุภาคย์ พงศ์อดิชาติ. สมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน (work life balance) ในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตและการทำงาน กระแสใหม่ของการบริหารทรัพยากรบุคคล, หน้า 11–12. กรุงเทพฯ; สำนัก ก.พ. 2550.
19. รัชณี ศุภจันทร์รัตน์, วัลลภา บุญรอด, วิไลวรรณ ทองเจริญ, พวงผกา กิริทอง, กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์, กมลรัตน์ เทอเนอร์ และคณะ. ปัจจัยทำนายความต้องการออกจากงานของอาจารย์พยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์* 2555;30(2): 22–34.
20. สุนทรา โตบัว, อารีย์ แสงรัศมี. คุณภาพชีวิตการทำงานของอาจารย์พยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก. *Proceeding การประชุมทางวิชาการของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ครั้งที่ 45: สาขาศึกษาศาสตร์ สาขาเศรษฐศาสตร์และบริหารธุรกิจ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*; 30 ม.ค.–2 ก.พ. 2550, หน้า 603–610. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา ฯลฯ; 2550.
21. มาสรีน ศุภลักษณ์, จริยาพร เจริญโล่ทองดี, ดารณีมิตรสุภาพ. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะงานและบรรยากาศองค์การต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ* 2554;5(1):32–39.
22. ลักขณา ศิริถิรกุล, วาสนา อุปป๋อ, จริญญาลักษณ์ บ้องเจริญ. คุณภาพชีวิตในการทำงานและความสุขในการทำงานของอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี* 2556;24(1):10–21.



23. แก้วตา ผู้พัฒนาพงศ์. คุณภาพชีวิตการทำงานของอาจารย์ในมหาวิทยาลัยไทย. คุษณินิพนธ์ปริญญาปรัชญาคุษณินิพนธ์บัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2550.
24. บุญญาภา โพธิ์เกษม. อาจารย์พยาบาลกับความสุขในการทำงาน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2558;25(1):13-24.
25. จุฑาวดี กลิ่นเฟื่อง. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะงานและบรรยากาศองค์การกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตสาขาวิชาการ บริหารพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย. 2546. 165 หน้า.
26. บุญจง ชวศิริวงศ์. Happy Workplace, วารสารพัฒนาสังคม 2550;9(2):61-93.
27. Kim K, Han Y, Kwak Y, Kim J. Professional quality of life and clinical competencies among Korean Nurses. Asian Nurs Res 2015;9:200-206.
28. Welzel C, Inglehart R. Agency, values, and well-being: A human development model. Soc Indic Res 2010;97(1):43-63.
29. Inglehart R, Welzel C. Changing Mass Priorities: The link between modernization and democracy. Perspectives on Politics 2010;8(2):551-567.
30. Kazemipour F, Amin SM, Pourseidi B. Relationship between Workplace Spirituality and Organizational Citizenship Behavior among Nurses through Mediation of Affective Organization Commitment. J Nurs Scholarsh, 2012; 443: 302-310.
31. Candela L, Gutierrez A, Keating S. A national survey examining the professional work life of today's nursing faculty. Nurse Educ Today 2013;33:853-859.



ทัศนคติ และแรงบันดาลใจของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ในการเตรียมความพร้อมเพื่อสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบ วิชาชีพการพยาบาล

ละอียด แจ่มจันทร์*

จินตนา อัจฉรินทร์ยะ*

สุภาวดี สมจิตต์*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาทัศนคติและแรงบันดาลใจของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ในการเตรียมความพร้อมเพื่อสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงผสมผสาน เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมต่อไป กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2555 และชั้นปีที่ 2, 3, 4 ปีการศึกษา 2556 รวม 193 คน เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เจาะลึก บันทึกการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์สาระสำคัญ

ผลการวิจัยพบว่า 1) ทัศนคติของนักศึกษาที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงได้แก่ เรื่องความคาดหวังต่อการสอบผ่าน 8 วิชาในครั้งแรก มีความพยายามในการหาวิธีชนะอุปสรรคโดยได้รับแรงสนับสนุนกำลังใจจากครอบครัวคนใกล้ชิด กิจกรรมที่ปฏิบัติได้ไม่เต็มที่เรื่องการอ่านเอกสาร/ตำราก่อนทำข้อสอบ ทำกิจกรรมไม่ทันเวลา และการทบทวนความรู้ขณะฝึกภาคปฏิบัติไม่สมบูรณ์ 2) นักศึกษามีแรงบันดาลใจในการสอบผ่านเพื่อบุคคลที่รัก สมศักดิ์ศรี กลัวอายเพื่อน ความภาคภูมิใจตนเอง ได้รับเงินค่าใบอนุญาตฯ เริ่มต้นดีมีชัยกว่าครึ่ง มีแรงกดดันจากรุ่นพี่ และเพื่อวิทยาลัยและอาจารย์

คำสำคัญ : ทัศนคติ; แรงบันดาลใจ; การสอบรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ



Attitudes and Inspiration of Nursing Students at Saint Louis College in Preparing for the National Nursing License Examination

Laiad Jamjan*

Jintana Artsuntae*

Supavadee Somjit*

Abstract

The research objective was to explore the Saint Louis College nursing students' attitude and inspiration in preparing for the national licensing examination, in order to yield the information for the development of a model of licensing preparedness. An exploratory study was used. The sample of 193 students including 4th Year students of Academic Year 2012 and 2nd, 3rd and 4th Year students of Academic Year 2013 were selected by purposive sampling technique. Data were collected using a questionnaire, in-depth interviews, and responses recorded during focus group discussions. Data were analyzed using descriptive statistics and thematic analysis.

Result: 1) The students' attitudes with high mean scores included expectation of passing 6 subjects at the first time of national licensing examination, attempt to overcome the obstacles with the positive support from their families and significant persons, incompleteness of study by reading materials and textbooks before the exam, inability to complete activities on time, and incompleteness of review the knowledge during their practice. 2) Their inspirations to pass the license examination were expressed as for their love ones, their pride, fear of shame, proud of themselves, increasing income for licensed holder, good start can win, pressure from the senior students, and for instructors and college.

Keywords: Attitude; Inspiration; Preparation for national license examination

* Dean, Nursing faculty Saint Louis College

** Vice dean academic, Nursing faculty Saint Louis College

*** Faculty of Mental Psychiatric nursing, Saint Louis College



ความเป็นมาและความสำคัญ

สภาการพยาบาลได้เริ่มจัดการสอบรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งมาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2547 โดยจัดสอบ 8 รายวิชาที่เป็นสาระสำคัญของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และนำผลการสอบผ่านครั้งแรกทั้ง 8 วิชา จำนวนร้อยละ 70 ของผู้สำเร็จการศึกษาแต่ละปีมาเป็นเกณฑ์สำคัญในการรับรองสถาบันการศึกษาพยาบาล แม้ว่าเกณฑ์การรับรองสถาบันปี 2556 จะปรับเป็นการคำนวณบัญญัติไตรยางค์จากผลสอบ 3 ครั้งในปีการศึกษานั้นให้เป็นค่าร้อยละ แต่ผลการสอบผ่านครั้งแรกยังเป็นเกณฑ์สำคัญที่ส่งผลต่อระยะเวลาในการรับรองสถาบันเช่นเดิม¹ ผลการสอบรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพของผู้สำเร็จการศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ในระหว่างปีพ.ศ.2547-2552 มีผลต่ำกว่าเกณฑ์คือร้อยละ 19.57, 13.54, 24.24, 35.19, 37.63, 22.81 ตามลำดับ เมื่อผลการวิเคราะห์ค่าแนวโน้มการทำงาน ผลการสอบในปีต่อไป (Trend line) มีแนวโน้มลดลง นอกจากนั้นผลกระทบจากการสอบไม่ผ่านยังมีผลต่อภาพลักษณ์บัณฑิตในตลาดงาน บัณฑิตขาดรายได้จากไม่ได้รับค่าตอบแทนวิชาชีพ ขาดความมั่นใจเมื่อเปรียบเทียบกับบัณฑิตต่างสถาบันในองค์การเดียวกัน จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ ยังส่งผลต่อสถานะองค์การพยาบาลตามเกณฑ์รับรองคุณภาพโรงพยาบาลด้วย²

นักศึกษาชั้นปีที่ 4 เป็นกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการเตรียมความพร้อมด้านความรู้และการจัดการตนเองให้ประสบผลสำเร็จ รวมทั้งการเริ่มเตรียมนักศึกษาชั้นปีอื่นในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ให้มีความตระหนักและเข้าใจความสำคัญของการสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ สถาบันการศึกษาจำเป็นต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยมีส่วนสำคัญสามประการคือ 1) ทักษะคิดและแรงบันดาลใจของตัวนักศึกษาเองที่จะใช้ความพยายามอย่างรู้คิด (Attempted thinking) และ

สามารถกำหนดเป้าหมายให้ตนเองได้ 2) การจัดการทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมเพื่อการทบทวนความรู้อย่างมีทิศทาง 3) มีแรงสนับสนุนทั้งด้านกายภาพและมิติความเอื้ออาทรจากบุคคลสำคัญที่นักศึกษาเชื่อมั่นไว้ใจ ทั้งนี้สามปัจจัยดังกล่าวต้องมีการจัดการอย่างเป็นระบบให้เกิดการรับรู้ทั่วทั้งองค์การ³ ความพยายามอย่างรู้คิด (Attempted thinking) และการกำหนดเป้าหมายให้ตนเองจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการช่วยให้นักศึกษามีการจัดการตนเองที่ดีและใช้เป็นแนวทางในการจัดแผนการศึกษา รวมทั้งพัฒนาวิธีการเรียนการสอนที่อาจารย์และนักศึกษาได้สร้างสัมพันธ์ภาพที่เกื้อกูลต่อความสำเร็จร่วมกัน

ทัศนคติ เป็นทฤษฎีจิตวิทยา ที่ครอบคลุมความคิดเห็นที่มีอารมณ์ ความรู้สึกเป็นส่วนประกอบ และเป็นส่วนที่จะมีปฏิริยาตอบสนองต่อสถานการณ์ภายนอก ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการคือ 1) องค์ประกอบทางด้านความเข้าใจ (Cognitive Component) เป็นส่วนที่แสดงถึงความรู้ (Knowledge) การรับรู้ (Perception) ที่บุคคลมีต่อความคิดหรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง 2) องค์ประกอบทางด้านความรู้สึก (Affective Component) เป็นส่วนที่สะท้อนถึงอารมณ์ (Emotion) ของบุคคลที่มีต่อความคิดหรือเป็นความสามารถในการสร้างภาพในสมอง สภาพอารมณ์จะสามารถเพิ่มประสบการณ์ด้านบวก (Positive) หรือด้านลบ (Negative) ที่สามารถสร้างความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ รู้สึกดีหรือไม่ดี ที่เป็นแรงกระตุ้นทางอารมณ์ที่ส่งผลถึงพฤติกรรมได้ 3) องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavior Component) เป็นส่วนที่สะท้อนถึงความน่าจะเป็นหรือแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรม การปฏิบัติหรือปฏิริยาของบุคคล ด้วยวิธีใดวิธีที่ทำให้เกิดผลที่พึงประสงค์⁴

แรงบันดาลใจในการเรียนรู้ (Learning Inspiration) เป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญในทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มคอนสตรัคชันนิสซึม (Constructivism) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในของผู้เรียน โดยผู้เรียนเป็นผู้สร้าง



ความรู้ จากการนำประสบการณ์หรือสิ่งที่พบเห็นใน สิ่งแวดล้อมหรือสารสนเทศใหม่ที่ได้รับมา เชื่อมโยงกับ ความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่เดิม มาสร้างเป็นความเข้าใจ ของตนเอง หรือเน้นการเสริมพลัง (empower) ผู้เรียนใน การสร้างประสบการณ์ด้วยตนเอง โดยใช้ความพยายาม ทางความคิด (Mental effort) อย่างมีวิจารณญาณ ใช้สื่อ การเรียนรู้ที่หลากหลาย การเรียนรู้พัฒนาตามสภาพ ความเป็นจริง เป็นการเรียนรู้เกิดจากการลงมือกระทำ (Active learning) จากการร่วมมือ (Collaborative learning) ให้ความสำคัญกับผู้เรียนรายบุคคล ทฤษฎี คอนสตรัคชันนิสซึมจำเป็นต้องจัดสภาพแวดล้อมให้ ผู้เรียนเกิดความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยความพยายาม ทางความคิดของตนเองซึ่งเรียกได้ว่าแรงบันดาลใจใน การเรียนรู้⁵

สภาพปัญหาผลการสอบรับใบอนุญาตประกอบ วิชาชีพ ของผู้สำเร็จการศึกษาจากคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ในปี พ.ศ. 2547-2552 มีค่าเฉลี่ย เพียงร้อยละ 25.49 ต่ำกว่าเกณฑ์มากและมีแนวโน้มการ ทำนายผลการสอบ (Trend line) ลดต่ำลงอีกในปีต่อไป ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาทัศนคติจินตนาการ และ แรงบันดาลใจของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ในการเตรียมความพร้อมเพื่อสอบขึ้นทะเบียนรับใบ อนุญาตประกอบวิชาชีพ เพื่อให้นักศึกษาสามารถสอบ ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย มีภาพลักษณ์ในการประกอบ วิชาชีพที่มีคุณค่าต่อตนเองและสถาบันต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาทัศนคติของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ปีการ ศึกษา 2555 ในการร่วมกิจกรรมเตรียมความพร้อมเพื่อ สอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ
2. เพื่อศึกษาแรงบันดาลใจของนักศึกษาคณะ พยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2, 3, 4 ปีการศึกษา 2556 ที่เป็น ปัจจัยเสริมในการเตรียมตัวสอบขึ้นทะเบียนรับใบ อนุญาตประกอบวิชาชีพ

วิธีดำเนินการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เก็บข้อมูล แบบผสมผสาน (Mixed method) ด้วยการวิเคราะห์ข้อมูล เชิงปริมาณจากนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 และ ข้อมูลเชิงคุณภาพจากนักศึกษาชั้นปีที่ 2, 3, 4 จากการ สัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม นำผลจากการวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ มาพัฒนาแนวปฏิบัติที่มี อยู่เดิมตั้งแต่ปีการศึกษา 2544-2555 ให้เป็นแนวปฏิบัติ ที่มีความต่อเนื่องสัมพันธ์กัน แล้วนำแนวปฏิบัติทั้งหมด มาใช้ในปีการศึกษา 2556

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรนักศึกษา พยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กลุ่มตัวอย่างเป็น นักศึกษา พยาบาลวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ 193 คน ประกอบด้วย

1. นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 คณะ พยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ปีการศึกษา 2555 จำนวน 109 คนสำหรับการศึกษาเชิงปริมาณ
2. นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2, 3 และ 4 ปีการศึกษา 2556 สำหรับการศึกษาระดับคุณภาพจากการ สุ่มตัวอย่างโดยการคัดเลือกแบบเจาะจงกับนักศึกษาที่ สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย โดยแบ่งชั้นปีละ 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่มีคะแนน GPA 3.0 ขึ้นไป 2) กลุ่มที่มีคะแนน GPA 2.5 - 2.99 และ 3) กลุ่มที่มีคะแนน GPA < 2.5 กลุ่มละ 15 คน ได้กลุ่มตัวอย่างรวม 84 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างแบบประเมินทัศนคติสำหรับนักศึกษาชั้น ปีที่ 4 ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแบบวัดเจตคติแบบออสกู๊ด (Osgood) โดยใช้หลักการสร้างชุดของข้อความขึ้นมาชุด หนึ่งเพื่อให้ผู้ตอบแสดงทัศนคติเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย กับข้อความต่างๆ ในแต่ละชุด โดยใช้มาตรจำแนกความ หมายที่ประกอบด้วยคุณศัพท์สองคำที่มีความหมายตรง กันข้าม (Opposite Adjectives) ช่วงระหว่างคำคุณศัพท์ แบ่งเป็น 7 ช่วง โดยคำคุณศัพท์สองคำนั้นอยู่ตรงกันข้าม ส่วนต้นสุดและปลายสุด การให้คะแนนจะให้คะแนน 1-7 โดยเรียงลำดับที่มีความหมายเชิงลบมากที่สุดไปยังลำดับ



ที่มีความหมายเชิงบวกที่สุด จึงเรียกว่าเป็นเทคนิคจำแนกความแตกต่างทางภาษา⁵

1. การสร้างแบบวัดทัศนคติ มีขั้นตอนมีดังนี้

1.1 จำแนกกิจกรรมเตรียมความพร้อมให้เป็นชุดของข้อความ 5 ด้าน คือ 1) การฝึกทำข้อสอบเสมือนก่อน (pre-test) 2) ทบทวนความรู้โดยอาจารย์ในคณะ 3) การทบทวนความรู้โดยอาจารย์ภายนอก 4) การทำข้อสอบเสมือนจากระบบเครือข่าย 5) การทบทวนความรู้แบบเข้มข้น เพื่อประเมินทัศนคติของนักศึกษา

1.2 วิเคราะห์คำตรงข้ามที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติของนักศึกษา ขณะอยู่ในระหว่างร่วมกิจกรรมโครงการเตรียมความพร้อม 5 ด้าน เพื่อสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ โดยมีตัวแทนนักศึกษา 6 คน ช่วยบรรยายในภาพเป็นคำที่นึกได้ทั้งด้านดีและไม่ดี ประมวลเป็นคำคุณศัพท์ที่มีความหมายและสามารถหาคำตรงข้ามได้ในข้อรายการแต่ละด้าน

1.3 นำคำที่มีความหมายที่ได้เลือกไว้ในขั้นที่ 2 มาจัดเป็นคำตรงข้ามกันเป็นคู่ๆ แล้วให้ผู้ชำนาญภาษาไทย 2 ท่าน ช่วยวิจารณ์แสดงความคิดเห็นปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และนำไปใช้เมื่อผู้ชำนาญด้านภาษาไทยเห็นสอดคล้องกัน

1.4 นำคำตรงข้ามแต่ละคู่มาสร้างเป็นมาตราวัดความรู้สึกต่อมโนภาพหรือทัศนคติ กำหนดมาตราวัดเป็น 7 ช่วงจากตัวเลข 1-7 ในการเตรียมความพร้อม 5 ด้าน รวม 25 ข้อ

1.5 ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของคู่คำตรงข้าม โดยนำแบบประเมินทัศนคติไปทดลองใช้กับนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ที่มีผลการเรียนกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มสูง-กลุ่มต่ำคำนวณค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทั้ง 2 กลุ่มในแต่ละข้อ นำมาเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ (pair t-test) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ข้อใดที่จำแนกคนที่มีเจตคติสูงและต่ำได้นำมาใช้ และข้อที่จำแนกไม่ได้ปรับคู่คำตรงข้ามให้ชัดเจน

1.6 ทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของ

แบบวัดทัศนคติ โดยนักศึกษา 30 คนที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบราค (Cronbach) ได้ค่าเท่ากับ .898

2. แบบสัมภาษณ์เจาะลึกรายบุคคลและการสนทนากลุ่มในประเด็นของและแรงบันดาลใจในการเตรียมความพร้อมเพื่อสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ประกอบด้วยคำถามให้แสดงความรู้สึก 3 คำถาม ที่วิเคราะห์มาจากกระดานข่าวของนักศึกษาเมื่อขึ้นชั้นปีที่ 4

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ผู้วิจัยให้คำอธิบายเรื่องวัตถุประสงค์ วิธีเก็บข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัยแก่นักศึกษาโดยนักศึกษาที่สมัครใจได้ลงนามในแบบฟอร์มร่วมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยตนเอง ในการสัมภาษณ์นักศึกษามีสิทธิไม่ตอบ และขอถอนตัวจากโครงการได้ตามต้องการ ซึ่งจะไม่ผลกระทบใดๆต่อนักศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นความลับไม่แสดงชื่อ นักศึกษารายบุคคลและเสนอผลการวิจัยโดยภาพรวม

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ข้อมูลพื้นฐาน ผลการเรียนเฉลี่ย และศาสนาในกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 193 คนเป็นชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2555 จำนวน 109 คนชั้นปีที่ 2, 3 และ 4 ปีการศึกษา 2556 จำนวน 84 คนผลการเรียนเฉลี่ยของนักศึกษาชั้นปีที่ 2 เท่ากับ 3.35 นักศึกษาชั้นปีที่ 3 เท่ากับ 2.77 และนักศึกษาชั้นปีที่ 4 เท่ากับ 2.70 นักศึกษาส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 88.6 ศาสนาคริสต์ร้อยละ 8.8 และศาสนาอิสลามร้อยละ 2.1

1. **ทัศนคติของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2555** ในการร่วมกิจกรรมเตรียมความพร้อมเพื่อสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ทักษะคตินักศึกษาชั้นปีที่ 4 ในการร่วมกิจกรรมเตรียมความพร้อมด้านการจัดการตนเอง

ชื่อรายการ	ระดับการประเมิน	ค่าเฉลี่ย
1. ผลการทบทวนความรู้แบบเข้มข้นต่อนักศึกษา	อ่อนแอ 1..... 7 เข้มแข็ง	6.01
2. ความพยายามในการหาวิธีชนะอุปสรรค	ยอมแพ้ 1..... 7 ต่อสู้	6.14(5**)
3. เร่งรัดในการบรรลุเกณฑ์เป้าหมายตนเอง	ช้า 1..... 7 เร็ว	6.07
4. ประเมินตนเองตามที่เป็นจริง	คดโกง 1..... 7 ซื่อสัตย์	6.40(3**)
5. คาดหวังต่อการสอบผ่าน 8วิชาในครั้งแรก	ล้มเหลว 1..... 7 สำเร็จ	6.67(1**)
6. ได้อ่านหนังสือสาระทบทวนก่อนทำข้อสอบ	น้อย 1..... 7 มาก	4.65 (1*)
7. ได้อ่านสาระความรู้จากเอกสาร/ตำราก่อนทำข้อสอบ	น้อย 1..... 7 มาก	4.72(2*)
8. ได้ทบทวนความรู้เพื่อเตรียมสอบขณะฝึกภาคปฏิบัติ	น้อย 1..... 7 มาก	4.85(4*)
9. ได้ทบทวนความรู้เต็มที่ในช่วง 4 สัปดาห์	น้อย 1..... 7 มาก	5.16
10. จัดการเวลาให้ทำข้อสอบได้อย่างต่อเนื่อง	ท้อแท้ 1..... 7 กล้าเผชิญ	5.00(5*)
11. จัดการเวลาให้ทำข้อสอบได้ครบถ้วนตามข้อตกลง	ปวดเปื่อย 1..... 7 เข้มแข็ง	5.28
12. จัดการเวลาให้ทำกิจกรรมทันเวลา	ขี้เกียจ 1..... 7 ขยัน	4.78(3*)
13. การแบ่งกลุ่มย่อย 5-6 คน ร่วมกันทบทวน	แบ่งแยก 1..... 7 ร่วมมือ	5.00(5*)
14. ระดับความรู้ความจำก่อนการสอบรวบยอด	น้อย 1..... 7 มาก	5.17
15. ผลคะแนนสอบรวบยอดต่ำกว่าเกณฑ์	ล้มเหลว 1..... 7 สำเร็จ	5.95
16. เร่งรัดตัวเองให้สอบผ่านวิชาที่ตก	ล้มเหลว 1..... 7 สำเร็จ	6.23(4**)
17. เร่งรัดตัวเองให้อ่านหนังสือทบทวนความรู้	ล้มเหลว 1..... 7 สำเร็จ	5.89
18. ได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนเรื่องทำข้อสอบ	น้อย 1..... 7 มาก	5.46
19. ให้ความช่วยเหลือเพื่อนเรื่องทำข้อสอบ	น้อย 1..... 7 มาก	5.25
20. ระดับความเข้าใจเนื้อหาสาระในแต่ละวิชา	คงเดิม 1..... 7 ดีขึ้น	5.34
21. ความแข็งแรงด้านร่างกายในการเตรียมสอบ	อ่อนเพลีย 1..... 7 แข็งแรง	5.79
22. ระดับความสมบูรณ์ทางจิตใจ อารมณ์ สังคม ในช่วงเวลาเตรียมความพร้อม	อ่อนไหว 1..... 7 เข้มแข็ง	5.84
23. ได้รับแรงสนับสนุน กำลังใจจากครอบครัว คนใกล้ชิด	เพิกเฉย 1..... 7 ได้รับ	6.49(2**)
24. ควบคุมปัจจัยรบกวนในการทบทวนความรู้	เฉื่อยชา 1..... 7 ว่องไว	5.52
25. มีความอดทนในการอ่าน และทำข้อสอบได้นานๆ	ใจอ่อน 1..... 7 ใจแข็ง	5.36

** ค่าเฉลี่ยสูง 5 อันดับแรกจากสูงสุด * ค่าเฉลี่ยค่า 5 อันดับแรกจากต่ำสุด



จากตารางที่ 1 ทักษะคตินักศึกษาชั้นปีที่ 4 ด้านการจัดการตนเองพบว่าข้อรายการที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ 1) คาดหวังต่อการสอบผ่าน 8 วิชาในครั้งแรก (6.67) 2) ได้รับแรงสนับสนุนกำลังใจจากครอบครัวคนใกล้ชิด (6.49) 3) ประเมินตนเองตามที่เป็นจริง (6.40) 4) เองรัดตัวเองให้สอบผ่านวิชาที่ตก (6.23) และ 5) ความพยายามในการหาวิธีชนะอุปสรรค (6.14) ทั้ง 5 ข้อรายการแสดงมิติด้านศักยภาพ (Potency) ในทางตรงกันข้ามข้อรายการ 5 อันดับท้ายที่มีคะแนนน้อยที่สุด ได้แก่ 1) ได้อ่านหนังสือสาระทบทวนก่อนทำข้อสอบ (4.65) 2) ได้อ่านสาระความรู้จากเอกสาร/ตำราก่อนทำข้อสอบ (4.72) 3) จัดการเวลาให้ทำกิจกรรมทันเวลา (4.78) 4) ได้ทบทวนความรู้เพื่อเตรียมสอบขณะฝึกภาคปฏิบัติ (4.85) 5) จัดการเวลาให้ทำข้อสอบได้อย่างต่อเนื่อง (5.00) และการแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 5-6 คน ร่วมกันทบทวน (5.00) ทั้ง 6 ข้อรายการแสดงมิติด้านกิจกรรม (Activity)

ทัศนคติ^๑ หมายถึงการแสดงออกถึงความชอบหรือไม่ชอบต่อบุคคล สถานที่ สิ่งของ หรือเหตุการณ์สิ่งใดสิ่งหนึ่ง ทัศนคตินักศึกษาชั้นปีที่ 4 ในการร่วมกิจกรรมเตรียมความพร้อมเพื่อสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ พบว่าตัวนักศึกษาเองเป็นปัจจัยสำคัญในการจัดการตนเองให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคกลางที่พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สำเร็จการศึกษาสอบผ่านการสอบความรู้มากที่สุดได้แก่ความตั้งใจและความรู้พื้นฐานของผู้สำเร็จการศึกษารองลงมาคือความถี่ของการทำข้อสอบเสมือนกิจกรรมเตรียมความพร้อมในการสอบความรู้ตั้งแต่ชั้นปีที่ 1-4⁷

2. แรงบันดาลใจของนักศึกษา จากการวิเคราะห์

ความคิดเห็นของนักศึกษาเกี่ยวกับแรงบันดาลใจของการเตรียมตัวสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ นักศึกษามีแรงบันดาลใจในเรื่องต่างๆ ดังต่อไปนี้

2.1 เพื่อบุคคลที่รัก ซึ่งเป็นแรงบันดาลใจที่ดี และมีความสำคัญ ภาควิชาใจตนเอง ทำงานอย่างสมศักดิ์ศรีเมื่อสอบผ่าน ดังตัวอย่าง

“...ทำเพื่อพ่อแม่ ให้พ่อแม่ภูมิใจ หากเราสอบ

ผ่านก็เป็นความภาคภูมิใจของตัวเอง...”

“... การสอบผ่านเพื่อทำงานอย่างสมศักดิ์ศรี เป็นเป้าหมายให้เกิดแรงบันดาลใจ...”

“...ความภูมิใจในตนเอง เพื่อความก้าวหน้าในการทำงาน และชื่อเสียงของคณะ...”

2.2 เพื่อรายได้ที่เพิ่มขึ้น และเป็นการเริ่มต้นที่ดีในการประกอบวิชาชีพ ดังตัวอย่าง

“...เพื่อค่าใบประกอบวิชาชีพที่มีค่าตอบแทนเป็นตัวเอง...”

“...เริ่มต้นดีมีชัยไปกว่าครึ่ง การสอบรอบแรกผ่านเป็นการเริ่มต้นที่ดี มีภาระงานที่ดี...”

2.3 มีแรงผลักดันจากรุ่นพี่ และเพื่อน ดังตัวอย่าง

“...พี่ทำได้เราก็ต้องทำให้ได้ รุ่นพี่ทำให้เกิดความกดดันต้องทำให้มากกว่า...”

“...ต้องการให้สอบผ่านไม่ยอมสอบตก กลัวได้คะแนนน้อย อายเพื่อน...”

2.4 เพื่อชื่อเสียงของวิทยาลัยและอาจารย์ ดังตัวอย่าง

“...ต้องการเห็นรอยยิ้มของอาจารย์ และเพื่อนๆ การมีชื่อเสียงของวิทยาลัย...”

“...ได้เห็นความทุ่มเท พยายามของอาจารย์แล้วไม่ยอมให้อาจารย์ผิดหวัง...”

แรงบันดาลใจ^๘ (Inspiration) เป็นปัจจัยเสริมความรู้สึกที่เป็นแรงกระตุ้นทางอารมณ์หรือจิตใจ ที่ทำใ้บุคคลลงมือทำ หรือรู้สึกต่ออะไรบางอย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเริ่มทำสิ่งใหม่ ความรู้สึกของนักศึกษาจากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าทุกเรื่องเป็นความรู้สึกในทางบวกที่เสริมแรงให้นักศึกษาเตรียมตัวสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ สอดคล้องกับการสรุปผลของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งที่พบว่า การเตรียมความพร้อมของนักศึกษาเพื่อการสอบขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพ มีแนวปฏิบัติที่ดี 4 เรื่องคือ 1) แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับศิษย์เก่า 2) นักศึกษาความร่วมมือในการวางแผนทางรูปแบบในการเตรียมตัวด้านความรู้เพื่อให้เกิดความพร้อม 3) เตรียมความพร้อมอย่างจริงจังในเสมือนสอบจริง 4) ฝึกการทำและวิเคราะห์ข้อสอบให้มาก^๙ รวมทั้งผลการวิจัยเรื่องกระบวนการทบทวนความรู้และ



ปัจจัยสู่ความสำเร็จในการสอบประมวลความรู้และสอบขึ้นทะเบียนใบประกอบวิชาชีพที่พบว่าปัจจัยส่งเสริมการทบทวนความรู้ ได้แก่ การตั้งเป้าหมายและให้รางวัลเมื่อทำได้ การทบทวนความรู้ของอาจารย์ การประชุมปรึกษากับอาจารย์ขณะขึ้นฝึกวิทยานิพนธ์ การชี้แนะของเพื่อน คำพูดของเพื่อน¹⁰

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพได้นำมาพัฒนาแนวปฏิบัติที่มีอยู่เดิมตั้งแต่ปีการศึกษา 2544-2555 ให้เป็นแนวปฏิบัติที่มีความต่อเนื่องสัมพันธ์กันแล้วนำมาใช้ในปีการศึกษา 2556 เพื่อเป็นแนวปฏิบัติในการเตรียมความพร้อมเพื่อสอบรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพของคณะพยาบาลศาสตร์ต่อไป ดังสรุปในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเป็นแนวปฏิบัติในการเตรียมความพร้อมเพื่อสอบรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

ผลการวิเคราะห์	แนวปฏิบัติ
<p>1.ทัศนคติของนักศึกษาชั้นปีที่ 4</p> <p>มิติด้านศักยภาพ (Potency)ที่เป็นจุดแข็ง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) คาดหวังต่อการสอบผ่าน 8 วิชาในครั้งแรก 2) ได้รับแรงสนับสนุนกำลังใจจากครอบครัวคนใกล้ชิด 3) ประเมินตนเองตามที่เป็นจริง 4) เร่งรัดตัวเองให้สอบผ่านวิชาที่ตกและ 5) ความพยายามในการหาวิธีชนะอุปสรรค 	<p>คงกิจกรรมฝึกทำข้อสอบ 8 วิชาที่มีแต่เดิม และพัฒนาเป็น</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) จากระบบกระดาษเป็นระบบ e-learning ที่นักศึกษาเข้าถึงได้ไม่จำกัดเวลาและสถานที่ 2) เพิ่มการสอบ 8 วิชา ให้เป็น Pre-test 3) นักศึกษาใช้คะแนนPre-test เป็นเกณฑ์ในการพัฒนาตนเอง
<p>มิติด้านกิจกรรม (Activity)ที่เป็นจุดอ่อน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)ได้อ่านหนังสือสาระทบทวนก่อนทำข้อสอบ 2)ได้อ่านสาระความรู้จากเอกสาร/ตำราก่อนทำข้อสอบ 3) จัดการเวลาให้ทำกิจกรรมทันเวลา 4)ได้ทบทวนความรู้เพื่อเตรียมสอบขณะฝึกภาคปฏิบัติ 5)จัดการเวลาให้ทำข้อสอบได้อย่างต่อเนื่องและ การแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 5-6 คน ร่วมกันทบทวน 	<ol style="list-style-type: none"> 1) ปรับปรุงแผนการศึกษาจากเดิม 2 สัปดาห์เป็น 4สัปดาห์เพื่อการเตรียมความพร้อมทบทวนความรู้โดยอาจารย์ภายในคณะเฉพาะรายวิชาที่มีผล Pre-testผ่านต่ำกว่าเกณฑ์ 2) เพิ่มการสอบ 8 วิชา เป็น Post-testและใช้คะแนนเป็นเกณฑ์ในการพัฒนาตนเองเพื่อสอบรวบยอด 3)นักศึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาตั้งเป้าหมายร่วมกันก่อนสอบรวบยอด
<p>2.แรงบันดาลใจนักศึกษาในการสอบผ่านเพื่อบุคคลที่รัก</p> <p>สมศักดิ์ศรีกลัวอายเพื่อน ความภาคภูมิใจตนเอง ได้รับเงินค่าใบอนุญาตฯ เริ่มต้นดีมีชัยกว่าครึ่ง มีแรงกดดันจากรุ่นพี่ และเพื่อวิทยาลัยและอาจารย์</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1)นักศึกษาที่ผลการสอบรวบยอดต่ำกว่าเกณฑ์ทบทวนความรู้เข้มข้น 2)ทดลองจัดค่ายนอกวิทยาลัยมีรุ่นพี่มาให้คำแนะนำ 3) นักศึกษาทุกคนได้รับบัตรอวยพรจากอธิการบดีและของขวัญเตรียมสอบจากอาจารย์ 4) มอบรางวัลความสำเร็จแก่นักศึกษาที่สอบรวบยอดผ่านในพิธีสำเร็จการศึกษา



ผลการวิจัยยังพบว่าการปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จเตรียมความพร้อมของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ มีความสอดคล้องกับแนวปฏิบัติที่ดี ในการเตรียมนักศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยา¹¹ ด้วย “กลยุทธ์ 7 ประการสู่ความสำเร็จ” ซึ่งประกอบด้วย 1) ตรวจสอบความพร้อมโดยการทดสอบความรู้พื้นฐานของนักศึกษา 2) ชักซ้อมความเข้าใจ นักศึกษาทำความเข้าใจ Concept ที่สำคัญ 3) วิเคราะห์แยกแยะใช้ตัวอย่างข้อสอบตาม blueprint สภาการพยาบาลให้นักศึกษาฝึกทำ 4) เสนอแนะแนวทางโดยสื่อต่างๆ เพื่อศึกษาด้วยตนเอง 5) ประเมินความเสี่ยงและประเมินความพร้อมในการสอบสภาการพยาบาล 6) หลีกเลี่ยงข้อผิดพลาด และ 7) สร้างเสริมความปรารถนาและให้กำลังใจ โดยจัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

1. ทศนคติของนักศึกษาในการร่วมกิจกรรมเตรียมความพร้อมเพื่อสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตฯ พบว่า นักศึกษามีทัศนคติทางบวกในด้านการจัดการตนเอง คาดหวังต่อการสอบผ่านในครั้งแรก มีความพยายามในการหาวิธีชนะอุปสรรคโดยได้รับแรงสนับสนุนกำลังใจจากครอบครัวคนใกล้ชิด และกิจกรรมที่ปฏิบัติได้ไม่เต็มที่ ได้แก่ การอ่านสาระความรู้จากเอกสาร/ตำราเก่าก่อนทำข้อสอบ จัดการตนเองให้ทำกิจกรรมทันเวลาและทำข้อสอบได้อย่างต่อเนื่อง นำไปสู่ข้อเสนอแนะในการจัดแผนการศึกษาหลัก (Master Plan) และการจัดเวลาให้นักศึกษาได้เตรียมตัวอย่างเพียงพอ

2. แรงบันดาลใจของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ พบว่านักศึกษามีแรงบันดาลใจในการสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเพื่อบุคคลที่รัก ความภาคภูมิใจตนเอง มีรายได้เพิ่มขึ้นเริ่มต้นการทำงานที่ดี มีแรงกดดันจากรุ่นพี่และเพื่อน และเพื่ออาจารย์และชื่อเสียงของวิทยาลัย สามารถนำข้อค้นพบไปใช้ในการคัดสรรปัจจัยเสริม ที่มีเป็นแรงกระตุ้นทางจิตใจหรือ

ทำให้นักศึกษารู้สึกมุ่งมั่นต่อเป้าหมายตนเอง รวมทั้งขยายผลสู่กิจกรรมนักศึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมให้มั่นใจตนเอง

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

นำผลวิจัยมาใช้ประโยชน์ดังนี้

1. สำหรับคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ 1) เริ่มเตรียมความพร้อมเร็วขึ้นตั้งแต่ชั้นปีที่ 3 2) พัฒนารูปแบบการเรียนที่เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ในวิชาการพยาบาลตั้งแต่ชั้นปีที่ 2 โดยอิงขอบเขตเนื้อหาของสภาการพยาบาล และ 3) วิจัยเรื่องการพยากรณ์ผลการสอบรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพจากผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้วิชาการพยาบาลและผลงานวิธีการเรียนแบบนำตนเอง

2. สำหรับคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันเอกชนและสถาบันอื่น คือ สร้างความร่วมมือในการเตรียมความพร้อมร่วมกัน เช่น แลกเปลี่ยนอาจารย์ที่มีความชำนาญเป็นผู้ทบทวนความรู้ รวบรวมแบบทดสอบที่มีคุณภาพในเว็บไซต์ของสถาบันอุดมศึกษาเอกชน สาขาพยาบาลศาสตร์ที่เข้าถึงได้ง่าย ร่วมกันผลิตหนังสือสรุปสาระสำคัญของเนื้อหาวิชาที่สอบทั้ง 8 วิชา สร้างเครือข่ายกับสถาบันพยาบาลอื่นๆ ให้เป็นส่วนหนึ่งของเกณฑ์ตัวบ่งชี้ประกันคุณภาพการศึกษาเรื่องการเตรียมความพร้อมนักศึกษาด้านวิชาการต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สภาการพยาบาลสำนักมาตรฐานการศึกษาพยาบาลและผดุงครรภ์. คู่มือการรับรองสถาบันการศึกษาวิชาการพยาบาลและการผดุงครรภ์. นนทบุรี: สภาการพยาบาล; 2556.
2. สุวีร์ ชันธรักรักษ์วงศ์, ละเอียต แจ่มจันทร์. การติดตามสถานะภาพบัณฑิตพยาบาลหลังสำเร็จการศึกษา 1 ปี ในรายงานสรุปผลการดำเนินงานประกันคุณภาพการศึกษาปีการศึกษา 2552. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพรัตน์วชิระ; 2553.



3. ละเอียด แจ่มจันทร์. รายงานผลการโครงการหนังสือสาระทบทวนการบริหารเครือข่ายวิทยาลัยภาคกลาง 1 พ.ศ. 2550-2553 ในเอกสารประกอบการประชุมผู้บริหารสถานศึกษา. นนทบุรี:สถาบันพระบรมราชชนกกระทรวงสาธารณสุข; 2553.
4. Ajzen I. The theory of planned behavior: Some unresolved issues. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 1991,50;199-211.
5. แบบวัดเจตคติแบบออสกูด [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2557]. เข้าถึงได้จาก: [http:// ict.moph.go.th/km-moph/document/ ResearchInstruments.pdf](http://ict.moph.go.th/km-moph/document/ResearchInstruments.pdf).
6. ความหมายของทัศนคติ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2557]. เข้าถึงได้จาก: [http:// th.wikipedia.org/wiki/ทัศนคติ](http://th.wikipedia.org/wiki/ทัศนคติ).
7. พรทิพา ทักษิณ, ศุภกรใจ เจริญสุข, อุบลสุทธิเนียม. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนการเตรียมความพร้อมและผลการสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งของผู้สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสลบุรี. *วารสารสภาการพยาบาล*. 2554; 26(3):117-28.
8. ความหมายของแรงบันดาลใจ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2557]. เข้าถึงได้จาก ([http:// www.oxforddictionaries.com/definition/English/ inspiration](http://www.oxforddictionaries.com/definition/English/inspiration)).
9. มัณฑนา ดำรงค์ศักดิ์. องค์ความรู้ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เตรียมความพร้อมของนักศึกษาเพื่อการสอบขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพ [อินเทอร์เน็ต]. 2553. [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2557]. เข้าถึงได้จาก: [http://km.tu.ac.th/wpcontent/ uploads/2013/01/ Major_Health_Nurse_prestudent.pdf](http://km.tu.ac.th/wpcontent/uploads/2013/01/Major_Health_Nurse_prestudent.pdf) (Thamasart).
10. วรณีย์ จันทร์สว่าง, พัชรี คมจักรพันธ์, ศิริวรรณ พิริยะคุณธร, อภรณ์ทิพย์ บัวเพชร. กระบวนการทบทวนความรู้และปัจจัยสู่ความสำเร็จในการสอบประมวลความรู้และสอบขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพ. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*; 2553.3(1): 55-7.
11. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบหา. การจัดการความรู้เรื่อง แนวปฏิบัติที่ดีในการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาสู่วิชาชีพพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://web.bcnpy.ac.th/qa/images/stories/qa55/km1/4.pdf>



ข้อกำหนดการส่งผลงานลงตีพิมพ์และคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

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

ข้อกำหนด

การตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขมีข้อกำหนดดังต่อไปนี้

1. เป็นผลงานวิชาการในสาขาการพยาบาล, การสาธารณสุข หรือสาขาที่เกี่ยวข้อง เขียนด้วยภาษาไทย
2. เป็นผลงานวิชาการที่ไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อน
3. เป็นผลงานวิชาการที่ผู้ทรงคุณวุฒิตามที่กองบรรณาธิการคัดสรรไม่น้อยกว่า 2 คน ลงความเห็นว่าเป็นผลงานมีคุณภาพสมควรลงตีพิมพ์ในวารสาร
4. กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาการลงตีพิมพ์ในวารสารภายหลังจากกองบรรณาธิการได้พิจารณาผลงานวิชาการในเบื้องต้นแล้ว
5. หากผลงานวิชาการใดได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ เจ้าของผลงานวิชาการจะต้องแก้ไขต้นฉบับให้เสร็จและส่งคืนกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนด มิฉะนั้น จะถือว่าสละสิทธิ์การตีพิมพ์
6. กองบรรณาธิการจะไม่ส่งคืนต้นฉบับและแผ่นซีดีข้อมูลให้แก่เจ้าของผลงานวิชาการ
7. ผลงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ การเตรียมต้นฉบับสำหรับการเขียนบทความวิชาการ มีดังนี้

1. บทคัดย่อ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (Abstract) พร้อมชื่อ-สกุล และสถานที่ทำงานของผู้แต่ง และไปรษณีย์ อีเลคทรอนิกส์ (E-mail) ของเจ้าของบทความ ทั้งนี้บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษจะต้องเขียนแยกหน้าและมีความยาวไม่เกินอย่างละ 1 หน้ากระดาษ A4 (สำหรับบทความวิชาการก็ควรเตรียมบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษด้วยเช่นเดียวกัน)
2. คำสำคัญ (Keyword) ให้ผู้เขียนพิจารณาคำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ
3. บทนำและวัตถุประสงค์ เป็นการเขียนความเป็นมาหรือความสำคัญและวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย หรือของการเขียนบทความวิจัย
4. วิธีดำเนินการวิจัย เป็นการเขียนอธิบายกระบวนการทำวิจัยตามหลักระเบียบวิธี ส่วนการเขียนบทความวิชาการ หากเป็นไปได้ขอให้อธิบายกระบวนการได้มาซึ่งเนื้อหาหรือการสังเคราะห์ความรู้ที่ปรากฏในบทความ
5. ผลการวิจัย เป็นการเขียนผลการวิเคราะห์ข้อมูลหรือข้อค้นพบจากการวิจัย ในกรณีที่มีการนำเสนอข้อมูลด้วยตารางควรออกแบบตารางให้เหมาะสม จากนั้นทำการแทรกตาราง ไม่มีเส้นตั้ง ดังตัวอย่างข้างใต้ การนำเสนอข้อมูลให้นำเสนอข้อมูลที่จำเป็น ชื่อของตารางควรเขียนให้กระชับและวางไว้ด้านบนของตาราง การอธิบายข้อมูลควรหลีกเลี่ยงการกล่าวซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง



ตัวอย่างการเขียนตาราง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	34	0.55
หญิง	28	0.45
การสูบบุหรี่		
เคย	23	0.37
ไม่เคย	39	0.63

6. สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ เป็นการอธิบายทำไมผลการวิจัยจึงเป็นอย่างนี้ สิ่งที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายด้วยหลักการหรือทฤษฎีใดบ้าง ผลการวิจัยสอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลการวิจัยของคนอื่นหรือไม่อย่างไร ทั้งนี้ในการอภิปรายควรสนับสนุนด้วยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการเขียนข้อเสนอจากการวิจัย ควรเขียนข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้หรือสำหรับการทำวิจัยในอนาคต ทั้งนี้ข้อเสนอแนะควรสืบเนื่องจากข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ ไม่ใช่ข้อเสนอแนะตามหลักการโดยทั่วไป

7. การใช้ภาษาไทย ให้ยึดหลักการใช้คำตามราชบัณฑิตยสถาน พยายามหลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทย ยกเว้นกรณีจำเป็น หลีกเลี่ยงการใช้คำยืมนอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน

8. ในการใช้เอกสารอ้างอิงขอให้อ้างอิงจากเอกสารที่ทันสมัยไม่เกิน 10 ปี และเป็นเอกสารวิชาการมีความน่าเชื่อถือ มีชื่อผู้แต่งปรากฏอย่างชัดเจน ควรอ้างอิงจากเอกสารที่เป็นต้นตอของข้อมูล และบทความใดที่มีการตรวจสอบพบว่าเข้าข่าย Plagiarism จะถูกตัดสิทธิ์ในการพิจารณาลงตีพิมพ์

9. ภาพประกอบที่ต้องการตีพิมพ์ต้องส่งเป็นไฟล์ .jpg แต่ภาพในวารสารที่ตีพิมพ์แล้วจะเป็นภาพขาวดำเท่านั้น ถ้าเป็น artwork เขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษมันสีขาว มีหมายเลขกำกับพร้อมทั้งลูกศรแสดงตำแหน่งบนของภาพ และมีคำบรรยายใต้ภาพ หากเป็นภาพที่มีลิขสิทธิ์ ต้องมีการอ้างอิงด้วย

10. การตั้งค่านำกระดาษ ให้ตั้งค่านำกระดาษ A4 จัดหน้าให้มีช่องว่างด้านบน 1 นิ้ว ด้านล่าง 1 นิ้ว ด้านซ้าย 1.25 นิ้ว ด้านขวา 1 นิ้ว อักษรที่ใช้ในการพิมพ์ให้ใช้ฟอนต์ TH Niramit AS ขนาด 16 และ single space และมีเนื้อหารวมเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 15 หน้า

11. ในการพิมพ์แต่ละย่อหน้าให้พิมพ์ต่อเนื่องกันไปจนจบย่อหน้า ไม่กด Enter ในระหว่างย่อหน้า และในการเว้นวรรคระหว่างประโยคหรือคำเดี่ยว ให้ใช้เว้นวรรคใหญ่ หรือมีขนาด 2 เท่าของตัว ก หรือเท่ากับ 2 เคาะ

12. ขนาดและรูปแบบการพิมพ์ ให้ใช้ดังนี้



รายการ	ลักษณะ	รูปแบบการพิมพ์	ขนาด
ชื่อบทความ	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18
ชื่อผู้เขียนบทความ* (ไทยและอังกฤษ)	ตัวเอน	ชิดขวา	16
บทคัดย่อ	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18
Abstract	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18
สถานที่ทำงานของผู้เขียนบทความ (ท้ายหน้า)	ตัวปกติ	ใช้การแทรกเชิงอรรถ (Foot note)	14
หัวข้อใหญ่	ตัวหนา	ชิดซ้าย	18
หัวข้อย่อย	ตัวหนา	ย่อหน้า 8 ตัวอักษร	16
หัวข้อย่อย	ตัวปกติ	ใช้หมายเลขกำกับ และย่อหน้า 8 ตัวอักษร	16
เนื้อหาของบทคัดย่อและบทความ	ตัวปกติ		16
การเน้นข้อความในบทความ	ตัวปกติ	ตัวหนา หรือ ตัวเอียง	16
ข้อความในตาราง	ตัวปกติ	ข้อความให้ชิดซ้าย ส่วนตัวเลขให้ชิดขวา	14-16
ตัวเลขอ้างอิง	superscript	ตัวยกทำยข้อความ	16
เอกสารอ้างอิง	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	16

13. การเขียนอ้างอิง ให้ใช้ระบบการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) โดยการอ้างอิงที่แทรกในเนื้อหา (in-text citation) ให้นำตัวเลขอารบิกแสดงลำดับของเอกสารอ้างอิงมารวบรวมเขียนไว้ที่ท้ายเนื้อหาส่วนที่มีการอ้างอิงและใช้ตัวยก และเรียงลำดับหมายเลข 1,2,3 ... ตามที่ปรากฏในเนื้อหา ไม่เว้นช่วงตัวอักษร (เช่น เนื้อหา^{1,2}) หากมีการอ้างอิงเอกสารมากกว่าหนึ่งแหล่งและมีลำดับต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายติดลบ (-) เชื่อมระหว่างเอกสารชิ้นแรกถึงชิ้นสุดท้าย แต่หากลำดับเอกสารไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายจุดภาคคั่นตัวเลข (เช่น เนื้อหา^{1-3,6,9}) และตัวเลขที่แสดงเอกสารอ้างอิง จะต้องตรงกับรายการเอกสารอ้างอิงในท้ายบทความ

การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ท้ายบทความ ให้อ้างอิงตามหมายเลขที่ใช้ในอ้างอิงแบบแทรกเนื้อหาและเรียงลำดับต่อเนื่องกันโดยไม่แยกประเภทและภาษาของเอกสารอ้างอิง และขอให้พิมพ์ต่อเนื่องกันไปจนจบแต่ละเอกสาร โดยไม่กด Enter ระหว่างกลาง สำหรับตัวอย่างของการเขียนเอกสารอ้างอิงที่ใช้บ่อย ได้แก่



ก. การอ้างอิงบทความจากวารสาร ถ้าผู้แต่งเป็นชาวต่างประเทศ ให้เขียนชื่อสกุลขึ้นก่อน เว้นวรรคตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่มีเครื่องหมายใดๆ ขึ้น หากผู้แต่งเป็นคนไทยให้เขียนแบบภาษาไทยโดยเขียนชื่อและนามสกุลเป็นคำเต็ม ถ้าผู้แต่งมีหลายคนแต่ไม่เกิน 6 คนให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (.) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายให้ใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.) หากผู้แต่งมีมากกว่า 6 คนให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค และตามด้วยคำว่า et al. (หรือคำว่า “และคณะ” หากผู้แต่งเป็นคนไทย) ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากวารสาร เช่น

1. ปาริณช พรเจริญ, นิภาวรรณ สามารถกิจ, ภาวนา กীরติยุดวงศ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2558;25(2):130-43.
2. Kaewprom C, Curtis J, Deane FP. Factors involved in recovery from schizophrenia; a qualitative study of Thai mental health nurses. Nursing and Health Science. 2011;13:323-7.

สำหรับบทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิทัล (Digital Object Identifier: DOI) ให้ระบุรหัสประจำบทความ เช่น

3. Mookadam F. Social support and its relationship to Morbidity and Mortality After Acute Myocardial Infarction. Arch Intern Med 2004;164(14):1514-8. doi:10.1001/archinte.164.14.1514.

ข. การอ้างอิงจากหนังสือ การเขียนชื่อผู้แต่งหนังสือให้ใช้ชื่อกำหนดเดียวกับชื่อผู้แต่งวารสาร ชื่อหนังสือให้ใช้ตัวอักษรตัวใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของชื่อหนังสือและชื่อเฉพาะ นอกนั้นเป็นอักษรตัวเล็กหมด ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากหนังสือ เช่น

4. Janeway CA, Travers P, Walport M, Shlomchik. Immunobiology. 5th ed. New York: Garland Publishing; 2001
5. วรพจน์ วงศ์กิจรุ่งเรือง, อธิป จิตตฤกษ์. ทักษะแห่งอนาคตใหม่: การศึกษาเพื่อศตวรรษที่ 21. กรุงเทพฯ: Open World; 2554.
6. ไพรัตน์ พุกษาศาติคุณากร, บรรณธิการ. จิตเวชศาสตร์. เล่ม 1. เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์; 2534.
7. เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจินดา, วินัย สุวัตถิ, อรุณ วงษ์จิรายุทธ์, ประอร ชวลิตธำรง, พิภพ จิรปัญญา, บรรณธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424-78.

ค. การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ ให้ระบุประเภทหรือระดับปริญญาในวงเล็บเหลี่ยม เมืองที่ตั้งของมหาวิทยาลัยชื่อมหาวิทยาลัย และปีที่ได้ส่งเล่มวิทยานิพนธ์ ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ เช่น



8. ภัทรพล มูลแจ่ม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2552.

ง. การอ้างอิงจากฐานข้อมูลบนอินเทอร์เน็ต ให้ระบุคำว่า [อินเทอร์เน็ต] ที่ท้ายชื่อเอกสาร ระบุวันที่เปิดเอกสารโดยใช้คำว่า “เข้าถึงเมื่อ” ในวงเล็บเหลี่ยม และที่อยู่ของข้อมูลในอินเทอร์เน็ตโดยใช้คำว่า “เข้าถึงได้จาก” ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากฐานข้อมูลบนอินเทอร์เน็ต เช่น

9. เณสิมรัตน์ เพียรพืงตน, เนตรชนก พฤตติสาร, พชรภรณ์ ชูชาติ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการออกกำลังกายของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่อาศัยอยู่ในโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 14 พฤศจิกายน 2558]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.med.nu.ac.th/chem/New%20Folder%20\(2\)/New%20Folder/Research/Download/Research/7/7-2/exercise.pdf](http://www.med.nu.ac.th/chem/New%20Folder%20(2)/New%20Folder/Research/Download/Research/7/7-2/exercise.pdf)
10. Olsen NC. Self-reflection: Foundation for meaningful nursing practice [internet]. 2015 [cited 2015 Nov 14]. Available from: http://www.reflectionsonnursingleadership.org/Pages/Vol39_2_Olsen_Nightingale.aspx

ส่วนเอกสารอ้างอิงในรูปแบบอื่นๆ ขอให้ผู้เขียนศึกษาเพิ่มเติมได้จากหลักการเขียนอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ของคู่มือช่วยช่างค์ จากหอสมุดวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การส่งต้นฉบับ

ส่งต้นฉบับพิมพ์ 2 ชุด พร้อมแผ่นซีดีข้อมูล 1 แผ่น และแบบเสนอผลงานวิชาการเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข (สามารถ download ได้จาก website ของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข www.tnaph.org หัวข้อ วารสาร) หากเป็นบทความวิจัยจากวิทยานิพนธ์ ต้องผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ก่อน และแนบใบรับรองของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์มาด้วย ส่งเอกสารด้วยตนเอง ทางไปรษณีย์หรือไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ 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 : 02-590-1834 , 086-155-6862
e-mail : sukjai66@yahoo.com
2. รองบรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
ดร.เชษฐา แก้วพรม โทรศัพท์/โทรสาร : 02-590-1834 , 083-077-2361
e-mail : wlg2552@gmail.com
3. ผู้จัดการ/ผู้ประสานงาน วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
นางสาวใบศรี นวลอินทร์ โทรศัพท์/โทรสาร : 02-590-1834
e-mail : n.tnaph@gmail.com

.....



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 บทความปริทรรศน์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผลงานนี้ เป็นผลงานของข้าพเจ้าเพียงผู้เดียว

เป็นผลงานของข้าพเจ้าและผู้ที่เราขอชื่อในผลงาน

ผลงานนี้ยังไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และจะไม่นำส่งไปเพื่อพิจารณาลงตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ

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 โปรตระกูล ปี พ.ศ.....
 ที่อยู่เลขที่.....ซอย.....ถนน.....
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

2. ระยะเวลาที่บอกรับ กำหนดการออกปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

1 ปี ค่าสมาชิก 300.00 บาท (3 เล่ม)

2 ปี ค่าสมาชิก 600.00 บาท (6 เล่ม)

การชำระเงิน ชำระโดย เงินสด ตั๋วแลกเงินไปรษณีย์

ธนาคารดีลิ่งจ่าย ในนาม สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
 สั่งจ่าย ณ ที่ทำการไปรษณีย์ ปณฝ. กระทรวงสาธารณสุข

โอนเงินสดผ่านบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขากระทรวงสาธารณสุข

ชื่อบัญชี : สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

เลขที่บัญชี : 340-202333-5

(ขอให้ส่งหลักฐานการโอนเงิน แนบมาพร้อมใบสมัคร ทุกครั้ง)

ขอให้ออกใบเสร็จในนาม.....

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

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

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