



บทความวิชาการ

- ➔ การเขียนตำราและหนังสือเพื่อขอตำแหน่งทางวิชาการ
- ➔ นวัตกรรมบริการสุขภาพ: บทบาทที่ทำนายของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ตามนโยบายไทยแลนด์ 4.0
- ➔ การประยุกต์ใช้แนวคิดจิตตปัญญาศึกษาบูรณาการกับวิธีการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักในหัวข้อ คัดสรรรายวิชาจริยศาสตร์และกฎหมายวิชาชีพทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล
- ➔ บทบาทพยาบาลกับการดูแลเด็กที่ติดเชื้อไวรัส RSV

บทความวิจัย

- ➔ ผลของการใช้กระบวนการจิตตปัญญาศึกษาต่อการตระหนักรู้ในตนเองและการร่วมรู้สึกกับผู้อื่น ของนักศึกษาพยาบาล
- ➔ การรับรู้ภาระงานสัมพันธ์ภาพในงานการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพโดยมีอิทธิพลเป็นตัวแปรกำกับ
- ➔ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติด้านการรู้คิดหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ
- ➔ ภาวะพลัดพรากของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี
- ➔ ผลของการใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด
- ➔ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา
- ➔ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเตอร์เน็ตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี
- ➔ การพัฒนาสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอดสำหรับนักศึกษาพยาบาล
- ➔ การพัฒนาชุมชนเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ: โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาโพธิ์ อำเภอบึงสามพัน อุดรธานี
- ➔ ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบบริการระยะยาวกรุงเทพมหานคร
- ➔ ความแตกฉานด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- ➔ ผลของโปรแกรมการพัฒนาการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อคุณภาพการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดชัยนาท
- ➔ การพัฒนาโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ในรายวิชาการศึกษาอิสระ



สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ตึก 4 ชั้น 7 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

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

พิมพ์ที่ : บริษัท ยุทธธรรมาการพิมพ์ จำกัด

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
Nursing Journal of the Ministry of Public Health

วัตถุประสงค์

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขจัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการด้านการพยาบาลทุกสาขาและการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

ชื่อวารสาร

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

ขอบเขต

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

กำหนด

ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม
ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

บทความและรายงานวิจัยในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มิใช่ของคณะผู้จัดทำ และมีใช้ความรับผิดชอบของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

อัตราการลงโฆษณาในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

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

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 30 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2563 ISSN 2673-0693

คณะที่ปรึกษา

ดร. ดารافر คงจา

ดร. อีรพร สติธอังกูร

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข

บรรณาธิการ

ดร. ศุภรใจ เจริญสุข

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

กองบรรณาธิการ

ดร. เชษฐา แก้วพรม

ดร. นุสรุา ประเสริฐศรี

ดร. บุญเตือน วัฒนกุล

ผศ.ดร. จิราพร วัฒนศรีสิน

ผศ.ดร. ละเอียด แจ่มจันทร์

รศ.ดร. พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์

ผศ.ดร. นิภาวรรณ สามารณกิจ

ดร. อุษณีย์ เทพวรชัย

ผศ.ดร. นิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์

ดร. สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์

ดร. กิรติ กิจธีระวุฒิมงษ์

ผศ.ดร.ภก. วินัย สยอวรรณ

ผศ.ดร. โสเพ็ญ ชูนวล

ดร. โสภภาพันท์ สอาด

Dr. Paul Alexander TURNER

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น ลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

St.Francis Xavier School

ผู้จัดการ/เลขาธิการ

นางสาวไบศรี นวลอินทร์ สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

เจ้าของ

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตึก 4 ชั้น 7

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ / โทรสาร 02-590-1834

www.tnaph.org, Email : n.tnaph@gmail.com



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้กลั่นกรองบทความวิชาการ/วิจัย
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 30 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2563 ISSN 2673-0693

- | | |
|---|---|
| 1. รศ.ดร.พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์ | คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 2. ผศ.ดร.ละเอียด แจ่มจันทร์ | คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ |
| 3. ผศ.ดร.วรรณวดี ฌัก | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 4. ผศ.ดร.ฐิติอาภา ตั้งคำวนิชย์ | คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซียงราย |
| 5. ผศ.ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ | คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 6. ผศ.สมศักดิ์ วงศ์वास | สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. ดร.พัชรี จันทรักษา | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ |
| 8. ดร.ศุภาพิชญ์ โพน โบร์แมนน์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 9. ดร.กัญญาณัฐ สาทธธณันย์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร |
| 10. ดร.พัธ ประภาวิชา | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ |
| 11. ดร.อัศวิน ต้นกุริมาน | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง |
| 12. ดร.ธีรพร สติธองกูร | กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข |
| 13. ดร.นุสรา ประเสริฐศรี | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ |
| 14. ดร.เชษฐา แก้วพรม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ |
| 15. ดร.คมวัฒน์ รุ่งเรือง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ |
| 16. ดร.เสน่ห์ ขุนแก้ว | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ |
| 17. ดร.ดลนภา ไชยสมบัติ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา |
| 18. ดร.รุ่งกาญจน์ วุฒิ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง |
| 19. ดร.อริญญา นามวงศ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา |
| 20. ดร.บุญสืบ โลโสเม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท |



วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 30 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2563 ISSN 2673-0693

สารบัญ

บทความวิชาการ

- การเขียนตำราและหนังสือเพื่อขอตำแหน่งทางวิชาการ.....1
- นวัตกรรมบริการสุขภาพ: บทบาทที่ท้าทายของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน.....10
ตามนโยบายไทยแลนด์ 4.0
- การประยุกต์ใช้แนวคิดจิตตปัญญาศึกษาบูรณาการกับวิธีการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก.....23
ในหัวข้อคัดสรรรายวิชาจริยศาสตร์และกฎหมายวิชาชีพทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล
ช่วยเหลือครอบครัวเด็กที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง
- บทบาทพยาบาลกับการดูแลเด็กที่ติดเชื้อไวรัส RSV.....36

บทความวิจัย

- ผลของการใช้กระบวนการจิตตปัญญาศึกษาต่อการตระหนักรู้ในตนเองและการร่วมรู้สึกกับผู้อื่น.....46
ของนักศึกษาพยาบาล
- การรับรู้ภาระงานสัมพันธ์สภาพในงานการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในงาน.....58
ของพยาบาลวิชาชีพโดยมีอิทธิพลที่เป็นตัวแปรกำกับ
- ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติด้านการรู้คิดหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ..72
- ภาวะพลัมของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี.....83
- ผลของการใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด....93
- ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา.....104
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเตอร์เน็ตของนักเรียน.....121
มัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี
- การพัฒนาสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอดสำหรับนักศึกษาพยาบาล.....136
- การพัฒนาชุมชนเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ: โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาพุ อำเภอเพ็ญ อุดรธานี.....150
- ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบบริการระยะยาวกรุงเทพมหานคร.....164
- ความแตกฉานด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง.....177
- ผลของโปรแกรมการพัฒนาการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อคุณภาพการนิเทศงาน.....190
ของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดชัยนาท
- การพัฒนาโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ในรายวิชาการศึกษาอิสระ.....203



บรรณาธิการกล่าว

สวัสดีค่ะ...สมาชิกวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขและผู้สนใจทุกท่าน

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 2 ปีที่ 30 พฤษภาคม-สิงหาคม 2563 ซึ่งทั่วโลกยังมีการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ถึงแม้ประเทศไทยเราจะไม่มีรายงานผู้ติดเชื้อภายในประเทศ แต่ขอให้ทุกคนยังคงปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของรัฐบาลและใช้ชีวิตอย่างระมัดระวังแต่ไม่ตระหนกต่อการระบาดของโรค โดยใช้วิถีชีวิตใหม่ (New normal) และร่วมกันสร้างสรรค์ผลงานวิชาการจากการใช้ชีวิตวิถีใหม่ มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันกันนะคะ

บทความที่คัดเลือกมานำเสนอในวารสารฉบับนี้ ประกอบด้วย บทความวิชาการ 4 เรื่อง และบทความวิจัย ๑๓ เรื่อง บทความวิชาการเป็นบทความด้านการศึกษา 2 เรื่อง คือ “การประยุกต์ใช้แนวคิดจิตตปัญญาศึกษาบูรณาการกับวิธีการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักในหัวข้อคัดสรรรายวิชาจริยศาสตร์และกฎหมายวิชาชีพทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล” และ “การเขียนตำราและหนังสือเพื่อขอตำแหน่งทางวิชาการ” และด้านการพยาบาล 2 เรื่อง คือ “นวัตกรรมบริการสุขภาพ: บทบาทที่ทำนายของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ตามนโยบายไทยแลนด์ 4.0” และ “บทบาทพยาบาลกับการดูแลเด็กที่ติดเชื้อไวรัส RSV” สำหรับบทความวิจัย เป็นงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมากที่สุดทั้งในชุมชนและในคลินิก ได้แก่ “การพัฒนาชุมชนเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ: โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาโพธิ์ อำเภอบึงสามพัน” “ภาวะพลพลงของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี” “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบบริการระยะยาวกรุงเทพมหานคร” “ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา” และ “ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติด้านการรู้คิดหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ” รองลงมาเป็นวิจัยด้านการศึกษา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการใช้เทคโนโลยีในการจัดการศึกษา ได้แก่ “การพัฒนาสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด สำหรับนักศึกษาพยาบาล” “ผลของการใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด” “การพัฒนาโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ในรายวิชาการศึกษาอิสระ” และ “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเตอร์เน็ตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอมือง จังหวัดสุพรรณบุรี” แต่ยังมีวิจัยที่เน้นการพัฒนามิติภายในของนักศึกษา คือ “ผลของการใช้กระบวนการจิตตปัญญาศึกษาต่อการตระหนักรู้ในตนเอง และการร่วมรู้สึกกับผู้อื่นของนักศึกษาพยาบาล” ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องพัฒนาควบคู่ไปกับการก้าวหน้าทางเทคโนโลยี นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยด้านการบริหารการพยาบาลที่น่าสนใจ ได้แก่ “ผลของโปรแกรมการพัฒนาการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อคุณภาพการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดชัยนาท” และ “การรับรู้ภาระงานสัมพันธ์สภาพในงาน การสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีอิทธิพลที่เป็นตัวแปรกำกับ” บทความทุกเรื่องมีสาระที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์จึงขอเชิญชวนให้สมาชิกทุกท่านติดตามอ่านรายละเอียดด้านใน

ท้ายสุดนี้วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการทุกท่านที่ได้ร่วมกันกลั่นกรองบทความที่มีคุณภาพลงตีพิมพ์ในวารสาร ท่านที่สนใจส่งบทความลงตีพิมพ์ในวารสาร ขอให้ศึกษาคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์บนเว็บไซต์ของ Thaijo หรือ website ของสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นเจ้าของวารสารได้ วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขมุ่งมั่นจะเป็นเวทีให้พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และผู้สนใจได้แลกเปลี่ยนเผยแพร่ผลงานวิชาการที่มีคุณค่าเช่นนี้ต่อไป

ดร. สุกรใจ เจริญสุข

บรรณาธิการ



การเขียนตำราและหนังสือเพื่อขอตำแหน่งทางวิชาการ Writing Textbooks and Academic Books for Promoting Academic Positions

บุญทิพย์ สิริธรรังศรี¹

Boontip Siritarungsri¹

¹สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

¹School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

Corresponding author: Boontip Siritarungsri; Email: boontip.sir@stou.ac.th; boontip@gmail.com

Received: June 11, 2020 Revised: July 27, 2020 Accepted: July 27, 2020

บทคัดย่อ

ตำราและหนังสือ ถือเป็นมรดกทางวิชาการที่มีคุณค่า สะท้อนมโนทัศน์ของผู้เขียนในการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ และยังใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ตำราและหนังสือมีความแตกต่างกันบ้างในเนื้อหาที่นำเสนอและกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ประโยชน์ ผู้เขียนจึงต้องตัดสินใจว่าจะเขียนตำราหรือหนังสือเพื่อใช้ขอผลงานทางวิชาการ ซึ่งเริ่มจากการทบทวนตนเองว่ามีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องที่จะเขียนเพียงพอหรือไม่ โดยวิเคราะห์สิ่งที่ตนมีอยู่และที่ต้องศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม กลุ่มเป้าหมายที่จะอ่านเป็นใคร ที่สำคัญจะเขียนอย่างไรที่ให้อ่านได้รับความรู้และประสบการณ์ใหม่ เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองและอยากศึกษาค้นคว้าต่อไป อย่างไรก็ตาม การเขียนตำราและหนังสือเพื่อใช้ขอผลงานวิชาการ จำเป็นต้องนำเสนอในเชิงวิชาการทั้งเนื้อหาสาระ ภาษาเขียนและรูปแบบการเขียน โดยอาศัยศิลปะการถ่ายทอดองค์ความรู้ให้อ่านเสมือนกับนั่งเรียนรู้อยู่กับผู้เขียน จึงถือเป็นความท้าทายผู้เขียนในการเขียนตำราหรือหนังสือให้มีคุณสมบัติดังกล่าวและขอตำแหน่งทางวิชาการได้

คำสำคัญ: การเขียนทางวิชาการ; ตำรา; หนังสือ; ผลงานทางวิชาการ



Writing Textbooks and Academic Books for Promoting Academic Positions

Boontip Siritarungsri¹

¹School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

Corresponding author: Boontip Siritarungsri; Email: boontip.sir@stou.ac.th; boontip@gmail.com

Received: June 11, 2020 Revised: July 27, 2020 Accepted: July 27, 2020

Abstract

Having been used as evidence-based, textbooks or academic books are considered valuable academic achievements that reflect the authors' resourceful concepts on their resourceful knowledge and experiences. There are some differences between textbooks and academic books, in terms of contents presentation and target groups of benefits. The authors need to make decision which one; textbooks or academic books they would like to submit for promoting their academic positions. Startlingly, the authors review their knowledge or experiences related to the books' titles that they would like to write if they have enough resources to write it now, how much they had and how much they need to search more, as well as determine the target readers. Lastly, the important thing is how to write to enhance readers' new knowledge and experiences, self-learning, and having inquiry mind leading towards continuous study. However, writing textbooks and books for promoting academic positions, the authors are recommended to keep writing contents, style, and format in the academic way by using art in transfer body of knowledge to target readers as if they are sitting behind the authors. This is truly a challenge approach for the authors to produce qualified textbooks or academic books and to promote academic positions.

Keywords: academic writing; textbooks; academic books; academic positions



ความเป็นมาและความสำคัญ

การเขียนทางวิชาการในแต่ละศาสตร์อาจมีลีลาการนำเสนอที่แตกต่างกัน อาทิ งานเขียนทางสังคมศาสตร์มีการเรียงร้อยถ้อยคำ ความสละสลวยของเนื้อหาและภาษาที่ถ่ายทอด ในขณะที่งานเขียนด้านวิทยาศาสตร์เน้นกระบวนการพิสูจน์ ความมีเหตุมีผลและผลลัพธ์ที่ปรากฏ อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าจะเป็นงานเขียนในศาสตร์แขนงใด ต่างต้องมีหลักการ ขั้นตอน เทคนิค วิธีการและศิลปะในการเขียน ซึ่งต้องผ่านกระบวนการคิด การออกแบบ และการถ่ายทอดผ่านสื่อ ซึ่งอาจเป็นสื่อสิ่งพิมพ์หรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์ก็ได้ การเขียนตำราหรือหนังสือที่มีคุณภาพในระดับอุดมศึกษาและใช้ขอตำแหน่งทางวิชาการ ผู้เขียนต้องปฏิบัติตามแนวทางของประกาศ ก.พ.อ. เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการพิจารณาแต่งตั้งบุคคลให้ดำรงตำแหน่งผู้ช่วยศาสตราจารย์ รองศาสตราจารย์ และศาสตราจารย์ ซึ่งตามประกาศ ก.พ.อ. ปี พ.ศ. 2560 และ พ.ศ. 2563 ผู้เขียนสามารถใช้ตำราหรือหนังสือเพื่อเสนอขอตำแหน่งทางวิชาการได้ทุกระดับ

ตำราและหนังสือ เป็นสื่อที่สะท้อนถึงภูมิปัญญาของผู้เขียน รวมทั้งช่วยบ่งบอกถึงพัฒนาการและคุณค่าของศาสตร์นั้น ๆ ในแต่ละยุคสมัย สำหรับผู้เขียนเป็นครูพยาบาล ผลงานวิชาการที่เขียนส่วนใหญ่จึงเป็นเรื่องราวที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพ หรือเกี่ยวข้องกับการศึกษาพยาบาล เป็นงานเขียนที่ผสมผสานทั้งด้านวิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์ งานเขียนตำราหรือหนังสือทางการพยาบาลที่ดีจะต้องมีการถ่ายทอดเนื้อหาในเชิงวิทยาศาสตร์ที่เป็นเหตุเป็นผล มีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน และงานวิจัยอย่างรอบด้าน มีการศึกษาหรือตัวอย่างที่ช่วยทำให้ผู้อ่านเกิดจินตนาการ มีความคิดเชิงวิเคราะห์ สังเคราะห์ เกิดเป็นความรู้ใหม่หรือความรู้ต่อยอดได้ ตำราหรือหนังสือนั้นจึงช่วยส่งผลต่อการพัฒนาภูมิปัญญาของผู้อ่าน และพัฒนาคุณภาพของงานในวิชาชีพ รวมทั้งใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิชาการต่อไป ซึ่งการนำเสนอครั้งนี้ ผู้เขียนขอถ่ายทอดประสบการณ์ตรงในด้านการเขียนงานทางวิชาการที่ได้เรียนรู้ระหว่างทำงาน ณ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ตลอดระยะเวลา 35 ปี รวมทั้งเป็นวิทยากรการแต่งตำราหรือหนังสือให้คณาจารย์ในสถาบันอุดมศึกษามากกว่า 15 ปี โดยเสนอหลักการ ขั้นตอน เทคนิค วิธีการและศิลปะการเขียนตำราและหนังสือ ที่สามารถนำไปประยุกต์ได้กับงานเขียนทางวิชาการทุกประเภท

ความหมายของตำราหรือหนังสือเพื่อใช้ขอผลงานวิชาการ

ผู้เขียนที่ประสงค์จะเขียนตำราหรือหนังสือเพื่อขอตำแหน่งทางวิชาการ จำเป็นต้องรู้และเข้าใจความหมายของตำราหรือหนังสือ ตามประกาศ ก.พ.อ. เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการพิจารณาแต่งตั้งบุคคลให้ดำรงตำแหน่งผู้ช่วยศาสตราจารย์ รองศาสตราจารย์ และศาสตราจารย์ พ.ศ. 2560 หรือ พ.ศ. 2563 ดังนี้

ความหมายของตำรา (Textbooks) หมายถึง งานวิชาการที่ใช้สำหรับการเรียนการสอนทั้งวิชาหรือเป็นส่วนหนึ่งของวิชา ซึ่งเกิดจากการนำข้อค้นพบจากทฤษฎี จากงานวิจัยของผู้ขอ หรือความรู้ที่ได้จากการค้นคว้าศึกษา มาวิเคราะห์ สังเคราะห์รวบรวม และเรียบเรียง โดยมีมีโนทัศน์ที่ผู้เขียนกำหนดให้เป็นแกนกลาง ซึ่งสัมพันธ์กับมีโนทัศน์ย่อยอื่นอย่างเป็นระบบ มีเอกภาพ สัมพันธภาพและสอดคล้องตามหลักการเขียนที่ดี ใช้ภาษาที่เป็นมาตรฐานทางวิชาการ และให้ความรู้ใหม่อันเป็นความรู้สำคัญที่มีผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงต่อวงการวิชาการนั้น ๆ เนื้อหาสาระของตำราต้องมีความทันสมัยเมื่อพิจารณาถึงวันที่ผู้ขอยื่นเสนอขอตำแหน่งทางวิชาการ ทั้งนี้ ผู้ขอตำแหน่งจะต้องระบุวิชาที่เกี่ยวข้องในหลักสูตรที่ใช้ตำราเล่มที่เสนอขอ ตำแหน่งทางวิชาการด้วย ผลงานทางวิชาการที่เป็น “ตำรา” นี้ อาจได้รับการพัฒนาขึ้นจากเอกสารคำสอนจนถึงระดับที่มีความสมบูรณ์ที่สุด ซึ่งผู้อ่านอาจเป็นบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ผู้เรียนในวิชานั้น แต่สามารถอ่านและทำความเข้าใจในสาระของตำรานั้นด้วยตนเองได้โดยไม่ต้องเข้าศึกษาในวิชานั้น หากผลงานทางวิชาการที่เคยเสนอเป็นเอกสารประกอบการสอนหรือเอกสารคำสอนไปแล้ว จะนำมาเสนอเป็นตำราไม่ได้ เว้นแต่จะมีการพัฒนาจนเห็นได้ชัดว่าเป็นตำรา

ความหมายของหนังสือ (Academic books) หมายถึง งานวิชาการที่เกิดจากการค้นคว้าศึกษาความรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างรอบด้านและลึกซึ้ง มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์และเรียบเรียงอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วยมีโนทัศน์

หลักที่เป็นแกนกลางและมนต์ข่อยที่สัมพันธ์กัน มีความละเอียดลึกซึ้ง ใช้ภาษาที่เป็นมาตรฐานทางวิชาการ ให้ทัศนะของผู้เขียนที่สร้างเสริมปัญญาความคิดและสร้างความแข็งแกร่งทางวิชาการให้แก่สาขาวิชานั้น ๆ หรือสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง เนื้อหาของหนังสือไม่จำเป็นต้องสอดคล้องหรือเป็นไปตามข้อกำหนดของหลักสูตรหรือของวิชาใดวิชาหนึ่งในหลักสูตร และไม่จำเป็นต้องนำไปใช้ประกอบการเรียนการสอนในวิชาใดวิชาหนึ่ง เนื้อหาสาระของหนังสือต้องมีความทันสมัยเมื่อพิจารณาถึงวันที่ผู้เขียนเสนอขอ กำหนดตำแหน่งทางวิชาการ หากผลงานทางวิชาการที่เคยเสนอเป็นเอกสารประกอบการสอนหรือเอกสารคำสอน ไปแล้ว จะนำมาเสนอเป็นหนังสือไม่ได้

จากความหมายของตำราและหนังสือ แสดงให้เห็นถึงการขยายขอบเขตของสื่อการเรียนการสอนในรูปแบบตำราและหนังสือ ซึ่งต่างมีความแตกต่างกันตามกลุ่มเป้าหมายผู้อ่าน กล่าวคือ ตำราใช้สำหรับการเรียนการสอน ดังนั้น เนื้อหาที่นำเสนอจะมีความเกี่ยวพันเชื่อมโยงกับรายวิชาหรือชุดวิชาที่ศึกษา โดยผู้เขียนอาจขยายความรู้หรือเพิ่มเติมเนื้อหาที่สอนให้มีความลุ่มลึกขึ้น และให้ผู้เรียนใช้ประกอบการเรียนในรายวิชาหรือชุดวิชา ผู้เขียนตำราควรเป็นผู้มีความรู้และประสบการณ์ตรงในการสอนหรือทำวิจัยในเนื้อหาสาระที่เขียน และศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมตามคำจำกัดความของตำรา ในขณะที่การเขียนหนังสือจะไม่ได้มุ่งใช้ประกอบการเรียนการสอนในรายวิชาใด แต่อาจแนะนำให้ใช้ประกอบการเรียนการสอนได้หากเป็นประโยชน์ ผู้เขียนหนังสือควรเป็นผู้มีประสบการณ์ตรงในเรื่องที่เขียนอย่างลุ่มลึกและยาวนาน สามารถแสดงทัศนะผ่านงานเขียนที่สร้างเสริมปัญญาความคิด และความแข็งแกร่งทางวิชาการในสาขาวิชานั้น ๆ ผู้เขียนหนังสือควรนำเสนอเนื้อหาจากประสบการณ์ตรงของตนที่สั่งสมมานานไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60 - 70 ของเนื้อหาทั้งหมด

เมื่อเขียนเสร็จทั้งตำราและหนังสือ ต้องผ่านการอ่านของผู้เชี่ยวชาญในศาสตร์หรือเนื้อหาสาระที่เขียนนั้น ๆ (Peer review) จึงจะใช้ขอตำแหน่งทางวิชาการได้ตามเกณฑ์ และหากเป็นตำราควรให้ผู้เรียนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายได้ทดลองอ่านและนำมาปรับปรุง จะช่วยให้ตำรานั้น ๆ มีคุณภาพและเหมาะสมกับผู้เรียนมากขึ้น ในกรณีที่เป็นหนังสือควรมีการเผยแพร่มาแล้วไม่น้อยกว่า 4 เดือน และหากเป็นตำราควรมีการนำไปใช้จัดการเรียนการสอนมาแล้ว 1 ภาคการศึกษา จึงจะนำเสนอขอตำแหน่งทางวิชาการได้ ทั้งนี้ให้ยึดตามคำจำกัดความของการเผยแพร่ในเอกสารแนบท้ายประกาศ ก.พ.อ. พ.ศ. 2560 หรือ พ.ศ. 2563

หลักการและขั้นตอนการเขียนตำราหรือหนังสือ

หลักการการเขียนตำราหรือหนังสือ¹ จำเป็นต้องคำนึงหลักการ 4 ประการ ดังนี้

1. The purpose: why are you writing? ต้องมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนว่าจะเขียนตำรา หรือ หนังสือ เรื่องอะไร
2. The audience: who are you writing for? ต้องรู้ว่าเขียนขึ้นเพื่อใคร หรือใครเป็นผู้อ่าน เพราะเป้าหมายแต่ละกลุ่ม การนำเสนอเนื้อหาและลีลาการเขียนจะแตกต่างกัน
3. The types of writing: how would you describe the writing? เขียนอย่างไรดี ผู้อ่านจึงจะเข้าใจและบรรลุวัตถุประสงค์ หรือผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ต้องการ โดยเฉพาะการเขียนตำรา
4. The academic ethics: how would you do write without plagiarism? มีจริยธรรมในการเขียน เคารพผู้เขียนอื่น ไม่ละเมิดลิขสิทธิ์ และไม่โจรกรรมทางวิชาการ

ขั้นตอนการเขียนตำราหรือหนังสือ

เมื่อตัดสินใจว่าจะเขียนตำราหรือหนังสือ ต้องคำนึงถึงหลักการดังกล่าว และกระบวนการ ตลอดจนเทคนิคและวิธีการเขียน เพื่อให้ได้ตำราหรือหนังสือที่มีคุณภาพและมีชีวิตชีวา และสามารถนำไปขอผลงานทางวิชาการได้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน²⁻⁴ 1) การเลือกหัวข้อเรื่อง 2) การระดมความคิดจากความรู้ที่มีอยู่ในเรื่องที่จะเขียน และจะต้องหาเพิ่มเติม 3) การวางโครงร่างของตำราหรือหนังสือ และจัดกลุ่มให้เหมาะสม หากงานเขียนคนเดียวอาจหาผู้เชี่ยวชาญช่วยพิจารณาโครงร่างของตำรา และ 4) การลงมือเขียน แต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดดังนี้



1. การเลือกหัวข้อเรื่อง (Select a title or topic that you are writing about) การเลือกหัวข้อเรื่องนับเป็นเรื่องสำคัญ สิ่งที่เราควรคำนึงถึงประการแรก คือ ความรู้และประสบการณ์ของผู้เขียน และเรื่องที่จะเขียนควรเป็นสิ่งที่อยู่ในความสนใจของผู้อ่านซึ่งถือเป็นการตลาด ควรหลีกเลี่ยงการเขียนซ้ำกับเรื่องที่มีอยู่แล้วในท้องตลาด อย่างไรก็ตาม หากจะเขียนในเรื่องที่มีแล้วในท้องตลาด ผู้เขียนต้องคำนึงว่ามีข้อมูลหรือวิธีการนำเสนออะไรที่เด่นกว่า หรือแปลกกว่า หรือเป็นปัจจุบันกว่า บางกรณีการตั้งชื่อเรื่องสามารถปรับตกแต่งภายหลังเมื่อเขียนแล้วเสร็จ เพื่อให้สอดคล้องหรือครอบคลุมประเด็นและเนื้อหาที่เขียน สำหรับการตั้งชื่อเรื่องควรดึงดูดความสนใจของผู้อ่าน การตั้งชื่อเรื่องอาจเป็นประโยคบอกเล่าหรือเป็นคำถาม ก็ได้

2. การระดมสมอง (Brain storming) การระดมสมองเป็นการระดมความคิด และความรู้ที่เป็นประเด็นของเรื่องที่จะเขียน และสื่อสารเป็นตัวอักษรโดยอาจทำเค้าโครงเรื่องเป็นรูปต้นไม้แตกกิ่งก้านสาขา หรือเป็นแบบดาวกระจายล้อมจันทร์โดยวางประเด็นหัวเรื่องที่จะเขียนไว้ตรงกลาง และวางประเด็นรองที่มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับชื่อเรื่องที่จะเขียนไว้วงถัดมา จากนั้นแตกประเด็นรองเป็นประเด็นย่อย ๆ ตามลำดับ เป็นต้น

3. การวางโครงสร้างของตำรา (Organising and shaping) ภายหลังจากระดมความคิดและความรู้ที่เกี่ยวข้องกับชื่อเรื่องตำราที่จะเขียนแล้ว ผู้เขียนกำหนดมโนทัศน์แกนกลางซึ่งปรากฏเป็นสาระเนื้อหาในบทที่ 1 ที่มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงไปยังบทอื่นๆ ซึ่งเป็นมโนทัศน์ย่อยอย่างเป็นระบบ มีเอกภาพและสัมพันธภาพ โดยทั่วไปอาจแบ่งเป็น 5-10 บท ขึ้นอยู่กับเนื้อหาสาระของการนำเสนอ โดยแต่ละบทควรมีเนื้อหาจำนวนหน้าใกล้เคียงกัน ภายใต้อาณาเขตเนื้อหาแต่ละบท แบ่งเป็นเรื่องหลักและเรื่องย่อย ที่มีความเชื่อมโยงกัน และบทสุดท้ายควรเป็นบทสรุปภาพรวม มีการลงความเห็นหรือให้ข้อเสนอแนะของผู้เขียนต่อเรื่องที่เขียน ดังตัวอย่างรูปแบบการเขียนเค้าโครงเรื่อง

บทที่ 1.

1.1.....

1.1.1.....

1.1.2.....

1.2.....

1.2.1.....

1.2.2.....

บทที่ 2.

2.1.....

2.1.1.....

2.1.2.....

4. การลงมือเขียน (Writing)

4.1 ส่วนประกอบในการเขียน

การเขียนตำราหรือหนังสือ หลักการเขียนทั่วไปทั้งเล่มหรือแต่ละบทหรือแต่ละเรื่องย่อย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ บทนำ (Introduction) เนื้อหาสาระ (Main body) และสรุป (Conclusion)

4.1.1 Introduction: what are the book going to be about? การเขียนบทนำ เป็นการแสดงให้เห็นว่าหนังสือที่เขียนกำลังจะเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับอะไร ประเด็นการเขียนจะเลือกมาจากคำสำคัญ (key words) ของชื่อเรื่องตำราหรือหนังสือที่เขียน

4.1.2 Main body: what are the themes that you are developing to support your argument? การเขียนรายละเอียดของแต่ละประเด็นจำเป็นต้องพัฒนาการเขียนในลักษณะของอาร์กิวเมนต์ (argument) ซึ่งจะอธิบายต่อไป



4.1.3 Conclusion: what are the consequences of what you have written? การสรุปเนื้อหาสาระสุดท้ายของเรื่อง เขียนขึ้นเพื่อต้องการบอกผู้อ่านว่าได้เขียนอะไรไว้บ้าง และอาจเน้นประเด็นที่เขียน หรืออาจเป็นการส่งประเด็นท้ายที่ประสงค์จะฝากให้ผู้อ่านให้ได้อ่านต่อไป อย่างไรก็ตามการสรุปจะต้องไม่เป็นการสร้างประเด็นการเขียนขึ้นมาใหม่ เพราะจะทำให้การจบประเด็นไม่สมบูรณ์ได้

4.2 การเขียนเนื้อหาในแต่ละย่อหน้าหรือแต่ละบท

การเขียนย่อหน้าเนื้อหาในแต่ละหน้าอาจมีหลายประเด็นหลัก โดยทั่วไปในหนึ่งหน้า อาจมีอย่างน้อย 2 ถึง 3 ประเด็น หรือ topic โดยแบ่งประเด็นละย่อหน้า เพื่อจะทำให้ผู้อ่านตามประเด็นที่ต้องการเสนอได้เป็นระยะ ๆ เชื่อมโยงกัน และการย่อหน้ายังช่วยให้ผู้อ่านได้พักสายตาขณะอ่านในแต่ละหน้า โดยแต่ละประเด็นหรือย่อหน้าที่นำเสนอมีองค์ประกอบ ดังนี้

4.2.1 Topic sentence เป็นประโยคสำคัญของย่อหน้าที่จะบอกผู้เขียนถึงประเด็นหลักของย่อหน้า ซึ่งส่วนใหญ่มักจะอยู่ประโยคแรก

4.2.2 Supporting sentence เป็นประโยคสนับสนุนของข้อความในประโยคแรก

4.2.3 Present as argument เป็นการนำเสนอการเขียนแบบ argument ซึ่งเป็นการเขียนที่มีลักษณะ ดังนี้

1) การนำเสนอมีความชัดเจนและเชื่อมโยงกับประโยคถัดมา (coherent with its parts clearly connected to each other)

2) นำเสนอเนื้อหาของสถานการณ์และกรณีศึกษา ทั้งสองด้าน (present both sides of a case or situation)

3) เป็นการเขียนแบบตรรกวิทยา (as logically connected writing) ที่มีความเป็นเหตุเป็นผล และเชื่อมโยงกัน

4) เป็นการเขียนชิ้นงานที่สนับสนุนด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์หรือมีเหตุมีผล (as a thesis with supporting evidence and reasons)

4.2.4 A mini conclusion or summary มีการสรุป ซึ่งเป็นลักษณะของการบอกผู้อ่านว่าเขียนอะไรมา ประเด็นสำคัญอยู่ตรงไหน และมีข้อเสนอแนะต่ออย่างไร ซึ่งเป็นลักษณะของการสรุปแบบ conclusion แต่การสรุปต้องไม่เป็นการขึ้นประเด็นใหม่

4.2.5 Referral sentence มีการส่งต่อประโยคท้ายของย่อหน้าไปสู่ย่อหน้าต่อไป จะช่วยให้การนำเสนอเนื้อหา มีความสอดคล้องกัน และยังเป็นการเรียงร้อยภาษาให้มีความสละสลวย

โดยสรุป การเขียนตำราหรือหนังสือ เริ่มจากกระบวนการคิดตั้งแต่ชื่อเรื่องที่จะเขียน จากนั้นต้องสร้างเค้าโครงเรื่องที่แสดงโมทัศน์หลักของผู้เขียนในบทที่ 1 และมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันในแต่ละบทต่อไป ต่อด้วยการลงมือเขียนตามเค้าโครงเรื่อง โดยผู้เขียนต้องมีความรู้ทั้งที่เป็นความรู้สั่งสมจากประสบการณ์หรือที่เรียกว่าความรู้ที่ฝังลึกในตัวผู้เขียน (Tacit knowledge) และความรู้ในเชิงทฤษฎีหรือความรู้ที่เปิดเผยแล้ว (Explicit knowledge) ซึ่งเป็นความรู้เชิงประจักษ์ที่เป็นแนวคิด ทฤษฎี หลักการ หรือผลงานวิจัย ที่ได้รับการพิสูจน์และเป็นที่ยอมรับ นอกจากนั้นในการนำเสนอเนื้อหาของตำราหรือหนังสือที่แสดงถึงความเป็นมืออาชีพของผู้เขียนเพื่อให้ความสละสลวยของภาษา จำเป็นต้องมีความรู้ทางด้านภาษาและการเป็นบรรณาธิการ มีการตรวจสอบด้วยตนเองเบื้องต้น สิ่งเหล่านี้จะช่วยเพิ่มคุณค่าของบทความหรือตำรา อีกทั้งยังแสดงถึงเอกลักษณ์ทางภาษาของผู้เขียน ลีลาการนำเสนอ ซึ่งสะท้อนถึงวิถีคิดและภูมิปัญญาของผู้เขียน แน่นนอนหากดำเนินการเช่นนี้ ตำราหรือหนังสือที่เขียนขึ้นในแต่ละคนย่อมแตกต่างจากผู้อื่นเขียน ทั้ง ๆ ที่เรื่องที่เขียนอาจคล้ายคลึงกัน



เทคนิค วิธีการและศิลปะเขียนตำราหรือหนังสือ

เทคนิค วิธีการและศิลปะการเขียนตำราหรือหนังสือเพื่อขอผลงานทางวิชาการ จะมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ต่างกันตรงการนำเสนอเนื้อหาและกลุ่มเป้าหมายผู้อ่านดังที่กล่าวมาแล้ว ซึ่งผู้เขียนหลายคนอาจมีความสามารถในการพูด วิเคราะห์วิจารณ์ได้ดี แต่เมื่อถึงเวลาเขียนกลับเขียนได้ยาก ซึ่งวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าว สามารถใช้วิธีการพูดลงเทปบันทึกเสียงและถอดข้อความ จากนั้นให้อ่านและตกแต่งเรียบเรียงให้เป็นภาษาเชิงวิชาการตามหลักการเขียน และขั้นตอนการเขียนที่กล่าวมา โดยมีเทคนิค วิธีการและศิลปะการเขียน เริ่มจากกระบวนการคิดและการลงมือเขียนตามเค้าโครงตำราหรือหนังสือที่กำหนดไว้ เทคนิค วิธีการและศิลปะเขียนประกอบด้วย 4 ประการ ได้แก่ 1) เริ่มเขียนทันทีเมื่อมีข้อมูล 2) การใช้คำเชื่อมในการเขียน 3) เลือกรูปแบบการเขียนที่เหมาะสม และ 4) การป้องกันปัญหาทางจริยธรรมในการเขียน ดังนี้

1. เริ่มเขียนทันทีเมื่อมีข้อมูล โดยเขียนภายใต้หัวข้อของเค้าโครงเรื่องที่วางไว้ ซึ่งสามารถปรับได้เมื่อลงมือเขียนหรือเมื่อมีการค้นคว้าเพิ่มเติมและพบข้อมูลที่แตกต่างไป การเขียนไม่จำเป็นต้องเขียนเรียงบทตามเค้าโครงที่กำหนดไว้เพราะอาจทำให้เสียโอกาสในการเขียนบทที่มีความสนใจหรือมีเนื้อหาพร้อมที่จะเขียน ถึงแม้ว่าการเขียนอาจเป็นการยากสำหรับผู้เริ่มต้น แต่เมื่อเริ่มด้วยหลักการ เทคนิค วิธีการที่ถูกต้องแต่แรก การเขียนจะกลายเป็นเรื่องไม่ยาก ความยากอาจกลายเป็นเรื่องของการบริหารจัดการหรือการแบ่งเวลาในการเขียนอย่างต่อเนื่องจนสำเร็จ⁵⁻⁶

1.1 เขียนด้วยภาษาของตน (Writing down in your own words) การเขียนด้วยภาษาของตน (Own words) เป็นการแสดงภูมิรู้และความเป็นเอกลักษณ์ทางภาษาของตน ซึ่งส่วนใหญ่แต่ละคนมีความแตกต่างกัน

1.2 อะไรที่รู้แล้วในตำราที่จะเขียน (What do you already know about the matter of the book?) เป็นการเขียนจากประสบการณ์และความรู้ที่ตนมีอยู่ โดยยังมีต้องคำนึงถึงความสละสลวยของภาษา บางคนอาจใช้วิธีการถอดเทปที่ตนบรรยายและปรับเป็นงานเขียนก็ได้

1.3 อะไรที่ต้องรู้เพิ่มขึ้น เพื่อให้ทำตำรามีความสมบูรณ์ (What do you need to know to help you complete the book?) เมื่อลงมือเขียนแล้ว จะเริ่มรู้ว่าส่วนใดที่เราไม่รู้ จะต้องแสวงหา เพื่อให้ตำรามีความสมบูรณ์ ซึ่งเนื้อหาที่หามาเพิ่มจะเป็นทั้งจากตำราอื่นๆ จากงานวิจัย ทั้งในและต่างประเทศ เป็นต้น ซึ่งยุคนี้สามารถหาได้จากฐานข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตได้ง่ายและสะดวก

1.4 คิดว่าตำราที่เขียนมีความแตกต่างหรือมีความคล้ายกับตำราอื่นๆ อย่างไรบ้าง (How do you think this book differ from or is similar to others book?) เมื่องานเขียนที่มีการระดมสมองใหม่ กำหนดโครงเรื่องใหม่ กาลเวลาใหม่ย่อมมีข้อมูลและผลงานวิจัยใหม่ ที่สำคัญการเขียนด้วยภาษาและจินตนาการ ของแต่ละคนมักมีความแตกต่างกัน เนื้อหาย่อมแตกต่างจากตำราที่ผ่านมา ถึงแม้จะเป็นเรื่องคล้ายคลึงกัน อย่างไรก็ตามก่อนลงมือเขียนเรื่องใดก็ต้องสำรวจก่อนว่าสิ่งที่เขียน มีใครเขียนมาบ้างแล้ว และมีส่วนใดที่ขาด จำเป็นต้องขยายความเพิ่มเติมหรือให้ความกระจ่างเพิ่มเติม สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้งานเขียนใหม่แตกต่างจากงานเขียนที่มีอยู่แล้วและมีคุณภาพ

1.5 มีวิธีการเลือกเอกสารอย่างไรในการอ่านเพื่อให้ตำราหรือหนังสือมีความสมบูรณ์ (How do you going to choose your reading materials?) การทบทวนวรรณกรรมที่เป็นต้นฉบับ (original paper) และทันสมัย หรืองานวิจัยจากฐานข้อมูลที่เป็นที่ยอมรับทั้งในระดับชาติและนานาชาติ จะช่วยให้ได้ข้อมูลที่เชื่อถือได้มากกว่า

2. การใช้คำเชื่อมในการเขียน (conjunction) มีความสำคัญมากในการพัฒนาทักษะการเขียน รวมทั้งการอ่าน การใช้คำเชื่อมสามารถเลือกใช้ในการเขียนรายงานวิทยานิพนธ์ โดยเฉพาะการเขียนวรรณกรรม และการอภิปรายผล วัตถุประสงค์และวิธีการเลือกใช้คำเชื่อม มี 5 ประเภท ดังนี้

2.1 การเลือกคำเชื่อมเพื่อเสริมหรือแสดงความสอดคล้อง เช่น และ, นอกจากนี้, เช่นเดียวกันกับ, ยิ่งไปกว่านั้น, ทั้ง ... และ, ไม่เพียงแต่ ... แต่ยัง เป็นต้น



2.2 การเลือกคำเชื่อมเพื่อแสดงความขัดแย้ง เช่น แต่, อย่างไรก็ตาม, ถึงแม้ว่า, แม้ว่า, แต่กระนั้น แต่กระนั้น ก็ตาม, ไม่ว่าอย่างไรก็ตาม เป็นต้น

2.3 การเลือกคำเชื่อมเพื่อให้เหตุให้ผล เช่น เพราะว่า, เนื่องจาก, เพื่อที่จะ, แต่ถือได้ว่า เป็นต้น

2.4 การเลือกตัวเชื่อมที่ต้องเลือกเอาอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ไม่อย่างใดก็อย่างหนึ่ง ไม่ทั้งคู่ เป็นต้น

2.5 การเลือกคำเชื่อมเพื่อสรุป เช่น ดังนั้น, ด้วยเหตุนี้, ฉะนั้น เป็นต้น

นอกจากนั้น อาจใช้คำที่เป็นการขยายความ ยกตัวอย่างหรือบอกรายการ ดังตัวอย่าง “เช่น” ใช้กับการยกตัวอย่าง คำหรือข้อความสั้น ๆ “อาทิ” ใช้กับการยกตัวอย่าง ข้อความเป็นประโยค หรือข้อความที่ยาว และผู้เขียนตำราสามารถ เลือกใช้คำเชื่อมต่าง ๆ ในการเขียน เพื่อให้เห็นว่าเนื้อหาที่น่าสนใจมีความเชื่อมโยง สอดคล้อง หรือแตกต่างกัน ผู้อ่าน อ่านแล้วรู้สึกสนใจไปได้ดี ไม่เป็นท่อน ๆ ทั้งนี้ ต้องเลือกใช้คำเชื่อมที่เหมาะสมกับเนื้อหาที่น่าสนใจ

3. เลือกรูปแบบการเขียนที่เหมาะสม งานเขียนตำราหรือหนังสือเป็นรูปแบบการเขียนทางวิชาการ (academic writing) การใช้ภาษามีหลักเกณฑ์ ภาษาเป็นทางการ มีความสละสลวยตั้งแต่แรกเขียน จนจบเล่มด้วยการเขียนหรือเรียบเรียงด้วยตนเอง มิใช่การตัดปะของผู้อื่นมา อย่างไรก็ตาม ผู้ที่ไม่มีประสบการณ์ในการเขียนงานวิชาการมาก่อน หรือมีประสบการณ์เขียนน้อย การเขียนอาจเป็นเรื่องยาก ผู้เขียนควรเริ่มด้วยการฝึกไต่สรุบบันทึกข้อความที่ได้อ่านมาเขียนตามความคิดความเข้าใจ ตามข้อมูลที่มีอยู่ โดยมีต้องคำนึงถึงรูปแบบการเขียนหรือภาษาที่เขียน อาจช่วยให้ความคิดและการถ่ายทอดผ่านการเขียนสั้นลงได้ดีกว่าการที่เริ่มต้นด้วยการคำนึงถึงรูปแบบการเขียนทางวิชาการ ซึ่งวิธีการเขียนแบบนี้จะทำให้ได้ภาษาเขียนที่เป็นสำนวนของผู้เขียนเอง หลังจากนั้นค่อยมาตกแต่งให้เป็นภาษาทางวิชาการ

เทคนิค วิธีการ และศิลปะการเขียนดังที่กล่าวมา พบว่า สร้างความสำเร็จในการเขียนให้ผู้เขียนมือใหม่ ดังตัวอย่างในการสื่อสารภาษาอังกฤษ (English conversation) พบว่าเด็กไทยเรียนภาษาอังกฤษตั้งแต่เล็ก แต่ไม่สามารถสื่อสารได้ เพราะเราคำนึงถึง grammar, tense, structure ของประโยคเป็นสำคัญ ทำให้การพูดล่าช้า หรือไม่กล้าพูด ในทำนองเดียวกัน การเขียนงานวิทยานิพนธ์ เมื่อคิดได้ให้เขียนไว้เลย หรือเมื่ออ่านทำความเข้าใจในวรรณกรรมที่ค้นคว้ามาแล้ว ให้ฝึกฝนเขียนตามความเข้าใจของตนไว้ การเขียนตำราด้วยวิธีนี้ จะช่วยให้ได้ผลในการเขียนที่เป็นเฉพาะของบุคคล โดยหลีกเลี่ยงการคัดลอกหรือลอกเลียนแบบงานผู้อื่นที่ไม่มีการอ้างอิงหรืออ้างอิงไม่ถูกต้อง ถือเป็นปัญหาทางจริยธรรมที่แสดงถึงการไม่เคารพบุคคลหรือผลงานของผู้อื่น (plagiarism)

4. การป้องกันปัญหาทางจริยธรรมในการเขียน มีดังนี้

4.1 เขียนเนื้อหาตำราหรือหนังสือด้วยตนเอง ไม่คัดลอกผู้อื่นโดยไม่อ้างอิงตามหลักเกณฑ์

4.2 อ้างอิงข้อมูลจากต้นแหล่งหรืออ้างอิงจากแหล่งปฐมภูมิ (primary source) และต้องอ้างอิงให้ถูกต้อง อาทิหากอ่านเอกสารงานวิจัยของ บุญทิพย์ สิริธรรังศรี พ.ศ. 2557 และบุญทิพย์ ได้อ้างอิงข้อมูลที่เขียนโดย Smith, J 2010 และหากได้อ่านงานของ บุญทิพย์ โดยไม่ได้อ่านต้นฉบับของ Smith, J โดยตรง การอ้างอิงของผู้เขียน คือ “Smith, J 2010 อ้างใน บุญทิพย์ สิริธรรังศรี 2557” เป็นต้น แต่หลายครั้งที่พบจะอ้างอิง Smith, J 2010 โดยตัดบุญทิพย์ สิริธรรังศรี ออกไป ก็ถือว่าผิดจริยธรรมเช่นกัน

4.3 การคัดลอกข้อมูลผู้อื่นจะต้องคัดลอกมาไม่เกิน 4 บรรทัด ของการอ้างอิงแต่ละครั้ง โดยทั้ง 4 บรรทัดนั้น จะต้องเปลี่ยนลักษณะของตัวอักษรที่ใช้ หรือใส่ข้อความภายในเครื่องหมาย “.....” หรือ ใช้ตัวอักษรคงเดิมและตีกรอบข้อความที่นำมา เพื่อให้ผู้อ่านทราบว่านำข้อความของผู้อื่นมา และต้องอ้างอิงได้ข้อความหรือต่อท้ายข้อความดังกล่าวโดยระบุนามปี และระบุหน้าที่คัดลอกมาให้ชัดเจน และหากมีข้อความก่อนหน้าข้อความที่คัดลอกมาหรือมีข้อความต่อท้าย ให้ใส่จุด (.) จำนวน 3 จุด หน้าหรือท้ายข้อความที่คัดลอกมาดังกล่าว

4.4 ข้อมูลที่เป็น สถิติ หรือตัวเลข ต้องอ้างอิง นามปี และระบุหน้าที่ของแหล่งข้อมูลที่นำมาอย่างชัดเจน

4.5 การนำข้อมูลที่เป็นผลงานวิจัย หรือข้อเขียนของผู้อื่นมา ถึงแม้จะดัดแปลงเขียนเป็นภาษาตนเอง ก็ควรอ้างอิงแหล่งที่มาด้วย แต่อาจไม่ต้องระบุหน้า



4.6 ภาพประกอบตำราหรือหนังสือ ควรถ่ายทำเองหรือเป็นภาพวาดใหม่ หากนำของผู้อื่นมาโดยตรงหรือดัดแปลงมาใช้ต้องได้รับอนุญาตจากเจ้าของผลงาน ยกเว้นเป็นข้อมูลที่เปิดเผยต่อสาธารณะที่เจ้าของอนุญาตไว้สามารถนำมาใช้แต่ต้องอ้างอิงจากต้นฉบับให้ถูกต้อง

4.7 การอ้างอิงเว็บไซต์ให้ระบุ URL เพื่อให้ผู้อ่านติดตามข้อมูลโดยการระบุเว็บไซต์ และระบุวันเดือนปีที่เข้าถึง โดยสรุปการเขียนตำราหรือหนังสือที่นำข้อมูลผู้อื่นมาต้องมีความซื่อสัตย์ คือ นำผลงานของผู้ใดมา ต้องอ้างอิงให้ถูกต้อง แต่หากเจ้าของสงวนสิทธิ์ต้องได้รับอนุญาตก่อนนำไปใช้ ในการขออนุญาตจากเจ้าของผลงาน อาจกระทำเป็นบันทึกหรืออีเมลไปถึงเจ้าของผลงานและเก็บหลักฐานการอนุญาตไว้ และหากนำผลงานผู้อื่นมาโดยไม่ได้รับอนุญาตหรือไม่อ้างอิง ถือว่าเป็นการขโมยผลงานผู้อื่น ซึ่งนอกจากจะผิดจริยธรรม อาจมีการฟ้องร้องทางกฎหมายซึ่งพบได้บ่อยขึ้น และปัจจุบันได้มีโปรแกรมในการตรวจจับการคัดลอกงานซึ่งทำให้สามารถตรวจสอบพบการคัดลอกงานได้ง่ายขึ้น

บทสรุป

โดยสรุป ที่กล่าวมาทั้งหมดจะพบได้ว่าการเขียนตำราหรือหนังสือทางวิชาการ มีความคล้ายคลึงกัน แต่แตกต่างกันตรงการนำเสนอเนื้อหาและกลุ่มเป้าหมายผู้อ่าน หากเป็นตำราใช้เพื่อการเรียนการสอนที่เป็นส่วนหนึ่งของรายวิชา ซึ่งจำเป็นต้องมีทั้งศาสตร์และศิลป์ โดยศาสตร์ควรเป็นองค์ความรู้ที่ได้จากทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ และควรเป็นทั้งความรู้ประสบการณ์ฝังลึกในตัวผู้เขียน ร่วมกับความรู้อย่างลึกซึ้งที่ศึกษาค้นคว้าทั้งในและต่างประเทศ ส่วนการเขียนหนังสือจะเพิ่มเติมในประสบการณ์ของผู้เขียนในเรื่องนั้น ๆ เป็นหลัก สำหรับการเขียนต่างใช้วิธีการเขียนแบบอาร์กิวเมนต์ (argument) ซึ่งเป็นวิธีการเขียนที่เหมาะสม เพราะมีการนำเสนอแบบตรรกวิทยา ความมีเหตุมีผล มีการยกสถานการณ์หรือกรณีศึกษาให้เห็นชัด มีการนำผลงานวิจัยมาสนับสนุน สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บทความหรือตำรา มีความสมบูรณ์ ทำให้ผู้อ่านได้รับบทเรียน เกิดการเรียนรู้ และนำผลไปใช้หรือต่อยอด และที่สำคัญผู้เขียนสามารถใช้ผลงานทางวิชาการได้ ดังนั้น ผู้เขียนที่ดีควรมีการทำวิจัยในเรื่องที่ตนสนใจจะเขียนตำรา รวมทั้งมีประสบการณ์ตรงในเรื่องที่เขียน ซึ่งจะช่วยให้ตำรา มีคุณค่าและมีชีวิตชีวา นำมาซึ่งความภาคภูมิใจให้แก่ผู้เขียนต่อไป

References

1. Siritungsri B. Principle and technique for academic writing. Journal of Health Science Research. 2011;5(2):1-7. (in Thai).
2. Creme P, Lea M R. Writing at university: a guide for students. Maidenhead, New York: Open University Press; 2008.
3. Changkhwanyuen P. Techniques for writing and producing textbooks. 2nd ed. Bangkok: Chulalongkorn University. Pharmacology; 1999. (in Thai).
4. Pancharoen N. Inviting instructors to write textbooks. Bangkok: Katecarat;2008. (in Thai).
5. Siritungsri B. Writing textbooks successfully is not hard: It's required efficient management. The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima. 2016;22(2):124-34.(in Thai).
6. Sacchanand C, Siritungsri B. Writing a thesis. Thesis III and Thesis IV. Nonthaburi: Sukhotahi Thammathirat open University; 2014.(in Thai).



นวัตกรรมบริการสุขภาพ: บทบาทที่ทำนายของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ตามนโยบายไทยแลนด์ 4.0

Innovative Proactive Health Services: The Role of Community Nurse Practitioners in Response to Thailand 4.0

สุริยา ฟองเกิด¹ สุนันท์ ลินซื่อสัตย์กุล² สืบตระกูล ตันตลานกุล³

Suriya Fongkerd¹ Sunan Sinsuesatkul² Seubtrakul Tantanukul³

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

³วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Boromarajonani College of Nursing Chon Buri, Praboromarajchanok Institute

²Faculty of Nursing, Rangsit University

³Boromarajonani College of Nursing Uttaradit, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author; Suriya Fongkerd; Email: familynursing2526@gmail.com

Received: July 11, 2019 Revised: March 3, 2020 Accepted: June 19, 2020

บทคัดย่อ

นวัตกรรมบริการสุขภาพเชิงรุกพัฒนาขึ้นจากความคิดเชิงสร้างสรรค์ของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันในยุคศตวรรษที่ 21 ได้ และทำให้องค์กรพยาบาลประสบความสำเร็จสำหรับองค์กรพยาบาล ผู้นำทางพยาบาลควรเตรียมความพร้อมในการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ทั้งของตนเอง และทีมการพยาบาลควบคู่ไปกับการส่งเสริมหรือพัฒนาความสามารถด้านอื่น ๆ เพื่อปรับปรุงและพัฒนางานบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลตามความต้องการของนโยบายไทยแลนด์ 4.0 ซึ่งจะสะท้อนถึงคุณภาพการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการด้วย เพื่อไปสู่เป้าหมายการพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพเชิงรุกลงสู่การปฏิบัติ หนึ่งในบทบาทสำคัญของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ส่งผลต่อการพัฒนาดังกล่าวคือ ความสามารถในการกระตุ้นความคิดเชิงวิพากษ์และความคิดเชิงสร้างสรรค์ที่มีอยู่ในบุคลากรพยาบาลทุกคน และร่วมพัฒนาต่อยอดนวัตกรรมบริการสุขภาพในองค์กรพยาบาลที่ยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: นวัตกรรมบริการสุขภาพ; บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน



Innovative Proactive Health Services: The Role of Community Nurse Practitioners in Response to Thailand 4.0

Suriya Fongkerd¹ Sunan Sinsuesatkul² Seubtrakul Tantalanukul³

¹Boromarajonani College of Nursing Chon Buri

²Faculty of Nursing, Rangsit University

³Boromarajonani College of Nursing Uttaradit

Corresponding author; Suriya Fongkerd; Email: familynursing2526@gmail.com

Received: July 11, 2019 Revised: March 3, 2019 Accepted: June 19, 2020

Abstract

Innovative proactive health services are developed from the creative thinking of community nurse practitioners. It is a key factor in the 21st century's competitive edge and the success of the nursing organization. For nursing organizations, leaders should promote their own creativity and that of the nursing team, along with the promotion and development of other capabilities to improve and develop nursing services efficiently and effectively in accordance with the requirements of the Thailand 4.0 policy, which will reflect the quality of services provided to clients. To accomplish this goal, one of the critical roles of Community Nursing Practitioner that impact the development of health service innovation is to activate critical and creative thinking to become part of the mindset of nurses. In order to understand the more complex practice situations of nurses, nurse practitioners should apply innovative proactive health services and jointly develop innovation to be an integral component of a sustainable nursing organization.

Keywords: innovative health services; role of community nurse practitioner

ความเป็นมาและความสำคัญ

รัฐบาลไทยได้ประกาศนโยบายประเทศไทย 4.0 หรือที่เรียกกันว่า “ไทยแลนด์ 4.0” ซึ่งเป็นรูปแบบการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศไทยให้มีความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน โดยเฉพาะการจัดระบบ ปรับทิศทาง และพัฒนารูปแบบการส่งเสริมให้ประเทศมีความเจริญก้าวหน้า และสามารถก้าวเข้าสู่ยุคแห่งศตวรรษที่ 21 ได้อย่างมีคุณภาพ¹ โดยนโยบายมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนโครงสร้างเศรษฐกิจแบบเดิมไปสู่การขับเคลื่อนเศรษฐกิจด้วยการสร้างนวัตกรรม หรือที่เรียกว่า “value-based economy” กล่าวคือ การพัฒนาประเทศโดยใช้ฐานความคิด 3 แนวคิดคือ 1) การเปลี่ยนแปลงจากการผลิตสินค้าไปสู่สินค้าเชิงนวัตกรรม 2) การเปลี่ยนแปลงจากการพัฒนาประเทศด้วยภาคอุตสาหกรรมไปสู่การพัฒนาประเทศด้วยเทคโนโลยี ความคิดเชิงสร้างสรรค์ และนวัตกรรมบริการ และ 3) การเปลี่ยนแปลงจากการเน้นที่ภาคการผลิตสินค้าไปสู่การเน้นที่ภาคบริการมากขึ้น² ประเด็นดังกล่าวมีนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข คือ การพัฒนาเทคโนโลยีทางสุขภาพ การพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ และการพัฒนาระบบการบริการการแพทย์ทางไกลและสปา¹⁻² นั้นหมายความว่าบุคลากรทางสุขภาพจะต้องพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ให้มีความทันสมัยด้วยการพัฒนาเทคโนโลยีหรือนวัตกรรมบริการสุขภาพในการช่วยดูแลสุขภาพของประชาชนเพื่อให้ตอบสนองนโยบายชาติ

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยในชุมชนมากที่สุด และตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่สภาการพยาบาลกำหนดไว้มีความสอดคล้องกับนโยบายประเทศไทย 4.0 คือ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เพื่อสร้างแนวปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการในชุมชน³ หากมีการค้นหาเอกสารงานวิจัยนำมาพัฒนาความรู้ตนเองเสมอจะทำให้การดูแลสุขภาพของผู้รับบริการดีขึ้นและมีความรู้ทันสมัยกับนวัตกรรมที่มาดูแลผู้รับบริการได้ ฉะนั้นจึงต้องมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการพัฒนาระบบการบริการพยาบาลโดยมุ่งเน้นให้บริการสุขภาพเชิงรุกโดยการพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพเพื่อให้ผู้ใช้บริการทั้ง ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เข้าถึงการบริการอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่ต้องรอนวัตกรรมและเทคโนโลยีทางสุขภาพจากต่างประเทศ และในขณะเดียวกันพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจะต้องศึกษาค้นคว้าและทำการวิจัยนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นให้มีประสิทธิภาพ และสามารถเป็นเจ้าของผลงานจนนำไปสู่การเป็นสินค้าทางสุขภาพให้กับนานาชาติได้ ซึ่งเป็นการสร้างมูลค่าที่สูงขึ้นจากเดิม (high value services) และเปลี่ยนแปลงจากการบริการสุขภาพที่มีทักษะต่ำไปสู่การบริการสุขภาพที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และทักษะสูง

สรุปได้ว่าพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทเป็นผู้นำในการพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพโดยตรงซึ่งจะไปตามบทบาทที่สภาการพยาบาลกำหนดไว้และมีความสอดคล้องกับนโยบายประเทศไทย 4.0 ซึ่งนโยบายนี้มีความสำคัญที่มุ่งเน้นให้บุคลากรทางสุขภาพมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยการให้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนถือได้ว่าเป็นนักจัดการสุขภาพที่มีคุณภาพ ดังนั้นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องเป็นผู้นำทีมสุขภาพในการสร้างนวัตกรรมบริการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อตอบสนองต่อความต้องการใช้บริการของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ซึ่งนวัตกรรมบริการสุขภาพนั้นจะเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนชาวไทยให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้มีความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน

บทความนี้จึงมุ่งนำเสนอความรู้เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการพัฒนาความคิดเชิงสร้างสรรค์ และการพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพ ซึ่งจะเป็นแนวทางในการส่งเสริมและสนับสนุนความคิดสร้างสรรค์ของบุคลากรในองค์กรพยาบาล เพื่อพัฒนาต่อยอดสู่นวัตกรรมบริการสุขภาพที่ยั่งยืนต่อไป



ทิศทางในการพัฒนาประเทศตามนโยบายไทยแลนด์ 4.0

รัฐบาลไทยได้ประกาศนโยบายไทยแลนด์ 4.0 เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาประเทศในยุคศตวรรษที่ 21 โดยมีการกำหนดให้ประเทศต้องมีการพัฒนาวิทยาการที่ทันสมัย มีความคิดเชิงสร้างสรรค์ในการพัฒนานวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี และมีการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมเพื่อใช้กับประชากรกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน¹⁻² โดยกำหนดกลุ่มอาชีพเป้าหมายไว้ 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มอาหาร การเกษตรและเทคโนโลยีชีวภาพ 2) กลุ่มสาธารณสุข สุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ 3) กลุ่มเครื่องมือ อุปกรณ์อัจฉริยะ หุ่นยนต์ และระบบเครื่องกลที่ใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์ควบคุม 4) กลุ่มดิจิทัล เทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตที่เชื่อมต่อและบังคับอุปกรณ์ต่างๆ ปัญญาประดิษฐ์และเทคโนโลยีสมองกลฝังตัว และ 5) กลุ่มอุตสาหกรรมสร้างสรรค์ วัฒนธรรมและบริการที่มีมูลค่าสูง

จากทิศทางในการพัฒนาประเทศตามนโยบายไทยแลนด์ 4.0 ดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่ามีประเด็นที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับงานสาธารณสุขของประเทศไทยที่จะต้องมีการพัฒนาด้านสาธารณสุข สุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ซึ่งการพัฒนาของกลุ่มสาธารณสุขนี้รัฐบาลได้มีนโยบายว่า ให้พัฒนาระบบการบริการสาธารณสุขโดยการสร้างนวัตกรรมบริการสุขภาพเพื่อสุขภาพของประชาชนโดยพัฒนาเทคโนโลยีทางสุขภาพ เทคโนโลยีทางการแพทย์ และสปา เป็นต้น การพัฒนาดังกล่าวเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับพยาบาลโดยเฉพาะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งเป็นนักจัดการสุขภาพที่ปฏิบัติงานด้านหน้าเพื่อให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในหน่วยบริการปฐมภูมิ และเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่ใกล้ชิดกับประชาชน ได้รับการคาดหวังให้มีบทบาทสำคัญในการจัดการสุขภาพของประชาชนในทุกระดับ ทั้งระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ภายใต้การสนับสนุน ควบคุม ดูแล และการกำกับติดตามของสภาการพยาบาล ซึ่งเป็นองค์กรวิชาชีพของพยาบาลเพื่อให้การปฏิบัติบทบาทนั้นเป็นไปอย่างมีคุณภาพ และมีผลลัพธ์ของการปฏิบัติที่เป็นเลิศทางการพยาบาลตามยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพที่สภาการพยาบาลได้กำหนดไว้³ เพื่อให้สอดคล้องและการน้อมรับนโยบายไทยแลนด์ 4.0 มาสู่การปฏิบัติ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องดำเนินการพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพอันจะเป็นผลลัพธ์ที่บ่งชี้คุณภาพการบริการ โดยพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน อย่างต่อเนื่องให้เกิดความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน ซึ่งสามารถพัฒนาได้หลากหลายรูปแบบ เช่น การพัฒนานวัตกรรมจากงานประจำที่พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนนั้นๆ ปฏิบัติอยู่เป็นประจำ การพัฒนาจากงานวิจัย การพัฒนาจากการจัดการความรู้ และการพัฒนาจากการศึกษาแบบผสมวิธี เป็นต้น

สำหรับวิชาชีพพยาบาลได้ให้ความสำคัญกับแนวคิดของรัฐบาลตามนโยบายไทยแลนด์ 4.0 เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาประเทศในยุคศตวรรษที่ 21 เช่นเดียวกัน จนมีนโยบายตอบรับของวิชาชีพพยาบาลให้ทุกบริบทของการให้บริการพยาบาลมีการสร้างนวัตกรรมบริการสุขภาพ⁴ อย่างไรก็ตามในการสร้างและพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนยังพบปัญหาและอุปสรรคอีกมากมายในการสร้างสรรค์นวัตกรรมบริการสุขภาพอันเนื่องมาจาก 1) ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น คิดสิ่งใหม่ไม่ออก คิดต่อยอดจากสิ่งที่เคยมีอยู่ไม่ได้ คิดนอกกรอบไม่เป็น คำนึงแต่กับสิ่งเดิมๆ เป็นต้น 2) ปัจจัยจากภายนอก เช่น นโยบายขององค์กรไม่สนับสนุน ขาดแคลนงบประมาณในการสนับสนุน ขาดกำลังคนในการพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพ เป็นต้น⁵ ซึ่งนวัตกรรมบริการสุขภาพนั้นต้องมาจากความคิดเชิงสร้างสรรค์บุคลากรในองค์กร และองค์กรจะต้องมุ่งเน้นและให้ความสำคัญกับการพัฒนาความสามารถในการคิดเชิงสร้างสรรค์ของบุคลากรเป็นหลัก⁷ ดังนั้น ผู้บริหารองค์กรของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องเตรียมความพร้อม



ในเรื่องการพัฒนาความคิดเชิงสร้างสรรค์ของบุคลากร การส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพ และสร้างภาคีเครือข่ายในการสร้างสรรค์นวัตกรรมบริการสุขภาพเพื่อประโยชน์ของผู้ใช้บริการอย่างสูงสุด

ความหมายและประเภทของนวัตกรรมบริการสุขภาพ

ความหมายของนวัตกรรมบริการสุขภาพ

นวัตกรรม (innovation) เป็นคำที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในระดับสากลโดยเป็นคำที่มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน คือ innovare แปลว่า สร้างให้เกิดสิ่งใหม่ ส่วนในทางเศรษฐศาสตร์ให้ความหมายของนวัตกรรมว่า การเปลี่ยนแปลงความคิดให้เกิดสิ่งที่แตกต่างจากสิ่งที่มีอยู่เดิมเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในรูปแบบใหม่ ๆ โดยไม่ซ้ำกับใครและสามารถถ่ายทอดแนวความคิดใหม่สู่การสร้างสิ่งใหม่ที่ทำให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม⁸

นวัตกรรม มาจากการนำคำ “นวัต” สมรสกับคำว่า “กรรม” เป็นคำที่ พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ระบุว่า “นวัตกรรม” หมายถึง การกระทำที่ก่อให้เกิดสิ่งใหม่ ในยุคแรกใช้ในความหมายว่า การซ่อมใหม่ หรือ การซ่อมแซม⁹ แต่ในปัจจุบัน ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 บัญญัติให้ใช้ในความหมายที่กว้างขึ้น โดยหมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นใหม่หรือแตกต่างจากเดิม ซึ่งอาจจะเป็นความคิด วิธีการ หรืออุปกรณ์ เป็นต้น¹⁰ เช่น “เดินพญานาค” การออกกำลังกายแนวใหม่ จากภูมิปัญญาชาวบ้าน (www.todayhealth.co.th) เป็นการเลียนแบบท่าทางการเลื้อยคลานของพญานาคโดยชาวบ้านนำมาประยุกต์เป็นท่าออกกำลังกายเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดและเพิ่มความกระชับสัดส่วนของร่างกาย ถือเป็นนวัตกรรมบริการสุขภาพที่เกิดจากภูมิปัญญาชาวบ้าน

นวัตกรรมบริการสุขภาพ (health service innovation) หมายถึง การสร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ แนวคิดใหม่ ๆ ที่เป็นแนวคิดเชิงสร้างสรรค์ที่เกิดจากการใช้ความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ในการพัฒนานวัตกรรมเพื่อใช้ในการบริการสุขภาพให้เกิดการบริการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น ประหยัดค่าใช้จ่ายก่อให้เกิดความคุ้มค่าสำหรับการใช้การบริการสุขภาพ ซึ่งนวัตกรรมบริการสุขภาพนี้จะสามารถพัฒนาระบบสุขภาพให้เกิดความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน ส่งผลให้เกิดความเข้มแข็งทางระบบสุขภาพได้ นวัตกรรมบริการสุขภาพ ได้แก่ สิ่งประดิษฐ์ใหม่ ๆ ที่ใช้ในการให้บริการสุขภาพ รูปแบบการบริการสุขภาพใหม่ ๆ ระบบงานบริการสุขภาพแบบใหม่ เช่น แบบประเมินภาวะสุขภาพ โปรแกรมการบริการสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้บริการ แนวปฏิบัติทางการพยาบาล กิจกรรมการบริการสุขภาพทั้งในด้านการส่งเสริม การป้องกัน รักษา และการฟื้นฟู¹¹ เป็นต้น

ประเภทของนวัตกรรมบริการสุขภาพ

การจำแนกประเภทของนวัตกรรมสามารถจำแนกได้ 3 ประเภทใหญ่ ๆ คือ นวัตกรรมผลผลิต นวัตกรรมกระบวนการ และนวัตกรรมบริการ¹² ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. นวัตกรรมผลผลิต (product innovation) คือ นวัตกรรมที่เป็นการปรับปรุงผลิตภัณฑ์ที่มีอยู่แต่เดิมให้มีคุณภาพที่ดีขึ้นหรือเป็นผลิตภัณฑ์ใหม่ในระบบการบริการสุขภาพ เช่น ยารักษาโรค วัคซีน เวชภัณฑ์ เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข สิ่งประดิษฐ์ใหม่เพื่อใช้ลดต้นทุน และองค์ความรู้ใหม่ ๆ ที่นำมาใช้ในการตรวจรักษาหรือควบคุมโรค เป็นต้น

2. นวัตกรรมกระบวนการ (process innovation) คือ นวัตกรรมที่เป็นการพัฒนาเครื่องมือที่ช่วยในการวางแผนงาน การบริหารงานและการจัดการองค์กรเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เช่น balance scored card แผนที่ยุทธศาสตร์ ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) การบริหารเชิงผลลัพธ์ (result-based management) เป็นต้น

3. นวัตกรรมบริการ (service model innovation) คือ นวัตกรรมที่พัฒนาระบบการบริการสุขภาพให้มีความคล่องตัว สะดวก รวดเร็ว มีความเหมาะสมกับผู้ให้บริการที่เกิดประโยชน์สูงสุด เช่น การพัฒนาระบบการให้

บริการผู้ป่วยแบบ one stop service ในคลินิกเฉพาะทาง การพัฒนาระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพ นวัตกรรม การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน การติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยใช้โทรศัพท์เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น

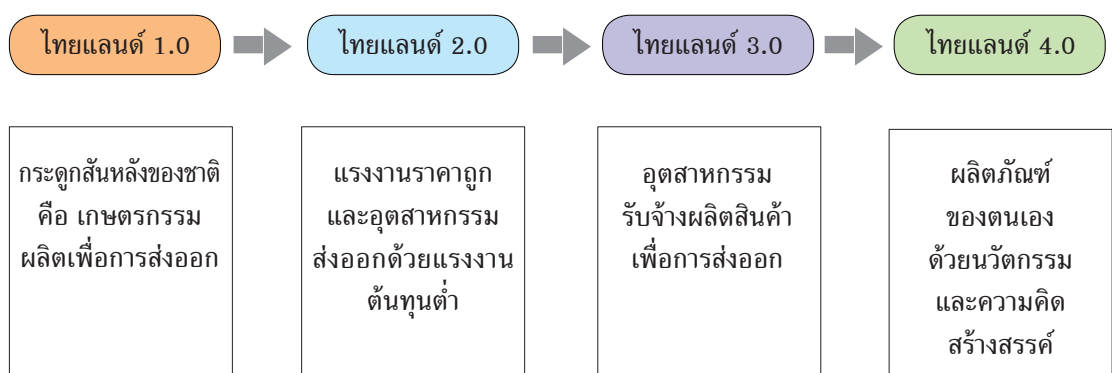
นวัตกรรมการพยาบาล คือ การสรุปความรู้และวิธีการบนฐานของความรู้ เพื่อสร้างและพัฒนาให้เกิดสิ่งใหม่ ในกระบวนการดูแลประชาชนให้มีความแตกต่างจากเดิมและเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ใช้บริการ¹³ ซึ่งมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. รูปแบบการบริการแบบใหม่ เป็นรูปแบบบริการทางสุขภาพที่เป็นสิ่งใหม่และได้มาตรฐานที่ใช้งานได้จริง มีความคุ้มค่า ประหยัดและก่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และมีผลลัพธ์ที่ดี
2. รูปแบบการประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ก่อนและหลังการพัฒนานวัตกรรมใหม่
3. การประดิษฐ์อุปกรณ์ช่วยในการให้บริการสุขภาพ
4. ความคิดสร้างสรรค์ในการให้บริการสุขภาพ
5. กิจกรรมการบริการเดิมที่มีอยู่แล้วและนำมาพัฒนาต่อยอดจากของเดิม

สรุปได้ว่า นวัตกรรมบริการสุขภาพสามารถจำแนกประเภทได้ออกเป็น 3 ประเภท คือ 1) นวัตกรรมประดิษฐ์ 2) นวัตกรรมพัฒนากระบวนการทำงาน และ 3) นวัตกรรมพัฒนาระบบการบริการสุขภาพ ซึ่งนวัตกรรมทั้ง 3 ประเภทมีจุดเริ่มต้นจากปัญหาในการปฏิบัติงาน และพัฒนานวัตกรรมนั้นขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาในงานนั้นให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล คุ้มค่าคุ้มทุนการผลิตและเหมาะสมกับผู้ใช้บริการ ตลอดจนสร้างคุณค่าทางวิชาการเพื่อนำไปใช้ประโยชน์อันสูงสุดกับองค์กรทุกภาคส่วนของประเทศต่อไป โดยเฉพาะงานพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งจะต้องให้การดูแล ผู้รับบริการในชุมชนที่มีความขาดแคลนอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ดังนั้น การพัฒนานวัตกรรม บริการสุขภาพสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะต้องคิดค้นสิ่งประดิษฐ์ที่เหมาะสมกับสภาพของ ผู้รับบริการในชุมชนที่จะต้องได้รับประโยชน์ มีความคุ้มค่าคุ้มทุนในการบริการ

ความจำเป็นที่ต้องพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพ

ไทยแลนด์ 4.0 เป็นวิสัยทัศน์เชิงนโยบายที่เปลี่ยนเศรษฐกิจแบบเดิม ไปสู่เศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม ซึ่งเปลี่ยนแปลงผ่านจากยุคไทยแลนด์ 1.0, 2.0 และ 3.0 ดังรายละเอียดตามภาพดังนี้



นโยบายไทยแลนด์ 4.0 เน้นการผลิตภัณฑ์ของตนเองด้วยนวัตกรรมและความคิดสร้างสรรค์เพื่อให้มีการพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพ และตอบสนองระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัยทั้งเทคโนโลยี และภูมิปัญญาท้องถิ่นของไทย¹⁴ และสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ระบบบริการปฐมภูมิ 4.0 (พ.ศ. 2560–2579) กระทรวงสาธารณสุข 2560 ซึ่งมีระบบปฐมภูมิ 4.0 คือ ยุคเทคโนโลยีทางชีวภาพและการสร้างสรรค์ เป็นการพัฒนาในเป้าหมายใหม่ให้มีความสอดคล้องกับความหลากหลายทางวัฒนธรรมและความแตกต่างทางสังคม รวมถึงโรคระบาดอุบัติใหม่ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

ที่ใช้ระบบอินเทอร์เน็ตเข้ามาช่วยในการดำเนินชีวิตประจำวันจนกลายเป็นสังคมแบบดิจิทัล ซึ่งส่งผลให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิต้องปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น และการใช้เครื่องมืออุปกรณ์การสื่อสารแบบใหม่มากขึ้น ทำให้สังคมเป็นแบบเครือข่ายทางสังคม (social network) ที่เชื่อมต่อกันระหว่างบุคคลในรูปแบบใหม่ที่มีผลต่อวิถีชีวิต และพฤติกรรมด้านสุขภาพแบบใหม่ เช่น อวูโลโซไซตี¹⁴

การปฏิรูประบบการดูแลสุขภาพในยุคใหม่จะดำเนินการเปลี่ยนแปลงระบบเดิม (analog) ให้เป็นระบบใหม่ (digital) โดยการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่เป็นเครื่องมือสำคัญในการปฏิรูประบบ ซึ่งประกอบไปด้วย 7 ประการ¹⁴ ได้แก่ 1) social webs and network 2) mobile application 3) internet of things 4) cloud computing 5) big data and health analytics 6) robotics และ 7) artificial intelligences ซึ่งมีสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานเพื่อพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพให้สามารถตอบสนองต่อเป้าหมายในการจัดการความรู้เพื่อนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพได้ โดยมีความร่วมมือกับสำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ ให้การสนับสนุนงบประมาณในการสร้างสรรค์ผลงานวิจัยด้านนวัตกรรมเพื่อขยายผลออกสู่วงกว้าง และร่วมกันวิเคราะห์ วิพากษ์ และพิจารณาทิศทางการวิจัยในอนาคตเพื่อให้กระบวนการพัฒนานวัตกรรมเกิดขึ้นได้อย่างแพร่หลายในวงการสาธารณสุข ดังนั้น ภายใต้นโยบายไทยแลนด์ 4.0 จึงเป็นการเน้นการผลิตกันของตนเองด้วยนวัตกรรมและความคิดสร้างสรรค์สู่การบริการสุขภาพมีความจำเป็นต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ทำให้โครงสร้างประชากรมีการเปลี่ยนแปลง ผู้รับบริการทางสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนมากขึ้น ทั้งกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้การปฏิบัติงานแบบเดิม ๆ ของพยาบาลจึงเป็นการทำงานที่เข้าไม่ถึงผู้รับบริการโดยแท้ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงต้องมีความท้าทายที่จะต้องตอบสนองนโยบายไทยแลนด์ 4.0 เพื่อพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพ และตอบสนองระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัยทั้งเทคโนโลยี และภูมิปัญญาท้องถิ่นของไทย โดยเฉพาะการนำระบบอินเทอร์เน็ตเข้ามาช่วยในการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองจนเกิดเป็นการรวมกลุ่มกันทางสังคมแบบดิจิทัล ซึ่งจะทำให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถเข้าถึงกลุ่มผู้รับบริการในชุมชนได้ง่ายขึ้น ได้รับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่มีความรวดเร็วขึ้น อันจะนำไปสู่การช่วยเหลือดูแลที่ทันทั่วถึง และตอบสนองตามความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างครบถ้วน มีประสิทธิภาพที่ดี และประชาชนมีสุขภาพที่ดีต่อไป

การสร้างนวัตกรรมบริการสุขภาพของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

การสร้างนวัตกรรมเป็นความสามารถในการคิดเชิงสร้างสรรค์ที่ถูกหล่อหลอมจากประสบการณ์นั้น ๆ ด้วยระยะเวลาอันยาวนานไปพร้อมกับการพัฒนาความรู้ความชำนาญที่สั่งสมมา ความคิดเชิงสร้างสรรค์จึงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากสภาพแวดล้อมและบริบทขององค์การทำให้บุคคลเกิดความคิดเชิงสร้างสรรค์เพื่อพัฒนางานโดยการสร้างสรรค์นวัตกรรมบริการสุขภาพขึ้นมาใช้เพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนและผู้ให้บริการสุขภาพ ซึ่ง Amabile¹⁵ ได้สร้างแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนานวัตกรรมและกำหนดขั้นตอนของการพัฒนานวัตกรรมไว้ ดังนี้

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องมีการกำหนดขอบเขตและกลุ่มเป้าหมายที่จะใช้นวัตกรรมบริการสุขภาพให้ชัดเจน เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง กลุ่มผู้ป่วยเด็ก เป็นต้น โดยจะต้องค้นหาข้อมูลจากประสบการณ์ของผู้ที่มีความรู้ความชำนาญหรือผู้เชี่ยวชาญในชุมชน เช่น ปราชญ์ชาวบ้าน พระสงฆ์ ครู ผู้นำชุมชน เป็นต้น รวมถึงเป้าหมาย และความมุ่งมั่นในการแก้ไขปัญหา ซึ่งพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจะต้องดำเนินการค้นหาข้อมูลที่เป็นจริงตามบริบทของผู้ให้บริการ ตัวอย่างเช่น กำหนดกลุ่มเป้าหมายคือผู้สูงอายุติดเตียง จะต้องดำเนินการคือ 1) ประเมินคัดกรองกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง 2) สัมภาษณ์ผู้สูงอายุติดเตียง ผู้ดูแล และบุคคลที่เกี่ยวข้อง 3) การศึกษาข้อมูลเชิงสังคมวัฒนธรรมของชุมชนเพื่อเป็นแนวทางประกอบในการพัฒนานวัตกรรมที่เหมาะสม เป็นต้น¹⁶



2. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องค้นหาแนวทางการพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพ¹⁵ ตามกระบวนการสืบเสาะและแสวงหาข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.1 ศึกษาสถานการณ์ชุมชน และรวบรวมข้อมูลสุขภาพชุมชน เพื่อเป็นฐานความรู้สำหรับกำหนดแนวทางการพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพ

2.2 ดำเนินการจัดการความรู้โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของผู้สูงอายุติดเตียง ผู้ดูแลบุคคลที่เกี่ยวข้องในครอบครัว ทีมสุขภาพ ราชประชาสมาสัย ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน เพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้ ประสบการณ์ ข้อมูลข่าวสาร และองค์ความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ทั้งนี้ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจะต้องกระตุ้นกลุ่มให้เกิดการตื่นตัวและเกิดการเรียนรู้ในการจัดการปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนตลอดจนภาวะสุขภาพของผู้ดูแลด้วย

2.3 ค้นหาทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชนและสามารถช่วยเหลือในการพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุติดเตียงได้ และจัดระบบการทำงานโดยอาศัยหลักการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับชุมชนให้ชุมชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกันและสร้างให้เกิดชุมชนเข้มแข็งที่จะสามารถสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการจัดการปัญหาสุขภาพของชุมชนโดยชุมชน

2.4 กำหนดข้อตกลงร่วมในการพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชนกับผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ร่วมกันกำหนดระบบและกลไกการทำงานเพื่อการจัดการปัญหาสุขภาพของชุมชน

2.5 สร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน เช่น เครือข่ายเยาวชนจิตอาสาเพื่อการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน เป็นต้น

3. พัฒนาศักยภาพของทีมสุขภาพในด้านการประสานงานกับชุมชน และภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน การสร้างและพัฒนาเครือข่ายในชุมชน การทำงานแบบหุ้นส่วนสุขภาพ การเปิดโอกาสให้ประชาชนและภาคส่วนอื่น ๆ ได้มีส่วนร่วมในการคิดค้นและพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพ เป็นต้น

ขั้นตอนการพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพ

การพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและประสบความสำเร็จในการดำเนินการทำโดยการบูรณาการองค์ความรู้ของระเบียบวิจัยทางการแพทย์มาบูรณาการกับการดำเนินการวิจัยขณะปฏิบัติงานประจำ เป็นการพัฒนางานประจำสู่การวิจัย (Routine to Research: R2R)¹⁷ มีขั้นตอนการพัฒนา ดังนี้

1. วิเคราะห์ความต้องการใช้นวัตกรรมบริการสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย (need analysis) โดยวิเคราะห์จากสภาพปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน และค้นหาสิ่งที่ขาดหายไปจากสิ่งที่มีอยู่แล้ว และสิ่งที่ขาดหายไปนั้นก่อให้เกิดปัญหาในการทำงานหรือปัญหาสุขภาพของผู้ใช้บริการ รวมทั้งวิเคราะห์ระบบการบริหารงานการพยาบาล ถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนการพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพ

2. กำหนดชื่อเรื่องนวัตกรรมหรือประเด็นหรือหัวข้อที่ต้องการพัฒนา ซึ่งจะต้องมีความเฉพาะเจาะจงเฉพาะเรื่องที่จะศึกษาและพัฒนาเท่านั้น ไม่ควรศึกษาหลายเรื่องในเวลาเดียวกัน โดยนวัตกรรมบริการสุขภาพที่จะพัฒนาขึ้นนั้น อาจจะเป็น แนวปฏิบัติการพยาบาล เทคนิคการพยาบาล โปรแกรมการพยาบาล วัสดุ/อุปกรณ์ช่วยเหลือทางการพยาบาล คู่มือทางการพยาบาล เป็นต้น

3. ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) โดยรวบรวมข้อมูลและทำการวิเคราะห์หาข้อมูลที่ได้มานั้นมีรูปแบบอะไรบ้างที่สามารถช่วยแก้ไขปัญาสุขภาพของผู้ใช้บริการตามกลุ่มเป้าหมายนั้น ๆ ให้ดีขึ้นได้ และประเมินคุณภาพข้อมูลเชิงประจักษ์ทำโดย



3.1 สืบค้นวรรณกรรมจากแนวคิดทฤษฎี งานวิจัย งานนวัตกรรมที่มีคุณภาพโดยใช้กระบวนการสืบค้นแบบ PICO ที่สนับสนุนความเข้าใจเกี่ยวกับการออกแบบนวัตกรรม ตัวอย่าง เช่น การศึกษาของ ปัญญภัทร ภัทรกันทา¹⁸ ทำการศึกษาผลของการใช้นวัตกรรมที่นอนยางรถเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

P : ผู้ป่วยที่รับนอนในเตียงผู้ป่วยในชาย

I : 1) แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับและแผ่นพับ

2) นวัตกรรมที่นอนยางรถ

C : เปรียบเทียบการเกิดแผลกดทับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับและแผ่นพับ และนวัตกรรมที่นอนยางรถ

ผลลัพธ์ระยะสั้น คือ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเกิดแผลกดทับแตกต่างกัน

ผลลัพธ์ระยะยาว คือ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองไม่เกิดแผลกดทับระดับรุนแรงตั้งแต่ระดับ 2 ขึ้นไป

O : ลดการเกิดแผลกดทับ

ผลลัพธ์ระยะสั้น คือ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองเกิดแผลกดทับน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ผลลัพธ์ระยะยาว คือ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองไม่เกิดแผลกดทับระดับรุนแรงตั้งแต่ระดับ 2 ขึ้นไป

และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ

3.2 พิจารณาระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ (level of evidence) ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญที่สุดของการค้นคว้างานวิจัยและจะช่วยให้สามารถประเมินความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้ตามเกณฑ์ของเมลินีย์ และไฟเอท์ - โอเวอร์ฮอลท์¹⁹ แบ่งเป็น 7 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 งานวิจัยที่มีการศึกษาอย่างเป็นระบบ (systematic review) การวิเคราะห์ทอิกมาน (meta analysis) โดยศึกษาจากงานวิจัยเชิงทดลองที่ต้องมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการทดลองและมีกลุ่มควบคุมทั้งหมด (randomized controlled trial: RCT)

ระดับ 2 งานวิจัยเชิงทดลอง (randomized controlled trial: RCT) ที่ไม่ต้องมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการทดลองและมีกลุ่มควบคุมทั้งหมด และมีการออกแบบการวิจัยเป็นอย่างดี อย่างน้อย 1 เรื่อง

ระดับ 3 งานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุม (controlled trial, without randomized) และมีการออกแบบการวิจัยเป็นอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง

ระดับ 4 งานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลัง (case controlled) หรือการติดตามไปข้างหน้า (cohort studies) ที่มีการออกแบบการวิจัยเป็นอย่างดี

ระดับ 5 งานวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative study)

ระดับ 6 งานวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) หรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

(qualitative study)

ระดับ 7 รายงานจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะเรื่อง ซึ่งจัดเป็นลำดับสุดท้าย ในกรณีที่ไม่มีงานวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในหัวข้อนั้น ๆ

ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ ปัญญภัทร ภัทรกันทา¹⁸ ทำการศึกษาผลของการใช้นวัตกรรมที่นอนยางรถเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ จัดเป็นความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 3 เนื่องจากเป็นงานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุม (controlled trial, without randomized) และมีการออกแบบการวิจัยเป็นอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการทดลองเพราะเป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

4. สังเคราะห์องค์ความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่มีคุณภาพตามระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อนำสิ่งที่สังเคราะห์ได้มาบูรณาการในการวางแผนและการออกแบบนวัตกรรมบริการสุขภาพ



5. ออกแบบนวัตกรรมบริการสุขภาพเพื่อพัฒนางานด้านการปฏิบัติพยาบาล หรือด้านการบริหารการพยาบาล ให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้น

6. สร้างเครื่องมือวัดประสิทธิภาพและประสิทธิผลของนวัตกรรมบริการสุขภาพ ซึ่งอาจจะเป็นตัวชี้วัดสุขภาพของผู้ใช้บริการ หรือตัวชี้วัดคุณภาพขององค์กรพยาบาล ซึ่งเครื่องมือวัดส่วนใหญ่จะเป็นการวัดผลโดยใช้ข้อมูลเชิงปริมาณ และอาจจะมีการประเมินผลเชิงคุณภาพด้วยก็ได้เพื่อเป็นการยืนยันผลของการใช้นวัตกรรมบริการสุขภาพว่ามีประสิทธิภาพจริง

7. สร้างคู่มือวิธีการใช้นวัตกรรมบริการสุขภาพในการทดลองให้ผู้นำไปทดลองใช้สามารถอ่านแล้วเข้าใจได้ง่าย และสามารถปฏิบัติตามได้ง่าย รวมถึงวิธีการวัดและประเมินการใช้นวัตกรรมบริการสุขภาพ

8. ทดลองใช้นวัตกรรมบริการสุขภาพกับกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดไว้ตั้งแต่ตอนต้น เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง กลุ่มผู้ป่วยเด็ก เป็นต้น และดำเนินการตามคู่มือวิธีการใช้นวัตกรรมบริการสุขภาพอย่างเคร่งครัด

9. วัดประสิทธิภาพและประสิทธิผลของนวัตกรรมบริการสุขภาพ ทั้งในด้านกระบวนการ รูปแบบและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ใช้บริการ โดยใช้เครื่องมือวัดประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ได้สร้างไว้ เพื่อจะได้วัดผลได้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ

10. เขียนรายงานสรุปผลการใช้นวัตกรรมบริการสุขภาพ พร้อมทั้งอภิปรายผลให้ชัดเจน และอ้างอิงงานวิจัยที่ได้ศึกษาค้นคว้ามาให้ถูกต้องตามหลักการ เพื่อเป็นการป้องกันการคัดลอกผลงานของผู้อื่น

บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพ

ในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ของนวัตกรรมบริการสุขภาพ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจะมีส่วนเกี่ยวข้องได้หลายบทบาท ดังนั้นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรจะได้พัฒนาดตนเองให้มีทัศนคติ ค่านิยม และความรู้ ความสามารถที่พร้อมที่จะเข้าไปมีส่วนส่งเสริม ช่วยเหลือ ให้การดำเนินงานนวัตกรรมบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ดังนี้

บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนกับนวัตกรรมบริการสุขภาพ²⁰ แบ่งได้เป็น 3 ด้าน คือ

1. บทบาทด้านการบริหารนวัตกรรมบริการสุขภาพ

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนแสดงบทบาทการมีส่วนร่วมกับชุมชนและภาคีเครือข่ายสุขภาพในการพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพ เข้าร่วมวางแผนการใช้นวัตกรรมบริการสุขภาพที่มีอยู่แล้ว และนวัตกรรมบริการสุขภาพที่พัฒนาขึ้นใหม่ โดยเลือกใช้นวัตกรรมบริการสุขภาพในการแก้ปัญหาให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย บริบทของพื้นที่ชุมชน สถานการณ์ และช่วงระยะเวลา โดยไม่จำเป็นต้องสร้างนวัตกรรมขึ้นใหม่ แต่ต้องมีการบริหารจัดการนวัตกรรมบริการสุขภาพแต่ละชิ้นให้มีการใช้งานที่เหมาะสม และสามารถออกแบบวิธีการใช้งาน ปรับเปลี่ยนวิธีการบริหารจัดการนวัตกรรมบริการสุขภาพแต่ละเรื่องให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาและบริบทพื้นที่ของชุมชนที่มีความแตกต่างกัน

2. บทบาทด้านการเป็นผู้ใช้นวัตกรรมบริการสุขภาพ

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนแสดงบทบาทการเป็นผู้ใช้นวัตกรรมบริการสุขภาพ ซึ่งต้องศึกษานวัตกรรมบริการสุขภาพที่จะใช้กับผู้ใช้บริการ หรือกลุ่มเป้าหมายให้เข้าใจอย่างถ่องแท้ และเตรียมบุคลากรทางสุขภาพให้เข้าใจถึงวิธีการใช้นวัตกรรมบริการสุขภาพให้ถูกต้อง ตรงกัน ตามคู่มือที่กำหนดไว้ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องสามารถเลือกใช้นวัตกรรมบริการสุขภาพที่หลากหลายโดยไม่จำเป็นต้องใช้นวัตกรรมบริการสุขภาพเดียวกันในทุกพื้นที่ เพราะบางพื้นที่อาจจะใช้นวัตกรรมบริการสุขภาพที่แตกต่างกันออกไปตามสถานการณ์และปัญหาสุขภาพของผู้ใช้บริการ ในการใช้นวัตกรรมบริการสุขภาพของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรยึดหลักการสาธารณสุขมูลฐาน โดยเน้นกระบวนการเรียนรู้วัฒนธรรมบริการสุขภาพมากกว่าผลงาน และเริ่มพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพจากงานประจำสู่การวิจัย (routine to research: R2R) ต่อไป

ตัวอย่างนวัตกรรมบริการสุขภาพ

ภาพที่ 1 ตุ๊กตาสอดง่ามนิ้วมือ



ภาพที่ 2 วงล้อการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง



3. บทบาทด้านการประเมินผลการใช้นวัตกรรมบริการสุขภาพ

เมื่อนำนวัตกรรมบริการสุขภาพไปใช้ในพื้นที่กับกลุ่มเป้าหมายแล้ว ในระยะเริ่มแรกพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรติดตามนิเทศงานอย่างใกล้ชิด และประเมินผลเป็นระยะ ๆ เพื่อจะได้ทราบถึงข้อดี และข้อเสีย ของการใช้นวัตกรรมบริการสุขภาพ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข และพัฒนาในขั้นตอนต่อไป ไปให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การประเมินผลนวัตกรรมบริการสุขภาพต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบระเบียบ และมีการนำเสนอผลการประเมินไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นระยะ ๆ และต้องจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การใช้นวัตกรรมบริการสุขภาพในแต่ละระดับ²⁰ เช่น ระดับตำบล ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน และเลือกใช้แนวคิด แนวปฏิบัติ เพื่อการพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพร่วมกันให้เกิดเป็นภาคีเครือข่ายนวัตกรรมบริการสุขภาพต่อไป

ประโยชน์ของการพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพ

1. กลุ่มเป้าหมายและผู้ให้บริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยใช้นวัตกรรมบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ อันจะส่งผลให้ผู้ให้บริการมีสุขภาพดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ลดความทุกข์ทรมาน และภาระค่าใช้จ่ายที่ไม่มีความจำเป็น คุ่มค่า คุ่มทุน
2. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีการพัฒนาศักยภาพในการคิดเชิงสร้างสรรค์และสามารถคิดค้นนวัตกรรมบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายในความต้องการของตนเองได้จนถึงขั้นสูงสุดในการดูแลผู้ใช้บริการสุขภาพชุมชน
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับการยอมรับถึงคุณภาพด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจากท้องถิ่น อันเนื่องมาจากผลงานนวัตกรรมบริการสุขภาพที่พัฒนาขึ้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และสามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทสรุป

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนทุกคนมีบทบาทในการเพิ่มคุณค่าและคุณภาพของการปฏิบัติงาน ด้วยการคิดค้นนวัตกรรมบริการสุขภาพ ด้วยการวิจัยตามวงจรกระบวนการพัฒนานวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง และทำให้แน่ใจว่า นวัตกรรมบริการสุขภาพที่คิดค้นขึ้นมานั้นได้ถูกนำไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับประโยชน์ในการใช้ และความเหมาะสมของนวัตกรรมในสถานการณ์ที่ต้องการใช้ ทั้งนี้ผู้นำองค์กรพยาบาลต้องมีบทบาทสำคัญในการสร้างบรรยากาศในการปฏิบัติงาน ให้พร้อมต่อการใช้นวัตกรรมบริการสุขภาพ ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ และบริหารจัดการนวัตกรรมบริการสุขภาพแต่ละชั้นให้มีการใช้งานที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและบริบทพื้นที่ของชุมชนที่มีความแตกต่างกัน ตลอดจนส่งเสริมให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนปฏิบัติตามบทบาทในการพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพทั้ง บทบาทด้านการบริหารนวัตกรรมบริการสุขภาพ บทบาทด้านการเป็นผู้ใช้นวัตกรรมบริการสุขภาพ และบทบาทด้านการประเมินผลการใช้ นวัตกรรมบริการสุขภาพ จนได้รับการยอมรับถึงคุณภาพด้านการพยาบาลชุมชนจากท้องถิ่นอันเนื่องมาจากผลงานนวัตกรรมบริการสุขภาพที่พัฒนาขึ้น และสามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มั่นคง และยั่งยืนต่อไป



References

1. Ministry of industry. Thai industrial development strategy 4.0; 20 years (2017-2037). Bangkok: Ministry of Industry. 2016. (in Thai).
2. Office of Policy and Strategy Ministry of Public Health. Summary of Thailand 4.0 in public health. Nonthaburi: Ministry of Public Health. 2017. (in Thai).
3. Thai Nursing Council. Announcement of the nursing council on specialty and competencies of advanced nursing practice in various categories. Government Gazette: Book 126, Special 163. 2009. (in Thai).
4. Thai Nursing Council. Announcement of the nursing council nursing standards 2019. the government gazette: Volume 136, Special 973. 2019. (in Thai).
5. Ruamtham T, Leethongdee S, Manwong M. Development model for research and innovation capacity building in routine-work, Warinchamrab Hospital, Ubon Ratchathani Province. UBRU Journal for Public Health Research 2019;8(2):186-195. (in Thai).
6. Srisuphan V, Senarat V, Nanthabuttra K. Innovation in health promotion under the context of the nursing profession. 2nd ed. Nonthaburi: Nursing Council; 2016. (in Thai).
7. Khinsin C. Creative thinking to nursing service innovation. Journal of The Royal Thai Army Nurse 2014; 15(3):69-78. (in Thai).
8. Howkins J. "What are Creative Economies? And Why?" In Creative Thailand. Bangkok: Thailand Creative & Design Center (TCDC). 2008. (in Thai).
9. Kittisaknawin C. The relationship between creative thinking of emotional quotient (EQ) and mental retardation (SQ). Hat Yai Academic Journal 2011;9(1):75-82. (in Thai).
10. Office of the Royal Society. Royal Academy Dictionary[internet]. 2011 [cited 2020 Jan 25]. Available from:http://www.royin.go.th/?page_id=130
11. Klangtamnium K. Nursing service innovation. Journal of Phrapokklao Nursing College Chanthaburi 2011;22(2):71-79. (in Thai).
12. Nontasuta A. Innovation management in health systems. Journal of Public Health Research Khonkaen University 2008;1(2):49-60. (in Thai).
13. Buacharoen H. Nursing roles in developing innovation for holistic metabolic syndrome management. Journal of Phrapokklao Nursing College Chanthaburi 2011;23(1):71-80. (in Thai).
14. Health System Research Institute and the Ministry of Public Health. Government action plan 4 years 2008-2011[internet]. 2011. [cited 2018 June 13]. Available from: [http://www.bps.ops.moph.go.th/plan4year2/Plan4year 51-55/page225-233.pdf](http://www.bps.ops.moph.go.th/plan4year2/Plan4year%2051-55/page225-233.pdf)
15. Amabile TM. Componential theory of creativity[internet]. 2013. [cited 2018 June 13]. Available from: [http://www.hbs.edu/faculty/Publication% 20Files/12-096.pdf](http://www.hbs.edu/faculty/Publication%20Files/12-096.pdf)
16. Fongkerd S. The self – health care experiences of caregiver's older adults with bedridden patients. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin 2019;9(1):69-89. (in Thai).
17. Siripanyawat S, Phayungkit S, Thiranan S, Nanthaporn S, Phan S, Distillkarn A. Nursing innovation in health promotion: system development in care for pressure ulcers. Journal of Nursing 2015;42 (Supplement): 171-177. (in Thai).



18. Phatthakanatakun P. The effect of using innovative latex mattresses to prevent pressure ulcers in patients with pressure ulcers. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health* 2012; 22(1):48-60. (in Thai).
19. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. Philadelphia: PA Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
20. Thongsai S. Nursing and creative development. *Journal of Phrapokklao Nursing College Chanthaburi* 2016; 27(1):112-9. (in Thai).



การประยุกต์ใช้แนวคิดจิตตปัญญาศึกษาบูรณาการกับวิธีการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักในหัวข้อคัดสรรรายวิชาจริยศาสตร์และกฎหมายวิชาชีพ

ทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล

The Integration of Contemplative Education Concepts and Problem-based Learning Method in a Selected Topic of Ethics and Laws in Nursing Profession Subject for Nursing Student

ศรินยา พลสิงห์ชาญ¹ คมวัฒน์ รุ่งเรือง¹

Sarinya Polsingchan¹ Komwat Rungruang¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Boromarajonani College of Nursing Surin Praboromarajchanok Institute

Correspondence author; Sarinya Polsingchan, Email; king_srn@hotmail.com

Received: February 3, 2020 Revised: March 31, 2020 Accepted: April 8, 2020

บทคัดย่อ

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มุ่งให้การดูแลผู้รับบริการให้มีสุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องมีความรู้ มีทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล พัฒนาชีวิตด้านในให้เข้มแข็ง ทั้งกาย ใจ และจิตวิญญาณ ในการให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ดังนั้นสถาบันการศึกษาพยาบาล ควรให้ความสำคัญในการจัดการศึกษาหรือกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างพยาบาลที่มีความเมตตา กรุณา มีสมรรถนะ มีจริยธรรม และเป็นพลเมืองที่รับผิดชอบต่อสังคม บทความนี้ได้นำเสนอการประยุกต์ใช้แนวคิดจิตตปัญญาศึกษาบูรณาการกับวิธีการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักในหัวข้อคัดสรรรายวิชาจริยศาสตร์และกฎหมายวิชาชีพทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยมุ่งเน้นการเรียนรู้ตาม 9 ขั้นตอนของการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก ร่วมกับการใช้แนวคิดจิตตปัญญา ผ่านกระบวนการสุนทรียสนทนา การรับฟังด้วยความตั้งใจ การพิจารณาด้วยใจอย่างใคร่ครวญ ร่วมกับการสะท้อนคิด ผลการเรียนรู้พบว่าผู้เรียนสามารถบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ทั้ง 5 ด้าน และเกิดความเข้าใจในตนเองและผู้อื่น ส่งผลให้ผู้เรียนเปิดใจรับฟังผู้อื่นมากขึ้น เข้าใจ และไม่ตัดสินผู้อื่น กล้าแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกได้อย่างเปิดเผย ตลอดจนผู้เรียนสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ในการพัฒนาตนเอง รวมถึงการวางแผนนำสิ่งที่เรียนรู้ไปให้การดูแลผู้รับบริการให้ครอบคลุมสุขภาพองค์รวม ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณบนพื้นฐานความเอื้ออาทร

คำสำคัญ: จิตตปัญญาศึกษา; นักศึกษาพยาบาล; การสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก; การสอนจริยศาสตร์และกฎหมายวิชาชีพทางการพยาบาล



The Integration of Contemplative Education Concepts and Problem-based Learning Method in a Selected Topic of Ethics and Laws in Nursing Profession Subject for Nursing Student

Sarinya Polsingchan¹ Komwat Rungruang¹

¹Boromarajonani College of Nursing Surin Praboromarajchanok Institute

Correspondence author; Sarinya Polsingchan, Email; king_srn@hotmail.com

Received: February 3, 2020 Revised: March 31, 2020 Accepted: April 8, 2020

Abstract

The nursing profession aims to look after both physical and mental health of people. Therefore, it is extremely important that nurses have knowledge, skills in nursing practice, and a strong inner life including physical, mental and spiritual aspects, in order to provide humanized healthcare. Therefore, the educational institution should emphasize the importance of learning processes in order to create compassionate, capable, ethical nurses and socially responsible citizens. This article presents an application of the concept of contemplative education integrated with problem-based teaching methods in a selected topic of the Ethics and Laws in Nursing Profession subject for nursing students. It focuses on learning according to 9 steps of problem-based learning with the concept of contemplative education through the process of dialogue, deep listening, contemplation together with reflection. The results showed that learners are able to achieve learning outcomes in all 5 areas and have an understanding of themselves and of others. As a result, they are more open to listen to others, understand and do not judge others, and dare to express opinions and feelings openly. Learners are also able to apply knowledge to their own development including planning to apply what they have learned to look after the clients covering holistic care including physical, mental, social, and spiritual aspects based on generosity.

Keywords: contemplative education; nursing students; problem-based learning; teaching ethics and laws in nursing profession



ความเป็นมาและความสำคัญ

ในปัจจุบันท่ามกลางการเรียนรู้และการพัฒนาที่นำไปสู่ความทันสมัย นำพาให้มนุษย์ออกจากความสุขที่เกิดจากการเข้าใจตนเอง การเกื้อกูลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รวมทั้งการใช้ชีวิตที่ไม่เบียดเบียนทำร้ายกันอีกด้วย กระแสการเปลี่ยนแปลงของมนุษยชาติโดยผ่านกระบวนการศึกษา จึงหันมาสนใจในเรื่องการพัฒนาศักยภาพของคนในสังคม ให้มีความเป็นมนุษย์โดยสมบูรณ์มากขึ้น ดังนั้นการจัดการศึกษาในยุคปัจจุบันต้องมีความหลากหลาย ระบบการเรียนรู้ต้องเข้าใจพัฒนาการมนุษย์ มีทรัพยากรที่เพียงพอ เน้นการพัฒนาชีวิตด้านในให้เข้มแข็ง ทั้งกาย ใจ และจิตวิญญาณ และเพื่อให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติการอุดมศึกษา พ.ศ. 2562 หมวด 1 มาตรา ที่ 5 ข้อ 2 ที่กำหนดให้การจัดการศึกษาระดับอุดมศึกษาต้องเป็นไปเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ในการพัฒนาบุคคลให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สติปัญญา ความรู้ ทักษะที่จำเป็น เป็นคนดี มีวินัย ภูมิใจในชาติ เข้าใจสังคมและวัฒนธรรมในการดำรงชีวิต สามารถปรับเปลี่ยนตนเองเพื่อรองรับสังคมโลกที่จะเปลี่ยนแปลงในอนาคต มีความรับผิดชอบต่อครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ ร่วมกันแก้ปัญหาสังคมและสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข¹

วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เป็นสถาบันการศึกษาที่มีหน้าที่ในการผลิตพยาบาลให้มีความรู้ มีทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล พัฒนาชีวิตด้านในให้เข้มแข็ง ทั้งกาย ใจ และจิตวิญญาณ เพราะการศึกษาพยาบาลมุ่งเน้นผู้เรียนให้เรียนรู้การดูแลผู้รับบริการให้ครอบคลุมสุขภาพองค์รวม ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณบนพื้นฐานความเอื้ออาทร² โดยเฉพาะการจัดการเรียนการสอนวิชาจริยศาสตร์และกฎหมายวิชาชีพทางการพยาบาล ซึ่งเป็นรายวิชาที่คาดหวังให้นักศึกษามีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายทั่วไปและกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพ พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ทัศนคติ จริยศาสตร์ จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ และประเด็นปัญหาจริยธรรมทางการพยาบาลและการแก้ไข แนวทางการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลและการดำเนินชีวิต จากประสบการณ์การจัดการเรียนการสอนกลุ่มย่อยในหัวข้อพฤติกรรมเชิงจริยธรรมประเด็นปัญหาจริยธรรมในวิชาชีพการพยาบาล ที่ผ่านมารายวิชานี้ได้ใช้วิธีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก (Problem based learning: PBL) จากผลการประเมินการจัดการเรียนการสอนใน 2 ปีที่ผ่านมาพบว่าหัวข้อนี้เป็นเนื้อหาที่มีความซับซ้อน เข้าใจยาก และผู้เรียนขาดความเข้าใจในการนำไปประยุกต์ใช้ ดังนั้นจึงมีการนำ PBL มาประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้นักศึกษาได้เรียนรู้ด้วยตนเองและแก้ปัญหาตามโจทย์สถานการณ์ที่ได้รับและเห็นแนวทางในการนำไปประยุกต์ใช้ได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ซึ่งผลจากการศึกษา พบว่านักศึกษาสามารถบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ที่กำหนดไว้ แต่หมวดที่มีคะแนนต่ำที่สุดคือ หมวดทักษะทางปัญญา และหมวดคุณธรรม จริยธรรม และจากการสังเกตของผู้สอนพบว่าขณะทำกลุ่มนักศึกษาจะมีส่วนร่วมน้อยหรือไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ครูจะต้องกระตุ้นอยู่ตลอดเวลา บรรยากาศการเรียนรู้จะเคร่งเครียดและมุ่งเฉพาะเข้ากลุ่มเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายการเรียนรู้ในแต่ละครั้ง นักศึกษาวิเคราะห์ตนเองได้น้อย ขาดความใฝ่รู้ ขาดความเข้าใจผู้อื่นในระหว่างกิจกรรมกลุ่มที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ไม่ค่อยฟังเพื่อนในขณะที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพราะจะสนใจกับเนื้อหาที่ตนเองจะนำเสนอ บางครั้งพูดแทรกในขณะที่เพื่อนแสดงความคิดเห็น และมีนักศึกษาบางคนมีปฏิกิริยาทางสีหน้าถ้ามีเพื่อนในกลุ่มแสดงความคิดเห็นที่แตกต่าง และบรรยากาศของความปลอดภัยยังมีน้อยโดยจะมีช่องว่างในการแสดงบทบาทของครูและนักเรียนซึ่งอาจทำให้นักศึกษาเกิดความรู้สึกไม่ผ่อนคลายในขณะที่เรียน และอาจส่งผลให้เรียนอย่างไม่มีความสุข

ดังนั้นแนวคิดการจัดการศึกษาโดยผ่านกระบวนการเรียนรู้แนวจิตตปัญญาศึกษา (Contemplative education) ที่มีเป้าหมายสู่การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (Transformative learning) จึงเป็นทางเลือกหรือแนวทางหนึ่งในการนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลร่วมกับวิธีการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก เพื่อให้แน่ใจว่าผู้เรียนมีความรู้ที่เพียงพอและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติพยาบาลองค์รวมอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย



จิตใจ สติปัญญา มีความรู้ควบคุมคุณธรรมและจริยธรรม สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข อีกทั้งจิตปัญญาศึกษามีความสำคัญในสังคมปัจจุบัน เนื่องจากทำให้เกิดความสมดุลภายในให้กับชีวิต ซึ่งประกอบด้วยปัญญา 3 ฐาน ได้แก่ ฐานกาย ฐานใจ และฐานคิด ซึ่งเกี่ยวข้องกับการสร้างสมดุลของสังคมโลก³ เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เกื้อกูลส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมได้กลับมาค้นพบและตระหนักในความสามารถและศักยภาพความเป็นมนุษย์ของตนเองและผู้อื่น จนสามารถยอมรับและเคารพความแตกต่างระหว่างตนเองกับผู้อื่น แล้วสามารถค้นพบแนวทางในการดำเนินชีวิตร่วมกันที่สามารถประสานความสามารถและศักยภาพความเป็นมนุษย์ที่หลากหลายได้อย่างแท้จริง⁴ บทความวิชาการนี้จึงนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้ตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษาบูรณาการกับวิธีการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักในการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลและผลการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นกับผู้เรียน รวมทั้งข้อเสนอแนะในการนำแนวคิดจิตตปัญญาศึกษาไปประยุกต์ใช้ เพื่อช่วยกระตุ้นให้เกิดแนวคิดการพัฒนาการศึกษาพยาบาล ให้สอดคล้องกับเป้าหมายของการพยาบาลองค์รวม ที่เน้นการดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของทุกคนเพื่อรักษาและสร้างความสมดุลของบุคคล

การประยุกต์ใช้แนวคิดจิตตปัญญาศึกษากับวิธีการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก

ในการประยุกต์ใช้แนวคิดจิตตปัญญาศึกษาในครั้งนี้ ใช้เป็นยุทธวิธีการสอน (Teaching Strategy) ในรายวิชาจริยศาสตร์และกฎหมายวิชาชีพการพยาบาล ในหัวข้อปัญหาจริยธรรมในวิชาชีพการพยาบาล โดยมีประเด็นที่ต้องเรียนรู้คือ หลักการบอกความจริง หลักการรักษาความลับ หลักความยุติธรรม หลักความซื่อสัตย์ และการตายอย่างมีศักดิ์ศรี โดยใช้ร่วมกับการสอนแบบ PBL ในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ กลุ่มย่อย จำนวน 11 คน โดยจัดกิจกรรมการเรียนการสอนทั้งหมด 4 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง และในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนทุกครั้งจะใช้กิจกรรมการเรียนรู้ตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา ได้แก่ สนทนาสนทนา (Dialogue) การฟังอย่างลึกซึ้ง (Deep listening) และการสะท้อนการเรียนรู้ (Learning reflection) ประกอบกับหลักการพื้นฐานของการจัดกระบวนการเรียนรู้ 7C's ได้แก่ หลักการพิจารณาด้วยใจอย่างใคร่ครวญ (Contemplation) หลักความรักความเมตตา (Compassion) หลักการเชื่อมโยงสัมพันธ์ (Connectedness) หลักการเผชิญความจริง (Confronting reality) หลักความต่อเนื่อง (Continuity) หลักการสร้าง ความมุ่งมั่น (Commitment) และหลักชุมชนแห่งการเรียนรู้ (Community) เพื่อให้ผู้เรียนเข้าใจตัวเอง รู้ตัว เข้าถึงความจริงสูงสุด ความดี ความงาม ทำให้เปลี่ยนมุมมองเกี่ยวกับโลกและผู้อื่น เกิดความเป็นอิสระ ความสุข ปัญญา และความรักต่อเพื่อนมนุษย์หรือเกิดความเป็นมนุษย์โดยสมบูรณ์ เพื่อชีวิตและการอยู่ร่วมกันที่ดี⁴⁻⁵ บูรณาการควบคู่กับการสอนแบบ PBL ซึ่งมีจุดเด่นในการพัฒนาทักษะทางปัญญา ทักษะการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต พัฒนาการใช้เหตุผลในการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจ พัฒนาทักษะในการเรียนรู้ด้วยตนเอง เนื่องจากผู้เรียนรู้จักตนเอง จุดด้อยของตนเอง รวมทั้งพัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีม⁶⁻⁸ ทั้งหมด 9 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ทำความเข้าใจโจทย์สถานการณ์ คำศัพท์ และข้อความต่างๆ ของสถานการณ์ (Clarify terms and concepts) ขั้นตอนที่ 2 ระบุหรือนิยามปัญหา เป็นขั้นตอนของการตั้งประเด็นปัญหาจากโจทย์สถานการณ์ (Define problems) ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์ปัญหา เป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาต่างๆ ร่วมกัน (Analyze problems) ขั้นตอนที่ 4 ตั้งสมมติฐาน (Formulated hypothesis) ขั้นตอนที่ 5 จัดลำดับความสำคัญของสมมติฐาน (Identify the priority of hypothesis) ขั้นตอนที่ 6 กำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ (Formulated learning objective) ขั้นตอนที่ 7 ศึกษาความรู้เพิ่มเติมจากภายนอกกลุ่ม (Collect additional information outside the group) ขั้นตอนที่ 8 สังเคราะห์และทดสอบข้อมูลที่หามาเพิ่มเติม (Synthesize and test the newly acquired information) ขั้นตอนที่ 9 สรุปการเรียนรู้หลักการและแนวคิดจากการแก้ปัญหา (Identify generalization and principles derived from studying the problems)⁹ ซึ่งแบ่งออกเป็นขั้นเตรียมความพร้อม ขั้นสอน และขั้นสรุป โดยมีการออกแบบการจัดการเรียนรู้ดังนี้



ตัวอย่างแผนการสอน วิชาจริยศาสตร์และกฎหมายวิชาชีพการพยาบาล หัวข้อปัญหาจริยธรรมในวิชาชีพการพยาบาล

ครั้งที่ / เวลา	วัตถุประสงค์	กิจกรรมการเรียนรู้แบบ PBL	กิจกรรมการเรียนรู้แบบจิตตปัญญา	วิธีการประเมินผล
1 (9.00 – 12.00) 3 ชั่วโมง	ขั้นเตรียมความพร้อม PBL 1. เพื่อให้ผู้เรียนมีความพร้อมและมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ จิตตปัญญา 1. เพื่อเป็นการประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ของผู้เรียน 2. เพื่อสร้างบรรยากาศของความเป็นกันเอง การเข้าใจ และการยอมรับ การเปิดกว้าง 3. เพื่อพัฒนาฐานกาย ผิวกายและการรู้ตามอารมณ์ ความคิดความรู้สึกของตน 4. เพื่อพัฒนาฐานใจในการเรียนรู้ด้วยใจที่ใคร่ครวญในการสื่อสารความคิดโดยใช้ลายเส้นและสีเส้นจากการวาดภาพ ขั้นสอน PBL 1. เพื่อให้ผู้เรียนสามารถอธิบายและวิเคราะห์ปัญหาจริยธรรมในวิชาชีพพยาบาลได้ (TQF 2.2) จิตตปัญญา 1. เพื่อสร้างแรงจูงใจ การคิดบวกและการสร้างบรรยากาศให้เรียนอย่างมีความสุข 2. เพื่อสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ การเข้าใจ และการยอมรับ การเปิดกว้าง 3. เพื่อพัฒนาฐานคิด ในการฝึกฟังผู้อื่นอย่างตั้งใจ ปราศจากอคติยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่าง ขั้นสรุป PBL เพื่อให้นักศึกษาสามารถประเมินถึงจุดเด่นและจุดด้อยของตนเองได้ด้วยจิตตปัญญา 1. เพื่อสร้างแรงจูงใจ การคิดบวกการให้กำลังใจ 2. เพื่อให้ผู้เรียนได้ทบทวนความคิด ความรู้สึก การกระทำของตนเอง 3. เพื่อให้ผู้เรียนเข้าใจในตนเองและผู้อื่น	ขั้นเตรียมความพร้อม 1. ครูเตรียมกระดานไวท์บอร์ดที่มีล้อเลื่อนพร้อมกระดาษ และปากกาเมจิก เพื่อให้ผู้เรียนใช้ขณะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2. ครูเตรียมโจทย์สถานการณ์เพื่อแจกให้ผู้เรียนทุกคน 3. ครูทำความเข้าใจร่วมกับผู้เรียนเกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้แบบ PBL วัตถุประสงค์ในการเรียนรู้และระยะเวลาในการเรียนรู้ร่วมกัน 4. ครูอธิบายบทบาทของครูและผู้เรียน 5. กลุ่มสร้างข้อตกลงร่วมกันในการเรียนแบบกลุ่มย่อย ขั้นสอน 1. ครูบอกวัตถุประสงค์ในการทำ PBL ครั้งที่ 1 ซึ่งจะครอบคลุมขั้นตอน PBL ตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1 – ขั้นตอนที่ 3 2. ครูแจกโจทย์สถานการณ์ให้ผู้เรียนทุกคน และให้ประธาน เลขานุการ และสมาชิกกลุ่มดำเนินการ 3. ผู้เรียนดำเนินการอ่านโจทย์สถานการณ์เพื่อทำความเข้าใจโจทย์สถานการณ์ คำศัพท์ และข้อความต่าง ๆ ของสถานการณ์ 4. ผู้เรียนค้นหา ระบุหรือนิยามปัญหาจากโจทย์สถานการณ์ 5. ครูทำหน้าที่ช่วยเหลือในการเรียนรู้ของผู้เรียนเมื่อผู้เรียนมีข้อคำถามข้อสงสัย โดยการใช้เทคนิคการตั้งคำถามย้อนกลับ โดยจะเน้นคำถามที่ขึ้นต้นด้วย อะไร อย่างไร ทำไม ขั้นสรุป 1. ให้ผู้เรียนทุกคนสรุปสั้น ๆ เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของตนเอง (ประธาน เลขานุการ สมาชิก) ที่ได้รับในวันนี้ และจะพัฒนาอย่างไรในการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป	ขั้นเตรียมความพร้อม 1. ครูประสานงานกับตัวแทนผู้เรียนในกลุ่มล่วงหน้าในการเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการเรียนการสอน 2. จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้ผู้เรียนเกิดความไว้วางใจและสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างครูและผู้เรียนโดยให้ผู้เรียนนั่งล้อมวงและสามารถเห็นหน้าซึ่งกันและกันได้ทุกคน 3. การปรับอุณหภูมิภายในห้องเรียนไม่ให้ร้อนหรือเย็นเกินไป ห้องเรียนไม่ถูกรบกวนจากสิ่งต่าง ๆ 4. ครูอธิบายการนำกระบวนการสนทนา (Dialogue) มาใช้ในการเข้ากลุ่มทุกครั้ง 5. ครูให้ผู้เรียนแต่ละคนแนะนำตนเองเพื่อสร้างความคุ้นเคยและพื้นที่ปลอดภัยในการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Compassion) 6. ครูใช้กิจกรรม Check-in กับผู้เรียนทุกคน (Contemplation) 7. ครูแจกกระดาษ A 4 ให้ผู้เรียนตอบคำถาม ลงในกระดาษ A4 และวาดรูปความรู้สึกของตนเองในขณะนั้นที่ด้านหลังของกระดาษอีกด้านหนึ่ง (Contemplation) ขั้นสอน 1. ครูและผู้เรียนใช้สุนทรียสนทนาในขณะทำกิจกรรมกลุ่ม (Compassion) 2. ครูสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ไม่เคร่งเครียด ทั้งท่าทาง สีหน้า น้ำเสียง (Compassion) ขั้นสรุป 1. ครูกล่าวชื่นชม และให้กำลังใจผู้เรียนภายหลังการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม (Compassion) 2. ครูให้ผู้เรียนทุกคนเขียนบันทึกสะท้อนคิด (Connectedness) ในประเด็นดังนี้ 2.1 การเรียนแบบ PBL ครั้งแรกเป็นอย่างไร และรู้สึกอย่างไร 2.2 ได้เรียนรู้อะไรบ้าง 2.3 ภาควิชาใจตนเองไว้อย่างไรในวันนี้ 2.4 มีอะไรเปลี่ยนแปลงในตนเองบ้าง 2.5 อยากจะขอบคุณใครบ้างในวันนี้ 2.6 อยากให้เพื่อน หรือครูช่วยในเรื่องอะไรบ้างเพื่อให้บรรลุความคาดหวังที่ต้องการ 3. ครูและผู้เรียนสร้างไลน์กลุ่มร่วมกัน และถ่ายภาพหมู่ร่วมกับผลงานบนไวท์บอร์ด (Compassion)	PBL 1. โดยการสังเกตความพร้อมและการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ของผู้เรียน 2. การสนทนากลุ่มแบบไม่เป็นทางการ 3. แบบประเมินตามสภาพจริง จิตตปัญญา 1. การสนทนากลุ่มแบบไม่เป็นทางการ 2. การสังเกต 3. การเขียนสะท้อนคิด 4. การวาดภาพ



ครั้งที่ / เวลา	วัตถุประสงค์	กิจกรรมการเรียนรู้แบบ PBL	กิจกรรมการเรียนรู้แบบจิตตปัญญา	วิธีการประเมินผล
2 (13.00-16.00) 3 ชั่วโมง	ขั้นเตรียมความพร้อม PBL - เพื่อให้ผู้เรียนมีความพร้อมและมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ จิตตปัญญา - เพื่อเป็นการประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ของผู้เรียน - เพื่อพัฒนาฐานกาย ผิกสติและการรู้ตามอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกของตนเอง ขั้นสอน PBL - สามารถตั้งสมมติฐาน เรียงลำดับความสำคัญของสมมติฐานและกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่สอดคล้องกับปัญหาจริยธรรมในวิชาชีพพยาบาลได้ (TQF 2.2) - สามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการสืบค้นและการสื่อสาร (TQF 5.2) จิตตปัญญา - เพื่อสร้างแรงจูงใจ การคิดบวก และการสร้างบรรยากาศให้เรียนอย่างมีความสุข - เพื่อสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ การเข้าใจ และการยอมรับการเปิดกว้าง - เพื่อพัฒนาฐานคิด ในการฝึกฟังผู้อื่นอย่างตั้งใจ ปราศจากอคติ ยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่าง ขั้นสรุป PBL - เพื่อให้นักศึกษาสามารถประเมินถึงจุดเด่นและจุดด้อยของตนเองได้ - เพื่อให้นักศึกษาสามารถสรุปประเด็นสำคัญในแต่ละวัตถุประสงค์การเรียนรู้ได้ จิตตปัญญา - เพื่อสร้างแรงจูงใจ การคิดบวก การให้กำลังใจ	ขั้นเตรียมความพร้อม - ครูและผู้เรียนทบทวนประเด็นปัญหาทางจริยธรรมในวิชาชีพพยาบาลจากโจทย์สถานการณ์ครั้งที่ 1 ที่เข้ากลุ่มร่วมกัน ขั้นสอน - ครูบอกวัตถุประสงค์ในการทำ PBL ครั้งที่ 2 ซึ่งจะครอบคลุมขั้นตอน PBL ตั้งแต่ขั้นตอนที่ 4-ขั้นตอนที่ 7 - ดำเนินการระดมการตั้งสมมติฐาน เรียงลำดับความสำคัญของสมมติฐาน และกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ - ครูมอบหมายให้ศึกษาดำเนินการค้นคว้าตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ด้วยตนเอง - ครูทำหน้าที่ช่วยเหลือในการเรียนรู้ของผู้เรียนเมื่อผู้เรียนมีข้อคำถาม ข้อสงสัย โดยใช้เทคนิคการตั้งคำถามย้อนกลับ โดยจะเน้นคำถามที่ขึ้นต้นด้วย อะไร อย่างไร ทำไม ขั้นสรุป - ให้ผู้เรียนทุกคนสรุปสั้น ๆ เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของตนเอง (ประธาน เลขานุการ) ที่ได้รับในวันนี้ และจะพัฒนาอย่างไรในการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป - ครูมอบหมายให้ผู้เรียนสรุปองค์ความรู้ที่ได้ไปศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองในแต่ละวัตถุประสงค์การเรียนรู้และส่งเป็นรายบุคคล	ขั้นเตรียมความพร้อม - ครูใช้กิจกรรม Check-in กับผู้เรียนทุกคน (Contemplation) ขั้นสอน - ใช้สุนทรียสนทนาในขณะที่ทำกิจกรรมกลุ่ม (Compassion) - ครูสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ไม่เคร่งเครียด ทั้งทำทาง สีหน้า น้ำเสียง (Compassion) - ครูชี้แจงนักศึกษาในกรณีที่ไปศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองถ้ามีข้อคำถามหรือมีข้อสงสัยสามารถสอบถามครูได้ทุกช่องทางรวมทั้งช่องทางไลน์ ขั้นสรุป - ครูกล่าวชื่นชม และให้กำลังใจผู้เรียนภายหลังการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม (Compassion)	PBL - โดยการสังเกตความพร้อมและการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ของผู้เรียน - การสนทนากลุ่มแบบไม่เป็นทางการ - แบบประเมินตามสภาพจริง จิตตปัญญา - การสนทนากลุ่มแบบไม่เป็นทางการ - การสังเกต



ครั้งที่ / เวลา	วัตถุประสงค์	กิจกรรมการเรียนรู้แบบ PBL	กิจกรรมการเรียนรู้แบบจิตตปัญญา	วิธีการประเมินผล
3 (9.00 – 12.00) 3 ชั่วโมง	ขั้นเตรียมความพร้อม PBL 1. เพื่อให้ นักศึกษามีความพร้อมและมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ จิตตปัญญา 1. เพื่อเป็นการประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ของผู้เรียน 2. เพื่อพัฒนาฐานกาย ฝึกสติและการรู้ตามอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกของตน ขั้นสอน PBL 1. สามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการสืบค้นและการสื่อสาร (TQF 5.2) จิตตปัญญา 1. เพื่อสร้างแรงจูงใจ การคิดบวก และการสร้างบรรยากาศให้เรียนอย่างมีความสุข 2. เพื่อสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ การเข้าใจ และการยอมรับ การเปิดกว้าง 3. เพื่อพัฒนาฐานคิด ในการฝึกฟังผู้อื่นอย่างตั้งใจ ปราศจากอคติ ยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่าง ขั้นสรุป PBL เพื่อให้ นักศึกษาสามารถประเมินถึงจุดเด่นและจุดด้อยของตนเองได้ จิตตปัญญา 1. เพื่อสร้างแรงจูงใจ การคิดบวก การให้กำลังใจ 2. เพื่อให้นักศึกษาได้ทบทวนความคิด ความรู้สึก การกระทำของตนเอง 3. เพื่อให้ผู้เรียนเข้าใจในตนเอง และผู้อื่น	ขั้นเตรียมความพร้อม 1. ครูและผู้เรียนร่วมทบทวนวัตถุประสงค์การเรียนรู้ทั้งหมดของกลุ่ม ขั้นสอน 1. ครูบอกวัตถุประสงค์ในการทำ PBL ครั้งที่ 3 ซึ่งจะครอบคลุมขั้นตอน PBL ขั้นตอนที่ 8 2. ผู้เรียนนำข้อมูลของแต่ละบุคคลที่ได้สังเคราะห์จากการสืบค้นตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้มานำเสนอ แลกเปลี่ยนภายในกลุ่ม ขั้นสรุป 1. ให้ผู้เรียนทุกคนสรุปสั้นๆ เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของตนเอง (ประธาน เลขา สมาชิก) ที่ได้รับในวันนี้ และจะพัฒนาอย่างไรในการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป	ขั้นเตรียมความพร้อม 1. ครูใช้กิจกรรม Check-in กับผู้เรียนทุกคน (Contemplation) ขั้นสอน 1. ใช้สุนทริยสนทนาในขณะที่ทำกิจกรรมกลุ่ม (Compassion) 2. ครูสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ไม่เคร่งเครียด ทั้งทำทาง สีหน้า น้ำเสียง (Compassion) 3. ครูชี้แจงให้นักศึกษาในกรณีที่ไม่ไปศึกษา ค้นคว้าด้วยตนเองถ้ามีข้อคำถามหรือมีข้อสงสัยสามารถสอบถามครูได้ทุกช่องทางรวมทั้งช่องทางไลน์ ขั้นสรุป 1. ครูกล่าวชื่นชม และให้กำลังใจผู้เรียนภายหลังการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม (Compassion) 2. ครูให้ผู้เรียนทุกคนเขียนบันทึกสะท้อนคิด (Connectedness) ในประเด็นดังนี้ 2.1 รู้สึกอย่างไร 2.2 ได้เรียนรู้อะไรบ้าง 2.3 ภาควิชาใจตนเองอะไรบ้างในวันนี้ 2.4 มีอะไรเปลี่ยนแปลงในตนเองบ้าง 2.5 อยากจะขอบคุณใครบ้างในวันนี้ 2.6 อยากให้เพื่อน หรือครูช่วยในเรื่องอะไรบ้างเพื่อให้บรรลุความคาดหวังที่ต้องการ	PBL 1. โดยการสังเกตความพร้อม และการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ของผู้เรียน 2. การสนทนากลุ่มแบบไม่เป็นทางการ 3. แบบประเมินตามสภาพจริง จิตตปัญญา 1. การสนทนากลุ่มแบบไม่เป็นทางการ 2. การสังเกต 3. การเขียนสะท้อนคิด



ครั้งที่ / เวลา	วัตถุประสงค์	กิจกรรมการเรียนรู้แบบ PBL	กิจกรรมการเรียนรู้แบบจิตตปัญญา	วิธีการประเมินผล
4 (13.00 – 16.00) 3 ชั่วโมง	ขั้นเตรียมความพร้อม PBL 1. เพื่อให้ นักศึกษามีความพร้อมและมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ จิตตปัญญา 1. เพื่อเป็นการประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ของผู้เรียน 2. เพื่อพัฒนาฐานกาย ฝึกสติและการรู้ตามอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกของตน ขั้นสอน PBL 1. แสดงออกถึงการใช้ความรู้ ความเข้าใจในหลักจริยธรรมในการประกอบวิชาชีพพยาบาลในการแก้ปัญหาจริยธรรมในวิชาชีพพยาบาลได้ (TQF 1.1) 2. มีจรรยาบรรณวิชาชีพ (TQF 1.2) 3. ปกป้องสิทธิผู้รับบริการ (TQF 1.4) 4. สามารถนำข้อมูลและหลักฐานไปใช้ในการอ้างอิงและแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับปัญหาจริยธรรมในวิชาชีพพยาบาลอย่างมีวิจารณญาณได้ (TQF 3.3) 5. แสดงความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ (TQF 4.3) จิตตปัญญา 1. เพื่อสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ การเข้าใจ และการยอมรับการเปิดกว้าง 2. เพื่อพัฒนาจิต ในการฝึกฟังผู้อื่นอย่างตั้งใจและลดอคติของตนเอง ขั้นสรุป PBL เพื่อให้ นักศึกษาสามารถประเมินถึงจุดเด่นและจุดด้อยของตนเองได้ จิตตปัญญา 1. เพื่อสร้างแรงจูงใจ การคิดบวก การให้กำลังใจ 2. เพื่อให้ นักศึกษาได้ทบทวนความคิด ความรู้สึก การกระทำของตนเอง 3. เพื่อให้ ผู้เรียนเข้าใจในตนเอง และผู้อื่น 4. เพื่อพัฒนาฐานใจในการเรียนรู้ ด้วยใจที่ใคร่ครวญในการสื่อสารความคิดโดยใช้ลายเส้นและสีเส้นจากการวาดภาพ 5. เพื่อประเมินสิ่งที่ผู้เรียนได้เรียนรู้	ขั้นเตรียมความพร้อม 1. ครูและผู้เรียนร่วมทบทวนประเด็นปัญหาและสมมติฐาน ขั้นสอน 1. ครูออกวัตถุประสงค์ในการทำ PBL ครั้งที่ 4 ซึ่งจะครอบคลุมขั้นตอน PBL ขั้นตอนที่ 9 2. นำความรู้ที่สังเคราะห์ได้มาใช้เพื่อพิสูจน์สมมติฐานและสรุปเป็นหลักการเสนอแนวทางแก้ไขปัญหา ขั้นสรุป 1. ให้ผู้เรียนทุกคนสรุปสั้น ๆ เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของตนเอง (ประธาน เลขานุการ) ที่ได้รับในวันนี้	ขั้นเตรียมความพร้อม 1. ครูใช้กิจกรรม Check-in กับผู้เรียนทุกคน (Contemplation) ขั้นสอน 1. ใช้สุนทรียสนทนาในขณะที่ทำกิจกรรมกลุ่ม (Compassion) ขั้นสรุป 1. ครูกล่าวชื่นชม และให้กำลังใจผู้เรียนภายหลังการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม (Compassion) 2. ครูแจกกระดาษ A4 ให้ผู้เรียนตอบคำถาม ลงในกระดาษ A4 และวาดรูปความรู้สึกของตนเองในขณะนี้ที่ด้านหลังของกระดาษอีกด้านหนึ่ง (Commitment)	PBL 1. โดยการสังเกตความพร้อมและการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ของผู้เรียน 2. การสนทนากลุ่มแบบไม่เป็นทางการ 3. แบบประเมินตามสภาพจริง จิตตปัญญา 1. การสนทนากลุ่มแบบไม่เป็นทางการ 2. การสังเกต 3. การเขียนสะท้อนคิด 4. การวาดภาพ



การประเมินผลการเรียนรู้ที่เกิดกับผู้เรียน

การประเมินผลการเรียนรู้จากการประยุกต์ใช้แนวคิดจิตตปัญญาศึกษาร่วมกับการใช้การสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักในครั้งนี้ใช้วิธีการประเมินผลที่แตกต่างกันซึ่งวิธีการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักจะใช้การประเมินผลตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในรายบทที่จะต้องเกิดขึ้นกับผู้เรียน 5 หมวด คือ คุณธรรมจริยธรรม (TQF 1.1, 1.2, 1.4) ความรู้ (TQF 2.2) ทักษะทางปัญญา (TQF 3.3) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ (TQF 4.3) และการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร การใช้เทคโนโลยี (TQF 5.2) โดยใช้แบบประเมินตามสภาพจริงในขณะทำกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งผลการประเมินพบว่าผู้เรียนทุกคนบรรลุผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ที่กำหนดในแต่ละ TQF ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 สำหรับการประเมินผลที่เกิดจากวิธีการสอนตามแนวคิดจิตตปัญญาจะเป็นการเน้นการพัฒนาตนเองของผู้เรียนมากกว่าการตรวจสอบ ดังนั้นจึงใช้การวัดผลการเรียนรู้เชิงคุณภาพโดยการให้ผู้เรียนประเมินตนเองในการเขียนสะท้อนคิด และวาดภาพความรู้สึกของตนเองก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนแบบกลุ่มย่อย การสนทนาอย่างไม่เป็นทางการระหว่างผู้เรียน เพื่อนร่วมกลุ่มและครู โดยยึดหลักความเสมอภาคในฐานะความเป็นมนุษย์ที่ผู้ประเมินได้ถือว่าตนเองสูงกว่ามีอำนาจมากกว่า¹⁰ และใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม ทั้งก่อนทำกลุ่ม ระหว่างการทำกลุ่มและภายหลังการทำกลุ่ม ซึ่งสามารถสรุปผลการเรียนรู้ที่เกิดกับผู้เรียนได้ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคล ซึ่งแบ่งได้ดังนี้ คือ

1.1 ด้านฐานคิด

1.1.1 เกิดการรู้จักตนเอง คือ การเข้าใจตนเอง มีสติใคร่ครวญทบทวนตนเอง ตระหนักรู้ในสิ่งที่เป็นจุดเด่นและจุดอ่อนของตนเอง ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐานในตนเองและเป็นจุดมุ่งหมายของกระบวนการเรียนรู้แนวคิดจิตตปัญญาศึกษา

ตัวอย่างการสะท้อนคิดจากผู้เรียน เช่น “ได้พัฒนาศักยภาพของตัวเองมากขึ้น” “รู้ปัญหาของตัวเอง” “ได้ฝึกมองตัวเองว่าตัวเองยังขาดสิ่งใดอยู่ในการทำงาน”

1.1.2 การเข้าใจผู้อื่น คือ เข้าใจและยอมรับผู้อื่นตามที่เขาเป็น โดยใส่ใจรับฟังผู้อื่นได้มากขึ้น ซึ่งเกิดจากการพิจารณาด้วยใจอย่างใคร่ครวญ ทำให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจและตระหนักรู้โดยเชื่อมโยงความรู้และประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองและสิ่งรอบตัวทำให้มองเห็นความเชื่อมโยงระหว่างสรรพสิ่งได้ชัดเจน ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ไม่แยกส่วน เชื่อมโยงประสบการณ์ของผู้เรียนให้เข้ากับชีวิตจริงและเชื่อมโยงสัมพันธ์ภาพ ลดช่องว่างระหว่างผู้เรียน ทำให้เกิดความไว้วางใจ เข้าใจและยอมรับมุมมองความคิดที่แตกต่างของผู้อื่น¹¹

ตัวอย่างการสะท้อนคิดจากผู้เรียน “รู้จักเพื่อนมากขึ้น และจะพยายามเข้าใจความคิดและทัศนคติของเพื่อนโดยการฟังมากขึ้น” “รับฟังมากขึ้น รู้จักรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น” “ยอมรับฟังความคิดเห็นของเพื่อนๆ ภายในกลุ่มโดยไม่ยึดความคิดเห็นของตนเองเป็นหลัก”

1.2 ด้านฐานใจ

1.2.1 การอยู่ร่วมกับผู้อื่น คือ มีความเอื้ออาทรช่วยเหลือและพยายามลดความขัดแย้งภายในกลุ่มเนื่องจากปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกกลุ่มในระหว่างดำเนินกระบวนการกลุ่มเป็นการจำลองเหตุการณ์ในชีวิตจริงที่มีความหลากหลายทางความคิด ซึ่งอาจก่อให้เกิดความขัดแย้งหรือส่งเสริมซึ่งกันและกัน เมื่อเกิดความขัดแย้งภายในกลุ่มสมาชิก ผู้ร่วมกระบวนการกลุ่มต้องเรียนรู้ที่จะจัดการและคลี่คลายความขัดแย้งอย่างเหมาะสมโดยการให้ต่างฝ่ายต่างกลับมามองตนเองและสื่อสารกันด้วยความเมตตาทำให้ความขัดแย้งกลายเป็นจุดที่ทำให้ผู้ร่วมกระบวนการได้เรียนรู้และเปลี่ยนแปลงภายในตนเอง



ตัวอย่างการสะท้อนคิดจากผู้เรียน “ทุกคนมีดวงใจ มีเป้าหมายเดียวกันในการเรียนซึ่งแต่ละคนก็ไม่ได้มีความรู้เกี่ยวกับการเรียนแบบ PBL มาก่อน เราได้มาเรียนด้วยกันโดยมีอาจารย์เป็นผู้ชี้แนวทางในความรู้ในประเด็นต่าง ๆ ทำให้กลุ่มทำงานได้สำเร็จตามจุดประสงค์การเรียนรู้” “รู้สึกอบอุ่น เหมือนครอบครัว ได้พูดในสิ่งที่อยากพูดหรือสิ่งที่สงสัย” “ได้ช่วยเพื่อนทำงาน ออกความคิดเห็นซึ่งอาจจะถูกบ้างไม่ถูกบ้างแต่ก็ภูมิใจที่เพื่อนฟังความคิดเห็นเรา”

1.2.2 การสื่อสารกับผู้อื่น คือ สามารถแสดงความคิดเห็นต่อผู้อื่นได้อย่างตรงไปตรงมา และยอมรับความคิดเห็นต่างของบุคคลอื่นได้ ผลการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นเนื่องจากผู้เรียนได้เรียนรู้ร่วมกันท่ามกลางบรรยากาศของความรัก ความเมตตา ภายใต้บรรยากาศที่เป็นมิตร ทำให้เกิดพื้นที่ในการเรียนรู้ซึ่งเป็นพื้นที่ปลอดภัย ทำให้รู้สึกไว้วางใจและมีความเท่าเทียมกัน ส่งผลให้ผู้เรียนเปิดใจรับฟังผู้อื่นมากขึ้น เข้าใจ และไม่ตัดสินผู้อื่น กล้าแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกได้อย่างเปิดเผย¹²

ตัวอย่างการสะท้อนคิดจากผู้เรียน “กล้าทำหลายอย่างมากขึ้น กล้าพูดแสดงความคิดเห็นและรับฟังความคิดเห็นต่าง ๆ เป็นผู้นำและผู้ตามที่ดี” “กล้าเสนอความคิดเห็นแม้จะถูกบ้าง ผิดบ้าง” “ภูมิใจที่สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนได้และความคิดเราก็ก็น่าเป็นประโยชน์กับเพื่อนในกลุ่มได้”

1.3 ด้านฐานกาย

1.3.1 การนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน คือ การนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปรับพฤติกรรมของตนเอง คิดในเรื่องที่มีประโยชน์ และเพิ่มการทำต่อตนเองและผู้อื่น เกิดจิตสำนึกต่อส่วนรวม ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการเข้าถึงความจริงสูงสุด คือ ความจริง ความดี ความงาม แล้วนำไปสู่การลงมือปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงสังคมและโลก

ตัวอย่างการสะท้อนคิดจากผู้เรียน “สามารถนำกระบวนการนี้ไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เราเจอในชีวิตประจำวันได้ อย่างเช่น เมื่อเราเจอปัญหาเราคิดอย่างมีขั้นตอนโดยใช้หลัก PBL ว่าสาเหตุเกิดจากอะไร วัตถุประสงค์ที่เราจะแก้ปัญหามีอะไรคือเราได้ถามตัวเองมากขึ้น” “จะนำความรู้ประสบการณ์จากการเข้ากลุ่มไปใช้ในการทำงานกับผู้ป่วยจริง ๆ เพื่อที่จะแก้ไขสถานการณ์หรือเพื่อดูแลผู้ป่วยได้”

2. การเปลี่ยนแปลงในระดับกลุ่ม

จากการสังเกตพบว่า ในการจัดการเรียนการสอนครั้งที่ 2 เป็นต้นมา กลุ่มผู้เรียนมีการรับฟังการแสดงความคิดเห็นต่อกันอย่างมีสติ บรรยากาศการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่มที่ซาลง มีการพูดอย่างมีสติมากขึ้น มีการหยุดเพื่อใคร่ครวญและรับฟังกันอย่างลึกซึ้งมากขึ้น ในกรณีที่มีความคิดเห็นขัดแย้งกันเกิดขึ้นก็มีการพูดคุยที่ประนีประนอมกัน ช่วยเสริมและต่อยอดความคิดให้ชัดเจนและรอบด้านมากขึ้น

สรุปได้ว่าผู้เรียนทุกคนสะท้อนว่าชอบการเรียนรู้ในลักษณะแบบนี้ทั้งในการสะท้อนคิดด้วยการเขียน และภาพวาด ซึ่งจะได้ชัดว่าก่อนการเข้าสู่กระบวนการเรียนรู้ภาพวาดทั้งหมดจะเป็นไปในแนวความกังวล ครุ่นคิด มีเครื่องหมายคำถาม แต่ภาพวาดภายหลังการเรียนรู้พบว่าภาพทุกภาพจะสื่อออกมาเป็นรูปรอยยิ้ม รูปหัวใจ เนื่องจากกระบวนการเรียนรู้ทำให้ผู้เรียนสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงด้านโลกทัศน์ การนิยามความสุข เช่น รู้สึกมีความสุข อบอุ่น สนุกเป็นกันเอง ผ่อนคลายเมื่อได้เรียนรู้แบบกัลยาณมิตร รู้สึกมั่นใจในการคิด กล้าแสดงออก พูดสะท้อนความรู้สึกของตนเองได้ เข้าใจความต้องการของตนเองและเข้าใจความรู้สึกของคนอื่น สามารถทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม สามารถรับรู้ รับฟังสิ่งที่เพื่อนและครูพูดมากขึ้น มีความเข้าใจในบทบาทของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วย ในด้านความรู้สึกภายใน ส่งเสริมให้มีสมาธิในการเรียนรู้มากขึ้น สามารถเชื่อมโยงความคิดจากเรื่องที่เรียนไปแล้วกับการวิเคราะห์สถานการณ์ที่กำลังเรียนได้ ได้เรียนรู้และค้นหาความรู้ได้ด้วยตนเอง ทำให้สามารถทำงานได้สำเร็จ และบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ต้องการ

จะเห็นได้ว่าการประยุกต์ใช้แนวคิดจิตตปัญญา ร่วมกับการใช้การสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักในการจัดการเรียนการสอนในหัวข้อคัดสรรรายวิชาจริยศาสตร์และกฎหมายวิชาชีพทางการพยาบาล แนวคิดจิตตปัญญาจะทำให้ผู้เรียน



เกิดความสมดุลระหว่างฐานกาย ฐานใจและฐานจิต เพราะความคิด ความรู้สึก และการปฏิบัติล้วนเป็นฐานของปัญญาที่มีความสำคัญและเกื้อหนุนกันและกันซึ่งจะไปส่งเสริมให้การเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพราะผลการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นไม่เพียงเป็นการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจเท่านั้น แต่ยังเป็นการเรียนรู้ที่ทำให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงหลากหลายมิติ (Learning for holistic change) เช่น ด้านทัศนคติในการเรียน ด้านพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนาเป็นพฤติกรรมใหม่ที่สร้างสรรค์ ด้านความสัมพันธ์ ตลอดจนการทำให้ผู้เรียนสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ที่เรียนในการพัฒนาตนเอง เพื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ด้วยดี รวมถึงการนำสิ่งที่เรียนรู้ไปวางแผนในการให้การดูแลผู้รับบริการให้ครอบคลุมสุขภาพองค์รวม ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณบนพื้นฐานความเอื้ออาทร ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนโดยใช้แนวคิดจิตตปัญญาสอดแทรกในหลักสูตรพยาบาลควรวางแผนให้เกิดขึ้นกับนักศึกษาทุกชั้นปีอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาบัณฑิตพยาบาลให้บรรลุอัตลักษณ์บัณฑิตของสถาบันพระบรมราชชนก คือ “บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” ความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นนั้นส่งผลต่อการอยู่ร่วมกัน การเอื้อประโยชน์สุขให้ผู้อื่น ช่วยให้เกิดความเข้าใจอันดีระหว่างกัน ลดความขัดแย้ง และอยู่ร่วมกันอย่างราบรื่นมีความสุขมากขึ้น หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าจิตตปัญญาศึกษาส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันทำให้ผู้เรียนมีการปรับเปลี่ยนเจตคติทั้งต่อตนเอง เพื่อน ครู และวิชาชีพที่ดีขึ้น สร้างการเรียนรู้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตนเอง ยกระดับจิตใจของตนเองให้สูงขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

1. ด้านครูผู้สอน

1.1 ครูควรมีการปรับเปลี่ยนแนวคิดในการจัดการเรียนการสอน โดยละทิ้งบทบาทในการให้ความรู้มาเป็นผู้เอื้ออำนวยการเรียนรู้ ช่วยจัดการเรียนรู้ที่มีคุณภาพโดยมีผู้เรียนเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ และครูต้องมีการฝึกฝนพัฒนาตนเองอยู่เสมอในการเป็นแบบอย่างที่ดี มีความเป็นกัลยาณมิตร เปิดใจกว้าง ไวต่อการรับรู้ รับฟังความในใจของตนเองและผู้อื่นอย่างลึกซึ้ง ให้อิสระ ไม่ตัดสิน เพื่อจะส่งผลและขยายสู่ผู้เรียนในการสร้างบรรยากาศที่ดีในการเรียนรู้¹³

1.2 ควรมีการเตรียมครูผู้สอน โดยครูผู้สอนควรเคยเข้าร่วมกิจกรรมจิตตปัญญาศึกษา หรือผ่านการฝึกฝนในกระบวนการจิตตปัญญาศึกษา หรือมีความเข้าใจในกระบวนการสอนแบบจิตตปัญญาศึกษา¹⁴ มีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองในการจัดการเรียนสอน และมีความเชื่อว่าการสอนแบบจิตตปัญญาศึกษาสามารถพัฒนาความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งด้านกาย จิตและสติปัญญา ช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้เกี่ยวกับตนเองนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงโลกทัศน์สู่การมองโลกแบบองค์รวม ส่งผลให้เกิดความสมดุลระหว่างกาย ใจและสติปัญญา สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข

1.3 ครูมีบทบาทสำคัญในการนำพาผู้เรียนให้เรียนรู้โดยหยั่งให้ถึงราก โดยการนำเอาจิตตปัญญาศึกษามาใช้ในการจัดการเรียนการสอน ให้ความสำคัญกับการลงมือทำของผู้เรียน ให้ฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เช่น การฝึกปฏิบัติผ่านความสงบนิ่ง (การทำสมาธิ) การปฏิบัติผ่านกระบวนการสร้างสรรค์ (การวาดภาพ) การปฏิบัติผ่านกระบวนการเชิงความสัมพันธ์ (สุนทรียสนทนา การฝึกฟังอย่างลึกซึ้ง การสนทนากับเสียงภายใน) เพื่อที่จะสามารถประยุกต์เชื่อมโยงกับศาสตร์ต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างสมดุลและมีคุณค่า¹⁵

2. ด้านการนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน การสอนโดยใช้แนวคิดจิตตปัญญาศึกษาสามารถที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการบูรณาการกับการเรียนการสอนเดิมที่ครูใช้ โดยต้องมีการออกแบบการจัดการเรียนการสอน ให้ครอบคลุมทั้งขั้นการเตรียมความพร้อม ขั้นสอน และขั้นสรุปว่าจะใช้กิจกรรมใดในขั้นตอนใดเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ครูต้องการให้เกิดกับผู้เรียน เนื่องจากการเรียนรู้ในเชิงวิชาการเพียงอย่างเดียวอาจทำให้ไม่บรรลุการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงได้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงไม่ได้เกิดจากกระบวนการเชิงเหตุผล (Analyze-Think-Change) เพียงอย่างเดียว แต่มักเกิดจากกระบวนการทางความรู้สึก (See-Feel-Change) ดังนั้น



ครูจึงต้องจัดการเรียนรู้ที่บูรณาการกับวิธีการเรียนที่ใช้กระบวนการเชิงอารมณ์ นั่นคือ กระบวนการจิตตปัญญาศึกษา ซึ่งเป็นกระบวนการที่ทำให้เข้าใจความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตนเอง

บทสรุป

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้แนวทางจิตตปัญญาศึกษาร่วมกับวิธีการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ทั้งในด้านของคุณธรรมจริยธรรม ความรู้ ทักษะทางปัญญา ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ และทักษะการสื่อสาร ดังนั้นการนำแนวคิดจิตตปัญญาไปประยุกต์ใช้ร่วมกับการสอนวิธีอื่นๆ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการศึกษาทุกระดับ ผู้ที่มีความเกี่ยวข้องในการจัดการเรียนการสอนควรทำความเข้าใจ เห็นคุณค่า และส่งเสริมการเรียนรู้ในแนวทางนี้ให้มากที่สุด เพื่อจะช่วยให้มีการพัฒนามนุษย์ให้เกิดปัญญาสูงขึ้นอย่างแท้จริงและจิตตปัญญาศึกษาจะช่วยในการสร้างเมล็ดแห่งจิตตปัญญา คือศักยภาพภายในที่พร้อมจะงอกงามออกมาเป็นจิตตปัญญาพฤกษาต้นต่อๆ ไป เพราะเรามีความเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนต่างเป็นเมล็ดพันธุ์ที่สามารถปล่อยศักยภาพออกมาได้เมล็ดพันธุ์แห่งจิตตปัญญาที่เติบโตจะช่วยเหนี่ยวนำให้เมล็ดพันธุ์อื่นๆ ใต้กองงาม นั้นหมายถึงผู้สร้างการเปลี่ยนแปลง (Change agent) ต่อไปในอนาคต

References

1. National Education Act. Royal Thai Government Gazette. Book 136 Chapter 57 ก Page 56.2020. (in Thai).
2. Praboromarajchanok Institute. A guide to implementation of graduate identity of Praboromarajchanok Institute, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Nonthaburi: Yutharin Printing;2013. (in Thai).
3. Pulpattarachiwin J. Contemplative education: dawn of the new consciousness in education. Nakhon Pathom: Contemplative education center Mahidol University;2008. (in Thai).
4. Wasi P. Education system that solves misery of the whole country. Nakhon Pathom: Contemplative education center Mahidol University; 2011. (in Thai).
5. Academic document project of transformative learning .What is contemplative education?. Nakhon Pathom: Contemplative education center Mahidol University;2009. (in Thai).
6. Puttiwanit N, Puttiwanit S, Suwanraj M, Kaewmahakam O. Effect of problem-based learning on intellectual skills of nursing student in nursing of persons with health problems I subject. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2017;4(1):1-14. (in Thai).
7. Dhabdhimsri V, Naiyapatana O. Enhancing thinking process skills in adult nursing using problem-based learning. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2017;33(1):104-114. (in Thai).
8. Boonpleng W, Norapoompipat A, Lumrod N. Effects of problem-based learning on course achievement among baccalaureate nursing students. Journal of Nursing Science 2018;36(4):28-38. (in Thai).
9. Klunklin A. Problem-based learning in nursing education. Chiang Mai: Siampimnana;2013. (in Thai).
10. Rungkhunakorn B. Contemplative education: the ancient way of learning in a new world. Journal of Education, Silpakorn University 2016;14(2):29-39. (in Thai).
11. Nilchaigovit T, Juntrasook A. The art of transformative learning: a guide to contemplative processes. 1st ed. Contemplative education center Mahidol University;2009. (in Thai).
12. Jamjan L, Boonchoochuay R, Insing S. Transformative learning: lesson learned from nursing education. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2015;24(3):1-14. (in Thai).
13. Rungkhunakorn P. Contemplative education: the ancient way of learning in a new world. Journal of



- Education, Silpakorn University 2016;14(2):29-39. (in Thai).
14. Pewkam W. A case study of learning management model based on contemplative education approach in higher education [Master thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University. 2010. (in Thai).
 15. Rumpagaporn WM. Instruction based on contemplative education concept: a research synthesis. EAU Heritage Journal Social Science and Humanity 2015;5(2):328-42. (in Thai).



บทบาทพยาบาลกับการดูแลเด็กที่ติดเชื้อไวรัส RSV

The Nurses' Role in the Care of Children with Respiratory Syncytial Virus Infection

อลิษา ขุนแก้ว¹ เสน่ห์ ขุนแก้ว¹ บุษกร ยอดทราย² ปณัชนา เชื้อวงศ์³

Alisa Khunkaew¹ Saneh Khunkaew¹ Bootsakorn Yotsai² Panatchaya Chuawong³

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุตรดิตถ์ สถาบันพระบรมราชชนก

²คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

³วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

¹Boromarajonani College of Nursing Uttaradit, Praboromarajchanok Institute

²McCormick Faculty of Nursing, Payap University

³Boromarajonani College of Nursing Ratchaburi, Praboromarajchanok Institute Thailand.

Corresponding author: Alisa Khunkaew; Email: alisa@unc.ac.th

Received: January 20, 2020 Revised: May 21, 2020 Accepted: June 19, 2020

บทคัดย่อ

ไวรัสอาร์เอสวี (respiratory syncytial virus: RSV) เป็นเชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุของโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่างที่พบได้บ่อยและก่อให้เกิดอาการที่รุนแรงในทารกและเด็กที่อายุน้อยกว่า 2 ปี เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และก่อให้เกิดอาการของภาวะหายใจลำบาก ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินที่ก่อให้เกิดผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงคือภาวะหายใจล้มเหลวตามมา บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวทางการดูแลเด็กที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจจากเชื้อไวรัส RSV ภายใต้บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลในการประเมินและการเฝ้าระวังภาวะพร้อมออกซิเจน การดูแลเพื่อส่งเสริมการหายใจของโรค และการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยเน้นให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็กและครอบครัว

คำสำคัญ: การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง; ไวรัส RSV; บทบาทของพยาบาล



The Nurses' Role in the Care of Children with Respiratory Syncytial Virus Infection

Alisa Khunkaew¹ Saneh Khunkaew¹ Bootsakorn Yotsai² Panatchaya Chuawoung³

¹Boromarajonani College of Nursing Uttaradit, Praboromarajchanok Institute

²McCormick Faculty of Nursing, Payap University

³Boromarajonani College of Nursing Ratchaburi, Praboromarajchanok Institute Thailand.

Corresponding author: Alisa Khunkaew; Email: alisa@unc.ac.th

Received: January 20, 2020 Revised: May 21, 2020 Accepted: June 19, 2020

Abstract

Respiratory Syncytial Virus (RSV) infection is the leading cause of childhood hospitalization and mortality. Epidemics of RSV have been found during the wet season and winter. The infection occurs in the lower respiratory tract and may be severe among infants and children aged less than two years old. RSV infection may cause childhood hospitalization with respiratory failure, which is a severe complication of RSV infection. The purpose of this article is to provide guidelines for nursing care practice for children hospitalized with RSV infection including how to monitor RSV complications and hypoxemia, promote health and well-being, and give health education to reduce the recurrence rate of RSV infection. This article will enhance the comprehension of caring for children with RSV infection in terms of family-centered care. Furthermore, discussions between nurses and parents would be beneficial for improving the quality of care and better quality of life among children with RSV infection.

Keywords: lower respiratory tract infection; respiratory syncytial virus; nursing role

ความเป็นมาและความสำคัญ

การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 1 ในเด็กช่วงอายุดังกล่าวทั่วโลก¹ การเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก อาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการและสุขภาพโดยรวมของเด็ก อีกทั้งอาจทำให้เกิดโรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ภาวะหายใจล้มเหลว ภาวะขาดออกซิเจน ส่งผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านสติปัญญา² นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ซึ่งก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล เกี่ยวกับอาการป่วยของเด็ก รวมไปถึงการหยุดงานของผู้ปกครองเพื่อดูแลเด็ก ส่งผลให้ขาดรายได้ ประกอบกับการเผชิญกับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเมื่อเด็กเกิดการเจ็บป่วย

ไวรัสอาร์เอสวี (respiratory syncytial virus (RSV)) เป็นสาเหตุการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่างที่เป็นปัญหาสำคัญและพบได้บ่อยในเด็ก โดยเฉพาะในกลุ่มที่อายุต่ำกว่า 5 ปี เป็นเชื้อไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคหลอดลมฝอยอักเสบและปอดอักเสบ³ จากรายงานการศึกษาเมื่อปี 2017 ได้ประมาณการจำนวนเด็กที่ติดเชื้อไวรัส RSV ในปี 2005-2015 พบว่ามีผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อไวรัสชนิดนี้ทั่วโลกประมาณ 33 ล้านราย 3.2 ล้านรายมีอาการรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเสียชีวิตประมาณ 48,000-74,500 ราย โดยร้อยละ 99 ของจำนวนเด็กที่เสียชีวิตพบในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา⁴ ไวรัส RSV มักพบการระบาดในช่วงฤดูหนาวในประเทศแถบยุโรปและอเมริกา⁵ ส่วนข้อมูลในประเทศไทย มักพบการระบาดในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนตุลาคม⁶⁻⁷ ไวรัสสามารถเข้าสู่ร่างกายผ่านทางเดินหายใจเป็นหลัก⁸ และสามารถแพร่กระจายไปยังทางเดินหายใจส่วนล่าง ทำให้เด็กมีอาการหายใจลำบากจากภาวะหลอดลมหดเกร็ง และพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง⁹ หากไม่ได้รับการประเมินอาการ รวมถึงการดูแลอย่างถูกต้องและรวดเร็ว อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ ภาวะหลอดลมหดเกร็ง ปอดแฟบ และภาวะหายใจล้มเหลว⁹

การดูแลเด็กให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เด็กปลอดภัยหายจากโรคได้อย่างรวดเร็ว บทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวี คือ การประเมินและการเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจน การดูแลเพื่อส่งเสริมการหายใจของโรค การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดโรคและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การสื่อสารกับผู้ดูแลให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแล ได้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย เนื่องจากเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยให้การดูแลรักษาเด็กป่วยในระยะเฉียบพลันเป็นไปได้อย่างดี อีกทั้งยังสามารถช่วยให้สามารถดูแลเด็กได้อย่างถูกต้องเมื่อเด็กกลับไปอยู่บ้าน¹⁰ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอ การติดเชื้อไวรัส RSV แนวทางการดูแลเด็กที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจจากเชื้อ RSV บทบาทและหน้าที่ที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลในระยะเฉียบพลัน การดูแลเพื่อส่งเสริมการหายใจของโรค การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดโรคและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยเน้นให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็กป่วยและครอบครัว

การติดเชื้อไวรัส RSV

เชื้อไวรัส RSV ที่เข้าสู่ระบบทางเดินหายใจจะส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายโดยที่ eosinophils lymphocytes และ macrophages จะถูกกระตุ้นให้มีการหลั่ง Inflammatory mediator เช่น cytokine, interleukin-8 ทำให้เยื่อของทางเดินหายใจมีการบวม มีการสร้างเยื่อเมือกและสารคัดหลั่งเพิ่มมากขึ้น เกิดการกระตุ้นให้มีการหดเกร็งของหลอดลม เกิดการอุดกั้นของหลอดลมฝอยและทางเดินหายใจ (airway obstruction)¹¹ ส่งผลให้มีการไหลวนของอากาศภายในถุงลม (air-trapping) ทำให้หลอดลมแฟบยุบลง (lobular collapse) และมีปอดแฟบเป็นหย่อมๆ การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง จึงส่งผลให้ร่างกายได้รับออกซิเจนลดลง¹² นอกจากนี้อาจมีการติดเชื้อลงสู่เนื้อเยื่อปอดทำให้เกิดภาวะปอดอักเสบ (pneumonia) มีการสร้างน้ำและเมือกเพิ่มขึ้นบริเวณถุงลม ซึ่งจะมีเม็ดเลือดขาวและเม็ดเลือดแดงมารวมตัวบริเวณที่มีการอักเสบมากขึ้น จะพบการบวมของเยื่อหุ้มทางเดินหายใจและมีเสมหะจำนวนมากในถุงลมและหลอดลมฝอย ทำให้ทางเดินหายใจเกิดการอุดกั้น ความยืดหยุ่นของปอดและพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง¹³



เด็กเล็กมีลักษณะทางกายภาพของระบบทางเดินหายใจที่แตกต่างจากผู้ใหญ่ ท่อทางเดินหายใจมีขนาดเล็ก สันและตรงทำให้เมื่อมีการติดเชื้อในทางเดินหายใจเชื้อจะเข้าสู่ทางเดินหายใจส่วนล่างได้ง่าย ลิ้นมีขนาดใหญ่เมื่อเทียบกับขนาดช่องปาก รูปร่างทางเดินหายใจส่วนต้นมีลักษณะเป็นรูปกรวย ทำให้ทางเดินหายใจมีลักษณะแคบ ปริมาณน้ำมูกและเสมหะมีปริมาณมาก มีความเสี่ยงที่จะเกิดการอุดตันของทางเดินหายใจได้ง่าย ปฏิกริยาฟีลิกซ์การไอขับเสมหะหรือการขับสิ่งแปลกปลอมออกจากทางเดินหายใจยังทำงานได้ไม่ดี² เมื่อมีปัญหาการอักเสบหรือติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจร่างกายจะปรับตัวโดยใช้แรงในการหายใจมากขึ้น อัตราการหายใจเร็วขึ้น ปีกจมูกบานขึ้นเพื่อเพิ่มอากาศเข้าสู่ทางเดินหายใจให้มากขึ้น² เมื่อปริมาตรอากาศที่เข้าสู่ร่างกายมีน้อยกว่าปริมาตรความจุปอดที่มีผลต่อแรงดันภายในช่องทรวงอกขณะหายใจเข้าที่เป็นลบ ร่วมกับผนังทรวงอกของเด็กมีกล้ามเนื้อที่บางและยังไม่แข็งแรงพอ ทำให้พบลักษณะของการยุบลงของหน้าอกขณะหายใจเข้า (retraction) ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในเด็กเล็ก³ อาการดังกล่าวข้างต้นเป็นอาการแสดงของภาวะหายใจลำบาก ในช่วงระยะแรกเริ่ม (early sign) หากไม่ได้รับการแก้ไขหรือช่วยเหลือให้อาการบรรเทาหรือจัดการกับอาการเหล่านั้น อาจนำไปสู่ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำลง (hypoxemia) เข้าสู่ระยะของอาการระยะท้าย (late sign) มีภาวะเขียว (cyanosis) ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หายุดหายใจ หัวใจเต้นช้าลง และเกิดภาวะหายใจล้มเหลวตามมาได้

แนวทางการดูแลรักษาเด็กที่ติดเชื้อไวรัส RSV ในปัจจุบัน

แนวทางการรักษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กจากเชื้อ RSV แบ่งออกเป็น 3 แบบ คือ 1) การรักษาแบบประคับประคองตามอาการ 2) การให้ภูมิคุ้มกันรับมา (passive immunity) และ 3) การให้ยาต้านไวรัส อย่างไรก็ตาม การรักษาหลักในปัจจุบันยังคงเป็นการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ¹³ แนวทางการรักษาเด็กที่ติดเชื้อ RSV แบบประคับประคองนั้น สมาคมกุมารเวชศาสตร์ ประเทศสหรัฐอเมริกา (American Academy of Pediatrics: AAP)⁵ ได้แนะนำแนวทางดูแลการรักษาเด็กที่ติดเชื้อ RSV ไว้ดังนี้

1. การบำบัดด้วยออกซิเจน (oxygen therapy) ในรายที่มีอาการหอบ หายใจลำบาก มีอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน หรือกรณีที่ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดที่อวัยวะส่วนปลาย (stands for saturation of peripheral oxygen: SpO₂) ต่ำกว่าร้อยละ 90 สมาคมกุมารเวชศาสตร์ ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ให้คำแนะนำให้เป็นการรักษาที่สำคัญที่สุด โดยเฉพาะในรายที่มีอาการแสดงของภาวะหายใจลำบาก ซึ่งจำเป็นต้องให้การรักษาด้วยออกซิเจนชนิด high-flow nasal cannula และ CPAP^{3,13}

ปัจจุบันได้มีการใช้ออกซิเจนในการรักษาเด็กที่มีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง หลอดลมฝอยอักเสบ และปอดอักเสบ องค์การอนามัยโลก¹⁴ ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการบำบัดด้วยออกซิเจนว่า ควรเป็นออกซิเจนชนิด nasal cannula ซึ่งปัจจุบันสามารถใช้ได้ทั้งในระบบ Low flow system ที่เป็นการให้ออกซิเจนเพียงบางส่วน และระบบ high flow system ซึ่งจะให้ออกซิเจนในปริมาณอากาศที่มากกว่าซึ่งสามารถปรับอัตราการไหลของออกซิเจนได้มากกว่าปกติและสามารถควบคุมความเข้มข้นของออกซิเจนได้คงที่¹² การเลือกใช้ทั้งสองระบบนั้นขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วย ทั้งนี้ การให้ออกซิเจนทาง nasal cannula เป็นวิธีการที่สะดวกและรบกวนผู้ป่วยน้อย สามารถให้อาหารและยาได้ในขณะที่ให้ออกซิเจน

2. การบำบัดด้วยยาขยายหลอดลมชนิดพ่นละอองฝอยเช่น ยาในกลุ่ม β_2 agonist (salbutamol / terbutaline) ยังไม่มีข้อแนะนำให้ใช้เป็นการรักษามาตรฐานในผู้ป่วยทุกราย แต่จะใช้ในกรณีที่แพทย์ตรวจพบการหดเกร็งของหลอดลม โดยแพทย์จะพิจารณาให้ salbutamol ในขนาด .05-.15 mg./kg./dose หรือให้ terbutaline ในขนาด .05-.1 mg./kg./dose ถ้าอาการหอบและเสียง wheezing หายไปหรือดีขึ้น แสดงว่าการรักษาให้ผลลัพธ์ที่ดี ส่งผลให้ร่างกายได้รับออกซิเจนได้ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ในทางปฏิบัติควรมีการพิจารณาเป็นรายไป



3. การบำบัดโดยการพ่นละอองฝอยด้วยสารละลายที่มีความเข้มข้น (nebulized 3% hypertonic saline) เพื่อช่วยลดการบวมของเยื่อทางเดินหายใจ ความเข้มข้นของสารละลายจะช่วยในการดึงน้ำออกจากเยื่อเมือก (mucosal cell) ทำให้มีน้ำในหลอดลมมากขึ้น ลดความเหนียวข้นของเสมหะ จากรายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Zhang¹⁵ ระบุว่า การพ่น 3%NaCl ผสมกับ bronchodilator เปรียบเทียบกับการใช้ NSS ผสมกับ bronchodilator พบว่า การใช้ 3%NaCl ให้ผลในการรักษาได้ดีกว่า และยังสามารถลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. การดูแลให้ได้รับสารน้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอ อาจจำเป็นต้องให้เสริมทางสายยางหรือให้ทางหลอดเลือดดำ หากพบว่าเด็กได้รับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอรับประทานได้น้อย หรือพบว่ามีการแสดงของภาวะขาดน้ำ³

ปัจจุบัน แนวทางการรักษาได้ถูกพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในกลุ่มประเทศพัฒนาได้มีการกล่าวถึงการรักษาที่นอกเหนือจากการให้การรักษาระดับประคับประคอง คือ ใช้น้ำยาด้านไวรัส และการใช้วัคซีนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ RSV โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ เด็กที่มีประวัติเกิดก่อนกำหนด โรคปอดเรื้อรัง (bronchopulmonary dysplasia) โรคหอบหืด หรือในกลุ่มเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (congenital heart disease)^{11, 13}

การใช้น้ำยาด้านไวรัส (ribavirin) เป็น nucleoside analogue เป็นยาที่สามารถใช้ได้จำเพาะกับเชื้อไวรัส RSV อย่างไรก็ตามยังไม่มีหลักฐานทางการแพทย์ระบุว่าการใช้น้ำยาด้านไวรัสมีประโยชน์ในการรักษา acute bronchiolitis ที่เกิดจากเชื้อไวรัส RSV เนื่องจากยังไม่สามารถลดระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างชัดเจน รวมถึงข้อควรระวังจากผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เช่น ผลต่อการกดไขกระดูก ผลต่อพัฒนาการของตัวอ่อน รวมถึงผลเรื่องของราคาที่สูง จึงอาจพิจารณาใช้ในกลุ่มเสี่ยงที่กล่าวไว้ข้างต้นก่อน^{5, 11} และส่วนของวัคซีนป้องกัน (palivizumab) เป็นวัคซีนที่ใช้กับเชื้อไวรัสอาร์เอสวี เป็นชนิดภูมิคุ้มกันรับมา (passive immunity) จากรายงานพบว่าวัคซีนชนิดนี้ยังมีราคาสูงเมื่อพิจารณาถึงความคุ้มค่าและคุ้มทุนแล้ว ยังไม่มีรายงานเกี่ยวกับการใช้อย่างแพร่หลาย แต่หลาย ๆ ประเทศในกลุ่มที่พัฒนาแล้วได้มีการศึกษาถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของยาดังกล่าว^{5, 11, 16}

บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อไวรัส RSV

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทและหน้าที่ที่สำคัญในการลดอาการและอาการรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็ก ดังนั้น ปัญหาที่สำคัญของเด็กที่มีการติดเชื้อ RSV คือ อาจมีภาวะพร่องออกซิเจน จากทางเดินหายใจอักเสบ การตีบแคบของหลอดลม มีน้ำมูกและเสมหะปริมาณมาก ส่งผลให้เกิดทางเดินหายใจอุดตัน รวมไปถึงปัญหาในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เนื่องจากการแพบของถุงลมและการอักเสบของเนื้อเยื่อปอด บทบาทของพยาบาลในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อไวรัส RSV ประกอบด้วย

1. บทบาทในการประเมินและการเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจน

การประเมินและเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจนเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลเด็กที่มีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างจากเชื้อไวรัส RSV โดยเฉพาะในเด็กกลุ่มเสี่ยงที่กล่าวมาแล้วข้างต้น เพราะเด็กมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะพร่องออกซิเจนได้เสมอ ซึ่งต้องพิจารณาให้การบำบัดด้วยออกซิเจนเป็นลำดับต่อไป โดยพยาบาลสามารถปฏิบัติได้ดังนี้

1.1 วัดและประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดด้วย pulse oximetry เป็นการประเมินภาวะพร่องออกซิเจนได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว หากพบว่าเด็กป่วยมีระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดที่อวัยวะส่วนปลาย (SpO_2) < 95% ควรติดตามและเฝ้าระวังภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress) อย่างใกล้ชิดและรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ออกซิเจน นอกจากนี้ระดับ SpO_2 เป็นตัวที่สามารถทำนายความรุนแรงของโรค อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลได้^{14, 17}

1.2 การประเมินภาวะพร่องออกซิเจนจากอาการและอาการแสดง ในการประเมินภาวะพร่องออกซิเจนในเด็กที่มีปัญหาการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ทั้งนี้หากไม่สามารถประเมินจาก pulse oximetry ได้ สามารถประเมินได้จาก



อาการแสดง ซึ่งได้แก่ อาการเขียว หน้าอกบุ๋ม (chest wall retraction) ปีกจมูกบาน (nasal flaring) มีเสียงหายใจที่ผิดปกติ (adventitious sounds) เช่น wheezing, rhonchi หรือ crepitation ที่แสดงถึงการตีบแคบของหลอดลม หรือความผิดปกติในการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจน เด็กซึมลงหรือมีอาการกระสับกระส่าย อัตราการหายใจเร็วกว่าปกติ¹⁴ ซึ่งในทางปฏิบัติองค์การอนามัยโลก¹⁴ มีข้อแนะนำคือ ให้นับอัตราการหายใจ 1 นาที และประเมินตามช่วงอายุ ดังนี้

เด็กอายุน้อยกว่า 2 เดือน อัตราการหายใจไม่ควรเกิน 60 ครั้ง/นาที

เด็กอายุ 2 เดือน ถึง 1 ปี อัตราการหายใจไม่ควรเกิน 50 ครั้ง/นาที

เด็กอายุ 1 ถึง 5 ปี อัตราการหายใจไม่ควรเกิน 40 ครั้ง/นาที

2. บทบาทในการดูแลเพื่อส่งเสริมการหายใจของโรค

การติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีเป็นการเจ็บป่วยเฉียบพลันที่สามารถให้การดูแลรักษาให้หายได้ ระยะเวลาในการหายใจของโรคขึ้นอยู่กับได้รับการดูแลในระยะแรกเป็นสำคัญ การส่งเสริมการหายใจของโรคเป็นกิจกรรมหลักที่สามารถปฏิบัติได้ในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพและสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ เริ่มตั้งแต่การดูแลให้เด็กได้รับความสะดวกสบายการดูแลให้ได้รับสารน้ำสารอาหารอย่างเพียงพอ และการดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง ดังนั้นพยาบาลควรมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลเพื่อส่งเสริมการหายใจของโรคดังนี้^{5,13}

2.1 การดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ สารน้ำนับได้ว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อกระบวนการหายใจของโรค ดังนั้นการติดตามปริมาณสารน้ำเข้าและออกและติดตามอาการของการขาดน้ำจึงเป็นสิ่งสำคัญ เช่น ริมฝีปากแห้ง น้ำหนักลด ความตึงตัวของผิวหนังลดลง ปัสสาวะออกน้อย น้ำหนักลด เนื่องจากเด็กอาจรับประทานอาหาร น้ำ หรือนมได้น้อยลง รวมถึงอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบากส่งผลให้ร่างกายสูญเสียน้ำออกจากร่างกายได้¹⁸

2.2 การดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ผู้ป่วยเด็กที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี จำเป็นต้องได้รับการดูแลเรื่องการทางเดินหายใจให้โล่งเป็นอย่างมาก เนื่องจากสภาวะโรคทำให้เกิดการอุดตันทางเดินหายใจ จากการมีเสมหะและน้ำมูกปริมาณมาก เด็กยังไม่สามารถไอหรือขับเสมหะเองได้ จึงจำเป็นต้องมีการช่วยทำทางเดินหายใจให้โล่งโดยการระบายน้ำมูกในโพรงจมูกในกรณีที่มีน้ำมูกเหนียวข้นในปริมาณมาก เป็นบทบาทพยาบาลต้องให้การดูแลเด็กเป็นอันดับต้น เป็นการช่วยลดการคั่งของน้ำมูกในโพรงจมูกและช่วยระบายน้ำมูกเก่าที่เป็นตัวก่อให้เกิดการติดเชื้อ ทำให้การทำงานของ cilia ที่เยื่อบุจมูกดีขึ้น¹³ ในเด็กเล็กหรือเด็กที่ส่งน้ำมูกไม่ได้ สามารถทำได้โดยให้ใช้อุปกรณ์ช่วยดูดน้ำมูก เช่น ลูกยางแดง ใช้ผ้าสะอาดหรือไม้พันสำลีเช็ดน้ำมูกออก หากน้ำมูกข้นเหนียวอาจใช้น้ำเกลือหยอดจมูกแล้วดูดออกด้วยเครื่องดูดเฉพาะ

2.3 การดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา เมื่อเด็กมีอาการแสดงของภาวะหายใจลำบาก หรือพร่องออกซิเจน แพทย์จะพิจารณาให้ออกซิเจนตามความเหมาะสมและความต้องการออกซิเจนในแต่ละราย¹⁴ บทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการให้ออกซิเจนคือ การปรับอัตราการไหลของออกซิเจนให้ได้ในระดับที่ถูกต้องและเหมาะสมตามแผนการรักษา กรณีที่เด็กได้รับออกซิเจน nasal cannula ซึ่งเป็นวิธีการที่สะดวกและรบกวนผู้ป่วยน้อย สามารถให้อาหารและยาได้ในขณะที่ให้ออกซิเจน การให้ออกซิเจน nasal cannula ในระบบ low flow system ควรปรับอัตราการไหลไม่เกิน .5-1 lit/min ในทารกแรกเกิด 1-2 lit/min ในทารก และ 4 lit/min ในเด็กอายุ 1 ปีขึ้นไป ซึ่งจะทำให้ความเข้มข้นของออกซิเจน (FiO₂) ประมาณ 24-40 % กรณีที่เป็นระบบ high flow system สามารถปรับอัตราการไหลของออกซิเจนได้ถึง ประมาณ 8 lit/min¹⁴

ในขณะที่ให้ออกซิเจน cannula พยาบาลต้องคอยตรวจสอบดูว่าสาย cannula มีการอุดตันหรือไม่ เนื่องจากอาจมีน้ำมูกแห้งติดอยู่ที่สาย ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับออกซิเจนตามที่กำหนด และนอกจากนี้ต้องหมั่นตรวจสอบการคายเคืองบริเวณที่ติดพลาสติก และการกดทับจากสายที่บริเวณผิวหนังด้วย นอกจากนี้พยาบาลต้องประเมินและติดตามอาการแสดงทางคลินิกหรือใช้เครื่อง pulse oximeter เพื่อประกอบการพิจารณาในการปรับปริมาณออกซิเจนให้เหมาะสมในระหว่างที่เด็กได้รับออกซิเจนด้วย



การให้ออกซิเจนผ่านอุปกรณ์ในรูปแบบอื่นๆ พยาบาลสามารถดูแล และปรับอัตราการไหลของออกซิเจน ให้ได้ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนที่เด็กควรได้รับ และระบบทำความชื้นให้เหมาะสมดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1: ตารางแสดงชนิดของอุปกรณ์การให้ออกซิเจนและความเข้มข้นของออกซิเจนแต่ละชนิด⁹

อุปกรณ์	flow rate (lit/min)	FiO ₂ (%)	humidifier
simple mask	5 – 10	35 – 50	bubble humidifier
partial-rebreathing mask	6 – 10	40 – 60	bubble humidifier
non- rebreathing mask	≥ 10	60 – 80	bubble humidifier
oxygen hood*	≥ 7	30 – 70	jet nebulizer
oxygen tent	10 – 15	40 – 50	jet nebulizer

หมายเหตุ * ในกรณีทารกแรกเกิดใช้ oxygen hood ขนาดเล็ก ควรเปิด flow rate 3 – 5 lit/min

2.4 การดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดลมตามแผนการรักษา การดูแลให้เด็กได้รับยาพ่นต้องทำการตรวจสอบปริมาณยาให้ถูกต้อง แล้วผสมยากับสารละลายใส่กระเปาะให้ได้ปริมาตรรวมไม่ต่ำกว่า 4 ml และเปิดอัตราการไหลออกซิเจน (flow rate) 6–8 lit/min ซึ่งเป็นระดับที่เหมาะสมที่จะทำให้ได้ขนาดอนุภาค 1–5 μm ซึ่งเป็นขนาดที่จะเข้าสู่ทางเดินหายใจได้ดีโดยไม่ฟุ้งกระจาย¹² ก่อนพ่นยาควรมีการเตรียมเด็กและผู้ดูแล เนื่องจาก เด็กอาจกลัว ไม่ให้ความร่วมมือ ดิ้นขี้ดขิ้นและร้องไห้ ส่งผลให้การหายใจสม่ำเสมอทำให้ประสิทธิภาพการรักษาด้วยยาพ่นลดลง¹⁹ พยาบาลควรให้ข้อมูลกับผู้ดูแลและเด็ก ส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมโดยการให้ผู้ดูแลอยู่ด้วยขณะที่ได้รับการพ่นยาเพื่อช่วยลดความกลัวและช่วยลดการต่อต้านการรักษา ในขณะพ่นยาควรสังเกตอาการผิดปกติระหว่างพ่น เช่น การหยุดหายใจ การเกิดการอุดตันทางเดินหายใจ ภาวะ Hyper secretion และทำการประเมินสภาพอาการ หลังจากพ่นยา ว่ามีการตอบสนองต่อยาพ่นดีหรือไม่ รวมถึงการติดตามอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะ Tachycardia หัวใจเต้นแรง คลื่นไส้ ท้องไส้ปั่นป่วน และการประเมินร่างกายผู้ป่วย ภายหลังการให้ยาพ่นฝอยละอองไปแล้ว 15–30 นาที โดยการตรวจนับอัตราการหายใจ ชีพจรและฟังเสียงปอด เพื่อประเมินการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการให้ยา และอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้จากการให้ยา¹²

3. บทบาทในการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

การสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติในการดูแลเด็กเป็นทักษะที่สำคัญ เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่กับผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ และเป็นผู้ที่ให้ความรู้กับการอธิบาย และแจ้งข้อมูลต่างๆ แก่ผู้ปกครอง ดังนั้น ข้อมูลที่พยาบาลควรสื่อสารและทำความเข้าใจกับผู้ดูแล ประกอบด้วย

3.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินโรค การดูแลรักษาทั่วไป พยาบาลควรแนะนำและสอนวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องให้กับผู้ดูแล เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติดูแลเด็กได้อย่างถูกต้อง

3.2 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากผลกระทบของโรคด้านการที่จะเกิดเป็นโรคหอบหืดในเด็กที่ติดเชื้อ RSV ในปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานที่สามารถระบุถึงการเกิดที่ชัดเจน²⁰ มีเพียงปัจจัยที่อาจส่งผลให้เกิดจากการที่มีปฏิกิริยาไวต่อการกระตุ้นและปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกันของร่างกายที่จะส่งผลให้มีการเกิดการอักเสบแบบเรื้อรังในทางเดินหายใจที่จะทำให้เกิด recurrent wheezing บ่อยๆ จนกระทั่งกลายเป็นหอบหืด ซึ่งอย่างไรก็ตามยังมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องร่วมด้วย ได้แก่ เด็กที่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด เด็กที่มีประวัติมารดาเป็นหอบหืด เด็กที่ไม่ได้ได้รับนมแม่ เด็กที่อาศัยในสภาวะแวดล้อมที่มีมลภาวะและเด็กที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่^{20–21} ดังนั้น



การให้ข้อมูลกับผู้ดูแลในเรื่องการป้องกันการกลับเป็นซ้ำเป็นสิ่งสำคัญที่จะสามารถลดปัจจัยที่เป็นสิ่งกระตุ้นและก่อให้เกิดอาการที่รุนแรงขึ้นดังกล่าว ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญในการให้การพยาบาลในการให้ผู้ป่วยได้รับดูแลอย่างต่อเนื่อง²² ข้อมูลที่พยาบาลควรให้กับผู้ดูแลประกอบไปด้วย

1) สอนและแนะนำวิธีการการล้างมือ เป็นวิธีการป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่สำคัญที่สามารถลดโอกาสในการสัมผัสโรค จากแนวปฏิบัติในการจัดการกับการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างจากเชื้อไวรัส RSV ขององค์การอนามัยโลก มีข้อแนะนำในการล้างมือ ทั้งก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย โดยการใช้ alcohol hand rub หรือการล้างมือด้วยน้ำสบู่⁵ ทั้งในขณะที่อยู่โรงพยาบาล รวมถึงเมื่อกลับไปอยู่บ้านต้องแนะนำผู้ดูแลให้ล้างมือก่อนสัมผัสเด็ก รวมถึงดูแลความสะอาดของมือเด็ก ของเล่น และภาชนะใส่อาหาร ซึ่งจะเป็นตัวนำที่มีโอกาสปนเปื้อนเชื้อและเข้าสู่ทางเดินหายใจเด็กทำให้เกิดการติดเชื้อซ้ำได้³

2) หลีกเลี่ยงการพาเด็กไปในที่ชุมชน ที่มีคนจำนวนมาก เนื่องจากการเพิ่มความเสี่ยงที่เด็กจะได้รับเชื้อจากบุคคลอื่นได้

3) หลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับบุคคลที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ หากมีบุคคลในบ้านหรือคนใกล้ชิดกับเด็กมีอาการป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ควรแยกหรืออยู่ห่างจากเด็กจนกว่าจะหายดี

4) หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่จะก่อให้เกิดความเสี่ยงในการเกิดโรค ได้แก่ ฝุ่นละออง ควัน และควันบุหรี่ ที่เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดการเป็นซ้ำได้ รวมถึงมีผลต่อการเกิดภาวะหลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เด็กมีอาการฉุกเฉินในระบบทางเดินหายใจที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้¹⁸

5) การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง สิ่งสำคัญที่จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง คือ การจัดการกับอาการในเบื้องต้นเมื่อมีอาการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งโดยทั่วไปอาการจะค่อยดีขึ้น แต่อาจยังมีอาการไอและเสียงหายใจมีเสียง wheeze อยู่ประมาณ 2-3 สัปดาห์ ซึ่งสามารถให้การดูแลรักษาตามอาการเท่านั้น การดูแลและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ดูแลต้องรู้ เข้าใจ และปฏิบัติได้ เมื่อสังเกตเห็นอาการผิดปกติควรรีบพาเด็กไปพบแพทย์ทันที เนื่องจากอาจเป็นอาการของการกลับเป็นซ้ำถ้าทั้งไว้อาการอาจรุนแรงถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องและทันทั่วทั้ง อาการผิดปกติที่ต้องรีบนำเด็กไปพบแพทย์ ได้แก่ ใช้สูดติดต่อกันเกิน 3 วัน ซึม ไม่กินนม ไม่รับประทานอาหาร หายใจเร็ว หอบ ในเด็กอายุต่ำกว่า 2 เดือน ถ้าหายใจตั้งแต่ 60 ครั้งต่อนาที ในเด็กอายุ 2 เดือน-1 ปี ถ้าหายใจตั้งแต่ 50 ครั้งต่อนาที หรือ อายุ 1-5 ปี หายใจตั้งแต่ 40 ครั้งต่อนาทีขึ้นไป หรือหากพบว่าเด็กมีอาการหายใจแรง มีเสียงดัง หอบ ซายโครงบวม ต้องพาเด็กไปพบแพทย์ทันที¹⁴

บทสรุป

การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างจากเชื้อไวรัส RSV เป็นปัญหาในเด็กที่พบได้มาก เนื่องจากลักษณะทางกายภาพของทางเดินหายใจของเด็กที่เป็นปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดและมีความเสี่ยงที่จะมีความรุนแรงมากขึ้น จนก่อให้เกิดอาการของภาวะหายใจลำบาก และเกิดภาวะหายใจล้มเหลวในที่สุด เป็นภาวะฉุกเฉินสำคัญที่พยาบาลจะต้องเฝ้าระวัง และประเมินอาการให้ได้โดยเร็ว แนวทางการดูแลรักษาของโรคนี้ประกอบไปด้วยหลักการที่สำคัญ คือ การประเมินภาวะพร่องออกซิเจน การบำบัดด้วยออกซิเจน การดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง การดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ และการใช้ยาขยายหลอดลมในรายที่มีการตีบแคบของหลอดลม ทั้งนี้สิ่งสำคัญในการดูแลคือ การสังเกตติดตาม การประเมินอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและรวดเร็ว และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ จากการดูแลรักษาและจัดการกับอาการที่ถูกต้องเหมาะสมตั้งแต่ระยะแรกจะช่วยลดความรุนแรงและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ การดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่ถูกต้องจะช่วยลดการเกิดโรคซ้ำและช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดอาการรุนแรง ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างใกล้ชิด จึงควรมีความรู้ความเข้าใจ ในการจัดการกับปัญหาและการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ



References

1. Organization WH. World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. 2019.
2. Hockenberry MJ, Wilson D. Wong's essentials of pediatric nursing 9: Wong's essentials of pediatric nursing: Elsevier Health Sciences; 2013.
3. Drysdale SB, Green CA, Sande CJ. Best practice in the prevention and management of paediatric respiratory syncytial virus infection. *Therapeutic advances in infectious disease*. 2016;3(2):63–71.
4. Shi T, Balsells E, Campbell S, Campbell H, Nair H, McAllister DA, et al. Global, regional, and national disease burden estimates of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in young children in 2015: a systematic review and modelling study. *The Lancet*. 2017;390(10098):946–58.
5. Ralston SL, Lieberthal AS, Meissner HC, Alverson BK, Baley JE, Gadoski AM, et al. Clinical practice guideline: the diagnosis, management, and prevention of bronchiolitis. *American Academy of Pediatrics*. 2014;1474–502. Doi:10.1524/peds.2014–2742.
6. Suntrattiwong P, Sojisirikul K, Sitaposa P, Pornpatanangkoon A, Chittaganpitch M, Srijuntongsiri S, et al. Clinical and epidemiological characteristics of respiratory syncytial virus and influenza virus associated hospitalization in urban Thai infants. *J Med Assoc Thai*. 2011;94(Suppl 3):S164–71.
7. Bunjoungmanee P, Rotejaratpaisan A, Tangsathapornpong A. Epidemiology, clinical manifestation and risk factors of respiratory syncytial virus infection in children at Thammasat University Hospital. *Thammasat Medical Journal*. 2016;16(3):370–8. (in Thai).
8. Scheltema NM, Gentile A, Lucion F, Nokes DJ, Munywoki PK, Madhi SA, et al. Global respiratory syncytial virus–associated mortality in young children (RSV GOLD): A retrospective case series. *The Lancet Global Health*. 2017;5(10):984–91.
9. The Thai Society of Pediatric Respiratory and Critical Care Medicine. Pediatric practice guideline in acute respiratory tract infection 2019: The Royal College of Pediatricians of Thailand & Pediatric Society of Thailand; 2019. (in Thai).
10. Supsung A, Jintrawet U, Lamchang S. Factors related to caregiver practices in caring for hospitalized toddler with acute illness. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2017; 18(2): 140–8. (in Thai).
11. Xing Y, Proesmans M. New therapies for acute RSV infections: where are we? *European journal of pediatrics*. 2019;178(2):131–8.
12. DiBlasi RM. Clinical controversies in aerosol therapy for infants and children. *Respiratory Care*. 2015; 60(6):894–916.
13. Schweitzer JW, Justice NA. Respiratory Syncytial Virus Infection (RSV). *StatPearls [Internet]: StatPearls Publishing*; 2018. [cited 2019 Nov 16]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459215/>
14. WHO. Oxygen therapy for children: a manual for health workers. Geneva, Switzerland: WHO;2016.
15. Zhang L. Nebulised hypertonic saline solution for acute bronchiolitis in infants. *Cochrane database of systematic reviews*.2017(12).



16. Cavaye D, Roberts DP, Saravanos GL, Hsu ZY, Miyajima R, Randall LE, et al. Evaluation of national guidelines for bronchiolitis: agreements and controversies. *Journal of paediatrics and child health*. 2019; 55(1):25–31.
17. Corneli H, Zorc J, Holubkov R, Bregstein J, Brown K, Mahajan P, et al. Bronchiolitis study group for the pediatric emergency care applied research network bronchiolitis: clinical characteristics associated with hospitalization and length of stay. *Pediatr Emerg Care*. 2012;28(2):99–103.
18. Nierengarten MB. Bronchiolitis guidelines: diagnosis, management, and prevention. *Contemporary Pediatrics*. 2015;32(1):20–2.
19. Ari A, Restrepo RD. Aerosol delivery device selection for spontaneously breathing patients: 2012. *Respiratory care*. 2012;57(4):613–26.
20. Fauroux B, Simões EA, Checchia PA, Paes B, Figueras-Aloy J, Manzoni P, et al. The burden and long-term respiratory morbidity associated with respiratory syncytial virus infection in early childhood. *Infectious diseases and therapy*. 2017;6(2):173–97.
21. Jartti T, Korppi M. Rhinovirus-induced bronchiolitis and asthma development. *Pediatric Allergy and Immunology*. 2011;22(4):350–5.
22. Gidaris D, Urquhart D, Anthracopoulos M. They said it was bronchiolitis; is it going to turn into asthma doctor? *Respirogy*. 2014;19:1158–64.



ผลของการใช้กระบวนการจิตตปัญญาศึกษาต่อการตระหนักรู้ในตนเอง และการร่วมรู้สึกกับผู้อื่นของนักศึกษาพยาบาล

Effects of Contemplative Practice on Self-awareness and Empathy Among Nursing Students

คอย ละองอ่อน¹ พิมพิมล วงศ์ไชยา¹ นันทิกา อนันต์ชัยพัทธนา¹ เฉลิมพล กำใจ¹

Khoy La-ong-on¹ Pimpimon Wongchaiya¹ Nantika Ananchaipatana¹ Chalermpon Gajai¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนะพะยา สถาบันพระบรมราชชนก

¹Boromrajonani College of Nursing, Phayao, Praboromarajchanok Institute

Correspondence author: Pimpimon Wongchaiya; Email: pimpimon.w@bcnpy.ac.th

Received: November 25, 2019 Revised: January 15, 2020 Accepted: February 28, 2020

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้กระบวนการจิตตปัญญาศึกษาต่อการตระหนักรู้ในตนเอง การร่วมรู้สึก รูปแบบวิจัยเป็นวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) แบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและวัดหลังทดลอง (two groups pretest and posttest design) กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนะพะยา จำนวน 89 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำนวน กลุ่มละ 44-45 คน ทั้งสองกลุ่ม ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการจัดการเรียนรู้ด้วยการใช้กระบวนการจิตตปัญญาศึกษาเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ชุดกิจกรรมจิตตปัญญาศึกษา แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน แบบวัดการตระหนักรู้ในตนเอง แบบวัดการร่วมรู้สึก และแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดย คำนวณค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ paired t-test สถิติ independent t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจัดการเรียนรู้ด้วยกระบวนการจิตตปัญญาศึกษามีการตระหนักรู้ในตนเอง และการร่วมรู้สึกกับผู้อื่นมากกว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบประเด็นหลักคือ รู้เรา และรู้เขา ผลวิจัยชี้ให้เห็นว่า ควรนำกระบวนการจิตตปัญญาศึกษามาพัฒนานักศึกษาโดยการบูรณาการ กับการเรียนในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ เพื่อให้การพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเอง และการร่วมรู้สึกกับผู้อื่นมีความต่อเนื่อง จนสามารถก่อให้เกิดคุณลักษณะที่ดี

คำสำคัญ: จิตตปัญญาศึกษา; ตระหนักรู้ในตนเอง; การร่วมรู้สึกกับผู้อื่น; นักศึกษาพยาบาล



Effects of Contemplative Practice on Self-awareness and Empathy Among Nursing Students

Khoy La-ong-on¹ Pimpimon Wongchaiya¹ Nantika Ananchaipatana¹ Chalermpon Gajai¹

¹Boromrajonani College of Nursing, Phayao, Praboromajchanok Institute

Correspondence author: Pimpimon Wongchaiya; Email: pimpimon.w@bcnpy.ac.th

Received: November 25, 2019 **Revised:** January 15, 2020 **Accepted:** February 28, 2020

Abstract

This study aimed to examine the effects of contemplative practice on self-awareness and empathy among nursing students. A two-group pretest-posttest quasi-experimental research design was adopted. The sample consisted of 89 third year nursing students of Boromarajonani College of Nursing, Phayao. They were assigned into either a control group or an experimental group with 44–45 students each. Both groups obtained regular teaching and learning. However, the experimental group received contemplative practice as an additional learning method. The instruments included: the contemplative practice program, a self-awareness questionnaire, an empathy questionnaire, and a structured interview guideline. Data were analyzed using means, standard deviations, a paired t-test and an independent t-test. Qualitative data were analyzed using content analysis. The findings reveal that after the intervention, the experimental group had significantly higher self-awareness and empathy scores than the control group ($p < .05$). Analysis of qualitative data revealed the following themes: awareness of one's self and of others. We suggest that contemplative practice should be integrated into the nursing curriculum to enhance self-awareness and empathy which are significant characteristics of good nurses.

Keywords: contemplative practice; self-awareness; empathy; nursing students

ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัญหาท้าทายของสังคมปัจจุบันอันหนึ่งคือ ปัญหาความสุขและสันติซึ่งความรู้ภายนอกเพียงอย่างเดียวไม่สามารถแก้ไขได้ การศึกษาที่จะช่วยเปลี่ยนแปลงเรื่องนี้ได้ ควรช่วยให้เกิดเข้าใจความเชื่อมโยงของสิ่งต่าง ๆ ควรเป็นการศึกษาที่เน้นการพัฒนาภายในของมนุษย์ แนวทางหนึ่งของการจัดกระบวนการเรียนรู้และการศึกษาคือ จิตตปัญญาศึกษา¹ ซึ่งเป็นการศึกษาที่เน้นการทำความเข้าใจด้านในของตนเอง การรู้ตัว และเข้าใจความจริง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตัวเองอย่างแท้จริง โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงด้านใน นอกเหนือจากทักษะความรู้เพื่อการเลี้ยงชีพ ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีต่อส่วนรวม² จิตตปัญญาศึกษานำไปสู่ความเข้าใจสาเหตุของปัญหา โดยการฝึกฝนการตระหนักรู้ด้านในของตนเองอย่างลึกซึ้ง เมื่อเกิดความกลัว ความวิตกกังวล ความต้องการต่าง ๆ ใคร่ครวญด้านในอย่างสม่ำเสมอ และเมื่อสามารถฝึกฝนจนรู้ตัวได้ในทุกขณะ ทำให้สภาวะใด ๆ ก็ไม่สามารถส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้ที่ฝึกฝนได้ จึงเรียกได้ว่าเป็นอิสระ และมีความสมบูรณ์³ จะเห็นได้ว่า จุดมุ่งหมายของจิตตปัญญาศึกษา มีความสอดคล้องกับแนวคิดพื้นฐานและคุณลักษณะสำคัญของการพยาบาลจิตเวช นั่นคือการตระหนักรู้ในตนเอง (self-awareness) และการร่วมรู้สึกกับผู้อื่น (empathy) ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ การตระหนักรู้ในตนเอง นำไปสู่ความเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น และความเข้าใจปัญหาอย่างแท้จริงและการแก้ไขที่เหมาะสมกับปัญหาต่อไป การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นเริ่มต้นจากการเข้าใจตนเองก่อนเป็นเบื้องต้น⁴⁻⁵ อย่างไรก็ตามการตระหนักรู้ในตนเองไม่ใช่สิ่งที่ทำได้ง่าย การพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเอง ต้องอาศัยหลากหลายวิธีการ วิธีที่ใช้มากคือ การสะท้อนคิด (reflection) ซึ่งเป็นวิธีการที่ใช้มาก นอกจากนี้ยังใช้ การเขียนบันทึก การขอให้คนอื่นบอก การฝึกสติ และฝึกสมาธิ⁶

สำหรับการพยาบาลการใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดเป็นหลักการสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชนั้นคือ พยาบาลจิตเวชนอกจากจะมีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลจิตเวชแล้วนั้น ต้องมีคุณลักษณะเฉพาะที่จะช่วยให้ผู้รับบริการที่มีปัญหาทางใจให้ตระหนักในปัญหาของตนเอง สามารถหาแนวทางแก้ไขปัญหาหรือยอมรับปัญหาของตนเองได้ คุณลักษณะที่จะเป็นประโยชน์ คือ การร่วมรู้สึกกับผู้อื่น (empathy) และการตระหนักรู้ในตนเอง (self-awareness) การจัดการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ช่วยให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจตนเอง และความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น เช่น การบันทึกการสนทนาเพื่อการบำบัด และการสะท้อนคิด ซึ่งเป็นวิธีการที่นำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยและหลังจากการปฏิบัติการพยาบาลทั้งนี้การพัฒนาให้นักศึกษาให้มีความตระหนักรู้และการร่วมรู้สึกกับผู้อื่น ก่อนการฝึกภาคปฏิบัติยังไม่เป็นรูปธรรม ทำให้นักศึกษาขาดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ และไม่ได้ถูกเตรียมให้มีคุณลักษณะการตระหนักรู้ในตนเองและการร่วมรู้สึกกับผู้อื่นอย่างเพียงพอ ดังนั้นการใช้กระบวนการจิตตปัญญาศึกษาเตรียมนักศึกษา ก่อนการฝึกภาคปฏิบัติวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช จะช่วยสร้างความพร้อมของนักศึกษาในการฝึกมากขึ้น ทั้งนี้จิตตปัญญาศึกษามีแนวทางที่เป็นรูปธรรมในพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 3 กิจกรรม ได้แก่ การฟังอย่างลึกซึ้ง การใคร่ครวญสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างสุขุม ไม่มีอคติ และนำไปปฏิบัติเพื่อให้เห็นผล และการเฝ้าดูธรรมชาติของจิตใจ³ กิจกรรมที่เน้นธรรมชาติและการภาวนา เช่น การนั่งสงบอยู่กับตัวเอง สุนทริยสนทนา กิจกรรมอาสาสมัคร ดนตรี ศิลปะ การเคลื่อนไหว โยคะ การน้อมเข้าสู่ใจอย่างใคร่ครวญและบันทึกการเรียนรู้เป็นต้น⁷⁻⁸

ผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ากระบวนการจิตตปัญญาศึกษา ทำให้รับฟังผู้อื่นได้มากขึ้น โดยไม่รีบตัดสินผู้อื่นเข้าใจ และให้การยอมรับ มีความรู้สึกลงในทางที่ดี มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และมีความสุขมากขึ้น⁹ เรียนรู้เข้าใจตนเองและเรียนรู้ผู้อื่น มีสติคิดก่อนทำมากขึ้น¹⁰ พัฒนาการจัดการความขัดแย้งอย่างสร้างสรรค์¹¹ และเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง¹² ช่วยให้นักศึกษามีสติและสมาธิมากขึ้น ยอมรับสิ่งใหม่มาพัฒนาตนเอง¹³ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพัฒนาการตระหนักรู้



ในตนเองและการร่วมรู้สึกกับผู้อื่น ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์ โดยใช้กระบวนการของจิตตปัญญาศึกษา เพื่อสร้างเสริมคุณลักษณะความเป็นพยาบาลให้นักศึกษา และเตรียมนักศึกษาให้พร้อมสำหรับการฝึกภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ จรรยาบรรณวิชาชีพ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของกระบวนการจิตตปัญญาศึกษาต่อการตระหนักรู้ในตนเอง และการร่วมรู้สึกกับผู้อื่น ของนักศึกษาพยาบาล

สมมติฐาน

1. หลังเข้าร่วมกระบวนการจิตตปัญญาศึกษา กลุ่มทดลองมีการตระหนักรู้ในตนเอง และการร่วมรู้สึกกับผู้อื่น สูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. หลังเข้าร่วมกระบวนการจิตตปัญญาศึกษา กลุ่มทดลองมีการตระหนักรู้ในตนเอง และการร่วมรู้สึกกับผู้อื่น สูงกว่าขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกระบวนการจิตตปัญญาศึกษา

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) แบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและวัดหลังทดลอง (two-group pretest and posttest design) ศึกษาในนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์ พะเยา ศึกษาระหว่าง 12 มีนาคม – 29 มิถุนายน 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 26 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์ จำนวนทั้งหมด 89 คน จากการฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต แบ่งกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับคู่ (match paired) โดยใช้เกณฑ์ ด้านเพศ และคะแนนเฉลี่ยสะสม แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองจำนวน 45 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 44 คน ซึ่งทั้ง 2 กลุ่ม มีเพศ และคะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสะสมที่ไม่แตกต่างกัน ด้วยการทดสอบความเป็นเอกพันธ์ (homogeneity of variance) ด้วยสถิติทดสอบที (t-test independent) และ chi-square

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. โปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา เป็นชุดกิจกรรมที่จัดให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อให้เกิดใคร่ครวญ อันจะทำให้เกิดการเรียนรู้ภายในตนเอง และเกิดการเปลี่ยนแปลงตนเอง ระยะเวลารวม 24 ชม. จัดก่อนการฝึกปฏิบัติวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

กิจกรรมชุดที่ 1 เน้นสะท้อนคิดเกี่ยวกับตนเองผ่านการฟังอย่างลึกซึ้ง การจับคู่เล่าเรื่อง การวาดภาพ และดนตรี ได้แก่ 1) กิจกรรมวาดภาพโลกของฉันและจับคู่แลกเปลี่ยนเพื่อให้รู้จักเพื่อนมากขึ้น กล่อมเกล้าความรู้สึก



ให้อ่อนโยนต่อชีวิตเราและเพื่อน 2) กิจกรรมการฟังดนตรีหลากหลายอารมณ์เพื่อฝึกการสัมผัสอารมณ์จากการฟัง 3) กิจกรรมสายธารชีวิต โดยการวาดภาพสามเหตุการณ์ที่ประทับใจในชีวิตทั้งที่ประสบความสำเร็จและรู้สึกล้มเหลว และจับคู่แลกเปลี่ยนเพื่อฝึกฟังชีวิตและประสบการณ์ของผู้อื่น และเปิดโอกาสให้รู้จักที่มาของแต่ละคนมากขึ้น 4) ดูหนังที่มีเนื้อหาที่ดี เพื่อช่วยการสะท้อนคิดถึงเมล็ดพันธุ์แห่งความดีที่มีอยู่ในตัวละคน และการคิดนอกกรอบ และ 5) การสะท้อนความรู้สึกให้เพื่อนในกลุ่มฟัง (check-in และ check-out) ระยะเวลา 8 ชั่วโมง

กิจกรรมชุดที่ 2 เน้นการเข้าใจตนเอง ผู้อื่น โดยทำกิจกรรมสัตว์ สัตว์ แต่ละคนเลือกเข้ากลุ่ม สัตว์ที่มีลักษณะตรงกับตนเอง 4 ประเภท ได้แก่ หนู กระต่าย หมี และอินทรี แล้วอภิปรายในกลุ่มสัตว์ประเภทเดียวกันถึงเหตุผลในการประเมินตนเองว่าเป็นสัตว์ประเภทนั้น รวมทั้งความเหมือนและความต่างของแต่ละคน แล้วทำกิจกรรมการวาดภาพปริศนาเป็นการวางแผนการทำงานชิ้นหนึ่ง โดยพิจารณาตามลักษณะของสมาชิกกลุ่ม เพื่อทำความเข้าใจลักษณะของตนเองและผู้อื่นมากขึ้น ระยะเวลา 4 ชั่วโมง

กิจกรรมชุดที่ 3 เน้นฝึกสติและอยู่กับตัวเอง โดยการฝึกสติ ได้แก่ 1) การฝึกสติโดยกิจกรรมเมล็ดพันธุ์แห่งสติ เป็นการฝึกการรู้ตัวในเวลาที่กำหนด และใช้เมล็ดพันธุ์พืชเป็นเครื่องมือในการนับจำนวนครั้งที่คิดถึงเรื่องอื่น ๆ ในเวลาที่กำหนด 2) การฝึกสติโดยใช้ธรรมชาติ ได้แก่การวาดภาพธรรมชาติที่อยู่ใกล้ตัวเรา การวาดภาพธรรมชาติโดยการจุด และการหลับตาเดินเป็นกลุ่มในธรรมชาติโดยมีผู้นำที่มองเห็น เป็นลดการใช้ประสาทสัมผัสทางตาและเพิ่มการใช้หูและการสัมผัส เพื่อฝึกการอยู่กับปัจจุบันด้วยความละเอียดอ่อนของการใช้ประสาทสัมผัส 3) กิจกรรมผ่อนพักตระหนักรู้ ระยะเวลา 12 ชั่วโมง

โปรแกรมกิจกรรมจิตปัญญาศึกษา ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย (1) อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญเรื่องจิตตปัญญาศึกษา (2) อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวช (3) อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านหลักสูตรและการสอน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ พบว่าชุดกิจกรรมจิตปัญญาศึกษา มีค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1

2. การตระหนักรู้ในตนเอง วัดโดยแบบประเมินการตระหนักรู้ในตนเอง พัฒนาโดยทัศนีย์ สุริยะไชย¹² ได้สร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการตระหนักรู้ในตนเองของโกแมน ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 6 ระดับ ได้แก่ จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย จำนวน 30 ข้อ ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น ฉันสามารถบอกอารมณ์ของตนเองในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างง่ายดาย เป็นต้น ทดสอบค่าความเที่ยง (reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .82 และวัดในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลจำนวน 30 คน ได้ค่าเท่ากับ .80

3. การร่วมรู้สึกกับผู้อื่น วัดโดยแบบประเมินการร่วมรู้สึก สร้างโดย ทัศนีย์ สุริยะไชย¹² ได้สร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการตระหนักรู้ในตนเองของโกแมน ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 6 ระดับ ได้แก่ จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย จำนวน 30 ข้อ ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น ในเวลาทำงานกลุ่มแล้วเพื่อนบางคนไม่เห็นด้วยกับความคิดฉัน ฉันก็เข้าใจได้ เป็นต้น ทดสอบค่าความเที่ยง (reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .86 และวัดในกลุ่มนักศึกษา 30 คน ได้ค่าเท่ากับ .86

4. แบบสัมภาษณ์การเข้าร่วมกิจกรรม เป็นคำถามปลายเปิดที่พัฒนาโดยผู้วิจัยโดยมีประเด็นคำถาม ได้แก่ ความรู้สึกต่อการเรียนโดยใช้กระบวนการจิตตปัญญาศึกษาเป็นอย่างไร มีการเปลี่ยนแปลงใดเกิดขึ้นกับตนเองบ้าง หลังเรียนโดยใช้กระบวนการจิตตปัญญาศึกษา และกิจกรรมใดของเรียนโดยใช้กระบวนการจิตตปัญญาศึกษาที่ชอบและเกิดประโยชน์กับตนเองมาก เพื่อนำข้อมูลได้มาสนับสนุนผลการวิจัยได้อย่างครอบคลุมสมบูรณ์



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุญาตโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา หมายเลขหนังสือ 13/60 และนำหนังสืออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการไปยื่นแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย วัตถุประสงค์ และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างก่อนการเก็บข้อมูลในกลุ่มที่ศึกษา โดยการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจของนักศึกษา มีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และจะไม่มีผลต่อผลการเรียนการสอนที่จะได้รับ แบบสอบถามทั้งหมดไม่มีการระบุชื่อผู้ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ขอส่งโครงการวิจัยเพื่อขออนุญาตการทำวิจัยที่ทำในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

2. ภายหลังโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา คณะผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยติดต่อกับนักศึกษาและ อธิบายเกี่ยวกับการวิจัยจนเข้าใจ และเชิญเข้าร่วมการวิจัยโดยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าว และทำการนัดหมายวันเวลา สถานที่ ในการทำสนทนากลุ่ม

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามวันเวลาที่นัดหมาย โดยจัดเตรียมแบบวัดข้อมูลทั่วไป แบบวัดการตระหนักรู้ในตนเอง แบบวัดการร่วมรู้สึก พร้อมทั้งอธิบายให้นักศึกษาเข้าใจวัตถุประสงค์ในการตอบแบบวัด และคำชี้แจงของแบบวัดทุกชุดอย่างชัดเจน พร้อมตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบวัดของนักศึกษาให้ครบทุกชุด

4. จัดกิจกรรมตามแผนการจัดการเรียนรู้โดยใช้กระบวนการจิตตปัญญาศึกษา ระยะเวลาในการดำเนินการ ตั้งแต่ มีนาคม 2561 – มิถุนายน 2561

5. หลังจากจัดกิจกรรมตามแผนการจัดการเรียนรู้โดยใช้กระบวนการจิตตปัญญาศึกษาเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว ดำเนินการดังนี้

- ทดสอบแบบวัดข้อมูลทั่วไป แบบวัดการตระหนักรู้ในตนเอง แบบวัดการร่วมรู้สึก และแบบประเมินสติ โดยทดสอบเช่นเดียวกับทดสอบก่อนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้กระบวนการจิตตปัญญาศึกษา

- สัมภาษณ์การเข้าร่วมกิจกรรมจัดการเรียนรู้โดยใช้กระบวนการจิตตปัญญาที่ส่งผลต่อการตระหนักรู้ในตนเอง และความเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น โดยใช้วิธีสัมภาษณ์รายบุคคล จำนวน 45 คน ๆ ละ 10 นาที หรือสัมภาษณ์จนได้ข้อมูลครบสมบูรณ์

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง 89 คน ถูกแบ่งเป็น สองกลุ่ม กลุ่มทดลอง 45 คน และกลุ่มควบคุม 44 คน หลังการทดลอง พบว่ามีแบบประเมินที่ไม่สมบูรณ์ จึงตัดทิ้งไป ทั้งสองกลุ่ม มีข้อมูลที่สมบูรณ์ กลุ่มละ 41 ชุด การเปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างของทั้งสองกลุ่ม ด้านเพศ ทดสอบโดยใช้สถิติ Chi-square พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ($p=.36$) เมื่อเปรียบเทียบผลการเรียนโดยใช้เกรดเฉลี่ยโดยสถิติ independent t-test พบว่าไม่มีความแตกต่างเช่นกัน ($p=.97$) ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบลักษณะประชากรกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ลักษณะ	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p
เพศ			
ชาย	4 (9.76%)	1 (2.3%)	.36
หญิง	37 (90.24%)	40 (97.7%)	
เกรดเฉลี่ย	2.98 (sd.=.30)	2.98 (sd.=.31)	.97

*p < .05

2. การตระหนักรู้ในตนเอง

การตระหนักรู้ในตนเอง ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 4.59 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .40 และกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย 4.51 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .31 เมื่อการเปรียบเทียบการตระหนักรู้ในตนเองของทั้งสองกลุ่ม ก่อนการทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่าง (p=.31)

การตระหนักรู้ในตนเอง หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 4.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .36 สูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 4.43 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .35 เมื่อเปรียบเทียบการตระหนักรู้ในตนเองของทั้งสองกลุ่ม หลังการทดลอง ด้วยสถิติ independent t-test พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.00) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรวมการตระหนักรู้ในตนเองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

	กลุ่ม	N	Mean	Sd.	t	P
การวัดก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	41	4.59	.40	1.024	.31
	กลุ่มควบคุม	41	4.51	.31		
การวัดหลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	41	4.72	.36	.363	.00*
	กลุ่มควบคุม	41	4.43	.31		

*p < .01

3. การร่วมรู้สึกกับผู้อื่น การร่วมรู้สึกกับผู้อื่น ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 4.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .43 และกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย 4.61 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .33 เมื่อการเปรียบเทียบการร่วมรู้สึกกับผู้อื่นของทั้งสองกลุ่ม ก่อนการทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่าง (p=.27)

การร่วมรู้สึกกับผู้อื่น หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 4.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .36 สูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 4.46 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .42 เมื่อเปรียบเทียบการร่วมรู้สึกกับผู้อื่นของทั้งสองกลุ่ม หลังการทดลอง ด้วยสถิติ independent t-test พบว่าแตกต่างกัน (p=.04) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการร่วมรู้สึกกับผู้อื่น ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

	กลุ่ม	N	Mean	Sd.	t	P
การวัดก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	41	4.70	.43	1.11	.27
	กลุ่มควบคุม	41	4.61	.33		
การวัดหลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	41	4.77	.37	2.04	.04*
	กลุ่มควบคุม	41	4.60	.42		

*p < .05

อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ paired t-test ไม่พบความแตกต่างของคะแนนการร่วมรู้สึกกับผู้อื่นระหว่างการวัดก่อนทดลอง และหลังการทดลอง (p = .331 และ p=.904 ตามลำดับ) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการร่วมรู้สึกกับผู้อื่น ระหว่างการวัดก่อนทดลอง และหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

	กลุ่ม	n	Mean	Sd.	t	P
การวัดก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	41	4.7016	.4283	-.984	.331
	กลุ่มควบคุม	41	4.7751	.3689		
การวัดหลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	41	4.6081	.3289	.122	.904
	กลุ่มควบคุม	41	4.5976	.4164		

*p < .05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ผลการวิเคราะห์พบประเด็นหลัก 2 ประเด็นหลัก คือ รู้เรา และรู้เขา

ประเด็นหลักที่ 1 รู้เรา ประกอบด้วยสองประเด็นย่อย คือ ทบทวนตนและปรับตัว

ทบทวนตน การฝึกจิตตปัญญาศึกษาทำให้ผู้ร่วมวิจัยมีเวลาอยู่กับตนเอง หันมาสนใจตนเองมากขึ้น จากได้ทบทวนตนเองมากขึ้น และได้มีโอกาสเปิดเผยตนเอง และบอกความรู้สึกในการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้ได้พิจารณาตนเองอย่างลึกซึ้งและเห็นตนเองในมุมมองที่ไม่เคยมองเห็น ทั้งในข้อดีและข้อด้อย และความผิดพลาดที่เคยเกิดขึ้น ดังคำกล่าวของผู้ร่วมวิจัยดังนี้

เหมือนได้เห็นตัวเองมากขึ้นเหมือนเรียนรู้ตัวเองมากขึ้น เหมือนบางมุมเรามีแต่เรามองไม่เห็น มันก็ เหมือนมันเปิดกว้างของเรา.....ทำให้เราเห็นข้อดีข้อเสียข้อด้อยหรือพัฒนาการของตัวเองมากขึ้น (นศ 1)

ทำไปแล้วรู้สึกว่ามันก็เป็นกิจกรรมที่ดีนะค่ะ ที่มันก็สามารถฝึกอะไรหลายๆ อย่างเรา แล้วเหมือนแบบเกี่ยวกับเออ การคิดถึงตัวเอง.....ก็ทำให้เราเปลี่ยนมุมมองในหลายๆ มุมมอง จากแต่ก่อน เราคิดว่าเราแบบนี้ก็ดีแล้ว แต่พอได้มาทำกิจกรรมก็ทำให้รู้ว่าในบางส่วนเราก็อาจจะไม่ดี (นศ 4)



ปรับตัว เมื่อรู้ตัวแล้ว จึงอยากเปลี่ยนแปลงตนเองในสิ่งที่เห็นว่าไม่ดี บางอย่างเปลี่ยนแปลงได้ บางอย่างก็ยังคงต้องพยายามทำอยู่ และได้พยายามปรับตัวในสถานการณ์ต่างๆ เช่น การควบคุมอารมณ์หงุดหงิด การออกจากสถานการณ์ การกล้าเปิดเผยความรู้สึกตนเอง ใจกว้างขึ้น มีความยืดหยุ่น ใจเย็นมากขึ้น หรือ รู้สึกว่าตนเองเป็นคนดีขึ้น ดังคำกล่าวของผู้ร่วมวิจัยดังนี้

พอทำกิจกรรมมาแล้วมันก็ทำให้เรารู้ว่าทำแบบนี้แล้วมันไม่ดีทั้งต่อตัวเราและคนอื่น คนอื่นอาจจะมองว่าทำไมเราถึงทำแบบนี้ แล้วก็ทำให้เราใจเย็นลง แล้วก็ทำให้เหมือนว่า แบบควบคุมตัวเองได้ดีขึ้นค่ะ เหมือนว่ากลับไปเป็นเหมือนเดิม ที่เราเป็น (นศ.4)

เหมือนประมาณว่า เมื่อก่อนหนูจะเป็นคนประมาณแบบว่า เวลาเพื่อนทำอะไรไม่ถูกใจ เหมือนเราสั่งงานไปแล้ว แล้วเขาไม่ทำตามที่เราสั่งเราก็จะไม่พอใจแล้วแสดงออกไปด้วยท่าทางและสีหน้า แต่เดี๋ยวนี้ไม่ค่อยแสดงแล้วค่ะ ก็เปลี่ยนไปแล้วว่า เออ ก็ค่อยๆทำใหม่ (นศ.5)

หลังจากนั้นพอได้รู้ตัวตัวเองเป็นคนแบบนี้ก็เริ่มปรับ เพราะว่ามันทำให้คนอื่นเข้าใจถึงเราได้ยากค่ะ เพราะว่าเป็นคนที่ใจตัวเองเป็นหลักค่อนข้างสูงมากค่ะ หลังจากได้เข้าร่วมกิจกรรมก็เริ่มปรับตัวเองให้เข้ากับคนอื่นได้มากขึ้น (มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของการปรับตัว (นศ.9)

ประเด็นหลักที่ 2 รู้เขา ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อยคือ ใส่ใจและยอมรับ และลดตัวตน

ใส่ใจและยอมรับ นอกจากจะได้ทบทวนตนเองแล้ว ผู้ร่วมวิจัยยังเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับเพื่อนมากขึ้น ซึ่งเกิดจากกิจกรรมที่สร้างความความใส่ใจและสนใจผู้อื่นมากขึ้น ทำให้เกิดการรู้จักและเข้าใจผู้อื่นในแง่มุมที่หลากหลายแตกต่างจากเดิม ทำให้เปิดใจ เกิดการยอมรับ ไม่ตัดสินอย่างที่เคยทำ ดังคำกล่าวของผู้ร่วมวิจัยดังนี้

แบบทำให้พวกหนูได้ร่วมกิจกรรมและรู้จักตัวเองมากขึ้น รู้จักเพื่อนมากขึ้น รู้ว่าต้องทำอะไร ถึงจะเข้ากับเพื่อนให้ได้ (นศ.2)

ทำให้ตัวเองแบบกลายเป็นคน แบบเหมือนเป็นคนที่ดีกว่าเดิมถึงจะไม่ได้ดีมาก อยากบอกคนอื่นที่ยังไม่เคยเข้าอยากให้เขาลองมาเข้า อาจจะรู้ตัวเองมากขึ้น นี่ถึงความรู้สึกของคนอื่นมากขึ้น (นศ.5)

ลดตัวตน เมื่อให้ความสนใจ และรับฟังความคิดของผู้อื่น ทำให้ยอมรับคนอื่นมากขึ้น เพิ่มความระมัดระวังในการสื่อสารมากขึ้น ควบคุมตนเองได้ดีขึ้น ทำให้ลดความขัดแย้งที่เคยมี สัมพันธภาพกับเพื่อนจึงดีขึ้น รู้สึกใกล้ชิดกันมากขึ้น ยอมรับความผิดพลาดของตนเองมากขึ้น กล้าขอโทษเมื่อเป็นฝ่ายผิด ลดอัตตาของตนเอง ไม่เอาตนเองเป็นศูนย์กลาง ดังคำกล่าวของผู้ร่วมวิจัยดังนี้

ว่าตัวเองทำไม่ดี แบบว่ามานั่งทบทวน แล้วมันแบบแย่มากเลยคะ ที่อารมณ์ไม่ดีจากอีกที่หนึ่งไปลงอีกที่หนึ่งทั้งที่มันมีวิธีที่เราสามารถระบายได้เยอะแยะคะ ก็เลยหักไปเหมือนขอโทษเขา หลังจากนั้นมาก็ไม่ค่อยทะเลาะแล้วคะ (นศ.4)

เพราะว่าจากที่เริ่มลองเปลี่ยนมาแบบนี้ รู้สึกเหมือนว่าเราอยากเข้าหาคนอื่นมากขึ้น คนอื่นอยากเข้าหาเรามากขึ้น แล้วตัวเราเองก็รู้สึกตัวเองมากขึ้น (นศ.5)

ถ้าเราไม่เสียงเขามันก็ไม่เกิดการทะเลาะกัน ไม่คุยกันเกิดขึ้นคะ มันดีขึ้นตรงนี้คะ มันเห็นได้ชัดตรงนี้คะ เราเป็นเพื่อนสนิทกันมันเห็นได้ชัดคะ (นศ.15)

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัยสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

ผลของจิตตปัญญาศึกษาต่อการตระหนักรู้ในตนเอง และการร่วมรู้สึกกับผู้อื่น ผลวิจัยหลังการทดลอง กลุ่มทดลองซึ่งเข้าร่วมโปรแกรม จิตตปัญญาศึกษา มีผลการตระหนักรู้ในตนเอง และการร่วมรู้สึกกับผู้อื่นเพิ่มขึ้น และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นตามสมมติฐานของการวิจัย และสอดคล้องกับประเด็นหลักที่ได้จากข้อมูลเชิงคุณภาพ



จากการสัมภาษณ์ คือ รู้เรา และรู้เขา การรู้เราเกิดจากการมีเวลาในการทบทวนตัวเองมากขึ้น รู้ข้อดีข้อด้อย และนำไปสู่การใคร่ครวญเพื่อปรับเปลี่ยนตนเอง และการรู้เขา เกิดจากผู้ร่วมวิจัย มีความใส่ใจ สนใจเพื่อนมากขึ้น ทำให้รู้จักเพื่อนในแง่มุมที่แตกต่างจากเดิม และยอมรับมากขึ้น รวมทั้งยอมรับลดความเป็นตัวตน เป็นผลให้ความขัดแย้งลดลง และอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขมากขึ้น ทั้งนี้ เป็นไปตามแนวคิดของจิตตปัญญาศึกษา ซึ่งมุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาภายใน โดยเริ่มจากการรู้จักตัวตนของตนเอง ซึ่งจะเป็นจุดเริ่มต้นของการเปิดกว้าง รับฟังผู้อื่น ขยายการเรียนรู้ไปสู่ความเข้าใจผู้อื่น จะทำให้จิตใจกว้างขวาง มองเห็นมุมมองที่หลากหลาย และเข้าใจผู้อื่นได้ดีขึ้น เกิดความเข้าใจโลกภายนอกและชีวิต หรือที่เรียกว่าปัญญา^{8,14} โดยเน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง ผ่านการรับรู้ที่หลากหลาย ทั้งการฟัง การอ่าน หรือการสัมผัส รวมถึงการใคร่ครวญประสบการณ์อย่างลึกซึ้ง¹⁵ โดยการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ ที่มีเป้าหมายเพื่อสร้างประสบการณ์ให้ผู้เรียนได้เกิดการเรียนรู้ตนเอง และเรียนรู้ผู้อื่น ทั้งในด้านของบุคลิกภาพ จากการเรียนรู้เกี่ยวกับสัณยศาสตร์ การใช้ศิลปะและธรรมชาติ เป็นสื่อในการทบทวนชีวิตตนเองในอดีตและปัจจุบัน การทบทวนเรื่องราวที่สำคัญในชีวิต และสิ่งแวดล้อมของตนเอง เพื่อสะท้อนคิดตนเอง เช่น กิจกรรมโลกของฉัน และธรรมชาติของฉัน และจากบทสนทนาเกี่ยวกับเรื่องราวสำคัญในชีวิต รวมถึงกิจกรรมการทบทวนอารมณ์ ความรู้สึกของตนเองทุกวัน กิจกรรมเหล่านี้นอกจากจะเน้นให้ทบทวนตนเอง และรู้จักตนเองแล้ว ยังเปิดโอกาสให้ได้แลกเปลี่ยนและรับฟังความคิด ความรู้สึก และเรื่องราวต่าง ๆ ของผู้อื่น จึงทำให้ผู้ร่วมวิจัย ได้รู้จักและเข้าใจเพื่อนมากขึ้น ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ต่างจากการได้แลกเปลี่ยน พูดคุยในชีวิตประจำวัน ถึงแม้ว่าผู้ร่วมวิจัยจะเป็นกลุ่มเพื่อนชั้นปีเดียวกัน แต่กิจกรรมการเรียนรู้แบบจิตตปัญญาศึกษาทำให้การแลกเปลี่ยน สื่อสาร มีความลึกซึ้งมากกว่า และให้เวลาในการคิดและไตร่ตรอง ใคร่ครวญก่อนในการมีปฏิสัมพันธ์ทุกครั้ง โดยไม่มีการขัดแย้ง หรือตัดสิน รวมถึงให้เวลาในการรับฟังผู้อื่น ได้รับรู้มุมมองและความคิดที่แตกต่าง หลากหลาย และมีการทำกิจกรรมร่วมกัน

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ เช่น การศึกษาของ พูลศรี ไชยประสิทธิ์¹⁶ พบว่า จิตตปัญญาศึกษาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หลายด้าน การรู้จักตนเองเป็นสิ่งแรก ซึ่งเกิดจากการพัฒนาของสติ และการใคร่ครวญตนเอง และทำให้รู้จักผู้อื่นมากขึ้น¹⁷ การนำแนวทางจิตตปัญญาศึกษาไปใช้ในการสอนนักศึกษา พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงในนักศึกษาอย่างเป็นองค์รวม และมีการพัฒนาการเข้าใจตนเอง และการเข้าใจผู้อื่น¹⁸ การศึกษาประสบการณ์ของนิสิตปริญญาโท ที่นำแนวคิดจิตตปัญญาศึกษาไปใช้ในการสอน พบว่านิสิต มีการพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเอง คือมีความเข้าใจตนเอง มีการรู้เท่าทันตนเอง และเปิดใจมากขึ้น¹⁹ การศึกษาการพัฒนาปัญญาด้วยกระบวนการเรียนรู้แนวจิตตปัญญาศึกษา ได้กระบวนการการพัฒนาปัญญา ที่เกิดจาก ความสงบและการใคร่ครวญ ซึ่งนำไปสู่การเข้าใจตนเอง และการเข้าใจผู้อื่น อย่างไรก็ตามการเปรียบเทียบการร่วมรู้สึกกับผู้อื่น ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองพบว่า มีคะแนนเพิ่มสูงขึ้น แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกิจกรรมที่ใช้ในโปรแกรมส่วนใหญ่เน้นการสร้าง ความตระหนักรู้ในตนเอง ตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษาซึ่งเชื่อว่าเมื่อเกิดความตระหนักรู้ในตนเอง จะเกิดการเรียนรู้และเข้าใจผู้อื่นตามมา ดังนั้นเมื่อประเมินการร่วมรู้สึกกับผู้อื่น จึงทำให้ไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนในระยะสั้น ในเชิงปริมาณ อย่างไรก็ตามผลจากการสัมภาษณ์ พบประเด็นหลักคือ รู้เขา ซึ่งสนับสนุนว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดการพัฒนาความใส่ใจและยอมรับผู้อื่น ดังนั้นอาจปรับปรุงกิจกรรมให้เน้นการร่วมรู้สึกกับผู้อื่นมากขึ้น เพื่อพัฒนาผลที่มีต่อการร่วมรู้สึกกับผู้อื่นให้ชัดเจนมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

การเรียนรู้แบบจิตตปัญญาศึกษาสามารถพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเอง และมีแนวโน้มที่จะพัฒนา การร่วมรู้สึกกับผู้อื่นได้ จึงควรนำมาพัฒนานักศึกษาโดยการบูรณาการกับการเรียนการสอนในหลักสูตร เพื่อให้การพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเอง และการร่วมรู้สึกกับผู้อื่นอย่างต่อเนื่อง จนสามารถก่อให้เกิดคุณลักษณะบัณฑิตที่ตัวอย่างถาวร



เช่น การบูรณาการจิตตปัญญาศึกษา ในรายวิชา การจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตร เพื่อสร้างความสุข การตระหนักรู้ในตนเอง และวิชาชีพ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพระยา คณะผู้วิจัย ขอขอบคุณมา ณ ที่นี้ เป็นอย่างสูง

References

1. Puangsumlee A. What is contemplative education? [Internet]. [cited: 1 March 2018]. Available from: <https://www.gotoknow.org/posts/104448>. (in Thai).
2. Hongthong P, Wangwinyu N. The courage to teach: exploring the inner landscape of a teacher's life. Bangkok: Suan Nguen Mee Ma; 2013. (in Thai).
3. Helliwell J, Layard R, Sachs J. World happiness report 2017. New York: Sustainable Development Solutions Network. 2017.
4. Dallas JC. Empathy: the power for developing nursing profession. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2015;25(2):13-24. (in Thai).
5. Raab K. Mindfulness, self-compassion, and empathy among health care professionals: A review of the literature. J Health Care Chaplain. 2014;20(3):95-108.
6. Gessler R, Ferron L. Making the workplace healthier, one self-aware nurse at a time. American Nurse Today. 2012;41-3.
7. Lamat N. Education for complete human development. Journal of education studies. 2011;38(3):77-92. (in Thai).
8. Wasi P. Human ways in the 21st century: 2019. 4th ed. Contemplative book project Mahidol University. (in Thai).
9. Panyapinijngoon C, Sirisupluxana P, Wannasuntad S, Ninwatcharamanee C. Effect of contemplative education on transformative learning of Boromarajonani College of Nursing Bangkok's personnel. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. 2012;28(2): 1-13. (in Thai).
10. Triranaopas S. Effects of completed human development program using contemplative education process in psychology course for education students who studied general science program. Faculty of Education, Rajabhat Pibulsongkram University; 2010. (in Thai).
11. Patthaburee W, Kerdip C, Sungtong E. Conflict management competency for school administrators under the office of basic education commission in the southernmost provinces. Hatyai Academic Journal. 2017;14(2),133-48. (in Thai).
12. Suriyachai T. The relationship between self-awareness and empathy in adolescents. [master thesis]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2011. (in Thai).
13. Khamsawarde N. The results of instructional method with contemplative education in maternal child and midwifery practicum 1. 2010. (in Thai).



14. Nilchaikovit T, Juntrasook A. The art of transformative learning management: a manual for contemplative educators. Nakhon Pathom: Contemplative education center, Mahidol University; 2008. (in Thai).
15. Panich V. Contemplative education: an education for spiritual discovery. Bangkok: Suan Nguen Mee Ma; 2007. (in Thai).
16. Chaiprasit P. Transformation of contemplation among contemplative coaches worked in Yuparaj hospital networks following spiritual training project (basic and advanced courses), research report. Bangkok. 2013. (in Thai).
17. Phruittikul S. Contemplative education, Journal of education, Burapha. 2010;22(1):1-13. (in Thai).
18. Khayankij S. Process of contemplative education in instruction and students' learning experiences in the assessment and evaluation of young children, Journal of education studies. 2012;39(2):26-34. (in Thai).
19. Sumamal A. The growth of insight through contemplative learning process: a case study at Namkleang hospital, Sisaket province. [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2013. 146 p. (in Thai).



การรับรู้ภาระงาน สัมพันธภาพในงาน การสนับสนุนทางสังคม
ต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีอิทธิบาทสี่ เป็นตัวแปรกำกับ
Perceived Workload, Work Relationship, Social Support and Job Burnout
among Registered Nurses with Iddhipada 4 as the Moderator

ทัศนีย์ สิรินพมณี¹ เมธาวี อุดมธรรมานุภาพ² สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต³

Thasane Sirinopmanee¹ Maytawee Udomtamanupab² Sompoch Iamsupasit³

¹โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ²มหาวิทยาลัยมหจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย ³จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

¹Chaophrayayommarat Hospital, ²Mahachulalongkornrajavidyalaya University, ³Chulalongkorn University

Corresponding author: Thasane Sirinopmanee; Email: sirithus2511@gmail.com

Received: January 7, 2020 Revised: February 4, 2020 Accepted: February 14, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระงาน สัมพันธภาพในงาน การสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีอิทธิบาท 4 เป็นตัวแปรกำกับ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 210 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย 6 ส่วน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงซ้อน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาระงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายในงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ($r=.483, p<.01$) และด้านการลดค่าบุคคลอื่น ($r=.288; p<.01$) แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับด้านความสำเร็จส่วนบุคคล ($r=-.155, p<.05$) สัมพันธภาพในงานที่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสำเร็จส่วนบุคคล ($r=.209, p<.01$) แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ($r=-.285, p<.01$) และด้านการลดคุณค่าบุคคลอื่น ($r=-.169, p<.05$) สำหรับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายในงานด้านความสำเร็จส่วนบุคคล ($r=.202, p<.01$) แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ($r=-.272, p<.01$) และอิทธิบาทสี่ เป็นตัวแปรกำกับความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความเหนื่อยหน่ายในงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ($\beta=.011, \Delta R^2=.255$)

คำสำคัญ: พยาบาลวิชาชีพ; สิ่งแวดล้อมในงาน; ความเหนื่อยหน่ายในงาน; อิทธิบาทสี่



Perceived Workload, Work Relationship, Social Support and Job Burnout among Registered Nurses with Iddhipada 4 as the Moderator

Thasanee Sirinopmanee¹ Maytawee Udomtamanupab² Sompoch Iamsupasit³

¹Chaophrayayommarat Hospital ²Mahachulalongkornrajavidyalaya University

³Chulalongkorn University

Corresponding author: Thasanee Sirinopmanee; Email: sirithus2511@gmail.com

Received: January 7, 2020 Revised: February 4, 2020 Accepted: February 14, 2020

Abstract

The purpose of this correlational research study was to examine the relationships among perceived workload, work relationship, social support and job burnout of registered nurses with Iddhipada 4 (4 basis for success) as the moderator. The sample group included 210 registered nurses who worked in Chaophrayayommarat Hospital, Suphanburi province. The data were collected by the self-administered questionnaire, composing of 6 parts. The data were analyzed with Pearson Product-Moment correlation and hierarchical multiple regression analysis. The results showed that perceived workload was positively correlated with job burnout in the dimension of emotional exhaustion ($r=.483$, $p<.01$) and the dimension of depersonalization ($r=.288$, $p<.01$). Whereas, it was negatively correlated with the dimension of personal accomplishment ($r=-.155$, $p<.05$). The work relationship was negatively correlated with job burnout in the dimension of emotional exhaustion ($r=-.285$, $p<.01$) and the dimension of depersonalization ($r=-.169$, $p<.05$) but it was positively correlated with dimension of personal accomplishment ($r=.209$, $p<.01$). Social support was negatively correlated with job burnout in the dimension of emotional exhaustion ($r=-.272$, $p<.01$). However, it was positively correlated with the dimension of reduced occupational accomplishment ($r=.202$, $p<.01$). Iddhipada 4 was a moderator on the relationship between social support and job burnout in the dimension of emotional exhaustion ($\beta=.011$, $\Delta R^2=.255$).

Keywords: registered nurse; work environment; job burnout; iddhipada 4

ความสำคัญของปัญหา

ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันให้ความสำคัญกับทรัพยากรมนุษย์ (human resources for health) ซึ่งเป็นปัจจัยกำหนดคุณภาพของบริการ เพราะทรัพยากรมนุษย์เป็นกลไกหลักในการผลักดันองค์กรให้มีประสิทธิภาพ¹ กระทรวงสาธารณสุขมีบุคลากรด้านสุขภาพหลากหลายวิชาชีพที่ให้บริการทางสุขภาพอนามัยแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชนครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี เกิดผลลัพธ์ต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีจำนวนมากที่สุดถึงร้อยละ 78² และเป็นบุคลากรหลักในการให้บริการในสถานบริการสุขภาพ โดยใช้ความรู้และทักษะของศาสตร์ทางการพยาบาลตามความรับผิดชอบในฐานะผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล³ แต่จากการที่พยาบาลต้องเผชิญกับความไม่เหมาะสมของอัตราค่าจ้าง ภาระงานหรือชั่วโมงการทำงานที่มากเกินไป ค่าตอบแทนที่ต่ำ ขาดความก้าวหน้าในวิชาชีพ การตัดสินใจบนความเร่งด่วนของภาวะวิกฤตชีวิต สภาวะอารมณ์ของผู้รับบริการและญาติรวมทั้งบุคลากรในทีมสุขภาพทุกระดับ ความเสี่ยงต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพและการเผชิญต่อภาวะความเครียดในงาน³⁻⁶ ย่อมทำให้ไม่พึงพอใจต่อการทำงาน ก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรังจนกลายเป็นความเหนื่อยหน่ายในงาน⁵ จนทำให้สูญเสียพยาบาลจากระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง^{1-2,6}

ความเหนื่อยหน่ายในงาน (job burnout) หรือภาวะหมดไฟ เป็นกลุ่มอาการของความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) การลดคุณค่าบุคคลอื่น (depersonalization) และความสำเร็จส่วนบุคคล (personal accomplishment)⁷ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติ พฤติกรรมการปฏิบัติงานไปในทางที่ไม่พึงประสงค์ ขาดความสัมพันธ์ที่ดีทั้งต่อผู้รับบริการและร่วมงาน หมัดหวังในการทำงาน มีความตั้งใจในการลาออกจากงาน ก่อให้เกิดผลเสียทั้งต่อตัวบุคคลและองค์กร ผู้ที่มีภาวะความเหนื่อยหน่ายในงานจะลาป่วยมากกว่าคนทั่วไป 2-7 เท่า ด้วยอาการปวดศีรษะ ปวดท้อง หรือใช้หัตถ์ด้านอารมณ์จะพบว่า มักโกรธง่าย หงุดหงิด แยกตัว ขาดความกระตือรือร้นในการทำงาน ขาดความคิดริเริ่มพัฒนาสิ่งใหม่จนทำให้ประสิทธิภาพการทำงานทั้งของตนเองและองค์กรต่ำลง นำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้าและอาจรุนแรงถึงการลาออกจากงาน²⁻⁸ ปัญหาดังกล่าวพบได้มากถึงร้อยละ 15-50 ของคนทำงาน โดยเฉพาะบุคลากรที่มีอาชีพในการให้บริการ³ สอดคล้องกับข้อมูลของสภากาชาดไทยที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีภาวะขาดแคลนเนื่องจากมีอัตราการย้ายงานและลาออกค่อนข้างสูง จากการคาดการณ์ความต้องการพยาบาลของประเทศ ระหว่างปี พ.ศ. 2553-2562 ยังขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพอยู่ประมาณ 33,112 คน² และพบว่าระยะเวลาการคงอยู่ในวิชาชีพพยาบาลสั้นลง เฉลี่ยเพียง 22.5 ปี³

จากรายงานของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุพรรณบุรี ปีงบประมาณ 2561 พบว่าสุพรรณบุรีเป็นจังหวัดหนึ่งที่กำลังเผชิญปัญหาการขาดบุคลากรทางด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากการลาออก โอนตำแหน่งหรือย้ายที่ทำงาน ทำให้จำนวนพยาบาลลดน้อยลง ส่งผลให้ปฏิบัติงานตามภาระที่มากขึ้น บรรยากาศการทำงานที่เคร่งเครียด ปริมาณงานที่มากเกินไป เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายในงาน เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราค่าจ้างของพยาบาลวิชาชีพของแต่ละโรงพยาบาลในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ ให้บริการแก่ประชากรภายในจังหวัดและในเขตบริการที่ส่งต่อเพื่อการรักษา มีอัตราการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพรุนแรงที่สุดในปี 2560-2562 ยังขาดแคลนพยาบาลอยู่ประมาณ 191 คน และมีการลาออกของพยาบาลเพิ่มอีกจำนวน 25 ราย⁹ ส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคนซึ่งเป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์และมีความเชี่ยวชาญในงาน

จากการศึกษางานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยหลักที่เป็นสาเหตุของการลาออกจากงานคือ ความเหนื่อยหน่ายในงาน ประกอบด้วย ปัจจัยภายในและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงาน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล (อายุ เพศ ประสบการณ์ในการทำงาน)³⁻⁶ ภาระงาน^{2-3,5} จำนวนชั่วโมงในการทำงาน⁴⁻⁶ ลักษณะงานที่รับผิดชอบ^{3-4,7} สัมพันธภาพระหว่างหัวหน้างาน และผู้ร่วมงาน⁵⁻⁶ นอกจากนั้นการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากหัวหน้างาน เพื่อนร่วมงานและครอบครัว⁴⁻⁵ ความมั่นคงและความสำเร็จในงาน⁵ มีผลต่อการเกิดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้นหากพยาบาล



เกิดแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ มีความพึงพอใจในการทำงาน มีความรักในภารกิจที่ได้รับมอบหมายและความพยายามจนประสบความสำเร็จและมีความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน จะส่งผลให้พยาบาลปฏิบัติงานอย่างมีความสุข มีพฤติกรรม การเป็นสมาชิกที่ดีต่อขององค์กร¹⁰ ลดความเหนื่อยหน่ายและการลาออกจากงานได้¹¹ นอกจากนี้มีจากการศึกษาที่พบว่า ยังมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานที่พึงประสงค์บรรลุผลสำเร็จ และมีความสุข นั่นคือคุณลักษณะของพยาบาล ที่สอดคล้องกับหลักอิทธิบาทสี่¹²⁻¹⁵

ตามหลักพุทธศาสนา อิทธิบาทสี่เป็นเครื่องมือในการนำไปสู่ความสำเร็จและความสุขในการทำงาน¹² พยาบาลวิชาชีพ จึงจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการคิดรู้อย่างใหม่ให้มีคุณลักษณะที่สอดคล้องกับหลักอิทธิบาทสี่ ซึ่งประกอบด้วย จันทะคือ ความรักในการให้บริการแก่ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ วิริยะ คือ ความพากเพียรที่จะปฏิบัติสิ่งที่ประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ จิตตะ คือ ความไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคและปัญหา และวิมังสา คือ ความตั้งใจ จดจ่อในการติดตาม ค้นหาปัญหาของผู้ป่วยครอบคลุมแบบองค์รวม ดังนั้นหากพยาบาลมีคุณลักษณะที่สอดคล้องกับหลักอิทธิบาทสี่ อาจส่งผลต่อการลดความเหนื่อยหน่ายในงานได้^{12-13,15} ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาหลักอิทธิบาทสี่ในฐานะตัวแปรกำกับของความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระงาน สัมพันธภาพในงาน การสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ ยะราช จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้จะเป็น ข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารการพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายและวางแผนสำหรับใช้เป็นแนวทาง ในการป้องกันความเหนื่อยหน่าย การธำรงรักษาให้พยาบาลวิชาชีพคงอยู่ในงานมากขึ้นและมีความสุขในการปฏิบัติงานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระงาน สัมพันธภาพในงาน การสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในงาน (ความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดคุณค่าบุคคลอื่น และความสำเร็จส่วนบุคคล) ของพยาบาลวิชาชีพโดยมีอิทธิบาทสี่เป็นตัวแปรกำกับ

นิยามศัพท์ในการวิจัย

การรับรู้ภาระงาน (perceived workload) หมายถึง การรับรู้ลักษณะของงาน ปริมาณงานหรือภาระงานของพยาบาล ที่หน่วยงานมอบหมายให้รับผิดชอบมากเกินไปและมีระยะเวลาการทำงานที่จำกัด อาจเกิดความเครียดหากทำงานไม่สำเร็จ

สัมพันธภาพในงาน (work relationship) หมายถึง สัมพันธภาพที่ก่อให้เกิดความเครียดในการทำงาน เป็นสัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างพยาบาลกับหัวหน้างาน และเพื่อนร่วมงาน

การสนับสนุนทางสังคม (social support) หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับการปฏิบัติงานจากหัวหน้างาน หรือผู้ร่วมงานในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านอารมณ์ (การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความไว้วางใจ และรู้สึกเห็นอกเห็นใจ และการรับฟังความ) ด้านสติปัญญา (การได้รับคำแนะนำ การให้แนวทางที่สามารถนำมาใช้แก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานได้) ด้านทรัพยากร (การได้รับความช่วยเหลือในด้านบุคลากร อุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ) ในการทำงานด้านการพยาบาลให้เหมาะสม

ความเหนื่อยหน่ายในงาน (job burnout) หมายถึง เป็นกลุ่มอาการของความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดคุณค่าบุคคลอื่น และความสำเร็จส่วนบุคคล ส่งผลให้พยาบาลเกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติ พฤติกรรมการปฏิบัติงานไปในทางที่ไม่พึงประสงค์

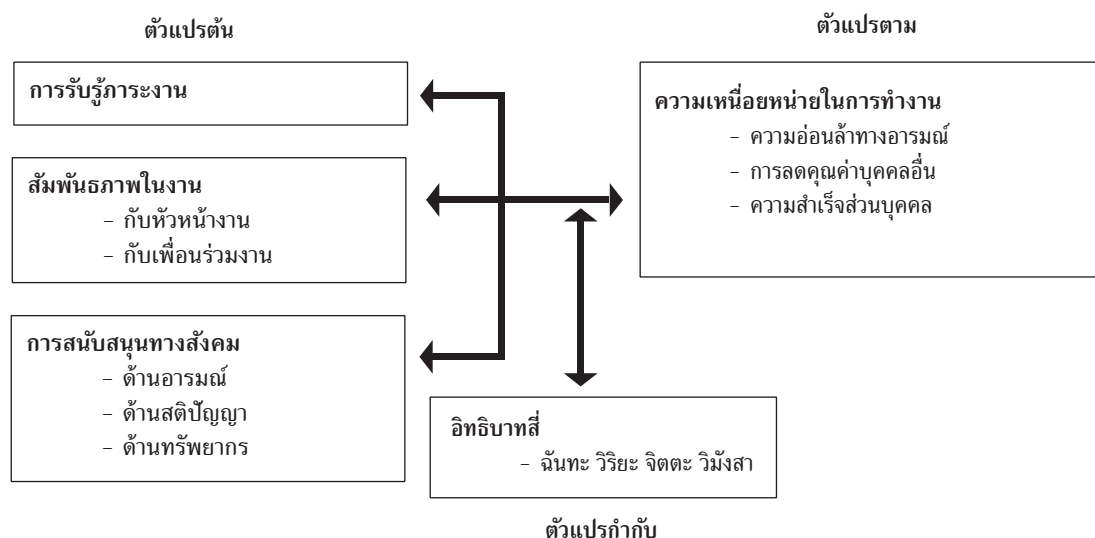
อิทธิบาทสี่ หมายถึง เครื่องมือในการนำไปสู่ความสำเร็จและความสุขในการทำงาน ประกอบด้วย จันทะ (ความรักในการให้บริการแก่ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ) วิริยะ (ความพากเพียรที่จะปฏิบัติสิ่งที่ประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ) จิตตะ (ความไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคและปัญหา) และวิมังสา (ความตั้งใจ จดจ่อในการติดตาม ค้นหาปัญหาของผู้ป่วย ครอบคลุมแบบองค์รวม)

ตัวแปรกำกับ (Moderator) หมายถึง ตัวแปรเชิงคุณภาพหรือตัวแปรเชิงปริมาณที่ทำหน้าที่เป็นตัวแปรที่สามที่มีอิทธิพลต่อทิศทาง หรือขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตามเปลี่ยนแปลงไป ในการศึกษาหลักอิทธิบาทสี่ซึ่งเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ เป็นตัวแปรกำกับของความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระงาน สมพันธภาพในงาน การสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพ

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ภาระงาน สมพันธภาพในการทำงาน และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในงาน (ความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดคุณค่าบุคคลอื่น และความสำเร็จส่วนบุคคล) โดยมีอิทธิบาทสี่เป็นตัวแปรกำกับ

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (correlation study research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ซึ่งมีจำนวน 576 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แนวคิดของ Hair และคณะ¹⁶ ที่เสนอว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มีความเหมาะสม สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) ตัวแปรต้น 1 ตัว ควรใช้จำนวนตัวอย่างอย่างน้อย 15-25 คน ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้อัตราส่วน 1 ต่อ 20 คน สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน และเพื่อป้องกันข้อมูลที่เอนเอียงสมมติฐานจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20¹⁷ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 240 คน จากนั้นผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) จาก 34 หน่วยงานของกลุ่มการพยาบาล โดยมีสัดส่วนการสุ่มร้อยละ 41.70 ของจำนวนพยาบาล



ที่ปฏิบัติในแต่ละหน่วยงาน และใช้การสุ่มตามลำดับอายุงานของพยาบาลในแต่ละหน่วยงานเรียงไปจนครบตามจำนวนที่กำหนด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตศึกษาและเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี จากนั้นประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและหัวหน้างานในแต่ละแผนก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และวิธีการเก็บข้อมูล ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง (self-administrated questionnaires) จากพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ใช้ระยะเวลา 8 วัน ในการเก็บรวบรวมแบบสอบถามจนครบ 240 ชุด ตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จำนวน 210 ชุด คิดเป็นร้อยละ 87.50

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อายุงาน การศึกษา สถานภาพสมรส โดยข้อคำถามเป็นลักษณะเลือกตอบและแบบเติมข้อความ

2) แบบสอบถามการรับรู้ภาระงาน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์จากการศึกษาของลลิตา แท่งเพชร¹⁸ ลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่จริงเลย จริงเป็นส่วนน้อย จริงเป็นส่วนใหญ่ และจริงทั้งหมด มีจำนวน 10 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน

3) แบบสอบถามสัมพันธภาพในงาน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์จากการศึกษาของลลิตา แท่งเพชร¹⁸ ลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่จริงเลย จริงเป็นส่วนน้อย จริงเป็นส่วนใหญ่ และจริงทั้งหมด เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับสัมพันธภาพด้านลบทั้งหมด จำนวน 10 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน

4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์จากการศึกษาของสุภาว สังข์ทอง¹⁹ ลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่จริงเลย จริงเป็นส่วนน้อย จริงเป็นส่วนใหญ่ และจริงทั้งหมด มีจำนวน 30 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 30-120 คะแนน

5) แบบสอบถามคุณลักษณะที่สอดคล้องกับอิทธิบาทสี่ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่จริงเลย จริงเป็นส่วนน้อยจริงเป็นส่วนใหญ่ และจริงทั้งหมด รวมทั้งหมด 40 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ฉันทะ จำนวน 10 ข้อ 2) วิริยะจำนวน 10 ข้อ 3) จิตตะ จำนวน 10 ข้อ และ 4) วิมังสา จำนวน 10 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 40-160 คะแนน

6) แบบวัดความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน ผู้วิจัยใช้แบบวัด ซึ่งแปลมาจากแบบวัด Maslach Burnout Inventory 4th edition (MBI)²⁰⁻²¹ เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นมาเพื่อวัดภาวะความเหนื่อยหน่ายในการทำงานสำหรับผู้ที่ทำงานให้บริการทางสุขภาพ ประกอบไปด้วยคำถามจำนวน 22 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) ความอ่อนล้าทางอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ 2) การลดคุณค่าบุคคลอื่น จำนวน 5 ข้อ และ 3) ความสำเร็จส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ โดยมีลักษณะและเกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ คือ วัดระดับความรู้สึกตั้งแต่ไม่เคยเลย (0 คะแนน) จนถึงมีทุกวัน (6 คะแนน) การพิจารณาว่าพยาบาลมีความเหนื่อยหน่ายในงานหรือไม่ จะตัดสินจากระดับคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์มากกว่าหรือเท่ากับ 27 คะแนน ร่วมกับมีคะแนนด้านการลดคุณค่าบุคคลอื่น มากกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน หรือมีคะแนนด้านการลดคุณค่าบุคคลอื่น ต่ำกว่า 33 คะแนน²¹

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย ด้านพระพุทธศาสนา ด้านจิตวิทยา และด้านวัดประเมินผล ตรวจสอบความครอบคลุม



ในเนื้อหา ตลอดจนความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามรายข้อ กับจุดประสงค์ที่ต้องการวัด (index of item objective congruence : IOC) มีค่าระหว่าง .80–1.00 และผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถาม ส่วนที่ 2-6 ได้ผลเท่ากับ .88, .82, .90, .97 และ .92 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ทดสอบตัวแปรกำกับด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงชั้น (hierarchical multiple regression model) และทดสอบอิทธิพลการกำกับด้วยโปรแกรม PROCESS

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่องนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี เอกสารรับรองเลขที่ YM 016/2562 สำหรับการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่เกิดขึ้น ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น และสิทธิในการถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอม (consent form) สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอเฉพาะภาพรวม ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างและหน่วยงาน

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.70 อายุเฉลี่ย 36.6 ปี (SD=10.6) ส่วนใหญ่พบอายุต่ำกว่า 30 ปี ร้อยละ 38.10 โดยมีอายุการทำงานเฉลี่ย 14.60 (SD=11.0) ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุงานต่ำกว่า 10 ปี ร้อยละ 47.10 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 94.30 และพบว่า มีสถานภาพโสด ร้อยละ 52.4

การศึกษาค้นพบว่า มีพยาบาลวิชาชีพที่เข้าเกณฑ์มีความเหนื่อยหน่ายในงาน จำนวน 50 คน (ร้อยละ 23.81) และไม่เข้าเกณฑ์มีความเหนื่อยหน่ายในงานจำนวน 160 คน (ร้อยละ 76.19) และเมื่อพิจารณาเฉพาะคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์มากกว่าหรือเท่ากับ 27 คะแนน จะพบพยาบาลที่เสี่ยงต่อการเกิดความเหนื่อยหน่ายในงานจำนวน 106 คน (ร้อยละ 50.50)^{7,23-24} ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง (n=210)

ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ไม่เข้าเกณฑ์มีความเหนื่อยหน่ายในงาน	160	76.19
2. เข้าเกณฑ์มีความเหนื่อยหน่ายในงาน	50	23.81
- มีคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ > 27 คะแนน ร่วมกับมีคะแนนด้าน การลดคุณค่าบุคคลอื่น > 10 คะแนน	(12)	(5.71)
- มีคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ > 27 คะแนน ร่วมกับมีคะแนนด้าน ความสำเร็จส่วนบุคคล < 33 คะแนน	(38)	(18.10)
3. เสี่ยงต่อความเหนื่อยหน่ายในงาน (มีคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ > 27 คะแนน)	106	50.50

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระงาน สัมพันธภาพในงาน การสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า 1) การรับรู้ภาระงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายในงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ($r=.483$, $p<.01$) และด้านการลดคุณค่าบุคคลอื่น ($r=.288$, $p<.01$) และมี



ความสัมพันธ์ทางลบกับด้านสำเร็จส่วนบุคคล ($r = -.155$, $p < .05$) หมายความว่า การรับรู้ภาระงานที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีความอ่อนล้าทางอารมณ์เพิ่มขึ้น และการลดคุณค่าบุคคลอื่น ในขณะที่ความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จของพยาบาลจะเพิ่มขึ้น 2) สัมพันธภาพในงานที่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายในงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ($r = -.285$, $p < .01$) และด้านการลดคุณค่าบุคคลอื่น ($r = -.169$, $p < .05$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านสำเร็จส่วนบุคคล ($r = .209$, $p < .01$) ซึ่งหมายความว่า หากขาดสัมพันธภาพที่ดีในการทำงานจะส่งผลให้มีความอ่อนล้าทางอารมณ์มากขึ้น และยังคุณค่าบุคคลอื่นและความสัมพันธ์ส่วนบุคคล ในขณะที่ความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จของพยาบาลจะเพิ่มขึ้น 3) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายในงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ($r = -.272$, $p < .01$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านสำเร็จส่วนบุคคล ($r = .202$, $p < .01$) หมายความว่า หากพยาบาลได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์สติปัญญาและทรัพยากรที่ดี และเหมาะสม จะส่งผลให้มีความอ่อนล้าทางอารมณ์ลดลง ในขณะที่ความสำเร็จส่วนบุคคลของพยาบาลจะเพิ่มขึ้น ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระงาน สัมพันธภาพในงาน การสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพ ($n = 210$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. การรับรู้ภาระงาน	-					
2. สัมพันธภาพในงาน	-.360**	-				
3. การสนับสนุนทางสังคม	-.290**	.681**	-			
4. ความอ่อนล้าทางอารมณ์	.483**	-.285**	-.272**	-		
5. การลดคุณค่าบุคคลอื่น	.288**	-.169*	-.104	-.419**	-	
6. ความสำเร็จส่วนบุคคล	-.155*	.209**	.202**	-.232**	.350**	-

* $p < .05$; ** $p < .01$

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกความอ่อนล้าทางด้านอารมณ์เป็นประเด็นหลักของความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพ ตามเกณฑ์วัดภาวะความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน Maslach Burnout Inventory 4th edition (MBI)²¹ สำหรับผู้ทำงานให้บริการทางสุขภาพ เนื่องจากคะแนนความอ่อนล้าทางอารมณ์เป็นตัวแปรสำคัญในการตัดสินความเหนื่อยหน่ายในงาน

ในการทดสอบอิทธิบาทสี่เป็นตัวแปรกำกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระงาน สัมพันธภาพในงาน การสนับสนุนทางสังคมกับความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงซ้อนใน 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 ใส่ตัวแปรต้นและตัวแปรกำกับ (การรับรู้ภาระงาน สัมพันธภาพในงาน การสนับสนุนทางสังคม และอิทธิบาทสี่) ในสมการได้สมการถดถอย ดังนี้

ความอ่อนล้าทางด้านอารมณ์ = $\beta_0 + \beta_1$ (การรับรู้ภาระงาน) + β_2 (สัมพันธภาพในงาน) + β_3 (การสนับสนุนทางสังคม) + β_4 (อิทธิบาทสี่)

ขั้นที่ 2 เพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระงานกับอิทธิบาทสี่, สัมพันธภาพในงานกับอิทธิบาทสี่ แรงสนับสนุนทางสังคมกับอิทธิบาทสี่ เพื่อทำนายความเหนื่อยหน่ายในงาน ได้สมการถดถอยดังนี้

ความอ่อนล้าทางอารมณ์ = $\beta_0 + \beta_1$ (การรับรู้ภาระงาน) + β_2 (สัมพันธภาพในงาน) + β_3 (การสนับสนุนทางสังคม) + β_4 (อิทธิบาทสี่) + β_5 (การรับรู้ภาระงาน x อิทธิบาทสี่) + β_6 (สัมพันธภาพในงาน x อิทธิบาทสี่) + β_7 (การสนับสนุนทางสังคม x อิทธิบาทสี่)

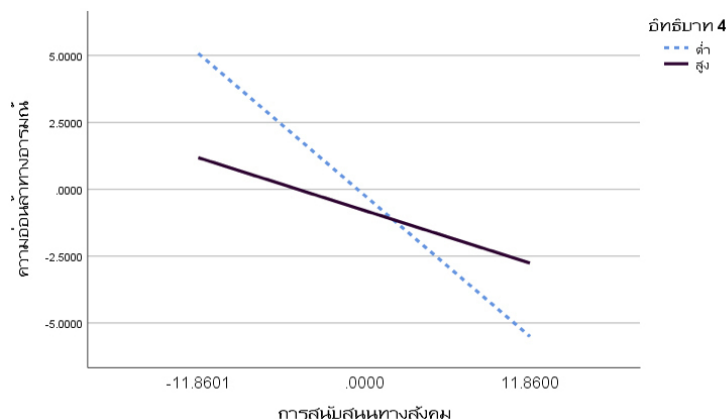
ในสมการการทดสอบอิทธิบาทที่เป็นตัวแปรกำกับของความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระงาน สัมพันธภาพในงาน การสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยหน่ายในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์หรือไม่นั้น ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Milin และ Hadžić²² ในการตรวจสอบอิทธิพลของตัวแปรกำกับ พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรปฏิสัมพันธ์มีนัยสำคัญ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมอิทธิบาทสี่ นั้นหมายถึง อิทธิบาทสี่เป็นตัวแปรกำกับของความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อความอ่อนล้าทางอารมณ์($\beta = .011^*$, $\Delta R^2 = .255$) หมายถึงพยาบาลวิชาชีพที่มีอิทธิบาทสี่สูง จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง ส่งผลให้มีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับต่ำ ดังตารางที่ 3

ความสัมพันธ์นี้จะเปลี่ยนไปตามค่าการกำกับของตัวแปรอิทธิบาทสี่ ดังแผนภาพที่ 1 จะเห็นว่าเส้นกราฟอิทธิบาทสี่ต่ำ มีความชันมากกว่าเส้นกราฟอิทธิบาทสี่สูง ซึ่งแสดงว่าในพยาบาลที่มีอิทธิบาทสี่ต่ำ อิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยลดความเหนื่อยหน่ายในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ของพยาบาลจะมีสูง ในขณะที่พยาบาลที่มีอิทธิบาทสี่สูง อิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยลดความอ่อนล้าทางอารมณ์ของพยาบาลจะมีไม่มากนัก ดังนั้น พยาบาลที่มีอิทธิบาทสี่ในระดับต่ำ จำเป็นต้องมีการสนับสนุนทางสังคมมากเพื่อช่วยลดความอ่อนล้าทางอารมณ์ ในขณะที่พยาบาลที่มีอิทธิบาทสี่ในระดับสูง การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลน้อยต่อการลดความอ่อนล้าทางอารมณ์

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเชิงชั้นเพื่อทำนายความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระงาน สัมพันธภาพในงาน และการสนับสนุนทางสังคมกับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์โดยมีอิทธิบาทสี่เป็นตัวแปรกำกับ ($n = 210$)

ตัวแปร	β	R	R^2	ΔR^2	F
ขั้นที่ 1		.504	.254	.240	17.463***
การรับรู้ภาระงาน (β_1)	.809**				
สัมพันธภาพในงาน (β_2)	-.147				
การสนับสนุนทางสังคม (β_3)	-.101				
อิทธิบาทสี่ (β_4)	-.019				
ขั้นที่ 2		.529	.280	.255	11.195***
การรับรู้ภาระงาน (β_1)	.737**				
สัมพันธภาพในงาน (β_2)	-.193				
การสนับสนุนทางสังคม (β_3)	-.157				
อิทธิบาทสี่ (β_4)	-.012				
การรับรู้ภาระงาน X อิทธิบาทสี่ (β_5)	.012				
สัมพันธภาพในงาน X อิทธิบาทสี่ (β_6)	-.003				
การสนับสนุนทางสังคม X อิทธิบาทสี่ (β_7)	.011*				

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$



แผนภาพที่ 1 แสดงกราฟสมการความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม
กับความอ่อนล้าทางอารมณ์ ณ จุดกำหนดของอิทธิบาทที่

อภิปรายผล

ระดับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเจ้าพระยาราช จังหวัดสุพรรณบุรี มีพยาบาลวิชาชีพที่เข้าเกณฑ์ที่มีความเหนื่อยหน่ายในงาน ร้อยละ 23.81 และพบพยาบาลที่เสี่ยงต่อการเกิดความเหนื่อยหน่ายในงาน ร้อยละ 50.50 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Wang, Lv, Qian และ Zhang²³ ที่ทำการศึกษาความเหนื่อยหน่ายในการทำงานกับคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลทางภาคตะวันออกของประเทศไทย จำนวน 2,504 คน พบว่า พยาบาลร้อยละ 64 มีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานและมีคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับการศึกษาค้นคว้าความเหนื่อยหน่ายในงานของบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 1,161 คน ที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยวิกฤติของโรงพยาบาลในประเทศตุรกีโดยใช้แบบวัดความเหนื่อยหน่ายในงาน Maslach Burnout Inventory (MBI) พบว่า ร้อยละ 99 ของบุคลากรทางการแพทย์มีความเหนื่อยหน่ายในงานอย่างน้อย 1 ด้าน และร้อยละ 15 พบว่ามีความเหนื่อยหน่ายในงานทั้งด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์การลดคุณค่าบุคคลอื่นและความสำเร็จส่วนบุคคล²¹

เป็นที่น่าสนใจว่าเหตุใดพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างจึงประสบกับภาวะเหนื่อยหน่ายในนอกละการศึกษาค้นคว้าอื่นที่เป็นการศึกษาของต่างประเทศ อาจเกิดจากวัฒนธรรมของไทยที่มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันอยู่เสมอในการทำงานระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงานซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยป้องกันให้พยาบาลมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานน้อยกว่าของพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศอื่น และการมีหลักจริยธรรมเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาล¹⁰ ลดความเหนื่อยหน่ายและการลาออกจากงานได้¹²⁻¹⁵

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระงาน สัมพันธภาพในงาน การสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า การรับรู้ภาระงานมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ด้านการลดคุณค่าบุคคลอื่น และด้านความสำเร็จส่วนบุคคล สามารถอธิบายได้ว่าการให้บริการทางการแพทย์ของไทย โดยเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐบาลระดับตติยภูมิ เป็นงานที่ต้องอยู่กับความเป็นความตาย มีเวลาจำกัด จำนวนผู้มารับบริการหรือผู้ป่วยนั้นมีมากเกินไป ภาระหน้าที่มากเกินไป ไม่มีค่าตอบแทนและสวัสดิการที่เหมาะสมมีความเสี่ยงต่อสุขภาพหรือการเกิดอุบัติเหตุ หรือแม้แต่ถูกฟ้องร้องได้ตลอดเวลา ขาดโอกาสก้าวหน้าในหน้าที่การทำงานทำให้เกิดความอ่อนล้าทั้งทางร่างกายและจิตใจ³⁻⁸ Leiter และ Maslach²⁰ ได้กล่าวว่า บุคคลที่อยู่ในภาวะความเหนื่อยหน่ายจะรู้สึกถึงขวัญและกำลังใจที่ลดลงและยากที่จะแก้ไขให้เหมือนเดิม เมื่อพยาบาลมีภาระงานที่มากเกินไปปฏิบัติงานภายใต้ความเครียดสะสมเป็นระยะเวลานาน ส่งผลทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน ขาดความสุขในการทำงาน และเกิดความคิดที่จะลาออกจากโรงพยาบาลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ กามัน เจ๊ะอารัง และชญาธิการ ศรีวิชัย⁵



ที่พบว่าปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงาน ได้แก่ ภาระงาน ประสิทธิภาพในการทำงาน ความสำเร็จในงานมีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Elay และคณะ²⁴ ที่ทำการศึกษาความเหนื่อยหน่ายของบุคลากรทางการแพทย์ในแผนกผู้ป่วยวิกฤติของโรงพยาบาลในประเทศตุรกี จำนวน 1,161 คน โดยใช้แบบวัดความเหนื่อยหน่ายในงาน MBI พบว่า ความเหนื่อยหน่ายในงานจะพบมากใน เพศหญิง ลักษณะการทำงานเป็นกะ โดยเฉพาะการทำงานในเวรเวลากลางคืนที่ยาวนาน รวมทั้งลักษณะงานที่มีความเฉพาะที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

สัมพันธภาพในงานมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านการลดคุณค่าบุคคลอื่น และด้านความสำเร็จส่วนบุคคล ทั้งนี้เป็นเพราะ สัมพันธภาพในงานของพยาบาลคือ พฤติกรรมปฏิสัมพันธ์โต้ตอบในทีมการพยาบาลที่มีวัตถุประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ได้แก่ ความสัมพันธ์กับหัวหน้างานและเพื่อนร่วมงาน ถ้าสัมพันธภาพในการพยาบาลดี ย่อมส่งผลให้การปฏิบัติงานจะเป็นไปด้วยความราบรื่น แต่หากไม่ได้รับการเอาใจใส่หรือการไม่ได้รับการช่วยเหลือจากหัวหน้า มีการแข่งขันกัน การขัดแย้งในทีมพยาบาล สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลให้เกิดความเครียดในงาน เกิดความคับข้องใจ ไม่พึงพอใจในการทำงาน จนนำไปสู่ความอ่อนล้าทางอารมณ์ได้⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของ Eleni และคณะ²⁵ ที่ศึกษาความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลที่ทำงานในศูนย์สรีรศาสตร์สังคมสำหรับคนพิการในประเทศกรีซ จำนวน 180 คน โดยใช้แบบวัดความเหนื่อยหน่ายในงานพบว่า สัมพันธภาพในงานมีความสัมพันธ์กับความอ่อนล้าทางอารมณ์และความสำเร็จส่วนบุคคล เช่นเดียวกับการศึกษาความเหนื่อยหน่ายของบุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 53 ราย ประเมินความเหนื่อยหน่าย โดยใช้แบบวัด MBI เช่นกัน พบว่า สัมพันธภาพกับหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ โดยพบว่ากลุ่มที่รักใคร่ช่วยเหลือกันดีมีคะแนนความเหนื่อยหน่ายต่ำกว่ากลุ่มที่ห่างเหินขัดแย้งมาก แต่พบว่าสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในงานอีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี 7 แห่ง จำนวน 219 คน พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความอ่อนล้าทางอารมณ์ ได้แก่ สภาพแวดล้อมในการทำงานลักษณะงานที่รับผิดชอบ และสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรที่ไม่ดี⁵

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านความสำเร็จส่วนบุคคล ทั้งนี้เพราะในการปฏิบัติงานของพยาบาลที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ต้องอาศัยความร่วมมือในทีมทำงาน หากพยาบาลได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ได้แก่ การได้รับความรัก ความไว้วางใจ ฯลฯ ด้านสติปัญญา ได้แก่ การได้รับคำแนะนำ การสอนงาน การให้แนวทางที่สามารถนำมาใช้แก้ไขปัญหา ด้านทรัพยากร ได้แก่ การจัดอัตราค่าจ้างที่เพียงพอในการทำงาน มีอุปกรณ์เครื่องใช้ ให้เวลาทำงานเพียงพอ หรือการปรับสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้ปลอดภัย⁴⁻⁶ สิ่งเหล่านี้จะช่วยลดความเครียดทางร่างกายและอารมณ์รวมถึงความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาล สอดคล้องกับศึกษาความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาล ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จำนวน 358 คน พบว่า ร้อยละ 35.20 มีความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูง ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะความเหนื่อยหน่ายจากการทำงานคือพยาบาลมีอายุน้อย และการไม่มีที่ปรึกษาในการทำงานส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายในด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์²⁶⁻²⁷ และตามแนวคิดของ Maslach และคณะ⁷ ได้กล่าวว่า การมีที่ปรึกษาในการทำงาน การได้รับการสนับสนุนที่ดี เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมความรู้สึกประสบความสำเร็จส่วนบุคคลเช่นกัน

อิทธิบาทสี่มีอิทธิพลกำกับความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการความเหนื่อยหน่ายในงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ของพยาบาล ตามหลักพุทธศาสนาแล้วอิทธิบาทสี่ เป็นเครื่องมือในการนำไปสู่ความสำเร็จและความสุขในการทำงาน^{12,15} ประกอบด้วย ฉันทะ คือ ความรักในการให้บริการแก่ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ วิริยะ คือ ความพากเพียรที่จะปฏิบัติสิ่งที่ประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ จิตตะ คือ ความไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคและปัญหา และวิมังสา คือ ความตั้งใจ จดจ่อในการติดตาม ค้นหาปัญหาของผู้ป่วยครอบคลุมแบบองค์รวม ซึ่งสอดคล้องกับ



การศึกษาของนิตยา จิตราพันธ์¹⁵ ที่ศึกษาหลักอิทธิบาทธรรมต่อความสำเร็จและความสุขในการปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 248 คน พบว่า อิทธิบาทธรรมด้านฉันทะมีความสัมพันธ์กับความรักความพึงพอใจในงานที่ทำ และความสุขในการทำงานมากที่สุด ดังนั้นพยาบาลที่มีอิทธิบาทสี่จะส่งผลต่อการความสุขในการทำงานและลดความเหนื่อยหน่ายในงานได้^{12-13,15} ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าพยาบาลที่มีอิทธิบาทสี่ในระดับต่ำจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อช่วยลดความเหนื่อยหน่ายในงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์มากกว่าพยาบาลที่มีอิทธิบาทสี่สูง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ภาระงานที่มีมากเกินไปของพยาบาล ควรได้รับการแก้ไขโดยการจัดสรรอัตรากำลังให้เพียงพอในการปฏิบัติงานลดงานบางอย่างที่ไม่ใช่งานของพยาบาล รวมถึงการจัดหาเทคโนโลยีเพื่อแบ่งเบาภาระงานของพยาบาล เพื่อให้พยาบาลมีเวลาพักผ่อนและผ่อนคลายความเหนื่อยล้าได้มากขึ้น
2. โรงพยาบาลควรสนับสนุนให้มีกิจกรรมที่เสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคลากร และระหว่างหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อธำรงไว้ซึ่งความรัก ความสามัคคีในการทำงาน และความผูกพันต่อองค์กรต่อไป
3. โรงพยาบาลควรจัดสวัสดิการที่ตอบสนองต่อความต้องการของบุคลากร เช่น บ้านพัก ที่จอดรถ ค่าตอบแทนที่เป็นธรรม มีการจัดการด้านความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมในการทำงาน เช่น ระบบการระบายอากาศ การลดความแออัดของพื้นที่ปฏิบัติงาน สนับสนุนเครื่องมือหรืออุปกรณ์ในการทำงานที่มีประสิทธิภาพ องค์กรพยาบาลควรสนับสนุนด้านวิชาการฝึกอบรม เปิดโอกาสให้ได้แสดงความรู้ความสามารถ สนับสนุนให้มีความก้าวหน้าในวิชาชีพ และมีระบบการประเมินความดีความชอบที่มีคุณธรรม เป็นต้น
4. ควรมีการปลูกฝังพุทธธรรม อิทธิบาทสี่ ในการทำงาน of พยาบาล เช่น จัดให้หลักสูตรการเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจแห่งฉันทะ เพื่อช่วยยึดโยงพยาบาลวิชาชีพให้คงอยู่ในระบบ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพ เช่น ปัจจัยด้านบุคคล การบริหารจัดการ แรงจูงใจในการทำงาน เป็นต้น เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพ และใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนแก้ไขปัญหาได้ตรงประเด็นและครอบคลุมปัญหามากขึ้น
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ภาระงาน สัมพันธภาพในงานและการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในงานของบุคลากรกลุ่มอื่น ๆ ในโรงพยาบาล เพื่อจะได้ทราบปัญหาความเหนื่อยหน่ายในงานที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มบุคลากรสุขภาพอื่น ๆ
3. ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพในการทำงาน ระดับความสำเร็จและความสุขในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่มีการนำหลักธรรมอิทธิบาทสี่มาใช้ในชีวิตประจำวัน

References

1. Khunthar A. The impacts and solutions to nursing workforce shortage in Thailand. J Nurs Sci 2014;32(1): 81–90. [in Thai]
2. Srisuphan W, Sawaengdee K. Recommended policy-based solutions to shortage of registered nurses in Thailand. Thai Journal of Nursing Council 2012; 27(1):5–12. [in Thai]
3. Saelor C, Puttapitukpol S. Factors affecting job burnout of professional nurses in Suratthani hospital. Journal of the Police Nurses 2017;9(2):95–103. [in Thai]



4. Zhang XC, Huang DS, Guan P. Job burnout among critical care nurses from 14 adult intensive care units in northeastern China: a cross-sectional survey. *BMJ Open* 2014;4:e004813. doi:10.1136/bmjopen-2014-004813.
5. Jearong K, Srivichai C. Relationship between working environment factors and burnout of nurses, community hospital of Pathumtani Province. *Journal of the Royal Thai Army Nurses* 2017;18(suppl):299-305. [in Thai]
6. Cañadas-De la Fuente GA, Vargas C, San Luis C, García I, Cañadas CR, De la Fuente EI. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *IJNS* 2015;52(1):240-9.
7. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry* 2016;15(2):103-11.
8. Lerthattasilp T. Burnout among psychiatrists in Thailand: National survey. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2011; 56(4):437-48. [in Thai]
9. Suphumburi Public Health Office. Inspection and supervision of normal work, round 2nd. Suphumburi Public Health Office; Suphumburi province, 2018. [in Thai]
10. Xie Z, Wang A, Chen B. Nurse burnout and its association with occupational stress in a cross-sectional study in Shanghai. *J Adv Nurs* 2011;67(7):1537-46.
11. Sathagathonthum G, Kornpung A. The causal relationship model of job retention for nurse in government hospitals. *Journal of Nursing and Health Science* 2018; 12(suppl):58-74. [in Thai]
12. Thongpradith P, Puttapitukpol, S, Rattanathanya D. Selected factors and characteristics corresponding to the four paths of accomplishments and service behaviors of professional nurses at private hospital. *Thai Journal of Nursing Council* 2011; 26(4):55-69. [in Thai]
13. Yolao D, Posritong A, Na-Wongjan P. Causal relationship between Buddhist characteristics and Mental characteristics of performance among lecturers and nurses. *Journal of Behavioral Science* 1996;2(1):77-89. [in Thai]
14. Pongprawat N, Chochom O, Intharakamhang A, Psychological characteristics and nurse socialization related to job performance as professional nursing roles of new graduated nurses autonomous university hospitals in Bangkok. *Journal of Behavioral Science of Development* 2010;2(1):29-42. [in Thai]
15. Jitrompan N. Iddhipada principles for success and happiness in work performance of personnel primary care unit of Muang district, Suratthani province. *Med J Reg* 11 2016;30(3):169-77. [in Thai]
16. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Multivariate data analysis*. (7th ed.). NJ, Pearson Prentice Hall. 2014.
17. Chaimay B. Sample size determination in descriptive study in public health. *Thaksin J* 2013;16(2):9-18. [in Thai]
18. Taengpetch L. The moderating effect of self-efficacy on the relation between perceived workload work relationship and job burnout. [Master thesis]. Bangkok: Thammasat University 2015. [in Thai]
19. Sungthong S. Study of relationship between stress coping behaviors, social support and job burnout: a case study of one department in Bangkok Metropolitan Administration. [Master thesis]. Bangkok: Thammasat University 2015. [in Thai]



20. Leiter MP, Maslach C. Areas of worklife survey manual. (5th ed). Menlo Park, CA: Mind Garden, Inc. 2011.
21. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. The Maslach Burnout Inventory Manual. (4th ed) . Mind Garden, Inc. 2017.
22. Milin P, HadžiĆ O. Moderating and Mediating Variables in Psychological Research. In: Lovric M. (eds) International Encyclopedia of Statistical Science. Springer, Berlin, Heidelberg. 2011.
23. Wang QQ, Lv WJ, Qian RL, Zhang YH. Job burnout and quality of working life among Chinese nurses: A cross-sectional study. *J Nurs Manag* 2019;27(8):1835–44.
24. Elay G, Bahar I, Demirkiran H, Oksüz H. Severe burnout among critical care workers in Turkey. *Saudi Med J* 2019;40(9):943–948.
25. Eleni L, Konstantina P, Olga R, Andreas T, Pavlos S, Dimitris N. Burnout among nurses working in social welfare centers for the disabled. *BMC Nurs* 2017; 16(15):1–10. DOI 10.1186/s12912-017-0209-3.
26. Boonpun P, The effects of job resources and perceived workload on turnover intention: the mediating role of work engagement of the Officials ranket c1 to c6 of the secretariat of the senate [Master thesis]. Bangkok: Thammasat University. 2011. [in Thai]
27. Praisutthirat K, Chaimanee O. Job burnout and related factors in nurses of Nopparatrajathanee Hospital. *Thammasat Medical Journal* 2016;16(2):185–94. [in Thai]



ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติด้านการรู้คิดหลังการผ่าตัด ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ¹

Risk Factors for Postoperative Cognitive Dysfunction after Coronary Artery Bypass Grafting in Older Adults¹

พรนภา นาคโนนหัน² เอ็มปภา ปรีชาธีรศาสตร์² ชนาพงษ์ กิตยารักษ์³

Pornnapa Naknonehun² Aimpapha Prechaterasat² Chanapong Kittayarak³

¹งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก สภากาชาดไทย ประจำปีงบประมาณ 2562

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย² คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย³

Correspondence author: Pornnapa Naknonehun; Email: Pornnapanak@gmail.com

Received: March 17, 2020 Revised: May 7, 2020 Accepted: May 15, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา ปัจจัยเสี่ยงด้านความรุนแรงของโรคร่วมภาวะการตอบสนองการอักเสบทั่วร่างกาย ความปวด และภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด ต่อการเกิดภาวะความผิดปกติด้านการรู้คิดภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ 120 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบประเมินสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบประเมินความรุนแรงของโรคร่วม แบบประเมินการตอบสนองต่อการอักเสบ แบบประเมินความปวด และแบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติไคแอสควร์ (chi-square) และสถิติถดถอยโลจิสติก (logistic regression analysis) ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 49.20 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะความผิดปกติด้านการรู้คิดหลังการผ่าตัด วิเคราะห์สถิติถดถอยโลจิสติกพบว่า การตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย ความปวด และภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด ร่วมกันทำนายการเกิดภาวะความผิดปกติด้านการรู้คิดหลังการผ่าตัดได้ ร้อยละ 35.7 (Nagelkerke R^2 = .357, $p < .05$) แต่ความรุนแรงของโรคร่วมไม่สามารถทำนายการเกิดภาวะความผิดปกติด้านการรู้คิดหลังการผ่าตัดได้ ดังนั้นควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นเกี่ยวกับความผิดปกติด้านการรู้คิดภายหลังการผ่าตัดเพิ่มเติมอย่างไรก็ตามผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการเฝ้าระวัง และวางแผนป้องกันการเกิดความผิดปกติด้านการรู้คิดหลังการผ่าตัดได้

คำสำคัญ: ความผิดปกติด้านการรู้คิดหลังการผ่าตัด; ผู้สูงอายุ; การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ



Risk Factors for Postoperative Cognitive Dysfunction after Coronary Artery Bypass Grafting in Older Adults¹

Pornnapa Naknonehun² Aimpapha Prechaterasat² Chanapong Kittayarak³

¹Partially support by The Thai Red Cross Society (Year 2018)

Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing² Faculty of Medicine, Chulalongkorn University³

Correspondence author: Pornnapa Nakonehun; Email: Pornnapanak@gmail.com

Received: March 17, 2020 Revised: May 7, 2020 Accepted: May 15, 2020

Abstract

The purpose of this research was to investigate risk factors of comorbidity, inflammatory response, postoperative pain, and postoperative delirium for postoperative cognitive dysfunction (POCD) in older adults undergoing coronary artery bypass grafting. The sample consisted of 120 older adults who had coronary artery bypass grafting. Data were collected by using the Mini-Mental State Examination (MMSE-Thai 2000), the Charlson Comorbidity Index (CCI), the Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) scale, the Postoperative Pain scale and the Thai version of the Confusion Assessment Method (CAM). Data analysis was done using chi-square and logistic regression. The results revealed that 49.20 percent of the participants had postoperative cognitive dysfunction. Logistic regression analysis showed that inflammatory response, postoperative pain, and postoperative delirium together predicted with 35.7 percent of the variation in postoperative cognitive dysfunction (Nagelkerke: $R^2 = .357$, $p < .05$) but comorbidity was not significant for predicting postoperative cognitive dysfunction. Therefore, the factors associated with postoperative cognitive dysfunction should be further studied. However, these research findings can be developed for surveillance and care plans so as to prevent the incidence of postoperative cognitive dysfunction.

Keywords: postoperative cognitive dysfunction; older adults; coronary artery bypass grafting



ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุในสังคมโลกและประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีประชากรผู้สูงอายุมากถึง 990 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรโลกทั้งหมด สำหรับประเทศไทยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุสูงถึง 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18 และคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete-aged society) คือ มีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ในปีพ.ศ. 2565¹ ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ควรคำนึงถึง เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีลักษณะทางเวชกรรมที่แตกต่างจากวัยอื่น เช่น พลังงานสำรองของร่างกายลดลง (reduce body reserve) กลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndrome) การมีพยาธิสภาพในร่างกายหลายระบบ (multiple pathology) และการใช้ยาหลายชนิด (poly-pharmacy) ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยการผ่าตัดจึงเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย เช่น ความผิดปกติด้านการรู้คิด ภาวะสับสนเฉียบพลัน การเต้นของหัวใจผิดจังหวะ ภาวะเลือดออก เป็นต้น² ซึ่งความผิดปกติด้านการรู้คิด (postoperative cognitive dysfunction: POCD) เป็นความผิดปกติที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยพบอุบัติการณ์การเกิดความผิดปกตินี้ในผู้ใหญ่เพียงร้อยละ 26.00 แต่พบในผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 45.00³ ซึ่งผู้สูงอายุที่ทำผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass grafting) จะพบอุบัติการณ์ของความผิดปกติด้านการรู้คิดสูงถึงร้อยละ 46.00⁴ สำหรับประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาที่เฉพาะในผู้สูงอายุที่ทำผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ แต่พบอุบัติการณ์ความผิดปกตินี้ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (open heart surgery) ร้อยละ 27.41⁵

ความผิดปกติด้านการรู้คิดหลังการผ่าตัด หมายถึง ความผิดปกติของกระบวนการคิด (thought process) สมาธิ (attention) ความจำ (memory) ทักษะการบริหารจัดการ (executive function) กระบวนการประมวลผลข้อมูล (information processing) ความสามารถในการใช้ภาษา (language comprehensive) และความคิดเชิงนามธรรม (abstract thinking) โดยไม่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติด้านจิตใจ⁶ ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุเกิดความผิดปกติด้านการรู้คิดหลังการผ่าตัดขึ้น บางครั้งอาจไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม เนื่องจากความเข้าใจผิดว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุที่หลงลืมตามวัยในภาวะปกติ ดังนั้นความผิดปกติด้านการรู้คิดหลังการผ่าตัดจึงส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ครอบคลุมและสังคม เนื่องจากส่งผลให้อัตราการตายเพิ่มขึ้น การฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัดช้า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงทำให้การดูแลตนเองหลังการผ่าตัดไม่มีประสิทธิภาพส่งผลให้อัตราการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลสูงขึ้น ความสามารถด้านการบริหารจัดการงานลดลงส่งผลต่อการทำงานและคุณภาพชีวิต ท้ายที่สุดส่งผลให้ครอบครัวต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้นและนำไปสู่ปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจเพิ่มขึ้น⁷

สาเหตุและปัจจัยของการเกิดความผิดปกติด้านการรู้คิดหลังการผ่าตัดเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน (multifactorial factor) คือ 1. ก่อนการผ่าตัด ได้แก่ อายุ ระดับการรู้คิดก่อนเข้ารับการผ่าตัด ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ความรุนแรงของโรคร่วม^{5-6,8-9} ระดับการศึกษา¹⁰ 2. ระหว่างการผ่าตัด ได้แก่ ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด การผ่าตัดโดยใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะผ่าตัด และภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำขณะผ่าตัด^{6-7,11} 3. ภายหลังการผ่าตัด ได้แก่ ภาวะการตอบสนองการอักเสบทั่วร่างกาย (systemic inflammatory response syndrome: SIRS) ความปวด การได้รับยาในกลุ่ม opioid คุณภาพการนอนหลับ ภาวะสับสนเฉียบพลัน^{6,12}

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผลงานวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ การศึกษาในประเทศไทยยังมีผู้ทำศึกษาน้อยมาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติด้านการรู้คิดหลังการผ่าตัดที่ยังไม่ทราบแน่ชัด ประกอบด้วย ความรุนแรงของโรคร่วม ภาวะการตอบสนองการอักเสบทั่วร่างกาย ความปวดหลังการผ่าตัด และภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด ซึ่งผลการวิจัยนี้จะเป็ข้อมูลพื้นฐานที่นำไปสู่การประเมินปัจจัยเสี่ยงและวางแผนในการป้องกันหรือลดโอกาสของการเกิดความผิดปกติด้านการรู้คิดในกลุ่มผู้สูงอายุหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดมีການฟื้นฟูได้เร็วขึ้น ตลอดจนส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังการผ่าตัดทั้งในระยะสั้นและระยะยาวต่อไป



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคร่วม ภาวะการตอบสนองการอักเสบทั่วร่างกาย ความปวดหลัง การผ่าตัด และ ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด ต่อการเกิดภาวะผิดปกติด้านการรู้คิดภายหลังการผ่าตัดในผู้สูงอายุ ที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงบรรยายแบบศึกษาอำนาจการทำนาย (descriptive predictive design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้กลุ่มประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพศชายและหญิงที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 1. เป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษแบบ elective surgery case 2. ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็นและการได้ยินที่เป็นอุปสรรคในการตอบแบบสอบถาม 3. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 4. ไม่มีภาวะซึมเศร้า 5. ไม่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องก่อนเข้ารับการผ่าตัด 6. ไม่มีประวัติการบาดเจ็บทางด้านสมองหรือโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดสมอง และมีเกณฑ์การคัดออก คือ มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัด และมีระยะเวลาในการอยู่แผนกผู้ป่วยหนัก (ICU) นานเกิน 72 ชั่วโมง เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีอัตราการเสียชีวิตสูง¹³ ดังนั้นควรได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ และรบกวนผู้ป่วยให้น้อยที่สุด

คำนวณกลุ่มตัวอย่างตามการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก (logistic regression analysis) โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่าง 30 คนต่อ 1 ตัวแปรอิสระ¹⁴ ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้เท่ากับ 120 ราย

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาโดยผู้วิจัยมีจำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษา หอผู้ป่วยที่เข้าพักรักษา ระยะเวลาในการป่วยด้วยโรคหัวใจ โรคประจำตัว ยาที่ใช้ในปัจจุบัน และประวัติการได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

2. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) สำหรับการคัดกรองเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย มีจำนวนทั้งหมด 30 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตอบใช่และไม่ใช่ โดยคะแนนมากกว่า 12 คะแนน แสดงถึงภาวะซึมเศร้า

3. แบบประเมินสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) สำหรับการคัดกรองเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและประเมินภาวะความผิดปกติด้านการรู้คิดหลังการผ่าตัด พัฒนาโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ประเมินทั้งหมด 6 ด้าน คือ การรับรู้ (orientation) การจดจำ (registration) สมาธิ (attention) การคำนวณ (orientation) ด้านภาษา (language) และการระลึกได้ (recall) ค่าคะแนนมาก หมายถึง ระดับการรู้คิดดี และหากมีค่าคะแนนทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นหลังการผ่าตัดลดลงมากกว่าก่อนการผ่าตัด 2 คะแนน หมายถึง มีภาวะความผิดปกติด้านการรู้คิดหลังการผ่าตัด⁵⁻⁶

4. แบบประเมินความรุนแรงของโรคร่วม ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน Charlson Comorbidity Index (CCI) ของชาร์ลสันและคณะ¹⁵ โดยประเมินทั้งหมด 21 โรคร่วม และแต่ละโรคมีค่าคะแนนคือ 1 2 3 และ 6 คะแนน ผลรวมของคะแนนแปลผลเป็น 4 ระดับ คือ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีโรคร่วม 1-2 คะแนน หมายถึง มีโรคร่วมน้อย 3-4 คะแนน หมายถึง มีโรคร่วมปานกลาง และ คะแนนมากกว่า 4 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีโรคร่วมมาก



5. แบบประเมินการตอบสนองต่อการอักเสบ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินตามอาการที่ปรากฏตามเกณฑ์ของ American College of Chest Physician/Society of Critical Care of Medicine¹⁶ ดังนี้ 1. อุณหภูมิกาย 2. อัตราการเต้นของหัวใจ 3. อัตราการหายใจ 4. จำนวนเม็ดเลือดขาว โดยมีคะแนนรวมเท่ากับ 0-4 คะแนน การแปลผล เมื่ออาการแสดงทางคลินิกมากกว่าหรือเท่ากับ 2 หมายถึง มีภาวะการตอบสนองการอักเสบทั่วร่างกาย

6. แบบประเมินความปวดหลังการผ่าตัดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) โดยมีตัวเลขระหว่าง 0-10 คะแนน การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีความปวดมาก

7. แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันฉบับภาษาไทย (Thai version of the Confusion Assessment Method: CAM) ของ ณพทัย วงศ์ปการันย์¹⁷ ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ เกี่ยวกับระยะเวลา การเกิดอาการ ความสนใจ ความคิด ระดับความรู้สึกตัว การแปลผล เมื่อแสดงอาการทางคลินิกในข้อคำถามที่ 1 และ 2 ร่วมกับข้อ 3 หรือ 4 หมายถึง มีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด

การตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) เนื่องจากแบบประเมินสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบประเมินความรุนแรงของโรคหืด แบบประเมินการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย แบบประเมินความปวดหลังการผ่าตัด และแบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ในการวิจัยและมีการนำไปใช้ในงานวิจัยที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวนมาก ผู้วิจัยจึงไม่ได้มีการนำเครื่องมือดังกล่าวไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) เนื่องจากแบบประเมินความรุนแรงของโรคหืด เป็นเครื่องมือวิจัยมาตรฐานและในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเองจึงไม่ได้มีการตรวจสอบความเชื่อมั่น สำหรับแบบประเมินสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบประเมินการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย แบบวัดความปวดภายหลังการผ่าตัด และแบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด ผู้วิจัยได้นำไปใช้กับผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 (ก่อนการผ่าตัด), .82 (หลังการผ่าตัด), .81, .90 และ .98 ตามลำดับ ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่ให้ข้อมูลจะไม่ถูกเลือกให้เป็นกลุ่มตัวอย่างวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังผ่านการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (รหัสโครงการ 300/61) โดยผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมและจรรยาบรรณของการวิจัยอย่างเคร่งครัด คือ การเข้าร่วมวิจัยนั้นต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ มีการลงนามยินยอมของผู้เข้าร่วมวิจัย และผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธหรือขอถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกกรณี โดยไม่มีผลต่อการรักษา ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเก็บเป็นความลับ การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม ขณะทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลทันที พร้อมทั้งรายงานให้แพทย์ พยาบาลทราบเพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการตรวจรักษาทันที

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาลแล้ว ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดด้วยตนเอง และประสานงานกับพยาบาลประจำการในการแจ้งให้ผู้สูงอายุทราบถึงรายละเอียดของโครงการวิจัย และให้ผู้สูงอายุตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยตนเอง เมื่อผู้สูงอายุมีความสนใจที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยจึงให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยและดำเนินการ ดังนี้



1. ก่อนการผ่าตัด 1 วัน ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย และแบบประเมินความรุนแรงของโรคร่วม

2. หลังการผ่าตัด ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

2.1 การตอบสนองต่อการอักเสบของร่างกาย ด้วยแบบประเมินการตอบสนองต่อการอักเสบใน 24 ชั่วโมงแรก หลังการผ่าตัด

2.2 ค่าคะแนนความปวด ด้วยแบบประเมินความปวดหลังการผ่าตัด ใน 72 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด

3. ผู้วิจัยสอบถามและสังเกตอาการแสดงของภาวะสับสนเฉียบพลันที่เกิดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างวันละ 1 ครั้ง ทุกวันจนถึงหลังการผ่าตัดวันที่ 7 หรือวันที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน (กรณีที่อยู่โรงพยาบาลน้อยกว่า 7 วัน) โดยใช้แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด

4. หลังการผ่าตัดวันที่ 7 หรือวันที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน (กรณีที่อยู่โรงพยาบาลน้อยกว่า 7 วัน) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบทดสอบสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทยอีกครั้งเพื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนการผ่าตัด

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 67.50 ค่าอายุเฉลี่ย 68.70 ปี (SD=6.83) จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด รองลงมาคือปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 32.50 และ 22.50 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่คิดเป็น ร้อยละ 78.30 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.30 รองลงมาคือมีรายได้เฉลี่ย 10,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 13.30 มีระยะเวลาการเป็นโรคหัวใจเฉลี่ย 3.68 ปี (SD=4.74) สำหรับโรคประจำตัวอื่น ๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 56.66 รองลงมาคือโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 50.83 และภาวะไขมันในเลือดสูงร้อยละ 31.67

ข้อมูลด้านความรุนแรงของโรคร่วม การตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย ความปวดหลังการผ่าตัด ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด และการเกิดภาวะความผิดปกติด้านการรู้คิดหลังการผ่าตัด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของโรคร่วมระดับน้อยมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 58.30 รองลงมาคือระดับปานกลางคิดเป็น ร้อยละ 41.70 มีภาวะการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายคิดเป็นร้อยละ 45.80 ค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดในช่วง 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัดเท่ากับ .68 คะแนน (SD=.89) มีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 19.20 และมีภาวะการรู้คิดบกพร่องหลังการผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 49.20 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละของความรุนแรงของโรคร่วม การตอบสนองต่อการอักเสบ ความปวด ภาวะสับสนเฉียบพลัน และการเกิดภาวะความผิดปกติด้านการรู้คิดภายหลังการผ่าตัด (n=120 คน)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความรุนแรงของโรคร่วม		
โรคร่วมน้อย	70	50.30
โรคร่วมปานกลาง	50	41.70
การตอบสนองต่อการอักเสบ		
มีภาวะการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย	55	45.80
ไม่มีภาวะการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย	65	54.20



ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด		
มีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด	23	19.20
ไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด	97	80.80
ภาวะความผิดปกติด้านการรู้คิดหลังการผ่าตัด		
มีภาวะความผิดปกติด้านการรู้คิดหลังการผ่าตัด	59	49.20
ไม่มีภาวะความผิดปกติด้านการรู้คิดหลังการผ่าตัด	61	50.80
คะแนนความปวดหลังการผ่าตัด (ค่าเฉลี่ย .68 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .89)		

ส่วนที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคร่วม การตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย ความปวด หลังการผ่าตัด ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด ต่อการเกิดภาวะความผิดปกติด้านการรู้คิดหลังการผ่าตัด ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะความผิดปกติด้านการรู้คิดหลังการผ่าตัด คือ การตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย ($\chi^2=13.32$, $p<.001$) ความปวด ($\chi^2=16.22$, $p<.05$) และ ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด ($\chi^2=12.73$, $p<.001$) อย่างไรก็ตามความรุนแรงของโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิด ความผิดปกติด้านการรู้คิด ($\chi^2=.275$, $p=.600$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคร่วม การตอบสนองต่อการอักเสบ ความปวด ภาวะสับสนเฉียบพลัน และการเกิดภาวะความผิดปกติด้านการรู้คิดภายหลังการผ่าตัด (n=120 คน)

ปัจจัยที่ศึกษา	เกิด POCD n (%)	ไม่เกิด POCD n (%)	χ^2	P value
ระดับความรุนแรงของโรคร่วม				
โรคร่วมน้อย	33 (55.90)	37 (60.70)	.275	.600
โรคร่วมปานกลาง	26 (44.10)	24 (39.30)		
การตอบสนองต่อการอักเสบ				
มีภาวะการตอบสนองต่อการอักเสบ	37 (62.70)	18 (29.50)	13.32	.000
ไม่มีภาวะการตอบสนองต่อการอักเสบ	22 (37.30)	43 (70.50)		
ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด				
มีภาวะสับสนเฉียบพลัน	19 (32.20)	4 (6.60)	12.73	.000
ไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน	40 (68.70)	57 (93.40)		
คะแนนความปวด (ค่าเฉลี่ย)	1.02	.36	16.22	.040

ส่วนที่ 3 อำนาจการทำนายของความรุนแรงของโรคร่วม การตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย ความปวด หลังการผ่าตัด ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด ต่อการเกิดภาวะความผิดปกติด้านการรู้คิดภายหลังการผ่าตัด ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดภาวะความผิดปกติด้านการรู้คิดหลังการผ่าตัด ได้แก่ การตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (OR=2.721, 95% CI=1.146-6.461, $p=.023$) ความปวดหลังการผ่าตัด (OR=3.262, 95% CI=1.636-6.503, $p=.001$) และภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด (OR=5.077, 95% CI=1.466-17.581, $p=.01$) นอกจากนี้การตอบสนองต่อการอักเสบ ความปวด และภาวะ



สับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด สามารถร่วมกันทำนายการเกิดภาวะความผิดปกติด้านการรู้คิดหลังการผ่าตัดได้ ร้อยละ 35.7 (Nagelkerke $R^2=.357$) อย่างไรก็ตามความรุนแรงของโรคร่วมไม่สามารถทำนายการเกิดภาวะความผิดปกติด้านการรู้คิดหลังการผ่าตัดได้ (OR=1.215, 95%CI=.587-2.512, p=.600) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงอำนาจการทำนายของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความผิดปกติด้านการรู้คิดภายหลังการผ่าตัด (n=120 คน)

ตัวแปรที่ศึกษา	B	S.E.	wald	df.	sig	Adjust OR	95 % CI	
							Lower	Upper
การตอบสนองต่อการอักเสบ								
- มีภาวะการตอบสนองต่อการอักเสบ	1.001	.441	5.150	1	.023	2.721	1.146	6.461
ความปวดหลังการผ่าตัด	1.182	.352	11.284	1	.001	3.262	1.636	6.503
ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด								
- มีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด	1.625	.634	6.571	1	.010	5.077	1.466	17.581

Nagelkerke $R^2=.357$

อภิปรายผล

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้สูงอายุมีภาวะความผิดปกติด้านการรู้คิดหลังการผ่าตัดร้อยละ 49.20 การตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย ความปวดหลังการผ่าตัด และภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด สามารถทำนายการเกิดภาวะความผิดปกติด้านการรู้คิดหลังการผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และร่วมกันทำนายการเกิดภาวะความผิดปกติด้านการรู้คิดหลังการผ่าตัดได้ร้อยละ 35.7 อย่างไรก็ตามความรุนแรงของโรคร่วมไม่สามารถทำนายการเกิดภาวะความผิดปกติด้านการรู้คิดหลังการผ่าตัดได้ โดยอภิปราย ดังนี้

การตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะความผิดปกติด้านการรู้คิดหลังการผ่าตัด 2.7 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะนี้ (OR=2.721, 95%CI=1.146-6.461, $p=.023$) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย มีความสัมพันธ์กับภาวะความผิดปกติด้านการรู้คิดหลังการผ่าตัด^{12,18} โดยจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะความผิดปกติด้านการรู้คิดหลังการผ่าตัด 2.815 เท่า (OR=2.815, 95%CI 1.014-7.818, $P=0.047$)¹⁹ เนื่องจากภายหลังการบาดเจ็บจากการผ่าตัด ร่างกายจะกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้กระบวนการตอบสนองต่อการอักเสบการของร่างกาย หลังสาร cytokines คือ interleukin-6 (IL-6) interleukin-7 (IL-7) และ TNF- α โดย cytokines เหล่านี้สามารถผ่าน blood brain barrier ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อสมอง (cerebral tissue damage)²⁰ อีกทั้ง IL-6 มีผลทำให้ความสนใจลดลง ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายจึงมีความสามารถในการรู้คิดหลังการผ่าตัดลดลง^{6,11-12} นอกจากนี้การตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายยังส่งผลทางอ้อมต่อปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะความผิดปกติด้านการรู้คิดหลังการผ่าตัดอีกด้วย เช่น ภาวะร่างกายอ่อนเพลีย คุณภาพการนอนหลับลดลง^{6,21}

ความปวดหลังการผ่าตัดพบว่าผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนนความปวดเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะความผิดปกติด้านการรู้คิดหลังการผ่าตัด 3.3 เท่า (OR=3.262, 95%CI=1.636-6.503, $p=.001$) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีความปวดสูงขึ้นจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะความผิดปกติด้านการรู้คิด 3.23 เท่า⁵ เนื่องจากข้อสันนิษฐานคือเมื่อเกิดการบาดเจ็บจากการผ่าตัด ร่างกายจะส่งผลให้สารสื่อประสาท acetylcholine ลดลง¹¹ ประกอบกับผู้สูงอายุได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหัวใจ ซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ระดับ 4 ทำให้มีอาการปวดหลังการผ่าตัดมาก



จึงได้รับการรักษาเพื่อบรรเทาอาการปวดโดยใช้ยา กลุ่มยา opioid ซึ่งจะช่วยเสริมให้จำนวนสารสื่อประสาท acetylcholine ลดลงมากขึ้น⁵ โดยสารสื่อประสาทนี้มีผลต่อความจำ หากมีการลดลงเป็นระยะเวลานานจะนำไปสู่การรู้คิดที่บกพร่อง (cognitive impairment)^{6,21} และอาจพัฒนาเป็นโรคสมองเสื่อม (dementia) อีกทั้งความสามารถในการกำจัดยาออกจาก ร่างกายของผู้สูงอายุลดลงตามการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ปริมาณยาในร่างกายจึงคงเหลืออยู่จำนวนมากส่งผลให้ ความเสี่ยงในการเกิดความผิดปกติด้านการรู้คิดเพิ่มขึ้น²²

ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัดพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัดจะเพิ่มความเสี่ยง ในการเกิดความผิดปกติด้านการรู้คิดหลังการผ่าตัด 5.1 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะนี้ (OR=5.077, 95%CI=1.466– 17.581, p=.010) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัดจะเพิ่มความเสี่ยง ในการเกิดความผิดปกติด้านการรู้คิดหลังการผ่าตัด 1.34 1.08 และ 1.21 เท่า ในระยะ 1 2 และ 6 เดือน²³ เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัดจะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดความผิดปกติ ด้านการรู้คิดหลังการผ่าตัด 7.62 เท่า⁵ เนื่องจากภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดส่งผลให้จำนวนสารสื่อประสาท acetylcholine ลดลง¹¹ ซึ่งส่งผลให้ความจำ การเรียนรู้สิ่งใหม่ และการมีสมาธิของผู้สูงอายุลดลง²⁴ นำไปสู่การเกิดความผิดปกติ ด้านการรู้คิดหลังการผ่าตัด^{6,13}

ความรุนแรงของโรคความจำเสื่อม ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก พบว่า ระดับความรุนแรงของโรคไม่สามารถ ทำนายการเกิดภาวะความผิดปกติด้านการรู้คิดหลังการผ่าตัดได้ (OR=1.215, 95%CI=.587–2.512, p=.60) ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความรุนแรงของโรคความจำเสื่อมไม่สามารถทำนายการเกิดภาวะความผิดปกติด้านการรู้คิดหลัง การผ่าตัดได้²⁵ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้รับการรักษาแบบ elective surgery ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเอง มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทิศทางที่ดี และดูแลตนเองมากขึ้นเพื่อให้ความ พร้อมในการผ่าตัด²⁶

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลของการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดภาวะความผิดปกติด้าน การรู้คิดหลังการผ่าตัดร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ โดยส่งเสริมให้มีการติดตามประเมินปัจจัยเสี่ยงในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้าน การตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย ความปวดหลังการผ่าตัด และภาวะสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ได้รับการแก้ไขปัญหายาอย่างรวดเร็ว ตลอดจนลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะ ความผิดปกติด้านการรู้คิดหลังการผ่าตัด อย่างไรก็ตามการศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยเสี่ยงเฉพาะในกลุ่มผู้สูง อายุที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเท่านั้น ดังนั้นในการศึกษาด้านวิจัยครั้งต่อไป ควรมี การศึกษาในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดวิธีอื่น เนื่องจากอาจมีบริบทและปัจจัยเสี่ยงอื่นที่แตกต่างกัน

References

1. Department of Older Persons (DOP): Situation of the Thai elderly 2018 [internet]. 2018 [cited 2020 March 7]. Available from: http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1573033396-261_0.pdf
2. Bannister C., Kendall S: Side effects and complications heart surgery. [internet]. 2018 [cited 2020 March 7]. Available from: <https://www.ctsnet.org/sites/default/files/images/Side-effects.pdf>
3. Rasmussen LS. Postoperative cognitive dysfunction: incidence and prevention. Best Pract Res Clin Anaesthesiol 2006;20(2):315–30.
4. Xu T, Bo L, Wang J, Zhao Z, Xu Z, Deng X, Zhu W. Risk factors for early postoperative cognitive dysfunction after non-coronary bypass surgery in Chinese population. J Cardiothorac Surg 2013;8:2–6.



5. Naknonehun P, Wirojattana V, Leelahakul V, Kitiyarak C. Risk factors for postoperative cognitive dysfunction after cardiac surgery in older adults. *The Journal of Nursing Science* 2016;34(1):156–66. (in Thai)
6. Naknonehun P. Postoperative cognitive dysfunction in older adults: knowledge and nursing care based on empirical evidence. *Journal Thailand Nursing and Midwifery Council* 2018;33(1):15–26. (in Thai).
7. Hood R, Budd A, Sorond FA, Hogue CW. Peri-operative neurological complications. *Anaesthesia* 2018;73 (Suppl 1):67–75. doi:10.1111/anae.14142.
8. Rundshagen I. Postoperative cognitive dysfunction. *Dtsch Arztebl Int* 2014;111(8):119–25. doi:10.3238/arztebl.2014.0119.
9. Feinkohl I, Winterer G, Pischon T. Diabetes is associated with risk of postoperative cognitive dysfunction: a meta-analysis. *Diabetes Metab Res Rev* 2017;33(5):article e2884 doi:10.1002/dmrr.2884.
10. Feinkohl I, Winterer G, Pischon T. Hypertension and risk of post-operative cognitive dysfunction (POCD): a systematic review and meta-analysis. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2017;13:27–42. doi:10.2174/1745017901713010027.
11. Pappa M, Theodosiadis N, Tsounis A, Sarafis P. Pathogenesis and treatment of post-operative cognitive dysfunction. *Electron Physician* 2017;9(2):3768–75. doi:10.19082/3768.
12. Hudetz JA, Gandhi SD, Iqbal Z, Patterson KM, Pagel PS. Elevated postoperative inflammatory biomarkers are associated with short-and medium-term cognitive dysfunction after coronary artery surgery. *J Anesth* 2011;25(1):1–9. doi:10.1007/s00540-010-1042-y.
13. Ball IM, Bagshaw SM, Burns KEA. et al. Outcomes of elderly critically ill medical and surgical patients: a multicentre cohort study. *Can J Anaesth.* 2017;64(3):260–269. doi: 10.1007/s12630-016-0798-4.
14. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research. 5th ed. Bangkok: U&I media; 2010. (in Thai)
15. Charlson M, Pompei P, Ales K, MacKenzie C. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis.* 1987;40(5):373–83. doi:10.1016/0021-9681(87)90171-8
16. Bone RC, Balk RA, Cerra FB, Dellinger RP, Fein AM, Knaus WA, et al. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. The ACCP/SCCM Consensus Conference Committee. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine. *Chest* 1992;101(6):1644–55
17. Wongpakaran N, Wongpakaran T, Bookamana P. et al. Diagnosing delirium in elderly Thai patients: utilization of the CAM algorithm. *BMC Fam Pract* 2011;12(1):65. doi:https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-65
18. Glumac S, Kardum G, Karanovic N. Postoperative cognitive decline after cardiac surgery: a narrative review of current knowledge in 2019. *Med Sci Monit* 2019;25:3262–70. doi:10.12659/MSM.914435.
19. Ge Y, Ma Z, Shi H, Zhao Y, Gu X, Wei H. Incidence and risk factors of postoperative cognitive dysfunction in patients underwent coronary artery bypass grafting surgery. *J Cent South Univ (Med Sci)* 2014;39 (10):1049–55. doi:10.11817/j.issn.1672-7347.2014.10.011.



20. Needham MJ, Webb CE, Bryden DC. Postoperative cognitive dysfunction and dementia: what we need to know and do. *Br J Anaesth* 2017;119(suppl)115–25. doi:10.1093/bja/aex354.
21. Krenk L, Rasmussen LS, Kehlet H. New insights into the pathophysiology of postoperative cognitive dysfunction. *Acta Anaesthesiol Scand* 2010;54(8):951–6. doi: 10.1111/j.1399-6576.2010.02268.
22. Krenk L, Rasmussen LS. Postoperative delirium and postoperative cognitive dysfunction in elderly—are the differences?. *Minerva Anesthesiol* 2011;77(7):742–9.
23. Daiello LA, Racine AM, Yun Gou R, Marcantonio ER, Xie Z, Kunze LJ, et al. Postoperative delirium and postoperative cognitive dysfunction: overlap and divergence. *Anesthesiology* 2019;131(3):477–91. doi: <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000002729>.
24. Ganna A, Roland K, Georg W, Reinhard S. Biomarkers of postoperative delirium and cognitive dysfunction. *Frontiers in Aging Neuroscience* 2015;7(117):1–16. doi:org/10.3389/fnagi.2015.00112.
25. Kotekar N, Kuruvilla CS, Murthy V. Post-operative cognitive dysfunction in the elderly: a prospective clinical study. *Indian J Anaesth* 2014;58(3):263–8. doi:10.4103/0019-5049.135034.
26. Iamrod N, Sindhu S, Danaidutsadeekul S, Tantiwongkosri, K. Predictors of delirium in the elderly patients undergone open heart surgery in the first 72 hours after surgery. *JRTAN* 2016;17(2):34–42. (in Thai)



ภาวะพลัดพรากของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

Active Ageing among Community Dwelling Older Adults in Ubon Ratchathani Province

ยมนา ชะนะนิน¹ พรชัย จุลเมตต์² นัยนา พิพัฒน์วัฒนา²

Yommana Chananin¹ Pornchai Jullamate² Naiyana Piphatvanitcha²

¹นิสิตหลักสูตร พยม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹M.NS.(Gerontological Nursing) Faculty of Nursing, Burapha University

²Faculty of Nursing, Burapha University

Corresponding author: Yommana Chananin; Email: yomp.2522@gmail.com

Received: January 7, 2020 Revised: June 6, 2020 Accepted: June 19, 2020

บทคัดย่อ

การส่งเสริมภาวะพลัดพรากของผู้สูงอายุมีความสำคัญในสถานการณ์ทางสังคมปัจจุบันภาวะพลัดพรากเป็นกระบวนการทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งเน้นความสำคัญของสุขภาพ การรวมกลุ่มทางสังคม และหลักประกันความมั่นคง การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาวะพลัดพรากของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 97 คน โดยคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power และสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินภาวะพลัดพรากของผู้สูงอายุซึ่งมีความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า ภาวะพลัดพรากของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานีอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=117.16$, $SD=13.81$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ามีมิติด้านการสร้างความรัก ความผูกพันในครอบครัวเพื่อมีผู้ดูแลยามชรา มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}=3.69$, $SD=.51$) รองลงมาคือด้านการพึ่งพาตัวเองได้ ($\bar{X}=3.55$, $SD=.45$) และด้านการเจริญทางปัญญา ($\bar{X}=3.54$, $SD=.44$) ตามลำดับ ทั้งนี้มีมิติด้านการสร้างความมั่นคงด้านการเงิน มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}=2.73$, $SD=.74$) จากการศึกษาทำให้เห็นลักษณะภาวะพลัดพรากของผู้สูงอายุในชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน และส่งเสริมพัฒนางานด้านผู้สูงอายุ โดยเฉพาะมิติด้านการสร้างความมั่นคงด้านการเงิน และด้านการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งยังคงมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

คำสำคัญ: ภาวะพลัดพราก; ผู้สูงอายุ



Active Ageing among Community Dwelling Older Adults in Ubon Ratchathani Province

Yommana Chananin¹ Pornchai Jullamate² Naiyana Piphatvanitcha²

¹M.NS.(Gerontological Nursing) Faculty of Nursing, Burapha University ²Faculty of Nursing, Burapha University

Corresponding author: Yommana Chananin; Email: yomp.2522@gmail.com

Received: January 7, 2020 Revised: June 6, 2020 Accepted: June 19, 2020

Abstract

Promoting older adults to increase activity levels as they age is very important for the current social situation. Active ageing is a process that leads older adults to improve their quality of life and highlights the importance of health, social integration, and security. The objective of this descriptive research was to study the level of active ageing among community-dwelling older adults in Ubon Ratchathani. The sample consisted of 97 older adults in Ubon Ratchathani. The sample size was calculated using the G*Power software and randomly selected using multi-stage sampling. The research instruments included an interview form for active ageing which had a reliability coefficient of .91. The data were analysed using frequency, percentage, mean, and standard deviation. The results of this research showed a high level of active ageing among the community-dwelling older adults in Ubon Ratchathani ($\bar{X}=117.16$, $SD=13.81$). When considering each aspect, it was found that the dimension of strengthening family ties for being cared for late in life had the highest average ($\bar{X}=3.69$, $SD=.51$), followed by being self-reliant ($\bar{X}=3.55$, $SD=.45$) and growing spiritual wisdom ($\bar{X}=3.54$, $SD=.44$). The dimension of building up financial security had the lowest average ($\bar{X}=2.73$, $SD=.74$). The study revealed the potential of active aging among the community-dwelling older adults. This findings can be used for planning and promoting the development of older adults, especially regarding to the dimension of building up financial security and engaging in active learning, which was found at a medium level.

Keywords: active ageing; elderly



ความเป็นมาและความสำคัญ

องค์การสหประชาชาติได้ประเมินสถานการณ์ว่าปี พ.ศ. 2544-2643 เป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ คือ การมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2560 มีผู้สูงอายุจำนวน 962 ล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าสองเท่าจากปี พ.ศ. 2523 ที่มีผู้สูงอายุจำนวน 382 ล้านคนทั่วโลก และคาดการณ์ว่าปี พ.ศ. 2593 จะสูงถึง 2.1 พันล้านคน¹ ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของประชากรที่สำคัญนี้เช่นกัน จากการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 4 ต่อปี ในขณะที่ประชากรโดยรวมเพิ่มขึ้นด้วยอัตราเพียง ร้อยละ 0.5 เท่านั้น คาดการณ์ว่าประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (complete aged society) คือ มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564 และจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super aged society) เมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 28 ในปี พ.ศ. 2574² การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรสูงอายุทำให้เกิดผลกระทบในหลายๆ ด้านทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพ โดยเมื่ออายุมากขึ้นร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความเสื่อมถอยของร่างกาย ปัญหาสุขภาพ โรคเรื้อรังและโรคประจำตัว สถาบันวิจัยประชากรและสังคมศึกษา พบว่าแนวโน้มของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐานได้ด้วยตนเองมีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยจำนวนผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องมีผู้ดูแลหรือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงสูงถึง ร้อยละ 3.8 ในปี พ.ศ. 2559 คาดประมาณว่าในปี พ.ศ. 2580 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.73 ผลกระทบที่ตามมารัฐต้องใช้จ่ายเงินทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น เพิ่มการผลิตบุคลากรทางด้านสุขภาพ รวมทั้งเพิ่มการจัดบริการทางด้านสุขภาพให้มีความเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ ส่วนครอบครัวและชุมชนจำเป็นต้องเพิ่มระบบของการสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน³⁻⁴ ขณะเดียวกันสภาพสังคมปัจจุบันที่ครอบครัวมีขนาดเล็กลง จำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อยลง ขาดแคลนผู้ดูแลเมื่อ ความต้องการการดูแลเพิ่มขึ้นปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของสมาชิกครอบครัว นับตั้งแต่การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาการคงไว้ของรายได้ผู้สูงอายุ ตลอดจนผลที่เกิดต่อพลวัตทางเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ^{3,5} การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในสังคมเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพหรือมีภาวะพลุดพลัง (active ageing) จึงมีความสำคัญและจำเป็นในสภาวะสังคมปัจจุบัน กล่าวคือในระดับบุคคลทำให้ผู้สูงอายุคงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย สามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระลดการพึ่งพาผู้อื่น และยังทำให้ลดการแยกตัวออกจากสังคม มีความพึงพอใจและความผาสุกในชีวิตเพิ่มมากขึ้น⁶ ในระดับสังคมทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็งลดจำนวนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ช่วยให้ผู้สูงอายุยังคงมีสุขภาพดีและมีความกระฉับกระเฉงลดภาระด้านค่าใช้จ่ายในด้านรักษาและการบริการสุขภาพ ในชุมชนผู้สูงอายุยังมีส่วนช่วยด้านแรงงานในชุมชนโดยใช้ประสบการณ์ทักษะและภูมิปัญญาที่สั่งสมมาทำงานเป็นอาสาสมัคร ทำงานต่อเนื่องหลังเกษียณอายุหรือทำกิจกรรมอื่นๆ ที่เอื้อประโยชน์แก่ชุมชน⁷

องค์การอนามัยโลกให้ความหมายภาวะพลุดพลังไว้ว่าเป็นกระบวนการที่จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ⁸ ในการคงไว้ซึ่งศักยภาพของบุคคล ทางด้านร่างกาย สังคมและความผาสุกด้านจิตใจ ขณะเดียวกันมีความปลอดภัยในการดำเนินชีวิต และคงการมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม โดยได้รับการปกป้อง การดูแลเมื่อถึงคราวจำเป็น⁹ เป็นแนวคิดที่แสดงถึงภาวะสุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุ และเป็นเป้าหมายของผู้สูงอายุ ทั่วโลกโดยคาดว่าภาวะพลุดพลังเป็นหนทางหนึ่งที่จะแก้ไขปัญหาลดผลกระทบที่เกิดจากการเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุทั่วโลก¹⁰ องค์การอนามัยโลกกำหนดกรอบนโยบายพลุดพลังบนพื้นฐานหลัก 3 ประการ⁵ ได้แก่ 1. ด้านสุขภาพ มุ่งเน้นและให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพร่างกายจิตใจ เชื่อมโยงทางสังคม รวมทั้งการที่ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้เหมาะสมตามวัย¹¹ เพื่อให้มีร่างกายที่แข็งแรง มีจิตใจเข้มแข็งพัฒนาจิตวิญญาณด้านบวก¹² ซึ่งการส่งเสริมวิถีชีวิตให้มีสุขภาพดีและกระฉับกระเฉง (Healthy active lifestyles) เป็นกลยุทธ์สำคัญด้านสุขภาพ¹³ รวมถึงการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพได้ตามสิทธิ และความจำเป็นของตน¹⁴ 2. ด้านการมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ ตามสิทธิขั้นพื้นฐานของตน ตามความสามารถ ความต้องการและความชอบของแต่ละบุคคล^{8,11} ทั้งนี้การมีส่วนร่วมในกิจกรรมประกอบด้วย 3 มิติที่สำคัญ คือ การมีส่วนร่วมตลอดชีวิต การมี

ส่วนร่วมทางสังคม และการทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์¹² 3. ด้านหลักประกันความมั่นคง หมายถึง การสร้างหลักประกันให้กับผู้สูงอายุซึ่งเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะได้รับการคุ้มครอง การเคารพให้เกียรติ และได้รับการดูแลเมื่อไม่สามารถดูแลตนเองได้หรืออยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น⁸ โดยการสร้างนโยบายหรือโปรแกรมที่เน้นหลักประกันด้านสังคม การเงินและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ปลอดภัยตามความต้องการและสิทธิของบุคคล รวมถึงการให้การสนับสนุนครอบครัวและชุมชนให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลได้¹² ผู้สูงอายุรู้สึกมั่นใจปลอดภัยมีความรู้สึกแน่นอนถึงปัจจัยต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตซึ่งได้แก่ รายได้ ที่อยู่อาศัยและผู้ดูแล¹¹

พหุผลได้ถูกกำหนดเป็นนโยบายระดับประเทศระดับภูมิภาค และระดับนานาชาติ โดยการสนับสนุนจากสหภาพยุโรป ปี ค.ศ. 2012 ประกาศเป็นปี European year of active aging and intergenerational solidarity กำหนดเป็นเป้าหมาย และนโยบายระดับโลก ซึ่งพหุผลได้เป็นแนวคิดที่ครอบคลุมผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี (healthy aging) ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (successful aging) และผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์ (productive aging)¹⁵ พหุผลได้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดชีวิตอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การมีส่วนร่วม และหลักประกันความมั่นคงในลักษณะของการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก การคงกิจกรรมในการดำเนินชีวิตมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม และกิจกรรมสาธารณะประโยชน์ และการสร้างหลักประกันความมั่นคงไว้สำหรับบั้นปลายชีวิต¹²

สำหรับประเทศไทยปัจจุบันแนวคิดพหุผลได้สะท้อนอยู่ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาในเชิงนโยบายระดับชาติ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ และยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งมีการกำหนดมาตรการเพื่อการพัฒนาที่สำคัญ ๆ อาทิเช่น มาตรการหลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ มาตรการการให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต มาตรการการปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ มาตรการส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันดูแลตนเองเบื้องต้น สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อมาตรการส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย มาตรการหลักประกันด้านสุขภาพ มาตรการด้านครอบครัว ผู้ดูแลและการคุ้มครอง มาตรการระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน^{14,16} พหุผลได้ยังถูกกำหนดให้เป็นเป้าหมายสำคัญในมาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่องสังคมสูงอายุ¹⁷ ซึ่งจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่าระดับภาวะพหุผลได้ของผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับปานกลาง¹⁸⁻¹⁹ การส่งเสริมภาวะพหุผลได้จึงมีความสำคัญและจำเป็น

จังหวัดอุบลราชธานีเป็นจังหวัดที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม มีอัตลักษณ์ ด้านสถาปัตยกรรมด้านประวัติศาสตร์ ด้านประเพณีและกิจกรรมทางศาสนาที่น่าสนใจ เช่น ประเพณีแห่เทียนเข้าพรรษาซึ่งเป็นประเพณีคู่บ้านคู่เมืองที่ก่อให้เกิดการร่วมกิจกรรมทางสังคมการสืบสานประเพณีด้วยความเชื่อศรัทธาจนกลายเป็นสัญลักษณ์ที่สำคัญของจังหวัด ประเพณีบูชาหลวงปู่ชาวดอนหนองป่าพงที่จัดขึ้นเป็นประจำในทุก ๆ ปี ด้วยความเชื่อและศรัทธาในพระพุทธศาสนา มีวัดเป็นศูนย์กลางเชื่อมโยงวิถีการดำเนินชีวิตพฤติกรรมและค่านิยม จังหวัดอุบลราชธานียังเป็นเมืองเก่าแก่ทางประวัติศาสตร์มีสถานที่ท่องเที่ยวที่มีสถาปัตยกรรมอันเป็นเอกลักษณ์ ซึ่งมีส่วนช่วยพัฒนาด้านจิตใจคนในชุมชน ปลูกฝังค่านิยมคุณธรรมของสังคม²⁰⁻²¹ เอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมที่โดดเด่น มรดกภูมิปัญญาก่อให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชน ความรุ่งเรืองทางวัฒนธรรม และอิทธิพลของสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้คน ทั้งนี้พบว่า จังหวัดอุบลราชธานีมีประชากรผู้สูงอายุมากเป็นอันดับหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนใต้โดยมีประชากรสูงอายุจำนวน 235,150 คิดเป็นร้อยละ 12.86 จากจำนวนประชากรทั้งหมด 1,828,823 คน สะท้อนให้เห็นการเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างแท้จริง และแนวโน้มสูงมากขึ้นในอีก 10 ปีข้างหน้าจังหวัดอุบลราชธานีจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์²² จึงเป็นจังหวัดที่มีความน่าสนใจในการศึกษาภาวะพหุผลได้ของผู้สูงอายุและมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้จะช่วยให้ทราบข้อมูลผลสรุปที่ชัดเจนตรงตามบริบทพื้นที่ นำไปสู่



การพัฒนา และสามารถนำไปใช้ในการพัฒนางาน ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมภาวะพลผลงของผู้สูงอายุ ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะพลผลงของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 235,150 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี ในช่วงระหว่างเดือน กรกฎาคม – กันยายน พ.ศ. 2561 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถได้ยิน และสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ 2) การรู้คิดปกติ ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมอง (Abbreviated Mental Test [AMT]) ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข²³ โดยมีคะแนนมากกว่า 7 คะแนนขึ้นไป ทั้งนี้บทความวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพลผลงของผู้สูงอายุจึงคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจในการทดสอบ (power analysis) โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G* Power 3.1.9.2 กำหนดสถิติทดสอบ correlation bivariate normal model ในการทดสอบเลือกรูปแบบการทดสอบสมมติฐานแบบทางเดียว ระบุขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .25 กำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 97 คน และสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากประชากร โดยอาศัยความน่าจะเป็น (probability sampling) ด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) โดยการจับกลุ่มออกเป็นชั้นตามเกณฑ์ของการแบ่งเขต การปกครอง และกำหนดตามขนาดอำเภอแบ่งเป็นอำเภอขนาดใหญ่ อำเภอขนาดกลาง และอำเภอขนาดเล็ก จากนั้นเลือกอำเภอที่เป็นตัวแทนในแต่ละชั้นอำเภอ ด้วยการสุ่มอย่างง่ายใช้วิธีการจับสลากจากชั้นของอำเภอที่แบ่งไว้รวม 3 อำเภอ และสุ่มอย่างง่ายใช้วิธีการจับสลากอำเภอละ 1 ตำบล รวม 3 ตำบล จากนั้นเลือกหมู่บ้านโดยการสุ่ม อย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลาก หมู่บ้านในแต่ละตำบลจำนวน 3 หมู่บ้านให้ได้เท่ากับจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างคิดสัดส่วนเท่า ๆ กันในแต่ละระดับชั้นอำเภอและสุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้านจากรายชื่อผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล รวมเป็นจำนวนทั้งหมด 97 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามที่สัมภาษณ์เกี่ยวกับ อายุ เพศ ศาสนา อาชีพ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ สมาชิกในครอบครัวโรคประจำตัว และการตรวจสุขภาพประจำปี
2. แบบประเมินภาวะพลผลง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการสูงวัยอย่างมีศักยภาพสำหรับประชาชนไทย (active ageing scale for Thai people [AAS-Thai]) ของ Thanakwang et al.¹² ในการประเมินภาวะพลผลงของผู้สูงอายุซึ่งพัฒนาขึ้นภายใต้กรอบพลผลงขององค์การอนามัยโลกร่วมกับแนวคิดผู้สูงอายุเชิงบวกเป็นฐานในการออกแบบและทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พัฒนาเครื่องมือขึ้นให้เฉพาะเจาะจงกับบริบทวัฒนธรรมไทย มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับสูง (CVI = .91) มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .95 ประกอบด้วย 7 มิติ ได้แก่ การพึ่งพาตัวเองได้ การร่วมกิจกรรมและการทำประโยชน์ให้สังคม การเจริญทางปัญญา การสร้างความมั่นคงด้านการเงิน การมีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และการสร้างความรักความผูกพัน ในครอบครัวเพื่อมีผู้ดูแลยามชรา จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการสูงวัยอย่างมีศักยภาพสำหรับประชาชนไทย (active ageing scale for Thai people [AAS-Thai]) ของ Thanakwang et al.¹² ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ณ ตำบลเมืองศรีโค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี แล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .91 อยู่ในเกณฑ์ที่เชื่อถือได้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับใบรับรองจริยธรรม การวิจัยจากคณะกรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสจริยธรรมเลขที่ 11-04-2561 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแจ้งวัดอุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียดในการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการติดต่อประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมทั้งขอรายชื่อ และที่อยู่ของผู้สูงอายุในพื้นที่ตัวอย่าง เพื่อสามารถคัดเลือกและสุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ที่กำหนดไว้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ณ บ้านหรือที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ โดยก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยแนะนำตัว ซึ่งเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบถึงสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากงานวิจัยได้เมื่อต้องการทันที โดยไม่มีผลกระทบใดๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 97 คน ส่วนมากมีอายุอยู่ระหว่าง 70-79 ปี (ร้อยละ 43.30) รองลงมา มีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 39.18) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.29) นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด (ร้อยละ 100) มีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.58) การศึกษาระดับชั้นประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 93.81) ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 61.86) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 1,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 60.82) แหล่งที่มาของรายได้ มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและบุตร มากที่สุด (ร้อยละ 41.24) รองลงมา คือได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอย่างเดียว (ร้อยละ 39.17) มีจำนวนสมาชิกครอบครัวอยู่ระหว่าง 4-5 คนมากที่สุด (ร้อยละ 34.02) มีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพังร้อยละ 10.31 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัวร้อยละ 58.76 โดยเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 56.14 ของจำนวนผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว และเข้ารับการตรวจตามนัดตรวจสุขภาพประจำปีร้อยละ 92.78

2. ภาวะพลพลังของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับของพลพลัง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากมีภาวะพลพลังอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 73.20 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 144 คะแนน และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 86 คะแนน มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 117.16 คะแนน (SD=13.81) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

3. ภาวะพลพลังของผู้สูงอายุจำแนกตามมิติรายด้าน พบว่า ด้านการสร้างความรักความผูกพันในครอบครัว เพื่อมีผู้ดูแลยามชรา (strengthening family ties for being cared for in the late life) มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{x}$ =3.69, SD=0.51) รองลงมาคือ ด้านการพึ่งพาตัวเองได้ (being self-reliant) ($\bar{x}$ =3.55, SD=.45) และด้านการ



เจริญทางปัญญา (growing spiritual wisdom) ($\bar{X}=3.54$, $SD=.44$) ตามลำดับ ทั้งนี้มิติด้านการสร้างความมั่นคงด้านการเงิน (building up financial security) มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.73$, $SD=.74$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับของพหุพลัง (n = 97)

ระดับภาวะพหุพลัง	ช่วงคะแนน	ความถี่	ร้อยละ
ภาวะพหุพลังอยู่ในระดับสูง	(109-144)	71	73.20
ภาวะพหุพลังอยู่ในระดับปานกลาง	(72-108)	26	26.80
ภาวะพหุพลังอยู่ในระดับต่ำ	(36-71)	0	0
(Mean = 117.16, SD=13.81, Min = 86, Max = 144)			

ตารางที่ 2 ภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุจำแนกตามมิติรายด้าน (n = 97)

มิติรายด้านภาวะพหุพลัง	Mean	SD	ระดับ
1. ด้านการพึ่งพาตัวเองได้ (Being self-reliant)	3.55	.45	มากที่สุด
2. ด้านการร่วมกิจกรรมและทำประโยชน์ให้สังคม (Being actively engaged with society)	3.10	.61	มาก
3. ด้านการเจริญทางปัญญา (Growing spiritual wisdom)	3.54	.44	มากที่สุด
4. ด้านการสร้างความมั่นคงด้านการเงิน (Building up financial security)	2.73	.74	ปานกลาง
5. ด้านการมีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Maintaining healthy lifestyle)	3.36	.47	มาก
6. ด้านการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (Engaging in active learning)	2.79	.75	ปานกลาง
7. ด้านการสร้างความรักความผูกพันในครอบครัว (Strengthening family ties for being cared for in the late life)	3.69	.51	มากที่สุด

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระดับภาวะพหุพลังของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานีอยู่ในระดับสูงค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 117.16 คะแนน ($SD=13.81$) โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 73.20 มีภาวะพหุพลังอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 72.13 ปี อยู่ในช่วงวัยผู้สูงอายุตอนกลางที่ยังคงความสามารถในการดูแลช่วยเหลือตนเองได้ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 61.86 จึงยังคงทำงานพึ่งพาตนเองตามความสามารถของตนเอง ทั้งนี้ผู้สูงอายุกลุ่มเกษตรกรมักมองว่าหากตนเองยังสามารถทำงานได้อยู่



ไม่ถือว่าเป็นผู้สูงอายุ และจะยังคงทำการเกษตรอย่างต่อเนื่องซึ่งเชื่อว่าจะทำให้ได้ออกกำลังกายทุกวันทำให้ร่างกายแข็งแรง²⁴ ซึ่งผู้สูงอายุเปราะบางที่มีปัญหาสุขภาพ และต้องการบริการสนับสนุน ให้สามารถปรับตัวกับการดำรงชีวิตประจำวัน ส่วนใหญ่จะมีอายุ 80 ปีขึ้นไป สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จำลอง ชูโต และวรรณิ ศิริสุนทร²⁵ ที่ศึกษาถึงระดับความผิพฒพลังของผู้ที่มีอายุ 100 ปีขึ้นไปในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะผิพฒพลังในระดับสูงเช่นกันเนื่องจากสามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามอัทภาพ สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง และมีความพอใจในสภาพความเป็นอยู่ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพราะลูกหลานให้ความเคารพนับถือให้การดูแลที่ดี นอกจากนี้บริบททางสังคม วัฒนธรรมประเพณีอันดีงาม ความเชื่อมั่นศรัทธาในศาสนาที่สืบทอดต่อกันมาทำให้ยังคงมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ²⁶

เมื่อพิจารณามิติรายด้าน พบว่า ด้านการสร้างความรักความผูกพันในครอบครัวเพื่อมีผู้ดูแล ยามชรา มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{x}=3.69$, $SD=.51$) รองลงมาคือ ด้านการพึ่งพาตัวเองได้ ($\bar{x}=3.55$, $SD=.45$) และด้านการเจริญทางปัญญา ($\bar{x}=3.54$, $SD=.44$) ตามลำดับ ซึ่งความผูกพันรักใคร่ในครอบครัวเป็นรากฐานของความสุขแห่งชีวิต ความเข้าใจระหว่างสมาชิกในครอบครัวทำให้เกิดความอบอุ่น ตลอดจนก่อให้เกิดการร่วมมือในการส่งเสริมสุขภาพแห่งบุคคลในครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการงานต่าง ๆ²⁷ จึงยังคงภาวะสุขภาพและการมีส่วนร่วมทางสังคม รวมถึงผู้สูงอายุมีความสามารถในการพึ่งพาตนเองได้ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะผิพฒพลังอยู่ในระดับสูงทั้งนี้ จังหวัดอุบลราชธานีมีประเพณีที่สำคัญอันเป็นมรดกทางวัฒนธรรมที่สืบทอดกันมาอย่างยาวนานเชื่อมโยงวิถี การดำเนินชีวิต ก่อให้เกิดความร่วมมือของชุมชน เช่น ประเพณีแห่เทียนพรรษาที่เป็นสัญลักษณ์ที่สำคัญของจังหวัด คุศโลบายสำคัญของประเพณีนี้คือ หลอมเทียน หลอมใจ หลอมบุญ ทำให้เกิดความสามัคคีในหมู่คณะและถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น²¹ จึงยังคงการมีส่วนร่วมทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะผิพฒพลังอยู่ในระดับสูง

ทั้งนี้มิติด้านการสร้างควมมั่นคงด้านการเงิน มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=2.73$, $SD=.74$) จากข้อมูลทั่วไปพบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 1,000 บาท ต่อเดือน (ร้อยละ 60.82) แหล่งที่มาของรายได้ มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและบุตรมากที่สุด (ร้อยละ 41.24) รองลงมา คือได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุอย่างเดียว (ร้อยละ 39.17) และมีผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ตามลำพังถึงร้อยละ 10.31 สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อความมั่นคงทาง การเงิน ซึ่งรายได้ มีความเกี่ยวข้องกับภาวะผิพฒพลัง รายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยกำหนดด้านเศรษฐกิจตามแนวคิดผิพฒพลังขององค์การอนามัยโลก กล่าวคือการที่ผู้สูงอายุมีรายได้ที่เพียงพอต่อการใช้จ่าย มีเงินเก็บออม เงินจากกองทุนต่าง ๆ และการมีโอกาสทำงานอย่างมีศักดิ์ศรีจะช่วยส่งเสริมภาวะผิพฒพลังในผู้สูงอายุที่ยากจนมีความเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยและทุพพลภาพเพิ่มขึ้นการไม่มีเงินเก็บออม ไม่มีเงินบำนาญ หรือเงินประกันสังคม หรืออยู่ในครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ รายได้ไม่แน่นอน ส่งผลต่อเรื่องภาวะโภชนาการที่อยู่อาศัยและการบริการสุขภาพได้²⁸ ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน มีผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ช่วยลดภาวะพึ่งพาที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพ²⁹ การสร้างควมมั่นคงด้านการเงินจึงมีความสำคัญ ในการส่งเสริมภาวะผิพฒพลังในผู้สูงอายุ

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าภาวะผิพฒพลังของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานีอยู่ในระดับสูง ซึ่งบริบทประเพณีวัฒนธรรมทางสังคมมีส่วนช่วยส่งเสริมสนับสนุนภาวะผิพฒพลัง ผู้สูงอายุในบริบทสังคมวัฒนธรรมอีสาน มองว่าการดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรง มีแรงที่สามารถทำงานหาเงินได้ หรือทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องพึ่งพาใคร ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และการได้ทำกิจกรรมในสังคม รวมถึงการได้ดูแลลูกหลาน ทำให้ผู้สูงอายุ สุขใจ จึงยังคงทำงานและมีส่วนร่วมทางสังคม³⁰ รวมทั้งความเชื่อ ประเพณีทางศาสนา วัฒนธรรมทางสังคม



ที่ทำให้ยังคงมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ ทำให้มีขวัญกำลังใจ มีคุณค่าในตนเอง มีความหวังและความมั่นใจในการดำเนินชีวิต²⁶ ผลจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ทำให้เห็นลักษณะภาวะพหุผลของผู้สูงอายุในชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน และส่งเสริมพัฒนางานด้านผู้สูงอายุ โดยเฉพาะมิติด้านการสร้างความมั่นคงด้านการเงิน และด้านการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งยังคงมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง รวมทั้งเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาล นักวิชาการ และนักวิจัยที่มีความสนใจในการศึกษา สามารถศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ภาวะพหุผลภายใต้บริบทวัฒนธรรมที่แตกต่าง

References

1. United Nation [UN]. World populations ageing 2017. New York: United Nations. 2017.
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute [TGRI]. Situation of Thai elderly 2015. Bangkok: Amarin Printing & Publishing Public. 2016. (in Thai).
3. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute [TGRI]. Situation of Thai elderly 2016. Bangkok: Printery. 2017. (in Thai).
4. Rattanamongkolgul D, Sungkamanee S, Rattanamongkolgul S, Lertwongpaopun W, Sukchawee S. Heath profile of elderly people through active ageing framework in a community, Nakorn Nayok province. Journal of Medicine and Health Sciences 2015;22(2):48-60. (in Thai).
5. National Economic and Social Development Board and United Nations Fund for Population Activities. Impact of demographic change in Thailand situation [internet]. 2011. [cited 2019 Nov 11]. Available from: <https://thailand.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/demographic%20thai.pdf>. (in Thai).
6. Penedo FJ, Dahn JR. Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. Current Opinion in Psychiatry 2005;8(2):189-193.
7. Wongkeene W, Chintanawa R, Sucamvang K. Factors predicting active ageing among population. Nursing Journal 2013;40(4):91-99. (in Thai).
8. World Health Organization [WHO]. Active ageing: a policy framework. Geneva: World Health Organization. 2002.
9. United Nations Economic Commission for Europe [UNECE]. Active ageing. UNECE Policy Brief on Ageing 2012;13:1-16.
10. Sajjasophon R. Educational concepts for developing active aging in the elderly. Kasetsart Journal 2013;34(3):471-490. (in Thai).
11. Yarniyom P. Active ageing attribution: a case study of elite thai elderly. [Master Thesis] Bannkok: Chulalongkorn University. 2004. (in Thai).
12. Thanakwang K, Isaramalai S, Hatthakit, U. Development and psychometric testing of the active aging scale for Thai adults. Clinical Interventions in Aging 2014;9:1211-21.
13. Ahtonen A. Healthy and active ageing: turning the silver economy into gold. Brussels, Belgium: European Policy Centre. 2012.
14. Nantsupawat W. Elderly nursing: challenges for the elderly population. (2nd ed). Khon Kaen: Khon Kaen Kan Pim. 2009. (in Thai).



15. Fernandez-Ballesteros R, Robine JM, Walker A, Kalache A. Active aging: a global goal. *Current Gerontology and Geriatrics Research* 2013;1-4.
16. Department of Older Persons. The 2nd National plan on the elderly 2002-2021. Bangkok: Thep Phen Wanit. 2010. (in Thai).
17. Department of Older Persons. Measures to implement national agenda on aged society. Bangkok: Samlada. 2018. (in Thai).
18. Saengprachaksakula S. The Determinants of Thai active ageing level. *Songklanakarin Journal of Social Sciences and Humanities* 2015;21(1):139-67. (in Thai).
19. Punyakaew A, Lersilp S, Putthinoi S. Active ageing level and time use of elderly persons in a Thai suburban community. *Occupational Therapy International* 2019;1-8. doi.org/10.1155/2019/7092695.
20. Tourism authority of Thailand. The book of traditional festival interest tourism. Bangkok: Tourism Promotion Division, Tourism authority of thailand. 2011. (in Thai).
21. Koonphol S. Mueang Ubon Boonlonlum boontham boontan suep san tamnan tein. In M. Sinnoi (Ed.), Report on the implementation of the art and cultural, Workshop on the making of a candle at Ubon Ratchathani to carry on the legends and traditions. Ubon Ratchathani: The office of Academic Resources Ubon Ratchathani University. 2008. (in Thai).
22. Ubon Ratchathani Provincial Social Development and Human Security Office. Report on Ubon Ratchathani Province Social Situation 2016. [internet]. 2016. [cited 2018 May 10]. Available from: http://www.ubonratchathani.m-society.go.th/?page_id=5472. (in Thai).
23. Department of Medical Science. Handbook of screening assessment in gerontology. Bangkok: The War Veterans Organization of Printing Mill. 2014. (in Thai).
24. Gray R, Pattaravanich U, Chamchan C, Suwannoppakao R. New concept of older persons: the psycho social and health perspective. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research Mahidol University. 2013. (in Thai).
25. Xuto J, Sirisunton W. Levels of active ageing among people greater than 100 years of age in Ubon Ratchathani province. Ubon Ratchathani: Faculty of Nursing, Ratchathani university. 2011. (in Thai).
26. Wongkwanklom M. Local wisdom in the mental health care among older people living in isan cultural society. *Nakhon Phanom University Journal. Special issue on the 25th Nursing Meeting* 2017;140-148. (in Thai).
27. Saengsingkeo P. Family attachment. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand* 2000;45(1):1-10. (in Thai).
28. Rajola F, Frigerio C, Parrichi M. Financial well-being in active ageing. *Studies in Health Technology and Informatics* 2014;203:69-77.
29. Mapoma, C. C. Determinants of active ageing in Zambia. *African Population Studies*. 2014;28(3): 1286-1296.
30. Srijakkot J, Silarat M, Sangsuwan J, Boonyaleepan S, Srisanpang, P. Quality of life of elderly people who work in northeast socio-cultural context. *Journal of Nursing and Health care*. 2016;34(2):41-48. (in Thai).



ผลของการใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

Effects of a Simulation-Based Learning Model for Medical Management of Patients with Cardiovascular Diseases

วารangkana ชมภูพาน¹ วรวุฒิ ชมภูพาน¹ อัจฉรา ชนะบุญ¹ เสาวลักษณ์ ศรีตาเกษ¹ จริญญา ยมศรีเคน¹

Warangkana Chompoopan¹ Worawut Chompoopan¹ Atchara Chanaboon¹ Saowalak Seedaket¹ Jareeya Yomseken¹

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น สถาบันพระบรมราชชนก

¹Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Warangkana Chompoopan; Email: warangkana@scphkk.ac.th

Received: March 1, 2020 Revised: May 8, 2020 Accepted: June 19, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความรู้ก่อนและหลังการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง (simulation based learning) 2) ศึกษาผลของการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และความมั่นใจในตนเอง หลังใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง และ 3) ศึกษาความพึงพอใจหลังการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาขาศึกษาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ปีการศึกษา 2562 จำนวน 36 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบวัดความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 3) แบบสอบถามด้านการคิดวิเคราะห์ 4) แบบสอบถามด้านความมั่นใจในตนเอง และ 5) แบบสอบถามด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนาได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมานการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มด้วย paired t-test ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้หลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ การคิดอย่างมีวิจารณญาณอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 77.78 เช่นเดียวกับความมั่นใจในตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 72.22 ด้านความพึงพอใจหลังการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80.56 จากผลการวิจัยครั้งนี้สามารถส่งเสริมและพัฒนาความรู้สู่การปฏิบัติของผู้เรียนในด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยได้มากขึ้นและประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นกระบวนการคิดเพื่อการตัดสินใจในการช่วยเหลือผู้ป่วย การศึกษาวิจัยในครั้งต่อไปควรเพิ่มระยะเวลาในการจัดการเรียนการสอนในรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงให้มากยิ่งขึ้นเพื่อเป็นการพัฒนาทักษะของนักศึกษาในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง; คติวิจารณ์; ปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์



Effects of a Simulation-Based Learning Model for Medical Management of Patients with Cardiovascular Diseases

Warangkana Chompoopan¹ Worawut Chompoopan¹ Atchara Chanaboon¹ Saowalak Seedaket¹ Jareeya Yomseeken¹

¹Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Warangkana Chompoopan; Email: warangkana@scphkk.ac.th

Received: March 1, 2020 Revised: May 8, 2020 Accepted: June 19, 2020

Abstract

This quasi-experimental research aimed to determine the effects of a simulation-based learning model by examining (1) knowledge before and after the use of the model; (2) students' critical thinking and self-confidence after using the model; and (3) students' satisfaction with the use of the model. A total of 36 Advance Emergency Medical Technician (AEMT) sophomores in Academic Year 2019 were included in this study. The study tools composed of (1) a questionnaire of general information, (2) a cardiovascular diseases care test, (3) a critical thinking questionnaire, (4) a self-confidence questionnaire, and (5) a questionnaire of satisfaction with SBL. The resulting data were analyzed using descriptive statistics such as frequency, percentage, and standard deviation. A paired t-test was used to compare two population means. The results showed that, after using the medical simulation-based learning, the post-test mean score for student knowledge was significantly higher than the pre-test mean score ($p < .001$). Most of the students had high levels of critical thinking (77.78 %) and self-confidence (72.22%). Satisfaction after the students learned by using SBL (80.56%) was at a high level. The results indicated that SBL promoted and enhanced students' knowledge and practical skills of patient care management. So, SBL might be integrated into the critical thinking program to improve students' decision-making skills of patient-care management. Further study might be prolonged a period of study to improve students' patient care management skills consecutively.

Keywords: simulation base learning model; critical thinking; emergency medical technician



ความเป็นมาและความสำคัญ

การจัดการศึกษาที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพเป็นกระบวนการที่สำคัญของการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้ผู้เรียนมีทักษะในศตวรรษที่ 21¹ มีทั้งความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิตการประกอบอาชีพ มุ่งพัฒนาให้ผู้เรียนมีสมรรถนะที่ดี ทั้งนี้ทักษะที่สำคัญ สำหรับบุคลากรด้านการสาธารณสุข ในการจัดการเรียนการสอนเพื่อช่วยให้มีผลลัพธ์ที่ดี ในการดูแลผู้ป่วยได้ตามมาตรฐานการรักษา คือ ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical thinking)² ดังนั้นรูปแบบการเรียนการสอนจึงจะต้องปรับเปลี่ยนโดยเน้นการฝึกด้านคลินิก การสอนเพื่อการช่วยเหลือวิกฤติ รวมถึงมีทักษะการตัดสินใจ³ เพื่อการเพิ่มพูนทักษะให้สอดคล้องกับศตวรรษที่ 21 การสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง (simulation-based learning) เป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการสอนคิดเป็นร้อยละ 20 ของกระบวนการสอนทั้งหมด⁴ อันจะส่งผลให้เกิดทักษะในการดูแลผู้ป่วย และสามารถพัฒนาผู้เรียนได้เกิดทักษะการเรียนรู้ทักษะด้านการคิดวิเคราะห์ และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย⁵ ซึ่งมีความสำคัญในกลุ่มนักเรียน นักศึกษา หรือบุคลากรด้านการแพทย์ เช่น นักเรียนพยาบาล⁶ นักศึกษาด้านปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์⁷ โดยสามารถเรียนรู้อาการผู้ป่วยได้จากสถานการณ์เสมือนจริง นอกเหนือจากการเรียนด้วยการบรรยาย (lecture) เพียงอย่างเดียวและยังสามารถประเมินอาการผู้ป่วยได้จากสถานการณ์ที่จัดให้ก่อนที่จะประเมินหรือทำการดูแลผู้ป่วยจริง ทำให้เกิดความมั่นใจในตนเองและส่งผลให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย และยังช่วยเพิ่มการคิดวิจารณ์และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้มากกว่าการฟังการบรรยาย⁸

การเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาในหัวข้อแนวคิด หลักการ ตลอดจนการนำไปประยุกต์ใช้ของรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง โดยมีกิจกรรมการเรียนการสอนที่หลากหลายได้แก่ การบรรยายการทำงานกลุ่ม การฝึกปฏิบัติจริงซึ่งจะช่วยเพิ่มพูนทักษะด้านการสอนของครูผู้สอนและสมรรถนะด้านการปฏิบัติของผู้เรียนไปพร้อมกัน เช่น การประเมินผู้ป่วย การช่วยฟื้นคืนชีพ การทำงานเป็นทีม⁹ การเตรียมความรู้และสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยในโรคที่หลากหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งต้องอาศัยการตัดสินใจในการทำตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้ได้ตามมาตรฐาน ดังนั้นการดำเนินการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ผู้สอนมีบทบาทสำคัญที่ช่วยให้ประสิทธิภาพของการใช้สถานการณ์เสมือนจริงเพิ่มขึ้น¹⁰ อีกทั้งยังช่วยเพิ่มความสามารถเชิงคลินิกโดยนำผลจากการเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจสู่การปฏิบัติที่เสมือนจริงในสถานการณ์การดูแลภาวะฉุกเฉินของระบบหัวใจและหลอดเลือด⁷ หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ต้องใช้ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคต่าง ๆ บนพื้นฐานของสมรรถนะวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นการเรียนในชั้นเรียนเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถช่วยให้นักศึกษาเรียนรู้จากผู้ป่วยจริงได้ สำหรับการสอนในรูปแบบของการฟังบรรยายในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินโดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบหัวใจและหลอดเลือดนั้น พบว่ามีความยากและเกิดปัญหาในด้านความเข้าใจในการนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจตามมาตรฐานการดูแล ซึ่งการเรียนรู้อาศัยสถานการณ์เสมือนจริงจะช่วยให้เกิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณและมีความมั่นใจในทักษะการปฏิบัติ¹¹ รูปแบบการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง เน้นเพื่อให้นักศึกษาสามารถจดจำ กระบวนการดูแลผู้ป่วยผ่านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและมีความมั่นใจในการช่วยเหลือและการดูแลในระยะเวลาที่จำกัดตามอาการของผู้ป่วยและเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการเรียนการสอนโดยการบูรณาการความรู้ ประสบการณ์และพัฒนาความคิดเชิงเหตุผล¹² การเรียนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงจึงมีความสำคัญในการฝึกทักษะการดูแลเพื่อนำสู่ความเป็นมืออาชีพตามสมรรถนะที่กำหนด โดยยึดผู้เรียนเป็นสำคัญ เพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษา อีกทั้งการประเมินความพึงพอใจในการเรียนในรูปแบบของสถานการณ์เสมือนจริงเพื่อเป็นการเตรียมความรู้ ความพร้อมก่อนการปฏิบัติจริง

การพัฒนาการเรียนการสอนจากการเรียนรู้ในชั้นเรียน จากรูปแบบบรรยาย มาเป็นการใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงเป็นรูปแบบของการจัดการเรียนการสอนที่มีความสำคัญ โดยใช้กระบวนการ active learning ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนการสอนที่ส่งเสริมการเรียนรู้ โดยเน้นการปฏิบัติหรือการลงมือทำซึ่ง “ความรู้” โดยได้จาก



กระบวนการในการจัดกิจกรรมหรือรูปแบบการเรียนรู้ที่ผู้เรียนต้องได้มีโอกาสลงมือกระทำมากกว่าการฟังเพียงอย่างเดียว อีกทั้งการเรียนด้วยสถานการณ์เสมือนจริงยังช่วยเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ฝึก ในด้านหลักการในการช่วยเหลือผู้ป่วย และการสะท้อนคิดด้วยตนเอง¹³ การเรียนด้วยสถานการณ์เสมือนจริงสามารถใช้ในการประเมินความสามารถได้ในด้านความสามารถในการวินิจฉัย การรักษา การตัดสินใจการสื่อสารและการทำงานร่วมกับทีม¹⁴ สำหรับการสอนหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติสามารถส่งเสริมความเป็นมืออาชีพ รวมไปถึงการปฏิบัติงานเป็นทีม โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงเป็นวิธีการพัฒนาผู้เรียน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ก่อนและหลังการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง
2. เพื่อศึกษาการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และความมั่นใจในตนเอง หลังใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจหลังใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง

สมมุติฐานของการวิจัย

1. ภายหลังการทดลองผู้เรียนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เพิ่มขึ้นหลังใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง
2. ภายหลังการทดลองผู้เรียนมีระดับของการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และความมั่นใจในตนเองอยู่ในระดับสูง หลังใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง
3. ภายหลังการทดลองผู้เรียนความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง หลังใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนหลัง (one group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2562 จำนวน 36 คนโดยมีคุณสมบัติดังนี้

- 1) เป็นผู้ที่ไม่ลงทะเบียนในรายวิชาการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน
- 2) เป็นผู้ที่ไม่ผ่านการเรียนภาคทฤษฎีในการดูแลผู้ป่วยระบบหัวใจและหลอดเลือด
- 3) เป็นผู้ที่ไม่ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมกระบวนการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1.1. แบบสถานการณ์เสมือนจริง (scenario)

การสร้างเครื่องมือ โดยศึกษาวิเคราะห์ และสังเคราะห์หลักการ แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ โดยการใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งมีองค์ประกอบของสถานการณ์ดังนี้

- 1) หัวเรื่อง (title of scenario) กล่าวถึงสถานที่ของสถานการณ์ อาการที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล จำนวนฉากที่มีในสถานการณ์ และผู้เรียน
- 2) ประวัติผู้ป่วยประกอบด้วย อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต



ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว และการรักษาในปัจจุบัน

3) จาก (scene) ซึ่งประกอบด้วย ระยะแรก (initial phase) ระยะที่มีอาการปานกลาง (moderate phase) และอาการรุนแรง (severe phase)

สร้างและตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการเรียนรู้สถานการณ์เสมือนจริง

1. สร้างร่างรูปแบบการเรียนรู้โดยสถานการณ์เสมือนจริง จากแนวทางเวชปฏิบัติร่วมกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจและหลอดเลือดที่ผิดปกติ เพื่อให้ผู้เรียนสามารถทำการประเมินสภาพผู้ป่วยและแก้ปัญหาจากสถานการณ์ ข้อมูลรายละเอียดประกอบด้วย ข้อมูลที่ได้รับจากศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ข้อมูลที่ผู้ป่วยบอก การสังเกต การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและปฏิกิริยาการตอบสนองของผู้ป่วย เช่น การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพในผู้ป่วยช็อก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติในการวินิจฉัยครั้งนี้ เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ภาวะหัวใจเต้นเร็ว และภาวะหัวใจเต้นช้า

2. นำร่างรูปแบบการเรียนรู้โดยสถานการณ์เสมือนจริง เสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านเพื่อประเมินความเหมาะสมของร่างรูปแบบการเรียนรู้การสอนฯ ความถูกต้องในเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขกระบวนการโดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสถานการณ์เสมือนจริงโดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดย อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ซึ่งผู้ประเมินหลักสูตรอบรมและการศึกษาด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และผ่านหลักสูตร pre-hospital instructor อาจารย์พยาบาล 2 ท่านผู้ผ่านการอบรมหลักสูตร pre-hospital nurse และหลักสูตร pre-hospital trauma life support (PHTLS) ผลการประเมินพบว่า ร่างรูปแบบการเรียนรู้โดยสถานการณ์เสมือนจริง ในภาพรวมมีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{x}=4.09$, $SD=.66$) จากนั้นนำไปทดลองใช้นำร่องกับผู้เรียนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน (1 ห้องเรียน) ซึ่งเป็นนักศึกษาระดับชั้นเดียวกันและวิทยาลัยเดียวกันในปีการศึกษา 2561 เพื่อหาข้อบกพร่องด้วยวิธีการสังเกตและสอบถามความคิดเห็นของผู้เรียนและความพึงพอใจแล้วจึงปรับปรุงแก้ไข

1.2. แผนการสอน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบไปด้วยแผนการจัดการเรียนรู้ โดยกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ วัตถุประสงค์ควรจะสัมพันธ์กับระดับความรู้และประสบการณ์ของผู้เรียน และครอบคลุมองค์ประกอบทั้งด้านพุทธิพิสัย ทักษะพิสัยและจิตพิสัยทั้งนี้สร้างขึ้นโดยยึดตามรูปแบบการเรียนรู้การสอนฯ จำนวน 4 แผนการสอนโดยใช้เวลาภาคทฤษฎีทั้งสิ้น 12 ชั่วโมง และชั่วโมง ปฏิบัติ 8 ชั่วโมง คาบละ 4 ชั่วโมง จำนวน 1 แผนการสอน

2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก โดยตอบได้เพียงข้อเดียว เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน จำนวน 15 ข้อ 3) ด้านการคิดวิจารณ์ญาณ จำนวน 15 ข้อ 4) ด้านความมั่นใจในตนเอง จำนวน 15 ข้อ 5) ด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 20 ข้อ และนำเครื่องมือเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านเพื่อประเมินความเหมาะสม ความถูกต้องในเนื้อหา ผลการตรวจสอบ เครื่องมือรวบรวมข้อมูล มีผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาด้วยการหาค่า IOC โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยได้ค่า IOC $\geq .5$ ทุกรายการ และการทดสอบค่าความเที่ยง (reliability) ของแบบทดสอบความรู้ด้วยวิธี KR-20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .75 สำหรับแบบสอบถาม ด้านการคิดวิจารณ์ญาณ ด้านความมั่นใจในตนเองและความพึงพอใจ โดยหาค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ด้วยวิธี Cronbach's alpha ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .73, .73 และ .78 ตามลำดับ



การดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับการศึกษาวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หมายเลขโครงการวิจัย: ลำดับที่ HE 6220038 เลขที่ SCPHKIRB63001

การศึกษาผลการใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงมีกระบวนการดังนี้ นำเครื่องมือรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องไปทดสอบกับผู้เรียนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 คนในปีการศึกษา 2562 โดยใช้การทดลองกับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว โดยมีการทดสอบก่อนและหลังการทดลองดังนี้ 1) ผู้เรียนทดสอบความรู้ก่อนเรียน 2) ดำเนินการสอนโดยใช้ขั้นตอนการเรียนรู้ด้วยการสอนแบบโค้ช (coach) โดยการแบ่งกลุ่มมีอาจารย์ประจำกลุ่มที่ได้รับมอบหมายให้สอนในหัวข้อการดูแลระบบหัวใจและหลอดเลือดตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย ผ่านกระบวนการนำเสนอ ตอบคำถามการทำรายงาน เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจผิดปกติ ตามแผนการเรียนรู้ที่ได้พัฒนาขึ้นจำนวนทั้งหมด 12 ชั่วโมง (เดือนมกราคม – กุมภาพันธ์ 2563) 3) ผู้เรียนได้รับการทดสอบความรู้หลังเรียนด้วยแบบทดสอบ 4) หลังจากนั้นวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติ paired t-test และสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณด้านความมั่นใจในตนเอง ความพึงพอใจต่อการเรียนรู้ด้วยรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ด้วยจำนวนร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 1 ชี้นำปฐมนิเทศ ชี้แจงรายละเอียด (pre-briefing) ใช้เวลา 20 นาที โดยการใช้คำถามกระตุ้นให้คิดถึงปัญหา บทบาทของนักศึกษาต่อการแก้ไขปัญหาและเหตุผลในการกระทำ ตามมาตรฐานการดูแล ในทุกสถานการณ์ผู้สอน ปฐมนิเทศ และให้คำแนะนำแก่ผู้เรียนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในห้องปฏิบัติการเสมือนจริงการทำงานของหุ่นเสมือนจริง (SimMan®) และนำอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติในสถานการณ์ (scenario) ใช้เวลา 15-20 นาที ในการเข้าเรียนรู้สถานการณ์จะมีผู้ดูแลผู้ป่วยตำแหน่งต่างๆประกอบด้วย หัวหน้าทีม 1 คนและผู้ช่วยเหลือ 2 คน (1ชุดปฏิบัติการ) และมีทีมสังเกตการณ์ 1 ทีมเพื่อมาสรุปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ในเรื่องบทบาทและการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 3 สรุปผลการเรียนรู้ (debriefing) ใช้เวลา 20-30 นาที ขั้นสรุปการเรียนรู้ ขั้นตอนนี้มีกระบวนการที่เน้นการเรียนรู้ กระตุ้นให้สะท้อนคิด (reflection) เพื่อเรียนรู้ในปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยใช้การเสริมสร้างและสนับสนุนให้แสดงความคิดเห็นพร้อมกับการวิเคราะห์ตนเองทั้งด้านสถานการณ์ ความพร้อมตามมาตรฐานการดูแล อาจารย์ประจำสถานการณ์เป็นผู้ดำเนินกระบวนการ

ผลลัพธ์การเรียนรู้จากการใช้สถานการณ์เสมือนจริง

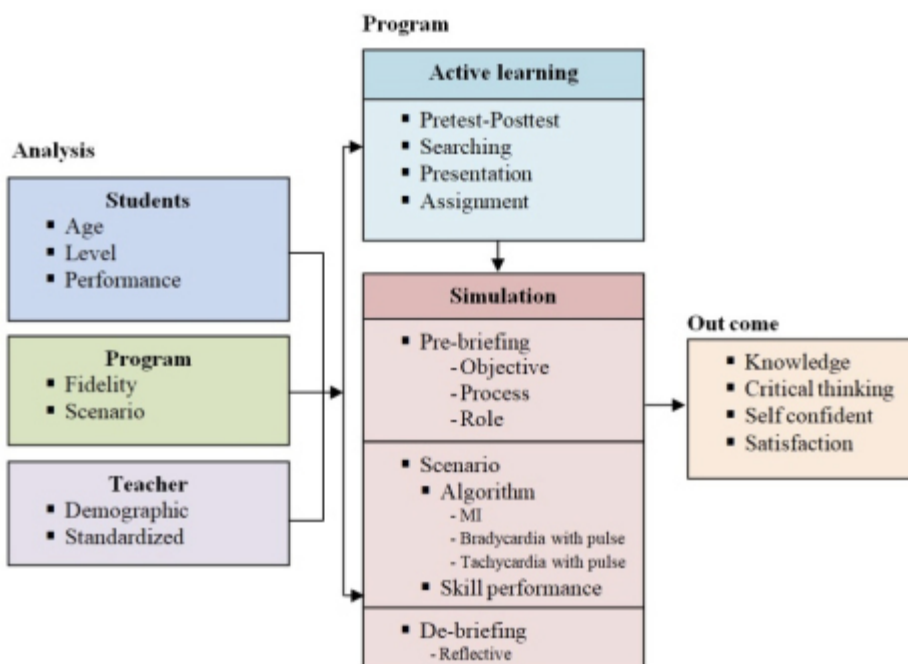
การวิจัยประกอบด้วยผลลัพธ์ 4 ด้าน ได้แก่ การเรียนรู้ซึ่งส่งผลต่อความรู้ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ ความมั่นใจในตนเอง และความพึงพอใจของผู้เรียน ดังนี้

1. การเรียนรู้ซึ่งส่งผลต่อความรู้ หมายถึง ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดซึ่งประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด, ภาวะหัวใจเต้นช้าและภาวะหัวใจเต้นเร็ว

2. การคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical thinking) การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ส่งเสริมความสามารถด้านการคิด ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อนำสู่การช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินได้

3. ความมั่นใจในตนเอง (self-confidence) ในการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุหลังจากการประเมินในเบื้องต้น ผู้เรียนต้องมั่นใจและสามารถตัดสินใจให้การดูแลเบื้องต้นในภาวะฉุกเฉินตามสมรรถนะและแนวทางการดูแลได้ถูกต้องเหมาะสมโดยเป็นไปตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติของหัวใจ (algorithm)

4. ความพึงพอใจ (learner satisfaction) หมายถึงการตอบสนองต่อรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง สามารถประเมินผลได้ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ซึ่งหมายรวมถึงกระบวนการในการค้นคว้าหาความรู้ การนำเสนอ การแนะนำแนวทางการเรียนรู้ กรณีตัวอย่าง การสอบก่อน-หลังการเรียนการปฏิบัติในสถานการณ์ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของหัวใจได้แก่ การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด, ภาวะหัวใจเต้นช้าและภาวะหัวใจเต้นเร็ว



รูปที่ 1 การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 26 หมายเลข DOEJ9LL ลิขสิทธิ์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น สถิติพรรณนาใช้วิเคราะห์ข้อมูลในส่วนของ การคิดพิจารณา ความมั่นใจในตนเองและความพึงพอใจ ด้วยค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมานการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ภายในกลุ่มด้วย paired t-test

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองความรู้ของนักศึกษาเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองเพิ่มมากขึ้น 2.27 คะแนน (95%CI = 1.72-2.82) แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความรู้ของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง

ตัวแปร	หลังทดลอง $\bar{x} \pm SD$	ก่อนทดลอง $\bar{x} \pm SD$	ความต่างของค่าเฉลี่ย	95% CI		p-value
				ล่าง	บน	
ความรู้	10.46±1.57	8.19±1.24	2.27	1.72	2.82	<.001

ด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง ระดับการคิดอย่างมีวิจารณญาณอยู่ในระดับสูงเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 77.78 ระดับปานกลาง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 16.66 และระดับน้อย จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.56 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)



ตารางที่ 2 ระดับการคิดวิจารณ์ภายหลังการทดลอง

ระดับการคิดวิจารณ์	จำนวน	ร้อยละ
การคิดวิจารณ์ ระดับสูง	28	77.78
การคิดวิจารณ์ ระดับปานกลาง	6	16.66
การคิดวิจารณ์ ระดับน้อย	2	5.56
Min=1 Max=5 Mean=4.60 SD=.26		

ด้านความมั่นใจในตนเอง ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง ระดับความมั่นใจในตนเองอยู่ในระดับสูงเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 72.22 ระดับปานกลาง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 13.89 และระดับน้อย จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 13.89 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ระดับความมั่นใจในตนเองภายหลังการทดลอง

ระดับความมั่นใจในตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
ความมั่นใจในตนเอง ระดับสูง	26	72.22
ความมั่นใจในตนเอง ระดับปานกลาง	5	13.89
ความมั่นใจในตนเอง ระดับน้อย	5	13.89
$\bar{x} \pm SD$	4.50 $\pm$.38	
MAX, MIN	5,1	

ความพึงพอใจต่อกระบวนการจัดการเรียนรู้ ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง ระดับความพึงพอใจต่อกระบวนการจัดการเรียนรู้ อยู่ในระดับสูงเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 80.56 ระดับปานกลาง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 13.89 และระดับน้อย จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.56 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจต่อกระบวนการจัดการเรียนรู้ภายหลังการทดลอง

ระดับความพึงพอใจต่อกระบวนการจัดการเรียนรู้	จำนวน	ร้อยละ
ความพึงพอใจ ระดับสูง	29	80.56
ความพึงพอใจ ระดับปานกลาง	5	13.89
ความพึงพอใจ ระดับน้อย	2	5.56
$\bar{x} \pm SD$	4.51 $\pm$.35	
MAX, MIN	5,1	

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยหลังการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด สำหรับนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น สามารถอภิปรายตามสมมุติฐานการวิจัย ดังนี้



สมมุติฐานข้อที่ 1 ภายหลังการทดลองผู้เรียนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เพิ่มขึ้นหลังใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะหัวใจเต้นช้า และภาวะหัวใจเต้นเร็ว พบว่า ภายหลังการจัดการเรียนรู้ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 2.27 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ การศึกษาของ สมจิตต์ สินธูชัย ที่ศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเอง ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ในการฝึกปฏิบัติรายวิชาฝึกทักษะทางวิชาชีพก่อนสำเร็จการศึกษาโดยผลการศึกษา พบว่าภายหลังจากการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองที่คะแนนความรู้เพิ่มขึ้น¹⁵

ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการจัดการเรียนการสอนโดยการใช้สถานการณ์เสมือนจริงในครั้งนี้มีกระบวนการเตรียมความพร้อมโดยการ โค้ช (coach) เพื่อให้เข้าใจในเนื้อหา มีการมอบหมายชิ้นงาน (assignment) เพื่อศึกษาค้นคว้า โดยมุ่งเน้นองค์ความรู้ที่ความทันสมัยและน่าเชื่อถือก่อนการฝึกสถานการณ์เสมือนจริงโดยการกำหนดโจทย์สถานการณ์ที่เฉพาะเพื่อทำการฝึกทางคลินิกที่หลากหลายโดยมีวิธีการที่สำคัญคือการกำหนดรูปแบบของอาการและอาการแสดงให้เกิดขึ้นกับหุ่นจำลอง¹⁶

สมมุติฐานข้อที่ 2 ภายหลังการทดลองผู้เรียนมีระดับของการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และความมั่นใจในตนเอง อยู่ในระดับสูง ซึ่งหลังการใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง พบว่าระดับของการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของมยุรี ยิปาโล๊ะและคณะที่ศึกษาเรื่องผลของการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา ที่พบว่ากลุ่มทดลองหลังการทดลองมีคะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณที่เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁷ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการใช้รูปแบบสถานการณ์จำลองเป็นการส่งเสริมและกระตุ้นให้นักศึกษามีความสามารถในการกำหนดปัญหาการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อการจัดการ¹⁸ เป็นผลให้ผู้เรียนมีการคิดอย่างมีวิจารณญาณเพิ่มมากขึ้น¹⁹

ด้านความมั่นใจในตนเองหลังการจัดการเรียนรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของสมจิตต์ สินธูชัย ที่ศึกษาเรื่องผลของการจัดการเรียนรู้โดย สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ในการฝึกปฏิบัติรายวิชา ฝึกทักษะทางวิชาชีพก่อนสำเร็จการศึกษา ที่พบว่าความมั่นใจในตนเองของกลุ่มทดลองเพิ่มมากขึ้นแตกต่างกันกับช่วงก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁵ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการจัดการเรียนรู้ ทำให้นักศึกษามีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางมาตรฐาน อีกทั้งยังมีความมั่นใจในสมรรถนะตามขอบเขตวิชาชีพเพิ่มมากขึ้น²⁰ ในด้านการดูแลผู้ป่วยหลังจากประเมินอาการ และพร้อมในการตัดสินใจช่วยเหลือ ซึ่งรูปแบบการเรียนโดยสถานการณ์เสมือนจริง ในการดูแลผู้ป่วยระบบหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) หลักการ 2) วัตถุประสงค์ 3) เนื้อหา 4) กระบวนการจัดการเรียนรู้ ได้แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนเตรียมการก่อนจัดการเรียนการสอน 2) ขั้นตอนการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์เสมือนจริง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน (pre-briefing-scenario-debriefing) ซึ่งได้ใช้กระบวนการสะท้อนคิด 5) การวัดและประเมินผล ในการดำเนินการในองค์ประกอบทุกขั้นตอนมุ่งเน้น active learning ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นสถานการณ์ที่มีความซับซ้อน และผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ต้องมีความเข้าใจในแนวทางการดูแลตามแนวปฏิบัติ มาตรฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแล ณ จุดเกิดเหตุ ซึ่งต้องอาศัยการบูรณาการความรู้ ทักษะการดูแล และระยะเวลา ในการดูแลที่จำกัดภายใต้ความหลักการความปลอดภัยของชีวิตผู้ป่วย สำหรับนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ชั้นปีที่ 2 ซึ่งเป็นนักศึกษาชั้นปีสุดท้ายที่ต้องมีสมรรถนะด้านวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน ซึ่งประกอบไปด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วยเบื้องต้น การช่วยเหลือ การให้การดูแล การนำส่งผู้ป่วย และการรายงานอาการระหว่างนำส่ง รวมถึงการเคลื่อนย้ายอย่างเหมาะสม ซึ่งการดูแล ณ จุดเกิดเหตุ มีการจัดระดับความรุนแรงเพื่อประเมินการจัดทีมในการออกปฏิบัติการที่ถูกต้อง เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย ดังนั้น

การทำความเข้าใจในการใช้แนวทางในการดูแลผู้ป่วย (algorithms) โดยการจัดการเรียนรู้ การฝึก เพื่อให้เกิดทักษะ ในด้านการให้การดูแลเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ในการปฏิบัติการดูแลที่เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์โดยแต่ละกลุ่ม ผ่านกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

สมมติฐานข้อที่ 3 ภายหลังการทดลองผู้เรียนมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงหลังใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ สถานการณ์เสมือนจริง จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผลความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการเรียนรู้มีระดับความพึงพอใจ ต่อกระบวนการจัดการเรียนรู้ อยู่ในระดับสูงเป็นส่วนใหญ่ แสดงถึงจุดเด่นของการสอนโดยสถานการณ์เสมือนจริงทำให้เข้าใจ ในเนื้อหาของการเรียนที่ต้องนำไปใช้ต่อผู้ป่วยด้วยการออกปฏิบัติการและเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งการ สะท้อนคิดช่วยให้ได้แสดงความคิดเห็นและกระจำในเนื้อหามากยิ่งขึ้น จากอาจารย์ประจำกลุ่มในแต่ละสถานการณ์ การฝึกปฏิบัติ มีความต่อเนื่องในด้านเนื้อหาจากการเรียนในขั้นตอนต่างๆและส่งเสริมมากขึ้นในสถานการณ์เสมือนจริง อย่างไรก็ดีตามประเด็นเรื่องการสาธิตการให้การดูแลเฉพาะกรณีเป็นประเด็นที่ควรพิจารณาในการศึกษาในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

ในการประยุกต์ใช้สำหรับกระบวนการปฏิบัติการเรียนรู้โดยสถานการณ์เสมือนจริงพบว่า สามารถเพิ่มความ รู้สู่การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ อีกทั้งยังสามารถเพิ่มการคิดวิเคราะห์และ ความมั่นใจ ในกระบวนการดูแล การศึกษาวิจัยต่อยอดในการดูแลเฉพาะกรณีเป็นประเด็นที่ควรพิจารณาเพิ่มเติมโดยพัฒนา กระบวนการสาธิตและกระบวนการสะท้อนคิด

References

1. Gerduang A, Sawagvudcharee O. Promoting learning in the 21st century for higher education institutions in Thailand. *Journal of Social Science and Technology*. 2019;3(1):1-7. (in Thai).
2. Adib-Hajbaghery M, Sharifi N. Effect of simulation training on the development of nurses and nursing students' critical thinking: A systematic literature review. *Nurse Education Today*. 2017;50:17-24.
3. Henneman EA, Cunningham H. Using clinical simulation to teach patient safety in an acute/critical care nursing course. *Nurse educator*. 2005; 30(4):172-7.
4. Akhu-Zaheya LM, Gharaibeh MK, Alostaz ZM. Effectiveness of simulation on knowledge acquisition, knowledge retention, and self-efficacy of nursing students in Jordan. *Clinical Simulation in Nursing*. 2013;9(9):e335-e42.
5. Powers K. Bringing simulation to the classroom using an unfolding video patient scenario: A quasi-experimental study to examine student satisfaction, self-confidence, and perceptions of simulation design. *Nurse Education Today*. 2020;86:104-24.
6. Carvalho DP, Azevedo IC, Cruz GK, Mafra GA, Rego AL, Vitor AF, et al. Strategies used for the promotion of critical thinking in nursing undergraduate education: a systematic review. *Nurse education today*. 2017;57:103-7.
7. Murray B, Judge D, Morris T, Opsahl A. Interprofessional education: A disaster response simulation activity for military medics, nursing, & paramedic science students. *Nurse education in practice*. 2019;39:67-72.
8. Kim E. Effect of simulation-based emergency cardiac arrest education on nursing students' self-efficacy and critical thinking skills: Roleplay versus lecture. *Nurse education today*. 2018; 61:258-63.
9. Levett-Jones T, Lapkin S. A systematic review of the effectiveness of simulation debriefing in health professional education. *Nurse Education Today*. 2014; 34(6):e58-e63.



10. Issenberg SB. The scope of simulation-based healthcare education. LWW; 2006.
11. Turatsinze S, Willson A, Sessions H, Cartledge PT. Medical student satisfaction and confidence in simulation-based learning in Rwanda-Pre and post-simulation survey research. *African Journal of Emergency Medicine*. 2020.
12. Ginzburg SB, Brenner J, Cassara M, Kwiatkowski T, Willey JM. Contextualizing the relevance of basic sciences: small-group simulation with debrief for first- and second-year medical students in an integrated curriculum. *Advances in medical education and practice*. 2017;8:79.
13. Okuda Y, Quinones J. The use of simulation in the education of emergency care providers for cardiac emergencies. *International journal of emergency medicine*. 2008;1(2):73-7.
14. Nabzdyk CS, Bittner EA. One (Not So Small) Step for simulation-based competency assessment in critical care. *critical care medicine*. 2018;46(6):1026-7.
15. Sinthuchai S, Ubolwan K, Boonsin S. Effects of high-fidelity simulation based learning on knowledge, satisfaction, and self-confidence among the fourth year nursing students in comprehensive nursing care practicum. *Ramathibodi Nursing Journal*. 2017;23(1):113-27. (in Thai).
16. Gaba DM. The future vision of simulation in healthcare. *Simulation in Healthcare*. 2007; 2(2):126-35.
17. Yeepalo M, Ruangroengkulrit P, Thongjan J, Suwan K, Chaleawsak K. Effects of simulation based learning to enhance critical thinking of nursing students, Boromarajonani College of Nursing Yala. *Journal of Nursing, Public Health, and Education (ISSN: 2651-1908 Journal Online)*. 2017;18(3):128-34. (in Thai).
18. O'Donnell JM, Decker S, Howard V, Levett-Jones T, Miller CW. NLN/Jeffries simulation framework state of the science project: Simulation learning outcomes. *Clinical Simulation in Nursing*. 2014;10(7):373-82.
19. Cho G-Y. Effects of a simulation-based education on cardiopulmonary emergency care knowledge, critical thinking and problem solving ability in nursing students. *Journal of Fisheries and Marine Sciences Education*. 2016;28(2):439-49.
20. Hur H-K, Park S-M. Effects of simulation based education, for emergency care of patients with dyspnea, on knowledge and performance confidence of nursing students. *The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*. 2012;18(1):111-9.

ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา

Activities of Daily Living and Quality of Life Among Older Adults in Nakhon Ratchasima Province¹

สุนิสา คำขึ้น² หฤทัย กงมหา² ปรังทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์² วิจิตร แผ่นทอง³

Sunisa Khakhuen² Haruethai Kongmaha² Prangthip Thasanoh Elter² Wichitr Phantong³

¹Research granted by Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

³Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Praboromarajchanok Institute

³วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

³Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author; Sunisa Khakhuen; Email: sunisa@knc.ac.th

Received: December 9, 2019 Revised: February 4, 2020 Accepted: June 19, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) และศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าวกับปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ จำนวน 400 คน ได้จากการสุ่มแบบแบ่งกลุ่มหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และ 3) แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ซึ่งแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาและจุดประสงค์ เท่ากับ .67-1.00 และแบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ และแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .932 และ .955 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล และสถิติทดสอบไคสแควร์ ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับอายุ ($r = -.260, p < .05$) และการมีหน้าที่เลี้ยงดูบุตรหลาน ($r_{pb} = -.124, p < .05$) ส่วนคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับอายุ ($r_{pb} = -.123, p < .05$) การมีผู้ดูแล ($r_{pb} = -.110, p < .05$) และโรคประจำตัวหรืออาการเจ็บป่วย ($r_{pb} = -.246, p < .05$) และมีความสัมพันธ์กับสถานภาพสมรส ($\chi^2 = 8.145$) ระดับการศึกษา ($\chi^2 = 26.209$) ความเพียงพอของรายได้ ($\chi^2 (2, N=400) = 41.286$) อาชีพ ($\chi^2 (5, N=400) = 26.463$) และการประกันสุขภาพ ($\chi^2 = 17.956$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากผลการวิจัยดังกล่าวควรส่งเสริมความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการลดภาระการเลี้ยงดูบุตรหลาน ดูแลรักษาอาการเจ็บป่วย และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอาชีพเสริมเพื่อเพิ่มรายได้ ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมทางกายเพื่อส่งเสริมความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน

คำสำคัญ: ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง; คุณภาพชีวิต; ผู้สูงอายุ



Activities of Daily Living and Quality of Life Among Older Adults in Nakhon Ratchasima Province¹

Sunisa Khakhuen² Haruethai Kongmaha² Prangthip Thasanoh Elter² Wichitr Phantong³

¹Research granted by Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima

²Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Praboromarajchanok Institute

³Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author; Sunisa Khakhuen; Email: sunisa@knc.ac.th

Received: December 9, 2019 Revised: February 4, 2020 Accepted: June 19, 2020

Abstract

This descriptive research aimed to investigate activities of daily living (ADL) and quality of life (QOL) of older adults (aged 60 years or more) and explore relationships between the two variables and personal background. The participants consisted of 400 older adults and selected by using multi-stage cluster sampling. Data were collected using 1) a demographic form, 2) the Thai version of ADL and, 3) WHOQOL-BREF-THAI. The content validity of the demographic form gave indexes of item-objective congruences of between .67 and 1. ADL and WHOQOL-BREF-THAI were tested for their reliabilities and found Cronbach's alpha coefficient gave values of .932 and .955, respectively. Descriptive and correlational statistics, including Pearson's correlation coefficient, point-biserial correlation coefficient, and Chi-squared test, were used to analyze data. The results showed that most of the participants were socially bound with good QOL. Their ADL was negatively related to age ($r = -.260, p < .05$) and responsibility to look after children or grandchildren ($r_{pb} = -.124, p < .05$). Their QOL was negatively associated with age ($r = -.123, p < .05$), having care givers ($r_{pb} = -.110, p < .05$), and having chronic illness ($r_{pb} = -.246, p < .05$). In addition, it was statistically significant ($p < .05$) in relation to marital status ($\chi^2 = 8.145$), educational level ($\chi^2 = 26.209$), sufficient income ($\chi^2(2, N=400) = 41.286$), occupation ($\chi^2(5, N=400) = 26.463$), and health insurance ($\chi^2 = 17.956$). The results suggest that ADL and QOL of older adults should be promoted by reducing their responsibility for looking after younger family members, treating sickness, and encouraging them to look for extra jobs to increase their income. Future research should be focused on developing programs of physical activities to promote ADL of older adults in communities.

Keywords: activity of daily living; quality of life; the elderly



ความเป็นมาและความสำคัญ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่สำคัญของโลกและกำลังได้รับความสนใจเนื่องจากแนวโน้มที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มประชากรอื่น ๆ และมีอายุขัยที่เพิ่มมากขึ้นเนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และการสาธารณสุข¹ โดยกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติคาดการณ์ว่าประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นกว่าเท่าตัว จาก 901 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2015 เป็น 1.4 พันล้านคน ในปี ค.ศ. 2030 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นร้อยละ 21.1 ในปี ค.ศ. 2050² สอดคล้องกับภาพรวมของประเทศในกลุ่มอาเซียนซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องช่วงปี พ.ศ. 2523-2593 ยกเว้นสิงคโปร์และไทยซึ่งคาดการณ์ว่าจะลดลงในปี พ.ศ. 2593³ ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 คือ มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 10 และประชากรกลุ่มนี้กำลังเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่เร็วมากคือ สูงกว่าร้อยละ 4 ต่อปีในขณะที่ประชากรโดยรวมเพิ่มขึ้นด้วยอัตราเพียงร้อยละ .5 เท่านั้น ในปี พ.ศ. 2561 พบว่าประชากรไทยมีจำนวน 66 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรสูงอายุ 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 17.77 ของประชากรทั้งหมด⁴ ทำให้ประเทศไทยติดอันดับ 1 ใน 3 ของประเทศในอาเซียนที่เป็นสังคมสูงวัยที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุจะนำมาซึ่งปัญหาสุขภาพและความต้องการที่จะได้รับการดูแลเพิ่มขึ้นตามไปด้วย

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ สาเหตุหลักเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายตามธรรมชาติอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้อวัยวะต่าง ๆ เสื่อมสภาพลง การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ตลอดจนมีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและทางสังคม จากสถานการณ์ด้านสุขภาพการดูแลและบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียปีสุขภาวะ (disability-adjusted life year: DALYs) โดยพบว่าสาเหตุ 5 อันดับแรกในผู้ชาย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน และโรคมะเร็งตับ ส่วนในผู้หญิง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ สมองเสื่อม และโรคซึมเศร้า⁵ โรคเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้นนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพซึ่งบั่นทอนสุขภาพ ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัว⁶ และนำไปสู่การเสียชีวิตของผู้สูงอายุตามมา

ภาวะสุขภาพเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ เพราะภาวะสุขภาพเป็นภาวะความสมบูรณ์ของร่างกายที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บและภาวะความสมบูรณ์ของจิตใจและอารมณ์ สามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุสามารถประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นความสามารถขั้นพื้นฐานที่ทำให้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้และนับเป็นตัวชี้วัดหนึ่งในการประเมินผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข การมีสุขภาพที่ดีนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีสอดคล้องกับการศึกษาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะสุขภาพ ($r=0.77, p<0.01$)⁷ และการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทั่วประเทศไทย พบว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยได้⁸

จังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดที่มีพื้นที่มากที่สุดและมีประชากรมากเป็นอันดับหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือและมากเป็นอันดับสองของประเทศไทยรองจากกรุงเทพมหานคร การกระจายของประชากรที่มีความแตกต่างกันมากจากการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา พบว่าผู้สูงอายุส่วนมาก (ร้อยละ 95.4) สามารถทำกิจวัตรต่าง ๆ ได้เอง⁹ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอหนึ่งในเขตชนบท จังหวัดนครราชสีมา พบว่าผู้สูงอายุประมาณครึ่งหนึ่งมีความพอใจกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (ร้อยละ 50.4) และด้านจิตใจ (ร้อยละ 52.7) ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย 6 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วม



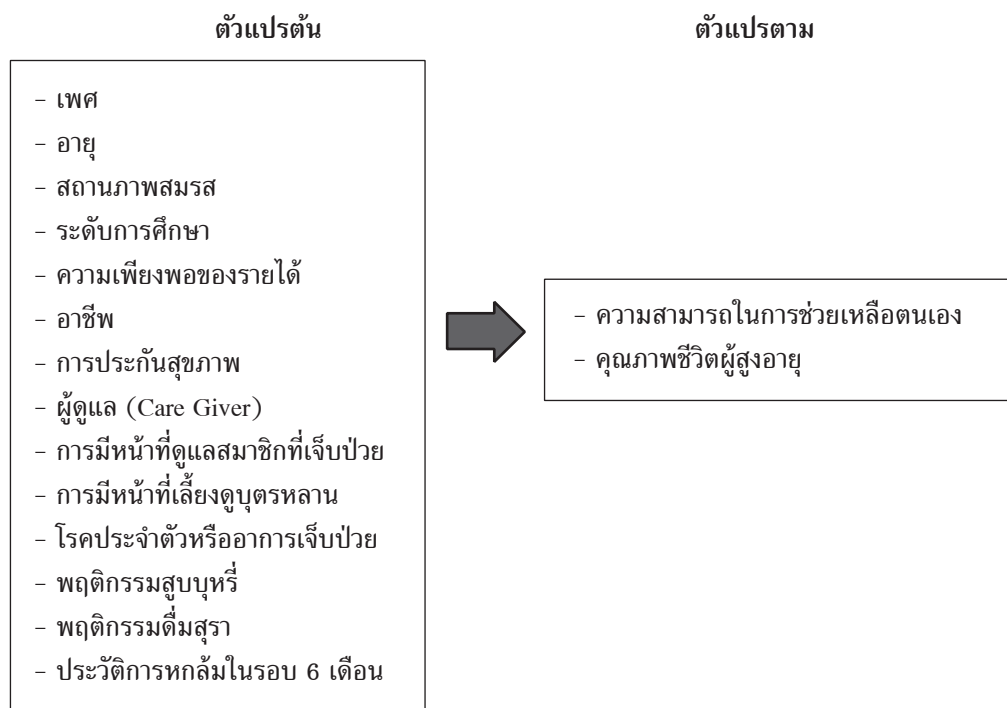
กิจกรรมของชมรม การศึกษา อาชีพ และอายุ โดยสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตด้านร่างกายได้ร้อยละ 30.5 ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ 4 ปัจจัย ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม และสัมพันธภาพในครอบครัว โดยสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจได้ร้อยละ 21.5¹⁰

การศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมาที่ผ่านมาเพียงการศึกษาเฉพาะบางพื้นที่ ยังไม่มีรายงานการศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุทั้งจังหวัด ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีขนาดใหญ่และมีการกระจายประชากรที่แตกต่างกัน ส่วนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุนั้นแม้ว่าจะมีจำนวนมากขึ้น แต่เป็นการศึกษาในบริบทที่แตกต่างกัน ประกอบกับสังคมในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจึงอาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญในการศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุทั้งด้านความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและคุณภาพชีวิต จึงได้ทำการวิจัยนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับตัวแปรดังกล่าว โดยคาดว่าผลการศึกษจะเป็นประโยชน์ต่อการหาแนวทางสร้างความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุได้ดีขึ้น และนำมาเป็นข้อมูลวางแผนดูแลรวมทั้งส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งมีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา
2. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเป็นเชิงพรรณนา (descriptive research) เก็บข้อมูลในระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัยคือผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตรงกับเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) คือ 1) กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ตามหลักฐานที่ทางราชการออกให้ 2) สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้ 3) ตอบแบบสอบถามได้ 4) มีสติสัมปชัญญะดี 5) ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัยและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (exclusion criteria) ได้แก่ มีอาการเจ็บป่วยในระหว่างการตอบแบบสอบถาม การคำนวณขนาดตัวอย่าง ทำโดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan¹¹ โดยทราบจำนวนประชากรเท่ากับ 435,347 คน ความแปรปรวนของประชากร เท่ากับ .50 และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ .05 คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่าง แบบแบ่งกลุ่มหลายขั้นตอน (multi-stage cluster sampling) จังหวัดนครราชสีมาแบ่งการปกครองออกเป็น 32 อำเภอ โดยจัดกลุ่มเป็น 5 ระดับชั้นตามการปกครองส่วนภูมิภาค คือ ระดับชั้นพิเศษ (อำเภอเมืองนครราชสีมา) และระดับ ชั้นที่ 1-4 ผู้วิจัยสุ่มเลือกอำเภอจากระดับชั้นละ 2 อำเภอ อย่างเป็นอิสระต่อกันด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ยกเว้นระดับชั้นพิเศษกำหนดให้ได้รับการเลือกโดยอัตโนมัติ ได้ทั้งหมด 9 อำเภอ จากนั้นสุ่มเลือก 1 ตำบล จากทุกอำเภอ อย่างเป็นอิสระต่อกันด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย ได้จำนวนตำบลตัวอย่าง 9 ตำบล จากนั้นสุ่มผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกตาม หมู่บ้านอย่างอิสระต่อกัน ด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ (system sampling) ได้จำนวนผู้สูงอายุตัวอย่าง 44-45 คนต่อตำบล รวมผู้สูงอายุตัวอย่างทั้งสิ้น 400 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามดังนี้ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือน อาชีพ การประกันสุขภาพ ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย หน้าที่ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย หน้าที่เลี้ยงดูบุตรหลาน โรคประจำตัว ประวัติสูบบุหรี่ ประวัติดื่มสุรา ประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน น้ำหนัก และส่วนสูง

2. ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ ใช้แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล¹² จำนวน 10 ข้อ มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน แปลผลคะแนนเป็นผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้หรือกลุ่มติดเตียง (คะแนน ADL=0-4 คะแนน) ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้างหรือกลุ่มติดบ้าน (คะแนน ADL=5-11 คะแนน) และผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคม (คะแนน ADL>12 คะแนน)

3. ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากเครื่องวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ ซึ่งพัฒนาโดยสัวัดน์ มหิตนรินทร์กุลและคณะ¹³ ใช้ประเมินเกี่ยวกับความรู้สึกในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 26 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านร่างกาย จำนวน 7 ข้อ 2) ด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำนวน 3 ข้อ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ ส่วนคำถามอีก 2 ข้อ เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม ซึ่งไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด แปลผลจากคะแนนคือคุณภาพชีวิตไม่ดี (คะแนน=26-60 คะแนน) คุณภาพชีวิตปานกลาง (คะแนน=61-95 คะแนน) และคุณภาพชีวิตที่ดี (คะแนน=96-130 คะแนน)



การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

เครื่องมือส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุในชุมชน และนักสังคมสงเคราะห์ที่รับผิดชอบงานด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาและจุดประสงค์ (index of item-objective congruence) เท่ากับ .67 – 1.00

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)

เครื่องมือส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ และส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .93 และ .95 ตามลำดับ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา COA No. 006/2562 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย บอกประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ แจ้งสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย สามารถยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้โดยไม่ต้องแจ้งให้คณะผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ในการเข้าร่วมการวิจัยนี้ไม่มีความเสี่ยงที่เกิดจากการวิจัย อาจมีความเสี่ยงเล็กน้อยที่ไม่มากกว่าความเสี่ยงในชีวิตประจำวัน เช่น อาจทำให้เสียเวลา ไม่สะดวก และการเข้าร่วมการวิจัยนี้ หากรู้สึกอึดอัดเหนื่อย หรือไม่สบายใจกับบางคำถามในระหว่างการตอบแบบสอบถาม มีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ สามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้ทุกขณะ สามารถถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ผลต่อการดูแลรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างไรก็ตามผู้วิจัยมีแนวทางในการป้องกันแก้ไขโดยผู้ช่วยวิจัยจะสอบถามความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม และได้จัดสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว เพื่อสามารถตอบแบบสอบถามได้อย่างอิสระ ลดความอึดอัดใจที่เกิดขึ้น รวมถึงสามารถพักระหว่างการตอบแบบสอบถามได้ หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านข้อความได้ ผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 40 นาที รวมทั้งเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลกระทำในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยส่งหนังสือเพื่อขอความอนุเคราะห์เข้าทำการเก็บข้อมูลการวิจัยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่ง และติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อให้ข้อมูลรายละเอียดของโครงการวิจัย เช่น วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย การปกปิดความลับ และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ
2. ผู้วิจัยรับสมัครผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีคุณสมบัติ คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 และมีประสบการณ์ในการทำงานด้านผู้สูงอายุอย่างน้อย 2 ปี จำนวน 10 คน
3. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้แบบสอบถามกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกับผู้วิจัยและมีทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูล เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยก่อนและในระหว่างการเก็บข้อมูล และให้สามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา
4. ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้ช่วยวิจัยคัดกรองคุณสมบัติเบื้องต้นของผู้สูงอายุแล้วแนะนำตัวเพื่อสร้างสัมพันธภาพ อธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัยตามเอกสารชี้แจง และถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการ หากผู้สูงอายุสมัครใจจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมด้านการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการลงนามแสดงความยินยอม



5. หลังจากกลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง และตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้องของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics)
2. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับอายุวิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)
3. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับเพศ การมีผู้ดูแล การมีหน้าที่ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย การมีหน้าที่เลี้ยงดูบุตรหลาน โรคประจำตัวหรืออาการเจ็บป่วย พฤติกรรมสูบบุหรี่ พฤติกรรมดื่มสุรา และประวัติการทกล้มในรอบ 6 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบเซรียล (point biserial correlation coefficient)
4. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับสถานภาพสมรสระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ อาชีพ และการประกันสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square test)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง และความสัมพันธ์ของข้อมูลส่วนบุคคลกับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเสนอตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.75) น้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 56.95 กิโลกรัม (SD=10.23) ส่วนสูงเฉลี่ย 156.92 เซนติเมตร (SD=7.36) อายุเฉลี่ย 70.26 ปี (SD=8.33) เมื่อจำแนกตามช่วงอายุพบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.25) เป็นผู้สูงอายุตอนต้น คือ อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 62.25) ได้รับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 86.75) มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 48.00) และประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 50.50) ทุกคนมีหลักประกันสุขภาพโดยส่วนมากเป็นสิทธิบัตรทอง (ร้อยละ 86.50) มีบุตรเป็นผู้ดูแล (ร้อยละ 65.20) ไม่มีหน้าที่ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย (ร้อยละ 77.25) หรือเลี้ยงดูบุตรหลาน (ร้อยละ 59.25) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 62.00) ไม่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ (ร้อยละ 90.75) หรือดื่มสุรา (ร้อยละ 90.25) และไม่มีประวัติการทกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 90.00) ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N=400)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	141	35.25
หญิง	259	64.75
อายุ		
60-69 ปี	213	53.25
70-79 ปี	131	32.75



ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
80 ปีขึ้นไป	56	14.00
อายุเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 70.26 ปี		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 8.33		
สถานภาพสมรส		
โสด	26	6.50
สมรสคู่	249	62.25
หม้าย	117	29.25
หย่าร้าง/ แยก	8	2.00
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	4	1.00
ประถมศึกษา	347	86.75
มัธยมศึกษา	18	4.50
อนุปริญญา	7	1.75
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	24	6.00
ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือน		
ไม่เพียงพอ	85	21.25
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	192	48.00
เพียงพอเหลือเก็บ	123	30.75
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	148	37.00
ข้าราชการบำนาญ	21	5.52
ค้าขาย	14	3.50
เกษตรกรรม	202	50.50
รับจ้าง	14	3.50
ธุรกิจส่วนตัว	1	.25
การประกันสุขภาพ		
บัตรทอง	346	86.50
สวัสดิการข้าราชการ	52	13.00
ประกันสุขภาพเอกชน	2	.50
การมีผู้ดูแล		
ไม่มี	58	14.50
มี	342	85.50
คู่สมรส	91	26.61
บุตร	223	65.20
หลาน	19	5.56
ญาติพี่น้อง	9	2.63



ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การมีหน้าที่ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย		
ไม่มี	309	77.25
มี	91	22.75
คู่สมรส	63	69.23
บุตร	18	19.78
หลาน	4	4.40
ญาติพี่น้อง	6	6.59
การมีหน้าที่เลี้ยงดูบุตรหลาน		
ไม่มี	237	59.25
มี	163	40.75
บุตร	24	14.72
หลาน	139	85.28
โรคประจำตัวหรืออาการเจ็บป่วย		
ไม่มี	152	38.00
มี	248	62.00
1 โรค	152	61.29
มากกว่า 2 โรคขึ้นไป	96	38.71
พฤติกรรมสูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	363	90.75
สูบบุหรี่	39	9.25
พฤติกรรมดื่มสุรา		
ไม่ดื่มสุรา	361	90.25
ดื่มสุรา	39	9.75
ประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน		
ไม่เคยหกล้ม	360	90.00
หกล้ม	40	10.00
น้ำหนัก		
น้ำหนักเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 56.95 กิโลกรัม		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 10.23		
ส่วนสูง		
ส่วนสูงเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 156.92 เซนติเมตร		
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เท่ากับ 7.36		

2. ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (ร้อยละ 96.75) และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ร้อยละ 57.50) ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (N=400)

ตัวแปร	ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ			
ผลรวม ADL (Mean=19.14, SD=2.88)			
พึ่งตนเองได้ดี (กลุ่มติดสังคม)	มากกว่าหรือเท่ากับ 12	387	96.75
ดูแลตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน)	5-11	5	2.00
พึ่งตนเองไม่ได้ (กลุ่มติดเตียง)	0-4	5	1.25
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ			
ผลรวมคุณภาพชีวิต (Mean=98.71, SD=15.28)			
คุณภาพชีวิตที่ดี	96-130	23	57.50
คุณภาพชีวิตปานกลาง	61-95	170	42.50
คุณภาพชีวิตไม่ดี	26-60	0	.00

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุกับปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r = -.260, p < .05$) และการมีหน้าที่เลี้ยงดูบุตรหลานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ ($r_{pb} = -.124, p < .05$) ส่วนเพศ การมีผู้ดูแล การมีหน้าที่ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย โรคประจำตัวหรืออาการเจ็บป่วย พฤติกรรมสูบบุหรี่ พฤติกรรมดื่มสุรา และประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ ($p > .05$) ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

4. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r = -.123, p < .05$) การมีผู้ดูแล โรคประจำตัวหรืออาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r_{pb} = -.110, r_{pb} = -.246, p < .05$) ตามลำดับ ส่วนเพศ การมีหน้าที่ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย การมีหน้าที่เลี้ยงดูบุตรหลาน พฤติกรรมสูบบุหรี่ พฤติกรรมดื่มสุรา และประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ($p > .05$) ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และปัจจัยส่วนบุคคล (N=400)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	
	ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง	คุณภาพชีวิต
เพศ	-.073 (r_{pb})	-.020 (r_{pb})
การมีผู้ดูแล	.017 (r_{pb})	-.110* (r_{pb})
การมีหน้าที่ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย	-.094 (r_{pb})	-.028 (r_{pb})
การมีหน้าที่เลี้ยงดูบุตรหลาน	-.124* (r_{pb})	-.007 (r_{pb})
โรคประจำตัวหรืออาการเจ็บป่วย	.056 (r_{pb})	-.246* (r_{pb})
พฤติกรรมการสูบบุหรี่	-.055 (r_{pb})	.013 (r_{pb})
พฤติกรรมการดื่มสุรา	-.057 (r_{pb})	.010 (r_{pb})
ประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือน	-.026 (r_{pb})	.051 (r_{pb})
อายุ	-.026* (r)	-.123* (r)

หมายเหตุ: * ($p < .05$) r_{pb} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล r = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน



5. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุกับปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ อาชีพ การประกันสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ ($p>.05$) ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุกับปัจจัยส่วนบุคคล (N=400)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง				χ^2	P-value
	กลุ่ม ติดสังคม n (%)	กลุ่ม ติดบ้าน n (%)	กลุ่ม ติดเตียง n (%)	รวม n (%)		
สถานภาพสมรส					1.802	.971 ^a
โสด	26 (100)	0 (0)	0 (0)	26 (100)		
สมรสคู่	240 (96.4)	6 (2.4)	3 (1.2)	249 (100)		
หม้าย	113 (96.6)	2 (1.7)	2 (1.7)	177 (100)		
หย่าร้าง/ แยก	8 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		
ระดับการศึกษา					8.542	.410 ^a
ไม่ได้รับการศึกษา	3 (75.0)	1 (25.0)	0 (0)	4 (100)		
ประถมศึกษา	335 (96.5)	7 (2.0)	5 (1.4)	347 (100)		
มัธยมศึกษา	18 (100)	0 (0)	0 (0)	18 (100)		
อนุปริญญา	7 (100)	0 (0)	0 (0)	7 (100)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	24 (100)	0 (0)	0 (0)	24 (100)		
ความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือน					2.048	.761 ^a
ไม่เพียงพอ	84 (98.8)	1 (1.2)	0 (0)	85 (100)		
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	184 (95.8)	4 (2.1)	4 (2.1)	192 (100)		
เพียงพอเหลือเก็บ	119 (96.7)	3 (2.4)	1 (0.8)	123 (100)		
อาชีพ					16.274	.135 ^a
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	138 (93.2)	6 (4.1)	4 (2.7)	148 (100)		
ข้าราชการบำนาญ	21 (100)	0 (0)	0 (0)	21 (100)		
ค้าขาย	14 (100)	0 (0)	0 (0)	14 (100)		
เกษตรกร	202 (99.0)	1 (0.5)	1 (0.5)	202 (100)		
รับจ้าง	13 (92.9)	1 (7.1)	0 (0)	14 (100)		
ธุรกิจส่วนตัว	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0(0)		
การประกันสุขภาพ					4.638	.533 ^a
บัตรทอง	334 (96.5)	8 (2.3)	4 (1.2)	346 (100)		
สวัสดิการข้าราชการ	51 (98.1)	0 (0)	1 (1.9)	52 (100)		
ประกันสุขภาพเอกชน	2 (100)	0 (0)	0 (0)	2 (100)		

6. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า สถานภาพสมรส ($\chi^2=8.145$) ระดับการศึกษา ($\chi^2=262.09$) ความเพียงพอของรายได้ ($\chi^2 (2, N=400)= 41.286$) อาชีพ ($\chi^2 (5, N= 400)= 26.463$) และการประกันสุขภาพ ($\chi^2=17.956$) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ $p<.05$ ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 6



ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับปัจจัยส่วนบุคคล (N=400)

ปัจจัยส่วนบุคคล	คุณภาพชีวิต				χ^2	df	P-value
	ดี n (%)	ปานกลาง n (%)	ไม่ดี n (%)	รวม n (%)			
สถานภาพสมรส					8.145		.039*
โสด	14 (53.8)	12 (46.2)	0 (0)	26 (100)			
สมรสคู่	147 (59.0)	102 (41.0)	0 (0)	249 (100)			
หม้าย	61 (52.1)	56 (47.9)	0 (0)	177 (100)			
หย่าร้าง/ แยก	8 (100)	0 (0)	0 (0)	8 (100)			
ระดับการศึกษา					26.206		.000*
ไม่ได้รับการศึกษา	0 (0)	4 (100)	0 (0)	4 (100)			
ประถมศึกษา	189 (54.5)	158 (45.5)	0 (0)	347 (100)			
มัธยมศึกษา	12 (66.7)	6 (33.3)	0 (0)	18 (100)			
อนุปริญญา	6 (85.7)	1 (14.3)	0 (0)	7 (100)			
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	23 (94.8)	1 (4.2)	0 (0)	24 (100)			
ความเพียงพอของรายได้					41.286	2	.000*
ไม่เพียงพอ	30 (35.5)	55 (64.7)	0 (0)	85 (100)			
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	103 (53.6)	89 (46.4)	0 (0)	192 (100)			
เพียงพอเหลือเก็บ	97 (78.9)	26 (21.1)	0 (0)	123 (100)			
อาชีพ					26.463	5	.000*
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	66 (44.6)	82 (55.44)	0 (0)	148 (100)			
ข้าราชการบำนาญ	20 (95.2)	1 (4.8)	0 (0)	21 (100)			
ค้าขาย	7 (50.0)	7 (5.0)	0 (0)	14 (100)			
เกษตรกรรม	126 (50.0)	76 (37.6)	0 (0)	202 (100)			
รับจ้าง	10 (71.4)	4 (28.6)	0 (0)	14 (100)			
ธุรกิจส่วนตัว	1 (100)	0 (0)	0 (0)	1 (100)			
การประกันสุขภาพ					17.956		.000*
บัตรทอง	185 (53.5)	161 (46.5)	0 (0)	346 (100)			
สวัสดิการข้าราชการ	51 (82.7)	9 (17.3)	0 (0)	52 (100)			
ประกันสุขภาพเอกชน	2 (100)	0 (0)	0 (0)	2 (100)			

หมายเหตุ: a Fisher's exact test *(p<.05)

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้อธิบายตามสมมุติฐานการวิจัยได้ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.14 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ซึ่งสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทำอะไรได้ด้วยตนเองสัมพันธ์กับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี เป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยสูงอายุตอนต้น

มีความเสื่อมถอยของร่างกายไม่มาก ร่างกายแข็งแรงสุขภาพดี สามารถช่วยเหลือตนเองและปฏิบัติกิจวัตรได้ด้วยตนเอง สามารถดำรงชีวิตได้ตามลำพัง¹⁴

จากการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งอธิบายได้ว่าอายุที่เพิ่มมากขึ้นส่งผลให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยสูงอายุตอนต้น มีความเสื่อมถอยของร่างกายไม่มาก ร่างกายแข็งแรงสุขภาพดี สามารถช่วยเหลือตนเองและปฏิบัติกิจวัตรได้ด้วยตนเอง สามารถดำรงชีวิตได้ตามลำพัง¹⁴ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุที่พิการด้วยโรคหลอดเลือดสมอง¹⁵ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุที่พิการด้วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของจินตนา สุวิทวัส ศรีเทียน ตรีศิริรัตน์ และณิชาธร ภาโนมัย¹⁶ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเมเร็งที่เข้ารับการรักษาในแผนกการพยาบาลบำบัดพิเศษโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุโรคเมเร็งทั้งเพศชายและเพศหญิงส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น มีความเสื่อมถอยของร่างกายไม่มาก จึงยังมีความสามารถในการดูแลตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2¹⁷ พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

การมีหน้าที่เลี้ยงดูบุตรหลานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม ซึ่งสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงจึงสามารถเลี้ยงดูบุตรหลานได้

2. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 98.71 คะแนน ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นผู้สูงอายุอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้นและเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ซึ่งสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ร่างกายแข็งแรง สุขภาพดี จึงส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต หมายถึงเมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มขึ้นคุณภาพชีวิตจะลดลง สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ของนงนุช แยมวงษ์¹⁸ และ การศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่แห่งหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา ของสมคิด แทวกระโทก¹⁹ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะประเมินคุณภาพชีวิตของตนเองต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย และผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีการปรับตัวและเผชิญปัญหาต่างกัน อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ขัดแย้งกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดสุโขทัย²⁰ ซึ่งพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุของนงนุช แยมวงษ์¹⁸ และการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดฉะเชิงเทรา ของศรinya สถิตย²¹ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะประเมินคุณภาพชีวิตในระดับที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษา มีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เรียนจบระดับประถมศึกษา จึงมีความรู้ความสามารถขั้นพื้นฐาน สามารถอ่านเขียนและสื่อสารได้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นตามมา

ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแห่งหนึ่งใน



จังหวัดปทุมธานี ของเสาวณีย์ ระพีพรกุล²² และการศึกษาของนนุช แยมวงษ์¹⁸ เนื่องจากการมีรายได้ที่เพียงพอเป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญในชีวิตที่จะทำให้สามารถนำมาเป็นค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการดำรงชีพและสามารถตอบสนองความต้องการตามที่ตนเองปรารถนา กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอที่จะใช้จ่ายในชีวิตประจำวันแม้จะไม่เหลือเก็บ แต่การมีรายได้ที่เพียงพอทำให้ไม่มีหนี้สิน ในทางตรงข้ามหากผู้สูงอายุมีรายได้ที่ไม่เพียงพอทำให้ต้องเป็นภาระผู้อื่นในด้านค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน จึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีตามมา

อาชีพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของเด่น นวลโธสง และสุภาภรณ์ สุดหนองบัว²⁰ ซึ่งอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ซึ่งอาชีพเกษตรกรนั้นเป็นการทำกิจกรรมทางกายในระดับปานกลาง มีการเคลื่อนไหวออกแรงที่ใช้กล้ามเนื้อต่าง ๆ ได้ออกแรงและออกกำลังกายทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเจษฎา นกน้อยและวรรณภรณ์ บริพันธ์²³ ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดหนึ่งทางภาคใต้ และพบว่าอาชีพเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ เพราะการมีอาชีพที่มั่นคง มีรายได้ที่แน่นอนมีส่วนช่วยให้ชีวิตความเป็นอยู่ในวัยสูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ดีและทำให้คุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

การประกันสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาบัตรทอง ซึ่งช่วยให้มีหลักประกันในการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย มีสิทธิรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล ทำให้ผู้สูงอายุไม่ต้องกังวลกับค่ารักษาพยาบาล ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของเสมอ จิตพล²⁴ ศึกษาการจัดสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่แห่งหนึ่งของจังหวัดเพชรบุรี พบว่าการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระดับปานกลาง โดยผู้สูงอายุมีความต้องการสวัสดิการสังคมด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับสูงสุด เพราะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตรง

โรคประจำตัวหรืออาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ซึ่งการที่ผู้สูงอายุที่ต้องเผชิญกับการมีโรคประจำตัวส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตลดลงตามมา สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุประเทศอิหร่าน ของ Eliasi, Rasi & Tavakoli²⁵ และ การศึกษาของเด่น นวลโธสง สุภาภรณ์ สุดหนองบัว²⁰ แต่ผลการศึกษาขัดแย้งกับการศึกษาของศรinya สถิตย²¹ และนนุช แยมวงษ์¹⁸ ที่พบว่าโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากส่วนใหญ่เพิ่มมีโรคประจำตัวและยังสามารถดูแลตนเองได้ดี และยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าเป็นเรื่องของธรรมชาติจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจในชีวิตและประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของสมคิด แทวกระโทก¹⁹ ที่พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มิคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสดและหม้าย ซึ่งอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ การมีคู่สมรสทำให้มีเพื่อนพูดคุย สามารถระบายความทุกข์ใจในคู่ชีวิตฟังได้ มีคนคอยรับฟังปัญหา มีกำลังใจ ไม่รู้สึกเหงา มีคนคอยให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของศรinya สถิตย²¹ พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การมีผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งอธิบายได้ว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีผู้ดูแลเมื่อยามเจ็บป่วยจะประเมินคุณภาพชีวิตต่ำ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้นและเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ยังคงเป็นกลุ่มที่มีศักยภาพและมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ดูแลตนเอง พึ่งพาตนเองได้ และช่วยเหลือผู้อื่นได้อย่างสมบูรณ์ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเมื่อได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ²⁶ ตรงข้ามกับ

การศึกษาของเจษฎา นกน้อย และวรรณภรณ์ บริพันธ์³ พบว่าผู้สูงอายุที่มีบุตรหลานคอยดูแลในยามเจ็บป่วยจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรหลานดูแล เนื่องจากการมีบุตรหลานคอยดูแลช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าการดูแลตนเองไม่ถูกทอดทิ้ง ให้อยู่เพียงลำพัง²⁴ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของศรีญา สถิตย์²¹ พบว่าผู้ดูแลเมื่อยามเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ควรมีการส่งเสริมความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง โดยเริ่มทำตั้งแต่มาก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุหรือในวัยผู้สูงอายุตอนต้น 60–69 ปี เนื่องจากผลการวิจัยความสามารถในการช่วยเหลือตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุ

2. ควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีรายได้และการส่งเสริมอาชีพในผู้สูงอายุ ทั้งในเชิงนโยบายและการนำสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ส่งเสริมแนวคิดศักยภาพในผู้สูงอายุลดค่านิยมที่ “ผู้สูงอายุทุกคนควรหยุดทำงานอยู่บ้านเลี้ยงหลาน” เป็นการเพิ่มคุณค่าและเกิดรายได้ด้วยตนเอง มีความมั่นคงในชีวิตด้านเศรษฐกิจ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองมากขึ้นและคุณภาพชีวิตดีขึ้น

3. ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมในปัจจัยต่าง ๆ เช่น ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพ ความเชื่อในประสิทธิภาพแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางครอบครัว การจัดการตนเอง การดูแลตนเอง ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ความเชื่อด้านสุขภาพ กิจกรรมทางกาย เพื่อการพัฒนารูปแบบการพัฒนาความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและคุณภาพชีวิต

4. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมทางกายเพื่อส่งเสริมความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในชุมชน

5. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนการพัฒนาสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

References

1. World Health Organization (WHO). Health impact assessment: The determinants of health. [internet]. 2019 [cited 2019 May 15]. Available from: <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>
2. United Nations Population Fund. Ageing in the twenty-first century: A celebration and a challenge. New York: UNFEA.2012.
3. Office of the Permanent Secretary. Population ageing in Thailand: Present and future [internet]. 2014 [cited 2019 May 15]. Available from: <http://www.m-society.go.th/>
4. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. hailandometers [internet]. 2019 [cited 2019 May 15]. Available from: <http://www.thailandometers.mahidol.ac.th/>
5. Kumsuchat S. Health problems and health care needs among Thai elderly: Policy recommendations. Journal of Health Science 2017;26(6):1156–64. (in Thai)
6. Prachuabmoh V. Situation of the elderly in Thailand, year 2011 Bangkok: Phongphanaich Co., Ltd. 2012. (in Thai)
7. Tongdee J, Rongmuang D, Nakchatree C. Health status and quality of life among the elderly in the southern border provinces of Thailand. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2012;22(3):88–99. (in Thai)
8. Boukeaw P, Teungfung R. Health care and health status of Thai aging. Journal of the Association of Researchers 2016;21(2):94–109. (in Thai)



9. Petchprapai N. A survey of health status among the older adults who live in Muang district Nakhon Ratchasima province. *Songklanagarind Medical Journal* 2015;33(1):21–30. (in Thai)
10. Jiandon C, Suwannapong N, Boonshuyar C, Howteerakul N. Quality of life of rural elderly in Wangnamkheaw district, Nakhon Ratchasima province. *Journal of Public Health*:20114.1(3):229–239. (in Thai)
11. Krejcie RV. & Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement* 1970;30(3):607–10.
12. Sutthichai Jitapunkul. Principles of geriatric medicine. Bangkok: CU Printing House. 2541.(in Thai)
13. Suwat Mahantanirankul, Wirawan Tantipiwattanakul, Wanida Pumwaisanchai, Krongjit Wongsuwan and Rane Ponmanajirangkul. Comparison between The WHOQOL 100 indicators and the WHO BREF (26 indicators). Chiang Mai: Suanprng.1997 (in Thai)
14. Wongpanarak N, Chaleoykitti S. Depression: A significant mental health problem of elderly. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2014;15(3):24–31. (in Thai)
15. Pei L, Zang XY, Wang Y, Chai QW, Wang JY, Sun CY, et al. Factors associated with activities of daily living among the disabled elders with stroke. *International Journal of Nursing Sciences*. 2016;3: 29–34.
16. Suwittawat C, Trisirirat S, Panomai N. The relationship between basic conditioning factors and self-care agency of the hospitalized elderly patients with cancer in nursing care department. *Srinagarind Medical Journal* 2014;29(4):377–82. (in Thai)
17. Partiprajak S, Hanucharunkul S, Piaseu N. Factors predicting self-care abilities and quality of life in persons with type 2 diabetes. *Ramathibodi Nursing Journal* 2014;20(1):97–111. (in Thai)
18. Yamwong N. Quality of life and physical activities of daily living among elderly patients at HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center. *Journal of Medicine and Health Sciences* 2014;21(1):37–44. (in Thai)
19. Tawkratoke S. Guidelines for Quality of life development for the elderly of subdistrict administrative organizations in the area of Chakkarat district, Nakhon Ratchasima province. *NRRU Community Research Journal* 2017;11(1):158–70. (in Thai)
20. Naulthaisong D, Sudnongbua S. Quality of life among elderly people in the responsibility of Wangmaikon Sub-district Administrative Organization, Sawankhalok district, Sukhothai Province. *Social Sciences Research and Academic Journal* 2016;11:89–104. (in Thai)
21. Satit S. Factors relating to quality of life of the elderly in Koh Kanun sub-district, Panom Sarakham district, Chachoengsao province. *Journal of Rajanagarindra* 2016;13(30):133–141. (in Thai)
22. Rapeepornkul S. Personal factors related with quality of life among the elderly with chronic non-communicable diseases in the health promoting hospital. Bueng Kham Phroi Tambon, Moo 11, Lumlukka district, Pathumthanee province [internet]. 2019 [cited 2019 Sep 25]. Available from:<http://www.western.ac.th/media/attachments/2017/09/13/elder.pdf>
23. Noknoi1 C, Boripunt W. The quality of life of elders in Songkhla province. *Princess of Naradhiwas University Journal* 2017;9(3):94–10. (in Thai)
24. Judpoon S. Social welfare management for developing quality of life of the elderly in ubdistrict Administrative Organization, Banlat district, Veridian E-Journal Silpakorn University Phetchaburi. *Veridian E-Journal, Silpakorn University* 2013;6(3):510–9. (in Thai)



25. Eliasi LG, Rasi HA, Tavakoli A. Factors affecting quality of life among elderly population in Iran. *Humanities and Social Sciences* 2017;5(1):26-30.
26. Sangtomg J. Aging society (complete aged): The elderly condition of good quality. *Rusamilae Journal* 2017;38(1):6-28. (in Thai)



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ต ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

Factors Related to Sexual Risk Behaviors from Internet Use of Secondary School Students in Muang District, Suphanburi Province

สุนิสา จันทร์แสง¹ อารีย์ ร่องจิก² ปุรินทร์ ศรีศัลลักษณ์³ ศรีสุรางค์ เคหะนาค¹ ปัญจรัตน์ ไส้สุวรรณชาติ¹

Sunisa Chansaeng¹ Aree Rongjig² Purin Srisodsakul³ Srisurang Kahanak¹ Panjarut Laisuwannachart¹

¹วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ²สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวัฒนานคร จ.สระแก้ว

³วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

¹Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi ²Wattanakorn District Health Office, Sa Kaeo Province

³Boromrajonani College of Nursing, Suphanburi, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Sunisa Chansaeng; Email: noi_sb6@hotmail.com

Received: December 2, 2019 Revised: March 5, 2020 Accepted: March 9, 2020

บทคัดย่อ

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นสามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ง่าย ทำให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ส่งผลกระทบต่อตัววัยรุ่น เช่น การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร เป็นต้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในอำเภอเมืองจังหวัดสุพรรณบุรีและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตเป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ปีการศึกษา 2561 จำนวน 372 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามด้วยตนเอง ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบสองตัวแปรด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 84.4 มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตของนักเรียนอยู่ในระดับต่ำ โดยพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับปัจจัยต่อไปนี้คือ อายุ ($p < .01$) ระดับชั้นการศึกษา ($p < .01$) ความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ ($p < .01$) ทักษะคิดต่อการใช้อินเทอร์เน็ต ($p < .001$) ช่วงเวลาที่ใช้อินเทอร์เน็ตส่วนใหญ่ในแต่ละวัน ($p < .05$) แรงสนับสนุนทางสังคมในการใช้อินเทอร์เน็ตจากครู ($p < .05$) ข้อเสนอแนะควรมีการให้คำปรึกษาและสอดส่องพฤติกรรมการใช้คอมพิวเตอร์ในช่วงเวลาหลัง 20.00 น. เป็นต้นไป และให้หน่วยงานทางการศึกษาเสนอให้ครูผู้สอน สอดแทรกการปลูกฝังค่านิยม ทักษะคิดในการใช้อินเทอร์เน็ตไปในทางที่ถูกต้องและเหมาะสมหรือมีการจัดกิจกรรมให้ครูเข้ามามีส่วนร่วมและกระตุ้นเตือนเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตที่ไม่เหมาะสม

คำสำคัญ: การใช้อินเทอร์เน็ต; พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ



Factors Related to Sexual Risk Behaviors from Internet Use of Secondary School Students in Muang District, Suphanburi Province

Sunisa Chansaeng¹ Aree Rongjig² Purin Srisodsuluk³ Srisurang Kahanak¹ Panjarut Laisuwannachart¹

¹Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi ²Wattananakorn District Health Office, Sa Kaeo Province

³Boromrajonani College of Nursing, Suphanburi, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Sunisa Chansaeng; Email: noi_sb6@hotmail.com

Received: December 2, 2019 Revised: March 5, 2020 Accepted: March 9, 2020

Abstract

Secondary school students have an easy access to the internet, which can cause inappropriate behaviors that affect teenagers in many dimensions such as premarital sex, etc. This study aimed to investigate sexual risk behaviors from internet use among secondary school students in Muang District, Suphanburi Province, and to examine factors related to sexual risk behaviors from internet use. This study was a descriptive cross-sectional survey. The sample consisted of 372 secondary school students in Muang District, Suphanburi Province in academic year 2018. Data were collected by a self-report questionnaire which included demographic data, predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors and sexual risk behaviors from internet use. The data were analyzed using descriptive statistics, and correlation between factors was analyzed using Chi-Square test. The results showed that 84.4 percent of the sample had a low level of sexual risk behavior from internet use. Sexual risk behavior from internet use of secondary school students had a statistically significant relationship with the following factors: age ($p<.01$), level of education ($p<.01$), knowledge of the Computer-related Crime Act ($p<.01$), attitudes towards internet use ($p<.001$), period of the most internet use each day ($p<.05$), and social support using the internet from teachers ($p<.05$). It is suggested that parents should monitor internet use during the period from 8:00 pm onwards. Moreover, educational agencies should allow teachers to instill appropriate values and attitudes for internet use, or set up activities in which teachers can participate and encourage the reduction of sexual risk behaviors from improper internet use.

Keywords: hand foot and mouth disease; child development center; prevention behavior



ความเป็นมาและความสำคัญ

สถิติการใช้อินเทอร์เน็ต พบว่า มีผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ตทั่วโลก 4,388 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 55.71 ของประชากรทั่วโลก โดยถูกแบ่งออกเป็นผู้ใช้งานสังคมออนไลน์ (Social Media) 3,484 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 44.24 ของประชากรผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ตทั้งหมด¹ ส่วนในประเทศไทย พบว่าในปี พ.ศ. 2561 มีผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ต จำนวน 47.45 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 68.53 จากประชากรทั้งหมดในประเทศ โดยมีอัตราการเติบโตอยู่ที่ร้อยละ 55.09 เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ.2556 ที่มีผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ตเพียง 26.14 ล้านคน โดยมีสัดส่วนของผู้ใช้งานสูงเป็นลำดับ 18 ของโลก² ซึ่งแสดงให้เห็นอัตราการใช้งานอินเทอร์เน็ตของคนในประเทศที่เพิ่มสูงมากใน 5 ปีที่ผ่านมา โดยโซเชียลมีเดียที่คนไทยนิยมเข้าใช้งานมากที่สุด ได้แก่ YouTube ร้อยละ 97.1, Facebook ร้อยละ 96.6, Line ร้อยละ 95.8, Instagram ร้อยละ 56, Pantip ร้อยละ 54.7, Twitter ร้อยละ 27.6 และ WhatsApp ร้อยละ 12.1 ตามลำดับ³ โดยจะเห็นได้ว่าช่วงอายุที่ใช้อินเทอร์เน็ตมากที่สุดจะอยู่ในช่วงอายุน้อยกว่า 17 ปี ซึ่งมีระยะเวลาการใช้งานเฉลี่ยอยู่ที่ 5.48 ชั่วโมง/วัน⁴

จากการสำรวจการมีและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า กลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี มีสัดส่วนการใช้อินเทอร์เน็ตสูงกว่ากลุ่มอื่น จากร้อยละ 39.7 ในปี 2550 เป็นร้อยละ 51.9 ในปี 2554 และคาดว่าใช้อินเทอร์เน็ตของกลุ่มวัยรุ่นนี้น่าจะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ⁵ โดยวัยรุ่นไทยมีการใช้อินเทอร์เน็ตสูงถึง 3.1 ชั่วโมงต่อวัน และใช้เวลาในการเล่นเกมส์ออนไลน์ผ่านคอมพิวเตอร์และโทรศัพท์มือถือ รวมทั้งเกมส์อิเล็กทรอนิกส์แบบพกพาสูงที่สุดเป็นอันดับหนึ่งในเอเชีย คือ เฉลี่ยวันละ 60.7 นาที ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของวัยรุ่นในหลายๆ ประเทศ⁵ วัยรุ่นส่วนใหญ่เปิดรับสื่อลามกบนอินเทอร์เน็ตมีความถี่เฉลี่ย 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์ และมีระยะเวลาในการเปิดรับสื่อลามกบนอินเทอร์เน็ตแต่ละครั้งเฉลี่ยครั้งละ 1 ชั่วโมง รู้จักเว็บไซต์ลามกบนอินเทอร์เน็ตเฉลี่ยประมาณ 1-3 เว็บไซต์⁶ นอกจากนี้ จากผลการสำรวจของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ ที่ได้สำรวจพฤติกรรมและผลกระทบของการใช้อินเทอร์เน็ตจากกลุ่มเยาวชน:กรณีศึกษาเยาวชนอายุ 15-24 ปี ที่ใช้อินเทอร์เน็ตในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า วัยรุ่นชายร้อยละ 38.8 วัยรุ่นหญิงมีจำนวนร้อยละ 22.4 นัดพบคนรู้จักผ่านอินเทอร์เน็ต ขณะที่วัยรุ่นชายร้อยละ 26.6 วัยรุ่นหญิงมีร้อยละ 8.2 เคยมีเพศสัมพันธ์กับคนที่รู้จักทางอินเทอร์เน็ต โดยที่กลุ่มผู้ที่กระทำผิดได้มีพฤติกรรมในการใช้สื่อออนไลน์มาเป็นช่องทางในการล่อลวงผู้เสียหายทั้งเด็กและเยาวชน ถ่ายคลิปทางเพศเผยแพร่ในสื่อออนไลน์⁷

จากปัญหาความเสียหายทางเพศของเด็กวัยรุ่นที่มาจากการใช้อินเทอร์เน็ตนั้นมีอัตราสูงขึ้น ส่งผลให้ประเทศต่างๆ มีการออกกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกระทำผิดทางคอมพิวเตอร์ รวมทั้งประเทศไทยที่ได้มีการออกพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ.2550 และฉบับที่ 2 ในปี พ.ศ. 2560 เพื่อเข้ามาควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของบุคคลที่กระทำความผิดที่ไม่เหมาะสม อย่างเช่น การโพสต์รูป การแชร์ การถ่ายทอดสด ที่มีลักษณะที่ลามกซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต้องมีโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี ปรับไม่เกิน 100,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ⁸

จากอันตรายของสื่อลามกบนอินเทอร์เน็ตดังกล่าวส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร โดยการสำรวจของเอแบคโพลล์ พบว่า เด็กวัยรุ่นร้อยละ 19.7 ยอมรับว่ามีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเพราะดูสื่อลามกบนอินเทอร์เน็ต และส่งผลต่อการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จากสถิติของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2562) พบว่า วัยรุ่นไทยอายุ 15-19 ปีตั้งครรภ์และคลอดบุตร 82,019 คน คิดเป็นร้อยละ 12 ของการคลอดทั้งหมด โดยส่วนใหญ่เป็นนักเรียนนักศึกษามากกว่าร้อยละ 50 ทำให้ต้องหยุดเรียน หรือลาออก ไม่มีอาชีพ ไม่มีรายได้ ไม่มีความพร้อมในการเลี้ยงดูบุตร รวมทั้งผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งการคลอดบุตรน้ำหนักตัวน้อย โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์⁹ สอดคล้องกับอัตราการคลอดของหญิงอายุ 10-14 ปี ในปี พ.ศ. 2558 ของจังหวัดสุพรรณบุรี ที่มีอัตราการคลอดบุตรอยู่ที่ 2.0 ต่อจำนวนประชากรกลางปีหญิง 10-14 ปี ซึ่งเป็นลำดับที่ 3 ในเขตสุขภาพที่ 5¹⁰ โดยสิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าสื่อลามกบนอินเทอร์เน็ตกลายเป็นแหล่งบ่มเพาะความรู้และตัวแบบของเด็กและเยาวชน โดยปัญหาดังกล่าวนับว่า



เป็นปัญหาที่สำคัญต่อประเทศชาติเป็นอย่างมากเนื่องจากเยาวชนเป็นพลังที่จะพัฒนาประเทศชาติควรที่จะได้ใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพต่อไปในอนาคต

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อการใช้อินเทอร์เน็ต พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ ระดับการศึกษา ผลการเรียนรู้ สัมพันธภาพในครอบครัว การมีเครือข่ายทางสังคม¹¹ เพศช่วงเวลาในการเล่นอินเทอร์เน็ต และนักเรียนที่ได้รับการดูแลจากผู้ปกครองและอาจารย์¹² และพบว่ายังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ต ในจังหวัดสุพรรณบุรีแต่ผู้วิจัยได้นำ PRECEDE Model เป็นกรอบแนวคิดที่วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบสหปัจจัย ซึ่งมีสมมติฐานว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยและดำเนินการเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น โดยพฤติกรรมสุขภาพจะเกิดขึ้นนั้นต้องมีปัจจัยต่าง ๆ หลายองค์ประกอบซึ่งประกอบด้วย 3 ลักษณะ คือ ปัจจัยนำที่ช่วยในการสร้างแรงจูงใจในตัวบุคคล ปัจจัยเอื้อที่ไปสนับสนุนหรือยับยั้งพฤติกรรมไม่ให้เกิด และปัจจัยเสริมเป็นปัจจัยภายนอกที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมหรือเกี่ยวข้องกับกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพล¹³ เนื่องจากนักเรียนกลุ่มนี้มีปัจจัยหลายอย่าง เช่นการเล่นเกมส์ออนไลน์ เล่น facebook โดยสามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ง่ายจากมือถือของตนเองทั้งที่บ้านและโรงเรียน ร้านบริการให้อินเทอร์เน็ตเป็นต้น ที่ทำให้มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ต ซึ่งนักเรียนวัยนี้เป็นวัยที่ค้นหาเอกลักษณ์ของตัวเองเพื่อให้คนรอบข้าง สังคมยอมรับในตัวเองจึงอาจใช้อินเทอร์เน็ตไปในทางที่ผิดและเพื่อเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาสังคม ให้นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ให้มีความรู้ความเข้าใจถึงความปลอดภัย รู้จักป้องกันตนเอง มีจิตสำนึกในการใช้อินเทอร์เน็ตให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง สังคม และมีพฤติกรรมที่เสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตน้อยลง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

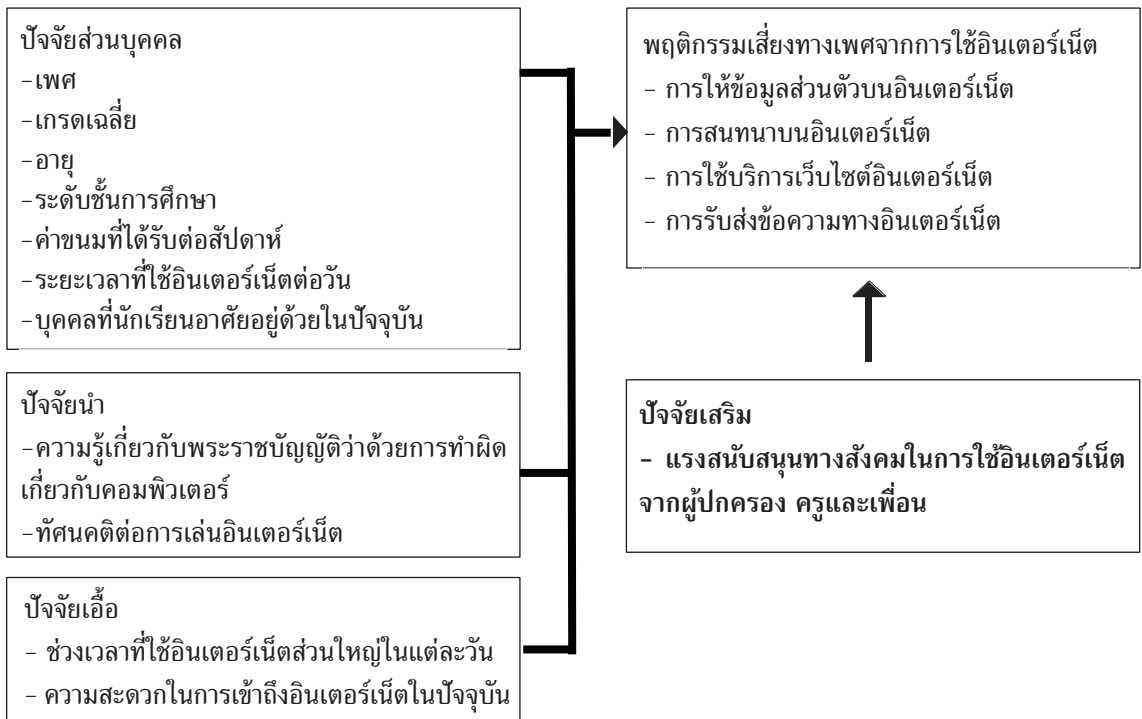
สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นการศึกษา เกรดเฉลี่ย ค่าชนมที่ได้รับต่อสัปดาห์ ช่วงเวลาที่ใช้อินเทอร์เน็ตส่วนใหญ่ในแต่ละวัน บุคคลที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี
2. ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติว่าด้วยการทำผิดเกี่ยวกับ คอมพิวเตอร์ และทัศนคติต่อการใช้อินเทอร์เน็ต มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี
3. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ระยะเวลาที่ใช้อินเทอร์เน็ตต่อวันและความสะดวกในการใช้อินเทอร์เน็ตในปัจจุบัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี
4. ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมในการใช้อินเทอร์เน็ตจากผู้ปกครอง ครูและเพื่อน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี



กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของ PRECEDE MODEL มีโดยกรอบตัวแปรที่จะทำการศึกษาดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional survey-research) ที่ทำการศึกษาในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2561 ณ โรงเรียนมัธยมศึกษาใน อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ปีการศึกษา 2561 ได้แก่ โรงเรียนสวนกุหลาบ จำนวน 1,544 คน โรงเรียนสวนแตงวิทยา จำนวน 435 คน โรงเรียนกรรณสูตศึกษาลัย จำนวน 1,637 คน โรงเรียนดลิ่งชั้นวิทยา จำนวน 385 คน โรงเรียนกาญจนาภิเษกวิทยาลัย สุพรรณบุรี จำนวน 1,269 คน รวมทั้งสิ้นมีจำนวนทั้งหมด 5,270 คน ซึ่งได้ทำการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยอ้างอิงสูตรของทาร์โรว์ ยามาเน่ อ้างอิงในบุญธรรม กิจปริดาภิรัฐ¹⁴ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 372 คน จากนั้นทำการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) โดยทำการจับฉลากโรงเรียนมัธยมศึกษา ในอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรีทั้ง 5 โรงเรียนที่กล่าวไว้ข้างต้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกันอยู่ในโรงเรียนเขตเมืองทั้งหมด พื้นที่ที่มีความเหมือนกันจึงได้ทำการจับฉลากเลือกขึ้นมา 3 โรงเรียนเพื่อนำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างแล้วหาค่าสัดส่วนตัวอย่างจากประชากรของนักเรียนทั้ง 3 โรงเรียน และใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ตามสัดส่วนของนักเรียนแต่ละชั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามให้ตอบด้วยตนเอง (self-administrated questionnaires) แบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่



1) ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นการศึกษา เกรดเฉลี่ย ค่าขนมที่ได้รับต่อสัปดาห์ ระยะเวลาที่ใช้ อินเทอร์เน็ตต่อวัน บุคคลที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน มีจำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำถามแบบเติมคำและแบบชนิด เลือกตอบ

2) ปัจจัยนำ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำผิดด้วยคอมพิวเตอร์ จำนวน 12 ข้อ โดยมีลักษณะเป็นคำถามแบบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ใช่และไม่ใช่ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผลความรู้แบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้ ช่วงคะแนน .00-7.20 ระดับต่ำ ช่วงคะแนน 7.21-9.59 คะแนน และ ช่วงคะแนน 9.60-12.00 คะแนน ระดับสูง และทัศนคติต่อการใช้อินเทอร์เน็ต จำนวน 15 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ต และเป็นคำถามแบบ มาตราส่วนประมาณค่าประกอบด้วย 5 ตัวเลือก ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การกำหนดค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ สามารถแบ่งได้ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 คะแนนอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.34- 3.66 คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 คะแนนอยู่ในระดับต่ำ

3) ปัจจัยเอื้อ จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วย ช่วงเวลาที่ใช้อินเทอร์เน็ตส่วนใหญ่ในแต่ละวัน โดยมี 5 ตัวเลือก ให้เลือกมา 1 คำตอบได้แก่ 1.ช่วงเวลา 08.00-12.00 น. 2.ช่วงเวลา 12.00-16.00 น. 3.ช่วงเวลา 16.00-20.00 น. 4.ช่วงเวลา 20.00-24.00 น. 5.ช่วงเวลา 24.00-08.00 น. และความสะดวกในการใช้อินเทอร์เน็ตในปัจจุบัน มีลักษณะเป็นคำถามแบบชนิดเลือกตอบ ได้แก่ 1.สะดวก 2.ไม่สะดวก

4) ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย แรงสนับสนุนทางสังคมในการใช้อินเทอร์เน็ตจากผู้ปกครอง จำนวน 7 ข้อ จากครู จำนวน 7 ข้อและจากเพื่อนจำนวน 6 ข้อ โดยมีลักษณะเป็นคำถามแบบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ได้รับและไม่ได้รับ ตอบได้รับ ได้ 1 คะแนน และไม่ได้รับ ได้ 0 คะแนน การแปลผลแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ปกครองและจากครู ช่วงคะแนน .00-4.19 คะแนน อยู่ในระดับต่ำ ช่วงคะแนน 4.20-5.59 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 5.60-7.00 คะแนน อยู่ในระดับมาก และการแปลผลแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ช่วงคะแนน .00-3.59 คะแนน อยู่ในระดับต่ำ ช่วงคะแนน 3.60-4.79 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 4.80-6.00 คะแนน อยู่ในระดับมาก

5) แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ต มีจำนวน 25 ข้อ มีลักษณะการวัดเป็นแบบ มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย ไม่เคย แปลความหมายคะแนน เป็น 3 ระดับ คะแนนเฉลี่ย 2.67-4.00 อยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 1.34-2.66 อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย .00-1.33 อยู่ในระดับน้อย

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรง ครอบคลุมในเนื้อหา ตลอดจนความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งแบบสอบถาม ทัศนคติต่อการใช้อินเทอร์เน็ต เท่ากับ .81 พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ต เท่ากับ .95 และความรู้ เกี่ยวกับพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำผิดด้วยคอมพิวเตอร์ ด้วยวิธีการของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) โดยใช้สูตร Kr-20 เท่ากับ .65

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานงานขอหนังสือจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรีเพื่อขอความอนุเคราะห์ ในการดำเนินการวิจัย หลังจากงานวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี



2. ผู้วิจัยนำหนังสือวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี เข้าพบ ผู้อำนวยการโรงเรียนทั้ง 3 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนโรงเรียนสวนหทัย โรงเรียนสวนแตงวิทยา โรงเรียนกรรณสูตศึกษาลัยด้วยตนเองตลอดจนการเก็บข้อมูล ในการดำเนินการวิจัยเพื่อวางแผนในการออกเก็บข้อมูลโดยประชุมชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัย ร่วมรับทราบถึงวัตถุประสงค์ และแนวทางในการดำเนินการเก็บข้อมูลและนัดหมายไปยังโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เพื่อแจ้งวันเวลาที่ จะออกไปเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามครั้งเดียวแต่แบ่งระยะเวลาในการเก็บข้อมูลเป็น 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 เริ่มเก็บข้อมูล ในวันที่ 1-3 ของเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2561 โดยผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูล ณ โรงเรียนสวนแตงวิทยา อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ครั้งที่ 2 เริ่มเก็บข้อมูลในวันที่ 4-9 ของเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2561 โดยผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูล ณ โรงเรียนสวนหทัยและโรงเรียนกรรณสูตศึกษาลัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยขอความร่วมมือจากอาจารย์ ประจำกลุ่มสาระพลศึกษา ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 372 คน ตามที่กำหนดไว้และผู้วิจัยจะอธิบายชี้แจงข้อมูลตามเอกสาร จส.04 มีรายละเอียดดังนี้ วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์และผลกระทบ/อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด รวมถึงสามารถซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างวิจัยยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยด้วยวาจา กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีอายุต่ำกว่า 18 ปีจะต้องมีการลงนาม ในใบยินยอมจากผู้ปกครองให้ทำการวิจัยตามเอกสาร จส.05 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้เป็นที่เข้าใจซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นคนตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

5. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนเพื่อเตรียมการบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา (ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม) โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบสองตัวแปร ด้วยสถิติ chi-square test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่องนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี เอกสารรับรองเลขที่ PHCSP-นศ.120

ผลการศึกษา

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 372 คน เป็นชายร้อยละ 40.1 หญิงร้อยละ 59.9 โดยมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 13.45 ปีการกระจายร้อยละของช่วงอายุต่าง ๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 12-13 ปี ร้อยละ 50.6 โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ร้อยละ 35.2 รองลงมาคือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 33.3 ส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.01-4.00 ร้อยละ 60.8 นักเรียนส่วนใหญ่ได้เงินค่าขนมต่อสัปดาห์อยู่ในช่วง 401-600 บาท จำนวนร้อยละ 45.4 โดยนักเรียนส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 69.4 โดยระยะเวลาที่ใช้งานอินเทอร์เน็ต ส่วนใหญ่ของนักเรียน คือ มากกว่า 4 ชั่วโมง ร้อยละ 44.9 รองลงมา 2-3 ชั่วโมง ร้อยละ 21.2 และ 3-4 ชั่วโมง ร้อยละ 17.7



พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 84.4 ระดับปานกลาง ร้อยละ 10.8 และ ระดับมาก ร้อยละ 4.8 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ต จำแนกตามระดับพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่าง (n=372)

ระดับพฤติกรรมเสี่ยงจากการเล่นอินเทอร์เน็ต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับมาก (2.67-4.00)	18	4.8
มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง (1.34-2.66)	40	10.8
มีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย (.00-1.33)	314	84.4
$\bar{X} = .61$, $SD = .862$, $Min = 0$, $Max = 4$		

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ต

ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ต จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตกับปัจจัยส่วนบุคคล ผลการวิเคราะห์พบว่าอายุ ($p < .01$) และระดับชั้นการศึกษา ($p < .01$) โดยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ปัจจัยนำกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ต จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตกับปัจจัยนำ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ ($p < .01$) และทัศนคติต่อการใช้อินเทอร์เน็ต ($p < .001$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยการรับรู้และความเข้าใจของผู้ปกครองเกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก (n=352)

ปัจจัย	N	พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ต		df	χ^2	p-value
		เสี่ยงต่ำ	เสี่ยงปานกลาง			
		n (%)	n (%)			
เพศ				1	.888	.346
ชาย	149	129 (86.6)	20 (13.4)			
หญิง	223	185 (83.0)	38 (17.0)			
อายุ				1	7.085	.008
12 - 13	188	168 (89.4)	20 (10.6)			
14 - 15	184	146 (79.3)	38 (20.7)			
ระดับชั้นการศึกษา				2	10.169	.006
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1	117	108 (92.3)	9 (7.7)			
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2	131	110 (84.0)	21 (16.0)			
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3	124	96 (77.4)	28 (22.6)			



ปัจจัย	N	พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเตอร์เน็ต		df	χ^2	p-value
		เสี่ยงต่ำ n(%)	เสี่ยงปานกลาง- สูง n(%)			
เกรดเฉลี่ยปีล่าสุด				1	1.538	.215
1.00-3.00	146	119 (81.5)	27 (18.5)			
3.01-4.00	226	195 (86.3)	31 (13.7)			
ค่าชมเชยที่นักเรียนได้รับต่อสัปดาห์				2	4.036	.133
น้อยกว่า 400	179	158 (88.3)	21 (11.7)			
401-600	169	136 (80.5)	33 (19.5)			
มากกว่า 600	24	20 (83.3)	4 (16.7)	1	.303	.582
นักเรียนอาศัยอยู่กับใคร						
อยู่กับบิดามารดา	258	216 (83.7)	42 (16.3)			
อยู่กับคนใดคนหนึ่ง	114	98 (86.0)	16 (14.0)			
ระยะเวลาที่ใช้งานอินเทอร์เน็ตต่อวัน				2	3.002	.223
น้อยกว่า 3 ชั่วโมง	60	53 (88.3)	7 (11.7)			
3-4 ชั่วโมง	145	126 (86.9)	19 (13.1)			
มากกว่า 4 ชั่วโมง	167	135 (80.8)	32 (19.2)			

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเตอร์เน็ต

ปัจจัย	N	พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเตอร์เน็ต		df	χ^2	p-value
		เสี่ยงต่ำ n(%)	เสี่ยงปานกลาง- สูง n(%)			
ความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติฯ				2	12.254	.002
ความรู้ระดับสูง	230	206 (89.6)	24 (10.4)			
ความรู้ระดับปานกลาง	81	61 (75.3)	20 (24.7)			
ความรู้ระดับต่ำ	61	47 (77.0)	14 (23.0)			
ทัศนคติต่อการใช้อินเตอร์เน็ต				2	43.276	<.001
ทัศนคติอยู่ในระดับสูง	166	160 (96.4)	6 (3.6)			
ทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง	194	149 (76.8)	45 (23.2)			
ทัศนคติอยู่ในระดับต่ำ	12	5 (41.7)	7 (58.3)			

ปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเตอร์เน็ต จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเตอร์เน็ตกับปัจจัยเอื้อ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ช่วงเวลาที่ใช้อินเตอร์เน็ตส่วนใหญ่ในแต่ละวัน ($p < .05$) นั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเตอร์เน็ต



ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ต

ปัจจัย	N	พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ต		df	χ^2	P-value
		เสี่ยงต่ำ n(%)	เสี่ยงปานกลาง- สูง n(%)			
ช่วงเวลาที่ใช้คอมพิวเตอร์เน็ต				2	6.747	.034
ก่อน 16.00 น.	121	108 (89.3)	13 (10.7)			
16.00-20.00 น.	125	108 (86.4)	17 (13.6)			
หลัง 20.00 น.	126	98 (77.8)	28 (22.2)			
การใช้อินเทอร์เน็ต				2	.005	1.000
สะดวก	366	309 (84.4)	57 (15.6)			
ไม่สะดวก	6	5 (83.3)	1 (16.7)			

ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ต จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตกับพฤติกรรมเสริม พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการใช้อินเทอร์เน็ตจากครู ($p < .05$) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ต

ปัจจัย	N	พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ต		df	χ^2	P-value
		เสี่ยงต่ำ n(%)	เสี่ยงปานกลาง- สูง n(%)			
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการใช้อินเทอร์เน็ตจากผู้ปกครอง				2	4.303	.116
ระดับมาก	249	217 (87.1)	32 (12.9)			
ระดับปานกลาง	67	53 (79.1)	14 (20.9)			
ระดับต่ำ	56	44 (78.6)	12 (21.4)			
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการใช้อินเทอร์เน็ตจากครู				2	6.934	.031
ระดับมาก	294	255 (86.7)	39 (13.3)			
ระดับปานกลาง	34	24 (70.6)	10 (29.4)			
ระดับต่ำ	44	35 (79.5)	9 (20.5)			
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการใช้อินเทอร์เน็ตจากเพื่อน				2	2.609	.271
ระดับมาก	152	123 (80.9)	29 (19.1)			
ระดับปานกลาง	54	48 (88.9)	6 (11.1)			
ระดับต่ำ	166	143 (86.1)	23 (13.9)			



อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 372 คน ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตอยู่ในระดับน้อย เนื่องจากนักเรียนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีความรู้ในเรื่องพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ในระดับสูง จึงทำให้นักเรียนรู้เท่าทันกับสื่อลามกอนาจารและรู้จักวิธีป้องกันตนเองจากการใช้อินเทอร์เน็ตในทางที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งนักเรียนยังมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้อินเทอร์เน็ตและยังได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้อินเทอร์เน็ตอย่างปลอดภัยจากผู้ปกครองและครูทำให้นักเรียนมีความคิดเห็นไปทางบวกในเรื่องของการใช้อินเทอร์เน็ตที่เหมาะสม ทำให้นักเรียนมีความระมัดระวังเพิ่มมากขึ้นในการใช้อินเทอร์เน็ต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมสรศักดิ์ อธิเวสส์¹² ที่ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยพบว่า นักเรียนมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการเล่นอินเทอร์เน็ตอยู่ในระดับน้อยที่สุด และการศึกษา พรชนนตรี บุญคง¹¹ โดยมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับต่ำ โดยศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศหญิงในระดับอาชีวศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร

ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ต ผลการศึกษาพบว่า อายุ ระดับชั้นการศึกษา และค่าชนมที่ได้รับต่อสลิปดาห์ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ต อายุ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ต พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุ 14-15 ปี เนื่องจากเริ่มมีความเป็นตัวของตัวเองสูง ติดเพื่อนมากขึ้น และมีความสนใจเพศตรงข้ามมากขึ้นพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตในระดับสูง เนื่องจากเป็นช่วงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางเพศทางความคิดและการมีเอกลักษณ์ของตัวเอง¹⁵ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิรนนท์ ตีเลิศและจักรีรัตน์ แสงวาริ¹⁶ ซึ่งพบว่ากลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุ 19-21 ปี มีพฤติกรรมเปิดสื่อออนไลน์ในรูปแบบแชทส์ดิ่งของวัยรุ่นไทยมากที่สุด และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ต พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับสูงซึ่งมากกว่า 2 ระดับชั้น โดยเห็นได้ว่าการที่มีระดับชั้นสูงขึ้นจะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเพิ่มมากขึ้นด้วยเนื่องจากอาจเป็นเพราะอยู่ในวัยที่อยากรู้อยากลองมีการค้นหาเอกลักษณ์และวัยนี้ยังกำลังในการหาช่องทางในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ง่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณรัตน์ ศรีชูศิลป์¹⁷ พบว่าพฤติกรรมการใช้เครือข่ายออนไลน์นั้น ระดับชั้นปีที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมใช้เครือข่ายสังคมสื่อออนไลน์และพฤติกรรมเปิดรับข้อมูลข่าวสารแตกต่างกัน

อย่างไรก็ตามพบปัจจัยส่วนบุคคลบางตัว ได้แก่ เพศ เกรดเฉลี่ย ค่าชนมที่ได้รับต่อสลิปดาห์ บุคคลที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน และระยะเวลาที่ใช้งานอินเทอร์เน็ตต่อวัน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ต ซึ่งเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ต พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจึงไม่ค่อยมีพฤติกรรมเสี่ยงในเรื่องการใช้อินเทอร์เน็ตซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสมสรศักดิ์ อธิเวสส์¹² พบว่า นักเรียนชายมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตมากกว่าเพศหญิงในทุกด้าน เกรดเฉลี่ยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ต พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเกรดเฉลี่ยสูงจะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตไม่แตกต่างจากกลุ่มที่มีเกรดเฉลี่ยต่ำซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนุชทิมา โสภาววง¹⁸ ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้เครือข่ายออนไลน์และการติดเครือข่ายออนไลน์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาโดยพบว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้เครือข่ายออนไลน์และการติดเครือข่ายออนไลน์ และพรชนนตรี บุญคง¹¹ พบว่า ผลการเรียนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนค่าชนมที่ได้รับต่อสลิปดาห์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตพบว่านักเรียนได้รับค่าชนมต่อสลิปดาห์จำนวนน้อยกว่า 400 บาท หรือมากกว่า 600 บาท ก็ไม่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจิรนนท์ ตีเลิศ และจักรีรัตน์ แสงวาริ¹⁶ พบว่ารายได้ต่อเดือนที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการใช้เครือข่ายออนไลน์



ในรูปแบบเช็คสแตนด์ของวัยรุ่นแตกต่างกัน บุคคลที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วยปัจจุบัน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ต ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจิรนนท์ ดีเลิศและจักรีรัตน์ แสงวารี¹⁶ พบว่ารูปแบบการพักอาศัยที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมเปิดรับสื่อออนไลน์ในรูปแบบเช็คสแตนด์ของวัยรุ่นไทยแตกต่างกันโดยพบว่า วัยรุ่นที่อาศัยอยู่กับมารดามีพฤติกรรมเปิดรับสื่อออนไลน์ในรูปแบบเช็คสแตนด์ของวัยรุ่นมากที่สุด และระยะเวลาที่ใช้อินเทอร์เน็ตต่อวันไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการใช้งานอินเทอร์เน็ตต่อวันน้อยกว่า 3 ชั่วโมงหรือมากกว่า 4 ชั่วโมงก็ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตเนื่องจากมีการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้อินเทอร์เน็ตอย่างปลอดภัยจากผู้ปกครองและครู ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐวุฒิ จ่าอยู่¹⁹ และพบว่านักเรียนที่มีระยะเวลาการเล่นอินเทอร์เน็ตมากจะเพิ่มพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตจากการกระทำต่อเนื่องหลังใช้อินเทอร์เน็ตมากขึ้น

ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติว่าด้วยการทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์และทัศนคติต่อการเล่นอินเทอร์เน็ตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ต โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์อยู่ในระดับสูงจะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากในโรงเรียนมีวิชาเรียนคอมพิวเตอร์ที่สอนเรื่องพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ได้แก่ การส่งภาพอนาจาร การแชร์รูป วิดีโอลามก ทำให้นักเรียนมีความรู้ก็จะป้องกันหรือดูแลตนเองได้ว่าตนเองกำลังทำในสิ่งที่ไม่เหมาะสม มีการไตร่ตรอง ยังคิดยังทำ ก่อนจะทำอะไรลงไป ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุธัญรัตน์ ใจขันธ²⁰ มีการได้รับการดูแลและให้ความรู้ในการใช้อินเทอร์เน็ตอยู่ในระดับน้อยซึ่งการมีความรู้อยู่ในระดับน้อยอาจเป็นสาเหตุหนึ่งของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตโดยเกิดจากการขาดความรู้/ขาดทักษะในเรื่องนั้น²¹ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับสูงซึ่งมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำเนื่องจากการมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้อินเทอร์เน็ตจะทำให้นักเรียนมีความรู้สึกที่ค่อนข้างไปในทางไม่ติดกับการใช้สื่อไปในทางที่ไม่เหมาะสมโดยจะทำให้นักเรียนไม่ชอบการใช้อินเทอร์เน็ตไปในทางที่ไม่เหมาะสม ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของศิวัช จันทนาสุภาภรณ์²²

ปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตพบว่า ช่วงเวลาที่ใช้อินเทอร์เน็ตส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ต การใช้อินเทอร์เน็ตในปัจจุบันไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐวุฒิ จ่าอยู่¹⁹ โดยพบว่าช่วงเวลาการใช้อินเทอร์เน็ตโดยรวม มีผลทางบวกกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการสื่อสารบนอินเทอร์เน็ตหมายถึงช่วงเวลาการใช้อินเทอร์เน็ตมีผลเพิ่มพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการสื่อสารบนอินเทอร์เน็ต เนื่องจากผลการศึกษาพบว่านักเรียนส่วนใหญ่มีช่วงการใช้อินเทอร์เน็ต ระหว่างหลัง 20.00 น. ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ปกครองพักผ่อนแล้วซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมสรศักดิ์ อธิวิสัย¹² และความสะดวกในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตในปัจจุบันไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตพบว่า นักเรียนทุกคนมีมือถือและสามารถใช้อินเทอร์เน็ตได้ทุกคน และสามารถใช้อินเทอร์เน็ตในการค้นหาสิ่งต่าง ๆ ได้สะดวกมากขึ้น ซึ่งสามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ง่ายซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพนม เกตุมาน²¹ ที่พบว่านักเรียนอาจใช้ความสะดวกสบายในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตนี้ไปในทางที่ผิดทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตได้

ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ต พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการใช้อินเทอร์เน็ตจากครู มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ต การได้รับคำแนะนำตักเตือนจากครูในเรื่องระยะเวลาในการเล่นที่เหมาะสม การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ มารยาทในการเล่นอินเทอร์เน็ตและการใช้อินเทอร์เน็ตอย่างปลอดภัย เป็นต้น ทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนอยู่ในระดับน้อยเนื่องจากนักเรียนส่วนใหญ่ใช้เวลาอยู่ที่โรงเรียนมากกว่าอยู่ที่บ้านและทางโรงเรียนมีการตั้งโปรแกรมป้องกันการเข้าเว็บไซต์ที่ไม่



เหมาะสมและการได้รับการดักเตือน แนะนำ ช่วยเหลือจากบุคคลที่มีอิทธิพลต่อนักเรียนทำให้นักเรียนมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้²³ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐฤดี จำอยู่¹⁹ โดยกล่าวว่า การดูแลจากอาจารย์ในการใช้อินเทอร์เน็ตของเด็กนักเรียน มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการสื่อสารบนอินเทอร์เน็ตลดลง แต่การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการใช้อินเทอร์เน็ตจากผู้ปกครองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตพบว่า นักเรียนไม่ค่อยมีเวลาอยู่กับครอบครัวโดยส่วนใหญ่จะใช้เวลาอยู่ที่โรงเรียน และรวมกับนักเรียนส่วนใหญ่เล่นอินเทอร์เน็ตหลัง 20.00 น. ซึ่งเป็นเวลาพักผ่อนของผู้ปกครองทำให้การได้รับคำแนะนำจากผู้ปกครองไม่มีผลกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ต ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสมสรรค์ อธิเวสส์² และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการใช้อินเทอร์เน็ตจากเพื่อนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตพบว่า การได้รับคำแนะนำ ดักเตือนจากเพื่อนไม่มีผลในการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐฤดี จำอยู่¹⁹ โดยศึกษาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มเพื่อนในทางที่ดี พบว่านักเรียนที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มเพื่อนในเรื่องที่ดี จะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการสื่อสารอินเทอร์เน็ตน้อย

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ควรให้บิดา มารดา สร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันภายในครอบครัว สอดส่อง ให้คำแนะนำ หรือดักเตือนบุตรหลานที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมในการใช้อินเทอร์เน็ตและควรมีการกำหนดช่วงเวลาการเล่นอินเทอร์เน็ตโดยจำกัดเวลาเล่นได้ถึง 20.00 น. และติดตั้งตัวคัดกรองเว็บไซต์ที่ไม่เหมาะสมให้แก่บุตรหลาน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุในการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ต
2. หน่วยงานทางการศึกษาควรเสนอให้ครูผู้สอน สอดแทรกเนื้อหาความรู้ ปลุกฝัง ค่านิยม ทศนคติในการใช้งานอินเทอร์เน็ตที่เกี่ยวกับการใช้อินเทอร์เน็ตที่ไม่เหมาะสมโดยชี้ประเด็นไปในเรื่องการโพสต์ข้อมูลส่วนตัวลงอินเทอร์เน็ต หรือการส่งต่อ กดไลค์รูปภาพที่ไม่เหมาะสมให้กับนักเรียนเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าความรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์และทศนคติในการใช้อินเทอร์เน็ตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ต
3. สถาบันการศึกษาควรมีการจัดกิจกรรมให้ครูเข้ามามีส่วนร่วมแนะนำและกระตุ้นเตือนหรือกระบวนการในการใช้งานอินเทอร์เน็ตที่ไม่เหมาะสมโดยเน้นไปในส่วนของเด็กที่มีพฤติกรรมเสี่ยงก่อนเช่นนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 ซึ่งเด็กวัยนี้มีการค้นหาเอกลักษณ์ให้กับตนเอง อยากรู้ อยากลองและมีความสามารถในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้มากกว่านักเรียนวัยอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในอำเภอต่าง ๆ แล้วนำมาเปรียบเทียบกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเหมือนหรือแตกต่างจากนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างไร
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี
3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มเช่น เพศ ระดับการศึกษา เป็นต้น ในเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากการใช้อินเทอร์เน็ตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี



References

1. We are social. Digital 2019: Global internet use (cited 2020 Jan 9) Available from: <https://wearesocial.com/blog/2019/01/digital-2019-global-internet-use-accelerates.2019>. [in Thai]
2. Office of The National Broadcasting and Telecommunication Commission. NBTC Internet Statistics Report v 2.0. (cited 2020 Jan 9) Available from: <http://webstats.nbt.go.th/netnbt/INTERNETUSERS.php>. 2020 [in Thai]
3. Electronic Transactions Development Agency. Thailand internet user profile (cited 2020 Jan 9) Available from: <https://www.etda.or.th/content/thailand-internet-user-profile-2017-and-value-of-e-commerce-survey-in-thailand-20171-press-conference.html>. 2017 [in Thai]
4. Wongrianthong N. A glance at interesting statistics about online behaviors. THAILAND INTERNET USER PROFILE [Internet]. 2017. [cited 2018 Mar 22]. Available from: <https://www.thumbsup.in.th/thailand-internet-user-profile-2018>. [in Thai]
5. National Statistical Office. Teenage : Internet : Game online (cited 2020 Jan 9) Available from: http://service.nso.go.th/nso/web/article/article_47.html. 2019. [in Thai]
6. Rungsisawat S. “Teenage” Exposure to pornography and sexual intercourse. Matichon, 5. (2010, 21 Febuary) [in Thai]
7. Sankaew K. Social Network Usage Behaviors of X Generation in Bangkok. Independent Study, Master of Business Administration: Bangkok University. 2016. [in Thai]
8. Computer-related Crime Act (No. 2) B.E. 2017. The Royal Thai Government Gazette. 2017. 25-27. [in Thai]
9. Bureau of information office of the permanent secretary of MOPH. 2019 Quality of love (cited 2020 Jan 9) Available from: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/04/123146/>. [in Thai]
10. Bureau of Reproductive Health. Situations of reproductive health in adolescents and youths [Internet]. 2017. [cited 2018 Mar 18]. Available from: http://rh.anamai.moph.go.th/download/all_file/index/RH@2559.pdf [in Thai]
11. Boonkong P. Factors influencing sexual risk behavior in female vocational students in Bangkok. [Master Thesis]. Bangkok: Mahidol University. 2011. [in Thai]
12. Athiwes S. Sexual risk behavior from internet use of secondary school students in Chonburi Province Region 1. [Master thesis]. Chonburi: Burapha University. 2017. [in Thai]
13. Suwan P, Suwan S. Behavior Health behavior and Health education. Bangkok: faculty of public health Mahidol University. 1989. [in Thai]
14. Kijpreedaborisut B. Techniques for developing data collection instruments for research. Bangkok: Si Anan Printing; 2010. [in Thai]
15. Tripati S. Development and adjustment in adolescents [Internet]. [cited 2018 Mar 18]. Available from: <http://www.nicfd.cf.mahidol.ac.th/th/images/documents/3.pdf> [in Thai]
16. Deelert J, Sangvari J. Online media sexting behavior among Thai adolescents in Bangkok Metropolis. Kasem Bundit Journal 2017; Dec. 18(2): 139-153. [in Thai]



17. Srichusilp A. Social network use behavior of undergraduate students in Faculty of Education in a government university. [master thesis].Bangkok: Silpakorn University.2011. [in Thai]
18. Sophawang N. Social networking addiction among secondary school students in Phitsanulok Province Master of science Public health, Mahidol University.2015. [in Thai]
19. Jamyu N. Factors predicting sexual risk behavior from internet use of high school students in a province in the eastern region. Education Journal 2013;24(1):144–157. [in Thai]
20. Jaikan S. Study of social network use behavior of the 3rd education level at Janokrong School, Phitsanulok Province. [master thesis]. Phisanulok: Naresuan University.2010. [in Thai]
21. Ketman P. Risk-taking behaviors in adolescence [Internet]. 2007. [cited 2018 Mar 10]. Available from: http://www.psyclin.co.th/new_page_78.htm [in Thai]
22. Janthanasupaporn S. Attitudes toward openness for online social media: a case study of Rajamangala University of Technology Thanyaburi. [Master Thesis] Pathumthani: Rajamangala University of Technology Thanyaburi. 2011. [in Thai]
23. Sota J. Concepts theories and application for health behavioral development. 3rd eds. Khonkaen: Khonkaen university printing;2011. [in Thai]



การพัฒนาสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด สำหรับนักศึกษาพยาบาล¹

Development of Multimedia on Mechanisms of Labour for Nursing Students¹

สุภัทสร โคมินทร์² วรัญญา แสงพิทักษ์² มาลี เกื่อนพกุล² กนกอร ศรีสัมพันธ์³

Soopussara Komindr² Waralya Sangpitak² Malee Keanoppakun² Kanokorn Srisomphan³

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร ²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

²Boromarajonani Collage of Nursing, Bangkok

³Boromarajonani Collage of Nursing Changwat Nonthaburi, Praboromarajchanok Institute

¹งานวิจัยสนับสนุนโดยสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร

¹Granted by The Nursing Alumni Association of the Ministry of Public Health

and Boromarajonani Collage of Nursing, Bangkok

Corresponding author: Soopussara Pumek; Email: Soopussara.p@bcn.ac.th

Received: October 1, 2019 Revised: January 7, 2020 Accepted: February 28, 2020

บทคัดย่อ

การเรียนการสอนด้วยสื่อแบบมัลติมีเดียช่วยให้ผู้เรียนสามารถศึกษาเรียนรู้ได้ด้วยตนเองตามความต้องการ การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนาสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอดมีกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 จำนวน 119 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) สื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอดซึ่งได้รับการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ ด้านเนื้อหาจำนวน 3 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีทางการศึกษา จำนวน 3 ท่าน 2) แบบประเมินความรู้เรื่องกลไก การคลอด จำนวน 20 ข้อ มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item objective congruence: IOC) เท่ากับ 1 และ 3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้เรียนต่อสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด มีค่า IOC เท่ากับ 1 ขั้นตอนการพัฒนาสื่อมัลติมีเดียแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้ ระยะที่ 1 การพัฒนาสื่อการเรียนการสอนกับกลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาที่ได้จากการสุ่มแบบแบ่งชั้นที่มีผลการเรียนเก่ง ปานกลาง และอ่อน จำนวน 13 ราย โดยทดลองใช้เพื่อ วิเคราะห์ข้อบกพร่องของสื่อกับนักศึกษา 3 คน ก่อนนำไปทดลองในกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย ระยะที่ 2 การทดสอบ ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ 1)แบบประเมินความรู้เรื่อง 2)แบบประเมินความพึงพอใจของผู้เรียน กับกลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาพยาบาล จำนวน 30 ราย มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .70 และ .93 ตามลำดับ ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิภาพสื่อการเรียนการสอนแบบมัลติมีเดีย กับกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล จำนวน 76 ราย ผลการศึกษา พบว่า 1) ค่าดัชนีประสิทธิผล (Effectiveness Index: E.I.) ของสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด เท่ากับ .67 2) ผู้เรียนมีความรู้เรื่องกลไกการคลอดภายหลังการเรียนรู้โดยใช้สื่อมัลติมีเดียสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 3) ความพึงพอใจต่อสื่อการเรียนการสอนแบบมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด อยู่ใน ระดับมาก คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.40 (SD=10.69) ผลการศึกษานี้ นับเป็นนวัตกรรมทางการศึกษาที่มีประสิทธิภาพ สำหรับนักศึกษาพยาบาล และเป็นทางเลือกในการจัดการเรียนการสอนในยุคศตวรรษที่ 21

คำสำคัญ: สื่อมัลติมีเดีย; กลไกการคลอด; นวัตกรรมทางการศึกษา



Development of Multimedia on Mechanisms of Labour for Nursing Students¹

Soopussara Komindr² Waralya Sangpitak² Malee Keanoppakun² Kanokorn Srisomphan³

²Boromarajonani Collage of Nursing, Bangkok

³Boromarajonani Collage of Nursing Changwat Nonthaburi, Praboromarajchanok Institute

¹Granted by The Nursing Alumni Association of the Ministry of Public Health

and Boromarajonani Collage of Nursing, Bangkok

Corresponding author: Soopussara Pumek; Email: Soopussara.p@bcn.ac.th

Received: October 1, 2019 **Revised:** January 7, 2020 **Accepted:** February 28, 2020

Abstract

Using multimedia for teaching and learning can help students to become independent learners. The objective of this study was to develop multimedia on mechanisms of labors for nursing students. This research study was conducted with 119 3rd year nursing students. The research instruments were comprised of 1) the Educational multimedia on labor processes which was evaluated by 3 content experts and 3 educational technology experts, 2) the Knowledge test on labor processes with 20 items which had an index of item objective congruence (IOC) of 1, and 3) the Student's satisfaction on labor process multimedia with an IOC of .93. The development of educational multimedia consisted of 3 steps: Step 1 was a pilot test and improvement of educational multimedia using stratified sampling of 13 students who had learning outcome at high, moderate and low levels. The first trial of analysis was conducted with 3 students prior to implementation with another group of 10 students. Step 2 was the reliability testing of Knowledge on labor processes on 30 nursing students with a Cronbach alpha's coefficient of .7 and the Student's satisfaction questionnaire with a Cronbach alpha's coefficient of .93. Step 3 was an evaluation of the effectiveness of the educational multimedia using 76 nursing students. The results indicated that the effectiveness index: (E.I.) of the educational multimedia on labor processes was .67. Students' knowledge on labor processes after learning through educational multimedia was significantly higher than that of the pretest ($p < .001$). The findings revealed that student's satisfaction towards Educational multimedia on labor processes was at a high level with a mean score of 4.40 (SD=10.69). In conclusion, the results of this study show an effective educational innovation for nursing education which can be used for alternative way of teaching and learning in the 21st century.

Keywords: multimedia; labor process; innovational education



ความเป็นมาและความสำคัญ

วิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขมีแนวคิดว่าการศึกษาคือเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาบุคคลและสังคม และการสร้างองค์ความรู้ขึ้นเกิดจากการจัดสภาพแวดล้อม สังคม การเรียนรู้จะเป็นปัจจัยเกื้อหนุนให้บุคคลเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต และการจัดการศึกษาจะเน้นการผสมผสาน ระหว่างการศึกษาในชั้นเรียนและการศึกษาตามอัธยาศัย เพื่อให้สามารถพัฒนาการเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต¹ วิธีการสอนของผู้สอนเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอและทั่วถึงสำหรับผู้เรียนที่มีจำนวนมาก ในปัจจุบันมีเทคโนโลยีด้านการศึกษามากมาย เช่น สื่อมัลติมีเดียเพื่อการเรียนการสอน สื่ออินเทอร์เน็ตที่ช่วยในการสืบค้นข้อมูลได้อย่างไม่จำกัด สื่อต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นวีดิทัศน์ คอมพิวเตอร์เพื่อการเรียนการสอน รวมไปถึงอุปกรณ์การเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต และอินเทอร์เน็ตสำหรับภายในองค์กร การศึกษา หรือ โรงเรียน สถานที่ต่าง ๆ อีกนับไม่ถ้วน จึงทำให้เกิดสื่อมัลติมีเดียขึ้นมากมาย ในปัจจุบันสื่อมัลติมีเดียเพื่อการศึกษานั้น คือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ออกแบบเพื่อใช้ในการเรียนการสอน โดยบูรณาการเอาข้อมูลรูปแบบต่าง ๆ เช่น ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว เสียง วิดีโอ และข้อความ เข้าไปเป็นองค์ประกอบเพื่อการสื่อสาร และการให้ประสบการณ์ เพื่อให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพนั่นเอง บทบาทของสื่อมัลติมีเดียเพื่อศึกษามี 2 ประเภทดังนี้ 1) สื่อมัลติมีเดียเพื่อนำเสนอข้อมูล ส่วนใหญ่จะอยู่ในรูปการสื่อสารทางเดียว มีวัตถุประสงค์เพื่อเน้นความรู้ที่ตนคิด เน้นโครงสร้าง และรูปแบบการให้ข้อมูลเป็นขั้นตอน ไม่เน้นการตรวจสอบความรู้ของผู้รับ โปรแกรมส่วนมากจะควบคุมโดยระบบคอมพิวเตอร์ หรือผู้นำเสนอ 2) สื่อมัลติมีเดียเพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง เป็นโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ออกแบบเพื่อผลิตแฟ้มสื่อมัลติมีเดียสำหรับการศึกษา และนำเสนอแฟ้มที่ผลิตแล้วแก่ผู้เรียน โดยการนำเสนอข้อมูลของสื่อมัลติมีเดียนี้ จะเป็นไปในลักษณะสื่อมัลติมีเดียเชิงปฏิสัมพันธ์ (interactive) มีวัตถุประสงค์ทั่วไป วัตถุประสงค์เฉพาะ โดยครอบคลุมทักษะความรู้ ความจำ ความเข้าใจ และเจตคติ โปรแกรมได้รับการออกแบบให้ผู้เรียนเป็นผู้ควบคุมกิจกรรมการเรียนรู้ทั้งหมด² การใช้คอมพิวเตอร์ผสมผสานรูปแบบการนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่หลากหลาย ทั้งด้านการมองเห็นข้อความ ภาพได้ยินเสียง หรือมีการโต้ตอบกับสื่อ ก่อให้เกิดการรับรู้ที่หลากหลาย³

วีดิทัศน์เป็นสื่อการศึกษาประเภทหนึ่ง ที่เรานิยมนำมาใช้ในการเรียนการสอน เพราะสามารถสื่อสารไปยังกลุ่มคนที่มีจำนวนมาก สามารถจัดเก็บเป็นข้อมูลและทำเป็นระบบออนไลน์ให้ผู้เรียนสามารถเข้าถึงได้ตลอดเวลาตามความต้องการ การเรียนรู้จากสื่อวีดิทัศน์ผู้เรียนสามารถได้ยินเสียง มีภาพเคลื่อนไหว หรือบางสื่อสามารถโต้ตอบข้อความ ส่งผลให้ผู้เรียนมีประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรมได้เป็นอย่างดี ซึ่งจากการศึกษาของพงศ์ศักดิ์ บัวจะมะ พบว่า สื่อวีดิทัศน์บนอินเทอร์เน็ตเพื่อใช้ส่งเสริมความมีจิตสาธารณะมีคุณภาพระดับดีมาก ผลของการมีจิตสาธารณะหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁴ สอดคล้องกับการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ตามแนวคิดห้องเรียนกลับด้าน (flipped classroom) เรื่องการตรวจร่างกาย รายวิชาการประเมินภาวะสุขภาพ พบว่าการใช้วีดิทัศน์ในการเรียนรู้ตามแนวคิด flipped classroom มีคุณภาพระดับดีมาก และผู้เรียนมีทักษะปฏิบัติหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁵

การพัฒนาสื่อการเรียนการสอนเป็นทางเลือกหนึ่งที่ช่วยให้ผู้เรียนได้ทบทวนและเรียนรู้ด้วยตนเอง นำไปสู่ความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพได้ โดยไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย และส่งผลให้การศึกษา มีประสิทธิภาพมากขึ้น สื่อมัลติมีเดีย จะช่วยทำให้นักศึกษาเข้าใจได้ง่ายขึ้น โดยการนำเสนอภาพเคลื่อนไหว ทำให้ผู้เรียนเกิดการอยากเรียนรู้มากขึ้น สอดคล้องกับ แบนดูรา⁶ ที่กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงได้นั้น ขึ้นอยู่กับ การเรียนรู้ทางสังคม การสร้างความมั่นใจของแต่ละบุคคล สามารถสร้างและพัฒนาได้ โดยส่งเสริมการเรียนรู้และให้ประสบการณ์แก่บุคคลเหล่านั้น เช่น การได้เห็นผู้อื่นปฏิบัติพฤติกรรมนั้น และตนเองก็สามารถปฏิบัติพฤติกรรมอย่างที่ได้เห็นได้ สิ่งต่างๆ ที่ได้รับรู้จะช่วยกระตุ้นให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ จากการศึกษาของสุริสา ลามช้าง และสมจิต เกียรติวัฒนเจริญ เกี่ยวกับผลของการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยใช้สื่อมัลติมีเดียต่อความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันของนักศึกษาพยาบาล พบว่ากลุ่มนักศึกษาที่ได้รับการสอน



โดยอาจารย์ร่วมกับการศึกษาสื่อมัลติมีเดียด้วยตนเองมีระดับคะแนนความรู้และคะแนนความมั่นใจในการปฏิบัติพยาบาลสำหรับเด็กป่วยโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันเพิ่มขึ้นจากก่อนทำการทดลองและมากกว่านักศึกษาในกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าสื่อมัลติมีเดียจัดเป็นสื่อที่เหมาะสมต่อการนำไปใช้ในการกระบวนการสอน ทำให้การเรียนการสอนน่าสนใจ นักศึกษาสามารถทบทวนด้วยตนเองนำไปสู่ความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น

การนำสื่อสารสนเทศมาใช้ในการศึกษาทำให้บทบาทของผู้สอนเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องจากการเป็นผู้สอนที่ทำหน้าที่ถ่ายทอดมาเป็นผู้สร้าง ส่งเสริมทักษะการคิดขั้นสูง ส่งเสริมความสามารถในการใช้สารสนเทศ และปลูกฝังการทำงานและการปฏิบัติงานร่วมกันของนักเรียน ซึ่งผู้สอนยุคใหม่ จะต้องเป็นผู้สอนที่ 1) เป็นผู้ช่วยเหลือผู้เรียนในการตัดสินใจเกี่ยวกับคุณภาพและความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลและสารสนเทศ 2) เปิดใจกว้างและวิพากษ์ความคิดอย่างมีอาชีพ 3) ให้ความร่วมมืออย่างกระตือรือร้น และเป็นผู้ประสานงาน 4) เป็นสื่อกลางระหว่างผู้เรียนกับสิ่งที่ผู้เรียนต้องการเรียนรู้

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร ได้จัดการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์ 1 ที่เป็นวิชาพื้นฐานวิชาแรกเกี่ยวกับการพยาบาลด้านสูติกรรม เป็นเนื้อหาสำคัญที่ต้องสอบขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ซึ่งการจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎี แต่ไม่มีชั่วโมงภาคทดลองควบคู่กันไป โดยกำหนดให้มีการเรียนการสอนแก่นักศึกษาในระดับชั้นปีที่ 3 ซึ่งในการจัดการเรียนการสอน อาจารย์ผู้สอนหาสื่อการสอนมาช่วยเสริมบ้างโดยมอบหมายให้นักศึกษาศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองผ่านบทเรียนออนไลน์ ในปีการศึกษา 2558 พบผลประเมินการจัดการเรียนการสอนโดยรวมอยู่ในระดับดี-ดีมาก และผู้เรียนเสนอให้เพิ่มสื่อการเรียนการสอน เช่น หุ่นเชิงกรานหุ่นทารก อุปกรณ์ทำคลอดและสื่อวีดิทัศน์ทัศนภาพเคลื่อนไหว เป็นสื่อในการสอนให้มากขึ้น ซึ่งสิ่งที่ผู้เรียนต้องการเป็นอันดับแรกคือ สื่อมัลติมีเดียกลไกการคลอด จากการทำแบบสอบถามนักศึกษาทำการสนทนากลุ่มในนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และ 4 ชั้นปีละ 10 คน โดยแยกชั้นปีพบว่า คณะเรียนภาคทฤษฎีมีการเปิด VDO การคลอดลูกจากผู้คลอดจริงแต่ไม่สามารถเห็นการหมุนของศีรษะทารกตามกลไกการคลอดภายในเชิงกราน แม้ว่าอาจารย์ผู้สอนมีสถิติกลไกการคลอดโดยใช้หุ่นหน้าชั้นเรียน ซึ่งนักศึกษาจำนวนมาก และไม่สามารถทบทวนเนื้อหาได้ด้วยตนเองหลังเลิกเรียน เมื่อขึ้นฝึกภาคปฏิบัติในห้องคลอดนักศึกษาส่วนใหญ่รู้สึกไม่มั่นใจ ตื่นเต้น วิตกกังวล และกลัวไม่กล้าฝึกภาคปฏิบัติเพราะไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้คลอดมาก่อน ถ้าหมุนศีรษะทารกผิดทิศทาง ก็เป็นอันตรายกับทารกได้ ซึ่งเป็นผลจากการจัดการเรียนการสอนในภาคทฤษฎี จะเห็นได้ว่าการจัดการเรียนการสอนในวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ 1 เป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากเป็นเสมือนการจัดประสบการณ์ในการฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลด้านสูติกรรมครั้งแรกของนักศึกษา และมีความสำคัญต่อการก้าวสู่วิชาชีพการพยาบาลเป็นอย่างมาก ประสบการณ์ที่ประทับใจในการฝึกภาคปฏิบัติครั้งแรก จะช่วยปลูกฝังทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ ดังนั้นอาจารย์จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนากลยุทธ์การสอน โดยมีการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์มาใช้ ประกอบการสอนเพื่อช่วยส่งเสริมให้นักศึกษามีความรู้และมีความมั่นใจในการองค์ความรู้เรื่องกลไกการคลอด ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจสร้างสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด เพื่อให้นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจเรื่องกลไกการคลอด ตลอดจนมีแนวทางในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารก และผดุงครรภ์ 1 จากสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด เมื่อต้องขึ้นฝึกปฏิบัติงานแผนกห้องคลอด รวมทั้งเป็นสื่อการเรียนที่นักศึกษาสามารถนำไปใช้ในการทบทวนความรู้และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องต่อไป

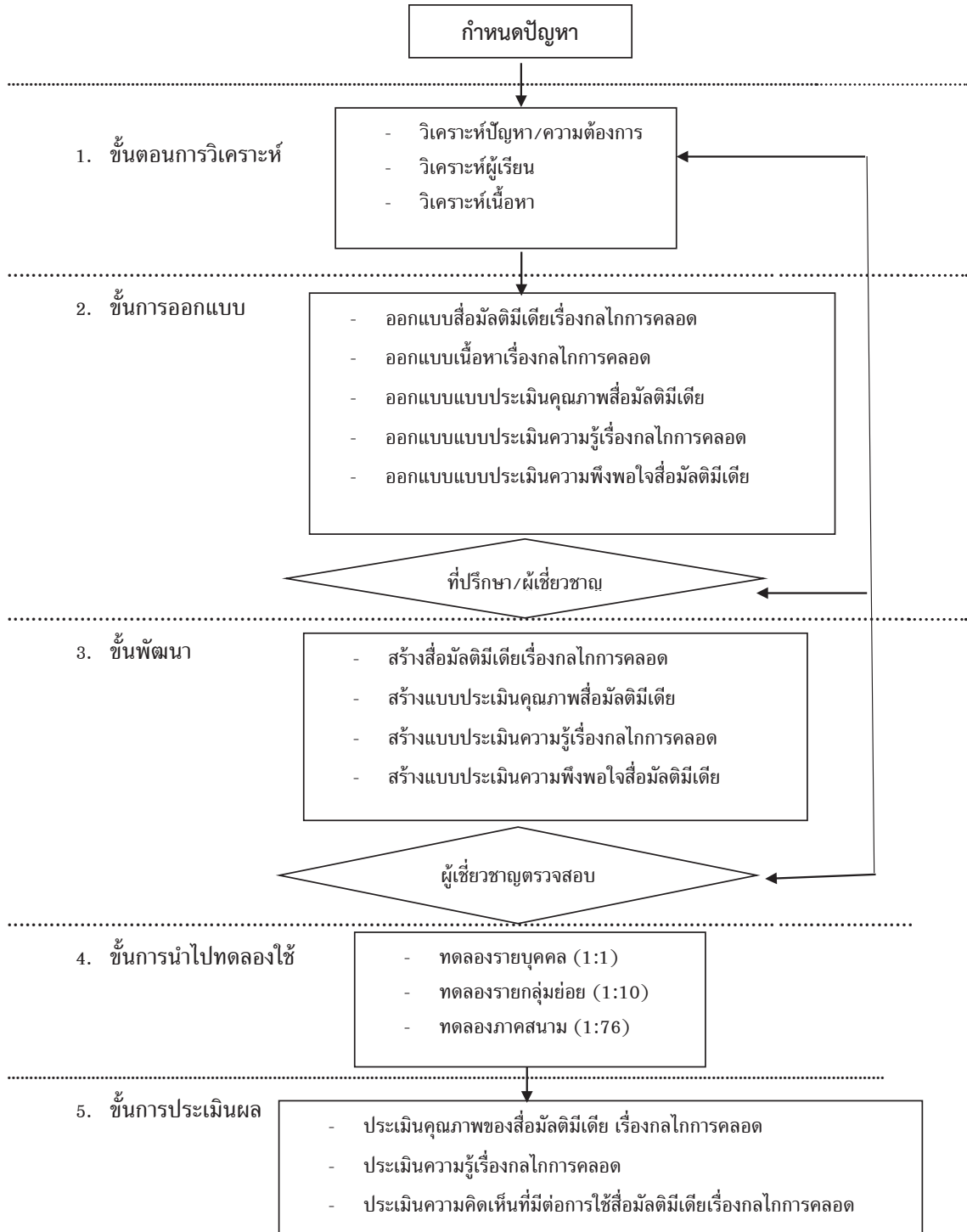
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาสื่อมัลติมีเดีย เรื่องกลไกการคลอด สำหรับนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อประเมินดัชนีประสิทธิผลสื่อมัลติมีเดีย เรื่องกลไกการคลอด
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับกลไกการคลอดของผู้เรียนหลังการใช้สื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร
4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด ของผู้เรียน



กรอบแนวคิดที่ใช้ในงานวิจัย

การพัฒนาสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด มีการออกแบบและพัฒนาสื่อโดยใช้ ADDIE Model ของลีและโอเวน⁹ ดังนี้





4.1.3 Conclusion: what are the consequences of what you have written? การสรุปเนื้อหาสาระสุดท้ายของเรื่อง เขียนขึ้นเพื่อต้องการบอกผู้อ่านว่าได้เขียนอะไรไว้บ้าง และอาจเน้นประเด็นที่เขียน หรืออาจเป็นการส่งประเด็นท้ายที่ประสงค์จะฝากให้ผู้อ่านให้ได้คิดต่อไป อย่างไรก็ตามการสรุปจะต้องไม่เป็นการสร้างประเด็นการเขียนขึ้นมาใหม่ เพราะจะทำให้การจบประเด็นไม่สมบูรณ์ได้

4.2 การเขียนเนื้อหาในแต่ละย่อหน้าหรือแต่ละบท

การเขียนย่อหน้าเนื้อหาในแต่ละหน้าอาจมีหลายประเด็นหลัก โดยทั่วไปในหนึ่งหน้า อาจมีอย่างน้อย 2 ถึง 3 ประเด็น หรือ topic โดยแบ่งประเด็นละย่อหน้า เพื่อจะทำให้ผู้อ่านตามประเด็นที่ต้องการเสนอได้เป็นระยะ ๆ เชื่อมโยงกัน และการย่อหน้ายังช่วยให้ผู้อ่านได้พักสายตาขณะอ่านในแต่ละหน้า โดยแต่ละประเด็นหรือย่อหน้าที่นำเสนอมีองค์ประกอบ ดังนี้

4.2.1 Topic sentence เป็นประโยคสำคัญของย่อหน้าที่จะบอกผู้เขียนถึงประเด็นหลักของย่อหน้า ซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ประโยคแรก

4.2.2 Supporting sentence เป็นประโยคสนับสนุนของข้อความในประโยคแรก

4.2.3 Present as argument เป็นการนำเสนอการเขียนแบบ argument ซึ่งเป็นการเขียนที่มีลักษณะ ดังนี้

1) การนำเสนอมีความชัดเจนและเชื่อมโยงกับประโยคถัดมา (coherent with its parts clearly connected to each other)

2) นำเสนอเนื้อหาของสถานการณ์และกรณีศึกษา ทั้งสองด้าน (present both sides of a case or situation)

3) เป็นการเขียนแบบตรรกวิทยา (as logically connected writing) ที่มีความเป็นเหตุเป็นผล และเชื่อมโยงกัน

4) เป็นการเขียนชิ้นงานที่สนับสนุนด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์หรือมีเหตุผล (as a thesis with supporting evidence and reasons)

4.2.4 A mini conclusion or summary มีการสรุป ซึ่งเป็นลักษณะของการบอกผู้อ่านว่าเขียนอะไรมา ประเด็นสำคัญอยู่ตรงไหน และมีข้อเสนอแนะต่ออย่างไร ซึ่งเป็นลักษณะของการสรุปแบบ conclusion แต่การสรุปต้องไม่เป็นการขึ้นประเด็นใหม่

4.2.5 Referral sentence มีการส่งต่อประโยคท้ายของย่อหน้าไปสู่ย่อหน้าต่อไป จะช่วยให้การนำเสนอเนื้อหา มีความสอดคล้องกัน และยังเป็นการเรียงร้อยภาษาให้มีความสละสลวย

โดยสรุป การเขียนตำราหรือหนังสือ เริ่มจากกระบวนการคิดตั้งแต่ชื่อเรื่องที่จะเขียน จากนั้นต้องสร้างเค้าโครงเรื่องที่แสดงโมทัศน์หลักของผู้เขียนในบทที่ 1 และมีความเชื่อมโยงสู่โมทัศน์ย่อยในบทต่อ ๆ ไป ต่อด้วยการลงมือเขียนตามเค้าโครงเรื่อง โดยผู้เขียนต้องมีความรู้ทั้งที่เป็นความรู้สั่งสมจากประสบการณ์หรือที่เรียกว่าความรู้ที่ฝังลึกในตัวผู้เขียน (Tacit knowledge) และความรู้ในเชิงทฤษฎีหรือความรู้ที่เปิดเผยแล้ว (Explicit knowledge) ซึ่งเป็นความรู้เชิงประจักษ์ที่เป็นแนวคิด ทฤษฎี หลักการ หรือผลงานวิจัย ที่ได้รับการพิสูจน์และเป็นที่ยอมรับ นอกจากนั้นในการนำเสนอเนื้อหาของตำราหรือหนังสือที่แสดงถึงความเป็นมืออาชีพของผู้เขียนเพื่อให้ความสละสลวยของภาษา จำเป็นต้องมีความรู้ทางด้านภาษาและการเป็นบรรณาธิการ มีการตรวจสอบด้วยตนเองเบื้องต้น สิ่งเหล่านี้จะช่วยเพิ่มคุณค่าของบทความหรือตำรา อีกทั้งยังแสดงถึงเอกลักษณ์ทางภาษาของผู้เขียน ลีลาการนำเสนอ ซึ่งสะท้อนถึงวิถีคิดและภูมิปัญญาของผู้เขียน แน่นนอนหากดำเนินการเช่นนี้ ตำราหรือหนังสือที่เขียนขึ้นในแต่ละคนย่อมแตกต่างจากผู้อื่นเขียน ทั้ง ๆ ที่เรื่องที่เขียนอาจคล้ายคลึงกัน



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร ตามเอกสารโครงการเลขที่ EC-11/2560 ประชากรคือนักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2561 จำนวน นักศึกษาทั้งหมด 162 ราย ระหว่างเดือน สิงหาคม 2561 ถึง มกราคม 2562 กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มหลายชั้น จำนวน 76 ราย โดยคละกลุ่มที่เรียนเก่ง ปานกลาง และอ่อน ซึ่งจัดกลุ่มจากประเมินวัดความรู้เรื่องกลไกการคลอด ก่อนการใช้สื่อมัลติมีเดีย โดยแบ่งเป็นระยะดังนี้ 1) ระยะพัฒนาสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด จำนวน 13 ราย โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการจับสลากด้วยรหัสนักศึกษาของชั้นปีที่ 3 2) ระยะทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ จำนวน 30 ราย เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง และ 3) ระยะประเมินประสิทธิภาพของสื่อมัลติมีเดีย จำนวน 76 ราย โดยสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการจับสลากด้วย รหัสนักศึกษาของชั้นปีที่ 3 โดยไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่าง 13 คนแรก ในระยะพัฒนาสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด โดยมีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างดังนี้ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ที่ .80 มีขนาดอิทธิพลขนาดกลางเท่ากับ .5 และมีระดับนัยสำคัญเท่ากับ .0510 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 63 ราย สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นจึงมี กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เป็น 76 คน ส่วนนักศึกษาที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 73 คน สามารถทดลองใช้สื่อมัลติมีเดีย เรื่องกลไกการคลอดได้เมื่อโครงการวิจัยสิ้นสุดลง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ สื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นใช้สอนรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์ 1 โดยดำเนินการดังนี้ 1) เนื้อหาของสื่อมัลติมีเดียเป็นการส่งเสริมการรับรู้ ความสามารถของตนเองด้วยการใช้ประสบการณ์ของผู้เรียนที่เกิดการเรียนรู้ ผ่านสื่อมัลติมีเดีย ซึ่งรายละเอียดของสื่อ มัลติมีเดีย เริ่มตั้งแต่ท่าของทารก ส่วนนำของทารก องค์ประกอบของเชิงกราน กลไกการคลอด ตามกรอบแนวคิด ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเชิงพุทธิปัญญา (social cognitive learning theory) ของ แบนดูรา¹¹ เป็นการให้ตัวแบบ แก่ผู้เรียน การใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นทางอารมณ์เป็นระยะๆ ความยาว 60 นาที 2) สร้าง story board ของ สื่อมัลติมีเดีย เรื่องกลไกการคลอด นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ได้แก่ แบ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านเนื้อหาเรื่อง กลไกการคลอด จำนวน 3 ท่าน เป็นอาจารย์พยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์ จำนวน 2 ท่าน สูติแพทย์ จำนวน 1 ท่าน เมื่อปรับแก้ไขตามคำชี้แนะของผู้ทรงคุณวุฒิด้านเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (validity) นำ story board ของสื่อมัลติมีเดีย เรื่องกลไกการคลอด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ จำนวน 3 ท่าน 3) สร้างสื่อมัลติมีเดีย มีภาพเคลื่อนไหว เสียงประกอบการบรรยาย นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเทคโนโลยีสารสนเทศตรวจสอบความเหมาะสม อีกครั้ง และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร ชั้นปีที่ 3 คนละกลุ่มกับกลุ่มทดลอง จำนวน 3 ราย หลังจากนั้นปรับแก้ไข และ 4) นำไปทดลองใหม่ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย นำผลมาคำนวณหาดัชนีประสิทธิผล (effectiveness index: EI) ได้เท่ากับ .67

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

2.1) แบบประเมินความรู้เรื่องกลไกการคลอด เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากแนวคิดทฤษฎีที่ เกี่ยวข้องกับเรื่องกลไกการคลอด ซึ่งประกอบด้วย กลไกการคลอด และบททดสอบท้ายบทเรียน ตามวัตถุประสงค์การ เรียนรู้ที่กำหนดไว้ใน มคอ.3 วิชาการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์ 1 ในหัวข้อเรื่องกลไกการคลอด มีจำนวน ทั้งหมด 40 ข้อ มี 4 ตัวเลือก ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวม 40 คะแนน



1.50-2.49 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย

1.00-1.49 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด

- การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (content validity) โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (index of item objective congruence : IOC) โดยใช้เกณฑ์กำหนดคะแนน 12 ได้เท่ากับ 1 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่ไม่ได้เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และนำมาหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .93 มีลักษณะ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 30 ข้อ คะแนนรวม 150 คะแนน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลตามการออกแบบและพัฒนาสื่อโดยใช้ ADDIE Model ของลี และโอเวน⁹ ดังนี้

1. ในขั้นตอนการวิเคราะห์ (analysis) เป็นการศึกษาสถานการณ์ และความต้องการสื่อการเรียนการสอน เรื่องกลไกการคลอด โดยดำเนินการศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลต่างๆ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดำเนินการขั้นต่อไปได้ ประกอบด้วย 1) ทำการประเมินความต้องการสื่อการเรียนการสอน โดยการสุ่มตัวแทนจากนักศึกษาพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ และสัมภาษณ์นักศึกษาชั้นปีที่ 3 และ 4 จำนวนชั้นปีละ 10 คน 2) ทำการวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ลักษณะการเรียนรู้ ทักษะต่างๆ เช่น ทักษะด้านภาษา ทักษะด้านคอมพิวเตอร์ ทักษะด้านการรู้เท่าทันสื่อ รวมทั้งทัศนคติ และความต้องการพิเศษอื่นๆ 3) วิเคราะห์เทคโนโลยีทางการศึกษาในปัจจุบัน 4) วิเคราะห์วัตถุประสงค์ กำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ในการออกแบบและพัฒนาสื่อให้ชัดเจน เหมาะสม สามารถทำได้จริง มีเครื่องมือในการประเมินและสามารถวัดผลได้

2. การออกแบบ (design) เป็นขั้นตอนในการกำหนดวางแผนการผลิตสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด ซึ่งประกอบด้วย การทำตารางขั้นตอนของการออกแบบ แผนงานต่างๆ กิจกรรมที่เกิดขึ้น ระยะเวลาที่ต้องดำเนินการกำหนดแผนการพัฒนาลูก การกำหนดทีมงานและบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาออกแบบ ทำการออกแบบเนื้อหา ออกแบบแบบทดสอบ แบบฝึกหัด แบบทดสอบก่อนเรียน แบบทดสอบหลังเรียน จัดทำ story board ในการทำงาน และการจัดเตรียมกราฟิก ข้อความ ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว เสียงและรูปแบบการปฏิสัมพันธ์ และทำการออกแบบวิธีวัดและเกณฑ์การประเมินผล

3. การพัฒนา (development) ลงมือผลิตสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด ฉบับต้นแบบตามที่ได้กำหนดไว้ในแผน โดยคณะผู้วิจัยจัดจ้างให้ผู้อื่นที่มีความรู้ ความสามารถในการผลิตสื่อมัลติมีเดีย ทำการพัฒนา ทั้งนี้คณะผู้วิจัยมีการควบคุมและตรวจสอบให้เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ พร้อมกันนี้คณะผู้วิจัยสร้างแบบทดสอบ แบบประเมินสื่อ และทำการประเมินหาคุณภาพเครื่องมือต่างๆ ให้เรียบร้อย เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลกระบวนการเชิงเหตุผล (rational approach) ที่เป็นการประเมินคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบจำนวน 6 ท่าน ด้านเนื้อหาเรื่องกลไกการคลอด จำนวน 3 ท่าน ด้านเทคโนโลยีทางการศึกษา จำนวน 3 ท่าน

4. การทดลองใช้ (implementation) นำสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ที่ไม่ใช่กลุ่มทดลอง ซึ่งมีคุณลักษณะคล้ายคลึงกัน เพื่อหาประสิทธิภาพของสื่อการเรียนการสอนที่ออกแบบ โดยทำการประเมินกระบวนการเชิงประจักษ์ (empirical approach) โดยเป็นการหาประเมินประสิทธิภาพของสื่อมัลติมีเดีย ที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพของสื่อ ดำเนินการทดลองใช้จริงตามรูปแบบหรือแผนที่คณะผู้วิจัยกำหนด ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยสุ่มอย่างง่ายตามรหัสนักศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย หลังจากนั้นปรับปรุงแก้ไขและทดลองใหม่จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย นำผลมาคำนวณหาดัชนีประสิทธิผล (effectiveness index: EI)

5. การประเมินผล (evaluation) เป็นการประเมินผลระหว่างดำเนินการ โดยการประเมินความรู้เรื่องกลไกการคลอดก่อนและหลังการทดลองซึ่งกลุ่มตัวอย่างเคยผ่านการเรียนการสอนในห้องเรียนเรื่องกลไกการคลอด ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากผู้เรียนก่อนและหลังการใช้สื่อมัลติมีเดีย โดยนักศึกษามีเวลาในการเรียนรู้ด้วยสื่อมัลติมีเดีย 60 นาที ซึ่งระหว่างการใช้สื่อมัลติมีเดียมีแบบทดสอบเพื่อทบทวนเนื้อหาเป็นระยะ หลังจากนั้นประเมินความรู้เรื่องกลไกการคลอด 20 ข้อ 20 นาที และแบบสอบถามความพึงพอใจและคำถามปลายเปิด และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูปดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษา แจกแจงความถี่ และคิดคะแนนเป็นร้อยละ 2) การประเมินกระบวนการเชิงประจักษ์ (empirical approach) โดยเป็นการหาประสิทธิภาพเชิงปริมาณที่เป็นตัวชี้คุณภาพของสื่อ โดยการประเมินความรู้จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ก่อนและหลังการใช้สื่อมัลติมีเดีย เรื่องกลไกการคลอด แล้วนำผลมาคำนวณหาดัชนีสัมประสิทธิ์ผล 3) ทดสอบความรู้เรื่องกลไกการคลอดก่อนและหลังการใช้สื่อมัลติมีเดีย เรื่องกลไกการคลอด ผู้วิจัยตรวจสอบการกระจายของข้อมูล โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่ามีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normal distribution) จึงทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติทดสอบค่าที ชนิด 1 กลุ่มโดยวัดก่อนและหลัง (pair-t-test) 3) ทดสอบความพึงพอใจของผู้เรียนเรียนหลังใช้สื่อมัลติมีเดียโดย แจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และเป็นร้อยละ ผลการศึกษา

ผู้เรียนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 67 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.16 ส่วนเพศชาย จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.84 ผลการเปรียบเทียบความรู้ของกลุ่มตัวอย่างคลอด โดยใช้รูปแบบกลุ่มที่มีการทดสอบก่อนการทดลอง และทดสอบหลังการทดลอง (one group present posttest designs) ผลการวิเคราะห์ พบว่า ผู้เรียนผ่านการประเมินความรู้เรื่องกลไกการคลอดก่อนเรียนด้วยสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.16 และมีผู้เรียนที่สอบผ่านหลังเรียนด้วยสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด จำนวน 54 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.05 และความรู้เกี่ยวกับกลไกการคลอดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ที่เรียนรู้ด้วยสื่อมัลติมีเดีย เรื่องกลไกการคลอด รายวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์ ก่อนและหลังเรียนมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.30 คะแนน และ 13.17 คะแนน ตามลำดับ เมื่อนำมาเปรียบเทียบ พบว่าผลการประเมินความรู้เรื่องกลไกการคลอดหลังเรียนด้วยสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด สูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังแสดงในตารางที่ 1 ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับกลไกการคลอดก่อนและหลังเรียน

คะแนน	n	Mean	SD	t	P
ก่อนเรียน	76	8.30	2.67	-12.33	.00
หลังเรียน	76	13.17	3.13		

ด้านความพึงพอใจต่อสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอดของผู้เรียน ผู้เรียนมีความพึงพอใจของผู้เรียนที่มีต่อสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด โดยรวมมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.40 (SD=10.69) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายข้อ พบว่า สื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอดด้านเนื้อหาและการนำเสนอมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 4.45 (SD=2.86) ผู้เรียนมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก รองลงมาเป็นด้านประโยชน์ของสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอดมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.44 (SD=2.32) ผู้เรียนมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก และน้อยที่สุดคือด้าน ภาพ เสียง และตัวอักษร ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.30 (SD=6.29) ผู้เรียนมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ระดับความพึงพอใจต่อสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอดของผู้เรียน (N=76)

รายการประเมิน (รายด้าน)	$\bar{X}$	SD	ระดับความพึงพอใจ
1. ด้านเนื้อหาและการนำเสนอ	4.45	2.86	มาก
2. ด้าน ภาพ เสียง และตัวอักษร	4.30	6.29	มาก
3. ด้านคุณภาพสื่อมัลติมีเดีย	4.42	1.05	มาก
4. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ในบทเรียน	4.39	1.56	มาก
5. ด้านประโยชน์ของสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด	4.44	2.32	มาก
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	4.40	10.69	มาก

อภิปรายผล

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. จากการพัฒนาสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอดให้มีคุณภาพ โดยผ่านผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาเรื่องกลไกการคลอด จำนวน 3 ท่าน และด้านเทคโนโลยีทางการศึกษา จำนวน 3 ท่าน สื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด ประกอบด้วย ข้อความ ภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหว เสียงบรรยายประกอบ และมีเสียงดนตรีเบา ๆ เป็นระยะ ๆ มีการออกแบบหน้าจอให้เห็นชัดเจน มีเมนูที่ใช้ง่าย และมีการนำเสนอเนื้อหาที่กระชับ เป็นลำดับขั้นตอน มีนำสื่อมัลติมีเดียไปทดสอบประสิทธิภาพก่อนนำบทเรียนไปใช้จริงโดยผ่านการทดสอบแบบเดี่ยว แบบกลุ่มเล็ก และการทดสอบภาคสนาม ซึ่งการทดสอบดังกล่าวทำให้คณะผู้วิจัยได้รับทราบข้อบกพร่องของสื่อมัลติมีเดียดังกล่าว ความเหมาะสมของลำดับขั้นตอนการนำเสนอบทเรียนที่เป็นสื่อมัลติมีเดีย เพื่อนำไปปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ในขั้นตอนการทดสอบประสิทธิภาพบทเรียนครั้งนี้มีการนำไปทดสอบกับผู้เรียนกลุ่มอ่อน กลุ่มปานกลาง และกลุ่มเก่ง เพื่อให้สื่อมัลติมีเดียที่พัฒนาขึ้นมาสามารถใช้กับผู้เรียนที่มีความหลากหลาย¹⁵ ระหว่างการทดสอบประสิทธิภาพสื่อมัลติมีเดียมีการสอบถามความพึงพอใจรายด้าน ได้แก่ 1) ด้านเนื้อหาและการนำเสนอ 2) ด้าน ภาพ เสียง และตัวอักษร 3) ด้านคุณภาพสื่อมัลติมีเดีย 4) การมีปฏิสัมพันธ์ในบทเรียน 5) ประโยชน์ของสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด

จะเห็นได้ว่าสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอดที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นมีคุณภาพ ซึ่งผลจากการพัฒนาสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอดพบว่า มีผู้เรียนผ่านเกณฑ์การประเมินความรู้เรื่องกลไกการคลอดก่อนเรียนด้วยสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด(เกณฑ์ในการสอบผ่านร้อยละ 60) จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.16 และมีผู้เรียนที่สอบผ่านเกณฑ์หลังเรียนด้วยสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด จำนวน 54 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.05 จะเห็นได้ว่าผู้เรียนกลุ่มนี้มีความรู้เรื่องกลไกการคลอดแล้ว จากการมีผู้สอบผ่านก่อนการเรียนด้วยสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด เพราะกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมีการเรียนการสอนในชั้นเรียน และผ่านการสอบเรื่องกลไกการคลอด ในรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์ 1 แต่หลังจากได้เรียนด้วยสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอดซึ่งมีเนื้อหาที่น่าสนใจ เข้าใจง่าย มีเสียง ตัวอักษร และภาพเคลื่อนไหวประกอบให้เห็นชัดเจน นักศึกษาสามารถทบทวนได้ด้วยตนเอง มีผู้เรียนที่ผ่านการประเมินความรู้เรื่องกลไกการคลอดเพิ่มขึ้นจากเดิมจำนวนมาก แสดงให้เห็นว่าสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอดมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการเสริมความรู้เรื่องกลไกการคลอดโดยให้ผู้เรียนได้มีโอกาสศึกษาด้วยตนเอง สอดคล้องกับผลการศึกษเกี่ยวกับการพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องบทบาทของพยาบาลในการวางแผนครอบครัวหลังคลอด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2559 จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง พบว่า หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดียเรื่อง “บทบาทพยาบาลในการวางแผนครอบครัวหลังคลอด” มีประสิทธิภาพ 73.54/85.00 โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถทำคะแนนเฉลี่ยได้เป็นร้อยละ 73.54 และกลุ่มตัวอย่างจำนวน

ร้อยละ 85 สามารถบรรลุวัตถุประสงค์แต่ละข้อ 15 สอดคล้องกับการศึกษาผลของการใช้บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน เรื่องการคัดแยกผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินต่อความถูกต้องในการคัดแยกของพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 11 ราย พบว่า ความถูกต้องในการคัดแยกของพยาบาลหลังเรียนด้วยคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (ร้อยละ 85.91) มีมากกว่าความถูกต้องในการคัดแยกของพยาบาลก่อนเรียนด้วยคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (ร้อยละ 45.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)¹⁶

2. ค่าดัชนีประสิทธิผล (effectiveness index: EI) ของสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด เป็นการหาความก้าวหน้าขึ้นจากพื้นฐานความรู้เดิมที่มีอยู่แล้ว หลังจากที่ได้เรียนได้เรียนจากสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด พบว่า ได้ค่า EI เท่ากับ .6738 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ .50 แสดงว่า หลังจากใช้สื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด ผู้เรียนมีคะแนนเพิ่มขึ้นร้อยละ 67.38 ซึ่งเป็นเพราะว่าผู้เรียนมีการทดสอบก่อนการใช้สื่อ ถึงแม้จะไม่ทราบผลสอบก่อนการใช้สื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด แต่แบบทดสอบก่อนเรียนเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความกระตือรือร้น และมีความตั้งใจเรียน และเมื่อเรียนด้วยสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอด ผู้เรียนมีโอกาสดำเนินตนเองตามจุดประสงค์ที่กำหนดไว้ในแต่ละเนื้อหา ซึ่งมีแบบฝึกหัดให้ผู้เรียนได้ทดลองทำ และมีเฉลยให้ผู้เรียนได้ทำการประเมินตนเองทันทีและเมื่อจบบทเรียนแต่ละชุดมีแบบทดสอบหลังเรียนให้ผู้เรียนได้ตรวจสอบความก้าวหน้าของตนเอง หากไม่เข้าใจสามารถย้อนกลับไปศึกษาได้ตลอดเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของ กรกาญจน์ ปานสุวรรณ และนฤมล แสงจันทร์เกี่ยวกับการพัฒนาบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเรื่องการเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บสำหรับนิสิตพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยนเรศวร โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 30 คน พบว่า บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเรื่องการเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บ โดยประสิทธิภาพของสื่อ (E1/E2) มีค่าเท่ากับ 84.33/88.00 เนื่องจากสื่อเป็นโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ช่วยสอนเป็นแบบการสาธิต (demonstration) สามารถดึงดูดความสนใจของผู้เรียนได้ดี และผู้เรียนสามารถทดลองสาธิตย้อนกลับได้ด้วยตนเอง¹⁷ ซึ่งคล้ายกับผลการศึกษาเกี่ยวกับการสร้างบทเรียนโปรแกรมวิชาคณิตศาสตร์เรื่องการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นสำหรับนักเรียนชั้น มัธยมศึกษาปีที่ 6 พบว่า บทเรียนโปรแกรมวิชาคณิตศาสตร์เรื่องการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น มีค่าดัชนีประสิทธิผลเท่ากับ .6485 ประสิทธิภาพของกระบวนการต่อประสิทธิภาพของผลลัพธ์ (E1/E2) มีค่าเท่ากับ 78.02/76.20 และนักเรียนที่เรียนด้วยบทเรียนโปรแกรมดังกล่าวมีความพึงพอใจในการเรียนอยู่ในระดับมาก (Mean=4.28, SD=.56)¹⁸ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อรสุชา มูลประसार¹⁹ พบว่าบทเรียนโปรแกรมวิชาคณิตศาสตร์เรื่องระบบจำนวนจริง สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 มีค่าดัชนีประสิทธิผลเท่ากับ .6475 และจากการศึกษาของพิกุลทอง บุญคำเกี่ยวกับบทเรียนโปรแกรมวิชาคณิตศาสตร์เรื่องระบบจำนวนเต็ม สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ค่าดัชนีประสิทธิผลเท่ากับ .79 สอดคล้องกับผลการศึกษาของปยุตญ์ รัตนกุล¹⁹ เกี่ยวกับบทเรียนโปรแกรมวิชาคณิตศาสตร์ เรื่องสถิติ สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5 มีค่าดัชนีประสิทธิผลเท่ากับ .70

3. เมื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับกลไกการคลอดของผู้เรียนหลังการใช้สื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอดของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ผลการประเมินความรู้เรื่องกลไกการคลอดหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 (ดังตารางที่ 1) สื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอดมีทั้งภาพเคลื่อนไหว เสียง บรรยาย และตัวอักษร รวมทั้งมีบททดสอบท้ายบทเรียนเป็นระยะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการเรียนรู้ด้วยตัวเอง สามารถทบทวนความรู้เพิ่มเติมตามความต้องการ ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับทฤษฎีของแบนดูรา¹¹ เนื่องจากเกิดการเรียนรู้จากสื่อมัลติมีเดียที่เป็นการให้ตัวแบบแก่ผู้เรียน การใช้เสียงบรรยายชักจูง และแบบทดสอบท้ายบทเรียนการกระตุ้น รวมทั้งทบทวนบทเรียนเป็นระยะๆ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่อง บทบาทของพยาบาลในการวางแผนครอบครัวหลังคลอด พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังเรียนสูงกว่าผลการทดสอบก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)¹⁵ สอดคล้องกับการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ตามแนวคิด Flipped Classroom เรื่องการตรวจร่างกาย รายวิชาการประเมิน พบว่า ทักษะปฏิบัติหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



ที่ระดับ .05 และจากศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยการบูรณาการสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (development of the integrated e-learning course for undergraduate nursing students) สำหรับนักศึกษาพยาบาลในระดับปริญญาตรี ผลการวิจัย พบว่า 1) รูปแบบการจัดการเรียนการสอนทั้งแบบแทนที่ทั้งหมด และแบบนำมาประกอบกัน ต้องประกอบด้วย เนื้อหา และการเตรียมเนื้อหา กระบวนการในการเรียนรู้ การสื่อสาร และการวัดและการประเมินผล 2) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของกลุ่มนักศึกษาที่เข้าเรียนตามรูปแบบการจัดการเรียนการสอนผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์แบบแทนที่ทั้งหมด (full/comprehensive replacement) มีค่าสูงกว่ากลุ่มนักศึกษาที่เข้าเรียนตามรูปแบบนำมาประกอบกัน (hybrid type) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)²⁰

4. จากการประเมินผลมีความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างหลังการเรียนด้วยสื่อมัลติมีเดียเรื่องกลไกการคลอดอยู่ในระดับมาก (Mean=4.40, SD=10.69) สอดคล้องกับสอดคล้องกับการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ตามแนวคิด Flipped Classroom เรื่องการตรวจร่างกาย รายวิชาการประเมินสุขภาพ พบว่า ผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=3.59, SD=.17) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิยะดา เปาวนา³ เกี่ยวกับประสิทธิภาพสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการสวนล้างช่องคลอด ในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ³ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี พบว่า ผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.41, SD=.56)⁵ สอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องบทบาทของพยาบาลในการวางแผนครอบครัวหลังคลอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการใช้นหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดียโดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean=4.25) ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มัลติมีเดีย เรื่อง “บทบาทพยาบาลในการวางแผนครอบครัวหลังคลอด” เป็นสื่อดิจิทัลที่มีคุณภาพดีทั้งในด้านเนื้อหาและรูปแบบ¹⁵ สอดคล้องกับการศึกษาของ กรกาญจน์ ปานสุวรรณ และนฤมล แสงจันทร์เกี่ยวกับการพัฒนาบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเรื่องการเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บสำหรับนิสิตพยาบาล พบว่า ผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนในส่วนการนำเสนอและประสิทธิภาพการใช้งานโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=3.90, SD=.75) และในส่วนเนื้อหาบทเรียนโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=3.92, SD=.78)¹⁷ และจากการศึกษาของ หรรษา เศรษฐบุปผา สมบัติ สุกุลพรรณ และสุวิทย์ อินทอง เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยการบูรณาการสื่ออิเล็กทรอนิกส์สำหรับนักศึกษาพยาบาลในระดับปริญญาตรี พบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจโดยรวมในระดับปานกลางค่อนข้างสูง และพึงพอใจที่สามารถเรียนได้ทุกที่ทุกเวลา 4) ปัญหาอุปสรรคพบว่าระบบเครือข่ายอาจเข้าถึงได้ยาก ผลการศึกษานี้ นับเป็นนวัตกรรมการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาในระดับปริญญาตรี เพื่อให้เป็นทางเลือกสำหรับการจัดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ต่อไป²⁰

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษานี้ เป็นการพัฒนาสื่อที่มีคุณค่าในการพัฒนาความรู้นักศึกษาและค่อนข้างทันสมัย สามารถเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดเวลา และจากผลการศึกษาทำให้เห็นว่รูปแบบการเรียนการสอนมีความสำคัญกับการเรียนของผู้เรียน ดังนั้นการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในด้านการศึกษา จะช่วยให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจมากยิ่งขึ้น อันจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ตลอดที่มารับบริการในโรงพยาบาลที่นักศึกษาให้การดูแล อย่างไรก็ตามนักศึกษาควรผ่านการเรียนเนื้อหากระยะตั้งคร่ำก่อนใช้สื่อ เนื่องจากนักศึกษาอาจจะต้องเข้าใจคำศัพท์เฉพาะทางที่อยู่ในสื่อมัลติมีเดียเป็นเนื้อหากระยะตลอด และนักศึกษาควรมีพื้นฐานการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ



References

1. Royal Institute Ministry of Public Health. Internal quality assurance manual 2554. [internet] 2011. [cited 28 August 2018] Available from [http://www.bcnkk.ac.th/qa/file/qa/QAsbc\(54\).pdf](http://www.bcnkk.ac.th/qa/file/qa/QAsbc(54).pdf) (in Thai)
2. Yodnoi W. Multimedia for learning [internet] 2012. [cited 28 August 2018] Available from <https://wanussanun.wordpress.com>
3. Songkram N. Design and development for learning. Bangkok: Chulalongkorn University Publishing 2010. (In Thai).
4. Buajama P. Development of internet video to support the public volunteer for bachelor degree student in major of education technology and communications at Raja Mangala University of Tecnology Thanyaburi, Pathum Thani province [Master thesis]. Pathum Thani: Raja Mangala University 2012. (In Thai).
5. Chunggis J. The development of instructional video on physical examination in health assessment course based on flipped classroom concept. Pathum Thani province [Master thesis]. Pathum Thani: Raja Mangala University 2016. (In Thai).
6. Bandura, A. Self-efficacy. In the Corsini Encyclopedia of Psychology. 4thed. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons 2010;1534-6
7. Lamchang S, Kiatwattanacharoen S. Effects of self-learning by using multimedia on knowlede and self-condence in nursing practice for children with acute respiratory tact infection among nursing students. Nursing Journal 2014;41(2):107-16. (In Thai)
8. Yodnoi W. Teacher role of apply ICT in classroom [internet] 2012 [cited 28 August 2018]. Aviable from <https://wanussanun.wordpress.com>. (in Thai)
9. Lee WW, Owens DL. Multimedia-based instructional design: computer-based training, web-based training, distance broadcast training, performance-based solutions. San Francisco: Pfeiffer. 2004
10. Pilot DF, Beck TB. Nursing research: principles and methods. 7thed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2004
11. Bandura A. Social cognitive theory. In PAM. van Lange, AW Kruglanski, ET Higgins (Eds.). Handbook of social psychological theories. London:Sage. 2011.
12. Tuntavanitch P, Jindasi P. The real meaning of IOC. Journal of Educational Measurement, Mahasarakham University 2018;24(2):3-12. (In Thai)
13. Sinjindawong S, Item analysis method. Journal of Knowled Bank at Sripatum University 2018;21-33. (in Thai)
14. Srisa-ard B, Basic research. 9th ed. Bangkok: Suviriyasad. 2010;(In Thai)
15. Sriarporn ., Suntornlimsiri N, Phakphumi P, Rangsakun N, Kisakul P, Puangsombat A. Development of a multimedia electronic book “role of nurse in postpartum family planning”. Nursing Journal 2020; 47(1):25-34 (In Thai)
16. Promton M, Wangsrikhun S, Sukonthasarn A. Effect of using computer assisted instruction for emergency department triage on nurses’ triage accuracy. Nursing Journal 2019;46(1):65-74 (in Thai)
17. Pansuwan K, Sangjak N. developing of computer assisted instruction on perineorrhaphy for nursing students. Journal of Nursing and Health Sciences 2014;8(3):38-47(In Thai).



18. Baka S, The construct mathematics programmed instruction on elementary data analysis for Mathayomsuksa six students. [Master thesis] Chonburi province: Bhurapha University 2015. (In Thai).
19. Moonprasarn O. The construction of a Programmed instruction package in mathematics on real numbers for Matthayomsuksa Four Students. Chonburi province [Master thesis]. Chonburi: Burapha University 2012. (In Thai).
20. Sethabouppha H, Skulphan S, Inthong S. Development of the integrated e-learning course for undergraduate nursing students. Journal of Education Naresuan University, 2016;18(3):1-11 (In Thai)



การพัฒนาชุมชนเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ: โรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลนาพู่ อำเภอฟะนิง อุดรธานี

Aged Friendly Community: Tambon Naphu Aging School, Amphur Phen, Udonthani

จิราพร วรวงศ์¹ ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง¹ ดาวรรณ ทวีการ² พรพรรณ มนัสจกุล³

Chiraporn Worawong¹ Chawewan Sridawruang¹ Dawruwan Thawinkarn² Pornpun Manasatchakun³

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี ¹Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani

²มหาวิทยาลัยขอนแก่น ²Khon Kaen University

³วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ³Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai

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

Received: March 19, 2020 Revised: June 8, 2020 Accepted: June 13, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยเพื่อชุมชนสังคมนี้นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้จากการจัดการความรู้ผลงานวิจัยเพื่อใช้ประโยชน์ในโรงเรียนผู้สูงอายุ และศึกษาผลของการถ่ายทอดความรู้ในโรงเรียนผู้สูงอายุต่อพื้นที่และประชาชนกลุ่มเป้าหมาย การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการวางแผน การดำเนินการ การสังเกต และสะท้อนผล ดำเนินการในพื้นที่ตำบลนาพู่ อำเภอฟะนิง จังหวัดอุดรธานี ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้แก่ ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน วิทยากรในพื้นที่ นักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ สันทนากลุ่ม และตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า องค์ความรู้และคู่มือที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ และขยายผลในพื้นที่อื่น ๆ ได้แก่ คู่มือการพัฒนาศักยภาพวิทยากรโรงเรียนผู้สูงอายุ หลักสูตรการเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อพัฒนาผู้สูงอายุให้มีศักยภาพ และคู่มือการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุตามหลักธรรมชาตินิยม นักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับดี โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาพู่ได้รับการพัฒนาเป็นโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ ด้านเครือข่ายโรงเรียนผู้สูงอายุ ชุมชนตำบลนาพู่เกิดการพึ่งพาตนเองทางสังคมและทางเศรษฐกิจ โรงเรียนผู้สูงอายุสามารถรองรับเป้าหมายการพัฒนาชุมชนเป็นมิตรกับผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และความมั่นคงทางรายได้และการอยู่อาศัยสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: การพัฒนาอย่างยั่งยืน; คุณภาพชีวิต; ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ; โรงเรียนผู้สูงอายุ



The Development of Aged Friendly Community: Tambon Naphu Aging School in Amphur Phen, Udonthani

Chiraporn Worawong¹ Chaweewan Sridawruang¹ Dawruwan Thawinkarn² Pornpun Manasatchakun³

¹Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani, Praboromarajchanok Institute

²Khon Kaen University ³Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, Praboromarajchanok Institute

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

Received: March 19, 2020 Revised: June 8, 2020 Accepted: June 13, 2020

Abstract

This Research for Community aimed to transfer knowledge from research knowledge management for utilization in aging school and to assess the effectiveness of knowledge transfer in aging school on communities and targeted populations. Participatory action research was applied for planning, action, observation and reflection. Research was conducted in Naphu sub-District, Phen District, Udonthani Province. Participants were local administrators, community leaders, local trainers, aging school students, and older persons' caregivers. Data were collected using interviews, focus group and answering questionnaires. Frequencies, percentages, means, and standard deviations were used to analyze quantitative data. Content analysis was used to analyze qualitative data. The research findings revealed that knowledge and manuals obtained from research were beneficial for utilization in other settings. These included a manual for training of trainers of aging school, a lifelong learning curriculum to promote active aging, and a manual for older persons' health promotion according to naturalism principles. The majority of aging school students had quality of life with a good level. This specific aging school was developed to be a master aging school for creating aging school network. Consequently, this led to several benefits in the community including social self-reliance, financial self-reliance which helped support community in fostering older persons' good health, social participation, and life security leading to enhanced quality of life.

Keywords: sustainable development; quality of life; active aging; aging school

ความเป็นมาและความสำคัญ

โครงสร้างประชากรของประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงไปทำให้ประเทศเข้าสู่สังคมสูงวัย ประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.9 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 18 ในปี พ.ศ. 2561 คาดการณ์ว่าประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุถึงร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2581¹ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าว ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีแนวโน้มของการอยู่คนเดียวตามลำพังเพิ่มขึ้น การเผชิญกับปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังและอาภุญกละเลยไม่ได้รับการเอาใจใส่เท่าที่ควร ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาตนเองมากขึ้น ดังนั้นการพัฒนาให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้ มีสุขภาพที่ดี มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และมีความมั่นคงทางรายได้และการอยู่อาศัยเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามกรอบแนวคิดและเป้าหมายของการพัฒนาชุมชนเป็นมิตรกับผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง²

การวิจัยนี้มุ่งนำองค์ความรู้จากการจัดการความรู้ผลงานวิจัยอย่างเป็นระบบเรื่องการเรียนรู้ตลอดชีวิตในโรงเรียนผู้สูงอายุไปถ่ายทอดในพื้นที่ตำบลนาโพธิ์ อำเภอยะผิง จังหวัดอุดรธานี เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุผ่านการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีศักยภาพ ตามมาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติเรื่องสังคมสูงอายุ ในการบูรณาการการทำงานผู้สูงอายุทั้งประเทศในระดับนโยบาย หน่วยงาน และพื้นที่ และกำหนดเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 3S ในการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิตในช่วงวัยสูงอายุ ได้แก่ ส่งเสริมให้สุขภาพแข็งแรง (Strong) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในสังคม (Social Participation) และส่งเสริมความมั่นคงปลอดภัย (Security) เพื่อการเตรียมความพร้อมของประเทศในการเข้าสู่สังคมสูงวัย³ ด้วยกลไกและกระบวนการเรียนรู้ในระดับพื้นที่ที่ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ชุมชน และเครือข่ายทุกภาคส่วนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับโอกาสทางการศึกษาในโรงเรียนผู้สูงอายุและพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการบริการทางสังคมที่เป็นประโยชน์ต่อการดำรงชีวิต ภายใต้กรอบมโนทัศน์การส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ ที่มุ่งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพ พึ่งพาตนเอง และสามารถนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันสอดคล้องกับวิถีการดำรงชีวิต บริบทชุมชนและวัฒนธรรม สามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสังคมได้ รูปแบบการเรียนรู้ในโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นการผสมผสานการเรียนรู้ทั้งในระบบ นอกระบบ และเรียนรู้ตามอัธยาศัย มุ่งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และมีความมั่นคงทางรายได้และการอยู่อาศัย องค์ความรู้สังเคราะห์จากงานวิจัยเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตในการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีศักยภาพ ประกอบด้วย การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ การสร้างอาชีพและรายได้เสริม การใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่าและมีความสุข นันทนาการ และการศึกษาอิสระและจิตอาสา⁴

โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาโพธิ์ อำเภอยะผิง จังหวัดอุดรธานี เป็นโรงเรียนผู้สูงอายุในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ก่อตั้งขึ้นปี พ.ศ. 2559 โดยองค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์ อำเภอยะผิง จังหวัดอุดรธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างการพัฒนาด้านตนเองและการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลนาโพธิ์ มีนักเรียน 405 คน (ข้อมูล ณ 1 สิงหาคม 2559) เปิดสอนทุก 2 สัปดาห์ ครั้งละประมาณ 3 ชั่วโมง กองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลนาโพธิ์ เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการบริหารจัดการโรงเรียน ร่วมกับคณะกรรมการบริหารโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาโพธิ์ การเรียนรู้ในโรงเรียนผู้สูงอายุมุ่งเน้นกิจกรรมนันทนาการ การรวมกลุ่มพบปะพูดคุย การรับประทานอาหารร่วมกันของผู้สูงอายุ และการเรียนรู้เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และประสบการณ์สำหรับการดำรงชีวิตโดยทีมวิทยากรจิตอาสาในพื้นที่ ผลการวิเคราะห์สภาพการณ์การดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาโพธิ์โดยการสนทนากลุ่มกับผู้บริหาร ผู้นำชุมชน ผู้แทนนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุ และผู้ที่เกี่ยวข้องพบว่า โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นพื้นที่สาธารณะสำหรับการพบปะพูดคุยของผู้สูงอายุในชุมชน โรงเรียนมีโอกาสและปัจจัยเกื้อหนุนต่าง ๆ ในการพัฒนาให้เป็นโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ การนำความรู้ไปถ่ายทอดในโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและประชาชนในพื้นที่ รวมทั้งเชื่อมโยงไปสู่



เป้าหมายของการพัฒนาชุมชนเป็นมิตรกับผู้สูงอายุภายใต้การขับเคลื่อน การบูรณาการ และความร่วมมือของเครือข่ายทุกภาคส่วนในพัฒนาโรงเรียนผู้สูงอายุสู่การพัฒนาผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการบริการทางสังคมอันจะเป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิต

การวิจัยนี้พัฒนาขึ้นเพื่อถ่ายทอดและนำองค์ความรู้จากผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์กับประชาชนกลุ่มเป้าหมายในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาพุ อำเภอกะปง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลสำเร็จที่คาดว่าจะได้รับภายหลังการถ่ายทอดและนำองค์ความรู้ไปใช้ประโยชน์ ได้แก่ ชุดความรู้หรือคู่มือองค์ความรู้ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ ต่อยอด และขยายผลได้จริงในโรงเรียนผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น ๆ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาพุพัฒนาอย่างต่อเนื่องสู่ความยั่งยืน และชุมชนตำบลนาพุมีศักยภาพ เข้มแข็ง และเป็นแหล่งเรียนรู้ด้านการพัฒนาโรงเรียนผู้สูงอายุ การพัฒนาผู้สูงอายุให้มีศักยภาพครอบคลุมการมีสุขภาพดี มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การมีความมั่นคงทางรายได้และการอยู่อาศัย **วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. ถ่ายทอดองค์ความรู้จากผลงานวิจัยเรื่องการเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาพุ อำเภอกะปง จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. พัฒนาโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาพุให้เป็นต้นแบบโรงเรียนผู้สูงอายุ
3. ศึกษาผลของการถ่ายทอดองค์ความรู้ในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาพุ อำเภอกะปง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ครอบคลุม ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการถ่ายทอดและนำองค์ความรู้ไปใช้ประโยชน์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเพื่อชุมชนสังคม (Research for Community) นี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ประจำปีงบประมาณ 2560 และได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุราษฎร์ธานี เป็นการวิจัยที่ผูกพันใกล้ชิดสังคม (Community-Engaged Research) มุ่งเน้นการถ่ายทอดองค์ความรู้จากการวิจัยเพื่อการบูรณาการและประยุกต์ใช้ในการสร้างประโยชน์ มูลค่า และผลกระทบต่อชุมชนสังคม ประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อการวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)⁵ ในการถ่ายทอดและนำองค์ความรู้จากผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์กับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ ในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. การคัดเลือกพื้นที่และประชากรกลุ่มเป้าหมาย ผู้วิจัยคัดเลือกพื้นที่ตำบลนาพุ อำเภอกะปง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งเป็นชุมชนชนบทขนาดใหญ่ที่ก่อตั้งมานานประมาณ 50 ปี มีหมู่บ้านจำนวน 17 หมู่บ้าน มีจำนวนหลังคาเรือนประมาณ 2,600 หลัง และมีประชากรประมาณ 12,500 คน เนื่องจากพื้นที่ที่มีความพร้อมด้านผู้บริหาร ผู้นำชุมชน การมีส่วนร่วม และเครือข่ายความร่วมมือ โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาพุสามารถรองรับการพัฒนาโรงเรียนผู้สูงอายุให้เป็นต้นแบบโรงเรียนผู้สูงอายุ การพัฒนาชุดความรู้เรื่องการเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อพัฒนาผู้สูงอายุให้มีศักยภาพสู่การใช้ประโยชน์ ต่อยอด และขยายผลในวงกว้างมากขึ้น ในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อการมากขึ้น

ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่จะได้รับประโยชน์โดยตรงจากการวิจัยนี้ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เป็นผู้ที่เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจและมีความพร้อมในการรับการถ่ายทอดองค์ความรู้ กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มวิทยากรในพื้นที่ จำนวน 40 คน เป็นผู้บริหาร ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลนาพุและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แกนนำผู้สูงอายุ วิทยากรจิตอาสา และปราชญ์ชุมชนในพื้นที่ตำบลนาพุ เพื่อส่งเสริมการถ่ายทอดองค์ความรู้ในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาพุอย่างต่อเนื่อง 2) กลุ่มนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาพุ



จำนวน 200 คน คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างคือเป็นนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพดี ไม่มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ในหลักสูตร และสามารถร่วมเรียนรู้ตามหลักสูตรได้อย่างน้อยร้อยละ 80 และ 3) กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและผู้สูงอายุในชุมชนตำบลนาพุ

2. การจัดการความรู้จากผลงานวิจัยและองค์ความรู้ที่จะนำเสนอกลุ่มเป้าหมาย

ผู้วิจัยรวบรวมองค์ความรู้ กลั่นกรอง และจัดการความรู้จากผลงานวิจัยอย่างเป็นระบบเพื่อระบุงค์ความรู้ที่จะนำไปถ่ายทอดและเผยแพร่สู่กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ องค์ความรู้ถ่ายทอดมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กับแนวคิดในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) แนวคิดชุมชนเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Aged Friendly Communities) ตามกรอบนโยบายการพัฒนาผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active aging) ขององค์การอนามัยโลก⁶ ซึ่งกำหนดเป้าหมาย 3 ด้าน ได้แก่ การมีสุขภาพดี การมีส่วนร่วมในชุมชนสังคม และการมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต สู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ^{2,7} 2) แนวคิดความสุข 5 มิติ (The Concept of Five Dimensions of Happiness) ซึ่งจำแนกความสุขของผู้สูงอายุเป็น 5 มิติ ประกอบด้วย มิติสุขสบาย มิติสุขสนุก มิติสุขสง่า มิติสุขสว่าง และมิติสุขสงบ⁸ และ 3) แนวคิดโรงเรียนผู้สูงอายุที่ส่งเสริมสนับสนุนโอกาสทางการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุให้สามารถประยุกต์ใช้ใน ชีวิตประจำวันสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมได้อย่างเหมาะสม ดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า ศักดิ์ศรี มีความสุข และคุณภาพชีวิตที่ดี⁹⁻¹⁰

องค์ความรู้เพื่อการถ่ายทอดในการวิจัยครั้งนี้ได้ 3 ส่วน คือ 1) องค์ความรู้การพัฒนาศักยภาพวิทยากรในพื้นที่ 2) องค์ความรู้การเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อพัฒนาผู้สูงอายุให้มีศักยภาพ และ 3) องค์ความรู้การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีรายละเอียด ดังนี้

1. องค์ความรู้การพัฒนาศักยภาพวิทยากรในพื้นที่ เป็นองค์ความรู้พัฒนาจากการบูรณาการองค์ความรู้เรื่อง “การสร้างเสริมทักษะแกนนำการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ” ของชนินฐา นันทบุตร และคณะ¹¹ และองค์ความรู้ เรื่อง “การจัดกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน”⁸ องค์ความรู้ถ่ายทอดเพื่อพัฒนาศักยภาพวิทยากรในพื้นที่ ประกอบด้วย 5 หมวด ได้แก่ 1) แนวคิดและองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้ตลอดชีวิตในโรงเรียนผู้สูงอายุ 2) การสร้างเสริมสุขภาพด้านร่างกาย 3) การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านสมอง 4) การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านภูมิปัญญาและการถ่ายทอดความรู้ และ 5) การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านสังคม

2. องค์ความรู้การเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อพัฒนาผู้สูงอายุให้มีศักยภาพ เป็นองค์ความรู้ที่จะนำไปถ่ายทอดให้กับนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาพุเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้สูงอายุให้เหมาะสมสอดคล้องกับบริบท ความต้องการ และเท่าทันการเปลี่ยนแปลงของสังคม และส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในมิติต่างๆ โดยพัฒนาหลักสูตร “การเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อพัฒนาผู้สูงอายุให้มีศักยภาพ” ซึ่งประกอบด้วย 5 หน่วยการเรียนรู้^{4, 12-15} คือ 1) การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลักธรรมชาตินิยม 2) การสร้างอาชีพและรายได้เสริม 3) การใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่าและมีความสุข 4) นันทนาการ และ 5) การศึกษาอิสระและจิตอาสา

3. องค์ความรู้การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งได้จากสังเคราะห์ความรู้ให้สามารถนำไปใช้ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และความต้องการในการดูแลของผู้สูงอายุในพื้นที่ จากผลงานวิจัยเกี่ยวกับการอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ¹⁶ องค์ความรู้ถ่ายทอด ประกอบด้วย 3 หมวด ได้แก่ 1) หลักการพื้นฐานในการดูแลผู้สูงอายุ 2) ทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และ 3) การเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุตามความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน

3. การออกแบบกระบวนการงานหลักในการถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่

กระบวนการหลักในการดำเนินการถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมและความร่วมมือของเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ 1) การพัฒนาศักยภาพวิทยากรในพื้นที่



เพื่อการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติทักษะด้านต่างๆ ในการเป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้ในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาพู่ 2) การจัดการเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อพัฒนาผู้สูงอายุให้มีศักยภาพ โดยถ่ายทอดองค์ความรู้ตามหลักสูตร “การเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อพัฒนาผู้สูงอายุให้มีศักยภาพ” และ 3) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้มีความรู้และได้ฝึกปฏิบัติทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด

4. การถ่ายทอดองค์ความรู้สู่กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่

การถ่ายทอดและเผยแพร่องค์ความรู้เพื่อการใช้ประโยชน์สู่กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ โดยวิทยากรของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น องค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่ และหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการดังนี้

4.1 การพัฒนาศักยภาพวิทยากรในพื้นที่ โดยการศึกษางานโรงเรียนผู้สูงอายุในพื้นที่ภาคเหนือใช้ระยะเวลา 2 วัน และประชุมฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพเป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้ในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาพู่ ใช้ระยะเวลา 4 วัน โดยตลอดกระบวนการพัฒนาศักยภาพเน้นการมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติ เช่น การบริหารร่างกายด้วยการยืดเหยียด ฤาษีดัดตน การรำไม้พลอง กิจกรรมบริหารสมอง กลุ่มสัมพันธ์ นันทนาการ เล่นสันทนาการ และถ่ายทอดภูมิปัญญา

4.2 การจัดการเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อพัฒนาผู้สูงอายุให้มีศักยภาพ โดยใช้รูปแบบที่หลากหลาย และเหมาะสม เช่น บรรยาย สาธิต ฝึกปฏิบัติทักษะต่างๆ เรียนรู้ในชุมชน และเรียนรู้นอกสถานที่ ในการถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ใช้ระยะเวลา 24 สัปดาห์

4.3 การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้ฐานการเรียนรู้เป็นพื้นที่สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุในการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติทักษะต่างๆ ที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการคาดสาวยสวนปัสสาวะ การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ให้อาหารทางสายยาง ใช้ระยะเวลา 2 วัน

5. การประเมินผลของการถ่ายทอดองค์ความรู้ในพื้นที่

โดยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกต การคืนข้อมูลให้พื้นที่ และการหาข้อสรุปร่วมกัน เพื่อประเมินความสำเร็จและประโยชน์ทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย ครอบคลุม 3 ด้าน คือ ผลผลิต (Output) ผลลัพธ์ (Outcome) และ ผลกระทบที่คาดว่าจะได้รับ (Impact) จากการถ่ายทอดและนำองค์ความรู้ไปใช้ประโยชน์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลและใช้เครื่องมือในการวิจัย ดังนี้

1. เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยการตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินระดับคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)¹⁷ แบบวัดนี้มีจำนวน 26 ข้อ ประเมินคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .83 การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 26-60 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61-95 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตปานกลาง และคะแนน 96-130 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตดี

2. เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้บริหารโรงเรียนผู้สูงอายุ กลุ่มวิทยากรในพื้นที่ และผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาพู่ ทั้งหมด 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6-8 คน รวมผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 20 คน โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้างเพื่อสอบถาม ผลของการถ่ายทอดความรู้ในโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยการสนทนากลุ่ม เช่น “ท่านรู้สึกอย่างไรต่อการถ่ายทอดความรู้ในโรงเรียนผู้สูงอายุในการดำเนินงานของโครงการพัฒนาชุมชนเป็นมิตรกับผู้สูงอายุของชุมชนตำบลนาพู่” และ “การดำเนินงานของโครงการพัฒนาชุมชนเป็นมิตรกับผู้สูงอายุตอบสนองความต้องการและเป็นประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ และชุมชนตำบลนาพู่หรือไม่ อย่างไร”

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)¹⁸ ผู้วิจัยมีกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับโดยเริ่มจากการจัดระเบียบข้อมูลและการอ่านข้อมูล การย่อข้อมูล การกำหนดรหัสข้อมูล การรวมกลุ่มข้อมูล และการจำแนกข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่

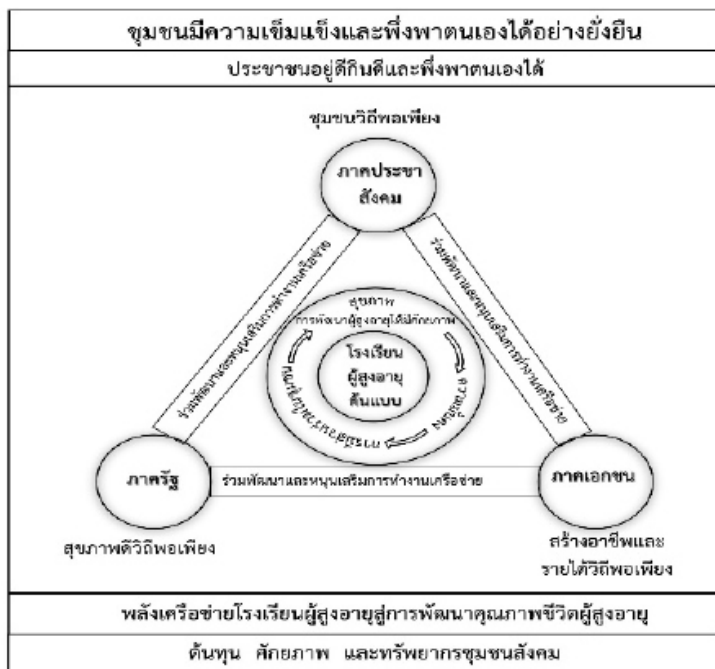
ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยจากการศึกษาผลของการถ่ายทอดองค์ความรู้ในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาพุ อำเภอฟะนัง จังหวัดอุดรธานี ที่มุ่งเน้นความสำเร็จของการพัฒนาโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาพุให้เป็นต้นแบบโรงเรียนผู้สูงอายุ และความสำเร็จด้านผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบที่เกิดขึ้นหลังจากการถ่ายทอดและนำองค์ความรู้ไปใช้ประโยชน์ ดังนี้

1. ผลสำเร็จการพัฒนาโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาพุสู่การเป็นต้นแบบโรงเรียนผู้สูงอายุ

โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาพุมีที่ตั้งและพื้นที่ดำเนินการจัดกิจกรรมต่างๆ บริเวณอาคารเอนกประสงค์และอาคารห้องประชุมในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลนาพุ กำหนดวิสัยทัศน์ “เป็นโรงเรียนผู้สูงอายุชั้นนำ ผู้สูงอายุมีความสุขทุกมิติ” และ คำขวัญ “ตุ้มโฮม อักแพง แข็งแรง สุขี ชีวี มีคุณค่า” ก่อตั้งโดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้ 1) นักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุ มีพื้นที่พบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยนการเรียนรู้ มีกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลายเหมาะสมกับวัย 2) นักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุ ได้เรียนรู้ทักษะการดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม 3) ป้องกันการเกิดภาวะโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และ 4) นักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุได้เรียนรู้การดูแลสุขภาพกายและจิตตามหลักวิชาการอย่างง่าย สามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม โรงเรียนบริหารจัดการโดยคณะกรรมการ 3 ชุดประกอบด้วย คณะกรรมการที่ปรึกษา คณะกรรมการบริหารโรงเรียน และคณะกรรมการระดับหมู่บ้าน มีแผนและปฏิทินการดำเนินกิจกรรมประจำปี มีหลักสูตรและคู่มือที่ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการถ่ายทอดความรู้ในโรงเรียนผู้สูงอายุและใช้ประโยชน์ในชุมชน โรงเรียนได้รับการพัฒนาเป็นโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบที่มีจุดเด่น 3 ด้าน ดังนี้

1.1. จุดเด่นด้านเครือข่ายโรงเรียนผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาพุมีเครือข่ายโรงเรียนผู้สูงอายุที่เข้มแข็งจากความร่วมมือในการทำงานของเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เครือข่ายมีความสัมพันธ์แบบกลายมิตรหนุนเสริมการทำงานร่วมกัน และสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรต่างๆ เพื่อการบริหารและพัฒนาโรงเรียนผู้สูงอายุ ภายใต้กลไกการทำงานที่มีความยืดหยุ่น เหมาะสม ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ จนเกิดผลสำเร็จและผลลัพธ์การดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และการอยู่ดีกินดีของประชาชนในพื้นที่ ผลงานเชิงประจักษ์คือ องค์การบริหารส่วนตำบลนาพุ มีชื่อเสียงเป็นที่รู้จัก และได้รับการยอมรับในระดับพื้นที่ ภูมิภาค และประเทศ ได้รับการประกาศเกียรติคุณและรางวัลระดับชาติจากการที่มีความเป็นเลิศและโดดเด่นด้านการเสริมสร้างเครือข่าย รัฐ เอกชนและประชาสังคม จากนวัตกรรม 1) โรงเรียนผู้สูงอายุ 2) เครือข่ายเฝ้าระวังโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ และ 3) เครือข่ายเสริมสร้างรายได้ ปลดหนี้สิน โดยใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง รูปแบบการทำงานเครือข่ายโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาพุ แสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบเครือข่ายโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

1.2 จุดเด่นด้านการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาพู่บริหารจัดการโดยรูปแบบการทำงานแบบบูรณาการและมีส่วนร่วมกับเครือข่ายทุกภาคส่วนตามแนวคิด “ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมสร้างสรรค์ ร่วมพัฒนา” เพื่อการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีศักยภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี รูปแบบของการบริหารจัดการเพื่อรองรับการพัฒนาโรงเรียนผู้สูงอายุสู่ความยั่งยืนที่สำคัญคือ 1) การสร้างระบบการถ่ายทอดประสบการณ์และสืบทอดเจตนารมณ์ของการพัฒนาโรงเรียนผู้สูงอายุจากรุ่นสู่รุ่น โดยการคัดเลือกแกนนำเครือข่ายโรงเรียนผู้สูงอายุในพื้นที่จากกลุ่มคน 3 ช่วงอายุ ที่มีอายุ 40-60 ปี อายุ 60-70 ปี และอายุ 70 ปีขึ้นไป เพื่อถ่ายทอดความรู้โรงเรียนผู้สูงอายุและนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในชุมชน ที่รวมกลุ่มกันในการทำกิจกรรมต่างๆ ในโรงเรียนผู้สูงอายุและชุมชน และ 2) การบริหารหลักสูตรและจัดเรียนรู้ที่เป็นระบบ ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุเรียนรู้และฝึกปฏิบัติจนเกิดทักษะและประสบการณ์สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงของสังคม

1.3 จุดเด่นด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาพู่มีความโดดเด่นด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในการสร้างความตระหนัก การรับรู้ภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ของตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น ผ่านการถ่ายทอดความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักธรรมชาตินิยมเพื่อนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีการต่อยอดความรู้สู่ครอบครัวและขยายสู่ประชาชนกลุ่มอื่นๆ ในพื้นที่ในวงกว้างมากขึ้น จนเกิดการรวมตัวของกลุ่มแกนนำผู้สูงอายุในการออกกกำลังกายในชุมชน เช่น กลุ่มฟ้อนรำ กลุ่มเต้นบาสโลป และกลุ่มวิทยากรแกนนำออกกกำลังกาย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในการวิจัยพบว่าการถ่ายทอดความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพกับกลุ่มตัวอย่างนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุ ทำให้เกิดผล 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความเข้าใจในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2) ความสุขใจ และ 3) การแสวงหาจุดสมดุล ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลที่เกิดขึ้นจากการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสู่กลุ่มเป้าหมาย

Categories	Sub-Categories	Quotations
ความเข้าใจในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	การมีทิศทางบริหารงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	“เมื่อก่อนโรงเรียนมันไม่มีทิศทาง แต่ว่าเขาก็เข้ามาให้มันสนุกสนานกัน แบบว่ามาจัดกิจกรรมร่วมกันคือ จังยายว่านั่นแหละคือ จังว่ามาจัดกิจกรรมร่วมกันขอความร่วมมือกัน..แต่ตอนนี้ได้เรียนรู้การดูแลสุขภาพที่เพิ่มมาบอกมาสอน และพาทำได้อีกออกกำลังกายสุขภาพที่ถูกต้องเอามาใช้แล้วรู้สึกสบายตัว ได้แนวทางการดูแลแบบถูกต้อง...รู้จักการกินอาหารที่มีประโยชน์” (กลุ่มที่ 2)
	การสร้างเสริมสุขภาพจากการเรียนรู้ด้วยตัวเอง	“แม่มีความรู้เพิ่มขึ้น ยังบู้เนาะ ก็มา รู้ บัดนี้ก็ตากก็ตากสีดาสาแมนบ่ พอรู้ก็จำเอามาทำ แมนบ่ จำเอามาเฮ็ด ได้จำออกมาทำแมนบ่ จำออกมาเฮ็ด แมกัลืมง่ายแมนบ่ แล้วก็เอามาอ่านก็ยังเอาไปเฮ็ด ไปทำบุญเพิ่นก็ได้ไปเฮ็ดเลยแล้วดีใจ” (กลุ่มที่ 1)
ความสุขใจ	มีเกียรติยศและคุณค่า	“ขนาดผู้ว่าเนาะ แม่ไปงานของ พมจ. อยู่วิทยาลัยฯ ละแม่คนนึงไปนั่งให้เพิ่นสงน้ำ มาฮอดแม่แล้วเราจำแม่ได้เพิ่นมาทัก ผู้ว่าเราแล้วทักมาจาก โรงเรียนผู้สูงอายุนาพูไซไหมแมกัเลยว้าจ่า โอชั่น เป็นต้นแบบเนาะ รร.ผู้สูงอายุนาพูผู้ว่าเป็นผู้ว่าเดนิ ทั้งที่เราบได้มาจกเทือ เรารู้ว้าเป็นต้นแบบที่แรกเรารู้ว่าเอาผู้เฒ่ามารวมกลุ่มกัน มันเด่นมากเลย” (กลุ่มที่ 3)
	ความอบอุ่นใจ	“เนี่ยคือจังยายจังซี่ เราอยู่ทุ่งนา ผู้นี้ก็อยู่บ้าน บ่เคยไปพ้อผู้เฒ่า เพราะเฮ็ดงานตรงนี้ บาดนี้เพิ่นก็จะบ่ฮู้จักเด้บาดนี้ที่เพิ่นฮู้กันนี้ คนที่เคยเป็นหนุ่ม เป็นสาว เคยมารู้จักกันเดี๋ยวนีเพิ่นมาเจอกันในโรงเรียนผู้สูงอายุ โอ้ย อยู่ดีมีแสงเนาะเฮาเพิ่นได้ทักทายกัน มื้อนี้เกิดเป็นความสนิทขึ้นม่ออีก จะเป็นจั้งขึ้น อันนี้แต่ก็มันจะอยู่บ้านไผบ้านมันได้” (กลุ่มที่ 1)
การแสวงหาจุดสมดุล	ค้นหาความลงตัวเหมาะสมของกิจกรรม	“เราพยายามจะทำให้เข้มแข็งแต่บางทีก็มีอุปสรรค เช่นถ้ามีคนมาศึกษาดูงานมากเกินไปก็ไม่ได้เรียนหนังสือ ทำอะไรหลาย ๆ อย่างในเวลาเดียวกัน บางอย่างก็หายไปก็เกิดความล้าบางตอนนี่” (กลุ่มที่ 2)
	ค้นหาความพร้อมเพื่อร่วมกิจกรรม	“เมื่อก่อนเรามาเดือนละครั้ง มาตามอัยยาศัย มาตัมน้ำตัมหยัง แล้วก็มานั่ง มีหยังมาสอนจังซี่เฮาเป็นจังได้ บังคับบ่ก็คือเฮา ที่เฮาอยากได้เนาะ ก็มันทนทานการเนาะตอนนี้ เราพยายามหาเวลารวมตัวกันทุกคนที่โรงเรียนถ้ามีกิจกรรมเราก็จะพยายามมา” (กลุ่ม 3)



2. ผลสำเร็จด้านผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบจากการถ่ายทอดองค์ความรู้ในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาพู่

2.1 ผลสำเร็จที่เกิดขึ้นเชิงปริมาณจากการนำองค์ความรู้ไปถ่ายทอดและใช้ประโยชน์ที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมที่สามารถนำไปสู่การใช้ประโยชน์ ต่อยอด และขยายผลในวงกว้างมากขึ้นทั้งในพื้นที่ตำบลนาพู่และพื้นที่อื่น ๆ เพื่อให้เกิดผลกระทบในเชิงสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม เช่น การมีคุณภาพชีวิตที่ดี การมีรายได้เพิ่มขึ้น การมีอาชีพเสริม การมีคุณภาพชีวิตที่ดี แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลสำเร็จของการถ่ายทอดองค์ความรู้ในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี (n=170 คน)

ผลผลิต	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
1. การพัฒนาศักยภาพวิทยากรในพื้นที่		
1.1 วิทยากรในพื้นที่	40 คน	46 คน
1.2 คู่มือการพัฒนาศักยภาพวิทยากรในพื้นที่	1 เล่ม	1 เล่ม
2. การพัฒนาโรงเรียนผู้สูงอายุ		
2.1 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาโรงเรียนผู้สูงอายุ	โดดเด่น ≥ 1 ด้าน	โดดเด่น 3 ด้าน
2.2 คู่มือ/หลักสูตร/องค์ความรู้เพื่อถ่ายทอด	2 เรื่อง	2 เรื่อง
3. การพัฒนาผู้สูงอายุให้มีศักยภาพ		
3.1 สุขภาพที่ดี		
3.1.1 ผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ/ตรวจร่างกายประจำปี	ร้อยละ 80	ร้อยละ 86.50
3.1.2 ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลและรักษาโรคเบื้องต้น เมื่อเจ็บป่วย	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100
3.2 การมีส่วนร่วมในชุมชน		
3.2.1 ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในระดับดีขึ้น	ร้อยละ 80	ร้อยละ 82.94
3.2.2 ผู้สูงอายุที่สำเร็จการศึกษาตามหลักสูตร	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80.50
3.3 การสร้างอาชีพและรายได้เสริม		
3.3.1 ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายของตนเอง	ร้อยละ 80	ร้อยละ 81.77
3.3.2 ผู้สูงอายุมีงานทำและรายได้เสริม	$\geq$ ร้อยละ 50	ร้อยละ 54.70
3.3.3 จำนวนปราชญ์ชุมชน/คลังสมองผู้สูงอายุในชุมชน	≥ 10 คน	24 คน
3.3.4 จำนวนผลิตภัณฑ์/สินค้าผลิตโดยผู้สูงอายุ	≥ 5 อย่าง	7 อย่าง

2.2 ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นภายหลังจากการนำองค์ความรู้ไปใช้ประโยชน์ที่เกิดขึ้นชัดเจน ได้แก่

2.2.1 การพึ่งตนเองทางด้านสังคมในชุมชนผู้สูงอายุและคนในชุมชนตำบลนาพู่ สะท้อนว่าโรงเรียนผู้สูงอายุเปิดพื้นที่สำหรับการรวมกลุ่ม การเรียนรู้ร่วมกัน การทำกิจกรรมเชิงสร้างสรรค์ การดูแลช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน การอยู่ร่วมกันอย่างมีคุณค่าและมีความสุข ภายใต้บริบทของชุมชนที่ประชาชนดำเนินชีวิตแบบ “พออยู่พอกิน” และ “พึ่งตนเอง” ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นต้นทุนการพึ่งตนเองทางจิตใจและสังคมที่สำคัญของประชาชนในพื้นที่ตำบลนาพู่ ตามคำขวัญของโรงเรียนที่ว่า “ตมโฮม อักแพง แข็งแรง สุขี ชีวิตมีคุณค่า” นักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุเกิดการรวมกลุ่ม มีโอกาสพบปะสังสรรค์กับเพื่อนวัยเดียวกัน เกิดความรักและความผูกพันมากขึ้นเรื่อยๆ ผู้สูงอายุเกิดความภูมิใจในตนเอง รู้ลึกถึงการมี “ภูมิรู้ ภูมิธรรม ภูมิฐาน” ได้เรียนรู้หลากหลาย เนื่องจากบางคนไม่เคยได้เรียนหนังสือในช่วงวัยเด็ก ผู้สูงอายุมีความรู้ ทักษะและประสบการณ์ด้านต่างๆ มีพลัง กล้าแสดงออก และมั่นใจในตนเองมากขึ้น ไม่อายที่จะเข้าร่วมสังคม และไม่เกิดซึมเศร้า



2.2.2 การพึ่งตนเองทางด้านเศรษฐกิจในชุมชน จากต้นทุนสำคัญ 2 ประการ ดังนี้ 1) องค์ความรู้ และภูมิปัญญาด้านผลิตภัณฑ์ชุมชน ได้แก่ ไม้กวาดดอกหญ้า ตีนบาตร ตะกร้าสวยด้วยพลาสติก กระติบข้าวจากต้นกก ปลาร้าบองแม่กอง กล้วยฉาบแม่ฮ่องศรี และไข่โอโด้นนาพู่ ซึ่งได้นำไปขยายผลในวงกว้างมากขึ้นโดยการถ่ายทอด องค์ความรู้สู่บุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อเสริมสร้างการมีอาชีพ การมีรายได้เสริม การมีรายได้พอเพียงกับการดำรงชีวิต การอยู่ดีกินดีของประชาชนในพื้นที่ การสืบทอดภูมิปัญญาไม่ให้สูญหาย ไปจากชุมชน รวมทั้งการเสริมสร้างระบบเศรษฐกิจชุมชนให้มีความเข้มแข็ง และชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน และ 2) กลุ่มเครือข่ายสร้างอาชีพและเพิ่มรายได้ในพื้นที่ตำบลนาพู่ เช่น กลุ่มปลูกพืชผักสวนครัววิถีพอเพียง กลุ่มวิสาหกิจชุมชนผู้เลี้ยงกระบือไทย กลุ่มวิสาหกิจชุมชนปลูกดอกกระเจียว กลุ่มเกษตรวิถีพอเพียงแบบผสมผสาน ส่งผลให้เกิดการลดค่าใช้จ่ายในครัวเรือน มีการดำรงชีวิตอย่างพอเพียง ประชาชนในพื้นที่ลดรายจ่ายที่ไม่จำเป็น ใช้จ่ายอย่างประหยัด ไม่มีหนี้สินที่ไม่อาจชดใช้คืนได้ แสวงหาจุดสมดุลในชีวิตสู่การพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจ ส่งผลให้ชุมชนมีเศรษฐกิจที่ดี คนในชุมชนมีความเป็นอยู่ที่ดีมีหลักประกันในชีวิตจากการมีรายได้ที่เพิ่มขึ้น สามารถพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืนต่อไป

2.3 ผลกระทบที่เกิดขึ้น ภายหลังการนำองค์ความรู้ไปใช้ประโยชน์ในพื้นที่ มีดังนี้

2.3.1 การขับเคลื่อนและพัฒนาโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาพู่เป็นไปอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรมเพื่อการส่งเสริมการมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ส่งเสริมการทำงาน สร้างอาชีพ และรายได้เสริม รวมถึงส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถเชื่อมโยงไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางบวกในชุมชนทั้งด้านสังคม และเศรษฐกิจ จนชุมชนตำบลนาพู่สามารถเป็นพื้นที่ต้นแบบของการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีศักยภาพด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุจำนวน 170 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 82.94 มีคุณภาพชีวิตในระดับดี (Mean=101.36; SD=9.72)

2.3.2 โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาพู่และองค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี มีชื่อเสียง ได้รับการยอมรับในระดับจังหวัด ภูมิภาค และประเทศ ในการเป็นแหล่งเรียนรู้และศึกษาดูงานด้านนวัตกรรม โรงเรียนผู้สูงอายุ และเครือข่ายโรงเรียนผู้สูงอายุ ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานทุกภาคส่วน องค์ความรู้ และผลการดำเนินงานในพื้นที่นำไปสู่การต่อยอดและขยายผลในการขับเคลื่อนโครงการพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมการเรียนรู้ผู้สูงอายุในชุมชน (โรงเรียนผู้สูงอายุ) ของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี พื้นที่จังหวัดหนองคาย และพื้นที่อื่น ๆ ในประเทศ

2.3.3 โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาพู่เป็นพื้นที่ที่เป็นต้นทุนทางสังคมและเศรษฐกิจ เป็นพื้นที่เชิงสร้างสรรค์ที่ประชาชนในพื้นที่เรียนรู้และปฏิบัติร่วมกันในการพัฒนาชุมชนให้มีความเข้มแข็งโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน สามารถทำงานแบบบูรณาการและเชื่อมโยงไปสู่การพัฒนาชุมชนชุมชนตำบลนาพู่ให้พึ่งพาตนเองอย่างยั่งยืน ภายใต้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ครอบคลุมการพัฒนา 3 มิติ ได้แก่ มิติสุขภาพวิถีพอเพียง มิติอาชีพและรายได้วิถีพอเพียง และมิติชุมชนวิถีพอเพียง โดยชุมชนน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาเชื่อมโยงกับวิถีชุมชน สังคม และวัฒนธรรมของพื้นที่

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้สร้างกระบวนการเรียนรู้ เสริมพลัง และสร้างความเข้มแข็งของกลไกการขับเคลื่อนและบูรณาการการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งในพื้นที่ในการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้ และร่วมพัฒนาการดำเนินงานของการพัฒนาโรงเรียนผู้สูงอายุ และการพัฒนาชุมชนเป็นมิตรกับผู้สูงอายุเพื่อรองรับสังคมสูงวัยในพื้นที่ตำบลนาพู่ ผ่านการถ่ายทอดองค์ความรู้ในโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมการมีภาวะสุขภาพที่ดี การมีส่วนร่วมในชุมชน และการมีงานทำและรายได้เสริม การวิจัยนี้พบว่าโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นเครื่องมือที่สำคัญของการสร้างเสริม



คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน ด้วยกระบวนการถ่ายทอดองค์ความรู้ ประสบการณ์ ภูมิปัญญา และสืบสานประเพณี วัฒนธรรม รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนสังคมเพื่อพัฒนาผู้สูงอายุให้มีศักยภาพ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่า มีความสุข พึ่งตนเองได้ผ่านหลักสูตรการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุ จนกระทั่งโรงเรียนผู้สูงอายุสามารถเป็นทรัพยากรและต้นทุนของชุมชน เป็นแหล่งเรียนรู้และศึกษางานของชุมชน และพื้นที่อื่น ๆ เพื่อการส่งเสริมโอกาสทางการศึกษาและการเรียนรู้สู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สอดคล้อง กับการวิจัยของปิ่นวดี ศรีสุพรรณ และคณะ¹⁹ ที่นำแนวคิดโรงเรียนผู้สูงอายุมาใช้ในการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในชุมชน ท้องถิ่นอีสาน พบว่าโรงเรียนผู้สูงอายุมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน เป็นพื้นที่ส่งเสริม การเรียนรู้ตลอดชีวิต การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การมีคุณค่าในตนเอง การสร้างเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุและประชาชน ในพื้นที่ ด้วยการดำเนินกิจกรรมที่หลากหลายตามบริบทของพื้นที่ เช่น ส่งเสริมสุขภาพ นันทนาการ การใช้เทคโนโลยี ส่งเสริมอาชีพและรายได้ ส่งเสริมสวัสดิการและจิตอาสา

การเปลี่ยนแปลงและผลสำเร็จที่เกิดขึ้น ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลนาโพธิ์ โดยเฉพาะกลุ่มนักเรียนโรงเรียน ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถดูแลตนเองได้เหมาะสมจากการเจ็บป่วยและเป็นโรคเรื้อรัง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลนาโพธิ์ได้รับการพัฒนาให้เป็นโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบด้านเครือข่ายโรงเรียนผู้สูงอายุเกิดการรวบรวม องค์ความรู้ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์และผลกระทบต่อชุมชนสังคม ได้แก่ คู่มือพัฒนาศักยภาพ วิทยากรโรงเรียนผู้สูงอายุ หลักสูตรการเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อพัฒนาผู้สูงอายุให้มีศักยภาพ คู่มือสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตามหลักธรรมชาตินิยม องค์ความรู้เกษตรพอเพียงและเกษตรผสมผสาน และองค์ความรู้ด้านผลิตภัณฑ์และวิสาหกิจชุมชน เช่น การจักสาน การเลี้ยงโคกระบือ เพื่อการถ่ายทอดความรู้และภูมิปัญญาด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุจากฐานรู้กับคนในชุมชน หรือผู้ที่สนใจ นำไปสู่การส่งเสริมอาชีพและรายได้ของผู้สูงอายุ การยกระดับเพิ่มมูลค่าของสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ของ ผู้สูงอายุในชุมชนสู่ตลาดอย่างเป็นรูปธรรม การลดการพึ่งพิงจากครอบครัวและการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ การลดรายจ่าย และการเพิ่มรายได้ของครอบครัว การอยู่ดีกินดีของประชาชนในพื้นที่ และการพัฒนาชุมชนให้มีความเข้มแข็งอย่างต่อเนื่อง ประโยชน์ที่ชุมชนได้รับ ได้แก่ โรงเรียนเป็นแหล่งเรียนรู้ร่วมกันของคนในชุมชน ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน และติดเตียงได้รับการดูแลดีขึ้น ชุมชนร่วมกันประกาศเจตนารมณ์ร่วมและเป้าหมายของการเป็นชุมชนวิถีพอเพียง ชุมชน มีศูนย์การเรียนรู้และพื้นที่เรียนรู้ด้านเกษตรผสมผสาน/เกษตรพอเพียงตามศาสตร์พระราชาและหลักปรัชญา เศรษฐกิจพอเพียง ผลสำเร็จของการดำเนินงานเป็นรูปธรรมที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์และขยายผลในการพัฒนาพื้นที่ เกิดจากปัจจัย ดังนี้ การมีส่วนร่วมและการยอมรับของชุมชน ภาวศรัทธาที่เข้มแข็ง ผู้นำที่มีความสามารถและมุ่งมั่น ในการทำงาน และการต่อยอด ขยายผล และธำรงรักษาผลการพัฒนาที่เกิดขึ้นให้คงอยู่ต่อไป สอดคล้องกับการสังเคราะห์ การพัฒนาชุมชนต้นแบบรองรับสังคมผู้สูงอายุผ่านการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุและชุมชน ของสุรีย์ ธรรมิกบวร²⁰ ที่นำชมรม ผู้สูงอายุและโรงเรียนผู้สูงอายุมาใช้เป็นกลไกในการพัฒนาชุมชนต้นแบบเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ครอบคลุมการ ดำเนินการเชิงบูรณาการในการพัฒนาศักยภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชนในพื้นที่เป้าหมาย เพื่อการสร้างการเรียนรู้ และการพัฒนาสู่ความยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

การใช้ประโยชน์ ต่อยอด และขยายผลจากการวิจัยนี้ไปในวงกว้างมากขึ้นควรคำนึงถึงปัจจัยสู่ความสำเร็จที่สำคัญ คือ การมีผู้นำที่เก่ง ได้รับการยอมรับ มีความมุ่งมั่น การมีส่วนร่วมของชุมชน และภาวศรัทธาที่มีความสัมพันธ์แบบ กัลยาณมิตรเพื่อหนุนเสริมการทำงานตามความเหมาะสม ยืดหยุ่น และมีประสิทธิภาพเพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมของ การพัฒนาคุณภาพชีวิตและการอยู่ดีกินดีของประชาชนในพื้นที่ ข้อเสนอแนะในการนำองค์ความรู้ที่เกิดขึ้นจากการ วิจัยไปใช้ประโยชน์ มีดังนี้



1. การพัฒนาโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ ควรมีการริเริ่มการดำเนินการด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยมีองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นผู้สนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อน กระบวนการสำคัญ ได้แก่ 1) แต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง 2) ศึกษาบริบทและวิเคราะห์ความต้องการของพื้นที่ 3) จัดเวทีสื่อสารและทำความเข้าใจกับชุมชนเพื่อสร้างความเป็นเจ้าของและการยอมรับ 4) ศึกษาดูงานโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ 5) กำหนดนโยบาย ทิศทาง และจัดทำแผนพัฒนาโรงเรียน 6) กำหนดพื้นที่ทางกายภาพของโรงเรียน 7) กำหนดโครงสร้างการบริหารโรงเรียนผู้สูงอายุ 8) พัฒนาศักยภาพวิทยากรในพื้นที่ 9) ประชาสัมพันธ์และรับสมัครนักเรียน 10) พัฒนาหลักสูตร คู่มือ และเอกสารต่างๆ เพื่อการถ่ายทอดความรู้ 11) จัดทำปฏิทินกิจกรรมประจำปีของโรงเรียน 12) จัดการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ 13) นำความรู้ถ่ายทอดไปต่อยอด ขยายผล และใช้ประโยชน์ในชุมชน 14) พัฒนาโรงเรียนใหม่ความโดดเด่นเฉพาะด้าน 15) วิเคราะห์ปัจจัยสู่ความสำเร็จ อุปสรรค และโอกาสในการพัฒนาสู่ความยั่งยืน

2. การใช้โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นพื้นที่สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและประชาชนกลุ่มอื่น ๆ ในชุมชน โดยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ร่วมกันแบบพหุวัยระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มเด็กและเยาวชนในชุมชน เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดมากขึ้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้แสดงบทบาท เผยแพร่ และถ่ายทอดความรู้ตามความถนัด และประสบการณ์ของตนเอง การส่งเสริมกิจกรรมจิตอาสาและสาธารณะประโยชน์เพื่อการพัฒนาชุมชนสังคม การพัฒนาชุดองค์ความรู้และภูมิปัญญาของพื้นที่เพื่อการถ่ายทอดและนำไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรมกับประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุ และประชาชนในพื้นที่ การสร้างกระบวนการเรียนรู้และขยายผลในวงกว้างมากขึ้นกับประชาชนในพื้นที่ด้านการสร้างเสริมอาชีพและรายได้ การรวมกลุ่มอาชีพ กลุ่มวิสาหกิจชุมชน และการเพิ่มมูลค่าและคุณภาพของผลิตภัณฑ์ชุมชนเพื่อการสร้างรายได้เพิ่มขึ้นให้ประชาชนในพื้นที่ เพื่อรองรับเป้าหมายของชุมชนในการพัฒนาชุมชนเป็นมิตรกับผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และความมั่นคงทางรายได้และการอยู่อาศัยสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

โดยสรุปการวิจัยเพื่อชุมชนสังคมจากการถ่ายทอดความรู้จากการวิจัยไปสู่การใช้ประโยชน์ในโรงเรียนผู้สูงอายุ และชุมชนพบว่าโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรและพื้นที่เชิงสร้างสรรค์ของชุมชนในการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีศักยภาพสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

References

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). Situation of the Thai elderly 2018. Nakhon Pathom: Printery;2018. (in Thai)
2. World Health Organization. Global age-friendly cities: a guide. Geneva: World Health Organization. 2007
3. Department of Older persons, Ministry of Social Development and Social Security. Measures to implement national agenda on aged society. Bangkok: Amarin Printing & Publisng;2019. (in Thai)
4. Sapkaew Y. The development of elderly's quality of life by using the elderly school curriculum, the excellent center in health promotion of elderly, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat. Journal of Nursing and Education 2016;9(2):25-39. (in Thai)
5. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner: doing critical participatory action research. Melbourne: Deakin University Press; 1990.
6. World Health Organization. Active ageing a policy framework [internet]. 2002 [cited 2018 May 6]. Available from:http://www.who.int/hpr/ageing/ageing_discussion.pdf



7. Department of Health, Ministry of Public Health. Global age-friendly cities: a guide. Bangkok: Printing WVO; 2014. (in Thai)
8. Benjaphonpithak A, Wanitcharomni K, Phanuwatsuk P. The 5 dimensional happiness guide. for the older people. Nonthaburi: Office of Mental Health Development Department of Mental Health;2013. (in Thai)
9. The Department of Elderly Affairs. Handbook of the aging school. Bangkok: Division of Elderly Potential Promotion;2016. (in Thai)
10. Yodphet S. Phatanasri P. Sakdaporn T. Aging school: knowledge package for development as a potential older person. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute;2017. (in Thai)
11. Nanthabutr K, et al. Building leaders' skills regarding elderly health promotion. Khon Kaen: Research and Development of Community Health System. Faculty of Nursing Khon Kaen University;2012. (in Thai)
12. Kotetong P. Research and development of health behavior promoting programs for the elderly according to naturalist principle. (Doctoral' s Dissertation) Faculty of Education, Mahasarakham Rajabhat University; 2016. (in Thai)
13. Division of Mental Health Promotion and Department of Mental Health. The expert manual: activities for enhancing the 5 dimensions of happiness of the older people in the community. Bangkok: Buddha press; 2017. (in Thai)
14. Office of the Permanent Secretary Ministry of Education. Lifelong education curriculum for the older people 144 Hours. Songkhla: Institute for Non-Formal Education and Informal Education, Southern Region; 2015. (in Thai)
15. Yodphet S, et al. Operation and activities of elderly clubs. Bangkok. J Print; 2012.
16. Department of Health Ministry of Public Health. Training course for family care volunteers of the older people and volunteers to take care of the aged for 18 hours [internet]. [cited 2017 March 16]. Available: <http://hpc9.anamai.moph.go.th/images/pdf59/old59/old03.pdf> (in Thai)
17. Mahatnirunkul S; Tuntipivanaskul W; Pumpisanchai W., et al. Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items). Chiangmai: Suanprung Psychiatric Hospital; 1997. (in Thai)
18. Graneheim U H; Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse education today, 2004;24(2):105-112.
19. Srisupan P; Thamikboworn S; Krisnachuta S. The elderly school and the capacity building of Isan local communities. Journal of Graduate Volunteer Centre, 2017;14(1):133-162. (in Thai)
20. Thamikboworn S. A model for sustainable community development for aging society: aging school and aging club. Ubonratchathani University Printing House. 2018. (in Thai)



ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบบริการระยะยาวกรุงเทพมหานคร

Predictive Factors for the Quality of Life of Dependent Older Adults under the Long Term Care system in Bangkok

สุนิสา วิลาสรี¹ ขวัญใจ อำนจสัตย์ชื้อ² พัชรพร เกิดมงคล² เพลินพิศ บุญยมาลิก²

Sunisa Vilasri¹ Kwanjai Amnatsatsue² Patcharaporn Kerdmongkol² Plempit Boonyamalik²

¹นักศึกษาหลักสูตร พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

²ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹M.N.S. (Community Nurse Practitioner), Department of Public Health Nursing,
Faculty of Public Health, Mahidol University

²Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

Corresponding author: Kwanjai Amnatsatsue; E-mail: kwanjai.amn@mahidol.ac.thm

Received: March 31, 2020 Revised: June 9, 2020 Accepted: June 13, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 133 คน ที่มีภาวะพึ่งพิง และขึ้นทะเบียนรับบริการการดูแลระยะยาวที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 6 แห่งในกรุงเทพมหานครที่คัดเลือกแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (59.4%) ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน (85.0%) และมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (67.0%) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ความเพียงพอของรายได้ ความพึงพอใจในบริการ และการได้รับการดูแลที่บ้านโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุและเครือข่ายสุขภาพ สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ ร้อยละ 38.6 ($p < .05$) ผลการศึกษาครั้งนี้ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถนำไปพัฒนาคุณภาพบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกรุงเทพมหานคร โดยเน้นการสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านการเงินและอุปกรณ์ เพื่อส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม และสนับสนุนการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือเครือข่ายสุขภาพ ในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง นอกจากนี้ควรพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวเชิงป้องกันที่เน้นการจัดการโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะพึ่งพิงและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: กรุงเทพมหานคร; คุณภาพชีวิต; ผู้สูงอายุ; ภาวะพึ่งพิง



Predictive Factors of Quality of Life in Dependent Older Adults under the Long Term Care system in Bangkok

Sunisa Vilasri¹ Kwanjai Amnatsatsue² Patcharaporn Kerdmongkol² Plernpit Boonyamalik²

¹M.N.S. (Community Nurse Practitioner), Department of Public Health Nursing,
Faculty of Public Health, Mahidol University

²Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

Corresponding author: Kwanjai Amnatsatsue; E-mail: kwanjai.amn@mahidol.ac.thm

Received: March 31, 2020 Revised: June 9, 2020 Accepted: June 13, 2020

Abstract

This descriptive research aimed to examine the quality of life and its predictive factors among dependent older adults. The participants were 133 dependent older adults aged 60 years and older who registered under the long term care program. The participants were randomly recruited from the selected 6 public health centers in Bangkok using the multi-stage sampling technique. Each subject was interviewed by the researcher using a structured questionnaire. Most subjects were female (59.4%), homebound (85.0%), and having a moderate quality of life (67.0%). According to the multivariate regression analysis, it was indicated that social support, functional status, income adequacy, service satisfaction, and home visit by caregivers can jointly predict about 38.6 % of variance in quality of life among dependent older adults ($p < .05$). These findings can be applied by a community nurse practitioner to improve service quality for dependent older adults living in the Bangkok metropolitan area by focusing on social support, including financial and material support, to increase functional status and to support caregivers during their care giving at home. In addition, preventive long term care focusing on chronic disease management should be developed for older adults to prevent disability and to promote their quality of life.

Keywords: Bangkok metropolitan; quality of life; older adults; dependent



ความเป็นมาและความสำคัญ

ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั่วโลกเกิดปรากฏการณ์ประชากรสูงอายุโดยเฉพาะในกลุ่มประเทศอาเซียน พบว่าประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุเป็นลำดับที่ 2 รองจากประเทศสิงคโปร์ ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 16.5¹ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและคาดว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์คือมีประชากรสูงอายุร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564² และพบว่าเมื่ออายุมากขึ้นความชุกของการเกิดโรคเรื้อรังและจำนวนของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะเพิ่มขึ้นจากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุปี พ.ศ. 2555 พบว่า ประชากรสูงอายุร้อยละ 15.0 มีภาวะทุพพลภาพและมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) พบว่ามีจำนวนประมาณ 1.3 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 21³ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ อาจนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงได้

กรุงเทพมหานครมีประชากรสูงอายุมากที่สุดเมื่อเทียบกับจังหวัดอื่น⁴ คิดเป็นร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งหมดปัญหาสุขภาพ 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมองซึ่งปัญหาโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะทุพพลภาพ ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการดำรงชีวิต ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยตรง ในปี พ.ศ. 2560 สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร ได้ทำบันทึกความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานการจัดระบบดูแลและยาระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (long term care) ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยจัดบริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ที่เป็นการให้บริการ ณ ครุฑเรือนหรือหน่วยบริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและสามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยมีศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 68 แห่ง เข้าร่วมโครงการ แม้ว่าการให้บริการสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์นี้จะดำเนินการมาเป็นเวลามากกว่า 1 ปี แต่ยังไม่มีการศึกษาว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับบริการดังกล่าวมีคุณภาพชีวิตอย่างไรและมีปัจจัยใดบ้างที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้

คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ของบุคคลภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิต ความคาดหวังมาตรฐาน และสิ่งที่บุคคลเกี่ยวข้องอยู่กันเป็นผลซับซ้อนมาจากสุขภาพร่างกาย จิตใจ ระดับความเป็นอิสระ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม และความเชื่อส่วนบุคคล⁵ ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตและความสามารถปรับตัวและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใน 6 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ความสามารถในการรับรู้ (2) ความเป็นตัวของตัวเอง (3) ความสำเร็จและความคาดหวังในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต (4) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (5) การเผชิญหน้ากับความตายและ (6) การมีปฏิสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปและกลุ่มที่มีโรคเรื้อรัง⁷⁻¹⁶ และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ศาสนาลักษณะครอบครัว^{8,11-16} และยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ¹⁶ ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ทางชีววิทยา ได้แก่ โรคประจำตัว¹⁶ ปัจจัยด้านอาการ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า¹³ ปัจจัยด้านภาระการทำหน้าที่ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการทำหน้าที่ของร่างกาย¹²⁻¹⁵ และยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจะมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ¹⁵ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม¹²⁻¹³ โดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ¹³ ส่วนการศึกษาคูณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นยังจำกัด โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนของกรุงเทพมหานครและได้รับการบริการระยะยาวของสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จึงมีความสนใจที่จะศึกษาคูณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกรุงเทพมหานคร เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพการดูแลระยะยาวเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกรุงเทพมหานครมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น



วัตถุประสงค์การวิจัย

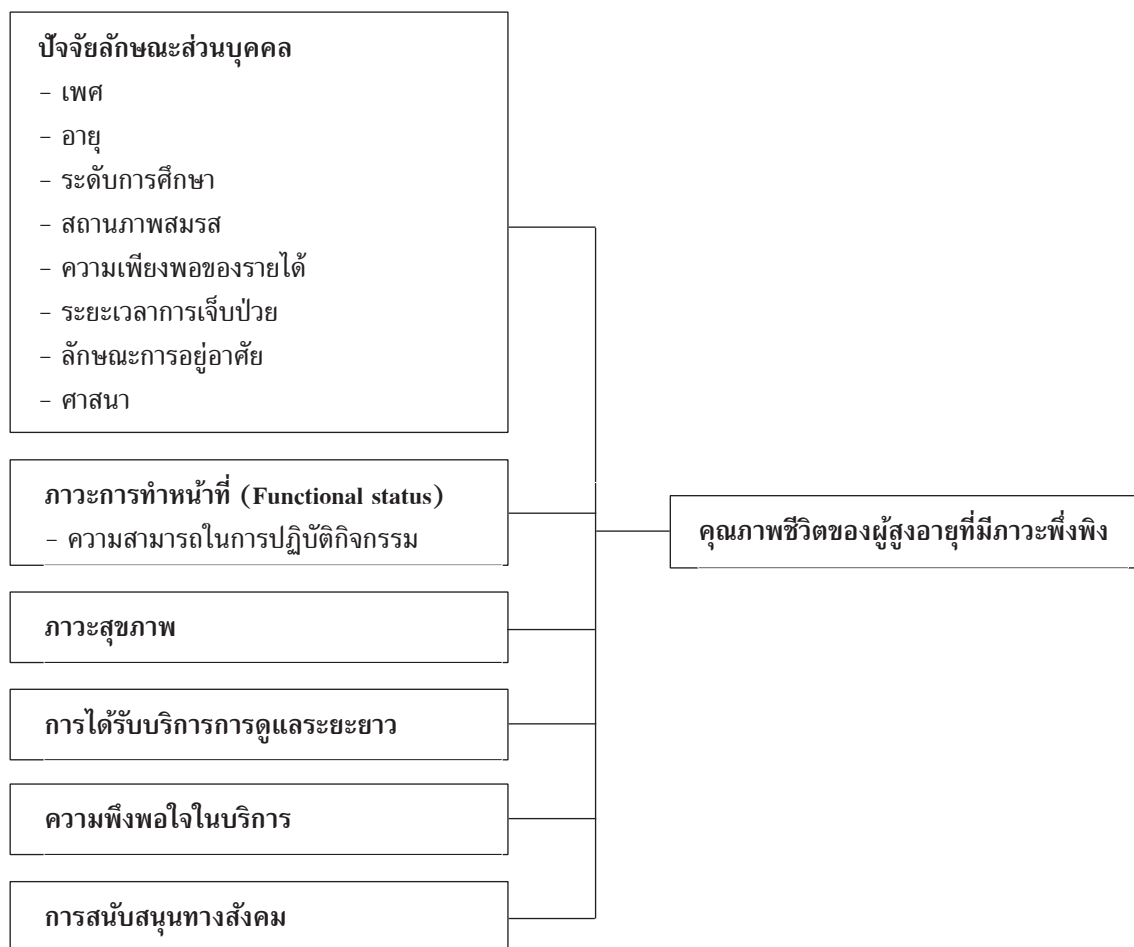
1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตของปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ภาวะสุขภาพ การได้รับการดูแลระยะยาว ความพึงพอใจในบริการ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในกรุงเทพมหานคร

สมมติฐานการวิจัย

ลักษณะส่วนบุคคล ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ภาวะสุขภาพ การได้รับการดูแลระยะยาว ความพึงพอใจในบริการ การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จากการทบทวนวรรณกรรมและการประยุกต์แนวคิด Health-Related Quality of Life สำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับบริการระยะยาว¹⁷ กำหนดตัวแปรที่ศึกษาดังแสดงในกรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย





วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analysis) โดยศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง สิงหาคม 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีภาวะพึ่งพิงและขึ้นทะเบียนรับบริการสุขภาพจากศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีจำนวน 18,399 คน¹⁸ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ขึ้นทะเบียนรับบริการระยะยาวจากศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมในการศึกษา (inclusion criteria) คือ อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร อย่างน้อย 1 ปีขึ้นไปสามารถพูดคุยสื่อสารได้ มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) น้อยกว่า 12 คะแนน และสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษาส่วนเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือ มีภาวะสมองเสื่อม และญาติไม่สมัครใจให้เข้าร่วมการศึกษา

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของแดเนียล¹⁹ เมื่อทราบประชากรที่แน่ชัด ซึ่งขนาดประชากรมีจำนวน 18,399 คน และสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง จากผลการศึกษาของ อกันตริ บัวเหลือง¹² ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู เท่ากับ .913 คำนวณได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 121 คนผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 133 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) เริ่มจากสุ่มเลือกศูนย์บริการสาธารณสุขจากกลุ่มบริการสาธารณสุข 6 เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีศูนย์บริการสาธารณสุขทั้งหมด 68 แห่ง โดยการสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับสลากได้ศูนย์บริการสาธารณสุข 6 ศูนย์จากกลุ่มบริการสาธารณสุข 6 เขต และสุ่มตัวอย่างจากศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 6 ศูนย์ด้วยวิธีการจับสลากจากทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกรุงเทพมหานคร ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างและดัดแปลงจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะการอยู่อาศัย และการเป็นสมาชิกและเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ประเมินด้วย Functional Independence Measure (FIM) ฉบับภาษาไทยของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และภาริส วงศ์แพทย์²⁰ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือด้านการทำหน้าที่ของร่างกายจำนวน 13 ข้อ ด้านการสื่อสารกระบวนการคิดและความจำ จำนวน 5 ข้อ มีระดับการให้คะแนน 1-4 คะแนน คือ ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เอง ปฏิบัติกิจกรรมได้เองบางส่วนปฏิบัติกิจกรรมได้เองเป็นส่วนใหญ่และปฏิบัติกิจกรรมได้เองทั้งหมดแปลผลโดยใช้คะแนนรวม ซึ่งค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 18-72 คะแนน ถ้าคะแนนรวมสูง หมายถึงมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมสูง

ส่วนที่ 3 ภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ โรคประจำตัว ภาวะซึมเศร้าประเมินด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม และ 9 คำถาม ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ข้อติดแข็ง และแผลกดทับ ตามคู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขภาวะโภชนาการประเมินโดยการวัดรอบวงกึ่งกลางแขน (mid-upper arm circumference) ตามการศึกษาของ Goswami, et al.²¹



ส่วนที่ 4 การได้รับการดูแลระยะยาว ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือขึ้นตามกิจกรรมบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย การได้รับการดูแลที่บ้านโดยบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 19 ข้อและการได้รับการดูแลที่บ้านโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 8 ข้อ และการได้รับอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น ได้แก่ เตียงปรับระดับ ที่นอนลม ชุดออกซิเจน ชุดดูดเสมหะ รถเข็น (wheel chair) มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อแปลผลโดยใช้คะแนนรวม ถ้าคะแนนรวมยิ่งมาก หมายถึงได้รับการดูแลที่บ้านโดยบุคลากรสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นมาก

ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจในบริการ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการของศูนย์บริการสาธารณสุขของกองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบวัดชนิดมาตราประมาณค่า 5 ระดับ การให้คะแนน 1-5 คะแนนตั้งแต่น้อยที่สุด ถึงมากที่สุด ใน 5 ด้านอ้างถึงใน วิภาวิชิตชู²² คือ การให้บริการอย่างเท่าเทียมกัน (equitable service) การให้บริการตรงเวลา (timely service) การให้บริการที่เพียงพอ (amply service) การให้บริการต่อเนื่อง (continuous service) และการให้บริการอย่างก้าวหน้า (progressive service) แปลผลโดยใช้คะแนนรวม ซึ่งค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน ถ้าคะแนนรวมมาก หมายถึงมีความพึงพอใจในบริการมาก

ส่วนที่ 6 การสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของ มุทิตา วรรณชาติ⁷ มีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ เป็นแบบวัดชนิดมาตราประมาณค่า 4 ระดับการให้คะแนน 1-4 คะแนน ตั้งแต่ไม่เคยเลย ถึงเป็นประจำ เกี่ยวกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ด้านข้อมูลข่าวสารด้านสิ่งของหรือบริการ และด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าแปลผลโดยใช้คะแนนรวม ซึ่งค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 8-32 คะแนน ถ้าคะแนนรวมมาก หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

ส่วนที่ 7 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-OLD) ฉบับภาษาไทยของสิริมา อิทธิประเสริฐ²³ โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อคำถามเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 6 องค์ประกอบ ได้แก่ความสามารถในการรับรู้ความเป็นตัวของตัวเองความสำเร็จและความคาดหวังในอดีต ปัจจุบัน และอนาคตการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมการเผชิญหน้ากับความตายและการมีปฏิสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด มีข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ มีข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 7 ข้อเป็นแบบวัดชนิดมาตราประมาณค่า 5 ระดับการให้คะแนน 1-5 คะแนน ตั้งแต่ไม่มีเลย ถึงมากที่สุดแปลผลโดยใช้คะแนนรวม ซึ่งค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 24-120 คะแนน คะแนนยิ่งมาก คุณภาพชีวิตยิ่งดี

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในชุมชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 21 วัดธาตุทองจำนวน 30 คนซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ เพื่อหาความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) โดยแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมมีค่า CVI เท่ากับ 1 และค่า reliability เท่ากับ .82 แบบประเมินภาวะสุขภาพ มีค่า CVI เท่ากับ .80 แบบสัมภาษณ์การได้รับการดูแลระยะยาว มีค่า CVI เท่ากับ .97 และค่า reliability เท่ากับ .77 แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจในบริการ มีค่า CVI เท่ากับ .83 และค่า reliability เท่ากับ .93 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม มีค่า CVI เท่ากับ 1 และค่า reliability เท่ากับ .90 และแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต มีค่า CVI เท่ากับ 1 และค่า reliability เท่ากับ .83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารเลขที่ MUPH 2019-066 ผู้วิจัยนำหนังสือขอความ

อนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อขออนุญาตทำการเก็บข้อมูลในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 2 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุขนอกเขตพื้นที่ที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้อบรมผู้ช่วยผู้วิจัยเกี่ยวกับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการประเมินภาวะซึมเศร้า ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ข้อติดแข็ง แผลกดทับ และการประเมินภาวะโภชนาการจากการวัดรอบวงกึ่งกลางแขนโดยใช้คู่มือการเก็บข้อมูลประกอบการอธิบายรายละเอียดในการเก็บข้อมูลอย่างละเอียดจากนั้นผู้วิจัยได้เข้าพบพยาบาลเยี่ยมบ้านที่เป็นเจ้าของพื้นที่รับผิดชอบในชุมชน เพื่อจะพาผู้วิจัยไปที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยจะอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการเข้าร่วมในการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจตอบแบบสัมภาษณ์ทราบและให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และนำข้อมูลที่ได้มารวบรวมเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด และวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในกรุงเทพมหานคร ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) แบบ enter ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่าตัวแปรต้นมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตามและไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น (multicollinearity)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.4 มีอายุเฉลี่ย 74.09 ปี (SD=8.41) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.2 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.1 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 40.6 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 83.4 โดยมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 3,555.64 บาท (SD=4771.39) แหล่งที่มาของรายได้เกือบครึ่งหนึ่งมาจากบุตรหลาน ร้อยละ 49.6 ร้อยละ 50.4 มีรายได้พอใช้ แต่ไม่เหลือเก็บ ลักษณะการอยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.1 อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 85.0 สามารถช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน และร้อยละ 15.0 ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (n=133)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	79	59.4
ชาย	54	40.6
อายุ		
60-69 ปี	47	35.3
70-79 ปี	46	34.6
80-93 ปี	40	30.1

(Mean=74.09, SD=8.41, Min=60, Max=93)



ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ศาสนา		
พุทธ	128	96.2
อิสลาม	3	2.3
คริสต์	2	1.5
สถานภาพสมรส		
ไม่ได้เรียน	19	14.3
ประถมศึกษา	84	63.1
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	13	9.8
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	9	6.8
อนุปริญญา	3	2.2
ปริญญาตรี	4	3.0
สูงกว่าปริญญาตรี	1	.8
สถานภาพสมรส		
คู่	54	40.6
หม้าย	54	40.6
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	18	13.5
รายได้ต่อเดือน	7	5.3
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท		
5,001-10,000 บาท	111	83.4
ตั้งแต่ 10,001 บาทขึ้นไป	13	9.8
(Mean=3555.64, SD=4771.39, Min=500, Max=30000)	9	6.8
แหล่งที่มาของรายได้		
บุตรหลาน	66	49.6
เบี้ยยังชีพ	46	34.6
สามี/ภรรยา	8	6.0
อื่นๆ	13	9.8
ความเพียงพอของรายได้		
พอใช้และมีเหลือเก็บ	23	17.3
พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	67	50.4
ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้สิน	32	24.0
ไม่พอใช้และมีหนี้สิน	11	8.3
ลักษณะการอยู่อาศัย		
อยู่กับบุตรหลาน	68	51.1
อยู่กับสามี/ภรรยาและบุตรหลาน	24	18.0
อยู่กับญาติพี่น้อง	19	14.3
อยู่กับสามี/ภรรยา	15	11.3
อยู่คนเดียว	7	5.3



ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การเป็นสมาชิกและเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ		
ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรม	116	87.2
เป็นสมาชิกชมรม	17	12.8
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL)		
ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน (5 – 11 คะแนน)	113	85.0
ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (0 – 4 คะแนน)	20	15.0

2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.0 รองลงมาคือ มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 18.0 และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 15.0 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=133)

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตระดับดี (90-120 คะแนน)	24	18.0
คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (67-89 คะแนน)	89	67.0
คุณภาพชีวิตระดับไม่ดี (24-66 คะแนน)	20	15.0
(Mean=78.26, SD=11.90, Min=41, Max=114)		

เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิต พบว่า องค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=14.72$, SD=3.21) รองลงมาคือ ด้านการเผชิญหน้ากับความตาย ($\bar{X}=14.40$, SD=3.37) ด้านความสำเร็จและความคาดหวังในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ($\bar{X}=12.78$, SD=2.71) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ($\bar{X}=12.31$, SD=2.67) ด้านความเป็นตัวของตัวเอง ($\bar{X}=12.28$, SD=3.10) และด้านความสามารถในการรับรู้ ($\bar{X}=11.75$, SD=2.75) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=133)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	$\bar{X}$	SD
การมีปฏิสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด	14.72	3.21
การเผชิญหน้ากับความตาย	14.40	3.37
ความสำเร็จและความคาดหวังในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต	12.78	2.71
การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	12.31	2.67
ความเป็นตัวของตัวเอง	12.28	3.10
ความสามารถในการรับรู้	11.75	2.75
คะแนนรวม	78.26	11.90



3. ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ enter พบว่า มีปัจจัยทำนาย 5 ตัวแปรได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ความพึงพอใจในบริการ ความเพียงพอของรายได้ และการได้รับบริการดูแลที่บ้านโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรือเครือข่ายสุขภาพ อาสาสมัคร จิตอาสา สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ร้อยละ 38.6 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=133)

ตัวแปรทำนาย	B	SE	Beta	t	p-value
การสนับสนุนทางสังคม	.980	.238	.308	4.110	<.001*
ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม	.448	.113	.307	3.978	<.001*
ความเพียงพอของรายได้	8.069	3.707	.257	2.177	.031*
ความพึงพอใจในบริการ	.414	.169	.191	2.457	.015*
การได้รับบริการดูแลที่บ้านโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรือเครือข่ายสุขภาพ อาสาสมัคร จิตอาสา	.820	.361	.176	2.270	.025*
constant = 6.552					

* p<.05, R²=.386

ดังนั้นจึงสามารถสร้างสมการเพื่อใช้ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ดังนี้

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + b_4x_4 + b_5x_5$$

แทนค่า $Y = 6.552 + .980$ (การสนับสนุนทางสังคม) $+ .448$ (ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม) $+ 8.069$ (ความเพียงพอของรายได้) $+ .414$ (ความพึงพอใจในบริการ) $+ .820$ (การได้รับบริการดูแลที่บ้านโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรือเครือข่ายสุขภาพ อาสาสมัครจิตอาสา)

เมื่อ $Y =$ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ $a =$ ค่าคงที่ (constant)

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมูทิทา วรณชาติ⁷ การศึกษาของ อกันตริ บัวเหลือง¹² และการศึกษาของ Uddin, et.al¹³ สามารถอธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 82.0 โรคเบาหวาน ร้อยละ 45.1 และโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพาต ร้อยละ 30.8 และยังพบว่ามากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ร้อยละ 55.6 และมีข้อติดแข็ง ร้อยละ 19.5 ทำให้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมปานกลางนอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 40.6 และมีบุตรหลานดูแลร้อยละ 45.1

ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ดีที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Uddin, et.al¹³ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยเฉพาะการสนับสนุนด้านการเงินและการได้รับอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้ดีขึ้น รองลงมาคือความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมสอดคล้องกับการศึกษาของ Kumar, et al¹⁵ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจะมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำส่วนปัจจัยด้านความเพียงพอของรายได้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เพียงพอมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ไม่เพียงพอจากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้

ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 83.4 โดยมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 3,555.64 บาท และความเพียงพอของรายได้สำหรับค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือนมีพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 50.4 ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีรายได้สูงและเพียงพอกับความจำเป็นในการใช้จ่ายต่างๆ จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีรายได้น้อยและไม่เพียงพอในการใช้จ่ายสอดคล้องกับการศึกษาของมูทิตา วรณชาติ⁷ การศึกษาของธาริน สุขอนันต์ และคณะ¹⁰ การศึกษาของ Chen&Chen¹⁴ และนวนินทร์ สวีระสุทธิ์¹⁶ และปัจจัยด้านความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ อธิบายได้ว่า การให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ผู้สูงอายุได้รับเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้สูงอายุจึงมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับนั้นด้วย ดังนั้นหากผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในบริการมากก็จะทำให้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ พิชิต สุขสบาย²⁴ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองไม่ได้ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.2 มีความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัวในระดับสูงนอกจากนี้ยังพบว่า การได้รับการดูแลที่บ้านโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ การวัดสัญญาณชีพ การดูแลความสะอาดร่างกาย การดูแลเรื่องการเงิน การดูแลเรื่องการกินอาหาร การดูแลสายสวนปัสสาวะ การทำแผล การทำกายภาพบำบัด และการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้ เนื่องจากเป็นการให้บริการที่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลงหรือไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเองทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพ ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและนำไปพัฒนาแนวปฏิบัติและกำหนดผลลัพธ์การพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีระดับภาวะพึ่งพิงที่แตกต่างกัน

2. ผู้บริหารหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน โดยเน้นการสนับสนุนด้านอุปกรณ์และสวัสดิการสังคม โดยเฉพาะการสนับสนุนการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรือเครือข่ายจิตอาสา เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามพบว่าปัจจัยทำนายทั้ง 5 นี้สามารถร่วมกันทำนายได้เพียง 38.6% ของความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงในกรุงเทพมหานคร งานวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ระยะเวลาที่เกิดภาวะพึ่งพิง ความต้องการการช่วยเหลือของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นต้น เพื่อนำผลการศึกษามาอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ชัดเจนยิ่งขึ้น และสามารถดูแลช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

References

1. Institute for Population and Social Research, Mahidol University and Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. Situation of the Thai elderly. Bangkok: the Institute; 2016. (in Thai).
2. Institute for Population and Social Research, Mahidol University and Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. Situation of the Thai elderly. Bangkok: the Institute; 2013. (in Thai).
3. National Health Security Office. a guide to support the management of long-term care services for dependent elderly in the national health insurance system. Bangkok: the Office; 2016.(in Thai).
4. Department of Older Persons. Statistics of elderly in Thailand. [internet]. 2016 [cited 2019 Jan 5]. Available from: <http://www.dop.go.th/th/know/1/51>(in Thai).



5. Office of Public Health System Development, Health Department. Annual Report 2015. Bangkok: the Office; 2016. (in Thai).
6. World Health Organization. WHOQOL study protocol. Geneva: WHO; 1993.
7. Wannachart M. Quality of life among elderly people with chronic diseases in Ubonratchathani province [Master thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2015. (in Thai).
8. Sangkharoek N. The quality of life of elderly adults in Sri-caiangmai district, Nong Khai province [Master thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2011. (in Thai).
9. Chanchang P. Development and enhancement of the quality of life of elderly people in Bangkok. Journal of Pathumthani University 2011;3(3):66–78. (in Thai).
10. Sukanun T, Jariyasilp S, Thummanon T, Jitpakdee P. Quality of life of the elderly in Bansuan municipality, Chonburi province, Thailand. Journal of Public Health 2011;41(3):240–9. (in Thai).
11. Khamwong W, Noosawat J, Prathanworapanya W, Siripanya J. Factors relating to quality of life of elderly. Journal of Health Science Research 2011;5(2):32–40. (in Thai).
12. Bualueang A. Factors related to quality of life among older adults recovering from a stroke [Master thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2010. (in Thai).
13. Uddin MA, Soivong P, Lasuka D, Juntasopeepun P. Factors related to quality of life among older adults in Bangladesh: a cross sectional survey. Nursing and Health Sciences 2017;19:518–24.
14. Chen HM, Chen CM. Factors associated with quality of life among older adults with chronic disease in Taiwan. International Journal of Gerontology 2017;11:12–15.
15. Kumar SG, Majumdar A, Pavithra G. Quality of Life (QOL) and its associated factors using WHO QOL-BREF among elderly in Urban Puducherry, India. Journal of Clinical and Diagnostic Research 2014;8(1):54–57.
16. Savirasarid N. The selected factors related to quality of life of elderly people in Bangkok [Master thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2008. (in Thai).
17. Zubritsky C, Abbott KM, Hirschman KB, Bowles KH, Foust JB, Naylor MD. Health-related quality of life: expanding a conceptual framework to include older adults who receive long-term services and supports. Gerontologist 2013;53(2):205–10.
18. Public Health Nursing Division. Information of dependent older adults in Bangkok. [internet]. 2018 [cited 2019 Feb 20]. Available from: <http://phn.bangkok.go.th/index.php> (in Thai).
19. Daniel WW. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 6th edition. New York: John Wiley & Sons, Inc; 1995.
20. Jitraphai C, Wongphaet P. Integrative rehabilitation medicine Ramathibodi. Bangkok: RuenKaew Printing. 1999. (in Thai).
21. Goswami AK, Kalaivani M, Gupta SK, Nongkynrih B, Pandav CS. Usefulness of mid-upper arm circumference in assessment of nutritional status of elderly persons in Urban India. International Journal of Medicine and Public Health 2018;8(1):34–37.
22. Chadit W. Clients' satisfaction towards outpatient pharmacy service quality at Chaophraya Yommarat hospital, Suphanburi province [Master thesis]. Bangkok: Silpakorn University; 2016. (in Thai).



23. Itprasert S. Quality of life of the elderly in Klaeng Kachet municipality, Mueang district, Rayong province [Master thesis]. Chonburi: Burapha University; 2017. (in Thai).
24. Suksabuy P. Evaluation of long term care for dependent elders by family care teams in Chai Buri district, Surat Thani province. Region 11 Medical Journal 2017;31(2):257-69(in Thai).



ความแตกฉานด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

Health Literacy of the Population at Risk for Diabetes and Hypertension

รุ่งนภา จันทรา¹ ชูลีพร หีตอักษร¹ สุธานันท์ กัลละ² อติญาณ์ ศรีเกษตริน³ ดาราวรรณ รongเมือง⁴
Rungnapa Chanttra¹ Chuleeporn Heetaksorn¹ Suthanan Kunlaka² Atiya Sarakshetrin³ Daravan Rongmuang⁴

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสู่ราษฎร์ธานี ²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ

³วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ⁴วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

¹Boromarajonani College of Nursing Suratthani ²Boromarajonani College of Nursing Bangkok,

³Prachomklao College of nursing, Phetchaburi Province

⁴Phrapokklao Nursing College, Chantaburi Province, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author; Rungnapa Chanttra; E-mail: rungnapac64@gmail.com

Received: May 8, 2019 Revised: May 20, 2020 Accepted: June 19, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาระดับความแตกฉานด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระหว่างเดือนตุลาคม 2561 – กันยายน 2562 กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี จำนวน 325 คน ได้มาโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพ จำนวนทั้งหมด 61 ข้อ คุณภาพของเครื่องมือตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาด้วยวิธีการประเมินความสอดคล้องระหว่างรายการข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย พบว่ามากกว่า .67 ทุกข้อ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 56 เพศชายร้อยละ 44 อายุเฉลี่ย 51.23 ± 11.34 ปี มีความแตกฉานด้านสุขภาพด้านความรู้ในระดับที่เข้าใจถูกต้องบ้างร้อยละ 64.62 รองลงมาคือเข้าใจไม่ถูกต้องร้อยละ 24 และเข้าใจถูกต้องร้อยละ 11.38 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยที่สุดร้อยละ 54.15 ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ได้ร้อยละ 68.00 ด้านการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ได้ร้อยละ 76.31 ด้านการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศเพื่อสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 74.77 ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ 2ส ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ได้ร้อยละ 78.46 ด้านการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ได้ร้อยละ 69.23 และด้านการคงดูแลรักษาสุขภาพตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับ พอใช้ได้ร้อยละ 72.62 จากผลการวิจัยจึงควรมีการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสม

คำสำคัญ: ความแตกฉานด้านสุขภาพ; โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง



Health Literacy of the Population at Risk for Diabetes and Hypertension

Rungnapa Chantira¹ Chuleeporn Heetaksorn¹ Suthanan Kunlaka² Atiya Sarakshetrin³ Daravan Rongmuang⁴

¹Boromarajonani College of Nursing Suratthani ²Boromarajonani College of Nursing Bangkok,

³Prachomklao College of nursing, Phetchaburi Province

⁴Phrapokklao Nursing College, Chantaburi Province, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author; Rungnapa Chantira; E-mail: rungnapac64@gmail.com

Received: May 8, 2019 Revised: May 20, 2020 Accepted: June 19, 2020

Abstract

This descriptive cross-sectional research aimed to study the level of health literacy of the population who were at risk for diabetes and hypertension in Surat Thani province. The data were collected during October 2018–September 2019. A sample of 325 people who were at risk for diabetes and hypertension visiting the health promotion hospital, Muang Surat Thani was recruited using simple random sampling. The data collection tools consisted of a 1) general information questionnaire and 2) Health literacy questionnaire composed of 8 components in 61 items. The item objective congruence of the questionnaire was validated by 3 experts yielding values of all items greater than 0.67 and the Cronbach's Alpha coefficient was 0.86. The data were analyzed using frequency, percentage and mean. The results showed that the sample consisted of females (56%) and males (44%). The mean age was 51.23±11.34 years. Knowledge regarding health behavior of the sample was somewhat correct at 64.62 percent, followed by a misunderstanding (24% correct) and correct understanding at 11.38%. Access to health information and health services was at the lowest level (54.15%), communication skill was at a fair level (68%), self-management was at a fair level (76.31%). Media literacy was at a fair level (74.77%), decision skill was at a fair level (78.46%). Participation in social health activity was at a fair level (69.23%), and individual health care was at a fair level (72.62%). Based on the results of this study, health care providers should promote health literacy among people who are at risk of diabetes and hypertension, in order to have a better understanding of how to monitor their blood pressure and blood glucose level and to practice appropriate health care behaviors.

Keywords: health literacy; diabetes; hypertension



ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ประชาชนมีการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 2,641,109 คน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ 353,378 คน คิดเป็นร้อยละ 13.38 และมีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 5,552,363 คน สามารถควบคุมความดันโลหิตได้จำนวน 1,099,850 คน คิดเป็นร้อยละ 19.81¹ โดยประชาชนบางส่วนยังไม่ทราบว่าตนเองป่วยด้วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานสูงเข้าถึงระบบบริการเพียงร้อยละ 41 และผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเข้าถึงระบบบริการร้อยละ 29² การเกิดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งหากดูแลสุขภาพไม่ดีจะนำไปสู่การเจ็บป่วยแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ตาบอดจากโรคเบาหวาน และภาวะไตวายเรื้อรังรวมถึงเศรษฐกิจของครอบครัวรวมถึงเศรษฐกิจระดับประเทศ ผลกระทบดังกล่าวทำให้ปัจจุบันในการดำเนินงานเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพให้ความสำคัญกับการพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy)³

ความแตกฉานด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นทักษะการรู้คิดทางปัญญาและทักษะทางทางสังคม (cognitive and social skills) ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเพิ่มการเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจในข้อมูล และใช้ข้อมูลข่าวสารในหนทางที่เป็นประโยชน์และการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี⁴ ซึ่งตัวชี้วัดที่สำคัญที่สะท้อนถึงความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของประชาชนเป็นความสามารถในการเข้าถึง อ่าน เขียน คำนวน เข้าใจ วิเคราะห์และเลือกใช้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้รวมถึงเป็นดัชนีที่สามารถสะท้อนและใช้อธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานสุขภาพศึกษา (health education) และกิจกรรมการสื่อสาร (communication activities)⁴ ความแตกฉานด้านสุขภาพนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา วัคซีน และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ระบบบริการสุขภาพควรมีกลไกที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของประชากรที่มีพื้นฐานความแตกฉานด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน⁵ นอกจากนี้การพัฒนาระบบสุขภาพไม่ควรมุ่งเน้นที่ตัวผู้ป่วยหรือกลุ่มเป้าหมายเท่านั้น แต่ควรครอบคลุมผู้ดูแลหรือครอบครัวด้วย⁶ กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน และได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพครอบคลุมทุกพื้นที่ มีความจำเป็นที่จะต้องยกระดับความแตกฉานด้านสุขภาพของประชากรเพื่อให้สถานะสุขภาพดีขึ้น ลดภาระของระบบบริการสุขภาพ โดยระบบบริการสุขภาพจำเป็นต้องได้รับการออกแบบให้เหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่มีระดับความแตกฉานด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน เพื่อให้สามารถเกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ และเกิดประสิทธิภาพในกระบวนการดูแลสุขภาพ⁶

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความแตกฉานด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงพบว่า การสำรวจความแตกฉานด้านสุขภาพของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไปในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีระดับความแตกฉานทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำโดยเฉพาะการอ่านและการเขียน รวมทั้งความสามารถในการได้รับบริการทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ ความสามารถในการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล⁷ เช่นเดียวกับการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดสระแก้ว พบความแตกฉานด้านสุขภาพอยู่ระดับต่ำทั้งระหว่างมีความเพียงพอและไม่เพียงพอ โดยความแตกฉานด้านสุขภาพที่ต้องพัฒนา ได้แก่ ความสามารถในการอ่านและจดจำประเด็นหลักที่สำคัญเรื่องโรคความดันโลหิตสูง⁸ การแตกฉานด้านสุขภาพที่ต่ำมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยจนต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีความสามารถในการป้องกันและดูแลสุขภาพ ตรงข้ามกับการศึกษาความแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในแผนกตรวจโรค ผู้ป่วยนอกอายุรศาสตร์โรงพยาบาลระดับตติยภูมิความแตกฉานทางสุขภาพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับสูงซึ่งความแตกฉานด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง⁷ ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นความแตกต่างของความแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ร่วมกับทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพที่ดี



จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นจังหวัดที่มีอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานและความชุกสะสมของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอยู่ในลำดับต้น ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 44.2 และผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีร้อยละ 53.39⁹ ที่ผ่านมายังมีข้อมูลจำกัดการศึกษาเกี่ยวกับความแตกต่างด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดสุราษฎร์ธานีว่ามีระดับความแตกต่างด้านสุขภาพอย่างไร ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นบุคลากรด้านสุขภาพจึงเห็นความจำเป็นของการศึกษาความแตกต่างด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีโอกาสสูงในการเกิดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเสริมสร้างภาวะสุขภาพเพื่อพัฒนาความแตกต่างด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับความแตกต่างด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ขอบเขตการวิจัย

งานวิจัยนี้ทำการศึกษาเฉพาะ เขตอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross sectional research) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2561 – กันยายน 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่ผ่านการตรวจ คัดกรองด้วยวาจาและค่าผลการตรวจเลือดอยู่ในระหว่าง 100–123 มก/ดล. จำนวน 378 คน และกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120/80–139/89 mm.Hg จำนวน 422 คน หรือ โรคใดโรคหนึ่งหรือทั้งสองโรค จำนวน 1,400 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 2,200 คน

กลุ่มตัวอย่าง ใช้การหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรสำเร็จของ Krejcie&Morgan ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % และค่าความคลาดเคลื่อน 5% ได้จำนวนตัวอย่าง 327 คน จากอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน 22 แห่ง ทำการสุ่มอย่างง่ายในแต่ละแห่ง จากนั้นเก็บข้อมูลจากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคใดโรคหนึ่งหรือทั้งสองโรค ได้แบบสอบถามกลับมาจำนวน 325 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 99.3

เครื่องมือวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสาธารณสุข บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ระยะเวลาที่ทราบว่ามีภาวะเสี่ยงถึงปัจจุบัน การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความแตกต่างด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบวัดของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ¹⁰ ที่สร้างขึ้นตามหลัก 3อ 2ส มี 8 ด้าน ประกอบด้วย



ด้านที่ 1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส มีจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 4 ตัวเลือก เกณฑ์การให้คะแนนคือ หากตอบถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบผิด ให้ 0 คะแนน ใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนน 3 ระดับ คือ ความรู้ความเข้าใจระดับไม่ถูกต้อง (0-12 คะแนน) ระดับถูกต้องบ้าง (12-16 คะแนน) และระดับถูกต้องที่สุด (16-20 คะแนน)

ด้านที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และทุกครั้ง เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ มีการเข้าถึงข้อมูลระดับไม่ดีพอ (0-9 คะแนน) ระดับน้อยที่สุด (1.00-1.50 คะแนน) ระดับน้อย (1.51-2.50 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) ระดับมาก (3.51-4.50 คะแนน) และระดับมากที่สุด (4.51-5.00 คะแนน)

ด้านที่ 3 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส จำนวน 6 ข้อ ลักษณะแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และทุกครั้ง เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ มีการสื่อสารระดับไม่ดีพอ (0-11 คะแนน) ระดับพอใช้ได้ (12-18 คะแนน) และระดับดีมาก (19-24 คะแนน)

ด้านที่ 4 การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส จำนวน 5 ข้อ ลักษณะแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และทุกครั้ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ มีการจัดการระดับไม่ดีพอ (0-9 คะแนน) ระดับพอใช้ได้ (10-15 คะแนน) และระดับดีมาก (16-20 คะแนน)

ด้านที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศเพื่อสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และทุกครั้ง เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ มีการรู้เท่าทันสื่อระดับไม่ดีพอ (0-9 คะแนน) ระดับพอใช้ได้ (10-15 คะแนน) และระดับดีมาก (16-20 คะแนน)

ด้านที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ 2ส จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และทุกครั้ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ มีการตัดสินใจเลือกระดับไม่ดีพอ (0-9 คะแนน) ระดับพอใช้ได้ (10-15 คะแนน) และระดับดีมาก (16-20 คะแนน)

ด้านที่ 7 การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และทุกครั้ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ มีส่วนร่วมระดับไม่ดีพอ (0-9 คะแนน) ระดับพอใช้ได้ (10-15 คะแนน) และระดับดีมาก (16-20 คะแนน)

ด้านที่ 8 การดูแลสุขภาพสุขภาพตนเอง จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์ 3 วัน/สัปดาห์ 4-5 วัน/สัปดาห์ และ 6-7 วัน/สัปดาห์ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ มีการดูแลสุขภาพระดับไม่ดีพอ (0-19 คะแนน) ระดับพอใช้ได้ (20-31 คะแนน) และระดับดีมาก (32-40 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประเมินความสอดคล้องระหว่างรายการข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย พบว่าทุกข้อมีดัชนีความสอดคล้องระหว่างรายการข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัยมากกว่า .67 และมีการปรับรายการคำถามบางข้อตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ



จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้ไปหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีของสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่าได้เท่ากับ .86

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโครงร่างวิจัยเพื่อเข้ารับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราญบุรีธานี ได้เลขที่จริยธรรมการวิจัยที่ 2018/12 ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและพิทักษ์กลุ่มตัวอย่างโดยการจัดทำหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent Form) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย การรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แนะสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ให้ผู้ให้ข้อมูลทราบ ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทันทีที่ต้องการโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ข้อมูลที่ได้จะถูกได้รับการปกปิดและจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมและนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น รวมทั้งจะทำลายข้อมูลทันทีหลังจากได้รายงานวิจัยที่แล้วเสร็จอย่างสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปด้วยสถิติพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลได้ผล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 325 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 56 เพศชายร้อยละ 44 มีอายุระหว่าง 51- 55 ปี ร้อยละ 20.92 รองลงมาคืออายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 19.69 มีสถานภาพสมรสคู่ ถึงร้อยละ 64 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.15 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 40.31 ประกอบอาชีพ ค้าขาย/ธุรกิจ ร้อยละ 27.38 รองลงมา รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 23.08 อาศัยอยู่ด้วยกันกับสามี/ภรรยา ร้อยละ 20.92 ซึ่งบ้านมีระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสาธารณสุข ระหว่าง 1-10 กิโลเมตร ร้อยละ 68 มีค่าดัชนีมวลกาย ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 18.5-22.9 ร้อยละ 42.46 และมีการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ผ่านสื่อวิทยุชุมชน ร้อยละ 94.46 สื่อแอปพลิเคชัน ไลน์ (LINE) ร้อยละ 88 และสื่ออินเทอร์เน็ต ร้อยละ 77.23 ดังตาราง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ข้อมูลส่วนบุคคล	ข้อมูลทั่วไป	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (Mean=51.23; SD=11.34)		
น้อยกว่า 35 ปี	30	9.23
ระหว่าง 36-40 ปี	43	13.23
ระหว่าง 41-45 ปี	24	7.38
ระหว่าง 46-50 ปี	59	18.15
ระหว่าง 51-55 ปี	68	20.92
ระหว่าง 56-60 ปี	37	11.38
มากกว่า 60 ปี	64	19.69



ข้อมูลส่วนบุคคล	ข้อมูลทั่วไป	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสาธารณสุข		
น้อยกว่า 1 กิโลเมตร	55	16.92
ระหว่าง 1 -10 กิโลเมตร	221	68.00
มากกว่า 20 กิโลเมตรขึ้นไป	39	12.00
มากกว่า 20 กิโลเมตรขึ้นไป	10	3.08
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย		
บิดา / มารดา	74	22.77
สามี/ภรรยา	98	30.15
อายุ (Mean=51.23; SD=11.34)		
น้อยกว่า 35 ปี	30	9.23
ระหว่าง 36-40 ปี	43	13.23
ระหว่าง 41-45 ปี	24	7.38
บุตร	65	20.00
สามี/ภรรยา	68	20.92
ครอบครัวใหญ่	20	6.15
ดัชนีมวลกาย		
น้อยกว่า 18.5 kg/m ²	95	29.23
18.5-22.9 kg/m ²	138	42.46
23.00-24.9 kg/m ²	26	8.00
25.00-29.9 kg/m ²	66	20.31
ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
บุคคลในครอบครัว	124	38.15
บุคลากรสาธารณสุข	193	59.38
เพื่อนบ้าน	37	11.38
สื่อโทรทัศน์	106	32.62
สื่อวิทยุชุมชน	307	94.46
สื่ออินเทอร์เน็ต	251	77.23
สื่อแอปพลิเคชัน ไลน์(LINE)	286	88.00

2 ระดับความแตกฉานด้านสุขภาพ แยกเป็นรายด้านพบว่า

ด้านที่ 1 ความรู้ของความแตกฉานด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่เข้าใจถูกต้องบ้าง (คะแนนอยู่ระหว่าง 12-16) ร้อยละ 64.62 รองลงมาคือ เข้าใจไม่ถูกต้อง (คะแนนน้อยกว่า 12) ร้อยละ 24 และเข้าใจถูกต้อง (คะแนนมากกว่า 12) ร้อยละ 11.38

ด้านที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ระดับในระดับน้อยที่สุด (1.00-2.50 คะแนน) ร้อยละ 54.15 รองลงมาคือ มีการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตามหลัก



3อ 2ส ระดับปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) ร้อยละ 34.46 และมีการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ระดับไม่ดีพอ (0-90 คะแนน) ร้อยละ 5.85

ด้านที่ 3 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีการสื่อสารอยู่ในระดับที่พอใช้ได้ (คะแนนอยู่ระหว่าง 12-18) ร้อยละ 68.00 รองลงมาคือมีการสื่อสารในระดับดีมาก (คะแนนน้อยอยู่ระหว่าง 19-24) ร้อยละ 17.54 และมีการสื่อสารระดับไม่ดีพอ (คะแนนอยู่ระหว่าง 0-14) ร้อยละ 14.46

ด้านที่ 4 การจัดการเงินของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการจัดการเงินของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ในระดับพอใช้ได้ (10-15 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 76.31 รองลงมาคือ มีการจัดการเงินของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ในระดับไม่ดีพอ (0-9 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 13.85 และมีการจัดการเงินของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ในระดับดีมาก (16-20 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 9.85

ด้านที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศเพื่อสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ในระดับพอใช้ได้ (10-15 คะแนน) ร้อยละ 74.77 รองลงมาคือ มีการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศเพื่อสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ระดับดีมาก (16-20 คะแนน) ร้อยละ 16.92 และมีการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศเพื่อสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ระดับไม่ดีพอ (0-9 คะแนน) ร้อยละ 8.31

ด้านที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ 2ส พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ 2ส ในระดับพอใช้ได้ (10-15 คะแนน) ร้อยละ 78.46 รองลงมา มีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ 2ส ในระดับดีมาก (16-20 คะแนน) ร้อยละ 12.62 และมีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ 2ส ในระดับไม่ดีพอ (0-9 คะแนน) ร้อยละ 8.92

ด้านที่ 7 การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม มีส่วนร่วมใน ระดับพอใช้ได้ (10-15 คะแนน) ร้อยละ 69.23 รองลงมา มีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคมมีส่วนร่วมในระดับไม่ดีพอ (0-9 คะแนน) ร้อยละ 18.46 และส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคมระดับดีมาก (16-20 คะแนน) ร้อยละ 12.31

ด้านที่ 8 การดูแลสุขภาพของตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการดูแลสุขภาพของตนเองในระดับพอใช้ได้ (20-31 คะแนน) ร้อยละ 72.62 รองลงมา มีการดูแลสุขภาพของตนเอง ในระดับดีมาก (32-40 คะแนน) ร้อยละ 16.00 และมีการดูแลสุขภาพของตนเอง มีการดูแลสุขภาพในระดับไม่ดีพอ (0-19 คะแนน) ร้อยละ 11.38

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยระดับความแตกฉานด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จากการศึกษาครั้งนี้ทั้ง 8 ด้าน พบว่า

ด้านที่ 1 ความรู้ของความแตกฉานด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่เข้าใจถูกต้องบ้าง (คะแนนอยู่ระหว่าง 12-16) ร้อยละ 64.62 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพได้ด้วยตนเอง และจากการขับเคลื่อนของกระทรวงสาธารณสุข ในการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคของประชาชน มีการจัดกิจกรรมการสร้างความเข้าใจทางด้านสุขภาพ ให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นรูปธรรมนอกจากนี้สภากาชาดไทยได้กำหนดให้บรรจุเรื่องความรู้ด้านสุขภาพในแผนการปฏิรูปประเทศประกาศในราชกิจจานุเบกษา วันที่ 6 เมษายน พ.ศ. 2561 เพื่อให้ประชาชนไทย ทุกคนมีทักษะการเข้าถึง และประมวลข้อมูลสุขภาพเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง และครอบครัวได้อย่างเหมาะสม¹¹ อีกทั้งการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้มีการดำเนินการเชิงรุกในการเสริมสร้างและพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน



และความดันโลหิตสูงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ โดยใช้กระบวนการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรค การสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา) ส่งผลให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีความรู้แตกฉานด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนภา อาระหงษ์¹² ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านสื่อรูปแบบต่างๆ และแอปพลิเคชันไลน์สามารถเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้ แต่แตกต่างกับการศึกษาของวรรณรัตน์ รัตนวรงค์ และวิทยา จันทรทา¹³ ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้ความเข้าใจในระดับถูกต้องสูง ร้อยละ 66.91 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาจมีความคุ้นเคยกับการได้รับข้อมูลทางสุขภาพและคำแนะนำในการปฏิบัติตัวจากคำพูดของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ด้านที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส พบว่า ส่วนใหญ่มีการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ระดับในระดับน้อยที่สุด (1.00-2.50 คะแนน) ร้อยละ 54.15 ซึ่งในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมีการรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ จากบุคลากรสาธารณสุข สื่อวิทยุชุมชน อินเทอร์เน็ต และแอปพลิเคชัน ไลน์ (LINE) แต่ผลการศึกษายังพบว่า การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ระดับอยู่ในระดับน้อยที่สุด แสดงให้เห็นว่าข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับยังไม่ได้สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างยังรู้สึกว่าการได้รับข้อมูลยังอยู่ในระดับน้อยที่สุด ดังนั้นจึงควรจัดกิจกรรมส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการแสวงหาข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์กับตนเอง เพื่อให้บุคคลสามารถการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เพื่อควบคุมและแก้ไขปัญาสุขภาพของตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรัตน์ ลีอนาม และคณะ¹⁴ ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง พบว่า ประชาชนกลุ่มเสี่ยง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากกลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคความดัน โลหิตสูง จากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น โทรทัศน์/เคเบิลทีวี สื่อบุคคล ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อนญาติหรือคนในครอบครัวซึ่งการเสริมสร้างองค์ความรู้และการสร้างความตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตัวเองที่เหมาะสม สามารถเพิ่มระดับความสามารถการดูแลตนเองและการควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพของผู้ป่วยอยู่ในระดับก้ำกึ่งและไม่เพียงพอ ถึงร้อยละ 82.80 ซึ่งการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน¹⁵

ด้านที่ 3 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส พบว่า ส่วนใหญ่มีการสื่อสารอยู่ในระดับที่พอใช้ได้ (คะแนนอยู่ระหว่าง 12-18) ร้อยละ 68.00 เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับที่เข้าใจถูกต้องบ้าง ซึ่งในการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ต้องมีความรู้ขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส ในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จึงจะสามารถมีการสื่อสารและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรสาธารณสุข เพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ได้ ซึ่งการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส มีความสำคัญช่วยให้กลุ่มเสี่ยงเข้าใจสาเหตุการเกิดโรค รวมถึงอันตรายและผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพของตนที่ดีเป็นการให้ข้อมูล เกี่ยวกับอันตรายของสิ่งคุกคาม สามารถวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยงในผู้ป่วยอยู่ในระดับก้ำกึ่งและไม่เพียงพอ ถึงร้อยละ 80.30 ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีความรู้ความเข้าใจและการแปลความหมาย ในระดับถูกต้องสูง ก็ตาม¹³ สอดคล้องกับการศึกษาของ กิ่งแก้ว สำรายริน และนิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ¹⁵ ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพเรื่องการใช้ยาต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งมีใช้กิจกรรมการสื่อสารสุขภาพอย่างสร้างสรรค์ พัฒนาสมรรถนะในการใช้ความรู้และการสื่อสาร

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเป็นทักษะทางปัญญา ทักษะทางสังคม และการรู้เท่าทันทันสื่อ พบว่า การสื่อสารทางสุขภาพกับบุคคลอื่น และการสื่อสารกับผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สามารถเลือกรับสื่อทางสุขภาพ รู้เท่าทันสื่อ สามารถนำไปวางแผนในการดูแลสุขภาพของตนเองได้

ด้านที่ 4 การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส กลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ในระดับพอใช้ได้ (10-15 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 76.31 อธิบายได้ว่า การเพิ่มทักษะระดับบุคคลในการกำหนดเป้าหมาย การกำหนดการวางแผนการจัดการเงื่อนไขในการดูแลสุขภาพของแต่ละบุคคล ร่วมกันกับเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข โดยให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพที่ถูกต้อง การจัดการความเสี่ยงที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้รับบริการได้มีข้อมูลในการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองให้มีสุขภาพดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของนักปม¹⁶ ที่อธิบายไว้ว่าการจัดการตนเอง เป็นความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย และวางแผนในการปฏิบัติตน เพื่อให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ส่วนการตัดสินใจ เป็นความสามารถในการกำหนดทางเลือก ปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง เลือกวิธีปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี และสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า จัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพของผู้ป่วยอยู่ในระดับก้ำกึ่งและไม่เพียงพอถึงร้อยละ 81.70 ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย¹³

ด้านที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศเพื่อสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ในระดับพอใช้ได้ (10-15 คะแนน) ร้อยละ 74.77 อธิบายได้ว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ แจ่มจันทร์ วรรณปะเก และ ธนิตา ผาติชนะ¹⁷ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49 ซึ่งมีข้อเสนอแนะควรจัดอบรมให้ความรู้ความเข้าใจ และนำเสนอข่าวสารใหม่ๆ ในเรื่องโรคความดันโลหิตสูงที่ทันสมัย และดึงดูดความสนใจ และสามารถกระตุ้นให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่ดีได้ และการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศของผู้ป่วยอยู่ในระดับก้ำกึ่งและไม่เพียงพอ ถึงร้อยละ 86.90¹³ และการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า การค้นหาข้อมูลสุขภาพในระดับรู้จัก คือได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 75 คิดเป็นจำนวนร้อยละ 84.23 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังต้องการการพัฒนาในเรื่องการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาศักยภาพ การอบรมให้ความรู้แก่บุคคล เพื่อให้บุคคลสามารถรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ ส่งผลให้มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีป้องกันการเจ็บป่วยได้

ด้านที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ 2ส พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ 2ส ในระดับพอใช้ได้ (10-15 คะแนน) ร้อยละ 78.46 ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ และได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ จากบุคลากรสาธารณสุข สื่อวิทยุชุมชน อินเทอร์เน็ต และแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ 2ส ในระดับพอใช้ แต่ยังไม่ถูกต้องมากพอ ซึ่งอาจเกิดจากการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุข สื่อวิทยุชุมชน อินเทอร์เน็ตและแอปพลิเคชันไลน์ (LINE) ที่ไม่มีรายละเอียดมากพอ หรือไม่เหมาะสมเฉพาะตัวบุคคลตามบริบทของผู้ป่วยรายบุคคล ดังนั้น ควรมีการหาวิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยแต่ละรายมีความรู้ด้านสุขภาพอย่างเพียงพอ และเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย อาจเป็นการสอนแบบตัวต่อตัวเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการอ่านและเข้าใจในข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การสร้างความตระหนัก เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพและป้องกันโรค ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์และเปรียบเทียบผลดี ผลเสียของการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นงลักษณ์ แก้วทอง และคณะ⁹ ศึกษาความแตกต่างด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหอย จังหวัดสระแก้ว พบว่า ความแตกต่างด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน



โรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยมีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในระดับก้ำกึ่งและไม่เพียงพอ ร้อยละ 68.60 ซึ่งการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้¹³ จากผลจากการศึกษานี้ หน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรการจัดบริการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตให้แก่กลุ่มเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม และส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการบริโภคที่ถูกต้อง เหมาะสมเพื่อลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ด้านที่ 7 การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคมในระดับพอใช้ได้ (10–15 คะแนน) ร้อยละ 69.23 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่และต้องประกอบอาชีพเพื่อหารายได้เลี้ยงตนเองและครอบครัว ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคมน้อยลง ซึ่งการมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน จะทำให้บุคคลเกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ลดภาวะเสี่ยงการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การส่งเสริมให้บุคคลมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคมสามารถทำได้โดย การสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ข้อมูลข่าวสาร และประสบการณ์ ทำให้บุคคลสามารถเรียนรู้แนวทางการดูแลสุขภาพตนเอง จะช่วยลดและป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ บำเพ็ญ พงศ์เพชรดี¹⁸ ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้การดูแลสุขภาพของตนเองและมองเห็นถึงประโยชน์ที่จะเกิดกับตนเอง ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานทุกภาคส่วนร่วมรับรู้ถึงสภาพปัญหา ความต้องการ และศักยภาพของตัวบุคคล เพื่อนบ้าน มีการช่วยเหลือแบบเพื่อนช่วยเพื่อน อาสาสมัครชุมชนมีการทำงานเป็นทีม มีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่สุขภาพในการคัดกรองระดับต้น และส่งต่อให้คำแนะนำและดูแล ซึ่งหากทุกกลุ่มชุมชนสามารถดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ได้ ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเอง ช่วยลดและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ด้านที่ 8 การดูแลรักษาสุขภาพตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง ในระดับพอใช้ได้ (20–31 คะแนน) ร้อยละ 72.62 อธิบายได้ว่า การดูแลรักษาสุขภาพตนเอง เกิดจากการกระทำอย่างต่อเนื่องของบุคคล ที่เป็นการใช้ทักษะ ทางด้านการคิดด้วยปัญญา และทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ในการเข้าถึงทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพและบริการทางสุขภาพ ที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจ เลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกัน และคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ ดังนั้นหากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี พฤติกรรมสุขภาพจะติดตามไปด้วยเนื่องจากมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ มีทักษะการสื่อสาร การตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อและสามารถจัดการตนเองได้ เป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันโรคได้ บุคลากรทางด้านสาธารณสุขมีส่วนช่วยในการการคงไว้ใน การดูแลรักษาสุขภาพตนเองให้กับประชาชนโดยการติดตามหาทางปัญญา การให้กำลังใจ และการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อคงไว้ใน การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ กิ่งแก้ว สำรวยริน และนิทรา กิจธิระวุฒิชัย¹⁹ ศึกษาเรื่อง การทำความเข้าใจในการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ เขียนไว้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับความรู้ และสมรรถนะของบุคคลในการที่จะเผชิญกับความซับซ้อนของความต้องการทางสุขภาพในยุคปัจจุบัน ทั้งนี้ความรอบรู้ด้านสุขภาพจะช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลวิเคราะห์ ประเมินค่า และตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้วยความสมัครใจเพื่อคงไว้ซึ่งการสุขภาพที่ดีของตน ดังนั้นจะเห็นได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับการสร้างพลังอำนาจให้กับประชาชนในการดูแลตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี



ข้อเสนอแนะการนำวิจัยไปใช้

1. บุคลากรสาธารณสุข ควรมีการส่งเสริมความตระหนักรู้ด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เพื่อให้สามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง ป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้

2. บุคลากรสาธารณสุข ควรมีการพัฒนาศักยภาพประชาชนในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยการจัดโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้ประชาชนมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสม

References

1. Ministry of Public Health. Percent of patients with diabetes and controlled hypertension Fiscal year 2018. [Internet]. 2018 [cited 2018 January 10]. Available from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=cf7d9da207c0f9a7ee6c4fe3f09f67dd&id=df9a12ff1c86ab1b29b3e47118bcd535
2. Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Non-communicable diseases in the community (Diabetes and Hypertension). [Internet]. [cited 2018 January 10]. Available from <http://www.thaincd.com/document/file/download/paper-manual/CNN-Book.pdf>
3. Wongnisanatakul K. Health literacy among diabetic patients at the family practice center of Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. Journal of Preventive Medicine Association of Thailand, 2018;8(1):49-61. (in Thai).
4. 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;15(3):259-267.
5. World Health Organization. Health literacy final. [internet]. [cited 2018 January 10]. Available from http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf
6. Woratanara T, Woratanarat P, Wong O, Janepanichsap M. Situation review and mechanism of dispersion management Health. Research report: Office of Research and Development for the transformation of health research into practice. Department of Preventive and Social Medicine Faculty of Medicine Chulalongkorn University; 2015. (in Thai).
7. Riangkam C, Wattanakitkileart D, Ketcham A, Sriwijitkamol A. Health literacy, self- efficiency, age and visual acuity predicting on self-care behaviors in patients with type 2 diabetes. Journal of Nursing Science 2016;34(4):35-46. (in Thai).
8. Kaewtong N, Termsirikulcha L, Leelaphun P, Kengganpanich T, Kaeodumkoeng K. Health literacy of group at risk of hypertension at ban nonghoi sub-district health promoting hospital, Sa Kaeo Province. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2014;30(1):45-56. (in Thai).
9. Health area 11, Office of the Inspector General Ministry of Public Health. (2015). Public health strategy Year 2016. [internet]. [cited 2018 January 10]. Available from <http://www.rpho11.go.th/rpho11/upload/news/news-doc-00262.pdf>
10. Health Education Division, Department of Health Service Support Ministry of Public Health and Srinakharinwirot University. ABCDE-Health literacy scale of Thai adults. Nonthaburi: Department of Health Service Support Ministry of Public Health; 2014. (in Thai).



11. Thongthanasukan C, Neelaphaijit N. Development of health literacy tools for people with diabetes and hypertension. Nonthaburi: Health Education Division, Department of Health Service Support Ministry of Public Health;2015. (in Thai).
12. Arahang R. The effect of a health promotion program on high blood pressure prevention behaviors for high blood pressure risk groups at a community in Nakhon Pathom province. [Dissertation]. Christian University 2017. (in Thai).
13. Rattanawarang W, Chantha W. Health literacy of self-care behaviors for blood glucose control in patients with type 2 diabetes, Chainat Province. The Journal of Baromarajonani College. 2018;24(2):34-51. (in Thai).
14. Luenam A, et al. Predictive factors of self-care behavior for prevention of hypertension among population group at risk. HCU Journal Of health Science 2019;23(1):393-406. (in Thai).
15. Samruyruen K, Sribenchamas N. Effectiveness of medication using literacy program on medication use behaviors among hypertensive patients in Pho Sai Ngam health promoting hospital, Bueng Na Rang district, Phichit Province. EAU Heritage Journal Science and Technology 2019;13(2):297-306. (in Thai).
16. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine. 2008;67(12):72-8.
17. Wanpakae C, Phatasena T. Relationship between health literacy and personal factors with health behavior among risk group with hypertension in Talad sub district, Muang district, Nakhon Ratchasima Province. SVIT Journal. 2018;(Special issue):176-85. (in Thai).
18. Phongphetdit B. Participatory community-based in promoting self-care of patients with chronic diseases to prevent Stroke. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2018;29(2).2-11. (in Thai).
19. Samrueanruen K, Sri Benjamas N. Understanding on assessing health literacy. EAU Journal Science and Technology. 2018;12(3):1-13. (in Thai).



ผลของโปรแกรมการพัฒนากาการนเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ต่อคุณภาพการนเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดชัยนาท

Effects of Participatory Nursing Supervision Program on the Quality of Supervision of Head Nurses in General Hospital, Chainat Province

ทิพวรรณ ตั้งวงศ์กิจ¹ สุวัฒนา เกิดมวง²

มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์³ นิจวรรณ วีรวัฒน์นอม¹ ศศิมา พึ่งโพธิ์ทอง¹

Tipawan Tangwongkit¹ Suwattana Kerdmuang²

Montatip Chaiyasak³ Nitjawan Weerawattthanodom¹ Sasima Pungpotong¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท สถาบันพระบรมราชชนก

²วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี สถาบันพระบรมราชชนก ³นักวิชาการศึกษาเชี่ยวชาญ

¹Boromarajonani College of Nursing, Chainat, Praboromarajchanok Insitute

²Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi, Praboromarajchanok Insitute ³Educator, Expert Level

²Corresponding author: Suwattana Kerdmuang; Email: wadna2327@hotmail.com

Received: October 20, 2019 Revised: January 15, 2020 Accepted: February 14, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบศึกษากลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนากาการนเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อคุณภาพการนเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย ประชากรคือ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 36 คน โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดชัยนาท เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพัฒนากาการนเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมที่พัฒนาจากแนวคิดการนเทศการพยาบาลของ Proctor และแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Sashkin หัวหน้าหอผู้ป่วยได้รับการให้ความรู้ และสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการนเทศ พร้อมทั้งได้ปฏิบัติกิจกรรมการวางแผนการนเทศ การตรวจเยี่ยม การสอนแนะ การให้คำปรึกษา การประชุมปรึกษาทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม และการประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ และหลังการทดลอง 3 สัปดาห์ โดยใช้แบบสอบถามความรู้ ทศนคติและคุณภาพการนเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยจัดกิจกรรมตามโปรแกรม 4 สัปดาห์ รวมระยะการดำเนินการวิจัยทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังที่พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยได้รับการพัฒนากาการนเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อการปฏิบัติงาน มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทศนคติ และคุณภาพการนเทศงานสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการศึกษานี้สามารถนำไปปรับปรุงรูปแบบการนเทศ และนำข้อมูลจากการปฏิบัติงานประจำมาทำวิจัยการนเทศทางการพยาบาล

คำสำคัญ: การนเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม; คุณภาพการนเทศงาน; โปรแกรมการพัฒนากาการนเทศการพยาบาล; หัวหน้าหอผู้ป่วย



Effects of Participatory Nursing Supervision Program on the Quality of Supervision of Head Nurses in General Hospital, Chainat Province

Tipawan Tangwongkit¹ Suwattana Kerdmuang²

Montatip Chaiyasak³ Nitjawan Weerawatthanodom¹ Sasima Pungpotong¹

¹Boromarajonani College of Nursing, Chainat, Praboromarajchanok Insitute

²Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi, Praboromarajchanok Insitute ³Educator, Expert Level

²Corresponding author: Suwattana Kerdmuang; Email: wadna2327@hotmail.com

Received: October 20, 2019 **Revised:** January 15, 2020 **Accepted:** February 14, 2020

Abstract

The objective of this quasi-experimental research with pre-test and post-test design was to study the effects of a participatory nursing supervision program on the quality of supervision of head nurses. The population in this research included 36 head nurses in the general hospital, Chainat province. The research instrument used in the research was a participatory nursing supervision program developed based on the Proctor's nursing supervision and Sashkin's participative management concept. The head nurses were equipped with knowledge, awareness of the importance of supervision and implementation of supervision planning, visiting, coaching, counseling, participatory nursing conference and evaluation. The data were collected 1 week before the experiment and 3 weeks after the experiment by using a questionnaire assessing knowledge, attitude and quality of supervision of the head nurses. The four-week program of participatory nursing supervision was conducted. The duration of data collection was carried out over a total of 8 weeks. The data were analyzed by the descriptive statistics and paired t-test. The research showed that, after the implementation of the participatory supervision program, the head nurses reported higher scores on knowledge, attitude and quality of supervision with statistical significance ($p < .05$). The results of this study can be applied for improving supervision practice while research on nursing supervision can be conducted using the data obtained during routine work.

Keywords: head nurse; nursing supervision program; participatory nursing supervision; quality of supervision



ความเป็นมาและความสำคัญ

การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยใช้ความรู้และทักษะหลายด้าน และจำเป็นต้องมีกรอบแนวทางในการปฏิบัติเพื่อให้การพยาบาลมีคุณภาพและผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด ทุกหน่วยงานในองค์กรพยาบาลต้องมีการมอบหมายงาน และมีผลการควบคุมกำกับ ติดตาม และประเมินผลงานของบุคลากรทุกระดับอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์คุณภาพบริการพยาบาลตามเป้าหมายขององค์กร ดังนั้นองค์กรพยาบาลจึงต้องมีระบบการนิเทศงาน การควบคุมกำกับ และมีระบบประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร เพื่อเป็นกลไกและสนับสนุนให้พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจกับแนวคิด และขั้นตอนการปฏิบัติงานต่างๆ เป็นอย่างดี เพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้¹⁻² การนิเทศการพยาบาลนับเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³ และช่วยให้พยาบาลมีการพัฒนาทักษะการใช้กระบวนการพยาบาล และรับรู้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลมากขึ้น⁴ ทำให้ผู้บริหารการพยาบาลต้องพัฒนาระบบหรือรูปแบบการนิเทศการพยาบาลให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น⁵⁻⁶

การนิเทศการพยาบาลเป็นระบบการบริหารงานอย่างหนึ่งของผู้บริหารทางการพยาบาล มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับการนิเทศเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้รับบริการหรือผู้ป่วย เกิดเป็นความสามารถสูงสุดในการปฏิบัติวิชาชีพและคงไว้ซึ่งมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ⁷ การนิเทศการพยาบาลจะทำให้ผู้รับการนิเทศมีความรู้ ความสามารถทั้งในด้านสติปัญญา ทักษะและทักษะในการปฏิบัติงาน⁸ การนิเทศงานมีหลายรูปแบบ รูปแบบที่เหมาะสมกับการนิเทศทางการพยาบาล คือ Function Model ซึ่งเป็นแนวคิดการนิเทศงานตามรูปแบบของ Proctor⁹ ประกอบด้วย การนิเทศตามแบบแผนมุ่งเน้น การพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (formative clinical supervision) การนิเทศตามมาตรฐาน มุ่งเน้นการปฏิบัติตามมาตรฐานเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ในการให้บริการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ (normative clinical supervision) และการนิเทศตามหลักสมานฉันท์ เพื่อเสริมสร้างความรู้สึกละแวกและทัศนคติที่ดีต่อการนิเทศ (restorative clinical supervision) เป็นรูปแบบที่ผู้นิเทศทำหน้าที่ช่วยเหลือ สนับสนุนและส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพได้มีการพัฒนาความรู้ ความสามารถและทักษะการปฏิบัติงาน ใช้กระบวนการคิดเพื่อพัฒนาปรับปรุงการปฏิบัติงานของตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยการสนับสนุนของหัวหน้าหรือผู้ป่วยส่วนแนวคิดการนิเทศแบบมีส่วนร่วมของ Sashkin¹⁰ เป็นแนวคิดที่กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของผู้รับการนิเทศ มีการจูงใจ และสร้างความพึงพอใจต่อการนิเทศ มีคุณลักษณะวิธีการสำคัญ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย 2) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 3) การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา และ 4) การมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลง การนิเทศแบบมีส่วนร่วมจึงควรเป็นการนิเทศอีกรูปแบบหนึ่งที่จำเป็นต้องมี ดังนั้นหัวหน้าหรือผู้ป่วยจึงเป็นผู้บริหารระดับต้นที่มีบทบาทสำคัญในการนิเทศการพยาบาล¹¹⁻¹³

หอผู้ป่วยเป็นหน่วยงานที่มีภารกิจหลักในการให้บริการอันเป็นหัวใจสำคัญ ที่สามารถสร้างภาพพจน์ที่ดีให้แก่โรงพยาบาล โดยมีหัวหน้าหรือผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้บริหารระดับต้นเป็นผู้ที่ทำหน้าที่เชื่อมโยงการบริหารและการบริการ และเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับบุคลากรพยาบาลมากที่สุด จึงจำเป็นต้องมีกลยุทธ์ในการดำเนินการจัดการด้านการนิเทศทางการพยาบาลแก่บุคลากรในความรับผิดชอบ ติดตามประเมินผล เพื่อควบคุมคุณภาพการบริการพร้อมการปรับปรุงแก้ไขเป็นระยะ ๆ¹¹ ซึ่งสามารถกระทำได้หลายวิธี^{2,9-10} จากรายงานการนิเทศงานของกลุ่มการพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดชัยนาท ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 417 เตียง พบว่าส่วนมากมีการนิเทศงานของผู้บริหารในระดับกลางและระดับสูง แต่พบปัญหาการนิเทศงานของผู้บริหารระดับต้น คือ หัวหน้าหรือผู้ป่วยยังมีน้อย¹⁴ และจากการสอบถามผู้บริหารระดับต้น พบว่ายังขาดทักษะและประสบการณ์ในการนิเทศ ส่วนบทบาทการนิเทศงานของหัวหน้าหรือผู้ป่วย ยังพบว่า ขาดการวางแผนการนิเทศ การกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ของการนิเทศ ระยะเวลาในการนิเทศ การประเมินผลและการติดตามที่ชัดเจน และหัวหน้าหรือผู้ป่วยยังต้องการพัฒนาทั้งด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติ¹⁴

จากการศึกษางานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่ผ่านมา มีข้อมูลว่าพยาบาลผู้ปฏิบัติงานยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการใช้กระบวนการพยาบาล โดยเฉพาะขั้นตอนการวินิจฉัยการพยาบาลตลอดจนในหน่วยงานยังขาดการนิเทศ



ที่เป็นระบบ³ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Davey, Desousa, Robinson & Murrells¹³ ที่พบว่า ส่วนใหญ่การนิเทศการพยาบาลไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ทั้งผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศขาดความรู้ความเข้าใจในการนิเทศการพยาบาล และภาพรวมพยาบาลส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการนิเทศในหน้าที่จากผู้นิเทศ จึงมีการนำแนวคิดการนิเทศงานตามรูปแบบของ Proctor⁹ และแนวคิดการนิเทศแบบมีส่วนร่วมของ Sashkin¹⁰ ไปใช้ในการพัฒนาการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมดังกล่าวหัวหน้าหอผู้ป่วยมีคะแนนความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติการนิเทศสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) แสดงให้เห็นว่าการนิเทศทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยได้พัฒนาความรู้ความสามารถในการนิเทศการพยาบาล โดยเน้นสัมพันธภาพ การมีส่วนร่วมในการวางแผน กำหนดเป้าหมาย และเสริมสร้างทัศนคติทางบวกต่อการนิเทศงาน^{1,3-4,11,15-17} ดังนั้นโปรแกรมการนิเทศงานตามรูปแบบของ Proctor แบบมีส่วนร่วมของหัวหน้าหอผู้ป่วยส่งผลให้การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพดีขึ้น⁹⁻¹⁰

จากเหตุผลข้างต้น ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อคุณภาพการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดชัยนาท โดยพัฒนาโปรแกรมตามแนวคิดการนิเทศการพยาบาลของ Proctor⁹ และแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Sashkin¹⁰ ประกอบด้วย การให้ความรู้ และสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการนิเทศแก่หัวหน้าหอผู้ป่วย พร้อมทั้งได้ปฏิบัติกิจกรรมการวางแผนการนิเทศ การตรวจเยี่ยม การสอนแนะนำ การให้คำปรึกษา การประชุมปรึกษาทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม และการประเมินผล^{3,9-11} ผลการวิจัยที่ได้สามารถนำไปพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วยที่เป็นระบบชัดเจน และนำข้อมูลจากการปฏิบัติงานประจำมาพัฒนาระบบหรือรูปแบบการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วยให้เป็นรูปธรรม และนำไปสู่การทำวิจัยการนิเทศทางการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลทั้งด้านบริหารการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติต่อการนิเทศการพยาบาล และคุณภาพการนิเทศงาน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อคุณภาพการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดชัยนาท

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังจากหัวหน้าหอผู้ป่วยได้รับกิจกรรมการทดลองตามโปรแกรมการพัฒนาการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมแล้ว จะมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทัศนคติ และคุณภาพการนิเทศงาน ประกอบด้วย พฤติกรรมการปฏิบัติ 1) การวางแผนการนิเทศ 2) การตรวจเยี่ยม 3) การสอนแนะนำ 4) การให้คำปรึกษา 5) การประชุมปรึกษาทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม และ 6) การประเมินผล สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

สำหรับโปรแกรมการพัฒนาการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อคุณภาพการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดการนิเทศการพยาบาลของ Proctor⁹ และแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Sashkin¹⁰ ประกอบด้วย 1) การนิเทศตามแบบแผน (formative clinical supervision) เป็นการนิเทศเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติของผู้ปฏิบัติงาน ประกอบด้วยกิจกรรม การให้ความรู้ การวางแผนการนิเทศ การสอนแนะนำ การให้คำปรึกษา และการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม 2) การนิเทศตามมาตรฐาน (normative clinical supervision) คือ การส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามมาตรฐานมีกิจกรรมการนิเทศโดยการตรวจเยี่ยม และ 3) การนิเทศตามหลักสมานฉันท์ (restorative clinical supervision) เพื่อเสริมสร้างความรู้สึกลึกและทัศนคติที่ดีต่อความสำคัญของการนิเทศ^{9-10,15-17} ดังแผนภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

โปรแกรมการพัฒนากาหนดการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม
ต่อคุณภาพการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย
ประกอบด้วย

1. กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องการนิเทศการพยาบาล
2. กิจกรรมสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการ
นิเทศ
3. กิจกรรมการฝึกปฏิบัติการนิเทศงาน



ตัวแปรตาม

1. ความรู้เรื่องการนิเทศการพยาบาล
2. ทักษะต่อการนิเทศการพยาบาล
3. คุณภาพการนิเทศงาน พฤติกรรมการปฏิบัติ
 - การวางแผนการนิเทศ
 - การตรวจเยี่ยม
 - การสอนแนะ
 - การให้คำปรึกษา
 - การประชุมปรึกษาทางการพยาบาลแบบมี
ส่วนร่วม
 - การประเมินผล

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษากลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง
การทดลอง (one-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ทำการศึกษาในประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไป
จังหวัดชัยนาท ในทุกกลุ่มงานของฝ่ายการพยาบาล ได้แก่ การพยาบาลด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การพยาบาลผู้ป่วยนอก
การพยาบาลผู้ป่วยหนัก การพยาบาลผู้คลอด การพยาบาลห้องผ่าตัด การพยาบาลวิสัญญี การพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม
การพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม การพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม การพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม การพยาบาลผู้ป่วย
ออโรโธดิกส์ การพยาบาลผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก และ การพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ จำนวน 36 คน
โดยมีความสามารถเข้าร่วมกิจกรรมการตามโปรแกรมการพัฒนากาหนดการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อคุณภาพ
การนิเทศงานได้ทั้ง 4 ครั้ง สามารถทำแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง และให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตศึกษาและเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดชัยนาท จากนั้น
ประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยในแต่ละแผนก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา
วิธีการจัดกิจกรรมและการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยชี้แจงถึงรายละเอียดในการพิทักษ์สิทธิให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายทราบ

สำหรับการจัดกิจกรรมผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการพัฒนากาหนดการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม
ต่อคุณภาพการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย และให้หัวหน้าหอผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการนิเทศ และมีผู้บริหาร
การพยาบาลร่วมดำเนินกิจกรรม ใช้เวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

1. ดำเนินการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และเก็บข้อมูลก่อนการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม
ความรู้เรื่องการนิเทศการพยาบาล ทักษะต่อการนิเทศการพยาบาลและคุณภาพการนิเทศงาน ประกอบด้วยพฤติกรรม
การวางแผนการนิเทศ การตรวจเยี่ยม การสอนแนะ การให้คำปรึกษา และการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม
(สัปดาห์ที่ 1)

2. ดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการพัฒนากาหนดการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อคุณภาพการนิเทศงาน
ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยปรับปรุงจากคู่มือการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมของหัวหน้าหอผู้ป่วยของ Tantissuk¹⁷



โดยมีการจัดอบรมเรื่องการนิเทศการพยาบาลเพื่อสื่อสารให้หัวหน้าหอผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศการพยาบาล เปิดโอกาสให้ร่วมแสดงความคิดเห็นในการกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ของแต่ละกิจกรรม รายละเอียดของกิจกรรม การประเมินผล และประโยชน์จากการนิเทศเพื่อก่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีเกี่ยวกับการนิเทศ ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม จำนวน 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง (สัปดาห์ที่ 2 ถึง สัปดาห์ที่ 5) ประกอบด้วย

2.1. จัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องการนิเทศการพยาบาล เป็นเวลา 3 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยเป็นผู้บรรยายความรู้ประกอบการนำเสนอภาพนิ่ง (slide presentation) เกี่ยวกับวิธีการนิเทศตามแนวคิดที่ประยุกต์ใช้⁹⁻¹⁰ ซึ่งประกอบด้วยการนิเทศตามแบบแผน (การให้ความรู้เรื่องการวางแผนการนิเทศ การสอนแนะ การให้คำปรึกษา และการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม) การนิเทศตามมาตรฐาน (การนิเทศโดยการตรวจเยี่ยม) และการนิเทศตามหลักमानจรรยาบรรณและหลักการนิเทศแบบมีส่วนร่วม (สัปดาห์ที่ 2)

2.2. ผู้วิจัยจัดกิจกรรมสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการนิเทศการพยาบาล เป็นเวลา 3 ชั่วโมง โดยการทบทวนความรู้ที่ได้รับจากการทำกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 จากนั้นให้หัวหน้าหอผู้ป่วยแบ่งกลุ่มเป็น 6 กลุ่ม กลุ่มละ 6 คน โดยให้แต่ละกลุ่มทำกิจกรรมร่วมกัน สำคัญคือ ให้หัวหน้าหอผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการนิเทศการพยาบาลโดยร่วมกันอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับประโยชน์และผลดีของการนิเทศการพยาบาล โดยร่วมกันสะท้อนความคิด อภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน จากนั้นให้ตัวแทนกลุ่มนำเสนอผลงานของกลุ่ม เมื่อทุกกลุ่มนำเสนอเสร็จแล้ว ผู้วิจัยช่วยเพิ่มเติมให้ได้ความคิดรวบยอดที่สมบูรณ์ตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านคุณภาพการนิเทศงาน (สัปดาห์ที่ 3)

2.3. ผู้วิจัยจัดกิจกรรมการฝึกปฏิบัติการนิเทศงาน เพื่อให้หัวหน้าหอผู้ป่วยใช้เป็นแนวทางในการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมร่วมกับพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจัดกิจกรรมเป็น 2 ครั้ง ดังนี้

2.3.1. ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง โดยการทบทวนความรู้ที่ได้รับจากการทำกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3 จากนั้นผู้วิจัย ผู้บริหารการพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานร่วมกันสาธิตและอธิบายการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในเรื่อง 1) การวางแผนการนิเทศ 2) การตรวจเยี่ยม 3) การสอนแนะ 4) การให้คำปรึกษา 5) การประชุมปรึกษาทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม และ 6) การประเมินผล (สัปดาห์ที่ 4)

2.3.2. ครั้งที่ 2 ใช้เป็นเวลา 3 ชั่วโมง โดยการทบทวนความรู้ที่ได้รับจากการทำกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 จากนั้นแบ่งกลุ่มหัวหน้าหอผู้ป่วย 6 กลุ่ม กลุ่มละ 6 คน ฝึกทักษะตามฐานต่างๆ (skill station) ประกอบด้วยฐาน 1) การวางแผนการนิเทศ 2) การตรวจเยี่ยม 3) การสอนแนะ 4) การให้คำปรึกษา 5) การประชุมปรึกษาทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม และ 6) การประเมินผล โดยให้เวียนกันฝึกจนครบทุกฐานซึ่งแต่ละกลุ่มมีผู้เชี่ยวชาญประจำกลุ่ม (สัปดาห์ที่ 5)

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถามความรู้เรื่องการนิเทศการพยาบาล ทศนคติต่อการนิเทศการพยาบาลและคุณภาพการนิเทศงาน ประกอบด้วยพฤติกรรม การวางแผนการนิเทศ การตรวจเยี่ยม การสอนแนะ การให้คำปรึกษา และการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม จากนั้นผู้วิจัยสัมภาษณ์ความคิดเห็นของตัวแทนหัวหน้าหอผู้ป่วยทั้ง 6 กลุ่มต่อโปรแกรมการพัฒนาการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม โดยทำการสัมภาษณ์ช่วงเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 8)

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามตอบด้วยตนเองในส่วนที่ 1-ส่วนที่ 4 (self-administrated questionnaires) และส่วนที่ 5 เป็นแบบสัมภาษณ์ความคิดเห็น ดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ประสบการณ์การได้รับอบรมเกี่ยวกับการนิเทศการพยาบาล ข้อคำถามเป็นลักษณะเลือกตอบและแบบเติมข้อความ

2) แบบสอบถามความรู้เรื่องการนิเทศการพยาบาล ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการนิเทศของ Proctor⁹ เป็นแบบปรนัยมี 4 ตัวเลือก จำนวน 25 ข้อ เลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือก ให้ตรงกับความสามารถในการให้ข้อเท็จจริง หรือความรู้เรื่องการนิเทศการพยาบาล การให้คะแนนตอบถูกให้ 1 ตอบผิดให้ 0

3) แบบสอบถามทัศนคติต่อการนิเทศการพยาบาล ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการนิเทศของ Proctor⁹ จำนวน 30 ข้อ มีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ

4) แบบสอบถามคุณภาพการนิเทศงาน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการนิเทศของ Proctor⁹ และแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Sashkin¹⁰ ประกอบด้วย พฤติกรรมการปฏิบัติการวางแผนการนิเทศ การตรวจเยี่ยม การสอนแนะ การให้คำปรึกษา การประชุมปรึกษาทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม และการประเมินผล จำนวน 33 ข้อ มีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ

5) แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเกี่ยวกับความคิดเห็นของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อโปรแกรมการพัฒนากาการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพัฒนากาการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อคุณภาพการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการนิเทศของ Proctor⁹ และแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Sashkin¹⁰ โดยปรับปรุงจากคู่มือการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมของหัวหน้าหอผู้ป่วยของ Tantikus¹⁷ ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องการนิเทศการพยาบาล 2) กิจกรรมสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการนิเทศ และ 3) กิจกรรมการฝึกปฏิบัติการนิเทศงาน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล การศึกษาทางการพยาบาล และด้านวัดและประเมินผล ตรวจสอบความเที่ยงตรง ครอบคลุมในเนื้อหา ตลอดจนความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ของแบบสอบถามด้านความรู้ ทัศนคติ และคุณภาพการนิเทศงานโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของ Proctor⁹ และ Sashkin¹⁰ ความตรงเชิงเนื้อหา มีค่าระหว่าง .90 ถึง .94

ความเชื่อมั่นของแบบวัด (reliability) ผู้วิจัยได้ทำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามทัศนคติต่อการนิเทศการพยาบาล และแบบสอบถามคุณภาพการนิเทศ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 และ .82 ตามลำดับ สำหรับแบบสอบถามความรู้เรื่องการนิเทศการพยาบาลหาความเชื่อมั่นโดยวิธี KR-21 (Kuder-Richardson) มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .77

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ส่วนการเปรียบเทียบคะแนนความรู้อทัศนคติต่อการนิเทศการพยาบาลและคุณภาพการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนากาการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อคุณภาพการนิเทศงาน วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนชัยนาท เอกสารรับรองเลขที่ BCNC-IRB 2-15-2560 โดยก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้มีการพิกษ์สิทธิ์ผู้ยินยอมตน โดยไม่มีการระบุชื่อในผลการวิจัย พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิ์ในการเข้าร่วมการวิจัย



สามารถถอนตัวได้โดยไม่มีผลกระทบหรือเกิดผลเสียทั้งในหน้าที่การงานและโดยส่วนตัว และหากผู้ยินยอมตนมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอแต่ในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ วิชาชีพ และการพัฒนางานเท่านั้น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประชากรจำนวน 36 ราย ทั้งหมดเป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วง 38-58 ปี มีอายุระหว่าง 40-50 ปี ร้อยละ 50 โดยมีอายุเฉลี่ย 48.08 ปี ($\sigma = 5.75$) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 80.60 สำหรับประสบการณ์ในการเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย พบว่ามีประสบการณ์อยู่ระหว่าง 1-30 ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 1-10 ปี ร้อยละ 75 โดยมีประสบการณ์ในการเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยเฉลี่ย 8.67 ปี ($\sigma = 6.99$) และสามในสี่ของหัวหน้าหอผู้ป่วยไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการนิเทศการพยาบาล (ร้อยละ 75) รายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	ประชากร (N=36)	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	36	100.00
ชาย	0	.00
อายุ (ปี)		
< 40 ปี	6	16.00
40 - 50 ปี	18	50.00
40 - 50 ปี	12	34.00
$\mu = 48.08$ $\sigma = 5.75$ Min=38 Max=58		
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	29	80.6
ปริญญาโท	7	19.4
ประสบการณ์ในการเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย (ปี)		
< 10 ปี	27	75.00
10-20 ปี	6	17.00
21-30 ปี	3	8.00
$\mu = 8.67$ $\sigma = 6.99$ Min=1 Max=30		
ประสบการณ์ในการเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย (ปี)		
ไม่เคย	27	75.00
เคย	9	25.00

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้ ทักษะคิดต่อการนิเทศการพยาบาลและคุณภาพการนิเทศงาน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อคุณภาพการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย



เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการนิเทศการพยาบาล ทักษะคิดต่อการนิเทศการพยาบาล และคุณภาพการนิเทศงาน ประกอบด้วย พฤติกรรมการปฏิบัติการวางแผนการนิเทศ การตรวจเยี่ยม การสอนแนะ การให้คำปรึกษา การประชุมปรึกษาทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม และการประเมินผล พบว่า ภายหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าช่วงก่อนการทดลองใช้โปรแกรมการพัฒนาการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อคุณภาพการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้ ทักษะคิดต่อการนิเทศการพยาบาล และคุณภาพการนิเทศงาน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อคุณภาพการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดชัยนาท (N=36)

ตัวแปร/เวลา	μ	σ	t-test	df	p-value
1. ความรู้เรื่องการนิเทศการพยาบาล					
ก่อนการทดลอง	8.66	1.18	13.067	35	<.001
หลังการทดลอง	12.33	1.22			
2. ทักษะคิดต่อการนิเทศการพยาบาล					
ก่อนการทดลอง	124.67	13.99	7.311	35	<.001
หลังการทดลอง	130.06	13.24			
3. คุณภาพการนิเทศงาน					
ก่อนการทดลอง	113.31	3.29	3.790	35	.001
หลังการทดลอง	117.97	2.76			
3.1 การวางแผนการนิเทศ					
ก่อนการทดลอง	9.64	2.34	2.802	35	.008
หลังการทดลอง	10.89	1.88			
3.2 การตรวจเยี่ยม					
ก่อนการทดลอง	55.69	9.11	3.136	35	.003
หลังการทดลอง	56.33	9.33			
3.3 การสอนแนะ					
ก่อนการทดลอง	12.67	2.91	5.122	35	<.001
หลังการทดลอง	13.81	2.59			
3.4 การให้คำปรึกษา					
ก่อนการทดลอง	14.64	3.25	5.960	35	<.001
หลังการทดลอง	15.50	3.06			
3.5 การประชุมปรึกษาทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม					
ก่อนการทดลอง	10.19	2.46	3.630	35	.001
หลังการทดลอง	10.64	2.27			
3.6 การประเมินผล					
ก่อนการทดลอง	10.47	2.26	2.485	35	.018
หลังการทดลอง	10.72	1.88			



อภิปรายผลการวิจัย

จากแนวคิดของ Hill & Giles¹⁸ ที่กล่าวว่าผู้เฒ่าต้องมีความรู้ มีทักษะในการพัฒนาคน ดังนั้นการนิเทศจะประสบผลสำเร็จได้นั้น ทักษะในการนิเทศการพยาบาลถือว่ามีความสำคัญ ซึ่งควรมีคุณสมบัติประกอบด้วย คุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง การศึกษา และประสบการณ์ อาทิเช่น สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีทางการพยาบาล (หรือเทียบเท่า) ขึ้นไป และมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ผ่านการอบรมหลักสูตรการนิเทศการพยาบาล ซึ่งจากผลการศึกษา พบว่า ประชากรหัวหน้าหอผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 48.08 ปี ($\sigma = 5.75$) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 80.60) แต่มีหัวหน้าหอผู้ป่วยถึงร้อยละ 75 ที่ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการนิเทศการพยาบาล อีกทั้งมีประสบการณ์ในการเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยเฉลี่ยแค่เพียง 8.67 ปี ($\sigma = 6.99$) จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในพัฒนาระบบหรือรูปแบบการนิเทศการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดชัยนาทให้เป็นรูปธรรมมากขึ้นโดยมีการให้ความรู้ ทักษะตลอดจนทัศนคติในเรื่องการนิเทศการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพด้านบริหารการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Paiboonpalayoi & S. Monaiyapong¹⁶ ที่พบว่าประสบการณ์การทำงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีมากกว่า 10 ปี และมีประสบการณ์การอบรมเรื่องหลักการนิเทศการพยาบาล จะมีผลต่อคุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มงาน

ผลจากการศึกษา พบว่า ภายหลังที่หัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดชัยนาทได้รับกิจกรรมการทดลองตามโปรแกรมการพัฒนาการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมแล้ว มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องการนิเทศการพยาบาล ทัศนคติต่อการนิเทศการพยาบาล และคุณภาพการนิเทศงาน ประกอบด้วยพฤติกรรมการวางแผนการนิเทศ การตรวจเยี่ยมการสอนแนะ การให้คำปรึกษา การประชุมปรึกษาทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม และการประเมินผล สูงขึ้นกว่าช่วงก่อนการทดลองใช้โปรแกรมดังกล่าวต่อคุณภาพการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการนิเทศตามกรอบแนวคิดการนิเทศของ Proctor⁹ ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Sashkin¹⁰ ของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีการดำเนินการตามขั้นตอนของกระบวนการนิเทศการพยาบาล มีการกำหนดเป้าหมาย ระยะเวลา อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร การปฏิบัติงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยและการร่วมปฏิบัติงานกับพยาบาลวิชาชีพผู้รับการนิเทศในแต่ละหอผู้ป่วย ประกอบด้วยกิจกรรมการประชุมปรึกษาเกี่ยวกับสาระสำคัญในแต่ละด้านของการปฏิบัติงานที่จะนิเทศ การวางแผนการนิเทศ การเยี่ยมตรวจทางพยาบาล การเยี่ยมตรวจบุคลากร ร่วมกับการให้คำปรึกษา การสอนแนะทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล และการประเมินผล ซึ่งเป็นการทวนสอบผลการปฏิบัติงานระหว่างผู้เฒ่ากับผู้รับการนิเทศ นับเป็นกิจกรรมที่แสดงถึงการมีส่วนร่วม มีการกระตุ้นให้ผู้รับการนิเทศเลือกวิธีแก้ปัญหาหรือตัดสินใจในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง การมีส่วนร่วมในการกำหนดวัตถุประสงค์การนิเทศ ทำให้เกิดสัมพันธภาพอันดี เกิดความเข้าใจระบบการนิเทศมากขึ้น มีส่วนร่วมในการวางแผน การแก้ปัญหา และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ได้พูดคุยแลกเปลี่ยน หรือแสดงความคิดเห็นร่วมกัน ส่งผลให้คะแนนคุณภาพการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยสูงขึ้น ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลของผู้รับการนิเทศตามมา

สำหรับกิจกรรมการทดลองครั้งนี้ ได้ปฏิบัติขั้นตอนการนิเทศภายใต้แนวคิดการนิเทศการพยาบาลของ Proctor⁹ และแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Sashkin¹⁰ ซึ่งเป็นการนิเทศเพื่อควบคุมคุณภาพ ตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน เน้นสร้างสัมพันธภาพแบบเป็นกันเอง พูดคุยเสนอแนะอย่างสร้างสรรค์ เพื่อพัฒนาความรู้ หรือทักษะของผู้รับการนิเทศ ไม่เน้นการชี้แนะ แต่มุ่งตั้งคำถามให้คิด ส่งผลให้หลังการนิเทศ ผู้เฒ่าได้สะท้อนว่า “รู้สึกชอบและพึงพอใจต่อการนิเทศลักษณะนี้ เป็นการช่วยเติมความรู้ กระตุ้นให้อ่านหนังสือ ทบทวนความรู้มากขึ้น และช่วยลดความเครียดในการนิเทศลง” เนื่องจากเมื่อหัวหน้าหอผู้ป่วยได้พัฒนาความรู้ สร้างทัศนคติทางบวกต่อการนิเทศ และมีความสามารถในการนิเทศแก่ผู้รับการนิเทศแล้ว จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านคุณภาพการนิเทศงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Paiboonpalayoi & S. Monaiyapong¹⁶ และ Tantisuk¹⁷ ที่พัฒนาโปรแกรมการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมจากแนวคิดของ Proctor⁹

หอผู้ป่วยนำโปรแกรมดังกล่าวไปใช้กับพยาบาลวิชาชีพแล้ว ผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในด้านการเป็นผู้นำ การดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต การสอนผู้ป่วยและญาติ และด้านการติดต่อสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพ การวางแผนและการประเมินผลการพยาบาลเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งให้เห็นว่าโปรแกรมการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมของหัวหน้าผู้ป่วยส่งผลให้การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพดีขึ้น

นอกจากนั้นการศึกษาของ Intasuwan, Chantra & Sarakshetrin³ และ Tantiveas, Khumyu & Otakanon⁴ ได้อธิบายว่า การที่จะพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานให้เกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หัวหน้าหอผู้ป่วย ต้องทำหน้าที่จัดการให้เกิดการเรียนรู้ การสอน กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติงาน จัดทีมงานที่สามารถให้การสอน แนะนำการปฏิบัติงานที่ถูกต้อง ไปพร้อมกับการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดประสบการณ์ที่ถูกต้อง จากการศึกษาของ Paiboonpalayoi & S. Monaiyapong¹⁶ และ Chanyang, Hingkanont & Thongkhamro¹⁹ ได้ระบุว่า ปัจจัยที่จะส่งผลต่อการนิเทศงานให้มีประสิทธิภาพนั้น ประกอบด้วย ปัจจัย 3 ด้านที่ส่งเสริมความสำเร็จของการนิเทศงานการพยาบาล ได้แก่ ความรู้ความสามารถ เจตคติ และทักษะการนิเทศของผู้นิเทศ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Maungprasert et al.²⁰ ที่ระบุว่า การมีขั้นตอนการปฏิบัติการนิเทศแบบมีส่วนร่วมที่ชัดเจน ผู้นิเทศมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการนิเทศแบบมีส่วนร่วมไปในทางบวก ผู้นิเทศรับรู้ว่ามีความรู้เพิ่มขึ้น มีความมั่นใจในการนิเทศ มีแนวทางในการนิเทศที่ชัดเจน และมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจหลังใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนปัจจัยแห่งความสำเร็จของการศึกษาครั้งนี้ คือ กระบวนการมีส่วนร่วม เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ Sashkin¹⁰ บูรณาการในทุกขั้นตอนของขั้นตอนการนิเทศตามแนวคิดของ Proctor⁹ ซึ่งอธิบายได้ว่าการมีส่วนร่วมของบุคลากรเป็นพื้นฐานสำคัญในการปฏิบัติงาน เนื่องจากการเปิดโอกาสให้บุคลากรเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจและแก้ปัญหาในทุกกระบวนการของการปฏิบัติงาน จะช่วยให้บุคลากรพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงาน และเป็นการเพิ่มผลผลิตรวมถึงคุณภาพของงาน²¹ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้มีการเปิดโอกาสให้ผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศมีส่วนร่วมในการออกแบบการนิเทศในทุกขั้นตอนตามที่กิจกรรมของโปรแกรมกำหนดในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 5 เพื่อนำไปสู่การพัฒนาการนิเทศที่มีความสอดคล้องกับสถานการณ์จริงมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Maungprasert et al.²⁰ ที่พบว่า การที่หัวหน้าหอผู้ป่วยตามขั้นตอนการนิเทศ ใช้แผนการนิเทศทางการพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษร มีความเป็นมิตรและเปิดโอกาสให้ผู้รับการนิเทศมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการพยาบาล จะช่วยให้ผู้รับการนิเทศมีความพึงพอใจมากขึ้น อันส่งผลถึงคุณภาพบริการพยาบาลที่ดี

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ผู้บริหารการพยาบาลของโรงพยาบาลควรนำโปรแกรมการพัฒนาการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อคุณภาพการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยไปใช้สำหรับการเตรียมความพร้อมแก่ผู้ที่มีคุณสมบัติเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อไป เพื่อเตรียมทำความเข้าใจบทบาทและหน้าที่ของผู้นิเทศการพยาบาลได้
2. ผู้บริหารการพยาบาลของโรงพยาบาลควรจัดทำคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติการนิเทศการพยาบาลโดยให้ทีมผู้บริหารการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการวางแผน การปฏิบัติการ และการประเมินผล ตลอดจนสนับสนุนให้มีการส่งเสริมให้หัวหน้าหอผู้ป่วยทุกหอผู้ป่วยนำโปรแกรมที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยประเภทการพัฒนาแบบการนิเทศทางการพยาบาลสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลให้เป็นระบบที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม (research and development)
2. ควรศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการพัฒนาการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อการปฏิบัติงานทาง



คลินิก เช่น คุณภาพการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ผลลัพธ์ที่เกิดจากการให้บริการหรือความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เป็นต้น

3. ควรศึกษาการประเมินคุณภาพการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยให้ผู้รับการนิเทศประเมิน หรือมีการเยี่ยมตรวจโดยผู้บริหารการพยาบาล เพื่อลดอคติของผลการวิจัย เนื่องจากการศึกษาค้างนี้เป็นการให้หัวหน้าหอผู้ป่วยประเมินตนเอง

4. ควรศึกษาความคิดเห็นหรือความพึงพอใจของผู้รับการนิเทศต่อการใช้โปรแกรมการพัฒนาการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

References

1. Tana P, Sangumpai K, Trakulsithichoke S. Effects of clinical supervision on the application of nursing process in caring of diabetic patients and nurses satisfaction. *Journal of Nursing and Health Care* 2017;35(4):52–60. [in Thai]
2. Na Patthalung P. Expected and actual supervision role of head nurses in application of nursing process on nursing record and knowledge development of personnel at Songkhla hospital. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2016;3(1):190–206. [in Thai]
3. Intasuwan A, Chantra R, Sarakshetrin A. The effective of nursing supervision model in the nursing organization of Ranong hospital. *JND* 2016;43(3):25–43. [in Thai]
4. Tantiveas M, Khumyu A, Otakanon P. The development of nursing supervisory model for unofficial-time nursing supervisors, Prest's Hospital. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2017; 25(3): 41–51. [in Thai]
5. Thailand Nursing and Midwifery Council. Guideline survey of quality assurance of nursing and midwife in tertiary-secondary nursing services level. Nonthaburi: Thailand Nursing and Midwifery Council;2012. [in Thai]
6. Wanthanats R. Factors affecting professional nurses' performance based on the nursing process at Nakhonpathom hospital, Nakhonpathom province. *NJPH* 2016;26(2):103–15. [in Thai]
7. Robinson J. Improving practice through a system of clinical supervision. *NT* 2005;101(23):30–2.
8. Kittiratchata S, Wanichpanjapol W. Nursing supervision implementation to quality. 2nd ed. Bangkok: Samcharoen Panich Co., Ltd.;2009. [in Thai]
9. Proctor B. Training for the supervision alliance attitude, skills and intention in fundamental themes in clinical supervision. London: Routledge; 2001.
10. Sashkin M. A manager's guide to participative management. New York: AMA Membership Publication Division;1982.
11. Reangsri N, S. Monaiyapong P. The development of supervision program for head nurses in empowering professional nurses at a tertiary level hospital in the Medical Service Department under Bangkok Metropolitan Administration. *Journal of Nursing Siam University* 2017;18(35):95–105. [in Thai]
12. Montani F, Courcy F, Gabriele G, Boilard A. Enhancing nurses' empowerment: the role of supervisors' empowering management practices. *J Adv Nurs* 2015;71(9):2129–41.



13. Davey B, Desousa C, Robinson S, Murrells T. The policy-practice divide: who has clinical supervision in nursing. *JRN* 2006;11(3): 237– 48.
14. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). Summary of the inspection report for the renewal of the quality certification process for the Chainat Narentorn Hospital. Nonthaburi: The Healthcare Accreditation Institute;2016:1–43. [in Thai]
15. Chareonboon W, Udjarat B, Suwanakod. The effects of readiness preparation for being charge nurses at a tertiary level hospital in the department of medical services under the Ministry of Public Health. *Journal of Nakhonratchasima College* 2016;10(2):111–24. [in Thai]
16. Paiboonpalayoi B, S. Monaiyapong P. Effects of a participatory supervision program for head nurses on professional nurses' performance at a Cancer hospital. *Thai Cancer J* 2015;35(2):46–55. [in Thai]
17. Tantisuk W. The Development of participatory clinical supervision pattern of registered nurses at the private hospital in Bangkok. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Christian University; 2013. [in Thai]
18. Hill S, Giles J. Supervision policy. London: Wands worth; 2005.
19. Chanyang M, Hingkanont P, Thongkhamro, R. Factors influencing nursing supervision behaviors of head nurses at community hospitals, Northern part. In: Proceedings of The 1st STOU Graduate Research Conference; 2001 Aug 26; Bangkok, Thailand: Sukhothai Thammathirat Open University; 2011. [in Thai]
20. Maungprasert S, Kongkakul U, Sahmaae N, Kuiburd T, Iemwuttiwattana J, Charoenwong S. The development of participative clinical supervision model among the Nursing Division in Naradhiwas Rajanagarindra hospital. *Princess of Naradhiwas University Journal* 2018;10(2):13–24. [in Thai]
21. Cummings TG, Worley CG. Organizational development and change. 8th ed. New York: South-West ern College;2005.



การพัฒนาโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ ในรายวิชาการศึกษาศีระ

The Pedagogical Program Development Fostering Creative Thinking Skill in Independent Study Subject

เพ็ญพรรณ พิทักษ์สงคราม¹ ละเอียด แจ่มจันทร์²

Penphan Pitaksongkram¹ Laiad Jamjan²

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

²คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

¹Boromarajonani College of Nursing, Chonburi Praboromarajchanok Institute ²Saint Louis College

Corresponding author; Penphan Pitaksongkram; Email: penphan@bnc.ac.th

Received: April 20, 2020 Revised: June 2, 2020 Accepted: June 19, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ในรายวิชาการศึกษาศีระ ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา 4 ขั้นตอน คือ 1) การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน 2) การสร้างและตรวจสอบเครื่องมือ 3) การทดลองใช้และประเมินประสิทธิผล และ 4) การปรับปรุงและแก้ไข กลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐาน คือ นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2560 จำนวน 157 คน และกลุ่มตัวอย่างเพื่อทดลองใช้และประเมินประสิทธิผล ได้แก่ นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2561 จำนวน 86 คน ที่ได้จากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เครื่องมือวิจัย คือ โปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ แบบประเมินความคิดสร้างสรรค์ (ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .79) และ แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ (ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติคู่ (pair t-test) ผลการวิจัยมีดังนี้ 1) โปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ ในรายวิชาการศึกษาศีระ ในหัวข้อกิจกรรมประกอบด้วย 5 ชุดกิจกรรม ชุดกิจกรรมละ 3 ชั่วโมง รวม 15 ชั่วโมง 2) ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ โดยใช้สูตรการหาประสิทธิภาพ E1/E2 มีค่าเท่ากับ 80.08/82.30 3) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดสร้างสรรค์ของนักศึกษา ก่อนและหลังการเรียนตามโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4) ความพึงพอใจต่อโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ของนักศึกษา อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.07, SD = .17) ดังนั้น โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยนี้จึงมีประสิทธิภาพการเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ ของนักศึกษาได้ และอาจสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในนักศึกษาและการเรียนในรายวิชาอื่นได้

คำสำคัญ: ความคิดสร้างสรรค์; โปรแกรมการจัดการเรียนรู้



The Pedagogical Program Development Fostering Creative Thinking Skill in Independent Study Subjects

Penphan Pitaksongkram¹ Laiad Jamjan²

¹Boromarajonani College of Nursing, Chonburi Prabormarajchanok Institute ²Saint Louis College

Corresponding author; Penphan Pitaksongkram; Email: penphan@bnc.ac.th

Received: April 20, 2020 Revised: June 2, 2020 Accepted: June 19, 2020

Abstract

This research and development study aimed to 1) develop a pedagogical program to foster creative thinking skill in an Independent Study subject, and 2) evaluate the effectiveness of the program. The development process included 4 steps, as follows, step 1: to study and survey fundamental information, step 2: to develop and assess the effectiveness of the program, step 3: to test and evaluate the program, and step 4: to revise the program. The samples for step 1 consisted of 157 sophomore students at Boromarajonani College of Nursing, Chon-Buri in academic year 2018 and step 3 consisted of 86 sophomore students at Boromarajonani College of Nursing, Chon-Buri in academic year 2019 by using purposive sampling. The instruments consisted of the creative thinking development learning program in the Independent Study subject, the creative thinking questionnaire (reliability, $r=.79$) and satisfaction questionnaire (reliability, $r=.84$). The data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean and standard deviation) and paired t-tests. The results of this study revealed the following. 1) The pedagogical development program to foster creative thinking skill in the Independent Study subject included 5 activities in 15 hours. 2) The efficiency of development of the program in the Independent Study subject was at 80.08/82.30, which was close to the set criteria (80/80). 3) The average score for creative thinking of the students was significantly different between before and after implementation of the program ($p<.05$). 4) The students satisfaction toward the program was at a high level ($\bar{X}=4.07$, $SD=.17$). Therefore, the newly developed program was able to improve the effectiveness of creative thinking of students. It should be applied to other student groups in other subjects.

Keywords: creative thinking; development learning program



ความเป็นมาและความสำคัญ

การจัดการศึกษาพยาบาลภายใต้การเปลี่ยนแปลงของโลกในยุคศตวรรษที่ 21 สถาบันการศึกษาพยาบาลต้องปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการศึกษาให้เชื่อมโยง สอดคล้องกับระบบสุขภาพของประเทศ ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และเป็นไปตามกรอบยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560–2579) ที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการสร้างศักยภาพบุคลากร โดยเฉพาะบุคลากรในวิชาชีพพยาบาล ซึ่งมีจำนวนผู้ประกอบวิชาชีพในปริมาณมาก เป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนและตอบสนองนโยบายสุขภาพของประเทศ โดยวัตถุประสงค์หลักของการจัดการศึกษาเพื่อเตรียมผู้เรียนให้พร้อมที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง ปลุกฝังให้เกิดทักษะการคิด การตัดสินใจ การใช้เหตุผล และการมีความสามารถเข้าถึงข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการแก้ปัญหาได้ ปัจจุบันการจัดการศึกษาพยาบาลเป็นกระบวนการที่จัดให้นักศึกษาพยาบาลได้รับประสบการณ์จากการเรียนภาคทฤษฎี ภาคทดลอง และการฝึกปฏิบัติ มุ่งให้ผู้เรียนเกิดความคิดรวบยอดที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่จำเป็นต้องใช้ความคิดขั้นสูงในระหว่างการศึกษา เช่น การคิดแก้ปัญหา การคิดสร้างสรรค์ เพื่อการพัฒนานวัตกรรมสำหรับผู้ป่วย และญาติให้ได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในกระบวนการจัดการศึกษาพยาบาล ผู้สอนจะเป็นผู้ทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวกให้ผู้เรียนเพื่อช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ และช่วยสนับสนุนการเรียนรู้ของผู้เรียนให้ผู้เรียนมีความรู้ตามโครงสร้างหลักสูตรที่กำหนด ได้รับการพัฒนาตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ คุณธรรมจริยธรรม ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21¹ ผู้สอนต้องเป็นผู้คิดออกแบบการสอนที่สามารถกระตุ้นผู้เรียนให้เกิดการเรียนรู้ จดจำ เข้าใจ และนำไปใช้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทักษะการเรียนรู้ที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 ประกอบด้วยทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม ได้แก่ การมีความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม การสื่อสารและ การร่วมมือทำงาน การคิดเชิงวิพากษ์และการแก้ไขปัญหา ทักษะด้านสารสนเทศ สื่อและเทคโนโลยี ได้แก่ความรู้พื้นฐาน ด้านสารสนเทศ สื่อ เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และทักษะชีวิตและการทำงาน ได้แก่ ความยืดหยุ่นและความ สามารถในการปรับตัว ทักษะทางสังคมและการเรียนรู้ข้าม วัฒนธรรม การมีความคิดริเริ่ม และการซึ่ำนตนเอง การเพิ่มผลผลิต ความเป็นผู้นำและความรับผิดชอบ² แต่จากผลวิจัย³ พบว่า ทักษะการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ทักษะด้านการสร้างสรรค์และนวัตกรรม ที่ผู้เรียนต้องใช้ความคิดขั้นสูงในการเรียนรู้ ดังนั้นหากสถาบันการศึกษามีเป้าหมายผลิตพยาบาลให้พร้อมสำหรับการทำงานในศตวรรษที่ 21 การจัดการศึกษาพยาบาลจึงควรจัดให้เป็นการเรียนรู้ที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีการพัฒนาทักษะด้านการคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม ที่จะช่วยพัฒนาสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลให้สอดคล้องกับ การเปลี่ยนแปลงจากสถานการณ์โลก

ความคิดสร้างสรรค์เป็นกระบวนการทางปัญญาระดับสูงที่ใช้กระบวนการทางความคิดหลาย อย่างมารวมกัน เพื่อสร้างสรรค์สิ่งใหม่ หรือแก้ปัญหาที่มีอยู่ให้ดีขึ้น การจัดการศึกษาในปัจจุบันมุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีทักษะแห่งการเรียนรู้ โดยผู้เรียนจะต้องมีความใฝ่รู้ สามารถคิดวิเคราะห์ คัดริเริ่มสร้างสรรค์ มีมาตรฐานจริยธรรมของวิชาชีพ⁴ โดยการจัดการศึกษาลักษณะดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อผู้สร้างสรรค์หรือผู้เรียนต้องมึ่สรภาพทางความคิด กิลฟอร์ดกล่าวถึงความคิดสร้างสรรค์ว่าเป็นความคิดที่ใช้กระบวนการ ประกอบด้วย 4 ลักษณะทางความคิด ได้แก่ ความคิดริเริ่ม (originality) ความคิดคล่องตัว (fluency) ความยืดหยุ่น (flexibility) และ ความคิดละเอียดลออ (elaboration)⁵ และทอร์เรนซ์⁹ ได้อธิบายถึงกระบวนการเกิดความคิดสร้างสรรค์ว่าสามารถแบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน คือ การค้นหาข้อเท็จจริง (fact-finding) การค้นพบปัญหา (problem-finding) การกล่าค้นพบความคิด (ideal-finding) การค้นพบคำตอบ (solution-finding) การยอมรับจากการค้นพบ (acceptance-finding) ที่ทำให้เกิดสิ่งแปลกใหม่ เกิดนวัตกรรม เทคโนโลยีต่าง ๆ ความคิดสร้างสรรค์เป็นพลังความคิดที่สำคัญยิ่ง หากได้รับการพัฒนาและการส่งเสริมอย่างเป็นระบบ นำไปใช้อย่างถูกต้องเหมาะสม ก็จะเกิดประโยชน์ต่อตนเองและประเทศชาติ หากคนในสังคมมีความคิดสร้างสรรค์สูง จะเป็นแรงผลักดันให้สังคม ประเทศชาติ มีความเจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว การพัฒนาให้เยาวชน บุคคล เป็นผู้มีความคิดสร้างสรรค์ จึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญยิ่งของสังคม และประเทศชาติ ดังนั้นการที่จะการจัดการเรียนการสอนพยาบาล



ให้เป็นไปอย่างมีคุณภาพ จึงต้องเน้นกระบวนการคิดวิเคราะห์ การคิดสร้างสรรค์ การแก้ปัญหา การแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง การส่งเสริมสมรรถนะวิชาชีพ และการพัฒนาผู้เรียนทั้งด้านจิตใจ ร่างกาย และสติปัญญา ที่จะส่งผลให้ผู้เรียนจบการศึกษาและเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณภาพ⁶

ในการเรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต รายวิชาการศึกษาอิสระ (independent study subject) มีลักษณะวิชาที่ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้เรียนมีอิสรภาพทางความคิด ใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการเลือกศึกษา และพัฒนาชิ้นงานนวัตกรรมทางด้านสุขภาพได้อย่างอิสระ ตามเรื่องที่คุณเรียนสนใจและสามารถนำมาใช้ประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตและวิชาชีพ โดยผู้เรียนจะเป็นผู้ที่วางแผนการเรียนรู้ด้วยตนเอง แสดงออกถึงการนำความรู้ทางการพยาบาลไปใช้ประโยชน์ในด้านสุขภาพ ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู การจัดการเรียนรู้ในรายวิชานี้ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี มีวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้เพื่อให้ผู้เรียนได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการคิดสร้างสรรค์และเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ผ่านการพัฒนาชิ้นงานนวัตกรรมทางด้านสุขภาพ ตั้งแต่ปีการศึกษา 2559 วิทยาลัยได้นำวิธีการสอนแบบโครงการ (project based learning) โดยใช้แนวคิดสะเต็มศึกษา (STEM education) มาเป็นแนวทางการจัดการศึกษา เนื่องจากเป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่เน้นการพัฒนาทักษะกระบวนการ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตดำเนินการต่าง ๆ ซึ่งเป็นกระบวนการทางสติปัญญา ได้แก่ กระบวนการแสวงหาความรู้ กระบวนการคิดที่ประกอบด้วย การคิดวิเคราะห์ การอุปนัย การนิรนัย การใช้เหตุผล การสืบค้น และการคิดริเริ่มสร้างสรรค์ รวมถึงเป็นกระบวนการทางสังคม ได้แก่ กระบวนการทำงานร่วมกัน⁷⁻⁸ การเรียนการสอนในลักษณะนี้เป็นการจัดการเรียนรู้ที่ไม่เน้นการท่องจำแต่เป็นการสร้างความเข้าใจผ่านการปฏิบัติให้เห็นจริงจากการบูรณาการความรู้ของผู้เรียนจากศาสตร์ 4 สาขา คือ วิทยาศาสตร์ (science) เทคโนโลยี (technology) วิศวกรรมศาสตร์ (engineering) และคณิตศาสตร์ (mathematics) ผู้เรียนที่ผ่านการเรียนรู้ตามแนวคิดนี้จะสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการเชื่อมโยงและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง และนำไปพัฒนากระบวนการหรือผลผลิตใหม่ที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ได้ตามวัตถุประสงค์ของการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการศึกษาอิสระได้กำหนดให้นักศึกษากลุ่มละ 7-10 คน ร่วมกันพัฒนาชิ้นงานนวัตกรรมทางด้านสุขภาพ จำนวน กลุ่มละ 1 ชิ้นงาน ภายใต้การดูแลให้คำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษากลุ่มละ 1 คน ทำให้การสอนในแต่ละปีการศึกษาที่ผ่านมา มีผู้สอนจำนวนมากถึง 15-20 คน และในรายวิชาไม่มีการกำหนดแนวทาง หลักการ หรือโปรแกรมการสอนที่เป็นไปในแนวทางเดียวกันที่จะกระตุ้นให้นักศึกษาเกิดความคิดสร้างสรรค์ จึงทำให้ วิธีการสอน การจัดกิจกรรมในระหว่างการสอน เทคนิคการให้คำปรึกษาของอาจารย์แต่ละท่านที่เกิดขึ้นในการเรียนการสอนนั้น มีความหลากหลาย ขึ้นกับลักษณะของผู้สอนแต่ละคน ส่งผลให้ประสิทธิภาพการเรียนของนักศึกษาที่เกิดขึ้น ยังไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของรายวิชา ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ สำหรับนักศึกษา โดยใช้หลักการการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์⁹ ในรายวิชาการศึกษาอิสระ สำหรับให้ทีมผู้สอนทุกคนนำไปใช้เป็นแนวทางในการสอนนักศึกษาเพื่อให้มีมาตรฐานการสอนเดียวกัน และสามารถพัฒนาการคิดสร้างสรรค์ของนักศึกษายาบาลได้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ ในรายวิชาการศึกษาอิสระ
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ ในรายวิชาการศึกษาอิสระประกอบด้วย
 - 2.1 เพื่อหาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ ตามเกณฑ์มาตรฐาน 80/80 โดยใช้สูตรการหาประสิทธิภาพ E1/E2
 - 2.2 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดสร้างสรรค์ ของนักศึกษาก่อนและหลังการเรียนตามโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์



2.3 เพื่อประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์

ขอบเขตการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ในรายวิชาการศึกษาศรี ในระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนมีนาคม 2562 และนำโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการสอนรายวิชาการศึกษาศรี ภาคฤดูร้อน ปีการศึกษา 2561 ระหว่างเดือนเมษายน ถึง มิถุนายน 2562 กับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี รุ่น 40 ชั้นปีที่ 2 จำนวน 106 คน

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยเป็นการวิจัยแบบวิจัยและพัฒนา (research and development) มีรายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้
ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน

ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสภาพปัญหาการเรียนวิชาการศึกษาศรี ของ ปีการศึกษา 2560 ภาคฤดูร้อน ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ชั้นปีที่ 2 จำนวน 157 คน จากผลการวิจัยเรื่อง “ประสบการณ์การเรียนรู้แบบโครงงานสะเต็มรายวิชาการศึกษาศรี ที่มีผลต่อการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี” รวมถึงข้อมูลจากเอกสารรายงานการประเมินผลการเรียนของนักศึกษา และจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาวิเคราะห์และสรุปสาระสำคัญที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและตรวจสอบเครื่องมือ

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม คือ โปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ สร้างโดยนำข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ กำหนดและ จัดองค์ประกอบด้านต่างๆ ของโปรแกรมให้มีความสอดคล้องสัมพันธ์และส่งเสริมซึ่งกันและกันจนได้เป็นโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ ที่มีองค์ประกอบคือ 1) แนวคิดพื้นฐาน 2) เนื้อหา 3) วัตถุประสงค์ 4) กิจกรรม และ 5) การวัดและประเมินผล โดยมีวิธีการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

2.1.1 สร้างโปรแกรมโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์

2.1.2 ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมโดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) และให้ข้อเสนอแนะ

2.1.3 ปรับปรุงแก้ไขโปรแกรม โดยนำข้อมูลต่างๆ ที่ได้มาจากการตรวจสอบประเมินและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาพิจารณาปรับปรุง แก้ไขโปรแกรมให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ประกอบด้วย

2.2.1 แบบประเมินความคิดสร้างสรรค์ ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย มีลักษณะเป็น มาตรฐานส่วนประเมินค่า 5 ระดับ แบบลิเคิร์ตสเกล 4 ด้าน ประกอบด้วย ความคิดริเริ่ม (originality) จำนวน 2 ข้อ, ความคิดคล่องแคล่ว (fluency) จำนวน 3 ข้อ, ความยืดหยุ่น (flexibility) จำนวน 3 ข้อ และความคิดรอบคอบละเอียดลออ (elaboration) จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวน 12 ข้อ

2.2.2 แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย มีลักษณะเป็นแบบมาตรฐานส่วนประเมินค่า 5 ระดับ แบบลิเคิร์ต สเกล 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านเนื้อหาความรู้ จำนวน 4 ข้อ, ด้านกิจกรรมการเรียน จำนวน 4 ข้อ, ด้านสื่อการเรียนการสอน จำนวน 4 ข้อ และด้านวัดและประเมินผล จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวน 16 ข้อ



โดยมีวิธีการสร้างเครื่องมือ ทั้ง 2 ชุด ดังนี้

- 1) วิเคราะห์แนวคิดทฤษฎีของกิลฟอร์ด⁵ และของเทอร์เรนซ์⁹ นำมากำหนดเป็นข้อคำถามในแบบประเมิน
- 2) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) และให้ข้อเสนอแนะ โดยใช้เกณฑ์การหาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence:IOC) ผลการประเมินมีค่า IOC ผ่านเกณฑ์ในระหว่าง .50-1.00
- 3) ปรับปรุงแก้ไขแบบประเมินตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น
- 4) นำแบบประเมินไปทดลองใช้ (try out) กับนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุข สิรินคร จังหวัดชลบุรี จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ .79 และ .84 ตามลำดับ

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้และประเมินประสิทธิผล

3.1 การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ชั้นปีที่ 2 จำนวน 106 คน ที่เรียนวิชาการศึกษา อีสระในปีการศึกษา 2561 ภาคฤดูร้อน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ชั้นปีที่ 2 จำนวน 86 คน ที่เรียนวิชาการศึกษา อีสระในปีการศึกษา 2561 ภาคฤดูร้อน ที่ได้จากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการเปิดตารางของเครซีและมอร์แกน¹⁰

3.2 ผู้วิจัยประเมินความคิดสร้างสรรค์ ของผู้เรียนโดยใช้แบบประเมินความคิดสร้างสรรค์ ก่อนการทดลองใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้น

3.3 ประชุมทีมผู้สอนเพื่อให้ข้อมูลและชี้แจงโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ ให้ผู้สอนเข้าใจกิจกรรมการสอน ทั้ง 15 ชั่วโมง และ ทีมผู้สอนสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการให้คำปรึกษานักศึกษา ในกลุ่มที่เป็นที่ปรึกษา เป็นไปในแนวทางเดียวกันทุกกลุ่ม

3.4 ผู้สอนใช้โปรแกรมตามแผนดำเนินการโปรแกรมที่สร้างขึ้น ตามโครงสร้าง และ กระบวนการของ โปรแกรม ในการเรียนการสอนของนักศึกษา

3.5 ผู้วิจัยประเมินความคิดสร้างสรรค์ ของผู้เรียนโดยใช้แบบประเมินความคิดสร้างสรรค์ หลังการทดลองใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ครบ 15 ชั่วโมง

3.6 วิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยดังนี้

3.6.1 หาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ ตามเกณฑ์มาตรฐาน 80/80 โดยใช้สูตรการหาประสิทธิภาพ E1/E2 (ประสิทธิภาพของกระบวนการ/ประสิทธิภาพของผลลัพธ์) และสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.6.2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดสร้างสรรค์ของนักศึกษา ก่อนและหลัง การเรียนตามโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ โดยสถิติทีคู่ (pair t-test)

3.6.3 ประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงและแก้ไข

ผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงและแก้ไขโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ ในรายวิชาการศึกษาอีสระภายหลังการนำโปรแกรมไปทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม กับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี เพื่อเพิ่มพูนความสมบูรณ์ของโปรแกรม ให้มีประสิทธิภาพในการนำไปใช้ให้เกิด ประโยชน์ต่อไป



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยแจ้งประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากการวิจัยที่รวมทั้งประโยชน์หลังสิ้นสุดการวิจัย แจ้งหลักเกณฑ์ในการยุติการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นเอกสารการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและผู้วิจัยจะรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง ไม่อ้างอิงชื่อในการนำเสนอผลการวิจัยและจะรายงานผลการวิจัยในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ ในรายวิชาการศึกษาอิสระ

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ ในรายวิชาการศึกษาอิสระ เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสำหรับใช้เป็นส่วนหนึ่งของการสอนแบบโครงการ (project based learning) โดยใช้แนวคิดสะเต็มศึกษา (STEM education) ที่ประกอบด้วยหัวข้อ 1) แนวคิดพื้นฐาน 2) เนื้อหา 3) วัตถุประสงค์ 4) กิจกรรม และ 5) การวัดและประเมินผล ในหัวข้อกิจกรรม จะประกอบด้วย 5 ชุดกิจกรรม ชุดกิจกรรมละ 3 ชั่วโมง รวม 15 ชั่วโมง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่สมาชิกในกลุ่มทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความสอดคล้องของชุดกิจกรรม และวัตถุประสงค์ ในโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ กับองค์ประกอบของความคิดสร้างสรรค์ และกระบวนการเกิดความคิดสร้างสรรค์

ชื่อชุดกิจกรรม/ รายละเอียดกิจกรรม/ เวลาในการดำเนินกิจกรรม	วัตถุประสงค์ ของกิจกรรม	การสอดคล้องกับ องค์ประกอบของ ความคิดสร้างสรรค์ ของกิลฟอร์ด ⁵				การสอดคล้องกับ กระบวนการเกิดความคิด สร้างสรรค์ของทอร์เรนซ์ ⁹				
		O	Fu	Fe	E	FF	PF	IF	SF	AF
การค้นหา - เขียนประโยชน์ของดินสอ - เขียนความดีของตนเอง - เขียนคุณค่าของวิชาชีพพยาบาล โดยเขียนบนกระดาษ Post-it - รวบรวมทุกความคิดเห็น นำมา วิเคราะห์ แยกแยะหมวดหมู่ - อภิปรายผลที่เกิดจากกิจกรรม (3 ชั่วโมง)	- เกิดกระบวนการคิดจาก สิ่งง่าย ไปสู่สิ่งยาก - สามารถคิดได้อย่างอิสระ ไม่มีถูกผิด และคิดบนพื้นฐาน การยอมรับของสังคม	✓	✓			✓		✓		
การวาดภาพ - วาดภาพใบหน้าและอวัยวะบน ใบหน้าของเพื่อนให้เสร็จโดยเป็น เส้นต่อเนื่องไม่ยกปากกาหรือดินสอ จำนวน 3 ครั้ง - นำภาพที่ได้ทั้ง 3 มาอภิปราย ผลที่เกิดจากกิจกรรมแต่ละครั้ง (3 ชั่วโมง)	- เกิดการปรับเปลี่ยนการ คิดให้เกิดวิธีการวาดที่เพิ่ม สมบูรณ์ของภาพในแต่ละ ครั้ง			✓					✓	



ชื่อชุดกิจกรรม/ รายละเอียดกิจกรรม/ เวลาในการดำเนินกิจกรรม	วัตถุประสงค์ ของกิจกรรม	การสอดคล้องกับ องค์ประกอบของ ความคิดสร้างสรรค์ ของกิลฟอร์ด ⁵				การสอดคล้องกับ กระบวนการเกิดความคิด สร้างสรรค์ของทอร์เรนซ์ ⁹				
		O	Fu	Fe	E	FF	PF	IF	SF	AF
การฝึกกระต่าย - ฝึกกระต่าย A4 1 แผ่น ให้เป็น ช่อง กว้างเพียงพอให้ตัวของผู้ฝึก ลอดผ่านได้โดยกระต่ายไม่ขาด ออกจากกัน และต่อเนื่องเป็นเส้น เดียวกัน - อภิปรายผลที่เกิดจากข้อผิดพลาด ของกิจกรรมแต่ละครั้ง (3 ชั่วโมง)	- เกิดการคิดมุ่งมั่น อยู่บน ความเชื่อว่าสามารถทำให้ สำเร็จได้จริง - ไม่ท้อถอยหรือปฏิเสธความ คิดที่จะแก้ปัญหาให้สำเร็จ	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓
การใช้ Power Question - ให้เขียน คำถามที่ถามด้วย What Who Why Where When How ให้ได้มากที่สุด - นำคำถามมาถามผู้สอนเพื่อให้ ทราบภาพ ของแปลก ที่แจกให้ คือภาพอะไร (3 ชั่วโมง)	- ใช้คำถามกระตุ้นการคิด รอบด้าน - รวบรวมคำตอบ มา วิเคราะห์ สังเคราะห์จนได้ คำตอบ	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓
การประดิษฐ์ - ให้นำวัสดุอุปกรณ์ มาประดิษฐ์เป็น อุปกรณ์ที่นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ - วิเคราะห์สิ่งประดิษฐ์ในทุกประเด็น ของ STEM - อภิปรายผลที่เกิดจากกิจกรรม (3 ชั่วโมง)	- ใช้วัสดุ และอุปกรณ์อย่างมี ประสิทธิภาพ - ทำงานแบบครบทั้งระบบ - มีแนวคิด ทฤษฎีรองรับการคิด การสร้างงาน	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓

หมายเหตุ O = Originality

Fu = Fluency

Fe = Flexibility

E = Elaboration

FF = Fact Finding

PF = Problem-Finding

IF = Ideal-Finding

SF = Solution-Finding

AF = Acceptance-Finding

จากตารางที่ 1 พบว่า ชุดกิจกรรม ทั้ง 5 ชุด ในโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ มีความสอดคล้อง และครอบคลุมแนวคิดพื้นฐานขององค์ประกอบของความคิดสร้างสรรค์ของกิลฟอร์ด⁵ และ กระบวนการเกิดความคิดสร้างสรรค์ ของทอร์เรนซ์⁹ โดย 1) กิจกรรมการค้นหาช่วยให้นักศึกษาเกิดประสบการณ์ การเรียนรู้กระบวนการคิดจากสิ่งที่ย่างไปยาก สามารถคิดได้อย่างอิสระ ไม่ตัดสินถูกผิด 2) กิจกรรมการวาดภาพ ช่วยให้นักศึกษาเกิดการปรับเปลี่ยนการคิดให้เกิดวิธีการวาดที่เพิ่มสมบูรณ์ของภาพในแต่ละครั้ง 3) กิจกรรมการฝึก กระต่ายช่วยให้นักศึกษาเกิดมุ่งมั่นที่จะพัฒนาคิดอย่างต่อเนื่องบนความเชื่อว่าสามารถแก้ปัญหา และทำให้สำเร็จได้จริง



4) การใช้ Power Question ช่วยให้ผู้เรียนคิดรอบ วิเคราะห์และสังเคราะห์ ความรู้และวิธีการใหม่ 5) การประดิษฐ์ ช่วยให้ผู้เรียนเรียนรู้การพัฒนาชิ้นงานโดยมีแนวคิด ทฤษฎีสนับสนุน และใช้อุปกรณ์อย่างมีประสิทธิภาพ คุ่มค่าคุ่มทุน

2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ ในรายวิชาการศึกษาอิสระ ประกอบด้วย

2.1 เพื่อหาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ ตามเกณฑ์มาตรฐาน 80/80 โดยใช้สูตรการหาประสิทธิภาพ E1/E2

ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ โดยใช้สูตรการหาประสิทธิภาพ E1/E2 การมีค่าเท่ากับ 80.08/82.30 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ โดยใช้สูตรการหาประสิทธิภาพ E1/E2 ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ปีการศึกษา 2561 ชั้นปีที่ 2

ชุดกิจกรรม	คะแนนการประเมิน ความคิดสร้างสรรค์			คะแนนการประเมิน หลังเรียน			ประสิทธิภาพ <i>E1/E2</i>
	(ประสิทธิภาพของกระบวนการ)			(ประสิทธิภาพของผลลัพธ์)			
	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	<i>E1</i>	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	<i>E2</i>	
ชุดกิจกรรมที่ 1	300	78.30	78.30	100	82.30	82.30	78.30/82.30
ชุดกิจกรรมที่ 2	300	79.70	79.70	100	82.30	82.30	79.70/82.30
ชุดกิจกรรมที่ 3	300	80.80	80.80	100	82.30	82.30	80.80
ชุดกิจกรรมที่ 4	300	80.20	80.20	100	82.30	82.30	80.20
ชุดกิจกรรมที่ 5	300	81.40	81.40	100	82.30	82.30	81.40
		เฉลี่ย	80.08		เฉลี่ย	82.30	80.08/82.30

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ โดยใช้สูตรการหาประสิทธิภาพ E1/E2 ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ปีการศึกษา 2561 ชั้นปีที่ 2 จำนวน 86 คน มีค่า E1 และ E2 ใกล้เคียงกัน ต่างกันเท่ากับ 2.22 %

2.2 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดสร้างสรรค์ ของนักศึกษา ก่อนและหลังการเรียนตามโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์

2.2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง มีอายุระหว่าง 19-22 ปี เป็นส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 99.14 เพศชายร้อยละ .86

2.2.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดสร้างสรรค์ ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2561 จำนวน 86 คน ก่อนและหลังการเรียนตามโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ (ตารางที่ 3-4)



ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความคิดสร้างสรรค์ของนักศึกษา ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม จำแนกรายด้าน (n = 86)

ความคิดสร้างสรรค์	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ความคิดคล่องแคล่ว (Fluency)	3.86	.61	สูง	4.16	.44	สูง
ความคิดยืดหยุ่น (Flexibility)	3.78	.52	สูง	3.92	.64	สูง
ความคิดริเริ่ม (Originality)	3.65	.64	สูง	4.26	.73	สูง
ความคิดรอบคอบละเอียดลออ (Elaboration)	3.67	.45	สูง	4.02	.44	สูง
รวม	3.74	.58	สูง	4.09	.64	สูง

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความคิดสร้างสรรค์ของนักศึกษา ก่อนการเรียนโดยใช้โปรแกรมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.74, SD=.58) และหลังการเรียนโดยใช้โปรแกรมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 4.09, SD=.64)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดสร้างสรรค์ ก่อนและหลังการเรียนตามโปรแกรมการจัดการเรียนรู้ เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2561

คะแนนทดสอบ	n	$\bar{X}$	SD	t	p-value
ก่อนเรียน	86	3.74	.58	2.53	.000
หลังเรียน	86	4.09	.64		

$p < .05$

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดสร้างสรรค์ ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2561 จำนวน 86 คน ก่อนและหลังการเรียนด้วยโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.3 เพื่อประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชั้นปีที่ 2 ชลบุรี ปีการศึกษา 2561 ที่มีต่อโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์

รายการประเมิน	$\bar{X}$	SD	ระดับความพึงพอใจ
ด้านเนื้อหาความรู้	3.98	.06	มาก
1. ได้รับความรู้จากเนื้อหาที่เรียน	3.80	.52	มาก
2. ไม่ซับซ้อน เข้าใจง่าย	3.75	.64	มาก
3. มีปริมาณที่เหมาะสม	3.90	.64	มาก
4. สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง	4.10	.59	มาก



รายการประเมิน	$\bar{X}$	SD	ระดับความพึงพอใจ
ด้านกิจกรรมการเรียนรู้	4.13	.06	มาก
5. มีความสอดคล้องกับเนื้อหาการเรียนรู้	4.05	.52	มาก
6. ช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ของผู้เรียน	4.25	.64	มาก
7. ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม	4.15	.64	มาก
8. โอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับบุคคลอื่น	4.05	.59	มาก
ด้านสื่อการเรียนการสอน	4.10	.32	มาก
9. มีความสอดคล้องกับเนื้อหาการเรียนรู้	4.05	.41	มาก
10. ช่วยลดระยะเวลาการทำความเข้าใจเนื้อหาการเรียนรู้	3.90	.59	มาก
11. ช่วยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้	4.25	.62	มาก
12. ช่วยให้ผู้เรียนเกิดความคิดสร้างสรรค์	4.20	.52	มาก
ด้านการวัดและประเมินผล	4.15	.44	มาก
13. มีความสอดคล้องกับเนื้อหาการเรียนรู้	4.05	.61	มาก
14. มีความสอดคล้องกับกิจกรรมการเรียนรู้การสอน	4.10	.45	มาก
15. มีการประเมินตามสภาพจริงของผู้เรียน	4.35	.59	มาก
16. ผู้เรียนมีโอกาสทราบผลการประเมินของตนเอง	4.05	.61	มาก
และของกลุ่ม			
รวม	4.07	.17	มาก

จากตารางที่ 5 พบว่า โดยรวมนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2561 มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ ในระดับมาก ($\bar{X}=4.07$, $SD=.17$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านเนื้อหาความรู้ มีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{X}=3.89$, $SD=.60$) ด้านกิจกรรมการเรียนรู้มีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{X}=4.13$, $SD=.31$) ด้านสื่อการเรียนการสอนมีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{X}=4.10$, $SD=.32$) และด้านการวัดและประเมินผลมีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{X}=4.15$, $SD=.44$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีการประเมินตามสภาพจริงของผู้เรียน มีความพึงพอใจในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=4.35$, $SD=.59$) รองลงมา คือ ข้อช่วยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ มีความพึงพอใจในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}=4.25$, $SD=.62$) และข้อไม่ซับซ้อน เข้าใจง่าย มีความพึงพอใจในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=3.75$, $SD=.64$)

อภิปรายผล

1. โปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ ในรายวิชาการศึกษาอิสระ เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสำหรับใช้เป็นส่วนหนึ่งของการสอนแบบโครงการ (project based learning) โดยใช้แนวคิดสะเต็มศึกษา (STEM education) ประกอบด้วยหัวข้อ 1) แนวคิดพื้นฐาน 2) เนื้อหา 3) วัตถุประสงค์ 4) กิจกรรม และ 5) การวัดและประเมินผล กิจกรรมของโปรแกรมมี 5 ชุดกิจกรรม 15 ชั่วโมง โปรแกรมมีความสอดคล้อง และครอบคลุมแนวคิดพื้นฐานขององค์ประกอบของความคิดสร้างสรรค์ของกิลฟอร์ด และกระบวนการเกิดความคิดสร้างสรรค์ ของทอร์เรนซ์ ผลของการเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรม ทำให้นักศึกษาเกิดประสบการณ์ตรง ได้พัฒนาความคิดสร้างสรรค์ ที่นำมาใช้ในการพัฒนาชิ้นงานนวัตกรรม ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่แสดงถึงการบรรลุวัตถุประสงค์ของรายวิชานี้ ในรายวิชาในกิจกรรมของโปรแกรมผู้วิจัยนำกระบวนการกลุ่มและเกมมาใช้ในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งเป็นวิธีการเรียนรู้ที่เน้นให้ผู้เรียนได้ฝึกปฏิบัติจริง เกิดความรู้

ความเข้าใจและเจตคติที่ดีต่อการเรียนรู้ รวมทั้งสามารถพัฒนาทักษะเกี่ยวกับสาระและวิธีการเรียนรู้ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹¹ รวมถึงได้แสดงความคิดเห็น และความสามารถที่ตนมี ทำให้ผู้เรียนรู้สึกภาคภูมิใจ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่านักศึกษาที่มีความคิดว่าการทำงานกลุ่มมีผลดีคือได้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น ทำให้เกิดความคิดใหม่ ๆ¹² และพบว่าพัฒนาการด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบด้วยวิธีการจัดการเรียนรู้ด้วยโครงการ ทำให้ผู้เรียนมีความเข้าใจถึงความสำคัญของการทำงานร่วมกันส่งผลให้ผู้เรียนต้องวางแผนและต้องปรับเปลี่ยนการทำงานอย่างสม่ำเสมอ¹³

2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ในรายวิชาการศึกษาศิระ

2.1 ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ โดยใช้สูตรการหาประสิทธิภาพ E1/E2 การมีค่าเท่ากับ 80.08/82.30 ประสิทธิภาพดังกล่าวเป็นตัวชี้วัดที่ยืนยันได้ว่านักศึกษา มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามลำดับขั้นจากความรู้ที่เกิดขึ้นจริง แสดงว่า โปรแกรมนี้สามารถทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้เพิ่มขึ้น มีประสิทธิภาพในการช่วยให้กระบวนการเรียน การสอนดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ อาจเนื่องมาจากในกระบวนการสร้างโปรแกรมผู้วิจัยได้สร้างจากกรณีวิเคราะห์ตามแนวคิดทฤษฎีการคิดสร้างสรรค์ของกิลฟอร์ด⁵ และของเทอร์เรนซ์⁶ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม และการปรับปรุงเพื่อความสมบูรณ์และสอดคล้องกันตามบริบท

2.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดสร้างสรรค์ ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2561 จำนวน 86 คน ก่อนและหลังการเรียนตามโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีอายุระหว่าง 19-22 ปี เป็นส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงร้อยละ 99.14 เพศชายร้อยละ .86 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความคิดสร้างสรรค์ของนักศึกษา ก่อนการเรียนอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.74$, $SD = .58$) และหลังการเรียนอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.09$, $SD = .64$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดสร้างสรรค์ ของนักศึกษา ก่อนและหลังการเรียนด้วยโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการเปรียบเทียบสามารถแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ ในรายวิชาการศึกษาศิระ นี้สามารถเพิ่มความคิดสร้างสรรค์ของผู้เรียน อาจเนื่องมาจากการจัดการเรียนการสอนตามโปรแกรมที่จัดขึ้นต้องเน้นให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการคิด การแก้ปัญหา การแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง การส่งเสริมการพัฒนาผู้เรียนทั้งด้านจิตใจ ร่างกาย และสติปัญญา ผ่านการใช้เกมทำให้ผู้เรียนเกิดทักษะการเป็นผู้นำ ซึ่งประกอบไปด้วยการติดต่อสื่อสาร การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีการตัดสินใจ การคิดวิเคราะห์การคิดสร้างสรรค์การทำงานร่วมกับผู้อื่น¹⁴

2.3 ความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ โดยรวมนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2561 มีความ พึงพอใจต่อโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.07$, $SD = .17$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านเนื้อหาความรู้ มีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{X} = 3.89$, $SD = .60$) ด้านกิจกรรมการเรียนมีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{X} = 4.13$, $SD = .31$) ด้านสื่อการเรียนการสอนมีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{X} = 4.10$, $SD = .32$) และด้านการวัดและประเมินผลมีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{X} = 4.15$, $SD = .44$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อ มีการประเมินตามสภาพจริงของผู้เรียน มีความพึงพอใจในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.35$, $SD = .59$) รองลงมา คือ ข้อช่วยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียน มีความพึงพอใจในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 4.25$, $SD = .62$) และ ข้อไม่ซับซ้อน เข้าใจง่าย มีความพึงพอใจในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 3.75$, $SD = .64$) จะเห็นว่าระดับความพึงพอใจที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับมากทั้งหมด ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่ผู้สอนพัฒนาโปรแกรมที่คำนึงถึงความพึงพอใจของผู้เรียน เพราะหากผู้เรียนมีความพึงพอใจในการจัดการเรียนรู้จะทำให้เกิดความสุขในการเรียน เกิดความสำเร็จในสิ่งที่มอบหมาย และเกิดผลสำเร็จในการเรียน¹⁵ และการที่ผู้สอนเลือกใช้วิธีการสอนที่ผู้เรียนสนใจ จะส่งผลโดยตรงต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน พฤติกรรมในชั้นเรียน และทัศนคติหรือความพึงพอใจต่อการเรียนของผู้เรียน¹⁶



จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ในรายวิชาการศึกษาศาสตร์ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น เป็นการจัดการเรียนรู้โดยใช้ชุดกิจกรรมเป็นวิธีการสอนที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนได้ฝึกการทำโครงการที่ไดลงมือปฏิบัติจริงร่วมกับกลุ่มเพื่อน ได้แสดงความคิดเห็นและความสามารถที่ตนมี ทำให้ผู้เรียนรู้สึกภาคภูมิใจ เกิดความรู้ความเข้าใจ เกิดเจตคติที่ดีต่อการเรียนรู้ สามารถพัฒนาทักษะและวิธีการเรียนรู้ที่นำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้เรียนเกิดการวางแผนและปรับปรุงแบบการทำงาน การเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอทำให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ใหม่

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. อาจารย์พยาบาลสามารถนำกิจกรรมการเรียนรู้ของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ในรายวิชาการศึกษาศาสตร์ ไปใช้เป็นส่วนหนึ่งในการเรียนการสอนรายวิชาทางการพยาบาลอื่นที่ใช้ โครงการวิจัยเป็นฐาน เช่น การวิจัยทางการพยาบาล โดยเลือกใช้กิจกรรมที่มีความเหมาะสมกับเนื้อหาและบริบทของรายวิชา เพื่อเพิ่มการเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ในนักศึกษาพยาบาล

2. ในการนำกิจกรรมการเรียนรู้ของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ในรายวิชาการศึกษาศาสตร์ ไปใช้ ผู้สอนควรดำเนินกิจกรรม โดยกำหนดชั้นงาน และกำหนดระยะเวลาให้เหมาะสมสอดคล้องกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาการรับรู้และประสบการณ์ของผู้สอนเกี่ยวกับการเรียนการสอนโดยใช้โปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์ ในรายวิชาการศึกษาศาสตร์ เพื่อให้โปรแกรมได้รับการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น

2. ศึกษาตัวแปร เช่น ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ด้านอื่นๆ และทัศนคติ ของผู้เรียน

References

1. The Higher Education Commission. Guidelines for promoting the quality of teaching and learning management of instructors in higher education institutions. Bangkok: Pappim;2018. (in Thai)
2. Bellanca J, Brandt R, editors. 21st Century skills: rethinking how students learn. Bloomington: Solution Tree Press. 2010.
3. Chantira R, Sarakshetrin A. Learning skills in 21st century of nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Suratthani. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2017;4(1):180–90. (in Thai)
4. Partnership for 21st Century Skills. 21st century skills, education and competitiveness: A resource and policy guide. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2008. (in Thai)
5. Guilford JP, The nature of human intelligence. New York: McGraw–Hill Book Co. 1967.
6. Kunaviktikul W. Teaching and learning in the discipline of nursing in the 21st century. Nursing Journal. 2015;42(2),152–56. (in Thai)
7. Rujkorakarn D. Summary report of the educational management in nursing for the 21st century conference. 12–13 February 2014, Boromarajonani College of Nursing, Saraburi;2014. (in Thai)
8. Kamanee T. Science of teaching knowledge for effective learning management. 17th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2013. (in Thai)
9. Torrance. EP, and Myers RE. Creative learning and teaching. New York: Good, Mead and Company. 1962.



10. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational & Psychological Measurement*. 1970;30(3):607-10.
11. Office of the Non-Formal and Informal Education. Policy and action plan 2013. Bangkok: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand. 2013. (in Thai)
12. Ngamprapasom P. To increase the potential and learning achievement by using group learning process. *Lampang Rajabhat University Journal*. 2012;1(1):58-66.
13. Luxviramsiri A. Human relationship and responsibility development by project-based learning in electronic business management subject. *Classroom Action Research Report*. 2016.
14. Kunaviktikul W. Teaching and learning in the discipline of nursing in the 21st century. *Nursing Journal*. 2015;42(2),152-6. (in Thai)
15. Martirosyan N, Saxon DP, Wanjohi R. Student, satisfaction and academic performance in Armenian higher education. *American International Journal of Contemporary Research*. 2014;4(2):1-5.
16. Chinanawin C. A comparative study of learning method, question-answer method and Review and questioning method. *Social Sciences Journal*. 2014,4(2):69-81. (in Thai)



คำแนะนำผู้พิมพ์

เพื่อให้การจัดทำวารสารไปด้วยความเรียบร้อยและมีคุณภาพ วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขจึงขอแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับการจัดทำวารสารและการเตรียมต้นฉบับบทความ ดังต่อไปนี้

1. วารสารฯ ได้กำหนดผลงานวิชาการที่จะลงเผยแพร่ในวารสาร ดังนี้

1.1 เป็นผลงานวิชาการในรูปของบทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่เขียนเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ในสาขาการพยาบาล การสาธารณสุข หรือสาขาที่เกี่ยวข้อง

1.2 เป็นผลงานวิชาการที่ไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อน และผู้เขียนจะต้องไม่ส่งบทความเพื่อไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นในเวลาเดียวกัน

1.3 หากเป็นบทความสืบเนื่องจากงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง หรือเป็นงานวิจัยที่เป็นไปตามข้อกำหนดของจริยธรรมการวิจัย

2. วารสารฯ กำหนดอัตราค่าธรรมเนียมในการบริหารจัดการบทความเพื่อเผยแพร่ในอัตราบทความละ 5,000 บาท (การชำระเงินจะเกิดขึ้นก่อนที่วารสารฯ จะส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ เมื่อได้ชำระเงินแล้วทางวารสารฯ จะไม่คืนเงินในทุกกรณี)

3. วารสารฯ กำหนดการเตรียมต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัย ตามรูปแบบดังนี้

3.1 การตั้งค่านำกระดาษ ให้ตั้งค่าขนาดกระดาษ A4 จัดขอบกระดาษด้านบน-ล่าง-ซ้าย-ขวา ด้านละ 1 นิ้ว พิมพ์โดยใช้ฟอนต์ EucorsiaUPC ขนาด 16 และ single space และมีเนื้อหาวรรณบทคัดย่อและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 15 หน้า

3.2 ขนาดและรูปแบบการพิมพ์ ให้ใช้ดังนี้

รายการ	ลักษณะอักษร	ตำแหน่งการพิมพ์	ขนาด
ชื่อบทความ	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18 – 20
ข้อมูลผู้พิมพ์ (ไทยและอังกฤษ)	ตัวปกติ	กลางหน้ากระดาษ	14
บทคัดย่อ	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18
Abstract	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18
หัวข้อใหญ่	ตัวหนา	ชิดซ้าย	18
หัวข้อย่อย	ตัวหนา	ย่อหน้า (เคาะ 1 tab)	16
หัวข้อย่อย	ตัวปกติ	ย่อหน้า (เคาะ tab)	16
เนื้อหาของบทคัดย่อและบทความ	ตัวปกติ	จัดข้อความชิดขอบทั้งสองข้าง	16
การเน้นข้อความในบทความ	ตัวปกติ	ตัวหนา หรือ ตัวเอียง	16
ข้อความในตาราง	ตัวปกติ	ข้อความให้ชิดซ้าย ส่วนตัวเลขให้ชิดขวา	14 – 16
ตัวเลขอ้างอิง	superscript	ตัวยกท่ายข้อความ	16
References	ตัวปกติ ใช้ลำดับตัวเลข	ชิดซ้าย	16



3.3 ในการพิมพ์เนื้อหาแต่ละย่อหน้าให้พิมพ์ต่อเนื่องกันไปจนจบย่อหน้า ไม่กด Enter ในระหว่างย่อหน้า ไม่ใช้การเคาะ space เพื่อจัดคำหรือจัดหน้า และในการเว้นวรรคระหว่างประโยคหรือคำเดียว ให้ใช้เว้นวรรคใหญ่ หรือเท่ากับการกด space 2 เคาะ

4. การเตรียมเนื้อหาของผลงานวิชาการ กำหนดให้เขียนดังนี้

4.1 ชื่อบทความวิชาการหรือชื่อบทความวิจัย ผู้เขียนควรกำหนดชื่อให้กระชับ มีความสอดคล้องหรือสะท้อนถึงประเด็นสำคัญของบทความ และควรหลีกเลี่ยงการระบุชื่อบุคคลหรือสถานที่ในชื่อบทความ (หากจำเป็นต้องระบุให้อธิบายไว้ในขอบเขตหรือระเบียบวิธีท้าววิจัย)

4.2 ในส่วนข้อมูลผู้พิมพ์ กำหนดให้บรรทัดแรกระบุชื่อและนามสกุลภาษาไทยของผู้แต่งหลักและผู้แต่งร่วมในบรรทัดเดียวกัน (ใช้ตัวเลขแบบตัวยกเพื่อการอ้างอิงต้นสังกัด) จากนั้นบรรทัดถัดไปให้ระบุชื่อและนามสกุลภาษาอังกฤษของผู้แต่งหลักและผู้แต่งร่วมในบรรทัดเดียวกัน (ใช้ตัวเลขแบบตัวยกเพื่อการอ้างอิงต้นสังกัด) บรรทัดถัดไปให้ระบุหน่วยงานต้นสังกัดของผู้พิมพ์ (ทางวารสารฯ ของสงวนสิทธิ์ในการแสดงแค่ชื่อคณะฯ และสถาบันเท่านั้น) ในบรรทัดสุดท้ายให้เขียน “Corresponding author: (ชื่อภาษาอังกฤษ); Email: (อีเมลที่ใช้ติดต่อ)”

4.3 บทคัดย่อภาษาไทยให้เขียนบทคัดย่อแบบย่อหน้าเดียว (ไม่กด Enter ระหว่างย่อหน้า) มีความยาวไม่เกิน 300 คำ การเขียนบทคัดย่อไม่ควรมีการอ้างอิงในบทคัดย่อ (สำหรับบทความวิชาการก็ให้เตรียมบทคัดย่อภาษาไทยเช่นเดียวกัน) สำหรับบทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) ให้เขียนในลักษณะเดียวกันกับบทคัดย่อภาษาไทยจากนั้นตามด้วยคำสำคัญ 3-5 คำ ตัวอย่างเช่น

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง; การส่งเสริมสุขภาพ; ความดันโลหิตสูง; ผู้สูงอายุ

Keywords: self-management, health promotion, hypertension; elderly

4.4 บทนำและวัตถุประสงค์ เป็นการเขียนความเป็นมาหรือความสำคัญควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักของบทความหรือการวิจัยเขียนให้กระชับ ตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญหรือปัญหาที่ต้องทำการศึกษามากทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ของการท้าววิจัย หรือของการเขียนบทความวิจัย โดยอาจจะเพิ่มเป็นหัวข้อใหม่หรือไม่ก็ได้

4.5 วิธีดำเนินการวิจัย เป็นการเขียนอธิบายกระบวนการท้าววิจัยตามหลักระเบียบวิธี ส่วนการเขียนบทความวิชาการ หากเป็นไปได้ให้อธิบายกระบวนการได้มาซึ่งเนื้อหาหรือการสังเคราะห์ความรู้ที่ปรากฏในบทความ

4.6 ผลการวิจัยเป็นการเขียนผลการวิเคราะห์ข้อมูลหรือข้อค้นพบจากการวิจัย การเขียนผลการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ให้เขียนสิ่งที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยแยกเป็นประเด็น ๆ ให้ชัดเจน พร้อมยกตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ส่วนการเขียนผลการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) หากมีการนำเสนอข้อมูลด้วยตารางควรออกแบบตารางให้เหมาะสมและสอดคล้องสถิติที่ใช้ในแต่ละประเภท อธิบายข้อมูลในตารางก่อน โดยนำเสนอข้อมูลที่จำเป็น การอธิบายข้อมูลควรหลีกเลี่ยงการกล่าวซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง จากนั้นทำการแทรกตาราง โดยรูปแบบตารางจะไม่มีเส้นแนวตั้ง (ดังตัวอย่าง) ชื่อของตารางควรเป็นข้อมูลสั้น ๆ ไม่เกินหนึ่งบรรทัด วางไว้ด้านบนของตาราง



ตัวอย่างการเขียนตาราง

ตารางที่ 1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	34	.55
หญิง	28	.45
การสูบบุหรี่		
เคย	23	.37
ไม่เคย	39	.63

สำหรับการเขียนค่าสถิติต่าง ๆ ให้พิมพ์ติดกัน ใช้ศนิยมสองตำแหน่ง กรณีที่มีค่าไม่ถึง 1.00 หรือระหว่าง 0.01-0.99 ไม่ต้องเขียนเลข 0 หน้าศนิยม ตัวอย่างการเขียนค่าสถิติต่าง เช่น Mean=15.60 SD=1.28 r=.75 p<.01 เป็นต้น

4.7 สรุปและอภิปรายผล เป็นการสรุปและแปลความหมายของผลการวิจัย ไม่กล่าวซ้ำกับผลการวิจัย การอภิปรายจะเป็นการอธิบายเหตุผลว่าข้อค้นพบหรือสิ่งที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายด้วยหลักการหรือทฤษฎีใดบ้าง ผลการวิจัย สอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลการวิจัยของคนอื่นที่เคยทำไว้หรือไม่อย่างไร ทั้งนี้ในการอภิปรายควรสนับสนุนด้วยข้อมูลที่เป็นเหตุเป็นผลอธิบายโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และมีการอ้างอิง (in-text citation) อย่างเหมาะสม

4.8 ข้อเสนอแนะ ในการเขียนข้อเสนอแนะ ควรเขียนข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้หรือสำหรับการทำวิจัยต่อยอดในอนาคต ทั้งนี้ข้อเสนอแนะควรสืบเนื่องจากข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ ไม่ใช่ข้อเสนอแนะตามหลักการโดยทั่วไป

4.9 การใช้ภาษาไทยให้ยึดหลักการใช้คำตามราชบัณฑิตยสถานพยายามหลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทยยกเว้นกรณีจำเป็น หลีกเลี่ยงการใช้คำย่อนอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทยหรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน

4.10 ในการนำผลงานของผู้อื่นมาใช้ในบทความ ขอให้ผู้เขียนใช้ข้อมูลจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือและทันสมัยไม่เกิน 10 ปี มีการระบุชื่อผู้เขียนและปีพิมพ์ปรากฏอย่างชัดเจน ควรอ้างอิงจากแหล่งหรือเอกสารที่เป็นต้นตอของข้อมูล และบทความใดที่มีการตรวจสอบพบว่าเข้าข่าย Plagiarism จะถูกตัดสิทธิ์ในการพิจารณาผลงานตีพิมพ์

4.11 หากบทความมีภาพประกอบ ให้ใช้ภาพสี โดยระบุชื่อภาพไว้ด้านบนของภาพ หากเป็นภาพที่เป็นผลงานของบุคคลอื่น ให้ระบุที่มาของภาพไว้ที่ใต้ภาพ พร้อมทั้งมีการอ้างอิงด้วยตัวเลขหลังข้อความระบุที่มี และให้ทำการเขียนอ้างอิงท้ายเล่มด้วย เช่น

ที่มา: <http://www.wallpapers.eu.com/view/sunrise-reflection-ocean-city-maryland-other.html>²

4.12 การเขียนอ้างอิง วารสารฯ กำหนดให้ใช้การอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) จำนวน 15-20 รายการ การอ้างอิงในเนื้อหา (in-text citation) ให้นำตัวเลขอารบิกแสดงลำดับของเอกสารอ้างอิงมารวบรวมเขียนไว้ที่ท้ายเนื้อหาส่วนที่มีการอ้างอิงและใช้ตัว ก และเรียงลำดับหมายเลข 1,2,3 ... ตามที่ปรากฏในเนื้อหา ไม่เว้นช่วงตัวอักษร (เช่น เนื้อหา^{1,7}) หากมีการอ้างอิงเอกสารมากกว่าหนึ่งแหล่งและมีลำดับต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมาย

ยัติภังค์ (-) เชื่อมระหว่างเอกสารชิ้นแรกถึงชิ้นสุดท้าย แต่หากลำดับเอกสารไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาค คั่นตัวเลข (เช่น เนื้อหา^{1-3,6,9}) และตัวเลขที่แสดงเอกสารอ้างอิง จะต้องตรงกับรายการเอกสารอ้างอิงในท้ายบทความ

การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ท้ายบทความ ให้อ้างอิงตามหมายเลขที่มีการอ้างอิงแทรกเนื้อหา (in-text citation) และเรียงลำดับต่อเนื่องกันโดยไม่แยกประเภทของเอกสารอ้างอิง เพื่อให้เป็นไปตามข้อกำหนดของฐานข้อมูลอาเซียน (ASEAN Citation Index:ACI) รายการอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยให้ทำการแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการและให้ระบุคำว่า (in Thai) ไว้ท้ายรายการ และให้พิมพ์ต่อเนื่องกันไปจนจบแต่ละรายการ โดยไม่กด Enter ระหว่างกลาง (กด Enter เมื่อสิ้นสุดรายการเท่านั้น) และไม่เคาะ space เพื่อทำการจัดคำหรือจัดหน้า

สำหรับตัวอย่างของการเขียนเอกสารอ้างอิงที่ใช้อยู่ ได้แก่

การอ้างอิงบทความจากวารสาร ให้เขียนชื่อสกุลของผู้แต่งขึ้นก่อน เว้นวรรคตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้น และชื่อกลางโดยไม่มีเครื่องหมายใด ๆ คั่น (กรณีผู้เขียนเป็นคนไทยให้เขียนนามสกุลเป็นภาษาอังกฤษ เว้นวรรคตามด้วยอักษรแรกของชื่อผู้เขียน เช่น ปราณอม ใจเก่งกล้า ให้เขียนเป็น Jaikengkla P. เป็นต้น) ถ้าผู้เขียนมีหลายคนแต่ไม่เกิน 6 คนให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายให้ใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.) หากผู้เขียนมีมากกว่า 6 คนให้ใส่ชื่อผู้เขียน 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค และตามด้วยคำว่า “et al.” สำหรับชื่อบทความขอให้ใช้ตัวพิมพ์เล็ก ตลอดทั้งชื่อบทความ (ยกเว้นอักษรแรกของประโยค หรือคำเฉพาะ) ส่วนชื่อวารสารขอให้ใช้ชื่อเต็มของวารสารนั้น ๆ ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากวารสาร เช่น

1. Siritharungsri B, Soranastaporn S, Surachet M. Demand and the impact of the elderly living alone. *Journal of Gerontology and Geriatric Medicine* 2011;12(3):11–22.(in Thai).
2. Kaewprom C, Curtis J, Deane FP. Factors involved in recovery from schizophrenia; a qualitative study of Thai mental health nurses. *Nursing and Health Science* 2011;13:323–7.

สำหรับบทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิทัล (Digital Object Identifier: DOI) ให้ระบุรหัสประจำบทความ เช่น

3. Mookadam F. Social support and its relationship to morbidity and mortality after acute myocardial infarction. *Arch Intern Med* 2004;164(14):1514–8. doi:10.1001/archinte.164.14.1514.

สำหรับบทความวารสารที่เผยแพร่บนอินเทอร์เน็ตหรือฐานข้อมูล ให้ผู้ค้นพบอ้างอิงข้อมูลจากแหล่งข้อมูลเดิมก่อนที่จะนำมาเผยแพร่เว็บไซต์ (โดยทั่วไปผู้เผยแพร่จะแจ้งแหล่งข้อมูลเดิมไว้ที่หน้าเว็บ) หรือหากเป็นไปได้ขอให้หลีกเลี่ยงการอ้างอิงจากหน้าเว็บเพจ

การอ้างอิงจากหนังสือ การเขียนชื่อผู้เขียนหนังสือให้ใช้ข้อกำหนดเดียวกับชื่อผู้เขียนวารสาร ชื่อหนังสือให้ใช้ตัวอักษรตัวใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของชื่อหนังสือและชื่อเฉพาะ นอกนั้นเป็นอักษรตัวเล็กหมด ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากหนังสือ เช่น

4. Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. Garland Publishing; 2001.
5. Department of Mental Health. Annual report 2006. Bangkok: Idea Square. 2006.(in Thai).



การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ให้ระบุประเภทหรือระดับปริญญาในวงเล็บเหลี่ยม เมืองที่ตั้งของมหาวิทยาลัย ชื่อมหาวิทยาลัย และปีที่ได้ส่งเล่มวิทยานิพนธ์ ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ เช่น

6. Mawat W. Clinical situational analysis of nursing management for patients with chronic kidney disease, Wang Nuea Hospital, Lampang Province [Master thesis]. Chiangmai: Chiangmai University. 2012. (in Thai).

การอ้างอิงจากฐานข้อมูลบนอินเทอร์เน็ต ให้ระบุคำว่า [internet] ที่ท้ายชื่อเอกสาร ระบุวันที่เปิดเอกสาร โดยใช้คำว่า [Cited DD Month YYYY] ในวงเล็บเหลี่ยม และที่อยู่ของข้อมูลในอินเทอร์เน็ตโดยใช้คำว่า “Available from” อย่างไรก็ตามขอให้ผู้พิมพ์พิจารณาอ้างอิงจากแหล่งข้อมูลเดิมที่มีคนนำมาเผยแพร่ทางเว็บไซต์เพื่อให้เกิดเครดิตแก่เจ้าของข้อมูล ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากฐานข้อมูลบนอินเทอร์เน็ต เช่น

7. Olsen NC. Self-reflection: Foundation for meaningful nursing practice [internet]. 2015 [cited 14 August 2020]. Available from: http://www.reflectionsonnursingleadership.org/Pages/Vol39_2_Olsen_Nightingale.aspx

ส่วนเอกสารอ้างอิงในรูปแบบอื่นๆ ขอให้ผู้เขียนศึกษาเพิ่มเติมได้จากหลักการเขียนอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ของคลีฟร ช่วยช่วงศ์ จากหอสมุดวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่

<http://lib.med.psu.ac.th/libmed2557/index.php/2013-09-04-07-04-05/2013-09-19-09-00-33/vancouver-style>

5. การส่งต้นฉบับบทความ ให้ผู้เขียนส่งบทต้นฉบับบทความผ่านระบบ Thai Journal Online (ThaiJO) ทั้งนี้ผู้เขียนจะต้องทำการลงทะเบียนเพื่อเป็นสมาชิก ThaiJOได้ที่ <https://www.tci-thaijo.org/> จากนั้นให้ผู้เขียนเข้าหน้าเว็บไซต์วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข โดยผ่านการสืบค้นผ่านหน้าเว็บไซต์ ThaiJO หรือเข้าไปที่ <http://www.tci-thaijo.org/index.php/tnaph> และให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการส่งต้นฉบับ ซึ่งทาง ThaiJO ได้เตรียมไว้ที่เมนู “For Author” ที่ขวามือของหน้าจอ หากมีปัญหาในการส่งต้นฉบับบทความผ่านระบบออนไลน์ให้ติดต่อกลับที่วารสารฯ

6. การจัดการบทความวิชาการเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร เป็นไปตามขั้นตอนดังนี้

- 6.1 ผู้เขียนทำการส่งบทความวิชาการผ่านระบบออนไลน์ ThaiJO เมื่อสำเร็จทางกองบรรณาธิการวารสารจะได้รับจดหมายแจ้งเตือนจากระบบ ThaiJO ว่ามีบทความส่งเข้ามาที่วารสาร

- 6.2 บรรณาธิการวารสารฯ จะทำการตรวจสอบคุณภาพและรูปแบบของบทความเบื้องต้น หากพบไม่เป็นไปตามข้อกำหนดของวารสารฯ ก็จะส่งกลับให้ผู้พิมพ์ทำการแก้ไข จากนั้นให้ผู้พิมพ์ส่งบทความที่แก้ไขแล้วกลับเข้ามาใหม่ผ่านเมลของระบบ ThajJO (โดยใช้ระเบียบ submission เดิม)

- 6.3 สำหรับบทความที่มีคุณภาพและรูปแบบตามที่วารสารฯ กำหนด ทางวารสารฯ จะส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 ท่านทำการพิจารณาและประเมินคุณภาพด้วยกระบวนการ double blinded review

- 6.4 เมื่อบทความได้รับการพิจารณาและประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ทางวารสารฯ จะส่งบทความกลับให้ผู้พิมพ์ทำการแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ให้ผู้พิมพ์ทำการแก้ไขและส่งบทความกลับผ่านระบบออนไลน์ภายในเวลาที่กำหนด (ในขั้นตอนนี้จะใช้ระยะเวลาและจำนวนครั้งมากหรือน้อยขึ้นกับมติเห็นชอบในคุณภาพของบทความจากกองบรรณาธิการวารสาร)

- 6.5 เมื่อบทความได้รับการแก้ไขจนมีคุณภาพสมบูรณ์แล้ว กองบรรณาธิการจะนำบทความไปจัดเรียงพิมพ์และตรวจสอบความถูกต้องทั้งรูปแบบและการพิมพ์อักษร ในขณะเดียวกันจะส่งบทความให้ผู้พิมพ์ทำการตรวจสอบ



และยืนยันเนื้อหาบทความอีกครั้ง หากมีการแก้ไขกองบรรณาธิการจะนำกลับมาแก้ไข และเมื่อเสร็จเรียบร้อยแล้ว บทความจะถูกนำไปจัดทำเป็นวารสารในที่สุด

7. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขนี้มีกำหนดออกปีละ 3 ฉบับ ดังนี้ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม และ ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม และตั้งแต่ฉบับที่ 1 ปีที่ 29 (มกราคม – เมษายน 2562) เป็นต้นไป ทางวารสารฯ จะเผยแพร่ในระบบออนไลน์ผ่านระบบ Thai Journal Online เท่านั้น ผู้สนใจ เล่มวารสารฯ สามารถดาวน์โหลดไฟล์ต้นฉบับของวารสารได้ที่หน้าเว็บไซต์วารสาร



การติดต่อ

ผู้พิมพ์หรือผู้สนใจสามารถติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

1. บรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ดร.ศุกรใจ เจริญสุข

โทรศัพท์/โทรสาร: 02-590-1974, 086-155-6862

E-mail : sukjai@ckr.ac.th

2. รองบรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ดร.เชษฐา แก้วพรม

โทรศัพท์/โทรสาร : 02-590-1834, 086-382-4635

E-mail : wlg2552@gmail.com

3. ผู้จัดการ/ผู้ประสานงาน วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

นางสาวใบศรี นวลอินทร์

โทรศัพท์/โทรสาร: 02-590-1834

E-mail : n.tnaph@gmail.com