



วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
สาขาภาคเหนือ

ปีที่ 26 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม-มิถุนายน 2563

วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

วัตถุประสงค์

1. เผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและความก้าวหน้าของวิชาชีพการพยาบาล
2. เป็นสื่อกลางให้ทราบถึงข้อมูล สถานภาพและเกียรติศักดิ์ ศักดิ์ศรีแห่งวิชาชีพ
3. เป็นศูนย์กลางรวบรวมและเผยแพร่ความคิดของมวลสมาชิกเสริมสร้างความแข็งแกร่งแห่งวิชาชีพ
4. ก่อให้เกิดพลังสามัคคีสัมพันธ์ภาพอันดีระหว่างมวลสมาชิก เกิดความตระหนักถึงความสำคัญขององค์กรวิชาชีพพยาบาล

วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ เป็นวารสารราย 6 เดือน กำหนดออกปีละ 2 ฉบับ ดังนี้ ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม – มิถุนายน
ฉบับที่ 2 เดือน กรกฎาคม – ธันวาคม

การสมัครสมาชิก

ให้กรอกใบสมัครการเป็นสมาชิกวารสารตามแบบฟอร์มที่อยู่ท้ายเล่มของวารสาร ส่งมายังหน่วยวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ อาคาร 1 ชั้น 6 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หรือทาง e-mail : nat-nd@hotmail.com โดยมีอัตราค่าสมาชิก ดังนี้

- 1 ปี ค่าสมาชิก 200 บาท (2 เล่ม)
 - 2 ปี ค่าสมาชิก 400 บาท (4 เล่ม)
 - 3 ปี ค่าสมาชิก 500 บาท (6 เล่ม)
- (ท่านที่ประสงค์จะสั่งซื้อรายฉบับ ราคาฉบับละ 100 บาท)

เจ้าของ: สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ
สำนักงาน: อาคาร 1 ชั้น 6 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
110/406 ถนนอินทวิโรจ ต่าบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200
โทร. 0-5389-4213, 0-5393-5030 โทรสาร 0-5389-4213

ที่ปรึกษา: อ.ดร.ปิ่นนเรศ กาศอุดม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ นายกสมมาฯ
บรรณาธิการ: ผศ.ดร.รุ่งฤดี วงศ์ชุม คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ
ผู้ช่วยบรรณาธิการ: ผศ.ดร.ปรารถนา ลังการพิณัฐ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ
อ.พูนพิลาศ โรจนสุพจน์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ
กองบรรณาธิการ: ศ.ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผศ.ดร.อุษณีย์ จินตะเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.สุจิตา ล่ามช้าง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.ดร.เดชา ทำดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผศ.ดร.ศรินทร์ทิพย์ ขวพันธ์ุ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ
อ.ดร.กฤตพัทธ์ ฝักฝน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
อ.ดร.ปลื้มจิต โชติกะ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

พิมพ์ที่: บริษัท สยามพิมพ์นานาชาติ จำกัด
108 ซ. 7 ต.ศรีภูมิ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ โทร. 053-216962
www.siampimnana.com

สารบัญ

การเรียนการสอนทางการพยาบาลโดยใช้หุ่นจำลองผู้ป่วยเสมือนจริงสมรรถนะสูง Teaching and Learning in Nursing by High-Fidelity Patient Simulation	1
วโรดม เสมอเชื้อ Warodom Samerchua	
กวินวรา นาวิณประเสริฐ Kawinwara Nawinprasert	
นัยนา เมธา Naiyana Metha	
ณยญา สรวิสูตร Nayada Soravisut	
การวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบวัดพฤติกรรมการข่มเหงรังแก ในสถานศึกษาสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น The Factors Analysis of Bullying Scale for Students in Secondary School	13
รุ่งนภา สุตินันท์โอภาส Rungnapa Sootinan-ophat	
ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ Sriprapai Inchaihep	
วาสนา มั่งคั่ง Wasana Mangkhang	
การทบทวนความรู้ทางการพยาบาล ณ จุดเริ่มต้นสู่ปัจจุบันเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน Reviewing Basic of Nursing Knowledge towards to present for Sustainable Development	27
สิริรัตน์ จันทระมะโน Siriratana Juntaranano	
พูนพิลาศ โรจนสุพจน์ Poonpilat Rojanasupot	
พิมพ์คนภรณ์ ตรีกุลต่อวงศ์ Pimkanabhon Trakooltorwong	
ผลของโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาต่อการตระหนักรู้ในตนเอง และความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล Effects of Contemplative Education Program on Self Awareness and Happiness in Learning of Nursing Students	41
ปิยพงศ์ สอนลบ Piyapong Sornlob	
เบญญาภา พรหมพุก Benyapa Prompuk	
นันทวรรณ ธีรพงศ์ Nanthawan Thiraphong	
ผลของการใช้เกมสุติศาสตร์พาเพลินออนไลน์ต่อความรู้และความพึงพอใจของผู้เรียน Effects of Enjoyable Obstetrics Online Game on Knowledge and Satisfaction of Learners	54
กัญญาพัชญ์ จาอ้าย Kanyapat Chaeye	
อรอนงค์ ธรรมจินดา On-Anong Thammajinda	

การปลูกฝังจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพในนักศึกษาพยาบาล: แนวทางสำหรับพยาบาลพี่เลี้ยง 66
The Cultivation of Ethics and Professional Ethics among Nursing
Students: An Approach for Nurse Preceptors

เกศินี วุฒิวงศ์ Kasinee Wudhiwong

บทบาทพยาบาลวิสัญญีต่อการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดตามความเชื่อทางวัฒนธรรม 76
The Role of Anesthetist Nurses on Pain Management in Postoperative
Patients Relating to Cultural Beliefs

จินตนา เต๋นสันติกุล Jintana Densuntikul

จารวี คณิตาภักษ์ Jarawee Kanitapiluk

ทศฯ ชัยวรรณวรรต Tasa Chaiwannawat

การพัฒนากรอบสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วย 90
โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่
Development of a Competency Framework for
Head Nurses, McCormick Hospital, Chiang Mai Province

กิตติศักดิ์ จันทร์สะอาด Kittisak Jansa-ard

บุญพิชชา จิตต์ภักดิ์ Bunpitcha Chitpakdee

ทรียาพรรณ สุภามณี Treeyaphan Supamanee

ความพร้อมของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในการเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพ: 100
กรณีศึกษาโครงการค่ายอาสาระหว่างสถาบันอุดมศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี
The Readiness for Interprofessional Education among Undergraduate Students:
A Case Study of a Volunteer Camp Project for Higher Education
Institutions in Surat Thani Province

ดวงหทัย ศรีสุจริต Duanghathai Srisujarit

ชุลีพร หีตอักษร Chuleeporn Heetakson

วีรวรรณ เกิดทอง Weerawan Keadthong

รัชฎาภรณ์ จันทร์แจ่ม Ratchadaporn Janjeang

การพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ 112
การเปลี่ยนผ่านจากภาวะติดบ้านไปสู่ติดสังคม ในจังหวัดสงขลา
The Development of Health Promotion Model for Transitioning
from Home-bound to Social-bound Elders in Songkhla Province

ณรงค์ ด้วงปาน Narong Douangparn

รัตน์ชนก ไตรวรรณ Ratchanok Traiwan

กิตติพร เนาวีสุวรรณ Kittiporn Nawsuwan

บรรณาธิการกล่าว

วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือขอขอบพระคุณทุกท่านที่ส่งบทความวิจัย และบทความวิชาการเพื่อตีพิมพ์ลงในวารสารของทางสมาคมฯ โดยในฉบับที่ 1 ปี 2563 นี้มีบทความที่น่าสนใจตีพิมพ์ทั้งสิ้นจำนวน 10 เรื่อง ประกอบไปด้วยบทความวิจัยจำนวน 6 เรื่อง ได้แก่ การวิเคราะห์ห้องค์ประกอบแบบวัดพฤติกรรมการชมแห่งรังแกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในสถานศึกษา ผลของการใช้เกมสตูดิโอศึกษาพาเพลินออนไลน์ต่อความรู้และความพึงพอใจของผู้เรียน ผลของโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาต่อการตระหนักรู้ในตนเองและความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล การพัฒนากรอบสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ ความพร้อมของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพ: กรณีศึกษาโครงการค่ายอาสาระหว่างสถาบันอุดมศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี และการพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านสู่ภาวะติดสังคมในจังหวัดสงขลา และบทความวิชาการจำนวน 4 เรื่อง ได้แก่ การเรียนการสอนทางการพยาบาลโดยใช้หุ่นจำลองผู้ป่วยเสมือนจริงสมรรถนะสูง บทบาทพยาบาลวิสัญญีต่อการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดตามความเชื่อทางวัฒนธรรม การทบทวนความรู้ทางการพยาบาล ณ จุดเริ่มต้นเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน และการปลูกฝังจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพสำหรับนักศึกษาพยาบาล: แนวทางสำหรับพยาบาลพี่เลี้ยง

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการทุกท่านที่ช่วยอ่าน เสนอแนะแก้ไข และปรับปรุงต้นฉบับให้บทความมีความสมบูรณ์มากที่สุด คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผู้อ่านจะได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่ในเนื้อหาสาระของวารสารนี้ ท้ายที่สุดนี้ขอเชิญชวนพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการ นักวิจัย และสมาชิกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ ทุกท่านส่งบทความเพื่อขอรับการตีพิมพ์ในวารสาร เพื่อเป็นการพัฒนาความรู้พัฒนาวิชาชีพ และพัฒนาสมาคมฯ ของเราให้ก้าวหน้ายิ่ง ๆ ขึ้นต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งฤดี วงศ์ชุม
บรรณาธิการ



การเรียนการสอนทางการพยาบาลโดยใช้หุ่นจำลองผู้ป่วยเสมือนจริงสมรรถนะสูง Teaching and Learning in Nursing by High-Fidelity Patient Simulation

วโรดม เสมอเชื้อ พย.ม.* Warodom Samerchua M.N.S.*
กวินวรา นาวิณประเสริฐ พย.ม.** Kawinwara Nawinprasert M.N.S.**
นัยนา เมธา Ph.D.* Naiyana Metha Ph.D.*
ณยฎา สรวิสูตร วท.ม.* Nayada Soravisut M.S.*

Corresponding Authors: Email: warotu@gmail.com

Received: 17 June 2019, Revised: 17 July 2019, Accepted: 23 Feb 2020

บทคัดย่อ

การเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลด้วยหุ่นจำลองผู้ป่วยเสมือนจริงสมรรถนะสูง (HFPS) เป็นรูปแบบที่ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ โดยช่วยให้ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงระหว่างความรู้ภาคทฤษฎีกับการปฏิบัติที่เสมือนอยู่ในสถานการณ์จริง และช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และคิดวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่กำหนดตามมาตรฐานบทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้สอนในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนเพื่อช่วยให้ผู้เรียนมีความมั่นใจและมีทักษะในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริงในอนาคตมากขึ้น โดยขั้นตอนการเรียนการสอนประกอบด้วย การออกแบบสถานการณ์ การกำหนดผลลัพธ์และวัตถุประสงค์การเรียนรู้ การเป็นผู้อำนวยความสะดวก การสรุปการเรียนรู้และการประเมินผล กระบวนการของการจัดการเรียนการสอนแบ่งออกเป็น 1) ขึ้นเตรียมการ 2) ขึ้นดำเนินการ และ 3) ขึ้นประเมินผล การเรียนรู้ด้วยวิธีนี้มีประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับนักศึกษาพยาบาล เนื่องจากทำให้นักศึกษาเกิดการพัฒนาทักษะในการตัดสินใจทางคลินิก การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การแก้ปัญหา การมีทักษะพิสัย และการให้เหตุผลทางคลินิก

คำสำคัญ: หุ่นจำลองผู้ป่วยเสมือนจริงสมรรถนะสูง การเรียนการสอนทางการพยาบาล สถานการณ์จำลอง

* อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ Email: naiyana_mint@yahoo.com, nayada54@gmail.com

* Nursing instructor, McCormick Faculty of Nursing, Payap University

** อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยการพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม Email: kriangwara@hotmail.com

** Nursing instructor, College of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University

Abstract

Teaching and learning for nursing students using high-fidelity patient simulation (HFPS) is an experiencing-learning pedagogy of educators assisting nursing students in learning by experiencing. This article aims to guide the educators in developing the future teaching-learning method in nursing education that increases students' skills and confident in the real nursing care situation. High-fidelity patient simulation leads learners to the states of analytical education which includes: simulation design, learning outcomes and objectives, being a facilitator, debriefing, and participant evaluation. The process of teaching and learning is divided into three phases; 1) preparation phase 2) simulation phase and 3) evaluation phase. High-fidelity patient simulation has been found to have many advantages for nursing students. This method develops students' skill of clinical judgment, critical thinking, problem solving, psychomotor skills, and clinical reasoning.

Keywords: High-Fidelity Patient Simulation, Teaching and Learning in nursing, Simulation

บทนำ

การเรียนการสอนในศตวรรษที่ 21 มีเป้าหมายมุ่งเน้นถึงผลลัพธ์ของผู้เรียนให้มีการคิดอย่างมีวิจารณญาณ สามารถแก้ปัญหาได้ มีการคิดอย่างสร้างสรรค์ พัฒนาการนวัตกรรม มีความเข้าใจในความต่างของวัฒนธรรม เกิดความร่วมมือในการทำงานเป็นทีม มีภาวะผู้นำ มีทักษะด้านสารสนเทศและเทคโนโลยี ทักษะเชิงวิชาชีพและการเรียนรู้¹ ตามกรอบแนวคิดของทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 นั้นจะต้องประกอบด้วยทักษะการเรียนรู้ตามวิชา โครงสร้างพื้นฐาน ที่นำไปสู่ทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม ทักษะด้านสารสนเทศ สื่อและเทคโนโลยี ทักษะชีวิตและการทำงาน¹⁻² เพื่อให้ผู้เรียนเกิดทักษะการเรียนรู้ตามแนวคิด ผู้สอนจึงจำเป็นต้องจัดรูปแบบวิธีการสอนให้เหมาะสมกับบริบทของผู้เรียนซึ่งนับได้ว่าเป็นเรื่องที่ทำนายความสามารถของผู้สอนและนักการศึกษาทุกระดับเป็นอย่างมาก

ศาสตร์การศึกษาทางการพยาบาลมีการจัดการเรียนการสอนครอบคลุมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เป็นการเรียนเชิงวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติโดยตรงต่อชีวิต สุขภาพและอนามัยด้วยความเอาใจใส่อย่างเอื้ออาทร จำเป็นต้องใช้ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล ศาสตร์ที่เกี่ยวข้องและหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยคำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ การเปลี่ยนแปลงของสังคม ความก้าวหน้าของศาสตร์ทางการพยาบาลและเทคโนโลยีทางการแพทย์ รวมถึงเทคโนโลยีสารสนเทศ ที่สนองตอบความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการสุขภาพ ดังนั้นรูปแบบการจัดการเรียนการสอนจึงจำเป็นต้องเน้นการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทั้งในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงและสถานการณ์จริง เพื่อให้มีความปลอดภัยต่อชีวิตของผู้รับบริการสุขภาพ³ เป็นพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถและมีเจตคติของพยาบาลวิชาชีพที่จะสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ตามขอบเขตของ

วิชาชีพและคำนึงถึงมาตรฐานการให้การพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย รูปแบบของการสอน ประกอบด้วย การบรรยาย การมอบหมายงานให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกันหรือกับผู้สอน การอภิปราย การสาธิต การให้สาธิตย้อนกลับ การวิเคราะห์กรณีศึกษา การฝึกปฏิบัติจริงภายใต้การควบคุมของผู้สอน และการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง

การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Simulation based learning: SBL) เป็นการเรียนการสอนเพื่อให้ผู้เรียนได้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์การฝึกปฏิบัติการพยาบาลก่อนให้การพยาบาลผู้ป่วยในสถานการณ์จริงที่ไม่สามารถฝึกปฏิบัติได้ สถานการณ์ที่พบได้ไม่บ่อย หรือสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง ไม่ปลอดภัย⁴ การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง⁵⁻⁷ ได้แก่ การใช้สถานการณ์หรือใช้ปัญหาเป็นหลัก (Paper based scenario) การแสดงบทบาทสมมติ (Role play) การฝึกทีละวิธีการ (Single task trainer) การจัดสิ่งแวดล้อมให้เสมือนจริง (Simulation clinical environment) การใช้ระบบเสมือนจริง (Virtual reality) การใช้ผู้ป่วยจำลอง (Simulation patients) และการใช้หุ่นจำลองผู้ป่วยเสมือนจริง (Fidelity patient simulation) เป็นต้น ผู้เรียนสามารถปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์เสมือนจริงซ้ำได้หลายครั้งจนเกิดความชำนาญ ความมั่นใจ เกิดการคิดวิเคราะห์แก้ปัญหาอย่างมีวิจารณญาณ เกิดความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก ภายใต้สถานการณ์ที่มีความเสมือนจริง ปลอดภัย ไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วยโดยตรง

การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงด้วยหุ่นจำลองผู้ป่วยเสมือนจริง ถือได้ว่าเป็นหนึ่งในเทคโนโลยีทางการศึกษาที่เข้ามามีบทบาทเป็นอย่างมากในศาสตร์การศึกษากักยุค 4.0 ผู้เขียนจึงขอเสนอเนื้อหาของบทความเกี่ยวกับลักษณะของการเรียนการสอนในศาสตร์การพยาบาลด้วยหุ่นจำลองผู้ป่วยเสมือนจริงสมรรถนะต่ำ ปานกลาง และสูง

ความสำคัญของการเรียนการสอนด้วยหุ่นจำลองผู้ป่วยเสมือนจริงสมรรถนะสูง การพัฒนาการเรียนการสอน การประยุกต์ใช้และข้อเสนอแนะในการเรียนการสอนกับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ด้วยหุ่นจำลองผู้ป่วยเสมือนจริงสมรรถนะสูงตามมาตรฐานของ The International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning (INACSL)

การเรียนการสอนด้วยหุ่นจำลองผู้ป่วยเสมือนจริง

ผู้สอนสามารถจัดการสอนจากสถานการณ์จำลอง โดยออกแบบสถานการณ์ และจำลองสิ่งแวดล้อมในห้องปฏิบัติการให้มีความเสมือนจริงบางส่วนหรือเกือบทั้งหมดคล้ายโรงพยาบาลหรือบ้าน โดยอาศัยหุ่นจำลองผู้ป่วยเสมือนจริงที่มีลักษณะแตกต่างกัน ประกอบด้วย

1. หุ่นจำลองผู้ป่วยเสมือนจริงสมรรถนะต่ำ^{8,9} (Low - fidelity patient simulation [LFPS]) เป็นการนำหุ่นจำลองผู้ป่วยเสมือนจริงที่ไม่มีปฏิกริยาตอบสนอง ได้แก่ อวัยวะเทียม หุ่นจำลองที่มีแผลเทียมในการทำแผล แขนขาจำลองในการเจาะเลือดให้สารน้ำ และฉีดยา เพื่อจัดการเรียนการสอน การฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้ป่วยจากกรณีศึกษา การแสดงบทบาทสมมติ เป็นต้น ลักษณะการสอนนี้เหมาะสำหรับการฝึกปฏิบัติที่ไม่มีความซับซ้อน ฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดความชำนาญ มั่นใจ

2. หุ่นจำลองผู้ป่วยเสมือนจริงสมรรถนะปานกลาง^{8,9} (Medium - fidelity patient simulation [MFPS]) เป็นการเรียนการสอนโดยใช้หุ่นจำลองที่ควบคุมด้วยโปรแกรมหรือระบบคอมพิวเตอร์ ซึ่งสามารถฟังเสียงการเต้นของหัวใจ และเสียงปอดได้ แต่ไม่สามารถทำให้มีการเคลื่อนไหวของทรวงอก การเรียนการสอนนี้เพื่อการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการประเมินการแก้ปัญหา การตัดสินใจระหว่างสถานการณ์ เพื่อการเรียนรู้และเข้าใจถึงความซับซ้อนที่มากขึ้นตามศักยภาพของผู้เรียน

3. หุ่นจำลองผู้ป่วยเสมือนจริงสมรรถนะสูง⁸⁻¹¹ (High - fidelity patient simulation [HFPS]) เป็น

หุ่นจำลองที่อาศัยเทคโนโลยีด้านระบบคอมพิวเตอร์ควบคุมจำลองปฏิกริยาของร่างกายเสมือนร่างกายมนุษย์จริงเชื่อมต่อกับชุดคำสั่งที่สามารถประเมินการทำงานต่าง ๆ ได้เกือบทุกระบบของร่างกาย ได้แก่ การเต้นของชีพจร เสียงการเต้นของหัวใจ การทำงานของปอด การเคลื่อนไหวของทรวงอก การเคลื่อนไหวของตา การสื่อสารด้วยการสร้างเสียงพูด เสียงร้องไห้ และชุดคำสั่งยังสามารถแสดงผลผ่านทางหน้าจอคอมพิวเตอร์ แสดงผลให้ผู้เรียนได้เห็นการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ ได้แก่ ผลการประเมินสัญญาณชีพคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ระดับออกซิเจนในร่างกาย เป็นต้น เชื่อว่าหุ่นจำลองนี้สามารถช่วยให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการการเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติที่เสมือนจริงเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการทำงานร่วมกับผู้อื่น ผู้สอนยังสามารถบูรณาการกิจกรรมการสอนและประโยชน์ที่ได้ทั้งจากหุ่นจำลองผู้ป่วยเสมือนจริงสมรรถนะต่ำและกลาง นำมาใช้พัฒนาการสอน ดังนั้น หุ่นจำลองผู้ป่วยเสมือนจริงสมรรถนะสูงจึงถือได้ว่าเป็นหนึ่งในสื่อการสอนที่มีความเป็นเลิศ มีศักยภาพสูง และมีความสำคัญ

ความสำคัญของการเรียนการสอนด้วยหุ่นจำลองผู้ป่วยเสมือนจริงสมรรถนะสูง^{4,8-11}

หุ่นจำลองผู้ป่วยเสมือนจริงสมรรถนะสูง (HFPS) เป็นเทคโนโลยีที่มีความทันสมัยถือได้ว่าเป็นนวัตกรรมทางการศึกษา สามารถนำมาใช้ควบคู่กับการจำลองสถานการณ์ตามวัตถุประสงค์ของการเรียนการสอน โดยให้ความสำคัญเพื่อมุ่งเน้นพัฒนาให้ผู้เรียนเพิ่มพูนความรู้ (Knowledge gain) จากการแสวงหาและเกิดการจดจำ (Knowledge acquisition and retention) ผู้เรียนได้เพิ่มพูนทักษะของการปฏิบัติทางคลินิก (Clinical skills) ความสามารถในการเผชิญปัญหาโดยใช้การตัดสินใจทางคลินิก (Clinical judgement) การให้เหตุผลทางคลินิก (Clinical reasoning) และการแก้ปัญหา (Problem solving) ผ่านกระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) ซึ่งเป็นการคิดวิเคราะห์ในการตัดสินใจโดย

การใช้ปฏิภาณไหวพริบ เกิดกระบวนการคิดไตร่ตรองกับสิ่งที่ได้ปฏิบัติ เกิดความกระตือรือร้นส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเอง และมีประสิทธิภาพมากที่สุด นอกจากนี้ยังเป็นการพัฒนาทักษะด้านการติดต่อสื่อสาร (Communication) การมีปฏิสัมพันธ์ในสถานการณ์ที่มีสภาพคล้ายความเป็นจริง จากการมีส่วนร่วมของทั้งผู้สอนและผู้เรียนในสถานการณ์สมมติ โดยแสดงบทบาทต่าง ๆ ที่พบได้ในสถานการณ์จริง ได้แก่ บทบาทการเป็นผู้ป่วย การเป็นญาติผู้ป่วย บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ และแพทย์ ภายใต้สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ไม่มีอันตราย หรือมีความเสี่ยงต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง (Safe learning environment) ทำให้ผู้เรียนเกิดความมั่นใจ จากการได้ให้การดูแลผู้ป่วยจำลองในสถานการณ์เสมือนจริงจนเกิดความมั่นใจ ลดภาวะเครียดและความวิตกกังวลก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติจริงบนหอผู้ป่วย และการจัดการเรียนการสอนวิธีนี้เชื่อว่าจะทำให้ผู้ป่วยจริงมีความปลอดภัย (Patient safety)

สถาบันการศึกษาทางการพยาบาลหลายแห่งทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศได้อาศัยเทคโนโลยีที่มีความทันสมัยนี้มาเป็นสื่อสำหรับการเรียนการสอน เป็นสิ่งที่จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ มีความรู้ความสามารถตามกรอบแนวคิดของการเรียนรู้ในยุคศตวรรษที่ 21 เหมาะสมตามมาตรฐานคุณวุฒิของสมรรถนะของวิชาชีพพยาบาล

การพัฒนาการเรียนการสอนด้วยหุ่นจำลองผู้ป่วยเสมือนจริงสมรรถนะสูง

การเรียนการสอนด้วยหุ่นจำลองผู้ป่วยเสมือนจริงสมรรถนะสูง (HFPS) ตามมาตรฐานของสมาคม The International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning (INACSL) ได้ก่อตั้งขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อพัฒนา แยกแยะองค์ความรู้ และแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองสำหรับการศึกษา การฝึกปฏิบัติ และการวิจัย จุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการฝึกฝนผ่านสถานการณ์จำลองสู่การปฏิบัติที่

เป็นเลิศและผู้ป่วยปลอดภัย¹² การศึกษาในศาสตร์ทางการพยาบาลจึงสามารถพัฒนาการเรียนการสอนด้วยหุ่นจำลองผู้ป่วยเสมือนจริงสมรรถนะสูง ตามขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมผู้สอน การเตรียมความพร้อมผู้เรียน และการจัดเตรียมห้องปฏิบัติการเสมือนจริง รายละเอียดดังนี้

1.1 การเตรียมความพร้อมผู้สอน ได้แก่

1.1.1) การออกแบบสถานการณ์หุ่นจำลองเสมือนจริง^{4,5-7,13} (Simulation design) เป็นการเริ่มต้นวางแผนจัดการเรียนการสอนเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐาน เช่น การประเมินความต้องการหรือแนวทางในการออกแบบก่อนที่จะมีการจัดการเรียนการสอนด้วยรูปแบบหุ่นจำลองผู้ป่วยเสมือนจริง ควรมีการสำรวจความต้องการขององค์กร ผู้สอน และผู้เรียน หรือสิ่งที่ผู้สอนต้องการให้ผู้เรียนได้รับ โดยคำนึงถึงวัฒนธรรมการเรียนรู้ และความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้เรียน ตลอดจนการสำรวจปัญหาความรู้ ทักษะ และทัศนคติของผู้เรียน เพื่อให้จัดการเรียนการสอนได้ตรงเป้าหมายตามที่คาดหวังไว้ การกำหนดวัตถุประสงค์ของสถานการณ์จำลอง ควรออกแบบวัตถุประสงค์ทั้งแบบทั่วไป และแบบเฉพาะเจาะจง การวางโครงสร้างโดยกำหนดตามรูปแบบประสบการณ์ที่ต้องการให้ผู้เรียนได้รับหรือวางโครงสร้างตามทฤษฎีที่นำมาใช้ประกอบการเรียนรู้

1.1.2) การออกแบบโจทย์สถานการณ์^{4,5-7,13} (Simulation scenario) ผู้สอนควรกำหนดการออกแบบ และเขียนสถานการณ์ให้เสมือนจริงมากที่สุดเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ป่วย โดยครอบคลุมประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การเจ็บป่วยในปัจจุบัน การเจ็บป่วยในครอบครัว อาการสำคัญ การรักษาที่ได้รับ รายการอุปกรณ์ที่จำเป็น การจำลองสถานที่ กำหนดข้อมูลชี้แนะ (Cues) โดยการให้ข้อมูลผ่านกิจกรรมที่ปฏิบัติสำหรับคำเนินของสถานการณ์ในแต่ละขั้นตอน พิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นไปได้ของการจัดการเรียนการสอน ได้แก่ วิธีการวัดผล

เครื่องมือในการประเมิน และกรอบของเวลา โดยคำนึงถึงความยากง่าย และความซับซ้อนของโจทย์สถานการณ์ให้เหมาะสมตามระดับความรู้พื้นฐาน เพื่อให้ผู้เรียนได้บรรลุการเรียนรู้ที่เหมาะสมตามวัตถุประสงค์รายวิชา

1.1.3) การกำหนดผลลัพธ์และวัตถุประสงค์ (Outcomes and objectives)^{4,5-7,14-15} พิจารณาการกำหนดวัตถุประสงค์ตามหลัก S.M.A.R.T. คือต้องมีความเฉพาะเจาะจง (Specific [S]) สามารถวัดและประเมินผลได้ (Measurable [M]) ผู้เรียนต้องเข้าใจในวัตถุประสงค์ สามารถปฏิบัติได้ เหมาะสมกับเวลา (Achievable [A]) คำนึงถึงความสามารถในการบรรลุตามวัตถุประสงค์ หรือผลลัพธ์การเรียนรู้ (Realistic [R]) ภายใต้อายุที่เหมาะสม (Time-phased [T]) ตามกรอบมาตรฐานผลการเรียนรู้ของรายวิชา (Objective learning outcome) และกรอบแนวคิดผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านความรู้ ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และความรู้สึกรับผิดชอบในตนเอง สอดคล้องและครอบคลุมกับแผนพัฒนาการศึกษาระดับอุดมศึกษาด้านคุณธรรม จริยธรรม ความรู้ ทักษะทางปัญญา ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ทักษะการวิเคราะห์การวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ขั้นนี้ผู้สอนต้องพิจารณาถึงการกำหนดแบบประเมินผลการเรียนรู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ผลการเรียนรู้ของรายวิชา และเกณฑ์ที่เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ เช่น ผู้สอนสามารถทำการตรวจสอบได้ว่าผู้เรียนได้ทำการประเมินผู้ป่วยอย่างถูกต้องทั้งหมดบางส่วน หรือไม่ได้ปฏิบัติตามเกณฑ์ และรายละเอียดที่กำหนดไว้ เมื่อผู้สอนได้กำหนดโจทย์สถานการณ์วัตถุประสงค์ และผลลัพธ์การเรียนรู้แล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ หรือประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ ได้ตรวจสอบความเหมาะสมของสถานการณ์ ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ภายหลังจากปรับปรุง ผู้สอนป้อนรายละเอียดตามสถานการณ์ที่กำหนดในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่

ควบคุมหุ่นจำลองผู้ป่วยเสมือนจริงสมรรถนะสูง ทำการทดลองใช้ และนำผลลัพธ์ที่ได้มาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปใช้จริงกับผู้เรียน

1.2 การเตรียมความพร้อมผู้เรียน^{4,5-7} ผู้เรียนควรได้รับการปฐมพยาบาลอย่างละเอียด เพื่อให้ทราบถึงรูปแบบของการใช้หุ่นจำลองผู้ป่วยเสมือนจริงในกระบวนการเรียนการสอนล่วงหน้าอย่างน้อยประมาณ 1 สัปดาห์ โดยชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ข้อตกลงเกี่ยวกับการศึกษาด้วยตนเอง การทบทวนความรู้และการพยาบาล อธิบายรายละเอียดโจทย์สถานการณ์จำลอง ขั้นตอนต่างๆ ในสถานการณ์จำลองโดยไม่เปิดเผยรายละเอียดทั้งหมดให้ผู้เรียนทราบ การเรียนรู้การใช้อุปกรณ์ และฝึกบันทึกข้อมูลตามแบบบันทึก SBAR ซึ่งประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป (Situation [S]) เป็นปัญหาสำคัญและจำเป็นหรือภาวะวิกฤตคุกคามต่อรายงานแพทย์ที่ดูแล 2) ภูมิหลัง (Background [B]) ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ ประวัติการเจ็บป่วย ผลการตรวจที่เกี่ยวข้อง 3) การประเมิน (Assessment [A]) อาการต่างๆ ในสถานการณ์ที่สามารถประเมินได้ ณ ขณะนั้น และ 4) ข้อควรเสนอแนะ (Recommendation [R]) เป็นข้อคิดเห็นที่สำคัญในสถานการณ์ของผู้รายงาน ขั้นตอนนี้จะสามารถช่วยให้ผู้เรียนได้เกิดความคุ้นเคยและลดความวิตกกังวลก่อนดำเนินสถานการณ์จริง

1.3 การจัดเตรียมห้องปฏิบัติการเสมือนจริง^{4,5-7,16} ดำเนินการตามหลักของความเสมือนจริงซึ่งช่วยให้ผู้เรียนได้แสดงศักยภาพตนเอง สะท้อนถึงการนำความรู้ และทักษะที่มีมาปฏิบัติจากการเรียนรู้ผ่านความรู้สึก ความเข้าใจ ความสนใจ และอารมณ์ การจัดเตรียมห้องปฏิบัติการประกอบด้วย การเตรียมสถานที่ โดยแบ่งเป็นห้องที่ใช้สำหรับควบคุมคอมพิวเตอร์ และห้องสำหรับสถานการณ์เสมือนจริงให้มีแสง เสียง บรรยากาศเสมือนตามสถานการณ์ที่กำหนด เช่น ห้องฉุกเฉิน หอผู้ป่วยหนัก ผู้สอนยังต้องเตรียม และทดสอบหุ่นจำลองผู้ป่วยเสมือนจริง การจัดเตรียมคอมพิวเตอร์ จอแสดงผลสัญญาณชีพ วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์

เฉพาะเขียนผู้ป่วย ยาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ อุปกรณ์อื่น ๆ ที่จำเป็น เช่น โทรศัพท์ ปากกา กระดาษ กระดานจดบันทึก เป็นต้น นอกจากนี้การชี้แจงเรื่องการแต่งกายแก่ผู้เรียนถือเป็นการเตรียมในขั้นตอนนี้ด้วยเช่นกัน

2. **ขั้นตอนการดำเนินการ** ประกอบด้วย การแนะนำก่อนปฏิบัติ การปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง และการสรุปผล ดังนี้

2.1 การแนะนำก่อนการปฏิบัติ^{4-7,9} (Pre-brief) ขั้นตอนนี้ใช้เวลา 20 นาที ในชั้นเรียน ผู้สอนมอบเอกสารให้ผู้เรียนแต่ละกลุ่มได้ ทำการศึกษาสถานการณ์ให้เข้าใจ ทบทวนความรู้ก่อนเรียน ในห้องปฏิบัติการ แบ่งผู้เรียนเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 6-8 คน ชี้แจงเกี่ยวกับวิธีการใช้หุ่นจำลองผู้ป่วยเสมือนจริงสมรรถนะสูง อุปกรณ์ต่าง ๆ และบทบาทของผู้เรียนได้แก่ การเป็นหัวหน้าเวร หัวหน้าทีม พยาบาลประจำการ เป็นต้น รวมถึงแจ้งให้ผู้เรียนทราบถึงบทบาทของผู้สอน ได้แก่ ผู้สอนอาจแสดงบทบาทเป็นแพทย์ วิชาญพยาบาล เกสเซอร์ ญาติผู้ป่วย เป็นต้น ผู้เรียนที่ทำหน้าที่เป็นพยาบาลหากต้องการทราบข้อมูลหรือต้องการจะรายงานอาการของผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามลำดับของแบบบันทึก SBAR

2.2 การปฏิบัติในสถานการณ์เสมือนจริง^{4-7,9} (Scenario running) ในขั้นตอนของการดำเนินตามสถานการณ์อาจใช้เวลา 20-30 นาทีก่อนการดำเนินสถานการณ์ ผู้สอนควรประเมินความรู้พื้นฐาน และทำความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ สำหรับขั้นของการดำเนินสถานการณ์ผู้สอนอย่างน้อย 2 คนต้องเปลี่ยนบทบาทจากการเป็นผู้ให้ความรู้มาเป็นผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) โดยควบคุมคอมพิวเตอร์เพื่อให้การทำงานของหุ่นเป็นไปตามสถานการณ์ ขณะเดียวกันผู้สอนอีกหนึ่งคนมีบทบาทเป็นผู้สังเกตการณ์ บันทึกภาพหรือวิดีโอ บันทึกรายละเอียดในประเด็นที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ อย่างไรก็ตามผู้สอนอาจต้องเข้ามามีบทบาทร่วมในบางสถานการณ์ตามวัตถุประสงค์หรือผลลัพธ์การเรียนรู้ที่กำหนด เช่นเดียวกับผู้เรียนต้องปฏิบัติหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมาย โดยการประเมิน รวบรวมข้อมูล

บันทึกอาการตามแบบบันทึก การทำงานร่วมกันเป็นทีมในการวิเคราะห์ปัญหา และให้การพยาบาลจากบทบาทที่ได้รับ ซึ่งกลุ่มผู้เรียนที่รอบปฏิบัติในสถานการณ์เสมือนจริงจะได้สังเกตและมีส่วนร่วมในขั้นของการสรุปผลเช่นกัน

2.3 การสรุปการเรียนรู้ (Debriefing)^{4-7,17} เป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญที่สุดในการจัดการเรียนการสอนด้วยวิธีนี้ ผู้สอนอาจใช้เวลา 20-30 นาทีสำหรับการสนทนาให้ความรู้ คำแนะนำ สอดแทรกคุณธรรม จริยธรรมในการสรุปการเรียนรู้จากสถานการณ์ ถือเป็นประการสำคัญคือไม่เน้นที่ความผิดพลาดของบุคคล ควรให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้เรียนที่ได้ปฏิบัติในสถานการณ์เสมือนจริงและผู้สังเกตการณ์ ร่วมสะท้อนคิด (Reflection) และอภิปราย (Discussion) ด้วยวิธีการคิดวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณเกี่ยวกับ ทฤษฎี ความรู้ ผลการศึกษาวิจัย หรือแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพยาบาล จุดมุ่งหมายเพื่อการประเมินการปฏิบัติของผู้เรียน ตลอดจนเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จำลองนั้นว่ามีจุดดีหรือจุดที่ยังต้องพัฒนา อันจะนำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้และช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดในอนาคต สถานที่สิ่งแวดล้อมควรมีบรรยากาศที่รู้สึกเป็นกันเอง เช่น การจัดที่นั่งเป็นวงกลม ช่วงเวลาที่จะทำการสรุปการเรียนรู้สามารถทำได้ทันทีหลังจากจบสถานการณ์

กระบวนการสรุปการเรียนรู้แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การบรรยายลักษณะ (Descriptive phase) เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ที่อยู่ในสถานการณ์จำลอง ทั้งผู้เรียน และผู้สอนได้อธิบายถึงความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้นระหว่างที่อยู่ในสถานการณ์จำลองนั้น

ระยะที่ 2 การวิเคราะห์ (Analysis phase) เป็นการอธิบายเหตุผล และชี้แจงสาเหตุของการกระทำหรือไม่กระทำสิ่งต่าง ๆ ตลอดจนการตัดสินใจที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จำลอง นอกจากนี้ยังหมายรวมถึงการประเมินสิ่งที่ดีหรือไม่ดีที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จำลองนั้น

ระยะที่ 3 การประยุกต์ใช้ (Application

phase) เป็นการนำข้อมูลที่ได้จาก 2 ระยะแรกมาสรุป และให้ผู้เรียนแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับนำประสบการณ์ที่ได้จากสถานการณ์จำลองไปปรับใช้ในอนาคต

จำนวนของผู้ที่เข้าร่วมในกระบวนการสรุปการเรียนรู้ขึ้นอยู่กับความซับซ้อนของสถานการณ์จำลอง และจำนวนของผู้เรียน หากเป็นสถานการณ์จำลองที่ไม่ซับซ้อน จำนวนผู้เข้าร่วมในกระบวนการสรุปการเรียนรู้อาจมีเฉพาะผู้เรียน และผู้สอนที่อยู่ร่วมในสถานการณ์จำลองก็ได้ แต่หากเป็นสถานการณ์จำลองที่ซับซ้อน และมีผู้เรียนหลายคน อาจต้องเพิ่มบทบาทของผู้สังเกตการณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนยิ่งขึ้น การใช้คำพูด และการแสดงท่าทีของผู้สรุปการเรียนรู้ถือว่ามีความสำคัญมาก เนื่องจากหากผู้สรุปการเรียนรู้มีท่าทีตัดสินผู้เรียนจนเกินไป อาจทำให้ผู้เรียนเกิดทัศนคติในแง่ลบ และขาดความมั่นใจ หรือหากมีท่าทีอ่อนคลายจนเกินไป จะทำให้ผู้เรียนไม่เกิดการเรียนรู้จากข้อผิดพลาด ดังนั้นผู้สรุปการเรียนรู้ควรมีท่าทีเป็นกลาง การให้ข้อเสนอแนะควรเป็นไปภายใต้บรรยากาศของการเคารพซึ่งกันและกัน หลีกเลี่ยงการชื่นชมเกินจริง การให้กำลังใจมาจนเกินไป รวมถึงการสรุปการกระทำของผู้เรียนโดยไม่เปิดโอกาสให้ชี้แจง

3. **ขั้นประเมินผล** เป็นการประเมินผลผู้เรียนภายหลังจากการสิ้นสุดในรายวิชาที่จัดการเรียนการสอนด้วยหุ่นสมรรถนะสูงจำลองผู้ป่วยเสมือนจริง มีเป้าหมายเพื่อนำผลการประเมินมาใช้พัฒนาผู้เรียน และปรับปรุงวิธีการสอนของผู้สอนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การประเมินผลผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียนโดยใช้การจัดการเรียนการสอนรูปแบบหุ่นจำลองเสมือนจริง เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ใช้ทักษะการเรียนรู้ในระดับสูง รู้จักคิด วิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินผล ตามระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติจริง การประเมินผล (Participant evaluation)^{4-7,18} สามารถประเมินได้ 3 รูปแบบ ดังนี้

1. การประเมินผลระหว่างการจัดการเรียนการสอน (Formative evaluation) รูปแบบการประเมินลักษณะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบระดับความรู้ และทักษะของผู้เรียนระหว่างที่อยู่ในกระบวนการ

เรียนรู้ ควรใช้การประเมินเป็นลักษณะกลุ่มย่อย

2. การประเมินผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ (Summative evaluation) เป็นการประเมินเมื่อสิ้นสุดกระบวนการเรียนการสอน เพื่อตัดสินคุณภาพผู้เรียน และการจัดการเรียนการสอน วัดผลลัพธ์การเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ของรายวิชา การประเมินลักษณะนี้ ผู้สอนต้องอธิบายรายละเอียดของวิธีการประเมินแบบประเมิน ช่วงเวลาประเมิน เกณฑ์ในการประเมิน และผู้ที่ทำหน้าที่ประเมินให้ผู้เรียนได้ทราบล่วงหน้า เพื่อให้กระบวนการประเมินผลมีความเที่ยงตรงมากที่สุด การประเมินผลรูปแบบนี้อาจใช้เครื่องมือในการประเมินจากวิดีโอที่บันทึกไว้จากผู้สังเกตการณ์ หรืออาจประเมินจากแบบประเมินที่สร้างขึ้นตามทฤษฎีที่นำมาเป็นกรอบการเรียนรู้

3. การประเมินผลรวบยอด (High-stakes evaluation) เป็นการประเมินเมื่อสิ้นสุดกระบวนการเรียนรู้ เพื่อประเมินสมรรถนะของผู้เรียน และนำผลการประเมินไปพัฒนารายวิชา หรือหลักสูตรการเรียนการสอน เป็นการประเมินที่ใช้แหล่งข้อมูลหลาย ๆ แหล่งมาประกอบการสรุปผลการประเมิน เช่น ผลการประเมินผู้สอน ผู้เรียน ผู้สังเกตการณ์ หรือการบันทึกวิดีโอ เป็นต้น

โดยสรุป การพัฒนาการเรียนการสอนทางการพยาบาลด้วยรูปแบบหุ่นจำลองผู้ป่วยเสมือนจริงสามารถปฏิบัติตามมาตรฐานของ INACSL ที่ประกอบด้วย การออกแบบสถานการณ์ การกำหนดผลลัพธ์ และวัตถุประสงค์ การสรุปการเรียนรู้ และการประเมินผล มาเป็นขั้นตอนในการจัดการเรียนการสอนในรูปแบบหุ่นจำลองผู้ป่วยเสมือนจริง เพื่อ

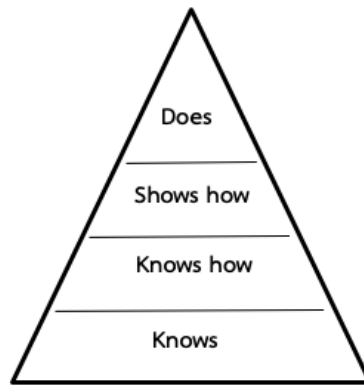
พัฒนาการเรียนการสอนทางการพยาบาลได้ นอกจากนั้นแล้วยังมีนักการศึกษาได้กล่าวถึงทฤษฎีการประเมินผลโดยยึดหลักการประเมินทางคลินิกตามกรอบแนวคิดทฤษฎีพีรามิดของ มิลเลอร์ (Miller's pyramid)¹⁹ (ดังภาพที่ 1) สามารถนำมาเป็นแนวทางการจัดการเรียนการสอนในรูปแบบการใช้หุ่นจำลองผู้ป่วยเสมือนจริงได้ โดยแบ่งหลักของการประเมินออกเป็น 4 การวัด¹⁹ ได้แก่

1. การวัดเพื่อให้เห็นว่าผู้เรียนรู้หรือไม่ (Knows) เป็นการวัดความรู้หรือสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ ที่เป็นข้อเท็จจริงตามแบบสอบถามที่ให้เลือกตอบที่ดีที่สุด คำถามให้ตอบสั้น ๆ คำถามจับคู่แบบขยายตัวเลือก

2. การวัดเพื่อให้เห็นว่าผู้เรียนรู้หรือไม่ว่าทำอย่างไร (Knows how) เป็นการวัดระดับของความสามารถ การวัดนี้สามารถวัดได้ตามบริบททางคลินิก ครอบคลุมถึงการวิเคราะห์ แปรผล เพื่อสะท้อนถึงสมรรถนะของตน โดยสะท้อนจากการประยุกต์ของการนำไปใช้ การตัดสินจากกรณีศึกษาว่าถูกหรือผิด

3. การวัดเพื่อแสดงให้เห็นว่าผู้เรียนทำอะไร (Shows how) การวัดนี้เป็นการวัดเพื่อประเมินการปฏิบัติ โดยการแสดงให้เห็นในสถานการณ์จำลองซึ่งจะสามารถบอกถึงความสามารถของผู้เรียนในด้านความรู้ทางด้านทักษะ หัตถการทางคลินิก โดยใช้วัตถุประสงค์เป็นโครงสร้าง

4. การวัดขั้นสุดท้ายเพื่อแสดงให้เห็นว่าผู้เรียนปฏิบัติได้จริง (Does) โดยการประเมินจากการปฏิบัติ การกระทำ พฤติกรรมจากการทำงานเป็นทีม ด้วยวิธีการสังเกต การตรวจเช็คตามรายการ การแบ่งแยกลำดับขั้น



ภาพที่ 1 พีระมิดของมิลเลอร์ (Miller's pyramid)

ที่มา: Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med. 1990; 65(9 Suppl): S63-7.

การประยุกต์ใช้และข้อเสนอแนะในการเรียนการสอนกับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

จากแนวคิดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงด้วยหุ่นสมรรถนะสูง (HFPS) ตามหลักการปฏิบัติของ INACSL ผู้เขียนได้นำรูปแบบการเรียนการสอนดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในรายวิชาการพยาบาลในภาวะฉุกเฉินและสาธารณสุข จัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎีควบคู่กับการจัดสถานการณ์จำลองเสมือนจริงกับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 จำนวน 122 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ และแบ่งกลุ่มย่อย กลุ่มละ 6-7 คน ใช้เวลาสำหรับสถานการณ์รวมสองวัน เริ่มจากขั้นเตรียมการ ผู้สอนออกแบบโจทย์สถานการณ์ กำหนดให้ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุทางถนนมีการบาดเจ็บหลายระบบถูกนำส่งโรงพยาบาลซึ่งครอบคลุมวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่สอดคล้องกับรายวิชา ภายหลังจากได้รับการตรวจความเหมาะสมของสถานการณ์และแบบประเมิน ได้บันทึกข้อมูลสถานการณ์ลงโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ทดลองให้แสดงผลผ่านหุ่นจำลองผู้ป่วยเสมือนจริงสมรรถนะสูง จำลองสถานที่และเตรียมอุปกรณ์ให้ใกล้เคียงกับสิ่งแวดล้อมของห้องฉุกเฉินจริงมากที่สุด ขณะเดียวกันช่วงของการเรียนการสอนในภาคทฤษฎี ผู้เรียนได้รับการปฐมพยาบาลเตรียมความพร้อม และรับทราบข้อตกลง เช่น ให้แต่ง

กายด้วยชุดฝึกปฏิบัติการ และให้ศึกษาด้วยตนเองเกี่ยวกับการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินผ่านสื่อวีดิทัศน์ เป็นต้น ในขั้นตอนสถานการณ์ ผู้สอนปฏิบัติตามแนวทางกับผู้เรียนทีละกลุ่มย่อยและกลุ่มสังเกตการณ์โดยการกล่าวทักทาย ชี้แจงข้อตกลง ชี้แจงโจทย์ เอกสารและการบันทึก ทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ วิธีการบันทึก SBAR สำหรับเป็นแนวทางประเมิน วิเคราะห์ปัญหา ปฏิบัติการพยาบาล และรายงานแพทย์เพื่อการรักษาดูแลผู้ป่วยที่มารักษาด้วยภาวะฉุกเฉิน มอบหมายบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร 1 คน พยาบาลหัวหน้าทีม 1 คน พยาบาลประจำการ 3 คน ญาติ 1 คน และหรือผู้สังเกตการณ์ 1-2 คน ลำดับขั้นตอนไปแนะนำสถานที่อุปกรณ์ต่าง ๆ เมื่อผู้เรียนพร้อมผู้สอนให้สัญญาณเริ่มสถานการณ์ ดำเนินสถานการณ์ตามโจทย์ ผู้สอนประเมินตามแบบประเมิน ประกอบด้วย ความกระตือรือร้น ความสนใจ การใช้แนวทางการสื่อสาร เริ่มต้นตาม AIDET การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้บาดเจ็บที่ห้องฉุกเฉิน (Initial assessment) ได้แก่ การสำรวจเบื้องต้น การสำรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม การช่วยฟื้นคืนชีพ และการให้การพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงพร้อมทั้งบอกเหตุผล แบ่งระดับการให้คะแนนตามเกณฑ์ คือ ปฏิบัติ

ปฏิบัติแต่ต้องชี้แนะ และไม่ปฏิบัติ หลังเสร็จสิ้นสถานการณ์ให้ผู้เรียนร่วมประเมินผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ โดยสรุปจากสถานการณ์เห็นได้ว่า ผู้เรียนให้ความสนใจในการเข้าปฏิบัติในสถานการณ์ บ้างตื่นตระหนกกับเหตุการณ์ แสดงความกังวลถึงการให้ข้อมูลหรือการปฏิบัติ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติให้สถานการณ์เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ ใช้ลักษณะของคำถามปลายเปิด เช่น หากได้ปฏิบัติในสถานการณ์ดังกล่าวอีกครั้งจะปฏิบัติแตกต่างจากเดิมหรือไม่ อย่างไร หลายกลุ่มให้เหตุผลว่าหากสามารถให้การพยาบาลอีกครั้งในสถานการณ์เดิมจะสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และมีความมั่นใจมากขึ้น

นอกจากนี้ได้เปิดโอกาสให้ผู้เรียนอธิบายถึงความคิด ความรู้สึก เกี่ยวกับความเสมือนจริง สะท้อนสิ่งที่เห็นประโยชน์ สิ่งที่ต้องปรับปรุง อธิบายเหตุผล ผู้สอนร่วมสะท้อนถึงโอกาสที่จะนำประสบการณ์ที่ได้ไปปรับใช้ในอนาคต ส่งเสริมให้ตระหนักถึงคุณธรรม จริยธรรม และให้ผู้เรียนประเมินผลการเรียนรู้รายวิชา ภายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการเรียนการสอน การประเมินผลรวบยอดพบว่า การนำแนวคิดการเรียนรู้ด้วยหุ่นสมรรถนะสูงจำลองผู้ป่วยเสมือนจริงสามารถช่วยให้ผู้เรียนประยุกต์ความรู้จากการเรียนในภาคทฤษฎีมาใช้ปฏิบัติในสถานการณ์ได้

ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎีควบคู่กับการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองมีความสำคัญและจำเป็น ผู้เรียนรับรู้ปัญหาสุขภาพจากโจทย์สถานการณ์อย่างเป็นรูปธรรม ส่งเสริมทักษะเชิงวิชาชีพด้านสมรรถนะของพยาบาลเพิ่มขึ้น ผู้สอนควรพิจารณาถึงการนำหุ่นจำลองผู้ป่วยเสมือนจริงสมรรถนะสูงไปใช้เพื่อเตรียมความพร้อมในรายวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาลหรือในรายวิชาอื่นต่อไป นอกจากนี้ผู้เรียนได้ทบทวนความรู้ ทราบข้อบกพร่องของตนเอง เกิดทักษะของการทำงานเป็นทีม การเป็นผู้นำและผู้ตามที่ดี เกิดการตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณ

และเกิดทักษะการแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้าได้อย่างเหมาะสม ผู้สอนควรต้องนำกลยุทธ์วิธีการสอนอื่น ๆ มาประยุกต์ใช้เพื่อให้ผู้เรียนได้เกิดการพัฒนสมรรถนะแห่งตนต่อไป²⁰ อย่างไรก็ตามพบข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ ด้านเวลา ผู้สอนควรจัดสรรเวลาฝึกซ้อม และเตรียมความพร้อมให้เหมาะสมไม่กระทบต่อผู้เรียนและรายวิชาอื่น ด้านผู้เรียน จากประสบการณ์ครั้งแรกความตื่นเต้นอาจทำให้การควบคุมตนเองลดลงอาจส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ให้เป็นไปตามที่คาดหวัง และ ด้านอุปกรณ์ อุปกรณ์มีความชำรุด ไม่เสมือนจริง ด้วยข้อจำกัดดังกล่าวการพัฒนาหรือประดิษฐ์นวัตกรรมเพื่อใช้ทดแทนในโจทย์สถานการณ์อาจเป็นวิธีการที่เหมาะสม

ท้ายที่สุดผู้เขียนมีความเชื่อเป็นอย่างยิ่งว่าแนวคิดของสถานการณ์เสมือนจริงด้วยหุ่นสมรรถนะสูงสามารถนำมาใช้สำหรับพัฒนาการเรียนการสอนในศาสตร์การศึกษาทางการพยาบาล รูปแบบการเรียนการสอนนี้ช่วยให้ผู้เรียนได้เกิดการเรียนรู้ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดภายใต้สถานการณ์จำลองและเทคโนโลยีที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ การฝึกทักษะปฏิบัติ ทักษะของการสื่อสาร ทักษะของการทำงานร่วมกับผู้อื่น สามารถปฏิบัติได้จริงในอนาคต และมีส่วนร่วมในการเรียนการสอนมากขึ้น ถือเป็นการเรียนการสอนที่ยืดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง สามารถตอบสนองความต้องการในการเรียนรู้ของผู้เรียนได้หลากหลายรูปแบบ ประสิทธิภาพที่ได้จากการประยุกต์ใช้รูปแบบการสอนด้วยหุ่นจำลองผู้ป่วยเสมือนจริง สามารถเพิ่มพูนความรู้และช่วยให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนาดตนเองในทักษะของการคิดอย่างมีวิจารณญาณก่อนการตัดสินใจ สามารถให้เหตุผลได้อย่างเหมาะสมเพื่อให้เกิดการแก้ปัญหา มีทักษะในด้านจิตสังคม เป็นผู้เรียนที่มีคุณลักษณะพึงประสงค์ในยุคศตวรรษที่ 21 และเป็นพยาบาลที่มีคุณภาพในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Panich, V. Way of Learning for students in 21st century. Bangkok: Sarit Wong-Sodsri foundation. 2012. (in Thai)
2. Kunaviktikul, W. Teaching and learning in the discipline of nursing in the 21st century. Nursing Journal. 2015; 42(2): 152-156. (in Thai)
3. Ministry of Education. The announcement of ministry of education for qualification framework of bachelor of nursing science in 2017. 2018; 1-11. (in Thai)
4. Jeffries, P. A framework for designing, implementation, and evaluating simulations used as teaching strategies in nursing. Nursing education perspectives. 2005; 26(2): 96-103.
5. Thatan, T. and Srijanpal, W. Teaching method using simulation-based learning. Journal of Nurses' Association of Thailand Northern Office. 2017; 23(1): 1-10. (in Thai)
6. Norkaeo, D. Simulation based learning for nursing education. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. 2015; 31(3): 112-122. (in Thai)
7. Langkarpint, P. The use of High-Fidelity patient simulation on teaching and learning for nursing students. Journal of Nurses' Association of Thailand Northern Office. 2016; 22: 8-16. (in Thai)
8. Kim, J., Park, J-H., & Shin, S. Effectiveness of simulation-based nursing education depending on fidelity: a meta-analysis. BMC medical education. 2016; 16: 1-8.
9. Sinthuchai, S., Ubolwan, K., and Boonsin, S. Effect of High-Fidelity simulation-based learning on knowledge, satisfaction, and self-confidence among the fourth-year nursing students in comprehensive nursing care practicum. Rama Nurs J. 2017; 23(1): 113-127. (in Thai)
10. Doolen, J., Mariani, B., Atz, T., Horsley, T. H., Rourke, J. O., McAfee, K. & Cross, C. L. High-fidelity simulation in undergraduate nursing education: a review of simulation reviews. Clinical simulation in nursing. 2016; 12(7): 290-302.
11. Welman, A.-M. and Spies, C. High fidelity simulation in nursing education: Considerations for meaningful learning. Trends in Nursing. 2016; 3(1): 1-16.
12. INACSL Standards Committee. INACSL Standards of best practice: Simulationsm. Clinical Simulation Nursing. 2016; 12(S): S48-S50.
13. INACSL Standards Committee. INACSL Standards of best practice: Simulationsm simulation design. Clinical Simulation Nursing. 2016; 12(S): S5-S12.
14. INACSL Standards Committee. INACSL Standards of best practice: Simulationsm Outcomes and objectives. Clinical Simulation in Nursing. 2016; 12(S): S13-S15.
15. INACSL Standards Committee. INACSL Standards of best practice: Simulationsm Facilitation. Clinical Simulation in Nursing. 2016; 12(S): S16-S20.

16. Thanaroj, S. Simulation-based learning in principles and techniques course in nursing practicum. Boromarajonani college of nursing, Uttaradit journal. 2017; 9(2): 70-84. (in Thai)
17. INACSL Standards Committee. INACSL Standards of best practice: Simulationsm Debriefing. Clinical Simulation in Nursing. 2016; 12(S): S21-S25.
18. INACSL Standards Committee. INACSL Standards of best practice: Simulationsm Participant Evaluation. Clinical Simulation in Nursing. 2016; 12(S): S26-S29.
19. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med. 1990; 65(9 Suppl): S63- S67.
20. Lee J., Lee Y., Lee S., & Bae J. Effects of high-fidelity patient simulation led clinical reasoning course: Focused on nursing core competencies, problem solving, and academic self-efficacy. Japan Journal of Nursing Science. 2016; 13: 20-28.

การวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบวัดพฤติกรรมการข่มเหงรังแก ในสถานศึกษาสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น The Factors Analysis of Bullying Scale for Students in Secondary School

รุ่งนภา สูดินันท์โอภาส พย.ม* Rungnapa Sootinan-ophat M.N.S.*
ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ ศษ.ด* Sriprapai Inchaihep Ph.D*
วาสนา มั่งคั่ง พย.ม* Wasana Mangkhang M.N.S.*

Corresponding Authors: Email: rungsooti@gmail.com

Received: 1 Nov 2019, Revised: 12 Mar 2020, Accepted: 18 Apr 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและวิเคราะห์องค์ประกอบแบบวัดพฤติกรรมการข่มเหงรังแกในสถานศึกษาสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 370 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบวัดพฤติกรรมการข่มเหงรังแกในสถานศึกษาสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น แบ่งออกเป็นพฤติกรรมการข่มเหงรังแกทางวาจา และ พฤติกรรมการข่มเหงรังแกทางร่างกาย เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.92 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยง โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค ได้ เท่ากับ 0.91 นำข้อมูลมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ โดยวิธีการสกัดปัจจัยเพื่อหาองค์ประกอบหลัก หมุนแกนแบบโอโทไกนอล ด้วยวิธีแวนิแมกซ์

ผลการวิจัยพบว่า แบบวัดพฤติกรรมการข่มเหงรังแกในสถานศึกษาประกอบด้วยพฤติกรรมการข่มเหงรังแกทางวาจา มีจำนวน 18 ข้อ มีค่าน้ำหนักปัจจัยระหว่าง 0.38-0.72 และสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 57.47 แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านการพูดข่มขู่ มี 4 ตัวบ่งชี้ 2) ด้านการพูดเยาะเย้ย มี 6 ตัวบ่งชี้ 3) ด้านการพูดหยาบคาย มี 4 ตัวบ่งชี้ และ 4) ด้านการพูดเหยียดหยาม มี 4 ตัวบ่งชี้ โดยมีค่าความแปรปรวน ร้อยละ 35.23, 9.34, 7.28 และ 5.60 ตามลำดับ และพฤติกรรมการข่มเหงรังแกทางร่างกาย มีจำนวน 21 ข้อ มีค่าน้ำหนักปัจจัยระหว่าง 0.46-0.69 และสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ ร้อยละ 53.84 แบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านการละเมิดความเป็นส่วนตัว มี 7 ตัวบ่งชี้ 2) ด้านการก่อความรำคาญ มี 5 ตัวบ่งชี้ 3) ด้านทำให้สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง มี 5 ตัวบ่งชี้

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
E-mail: besriprapai@hotmail.com, wasmangkhang@gmail.com

* Nursing instructor, Boromarajonani College of Nursing NakhonLampang

และ 4) ด้านการทำให้เกิดความหวาดกลัว อับอาย มี 4 ตัวบ่งชี้ โดยมีค่าความแปรปรวนร้อยละ 37.04, 6.81, 5.10 และ 4.89 ตามลำดับ

จากผลการศึกษาดังกล่าว บุคลากรที่เกี่ยวข้องในสถานศึกษาหรือหน่วยงานบริการสุขภาพสามารถนำแบบวัดพฤติกรรมการข่มเหงรังแกในสถานศึกษาสำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ไปศึกษาระดับพฤติกรรมการข่มเหงรังแกในสถานศึกษาของนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นที่อาจเกิดขึ้น เพื่อช่วยเหลือและป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงในสถานศึกษาต่อไป

คำสำคัญ: แบบวัดพฤติกรรมการข่มเหงรังแก นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

Abstract

This descriptive research aimed to develop and examine the construct validity of the Bullying Scale for Students in Secondary school. A sample of 370 secondary school students were recruited using multistage random sampling. The Bullying Scale for Students in Secondary school was divided into verbal and physical bullying. The content validity index was .92 and the Cronbach's alpha coefficient was .91. The construct validity was analyzed using exploratory factor analysis, Orthogonal rotation. The results revealed that there were eighteen items for a verbal form of bullying with factor loading between 0.38-0.72, and was explained 57.47 percent of variance. There were four subscales; 1) four items of threaten speech with 35.23 percent of variance; 2) six items of sarcastic speech with 9.34% of the variance; 3) four items of profanity speech with 7.28% of the variance, and 4) four items of contemptuous speech with 5.60 percent of the variance. There were twenty-one items of the physical form of bullying with factor loading between 0.46-0.69 with 53.84 percent of the variance. There were four subscales including ; 1) seven items of invasion of privacy with 37.04 percent of the variance; 2) five items of annoyance with 6.81 percent of the variance; 3) five items of loss of self-identity with 5.10 percent of the variance, and 4) four items of terror with 4.89 percent of variance.

These results can be used by educational personnel or health department to determine the bullying issue among secondary school students in order to help and prevent violence in secondary school.

Keywords: Bullying scale, Secondary school

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาความรุนแรงในวัยรุ่นนับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในทุกประเทศทั่วโลก การข่มเหงรังแก (Bullying) ในสถานศึกษาเป็นรูปแบบหนึ่งของการใช้ความรุนแรงโดยเฉพาะในวัยรุ่นที่มีแนวโน้มเพิ่มและทวีความรุนแรงมาก ข้อมูลในประเทศไทยพบว่า ตั้งแต่ พ.ศ. 2549-2557 พบว่า นักเรียนระดับชั้น ป.4-ม.2 เกือบร้อยละ 40 เคยถูกรังแกเดือนละ 2-3 คน เด็กนักเรียน อายุระหว่าง 11-15 ปี มีการข่มเหงรังแกกันมากที่สุด โดยร้อยละ 8.6-45.2 พบในเด็กผู้ชาย และร้อยละ 4.8-35.8 ในเด็กผู้หญิง สถานภาพการรังแกมี 4 รูปแบบ ได้แก่ กลุ่มที่ทั้งผู้รังแกและถูกรังแกร้อยละ 58.3 กลุ่มผู้ถูกรังแกร้อยละ 23.4 กลุ่มผู้รังแกผู้อื่นร้อยละ 6.1 และมีเพียงร้อยละ 12.2 ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการข่มเหงรังแก พฤติกรรมการข่มเหงรังแกกันของนักเรียนพบในทุกภูมิภาคของประเทศไทย สถานที่เสี่ยงที่พบบ่อย คือ ห้องเรียน เวลาครูไม่อยู่ สนามโรงเรียน และ หนัห้องเรียน^{1,2,4,6,8,13} นอกจากนี้ในปี พ.ศ.2560¹¹ ยังพบอีกว่านักเรียนชาย มีประสบการณ์การรังแกมากที่สุด ร้อยละ 55.1 นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีพฤติกรรมการรังแกมากที่สุดร้อยละ 54 และนักเรียนที่เป็นเหยื่อหรือผู้ถูกรังแกมากที่สุดร้อยละ 11.3

ผลกระทบของผู้ถูกข่มเหงรังแก (Victim) ทำให้เสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า ความทุกข์ใจ กังวลใจ หวาดระแวง ไม่อยากมาโรงเรียน รู้สึกว่าโรงเรียนไม่ปลอดภัย บางคนไม่สามารถปรับตัวได้ เกิดความทุกข์ทางจิตใจ การรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในที่สุด เนื่องจากทนความกดดันจากการถูกรังแกไม่ไหว ในขณะที่กลุ่มคนหรือบุคคลที่เป็นผู้ข่มเหงรังแก (Bully) จะเคยชินกับการกระทำที่ละเมิดกฎ มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม เป็นอันธพาล นำเอาความรุนแรงไปใช้ในครอบครัว ส่งผลถึงบุตรหลานที่จะต้องพบเห็นความรุนแรง จนเกิดเป็นความเคยชินและในที่สุดอาจกลายเป็นอาชญากรในอนาคตได้^{1,2,4}

พฤติกรรมการข่มเหงรังแก แบ่งออกเป็น 3 ประเภทใหญ่^{2,3,4} ได้แก่ 1) พฤติกรรมการข่มเหง

ทางร่างกาย และ 2) พฤติกรรมการข่มเหงรังแกทางวาจา โดยรูปแบบการข่มเหงรังแกมากที่สุด คือ ล้อเลียน ทำร้ายร่างกาย พุดในทางไม่ดี ใช้วาจาด่า แกล้งเมิน/ไม่สนใจ ข่มขู่หรือใช้กำลังบังคับ และ ขโมยเงิน/สิ่งของ 3) การรังแกทางสังคม (Social bullying) แต่ในปัจจุบันได้มีการแบ่งประเภทของการข่มเหงรังแกออกเป็น 4 ประเภท^{9,12} โดยเพิ่มประเภทที่ 4) การข่มเหง/รังแกทางอินเทอร์เน็ต (Cyber bullying) ได้แก่ การส่งข้อความรูปภาพเผยแพร่ในสังคมออนไลน์ เป็นต้น รูปแบบการตกเป็นเหยื่อการรังแกผ่านโลกไซเบอร์ ได้แก่ ถูกละเมิดความเป็นส่วนตัว ถูกทำให้อับอาย หวาดกลัว สูญเสียความเป็นส่วนตัวของตัวเอง ถูกก่อกวนให้รำคาญ ขุ่นเคือง หรือ โกรธ ถูกคุกคามด้วยลักษณะลามก หยาดคาย และส่อไปในทางเพศ โดยเพศชายจะตกเป็นเหยื่อในลักษณะถูกคุกคามด้วยลักษณะลามก หยาดคาย ส่อไปในทางเพศ ในขณะที่เพศหญิงตกเป็นเหยื่อในลักษณะทำให้อับอาย หวาดกลัว สูญเสียความเป็นส่วนตัวของตัวเอง¹

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมการข่มเหงรังแกทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า ส่วนใหญ่ใช้ The Revised Olweus Bullying Victim Questionair^{3,15} ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ส่วน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75 ประกอบด้วย 20 พฤติกรรม มาใช้ในการสำรวจพฤติกรรม นอกจากนี้พัชราภรณ์ ศรีสวัสดิ์ และคณะ⁹ ได้พัฒนาแบบคัดกรองผู้ถูกข่มเหงรังแก จำนวน 90 ข้อ ประกอบด้วย แบบคัดกรองการข่มเหงรังแกในโรงเรียน แบบคัดกรองการถูกข่มเหงรังแกในโรงเรียน และแบบคัดกรองผู้เห็นเหตุการณ์การข่มเหงรังแก ได้ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ตั้งแต่ 0.21-0.71 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.99 นอกจากนี้ยังมีการพัฒนามาตรวัดพฤติกรรมการข่มเหงรังแกที่ดัดแปลงมาจากแนวคิดของ Genta, Menesini, Fonzi, Costabile และ Smith⁵ มาใช้ในการวัดความถี่ของการข่มเหงรังแกผู้อื่นในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 แบ่งออกเป็น 3 ด้านได้แก่ การข่มเหงรังแกผู้อื่นทางด้านร่างกาย 12 ข้อ การข่มเหงรังแกผู้อื่นทางด้านวาจา

12 ข้อ และการชมهندسึกแกผู้อื่นทางด้านความสัมพันธ์ 10 ข้อ รวมเป็น 34 ข้อ และได้ค่าความเชื่อมั่น 0.97 จะเห็นได้ว่าเครื่องมือที่ใช้ส่วนใหญ่อ้างอิงจากแบบวัดของต่างประเทศที่มีบริบทต่างจากสังคมไทย อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการวัดพฤติกรรมได้

ดังนั้นทีมผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมกรรมการชมهندسึกในสถานศึกษาของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น และนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบตามกรอบแนวคิดของ เกษตรชัย และหิม⁴ ที่แบ่งพฤติกรรมกรรมการชมهندسึกเป็น 2 ประเภทได้แก่ พฤติกรรมการชมهندسึกด้านวาจา และ ด้านร่างกาย เพื่อระบุองค์ประกอบของพฤติกรรมกรรมการชมهندسึกทางวาจา และ ทางกาย พร้อมทั้งระบุพฤติกรรมชี้วัดพฤติกรรมกรรมการชมهندسึก ซึ่งสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับบุคลากรในโรงเรียน และ บุคลากรสาธารณสุข สำหรับวางแผนการช่วยเหลือ หรือ ลดพฤติกรรมความรุนแรงในสถานศึกษาซึ่งอาจส่งผลให้เกิดเป็นปัญหาทางภาวะสุขภาพจิตได้ต่อไป

คำถามวิจัย

แบบวัดพฤติกรรมกรรมการชมهندسึกในสถานศึกษาของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ด้านร่างกาย และ ด้านวาจา ควรมียุทธศาสตร์ประกอบอะไรบ้าง และมีจำนวนตัวชี้วัดเท่าไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมกรรมการชมهندسึกในสถานศึกษา ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น
2. เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบวัดพฤติกรรมกรรมการชมهندسึกในสถานศึกษา ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การพัฒนาและวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบวัดพฤติกรรมกรรมการชมهندسึกในสถานศึกษาของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในสถานศึกษา ทีมผู้วิจัย

ใช้กรอบแนวคิดของ เกษตรชัย และหิม⁴ ที่ระบุพฤติกรรมกรรมการชมهندسึกเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) พฤติกรรมการชมهندسึกทางวาจา เป็นการพูด ตำว่า ตะคอก ชู่ ดุฎก เหน็บแนม ล้อเลียน ด้วยคำพูด ข้อความ หรือรูปภาพ ที่ส่งผลให้ผู้ถูกชมهندسึก/ร้งแกรู้สึก อับอาย เสียหาย โกรธ รู้สึกไม่ดี และความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเองลดลง และ 2) พฤติกรรมการชมهندسึกทางร่างกาย เป็นการกระทำทางกายที่มีการออกแรงกระทำของอวัยวะทางกาย เช่น ทูบตี เตะ ต่อย ดึง ตบ ชก กระชาก กัด แหย่ ที่ส่งผลให้ผู้ถูกชมهندسึก/ร้งแก ได้รับบาดเจ็บ ฟกช้ำ มีร่องรอยหรือหลักฐานปรากฏบนร่างกาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบบรรยาย (Descriptive research) เพื่อพัฒนาเครื่องมือ และวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบวัดพฤติกรรมกรรมการชมهندسึกในสถานศึกษาของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตเทศบาล จำนวน 6,630 คน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 415 คน คำนวณโดยใช้สูตรทาโร ยามาเน ที่ ความคลาดเคลื่อน .05 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) มีผู้ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 370 คน คิดเป็นร้อยละ 89.16

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยทีมผู้วิจัยได้พัฒนาแบบวัดพฤติกรรมกรรมการชมهندسึกทางวาจา และ ทางกาย มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร ตำรา และทบทวนงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ เพื่อหาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการชมهندسึก
2. สร้างข้อรายการคำถามตามพฤติกรรมกรรมการ

ชมแห่งรังแกในสถานศึกษา ได้ข้อคำถาม จำนวน 45 ข้อ แบ่งเป็นทางวาจา 20 ข้อ และ ทางร่างกาย 25 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แบ่งเป็น

- 5 หมายถึง ถูกกระทำพฤติกรรมนั้นทุกครั้ง
- 4 หมายถึง ถูกกระทำพฤติกรรมนั้นบ่อยครั้ง
- 3 หมายถึง ถูกกระทำพฤติกรรมนั้นค่อนข้างบ่อย
- 2 หมายถึง ถูกกระทำพฤติกรรมนั้นนาน ๆ ครั้ง
- 1 หมายถึง ไม่เคยถูกกระทำพฤติกรรมนั้นเลย
3. ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเบื้องต้นโดย

ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา อาจารย์พยาบาลด้านเด็กและวัยรุ่น และอาจารย์ฝ่ายแนะแนว เพื่อพิจารณาความถูกต้องของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา คำนำวนหา ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) = 0.93

4. ปรับปรุงแบบวัดตามข้อเสนอแนะได้จากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แบบวัดพฤติกรรมการชมแห่งรังแกทั้งหมดจำนวน 39 ข้อ นำไปตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยนำไปทดสอบกับนักเรียนมัธยมต้นที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน คำนวนค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Alpha coefficient) เท่ากับ 0.91

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงร่างผ่านคณะกรรมการจริยธรรมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ลำปาง หมายเลขรับรองจริยธรรม 002/2562 หลังจากนั้นทำหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเก็บข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษรแก่ผู้ปกครองของนักเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงให้ทราบถึงขั้นตอนโดยละเอียดของการวิจัย การรักษาความลับ และจัดเก็บข้อมูลอย่างปลอดภัย สิทธิในการตอบหรือไม่ตอบแบบประเมิน สิทธิในการออกจากการศึกษาโดยไม่ต้องอธิบาย และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยทำหนังสือราชการไปยังผู้อำนวยการโรงเรียนของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การดำเนินการ และขออนุญาตทำการศึกษา จัดทำใบขออนุญาตผู้ปกครองให้ครูแนะแนวหรือครูที่ปรึกษาแจกให้กับนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ผู้ปกครองเซ็นยินยอม ในการให้นักเรียนทำแบบสอบถาม ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 แบ่งโรงเรียน ใช้การสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster random sampling) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มโรงเรียนเอกชนและโรงเรียนรัฐบาล และจำแนกตามขนาดของโรงเรียน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ โรงเรียนขนาดใหญ่ โรงเรียนขนาดกลาง และโรงเรียนขนาดเล็ก

ขั้นที่ 2 แบ่งชั้นเรียน ใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) แบ่งเป็น ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึง 3 หลังจากนั้นสุ่มตัวอย่างใช้สุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยนำรายชื่อนักเรียนมาคัดเลือก จนได้จำนวนตามที่ต้องการ คือ 415 คน **ขั้นที่ 3** แจกแบบวัดพฤติกรรมการชมแห่งรังแกให้นักเรียนที่ได้รับอนุญาตจากผู้ปกครอง ตามขั้นตอนของการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ให้ตอบคำถามด้วยตนเองใช้เวลา 20 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของคำตอบ ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ จำนวน 370 ฉบับ มาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์องค์ประกอบใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis) เลือกวิธีการสกัดปัจจัยโดยหาองค์ประกอบหลัก (Principal component analysis) หมุนแกนแบบ Orthogonal Rotation ด้วยวิธีแวนริแมกซ์ (Varimax)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง ศึกษายู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ส่วนใหญ่ เพศหญิง ร้อยละ 60.8 อาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 59.7 สุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 91.4 อายุเฉลี่ย เท่ากับ 13.69 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .95

2. ผลการการพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมกรมการชมแห่งประเทศไทยสถานศึกษาของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นใน แบบวัดพฤติกรรมกรมการชมแห่งประเทศไทยประกอบด้วย พฤติกรรมกรมการชมแห่งประเทศไทยทางวาจา และ พฤติกรรมกรมการชมแห่งประเทศไทยทางร่างกาย มีจำนวนทั้งหมด 39 ข้อ แบ่งเป็นพฤติกรรมกรมการชมแห่งประเทศไทยทางวาจา 18 ข้อ และพฤติกรรมด้านร่างกาย 21 ข้อ ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 พฤติกรรมกรมการชมแห่งประเทศไทยทางวาจา

2.1.1 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ เพื่อระบุองค์ประกอบร่วมของตัวบ่งชี้การชมแห่งประเทศไทยทางวาจา ผลการทดสอบความเหมาะสมของชุดตัวแปรที่นำมาศึกษาโดยการวิเคราะห์ Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy

พบค่า KMO เท่ากับ 0.88 แสดงว่าตัวแปรชุดนี้มีความเหมาะสมที่จะนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบในระดับดีมาก

2.1.2 ผลการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal component analysis) พบค่าความร่วมกัน (Communality) ของตัวบ่งชี้แต่ละตัวที่ใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบ รวมทั้งจำนวน 18 ตัว มีค่าอยู่ระหว่าง 0.38-0.72 เป็นค่าความร่วมกันขนาดปานกลางถึงมากมีแนวโน้มที่น่าจะสามารถเข้าอยู่ในองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งได้

2.1.3 ผลการหมุนแกนองค์ประกอบแบบมุมฉาก (Orthogonal rotation) ด้วยวิธีแวนแมกซ์ (Varimax) พบว่าตัวบ่งชี้ที่ใช้ในการวิเคราะห์ทั้งหมดจำนวน 18 ข้อสามารถจัดกลุ่มเข้าองค์ประกอบ (Component) ได้จำนวน 4 องค์ประกอบที่มีค่าไอเกน (Eigenvalue) เกิน 1.00 โดยมีค่าอยู่ระหว่าง 1.01-6.34 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 5.60-35.23 และ ความแปรปรวนขององค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบ สามารถอธิบายตัวบ่งชี้ได้ร้อยละ 57.47 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าไอเกน ร้อยละความแปรปรวนร่วม และ ร้อยละสะสมของความแปรปรวนร่วมในแต่ละองค์ประกอบ

องค์ประกอบที่	ค่าไอเกน	ร้อยละของความแปรปรวนร่วม	ร้อยละสะสมของความแปรปรวนร่วม
1	6.34	35.23	35.23
2	1.68	9.34	44.58
3	1.31	7.28	51.86
4	1.01	5.60	57.47

2.1.4 ผลการระบุชื่อองค์ประกอบ จากการระบุองค์ประกอบร่วมได้ 4 องค์ประกอบ เมื่อพิจารณาตัวบ่งชี้ในแต่ละองค์ประกอบแล้ว สามารถกำหนดชื่อองค์ประกอบของการชมแห่งประเทศไทยทางวาจา ได้ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การพูดชมขู

องค์ประกอบที่ 2 การพูดเยาะเย้ย

องค์ประกอบที่ 3 การพูดหยาบคาย
องค์ประกอบที่ 4 การพูดเหยียดหยาม
ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน ได้แสดงค่าความแปรปรวน ความแปรปรวนร่วม และค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวบ่งชี้ในแต่ละด้าน (ดังรายละเอียดในตารางที่ 2 ถึง 5)

ตารางที่ 2 น้ำหนักองค์ประกอบของตัวบ่งชี้พฤติกรรมกรรมการชมแห่งรังแกทางวาจา ด้านการพูดข่มขู่

ตัวบ่งชี้	น้ำหนักองค์ประกอบ
12. ฉันเคยถูกข่มขู่ไม่ให้เข้าร่วมกลุ่ม	0.78
11. ฉันเคยถูกข่มขู่ห้ามไม่ให้พูดคุยกับเพื่อน	0.72
10. ฉันเคยถูกข่มขู่เอาเงินหรือ สิ่งของ	0.62
9. ฉันเคยถูกข่มขู่ทำร้ายร่างกาย ถ้าหากฉันไม่ทำตามคำสั่ง	0.60
ผลรวมความแปรปรวนเท่ากับ 6.34	ร้อยละของความแปรปรวนเท่ากับ 35.23
ร้อยละ ของความแปรปรวนสะสมเท่ากับ 35.23	

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า องค์ประกอบตัวบ่งชี้พฤติกรรมกรรมการชมแห่งรังแกทางวาจา ด้านการพูดข่มขู่ มีผลรวมความแปรปรวนเท่ากับ 6.342 ร้อยละ 0.597 ถึง 0.780 ของความแปรปรวนเท่ากับ 35.234 ประกอบด้วยตัวบ่งชี้ 4 ตัวบ่งชี้ ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง

ตารางที่ 3 น้ำหนักองค์ประกอบของตัวบ่งชี้พฤติกรรมกรรมการชมแห่งรังแกทางวาจา ด้านการพูดเยาะเย้ย

ตัวบ่งชี้	น้ำหนักองค์ประกอบ
13. ฉันเคยถูกพูดเยาะเย้ย ตอกย้ำเมื่อถูกคุณครูตำหนิหรือด่าว่า	.78
14. ฉันเคยถูกพูดซ้ำเติม ตอกย้ำ เมื่อฉันกระทำความผิด	.71
7. ฉันเคยถูกล้อเลียนโดยโพสต์หรือแชร์รูปภาพ ข้อความผ่านทางสื่อออนไลน์	.67
15. ฉันเคยถูกพูดซ้ำเติมเมื่อฉันมีผลการเรียนต่ำหรือได้คะแนนน้อย	.50
8. ฉันเคยถูกพูดล้อเลียนที่ใช้ เสื้อผ้า ของใช้ที่เก๋ ราคาถูก หรือไม่ทันสมัย	.47
19. ฉันเคยถูกนินทาให้เกิดความเสียหายหรืออับอาย	.45
ผลรวมความแปรปรวนเท่ากับ 1.68	ร้อยละของความแปรปรวนเท่ากับ 9.34
ร้อยละของความแปรปรวนสะสมเท่ากับ 44.58	

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า องค์ประกอบตัวบ่งชี้พฤติกรรมกรรมการชมแห่งรังแกทางวาจา ด้านการพูดเยาะเย้ย มีผลรวมความแปรปรวนเท่ากับ 1.68 ร้อยละ 0.45 ถึง 0.78 ของความแปรปรวนเท่ากับ 9.34 ประกอบด้วยตัวบ่งชี้ 6 ตัวบ่งชี้ ซึ่งค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง

ตารางที่ 4 น้ำหนักองค์ประกอบของตัวบ่งชี้พฤติกรรมกรมการชมแห่งประเทศไทย ด้านการพุดหยาบคาย

ตัวบ่งชี้	น้ำหนัก องค์ประกอบ
17. ฉันทเคยถูกเรียกโดยใช้สรรพนามแทนด้วยชื่อของสัตว์เช่น ควาย วัว สุนัข เป็นต้น	.81
18. ฉันทเคยถูกใช้สรรพนามเรียกฉันทด้วยความหยาบคาย	.77
16. ฉันทเคยถูกพุดเสียงดัง หรือตะคอกใส่	.66
4. ฉันทเคยถูกพุดล้อเลียนชื่อพ่อแม่	.41
ผลรวมความแปรปรวนเท่ากับ 1.31	ร้อยละของความแปรปรวนเท่ากับ 7.28
ร้อยละของความแปรปรวนสะสมเท่ากับ 51.86	

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่าองค์ประกอบตัวบ่งชี้ พฤติกรรมกรมการชมแห่งประเทศไทย ด้านการพุดหยาบ คาย มีผลรวมความแปรปรวนเท่ากับ 1.31 ร้อยละของ ความแปรปรวนเท่ากับ 7.28 ประกอบด้วยตัวบ่งชี้ 4 ตัวบ่งชี้ ซึ่งค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.41 ถึง 0.81

ตารางที่ 5 น้ำหนักองค์ประกอบของตัวบ่งชี้พฤติกรรมกรมการชมแห่งประเทศไทย ด้านการพุดเหยียดหยาม

ตัวบ่งชี้	น้ำหนัก องค์ประกอบ
6. ฉันทเคยถูกล้อเลียนฐานะทางการเงินหรือฐานะทางบ้าน เช่น จน	.71
1. ฉันทเคยถูกเอาปมด้อยหรือความพิการของร่างกาย มาพุดล้อเลียนให้เขาอับอายหรือ เสียหน้า เช่น หลังค่อม นิ้วสั้น ตาเข พุดไม่ชัด เป็นต้น	.70
5. ฉันทเคยถูกล้อเลียนเชื้อชาติ เช่น ลาว เขมร	.64
3. ฉันทเคยถูกพุดล้อเลียนที่เกี่ยวกับรูปร่าง ผิวพรรณ เช่น อ้วน เตี้ย ดำ	.49
ผลรวมความแปรปรวนเท่ากับ 1.01	ร้อยละของความแปรปรวนเท่ากับ 5.60
ร้อยละของความแปรปรวนสะสมเท่ากับ 57.47	

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่า องค์ประกอบตัว บ่งชี้พฤติกรรมกรมการชมแห่งประเทศไทย ด้านการพุด เหยียดหยาม มีผลรวมความแปรปรวนเท่ากับ 1.01 ร้อยละของความแปรปรวนเท่ากับ 5.60 ประกอบด้วย ตัวบ่งชี้ 4 ตัวบ่งชี้ ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ ระหว่าง 0.49 ถึง 0.71

2.2 พฤติกรรมกรมการชมแห่งประเทศไทยทางร่างกาย
2.2.1 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิง สำรวจ เพื่อระบุองค์ประกอบร่วมของตัวบ่งชี้การ ชมแห่งประเทศไทยทางร่างกาย ผลการทดสอบความเหมาะ สมของชุดตัวแปรที่นำมาศึกษาโดยการวิเคราะห์ Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy พบค่า KMO เท่ากับ 0.92 แสดงว่า

ตัวแปรชุดนี้มีความเหมาะสมที่จะนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบในระดับดีมาก

2.2.2 ผลการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal component analysis) พบค่าความร่วมกัน (Communality) ของตัวบ่งชี้แต่ละตัวที่ใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบ รวมทั้งหมดจำนวน 21 ข้อ มีค่าอยู่ระหว่าง 0.46-0.69 เป็นค่าความร่วมกันขนาดปานกลางถึงมากมีแนวโน้มที่น่าจะสามารถเข้าอยู่ในองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งได้

2.2.3 ผลการหมุนแกนองค์ประกอบแบบมุมฉาก (Orthogonal rotation) ด้วยวิธีแวนริแมกซ์ (Varimax) พบว่าตัวบ่งชี้ที่ใช้ในการวิเคราะห์ทั้งหมดจำนวน 21 ตัวสามารถจัดกลุ่มเข้าองค์ประกอบ (Component) ได้จำนวน 4 องค์ประกอบที่มีค่าไอเกน (Eigenvalue) เกิน 1.00 โดยมีค่าอยู่ระหว่าง 1.03-7.78 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 4.89-37.04 และ ความแปรปรวนขององค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบ สามารถอธิบายตัวบ่งชี้ได้ร้อยละ 53.84 (ดังตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ค่าไอเกน ร้อยละความแปรปรวนร่วม และ ร้อยละสะสมของความแปรปรวนร่วมในแต่ละองค์ประกอบ

องค์ประกอบที่	ค่าไอเกน	ร้อยละของความแปรปรวนร่วม	ร้อยละสะสมของความแปรปรวนร่วม
1	7.78	37.04	37.04
2	1.43	6.81	43.85
3	1.07	5.10	48.96
4	1.03	4.89	53.84

2.2.4 ผลการระบุชื่อองค์ประกอบ จากการระบุองค์ประกอบร่วมได้ 4 องค์ประกอบ เมื่อพิจารณาตัวบ่งชี้ในแต่ละองค์ประกอบแล้ว สามารถกำหนดชื่อองค์ประกอบของพฤติกรรมกรมการช่มเหงรังแกทางร่างกาย ได้ดังนี้

- องค์ประกอบที่ 1 การละเมิดความเป็นส่วนตัว
- องค์ประกอบที่ 2 การก่อกวนรำคาญ
- องค์ประกอบที่ 3 การทำให้สูญเสียความเป็นตัวของ

ตัวเอง

องค์ประกอบที่ 4 การทำให้เกิดความหวาดกลัว อับอาย

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน ได้แสดงค่าความแปรปรวน ความแปรปรวนร่วม และ ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ของตัวบ่งชี้ในแต่ละด้าน (ดังตารางที่ 7 ถึง 10)

ตารางที่ 7 น้ำหนักองค์ประกอบของตัวบ่งชี้พฤติกรรมกรมการชมแห่งประเทศไทย ด้านการละเมิดความเป็นส่วนตัว

ตัวบ่งชี้	น้ำหนัก องค์ประกอบ
32. ฉันทเคยถูกเพื่อนแกล้งโดยการหยิก/ข่วน	.73
29. ฉันทเคยถูกเพื่อนแกล้งโดยการตี หรือชกต่อย	.63
30. ฉันทเคยถูกเพื่อนแกล้งโดยการตบหัว	.63
31. ฉันทเคยถูกเพื่อนแกล้งโดยการดึงผม	.61
34. ฉันทเคยถูกเพื่อนแกล้งโดยการตีตบ	.58
33. ฉันทเคยถูกเพื่อนแกล้งโดยการกัด	.57
26. ฉันทเคยถูกเพื่อนนำสิ่งของ/งาน/ของใช้ไปซ่อนหรือทำลาย	.38
ผลรวมความแปรปรวนเท่ากับ 7.78	ร้อยละของความแปรปรวนเท่ากับ 37.04
ร้อยละของความแปรปรวนสะสมเท่ากับ 37.04	

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่า องค์ประกอบ
ของตัวบ่งชี้พฤติกรรมกรมการชมแห่งประเทศไทย
ด้านการละเมิดความเป็นส่วนตัว.มีผลรวมความ
แปรปรวนเท่ากับ 7.78 ร้อยละของความแปรปรวน
เท่ากับ 37.04 ประกอบด้วยตัวบ่งชี้ 7 ตัวบ่งชี้ ซึ่งมี
ค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.38 ถึง 0.73

ตารางที่ 8 น้ำหนักองค์ประกอบของตัวบ่งชี้ของตัวบ่งชี้พฤติกรรมกรมการชมแห่งประเทศไทย ด้านการก่อ
ความรำคาญ

ตัวบ่งชี้	น้ำหนักองค์ประกอบ
23. ฉันทเคยถูกเอาเท้าขวางทางเดินเพื่อให้ฉันทหกล้ม	.81
22. ฉันทเคยถูกเพื่อนตั้งใจเดินชน	.69
20. ฉันทเคยถูกขว้างปาสิ่งของใส่	.59
24. ฉันทเคยถูกเพื่อนแหย่ในขณะที่กำลังตั้งใจเรียน	.55
21. ฉันทเคยถูกดึงเก้าอี้ให้ล้มพลาดจากเก้าอี้	.52
ผลรวมความแปรปรวนเท่ากับ 1.43	ร้อยละของความแปรปรวนเท่ากับ 6.81
ร้อยละของความแปรปรวนสะสมเท่ากับ 43.85	

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่า องค์ประกอบตัว
บ่งชี้ของตัวบ่งชี้พฤติกรรมกรมการชมแห่งประเทศไทย
ด้านการก่อความรำคาญมีผลรวมความ
แปรปรวนเท่ากับ 1.43 ร้อยละของความแปรปรวน
เท่ากับ 6.81 ประกอบด้วยตัวบ่งชี้ 5 ตัวบ่งชี้ ซึ่งมี
ค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.52 ถึง 0.81

ตารางที่ 9 น้ำหนักองค์ประกอบ ของตัวบ่งชี้พฤติกรรมการข่มเหงรังแกทางร่างกาย ด้านการทำให้สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง

ตัวบ่งชี้	น้ำหนักองค์ประกอบ
39. ฉันเคยถูกเพื่อนลบหรือบไล้กออกจากรุ่นออนไลน์ของชั้นเรียนหรือกลุ่มกิจกรรม	.70
40. ฉันเคยถูกเพื่อนทำท่าทางล้อเลียนบุคลิกหรือท่าทางเฉพาะ	.65
28. ฉันเคยถูกเพื่อนกักขังในห้องเรียน/ห้องน้ำ	.59
35. ฉันเคยถูกเพื่อนแกล้งโดยการบีบคอ	.57
36. ฉันเคยถูกเพื่อนแกล้งทำให้อับอายโดยใช้วัสดุสิ่งของต่างๆติดตามร่างกาย	.44
ผลรวมความแปรปรวนเท่ากับ 1.07	ร้อยละของความแปรปรวนเท่ากับ 5.10
ร้อยละของความแปรปรวนสะสมเท่ากับ 48.96	

จากตารางที่ 9 แสดงให้เห็นว่า องค์ประกอบตัวบ่งชี้พฤติกรรมการข่มเหงรังแกทางร่างกาย ด้านการทำให้สูญเสียความเป็นตัวของตัวเองมีผลรวมความแปรปรวนเท่ากับ 1.071 ร้อยละของความแปรปรวนเท่ากับ 5.10 ประกอบด้วยตัวบ่งชี้ 5 ตัวบ่งชี้ ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.44 ถึง 0.70

ตารางที่ 10 น้ำหนักองค์ประกอบของตัวบ่งชี้พฤติกรรมการข่มเหงรังแกทางร่างกาย ด้านการทำให้เกิดความหวาดกลัวอับอาย

ตัวบ่งชี้	น้ำหนักองค์ประกอบ
27. ฉันเคยถูกเพื่อนเอาสิ่งทีกลัวมาแกล้งให้ตกใจกลัว	.66
38. ฉันเคยถูกเพื่อนลวนลามทางด้านร่างกาย เช่นจับก้น จับนม จับอวัยวะเพศ	.66
25. ฉันเคยถูกเพื่อนดึงกางเกง/เปิดกระโปรง	.58
37. ฉันเคยถูกเพื่อนแย่ง กินขนม/อาหาร	.58
ผลรวมความแปรปรวนเท่ากับ 1.03	ร้อยละของความแปรปรวนเท่ากับ 4.89
ร้อยละของความแปรปรวนสะสมเท่ากับ 53.84	

จากตารางที่ 10 แสดงให้เห็นว่า องค์ประกอบตัวบ่งชี้พฤติกรรมการข่มเหงรังแกทางร่างกาย ด้านการทำให้เกิดความหวาดกลัว อับอาย มีผลรวมความแปรปรวนเท่ากับ 1.03 ร้อยละของความแปรปรวนเท่ากับ 4.89 ประกอบด้วยตัวบ่งชี้ 4 ตัวบ่งชี้ ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.58 ถึง 0.66

อภิปรายผล

ผลการพัฒนาและวิเคราะห์องค์ประกอบแบบวัดพฤติกรรมการข่มเหงรังแกในสถานศึกษาของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น พบประเด็นที่น่าสนใจซึ่งผู้วิจัยนำเสนอประเด็นการอภิปรายที่สำคัญดังนี้

1. พฤติกรรมการข่มเหงรังแกทางวาจา

ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การพูดข่มขู่ การพูดเยาะเย้ย การพูดหยาบคาย และการพูดเหยียดหยาม เมื่อพิจารณาจากตัวบ่งชี้ในแต่ละองค์ประกอบจะพบว่า เป็นคำพูดส่งผลกระทบต่อความรู้สึกหรือทำให้เกิดความเจ็บปวด หรืออับอาย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Langan¹⁴ ที่อธิบายว่าการข่มเหงรังแกด้านวาจาเกิดในสถานการณ์ที่มีการข่มขู่ เยาะเย้ย ข่มขู่ และดูถูกกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้อื่นเกิดความเจ็บปวด อับอาย หรือประหม่า ทั้งนี้องค์ประกอบของการข่มเหงรังแกทางวาจาทั้ง 4 ด้านตามผลการวิจัยครั้งนี้ มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อิศารัตน์ ปุระณะชัยคีรีและคณะ⁷ และ ศุภรดา ชุมพาลีและ ทศนา ทวีคุณ¹⁰ ที่พบว่า รูปแบบของการข่มเหงรังแกที่พบมากที่สุดในเด็กไทย เป็นการข่มเหงรังแกทางวาจามากที่สุด โดยใช้คำพูดหยาบคาย ล้อเลียน การตำหนิเหยียดหยามเกี่ยวกับผิวพรรณและเชื้อชาติ และสอดคล้องกับผลการวิจัย ของนันทกฤต โรตมนันทกฤต⁹ ที่ศึกษาการรังแกกันในโรงเรียน 91 เรื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545-2554 พบว่า พฤติกรรมการรังแกกันด้วยวัจนะภาษาทางตรงหรือทำให้เดือนร้อนใจ จะพบมากในทุกกลุ่มทวีป การดูถูก การล้อเลียน และการข่มขู่ จะพบได้ค่อนข้างมากทั้งวัฒนธรรมตะวันตกและตะวันออก สำหรับประเทศที่พัฒนาและให้ความสำคัญกับสิทธิมนุษยชน เช่นในทวีปยุโรป รูปแบบรังแกอาจไม่แสดงออกหรือสื่อสารอย่างตรงไปตรงมา สำหรับประเทศไทยการล้อเลียนเหยียดหยามเชื้อชาติพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ซึ่งอาจจะนำไปสู่ปัญหาสังคมที่เกิดจากการปลุกฝังอคติทางเชื้อชาติเผ่าพันธุ์ที่แตกต่างจากตนเอง ดังผลการวิจัยของสมบัติ ตาปัญญา¹³ ที่ศึกษาการรังแกกันของนักเรียนระดับประถมปลาย และมีมัธยมต้น ทุกภูมิภาคทั่วประเทศพบว่าการรังแกกันที่พบมากที่สุดคือ การทำร้ายจิตใจด้วยวาจา ล้อเลียนให้อับอายและดูถูกเหยียดหยามเชื้อชาติเผ่าพันธุ์

2. พฤติกรรมการข่มเหงรังแกทางร่างกาย

ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการละเมิด

ความเป็นส่วนตัว ด้านการก่อความรำคาญ ด้านการทำให้สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง และด้านการทำให้เกิดความหวาดกลัว อับอาย เมื่อพิจารณาจากตัวบ่งชี้ของการวิจัยครั้งนี้พบว่า สอดคล้องกับแบบประเมินพฤติกรรมรังแกกันของ Olweus แปลเป็นภาษาไทยโดย สมบัติ ตาปัญญา¹³ ที่ครอบคลุมพฤติกรรมการข่มเหงรังแกทั้งทางด้านวาจาและร่างกาย โดยด้านร่างกายประกอบด้วยตัวบ่งชี้เกี่ยวกับชก ตะ ดัน ต่อย การขโมยของ การแย่งของ ซึ่งส่งผลให้ผู้ถูกกระทำเกิดความกลัว โกรธ หรือไม่พอใจ นอกจากนี้ยังพบว่าสอดคล้องกับงานวิจัยของนันทกฤต โรตมนันทกฤต⁹ ที่กล่าวว่าลักษณะการข่มเหงรังแกกันทางกาย แสดงออกทางตรงหรือทางอ้อม พบว่ามีความถี่เป็นอันดับสอง รองจากลักษณะการรังแกกันทางวาจาที่พบได้มากที่สุด โดยการข่มเหงรังแกเป็นการแสดงถึงการกระทำที่ล่วงละเมิดสิทธิส่วนบุคคลทั้งกาย วาจา และ จิตใจ โดยการบังคับขู่เข็ญ คุกคาม ทูตตี จำกัดกีดกันเสรีภาพ ทำให้ผู้อื่นไม่พอใจหรือเจ็บปวดทางกาย อารมณ์ จิตใจทั้งที่เจตนา และไม่เจตนา สอดคล้องกับเกษตรชัย และทีม² ที่ได้ให้ข้อสรุปไว้ว่าพฤติกรรมการข่มเหงทางร่างกาย ส่งผลทำให้ผู้ถูกรังแก เกิดความสูญเสียความเป็นตัวเอง เช่นการที่เพื่อนไม่ชวนเล่น ชวนทำกิจกรรมหรือไม่ยอมให้เข้ากลุ่มการที่เพื่อนลบหรือบดบังออกจากกลุ่มออนไลน์ของชั้นเรียนหรือกลุ่มกิจกรรม การถูกทำทางหรือ ล้อเลียนบุคลิกหรือท่าทางเฉพาะ หรือการถูกแกล้งให้อับอายโดยใช้วัสดุสิ่งของต่าง ๆ ติดตามร่างกาย รวมไปถึงการถูกกักขังในห้องเรียน/ห้องน้ำ หรือการถูกแกล้งโดยการบีบคอ ล้วนทำให้บุคคลรู้สึกเจ็บปวด คิดว่าตนเองไม่ดี ทำให้เพื่อนๆไม่ยอมรับ หรือ กลั่นแกล้งจนเกิดทำให้ความภาคภูมิใจในตนเองในตนเองลดลง และ สูญเสียความเป็นตัวเองในที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของ กอร์ปัญญา ภาวะกุล และ ปราโมทย์ สุทธิชัย¹ ที่พบว่า พฤติกรรมข่มเหงรังแกที่พบบ่อยในเด็กไทย ได้แก่ การทำร้ายทูตตี ตะตอย ขว้างปา บังคับขู่เข็ญ ซึ่งพบว่าพฤติกรรมการเหล่านี้เกิดขึ้นในเด็กมัธยมศึกษาตอนต้นและลดลงเมื่อเข้าสู่มัธยมศึกษาตอนปลาย

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้อำนวยการสถานศึกษา หรือ ครูที่รับผิดชอบในการดูแลนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ควรนำเครื่องมือประเมินไปใช้หรือแนะนำให้นักเรียนใช้ในการประเมินตนเองเพื่อระบุระดับและความเสี่ยงต่อการถูกข่มเหงรังแก และนำผลการที่ได้ไปเป็นแนวทางการในการจัดกิจกรรมป้องกัน หรือ แก้ไขปัญหาการข่มเหงรังแกในสถานศึกษา
2. แบบวัดพฤติกรรมกรรข่มเหงรังแกในสถานศึกษาที่พัฒนาขึ้น เหมาะสมกับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น สามารถใช้ประเมินตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงการถูกข่มเหงรังแกจากบุคคลอื่น

การทำวิจัยต่อไป

1. ควรพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมกรรข่มเหงรังแกในระดับประถมศึกษาเพื่อให้เกิดให้มีความครอบคลุม และความต่อเนื่อง
2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรม ป้องกัน หรือ แก้ไขปัญหาพฤติกรรมกรรข่มเหงรังแกในสถานศึกษาที่เป็นรูปธรรม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการลดผลกระทบจากพฤติกรรมกรรข่มเหงรังแก
3. ควรมีการนำแบบวัดไปใช้กับเด็กมัธยมในหลากหลายกลุ่มหรือพื้นที่ที่แตกต่างเพื่อหาคุณภาพหรือความเชื่อมั่นของแบบวัด

เอกสารอ้างอิง

1. กรอบบุญ ภาวะกุลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์. การศึกษาพฤติกรรมรังแกข่มขู่กับระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งกรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2554; 56: 35-4.
2. เกษตรชัย และหิม. พฤติกรรมกรรรังแกกันของนักเรียน. วิทยาสารเกษตรศาสตร์ สาขาสังคมศาสตร์. 2554;32:158-66.
3. เกษตรชัย และหิม และ อุทิศ สังข์รัตน์. การพัฒนาแบบคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรังแกผู้อื่นของนักเรียนโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามในจังหวัดสงขลา. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลา นครินทร์; 2554.
4. เกษตรชัย และหิม. สภาพปัญหาการคัดกรองและป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรังแกผู้อื่นของนักเรียนโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามในจังหวัดยะลา. วารสารปาริชาติ. 2560; 30: 169-92.
5. กัลยกร คุณเจริญ และ ประไพพรรณ ภูมิวุฒิสาร. ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว ความร่วมรู้สึกและ บรรทัดฐานของกลุ่มเพื่อนกับพฤติกรรมกรรข่มเหงรังแกผู้อื่นในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6. วารสารสมาคมส่งเสริมการวิจัย. 2554; 3: 7-19
6. ชุตินาถ ศักรินทร์กุล และ อลิสรา วัชรสินธุ์. ความชุกของการข่มเหงรังแกและปัจจัย ด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องในเด็กมัธยมต้น เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2557; 59: 221-30.
7. อิดาร์ตัน ปุณณะชัยศิริ, สิริรัตดา ปัญญาภาส และ จิตวี แก้วพรสวรรค์. กลยุทธ์ในการ แก้ไขปัญหาการถูกรังแกของเด็กนักเรียน ระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2558; 60(4): 275-86.
8. นันทกฤต โรตมนันทกฤต. พฤติกรรมกรรสื่อสารข้ามวัฒนธรรมกับการข่มเหงรังแกในสถานศึกษา. ปริญญา นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานิเทศศาสตร์ คณะนิเทศศาสตร์: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.

9. พัชรภรณ์ ศรีสวัสดิ์ วิไลลักษณ์ ลังกา กัมปะนาท บริบูรณ์ และครรชิต แสนอุบล. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการข่มเหงรังแกในโรงเรียน. *Veridian E-Journal*, Silpakorn University. 2561; 11(1): 1906–3431
10. ศุภรดา ชุมพาลี และ ทศนา ทวีคุณ. พฤติกรรมรังแกกันของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ของจังหวัดหนึ่งในภาคกลาง ประเทศไทย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 2562; 33(3): 128-48
11. ศุภรัตน์ เอกอัครวิน และ จอมสุรางค์ โพธิสัตย์. ความซุกของประสบการณ์รังแกและโรคร่วมจิตเวชในนักเรียนไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 2560; 25(2): 69-106.
12. สกล วรเจริญศรี. การข่มเหงรังแก. *สารานุกรมศึกษา(Encyclopedia of Education) คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*. 2559; 51: 13–20.
13. สมบัติ ตาปัญญา. รายงานการสำรวจปัญหาการรังแกกันของนักเรียน. *เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*; 2549.
14. Langan Pual. *Bullying in Schools: What you need to know*. New Jersey: Townsend Press Inc.; 2011.
15. Strout, T.D., Vessey, J.A., Difazio, R.L., Ludlow, L.H. The Child Adolescent Bullying Scale (CABS): Psychometric evaluation of a new measure. *Research in Nursing and Health*. 2018; 41: 1-13.

การทบทวนความรู้ทางการพยาบาล ณ จุดเริ่มต้น
สู่ปัจจุบันเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน
Reviewing Basic of Nursing Knowledge towards to present for
Sustainable Development

สิริรัตน์ จันทระโน วท.ม.* Siriratana Juntaranano, M.S.*
พูนพิลาศ โจรนสุพจน์ พย.ม.** Poonpilat Rojanasupot, M.N.S.**
พิมคนภรณ์ ตระกูลต่อวงศ์ พย.ม.*** Pimkanabhon Trakooltorwong, M.N.S.***

Co-responding Authors: Email: siriratanajun@gmail.com

Received: 26 Nov 2019, Revised: 28 Mar 2020, Accepted: 3 Apr 2020

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเชิญชวนพยาบาลให้มีการทบทวนความรู้ที่ซ่อนเร้นในวิชาชีพการพยาบาล และนำไปสู่การจัดการองค์ความรู้ตนเอง แล้วแสดงออกให้เห็นถึงความรู้อันชัดแจ้งจากทฤษฎีสิ่งแวดล้อมของฟลอเรนซ์ในดิงเกลซึ่งเป็นทฤษฎีมรดกทางวิชาชีพ ทั้งการพยาบาลข้างเตียงโดยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล และการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของการแพทย์พื้นบ้านไทยที่เกิดมาก่อนทฤษฎีการดูแลทางวัฒนธรรมของเมดาลิน เอ็ม โคนินเจอร์ มากไปกว่านั้นการปฏิบัติตนตามหลักธรรมของศาสนาที่นับถือพุทธศาสน์ยึดหลักศีล สมาธิ ปัญญา และหลักโยสเมตสิกการ และคริสต์ศาสนาที่สอนให้ปฏิบัติกับผู้อื่นด้วยสติปัญญา โดยใช้โอกาสให้เป็นประโยชน์ และทำให้ดีที่สุดเหมือนทำต่อองค์พระผู้เป็นเจ้า การพัฒนาสมองสองด้านในการใช้ชีวิตประจำวันโดยการใช้งานของมือทั้งสองไปพร้อมกันการทบทวนความรู้ด้วยหัวใจนักปราชญ์ (สุ-จิ-ปุ-ลิ) และการใช้ภาษาตามหลักภาษาไทย จะช่วยให้การเขียนผลงานเชิงวิชาการมีความถูกต้อง ชัดเจนอย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้มีการสร้างพฤติกรรมการเรียนรู้ของผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 (ผู้ใฝ่เรียน-ผู้นำการเปลี่ยนแปลง-พลเมืองที่เข้มแข็ง) นำไปสู่การพัฒนาวิชาชีพ และสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาลได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การทบทวนความรู้ทางการพยาบาล การพัฒนาที่ยั่งยืน

* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ E-mail: siriratanajun@gmail.com

* Assoc. Prof., McCormick Faculty of Nursing, Payap University

** อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ E-mail: poonpilatroj@gmail.com

** Lecturer, McCormick Faculty of Nursing, Payap University

*** อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี อุบลราชธานี E-mail: 266334@gmail.com

*** Lecturer, Faculty of Nursing, Ratchathani University, Ubon Ratchathani

Abstract

The purpose of this article is to invite nurses to review nurses' tacit knowledge, to conduct knowledge management and revealing in the process of explicit knowledge. In Florence Nightingale's Environmental Theory which were cultural heritage professions, bedside nursing by applying the nursing process and holistic health care of Thai indigenous medicine that originated before the Leiningers' theory of cultural care diversity and universality. Moreover, practicing in Buddhism; precepts, meditation, wisdom, and the Yonisomanasikara principle and practicing in Christians, teach them to act wisely with the opportunity to benefit and make the best as well as to Jesus. Developments both sides of the brain on daily life by using both hands at the same time, reviewing knowledge with a saint's heart (Su-Chi-Pu-Li) and manipulation of language according to Thai principles can help the author to write academic articles correctly, clearly and concretely. These affect learning behaviors of learners in the 21st century (learners, co-creators and active citizens) as a way to professional development and sustainable nursing innovative.

Keywords: Reviewing basic of nursing knowledge, Sustainable development

บทนำ

ปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม เข้ามามีบทบาทสำคัญในการพัฒนาประเทศรติมา คชนันท์¹ กล่าวว่า “การพัฒนาอุตสาหกรรมไทยอยู่ตรงไหนในเวทีโลก’ ขณะที่การขับเคลื่อนเศรษฐกิจด้วยนวัตกรรมไทย เพื่อไปสู่การเป็นประเทศที่พัฒนาและมีรายได้สูงภายในปี พ.ศ.2579 ตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องเป็นการขับเคลื่อนบนฐานนวัตกรรมที่มุ่งเน้นการเพิ่มศักยภาพการแข่งขัน และสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคการผลิต การค้า และการบริการ เพื่อกระตุ้นการเพิ่มผลผลิตที่มีคุณภาพ และสร้างงานที่มีคุณค่า ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญในการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศอย่างยั่งยืนในอนาคต ลดปัญหาความเหลื่อมล้ำ และยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน รัฐบาลให้ความสำคัญและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ อย่างไรก็ตามยังมีประเด็นความสำคัญของบริบทโลกในอนาคตที่จะเข้ามามีบทบาทและส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวโน้มเทคโนโลยี นวัตกรรม และสังคมผู้สูงอายุที่ประเทศไทยต้องรับ

เตรียมการรับมือให้ดี เพื่อให้ทันต่อบริบทโลกที่เต็มไปด้วยการแข่งขัน และการเปลี่ยนแปลงอย่างก้าวกระโดด ดังนั้นเพื่อเป็นการพัฒนานวัตกรรม และสร้างขีดความสามารถทางการแข่งขันทางเศรษฐกิจในอนาคต รัฐบาลจึงพิจารณา 9 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ให้ความสำคัญกับการศึกษาเยาวชนในรูปแบบการบูรณาการความรู้ในวิชาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี คณิตศาสตร์ และวิศวกรรมศาสตร์ และเอื้อให้การสร้างนวัตกรรมเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตร เพื่อสร้างบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถเพียงพอที่จะมีส่วนช่วยในการพัฒนาเทคโนโลยี และนวัตกรรมของประเทศไทยในระยะยาว 2) เร่งส่งเสริมการพัฒนานวัตกรรมโดยการร่วมสร้างนวัตกรรมกับภาคเอกชน 3) สนับสนุนการสร้างนวัตกรรมที่มาจากภูมิปัญญาท้องถิ่น ให้สะท้อนความเป็นอัตลักษณ์ที่โดดเด่นและเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม 4) มุ่งเน้นการสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งระหว่างสถาบันการศึกษา สถาบันวิจัย ส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐ เอกชน และเครือข่ายวิจัยต่างประเทศ 5) มีมาตรการดึงดูดและรักษาคนเก่งไว้ในองค์กร 6) ส่งเสริมและผลักดันการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม

7) เร่งส่งเสริมนวัตกรรมแบบเปิด เช่น การสร้างเมืองอัจฉริยะ (Smart city) 8) มุ่งเน้นการสร้างนวัตกรรมสำหรับสังคมผู้สูงอายุ และ 9) เร่งพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานอย่างต่อเนื่อง เพื่อรองรับนวัตกรรมในอนาคต” จากบทความนี้ทำให้ทุกสาขาวิชาชีพต้องตื่นตัวพร้อมมีการปรับเปลี่ยนการพัฒนาศักยภาพทั้งการผลิต การค้า และการบริการ โดยใช้กลไกการขับเคลื่อนบนฐานนวัตกรรมซึ่งเป็นการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความยั่งยืนมั่นคง

วิชาชีพการพยาบาลเป็นศาสตร์ที่พยาบาลวิชาชีพสามารถสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาล เพื่อการดูแลผู้ป่วยโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง บทความนี้ผู้เขียนต้องการนำเสนอการใช้แนวคิดของการย้อนกลับไปทบทวนความรู้ ณ จุดเริ่มต้นสู่ปัจจุบันเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน จากการทบทวนความรู้ที่ซ่อนเร้นแห่งตน (Tacit knowledge) พบว่า ความรู้ทางการพยาบาลมีอยู่มากมายหลากหลายศาสตร์ ทั้งที่ได้นำมาใช้ และไม่ได้นำมาใช้ในการประกอบวิชาชีพ ความรู้บางอย่างจำได้ แต่บางอย่างจำได้ไม่ครบถ้วน ส่วนที่จำได้บางครั้งไม่สามารถนำไปใช้ได้ หรือขาดแนวทางการนำไปใช้ต่อยอด และอีกหลายประเด็นที่ขาดการรวบรวมความคิดเพื่อจัดการองค์ความรู้ของตนเอง (Knowledge management; KM) และแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้อื่น ผู้เขียนจึงขอเรียงลำดับการย้อนกลับไปทบทวนความรู้ ณ จุดเริ่มต้นสู่ปัจจุบันเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนในหลาย ๆ ด้านที่เกี่ยวข้อง

ทฤษฎีสิ่งแวดล้อมของฟลอเรนซ์ไนติงเกล

ฟลอเรนซ์ ไนติงเกล (ค.ศ.1820-1910) เป็นผู้ให้กำเนิดวิชาชีพการพยาบาล ทฤษฎีสิ่งแวดล้อมของฟลอเรนซ์ไนติงเกล ถือว่าเป็นทฤษฎีมรดกทางวิชาชีพ และเป็นทฤษฎีทางการพยาบาลแนวใหม่ Nightingale² บรรยายถึงมโนทัศน์การพยาบาลไว้ ดังนี้ 1) การระบายอากาศและความอบอุ่น อากาศบริสุทธิ์ผ่านทางหน้าต่าง ส่วนอากาศเสียผ่านทางประตู ผู้ป่วยหายจากโรค เพราะพยาบาลให้การดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อ่อนเพลีย 2) สุขลักษณะของบ้าน บ้านที่ถูกต้อง

สุขลักษณะ คือ (1) มีอากาศถ่ายเทบริสุทธิ์ (2) น้ำสะอาด (3) การจัดของเสียจากท่อระบายต่าง ๆ และห้องน้ำ (4) ความสะอาดภายในและภายนอกบ้าน และ (5) การเปิดหน้าต่างและประตูช่วยลดการติดเชื้อได้ 3) การจัดการในหอผู้ป่วย มีความสำคัญต่อการวางแผนการพยาบาล และการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลหัวหน้าเวร (In-charge) ต้องจัดการหอผู้ป่วยให้เรียบร้อย 4) เสียง การพักผ่อนเป็นสิ่งสำคัญของผู้ป่วย พยาบาลต้องระวังกับเสียงที่รบกวนผู้ป่วย 5) สภาพสิ่งแวดล้อม การนอนป่วยนาน ๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการซึมเศร้า การดูแลสิ่งแวดล้อม ปรับเปลี่ยนรูปแบบใหม่ ๆ ช่วยให้ร่างกายสดชื่น ส่งผลต่อจิตใจดีขึ้น 6) การรับประทานอาหาร พยาบาลต้องรู้จักจัดการเรื่องอาหารให้เหมาะสมกับผู้ป่วย และเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้อย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย 7) ประเภทอาหาร การจัดการอาหารที่มีคุณค่าบำรุงกำลังช่วยชดเชยส่วนที่สึกหรอ และช่วยเสริมกำลังร่างกายให้แก่ผู้ป่วย 8) เตียงและเครื่องนอน เตียงต้องสะอาดและมีขนาดไม่กว้างเกินไป (ช่วยให้การพยาบาลข้างเตียงได้สะดวก) ไม่ควรสูงเกินไปทำให้ขึ้นลงลำบาก และผ้าปูที่นอนสะอาดไม่เปียกชื้นช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับ 9) แสงสว่าง ห้องมีแสงสว่างเพียงพอ ช่วยลดอุบัติเหตุ 10) ความสะอาดของห้องและผนัง มีแสงแดดส่องได้ทั่วห้อง มีประโยชน์ต่อการกำจัดเชื้อโรค 11) ความสะอาดส่วนบุคคล การทำความสะอาดและดูแลให้ผิวสะอาด ชุ่มชื้นอยู่เสมอ ป้องกันการอุดตันของรูขุมขน และผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย 12) การสนทนาให้กำลังใจและให้คำแนะนำ เป็นการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ และการเจรจาพูดคุยให้ผู้ป่วยเกิดความ รู้สึกสบายใจ และ 13) การสังเกตอาการป่วยพยาบาลจะเป็นผู้ที่ช่างสังเกต เรียกว่า “การประเมิน” ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล

แนวคิดย้อนกลับไปคิดทบทวนความรู้ด้านการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของไนติงเกล ทฤษฎีการพยาบาลของไนติงเกล เน้นสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ การพยาบาลเป็นการจัดสิ่งแวดล้อมที่ดีที่สุดให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ธรรมชาติได้มีส่วนช่วยให้

ผู้ป่วยหายเร็วขึ้น การปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีนี้จะต้องทำร่วมกับหลักการทางสาธารณสุขด้วย การปรับปรุงภาวะสุขภาพของทหารในประเทศอังกฤษ จัดการสภาพแวดล้อม และการสุขาภิบาล และวิธีใช้หลักการทางสถิติ พบว่า อัตราการตายของทหารลดลงจากร้อยละ 42 เหลือร้อยละ 2 ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานที่มีผลลดอัตราการตายโดยมีสถิติอ้างอิงเป็นรูปธรรมเช่นเดียวกับสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ในปัจจุบันที่การระบาดมีการแพร่กระจายจากบุคคลหนึ่งสู่อีกคนอย่างรวดเร็ว แต่ด้วยการคำนึงถึงหลักการระบาดวิทยา และหลักการจัดสิ่งแวดล้อม ทำให้การระบาดลดลง มีแนวทางในการควบคุมการระบาดดีขึ้น และเมืองซึ่งเป็นแหล่งกำเนิดของโรคสามารถระงับการระบาดได้โดยหลักการระบาดวิทยา และหลักการจัดสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ คือ ตัวคน (Host) สิ่งที่ทำให้เกิดโรค (Agent) และสิ่งแวดล้อม (Environment)³ ในส่วนของตัวคน มีการใช้มาตรการในการคัดกรองผู้เจ็บป่วยและผู้ได้รับเชื้ออย่างรวดเร็ว การแยกผู้ป่วย การป้องกันบุคคลทั่วไปไม่ให้ได้รับเชื้อด้วยมาตรการลดการสัมผัสทางกายกับผู้อื่นงดการชุมนุม การล้างมือบ่อย ๆ ไม่สัมผัสใบหน้า และรับประทานอาหารร้อน ในส่วนของสิ่งทำให้เกิดโรค มีการทดลองในหลายประเทศเกี่ยวกับการใช้ยาที่สามารถยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อโรคได้ การป้องกันไม่ให้ผู้ได้รับเชื้อมีการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น และในด้านสิ่งแวดล้อม มีการล้างทำความสะอาดพื้นผิว ห้อง การดูแลสิ่งแวดล้อมให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก มีแสงแดดส่องถึง⁴

จากทฤษฎีการพยาบาลของฟลอเรนซ์ จึงได้รับการยกย่องว่า “เป็นผู้ริเริ่มการวิจัยทางการพยาบาล”⁵ จนกระทั่งในเวลาต่อมาได้รับการยกย่องจากสมาคมสถิติโลกว่าเป็น “มารดาแห่งสถิติชีพ (Mother of Vital Statistics)” และได้รับเกียรติให้เป็นสมาชิกกิตติมศักดิ์ของสมาคม⁶ ทฤษฎีสิ่งแวดล้อมของฟลอเรนซ์ในดิงเกิลนี้ เป็นการแสดงบทบาทอิสระของพยาบาลอย่างแท้จริง สอดคล้องกับหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ⁷ ได้แก่ 1) การดูแลรักษาร่างกาย อาบน้ำทุกวัน วันละ 1 ครั้ง สระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ตัดเล็บมือเล็บเท้าให้สั้น

อยู่เสมอ สวมใส่เสื้อผ้าที่สะอาด ไม่อับชื้น และให้อบอุ่นเพียงพอ 2) รักษาฟันให้แข็งแรง แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน 3) ล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหาร และหลังการขับถ่าย 4) รับประทานอาหารสุกสะอาด ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว 5) งดสูบบุหรี่ สุรา สารเสพติดการพนัน และการสำส่อนทางเพศ 6) สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น 7) ป้องกันอุบัติเหตุด้วยความไม่ประมาท 8) ออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง 9) ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ พักผ่อน นอนหลับให้เพียงพอ และมองโลกในแง่ดี 10) มีสำนึกต่อส่วนรวม ร่วมสร้างสรรค์สังคม ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด อนุรักษ์และพัฒนาสิ่งแวดล้อม ทฤษฎีนี้มีสาระสำคัญในการส่งเสริมการพักผ่อนนอนหลับ และความสุขสบายของผู้ป่วย สอดคล้องกับงานวิจัยของนางลักษณ์ ทัศนเกตุ⁸ พบว่า ความเจ็บปวดเป็นปัจจัยด้านร่างกายที่ส่งผลต่อการนอนหลับมากที่สุด และเสียงเป็นปัจจัยสำคัญที่เกิดขึ้นในขณะนอนโรงพยาบาล แหล่งของเสียงที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ เสียงที่เกิดจากกิจกรรมการพยาบาลดูแลผู้ป่วยของพยาบาล ทั้งทางตรง และทางอ้อม เป็นปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระดับมาก เสียงอุปกรณ์การแพทย์ เช่น เครื่องคำนวณหยดน้ำเกลือ เครื่องช่วยหายใจ สภาพแวดล้อม ได้แก่ เสียงรบกวนจากผู้ป่วยอื่น เสียงจากเจ้าหน้าที่ เสียงโทรศัพท์ การถูกรบกวนจากแสงไฟ (ทำให้การรับรู้ความแตกต่างของกลางวันและกลางคืนลดลง) และไม่มีความเป็นส่วนตัวจากการนอนรวมกับผู้อื่น

ในส่วนของบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ สิริรัตน์ จันทระมะโน⁹ กล่าวว่า บทบาทหน้าที่พยาบาลเปรียบเทียบให้เห็นภาพที่ทำให้เข้าใจง่าย คือ บทบาทของแม่หมอ (ต้องมีความรู้เรื่องโรค และการดูแลช่วยเหลือ) แม่พระ (ต้องมีบุคลิกภาพ น่าเชื่อถือ อบอุ่นไว้ใจ พึงพาได้เมื่อเจ็บป่วย) แม่นม (เป็นผู้ที่ให้การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยเป็นอย่างดีดุจญาติของตน) แม่ครู (เป็นผู้ให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวและการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว) และแม่บ้าน (เป็นผู้ดูแลสารทุกข์สุกดิบในช่วงที่นอนรักษาตัวจำหน่ายออกจาก

โรงพยาบาล) การเลือกใช้ศาสตร์ของการดูแลสุขภาพแบบทางเลือกต่อการพักผ่อนและการนอนหลับของผู้ป่วย สอดคล้องจินดารัตน์ ชัยอาจ¹⁰ ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) พบว่า การส่งเสริมการนอนหลับ แบ่งออกเป็น สุขบัญญัติ การนอนหลับ การกดจุด การผ่อนคลาย การนวด การใช้ดนตรี และการใช้เสียง หรือภาพธรรมชาติ และสุนทรียภาพ นอกจากนี้ผลงานวิจัยของสิริรัตน์ จันทรมะโน¹¹ พบว่า การทำสมาธิด้วยพลังจิตและพลังพีระมิดช่วยลดความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดใหญ่ได้ โดยกลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดต่ำกว่าและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อความปวดลดลงคุณภาพการนอนหลับดีขึ้น

จากผลงานวิจัยที่มากล่าวข้างต้น พบว่า เป็นการนำความรู้ที่พยาบาลวิชาชีพมีอยู่เป็นทุนเดิม มาต่อยอดความรู้โดยผ่านการทบทวนวิจัย เพื่อให้มีความน่าเชื่อถือในเชิงวิชาการ พบว่าการจัดการสิ่งแวดล้อมให้สะอาด สอดคล้องกับการปฏิบัติตามสุขบัญญัติที่ทราบกันมา ตั้งแต่ยี่สิบ และสอดคล้องกับการส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วย เป็นการปฏิบัติการพยาบาลในบทบาทอิสระโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติ ทำให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ใช้บริการ เพราะพยาบาลมีเอกสิทธิ์ในวิชาชีพของตน โดยเฉพาะกระบวนการดูแลผู้ป่วยจากกิจกรรมการพยาบาลข้างเตียง (Bedside nursing care) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาพสบาย และสุขอนามัยประจำวัน ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย และการสระผม จากประสบการณ์ของผู้เขียนการนิเทศบนคลินิกในวิชาปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน พบว่า การสระผมผู้ป่วยบนเตียงแบบเดิม ๆ อาจมีความยุ่งยากในการปฏิบัติ เช่น น้ำที่ใช้หกเลอะเทอะ ผ้ารองสระผมที่ต้องทำและเก็บทุกครั้ง ผู้เขียนจึงได้นำนวัตกรรม “รถสระผมผู้ป่วยเคลื่อนที่” มาประยุกต์ใช้บริการสระผมผู้ป่วยบนเตียงซึ่งมีวิธีการปฏิบัติง่ายและสะดวกมากขึ้น ไม่ยุ่งยากเหมือนวิธีเดิม ทำให้ผู้ป่วยสัมผัสได้ถึงความสุขสบาย รถเข็นฯ นี้ผู้ดูแลและญาติสามารถใช้สระผมให้ผู้ป่วยบนเตียงได้เช่นกัน

อย่างไรก็ตามในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในยุคปัจจุบันนี้ สิ่งสำคัญคือการยึดการดูแลแบบองค์รวม เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและต้องใส่ใจในความหลากหลายและแตกต่างทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยด้วย เพราะว่าวัฒนธรรมที่แตกต่างกันทำให้มีความต้องการการดูแลที่แตกต่างกันไป

ทฤษฎีการดูแลทางวัฒนธรรมของเมดาไลน์ เอ็ม ไลนินเจอร์ (Madeleine M. Leininger's)

ทฤษฎีการดูแลทางวัฒนธรรมของเมดาไลน์ เอ็ม ไลนินเจอร์ (Madeleine M. Leininger's) ในปี ค.ศ.1950 ทฤษฎีนี้ได้พัฒนาเรื่อยมาจนเปลี่ยนชื่อเป็นทฤษฎีการดูแลเชิงวัฒนธรรมที่หลากหลายและเป็นสากล (Leininger's theory of cultural care diversity and universality)¹² ไลนินเจอร์ ได้กล่าวถึงข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีนี้ ดังนี้ 1) การดูแลเป็นแก่นแท้ในความสำเร็จของการพยาบาล และมีความแตกต่างมีจุดเด่น และการเป็นศูนย์กลางและมีความมุ่งหวังเข้าร่วมด้วยกันทั้งหมด 2) การดูแลเป็นความสำคัญที่จำเป็นเพื่อการมีสุขภาพดี ความสมบูรณ์แข็งแรง และเผชิญชีวิตหรือความตายได้อย่างเหมาะสม 3) การดูแลเชิงวัฒนธรรมเป็นการเรียนรู้ในความหมายของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และนำปรากฏการณ์ความเป็นตัวตนของผู้ที่ต้องการได้รับความช่วยเหลือมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล 4) การพยาบาล เป็นการดูแลที่ให้ความเห็นอกเห็นใจแบบข้ามวัฒนธรรม และเป็นการดูแลด้วยหลักการของวิทยาศาสตร์ 5) การดูแลเป็นสิ่งจำเป็นต่อการรักษา เยียวยาให้หายจากความเจ็บป่วย การรักษายังจะไม่สัมฤทธิ์ผลหากปราศจากซึ่งการได้รับการดูแล 6) แนวคิดการดูแลเชิงวัฒนธรรม ประกอบด้วย ความหมาย พฤติกรรมที่แสดงออก กระบวนการกระทำ และโครงสร้างของการดูแล ซึ่งมีความหลากหลาย และมีความเหมือนกันท่ามกลางทุกวัฒนธรรมบนโลกใบนี้ 7) วัฒนธรรมของมนุษย์ทุกเชื้อชาติเป็นการปฏิบัติโดยทั่วไป การวางรากฐาน การดูแลพื้นบ้านหรือศาสตร์พื้นบ้าน ทั้งความรู้และการปฏิบัติซึ่งแตกต่างกันไปตามบริบทวัฒนธรรมของชุมชน 8) ค่านิยมของการ

ดูแลเชิงวัฒนธรรมเป็นความเชื่อ และการปฏิบัติ ซึ่งได้รับอิทธิพลจาก ภาษา ศาสนา (จิตวิญญาณ) เครือญาติ (สังคม) การเมือง (กฎหมาย) การศึกษา เศรษฐกิจ เทคโนโลยี ชาติพันธุ์วิทยา และการมีส่วนร่วมของบริบททางวัฒนธรรม 9) การมีสุขภาพแข็งแรง และความพึงพอใจที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตตามวัฒนธรรมนั้นขึ้นอยู่กับการพยาบาลที่เลือกสรรในการดูแลสุขภาพต่อตนเอง ครอบครัว เพื่อน และชุมชน ให้มีความสุขภาพดีและมีความสุข ภายใต้บริบทของสภาพแวดล้อม 10) การดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมอย่างลงตัว 11) ความแตกต่างของการดูแลเชิงวัฒนธรรมและความเหมือนกันระหว่างผู้ดูแลเมื่ออาชีพและผู้คนทั่วไป ยังคงมีอยู่ในวัฒนธรรมของมนุษย์ 12) ผู้ป่วยเป็นผู้มีประสบการณ์จากการได้รับการพยาบาลที่ล้มเหลว สอดคล้องกับความเชื่อ ค่านิยม และการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตแห่งตน และ 13) กระบวนทัศน์ของการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ เป็นวิธีการใหม่ที่มีความแตกต่างซึ่งเกี่ยวข้องกับญาณวิทยา (Epistemic) และภววิทยา (Ontological) ของการดูแลสุขภาพข้ามวัฒนธรรม

แนวคิดย้อนกลับไปคิดทบทวนการดูแลสุขภาพตามทฤษฎีการดูแลทางวัฒนธรรมของไลนิงเจอร์

แนวคิดย้อนกลับไปคิดทบทวนการดูแลสุขภาพ นับตั้งแต่ทฤษฎีของ Leininger จนถึงปัจจุบันเป็นเวลาเกือบ 70 ปีเท่านั้น แต่การดูแลสุขภาพของคนไทยด้วยศาสตร์พื้นบ้านนั้นมีมาตั้งแต่โบราณนับร้อย ๆ ปี ผ่านการดำเนินชีวิตตามบริบทประเพณีวัฒนธรรมของไทย เป็นมรดกทางวัฒนธรรมที่ส่งต่อรุ่นสู่รุ่น สอดคล้องกับงานวิจัยของสิริรัตน์ จันทระมะโน เจนระวี สว่างอารีย์รักษ์ และธนิดา ขุนบุญจันทร์¹³ ที่ศึกษาภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้านไทยในการเยียวยารักษาด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยกระดูกหักพบว่า ภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้านไทยได้รับการสืบทอดมาจากบรรพบุรุษ ครูผู้ล่วงลับ และสัมผัสดีหุก จึงทำให้ไม่มีตำราเรียน ใช้การสอนแบบตัวต่อตัวด้วยการจดจำความรู้ หมอพื้นบ้านไทยต้องทำพิธีไหว้ครูประจำปี ซึ่งเป็นการแสดงความเคารพต่อครูโดย

เชื่อกันว่า ครูจะอวยพรให้มีปัญญาแกร่งกล้าเพิ่มขึ้น และนำความรู้นั้นไปใช้สอนลูกศิษย์ของตนได้สัมฤทธิ์ผล วิธีการรักษาด้านร่างกายสอดคล้องกับการรักษาของศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ แต่แตกต่างกันที่วัสดุในการตามกระดูกหัก และใช้วิธีการเยียวารักษาด้านจิตวิญญาณ สรุพบว่าวิธีการเยียวารักษาด้านจิตวิญญาณนั้นนำมาประยุกต์ใช้กับวิชาชีพการพยาบาล โดยมีข้อเสนอแนะว่า การดูแลสุขภาพด้วยการผสมผสานภูมิปัญญาไทยร่วมกับการพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตวิญญาณ

นอกจากนี้การใช้หลักคัมภีร์ศาสนาเพื่อการดูแลจิตวิญญาณของคริสตชน คือ ถ้อยคำของพระเจ้า ผู้เป็นเจ้าของ โศกโศกใจให้มนุษย์บันทึกไว้ แม้จะมีความเก่าแก่ หากแต่มีสาระที่เป็นประโยชน์ต่อมนุษย์ทุกด้านและคงความทันสมัย อธิบายได้ด้วยวิทยาการสมัยใหม่ สาระหลักซึ่งตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตวิญญาณของมนุษย์ ได้แก่ ความต้องการความรักแบบไม่มีเงื่อนไข การได้รับการอภัย ความหวังในชีวิตหลังความตายหรือภราดรภาพ ความต้องการที่พึงอันประเสริฐ ความหมายและเป้าหมายในชีวิตซึ่งส่งผลให้บุคคลที่ยึดเหนี่ยวศรัทธาได้รับการตอบสนองต่อความต้องการทางจิตวิญญาณทำให้เกิดความผาสุกสงบ ส่วนสาระที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ที่ทำให้มนุษย์ปลอดภัยจากการแพร่ระบาดของโรค อันตรายจากการติดเชื้อ ส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดี เมื่อศึกษาหลักธรรมของศาสนาคริสต์อย่างลึกซึ้งทำให้เข้าใจบริบททางสังคมวัฒนธรรมของคริสตชน และค้นพบหลักการที่สามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมวงกว้างในปัจจุบันสมัยได้¹⁴ ฟลอเรนซ์ไนติงเกล เป็นคริสตชนผู้หนึ่งซึ่งแสดงให้เห็นประจักษ์ถึงพลังอันยิ่งใหญ่ในจิตวิญญาณของผู้นำทางการพยาบาล อันเป็นที่มาของการสร้างสรรค์งานอันทรงคุณค่าต่อมวลมนุษยชาติ การลดอัตราการตายของทหารซึ่งบาดเจ็บจากการสู้รบในสงครามไครเมียที่พักรักษาตัว ณ โรงพยาบาลทหารที่ สะคูตารี ในประเทศตุรกี การดูแลช่วยเหลือทหารวันละ 20 ชั่วโมง จนได้รับสมญานามว่าเป็น “สตรีแห่งดวง

ประทีป” (The lady with the lamp) เมื่อสงครามสงบลงในปี ค.ศ.1856 ได้เดินทางกลับประเทศอังกฤษ และทำการเปิดโรงเรียนพยาบาลในดิงเกลตันเป็นแห่งแรก นับเป็นการเปลี่ยนแปลงการพยาบาลในขณะนั้น จากอาชีพที่คนมองไม่เห็นคุณค่ามาเป็นวิชาชีพที่มีมาตรฐานในการปฏิบัติโดยมีเป้าประสงค์ที่สำคัญในการช่วยเหลือเยียวยา และปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานความรู้ที่ดี รวมทั้งให้การดูแลแบบองค์รวม เป็นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณ เป็นการพยาบาลที่ยังใช้ได้ดีถึงในปัจจุบันแม้ว่าจะผ่านมาเกือบสองร้อยปีแล้วก็ตาม⁶

การดูแลสุขภาพด้านจิตวิญญาณ สอดคล้องกับอูโร หักกิจ และวาริรัตน์ ถาน้อย¹⁵ ที่กล่าวว่า “การพยาบาลองค์รวมมีโลกทัศน์ต่อบุคคลอย่างเป็นองค์รวม โดยให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ การเยียวยา และความผาสุกของบุคคล ส่งเสริมการใช้ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน รวมทั้งการบูรณาการประสบการณ์ของบุคคลสู่การดูแลสุขภาพ ด้วยเหตุนี้การพยาบาลองค์รวมจึงสามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพองค์รวมของบุคคลอย่างครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลยังประสบปัญหาในการให้การพยาบาลแบบองค์รวมหลายประการ เช่น การขาดความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดขององค์รวมและจิตวิญญาณรวม ทั้งการศึกษาที่เตรียมพยาบาลด้านนี้อาจยังไม่เพียงพอ สอดคล้องกับทัศนีย์ ทองประทีป¹⁶ กล่าวว่า “วิชาชีพพยาบาล เป็นวิชาชีพที่สร้างคุณประโยชน์ให้กับทุกสังคมทั่วโลกมาเป็นเวลาช้านาน เพราะพยาบาลทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพและการเจ็บป่วยของประชาชนในทุกวัยตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต และจิตวิญญาณเป็นมิติหนึ่งของการพยาบาล” และพินิจ รัตนกุล (อำนวยการทัศนีย์ ทองประทีป)¹⁶ กล่าวว่า “ผู้ที่สามารถให้การดูแลด้านจิตวิญญาณ (Spiritual care) แก่ผู้ป่วยได้ดีที่สุด นอกจากเป็นผู้สามารถผสมผสานแนวคิด และวิถีปฏิบัติของศาสนาต่าง ๆ กับวิธีการทางการแพทย์แล้ว ยังต้องเป็นผู้ที่มี

ความแข็งแกร่งด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) อยู่ในตัวด้วย” เมื่อตนเองมีจิตวิญญาณที่แข็งแกร่งจึงจะสามารถดูแลจิตวิญญาณของผู้อื่นได้อย่างเข้มแข็ง

การจัดการเรียนการสอนเพื่อสร้างผู้เรียนให้มีทักษะในศตวรรษที่ 21 โดยบูรณาการคำสอนในศาสนาพุทธ

กระทรวงศึกษาธิการได้ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรฐานการอุดมศึกษา พ.ศ.2561¹⁷ ระบุว่า มาตรฐานการอุดมศึกษา ประกอบด้วยมาตรฐาน 5 ด้าน ได้แก่ มาตรฐานที่ 1 ด้านผลลัพธ์ผู้เรียน 1.1) เป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถ และความรู้รอบรู้ด้านต่าง ๆ ในการสร้างสัมมาอาชีพ ความมั่นคง และคุณภาพชีวิตของตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม มีทักษะการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยเป็นผู้มีคุณธรรม ความเพียร มุ่งมั่น มานะ บากบั่น และยึดมั่นในจรรยาบรรณวิชาชีพ (Learner) 1.2) เป็นผู้ร่วมสร้างสรรค์นวัตกรรม มีทักษะศตวรรษที่ 21 มีความสามารถในการบูรณาการศาสตร์ต่าง ๆ เพื่อพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาสังคม มีคุณลักษณะความเป็นผู้ประกอบการ รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของสังคมและของโลก สร้างโอกาสและเพิ่มมูลค่าให้กับตนเอง ชุมชน สังคม และประเทศ (Co-creator) และ 1.3) เป็นพลเมืองที่เข้มแข็ง มีความกล้าหาญทางจริยธรรม ยึดมั่นในความถูกต้อง รู้คุณค่าและรักษความเป็นไทย ร่วมมือร่วมพลังเพื่อสร้างสรรค์การพัฒนาและเสริมสร้างสันติสุข อย่างยั่งยืนทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน สังคม และประชาคมโลก (Active citizen)

แนวคิดย้อนกลับไปคิดถึงบทวนการจัดการเรียนการสอน เพื่อสร้างผู้เรียนให้มีทักษะในศตวรรษที่ 21 โดยบูรณาการคำสอนในศาสนาพุทธ ดังนี้ “ไตรสิกขา” ในหลักคำสอนของพระพุทธศาสนา หมายถึง ข้อที่ต้องศึกษาปฏิบัติ เป็นกระบวนการปฏิบัติเพื่อการพัฒนาแบบบูรณาการ 3 ข้อ คือ “ศีล” หมายถึง การฝึกฝนพัฒนาพฤติกรรมทางกาย และวาจาในการสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางวัตถุ และทางสังคม ด้วยตา หู จมูก ลิ้น กาย วาจา “สมาธิ” หมายถึง การฝึกฝนพัฒนาจิตใจโดยการปลูกฝังคุณธรรม สร้างเสริมคุณภาพ

สมรรถภาพ และสุขภาพของจิตใจ การพัฒนาจิตใจ ซึ่งเป็นฐานของการแสดงพฤติกรรมทุกอย่าง “ปัญญา” หมายถึง การฝึกฝนด้านปัญญา เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจต่อทุกสิ่งที่เป็นจริง รู้เท่าทันโลก และชีวิต การพัฒนาปัญญา ซึ่งเป็นตัวนำทาง และควบคุมพฤติกรรมทั้งหมด¹⁸ การบูรณาการหลักไตรสิกขาเพื่อพัฒนาการเรียนรู้ สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom’s Taxonomy)¹⁹ ได้จำแนกจุดมุ่งหมายการเรียนรู้ออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านพุทธิพิสัย แบ่งการเรียนรู้เป็น 6 ระดับ ได้แก่ (1) ความรู้ที่เกิดจากความจำ เป็นการประมวลประสบการณ์จากการที่ได้รับรู้ไว้และระลึกได้ (2) ความเข้าใจ เป็นการจับใจความสำคัญของสื่อ และแสดงออกมาในรูปของการแปลความ ตีความ คาดคะเน ขยายความ (3) การประยุกต์ เป็นการนำความรู้ ประสบการณ์ไปแก้ปัญหาในสถานการณ์ได้ โดยต้องมีความรู้ ความเข้าใจ จึงส่งต่อให้นำไปใช้ได้ (4) การวิเคราะห์ เป็นการแก้ปัญหาที่ตรวจสอบได้ (5) การสังเคราะห์ เป็นการนำความรู้ที่แตกกลีกรวมมาสร้างสิ่งใหม่ให้แตกต่างไปจากของเดิม และ (6) การประเมินค่า เป็นการวัดและตัดสินใจได้บนพื้นฐานและเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 2) จิตพิสัย เป็นพฤติกรรมด้านจิตใจ ค่านิยม ความรู้สึก ทศนคติ ความเชื่อ ความสนใจ และคุณธรรม พฤติกรรมนี้ต้องจัดกิจกรรมการเรียนการสอนโดยจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และสอดแทรกคุณธรรม จริยธรรมสิ่งที่ดีงามอย่างต่อเนื่อง พฤติกรรมมี 5 ระดับ ได้แก่ (1) การรับรู้ เป็นความรู้สึกต่อสิ่งเร้า (2) การตอบสนอง เป็นการแสดงออกถึงความเต็มใจ ยินยอม และพอใจ (3) ค่านิยม เป็นการเลือกปฏิบัติในสิ่งที่สังคมให้การยอมรับ (4) การจัดระบบ เป็นการจัดค่านิยมที่เกิดขึ้นบนพื้นฐานความสัมพันธ์ และ (5) บุคลิกภาพ เป็นการนำค่านิยมมาแสดงเป็นนิสัยประจำตัวที่ออกมาจากบุคลิกภาพภายใน 3) ด้านทักษะพิสัย เป็นพฤติกรรมในการปฏิบัติงานได้อย่างคล่องแคล่ว มีพฤติกรรม 5 ระดับ ได้แก่ (1) การรับรู้ เป็นการรับรู้หลักการปฏิบัติที่ถูกต้อง (2) กระทำตามแบบ เป็นพฤติกรรมเลียนแบบทำซ้ำ ๆ จนเกิดทักษะ

(3) การหาความถูกต้อง เมื่อทำซ้ำแล้วจะหาความถูกต้องในการปฏิบัติ (4) การกระทำอย่างต่อเนื่อง เมื่อเลือกรูปแบบที่เป็นของตัวจะทำตามรูปแบบนั้นอย่างต่อเนื่อง และ (5) การกระทำเป็นธรรมชาติ เป็นพฤติกรรมที่ได้จากการฝึกอย่างต่อเนื่องเป็นไปอย่างธรรมชาติ

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของศุภกาญจน์ วิชาชาติ²⁰ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการประยุกต์ใช้หลักโยนิโสมนสิการในการแก้ปัญหาการเรียนของนักศึกษาาระดับอุดมศึกษา และนำเสนอรูปแบบการประยุกต์ใช้หลักโยนิโสมนสิการในการแก้ปัญหาการเรียนระดับอุดมศึกษา หลักโยนิโสมนสิการ 1) วิธีคิดแบบสืบค้นหาเหตุปัจจัยสัมพันธ์ 2) วิธีคิดแบบวิเคราะห์องค์ประกอบ 3) วิธีคิดแบบรู้เท่าทันตามความเป็นจริง 4) วิธีคิดแบบแก้ไขปัญหามาตามหลักเหตุผล 5) วิธีคิดแบบหลักการสอดคล้องกับเป้าหมาย 6) วิธีคิดแบบเห็นประโยชน์โทษและทางออก 7) วิธีคิดแบบคุณค่าแท้-คุณค่าเทียม 8) วิธีคิดแบบปลุกเร้าคุณงามความดี-คุณธรรม 9) วิธีคิดแบบรู้เท่าทันปัจจุบัน และ 10) วิธีคิดแบบแยกแยะประเด็น ผลการวิจัย สาเหตุสรุบบัญหาการเรียน 5 ด้าน และเลือกใช้วิธีคิดตามหลักโยนิโสมนสิการในการแก้ปัญหาการเรียนฯ พบว่า (1) ด้านเจตคติเชิงลบในการเรียน ใช้ข้อ 1-4 6-7 และ 9-10 (2) ด้านการมีสมาธิสั้นต่อการเรียน ใช้ข้อ 4 8 และ 9 (3) ด้านแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ต่ำทางการเรียน ใช้ข้อ 1และ 8 (4) ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเรียน ใช้ข้อ 1-3 5 และ 9 (4) ด้านการบริหารเวลาที่ไม่มีประสิทธิภาพ ใช้ข้อ 3 6 และ 9 ส่วนรูปแบบการประยุกต์ใช้หลักโยนิโสมนสิการฯ ได้รูปแบบที่เรียกว่า “FIVE BRANCHES MODEL” ซึ่งสอดคล้องกับ “หัวใจนักปราชญ์” สิริรัตน์ จันทระมโน ประพันธ์ให้จดจำง่าย และนำไปใช้ได้จริง สุ (สุตะ) คือ ฟัง ฟังให้สรรพสัจจิต จิ (จินตะ) คือ คิด คิดให้ซึ่งซึ่งคำสอน ปุ (ปุจณา) คือ ถาม สิ่งสงสัยให้แน่นอน ลิ ลิขิต เขียน เป็นคำกลอนท่องขึ้นใจ

บริบทการทำงานของพยาบาลนั้น พยาบาลวิชาชีพต้องใช้กระบวนการพยาบาลเรียงลำดับ 5 ขั้นตอน

ประกอบด้วย การประเมิน การวินิจฉัย การวางแผน การให้การพยาบาล และการประเมินผล นำมาใช้เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาลจนเป็นเรื่องปกติ นิสัย อรนนท์ หาญยุทธ²¹ กล่าวว่า การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล โดยการดำเนินงานแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล เป็นการใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ ศาสตร์ทางการพยาบาล ศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง และทักษะการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ และการใช้เหตุผลของการอ้างอิงตามหลักการแก้ปัญหา โดยมีเป้าหมายเป็นตัวกำหนด สอดคล้องกับ สิริรัตน์ จันทระโน²² ได้กล่าวว่า เมื่อต้องการสร้างผลงานทางวิชาการ สามารถนำกระบวนการพยาบาลและกระบวนการวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการผลิตผลงานวิชาการ เพื่อการพัฒนาวิชาชีพที่ยั่งยืนได้ โดยกระบวนการทั้งสองนี้มีความสอดคล้องกัน คือ เป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์เช่นเดียวกัน ผลงานทางวิชาการ หมายถึง ตำรา หนังสือ ผลงานวิจัย บทความวิจัย บทความวิชาการ บทความปริทัศน์ และนวัตกรรม ผู้เขียนขอแนะนำเทคนิคง่าย ๆ ในการทำวิจัย เริ่มหาโจทย์หรือคำถามวิจัยจากสิ่งที่สนใจ สงสัย อยากรู้ นำข้อมูลเหล่านั้นมาตั้งชื่อวิจัย (สันกะทัดรัด ชัดเจนเห็นถึงวิธีดำเนินการ) ตั้งวัตถุประสงค์ให้สอดคล้องกับชื่อเรื่อง เขียนประโยชน์ที่จะได้รับ (จำนวนข้อเท่ากับวัตถุประสงค์หรือมากกว่าได้ แต่ห้ามน้อยกว่า วัตถุประสงค์) เก็บรวบรวมข้อมูลตามวิธีดำเนินการ ขณะดำเนินการวิจัยต้องยึดชื่อเรื่องวิจัยให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ไปอย่างต่อเนื่อง ผลวิจัยต้องให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ทุกข้อ อภิปรายผล ต้องให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ทุกข้อ เชื่อมโยงความรู้ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ผลงานวิจัย และข้อเสนอแนะ ต้องนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์เป็นรูปธรรมได้จริง

แนวคิดย้อนกลับไปคิดทบทวนความรู้ในเรื่อง “หลักภาษาไทย” การทบทวนความรู้เดิมในวิชาภาษาไทยที่ได้เรียนมาตั้งแต่ชั้นประถมศึกษา ได้แก่ การอ่านเอาเรื่อง การย่อความ การขยายความ การใช้หลักภาษาไทย การเขียนรูปประโยค การใช้ตัวสะกด ตัวการันต์ การเขียนคำผิด-คำถูก และการใช้

ภาษาเขียนที่ถูกต้อง ยกตัวอย่าง การอ่านเอาเรื่อง เมื่อค้นคว้าเนื้อหาข้อมูลต่าง ๆ นำมาสรุปเป็นส่วนหนึ่งของเราใช้ทักษะการอ่านเอาเรื่อง และการย่อความสรุปใจความได้ครบประเด็น เมื่อเริ่มทำวิจัยแล้วเสร็จต้องเขียนบทความวิจัย (ตามรูปแบบของวารสาร) บทความวิชาการ ผู้เขียนต้องเป็นนักอ่านตัวยง (หนอนหนังสือ) เก็บความรู้แบบความรู้ที่ซ่อนเร้นแห่งตน นำความรู้มาเชื่อมโยงร้อยเรียงให้เกิดบทความทางวิชาการที่ต้องการนำเสนอให้ผู้อ่านทราบ ผู้เขียนสามารถสอดแทรกแนวคิดของผู้เขียนตามความเหมาะสมของบทความ การเขียนบทความปริทัศน์ เป็นการสังเคราะห์ความรู้ความสามารถจากประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมาของผู้เขียนจนตกตะกอนเป็นความรู้ที่ต้องการนำเสนอแก่ผู้อ่านโดยผ่านการบูรณาการแล้ว เป็นความรู้แบบความรู้อันขัดแย้ง โดยนำประสบการณ์มาเชื่อมโยงร้อยเรียงกับเหตุการณ์ ความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยี หรือการรักษาพยาบาล

อย่างไรก็ตามผู้ที่ประสบความสำเร็จในการคิดสร้างสรรค์สิ่งดี ๆ จำเป็นต้องมีการพัฒนาสมองสองซีกไปพร้อมกัน ปัญญา วรวัฒน์ชัย²³ สรุปไว้ว่า “สมองซีกซ้าย นักวิทยาศาสตร์เรียก ‘สมองแห่งเหตุผล’ ซึ่งมีหน้าที่ในการใช้ภาษา การคิดเชิงตรรกะ การคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ ตัวเลข และความมีเหตุผล และควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายซีกขวา ส่วนสมองซีกขวานักวิทยาศาสตร์เรียก ‘สมองแห่งสัญชาตญาณ’ ซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการตระหนักรู้ในตนเอง ความเห็นใจผู้อื่น ความน่าเชื่อถือ อารมณ์ การสื่อสารไม่ใช่จิตสำนึก ความน่าดึงดูด การแสดงออกทางสีหน้า และควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายซีกซ้าย ดังนั้นเมื่อคนเราฝึกการทำงานโดยใช้มือได้ทั้งสองข้างทำกิจกรรมไปพร้อมกัน จะช่วยพัฒนาสมองได้ทั้งสองซีก กิจกรรมที่คนเราต้องทำด้วยมือสองข้างพร้อมกัน เช่น การล้างจาน การซักผ้าและรีดผ้า การจัดเตรียมวัตถุดิบในการทำอาหาร การเล่นบาสเกตบอล การเล่นวอลเลย์บอล การเล่นฟุตบอล การเล่นปิงปอง การเล่นดนตรีประเภทเครื่องสาย เครื่องเป่า กิจกรรมเหล่านี้เคยเป็นกิจกรรมที่ทำในชีวิตประจำวัน แต่ทว่ายุคปัจจุบันกิจกรรมเหล่านี้ถูกมองข้าม ไม่ปฏิบัติ

จากชีวิตความเป็นอยู่ที่เปลี่ยนไปของความเจริญทางสังคม ลูก ๆ จะไม่ได้ช่วยงานบ้านของพ่อแม่ผู้ปกครองหรืองานบ้านที่ตนเองต้องรับผิดชอบ (การตื่นเช้าหุงข้าวก่อนไปโรงเรียนนั้นไม่ปรากฏให้เห็นแล้ว) การเล่นเกมก็เปลี่ยนไปเป็น การเล่นเกมเข้ามาแทนที่ การเล่นเกมก็เปลี่ยนไปเป็นการฟังเพลงมากกว่าการเล่นดนตรีด้วยตนเอง อาจส่งผลให้การพัฒนাসมองได้ไม่เต็มศักยภาพเท่าที่ควรจะเป็น แม้กระทั่งการส่งเสริมกิจกรรมต่าง ๆ ดังที่กล่าวข้างต้นนั้นมีโอกาสต่ำหรืออาจไม่มีโอกาสเลยในบางครอบครัว แต่บางครอบครัวที่พ่อแม่ผู้ปกครองมีความเข้าใจในวิธีการเลี้ยงดูลูกหลานตามแบบของไทย ในช่วยเรื่องการพัฒนาสมองอย่างกลมกลืนไปกับการใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างลงตัว

การพัฒนาสมองสองซีก ทำให้มีการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ความมีเหตุและผล มีความตระหนักรู้ในตนเอง มีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น เมื่อผนวกกับการประยุกต์หลักโยโสมนสิการในการเรียนการสอน²⁰ การใช้หลักหัวใจนักปราชญ์ (เพื่อส่งเสริมนิสัยการเรียนรู้) ทฤษฎีสิ่งแวดลอมของฟลอเรนซ์ในดิงเกล² และกระบวนการพยาบาลมาใช้เป็นปกตินิสัย²¹ รวมเข้าด้วยกันอย่างลงตัวนั้น สอดคล้องกับบุคลิกภาพของพยาบาลวิชาชีพ⁹ ทำให้เกิดการพัฒนากการสร้างสรรค์นวัตกรรม (Innovative) ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ดังประสบการณ์ตัวอย่าง การสร้างรถเข็นสระผมผู้ป่วยเคลื่อนที่²⁴ (จดอนุสิทธิบัตร เลขที่ 8600 ลงวันที่ 25 ธันวาคม 2556 จากกรมทรัพย์สินทางปัญญา กระทรวงพาณิชย์) นอกจากใช้เป็นสื่อการสอนในวิชาการพยาบาลพื้นฐานของคณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิคแล้ว ได้นำไปใช้เป็นนวัตกรรมในการสระผมผู้ป่วยบนเตียง โดยการทำวิจัยในชั้นเรียน มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบผลของการฝึกปฏิบัติการสระผมโดยใช้รถเข็นสระผมเคลื่อนที่ก่อนและหลังฝึกปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน ประชากรเป็นนักศึกษา ปีการศึกษา 2557-2559 ทำให้ได้ประชากรจำนวน 43 คน เครื่องมือที่ใช้ 1) รถเข็นสระผมผู้ป่วยเคลื่อนที่ 2) แบบประเมินผลการสระผมโดยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการสระผม ผลการศึกษาพบว่า ผลของการฝึกปฏิบัติ

การสระผมโดยรถเข็นสระผมเคลื่อนที่ก่อนและหลังฝึกปฏิบัติฯ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้ผู้เขียนได้มอบรถเข็นสระผมเคลื่อนที่ให้กับโรงพยาบาล และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทำการศึกษา²⁵ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลของนารถเข็นสระผมผู้ป่วยเคลื่อนที่ไปให้บริการกับผู้ป่วยในของโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใช้จำนวน 100 คน และผู้ป่วยจำนวน 100 คนจาก 5 โรงพยาบาลซึ่งเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติฯ ของนักศึกษา เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ 1) รถเข็นสระผมผู้ป่วยเคลื่อนที่ และ 2) แบบประเมินการใช้ประโยชน์รถเข็นสระผมเคลื่อนที่ พบว่า 1) ด้านผู้ใช้พบว่า การผลิตอุปกรณ์ด้วยต้นทุนต่ำ และระดับความพึงพอใจในการใช้งานอยู่ในระดับมากที่สุด และเสริมบุคลิกภาพให้ดูสง่างามเหมาะสมกับความเป็นวิชาชีพในระหว่างการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก และ 2) ผู้ป่วยพบว่า รู้สึกได้ถึงความสะดวกสบาย และระดับความพึงพอใจของบริการในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ข้อเสนอแนะ: รถเข็นสระผมผู้ป่วยเคลื่อนที่ใช้เป็นอุปกรณ์สระผมสำหรับให้การพยาบาลผู้ป่วยข้างเตียงที่เหมาะสมเมื่อย้อนกลับไปทบทวนความรู้ทางการแพทย์ น. จุดเริ่มต้นสู่ปัจจุบันเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนนั้น พบความจริงว่า เป็นการทบทวน รื้อฟื้น ความรู้ที่ซ่อนเร้นแห่งตนที่สั่งสมมาเป็นเวลายาวนานโดยอาจไม่ได้คิดถึง หรืออาจลืมไปแล้วในบางเรื่อง ได้แก่ ทฤษฎีสิ่งแวดลอมของฟลอเรนซ์ในดิงเกล (ทฤษฎีมรดกทางวิชาชีพ) กระบวนการพยาบาล การพยาบาลข้างเตียง การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมตามบริบทสังคมวัฒนธรรม การเลี้ยงดูลูกตามวิถีชีวิตของคนไทย การปฏิบัติตนตามหลัก ความเชื่อของศาสนา รวมถึง การทบทวนหลักการใช้ภาษาไทยอย่างถูกต้องทั้งภาพพูดและภาษาเขียนพยาบาลวิชาชีพนำความรู้ที่สั่งสมมาจนตกตะกอนมาแสดงเป็นความรู้อันชัดแจ้งทำให้ผู้อื่นได้เห็นศักยภาพแห่งตน ด้วยวิธีการสกัด องค์ความรู้ถ่ายทอดผ่านการเขียนบทความวิชาการ บทความวิจัย บทความปริทัศน์ ตำรา หรือหนังสือ อันแสดงให้เห็นศักยภาพและผลงานอันทรงคุณค่า นอกจากนี้การสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์ เพื่อการดูแลผู้ป่วยให้มีความสุข โดยการประ

ยุคใช้กระบวนการพยาบาลที่เป็นเครื่องมือที่ผู้ใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ผู้ป่วยมีความผาสุก สุขสงบในทุกมิติ และที่สำคัญมีความทันสมัยในทุกห้วงเวลาแม้จะล่วงเลยผ่านมาเป็นเวลาหลายร้อยปีก็ตาม ซึ่งเป็นการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลที่ส่งต่อจากรุ่นสู่รุ่นได้อย่างยั่งยืน

บทสรุปและวิจารณ์

ทฤษฎีสิ่งแวดล้อมของฟลอเรนซ์ไนติงเกล เป็นทฤษฎี มรดกทางวิชาชีพโดยมุ่งเน้นการจัดการกับความสะอาดของสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ทฤษฎีนี้ถือเป็นรากแก้วของวิชาชีพการพยาบาล การย้อนกลับไปทบทวนความรู้ทางการพยาบาล ณ จุดเริ่มต้น เมื่อแรกเริ่มอย่างเข้าสู่การเป็นนักเรียนพยาบาล นักศึกษาพยาบาล หรือนิสิตพยาบาล (สุดแต่แต่สถาบันการศึกษาที่จะขานนาม) การล้างมือเป็นความสะอาดขั้นพื้นฐานที่ครูพยาบาลจะปลูกฝังไว้ในสายเลือด จะถูกถามเสมอว่า “เธอล้างมือแล้วหรือยัง” ความรู้ที่ต้องปฏิบัติเมื่อขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย “การล้างมือถือเป็นเรื่องสำคัญมีแนวปฏิบัติ คือ ก่อนและหลังจับตัวผู้ป่วยต้องล้างมือก่อนและหลังเสมอ” เพื่อป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายพยาบาลและลดการแพร่กระจายของเชื้อโรคจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง (Cross infection) การปฏิบัติพยาบาลของฟลอเรนซ์ไนติงเกล พิสูจน์ด้วยหลักวิทยาศาสตร์และสถิติ พบว่า อัตราการตายของทหารลดลงจากร้อยละ 42 เหลือร้อยละ 2 หมายความว่า ในจำนวนทหาร 100 นาย มีโอกาสเสียชีวิตจากการติดเชื้อ เพียง 2 นาย หลังได้รับการจัดการดูแลเรื่องความสะอาดในสถานพยาบาลและการให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความสะอาดของสิ่งแวดล้อมเป็นสำคัญ การรณรงค์ให้ผู้คนตระหนักเห็นความสำคัญของการล้างมือ จึงทำให้เกิดนวัตกรรมการล้างมือ 7 ขั้นตอน และการล้างมือ 5 กิจกรรม (5 moments) ดังนี้ 1) ก่อนสัมผัสผู้ป่วย 2) ก่อนทำหัตถการกับผู้ป่วย 3) หลังสัมผัสสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย 4) หลังสัมผัสผู้ป่วยและ 5) หลังสัมผัสสิ่งของที่ล้อมรอบของผู้ป่วย ณ สถานการณ์ปัจจุบันการล้างมือ (Hand washing) กลับมามีบทบาทสำคัญต่อการลดการแพร่

ระบาดของเชื้อโรคโควิด 19 (COVID 2019)

การเลี้ยงดูจากครอบครัว นับว่าเป็นสิ่งสำคัญ “เด็กวันนี้คือผู้ใหญ่ที่ดีในวันหน้า” ครอบครัวเป็นหน่วยเล็ก ๆ ที่มีความยิ่งใหญ่ เพราะพ่อแม่จะอบรมสั่งสอนปลูกฝังความคิด คุณงามความดี การมีศีลธรรม ยึดศาสนาที่นับถือเป็นที่พึ่งทางใจกลมเกลียวให้เป็นคนดีของสังคมและรับใช้ประเทศชาติ นอกจากนี้การพัฒนาสมองสองซีกไปพร้อมกันจากการเลี้ยงดูของครอบครัว โดยฝึกหัดให้ลูกได้ช่วยทำงานบ้าน เช่น ล้างจาน รีดผ้า เป็นต้น ส่วนการออกกำลังกาย เช่น เล่นบาสเกตบอล เล่นปิงปอง เป็นต้น เมื่อมาเรียนพยาบาลการพยาบาลที่ต้องใช้มือทั้งสองในการทำกิจกรรมการพยาบาล เช่น การเช็ดตัวผู้ป่วย การวัดสัญญาณชีพ การฉีดยา การใช้มือซ้ายหยิบของที่อยู่ทางด้านซ้ายและใช้มือขวาหยิบของที่อยู่ทางด้านขวานั้นเป็นการประยุกต์ใช้หลักการเทคนิคปราศจากเชื้อ (Sterile technique) โดยไม่เอื้ออำนวยของสะอาดปราศจากเชื้อทำให้ไม่เกิดการปนเปื้อน (Contaminate) เป็นต้น กิจกรรมดังกล่าวข้างต้นจะช่วยพัฒนาสมองสองซีกไปพร้อม ๆ กัน ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพต้องผ่าน การอบรมจากสถาบันการศึกษาที่ทำหน้าที่เป็นครอบครัวในการฟูมฟักหล่อหลอมให้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่พึงประสงค์โดยสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของพยาบาล คือ แม่หมอ แม่พระ แม่นม แม่ครู และแม่บ้าน เพื่อการดูแลสุขภาพผู้คนไม่เพียงแต่ความรับผิดชอบในหน้าที่ (Responsibility) แต่ควรเป็นความรับผิดชอบต่อสังคม (Accountability) การให้การพยาบาลแบบองค์รวม (เป็นการดูแลสุขภาพของศาสตร์พื้นฐานสืบทอดภูมิปัญญาจากรุ่นสู่รุ่นมานับหลายร้อยปี) เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมีความใส่ใจกับความหลากหลายและความแตกต่างทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย ซึ่งปัจจุบันการพยาบาลมุ่งเน้นความสำคัญในเรื่องนี้มากขึ้น โดยเฉพาะการพยาบาลด้านจิตวิญญาณที่มีงานวิจัยเผยแพร่ตีพิมพ์อย่างเป็นรูปธรรมชัดเจนมีหลักฐานเชิงประจักษ์

ด้วยบุคลิกโดดเด่นของพยาบาลวิชาชีพที่มีความ “ละเอียด รอบคอบ และมีเหตุผล” ทำให้เป็น

คนช่างสังเกต อยากรู้ อยากเห็น อย่างมีวิจารณ์ญาณ ด้วยมีหลักการและเหตุผล โดยผ่านกระบวนการทำวิจัยทางการแพทย์ และการสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์ ซึ่งเป็นกระบวนการประมวลความรู้จากความรู้ที่ซ่อนเร้น (Tacit knowledge) นำมาวิเคราะห์ (Analysis) สังเคราะห์ (Synthesis) ผ่านการเรียนรู้ตามทฤษฎีการเรียนรู้ของกลุ่ม ทำให้เกิดความรู้ชัดแจ้ง (Explicit knowledge) และนำไปใช้ในการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลให้มีความเจริญก้าวหน้าทัดเทียมกับวิชาชีพอื่นอย่างสง่างาม ส่วนการสร้างผลงานวิชาการ จากการย้อนกลับไปทบทวนวิชาหลักภาษาไทย เช่น การใช้ภาษาไทยในการเขียนเชิงวิชาการ การอ้างอิง การย่อความ การขยายความ เป็นต้น ผลงานวิชาการสามารถผลิตในรูปแบบของ

บทความวิชาการ บทความปริทัศน์ ตำรา หรือหนังสือ โดยหวนกลับไปคิดทบทวนประสบการณ์ที่เก็บเกี่ยวสั่งสมจากการทำงานมาทั้งชีวิตของพยาบาล นำมาประมวลประสบการณ์จนความรู้ตกผลึกแล้ววิเคราะห์ความรู้ที่นั้นบูรณาการเชื่อมโยงกับความรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับเรื่องใดบ้างจนสามารถสังเคราะห์ได้ผลงานใหม่ที่มีประสบการณ์เดิมเป็นฐานของการพัฒนาจนผลิตผลงานทางวิชาการดังกล่าวข้างต้นได้อย่างลงตัว นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพ นำกระบวนการพยาบาลมาใช้เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาลจนเป็นปกตินิสัย พบว่ากระบวนการพยาบาลและกระบวนการวิจัยเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ที่สอดคล้องกัน เมื่อนำมาวิเคราะห์ (ดังตารางที่ 1) ดังนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกระบวนการพยาบาลและกระบวนการวิจัย

กระบวนการพยาบาล (Nursing process)	กระบวนการทำวิจัย (Research process)	ผลการวิเคราะห์	
		สอดคล้อง	ไม่
1. การประเมินภาวะสุขภาพ (Health assessment) Subjective data; S Objective data; O Physical examination (PE) Laboratory and special examination	บทที่ 1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Etiology, Back ground) บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Review literature)	✓	
2. การวินิจฉัยทางการแพทย์ (Nursing diagnosis) กำหนดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์	ชื่องานวิจัย (Research topic)	✓	
3. การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) กำหนดวัตถุประสงค์ กำหนดเกณฑ์การประเมินผล	บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย (Methodology) ออกแบบวิจัย (Research design) เลือกวิธีวิเคราะห์ข้อมูล (Analysis data) วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Collecting data)	✓	
4. การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing care)	บทที่ 4 ประมวลผลข้อมูลและวิเคราะห์ผล (Result and analysis)		
5. การประเมินผลการพยาบาล (Nursing evaluation)	บทที่ 5 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ (Discussion and conclusion)	✓	

เมื่อทราบแล้วว่ากระบวนการพยาบาลและกระบวนการวิจัย เป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ที่นำมาประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาอย่างมีระบบ และเป็นการค้นหาความจริงที่ต้องการรู้ ต้องการพิสูจน์อย่างเป็นระบบ ดังนั้นนับต่อจากนี้ไปพยาบาลวิชาชีพ จะใช้การคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ (Critical thinking) ในการทำวิจัยอย่างกล้าหาญสลัดความกลัวที่เคยรับรู้

แต่เดิมว่า “การทำวิจัยเป็นเรื่องยากมาก” ให้เปลี่ยนวิธีคิดใหม่เป็น “พัฒนาตน พัฒนางาน และพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล โดยการใช้กระบวนการวิจัยเป็นฐานการเรียนรู้” หวังเป็นอย่างยิ่งว่าแนวโน้มต่อไปนี้ พยาบาลวิชาชีพจะผลิตผลงานทางวิชาการ และนวัตกรรมทางการพยาบาลได้อย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. รติมา คชรัตน์. HOT ISSUE: การพัฒนานวัตกรรมไทยอยู่ตรงไหนในโลก. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 21 พฤศจิกายน 2562]. แหล่งที่มา: https://library2.parliament.go.th/ebook/e_hotissue.html.
2. Nightingale Florence. Notes on Nursing: What It Is and What It Is Not. [Internet]. [Cited Jul 13 2019]. Available from: <https://digital.library.upenn.edu/women/nightingale/nursing/nursing.html>.
3. พันธุ์ชัย รัตนสุวรรณ. ตำราาระบาดวิทยา. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 14 มีนาคม 2563]. แหล่งที่มา: <https://smd.wu.ac.th/wp-content/uploads/2017/12/.pdf>.
4. กรมควบคุมโรค. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 14 มีนาคม 2563]. แหล่งที่มา: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/introduction.php>.
5. จรรยา สันตยากร. ระบบบริการสุขภาพและการบริการพยาบาลในประเทศสหราชอาณาจักร. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2551; 2: 1-8.
6. อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม และวิภาดา คุณาวิทิตกุล. โรงเรียนพยาบาลในดิงเกล: สถาบันการศึกษาต้นแบบ (The Nightingale School for Nurses: A Model of Nursing Educational Institute). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2559.
7. สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ. เชิญชวนปฏิบัติตามแนวทางของสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ข้อ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2020]. แหล่งที่มา: <https://www.thaihealth.or.th/content/49300>.
8. นางลักษณ์ ทศนเกต. คุณภาพการนอนหลับ และปัจจัยรบกวนการนอนหลับในผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการผ่าตัด. [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.
9. สิริรัตน์ จันทรมะโน. การพยาบาลพื้นฐานแบบองค์รวม. เชียงใหม่: บุญยศิริงานพิมพ์; 2559.
10. จินดารัตน์ ชัยอาจ. ปัจจัยที่รบกวนการนอนหลับในโรงพยาบาล: การจัดการโดยไม่ใช้ยา. พยาบาลสาร. 2556; (ฉบับพิเศษ): 105-115.
11. สิริรัตน์ จันทรมะโน. การทำสมาธิด้วยพลังพิระมิตลดความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดใหญ่. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2550; 2: 66-78.
12. Liningers M. Culture care Diversity & Universality: A Theory of Nursing. New York: Nation League for Nursing Press; 1991.

13. Juntaramano S., Swangareeruk J., & Khunboonchan T. The Wisdom of Thai Indigenous Healers for the Spiritual Healing of Fractures. *Journal of Holistic Nursing*. 2019; 1: 18-29.
14. พัทธนี สมกำลัง และเพ็ญศิริ ดำรงภคภากร. การใช้หลักการคัมภีร์ศาสนาเพื่อการดูแลจิตวิญญาณตามบริบทสังคมวัฒนธรรมตะวันตก. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*. 2554; 4: 93-101.
15. อุไร หัตถกิจ และวาริรัตน์ ถาน้อย. การพยาบาลองค์รวมและการดูแลสุขภาพผสมผสาน: การบูรณาการแนวคิดสู่การจัดการศึกษาพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล*. 2555; (ฉบับพิเศษ): 5-17.
16. ทศนีย์ ทองประทีป. จิตวิญญาณ: มิติหนึ่งของการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
17. กระทรวงศึกษาธิการ. ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรฐานการอุดมศึกษา พ.ศ.2561. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 21 พฤศจิกายน 2562]. แหล่งที่มา: <http://www.eqd.cmu.ac.th/Curr/doc/mua/announce/Standard%20of%20Higher%20Education%2061.pdf>.
18. สุพจน์ สุเมโธ. ไตรสิกขาสู่การเรียนรู้. *วารสารครุศาสตร์ปริทรรศน์*. 2558; 2: 82-93.
19. Marzano, J. Robert & Kendall, S. John. *The New Taxonomy of Education Objectives*. 2nd Edition. California: Corwin Press; 2007.
20. ศุภกาญจน์ วิชาชาติ. การประยุกต์ใช้หลักโยนิโสมนสิการในการแก้ปัญหการเรียนรู้ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร*. 2556; 1: 34-42.
21. อرنันท์ หาญยุทธ. กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้. *วารสารพยาบาลทหารบก* (2557);3:137-143.
22. สิริรัตน์ จันทระมะโน. การสร้างผลงานทางวิชาการสำหรับพยาบาลวิชาชีพ. เชียงใหม่: วาสนาการพิมพ์; 2563.
23. ปัญญา วรวิวัฒน์ชัย. กลไกสมองสองซีกกับความคิดสร้างสรรค์ของมนุษย์. *วารสารสารสนเทศ* 2559; 2: 1-2.
24. สิริรัตน์ จันทระมะโน. ผลของการฝึกปฏิบัติการสระผมโดยใช้รถเข็นสระผมผู้ป่วยเคลื่อนที่ก่อนและหลังฝึกปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน. [วิจัยในชั้นเรียน]. มหาวิทยาลัยพายัพ; 2560.
25. สิริรัตน์ จันทระมะโน. ผลของนำรถเข็นสระผมผู้ป่วยเคลื่อนที่ไปให้บริการกับผู้ป่วยในของโรงพยาบาล. [วิจัย R to R]. มหาวิทยาลัยพายัพ; 2560.

ผลของโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาต่อการตระหนักรู้ในตนเอง
และความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล
Effects of Contemplative Education Program on Self
Awareness and Happiness in Learning of Nursing Students

ปิยพงศ์ สอนลบ ปร.ด.* Piyapong Sornlob Ph.D.*
เบญญาภา พรหมพุก พย.ด.* Benyapa Prompuk Ph.D.*
นันทวรรณ ธีรพงศ์ พย.ม.** Nanthawan Thiraphong M.N.S.**

Corresponding Authors: Email: Piyapong@bcnb.ac.th

Received: 25 Feb 2020, Revised: 4 May 2020, Accepted: 3 Jun 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาต่อการตระหนักรู้ในตนเอง และความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่ฝึกวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 33 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาสำหรับนักศึกษาพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินการตระหนักรู้ในตนเอง และแบบประเมินความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการตระหนักรู้ในตนเอง และความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลหลังเรียนด้วยโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาสูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาในสัปดาห์ก่อนเรียน หลังเรียนสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 ด้วยโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการตระหนักรู้ในตนเอง และความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลเพิ่มขึ้นตามลำดับ

ดังนั้นการนำโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษามาประยุกต์ใช้ในการเรียนรู้ภาคปฏิบัติการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการเปลี่ยนแปลงภายใน ตระหนักรู้ในตนเอง เข้าใจคนอื่นมากขึ้น มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อน กับครู และทีมการพยาบาล และเกิดความสุขในขณะที่ฝึกปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรม

คำสำคัญ: โปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา การตระหนักรู้ในตนเอง ความสุขในการเรียนรู้ นักศึกษาพยาบาล

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช Email: tbtbenya@gmail.com

* Special Professional nurse, Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก Email: Nantawan2729@gmail.com

** Special Professional nurse, Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok

Abstract

This research aims to study effects of Contemplative Education Program on self-awareness and happiness in learning of 2nd year nursing students. There are 33 students whom studied in Nursing Care of persons with Health Problems Practicum I at surgery wards Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok Province. The research instrument for data collection includes evaluation survey on self-awareness and evaluation survey on happiness in learning of nursing students. Then, the result of surveys has been taken for analysis in order to find variance by using Repeated Measures ANOVA.

The research result found that mean of self-awareness and mean of happiness in learning of nursing students after taking Contemplative Education Program are higher than pre-taking period. Therefore, the statistics is significantly shown as .05. Moreover, if we consider a few weeks before taking Contemplative Education Program and the weeks after (1st week and 2nd week) taking this program, it was found that mean of self-awareness and mean of happiness in learning of nursing students tends to have been increased chronologically.

As a result, it can be summarized that applying Contemplative Education Program to be in practiced for nursing students training course helps in promoting internal changes for students. These changes include having more self-awareness, understanding others more, having better relationship with classmates, teachers, and nursing teams, and it makes more happiness for nursing students while they are during their nursing practice at the Surgery Department Building.

Keywords: Contemplative Education Program, Self-Awareness, Happiness in Learning, Nursing Students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ท่ามกลางการเปลี่ยนผ่านของสภาพสังคมและเศรษฐกิจ เพื่อให้ประเทศมีการพัฒนาและปรับโครงสร้างประเทศไทยไปสู่ประเทศไทย 4.0 สถาบันการศึกษาในระดับต่าง ๆ ได้รับนโยบายการจัดการศึกษามาเป็นแนวทางกาจัดการเรียนการสอนที่มีคุณภาพ จุดเน้นที่สำคัญประการหนึ่งคือการพัฒนาผู้เรียนให้เกิดทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 (21st Century skills) ด้วยการจัดการเรียนการสอนที่มีรูปแบบที่หลากหลาย¹ วิทยาลัยพยาบาลเป็นสถาบัน

อุดมศึกษาที่มีการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้ นักศึกษาเกิดทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพ

การจัดการเรียนการสอนในวิชาชีพพยาบาลมุ่งพัฒนาผู้เรียนให้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่สามารถให้การดูแลบุคคลที่เจ็บป่วย จึงทำให้กระบวนการจัดการเรียนการสอนต้องมีความเข้มงวดพอสมควร ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ดังนั้น อาจส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความเครียด ความวิตกกังวล และรู้สึกไม่มีความสุขในการเรียนได้² ในขณะที่เดียวกันวิชาชีพ

พยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องเผชิญกับบุคคลที่เจ็บป่วย อยู่ตลอดเวลา และในปัจจุบันการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) ที่มีการบูรณาการทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยการคำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล ทั้งนี้ผู้ที่ดูแลบุคคลแบบองค์รวมได้ต้องมีความรู้ความสามารถ มีประสบการณ์ เข้าใจในทุกข์สุขของมนุษย์ ไวต่อความรู้สึกต่าง ๆ ด้วยเหตุนี้นักศึกษาพยาบาลจึงต้องผ่านการฝึกการตระหนักรู้ในตนเอง เพื่อควบคุมสถานการณ์ที่ต้องเผชิญได้อย่างมีประสิทธิภาพ³ ดังนั้นครูผู้สอนต้องฝึกฝนประสบการณ์ดังกล่าวแก่ผู้เรียนให้มีศักยภาพในการตระหนักรู้ในตนเอง และมีความสุขในการเรียนไปพร้อมกัน

การจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา (Contemplative education) เป็นการเรียนรู้ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในหรือ ทำให้ผู้เรียนตระหนักรู้สำรวจภายในตนเอง (อารมณ์ ความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ มุมมองต่อชีวิตและโลก)⁴ จิตตปัญญาศึกษามุ่งเน้นให้เกิดเปลี่ยนแปลงภายในของจิตใจ เป็นการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และการกระทำ จนเกิดความตระหนักรู้ว่าตนเองและสรรพสิ่งมีความเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียว แล้วส่งผลให้เกิดความรัก ความเมตตาต่อตนเองและสรรพสิ่ง ดังนั้นจิตตปัญญาศึกษาจึงเป็นการเชื่อมโยงการเรียนรู้ทั้งความคิด (Head) จิตใจ (Heart) และนำสู่การปฏิบัติ (Hand) เพื่อให้การอยู่ร่วมกันระหว่างคนกับคน และระหว่างสิ่งแวดลอมเป็นไปอย่างสมดุล⁵

จากการศึกษาของศิริภาณี อิมน้ำขาว และคณะ⁶ เรื่องผลการบูรณาการจิตตปัญญาศึกษาในรายวิชาปฏิบัติการการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 พบว่า กิจกรรมจิตตปัญญาศึกษาทำให้นักศึกษาพยาบาลรู้จักวิเคราะห์ปัญหาตนเอง เข้าใจผู้อื่นมากขึ้น รู้สึกไว้วางใจอาจารย์ผู้นิเทศ รู้สึกผูกพันและมีความคิดเชิงบวกมากขึ้น เกิดกำลังใจและมุ่งมั่นในการฝึกภาคปฏิบัติมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ กร ศิริร์ ชิตดี และณัฐพร อุทัยธรรม⁵ พบว่า การพัฒนา

บุคลิกภาพนักศึกษาพยาบาลโดยใช้กิจกรรมจิตตปัญญาศึกษา ประกอบด้วย กิจกรรมสร้างเป้าหมาย กิจกรรมกงล้อ 4 ทิศ กิจกรรมเปิดพื้นที่การเรียนรู้ กิจกรรมผ่อนคลายตระหนักรู้ การสวดมนต์/ภาวนาและกิจกรรมประยุกต์ใช้ทฤษฎีบุคลิกภาพ ทำให้นักศึกษาพยาบาลปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อปฏิบัติสิ่งใหม่ ๆ ต่อตนเอง เข้าใจตนเองได้อย่างลึกซึ้ง มีความรัก ความเมตตาต่อตนเองและผู้อื่น อีกทั้งจากการศึกษาของวิมลมาลย์ ศรีรุ่งเรือง⁷ ที่ใช้กิจกรรมจิตตปัญญาศึกษาสอนนักศึกษาแพทย์ในรายวิชาสุขภาพกายและจิต พบว่านักศึกษาแพทย์มีสมาธิเพิ่มขึ้น มีประสิทธิภาพในการเรียน สามารถไปใช้ในชีวิตร ช่วยให้ออกกำลังกายได้เร็ว มองโลกในแง่ดี มีเหตุผลและความสัมพันธ์กับเพื่อนดีขึ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีความสำคัญต่อนักศึกษาพยาบาลสำหรับนำไปฝึกปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยต่าง ๆ

การฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 ภาคการศึกษาที่ 3 นั้นจะมีการแบ่งกลุ่มนักศึกษาเป็นกลุ่ม ๆ ละ 6-8 คน มีอาจารย์นิเทศติดตามการฝึกปฏิบัติในทุกครั้ง เมื่อขึ้นฝึกปฏิบัติ นักศึกษาจะได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนมากขึ้นอย่างน้อย 1 รายต่อสัปดาห์ ฝึกทำหัตถการ และการปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมาย ลักษณะรายวิชานี้เน้นให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยที่ไม่สุขสบายจากภาวะความเจ็บป่วยที่อาจมีภาวะคุกคามต่อชีวิต บางเหตุการณ์ต้องให้การดูแลอย่างเร่งด่วนซึ่งจะส่งผลกระทบต่อจิตใจผู้ป่วยและญาติ การมุ่งเน้นปฏิบัติงานเพื่อให้ได้กิจกรรมประสบการณ์ตามรายวิชาที่กำหนด เป็นเหตุให้ในบางครั้งนักศึกษาไม่ได้ตระหนักถึงการให้การดูแลในหัวใจความเป็นมนุษย์ ขาดการเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้ด้านแหล่งฝึก อาจารย์ผู้นิเทศ อาจารย์พี่เลี้ยงมีลักษณะหรือบุคลิกภาพที่แตกต่างกัน ทำให้นักศึกษาเกิดความเครียดและวิตกกังวล ขาดความสุขในการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล ปัจจัยเหล่านี้เป็นเหตุที่จะส่งเสริมให้นักศึกษาไม่

สามารถดึงศักยภาพของตนเองมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดของหลักสูตร ซึ่งการนำแนวคิดจิตตปัญญาศึกษามาปรับใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วย จะช่วยให้ นักศึกษาพยาบาลเกิดความเข้าใจผู้ป่วย เรียนรู้ด้วยตนเอง มีสติ สามารถวิเคราะห์ตนเองและปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น เข้าใจบุคคลอื่น ลดความเครียด ความวิตกกังวล คิดและมองด้านบวกมากขึ้น เกิดกำลังใจและพร้อมสำหรับการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย⁶ นำมาซึ่งผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้ของนักศึกษาที่ดีขึ้น¹⁴

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงนำกิจกรรมตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษามาประยุกต์ใช้ในการเรียนรู้ภาคปฏิบัติการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล เพื่อส่งเสริมนักศึกษาพยาบาลให้เกิดการตระหนักรู้ในตนเอง และความสุขในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วย เพื่อเตรียมพร้อมการเป็นพยาบาลที่ดี มีทักษะการทำงานอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม สามารถใช้ชีวิตในสังคมที่เต็มไปด้วยการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

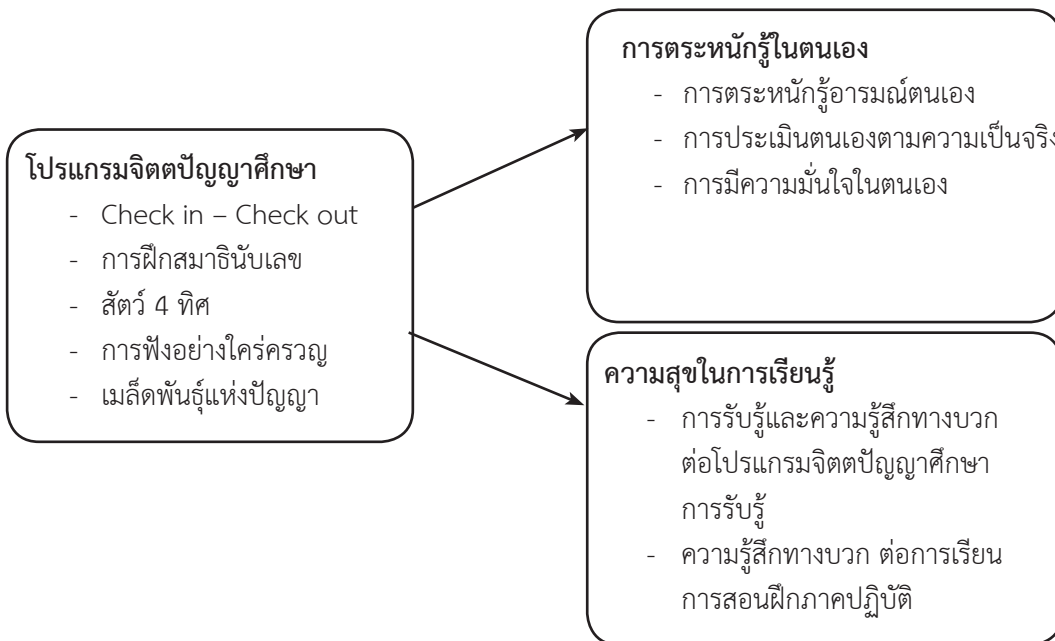
วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการตระหนักรู้ในตนเองของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราชก่อนและหลังใช้โปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาสัปดาห์ที่ 1 และ 2

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราชก่อนและหลังใช้โปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาสัปดาห์ที่ 1 และ 2

กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดกิจกรรม จิตตปัญญาที่มีแนวคิดในการพัฒนาบุคคลจากภายในตนเอง โดยผ่านการมีประสบการณ์ ตระหนักรู้และใคร่ครวญจนเกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์ เกิดการเรียนรู้และยกระดับจิตใจ¹³ และทำการสร้างโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา เพื่อคาดหวังว่าโปรแกรมดังกล่าวจะส่งผลต่อ การตระหนักรู้ในตนเอง และ ความสุขในการเรียนรู้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มทดสอบ วัตถุประสงค์ทดลองแบบซ้ำ ๆ ระยะเวลา (Single – group time series design) โดยทำการทดสอบก่อน 1 ครั้ง และภายหลังดำเนินโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา 2 ครั้ง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาต่อการตระหนักรู้ในตนเองและความสุขในการเรียนรู้ ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธรักษา ดังแสดงตามแบบแผนการทดลอง

O1 X O2 O3

O1 คือ ประเมินการตระหนักรู้ในตนเองและ ความสุขในการเรียนก่อนเข้าโปรแกรม จิตตปัญญาศึกษา

X คือ การเข้าร่วมโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา

O2 คือ ประเมินการตระหนักรู้ในตนเองและ ความสุขในการเรียนหลังเข้าโปรแกรมจิตตปัญญา ศึกษาสัปดาห์ที่ 1

O3 คือ ประเมินการตระหนักรู้ในตนเองและ ความสุขในการเรียนหลังเข้าโปรแกรมจิตตปัญญา ศึกษาสัปดาห์ที่ 2

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณ ขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (Effect size) จากการ ศึกษาของผลของโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาต่อภาวะ สุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล^๑ โดยใช้สูตรของ โคเฮน^๒ ที่ $N = \lambda / f_2^2$

ซึ่ง N หมายถึง ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

λ หมายถึง ค่าที่ได้จากการเปิดตาราง table โดยการกำหนดค่า power ค่าระดับนัยสำคัญและ จำนวนตัวแปรทำนายที่ศึกษา

f_2 หมายถึง ค่าขนาดอิทธิพล

ในการศึกษาครั้งนี้กำหนดค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 1.8 อำนาจการทดสอบของโพลิต เท่ากับ .08 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 33 คน การคัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จาก

นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่ศึกษาในภาคเรียนที่ 3 ปีการศึกษา 2560 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธรักษา จำนวน 33 ท่าน มีคุณสมบัติ

คือเกณฑ์ การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วม โครงการ (Inclusion criteria)

1) นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่ฝึกวิชาปฏิบัติ การพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 หอผู้ป่วย ศัลยกรรม กับอาจารย์นิเทศผู้ร่วมทำวิจัย และที่ ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาตลอดโครงการ

2) มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป

3) เข้าร่วมกระบวนการจิตตปัญญาศึกษา ตลอดโครงการ

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากโครงการวิจัย (Exclusion criteria) มีดังนี้

1) เข้าร่วมกิจกรรมจิตตปัญญาศึกษา มาในรอบ 3 เดือน ก่อนเข้าร่วมโครงการ

2) มีความเครียดหรือวิตกกังวลขณะเข้าร่วม โครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาพร้อมคู่มือการจัดกิจกรรม จิตตปัญญา ซึ่งมีกิจกรรม ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 Check in – Check out กิจกรรม ที่ 2 การฝึกสมาธินับเลข กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมสัตว์ 4 ทิศ กิจกรรมที่ 4 การฟังอย่างใคร่ครวญ กิจกรรม ที่ 5 เม็ดพันธุ์แห่งปัญญา ซึ่งประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 Check in ในเวลาเช้าของทุกวัน ก่อน Pre - conference เพื่อเปิดโอกาสให้นักศึกษา สำนวณความรู้สึกตนเอง พุดความรู้สึกของตน โดย เปรียบเทียบกับสภาพห้องทำ เป็นเวลา 15 นาที

Check out ในเวลาเย็น Post - conference เพื่อให้นักศึกษาสำนวนความรู้สึกตนเองในภายหลังฝึก ปฏิบัติการพยาบาล โดยเปรียบความรู้สึกกับสภาพ ทะเล และอาจารย์ประจำกลุ่มสรุป ประเด็นการแลกเปลี่ยน

เปลี่ยนความรู้สึก เป็นเวลา 15 นาที

กิจกรรมที่ 2 การฝึกสมาธิหมายเลข โดยให้นักศึกษานับเลข 1 ถึง 50 โดยเมื่อถึงเลขที่ลงด้วยเลข 3 ให้นักศึกษาตบมือแทนการออกเสียง หากทำผิดให้เริ่มทำใหม่จนถึง 50 และถูกต้อง อาจารย์ประจำกลุ่มสรุปประเด็นการแลกเปลี่ยน โดยเน้นให้นักศึกษาสะท้อนคิดในความรู้สึกตนเอง เป็นเวลา 20 นาที

กิจกรรมที่ 3 สัตว์ 4 ทิศ ความเชื่อถือให้กับกิจกรรมสัตว์สี่ทิศ ทฤษฎีกงล้อ 4 ทิศ (Celtic wheel) เริ่มมาจากชนเผ่าพื้นเมืองแถบสกอตแลนด์ ในอดีตที่มีชีวิตผูกพันกับธรรมชาติ พวกเขาสังเกตเห็นความเชื่อมโยงระหว่างพฤติกรรมของคนกับสัตว์ 4 ชนิด ได้แก่ เหยี่ยว หมี กระต๊อบ และหนู จึงแบ่งคนออกเป็น 4 ลักษณะที่มีจุดแข็งและจุดอ่อนแตกต่างกันออกไป

1. กระต๊อบ: ทิศเหนือ เป็นศูนย์กลาง ชอบใช้สัญชาตญาณ
2. หนู: ทิศใต้ เป็นศูนย์กลาง ชอบใช้ความรู้สึก
3. หมี: ทิศตะวันตก เป็นศูนย์กลาง ชอบใช้ตรรกะและเหตุผล
4. เหยี่ยว: ทิศตะวันออก เป็นศูนย์กลาง ชอบใช้จินตนาการ

โดยให้นักศึกษาพิจารณาตนเองมีบุคลิกภาพคล้ายกับสัตว์ชนิดใด และนำเสนอเหตุผลของการเลือกสัตว์ชนิดนั้น ๆ จากนั้นให้นักศึกษาที่เลือกสัตว์ชนิดเดียวกันมารวมอยู่ด้วยกัน พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อดีข้อด้อยของตน

กิจกรรมที่ 4 การฟังอย่างใคร่ครวญ ให้นักศึกษาจับคู่ เล่าเหตุการณ์ที่ตนเองประสบความสำเร็จและเหตุการณ์ที่ไม่ชอบหรือรู้สึกแย่กับเหตุการณ์นั้น ๆ โดยให้ผู้ฟังโดยไม่พูดแทรก ให้เวลาคนละ 5 นาทีต่อ 1 เรื่องเล่า จากนั้น อาจารย์ประจำกลุ่มให้นักศึกษาสะท้อนความรู้สึกที่ได้ฟังจากเพื่อน และสรุปฟังอย่างใคร่ครวญจะทำให้เราให้เกียรติผู้อื่นและเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้อื่นมากขึ้น

กิจกรรมที่ 5 ปลูกเมล็ดพันธุ์แห่งปัญญา ให้นักศึกษาวาดรูปอนาคต ลงในกระดาษ ใช้เวลา 15

นาที จากนั้นให้นักศึกษาอธิบายถึงภาพที่วาด อาจารย์ประจำกลุ่มสรุปประเด็นการแลกเปลี่ยน ศักยภาพภายในที่พร้อมจะงอกงามออกมาเป็นจิตตปัญญา พฤษชาติต้นต่อ ๆ ไป เมล็ดแต่ละเมล็ดต่างได้รับการหล่อเลี้ยงอยู่ในผลแห่งจิตใหญ่ (อภิจิต) มนุษย์ทุกคนต่างเป็นเมล็ดที่สามารถปล่อยศักยภาพออกมาได้ เมล็ดพันธุ์แห่งจิตตปัญญาพฤษชาติที่เติบโตในผืนดินแห่งใหม่ จะช่วยเหนี่ยวนำให้เมล็ดพันธุ์อื่น ๆ ในท้องทุ่งที่ยังพักตัวอยู่ใต้กองงาม นั้นหมายถึง ผู้สร้างการเปลี่ยนแปลง (Change Agent)”

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์เคยเข้าร่วมกิจกรรม จิตตปัญญาศึกษา

2.2 แบบประเมินการตระหนักรู้ในตนเองของทัศนีย์ สุริยะไชย¹⁰ การตระหนักรู้ในตนเองของโกลแมน มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับ จำนวน 30 ข้อ โดยข้อคำถามมี 2 ลักษณะ คือ ข้อความทางบวกและข้อทางลบ เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ข้อความที่มีข้อความทางบวก	ให้คะแนน
จริงที่สุด	ให้คะแนน 6 คะแนน
จริง	ให้คะแนน 5 คะแนน
ค่อนข้างจริง	ให้คะแนน 4 คะแนน
ค่อนข้างไม่จริง	ให้คะแนน 3 คะแนน
ไม่จริง	ให้คะแนน 2 คะแนน
ไม่จริงเลย	ให้คะแนน 1 คะแนน
ข้อความที่มีข้อความทางลบ	ให้คะแนน
จริงที่สุด	ให้คะแนน 1 คะแนน
จริง	ให้คะแนน 2 คะแนน
ค่อนข้างจริง	ให้คะแนน 3 คะแนน
ค่อนข้างไม่จริง	ให้คะแนน 4 คะแนน
ไม่จริง	ให้คะแนน 5 คะแนน
ไม่จริงเลย	ให้คะแนน 6 คะแนน

การแปลความหมายของคะแนนเฉลี่ยจากเกณฑ์คะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับการตระหนักรู้ในตนเอง
5.18 - 6.00	หมายถึง ระดับจริงที่สุด
4.34 - 5.17	หมายถึง ระดับจริง

- 3.51 - 4.33 หมายถึง ระดับค่อนข้างจริง
- 2.68 - 3.50 หมายถึง ระดับค่อนข้างไม่จริง
- 1.85 - 2.67 หมายถึง ระดับไม่จริง
- 1.00 - 1.84 หมายถึง ระดับไม่จริงเลย

2.3 แบบประเมินความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งสร้างจากแนวคิดและทฤษฎีความสุขในการเรียนรู้ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ของลิเคอร์ท (Likert's scale) จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย คำถามทางบวกและคำถามทางลบ เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ข้อความที่มีข้อความทางบวก	ให้คะแนน
มากที่สุด	ให้คะแนน 5 คะแนน
มาก	ให้คะแนน 4 คะแนน
ปานกลาง	ให้คะแนน 3 คะแนน
เล็กน้อย	ให้คะแนน 2 คะแนน
ไม่เลย	ให้คะแนน 1 คะแนน
ข้อความที่มีข้อความทางลบ	ให้คะแนน
ไม่เลย	ให้คะแนน 1 คะแนน
เล็กน้อย	ให้คะแนน 2 คะแนน
ปานกลาง	ให้คะแนน 3 คะแนน
มาก	ให้คะแนน 4 คะแนน
มากที่สุด	ให้คะแนน 5 คะแนน

การแปลความหมายค่าคะแนนเฉลี่ย มีค่าอยู่ระหว่าง 1-5 แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับความสุขในการเรียนรู้
4.21-5.00	หมายถึง ระดับสูงสุด
3.41-4.20	หมายถึง ระดับสูง
2.61-3.40	หมายถึง ระดับปานกลาง
1.81-2.60	หมายถึง ระดับต่ำ
1.00-1.80	หมายถึง ระดับต่ำสุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงของเนื้อหา

ผู้วิจัยนำโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาสำหรับ

นักศึกษาพยาบาล และแบบประเมินความสุขในการเรียนของนักศึกษา ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน คือ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดกิจกรรมจิตตปัญญาศึกษา 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลวิจัยเกี่ยวกับจิตตปัญญาศึกษา 1 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.72 และ 0.67

2. ความเชื่อมั่น

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล และแบบประเมินการตระหนักรู้ในตนเอง ไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.72 และ 0.80

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลกเลขที่ SCPHL 1/2560 - 46 (4) ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์แก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และสอบถามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมก่อนดำเนินกิจกรรมการวิจัย ให้นักศึกษาเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Informed consent) ผู้เข้าร่วมสามารถยกเลิกโดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และจะได้รับการสอนและการนิเทศติดตามการฝึกปฏิบัติปกติ ซึ่งในการเข้าร่วมกิจกรรมของการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อคะแนนใด ๆ ในระหว่างการฝึกปฏิบัติ และข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับไม่เปิดเผยข้อมูลที่สามารถระบุถึงตัวผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ ข้อมูลของท่านจะถูกจัดเก็บ ที่เก็บวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช และจะทำลายภายหลังสิ้นสุดระยะเวลา 2 ปี หากผู้ร่วมศึกษาในกลุ่มทดลองแจ้งให้ทราบว่าจะมีความเครียดหรือวิตกกังวลขณะเข้าร่วมโครงการ และประเมินด้วยแบบประเมินความเครียด (ST-5)15 แล้วพบว่ามีความเครียดมาก ผู้วิจัยจะยุติกิจกรรมและแจ้งให้อาจารย์ที่ปรึกษาให้คำปรึกษาให้การช่วยเหลือด้านจิตใจตามระบบกลไกการช่วยเหลือนักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลบรมราช

ขณะนี้ พุทธชินราช การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วม ศึกษาวิจัยไม่มีผลต่อคะแนนในการปฏิบัติ ข้อมูลจะถูกนำเสนอเป็นภาพรวม

สัปดาห์ที่ 1					สัปดาห์ที่ 2				
วันที่ 1	วันที่ 2	วันที่ 3	วันที่ 4	วันที่ 5	วันที่ 1	วันที่ 2	วันที่ 3	วันที่ 4	วันที่ 5
ปฐมเทศ	Check in 15 นาที ก่อน Pre-Conference	Check in 15 นาที	Check in 15 นาที ก่อน Pre-Conference	Check in 15 นาที ก่อน Pre-Conference	Check in 15 นาที ก่อน Pre-Conference	Check in 15 นาที ก่อน Pre-Conference	Check in 15 นาที ก่อน Pre-Conference	Check in 15 นาที ก่อน Pre-Conference	สัมมนาหลังฝึกปฏิบัติ
		ฝึกสมาธิ นับเลข 20 นาที ก่อน Pre-Conference				ฝึกสมาธิ นับเลข 20 นาที ก่อน Pre-Conference			
	ฝึกปฏิบัติการ พยาบาล ผู้ป่วย	ฝึกปฏิบัติการ พยาบาล ผู้ป่วย	ฝึกปฏิบัติการ พยาบาล ผู้ป่วย	ฝึกปฏิบัติการ พยาบาล ผู้ป่วย	ฝึกปฏิบัติการ พยาบาล ผู้ป่วย	ฝึกปฏิบัติการ พยาบาล ผู้ป่วย	ฝึกปฏิบัติการ พยาบาล ผู้ป่วย	ฝึกปฏิบัติการ พยาบาล ผู้ป่วย	
	Check out 15 นาที หลัง Post-Conference	Check out 15 นาที หลัง Post-Conference	-สัตว์ 4 ทิศ 30 นาที	Check out 15 นาที หลัง Post-Conference	-การฟังอย่าง ไคร้ครวญ	Check out 15 นาที หลัง Post-Conference	-การปลูก เมล็ดพันธุ์ แห่ง ปัญญา	Check out 15 นาที หลัง Post-Conference	
			Check out 15 นาที หลัง Post-Conference		Check out 15 นาที หลัง Post-Conference		Check out 15 นาที หลัง Post-Conference		

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่าง
2. แจกแบบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทำก่อนใช้โปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา (O₁)
3. จัดให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมฯ เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยใช้ห้องประชุมย่อยที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมในการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมฯ ตามขั้นตอนแสดงดังตารางที่ 1
4. เมื่อครบจำนวนวันที่กำหนด ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างในวันสุดท้ายของสัปดาห์ที่ 1 (O₂) เพื่อประเมินการตระหนักรู้ในตนเองและความสุขในการเรียนหลังเข้าโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาสัปดาห์ที่ 1

5. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลภายหลังทำโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาเสร็จสิ้น ในวันพฤหัสบดีของสัปดาห์ที่ 2 (O₃) ก่อนวันสุดท้ายของการฝึกปฏิบัติงาน ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามภายหลังดำเนินกิจกรรม ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและถอดบทเรียนกระบวนการเรียนรู้ขณะได้รับโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการตระหนักรู้ในตนเอง และความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

จิตตปัญญาศึกษา สัปดาห์ที่ 1 และ 2 โดยการวิเคราะห์ค่าความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) และการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ (Post Hoc Multiple Comparisons)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91 เพศชาย ร้อยละ 9 ส่วนมากอายุอายุ 21 ขึ้นไป ร้อยละ 51.51 และไม่เคยประสบการณ์การอบรมจิตตปัญญาศึกษา ร้อยละ 84.84
2. วิเคราะห์ความแตกต่างโดยเปรียบเทียบ

คะแนนเฉลี่ยของการตระหนักรู้ในตนเอง และความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลก่อนเรียนและหลังเรียนด้วยโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 พบว่า

2.1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนการตระหนักรู้ในตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 2) เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 2 คู่ ได้แก่ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กับ สัปดาห์ที่ 2 และ สัปดาห์ที่ 1 กับ สัปดาห์ที่ 2 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของการตระหนักรู้ในตนเองของนักศึกษาพยาบาล จำแนกตามช่วงเวลา (n =33)

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	ss	df	MS	F	p - value
ระยะเวลา	ระหว่างกลุ่ม	10.177	2	5.098	9.474	.00*
	ภายในกลุ่ม	48.339	90	.537		
	รวม	58.516	92			

ตารางที่ 3 แสดงความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของการตระหนักรู้ในตนเองของนักศึกษาพยาบาล จำแนกช่วงเวลา (n =33)

ตัวแปร	ก่อนเข้าโปรแกรมฯ (\bar{x} = 3.967)	สัปดาห์ที่ 1 (\bar{x} = 3.951)	สัปดาห์ที่ 2 (\bar{x} = 4.661)
ก่อนเข้าโปรแกรมฯ (\bar{x} = 3.967)	-	.996	.001*
สัปดาห์ที่ 1 (\bar{x} = 3.951)	.996	-	.001*
สัปดาห์ที่ 2 (\bar{x} = 4.661)	.001*	.001*	-

*p < .05

2.2 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสุขในการเรียนรู้ มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 4) เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของความสุขในการเรียนรู้จำแนกตาม

ช่วงเวลาพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 2 คู่ ได้แก่ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กับ สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 1 กับ สัปดาห์ที่ 2 (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของความสุขในการเรียนรู้ ของนักศึกษาพยาบาล จำแนกตามช่วงเวลา (n = 33)

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	ss	df	MS	F	p
ระยะเวลา	ระหว่างกลุ่ม	11.171	2	4.018		
	ภายในกลุ่ม	49.439	91	.637	8.574	.00*
	รวม	57.616	93			

*p < .05

ตารางที่ 5 แสดงความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล จำแนกตามช่วงเวลา (n = 33)

ตัวแปร	ก่อนเข้าโปรแกรมฯ (\bar{x} = 3.854)	สัปดาห์ที่ 1 (\bar{x} = 4.048)	สัปดาห์ที่ 2 (\bar{x} = 4.064)
ก่อนเข้าโปรแกรมฯ (\bar{x} = 3.854)	-	.796	.001*
สัปดาห์ที่ 1 (\bar{x} = 4.048)	.796	-	.001*
สัปดาห์ที่ 2 (\bar{x} = 4.064)	.001*	.001*	-

*p < .05

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา นักศึกษาพยาบาลมีค่าคะแนนการตระหนักรู้ในตนเองในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของละมัต เลิศล้ำ และชนิดา ธารสารสุธี¹² ที่พบว่า การนำกระบวนการจิตตปัญญาศึกษาสู่รายวิชาผ่านการโครงการมิตรภาพบำบัด การดูแลเอาใจหาแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความรู้สึก

ผ่อนคลาย สงบ มีเรียนรู้ความแตกต่างระหว่างบุคคล เข้าใจ ยอมรับความคิดเห็น และมุมมองที่แตกต่างกัน เกิดความเข้าใจทั้งตนเองและผู้อื่น เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน เกิดการตระหนักรู้ภายในด้วยตนเอง เกิดปัญญา เกิดความรักความเมตตา เกิดการถ่ายทอดพลังแห่งความดีงามและความปรารถนาดีให้แก่กัน รู้จักปล่อยวาง เรียนรู้ที่จะอยู่กับตนเอง เพื่อให้เกิดปัญญาในการแก้ไขปัญหา เกิดความยินดี ความปลื้มปิติ ความอึดอึดใจ เมื่อได้ดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจ รู้สึกรักและเห็นคุณค่าในวิชาชีพพยาบาล และสอดคล้องกับการศึกษาของกรศศิริ ชิตดี และณัฐพร อุทัยธรรม⁵

ที่พบว่า การพัฒนาบุคลิกภาพนักศึกษาพยาบาลโดยใช้กิจกรรมจิตตปัญญาศึกษา ที่ประกอบด้วย กิจกรรมสร้างเป้าหมาย กิจกรรมมงล้อ 4 ทิศ กิจกรรมเปิดพื้นที่การเรียนรู้ กิจกรรมผ่อนคลายภาระหนัก การสวดมนต์/ภาวนา และกิจกรรมประยุกต์ใช้ทฤษฎีบุคลิกภาพ ช่วยทำให้นักศึกษาพยาบาลปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อปฏิบัติสิ่งใหม่ ๆ ต่อตนเอง เข้าใจตนเองได้อย่างลึกซึ้ง มีความรัก ความเมตตาต่อตนเองและผู้อื่น ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าการนำกิจกรรม “Check in – Check out, การฝึกสมาธิ 4 ทิศ” มาใช้ร่วมกับการจัดการเรียนสอนในภาคปฏิบัติ สามารถส่งเสริมความตระหนักรู้ในตนเองของนักศึกษาพยาบาล ช่วยทำให้นักศึกษาพยาบาลเข้าใจตนเองและบุคคลอื่น ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าแนวคิดจิตตปัญญาเป็นการพัฒนาอย่างเป็นองค์รวมที่สามารถสอดแทรกในการจัดการเรียนการสอนในรูปแบบต่างๆ ทำให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ความแตกต่างระหว่างบุคคล เกิดการเข้าใจและยอมรับตนเอง ได้ฝึกการมีสติ มีการใคร่ครวญของตนเอง เป็นผู้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และยอมรับในตัวตนของตนเองและผู้อื่นมากขึ้น¹¹

นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา นักศึกษาพยาบาลมีค่าคะแนนความสุขในการเรียนรู้ในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณ จันทวิเมือง⁸ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาต่อสุขภาวะจิตวิญญาณของนักศึกษาพยาบาล พบว่า หลังทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสุขภาวะจิตวิญญาณสูงกว่าก่อนการทดลอง และการศึกษาของวิมลมาลย์ ศรีรุ่งเรือง⁷ ที่ใช้กิจกรรมจิตตปัญญาศึกษาสอนนักศึกษาแพทย์ในรายวิชาสุขภาวะกายและจิต พบว่า นักศึกษาแพทย์มีสมาธิเพิ่มขึ้น มีประสิทธิภาพในการเรียน สามารถไปใช้ชีวิต ช่วยให้ปล่อยวางอารมณ์ได้เร็ว มองโลกในแง่ดี มีเหตุผลและความสัมพันธ์กับเพื่อนดีขึ้น แสดงว่าการนำโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาไปประยุกต์ใช้ใน

การเรียนการสอนโดยเฉพาะกับนักศึกษาพยาบาลที่ต้องขึ้นฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยซึ่งเป็นสถานการณ์ที่มีความกดดันต่อจิตใจช่วยทำให้นักศึกษามีความสุขในการเรียน โดยพบว่านักศึกษาในกลุ่มที่เรียนรู้ด้วยกระบวนการจิตตปัญญาศึกษาขณะขึ้นฝึกปฏิบัติงานมีความสุข ไม่มีความเครียด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโปรแกรมจิตตปัญญาที่จัดทำขึ้นมีการนำกิจกรรม “การฟังอย่างใคร่ครวญ และปลูกเมล็ดพันธุ์แห่งปัญญา” ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีการฟังด้วยหัวใจ ด้วยความตั้งใจ และสัมผัสได้ถึงรายละเอียดของสิ่งที่ฟังอย่างลึกซึ้งด้วยจิตที่ตั้งมั่น และมีการปลูกฝังความดีด้วยกิจกรรม “เมล็ดพันธุ์แห่งปัญญา” ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีความคิดที่ดี กระทำในสิ่งดี ก่อให้เกิดความสุขภายในจิตใจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ช่วยทำให้นักศึกษามีการศึกษาโลกภายในตนเอง เกิดความเข้าใจด้านในของตนเอง รู้ตัว เข้าถึงความจริง มีแนวทางที่ทำให้เห็นความเชื่อมโยงของการเรียนรู้ที่ชัดเจน ทั้งความคิด จิตใจ และนำไปสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ จากนามธรรมมาสู่รูปธรรม ดังนั้นผู้เรียนจึงมีความสุขในการเรียนรู้⁵

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารสถานศึกษาควรวางแผนให้มีการจัดการเรียนการสอนที่นำกระบวนการจิตตปัญญาศึกษาไปใช้ในการพัฒนานักศึกษาอย่างต่อเนื่องตลอดหลักสูตร เพื่อเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเองและมีความสุขในการเรียนของนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง

2. อาจารย์ผู้สอนควรมีการส่งเสริมให้นำกระบวนการจิตตปัญญาศึกษามาปรับใช้ในการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคฝึกปฏิบัติ เพื่อให้นักศึกษาได้มีการตระหนักรู้และเท่าทันความคิดของตนเอง ส่งผลให้เกิดความพร้อมในการฝึกปฏิบัติ และมีความสุขในการเรียนรู้ในทุกรายวิชา

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวัดและประเมินความตระหนักรู้ในตนเองและมีความสุขในการเรียนอย่างต่อเนื่อง

2. ควรทำการศึกษาแบบเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม เพื่อยืนยันผลที่เกิดจากโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษา และจัดให้กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมจิตต

ปัญญาศึกษาแต่มีความสนใจทำกิจกรรมภายหลังสิ้นสุดการวิจัย หรือนำโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาไปเรียนรู้ซ้ำอีกครั้งในรายวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาลกับ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และ 4

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักมาตรฐานและประเมินผลอุดมศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. แนวทางการส่งเสริมคุณภาพการจัดการเรียนการสอนของอาจารย์ในสถาบันอุดมศึกษา. กรุงเทพฯ: สำนักมาตรฐานและประเมินผลอุดมศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ; 2561.
2. ภูมรินทร์ อินชวณี, อายุพร กัยวิทย์โกศลและเกศกาญจน์ บัวผัน. ภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช. รายงานวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช; 2551.
3. วราพร วันไชยธนวงศ์, วราภรณ์ ยศทวีและจุฬาวารี ชัยวงค์นาคพันธ์. การพัฒนาความตระหนักในคุณค่าของชีวิตสำหรับนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. 2556; 9(2): 112-127.
4. ปราณี อ่อนศรี. จิตตปัญญาศึกษา การศึกษาเพื่อการพัฒนามนุษย์ในศตวรรษที่ 21. วารสารพยาบาลทหารบก. 2557; 15(1): 7-11.
5. กรศศิรี ชิตดี และณัฐพร อุทัยธรรม. กิจกรรมจิตตปัญญาศึกษา กลยุทธ์การพัฒนา บุคลิกภาพนักศึกษาพยาบาล. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. (2560); 5(2): 106-117.
6. ศิราณี อิ่มน้ำขาว และคณะ. ผลการบูรณาการจิตตปัญญาศึกษาในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 กรณีศึกษาหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลโยธธรร. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 2554; 4(2) :66-78.
7. วิมลมาลย์ ศรีรุ่งเรือง. การใช้นวัตกรรมกิจกรรมจิตตปัญญาศึกษาในนักศึกษาแพทย์ สำหรับรายวิชาสุขภาพกายและจิต. Tracks & Trends in Healthcare; 6-8 สิงหาคม 2557 คณะแพทยศาสตร์; สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557
8. วรวรรณ จันทวิเมื่อง. ผลของโปรแกรมจิตตปัญญาศึกษาต่อสุขภาวะจิตวิญญาณของนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2559.
9. นิคม ถนอมเสียง.การคำนวณขนาดตัวอย่างกรณีการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุ [ออนไลน์]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2560/4/25]. เข้าถึงได้จาก : https://home.kku.ac.th/nikom/sample_size_multiple_regression_2560.pdf
10. ทศนีย์ สุริยะไชย. ความสัมพันธ์ระหว่างการตระหนักรู้ในตนเองกับการร่วมรู้สึกในวัยรุ่น. สารนิพนธ์. ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2554.
11. วรัญญา แสงพิทักษ์ และ อมรตา อาชาพิทักษ์. กิจกรรมจิตตปัญญาศึกษา: การเปลี่ยนแปลงเจตคตินักศึกษาพยาบาล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ. 2560; 33(2): 159-168.

12. ละมัต เลิศล้ำ และ ชนิตา ธนสารสุธี. การจัดการเรียนรู้ตามแนวจิตตปัญญาศึกษา (Contemplative Education) เพื่อพัฒนาการให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์. รายงานวิจัย. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์; 2556.
13. นุสรานามเดช. การพัฒนากระบวนการเรียนการสอนปฏิบัติการพยาบาลตามทฤษฎีการเรียนรู้แบบเน้นประสบการณ์และแนวคิดจิตตปัญญาศึกษาเพื่อส่งเสริมความร่วมมือรู้สึกในการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์. ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย; 2559.
14. อรรถพล ปัญจะเพชรแก้ว. ผลของการจัดการเรียนรู้เชิงแนวคิดจิตตปัญญาวิชาจิตวิทยาสำหรับครูที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการชี้นำตนเองของนักศึกษาที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่างกัน. วิทยานิพนธ์. ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2560.
15. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพจิต. การเรียนรู้ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการความเครียด สำหรับวันทำงาน [ออนไลน์]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2560/5/25]. เข้าถึงได้จาก <http://www.hed.go.th/linkhed/file/456>.

ผลของการใช้เกมสุติศาสตร์พาเพลินออนไลน์ต่อความรู้ และความพึงพอใจของผู้เรียน Effects of Enjoyable Obstetrics Online Game on Knowledge and Satisfaction of Learners

กัญญาพัชญ์ จาอ้าย ศษ.ม.* Kanyapat Chaeye, Ed.M*
อรอนงค์ ธรรมจินดา DNP* On-Anong Thammajinda, DNP*

Corresponding authors: Email: kanyapatchaeye@gmail.com
Received: 6 Feb 2019, Revised: 14 Mar 2020, Accepted: 2 May 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการเรียนการสอนพยาบาลโดยใช้เกมสุติศาสตร์พาเพลินออนไลน์และศึกษาผลของเกมนั้นต่อความรู้และความพึงพอใจของผู้เรียน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาการพยาบาลมารดา และทารก (รหัสวิชา พบ. 221) ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2561 จำนวน 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้เล่นเกมและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เล่นเกม กลุ่มละเท่า ๆ กัน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เกมสุติศาสตร์พาเพลินออนไลน์ที่สร้างขึ้นโดยใช้แบบจำลอง ADDIE แบบประเมินความรู้คำศัพท์สุติศาสตร์ และแบบวัดความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติค่าที (t -test)

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังเล่นเกมของกลุ่มทดลอง ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 75 คิดเป็นร้อยละ 93.33 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังเล่นเกมสูงกว่าก่อนเล่นเกม ($p < .001$) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) และมีความพึงพอใจต่อการเล่นเกมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.13, S.D. = .62$) เมื่อเวลาผ่านไป 1 เดือน ทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ลดลงจากเดิม ($p > .001$) อย่างไรก็ตามผู้เรียนกลุ่มทดลองยังมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$)

เกมสุติศาสตร์พาเพลินออนไลน์สำหรับนักศึกษาพยาบาลเป็นสื่อที่มีประสิทธิภาพ ช่วยเรียนรู้และจดจำคำศัพท์จากเกม ง่ายต่อการเข้าถึง เข้าศึกษาได้สะดวก ได้รับความสนุกสนาน และเป็นสื่อการสอนที่เหมาะสมกับการศึกษายุคใหม่ในการเสริมสร้างการเรียนรู้ที่มีความต่อเนื่องทั้งในและนอกห้องเรียน

คำสำคัญ: การเรียนรู้โดยใช้เกมเป็นฐาน คำศัพท์สุติศาสตร์ การศึกษาพยาบาล แบบจำลอง ADDIE

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค ม.พายัพ
* Assistant Professor, McCormick Faculty of Nursing, Payap University

Abstract

The purposes of this quasi- experimental research were to develop and evaluate the effectiveness of an online obstetrics terminology game in nursing education. Samples of 60 sophomore nursing students at McCormick Faculty of Nursing, Payap University were selected using purposive sampling method. They were divided into two equal groups; an experimental group using an online game and a controlled group receiving a conventional instructional method. The research instruments included the online obstetrics terminology game using ADDIE model as a framework, the obstetric terminology knowledge questionnaires and the satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

The results revealed that 93.33% of the experimental group had passed the criteria score of 75%. After playing an online obstetrics terminology game, the average knowledge score of the experimental group was significantly higher than before ($p < .001$). The average knowledge score of the experimental group was significantly higher than the controlled group ($p < .001$). The students' satisfaction after using the game was at a high level ($\bar{x} = 4.13, S.D. = .62$). After 1 month, the mean knowledge score of the experimental group and the controlled group were significantly less than the mean knowledge scores of immediately after playing the game ($p > .001$). However, the mean knowledge score of the experimental group was significantly higher than the controlled group ($p < .001$).

The online obstetrics terminology game for nursing students is an effective learning material. The benefits of the game for nursing students are not only gaining an understanding of their subject through their engagement with the game combined with the enjoyment of play. In addition, there were benefits for educators in preparing the teaching materials that suitable for modern education to promote continuous learning outside the classroom.

Keywords: Game-based learning, Obstetrics terminology, Nursing education, ADDIE model

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การก้าวเข้าสู่สังคมศตวรรษที่ 21 นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี สิ่งแวดล้อม และการดำเนินชีวิตอย่างก้าวกระโดด ไม่เว้นแม้แต่ระบบการศึกษาซึ่งถือเป็นหัวใจในการพัฒนาคน เทคโนโลยี

สารสนเทศมีบทบาทกับการศึกษาเป็นอย่างมาก การเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์เป็นทางเลือกหนึ่งของการจัดการเรียนการสอนที่ผู้สอนนำมาใช้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการจัดการเรียนการสอนในศตวรรษที่ 21 ที่ได้กำหนดทักษะการเรียนรู้ใน 3 ทักษะ ได้แก่

ทักษะชีวิตและการทำงาน ทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม และทักษะข้อมูลการสื่อสารสนเทศและเทคโนโลยี โดยผู้เรียนต้องมีคุณสมบัติคือ อ่านออกเขียนได้ และคิดเลขเป็น นอกจากนี้ยังต้องมีการสร้างเสริมทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม ประกอบด้วย การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การสื่อสาร การร่วมมือ และความคิดสร้างสรรค์¹

การจัดการศึกษาพยาบาลต้องมีการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปของผู้เรียนในยุคศตวรรษที่ 21 ได้แก่ เรียนรู้จากการลงมือทำ และเรียนรู้จากสื่อหรือเทคโนโลยีใหม่ ๆ² โดยต้องอาศัยการจัดการเรียนรู้จากผู้สอนหลายสาขาร่วมมือกัน เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมทักษะที่จำเป็นสำหรับผู้เรียน และช่วยแก้ปัญหาแก่นักเรียนที่ไม่เข้าใจบทเรียนหรือเรียนอย่างท่องจำ เพียงเพื่อให้ทำข้อสอบผ่านเท่านั้น ดังนั้นระบบการศึกษาพยาบาลมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องพัฒนากระบวนการเรียนการสอนต่าง ๆ ให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสังคมศตวรรษที่ 21

คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ มีการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยได้มีการนำรูปแบบวิธีการจัดการเรียนการสอนที่หลากหลายมาประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอน การเรียนการสอนทางการพยาบาลทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติต้องมีการสื่อสารโดยใช้คำศัพท์เฉพาะทางการแพทย์ซึ่งส่วนใหญ่เป็นภาษาอังกฤษ นักศึกษาจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจในคำศัพท์สามารถใช้คำศัพท์ในการสื่อสารทางการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมทั้งด้านการพูด และการเขียนสอดคล้องกับคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามที่คณะกรรมการการอุดมศึกษากำหนดให้ผู้เรียนมีความสามารถในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สามารถนำเสนอได้เหมาะสมกับสถานการณ์หรือบุคคลที่แตกต่างกันได้ อย่างไรก็ตามจากประเมินผลการเรียน พบว่านักศึกษาไม่รู้คำศัพท์จึงทำให้อ่านไม่เข้าใจ ฟังไม่รู้เรื่อง ไปจนถึงพูดและเขียนไม่ได้

การส่งเสริมให้ผู้เรียนได้เรียนรู้คำศัพท์เฉพาะทางการแพทย์มีหลากหลายวิธี วิธีการใช้เกมประกอบ

การเรียนการสอนเป็นอีกวิธีการหนึ่งซึ่งส่งเสริมให้ผู้เรียนได้ฝึกความสามารถในการรับรู้และเสริมสร้างความคิดหลากหลายมุมมอง เช่น การรับรู้แนวคิดใหม่ ความคิดสร้างสรรค์ ตลอดจนฝึกความจำ ดังที่ทีศนา ชมรมณี³ ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการใช้เกมประกอบการจัดการเรียนรู้ว่า เป็นการสอนอีกวิธีหนึ่งซึ่งช่วยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้สูง ผู้เรียนได้รับความสนุกสนาน เกิดการเรียนรู้จากการเล่น ทั้งยังทำให้การเรียนรู้ที่มีความหมายและอยู่คงทน นอกจากนี้แนวทางการจัดการเรียนการสอนโดยใช้เกมเป็นฐาน (Game-Based Learning: GBL) เป็นการส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยให้ผู้เรียนโอกาสในการเรียนรู้อย่างอิสระมากขึ้น เปลี่ยนการเรียนรู้จากการฟัง ไปเป็นการเรียนรู้ผ่านการฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง เป็นการช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจในการเรียน โดยคาดหวังว่า GBL จะเป็นวิธีการจัดการเรียนการสอนที่เพิ่มขีดความสามารถในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น⁴

จากการสัมภาษณ์ผู้สอนถึงวิธีการส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้หนังสือเกมคำศัพท์ สติศาสตร์ พาเพลิน โดยกัญญาพัชญ์ จาอ้าย⁵ เพื่อทบทวนคำศัพท์ในบทเรียนของรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 พบว่า ผู้สอนมีความพึงพอใจประสิทธิผลของการใช้หนังสือเกมคำศัพท์ สติศาสตร์ พาเพลิน เป็นแบบฝึกหัดให้ผู้เรียนได้ทบทวนบทเรียนด้านคำศัพท์เฉพาะทาง ผู้เรียนจดจำคำศัพท์ได้มากขึ้น มีเนื้อหาบางเกมค่อนข้างยาก บางครั้งการเล่นเกมในหนังสือไม่สามารถเล่นซ้ำรอบสองได้ อีกทั้งยังสามารถเปิดเฉลยท้ายเล่มดูก่อนเล่นได้

ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์ผู้ร่วมสอนในกระบวนการวิชาได้ตระหนักถึงความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้อย่างเต็มศักยภาพและสามารถนำคำศัพท์ภาษาอังกฤษไปใช้ในการสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้จัดการเรียนรู้จากการเล่นเกมคำศัพท์ สติศาสตร์ พาเพลินออนไลน์ เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจในคำศัพท์ภาษาอังกฤษทางการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์อันนำไปสู่การประยุกต์ใช้ให้เกิด

ประโยชน์สูงสุดแก่ผู้เรียน จึงได้นำเอาแบบจำลอง ADDIE มาเป็นแนวทางในการพัฒนาเกม เนื่องจากแบบจำลอง ADDIE เป็นระบบที่ใช้ออกแบบและพัฒนาสื่อการสอนได้ดี ตรงตามวัตถุประสงค์ของการเรียนการสอน และตอบสนองความต้องการของผู้เรียนแต่ละคน⁶ เพื่อเป็นสื่อที่ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ ส่งเสริมความเข้าใจ และเพิ่มการจดจำคำศัพท์สูติศาสตร์แก่ผู้เรียน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินความรู้คำศัพท์ทางสูติศาสตร์ของผู้เรียนหลังเล่นเกมสูติศาสตร์พาเพลินออนไลน์
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้คำศัพท์ทางสูติศาสตร์ก่อนและหลังการเล่นเกมสูติศาสตร์พาเพลินออนไลน์ของผู้เรียน
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้คำศัพท์ทางสูติศาสตร์ระหว่างกลุ่มผู้เรียนที่ได้รับการเล่นเกมสูติศาสตร์พาเพลินออนไลน์กับกลุ่มผู้เรียนที่ไม่ได้เล่นเกมฯ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้คำศัพท์ทางสูติศาสตร์ของผู้เรียนหลังเล่นเกมสูติศาสตร์พาเพลินออนไลน์ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 75

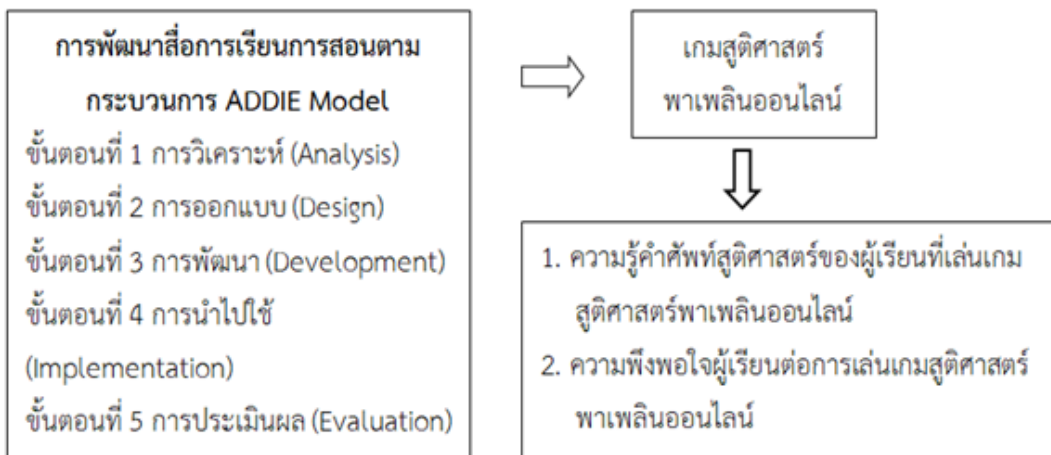
2. ความรู้คำศัพท์ทางสูติศาสตร์ของผู้เรียนหลังเล่นเกมสูติศาสตร์พาเพลินออนไลน์สูงกว่าก่อนเล่นเกม

3. ความรู้คำศัพท์ทางสูติศาสตร์ของผู้เรียนหลังเล่นเกมสูติศาสตร์พาเพลินออนไลน์ของกลุ่มที่เล่นเกมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เล่นเกม

4. ความพึงพอใจของผู้เรียนหลังเล่นเกมสูติศาสตร์พาเพลินออนไลน์ อยู่ในระดับมาก ถึงระดับมากที่สุด

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาเอกสาร แนวคิด วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยมีแนวคิดว่าเกมออนไลน์เป็นสื่อการเรียนการสอนที่มีประโยชน์ ทำให้ผู้เรียนรู้สึกสนุก เรียนรู้จากการลงมือทำ และเรียนรู้จากสื่อหรือเทคโนโลยีใหม่ ๆ จึงได้พัฒนาเกมสูติศาสตร์พาเพลินออนไลน์ขึ้นโดยใช้ขั้นตอนตาม ADDIE Model จากนั้นได้นำเกมที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เรียนเล่น การจัดการเรียนรู้ด้วยเกมจะทำให้ผู้เรียนจดจำคำศัพท์สูติศาสตร์เพิ่มขึ้น เกิดความรู้และความพึงพอใจต่อการเล่นเกมสูติศาสตร์พาเพลินออนไลน์ ดังนี้



แผนภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม (A quasi-experimental research) คือ วัดผลก่อนและหลังการเล่นเกมสุติศาสตร์พาเพลินออนไลน์

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ ปีการศึกษา 2561 จำนวน 126 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิคมหาวิทยาลัยพายัพ ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาการพยาบาลมารดา และทารก (รหัสวิชา พบ. 221) ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2561 จำนวน 60 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด การศึกษาครั้งนี้กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ระดับปานกลาง คือ 0.50 กำหนดค่าระดับความเชื่อมั่นที่ 0.95 อำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 เมื่อนำไปเปิดตารางอำนาจการทดสอบ⁷ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 54 คน คณะผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน สุ่มจับฉลากเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองและปฏิบัติตามหลักการของ Kerlinger⁸ โดยยึดหลักการควบคุมตัวแปรภายนอกไม่ให้มีผลต่อตัวแปรตาม คือ

Maximization of Systematic Valiance (Max.) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับการจัดการเรียนการสอนที่แตกต่างกันกล่าวคือ กลุ่มทดลองได้รับการเล่นเกมสุติศาสตร์พาเพลินออนไลน์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการจัดการเรียนการสอนตามปกติ ซึ่งเป็นการทำให้ความแปรปรวนอันเนื่องมาจากตัวแปรอิสระหรือตัวแปรทดลองมีค่าสูงที่สุด

Minimization of Error Variance (Min.) เป็นการลดความแปรปรวน อันเนื่องมาจากความคลาดเคลื่อนให้มีค่าต่ำสุด โดยนักศึกษาที่อยู่ใน การวิจัยนี้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันทุกประการ ได้แก่ การลงทะเบียนฝึกปฏิบัติการพยาบาลรายวิชาที่เหมือนกัน ชั้นปีเดียวกัน และเกรดเฉลี่ยใกล้เคียงกัน

3. Control of Extraneous Variables (Con.)

เป็นการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรภายนอก ที่ไม่ได้ศึกษาแต่ตัวแปรนั้นอาจมีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม เพื่อไม่ให้เกิดผลต่อตัวแปรตาม โดยควบคุม สภาพห้องที่ใช้สอน เวลาที่ใช้สอน และเนื้อหาที่ใช้สอนที่มีลักษณะเหมือนกัน

กลุ่มตัวอย่างสมัครร่วมโครงการโดยผ่านการเชิญชวนจากผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นผู้ประสานงานการติดต่อกับกลุ่มตัวอย่าง การเก็บข้อมูลทั้งก่อนและหลังสำหรับอาจารย์ในทีมวิจัยเป็นผู้ให้การจัดกระทำ (Intervention) เท่านั้นไม่เข้ามาเกี่ยวข้องในกระบวนการเก็บข้อมูล โดยทีมผู้วิจัยได้ให้ความเป็นธรรมและไม่มีผลต่อคะแนนในการเรียน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ เกมสุติศาสตร์พาเพลินออนไลน์ โดยผู้วิจัยได้คัดเลือกคำศัพท์เฉพาะ ที่พบในหัวข้อการพยาบาลระยะการตั้งครรภ์และระยะหลังคลอดในบทเรียน มาสร้างเป็นเกมออนไลน์ มีคำศัพท์ทั้งหมด 68 คำ เกมมีทั้งหมด 10 เกม ได้แก่ เกมปริศนาอักษรไขว้ (Crossword) การหาคำศัพท์ในตารางไขว้ (Word search) เกมจับคู่คำศัพท์ (Matching game) หรือเกมสามมิติที่มีการเคลื่อนไหว เช่น เกมเลื่อนรถเข็นรองรับตัวอักษรที่ตกลงมาเพื่อนำไปเติมในคำศัพท์ที่ตัวอักษรหายไป เกมหาคำศัพท์ โดยมีคำอธิบายภาษาไทยและให้ผู้เล่นหาอักษรที่ตรงตามความหมาย หากทำได้ถูกต้องถึงจะได้กินมะม่วง หรือเกมหาตัวอักษร มาใส่ในช่องว่าง (Hangman) หากไม่ถูกต้องจะมีชีกรงปรากฏทีละซี่ตามจำนวนครั้งที่ผิด จนกระทั่งนกถูกขังในกรงและผู้เล่นจะเสียแต้มในการเล่นครั้งนั้น เป็นต้น โดยกติกาเล่นจะมีการกำหนดจำนวนครั้งหรือเวลาในการเล่นแตกต่างกันไปในแต่ละเกม เวลาในการเล่นเกมอย่างต่อเนื่องจนครบจะใช้เวลาประมาณ 40 นาที

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบประเมินความรู้คำศัพท์สุติศาสตร์แบบประเมินมีจำนวน 32 ข้อ เป็นข้อสอบปรนัยชนิด

เลือกตอบ 4 ตัวเลือก เกณฑ์ให้คะแนน ตอบถูก ให้ 1 คะแนน และตอบผิด ให้ 0 คะแนน

2.2 แบบวัดความพึงพอใจ แบบวัดเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จำนวน 12 ข้อ⁸ โดยลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยกำหนดคะแนนจาก 5 ถึง 1 การแปลความหมายโดยชี้คะแนนเฉลี่ย แบ่งเป็น 5 ระดับดังนี้ ระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 0.50-1.49) ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49) ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49) และระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงของเนื้อหา

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมเนื้อหา ได้ค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.78, 0.75 และ 0.83 ตามลำดับ

2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ผู้วิจัยเครื่องมือไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 ที่เรียนรายวิชาเกี่ยวกับการพยาบาลมารดา และทารกของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ จำนวน 20 คน แล้วหาความเชื่อมั่นโดยการคำนวณสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ 0.88 และ 0.82 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินความรู้คำศัพท์สูติศาสตร์ออนไลน์ โดยใช้สูตรครุเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้เท่ากับ 0.97

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยชิ้นนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารรับรองเลขที่ 044/2019 และกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและมีการลงนามยินยอมในเอกสารขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทีมผู้วิจัยได้พัฒนาเกมขึ้นมาจากเกมที่เป็นรูปแบบหนังสือ อาศัยขั้นตอนการออกแบบเกมสูติศาสตร์ พาเพลินออนไลน์ตามแบบจำลอง ADDIE ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การวิเคราะห์ (A: analysis) ศึกษาปัญหาที่เกิดจากการเล่นเกมในหนังสือที่ผ่านมา รวมทั้งศึกษาความต้องการต่าง ๆ ของผู้เรียน วิเคราะห์แหล่งข้อมูล เนื้อหาที่จะใช้ในการออกแบบเกม กำหนดวิธีการและเวลานำเสนอเกม วิธีการปฏิสัมพันธ์กับบทเรียนเพื่อให้เหมาะสมกับผู้เรียนมากที่สุด

2. การออกแบบ (D: design) ออกแบบโครงสร้างบทเรียน รวมทั้งพิจารณารูปแบบของการจัดการเกม จัดลำดับความสัมพันธ์ของบทเรียนในเกมให้ครบขอบเขตของเนื้อหาแล้วนำรายละเอียดไปสร้างเกมออนไลน์

3. การพัฒนา (D: development) เป็นขั้นตอนการพัฒนาเกม โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ให้ผู้เรียนสามารถเล่นได้สะดวก

4. การนำไปใช้ (I: implementation) ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้นำเกมที่พัฒนาเสร็จสมบูรณ์ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเกม จากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่เรียนรายวิชาเกี่ยวกับการพยาบาลมารดา และทารก ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ที่คุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน ทำการปรับปรุงแก้ไข ก่อนที่จะนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

5. การประเมินผล (E: evaluation) เป็นขั้นตอนการประเมินผลการใช้เกม โดยการนำเกมที่ได้ไปให้กลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกไว้เล่น เพื่อประเมินผลของเกมที่สร้างขึ้น

คณะผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้ช่วยนักวิจัยในการเก็บข้อมูลวิจัย โดยอธิบายรายละเอียดโครงการ เอกสารยินยอมเข้าการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ ในการกรอกข้อมูลในแบบสอบถามโดยละเอียด จากนั้นทำการเก็บข้อมูล ดังนี้

กลุ่มที่ได้รับการเล่นเกมสุติศาสตร์พาเพลินออนไลน์ (กลุ่มทดลอง)

ขั้นตอนแรก นักศึกษาจะได้ประเมินความรู้คำศัพท์สุติศาสตร์ออนไลน์ จำนวน 32 ข้อ ก่อนการเข้าเล่นเกมในครั้งแรก (Pretest) ใช้เวลา ประมาณ 20 นาที

ขั้นตอนที่ 2 ให้เข้าเล่นเกม โดยกำหนดให้เข้าเล่นได้หลังทำแบบประเมินความรู้ฯ ครั้งแรก ใช้เวลาในการเล่น ประมาณ 40 นาที

ขั้นตอนที่ 3 นักศึกษาจะได้ประเมินความรู้คำศัพท์สุติศาสตร์ออนไลน์ หลังเล่นเกมครั้งสุดท้ายเสร็จ (Posttest) ใช้เวลา ประมาณ 20 นาที จากนั้นทำแบบประเมินซ้ำอีกครั้งเมื่อครบ 1 เดือน พร้อมกับตอบแบบวัดความพึงพอใจที่มีต่อการเล่นเกม

ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้รับการเล่นเกม (กลุ่มควบคุม) ขั้นตอนแรก นักศึกษาจะได้ประเมินความรู้คำศัพท์สุติศาสตร์ออนไลน์ จำนวน 32 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที จากนั้นเวลาผ่านไป 40 นาที ประเมินความรู้ซ้ำอีกครั้ง (Posttest) ใช้เวลา ประมาณ 20 นาที ขั้นตอนสุดท้ายเมื่อเวลาผ่านไป 1 เดือน ได้รับประเมินความรู้คำศัพท์สุติศาสตร์ออนไลน์อีกครั้ง และเมื่อจบการวิจัยนักวิจัยได้เปิดโอกาสให้เล่นเกมสุติศาสตร์พาเพลินออนไลน์เหมือนกับกลุ่มทดลองทุกขั้นตอน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป และความพึงพอใจต่อการเล่นเกม โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้คำศัพท์สุติศาสตร์ของผู้เรียนหลังเล่นเกมสุติศาสตร์พาเพลินออนไลน์ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 75

3. วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้คำศัพท์สุติศาสตร์ ภายในกลุ่มเดียวกัน โดยใช้สถิติ Paired *t*-test และวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้คำศัพท์สุติศาสตร์ระหว่างกลุ่มที่เล่นเกมกับกลุ่มที่ไม่ได้เล่น โดยใช้สถิติ Independent *t*-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.33 กลุ่มทดลองมีเกรดเฉลี่ยเท่ากับ 2.92 (S.D. = 0.22, Range = 2.50 - 3.26) และกลุ่มควบคุมมีเกรดเฉลี่ยเท่ากับ 2.93 (S.D. = 0.29, Range = 2.10 - 3.50) ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

2. กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับคำศัพท์สุติศาสตร์หลังการเล่นเกมสุติศาสตร์พาเพลินออนไลน์ ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 75 ร้อยละ 93.33 และไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 6.67

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้คำศัพท์สุติศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเล่นเกมสุติศาสตร์พาเพลินออนไลน์ทันที พบว่า ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกัน และกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้คำศัพท์สูติศาสตร์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเล่นเกมสูติศาสตร์พาเพลินออนไลน์

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.	
คะแนนความรู้					
กลุ่มควบคุม	16.83	4.82	17.70	4.96	.491
กลุ่มทดลอง	17.37	4.56	28.33	3.09	.000

4. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังเล่นเกมสูติศาสตร์พาเพลินออนไลน์ของกลุ่มทดลองและควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้คำศัพท์สูติศาสตร์ของกลุ่มที่เล่นเกมสูติศาสตร์พาเพลินออนไลน์และกลุ่มที่ไม่ได้เล่นเกม

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.	
คะแนนความรู้	28.33	3.09	17.70	4.96	.000

5. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้คำศัพท์สูติศาสตร์ก่อนและหลังเล่นเกมสูติศาสตร์พาเพลินออนไลน์ 1 เดือน พบว่า คะแนนความรู้คำศัพท์สูติศาสตร์ของกลุ่มทดลองและควบคุมไม่แตกต่างกัน (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้คำศัพท์สูติศาสตร์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเล่นเกมคำศัพท์สูติศาสตร์พาเพลินออนไลน์ 1 เดือน

กลุ่มตัวอย่าง	หลังการทดลองทันที		หลังการทดลอง 1 เดือน		p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.	
คะแนนความรู้					
กลุ่มควบคุม	17.70	4.96	17.13	3.87	.332
กลุ่มทดลอง	28.33	3.09	27.30	3.09	.035

6. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้คำศัพท์สูติศาสตร์หลังเล่นเกมสูติศาสตร์พาเพลินออนไลน์ 1 เดือน พบว่า คะแนนความรู้เฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้คำศัพท์สุติศาสตร์ของกลุ่มที่เล่นเกมสุติศาสตร์พาเพลินออนไลน์และกลุ่มที่ไม่ได้เล่นเกม 1 เดือน

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.	
คะแนนความรู้	27.30	3.09	17.13	3.87	.000

7. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจหลังเล่นเกมสุติศาสตร์พาเพลินออนไลน์โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.13$, S.D = 0.62) โดยผู้เรียนส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อเนื้อหา การจัดลำดับเนื้อหา คำสั่งในเกมชัดเจน ลักษณะตัวอักษร เป็นเกมน่าสนใจ ช่วยเรียนรู้คำศัพท์ได้ด้วยตนเอง และสามารถย้อนกลับเข้าเล่นเกมได้เมื่อต้องการ มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอยากให้รูปภาพเกมเป็นรูปสี่เหลี่ยมและยังมีบางเกมที่เล่นแล้วสะดุดค้าง ทำให้การเล่นเกมไม่ต่อเนื่อง และเกมช่วยทำให้จดจำคำศัพท์ได้ดีมาก

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบประเด็นที่น่าสนใจตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานข้อ 1 คะแนนความรู้คำศัพท์สุติศาสตร์ของผู้เรียนที่ได้หลังเล่นเกมสุติศาสตร์พาเพลินออนไลน์ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 75 ร้อยละ 93.33 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างเกมขึ้นตาม ADDIE Model โดยออกแบบและพัฒนาให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการเรียนการสอน และตอบสนองความต้องการของผู้เรียน เป็นเกมที่เหมาะสมกับวัย ความสนใจ และความสามารถของผู้เรียน ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีเจตคติที่ดีต่อการเรียนภาษาอังกฤษ และเกิดการพัฒนาการเรียนภาษาอย่างมีประสิทธิภาพ จะเห็นได้ว่าไม่เพียงแต่วิธีการจัดการเรียนรู้เท่านั้นที่จะส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนภาษาอังกฤษของนักเรียน สื่อการเรียนการสอนก็เป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งเช่นกันที่ช่วยให้นักเรียนเข้าใจการเรียนภาษาอังกฤษมากยิ่งขึ้น¹⁰ สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของกรมวิชาการ¹¹ ที่ว่าเกม

เป็นสิ่งที่เร้าความสนใจให้นักเรียนอยากเรียนภาษาอังกฤษเพิ่มขึ้นช่วยย่ำสิ่งที่เรียนไปแล้วทั้งด้านตัวอักษร การออกเสียง การฟัง การพูดคำศัพท์ การสะกดตัวอักษร และการอ่าน ตลอดทั้งรูปประโยคเกมต่าง ๆ สามารถนำสิ่งที่เป็นปัญหาจากการเรียนภาษาอังกฤษของนักเรียนมาฝึกซ้ำในรูปของการเล่น ฝึกความฉับไวในความคิด การทำความเข้าใจในการปฏิบัติตามคำสั่งและการใช้ภาษาอย่างอัตโนมัติ ส่งเสริมเจตคติที่ดีต่อการเรียนภาษา

สมมติฐานข้อ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้คำศัพท์สุติศาสตร์ของกลุ่มทดลองหลังเล่นเกมสูงกว่าก่อนเล่นเกมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 อภิปรายได้ว่าคะแนนหลังเรียนเกิดจากการที่ผู้เรียนได้เรียนรู้ผ่านเกมออนไลน์ที่สร้างขึ้นโดยการใช้เทคนิคช่วยจดจำที่มีการเชื่อมโยง ภาพ คำและเสียงต่าง ๆ การเรียนรู้ผ่านเกมที่ดัดแปลงคล้ายแบบฝึกหัดต่าง ๆ เช่น การออกแบบเกมเพื่อการศึกษาที่ให้ผู้เรียนหาคำศัพท์ต่าง ๆ ที่กำหนดให้ไปวางในตำแหน่งของรูปวาดที่เป็นส่วนประกอบภายนอกของศีรษะทารก การจับคู่ภาพเชิงกรานกับคำที่ใช้เรียกเชิงกรานนั้น เพื่อให้ผู้เรียนได้ทดลองทำ โดยเน้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้วยตัวเอง ซึ่งการเรียนรู้ด้วยตัวเองทำให้เข้าใจได้ลึกซึ้ง ประกอบกับให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากความผิดพลาดคือการหาตัวอักษรมาเติมในช่องว่าง มีการกำหนดให้มีลักษณะการช่วยชีวิตสัตว์ที่สมมติขึ้นในเกม ได้แก่ นก และลิง เป็นต้น หากมีการหาตัวอักษรผิดจะไม่สามารถช่วยนกและลิงได้ การเรียนรู้จากความผิดพลาดช่วยให้ผู้เรียนจดจำคำศัพท์ได้ดียิ่งขึ้น มีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนในเกมเพื่อให้ผู้เรียน

พยายามที่ทำให้บรรลุเป้าหมาย และผู้เรียนสามารถนำเอาความรู้ที่ไปใช้งานได้จริงโดยทำแบบทดสอบและใบความรู้หลังจากได้เล่นเกมการศึกษา โดยเป็นคำศัพท์ภาษาอังกฤษทางสูติศาสตร์ที่เลือกมาอยู่ในเกมมาจากบทเรียนที่ผู้เรียนเคยเห็น เคยเรียนและคำศัพท์ใหม่ในบทเรียน จึงทำให้หลังจากผู้เรียนเล่นเกมมีคะแนนสูงขึ้น แต่อย่างไรก็ตามจากการติดตามความคงทนของการจดจำคำศัพท์สูติศาสตร์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจากนั้น 1 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยลดลงทั้งสองกลุ่ม ทั้งนี้่าาจจะเป็นเพราะผู้เรียนต้องจดจำเนื้อหาคำศัพท์ในการเรียนของวิชาอื่น ๆ อีกมากมาย ขาดการทบทวนในเนื้อหาส่วนของคำศัพท์ทางสูติศาสตร์ ประกอบกับความสนใจต่อการทดสอบหลังจากเรียนไปแล้ว 1 เดือนมีน้อยลง เนื่องด้วยภาระงานเรียน กิจกรรมต่าง ๆ ที่มากขึ้นของผู้เรียน อีกทั้งผู้เรียนให้ความสำคัญน้อยลงเพราะเป็นช่วงใกล้สอบของภาคการศึกษาฤดูร้อน สังเกตจากผู้เรียนใช้เวลาทำแบบทดสอบน้อยกว่าเดิมที่เคยทำในครั้งแรก การที่ผู้วิจัยเลือกการวัดการจดจำคำศัพท์ซ้ำอีกครั้งในช่วงระยะ 1 เดือนถัดมา เนื่องจากผู้วิจัยต้องการทดสอบความคงทนของข้อมูลของผู้เรียน โดยส่วนใหญ่การจัดการเรียนการสอนมักเป็นช่วงเวลาที่ตั้งระยะห่างระหว่างการเรียนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป ผู้วิจัยพบว่า ความคงทนในการจดจำคำศัพท์ของผู้เรียนลดลง สอดคล้องกับแนวคิดของเอบบิงเฮาส์¹² ที่พบว่าธรรมชาติของมนุษย์จะมีความจำลดลงเรื่อย ๆ ซึ่งมีผลกระทบต่อการเรียนรู้เป็นอย่างมาก ภายใน 1 เดือน ความรู้ต่าง ๆ ที่ได้รับการถ่ายทอดจะลดลงเหลือเพียง 10% เท่านั้น ดังนั้นเมื่อเวลาผ่านไป 1 เดือนความคงทนของการจดจำคำศัพท์สูติศาสตร์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจึงมีคะแนนเฉลี่ยลดลง นอกจากนี้ในการทำแบบประเมินความรู้คำศัพท์สูติศาสตร์ไม่มีผลต่อคะแนนในการเรียนวิชาที่เกี่ยวข้องกับสูติศาสตร์ จึงอาจเป็นไปได้ที่ผู้เรียนไม่ใส่ใจมากนักในการทำแบบประเมินความรู้ใน 1 เดือนต่อมา

สมมติฐานข้อ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้คำศัพท์

สูติศาสตร์ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม เป็นไปตามสมมติฐาน อภิปรายได้ว่า เกมสูติศาสตร์พาเพลินออนไลน์เป็นสื่อที่ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้เรียน เป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถนำมาใช้ในการสอนได้ดี ช่วยให้ผู้เรียนได้คิดวิเคราะห์ มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ และยังช่วยให้เกิดความสนุกสนาน¹³ อีกทั้งการใช้เกมเป็นสื่อในการเรียนรู้นั้นสามารถกระตุ้นให้ผู้เรียนอยากเรียนรู้ เกิดการเรียนรู้ได้ดีกว่าทั้งระดับความจำและความเข้าใจ และรูปแบบของเกมสามารถช่วยทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง¹⁴ ด้วยลักษณะของเกมที่สร้างขึ้นด้วยแบบจำลอง ADDIE เป็นเกมที่เกิดจากการวิเคราะห์ผู้เรียน และเนื้อหาตั้งแต่เริ่มแรกทำให้ทราบถึงความต้องการของรูปแบบเกมที่สอดคล้องกับบริบทของผู้เรียนโดยแท้จริง มีการออกแบบ พัฒนา การนำเอาเกมไปทดลองใช้ และประเมินผล จากผลคะแนนของกลุ่มตัวอย่างหลังการเล่นเกมสูติศาสตร์พาเพลินออนไลน์ที่สร้างขึ้นโดยแบบจำลอง ADDIE นั้นพบว่าผู้เรียนมีคะแนนของความรู้เกี่ยวกับคำศัพท์สูติศาสตร์เพิ่มมากขึ้นจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของดาวธา วิระพันธ์¹⁵ เกี่ยวกับการพัฒนาบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเรื่อง พระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2550 โดยใช้แบบจำลอง ADDIE พบว่าผลสัมฤทธิ์ของนักศึกษาหลังเรียนเฉลี่ยร้อยละ 78.66 ของคะแนนเต็มสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ร้อยละ 75 ของคะแนนเต็ม ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และนักศึกษามีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

สมมติฐานข้อ 4 กลุ่มทดลองที่เล่นเกมสูติศาสตร์พาเพลินออนไลน์มีความพึงพอใจต่อการเรียนด้วยเกมอยู่ระดับมาก สอดคล้องกับการนำไปใช้ในการเรียนการสอนของนักศึกษาแพทย์ที่โรงเรียนแพทย์ RWTH Aachen University Medical School พบว่านักศึกษาแพทย์มีความพึงพอใจต่อการเรียนรู้ผ่านเกมในระดับมาก¹⁶ รวมทั้งผู้เรียนมีข้อเสนอแนะทางด้านบวก ได้แก่ ช่วยให้จำคำศัพท์ได้ดีมาก

เป็นการเสริมความเข้าใจ และสนุกสนานเวลาเล่นเกม
ดั่งที่ ทิศนา แหมมณี ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการใช้
เกมส์ประกอบการจัดการเรียนรู้ว่า เป็นการสอนอีก
วิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้สูง
ผู้เรียนได้รับความสนุกสนาน เกิดการเรียนรู้จากการ
เล่น ทั้งยังทำให้การเรียนรู้ที่มีความหมายและอยู่คง
ทน สอดคล้องกับการศึกษาความพึงพอใจที่มีต่อเกม
การศึกษาบนแท็บเล็ตเพื่อส่งเสริมความคงทนในการ
จำคำศัพท์ภาษาอังกฤษของนักเรียนชั้นประถมศึกษา
ปีที่ 2 โรงเรียนวัดสะแกงาม อยู่ในระดับมาก¹⁷

สรุปได้ว่าเกมสุติศาสตร์พาเพลินออนไลน์
เป็นสื่อการจัดการเรียนการสอนในการกระตุ้นให้เกิด
การเรียนรู้จากการลงมือทำ และเรียนรู้จากสื่อใหม่
การนำเอาขั้นตอนของแบบจำลอง ADDIE มาเป็น
แนวทางในการผลิตเกมออนไลน์ ยิ่งส่งผลทำให้การ
ออกแบบและพัฒนาสื่อการสอนได้ดี ตรงตาม
วัตถุประสงค์ของการเรียนการสอน และตอบสนอง
ความต้องการของผู้เรียนแต่ละคน ทั้งนี้การนำทักษะ
การใช้สื่อเทคโนโลยีมาช่วยจัดการเรียนการสอนเป็น
สมรรถนะหลักของผู้สอนในยุคปัจจุบัน เพื่อการ
พัฒนาและเพิ่มขีดความสามารถของผู้เรียนให้มี
ศักยภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งแนวทางการจัดการเรียนการ
สอนโดยการนำเทคโนโลยีมาบูรณาการในการเรียน
การสอนที่เรียกว่า Game-Based Learning เพื่อเสริม
สร้างการเรียนรู้โดยเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เปลี่ยน
ลักษณะของการเรียนรู้จากการฟังไปเป็นการเรียนรู้
ผ่านการฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง ช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจ
ในการเรียน และช่วยให้ผู้เรียนมีโอกาสรู้เรียนรู้อีก

อย่างอิสระในการหาความรู้หรือสร้างความรู้ด้วย
ตนเองมากขึ้น ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนโดยใช้
เกมเป็นฐาน (Game-Based Learning) โดยเฉพาะ
เกมออนไลน์เป็นลักษณะการเรียนรู้ที่น่าสนใจกระตุ้น
ความสนุกสนานของผู้เรียน การเรียนรู้ผ่านการเล่นนั้น
เป็นวิธีการจัดการเรียนการสอนอีกวิธีหนึ่งที่เพิ่มขีด
ความสามารถในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลให้
มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น แต่อย่างไรก็ตามหากต้องมีการ
เรียนซ้ำอีกครั้งควรจะเรียนในระยะเวลาสั้นไม่ควรทิ้ง
ไว้เกิน 1 เดือน เนื่องจากทำให้การคงทนของการจดจำ
คำศัพท์ลดลงได้

ข้อเสนอแนะ

สำหรับหน่วยงาน

ควรบรรจุรูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้เกม
เป็นฐานกับการเรียนการสอนในรายวิชา พบ.221 ปี
การศึกษา 2562 ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้นักเรียน
เกิดการเรียนรู้ได้เพิ่มขึ้น

การวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาและพัฒนาจัดทำเกม
ออนไลน์ในรูปแบบใหม่ เช่น การใช้กลุ่มคำที่หลากหลายหรือการสร้างสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการ
พยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ อาจมีการ
เชื่อมโยงแผนผังความคิด การเชื่อมโยงกับเพลง
 เป็นต้น

2. ควรศึกษาและพัฒนาสื่อการเรียนรู้ที่เป็นเกม
ออนไลน์โดยใช้แบบจำลอง ADDIE ในการพัฒนา
ทักษะด้านการเขียน การอ่าน การพูด เพื่อให้เกิด
กระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สุดเฉลิม ศัสตราฤกษ์. การจัดการเรียนการสอนในศตวรรษที่ 21 แบบห้องเรียนกลับด้านเพื่อการพัฒนา
ทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม. วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2560; 28(1): 100-108.
2. ธนพล บรรดาศักดิ์, บุญสืบ โสโสม, กนกอร ชาวเวียง, นฤมล จันทระเกษม, กนกพร เทียนคำศรี และ
สุนทรี สิทธิสงคราม. การเป็นผู้เรียนในยุคศตวรรษที่ 21: มุมมองจากอาจารย์และนักศึกษาพยาบาล.
วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์. 2558; 4(2): 175-198.

3. ทิศนา แคมมณี. 14 วิธีสอน สำหรับครูมืออาชีพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
4. ฉัตรกมล ประจวบลาภ. Game-Based Learning กัการพัฒนาการเรียนการสอนทางการพยาบาล. วารสารกองการพยาบาล. 2559; 43(2): 127-136.
5. กัญญาพัชญ์ จาอ้าย. เกมสุติศาสตร์พาเพลิน. เชียงใหม่: ทีดีชายด์; 2556.
6. วัชรพล วิบูลยศรีน. หลักการออกแบบการสอนบนเว็บตามแบบจำลอง ADDIE เพื่อการสอนสนทนาภาษาไทยเบื้องต้นสำหรับชาวต่างประเทศ. วารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์). 2557; 6(12): 192-204.
7. Burns, N., & Grove. S.K. The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence. 6th ed. St. Louis, MO: Elsevier Saunders; 2009.
8. Kerlinger, Fred N. Foundations of Behavioral Research. 3rd ed. Orlando, Holt: Rinehart and Winston, Inc.; 1986.
9. เกณฑ์ความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนรายวิชาในการประเมินการเรียนรู้ (learning outcome: LO) ของผู้เรียนของคณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ. คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ; 2562.
10. ญัฐวราพร เปลี่ยนปราน และสุทัศน์ นาคจัน การเรียนรู้คำศัพท์ภาษาอังกฤษโดยใช้เกมประกอบการสอนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนวัดทุ่งน้อย อำเภอกุยบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. Veridian E-Journal. 2558; 8(2): 1672-684.
11. กรมวิชาการ. กระบวนการเรียนรู้และยุทธศาสตร์การเรียนรู้. กรุงเทพฯ: เดอะมาสเตอร์กรุ๊ปแมนเนจเม้นท์จำกัด; 2551.
12. มนต์ชัย เทียนทอง. แนวคิดของเอบบิงเฮาส์ ในการออกแบบและพัฒนาคอร์สแวร์สำหรับบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน. กรุงเทพฯ: ศูนย์ผลิตตำราเรียน สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ; 2546.
13. ชัยวัฒน์ สุทธิรัตน์. 80 นวัตกรรมจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ: แดเน็กซ์ อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น; 2553.
14. สกกุล สุขศิริ. ผลสัมฤทธิ์ของสื่อการเรียนรู้แบบ Game based learning. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2550.
15. ดารวธา วีระพันธ์. ศึกษาการพัฒนาบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน เรื่อง พระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2550. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2560. 11(1): 44-54.
16. Hannig A, Kuth N, Özman M, Jonas S, and Spreckelsen C. eMedOffice: A web-based collaborative serious game for teaching optimal design of a medical practice. BMC Med Educ. 2012; 12(1): 104-17.
17. อภิเชษฐ์ ชาวเผือก. การพัฒนาเกมการศึกษาบนแท็บเล็ตโดยใช้เทคนิคช่วยจำเพื่อส่งเสริมความคงทนในการจำคำศัพท์ภาษาอังกฤษ สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนวัดสะแกงาม. Veridian E-Journal. 2559; 9(2): 1416-431.

การปลูกฝังจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ
ในนักศึกษาพยาบาล: แนวทางสำหรับพยาบาลพี่เลี้ยง
The Cultivation of Ethics and Professional Ethics among Nursing
Students: An Approach for Nurse Preceptors

เกศินี วุฒิวงศ์ M.P.H. * Kasinee Wudhiwong M.P.H. *

Corresponding Authors: Email: kasineewud@gmail.com

Received: 9 Dec 2019, Revised: 14 Mar 2020, Accepted: 2 May 2020

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางสำหรับพยาบาลพี่เลี้ยงเพื่อปลูกฝังจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพให้แก่นักศึกษาพยาบาลในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล โดยประยุกต์ตามแนวคิดการพัฒนาด้านจิตพิสัยของแครทวอล บลูม และมาเซีย (1956) สรุปแนวทางได้เป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ทำให้ดู เป็นขั้นตอนของการเป็นแบบอย่างที่ดี 2 ด้าน คือ ด้านการทำงาน และด้านบุคลิกภาพ 2) ชูให้เห็น เป็นขั้นตอนการกำหนดประเด็นจริยธรรมที่ต้องการให้นักศึกษาพยาบาลเรียนรู้ในการประชุมกลุ่มประจำวัน 3) เน้นให้ตรง เป็นขั้นตอนการประเมินผลด้านจริยธรรมระหว่างการฝึกปฏิบัติและหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติงาน และ 4) ชงต่อเนื่อง เป็นขั้นตอนการยกย่องชมเชยการมีจริยธรรมของนักศึกษาอย่างต่อเนื่องทุกฐานการฝึกปฏิบัติ

คำสำคัญ: จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ นักศึกษาพยาบาล พยาบาลพี่เลี้ยง

Abstract

The purpose of this article is to provide an approach for nurse preceptors in cultivating ethics and professional ethics among nursing students during their clinical practice. The approach suggested in this article was a modification based on Krathwohl, Bloom and Masia's Affective Domain Development (1956). A four-step approach consists of Step 1, Being a role model: demonstrate nursing roles and nurse's personalities. Step 2, Emphasizing: discuss nursing ethical issues with the students during a daily conference. Step 3, Evaluating: give feedback to nursing students during the clinical practice period and at the end of the clinical session. Step 4, Encouraging persistent behavior: giving compliments for good manners regularly in every clinical setting.

Keywords: Ethics, Professional ethics, Nursing student, Preceptor

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักศึกษาทั่วไป มหาวิทยาลัยพายัพ Email: kasineewud@payap.ac.th

* Assist. Prof., General Education Office, Payap University

บทนำ

ข่าวจากสังคมออนไลน์นี้ได้แก่ “ชื่นชมกลุ่มพยาบาลสาว ลูกจากโต๊ะกินข้าว โดดช่วยผู้บาดเจ็บ ตกรถ”¹ “ชื่นชม พยาบาลจอตกรถ ช่วยสาววัยรุ่น ประสบอุบัติเหตุบนท้องถนน”² “สอบจริยธรรมพยาบาลกระซอกคนไข้สูงอายุ”³ หรือจากตัวอย่างกรณีศึกษาของสภาการพยาบาลที่เผยแพร่ให้พยาบาลได้เรียนรู้เพื่อเป็นบทเรียน ได้แก่ พยาบาลปลอมแปลงใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของตนเองโดยการแก้ไขวัน เดือน ปีของการออกใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์⁴ ปรากฏการณ์ทางสังคมดังกล่าวข้างต้นสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์จริยธรรมวิชาชีพในด้านบวกและด้านลบ

พยาบาลเป็นวิชาชีพที่ติดต่อกใกล้ชิดกับผู้รับบริการเพื่อปฏิบัติการพยาบาลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยบรรเทาจากความเจ็บป่วยทรมานจากโรคร้ายไข้เจ็บหรือทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตต่าง ๆ บางครั้งผู้ป่วยและญาติอาจมีสภาพจิตใจอยู่ในภาวะเครียดกดดันหรือมีความคาดหวังต่อการดูแลระดับสูง เมื่อพยาบาลปฏิบัติงานโดยเผชิญกับสถานการณ์บีบคั้นดังกล่าว โอกาสที่จะเกิดปัญหาจริยธรรมและปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติจึงเกิดได้ตลอดเวลา เมื่อผู้ป่วยและหรือญาติมีความไม่พอใจหรือได้รับการปฏิบัติการพยาบาลไม่ตรงตามความคาดหวัง ซึ่งในโลกข้อมูลข่าวสารยุคดิจิทัล ผู้ได้รับผลจะใช้การระบายผ่านโซเชียลมีเดีย (Social media) โดยใช้ความคิดเห็นของตนเป็นสำคัญ ความคิดเห็นดังกล่าวอาจไม่ถูกต้องตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้ส่งข่าวสารอาจไม่ได้ไตร่ตรองทำความเข้าใจครบถ้วนรอบด้าน พยาบาลจึงถูกสังคมตัดสินพฤติกรรมจริยธรรมอย่างรวดเร็วเกิดความเสียหายทั้งต่อความศรัทธาวิชาชีพ ชื่อเสียงและกำลังใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลโดยตรง

การหล่อหลอมพยาบาลให้มีจริยธรรมเป็นหน้าที่หลักของทุกสถาบันการศึกษาพยาบาล เก่งอย่างเดียวไม่พอต้องมีคุณธรรมตรงตามที่สังคม

คาดหวังด้วย สำหรับประเด็นปัญหาจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล ถึงแม้ว่าไม่ปรากฏเป็นข่าวในสังคมออนไลน์ แต่มีนักศึกษาจำนวนหนึ่งมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการเรียนรายวิชาทฤษฎี เช่น การคัดลอกรายงาน การใช้โทรศัพท์มือถือเกินความจำเป็นขณะเรียน⁵ ส่วนในรายวิชาฝึกปฏิบัติ มีผลการวิจัยพบว่า⁶ นักศึกษาพยาบาลแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่ตรงต่อเวลา แต่งกายไม่สุภาพ ไม่มีน้ำใจในการทำงานร่วมกัน ใช้ถ้อยคำไม่อ่อนหวาน หรือไม่รายงานอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจนอาการทรุดลงทำให้ช่วยเหลือไม่ทัน⁵ เป็นต้น ซึ่งหากสถาบันการศึกษาพยาบาลเพิกเฉย หรือละเลยเรื่องของการปลูกฝังจริยธรรมขณะเป็นนักศึกษาอาจส่งผลร้ายต่อผู้ป่วยเมื่อนักศึกษาปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยหรือเมื่อจบเป็นพยาบาลวิชาชีพ โดยแสดงพฤติกรรมที่ไม่ระมัดระวังเรื่องจริยธรรม เช่น การบันทึกอาการผู้ป่วยโดยปราศจากข้อเท็จจริง ไม่เอาใจใส่ต่อการบันทึกข้อมูล⁵ อย่างไรก็ตามองค์กรวิชาชีพ สถาบันการศึกษาพยาบาล และแหล่งฝึกปฏิบัติงานได้ให้ความสำคัญต่อเรื่องจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพเป็นอย่างมาก จึงให้การปลูกฝังพัฒนาจริยธรรมในนักศึกษาพยาบาลตลอดหลักสูตร 4 ปี

ผู้มีส่วนบ่มเพาะนักศึกษาพยาบาลให้เป็นพยาบาลที่มีคุณภาพ นอกจากครูพยาบาลแล้วพยาบาลพี่เลี้ยงเป็นบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับนักศึกษาพยาบาลในการพัฒนาประสบการณ์ทางวิชาชีพ และคุณธรรมจริยธรรม พยาบาลพี่เลี้ยงมีบทบาทหลายด้าน เช่น เป็นผู้สอน สนับสนุนและตรวจสอบการปฏิบัติงาน เป็นต้น⁷ ในการทำหน้าที่พยาบาลพี่เลี้ยงนั้น มีผลการศึกษาประสบการณ์ของการเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงดูแลนักศึกษาพยาบาลขณะฝึกปฏิบัติพบว่า พยาบาลพี่เลี้ยงรู้สึกภาคภูมิใจในการพัฒนานักศึกษา รู้สึกดีใจที่ให้นักศึกษาเกิดเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานและต่อวิชาชีพ⁶ จากการรับรู้สิ่งดี ๆ จากการเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงทำให้ผู้เขียนเห็นว่าการเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงอาจเป็นส่วนหนึ่งในการสนับสนุนพยาบาล

พี่เลี้ยงให้มีแนวทางปฏิบัติงาน และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเป็นรูปธรรม บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้ และแนวทางการจัดการเรียนการสอนในคลินิกสำหรับพยาบาลพี่เลี้ยงเพื่อปลูกฝังจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพแก่นักศึกษาพยาบาลให้เป็นบุคคลที่มีคุณภาพพร้อมก้าวสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดีต่อไปในอนาคต

ความหมายและความสำคัญของการปลูกฝังจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ

จริยธรรม หมายถึง “กฎเกณฑ์และหลักความประพฤติ ที่มนุษย์ควรปฏิบัติเป็นนิสัยที่ติงาม โดยผ่านการพิจารณาไตร่ตรอง และเลือกตัดสินใจว่าการกระทำใดควรทำหรือไม่ควรทำ”⁸ ได้แก่ ความเอื้ออาทร ความซื่อสัตย์ ส่วนจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลเป็นแนวทางในการปฏิบัติของพยาบาลเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อตัวผู้ปฏิบัติ และสังคม ทั้งนี้สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยมีประกาศจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล ฉบับปี พ.ศ. 2546 จำนวน 9 ข้อ ขอยกตัวอย่าง 2 ข้อ ได้แก่ 1. รับผิดชอบต่อประชาชนที่ต้องการการพยาบาลและบริการสุขภาพ ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชนและประเทศ ในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพและการบรรเทาความเจ็บป่วย 2. ประกอบวิชาชีพด้วยความเมตตา กรุณา เคารพในคุณค่าของชีวิต⁹ เป็นต้น

การปลูกฝังจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพสำหรับนักศึกษาพยาบาลเป็นเรื่องสำคัญมาก เพราะว่าคุณภาพของพยาบาลที่ดีย่อมมาจากคุณภาพนักศึกษาพยาบาลที่ดี พยาบาลพี่เลี้ยงในแหล่งฝึกปฏิบัติจึงมีหน้าที่โดยตรงในการปลูกฝังจริยธรรมทั้งในชีวิตประจำวันเพื่อให้เกิดการอยู่ร่วมกันอย่างสันติ และปลูกฝังจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพในรายวิชาฝึกปฏิบัติ เพื่อให้ นักศึกษาสามารถบริการสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการสุขภาพได้อย่างมีคุณภาพ พยาบาลพี่เลี้ยงมีบทบาทสำคัญในการอบรมขัดเกลาทางสังคมในการสอนนักศึกษาพยาบาล 3 ด้าน ได้แก่ 1. การอบรมขัดเกลาทางด้านจิตใจ ได้แก่ การ

ถ่ายทอดเกี่ยวกับทัศนคติ ค่านิยมที่สังคมเห็นว่ามีคุณค่า 2. การอบรมขัดเกลาด้านสติปัญญา และ 3. การอบรมขัดเกลาทางด้านพฤติกรรมที่เหมาะสมกับวิชาชีพ⁷ นอกจากนี้มีการศึกษาผลของการใช้ระบบครูพี่เลี้ยงในนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาที่มีครูพี่เลี้ยงสอนจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติงานที่ดี มีการรับรู้บทบาทในวิชาชีพดีขึ้น¹⁰

การพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมตามแนวคิดการพัฒนาด้านเจตคติของแครทโวล บลูมและมาเซีย

แครทโวล บลูม และมาเซีย (Kratwohl, Bloom & Masia, 1956) อ่างในทศนา แชมมณี¹¹ แบ่งจุดมุ่งหมายทางการศึกษา 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านเจตคติ สำหรับด้านเจตคติ บลูมและคณะได้จัดลำดับขั้นการเรียนรู้ 5 ขั้นประกอบด้วย

1. ขั้นการรับรู้ (Receiving or Attending) เป็นขั้นที่ผู้เรียนจะพัฒนาคุณลักษณะนิสัยจากการรับรู้ค่านิยมที่ผู้สอนต้องการจะปลูกฝัง
 2. ขั้นการตอบสนอง (Responding) เป็นขั้นหลังจากผู้เรียนรับรู้สนใจ แล้วเกิดการตอบสนอง มีความพึงพอใจต่อสิ่งที่ผู้สอนได้ทำขึ้น
 3. ขั้นการเห็นคุณค่า (Valuing) เป็นขั้นที่ผู้เรียนได้เห็นคุณค่าของการกระทำของตนเอง หมายความว่าผู้เรียนได้ปฏิบัติพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการมีคุณธรรมจริยธรรมและมองเห็นคุณค่าของการปฏิบัติ และเต็มใจในการกระทำเช่นนี้ในครั้งต่อไป
 4. ขั้นการจัดระบบ (Organization) เป็นขั้นที่ผู้เรียนจัดระบบค่านิยมในตนเองโดยการนำคุณลักษณะการมีคุณธรรมจริยธรรมไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันเนื่องจากตระหนักและเห็นคุณค่าของการปฏิบัติงานที่แสดงออกถึงการมีจริยธรรม ขั้นนี้เป็นขั้นที่ผู้เรียนยอมรับค่านิยมนั้นมาเป็นส่วนหนึ่งของตน
 5. ขั้นการสร้างลักษณะนิสัย (Characterization) เป็นขั้นที่ผู้เรียนปฏิบัติตนตามค่านิยมที่ตนยึดถือในชีวิตประจำวันจนเป็นลักษณะนิสัย
- สรุปการพัฒนาตามเจตคติของผู้เรียนนั้นควรดำเนินตามลำดับขั้นตอนของการเรียนรู้ด้านเจตคติขั้น

ตอนที่ 1 ถึง 5 ผู้เขียนมีข้อสังเกตว่า ในชั้นตอนที่ 4 และชั้นตอนที่ 5 มีความคล้ายกันในการยอมรับค่านิยมที่เกิดขึ้นในตนเอง แต่ต่างกันคือ ชั้นตอนที่ 4 เป็นชั้นที่ผู้เรียนเพียงยอมรับค่านิยมนั้น ๆ เข้ามาเป็นระบบค่านิยมของตนเอง แต่อาจจะนำไปปฏิบัติต่อเนื่องหรือตัดทิ้งไปก่อนเข้าสู่ชั้นที่ 5 ซึ่งเป็นการสร้างลักษณะนิสัยที่ถาวร ดังนั้นผู้สอนจึงมีความสำคัญในการช่วยปลูกฝังค่านิยมแก่ผู้เรียนในทุกชั้นตอน

กระบวนการเรียนการสอนเพื่อปลูกฝังจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพตามแนวคิดด้านเจตคติตามแนวคิดของบลูมและคณะ

จากแนวคิดการพัฒนาด้านเจตคติของบลูมและคณะ¹¹ พยาบาลพี่เลี้ยง (ผู้สอน) สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนในคลินิกเพื่อปลูกฝังจริยธรรมค่านิยมแก่นักศึกษาพยาบาล (ผู้เรียน) ตามลำดับขั้นของการเรียนรู้ด้านเจตคติได้ดังนี้

ขั้นที่ 1 การรับรู้ค่านิยม ผู้สอนเสนอกรณีตัวอย่าง คำถามที่ท้าทาย เพื่อให้ผู้เรียนเกิดพฤติกรรม การรู้ตัวและเต็มใจรับรู้ค่านิยมที่ต้องการปลูกฝัง

ขั้นที่ 2 การตอบสนองต่อค่านิยม ผู้สอนให้ผู้เรียนลงมือปฏิบัติและแสดงความคิดเห็น เพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดพฤติกรรมการยินยอม เต็มใจตอบสนอง และพึงพอใจในการตอบสนอง

ขั้นที่ 3 การเห็นคุณค่าของค่านิยม ผู้สอนให้ผู้เรียนลงมือปฏิบัติ การให้แรงเสริม เช่น คำชม การช่วยให้ผู้เรียนเห็นประโยชน์ เกิดความพึงพอใจมากระดับ

หนึ่ง หรือช่วยให้ผู้เรียนสะท้อนคิด เพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนเห็นคุณค่าของคุณธรรมจริยธรรมจนเกิดพฤติกรรมยอมรับในคุณค่า

ขั้นที่ 4 การจัดระบบค่านิยม ผู้สอนให้ผู้เรียนสรุปประเด็นจริยธรรมที่ตนเองมีอยู่เดิม และประเด็นจริยธรรมใหม่ๆที่กำลังพัฒนา คุณค่าที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้เรียนพิจารณาค่านิยมกับค่านิยมอื่น ๆ ที่มีในตนเอง

ขั้นที่ 5 การสร้างลักษณะนิสัย ผู้สอนประเมินผลและให้ข้อมูลป้อนกลับสม่ำเสมอ เพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนมีหลักยึดในการปฏิบัติและปฏิบัติตามหลักยึดจนเป็นนิสัย

สรุปการนำแนวคิดในการจัดการเรียนการสอนด้านเจตคติเพื่อปลูกฝังจริยธรรมค่านิยมแก่ผู้เรียนนั้นเกี่ยวข้องกับ 2 เรื่องคือ พฤติกรรมที่ผู้สอนคาดหวังให้เกิดขึ้นในผู้เรียนและวิธีการจัดการเรียนการสอนที่ต่างกันในแต่ละชั้นตอน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาจนถึงขั้นสูงสุดของการพัฒนาด้านจิตพิสัยคือ การปฏิบัติจนเป็นลักษณะนิสัย

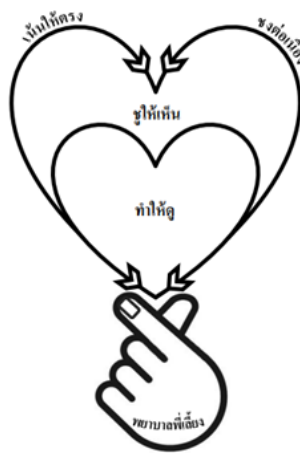
การประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนในคลินิกเพื่อปลูกฝังจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพตามแนวคิดด้านเจตคติของบลูม

จากลำดับขั้นตอน 5 ชั้นตอนข้างต้น ผู้เขียนขอเสนอวิธีการที่เข้าใจได้ง่ายและนำไปปฏิบัติเป็นรูปธรรมได้สำหรับพยาบาลพี่เลี้ยง ตามแนวคิดด้านการพัฒนาเจตคติของบลูมและคณะ โดยแบ่งเป็น 4 ชั้นตอน คือ ทำให้ดู ชูให้เห็น เน้นให้ตรง ชงต่อเนื่อง ดังแสดงไว้ในตารางที่ 1 ต่อไปนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบขั้นตอนการปลูกฝังเจตคติของบлумและคณะกับขั้นตอนการปลูกฝังจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพสำหรับพยาบาลพี่เลี้ยง

ขั้นตอนการปลูกฝังเจตคติของบлумและคณะ	ขั้นตอนการปลูกฝังจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพสำหรับพยาบาลพี่เลี้ยง
1. ขั้นการรับรู้ (Receiving or Attending)	ทำให้ดู – ชูให้เห็น - เน้นให้ตรง
2. ขั้นการตอบสนอง (Responding)	
3. ขั้นการเห็นคุณค่า (Valuing)	
4. ขั้นการจัดระบบ (Organization)	ขงต่อเนื่อง
5. ขั้นการสร้างลักษณะนิสัย (Characterization)	

จากตารางข้างต้น ผู้เขียนขอสรุปเป็นขั้นตอนการทำงานเพื่อปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมให้แก่
สำหรับพยาบาลพี่เลี้ยงให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ใน
นักศึกษาพยาบาล ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการปลูกฝังจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพสำหรับพยาบาลพี่เลี้ยง

ขั้นตอนการปลูกฝังจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพสำหรับพยาบาลพี่เลี้ยง 4 ขั้นตอน อธิบายได้ดังนี้

1. ทำให้ดู การทำให้ดูคือ พยาบาลพี่เลี้ยงแสดงออกถึงพฤติกรรมที่เป็นแบบอย่างที่เหมาะสมให้นักศึกษาพยาบาลสามารถสังเกตเห็นและเรียนรู้ตาม ใน 2 ประเด็น¹² คือ

1.1 แบบอย่างด้านการทำงาน พยาบาลพี่เลี้ยงเป็นคนต้นแบบที่ดีแก่นักศึกษาในการดูแลผู้ป่วย เช่น การดูแลผู้ป่วยด้วยความละเอียดรอบคอบ การสังเกตและสอบถามอาการผู้ป่วย การดูแลความสุข

สบาย การเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติกรพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ เช่น การปฏิบัติกรพยาบาล การทำหัตถการ เป็นต้น นอกจากนี้พยาบาลพี่เลี้ยงแสดงให้เห็นเป็นตัวอย่างของผู้ที่แสวงหาความรู้อย่างต่อเนื่อง พัฒนาคำถามของตนเองเช่น การค้นคว้าเทคนิคใหม่ ๆ หรือนำผลการวิจัย มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย

1.2 แบบอย่างด้านบุคลิกภาพ พยาบาลพี่เลี้ยงเป็นแบบอย่างด้านบุคลิกภาพเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติตลอดจนผู้ร่วมงานยอมรับ เช่น การแต่งกาย การรักษากฎระเบียบในการทำงาน การตรงต่อเวลาในการ

ปฏิบัติงาน การมีเมตตา กิริยาวาจาสุภาพ พุดจา ไพเราะ มารยาทเรียบร้อย การมีสัมมาคารวะ การให้เกียรติผู้อื่น เป็นต้น ดังนั้นเมื่อพยาบาลที่เลี้ยงแสดงพฤติกรรมที่ดีเป็นตัวอย่าง ทำให้นักศึกษาเรียนรู้เลียนแบบพฤติกรรมจริยธรรมที่เหมาะสม นำไปพัฒนาตนเองเป็นนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณภาพ

การที่พี่เลี้ยงสามารถเป็นแบบอย่างได้นั้นส่วนหนึ่งเกิดจากการเตรียมตัวของพยาบาลที่เลี้ยงเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนในคลินิก โดยมีแนวทาง ดังนี้

- 1) กำหนดวัตถุประสงค์ในการสอนและประเด็นจริยธรรมอย่างชัดเจนเพื่อให้เป็นไปตามลำดับขั้นตอนการพัฒนาด้านเจตคติของบลูมในขั้นตอนที่ 1
- 2) พยาบาลที่เลี้ยงและอาจารย์ร่วมกันกำหนดประเด็นจริยธรรมที่ต้องการปลูกฝังตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา (มคอ. 1 และ มคอ. 6) หรือจัดลำดับความสำคัญประเด็นจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลโดยนำผลการวิจัยมาประกอบการพิจารณาตามประเด็นที่ต้องการพัฒนา เช่น จากการศึกษา¹³ พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติด้านความยุติธรรม ด้านความมีระเบียบวินัย ในระดับดีมาก และมีทัศนคติด้านความรับผิดชอบ ด้านความซื่อสัตย์อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นพยาบาลที่เลี้ยงอาจพิจารณาเลือกลำดับประเด็นจริยธรรมจากประเด็นที่มีระดับคะแนนปานกลาง เช่น เรื่องความรับผิดชอบ และความซื่อสัตย์ มาใช้ปลูกฝังนักศึกษา หรือจากการศึกษา¹⁴ พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีการรับรู้ทางจริยธรรมดีเรื่องความซื่อสัตย์ ความรับผิดชอบ การแสดงออกที่ดี ความมีน้ำใจ ความเห็นอกเห็นใจ การเคารพนบถนอ การคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลที่เลี้ยงสามารถเลือกหัวข้อมาเพื่อกำหนดประเด็นจริยธรรมที่ต้องการปลูกฝัง
- 3) กำหนดสมรรถนะด้านจริยธรรมในระดับชั้นปี¹⁵ โดยกำหนดตามระดับชั้นปี เช่น ระดับชั้นปีที่ 2 ในระยะเริ่มฝึกปฏิบัติ กำหนดให้มีสมรรถนะการมีจริยธรรมพื้นฐานในชีวิตประจำวันและการมีจรรยาบรรณวิชาชีพ และในระดับชั้นปีที่ 3 และ 4 กำหนดสมรรถนะของการมีจรรยาบรรณวิชาชีพให้มากขึ้น

4) จัดวิธีการสอนอย่างเหมาะสมเพื่อให้ นักศึกษาได้รับรู้จริยธรรมที่ต้องการปลูกฝังอย่างใส่ใจ เช่น แสดงบทบาทสมมติ กรณีตัวอย่าง สถานการณ์จำลอง กระบวนการจัดตปัญหา การตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นความคิดประเด็นจริยธรรม การเขียนประโยคให้กำลังใจให้เกิดคุณธรรมในไลน์กลุ่มของรายวิชาฝึกปฏิบัติ¹⁶ หรือสอนด้านการเปรียบเทียบและสอนให้คิดเอง¹² ใช้สถานการณ์จำลองในการเตรียมนักศึกษาฝึกปฏิบัติงาน เพื่อเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้เผชิญกับเหตุการณ์ที่มีประเด็นปัญหาจริยธรรมจรรยาบรรณของพยาบาลที่นักศึกษาอาจพบได้ขณะฝึกงาน และเพื่อฝึกฝนนักศึกษาให้มีประสบการณ์การจัดการกับปัญหา ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย¹⁷ ตลอดจนมีความรู้เพิ่มขึ้น เพื่อส่งผลต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรม

2. **ดูให้เห็น** การดูให้เห็นหมายถึง การระบุประเด็นจริยธรรมที่ต้องการให้นักศึกษาได้เรียนรู้อย่างชัดเจนและใช้การประชุมกลุ่ม ประเด็นจริยธรรมอาจนำมาจาก

- 1) ประสบการณ์ตรงของพยาบาลที่เลี้ยง เช่น การดูแลผู้ป่วยแบบเอื้ออาทรและได้คำชมจากผู้ป่วยหรือญาติ การทำแผลโดยใช้หลักวิชาการจนผู้ป่วยพึงพอใจ ความซื่อสัตย์ในการจัดแจกยา ความอดทนในการแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยสูงอายุ เป็นต้น
- 2) ประสบการณ์จากกรณีศึกษาบนหอผู้ป่วย เช่น เปรียบเทียบตัวอย่างของการสื่อสารที่พุดจาเข้าใจกันกับตัวอย่างของการสื่อสารที่ไม่เข้าใจกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ตัวอย่างของการขาดการสังเกตอาการของผู้ป่วยจนผู้ป่วยมีอาการหนัก
- 3) กรณีศึกษาจากจดหมายข่าวสภาการพยาบาลหรือจากสื่อออนไลน์ เช่น พยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยอุบัติเหตุบนถนน การปลอมแปลงเอกสาร เป็นต้น
- 4) ประเด็นจริยธรรมจากความสนใจของนักศึกษา เพื่อเปิดโอกาสให้นักศึกษาคิดและตระหนักถึงประเด็นจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนพยาบาลที่เลี้ยงจะได้ทราบความคิดเห็นของนักศึกษาอีกด้วย การชูประเด็นจริยธรรม

เหล่านี้ต้องอาศัยการจัดประชุมกลุ่มเป็นเครื่องมือ และพยาบาลพี่เลี้ยงควรทำเป็นประจำทุกวันในบรรยากาศแบบกัลยาณมิตร ซึ่งการประชุมกลุ่มนั้นเป็นแนวปฏิบัติที่ดีจากการถอดบทเรียนของสถาบันแห่งหนึ่ง¹⁵ และใช้วิธีการสะท้อนความรู้สึกลงในการประชุมกลุ่มเพื่อให้นักศึกษาตระหนักมากขึ้น มีแนวทางในการหาแหล่งสนับสนุนเมื่อเผชิญปัญหานอกจากนี้ การประชุมกลุ่มอย่างสม่ำเสมอทำให้นักศึกษามีความรู้ด้านจริยธรรมมากขึ้น การได้ฟังได้คิดจากประสบการณ์ในหอผู้ป่วยทำให้นักศึกษาทราบบริการที่จัดการกับสถานการณ์ที่มีประเด็นจริยธรรมได้มากขึ้น

นอกจากนี้ พยาบาลพี่เลี้ยงควรกำหนดกติกา ร่วมกันในการประชุมกลุ่ม เช่น ไม่แสดงความคิดเห็น ด้านลบต่อผู้อื่น มุ่งมองตนเองมากกว่าการตำหนิผู้อื่น เป็นต้น พยาบาลพี่เลี้ยงเปิดโอกาสให้นักศึกษาแสดงความคิดเห็นเรื่องบรรยากาศของการฝึกปฏิบัติในแต่ละวัน ให้นักศึกษาเสนอวิธีการสำหรับการปรับปรุงตนเองในครั้งต่อไป ในขั้นตอนนี้หากนักศึกษาได้รับความพึงพอใจจากการฝึกปฏิบัติ เช่น เกิดความภาคภูมิใจในตนเองเมื่อแสดงออกถึงการมีจริยธรรมเช่น ซื่อสัตย์ต่อตนเองในการจัดยาตามหลักวิชาการ หรือ ผู้ใช้บริการชื่นชมพฤติกรรมและการเคารพความเป็นบุคคลของนักศึกษา เป็นต้น จะทำให้นักศึกษารู้สึกได้รับการตอบสนองจากตนเองและจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง จนเริ่มเห็นคุณค่าในตนเองและต้องการปฏิบัติประเด็นจริยธรรมเรื่องนี้ในครั้งต่อไปที่มีโอกาสหรือในทางตรงกันข้ามหากนักศึกษาได้แสดงพฤติกรรมที่ขาดจริยธรรม เช่น ไม่ซื่อสัตย์ ประกอบกับได้รับข้อมูลย้อนกลับจากพยาบาลพี่เลี้ยง อาจทำให้นักศึกษามีความตระหนักมากขึ้น เห็นผลเสียจากการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมด้วยตนเองจนไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นในครั้งต่อไป

3. เน้นให้ตรง เป็นขั้นตอนการประเมินผลการปฏิบัติงานด้านเจตคติของนักศึกษา ในขั้นตอนนี้หน้าที่สำคัญของพี่เลี้ยง คือ การประเมินผลการปฏิบัติงานของนักศึกษาด้านต่าง ๆ การประเมินผลด้าน

ความรู้และการปฏิบัตินั้นส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา แต่การประเมินด้านการมีคุณธรรมจริยธรรมนั้นอาจมีประเด็นอ่อนไหวอาจทำให้พยาบาลพี่เลี้ยงรู้สึกว่าการประเมินนักศึกษาอย่างตรงไปตรงมา อาจทำให้นักศึกษาไม่ยอมรับผลการประเมิน รู้สึกไม่ชอบพยาบาลพี่เลี้ยงหรือพยาบาลพี่เลี้ยงอาจได้รับการประเมินกลับด้านลบ พยาบาลพี่เลี้ยงอาจรู้สึกเสียใจ ท้อใจจากการประเมินผลจากนักศึกษา⁶ แต่อย่างไรก็ตามพยาบาลพี่เลี้ยงควรมีความมั่นคงทางอารมณ์ ยึดการประเมินตามผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านคุณธรรมจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพตามที่ระบุในรายวิชา

แนวทางสำหรับการประเมินผลการปฏิบัติงานด้านคุณธรรมจริยธรรม ใช้วิธีการสังเกต พูดคุยและประเมินตามคู่มือ¹² ทำได้ดังนี้ ทบทวนกติกาจากการตกลงร่วมกันในการปฐมนิเทศ เช่น นักศึกษาควรยอมรับการประเมินผลการปฏิบัติงานที่มีเหตุผลอย่างเปิดใจต่อมาให้นักศึกษาประเมินตนเอง และแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ พฤติกรรมด้านจริยธรรมที่ตนเองแสดงออกได้ดี และบอกเหตุผลของการกระทำ พฤติกรรมนั้น นอกจากนี้ในการประชุมกลุ่มพยาบาลพี่เลี้ยงควรประเมินพฤติกรรมจริยธรรมเป็นภาพรวม เช่น พฤติกรรมประเด็นที่นักศึกษาแสดงออกได้ดีหรือ พฤติกรรมที่ควรปรับปรุง ส่วนการประเมินรายบุคคลนั้นพี่เลี้ยงควรประเมินผลเป็นการส่วนตัวหรือประเมินร่วมกับอาจารย์จากสถาบันการศึกษาโดยมุ่งประเมินพฤติกรรมมากกว่าการตำหนิบุคคลเพื่อให้โอกาสนักศึกษ้อธิบายเหตุผลและตระหนักด้วยตนเองพร้อมทั้งสรุปด้วยตนเองได้ว่า พฤติกรรมแบบใดทำได้ดี ควรกระทำต่อไป พฤติกรรมแบบใดควรปรับปรุง ทั้งนี้การประเมินผลด้านพฤติกรรมจริยธรรมควรทำระหว่างการฝึกปฏิบัติประจำวันสม่ำเสมอเนื่องเพื่อให้ นักศึกษาพัฒนาตนเองจนซึมซับเป็นนิสัยที่ดี และประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ เพื่อนำผลการประเมินไปพัฒนาตนเองในการฝึกปฏิบัติฐานต่อไป

สำหรับการประเมินผลแก่นักศึกษากรณีที่นักศึกษาแสดงพฤติกรรมที่บ่งบอกว่าขาดจริยธรรม

เช่น ไม่ซื่อสัตย์ ไม่ต้องการเรียนรู้ ไม่สนใจในการพยาบาล ไม่ยอมรับการให้ข้อมูลป้อนกลับที่มีเหตุผลของพยาบาลที่เลี้ยง¹⁸ มีแนวทางประเมินผล ดังนี้

1) พุดคุยกับนักศึกษาให้เร็วที่สุดหลังจากให้การดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย¹⁸ และให้พุดคุยอย่างตรงไปตรงมามีเหตุผลด้วยบรรยากาศแบบกัลยาณมิตร เพื่อให้ให้นักศึกษาตระหนักถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

2) ประสานงานกับอาจารย์ประจำวิชาเพื่อร่วมกันแก้ปัญหา หรือประสานงานให้อาจารย์มาสังเกตการปฏิบัติงานของนักศึกษาและหากพบว่า นักศึกษาแสดงออกถึงพฤติกรรมทางจิตจริยธรรมจากสาเหตุของการมีความรู้ไม่เพียงพอ อาจพิจารณาร่วมกับอาจารย์ประจำวิชาเพิ่มประสบการณ์ในหอผู้ป่วยโดยให้อาจารย์ประจำวิชานิเทศเป็นผู้นิเทศ หรือฝึกในห้องปฏิบัติการที่คณะฯ ให้มากขึ้นจนกว่าจะมีความพร้อมในการฝึกปฏิบัติจึงกลับมาฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยอีกครั้ง

4. ขงต่อเนือง เป็นขั้นตอนการยกย่องชมเชยการมีจริยธรรมและทำอย่างต่อเนื่องทุกฐานการฝึกและเป็นการจัดการความรู้ร่วมด้วยเพราะหากเปรียบเทียบขั้นตอนการขงต่อเนืองกับลำดับขั้นตอนของบลูม นั้น ถือว่าอยู่ในขั้นตอนการจัดระบบและการสร้างลักษณะนิสัย การยกย่องให้คำชมนั้นเพื่อให้นักศึกษาเห็นคุณค่าของคุณธรรมจริยธรรมจนสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นวิถีชีวิตตนเอง แนวทางในขั้นตอนนี้คือ กำหนดข้อตกลงร่วมกันเรื่องปลูกฝังด้านจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพทุกฐานการฝึกปฏิบัติการพยาบาลและการจัดการความรู้เพื่อเป้าหมายเรื่องการปลูกฝังจริยธรรมสำหรับนักศึกษาพยาบาลของพยาบาลที่เลี้ยงในแต่ละฐานฝึก เพราะว่า การนำการจัดการความรู้มาเป็นเครื่องมือในการทำงานจะทำให้เกิดคุณภาพของคนเกิดผลสัมฤทธิ์ในงาน¹⁹ เช่น มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางที่ดีจากการปฏิบัติ แลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันก่อให้เกิดพลังในการทำงาน²⁰ ของกลุ่มพยาบาลที่เลี้ยงอีกด้วย

นอกจากนี้ในระดับของนักศึกษา พยาบาลที่

เลี้ยงควรหาเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของนักศึกษาในสถาบันการศึกษาหรือต่างสถาบันการศึกษาที่ฝึกปฏิบัติงานในแหล่งฝึกเดียวกันเพื่อให้ให้นักศึกษาเห็นคุณค่าของการมีจริยธรรมและเป็นตัวอย่างที่ดีให้แก่ผู้อื่น หรือการได้เห็นตัวอย่างที่ดีจากเพื่อนนักศึกษา

จากขั้นตอนการจัดการเรียนการสอนในคลินิกทั้ง 4 ขั้นตอน หากเปรียบเทียบกับกับขั้นตอนการปลูกฝังเจตคติของบลูม จะเห็นว่า ขั้นตอนทำให้ดู ชูให้เห็นเน้นให้ตรง มีความสอดคล้องกับขั้นตอนการปลูกฝังเจตคติของบลูมในขั้นการรับรู้ การตอบสนองและการเห็นคุณค่า นำไปสู่ขั้นตอนขงต่อเนืองซึ่งเป็นขั้นตอนการสร้างลักษณะนิสัยโดยนักศึกษาจะนำค่านิยมที่คิดว่าดีเหมาะสมไปคิดตัดสินใจและกำหนดว่าเป็นค่านิยมที่ควรปฏิบัติต่อไปหรือไม่อย่างไร ประกอบกับการได้รับแรงเสริมทางบวกจนนักศึกษาพึงพอใจและสามารถสรุปเป็นค่านิยมของตนเองและนำไปปฏิบัติเป็นประจำในชีวิตประจำวัน

สรุป

การนำแนวคิดการพัฒนาด้านจิตพิสัยของบลูมและคณะมาประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนในคลินิกสำหรับพยาบาลที่เลี้ยงนั้นทำให้พยาบาลที่เลี้ยงมีแนวทางเพิ่มขึ้นในการสอนสนับสนุนนิเทศงานนักศึกษา ผู้เขียนแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การทำให้ดู โดยการที่พยาบาลที่เลี้ยงเป็นแบบอย่างที่ดีด้านการทำงาน และแบบอย่างที่ดีด้านบุคลิกภาพ มีการฝึกฝนตนเอง เลือกวิธีการสอนที่เหมาะสมในการปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมเช่น บทบาทสมมติ กรณีตัวอย่าง ขั้นตอนที่ 2 การชูให้เห็น โดยกำหนดประเด็นจริยธรรมอย่างชัดเจนและใช้การประชุมกลุ่มเป็นเครื่องมือในการปลูกฝังจริยธรรมในทุกฐานการฝึกปฏิบัติ ขั้นตอนที่ 3 การเน้นให้ตรง เป็นการประเมินผลระหว่างฝึกปฏิบัติงานและสิ้นสุดการปฏิบัติงาน ซึ่งแบ่งเป็นกรณีปกติทั่วไปกับกรณีที่นักศึกษาแสดงออกซึ่งพฤติกรรมของการขาดจริยธรรม สำหรับขั้นตอนที่ 4 การขงต่อเนือง เป็นขั้นตอนการยกย่องชมเชยและจัดการความรู้

จริงจังสม่ำเสมอต่อเนื่อง หากพยาบาลพี่เลี้ยงได้ทดลองปฏิบัติในแนวทางที่ผู้เขียนได้นำเสนอนั้นพยาบาลพี่เลี้ยงอาจพบว่า การปลูกฝังจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพไม่ได้ซับซ้อนไปกว่าการสอนด้านวิชาการ เพราะในที่สุดผลจากการทำงานของพยาบาลพี่เลี้ยงในการปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมช่วยพัฒนา นักศึกษาพยาบาลให้มีคุณลักษณะด้านคุณธรรมจริยธรรมตามมาตรฐานการเรียนรู้ระดับอุดมศึกษา

ด้านคุณธรรมจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพผสมตามความมุ่งหมายของสถาบันการศึกษาพยาบาลและแหล่งฝึกปฏิบัติการพยาบาล นอกจากนี้มีข้อเสนอแนะในการนำไปใช้คือ ให้มีการออกแบบวัดและประเมินผลตามประเด็นจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพในรายวิชาฝึกปฏิบัติของนักศึกษาตามแนวทาง 4 ขั้นตอนที่กำลังกล่าวมาเพื่อติดตามผลการประยุกต์ใช้ของพยาบาลพี่เลี้ยง

เอกสารอ้างอิง

1. Wutt, T. น้ำใจช่างงามยิ่ง. [ออนไลน์]. 13 มิถุนายน 2561. [อ้างเมื่อ 1 ตุลาคม 2562]. จาก <https://news.mthai.com/social-news/649531.html>.
2. ธนตร. ชื่นชมพยาบาลจอตรถช่วย... [ออนไลน์]. 27 พฤษภาคม 2561. [อ้างเมื่อ 1 ตุลาคม 2562]. จาก <https://news.mthai.com/general-news/645261.html>.
3. Kaewta, P. สอบจริยธรรมพยาบาลกระซอกคนไข้สูงอายุ. [ออนไลน์]. 27 กันยายน 2561. [อ้างเมื่อ 1 ตุลาคม 2562]. จาก <https://news.mthai.com/general-news/674822.html>.
4. สภาการพยาบาล. สมาชิกถาม สภาตอบ. จดหมายข่าวสภาการพยาบาล. [จุลสารออนไลน์]. 2559; 18(6): 11.
5. อุดมรัตน์ สวงนศิริธรรม และสมใจ ศิระกมล. พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2558.
6. นิตยา ชีพประสพ. ประสบการณ์การเป็นพยาบาลประจำการที่ช่วยดูแลนักศึกษาพยาบาลขณะฝึกภาคปฏิบัติ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
7. เยาวเรศ ก้านมะลิ และอรัญ ชูยกระเดื่อง. บทบาทของพยาบาลพี่เลี้ยง การอบรมขัดเกลาทางสังคม และการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ. The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima. [วารสารออนไลน์]. 2560; 23(1): 124-31.
8. แสงทอง ธีระทองคำ และไสว นรสาร. กฎหมายสำหรับพยาบาล. ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 2 พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2560.
9. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน สิริจินใจ และศิริภัทรา พันกล้า. กฎหมายและจริยธรรมวิชาชีพการพยาบาล. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์; 2561.
10. ละเอียด แจ่มจันทร์ และกนิพันธ์ ปานณรงค์. การพัฒนารูปแบบการนิเทศการศึกษภาคปฏิบัติด้วยระบบพยาบาลพี่เลี้ยง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลราชบุรี. 2540; 9: 6-10.
11. ทิศนา แคมมณี. ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 5 (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
12. มาเรียม เพราะสุนทร. ประสบการณ์การเป็นพี่เลี้ยงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.

13. สุนีย์รัตน์ บุญศิลป์ ประกริต รัชวัตร และสุรางค์ เปื้องเดช. ทักษะคติเชิงจริยธรรมตามการรับรู้ของ
นักศึกษาพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก. วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนีกรุงเทพ.
[วารสารออนไลน์]. 2558; 31(1): 50-60.
14. อารีวรรณ กลั่นกลิ่น และคณะ. การรับรู้ทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลคณะพยาบาล
ศาสตร์. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
15. โกสุม เศรษฐวรงค์, ศุภรัตน์ แป้นโพธิ์กลาง, อรทัย เจริญทิพย์เสกุล และวารินทร์ บินโฮเซ็น. การ
ถอดประสบการณ์การเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษา ม.รังสิต.
[เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก <https://www.rsu.ac.th/nurse/download/KM.pdf>.
16. เกศินี วุฒิวงศ์. การจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาพฤติกรรมจริยธรรมในรายวิชาศึกษาทั่วไป.
วารสารมหาวิทยาลัยพายัพ. [วารสารออนไลน์]. 2560; 27(1): 19-30.
17. ธัชวรรณ จิระติวานนท์. การสอนทำงานเป็นทีมโดยการใช้สถานการณ์จำลอง. เวชบัณฑิตศิริราช.
2561; 11(1): 34-45.
18. Kristy S. Chunta and Nicole R. Custer. Addressing Unsafe Student Behavior.
American Journal of Nursing. 2018; 118(11): 57-61.
19. วิจารย์ พานิช. แนวคิดหลักการและผลสัมฤทธิ์ของการจัดการความรู้. 2556. [ออนไลน์].
[เข้าถึงเมื่อ 15 ก.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก <https://www.youtube.com/watch?v=46zDiSg2XVw>.
20. สุพิศ ประสพศิลป์. การจัดการความรู้: องค์กรพยาบาลสมรรถนะสูง. เอกสารประกอบการบรรยาย
การประชุมวิชาการ; 17-18 พฤศจิกายน 2559; กรุงเทพฯ โรงแรมแมนดารินกรุงเทพมหานคร.
[ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 15 ก.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก <https://www.nurs.chula.ac.th/en/cufon-alumni/229-cufon-alumni.html>.

บทบาทพยาบาลวิสัญญีเกี่ยวกับการจัดการความปวด
ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดตามความเชื่อทางวัฒนธรรม
The Role of Anesthetist Nurses on Pain Management
in Postoperative Patients Relating to Cultural Beliefs

จินตนา เด่นสันติกุล พย.ม* Jintana Densuntikul, M.N S.*
จารวี คณิตาภักษ์ พย.ม* Jarawee Kanitapiluk, M.N S.*
ทศฯ ชัยวรรณวรรต พย.ม** Tasa Chaiwannawat, M.N S.**

Corresponding Authors: Email: jintana-d@hotmail.com

Received: 19 Nov 2019, Revised: 19 Apr 2020, Accepted: 6 Jun 2020

บทคัดย่อ

ปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมเปิด ประชาชนจึงมีเสรีภาพและมีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ทำให้บรรทัดฐานของความคิด ความเชื่อ และค่านิยม มีอิทธิพลต่อวิถีคิด พฤติกรรม และการตัดสินใจของคนในการกำหนดนิยาม ความหมาย และแบบแผนทางด้านสุขภาพ ทั้งในสภาวะที่ร่างกายปกติและเจ็บป่วย ในสภาวะที่เจ็บป่วยและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีความปวดหลังผ่าตัด ความเชื่อทางวัฒนธรรมมีผลต่อบุคคลด้านการรับรู้และการปฏิบัติตัวที่แตกต่างกันออกไป ความหลากหลายทางวัฒนธรรมจึงเป็นความท้าทายสำหรับพยาบาลวิสัญญีในการจัดการความปวดเฉียบพลันที่มีประสิทธิภาพหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยในหลากหลายวัฒนธรรม แนวคิดเกี่ยวกับความปวดหลังผ่าตัด การจัดการความปวดสมรรถนะพยาบาลวิสัญญีไทยต่อการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดตามความเชื่อทางวัฒนธรรม และการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลวิสัญญีเกี่ยวกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัด เนื่องจากความปวดเป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน พยาบาลวิสัญญีมีหน้าที่สำคัญในการให้การพยาบาลหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดจึงเป็นสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิสัญญีการดูแลในมิติทางกาย จิตใจ จิตวิญญาณให้อยู่ในสภาพกลมกลืน สมดุล เป็นผลให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ และพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับ

คำสำคัญ: ความปวด การจัดการความปวดหลังผ่าตัด ความเชื่อทางวัฒนธรรม บทบาทวิสัญญีพยาบาล

* อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี Email: kjarawee29@gmail.com

* Nursing Instructor, Faculty of Nursing, Ratchathani University

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์, อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี Email: kuntidahappy@gmail.com

** Assist. Professor, Faculty of Nursing Ratchathani University

Abstract

Nowadays, Thailand is an open society, allowing Thai people to have freedom and becomes a multicultural society. Behavior and decisions of people result in defining health definitions and conventions in both healthy and sickness. Patients normally experience post-operative pain. Cultural beliefs effect on people in perceiving and behaving differently. Cultural diversity is challenging for anesthetist nurses to manage post-operative pain effectively in the recovery room. Thus, post-operative pain is associated with cultural beliefs.

This article aims to present knowledge about various health belief culture of patients, concepts of post-operative pain management, competencies of Thai anesthesia nurses in post-operative pain management in accordance with cultural beliefs, anesthetic nursing standard practice regarding to post-operative pain management. Since pain is one of the complications of patients after surgery that needs to be treated to keep patients from suffering. Anesthetist nurses play an important role in providing postoperative nursing in the recovery room. Post-operative pain management is, therefore, an essential capability of the anesthetist nurse in maintaining physical, mental, and spiritual balance. Then patients receive effective post-operative pain management and satisfied with the service.

Keywords: Pain, Postoperative pain management, Cultural beliefs, Anesthetized nurse role

บทนำ

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยมีความเจริญก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง บุคลากรที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านการแพทย์ต้องมีการพัฒนาความรู้ทักษะในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 เป็นต้นมา มีการอบรมเฉพาะทางเพิ่มขึ้นถึงจำนวน 1,066 คน และในการอบรมเฉพาะทางนั้นมีการอบรมสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดหรือพยาบาลวิสัญญีรวมอยู่ด้วย¹ เนื่องจากการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เป็นความท้าทายสำหรับพยาบาลในการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยทุกขั้นตอนเพื่อเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพกับผู้ป่วย อีกทั้งยังรวมถึงการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดทั้งก่อน ระหว่างและหลังผ่าตัด เนื่องจากบทบาทหนึ่งของพยาบาลวิสัญญี คือการช่วยเหลือและจัดการอาการปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเป็นรายบุคคล ต้องมีการวางแผนการพยาบาลอย่างเป็น

องค์รวม คำนึงถึงความแตกต่างของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดและระงับความรู้สึกย่อมมีความหลากหลายทางวัฒนธรรม

ความหลากหลายทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยในยุคปัจจุบันเป็นเรื่องสำคัญ เพราะวัฒนธรรมเป็นหนทางในการดำเนินชีวิต เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ และเป็นบรรทัดฐานของความคิด ความเชื่อและค่านิยม ที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะเมื่อเจ็บป่วย สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพล และปลูกฝังต่อวิถีคิดซึ่งมีผลต่อความเชื่อ ส่งผลต่อการกำหนดพฤติกรรม และการตัดสินใจของคน รวมทั้งเป็นตัวกำหนดนิยามความหมายและแบบแผนทางด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของ Leininger² พบว่า วัฒนธรรมมีอิทธิพลอย่างใกล้ชิดต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย จึงเป็นสิ่งที่สัมพันธ์กันอย่างเป็นพลวัตซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละสังคม วัฒนธรรม การให้การพยาบาลจะประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดีถ้ามีการวางแผนการดูแล

โดยคำนึงถึงวัฒนธรรมของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เนื่องจากวัฒนธรรมและความเชื่อของผู้ป่วยจะเป็นเครื่องกำหนดให้ผู้ป่วยเลือกที่จะรับการดูแลรักษา การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในปัจจุบันจึงต้องเผชิญกับผู้ป่วยที่มีความเชื่อทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกันเพิ่มมากขึ้น ความแตกต่างทางวัฒนธรรมจึงเป็นประเด็นหลักที่สำคัญที่ควรคำนึงถึง แล้วนำมาประกอบการวางแผนการดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ

วัฒนธรรมความเชื่อด้านสุขภาพของผู้รับบริการในหลากหลายวัฒนธรรม

ความเชื่อด้านสุขภาพที่หลากหลายของวัฒนธรรมไทย พบว่า ศาสนาพุทธเป็นศาสนาที่คนไทยส่วนใหญ่เคารพนับถือ และเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตคนไทย มีความสำคัญต่อวัฒนธรรม ความเชื่อ ความหวัง เป็นที่พึ่งทางใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องเผชิญกับความทุกข์ ภาวะวิกฤติ หรือการเจ็บป่วย³ การดูแลสุขภาพตามแนวทางของวัฒนธรรมพุทธ เชื่อว่าการดำรงจิตใจให้บริสุทธิ์ช่วยให้พ้นภัยได้เร็ว ไม่มีข้อห้ามใด ๆ ในการรักษาโรคไม่ว่าจะเป็นเรื่องอาหารยา หรือวิธีการรักษาอื่น ๆ เน้นหลักเดินสายกลาง ให้ยาตามความเหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วยของบุคคลนั้น ๆ ดังเช่นมีโรงพยาบาลแห่งหนึ่งนิมนต์พระภิกษุทำสมาธิลดความเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วยมะเร็ง ปรากฏว่าได้ผลดีจึงนำไปขยายผลสำหรับคนไข้ที่เจ็บปวดจากแผลผ่าตัดและโรคอื่น ๆ ปัจจุบันทีมสุขภาพสามารถจัดการทำสมาธิลดความเจ็บปวดที่ห่อผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยต้องการ⁴ นอกจากนี้ยังมีการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาจัดการกับความเจ็บป่วยตามสาเหตุ เชื่อว่าเกิดจากอำนาจตามธรรมชาติ เช่นการปวดเมื่อยอันเกิดจากการประกอบอาชีพ หรือเกิดเหน็บชาจากการไหลเวียนเลือดผิดปกติ ก็จะนำภูมิปัญญาหมอบินวดภาคใต้ ที่ช่วยในการรักษาอาการปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ⁵

ความเชื่อด้านสุขภาพของศาสนาคริสต์เป็นความเชื่อของวัฒนธรรมทางตะวันตกที่ถูกเผยแพร่โดยมิชชันนารีผู้เผยแพร่ศาสนา ความเชื่อด้านสุขภาพของ

คริสต์ศาสนา มีปรากฏในคัมภีร์ศาสนา (The holy bible) ซึ่งถูกตีพิมพ์เผยแพร่และแปลเป็นภาษาต่าง ๆ มากมายใช้ทั่วโลก⁶ คำสอนในคัมภีร์ใช้ในการดูแลจิตวิญญาณของผู้ที่มีความเชื่อ ทำให้บุคคลค้นพบความหมาย และเป้าหมายแท้ของชีวิต ก่อให้เกิดสันติสุขอย่างแท้จริง ซึ่งเรียกว่าเป็นความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งความต้องการทางจิตวิญญาณนั้น ได้แก่ ความต้องการความรักแบบไม่มีเงื่อนไข (Non-conditional love) การให้อภัย (Forgiveness) ต้องการความไว้วางใจ (Trust) ความหวัง (Hope) เข้าใจคุณค่าและความหมายของชีวิต เกิดพลังใจในการต่อสู้สิ่งต่าง ๆ ที่มาคุกคามนั้นได้ด้วยความมั่นคง และมั่นใจ ต้องการความสมบูรณ์ (Need for perfection) ได้พบกับความหลุดพ้นจากความไม่เที่ยงแท้ของชีวิต มีชีวิตนิรันดร์เข้าสู่ภรรตภาพ⁷ การนำหลักคำสอนไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลทางด้านจิตวิญญาณเป็นเรื่องละเอียดอ่อน และต้องเข้าถึงความเป็นปัจเจกของบุคคลซึ่งจะแตกต่างกันไป ตามแต่สถานะทางจิตวิญญาณของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งต้องอาศัยการประเมินโดยละเอียดและนำมาสู่การวางแผนการดูแลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง⁸

การปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งดูแลจิตวิญญาณตามบริบทสังคมวัฒนธรรมตะวันตก มีจุดเน้นในการประยุกต์ใช้ คือ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้ผู้ป่วยได้ศึกษาคัมภีร์ศาสนา เตรียมคัมภีร์ศาสนาไว้ในที่เข้าถึงได้ง่าย การเป็นผู้ให้คำปรึกษาทางจิตวิญญาณ การดูแลขั้นพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ซึ่งการพยาบาลคือศาสตร์แห่งการดูแลมนุษย์ (Human caring science) เป้าหมายของการดูแลคือการช่วยเหลือบุคคลให้ค้นพบภาวะดุลยภาพ (Harmony) ของร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ⁹ ส่งเสริมให้เกิดความผาสุก การขอความร่วมมือและเป็นผู้ประสานกับทีมสุขภาพ ให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อร่วมกับบาทหลวง ศิษยาภิบาล พี่เลี้ยงทางจิตวิญญาณ หรือบุคคลที่ใกล้ชิดที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อและจิตวิญญาณของผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลโดยให้ความรัก และการดูแลเอาใจ พยาบาลจะต้องเข้าใจ

และแสดงความเคารพต่อภูมิหลังทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย จะช่วยทำให้เข้าใจบริบททางสังคมวัฒนธรรมของผู้ป่วย และสามารถนำมาประยุกต์ในการดูแลทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย ในการวางแผนการดูแล การจัดเตรียมสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดคุณภาพในการดูแล ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมความเป็นองค์รวมอันเป็นหัวใจของงานการพยาบาล¹⁰

ความเชื่อด้านสุขภาพของชาวมุสลิมศาสนาอิสลาม มีอิทธิพลมากในการดำรงชีวิตของคนมุสลิมมุสลิมถือว่าความเจ็บป่วยเป็นพระเมตตาของพระเจ้า พระองค์ให้มุสลิมทุกคนมีความหวังและไม่ท้อแท้ ความเจ็บป่วยเป็นการทดสอบจากอัลเลาะห์ทั้งในรูปแบบของความทุกข์สบาย และความทุกข์ยาก ให้ผู้ป่วยอดทนและต่อสู้ การบำบัดรักษาเป็นหน้าที่และสิ่งที่จำเป็นสำหรับมุสลิมที่เจ็บป่วย เป็นการปฏิบัติตามคำสั่งของพระเจ้าห้ามทำร้ายร่างกายให้รับบำบัดรักษาด้วยวิธีที่ไม่ขัดกับศาสนา ส่วนการหายของโรคนั้นอยู่กับพระประสงค์ของอัลเลาะห์เท่านั้น¹¹

ผู้ป่วยและผู้ให้บริการชาวจีนมีความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติซึ่งมีรากฐานมาจากวัฒนธรรมประจำชาติ จนเกิดแนวปฏิบัติตามความเชื่อ¹² ได้แก่ ถ้ำร่างกายแข็งแรงไม่จำเป็นต้องพบแพทย์ ไม่ค่อยสนใจการตรวจคัดกรองเพื่อการป้องกันโรค (Preventive screening) ยังใช้การรักษาดั้งเดิม (Traditional treatments) ด้วยการแพทย์แผนจีน เช่น การฝังเข็ม (Acupuncture) การชูดมผิวหนังด้วยวัตถุใด ๆ การใช้สมุนไพรเพื่อการบำบัดโรค สมุนไพรบำบัดโรคมักมีผลดีและผลไม่พึงประสงค์คล้ายกับการแพทย์แผนปัจจุบัน สมุนไพรบางชนิดอาจมีปฏิกิริยาต่อยารักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน และบางชนิดก็อาจถูกอาหารบางชนิดรบกวนการออกฤทธิ์ และบางชนิดก็มีอาการข้างเคียง คือกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง เพิ่มความดันเลือด อาจมีอาการปวดศีรษะ เบื่ออาหาร ใจสั่น ดังนั้น หลักในการดูแลสุขภาพ คือ การรักษาที่เน้นการหาสาเหตุที่แท้จริงของการเจ็บป่วยของอวัยวะ พร้อมกับการรักษาอาการของโรค วิธีทั่วไปที่ใช้ในการ

รักษา ได้แก่ การใช้สมุนไพรจีน การฝังเข็ม และการนวดแบบจีน และหลักการป้องกัน ที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพกายและจิตที่แข็งแรงสมดุลกัน การสาธารณสุขไทยได้นำการแพทย์แผนจีนมาใช้เพื่อป้องกันโรคส่งเสริมสุขภาพ ใช้การฝังเข็ม อาหารหรือสมุนไพรเพื่อใช้ในการบำบัดโรค ใช้การนวดแบบแผนจีนเพื่อบำบัดอาการปวดและคลายกล้ามเนื้อ หลักการที่สำคัญที่สุดของการแพทย์แผนจีน คือหลักการสร้างสมดุลของพลังต่าง ๆ ในร่างกาย¹³

ชาวม่าโดยทั่วไปยังคงพึ่งการรักษาแบบพื้นบ้าน โดยแพทย์แผนโบราณอยู่มาก ซึ่งแพทย์แผนโบราณต้องมืองค์ความรู้ 1) พุทธเวช รักษาด้วยแนวคิดศาสนาและวิถีธรรมชาติ เช่น การใช้อาหารบำบัด การหลีกเลี่ยงอาหารแสลง และการป้องกันโรค 2) เกษัชเวช เป็นการรักษาด้วยเภสัชชาติต่าง ๆ ได้แก่สมุนไพร ยากลางบ้าน แร่ธาตุและซากสัตว์ 3) นักชดเวช เป็นการตรวจสอบดวงชะตาอันเกี่ยวเนื่องกับวันเกิดและสิ่งแวดล้อม การรักษาด้วยอาหารหรือการสะเดาะเคราะห์ 4) ไสยเวช อาศัยอำนาจเหนือธรรมชาติที่มีอิทธิพลเหนือมนุษย์ อย่างไรก็ตามหากเป็นโรคร้ายหรือโรคที่ต้องได้รับการผ่าตัด จึงหันไปพึ่งแพทย์สมัยใหม่¹⁴

กล่าวโดยสรุป ความแตกต่างทางเชื้อชาติ ภาษา วัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิต นำมาซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน การดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้อง กับสุขภาพของกลุ่มคนดังกล่าว ผู้ให้การดูแลจะต้องมีความเข้าใจในความแตกต่างที่สอดคล้องกับบริบทนั้น ๆ ทั้งในด้านกายภาพ และด้านสังคม ดังนั้น ผู้ให้การดูแลจึงต้องศึกษาทำความเข้าใจวิถีวัฒนธรรมความเป็นอยู่ เพื่อออกแบบกิจกรรมได้สอดคล้องกับแนวคิดตามความเชื่อทางวัฒนธรรม

แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความปวด

ความปวดเป็นปรากฏการณ์หนึ่งซึ่งเกิดขึ้นกับร่างกายที่ทุกคนเคยมีประสบการณ์และ รู้สึกถึงความปวดนั้น และในความปวดของแต่ละคนเป็นความรู้สึกที่แตกต่างกันออกไปหลายรูปแบบ จนยากจะอธิบาย

และให้คำจำกัดความที่ตรงกันได้อันใดก็ตามได้มี
นักการวิชาการหลายท่านได้ศึกษาให้ความหมายของ
ความปวด ดังนี้

สมาคมการศึกษาความปวดนานาชาติเพื่อ
ศึกษาเกี่ยวกับความปวดให้ความหมายของความเจ็บ
ปวดว่าเป็นประสบการณ์ทางประสาทสัมผัสและทาง
อารมณ์ที่สัมพันธ์กับโอกาสหรือการเกิดขึ้นจริง ๆ ของ
ความเสียหายในเนื้อเยื่อ¹⁵ และความปวด หมายถึง
การตอบสนองของร่างกายเมื่อมีสิ่งกระตุ้นที่ทำให้
เนื้อเยื่อได้รับอันตราย ได้แก่ การผ่าตัด การบวมจาก
การอักเสบ การอุดตันของหลอดเลือด การเกร็งของ
กล้ามเนื้อ ความร้อน ความเย็นกระแสไฟฟ้า สารเคมี
ทั้งจากภายในและภายนอกร่างกาย¹⁶ นอกจากนี้
คำจำกัดความเชิงประสาทวิทยาให้ความหมายว่า
ความปวดคือสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจจาก
สาเหตุการกระตุ้นที่ปลายประสาท¹⁷

กล่าวโดยสรุป ความปวดเป็นการตอบสนอง
ของร่างกายเมื่อมีสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เนื้อเยื่อได้รับ
อันตราย เช่นการผ่าตัด การบวมจากการอักเสบ
ความเจ็บปวดจึงเกิดเป็นประสบการณ์ทางประสาท
สัมผัสและทางอารมณ์ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจ
จากสาเหตุดังกล่าว

พยาธิสรีรภาพของความปวด

ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory)
กระแสประสาทรับความเจ็บปวดนำเข้าสู่จากส่วนต่าง
ๆ ของร่างกายจะถูกปรับให้ลดลงในไขสันหลังก่อนส่ง
ขึ้นไปรับรู้ความเจ็บปวดในสมอง โดยขนาดของ
กระแสประสาทขนาดใหญ่ (รับรู้ตำแหน่งส่วนต่าง ๆ
ของร่างกาย ความสั่นสะเทือน รับสัมผัส อย่าง
ละเอียด) และใยประสาทขนาดเล็ก (รับความเจ็บปวด
อุณหภูมิ สัมผัสอย่างหยาบ) เมื่อใยประสาทขนาด
ใหญ่ (A alpha, A beta) มีผลกระตุ้น T cell และ
Substantia gelatinosa (S.G.) cell พร้อมกันซึ่ง
เป็นการยับยั้งการทำงานของ T cell ทำให้กระแส
ประสาทขนาดเล็ก (ซึ่งนำความเจ็บปวด) ทำงานไม่
ได้จึงปิดประตูขณะเดียวกันหากมีการกระตุ้นกระแส
ประสาทขนาดเล็กอย่างแรง หรือมีการทำลายกระแส

ประสาทขนาดใหญ่ เป็นการเปิดประตูทำให้เกิดความ
เจ็บปวด

ความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดมีทั้งภาวะ Pe-
ripheral sensitization และ Central sensitization
รวมถึงปัจจัย Humoral ต่าง ๆ ในร่างกาย ความปวด
เฉียบพลันมีทั้งความปวดในขณะที่พักและความปวด
ขณะเคลื่อนไหว การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการ
ผ่าตัดนำไปสู่การกระตุ้นเซลล์ประสาทรับความรู้สึก
Nociceptor และเกิดภาวะการตอบสนองที่ไวเพิ่มขึ้น
Sensitization ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกปวดต่อเนื่องแม้ไม่มี
การเคลื่อนไหวก็ตาม การผ่าตัดต่าง ๆ ทำให้มีการบาดเจ็บ
ของอวัยวะ และเนื้อเยื่อทั้งโดยตรงและเนื้อเยื่อ
บริเวณข้างเคียง ซึ่งทำให้มีการกระตุ้นเซลล์ประสาท
รับความรู้สึก และตอบสนองไวขึ้น การผ่าตัดต่างกัน
ก็มีภาวะ Nociceptor sensitization แตกต่างกัน
ลักษณะตำแหน่ง ระดับความรุนแรงของความปวดจึง
ไม่เหมือนกัน สารที่เป็นตัวกลางของความปวดหลาย
ชนิดเป็นตัวกระตุ้น Nociceptor ให้มี Sensitization
สารเหล่านี้ถูกปลดปล่อยออกมาทั้งระหว่างและหลัง
ผ่าตัดจากบริเวณใกล้เคียงกับที่บาดเจ็บและจากระบบ
ทั่วร่างกาย

การมีความดันของออกซิเจนต่ำลง เนื้อเยื่อเป็น
ภาวะกรดและความเข้มข้น Lactate ที่เพิ่มขึ้นและอยู่
นานที่บริเวณผ่าตัดหลายวันเป็นปัจจัยสนับสนุนให้มี
Peripheral sensitization และทำให้มีพฤติกรรม
ความปวดที่เกิดขึ้นเอง ซึ่งส่งสัญญาณที่เกิดจากการ
ขาดเลือด และจะถูกนำผ่านด้วย Acid-sensing ion
channels กระบวนการ Peripheral sensitization
และความปวดหลังผ่าตัดยังเกี่ยวข้องกับ Peripheral
neutrophilic granulocytes และการตอบสนอง
ของ Endogenous CD14+monocytes จึงทำให้ช่วง
ระยะเวลาของความปวดหลังผ่าตัดแตกต่างกันใน
แต่ละราย การบาดเจ็บของเส้นประสาทระหว่างผ่าตัด
ทำให้เกิดการเหนี่ยวนำกระแสไฟฟ้าผิดปกติที่เกิดขึ้น
เองซึ่งเป็นลักษณะหนึ่งของอาการปวดจาก Neuro-
pathic ที่เกิดขึ้นในช่วงแรกของหลังผ่าตัดและสามารถ
นำไปสู่อาการปวด Neuropathic แบบเรื้อรังได้¹⁸

การปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล เกี่ยวกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดพบร้อยละ
38.8 พบภาวะแทรกซ้อน 3 อาการ ดังนี้

1) ความปวดหลังผ่าตัด (ร้อยละ 28.1) คะแนน
คะแนนความปวดอยู่ในระดับปานกลาง (Mean
6.53, 0.19)

2) อาการหนาวสั่นหลังผ่าตัด (ร้อยละ 9.5)

3) อาการคลื่นไส้อาเจียน (ร้อยละ 1.2)

การจัดการทางการพยาบาลสามารถช่วยลด
อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนก่อนย้ายกลับหอผู้ป่วย
อย่างได้ผล โดยจัดการความปวดให้อยู่ในระดับเล็ก
น้อย (Mean 3.58, 0.18)¹⁹ การประเมินความปวด
ผู้ป่วยหลังผ่าตัดระยะแรกทีพื่นจากการให้ยาระงับ
ความรู้สึก พยาบาลวิสัญญีให้การพยาบาลตาม
แนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดหลังผ่าตัด โดย
การประเมินระดับความง่วงซึม และการรับรู้ร่วมกับการ
ใช้เครื่องมือประเมินระดับความรุนแรงของความ
ปวดแบบง่าย โดยใช้กลุ่มคำอธิบาย (Visual Analog
Scale: VAS) มาตรฐานวัดความปวดแบบตัวเลข (Nu-
meric Rating Scale: NRS) กล่าวคือถ้าผู้ป่วยบอก
คะแนนเท่ากับศูนย์ หมายถึงไม่มีอาการปวดเลย และ
คะแนนปวดเท่ากับสิบหมายถึงมีระดับคะแนนปวด
มากที่สุดเท่าที่จะนึกได้ หรือในบางกรณีผู้ป่วยไม่
สามารถบอกตัวเลขได้ให้ใช้การอธิบายความปวดเป็น
5 ระดับ (Verbal graphic rating scale) คือไม่ปวด
เลย ปวดน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก หรือปวดมาก
ที่สุด²⁰ หรือภาพแบบสีหน้าเป็นการบรรยายถึง
ลักษณะอาการเจ็บปวด ดังนั้นการตัดสินใจหาวิธีการ
จัดการความเจ็บปวดมี 2 วิธี คือ

1) วิธีการใช้ยา โดยให้ Morphine 1-2 mg
ทางหลอดเลือดดำ จากนั้นประเมินความปวดซ้ำทุก
5 นาที ถ้ายังมีคะแนนความปวดมากกว่า 7 คะแนน
สามารถให้ Morphine 1-2 mg ทางหลอดเลือดดำ
ซ้ำได้ทั้งหมดไม่เกิน 3 ครั้ง หากได้ยาครบ 3 Dose
แล้ว ยังมีคะแนนความปวดมากกว่า 7 คะแนน
รายงานวิสัญญีแพทย์เพื่อพิจารณาจัดการกับความ

ปวดต่อไป และบันทึกการพยาบาลในแบบบันทึกทาง
วิสัญญี

2) วิธีที่ไม่ใช้ยา เป็นวิธีการที่จะช่วยเพิ่ม
ประสิทธิภาพของการบรรเทาความปวดด้วยยา โดย
การเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด เช่น การนวด
คลึง การผ่อนคลายโดยใช้การฝึกการหายใจ การทำ
สมาธิช่วยให้จิตใจสงบส่งผลทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย
การตะแคงตัว เปลี่ยนท่าจากนอนเป็นนั่ง หรือจากนั่ง
เป็นนอนจะช่วยลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ และการ
ดึงของแผลผ่าตัด²¹

การผ่าตัดแต่ละชนิดก่อให้เกิดความปวดหลัง
ผ่าตัด การระงับปวดหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพต้อง
ได้รับการสนใจดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสมตาม
แนวทางปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการจัดการ
ความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเริ่มตั้งแต่การประเมิน
ระดับการรู้สึกตัว ระดับความรุนแรงของความปวด
การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนทางการ
พยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการจัดการความปวด การ
เลือกใช้เทคนิคและยาแก้ปวดที่เหมาะสมเพื่อลดความ
รุนแรง ระยะเวลาของความปวดหลังผ่าตัด อย่างไรก็ตาม
ก็ตามยังมีผู้ป่วยบางรายที่มารับบริการพยาบาลจะมี
ความเชื่อทางวัฒนธรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน บทบาท
ของพยาบาลวิสัญญีจึงเป็นความท้าทายในการจัดการ
ความปวด ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการจัดการความ
ปวดที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยจากการใช้ยาระงับปวด
ไม่ทุกซ์ทรมาน และฟื้นตัวเร็วขึ้นหลังผ่าตัด

ประสบการณ์จากการปฏิบัติงานการจัดการความ ปวดหลังผ่าตัดในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้

จากประสบการณ์ปฏิบัติงานของผู้เขียนใน
หน่วยงานวิสัญญี โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์
จังหวัดนราธิวาส เป็นโรงพยาบาลหนึ่งซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่
3 จังหวัดชายแดนใต้ กลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด
และระงับความรู้สึกจะมีหลากหลายวัฒนธรรมที่แตก
ต่างกันไป กลุ่มหลัก ๆ ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยชาวไทย
มุสลิม รองลงมาชาวไทยพุทธ และผู้รับบริการแรงงาน
ต่างด้าว การพยาบาลผู้หลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นเป็น

หนึ่งในบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของพยาบาลวิสัญญี
อาการหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นที่พบบ่อยมากที่สุด
ได้แก่ ความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด หากได้รับการ
บริหารจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพทันทีจะช่วย
ป้องกันหรือลดความทุกข์ทรมานและความเครียดที่
เกิดจากแผลผ่าตัด

สถิติผู้ป่วยไทยมุสลิมที่มาใช้บริการหลังผ่าตัด
ในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์
ในปีงบประมาณ 2559 จำนวน 4,840 ราย ผู้ศึกษา
ได้ทำการศึกษากลุ่มผู้ป่วยไทยมุสลิมที่ ได้รับความ
ปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ตั้งแต่เดือน
มีนาคม-เดือนพฤษภาคม 2559 จำนวน 103, 119
และ 120 คน คิดเป็นร้อยละ 94.37, 92.46 และ
93.00 พบว่าหลังการผ่าตัดในระยะแรกผู้ป่วยจะอยู่
ในห้องพักฟื้น (Recovery room) และได้รับการ
ประเมินอาการปวดตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลัง
ผ่าตัดของวิสัญญีที่รู้สึกตัว โดยประเมินผ่านทาง
ล่ามในรายที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารเป็นภาษาไทยได้
ระยะต่อมาเมื่อรู้สึกตัวมากขึ้นอาจเปลี่ยนเป็นการ
ประเมินโดยใช้เครื่องมือประเมินอาการปวด ผลการ
ประเมินผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนความปวด ≥ 3 จะได้
รับการระงับปวดโดยการบริหารยาฉีดเข้าทางหลอดเลือด
ดำได้แก่ ยา Morphine/ Pethedine/ Fenta-
nyl ซึ่งเป็นยากลุ่ม Opioid ตามแผนการรักษาของ
แพทย์ หลังจากได้รับการบำบัดผู้ป่วยจะมีความรู้สึก
คลายความปวด

ผู้ป่วยมุสลิมบางรายที่มีอายุมากกว่า 50 ปี จะ
มีความอดทนต่อความปวดหลังผ่าตัดโดยไม่ร้องขอยา
แม้จะเจ็บปวดก็ตาม โดยเชื่อและศรัทธาในพระเจ้าเป็น
เจ้าทุกอย่างพระเจ้าเป็นผู้กำหนด พฤติกรรมที่
แสดงออกเพื่อบรรเทาอาการปวดโดยการกล่าวนาม
ของพระองค์ตลอดเวลา พร้อมกับคำว่า “มีองจ๊ะ” เพื่อ
เป็นการรำลึกถึงพระเจ้า และการนำคัมภีร์อัลกุรอาน
หรือบทสวดให้ญาติที่มาเยี่ยมอ่านขอพรให้ผู้ป่วยได้
รับฟังจะช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจสงบขึ้น ซึ่งพยาบาล
วิสัญญีเกรงว่าวิธีการบรรเทาอาการปวดเฉียบพลัน
หลังผ่าตัดดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานมาก

เกินไป จึงได้อธิบายให้เข้าใจว่าการพยายามทนต่อ
ความเจ็บปวดที่มากเกินไปจะทำให้เขาเกิดการสูญเสีย
สมดุลของระบบพลังงานในร่างกาย แต่การได้รับยา
แก้ปวดจะช่วยให้อาการถึงความสมดุลกลับคืนมาได้
พร้อม ๆ กับขอพรและการรำลึกถึงพระเจ้า เป็นการ
ปฏิบัติตามคำสั่งของพระเจ้า ห้ามมิให้ทำร้ายร่างกาย
และรีบบำบัดรักษาด้วยวิธีที่ไม่ขัดกับศาสนา ส่วนการ
หายของโรคขึ้นอยู่กับพระประสงค์ของอัลเลาะห์
เท่านั้น ดังนั้นแผนการรักษาโดยวิธีการใช้ยาระงับปวด
ร่วมกับการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา ส่งผลให้
ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตความเจ็บปวดแผลหลังผ่าตัด
และสามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านหรือผู้ป่วยอย่าง
ปลอดภัยโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

ปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงานการพยาบาล
ผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น พบว่าผู้ป่วยไทยมุสลิม
บางคนไม่สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ จะ
ใช้ภาษามลายูถิ่นภาคใต้หรือเดิมเรียกว่าภาษายาวีใน
การสื่อสาร จำเป็นต้องสื่อสารโดยผ่านล่าม ซึ่งการใช้
ภาษาผ่านล่ามยังพบอุปสรรคต่อประสิทธิภาพการเข้า
ถึงการบริหารจัดการความปวดของผู้ป่วย เมื่อมีการ
แปลความหมายของคำประโยคในภาษานั้นยังไม่ถูก
ต้อง ปัญหาที่เกิดขึ้นในการแปลคือการมีคำศัพท์
สำนวนหรือหลักไวยากรณ์ที่ในอีกภาษาหนึ่งไม่มี
ประสบการณ์แลแนวคิดที่มีอยู่ในแต่ละวัฒนธรรมใน
บางครั้งก็ไม่สามารถทำได้โดยการแปลคำต่อคำ
เพราะคำที่มีอยู่ในภาษาแต่ละภาษาก็มีโครงสร้างรูป
ประโยคที่ไม่เหมือนกัน การแปลที่ไม่ถูกหลักไวยากรณ์
ก็อาจทำให้เกิดการสับสน อย่างไรก็ตามปัญหาการ
สื่อสารที่เกิดจากวัฒนธรรมที่แตกต่างกันมีผลต่อการ
รับรู้และการตีความสารที่ได้รับ การขาดประสบการณ์
ร่วมกันหรือมีกรอบอ้างอิงที่ต่างกันอย่างนำไปสู่
ความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน มีผลทำให้การซักประวัติและ
รายละเอียดของปัญหาทำได้ในลักษณะที่กว้าง ๆ
ลักษณะทางด้านพฤติกรรมก็เป็นอีกปัญหาหนึ่งการไม่
ใส่ใจที่จะเรียนรู้วัฒนธรรมและสิ่งต่าง ๆ รอบตัว การ
ยึดติดกับมาตรฐานการปฏิบัติโดยไม่คำนึงถึงความเชื่อ
ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ทุกอย่างที่กำลังมาข้างหน้า

เป็นปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลให้การเข้าถึงการจัดการความปวดของผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ

บทบาทของพยาบาลวิสัญญีตามแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความปวดตามความเชื่อทางวัฒนธรรม

บทบาทพยาบาลวิสัญญีมีความแตกต่างจากบทบาทพยาบาลวิชาชีพที่ลักษณะงาน ได้แก่ การปฏิบัติงานให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้รับบริการ โดยการวินิจฉัยปัญหาของผู้รับบริการ เพื่อเลือกวิธีการและดำเนินการให้ยาระงับความรู้สึกได้อย่างเหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละราย ปฏิบัติการช่วยชีวิตผู้รับบริการในภาวะวิกฤตเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ และให้การอภิบาลผู้รับบริการภาวะวิกฤตภายหลังการให้ยาระงับความรู้สึก ดังนั้นงานของพยาบาลวิสัญญีจึงเป็นทั้งงานการพยาบาล และงานเวชปฏิบัติควบคู่กันไป เพราะการให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อทำผ่าตัดนั้นถือเป็นการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตามพระราชบัญญัติการประกอบวิชาชีพเวชกรรม การบริการพยาบาลวิสัญญีเป็นบริการพยาบาลผู้ป่วยที่รับบริการทางวิสัญญี โดยให้การดูแลตั้งแต่ระยะก่อนให้บริการทางวิสัญญี ระยะให้บริการทางวิสัญญี และระยะหลังให้บริการทางวิสัญญี โดยครอบคลุมถึงการประสานงานกับทีมพยาบาลผ่าตัดและทีมแพทย์ผ่าตัดวิสัญญี พยาบาลนอกจากมีความรู้พื้นฐานทางการพยาบาลแล้ว จำเป็นต้องมีความรู้ ความชำนาญเฉพาะ ด้านบริการทางวิสัญญี²²

บทบาทของวิสัญญีพยาบาลในการระงับปวดหลังผ่าตัด มีหน้าที่ในการจัดการทางคลินิก ได้แก่ 1) ให้ความรู้เรื่องการระงับปวดแก่ผู้ป่วยในระหว่างการเยี่ยมก่อนการผ่าตัด ทั้งความรู้ทางด้านวิธีการระงับปวด ผลดีผลเสียของการระงับปวดแต่ละวิธีแก้ไขเจตคติที่ผิด ๆ ต่อการระงับปวด และให้ผู้ป่วยรายงานอาการปวดอย่างถูกต้องแต่เนิ่น ๆ เพื่อประกอบการตัดสินใจของแพทย์ในการรักษาต่อไป 2) เลือกและประเมินความต้องการการระงับปวดของผู้ป่วยเบื้องต้นก่อนการผ่าตัด 3) วางแผนการระงับปวดในระหว่างการผ่าตัดและหลังการผ่าตัดร่วมกับวิสัญญีแพทย์และ

ศัลยแพทย์ วิธีระงับปวดมีหลายชนิด เช่น การป้องกันก่อนที่อาการปวดจะเกิดขึ้นซึ่งเรียกว่า Pre-emptive analgesia การใช้ยาระงับปวดชนิดใหม่ ๆ ร่วมกับการใช้วิธีการและอุปกรณ์ที่ทันสมัยอื่น ๆ การผสมผสานวิธีการระงับปวดต่าง ๆ ร่วมกันซึ่งเรียกว่า Multimodal pain therapies ทั้งนี้เนื่องจากการระงับอาการปวดให้ได้ประสิทธิภาพดี หรือมีอาการข้างเคียงน้อยจำเป็นต้องใช้การผสมผสานหลายวิธีร่วมกัน 4) ให้การรักษาความปวดของผู้ป่วยในระหว่างและหลังการผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในระยะพักฟื้นซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มฟื้นและจะหมดฤทธิ์จากยาระงับความรู้สึก ต้องเผชิญกับความปวดเฉียบพลันจากแผลผ่าตัดที่รุนแรง หลังจากสิ้นสุดการผ่าตัดต้องผู้ป่วยจะต้องได้รับการประเมินและดูแลหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นประมาณ 1-2 ชั่วโมง หรือจนผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปลอดภัยแล้วจึงจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านต่อจากนั้นที่วิสัญญีต้องติดตามเยี่ยมภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการให้บริการทางวิสัญญีและแก้ไขหลังสิ้นสุดห้องพักฟื้นภายใน 12-24 ชั่วโมงแรก หลังออกจากห้องผ่าตัด ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเนื่องจากผลของการผ่าตัด ยาระงับความรู้สึก และยาระงับปวดทางหลอดเลือดดำที่ยังคงอยู่ในร่างกายของผู้ป่วย หรือติดตามเยี่ยมในกรณี que ผู้ป่วยที่ได้รับการระงับปวดหลังผ่าตัดโดยการได้ยาหยุดต่อเนื่องทางช่องเหนือไขสันหลัง²³

บทบาทของพยาบาลวิสัญญีในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดตามความเชื่อทางวัฒนธรรม นอกเหนือจากการจัดการทางคลินิกแล้วยังต้องใส่ใจกับมิติอื่น ๆ เช่น มิติทางด้านครอบครัวรวมถึงการประเมินทางด้านวัฒนธรรม ร่วมกับการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติงานการพยาบาลตามมาตรฐานการบริการวิสัญญีเป็นการสร้างมาตรฐานคุณภาพทางการพยาบาล²⁴ เพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่องของความเชื่อ ค่านิยมสุขภาพของผู้ป่วย และนำมาวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลอย่างเป็นระบบตามมาตรฐานวิชาชีพ

จะช่วยตอบสนองความปัญหา ความต้องการและจัดการปัญหาด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ถึงแม้ว่าหน่วยงานวิสัญญีจะมีแนวทางการปฏิบัติ แนวทางการดูแลเกี่ยวกับการจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดแล้วก็ตาม แต่ในความหลากหลายทางความเชื่อและวัฒนธรรมของผู้ป่วยที่มารับบริการอาจเป็นปัญหาและอุปสรรคที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ สิ่งสำคัญอันดับแรกในการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพคือพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติที่บุคคลใช้ในการทำงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในวัฒนธรรมที่มีความหลากหลาย²⁵

ระยะก่อนให้บริการทางวิสัญญีที่หอบผู้ป่วยพยาบาลวิสัญญีตรวจเยี่ยมผู้ป่วยที่หอบผู้ป่วยล่วงหน้า 1 วัน (Elective case) การตรวจเยี่ยมพยาบาลวิสัญญีจะต้องสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและในการทำงานเพื่อให้การบริการกับผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม โดยให้ความสำคัญกับสังคัมวัฒนธรรมที่มีผลต่อผู้ป่วยและให้การพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพล คำนึงวิธีการที่จะตอบสนองนอกจากนี้ยังรวมถึงความสามารถหรือวิธีการปฏิบัติที่แสดงออกถึงการให้เกียรติและการยอมรับในความเชื่อลักษณะสัมพันธ์ภาพสัมพันธ์ภาพดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในกับการซักประวัติเบื้องต้นที่เกี่ยวกับอาการปวด และอาการโดยทั่วไป ยาที่ใช้รับฟังผู้ป่วยด้วยความสนใจทำความเข้าใจในความเป็นบุคคลซึ่งไม่เหมือนกับบุคคลอื่น ไม่ตัดสินผู้ใช้บริการแต่ต้องแสดงออกด้วยความเมตตากรุณา อ่อนน้อมเป็นกันเองและจะพยายามหาข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงที่ถูกต้องในการแปลความหมายพฤติกรรมหนึ่งในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่สำคัญก่อนเข้ารับบริการระงับความรู้สึกที่หอบผู้ป่วยได้แก่การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติโดยการอธิบายเครื่องมือที่ใช้ประเมินความปวด ปัญหาการประเมินพบว่าภาษาการสื่อสารที่ต่างกันในแต่ละวัฒนธรรมทำให้ความเข้าใจมีความผิดพลาด และประเภทของเครื่องมือที่มีความหลากหลายทำให้มีความลำบากในการ

เลือกใช้ ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะใช้ล่ามในการสื่อสาร ต่อจากนั้นตรวจวัดสัญญาณชีพและลงบันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มการตรวจเยี่ยมก่อนผ่าตัด

ระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการส่งต่อหรือย้ายมาจากห้องผ่าตัด พยาบาลวิสัญญีจะประเมินระดับความรู้สึกตัวเมื่อแรกเริ่ม ใช้เครื่องมือในการประเมินความปวดตามมาตรฐานและเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงการจัดการความปวดทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยาได้อย่างถูกต้องโดยปรับตามระดับความปวดโดยยึดหลักแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดขององค์การอนามัยโลกและมาตรฐานการพยาบาล การประเมินระดับความปวดพบว่าการอธิบายความปวดและการรับรู้ความปวดของผู้ป่วยจะมีความแตกต่างกันในแต่ละวัฒนธรรม เช่น บางกลุ่มมีความเชื่อทางศาสนาว่าความปวดที่เกิดขึ้นเป็นการทดสอบจากพระเจ้าจึงไม่แสดงความปวดให้เห็นชัดเจน บางกลุ่มผู้ป่วยพยายามจะบอกความปวดเป็นคำพูดในขณะที่พยาบาลวิสัญญีและผู้ป่วยพูดภาษาเดียวกันแต่คำจำกัดความที่ต่างกันของคำอาจจะซับซ้อนในการสื่อสาร ดังนั้นการใช้ภาษาหลักที่ต่างกันหากให้เข้าใจตรงกันเพื่อการประเมิน พยาบาลวิสัญญีควรใช้คำที่สั้น ๆ ธรรมดา ๆ พูดซ้ำ ๆ เพื่อให้ตรงกับความรู้สึกโดยไม่ต้องแปล ซึ่งหากเกินศักยภาพในการสื่อสารจำเป็นต้องผ่านล่าม การนำเครื่องมือเพื่อประเมินระดับความปวดถึงแม้ว่าจะมีความหลากหลายของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินแต่เครื่องมือส่วนใหญ่ถูกพัฒนาจากวัฒนธรรมตะวันตก และได้รับการแปลภาษาที่ต่างกันขึ้นอยู่ กับแต่ละวัฒนธรรมที่นำมาใช้ อย่างไรก็ตามการประเมินความปวดของผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เครื่องมือในการประเมินระดับความรุนแรงร่วมกับการบอกและการแสดงออกทางพฤติกรรม²⁶ การสรุปสภาพปัญหาสาเหตุจากการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล เพื่อค้นหาวานอกจากปัญหาความปวดจากพยาธิสภาพของโรคแล้ว ผู้ป่วยมีปัญหาอื่นที่น่าจะมีผลกระทบต่อความปวดที่ต้องการได้รับการแก้ไขอีกหรือไม่²⁷ โดยเฉพาะ

ความเชื่อทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยอาจเป็นปัญหาและความต้องการที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความปวด

การวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็นการสรุปปัญหาและสาเหตุ ได้จากการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลเพื่อค้นหาว่านอกจากปัญหาความปวดจากพยาธิสภาพแล้วผู้ป่วยมีปัญหาอื่น ๆ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจแล้วที่ที่น่าจะมีผลกระทบต่ออาการหรือควบคุมความปวดที่ต้องได้รับการแก้ไขหรือไม่ ข้อวินิจฉัยการแก้ปัญหาโดยที่พยาบาลวิสัญญีเองจะต้องมีความตระหนักและมีสติในตนเองอยู่ตลอดเวลา และควรมีความรู้เกี่ยวกับหลักคำสอนของแต่ละศาสนา เพราะไม่ว่าผู้ใช้บริการจะเป็นคนเชื้อชาติใด อยู่ในครอบครัว ลักษณะใด ย่อมมีความเชื่อในคำสอนของศาสนาต่างกัน และลักษณะของความเชื่อนั้นมีความสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย พยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับภาษาและการสื่อสารเพราะพยาบาลต้องสามารถพูดได้หลายภาษา สิ่งสำคัญและพยาบาลต้องใช้การสื่อสารที่ตรงกับภาษาของผู้รับบริการที่ใช้ในชีวิตประจำวัน จึงจะสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ กรรณิการ์ เรื่องเดช และคณะ²⁸ ที่ให้ข้อเสนอแนะว่าภาษาเป็นอุปสรรคที่สำคัญของการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพนำไปสู่ความไม่เข้าใจในภาษา รวมทั้งการแปลความที่แตกต่างกันหรือความเข้าใจในความหมายที่แตกต่างกัน ซึ่งก่อให้เกิดประสบการณ์ที่ไม่ดีและมีผลต่อความสามารถในการตัดสินใจด้านการรักษาร่วมกับผู้ให้บริการ ดังนั้น ผู้ให้บริการด้านสุขภาพจำเป็นต้องเข้าใจภาษาที่ผู้รับบริการใช้ หากจำเป็นก็ควรต้องใช้ล่ามในการสื่อสารหรือการปฏิบัติงาน

ส่วนการวางแผนการพยาบาลเป็นการวางแผนกิจกรรมในการแก้ปัญหา โดยเน้นบทบาทอิสระของพยาบาลในการนำความรู้และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลการนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติโดยคำนึงถึงความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละราย และการพยาบาลที่ได้รับต้องครอบคลุมทั้ง

ร่างกาย จิต อารมณ์ สังคม หลังผ่าตัดการใช้ยาเป็นตัวเลือกอันดับแรกของการรักษาความปวด บางครั้งอาจจะประสบปัญหาการบริหารความปวดโดยใช้ยาเนื่องจากบางวัฒนธรรมศรัทธาในพระเจ้าและวิถีทางของศาสนาเพราะฉะนั้นการรักษาไม่ใช่วิธีที่ใช้อย่างเดียวแต่เป็นคำสอนเพื่อน้อมนำให้จิตใจของคนๆ นั้นกลับมาอยู่ในวิถีทางที่ถูกต้องของศาสนา เมื่อคราวเจ็บป่วยก็ต้องรักษา กระบวนการรักษาก็เป็นเพียงหน้าที่ของมนุษย์ไม่ใช่ปล่อยให้ไปตามยถากรรม²⁹ การตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดโดยใช้ยาระงับปวดตามแผนการรักษาของแพทย์หรือตามแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวด พยาบาลวิสัญญีจะต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงความเชื่อโดยผ่านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งยอมรับในวัฒนธรรมที่แตกต่างรวมถึงคำแนะนำการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับความเชื่อและวิถีชีวิต ดังนั้นการบริหารจัดการโดยการนำยาระงับปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดประยุกต์ใช้ร่วมกับวัฒนธรรมความเชื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละในแต่ละรายด้วยความเสมอภาค ส่งผลให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดแต่ละรายที่มีวัฒนธรรมความเชื่อที่ต่างกันเข้าถึงการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ

ปัจจุบันผู้ป่วยที่มารับบริการหลังผ่าตัดโดยวิธีการระงับความรู้สึกมีความหลากหลายทางวัฒนธรรม วิสัญญีพยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์หนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการจัดการความปวดหลังผ่าตัด บทบาทของพยาบาลวิสัญญีไม่เพียงแต่เป็นการจัดการทางคลินิกเท่านั้นยังต้องใส่ใจกับมิติอื่น ๆ เช่นมิติทางด้านครอบครัวรวมถึงการประเมินทางด้านวัฒนธรรม ร่วมกับการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติงานการพยาบาลตามมาตรฐานการบริการ วิสัญญีเป็นการสร้างมาตรฐานคุณภาพทางการพยาบาล เพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่องของความเชื่อ ค่านิยมสุขภาพของผู้ป่วย และนำมาวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลอย่างเป็นระบบตามมาตรฐานวิชาชีพ จะช่วยตอบสนองความปัญหา ความต้องการและ

จัดการปัญหาด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพไทยต่อการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดตามความเชื่อทางวัฒนธรรม³⁰

1. สมรรถนะด้านความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการจัดการความปวด

1.1 การประเมินและบันทึกข้อมูลความปวดเบื้องต้น

1.2 อธิบายความยุ่งยากซับซ้อน ความหลากหลายมิติและธรรมชาติของความปวดที่เกิดขึ้นอย่างเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละราย อธิบายผลกระทบของความปวดที่มีต่อ

1.3 การประเมินและการวัดความปวด เกี่ยวข้องกับการกำหนดการประเมินและการสื่อสารความปวด การใช้เครื่องมือที่น่าเชื่อถือและมีความตรงในการประเมินความปวดและอาการ แสดงให้เห็นถึงการสื่อสารอย่างเอาใจใส่ และเห็นใจขณะประเมินความปวด

1.4 การจัดการความปวด เพื่อการตัดสินใจ การรักษาที่หลากหลาย การให้ความสำคัญกับญาติผู้ป่วย การบริหารความเสี่ยง ความยืดหยุ่นในการดูแล และการบำบัดรักษาความปวดบนพื้นฐานของความเข้าใจในสภาพทางคลินิกอย่างเหมาะสม ติดตามผลของวิธีการจัดการความปวด เพื่อนำมาใช้ปรับแผนการรักษาตามความจำเป็น

1.5 บริบทของการจัดการความปวด อธิบายวิธีการประเมินความปวด และความจำเป็นในการจัดการความปวดอย่างเฉพาะเจาะจงได้กับผู้ป่วยพิเศษกลุ่มต่าง ๆ

1.6 อธิบายประเด็นด้านวัฒนธรรมโดยทำความเข้าใจในขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม ศาสนา ครอบครัว และสังคมของผู้ป่วย

1.7 สามารถภาวะเปรียบที่มีอิทธิพลที่จะส่งผลกระทบต่อ การประเมินและการจัดการความปวด

2. สมรรถนะด้านทักษะเชิงพฤติกรรม

2.1 ควรมีทักษะการสร้างสัมพันธภาพ แสดงออกซึ่งความเข้าใจผู้ใช้บริการ โดยการรับฟัง

ผู้ป่วยด้วยความสนใจ ทำความเข้าใจในความเป็นบุคคลซึ่งไม่เหมือนกับบุคคลอื่น โดยทำความเข้าใจในขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม ศาสนา ครอบครัว และสังคมของผู้ใช้บริการ จะไม่ตัดสินผู้ใช้บริการแต่ต้องแสดงออกด้วยความเมตตากรุณา อบอุ่น เป็นกันเองและจะพยายามหาข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงที่ถูกต้องในการแปลความหมายพฤติกรรม และให้ข้อวินิจฉัยการแก้ปัญหาโดยที่พยาบาลเองจะต้องมีความตระหนักและมีสติในตนเองอยู่ตลอดเวลา

2.2 ควรมีทักษะการมองภาพองค์รวมการพยาบาลผู้ป่วยในพื้นที่ที่มีความเป็นพหุวัฒนธรรม นอกจากให้การพยาบาลด้านร่างกายและจิตใจแล้ว ยังต้องให้ความสำคัญกับจิตวิญญาณของผู้ใช้บริการเป็นไปในทางเดียวกัน

3. สมรรถนะด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล

3.1 ควรมีความรู้เกี่ยวกับหลักคำสอนของแต่ละศาสนา เพราะไม่ว่าผู้ใช้บริการจะเป็นคนเชื้อชาติใด อยู่ในครอบครัว ลักษณะใด ย่อมมีความเชื่อในคำสอนของศาสนาต่างกัน และลักษณะของความเชื่อนั้นมีความสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้งในยามปกติและเจ็บป่วยและพยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับภาษาและการสื่อสารเพราะพยาบาลต้องสามารถพูดได้หลายภาษา การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพนำไปสู่ความไม่เข้าใจในภาษา การแปลความที่แตกต่างกันหรือความเข้าใจในความหมายที่แตกต่างกัน ก่อให้เกิดประสบการณ์ที่ไม่ดีและมีผลต่อความสามารถในการตัดสินใจด้านการรักษาร่วมกับผู้ใช้บริการ ดังนั้นผู้ใช้บริการด้านสุขภาพจำเป็นต้องเข้าใจภาษาที่ผู้ใช้บริการใช้ หากจำเป็นก็ควรต้องใช้ล่ามในการสื่อสารหรือการปฏิบัติงาน

3.2 ควรมีคุณลักษณะในการเข้าใจข้อแตกต่างทางวัฒนธรรม การที่จะยอมรับผู้ป่วยได้นั้นพยาบาลวิชาชีพต้องเปิดใจและเข้าใจสถานการณ์ของผู้ป่วยไม่ด่วนตัดสินใด ๆ ต่อผู้ใช้บริการ การแสดงออกถึงการยอมรับแสดงได้โดยการที่พยาบาลรับฟังผู้ใช้บริการหรือมีปฏิริยาโต้ตอบกับผู้ใช้บริการโดยไม่ตัดสินว่าสิ่งที่ผู้ใช้บริการพูดหรือแสดงออกนั้นดีเลวถูก ผิด

อย่างไร แต่จะเปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการได้ให้ข้อมูล เหตุผลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และช่วยให้ผู้ใช้บริการมองเห็นการกระทำของตนเอง จะช่วยให้ผู้ใช้บริการจัดการต่อปัญหาของตนเองได้ พยาบาลวิสัญญีต้องมีการตัดสินใจและความมุ่งมั่นอดทน พร้อมที่จะเผชิญหน้ากับความยากลำบาก ต้องการอิสระในการดำเนินการและควบคุมทุก ๆ อย่างตามภารกิจ อดทน เมตตา กรุณา รับผิดชอบต่อหน้าที่ ซื่อสัตย์ต่อคนไข้ คิดบวก เพื่อเอาชนะความเครียด

3.3 พยาบาลควรมีพฤติกรรมใฝ่เรียนใฝ่รู้ พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ประเมินความสามารถในการปฏิบัติงานของตนเองได้ ใช้ความรู้ในการวางแผน การพยาบาลในเชิงวิชาชีพ เพื่อจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม

การให้บริการแก่ผู้ใช้บริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ความไม่เข้าใจกันก่อให้เกิดความคับข้องใจ เกิดความขัดแย้งขณะปฏิบัติการพยาบาลได้ พยาบาลจึงต้องมีคุณลักษณะดังกล่าวข้างต้นเพื่อเปิดใจยอมรับความแตกต่างหลากหลายของผู้ป่วย สามารถควบคุมตนเองไม่ให้เกิดการขัดแย้งหรือคับข้องใจขณะให้บริการ หมั่นศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมเพื่อพัฒนาตนเองให้มีความรู้ที่กว้างและหลากหลาย สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

การบริการพยาบาลวิสัญญีเป็นการบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มารับบริการทางวิสัญญี โดยให้การดูแลตั้งแต่ระยะก่อนให้บริการทางวิสัญญี ระยะให้บริการทางวิสัญญี และระยะหลังให้บริการทางวิสัญญี การจัดการความปวดหลังผ่าตัดเป็นหนึ่งในมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลในระยะหลังให้บริการทางวิสัญญี ปัจจุบันผู้ป่วยที่มารับบริการดังกล่าวจะมีความแตกต่างหลากหลายทางวัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีชีวิตความเป็นอยู่ การพยาบาลไม่เพียงแต่จะเน้นทางด้านร่างกายเท่านั้นแต่ต้องประเมินความต้องการความเชื่อทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้นสมรรถนะพยาบาลวิสัญญีในการให้พยาบาลแก่ผู้ป่วยตามความเชื่อทางวัฒนธรรม จำแนกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้ ประกอบด้วยด้านความรู้เกี่ยวกับมานุษยวิทยา สุขภาพ หลักคำสอนของแต่ละศาสนา ภาษาและการสื่อสาร 2) ด้านทักษะ ประกอบด้วย ทักษะการสร้างสัมพันธภาพและการมองภาพองค์รวม และ 3) ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย การเข้าใจข้อแตกต่างทางวัฒนธรรม การควบคุมตนเอง การคิดบวก และการใฝ่เรียนรู้ ส่งผลให้อาการทุเลาและหายจากความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากแผลผ่าตัด และพึงพอใจกับคุณภาพในการบำบัดรักษาที่ผสมผสานความเชื่อของผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันในแต่ละราย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2560 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
2. Leininger, M. Cultural care diversity and universality: Theory of nursing. London: Jones and Bartlett; 2001.
3. สมบูรณ์ เกาส่อง. เหยี่ยวอาศัยแนววิถีพุทธ [ออนไลน์]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 2562/1/29]. เข้าถึงได้จาก www.med.cmu.ac.th/hospital/nsurge/2012/2102-11-14-07-44.../16-buddha.html
4. สุรัชย์ ปัญญาฤทธิ์พงศ์. การดูแลคนไข้ด้วยหัวใจวิถีพุทธ. หมอชาวบ้าน [ออนไลน์]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 2562/1/29]. เข้าถึงได้จาก <https://www.doctor.or.th/article/detail/11032>.

5. เปรมทิพย์ ชลิตาพงษ์. Cultural diversity in pain experience: Thai culture across the country Southern patients with Orofacial Pain. ใน ชัชชัย ปรีชาวัย, อนงค์ ประสานนันทกิจ และวงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร (บรรณาธิการ). มิติความหลากหลายทางวัฒนธรรมในการจัดการกับความปวด. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2553.
6. Ward K. Why the Bible is the world's bestselling book? Hamilton; Miki Garcia; 2003.
7. พัทนี สมกำลัง. ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้นำทางการพยาบาล ฟลอเรนซ์ในดิงเกล: การตีความหมายชีวประวัติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
8. Maddox, M. Spiritual assessments in primary care. The Nurse Practitioner. 2002; 27(2), 12-3.
9. Watson, J. (2008). Nursing: the philosophy and science of caring. Boulder, Colorado: University Press of Colorado.
10. พัทนี สมกำลัง และเพ็ญศิริ ดำรงภคภากร. การใช้หลักการคัมภีร์ศาสนาเพื่อการดูแลจิตวิญญาณตามบริบทสังคมวัฒนธรรมตะวันตก. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2554; 34(4), 93-101.
11. ยูซูฟ นิมะ และสุภัทร ฮาวรรณกิจ (บรรณาธิการ). การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2551.
12. อารี ชิวเกษมสุข. การพยาบาลผู้ใช้บริการเงิน [ออนไลน์]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 2562/1/29]. เข้าถึงได้จาก <http://www.stou.ac.th/tcna/file/6-TCNA%20.pdf>.
13. พัทนา (เอ็งบริบูรณ์พงศ์) ใจดี, กุหลาบ รัตนสังธรรม และศิริพร จันทร์ฉาย. การแพทย์แผนจีนกับการสาธารณสุขไทย. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 2551; 8(2); 112-118.
14. พงศกร เบญจจันทร์. การรักษาแผนโบราณของพม่า [ออนไลน์]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2562/1/18]. เข้าถึงได้จาก <https://www.gotoknow.org/post/15561>.
15. International Association for the Study of Pain. Gate-control-theory. [Online]. 2016 [reserved 2019/4/1]. Available from: <http://www.gotoknow.org/post/15561>.
16. Carr, D. B. & Goudas, L. Acute pain. The Lancet; 1999. 2051–2058.
17. Evans, M.L., & Hansen B.D. A clinical guide to pediatric nursing (2nd Eds.). New York: Appleton-Century Crofts; 1985.
18. International Association for the Study of Pain. Gate-control-theory. [Online]. 2016 [reserved 2019/4/1]. Available from: <http://www.gotoknow.org/post/15561>.
19. ศรีัญญา จุฬาริ. อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน การจัดการทางการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2560; 35(4): 194-203.
20. ดวงชีวัน ชูฤกษ์. ตำราวิสัญญีพยาบาลพื้นฐาน และแนวทางปฏิบัติ. ใน มานี รักษาเกียรติศักดิ์, จริญญา เลิศอรธมยมณี, เบญจรัตน์ หยกอุบล, อรณี สวัสดิ์-ชูโต และปาริชาติ อภิเดชากุล (บรรณาธิการ). การดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น. (พิมพ์ครั้งที่ 2), กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ. ลิฟวิ่ง จำกัด; 2559.

21. นุสรุา ประเสริฐศรี และยุพภรณ์ ตีรไพรวงศ์. การจัดการความปวด: ความหลากหลายวัฒนธรรม. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2556; 6(2), 2-10.
22. นิ่มนวล มั่นตราภรณ์. การพยาบาลขั้นสูง สาขาการให้ยาระงับความรู้สึก : การก้าวสู่ APN ของ วิทยาลัยพยาบาลแห่งประเทศไทย [ออนไลน์]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 2563/5/5]. เข้าถึงได้จาก [http://www.nurseanesth.org/data/original_PeeNimnual%20History Of Nurse Anes.pdf](http://www.nurseanesth.org/data/original_PeeNimnual%20History%20Of%20Nurse%20Anes.pdf).
23. อรุโณทัย ศิริอัสวกุล. การดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น. ในอรลักษณ์ รอดอนันต์, วรีณี เล็กประเสริฐ และฐิติกัญญา ดวงรัตน์ (บรรณาธิการ). ตำราฟื้นฟูปฐมพยาบาล ราชวิทยาลัยแพทย์แห่งประเทศไทย. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ธนาเพลส; 2555.
24. อรพันธ์ หาญยุทธ. กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้. วารสารพยาบาลทหารบก. 2557; 15(3): 137-143.
25. ปราณีต ส่องวัฒนา. การวิจัยทางการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม: แนวคิดและประเด็นวิจัย. วารสาร สภาการพยาบาล. 2557;29(4), 5-21.
26. นุสรุา ประเสริฐศรี และยุพภรณ์ ตีรไพรวงศ์. การจัดการความปวด: ความหลากหลายวัฒนธรรม. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2556; 6(2), 2-10.
27. กุศลศรี ต่อเลิศ. การจัดการความปวด: บทบาทวิทยาลัยพยาบาล. จุฬาลงกรณ์เวชวารสาร. 2557; 51(11), 461-469.
28. กรรณิกา (เรืองเดช) ชาวสวนศรีเจริญ, ไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ และปัจฉิมย์ คำทิพย์. สมรรถนะ พยาบาลชุมชนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของพื้นที่ สามจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2559; 26(3), 52-65.
29. ยูชูฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: (สุวรรณ)ภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2551.
30. ชลลดา ตียะวิสุทธิ์ศรี ภาณุวัฒน์ ภัคดีวงศ์ และชมนาด วรรณพรศิริ. การพยาบาลพหุวัฒนธรรม: สมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลไทยในอนาคต. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2559; 10(1), 8-15.

การพัฒนากรอบสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ Development of a Competency Framework for Head Nurses, McCormick Hospital, Chiang Mai Province

กิตติศักดิ์ จันทรสะอาด พย.ม* Kittisak Jansa-ard M.N.S.*
บุญพิชชา จิตต์ภักดี พย.ด.** Bunpitcha Chitpakdee Ph.D. **
ทริยาพรรณ สุภามณี พย.ด.** Treeyaphan Supamaneeh Ph.D. **

Corresponding Authors: Email: kkjj2518@gmail.com
Received: 4 Apr 2020, Revised: 13 May 2020, Accepted: 7 Jun 2020

บทคัดย่อ

สมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายขององค์กรพยาบาลและโรงพยาบาล การศึกษาเชิงพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากรอบสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ โดยประยุกต์แนวคิดการพัฒนากรอบสมรรถนะของ มาเรียลลี ทอนโดรา และฮอจ (Marrelli, Tondora, & Hoge, 2005) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ หัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 7 คน และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ และแบบบันทึกข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม เก็บข้อมูลโดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และการหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของพฤติกรรมบ่งชี้สมรรถนะรายชื่อ

ผลการศึกษาพบว่า กรอบสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลแมคคอร์มิค ประกอบด้วย สมรรถนะ 11 ด้าน และพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ 86 ข้อ ดังนี้

- 1) สมรรถนะด้านการบริหารจัดการบุคลากร
- 2) สมรรถนะด้านการบริหารจัดการงบประมาณ
- 3) สมรรถนะด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงของหน่วยงาน
- 4) สมรรถนะด้านการบริหารจัดการความคุ้มค่าคุ้มทุน
- 5) สมรรถนะด้านการมี Spirit of the Second Mile (น้ำใจไมล์ที่สอง)
- 6) สมรรถนะด้านคุณภาพการพยาบาล
- 7) สมรรถนะด้านพฤติกรรมบริการ
- 8) สมรรถนะด้านหลักฐานเชิงประจักษ์งานวิจัย และนวัตกรรม
- 9) สมรรถนะด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ
- 10) สมรรถนะด้านจริยธรรมจรรยาบรรณ และกฎหมายวิชาชีพ และ 11) สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ

ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำกรอบสมรรถนะนี้ไปใช้วางแผนพัฒนาสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วย และเตรียมพยาบาลที่จะเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย นอกจากนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถใช้กรอบแนวคิดนี้เป็นแนวทางในการพัฒนาตนเองเพื่อให้มีคุณสมบัติเหมาะสมกับหน้าที่ต่อไป

คำสำคัญ: กรอบสมรรถนะ หัวหน้าหอผู้ป่วย

* พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่
* Nurse Practitioner, McCormick Hospital, Chiang Mai Province
** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Email: bunpitcha.c@cmu.ac.th Email: treeyaster@gmail.com
** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Abstract

Competencies of the head nurses are important for achieving the goals of nursing organizations and hospitals. The objectives of this study were to develop the competency framework of head nurses at McCormick Hospital in Chiang Mai Province based on the competency framework development of Marrelli, Tondora, & Hoge, (2005). The sample of this study consisted of seven head nurses of McCormick Hospital and five experts. The convenient sample were used to recruit a sample. The instrument used in the study was an interview guidelines and a literature reviews recording form. Data was collected by reviewing the relevant literature and interviewing head nurses. The data were analyzed using content analysis and calculation of content validity index. The results of this study revealed that the competency framework of head nurses of McCormick Hospital consisted of 11 categories and 86 behavioral indicators which were: 1) personnel management competency 2) budget management competency 3) unit risk management competency 4) worthwhileness management competency 5) Spirit of the Second Mile competency 6) nursing quality competency 7) service behavior competency 8) evidence-based research and innovation competency 9) information and technology competency 10) ethical, moral, and professional law competency and 11) leadership competency.

As a result, nursing administrators should apply this competency framework in planning for head nurse competency development and preparing nurses who are going to be promoted to be head nurses. In addition, head nurses can use this framework as a guideline for self-development in order to meet their job requirements.

Keywords: Competency framework, Head nurses

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หัวหน้าหอผู้ป่วย คือ ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น มีหน้าที่รับผิดชอบการบริหารการพยาบาลในหอผู้ป่วย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของกลุ่มการพยาบาลและโรงพยาบาล โดยนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติ และจัดระบบบริการพยาบาลในหอผู้ป่วยให้มีความคล่องตัวและมีประสิทธิภาพ¹ ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะหลายด้าน

สมรรถนะ (Competency) หมายถึง ความสามารถของบุคคลได้แก่ ความรู้ ทักษะ หรือลักษณะเฉพาะของบุคคลที่มีความจำเป็นในการปฏิบัติงานให้เกิดประสิทธิภาพ และสามารถวัดความ สามารถนั้น

ได้² สมรรถนะมีความสำคัญต่อการบริหารทรัพยากรบุคคล โดยผู้บริหารสามารถนำสมรรถนะมาเป็นแนวทางในการสรรหา คัดเลือก ประเมินผลการปฏิบัติงาน วางแผนสืบทอดตำแหน่ง รวมถึงการพัฒนาความก้าวหน้าในสายอาชีพ ส่งผลให้องค์กรมีศักยภาพการแข่งขันที่มากขึ้น³ ซึ่งสมรรถนะจะต้องมีความเฉพาะเจาะจงกับลักษณะขององค์กรและหน่วยงาน ดังนั้นการกำหนดสมรรถนะต้องคำนึงถึงแนวคิดพื้นฐานและบริบทขององค์กร เนื่องจากความแตกต่างในบริบทของแต่ละองค์กรจึงต้องมีการกำหนดสมรรถนะที่มีความเฉพาะของแต่ละองค์กร โดยเริ่มจากการสร้างรายการสมรรถนะเฉพาะ กำหนดพฤติกรรมบ่งชี้ความ

สามารถ และกำหนดเป็นกรอบสมรรถนะของงาน⁴

กรอบสมรรถนะ หมายถึง ชุดรายการสมรรถนะที่มีความจำเป็นในการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดประสิทธิผลและมีความเฉพาะเจาะจงในองค์กร² การพัฒนารอบสมรรถนะมีหลายวิธีขึ้นอยู่กับบริบทขององค์กร มาเรลลีและคณะได้เสนอแนวคิดการพัฒนารอบสมรรถนะ 7 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การกำหนดวัตถุประสงค์ (Defining the objectives) 2) แสวงหาความช่วยเหลือจากผู้สนับสนุน (Obtain the support of a sponsor) 3) พัฒนาและนำแผนการสื่อสารและแผนการให้ความรู้สู่การปฏิบัติ (Develop and implement a communication and education plan) 4) วางแผนระเบียบวิธี (Plan the methodology) 5) ระบุสมรรถนะและการกำหนดกรอบสมรรถนะ (Identify the competencies and create the competency model) 6) นำกรอบสมรรถนะไปประยุกต์ใช้ (Apply the competency model) และ 7) การประเมินผลปรับปรุงให้ทันสมัย (Evaluate and update the competency model)² ซึ่งในประเทศไทยมีการนำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารอบสมรรถนะของหน่วยงานต่าง ๆ ในหลายโรงพยาบาล เช่น การพัฒนารอบสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลลำพูน⁵ การพัฒนารอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์⁶ เป็นต้น ผลการศึกษาพบว่าได้กรอบสมรรถนะที่ตรงกับบริบทของโรงพยาบาล แสดงว่าแนวทางพัฒนาดังกล่าวเหมาะสมกับบริบททางการพยาบาล

โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ 400 เตียง สังกัดมูลนิธิสภาคริสตจักรแห่งประเทศไทย มีวิสัยทัศน์ คือ เป็นโรงพยาบาลแห่งการเยียวยารักษาด้วยหัวใจมุ่งมั่นดูแลแบบครอบครัวแมคคอร์มิคอย่างมีคุณภาพและมาตรฐาน โดยกำหนดเข็มมุ่ง ในปี 2019-2020 คือ บริการฉับไว ความปลอดภัยเป็นเลิศ และมีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ให้แต่ละหน่วยงานได้ปฏิบัติซึ่งฝ่ายการพยาบาลได้นำมาเป็นเป้าหมายในการ

บริหารงาน⁷

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลแมคคอร์มิค มีหัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 30 คน ควบคุมดูแลหอผู้ป่วยจำนวน 30 หอผู้ป่วย มีนโยบายที่มุ่งเน้นให้หัวหน้าหอผู้ป่วยบริหารจัดการภายในหอผู้ป่วยของตนตามนโยบายแผนยุทธศาสตร์และเข็มมุ่งของโรงพยาบาล ซึ่งที่ผ่านมาหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลแมคคอร์มิคปฏิบัติงานตามแบบพรรณนาลักษณะงาน⁸ แต่ยังไม่มีการกำหนดสมรรถนะตามหน้าที่ (Functional competency) ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ทำให้การตอบสนองต่อลักษณะงานที่ปฏิบัติ วิสัยทัศน์ และยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลไม่ครอบคลุม ในด้านการประเมินผลการปฏิบัติงานได้รับการประเมินจากฝ่ายพัฒนาบุคลากรตามสมรรถนะหลักและสมรรถนะของผู้บริหารซึ่งใช้แบบประเมินเดียวกันกับหัวหน้าทุกหน่วยงานของโรงพยาบาล ซึ่งทำให้แนวทางการพัฒนาที่มาจากผลการประเมินไม่ตรงกับความต้องการในการพัฒนาของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในด้านการสรรหาหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่ตำแหน่งนั้นได้คัดเลือกจากพยาบาลตามลำดับความอาวุโสที่ผ่านการพิจารณาจากฝ่ายการพยาบาล และใช้ระบบพี่เลี้ยงในการศึกษาเรียนรู้งาน ภายหลังที่เข้ารับตำแหน่งจะได้เข้ารับการอบรมเฉพาะทางการบริหารทางการพยาบาล พบว่าการสอนงานด้านการบริหารงานหอผู้ป่วยให้แก่พยาบาลที่จะเตรียมเข้าสู่ตำแหน่งยังไม่ครอบคลุมกับบทบาทหน้าที่ ประกอบกับข้อจำกัดในด้านงบประมาณทำให้ต้องรอเข้ารับการอบรมเฉพาะทางการบริหารทางการพยาบาล ส่งผลให้มีหัวหน้าหอผู้ป่วยที่เข้ารับตำแหน่งใหม่บางรายขอลาออกจากตำแหน่ง เนื่องจากเกิดความกดดันที่ไม่สามารถบริหารหน่วยงานให้ตอบสนองต่อนโยบายได้

ผู้ศึกษาได้เล็งเห็นถึงความสำคัญดังกล่าวมาข้างต้น จึงได้พัฒนารอบสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลแมคคอร์มิคที่มีความเหมาะสมครอบคลุมกับบริบทการทำงาน และเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสรรหา และพัฒนาสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยให้เป็นไปตามสมรรถนะที่กำหนด จึง

ได้ทำการศึกษาซึ่งจะส่งผลให้หัวหน้าหอผู้ป่วยพัฒนาองค์การพยาบาลของโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนารอบสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลแมคคอร์มิค

คำถามการศึกษา

รอบสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลแมคคอร์มิค ประกอบด้วยอะไรบ้าง

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระในครั้งนี้เป็นการพัฒนารอบสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลแมคคอร์มิค โดยประยุกต์กระบวนการพัฒนารอบสมรรถนะของมาเรียลลิทอนโตรา และฮอร์ดัจ 2.5 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การกำหนดวัตถุประสงค์ 2) แสวงหาความช่วยเหลือจากผู้สนับสนุน 3) พัฒนาและนำแผนการสื่อสารและแผนการให้ความรู้สู่การปฏิบัติ 4) วางแผนระเบียบวิธี 5) ระบุสมรรถนะและการกำหนดกรอบสมรรถนะ 6) นำกรอบสมรรถนะไปประยุกต์ใช้ และ 7) การประเมินผลปรับปรุงให้ทันสมัย ในขั้นตอนที่ 6) และ 7) ไม่ได้นำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิด เนื่องจากงานวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะการพัฒนารอบสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยเท่านั้น

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา เพื่อพัฒนารอบสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลแมคคอร์มิค ให้สอดคล้องกับบริบทและครอบคลุมลักษณะการปฏิบัติงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลแมคคอร์มิค โดยเข้าพบและขอความร่วมมือจากคณะผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลแมคคอร์มิค ก่อนเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ 1) หัวหน้าหอผู้ป่วยผู้เชี่ยวชาญที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งไม่ต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 15 คน 2) ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประกอบด้วยผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลแมคคอร์มิค ได้แก่ ผู้ช่วยผู้อำนวยการสายการพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในตำแหน่งตั้งแต่ 3 ปี ขึ้นไป และผู้ตรวจการพยาบาล รวมถึงอาจารย์สาขาการบริหารการพยาบาลระดับการศึกษาปริญญาเอก ที่มีประสบการณ์การนิเทศนักศึกษาในโรงพยาบาลแมคคอร์มิค ตำแหน่งละ 1 คน ทำหน้าที่ตรวจสอบและประเมินรอบสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลแมคคอร์มิค

กลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์เลือกแบบเจาะจง โดยเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งไม่ต่ำกว่า 5 ปี และมีความอาวุโสสูงสุดที่ยังปฏิบัติงานอยู่ในตำแหน่งระหว่างการเก็บข้อมูล จำนวน 7 คน จาก 7 กลุ่มงานๆ ละ 1 คน ประกอบด้วยหัวหน้าหอผู้ป่วยกลุ่มงานสูตินรีเวช กลุ่มงานทารกแรกคลอด กลุ่มงานศัลยกรรม กลุ่มงานอายุรกรรม กลุ่มงานกุมารเวชกรรม กลุ่มงานผู้ป่วยนอก และหัวหน้าหอผู้ป่วยกลุ่มงานผู้ป่วยหนัก

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม และ 2) แบบสัมภาษณ์สำหรับสัมภาษณ์กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ลักษณะของแบบสัมภาษณ์ เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 12 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบไปด้วยอาจารย์จากคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาบริหารการพยาบาล 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเป็นปรนัย (Objectivity) แล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้สัมภาษณ์

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ ตามเอกสารเลขที่ 065/2019 และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการศึกษาจากผู้บริหารโรงพยาบาลแมคคอร์มิค นอกจากนี้ผู้ทำการศึกษาได้ติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างโดยตรงและแจ้งให้ทราบสิทธิในการเข้าร่วมการศึกษา โดยไม่มีการบังคับ ไม่มีผลกับการปฏิบัติงาน และยืนยันที่จะเก็บรักษาความลับของข้อมูลทั้งหมดโดยข้อมูลจะถูกทำลายทิ้งทั้งหมดหลังสิ้นสุดการศึกษา และเสนอผลของการศึกษาในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยจากตำราวารสารทั้งต่างประเทศและในประเทศและบันทึกลงแบบบันทึกข้อมูล นำมารวมกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์หัวหน้าหอผู้ป่วย โดยการบูรณาการและประมวลผลข้อมูลให้เป็นหนึ่งเดียวกันด้วยวิธีการจัดเป็นกลุ่ม ข้อมูลพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถที่มีความหมายเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมารวมไว้เป็นข้อเดียวกัน ส่วนรายการที่มีความแตกต่างกันจำแนกออกเป็นรายชื่อ และจัดทำเป็นร่างกรอบสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ แล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ให้ข้อเสนอแนะร่างกรอบสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วย หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงเป็นกรอบสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลแมคคอร์มิค

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มหัวหน้าหอผู้ป่วยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 7 คน นำมาวิเคราะห์โดยใช้วิธีการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. กรอบสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ (ฉบับร่าง) หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบนำมาหาค่าความตรง

ตามเนื้อหาของพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถรายข้อ (I-CVI) โดยยอมรับพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถเป็นรายข้อเท่ากับ 0.8-1.0 และตัดข้อที่มีค่า I-CVI ต่ำกว่า 0.8 ออก สรุปได้เป็นกรอบสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่

ผลการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นเพศหญิง ระดับการศึกษาปริญญาตรี มีอายุเฉลี่ย 51.14 ปี (SD = 7.77) มีระยะเวลาในการเป็นพยาบาลวิชาชีพเฉลี่ย 29 ปี (SD = 8.30) มีระยะเวลาการดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยเฉลี่ย 9.14 ปี (SD = 3.43) ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยระหว่าง 5-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 85.72 และได้รับการอบรมเพิ่มเติมด้านการบริหารการพยาบาล ร้อยละ 28.57

2. กรอบสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วยสมรรถนะจำนวน 11 ด้าน และพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถจำนวน 86 ข้อ ประกอบด้วย 1) สมรรถนะด้านการบริหารจัดการบุคลากร ประกอบด้วย 15 พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ เช่น กำกับ ดูแล ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น 2) สมรรถนะด้านการบริหารจัดการงบประมาณ ประกอบด้วย 4 พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ เช่น วิเคราะห์ความต้องการของหน่วยงาน บุคลากร ผู้รับบริการ รวมถึงนโยบายของโรงพยาบาล เพื่อนำมาจัดทำแผนงบประมาณประจำปีให้มีความสอดคล้องครอบคลุม โดยยึดถือความปลอดภัยของผู้รับบริการเป็นสำคัญ เป็นต้น 3) สมรรถนะด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงของหน่วยงาน ประกอบด้วย 6 พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ เช่น จัดให้มีระบบการค้นหา วิเคราะห์ และทำบัญชีความเสี่ยงทั้งความเสี่ยงทั่วไป (Non-clinical risk) และความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical risk) ได้อย่างครอบคลุม สอดคล้องกับกลุ่มโรคสำคัญของหน่วยงาน และนโยบายความเสี่ยงของโรงพยาบาล เป็นต้น 4) สมรรถนะด้านการบริหารจัดการความคุ้มค่าคุ้มทุน

ประกอบด้วย 5 พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ เช่น ควบคุม กำกับ ติดตาม ให้มีการเบิกและใช้วัสดุ อุปกรณ์ ตามความจำเป็น และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการแต่ละรายและเหมาะสมกับประเภทของการใช้งาน เป็นต้น 5) สมรรถนะด้านการมี Spirit of the Second Mile ประกอบด้วย 3 พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ เช่น กำหนดนโยบาย ส่งเสริม สนับสนุน และปลูกฝังให้บุคลากรในหน่วยงานมี Spirit of the Second Mile เป็นต้น 6) สมรรถนะด้านคุณภาพการพยาบาล ประกอบด้วย 14 พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ เช่น พัฒนาการบริการพยาบาลในหน่วยงานให้มีคุณภาพได้อย่างสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล เป็นต้น 7) สมรรถนะด้านพฤติกรรมบริการ ประกอบด้วย 4 พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ เช่น นำหลักการต่าง ๆ มาจัดทำนโยบายของหน่วยงานเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมบริการที่ดีในหน่วยงาน เป็นต้น 8) สมรรถนะด้านหลักฐานเชิงประจักษ์ งานวิจัย และนวัตกรรม ประกอบด้วย 6 พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ เช่น นำหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัย และนวัตกรรม มาประยุกต์ใช้ในการบริหารงานพร้อมทั้งติดตาม สรุป ประเมินผล และนำเสนอต่อฝ่ายการพยาบาล เป็นต้น 9) สมรรถนะด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ประกอบด้วย 7 พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ เช่น สืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตและนำมาวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือ ก่อนนำมาใช้สนับสนุนการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม เป็นต้น 10) สมรรถนะด้านจริยธรรมจรรยาบรรณ และกฎหมายวิชาชีพ ประกอบด้วย 8 พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ เช่น ส่งเสริมให้บุคลากรได้มีความรู้ และเข้าใจถึงจริยธรรมจรรยาบรรณวิชาชีพ สิทธิของผู้รับบริการที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน เป็นต้น 11) สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ ประกอบด้วย 14 พฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ เช่น รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา นำมาส่งเสริมแนวทางแก้ไขปัญหาในหอผู้ป่วย/หน่วยงานที่รับผิดชอบอย่างเป็นระบบ เป็นต้น

การอภิปรายผล

จากการศึกษาพบ สมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ ดังนี้

สมรรถนะด้านการบริหารจัดการบุคลากร จากการศึกษาพบว่า สมรรถนะด้านการบริหารจัดการบุคลากร เป็นสมรรถนะที่หัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลแมคคอร์มิค จำเป็นต้องมี สอดคล้องกับองค์กรวิชาชีพในประเทศ¹⁰ และองค์กรจากต่างประเทศ¹¹ ได้กำหนดสมรรถนะด้านการจัดการทรัพยากรบุคคลของหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นหนึ่งในสมรรถนะจากหลายด้านนั้น และข้อสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลลำพูน⁵ เนื่องจากหัวหน้าหอผู้ป่วยมีบทบาทในการจัดสรร พัฒนา และกำหนดการมอบหมายงานแก่บุคลากร¹²⁻¹³ ต้องบังคับบัญชา ตรวจสอบ ควบคุมการปฏิบัติงานของบุคลากรทุกระดับให้ปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ¹ นอกจากนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยยังมีส่วนร่วมในการวางแผนด้านอัตรากำลังและการตัดสินใจรับเข้าทำงาน และยังต้องการพัฒนาโปรแกรมการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรอีกด้วย¹¹ อีกทั้งต้องมีความสามารถบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล¹⁰ จะส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพ คุณภาพในการให้การพยาบาลที่ตอบสนองต่อวัตถุประสงค์ของฝ่ายการพยาบาล และตอบสนองต่อแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลแมคคอร์มิค ในข้อที่ 4 คือ พัฒนสมรรถนะบุคลากรเพื่อความเป็นเลิศทางการแพทย์ และสร้างแรงจูงใจที่ดีมีประสิทธิภาพ⁷

สมรรถนะด้านการบริหารจัดการงบประมาณ จากการศึกษาพบว่า สมรรถนะด้านการบริหารจัดการงบประมาณ เป็นสมรรถนะที่หัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลแมคคอร์มิค จำเป็นต้องมี เนื่องจากหัวหน้าหอผู้ป่วยมีบทบาทในการพัฒนาหน่วยงานและบุคลากรให้มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ¹ และโรงพยาบาลจำเป็นต้องใช้งบประมาณในการดำเนินการ โดยทุกปีงบประมาณนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องจัดทำแผน

งบประมาณให้สอดคล้องกับแผนการพัฒนาหน่วยงาน เพื่อให้มีงบประมาณที่เพียงพอและครอบคลุมในการพัฒนาหน่วยงานและบุคลากร⁸ ซึ่งมีความแตกต่างกับผลการวิจัยอื่นที่จะระบุเป็นสมรรถนะด้านธุรกิจและการตลาด^{5,11,14,15} จึงถือได้ว่าสมรรถนะการบริหารจัดการงบประมาณเป็นสมรรถนะเฉพาะของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลแมคคอร์มิค

สมรรถนะด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงของหน่วยงาน จากการศึกษาพบว่า สมรรถนะด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงของหน่วยงาน เป็นสมรรถนะที่หัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ จำเป็นต้องมีสอดคล้องกับข้อสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสุพรรณบุรี¹⁵ และสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง สังกัดกรุงเทพมหานคร¹⁴ เนื่องจากโรงพยาบาลแมคคอร์มิค มีการดำเนินการเพื่อรับการประกันคุณภาพโรงพยาบาลและได้ผ่านการรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ตลอดจนได้มีการกำหนดนโยบายเป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วยสากล (International patient safety goals: IPSG) เพื่อสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและผู้รับบริการเจ้าหน้าที่และผู้ที่มาเยือน⁷ หัวหน้าหอผู้ป่วยนอกจากเป็นผู้นำนโยบาย IPSG ลงสู่การปฏิบัติ ยังต้องมีการบริหารจัดการความเสี่ยงในหน่วยงานให้ครอบคลุมและมีประสิทธิผล

สมรรถนะด้านการบริหารจัดการความคุ้มค่า จากการศึกษาพบว่า สมรรถนะด้านการบริหารจัดการความคุ้มค่าคุ้มทุน เป็นสมรรถนะที่หัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ จำเป็นต้องมี ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลแมคคอร์มิค เป็นโรงพยาบาลในเครือมูลนิธิของสภาคริสตจักรแห่งประเทศไทย ที่ดำเนินการโดยไม่มุ่งหวังผลกำไรเป็นหลักแต่ก็ต้องดำเนินงานเพื่อให้โรงพยาบาลอยู่รอดและประหยัด ตามแผนยุทธศาสตร์ ข้อที่ 1 คือ พัฒนาระบบบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ เพิ่มรายได้ลดรายจ่าย⁷ เนื่องจากหัวหน้าหอผู้ป่วยมีบทบาทบริหารทรัพยากรให้เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุนและเกิด

คุณภาพในการปฏิบัติงานตามแนวทางหรือนโยบายขององค์กร¹²⁻¹³

สมรรถนะด้านการมี Spirit of the Second Mile จากการศึกษาพบว่า สมรรถนะด้านการมี Spirit of the Second Mile เป็นสมรรถนะที่หัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ จำเป็นต้องมี เนื่องจากหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ ต้องบริหารจัดการการดูแลรักษาผู้ป่วยในหน่วยงานให้สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล คือ ให้การดูแลรักษาผ่านการเผยแพร่พันธกิจของพระเจ้า ด้วยความเป็นครอบครัวแมคคอร์มิค (McCormick family)⁷ โดยยึดหลักคำสอน Spirit of the Second Mile มาเป็นแนวทางในการดำเนินงานตามนโยบายของฝ่ายการพยาบาล ซึ่งยังไม่พบในการกำหนดสมรรถนะ Spirit of the Second Mile จากการศึกษาอื่น จึงถือได้ว่าสมรรถนะการมี Spirit of the Second Mile เป็นสมรรถนะเฉพาะของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่

สมรรถนะด้านคุณภาพการพยาบาล จากการศึกษาพบว่า สมรรถนะด้านคุณภาพการพยาบาล เป็นสมรรถนะที่หัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ จำเป็นต้องมี สอดคล้องกับข้อสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลลำพูน⁵ เนื่องจากหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องวางแผนการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในหน่วยงานด้วยการบูรณาการแผนงานและโครงการให้สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กรพยาบาล¹ อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการได้ทันต่อสถานการณ์¹⁰ และเพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล ข้อที่ 2 และข้อที่ 3 คือ ให้บริการด้านสุขภาพที่ได้มาตรฐานเพิ่มประสิทธิภาพความสะดวกรวดเร็วในระบบบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน⁷

สมรรถนะด้านพฤติกรรมบริการ จากการศึกษาพบว่า สมรรถนะด้านพฤติกรรมบริการ เป็นสมรรถนะที่หัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัด

เชียงใหม่ จำเป็นต้องมี สอดคล้องกับข้อสมรรถนะของ
พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
ในจังหวัดสุพรรณบุรี¹⁵ เนื่องจากหัวหน้าหอผู้ป่วยต้อง
รับผิดชอบบริหารงานในหอผู้ป่วยให้บรรลุเป้าหมาย
ตามวัตถุประสงค์ของกลุ่มการพยาบาลและโรง
พยาบาล¹ ซึ่งตอบสนองยุทธศาสตร์ ในข้อที่ 2 คือ การ
สร้างความประทับใจให้แก่ผู้รับบริการ โดยหัวหน้าหอ
ผู้ป่วยต้องดูแลให้บุคลากรมีจิตสำนึกในการให้บริการ
มีความเข้าใจความคาดหวังของผู้รับบริการ (ทั้งภายใน
และภายนอก) และแสดงกิริยา น้ำเสียง ท่าทาง และ
พฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมเพื่อให้ผู้รับบริการ
พึงพอใจและประทับใจ⁷

สมรรถนะด้านหลักฐานเชิงประจักษ์ งานวิจัย
และนวัตกรรม จากการศึกษาพบว่า สมรรถนะด้าน
หลักฐานเชิงประจักษ์ งานวิจัย และนวัตกรรม เป็น
สมรรถนะที่หัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลแมคคอร์มิค
จังหวัดเชียงใหม่ จำเป็นต้องมี สอดคล้องกับข้อ
สมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลลำพูน⁵
เนื่องจากหัวหน้าหอผู้ป่วยมีบทบาทในการส่งเสริม
สนับสนุนให้มีการนำผลการวิจัยมาใช้ในการพัฒนา
งาน¹ และสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจากหลักฐานเชิง
ประจักษ์ ออกแบบ ปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติให้
เป็นปัจจุบันเพื่อให้ได้ ผลลัพธ์ ตามเป้าหมาย¹¹ เพื่อให้
พยาบาลวิชาชีพมีความรู้พื้นฐานในกระบวนการทำ
วิจัยการจัดการความรู้ การใช้ความรู้เชิงประจักษ์ และ
การเผยแพร่ความรู้สู่ทีมสุขภาพและสาธารณะ¹⁶ ตอบ
สนองต่อยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล ข้อที่ 4 คือพัฒนา
สมรรถนะบุคลากรเพื่อความเป็นเลิศทางการแพทย์⁷

สมรรถนะด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ผล
การศึกษา พบว่า เป็นสมรรถนะที่หัวหน้าหอผู้ป่วย
โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ จำเป็นต้อง
มี สอดคล้องกับข้อสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วย
โรงพยาบาลลำพูน⁵ ข้อสมรรถนะของหัวหน้าหอ
ผู้ป่วยในโรงพยาบาลแห่งนี้ สังกัดกรุงเทพมหานคร¹⁴
และข้อสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลระดับ
ตติยภูมิ ในจังหวัดสุพรรณบุรี¹⁵ เนื่องจากหัวหน้าหอ
ผู้ป่วยมีบทบาทควบคุมดูแล เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่

พิจารณาแล้วมีประโยชน์และทันสมัยให้บุคลากรหรือ
ผู้รับบริการได้รับทราบ¹²⁻¹³ อีกทั้งต้องมีทักษะในการ
ประเมินความสมบูรณ์และคุณภาพของข้อมูลก่อนนำ
มาใช้ รวมถึงการนำเทคโนโลยีมาช่วยปรับปรุง
ประสิทธิภาพการบริหารหน่วยงาน¹¹ ประกอบกับเพื่อ
ให้บรรลุยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล ข้อที่ 3 คือ เพิ่ม
ประสิทธิภาพ ความสะดวกรวดเร็วในระบบบริการผู้
ป่วยนอกและผู้ป่วยใน⁷

สมรรถนะด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และ
กฎหมายวิชาชีพ เป็นสมรรถนะที่หัวหน้าหอผู้ป่วย
โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ จำเป็นต้อง
มี สอดคล้องกับข้อสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลแห่งนี้ สังกัดกรุงเทพมหานคร¹⁴
เนื่องจากการพยาบาลเป็นการปฏิบัติโดยตรงต่อผู้รับ
บริการและสังคม จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหา
ด้านจริยธรรมจรรยาบรรณ และกฎหมายวิชาชีพ
พยาบาลวิชาชีพต้องมีความรู้ ความเข้าใจในหลัก
คุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ สิทธิผู้ป่วย
และกฎหมายที่เกี่ยวข้องในวิชาชีพ รวมทั้งสามารถ
ประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม¹⁶
ซึ่งหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ
หลักคุณธรรม สิทธิผู้ป่วย พ.ร.บ.วิชาชีพการพยาบาล
และการผดุงครรภ์ฯ หลักกฎหมายทั่วไป และ พ.ร.บ.
อื่นที่เกี่ยวข้อง¹⁰ รวมถึงการยึดมั่นตนเองและส่งเสริม
ให้บุคลากรมีความรับผิดชอบต่อการปฏิบัติตาม
มาตรฐานการพยาบาล จริยธรรมและกฎระเบียบของ
องค์กร¹¹

สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ เป็นสมรรถนะที่
หัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัด
เชียงใหม่ จำเป็นต้องมี สอดคล้องกับข้อสมรรถนะของ
หัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลแห่งนี้ สังกัด
กรุงเทพมหานคร¹⁴ และข้อสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย
โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสุพรรณบุรี¹⁵
เนื่องจากหัวหน้าหอผู้ป่วยมีบทบาทในการกำหนด
พันธกิจ เป้าหมายการบริการพยาบาล รวมทั้ง
แนวทางการพัฒนาบริการพยาบาลในหน่วยงานให้มี
คุณภาพสอดคล้องกับองค์กรพยาบาล¹ โดยต้องปฏิบัติ

คนให้มีอิทธิพลในการสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรที่ม
ดูแลสุขภาพให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงาน
สร้างสรรค์งานที่ทำทายความสามารถเพื่อให้เกิดการ
บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ¹²⁻¹³ นอกจากนี้
หัวหน้าหอผู้ป่วยยังต้องมีความคิดรวบยอด วิเคราะห์
และตัดสินใจแก้ปัญหาใน หอผู้ป่วยได้อย่างมีเหตุผล
โดยใช้ไหวพริบและข้อมูลเชิงประจักษ์¹⁰ รวมถึงเป็น
แบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติงานให้แก่บุคลากร¹¹

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการศึกษาไปใช้

1.1 ผู้บริหารทางการแพทย์สามารถนำผล
การศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาสรรหา
และคัดเลือกพยาบาลที่จะเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอ
ผู้ป่วยของโรงพยาบาลแมคคอร์มิค

1.2 ผู้บริหารทางการแพทย์สามารถนำผล
การศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการจัดทำแผนการพัฒน
สมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลที่เตรียม
ขั้นสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย

1.3 หัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถนำผลการ
ศึกษานี้ไปประเมินความสามารถของตนเอง และใช้
เป็นแนวทางในการพัฒนาตนเอง

2. การศึกษารั้งต่อไป

ศึกษาการพัฒนาแบบประเมินผลการปฏิบัติ
งานของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลแมคคอร์มิค

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระการสนับสนุนทุน
การศึกษาจากสมาคมพยาบาลแมคคอร์มิค และความ
อนุเคราะห์การเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลแมคคอร์มิค

เอกสารอ้างอิง

1. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ.
กรุงเทพฯ: บริษัท สำนักพิมพ์สี่ตะวัน จำกัด; 2561.
2. Marrelli, A. F., Tondora, J., & Hoge, M. F. Strategies for developing competency model.
Administration and Policy in Mental Health. 2005; 32(5): 533-61.
3. กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม. สมรรถนะ (Competency). [ออนไลน์]. 2560
[เข้าถึงเมื่อ 2561/11/20]. เข้าถึงจาก: <http://www.rlpd.go.th/rlpdnew/images/2560/1.pdf>
4. Fotis Draganidis, G.M. Competency based management: a review of systems and ap
proaches. International Management & Computer Security. 2006; 13(1): 51-64.
5. จันท์เพ็ญ พิมพ์พิลา. การพัฒนารอบสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลลำพูน.
วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.
6. มยุรฉัตร ด้วงนคร. การพัฒนารอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. เชียงใหม่:
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2558.
7. โรงพยาบาลแมคคอร์มิค. พันธกิจ วิสัยทัศน์ เข้มมุ่ง แผนยุทธศาสตร์. เชียงใหม่: โรงพยาบาลแมคคอร์มิค
เชียงใหม่; 2560.
8. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลแมคคอร์มิค เชียงใหม่. ใบกำหนดหน้าที่งาน (Job Description).
เชียงใหม่: โรงพยาบาลแมคคอร์มิค เชียงใหม่; 2553.

9. Polit, D.F., & Beck, C.T. The content validity index: Are you sure you know what's being report? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*. 2006; 29: 489-97.
10. สภาการพยาบาล. สมรรถนะผู้บริหารการพยาบาล. นนทบุรี: บริษัท จุดทอง จำกัด; 2556.
11. American Organization of Nurse Executives. AONE Nurse Executive Competencies [online]. 2015 [cited 2018/8/18]. Available from: <https://www.aonl.org/sites/default/files/aone/nec.pdf>
12. Dee Ann Gillies. *Nursing Management a Systems Approach*. 3th ed. New York: WB Saunders Company; 1994.
13. Lancaster, J. *Nursing issue in leading and managing change*. St. Louis, Missouri: Inc; 1999.
14. ปราณี รุ่งทอง. สมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง สังกัดกรุงเทพมหานคร. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2557.
15. กรองจิตต์ เล็กสมบูรณ์สุข. องค์ประกอบของสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสุพรรณบุรี. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2555.
16. สภาการพยาบาล. สมรรถนะผู้ประกอบการพยาบาลและการผดุงครรภ์. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์; 2553.

ความพร้อมของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในการเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพ:
กรณีศึกษาโครงการค่ายอาสาระหว่างสถาบันอุดมศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

The Readiness for Interprofessional Education among
Undergraduate Students: A Case Study of a Volunteer Camp
Project for Higher Education Institutions in Surat Thani Province

ดวงหทัย ศรีสุจริต พย.ม.* Duanghathai Srisujarit M.N.S.*
ชุลีพร ฮีตอักษร พย.ม.* Chuleeporn Heetakson M.N.S.*
วีรวรรณ เกิดทอง พย.ม.* Weerawan Keadthong M.N.S.*
รัชฎาภรณ์ จันทร์แจ่ม พย.ม.* Ratchadaporn Janjeang M.N.S.*

Corresponding Authors: Email: Chuleeporn.ekt@gmail.com

Received: 11 May 2020, Revised: 10 Jun 2020, Accepted: 15 Jun 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความพร้อมของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพในโครงการค่ายอาสาสถาบันอุดมศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาจำนวน 80 คน จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี มหาวิทยาลัยราชภัฏจังหวัดสุราษฎร์ธานี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตสุราษฎร์ธานี และมหาวิทยาลัยตาปี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามความพร้อมในการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.91 วิเคราะห์ระดับคะแนนความพร้อมด้วยสถิติเชิงพรรณนาคือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมด้วยสถิติ Independent t-test และ One-way ANOVA

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.75 ศึกษาอยู่วิทยาลัยพยาบาล ชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 72.1 ค่าคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.98$, S.D. = 0.76) เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่าง พบว่า เพศ ชั้นปีที่ศึกษา สาขาวิชาที่ศึกษา ประสบการณ์การเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพ และประสบการณ์ออกค่ายอาสาที่แตกต่างกันความพร้อมในการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพไม่ต่างกัน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ ผู้บริหารสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาในจังหวัด ควรมีการประชุมร่วมกันระหว่างสถาบัน เพื่อจัดทำรูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพร่วมกัน โดยจัดการเรียนรู้ร่วมกันได้ทั้งในหลักสูตร และกิจกรรมนอกหลักสูตร

คำสำคัญ: ความพร้อม การเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ นักศึกษาระดับอุดมศึกษา

* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี E-mail: dsrisujarit@gmail.com, mungku70@hotmail.com, ratchadaporn.pornz@gmail.com

* Nursing instructor, Boromarajonani College of Nursing Suratthani

Abstract

This descriptive case study aimed to assess and compare the readiness for inter-professional education (IPE) among undergraduate students, participating at a volunteer camp project for four higher education institutions in Surat Thani Province. The purposive samples of 80 students from Boromarajonani College of Nursing, Surat Thani, Rajabhat University, Prince of Songkla University at Surat Thani Campus, and Tapee University. The instrument for data collection was the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) with Cronbach's Alpha coefficient of .91. RIPLS scores were analyzed using percentage, means, and standard deviations. Independent t-test and one-way ANOVA were used to compare the mean scores difference of IPE.

The results showed that most of the samples are female (n= 93.75%), and second year nursing students (n= 72.1%). The mean score of the readiness for IPE is at a moderate level (\bar{x} = 3.98, S.D. = 0.76). There was no significant different between gender, year of study, field of study, IPE experience, and the readiness for IPE.

The findings of this study suggested that the administrators of higher educational institutions in this province should prepare a meeting in order to develop a collaborative plan for IPE curriculum and extra-curricular activities.

Keywords: Readiness, Interprofessional Education, Undergraduate Students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันทุกประเทศให้ความสนใจเกี่ยวกับการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพ (Interprofessional Education= IPE) ซึ่งเป็นการจัดการเรียนการสอนที่บูรณาการการเรียนรู้ร่วมกันตั้งแต่สองวิชาชีพขึ้นไป เรียนได้ในทุกสถานการณ์ ซึ่งเป็นการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Learn as if you will live forever) โดยอาศัยความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพในภาคส่วนต่าง ๆ ผ่านการเรียนรู้จากสถานการณ์การทำงานจริง ซึ่งการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างสาขาอาชีพที่แตกต่างกันจะทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพ แก้ไขปัญหาการทำงานที่ย่างยากซับซ้อน สามารถใช้องค์ความรู้ของแต่ละศาสตร์มาใช้ในการทำงานอย่างบูรณาการ และเป็นองค์รวมมากยิ่งขึ้น ในปี พ.ศ. 2553 องค์การอนามัยโลกได้มีข้อเสนอเกี่ยวกับการจัดการศึกษา ด้านวิทยาศาสตร์ สุขภาพ เพื่อให้ประเทศสมาชิกทำการประเมินบทบาทสถานการณ์การจัดการศึกษา ในการพัฒนา

กำลังคนด้านสุขภาพ รวมทั้งการขับเคลื่อนเพื่อปฏิรูปการศึกษา กำลังคนด้านสุขภาพครั้งใหญ่ทั่วโลก ที่จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนเพื่อการกระจายความก้าวหน้าด้านสุขภาพอย่างเสมอภาค หนึ่งในแนวทางการปฏิรูปการศึกษา คือการจัดการศึกษาแบบสหวิชาชีพ โดยได้เสนอแนวทางปฏิบัติไว้ว่า “การจัดการศึกษาแบบสหวิชาชีพจะเกิดขึ้นเมื่อมีผู้เรียนจากสองวิชาชีพขึ้นไปได้เรียนรู้เกี่ยวกับ เรียนรู้จาก และเรียนรู้ร่วมกันเพื่อให้เกิดความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพและพัฒนาผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ”¹

ประเทศไทย สมัชชาสุขภาพได้รับรองแผนยุทธศาสตร์การศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ ในศตวรรษที่ 21 (พ.ศ.2557-2561) และแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ พัฒนาการศึกษสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ รวมถึงคณะกรรมการการศึกษาแบบสหวิชาชีพ (Interprofessional education (IPE) ซึ่งคณะกรรมการฯ เป็นตัวแทนจาก

สถาบันการศึกษา และสาขาวิชาชีพ จากหลากหลาย วิชาชีพ ซึ่งแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวเป็นกรอบแนวทาง ในการผลักดันให้เกิดการปฏิรูปการศึกษาสำหรับ บุคลากรด้านสุขภาพของสถาบันการศึกษาที่เกี่ยวข้อง เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยปรับเปลี่ยน แนวคิดการพัฒนา เป็นระบบการเรียนรู้แบบตลอด ชีวิต ผลิตบั้นทิตหลังจากสำเร็จการศึกษาให้มีทักษะ การสื่อสาร มีความคิดสร้างสรรค์ เป็นผู้นำ มีทักษะ การทำงานเป็นทีม เพื่อส่งเสริมระบบบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิที่มีความเชื่อมโยงกับระบบบริการระดับ สูง โดยการเรียนรู้ที่ใช้ชุมชนเป็นฐานและประชาชน เป็นศูนย์กลาง²

ความพร้อมของผู้เรียนในการจัดการเรียนการ สอนแบบสหสาขาวิชาชีพ เป็นสิ่งสำคัญในการศึกษา ความพร้อม หมายถึง ศักยภาพของบุคคลทางด้าน กายภาพ และเจตคติ McFadyen, Webster, และ Maclaren⁴ แบ่งความพร้อมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการทำงานร่วมกันเป็นทีม หมายถึง ผู้เรียนมีความพร้อมในการเรียนร่วมกับสาขาวิชาชีพ อื่นหรือไม่ 2) ด้านอัตลักษณ์วิชาชีพ หมายถึง ผู้เรียน มีความเคารพซึ่งกันและกัน สามารถทำงานร่วมกับ ผู้อื่นได้หรือไม่ และ 3) ด้านบทบาทและความรับผิดชอบ ของวิชาชีพในการเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพ หมายถึง ผู้เรียนทราบถึงบทบาทของตนเองในการ ทำงานร่วมกันหรือไม่ โดยมีปัจจัยที่ส่งผลให้บุคคลมี ความพร้อม ได้แก่ ทัศนคติ การเตรียมตัว และการ ได้รับการฝึกฝน รวมไปถึงความสนใจของบุคคลที่จะ เรียนรู้ในสิ่งนั้น ๆ หากผู้เรียนมีความพร้อมในการเรียน แบบสหวิชาชีพ จะช่วยให้ผู้เรียนประสบความสำเร็จ ในการเรียน และช่วยให้ครูผู้สอน จัดการเรียนการ สอนให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้³

การจัดการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพ เป็นการจัดการเรียนการสอนโดยเน้นกิจกรรมการ เรียนรู้ที่ทำให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ร่วมกันและทำงานร่วม กัน ผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่ส่งเสริมการใช้ ประสพการณ์ตรง ทำให้ผู้เรียนรู้จักบทบาทหน้าที่และ ความรับผิดชอบ มีทักษะการทำงานเป็นทีม ทำให้มี

การวางแผนการทำงานร่วมกัน ทำให้ผู้เรียนเกิดการ รับรู้และเข้าใจบทบาทตามสาขาวิชาชีพและความ สามารถในการทำงานเป็นทีมเพิ่มมากขึ้น⁵

จังหวัดสุราษฎร์ธานีมีสถาบันอุดมศึกษาใน จังหวัดจำนวน 4 สถาบัน ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนีสุราษฎร์ธานี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตสุราษฎร์ธานี และมหาวิทยาลัยตาปี (มหาวิทยาลัยเอกชนของ จังหวัดสุราษฎร์ธานี) ซึ่งแต่ละสถาบันมีรูปแบบการ เรียนการสอนที่แตกต่างกันตามสาขาวิชาชีพ จากการ ศึกษาพบว่า สถาบันอุดมศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ยังไม่มีการจัดการเรียนสอนแบบสหวิชาชีพ แต่มีการ จัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่ให้นักศึกษาได้เรียนรู้ร่วม กันผ่านการทำกิจกรรม ได้แก่ การจัดโครงการค่าย อาสาระหว่างสถาบันอุดมศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ส่งผลให้นักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาของจังหวัด สุราษฎร์ธานี เกิดความร่วมมือกันในการทำงาน และ ตระหนักถึงคุณค่าของตนเองในการช่วยเหลือผู้อื่น พัฒนาศักยภาพ และการเข้าถึงหัวใจของความเป็น มนุษย์ที่พึงปฏิบัติต่อสังคม ซึ่งหากมีการจัดการเรียน การสอนแบบสหวิชาชีพทั้งในหลักสูตร และนอก หลักสูตรในสถาบันอุดมศึกษา จะทำให้นักศึกษาเกิด ประสพการณ์การเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ เมื่อนักศึกษาสำเร็จการศึกษาออกไปประกอบวิชาชีพตาม บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในงานของตนเอง ตาม หลักการของวิชาชีพแต่ละสาขา ทำให้นักศึกษา สามารถปรับตัวและปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่น⁶

ด้วยเหตุผลและความสำคัญของการเรียนการ สอนแบบสหสาขาวิชาชีพ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความ พร้อมของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในการเรียนแบบ สหสาขาวิชาชีพ ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์เพื่อให้ สถาบันการศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี และสถาบัน การอุดมศึกษาอื่นได้นำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ในการ พัฒนาปรับปรุงหลักสูตรการเรียนการสอนแบบ สหวิชาชีพ ออกแบบการจัดการเรียนการสอนแบบ สหสาขาวิชาชีพเพื่อทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการ เรียนของนักศึกษาสาขาสังคมศาสตร์และวิทยาศาสตร์ สุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความพร้อมของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในการเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพกรณีศึกษาโครงการค่ายอาสาระหว่างสถาบันอุดมศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

2. เพื่อเปรียบเทียบความพร้อมของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในการเรียนแบบสหวิชาชีพ กรณีศึกษาโครงการค่ายอาสาระหว่างสถาบันอุดมศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ชั้นปีที่ศึกษา สาขาวิชาที่ศึกษา ประสบการณ์การเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพและประสบการณ์ออกค่ายอาสา

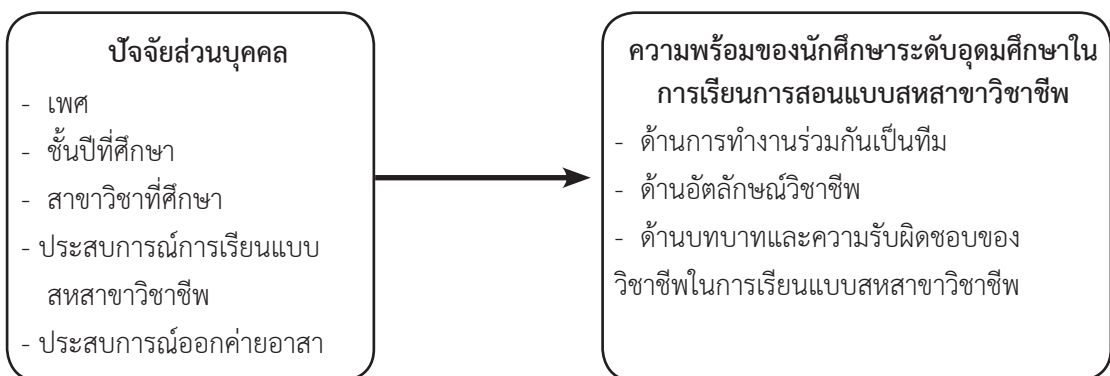
คำถามการวิจัย

1. ความพร้อมของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในการเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพ กรณีศึกษาโครงการค่ายอาสาระหว่างสถาบันอุดมศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นอย่างไร

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาจำแนกตามเพศ ชั้นปีที่ศึกษา สาขาวิชาที่ศึกษา ประสบการณ์การเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพ และประสบการณ์ออกค่ายอาสา มีความพร้อมต่อการเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการประเมินความพร้อมในการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพของ McFadyen, Webster, และ Maclaren⁷ ที่ประเมินความพร้อมในด้าน การทำงานร่วมกันเป็นทีม อัตลักษณ์วิชาชีพ และบทบาทและความรับผิดชอบของวิชาชีพในการเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพ ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาความพร้อมในการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพที่อาจมีผลจากและปัจจัยส่วนบุคคลที่อาจสัมพันธ์กับความพร้อมในการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ เพศ ชั้นปีที่ศึกษา สาขาวิชาที่ศึกษา ประสบการณ์การเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพ ประสบการณ์ออกค่ายอาสา ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อเปรียบเทียบความพร้อมของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ กรณีศึกษาโครงการค่ายอาสา ระหว่างสถาบันอุดมศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในสถาบันอุดมศึกษาของจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 4 สถาบัน ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี (วพบ.) มหาวิทยาลัยราชภัฏจังหวัดสุราษฎร์ธานี (ม.ราชภัฏ)

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตสุราษฎร์ธานี (มอ.) และมหาวิทยาลัยตาปี (ม.ตาปี)

กลุ่มตัวอย่างและการคัดเลือก

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาตัวแทนสถาบันละ 20 คน ได้แก่ วพบ. นักศึกษาศาสาพยาบาล จำนวน 20 คน ม.ราชภัฏ นักศึกษาศาสาครุศาสตร์ จำนวน 20 คน มอ. นักศึกษาศาสาวิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี จำนวน 20 คน ม.ตาปี นักศึกษาศาสาวิชาวิทยาศาสตร์ จำนวน 20 คน ที่เข้าร่วมโครงการค่ายอาสา

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ใช้เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบกำหนดคุณสมบัติ (Purposive sampling) โดยการกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นนักศึกษาของ วพบ. ม.ราชภัฏ มอ. และ ม.ตาปี ทุกสถาบัน
2. สามารถสื่อสารทักษะภาษาไทย อ่าน พูด ฟัง เขียนได้
3. ยินดีและยินยอมเข้าร่วมโครงการค่ายอาสาด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ สถาบันที่ศึกษา ชั้นปีที่ศึกษา สาขาวิชาที่ศึกษา ประสบการณ์การเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ ประสบการณ์ออกค่ายอาสา
2. ความพร้อมในการเรียนแบบสหวิชาชีพ โดยใช้แบบสอบถามจากเครื่องมือ Readiness for Inter-professional Learning Scale (RIPLS) ที่สร้างโดย McFadyen, Webster, และ Maclaren⁷ ที่ประกอบไปด้วยคำถามจำนวน 19 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 15 ข้อ คำถามเชิงลบ 4 ข้อ คำถามแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความพร้อมด้านการทำงานร่วมกันเป็นทีมเอกลักษณ์ทางบวก อัตลักษณ์ทางลบของการเรียนร่วม และบทบาทและความรับผิดชอบของวิชาชีพในการเรียน

ร่วมการศึกษาครั้งนี้ได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือฉบับภาษาไทย ซึ่งดัดแปลงจากเครื่องมือ RIPLS โดย วิริยา โพธิ์ขวาง อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี⁹ โดยผ่านขั้นตอนการแปลย้อนกลับ (Backward and Forward translation) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาจำนวน 2 ท่าน แบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาปรับใช้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ แบ่งเป็นการศึกษาความพร้อมด้านการทำงานร่วมกันเป็นทีม จำนวน 9 ข้อ อัตลักษณ์วิชาชีพ จำนวน 7 ข้อ และบทบาทและความรับผิดชอบของวิชาชีพในการเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 2 ข้อ แบบสอบถามตอบแบบ Likert scale คะแนน 1-5 ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วยเห็นด้วย (4 คะแนน) ทั้งเห็นด้วยและไม่เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) การแปลความหมายของคะแนนในแต่ละข้อมีการแปลผลคะแนนในภาพรวม รายข้อและรายด้าน โดยคำถามเชิงลบจะกลับค่าคะแนนก่อน ในรายข้อ มีการประเมินค่าเฉลี่ยโดยพิจารณาแบ่งเป็น 5 ระดับ แปลผลจากค่าคะแนนเฉลี่ย¹⁰ ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.21- 5.00 หมายถึง มีความพร้อมในระดับดีมาก

ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.41-4.20 หมายถึง มีความพร้อมในระดับมาก

ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.61-3.40 หมายถึง มีความพร้อมในระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.81-2.60 หมายถึง มีความพร้อมในระดับน้อย

ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.80 หมายถึง มีความพร้อมในระดับน้อยที่สุด

เครื่องมือฉบับดัดแปลงหาค่าความเชื่อมั่นจากนักศึกษาศาสาพยาบาล จำนวน 30 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.91 และในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 226 คน เท่ากับ 0.88 และได้หาค่าความเชื่อมั่นกับนักศึกษาที่ทำการศึกษาจากสถาบันการศึกษาระยะ 10 คน รวมเป็น 40 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ทั้งฉบับเท่ากับ 0.81

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี หมายเลขการรับรองจริยธรรมที่ 2018/09 วันที่ 20 กรกฎาคม 2561 ผู้วิจัยชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทันทีที่ต้องการโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลใด ๆ ข้อมูลที่ได้จะได้รับการปกปิดและจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม รวมทั้งจะนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น รวมทั้งจะทำลายข้อมูลทันทีหลังจากได้รายงานวิจัยที่เสร็จเรียบร้อยแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ สถานที่การจัดโครงการค่ายอาสาระหว่างสถาบันระดับอุดมศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้แก่กลุ่มตัวอย่างทราบ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย
3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยอธิบายแบบสอบถาม และการตอบแบบสอบถาม เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม
4. ผู้วิจัยรับแบบสอบถามคืน พร้อมทั้งตรวจความสมบูรณ์ของข้อมูล หากไม่ครบถ้วนให้กลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนอีกครั้ง และกล่าวขอบคุณในการให้ความร่วมมือ
5. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล แล้วนำข้อมูลที่ไปวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนทางสถิติ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับความพร้อมของการเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพของ กลุ่มตัวอย่าง โดยการหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความพร้อมของการเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพของกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ ประสพการณ์ การเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพ ประสพการณ์ออกค่ายอาสา ด้วยสถิติ Independent t-test
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความพร้อมของการเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพของกลุ่มตัวอย่างที่มีชั้นปี ที่ศึกษา และสาขาวิชาที่ศึกษาที่แตกต่างกัน โดยใช้สถิติ One-way ANOVA

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.75) ศึกษาชั้นปีที่ 2 (ร้อยละ 72.1) นักศึกษาไม่เคยมีประสบการณ์เรียนแบบสหสาขาวิชาชีพ (ร้อยละ 67.4) เคยมีประสบการณ์เรียนแบบสหสาขาวิชาชีพ (ร้อยละ 32.6) ไม่เคยมีประสบการณ์ออกค่ายอาสา (ร้อยละ 65.1) เคยมีประสบการณ์ออกค่ายอาสา (ร้อยละ 34.9)
2. ความพร้อมต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพร้อมโดยรวมอยู่ในระดับมาก (\bar{x} = 3.98, S.D. = 0.76) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ในการเรียนร่วม/ปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับนักศึกษาต่างสาขาจะทำให้ฉันเป็นสมาชิกที่มีประสิทธิภาพในที่การทำงาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก (\bar{x} = 4.47, S.D. = 0.55) การมีทักษะการทำงานเป็นทีมจำเป็นสำหรับนักศึกษาทุกสาขาในการเรียนรู้ร่วม/การปฏิบัติกิจกรรมร่วม ค่าคะแนนค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก (\bar{x} = 4.47, S.D. = 0.55) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความพร้อมต่อการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาระดับอุดมศึกษารายข้อ (n=80)

ข้อคำถาม	คะแนนเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	แปลผล
1. การเรียนร่วม/ปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับนักศึกษาต่างสาขาจะทำให้ฉันเป็นสมาชิกที่มีประสิทธิภาพในทีมงาน	4.47	0.55	ดีมาก
2. ผู้รับบริการจะได้รับสิทธิประโยชน์สูงสุดหากนักศึกษายาบาล/นักศึกษาสาขาอื่นร่วมงานเพื่อแก้ปัญหาผู้รับบริการ/ชุมชน	4.44	0.54	ดีมาก
3. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้/การปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับนักศึกษาสาขาอื่นและสถาบันอื่นเป็นการเพิ่มความสามารถของฉันในการเข้าใจปัญหาของผู้รับบริการ/ชุมชน	4.42	0.49	ดีมาก
4. ทักษะการสื่อสารควรมีการเรียนรู้ร่วมกันกับนักศึกษาสาขาอื่น	4.35	0.48	ดีมาก
5. ทักษะการทำงานเป็นทีมจำเป็นสำหรับนักศึกษาทุกสาขาในการเรียนรู้ร่วม/การปฏิบัติกิจกรรมร่วม	4.47	0.55	ดีมาก
6. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้/การปฏิบัติกิจกรรมร่วมจะช่วยให้ฉันเข้าใจข้อจำกัดของวิชาชีพของตัวเอง	4.26	0.69	ดีมาก
7. การเรียนรู้ร่วม/การปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันกับนักศึกษาสาขาอื่นก่อนจบการศึกษาจะช่วยทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีในการทำงานร่วมกันภายหลังจบการศึกษาแล้ว	4.37	0.53	ดีมาก
8. การเรียนรู้ร่วมกัน/การปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันจะช่วยให้ฉันคิดบวกเกี่ยวกับวิชาชีพอื่น	4.35	0.52	ดีมาก
9. ในการเรียนรู้การทำงาน/การปฏิบัติกิจกรรมแบบกลุ่มเล็กร่วมกัน นักศึกษาต้องเคารพและไว้วางใจซึ่งกันและกัน	4.40	0.62	ดีมาก
10. ฉันไม่ต้องการเสียเวลาในการเรียนร่วม/การปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับนักศึกษาสาขาอื่น/สถาบันอื่น	2.98	1.43	ปานกลาง
11. ไม่มี ความจำเป็นที่นักศึกษาระดับอุดมศึกษา (ป.ตรี) ต้องมาเรียนร่วมกัน/ปฏิบัติกิจกรรมร่วมกัน	3.16	1.46	ปานกลาง
12. ในการแก้ปัญหาให้กับผู้รับบริการ/ชุมชน อย่างมีประสิทธิภาพนั้น สามารถเรียนรู้ได้เฉพาะจากการเรียน การปฏิบัติงานร่วมกับนักศึกษาจากสาขาหรือหน่วยงานของตนเองเท่านั้น	2.67	1.37	ปานกลาง
13. การเรียนรู้ร่วมกัน/การปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันกับนักศึกษาสาขาอื่นจะช่วยให้ฉันศึกษามีการสื่อสารที่ดีขึ้นกับผู้รับบริการและบุคลากรวิชาชีพอื่น	4.35	0.52	ดีมาก
14. ฉันรู้สึกยินดีที่ได้มีโอกาสทำงานนี้ร่วมกัน ในโครงการหรือโครงการเล็กๆร่วมกับนักศึกษาสาขาอื่น	4.44	0.50	ดีมาก
15. การเรียนรู้และการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันจะช่วยให้ฉันแก้ปัญหาให้กับผู้รับบริการหรือชุมชนได้	4.37	0.53	ดีมาก
16. การเรียนรู้ร่วม/การปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันก่อนและหลังจบการศึกษาระดับอุดมศึกษาจะช่วยให้ฉันกลายเป็นสมาชิกของทีมงานที่ดีขึ้น	4.44	0.50	ดีมาก
17. ฉันไม่แน่ใจว่าบทบาทในวิชาชีพของฉันในทีมงานคืออะไร	3.12	1.40	ปานกลาง
18. ในการเรียนร่วม/การปฏิบัติกิจกรรมร่วมฉันต้องมีความรู้และทักษะมากกว่านักศึกษาสาขาอื่น	2.58	1.05	น้อย
โดยรวม	3.98	0.76	มาก

3. ความพร้อมต่อการเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพ จำแนกเป็นรายด้าน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมด้านการทำงานร่วมกันเป็นทีมมีค่าเฉลี่ย

สูงที่สุด อยู่ในระดับมาก (\bar{x} =4.13, S.D. =0.75) รองลงมาคือ บทบาทและความรับผิดชอบของวิชาชีพในการเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพอยู่ในระดับมาก (\bar{x} =3.95, S.D. =0.84) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงระดับความพร้อมต่อการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพ ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา จำแนกเป็นรายด้าน

ความพร้อมต่อการเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพ	ค่าเฉลี่ย (\bar{x})	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับ
1. ด้านการทำงานร่วมกันเป็นเป็นทีม	4.13	0.75	มาก
2. ด้านอัตลักษณ์วิชาชีพ	3.93	0.71	มาก
3. ด้านบทบาทและความรับผิดชอบของวิชาชีพในการเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพ	3.95	0.84	มาก

4. เปรียบเทียบความพร้อมต่อการเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาที่มีเพศประสบการณ์การเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพ และประสบการณ์ออกค่ายอาสา ที่แตกต่างกัน ผลการศึกษาพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพร้อมต่อการเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา จำแนกตามเพศ ประสบการณ์การเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพ ประสบการณ์ออกค่ายอาสา ($n=80$)

ตัวแปรต้น	\bar{x}	S.D.	t	p-value
เพศ				
ชาย	3.84	0.77	0.05	0.954
หญิง	3.87	0.88		
ประสบการณ์การเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพ				
มี	3.87	0.83	1.36	0.174
ไม่มี	4.01	0.86		
ประสบการณ์ออกค่ายอาสา				
มี	3.68	0.81	0.83	0.40
ไม่มี	3.60	0.85		

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพร้อมต่อการเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาที่มีชั้นปีที่ศึกษา สาขาวิชาที่ศึกษา ที่แตกต่างกัน ผลการศึกษาพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมต่อการเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาระดับ
อุดมศึกษา จำแนกตามชั้นปีที่ศึกษา สาขาวิชาที่ศึกษา (n=80)

ตัวแปรต้น	\bar{x}	S.D.	F	p-value
ชั้นปีที่ศึกษา				
1	3.42	1.03	1.23	0.219
2	3.57	0.91		
3	3.67	0.78		
4	3.29	1.00		
สาขาวิชาที่ศึกษา				
พยาบาล	4.25	0.63	1.52	0.208
ครุศาสตร์	4.01	0.76		
วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	4.13	0.75		

อภิปรายผล

1. ผลการศึกษาความพร้อมของนักศึกษาระดับ
อุดมศึกษาในการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพ กรณี
ศึกษาโครงการค่ายอาสาระหว่างสถาบันระดับ
อุดมศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า โดยภาพรวม
นักศึกษามีความพร้อมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.98$,
S.D.= 0.76) แสดงให้เห็นว่านักศึกษาพร้อมที่จะเรียน
รู้ร่วมกันระหว่างสถาบัน เรียนรู้ศาสตร์ของการทำงาน
แต่ละสาขาอาชีพไปพร้อมกัน โดยนักศึกษามีความคิด
เห็นว่าความพร้อมต่อการเรียนการสอนแบบสห
วิชาชีพ ในการเรียนร่วม/ ปฏิบัติกิจกรรม ร่วมกับ
นักศึกษาต่างสาขา จะทำให้ฉันทันเป็นสมาชิกที่มี
ประสิทธิภาพในทีมการทำงาน นักศึกษาส่วนใหญ่เห็น
ด้วยในระดับดีมาก ($\bar{x} = 4.47$, S.D. 0.55) การมีทักษะ
การทำงานเป็นทีมจำเป็นสำหรับนักศึกษา ทุกสาขา
ในการเรียนรู้ร่วม/การปฏิบัติกิจกรรมร่วม นักศึกษา
ส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับดีมาก ($\bar{x} = 4.47$,
S.D.=0.50) แสดงให้เห็นว่านักศึกษามีความพร้อมใน
การเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพ ในการทำงานเป็นทีม
ร่วมกันระหว่างวิชาชีพอื่น จะส่งเสริมให้เกิด
ประสิทธิภาพของการทำงานที่ดียิ่งขึ้น เนื่องจาก
ทักษะของแต่ละอาชีพมีความแตกต่างกัน เมื่อเกิดการ

ทำงานร่วมกันเป็นทีมจะส่งเสริมให้งานที่รับผิดชอบ
มีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น¹¹

เมื่อศึกษาความพร้อมต่อการเรียนแบบสหสาขา
วิชาชีพจำแนกเป็นรายด้าน ผลการศึกษา พบว่ากลุ่ม
ตัวอย่างมีความพร้อมด้านการทำงานร่วมกันเป็นทีม
มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.13$,
S.D.=0.75) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกมลทิพย์
ตั้งหลักมั่นคง, อัจฉรา คำมะতিศย์, นพรัตน์ ธรรมวงษา
และ อัจฉรา อาสน์ปาสา¹² ศึกษาการจัดรูปแบบการ
เรียนรู้ร่วมกัน ระหว่างนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ของ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี และ
นักศึกษาภาควิชาวิศวกรรมอิเล็กทรอนิกส์และระบบ
อัตโนมัติ คณะเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยราชภัฏ
อุดรธานี มีผลการศึกษาข้อมูล เชิงคุณภาพสอดคล้อง
กับเชิงปริมาณ พบว่า นักศึกษามีการพัฒนาด้านการ
ทำงานเป็นทีม การเคารพในบทบาทซึ่งกันและกัน
การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การมีสัมพันธภาพที่ดี และการ
พัฒนากระบวนการคิดวิเคราะห์ แสดงให้เห็นว่า
นักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาทั้ง 4 สถาบัน พร้อมที่
จะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรียนรู้การทำงานร่วมกัน และ
เริ่มต้นการสร้างสัมพันธภาพ มิตรภาพที่ดี รองลงมา
ผลการศึกษา ด้านบทบาทและความรับผิดชอบของ

วิชาชีพในการเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพ อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.95$, $S.D. = 0.84$) แสดงให้เห็นว่านักศึกษา มีความพร้อมในการการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ นอกเหนือจากการเรียนรู้บทบาทของตนเองในการปฏิบัติงานเท่านั้น แต่นักศึกษามีความพร้อมในการเรียนรู้ร่วมกัน และการเรียนรู้จากกันในแต่ละวิชาชีพ แต่การจัดการเรียนการสอนที่สนับสนุนให้นักศึกษาได้เรียนรู้ระหว่างวิชาชีพยังมีน้อย เนื่องจากสภาพการจัดการเรียนในปัจจุบันเนื้อหาในหลักสูตรแต่ละวิชาชีพมีค่อนข้างมาก และใช้เวลาเต็มที่ทั้งการเรียนทฤษฎีและปฏิบัติ ทำให้การจัดสรรเวลาที่ตรงกันเพื่อทำกิจกรรมการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพเป็นไปได้ยาก¹³ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุณี เศรษฐเสถียร¹⁴ ศึกษารูปแบบการเรียนแบบสหวิชาชีพ ณ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูโรงพยาบาลอุดรธานี ในนักศึกษาชั้นปีที่ 4 สาขาแพทยศาสตร์ กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด และพยาบาลศาสตร์จากมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ที่มาฝึกปฏิบัติงานที่กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู ผลการศึกษาพบว่า ในการเรียนแบบสหวิชาชีพรวม 4 ครั้ง นักศึกษายังไม่เคยมีประสบการณ์การเรียนแบบสหวิชาชีพมาก่อน ส่วนใหญ่เห็นด้วยเป็นอย่างยิ่งว่าเป็นวิธีการเรียนที่ช่วยให้เข้าใจบทบาทของแต่ละวิชาชีพและลักษณะการทำงานร่วมกันมากขึ้น และนักศึกษาทุกคนเห็นด้วยว่าควรจัดให้มีการเรียนการสอนวิธีนี้ต่อไป แสดงให้เห็นว่าการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพเป็นวิธีการเรียนที่ช่วยส่งเสริมการพัฒนาความสามารถ ในการแข่งขัน ความรู้ทักษะ เสริมสร้างความเข้าใจและความร่วมมือทั้งในด้านการศึกษาการทำงาน และการวิจัยร่วมกัน

2. เมื่อเปรียบเทียบความพร้อมต่อการเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพ ด้านเพศ พบว่าเพศหญิงกับเพศชายไม่มีความแตกต่างทางนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Zeeni¹⁵ ศึกษาความพร้อมในการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพ ในนักศึกษา มหาวิทยาลัยเลบานอน พบว่าเพศไม่มีนัยสัมพันธ์เชิงสถิติในการเตรียมความพร้อมสำหรับการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ ซึ่งอธิบายได้ว่านักศึกษาทั้งเพศชายและเพศหญิงมีลักษณะของการทำงานร่วมกัน มีความ

กล้าในการแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

เมื่อเปรียบเทียบความพร้อมต่อการเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพ ด้านชั้นปีการศึกษา สาขาวิชาที่ศึกษา ประสบการณ์เรียน ประสบการณ์ออกค่ายอาสา พบว่าไม่มีความแตกต่างทางนัยสำคัญเชิงสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกชกร รักรุ่ง และคณะ⁹ และจุฬารัตน์ ท้าวหาญ และคณะ¹⁶ อาจเนื่องจากการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ มีการเรียนร่วมกัน การทำกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งทำให้นักศึกษาแต่ละชั้นปี แต่ละคณะสาขาวิชา ได้แสดงบทบาทหรือรับผิดชอบในการทำกิจกรรมตามความสามารถที่ได้ศึกษามาตามสาขาและชั้นปีของตนเอง และนักศึกษามีประสบการณ์การเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพ มีประสบการณ์ออกค่ายอาสาที่ไม่แตกต่างกับนักศึกษาที่ไม่มีประสบการณ์ อาจจะเนื่องจากการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ เป็นลักษณะการเรียนร่วมกัน เรียนรู้ซึ่งกันและกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ โดยเน้นกิจกรรมการเรียนรู้ที่ทำให้ผู้เรียนได้มีโอกาสเรียนรู้และทำงานร่วมกัน ผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่ส่งเสริมการใช้ประสบการณ์ตรง แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Risa Liang Wong¹⁷ ที่พบว่า ในการเรียนร่วมแบบสหสาขาวิชาชีพนั้นแนวโน้มโดยรวมการทำงานเป็นทีมและการทำงานร่วมกันอัตลักษณ์แห่งวิชาชีพ ในนักศึกษาแพทย์และพยาบาล ที่มีความแตกต่างกัน และพัฒนามากขึ้นในนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มากกว่านักศึกษาชั้นปีที่ 1 และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Zeeni¹⁵ ที่พบว่าเมื่อจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพให้นักศึกษาแพทย์เภสัชและพยาบาล และโภชนาการ พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 3 มองว่าการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพทำให้เกิดความพร้อมในการเรียน เพื่อทำให้เกิดการพัฒนาด้านบทบาท มากกว่านักศึกษาชั้นปีที่ 1

ผลการศึกษาในครั้งนี้ศึกษาระดับอุดมศึกษา ในจังหวัดสุราษฎร์ธานีทั้ง 4 สถาบัน ได้แก่นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี นักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี นักศึกษา

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตสุราษฎร์ธานี นักศึกษามหาวิทยาลัยตาปี มีความพร้อมในการเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพ หากมีการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพร่วมกันระหว่างสถาบันอุดมศึกษาในจังหวัด จะส่งเสริมให้นักศึกษามีความรู้ความสามารถพัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีมร่วมกับการเคารพซึ่งบทบาทการทำงานร่วมกัน ส่งผลประโยชน์ต่อประชาชนที่ใช้บริการจากนักศึกษามากขึ้น^{15,16,17,18} ดังนั้นการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้นักศึกษาได้เรียนรู้การทำงานร่วมกันระหว่างคณะระหว่างสถาบันการศึกษา เมื่อนักศึกษาได้สำเร็จการ

ศึกษาออกไปประกอบอาชีพของตนเอง จะทำให้นักศึกษาสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ช่วยเหลือประโยชน์ในการทำงานให้ครอบคลุมหลายมิติ และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารสถาบันการศึกษาอุดมศึกษาในจังหวัด ควรมีการประชุมร่วมกันระหว่างสถาบัน เพื่อจัดทำรูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพร่วมกัน โดยจัดการเรียนรู้ร่วมกันได้ ทั้งในหลักสูตรและกิจกรรมนอกหลักสูตร

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice (WHO/HRH/HPN/10.3); 2010.
2. คณะอนุกรรมการการศึกษาแบบสหวิชาชีพ (Interprofessional Education-IPE) [ออนไลน์]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก<http://www.healthprofessionals21thailand.org/wp-content/uploads/2016/11/1.-Call-for-IPE-Proposals-Final-020617.pdf>
3. นิตยา ปินดาวงศ์. ความพร้อมของนักศึกษาที่มีผลต่อแนวคิดประชาคมอาเซียนของนักศึกษา: กรณีศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง [ออนไลน์]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 20 กรกฎาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2016/TU_2016_5605037182_5013_4050.pdf
4. McFadyen, A. K., Webster, V., Strachan, K., Figgins, E., Brown, H. and McKechnie, J. The Readiness for Interprofessional Learning Scale: A possible more stable sub-scale model for the original version of RIPLS. *Journal of Interprofessional Care* 2005, 19(6), 595-603.
5. วณิษา ชื่นกองแก้ว. หลักสูตรสหวิชาชีพ ปลอดภัยขัดแย้ง “บุคลากรสุขภาพ” [ออนไลน์]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 21 กันยายน] เข้า ถึงได้จาก<http://www.manager.co.th/QOL/viewnews.aspx?NewsID=9600000064864>.
6. ธาณี กล่อมใจ และทักษิภา ชั้วรัตน์. การพัฒนาการจัดการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา*. 2562; 20(3): 125-137
7. McFadyen AK, Webster VS, Maclaren WM. The test-retest reliability of a revised version of the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS), *Journal of Interprofessional Care* 2006; 20(6): 633-9.
8. Krejcie, V., Morgan, W. 1970. อ้างถึงใน อีรุฒิ เอกะกุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ และสังคมศาสตร์. อุบลราชธานี : สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี; 2543.

9. กชกร รักรุ่ง และคณะ. ความพร้อมในการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี [ออนไลน์]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 20 กรกฎาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก. <https://alcwu.ac.th/backEnd/attach/attArticle/Proceeding2561-221-234.pdf>
10. บุญชม ศรีสะอาด. การแปลผลเมื่อใช้เครื่องมือรวบรวมข้อมูลแบบมาตราส่วนประมาณค่า. วารสารการวัดผลการศึกษามหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2539; 2(1): 64-70.
11. Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., et al. Health Professionals for a New Century: Transforming Education to Strengthen Health Systems in an Interdependent World. *The Lancet*. 2010; 376(9756), 1923-1958
12. กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, อัจฉรา คำมะতিศย์, นพรัตน์ ธรรมวงษา และอัจฉรา อาสน์ปาศา. ผลการใช้รูปแบบการเรียนการสอนวิชานวัตกรรมทางการแพทย์ ด้วยการเรียนรู้แบบสหสาขาอาชีพต่อความพร้อมต่อการเรียนรู้แบบสหสาขาอาชีพ และทักษะแห่งศตวรรษที่ 21. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2562; 6(2): 126-139
13. อติญาณ ศรีเกษตริน, อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, วารุณี เกตุอินทร์ และดาราวรรณ ร่องเมือง. การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้อย่างสหสาขาวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2562; 35(2): 140-152
14. สุณี เศรษฐเสถียร. รูปแบบการเรียนแบบสหวิชาชีพ ณ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลอุดรธานี. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2558; 25(2): 65-70
15. Zeeni, N., Zeenny, R., Hasbini-Danawi, T., Asmar, N., Bassil, M., Nasser, S., & ...Hoffart, N. Student perceptions towards interprofessional education: Findings from a longitudinal study based in a Middle Eastern university. *Journal of Interprofessional Care*. 2016; 30(2):165-174
16. จุฬารัตน์ ท้าวหาญ รัชชชัย ยืนยาว สุชาดา นิมวัฒนากุล สุขุมล สแนนพวง. ความพร้อมต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพของนักศึกษาอุดมศึกษาจังหวัดสุรินทร์. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2563; 30(1). 25-34.
17. Risa Liang Wong, R.L. et al. A longitudinal study of health professional students' attitudes towards interprofessional education at an American university *Journal of Interprofessional Care*. 2016; 30(2): 191–200
18. Stull, C. L., & Blue, C. M. Examining the influence of professional identity formation on the attitudes of students towards interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*. 2016; 30(1):90-96.

การพัฒนาแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
การเปลี่ยนผ่านจากภาวะติดบ้านไปสู่ติดสังคม ในจังหวัดสงขลา
The Development of Health Promotion Model for Transitioning
from Home-Bound to Social-bound Elders in Songkhla Province

ณรงค์ ต้วงปาน ศษ.ม.* Narong Douangparn M.Ed.*
รัตน์ชนก ไตรวรรณ พย.ม.** Ratchanok Traiwan M.N.S.**
กิตติพร เนาวีสุวรรณ ศษ.ด.*** Kittiporn Nawsuwan Ed.D.***

Corresponding author: bossrong@hotmail.com

Received: 20 May 2020, Revised: 3 Jun 2020, Accepted: 8 Jun 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพ ความต้องการดูแลสุขภาพ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุติดบ้านในจังหวัดสงขลา สร้างและพัฒนาแบบทดลองจนศึกษาผลการใช้รูปแบบดำเนินการ 3 ขั้นตอนขั้นตอนที่ 1 ศึกษาปัญหาสุขภาพ ความต้องการ และการร่วมกิจกรรมทางสังคม ในผู้สูงอายุจำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามปัญหาสุขภาพความต้องการและการร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .93 และ .95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ขั้นตอนที่ 2 สร้างและพัฒนาแบบกิจกรรม โดยนำผลการวิจัยในขั้นตอนที่ 1 และการทบทวนวรรณกรรมมาร่างเป็นรูปแบบ ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาผลการใช้รูปแบบใช้วิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่ติดบ้านจำนวน 60 คน โดยเข้าโปรแกรมตามรูปแบบที่กำหนดจำนวน 4 ครั้ง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุติดบ้านในจังหวัดสงขลามีปัญหาโรคประจำตัวร้อยละ 77.25 ส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีภาวะสุขภาพดีร้อยละ 46.00 มีปัญหาการได้ยินร้อยละ 60.25 ต้องการผู้ดูแลขณะเจ็บป่วยร้อยละ 89.25 มีความต้องการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 4.21$, $SD=0.47$) และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.65$, $SD=1.20$)
2. รูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านสู่ภาวะติดสังคมในจังหวัดสงขลา มี 5 กิจกรรม คือ 1) การให้ความรู้ 2) การพบปะผู้สูงอายุและการนำเสนอตัวแบบ 3) การสาธิตและฝึกปฏิบัติการดูแลตนเอง 4) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ 5) การเยี่ยมบ้านและการเสริมแรง
3. หลังใช้รูปแบบกิจกรรมผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านเปลี่ยนเป็นภาวะติดสังคม คิดเป็นเป็น

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

* Public Health Technical Officer of Senior Professional Level, Songkhla Provincial Health Office

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอหงส์ Email: nok_214sapan@hotmail.co.th

** Registered nurse of Professional Level, Kho Hong Health Promoting Hospital

*** วิทยากรชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา Email: Jock2667@gmail.com

*** Lecturer of Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, SongKhla

ร้อยละ 23.3 และยังคงมีภาวะติดบ้านเหลือร้อยละ 76.7 และความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อรูปแบบกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.49$, $SD=0.29$)

ผลการศึกษาค้นคว้าสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้าน เป็นการเพิ่มช่องทางการดูแลสุขภาพ รวมทั้งช่องทางการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุด้วยกันเองและควรมีดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และประเมินผลความพึงพอใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการพัฒนาประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้สูงอายุติดสังคม

Abstract

This developmental research aimed to determine health problems, healthcare need, social activity participation among home-bound elders in Songkhla province, build and develop an activity model, and examine the effect of model application. The implementation consisted of 3 phases. Phase 1 was the study of problems, needs, and social activity participation in 400 elders. The instruments were a need and social activity participation questionnaires with Cronbach Alpha Coefficient of .926 and .953 respectively. Data were analysed using descriptive statistics. Phase 2 was building and developing an activity model using the study results of phase 1 and literature reviews to draft a model which was validated by experts. Phase 3 was the study of the effects of model application using one group pre-test post-test quasi-experiment. The samples were 60 home-bound elders participating in a model-based program for 4 times. Data were analysed using descriptive statistics.

Research results were found as follows;

1. Health problems of home-bound elders in Songkhla province were underlying diseases (77.25%) including diabetes and hypertension, good health status (46.00%), hearing problem (60.25%), needs for care givers (89.25%). Healthcare need of home-bound elders was at a high level ($\bar{x} = 4.21$, $SD=0.47$). Social activity participation of home-bound elders was at a moderate level ($\bar{x} = 3.65$, $SD=1.20$).

2. Model of health promotion activities for home-bound to social bound elders in Songkhla province composed of 5 activities: 1) education, 2) elderly meeting and model presentation, 3) demonstration and practice of self-care, 4) sharing, 5) home visit and reinforcement.

3. After applying a model, 23.3% of the elders were changed from home-bound to social bound. Home-bound elders were reduced to 76.7%. The satisfaction of elders towards the activity model was at a moderate level ($\bar{x} = 3.49$, $SD=0.29$).

The findings can be used as guidelines of health promotion for home-bound elders, which is a channel of both healthcare and communication among the elders. It is suggested that activity implementations and evaluations of satisfaction should be continued for further effective development.

Keywords: Health promotion activities, Home-bound elder, Social-bound elder

บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรคือการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2555 มีผู้สูงอายุ 8.3 ล้านคนในปี 2562 มีผู้สูงอายุ 1.11 ล้านกว่าคน คิดเป็นร้อยละ 16.73 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าในปี 2568 ประเทศไทยจะก้าวเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์โดยมีผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 20 (14.4 ล้าน)¹ ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาระงบประมาณของภาครัฐและค่าใช้จ่ายของภาคครัวเรือนในการดูแลสุขภาพอนามัยและการจัดสวัสดิการทางสังคม ทำให้พบปัญหาการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ มากขึ้น เช่น ปัญหาทางเศรษฐกิจ และสุขภาพ เกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ มีสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงไม่ดีมาก การป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปวดข้อและโรคอื่น ๆ² โดยแบ่งระดับภาวะพึ่งพิงเป็น 3 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (พึ่งตนเองได้) เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเองและสามารถควบคุมโรคประจำตัวได้ กลุ่มผู้สูงอายุนี้นี้สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้โดยอิสระมักเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและมีศักยภาพในการช่วยเหลือผู้อื่น กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (พึ่งตนเองได้น้อย) เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้างมีโรคเรื้อรัง อาจจะมีพิการ/ทุพพลภาพบางส่วนต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันและกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (พึ่งตนเองไม่ได้) ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ/ทุพพลภาพ ต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน และดูแลสุขภาพต่อเนื่อง³ ซึ่งทั้งกลุ่มที่ 2 และ 3 จำเป็นต้องให้การช่วยเหลือ โดยการหารูปแบบและวิธีการที่จะทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่มนี้ มีสุขภาพแข็งแรง มีอายุยืนยาวไม่เป็นภาระของบุตรหลาน สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในจังหวัดสงขลาจาก ข้อมูลประชากรผู้สูงอายุจังหวัดสงขลาปี 2562 มีผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จำนวน 186,206 คน ได้รับการคัดกรองจำนวน 166,126 คน

ในจำนวนนี้เป็นกลุ่มติดสังคม จำนวน 159,018 คน คิดเป็นร้อยละ 95.72 ติดบ้าน จำนวน 5,958 คน คิดเป็นร้อยละ 3.59 และติดเตียงจำนวน 1,150 คนคิดเป็นร้อยละ 0.69 โดยผู้สูงอายุติดบ้านกลุ่มนี้สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้มาก รวมทั้งยังมีความรู้และภูมิปัญญาที่ติดตัวมา สามารถนำไปถ่ายทอดหรือให้ความรู้แก่บุตรหลานหรือบุคคลอื่นได้ แต่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่สามารถออกมาทำกิจกรรมนอกบ้านได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดทั้งด้านร่างกาย เช่น ปัญหาสุขภาพ การเคลื่อนไหว การขับถ่ายและอื่น ๆ หากมีการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยหากิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุหรือแนวทางที่จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถออกมาทำกิจกรรมนอกบ้านได้ ลดภาวะพึ่งพิง จากปัญหาดังกล่าวมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางตรงและทางอ้อมทั้งด้านคุณภาพชีวิตและสวัสดิการของผู้สูงอายุที่ควรได้รับการส่งเสริมหรือดูแลผู้สูงอายุตามความต้องการในสวัสดิการดังกล่าวที่มีทั้งปัญหาด้านร่างกาย ปัญหาด้านความมั่นคงปลอดภัย และปัญหาทางด้านสังคมจากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญของผู้สูงอายุและครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีติดบ้านที่ยังต้องการความช่วยเหลือในด้านร่างกาย ด้านความมั่นคงปลอดภัย และทางด้านสังคม ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ ที่พูดถึงว่าความต้องการของมนุษย์มี 2 ประเภท คือ 1) ความต้องการเพื่อความพร่องนั่นคือ ความต้องการด้านร่างกาย.และความมั่นคงปลอดภัย และ 2) ความต้องการเพื่อความก้าวหน้านั่นคือ ความต้องการทางสังคม โดยจะมาในลักษณะของความต้องการในด้านสาธารณสุขโรค ด้านการดูแลสุขภาพจิตและด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย จึงจำเป็นที่จะต้องหารูปแบบและแนวทางการดูแลสุขภาพหากมีรูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุและสามารถนำไปใช้ เพื่อให้ผู้สูงอายุติดบ้าน สามารถเข้าสู่ภาวะติดสังคมได้⁴ ซึ่งการพัฒนากิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ อาศัยจากแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) ในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน จะต้องมี

รูปแบบหรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เฉพาะโรค มีการตรวจสุขภาพประจำปี สนับสนุนให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมทั้งในกิจกรรมของครอบครัว/ ชุมชน หรือ ชมรม และมีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องเพื่อ มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และสามารถเลือกปฏิบัติได้ด้วยตนเองในสิ่งที่จะก่อให้เกิด ประโยชน์สูงสุด ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติเพื่อให้มี สุขภาพดีไม่เป็นภาระของบุตรหลานและสังคม ผู้วิจัย เห็นความสำคัญของการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุติดบ้านให้ สามารถดูแลตนเองเข้าสู่ภาวะติดสังคมและนำไป เป็นต้นแบบการจัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุ เพื่อดำรง ภาวะสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ และลดค่าใช้จ่ายที่ต้อง สูญเสียไปในการรักษาพยาบาลต่อไป

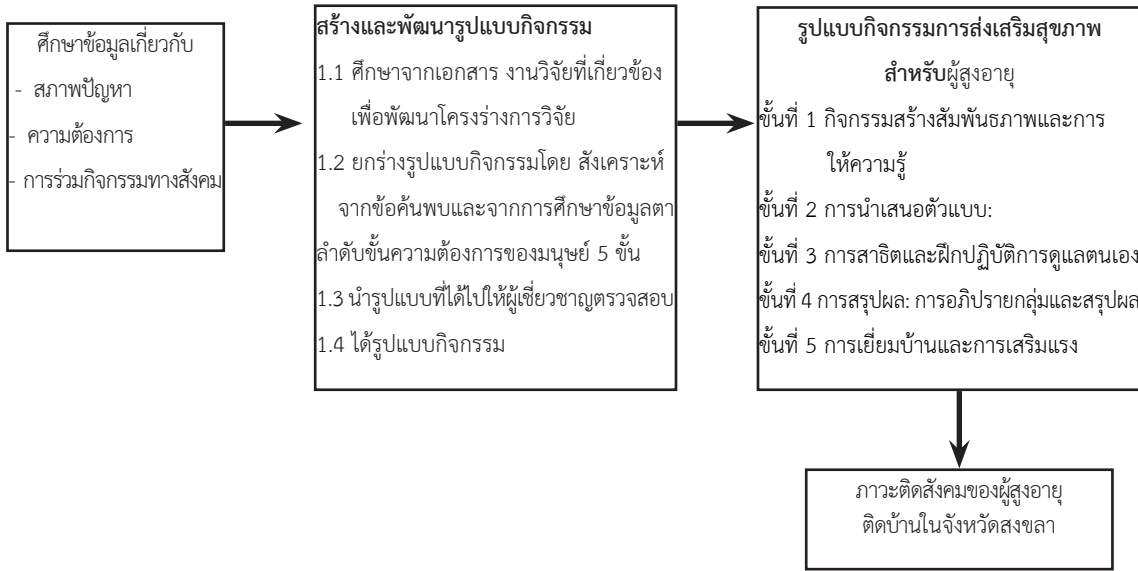
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพ ความต้องการดูแล สุขภาพ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูง อายุติดบ้านในจังหวัดสงขลา
2. เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริม สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านสู่ภาวะติดสังคม ในจังหวัดสงขลา
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการจัดการ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านสู่ ภาวะติดสังคมในจังหวัดสงขลา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ความต้องการของมนุษย์มีลำดับของความ สำคัญแตกต่างกัน ความต้องการมีหลายด้าน บุคคล มีการแบ่งระดับความสำคัญ ความเร่งด่วนต่อชีวิตแตก ต่างกัน และจะแสดงพฤติกรรมที่นำไปสู่ความต้องการ

ที่มีความสำคัญมากกว่าก่อนเสมอจากสภาพความ เสื่อมของผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดความต้องการด้าน สุขภาพของผู้สูงอายุจากหน่วยงานภาครัฐ การจัด กิจกรรมของผู้สูงอายุจึงเน้นการตามความต้องการ และความปรารถนาที่จะให้ผู้สูงอายุได้รับความสุขทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ ความปลอดภัย ความรักและการ ได้รับสิ่งที่มีความหมายต่อตนเองตามแนวคิดของ Maslow⁵ ได้อธิบายลำดับชั้นความต้องการของมนุษย์ 5 ชั้น ซึ่งต้องเป็นไปตามลำดับจากขั้นพื้นฐาน หากไม่ ได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างเพียงพอ ก็ไม่ สามารถบรรลุความต้องการในขั้นถัดไปได้ ในรูปแบบ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพครั้งนี้ ได้เรียงลำดับจาก ความ ต้องการด้านร่างกาย ความต้องการความปลอดภัย ความต้องการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ความต้องการเกียรติยศศักดิ์ศรี และขั้นสุดท้ายคือ ความต้องการบรรลุสัจจะแห่งตน ซึ่งสามารถ เปลี่ยนแปลงขึ้นลงได้ ขึ้นอยู่กับความต้องการที่ขาด หรือเต็มแล้ว ความต้องการมีอยู่เสมอและไม่มีวัน สิ้นสุด และมากขึ้นเรื่อย ๆ สิ่งที่มนุษย์ต้องการขึ้นอยู่กับสิ่งที่เขาได้รับ หรือมีอยู่แล้ว เมื่อความต้องการ อย่างใดอย่างหนึ่งได้รับการตอบสนองแล้วก็ยังคงมีความ ต้องการนั้นต่อไป ตลอดจนการมีตัวแบบที่ดีตาม แนวคิดของ Bandura⁶ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพตนเองบุคคลมีความต้องการเรียงลำดับจาก พื้นฐานไปยังระดับสูงสุดโดยการศึกษาครั้งนี้เริ่มจาก การศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของ ผู้สูงอายุ ก่อนนำไปสู่การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการ ส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะติดบ้าน ก่อนนำไปสู่การส่งเสริมจนเข้าสู่ภาวะติดสังคมหรือ การช่วยเหลือตนเองได้อย่างดีที่สุดในที่สุด



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) โดยดำเนินการในช่วง ตุลาคม 2562–เมษายน 2563 กระบวนการวิจัยแบ่ง ออกเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาปัญหาสุขภาพความต้องการ ดูแลสุขภาพ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้ สูงอายุติดบ้านในจังหวัดสงขลา มีขั้นตอนดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านในจังหวัด สงขลา ในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 5,958 คน⁴ กำหนด เกณฑ์คัดเข้า เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-80 ปี มีคะแนนจากประเมินดัชนีบาร์ธเอล เอดีแอล (Barthel ADL Index)⁵⁻¹¹ คะแนน อาศัยอยู่ในจังหวัดสงขลา ไม่น้อยกว่า 1 ปี สำหรับเกณฑ์คัดออก ได้แก่ผู้สูงอายุ ที่ป่วยเป็นโรคหัวใจหรือผู้สูงอายุติดเตียง และมีปัญหา ด้านการสื่อสาร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุติดบ้านในจังหวัด สงขลา 375 คนคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการใช้ สูตรยามานะ (Yamane, 1973) เนื่องจากเป็นกลุ่ม ตัวอย่างที่มีอายุมาก มีข้อจำกัดหลายอย่างอาจทำให้ ได้กลุ่มตัวอย่างไม่ครบ จึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก

ร้อยละ 10 เพื่อการสูญเสีย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 411 คนใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิโดยใช้สัดส่วน (Proportional stratified random sampling) จาก ประชากรผู้สูงอายุที่ติดบ้านในแต่ละอำเภอ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา และอาชีพรายได้ โรคประจำตัว ผู้ดูแล ลักษณะครอบครัว การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เป็นแบบเลือกตอบรวม 10 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามปัญหาสุขภาพของผู้สูง อายุติดบ้าน โดยประยุกต์จากแบบสอบถามปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอน ล่าง²ถามเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพจำนวน 14 ข้อ

ตอนที่ 3 ความต้องการการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ สูงอายุสู่ภาวะติดสังคมผู้วิจัยประยุกต์เครื่องมือของ การศึกษาความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุในเขต พื้นที่ ต.สะพรี อ.ปะทิว จ.ชุมพร⁷ มี 5 ด้าน คือ ด้าน บริการสุขภาพ ด้านสังคม ด้านรายได้ ด้านนันทนาการ และการสนับสนุนทางสังคม รวม 24 ข้อ

ตอนที่ 4 การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของ ผู้สูงอายุสู่ภาวะติดสังคมจำนวน 13 ข้อ ผู้วิจัยใช้ แบบสอบถามปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ในเขตภาคใต้ตอนล่าง²

ลักษณะของแบบสอบถามตอนที่ 3 และ 4 เป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับจากคะแนนเต็ม 5 หมายถึง มากที่สุด ถึง 1 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุดการแปลผลความต้องการและการร่วมกิจกรรมทางสังคมใช้เกณฑ์พิสัยหารด้วยจำนวนชั้น ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง ผู้สูงอายุมีความต้องการและร่วมกิจกรรมในระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.67 หมายถึง ผู้สูงอายุมีความต้องการและร่วมกิจกรรมในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง ผู้สูงอายุมีความต้องการและร่วมกิจกรรมในระดับต่ำระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามที่ได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย 1 คน อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 1 คน และอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ 1 คน ได้ค่า IOC ระหว่าง .67–1.00 สำหรับการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความต้องการเท่ากับ .93 และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเท่ากับ .95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยทำหนังสือพร้อมแบบสอบถามถึงผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในเขตจังหวัดสงขลา จากนั้นชี้แจงผู้ช่วยนักวิจัยเกี่ยวกับรายละเอียด วัตถุประสงค์ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับเพื่อความชัดเจนและเข้าใจตรงกันก่อนนำไปเก็บแบบสอบถามโดยกำหนดคืนภายใน 2 สัปดาห์ มีการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่างโดยจะเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับมีการเสนอผลงานวิจัยในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยหรือสิทธิที่จะถอนตัว

ออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อ การปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถาม และข้อมูลในคอมพิวเตอร์ทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปีสำหรับ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ ให้ผู้เก็บข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์ ทั้งนี้ภายหลังกลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามคืนผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ได้รับคืนทั้งหมด 400 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 97.32

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์สภาพปัญหา ความต้องการดูแลสุขภาพ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุติดบ้านในจังหวัดสงขลา โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 2 สร้างและพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านสู่ภาวะติดสังคมในจังหวัดสงขลา มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสารจากงานวิจัยที่เกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านสู่ภาวะติดสังคม

2. ผู้วิจัยนำผลวิจัยจากขั้นตอนที่ 1 และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์ และสังเคราะห์ เพื่อยกร่างเป็นรูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านสู่ภาวะติดสังคม

3. นำรูปแบบที่ได้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบจำนวน 5 คน คือ นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน อาจารย์พยาบาล 1 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ 2 คน โดยผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่ารูปแบบควรเพิ่มกิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้สูงอายุก่อนให้ความรู้และประเมินความรู้ของผู้สูงอายุก่อน และปรับเปลี่ยนกิจกรรมที่ 4 เป็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสนทนากา

4. แก้ไขรูปแบบตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นนำรูปแบบที่ได้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบอีก

ครั้งโดยผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 คนให้ความเห็นว่ารูปแบบดังกล่าวมีความเหมาะสม และยอมรับในองค์ประกอบของรูปแบบแต่ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่านแนะนำให้ปรับเปลี่ยนกิจกรรมเล็กน้อย

5. นำรูปแบบที่ได้ไปทดลองใช้ในขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 3 ผลการใช้รูปแบบการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านสู่ภาวะติดสังคมในจังหวัดสงขลา

ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One groups pre-test post-test design) มีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านในจังหวัดสงขลา ในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 5,958 คน⁴ กำหนดเกณฑ์คัดเข้า เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-80 ปี มีคะแนนจากประเมินดัชนีบาร์ธเอล เอดีแอล (Barthel ADL Index)⁵⁻¹¹ คะแนน อาศัยอยู่ในจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้ ไม่น้อยกว่า 1 ปี สำหรับเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหัวใจหรือผู้สูงอายุติดเตียง และมีปัญหาด้านการสื่อสาร

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ได้แก่ ผู้สูงอายุติดบ้านในอำเภอจะนะ และอำเภอหาดใหญ่ อำเภอละ 30 คน รวม 60 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power ใช้ Test Family เลือก t-test, Statistical test เลือก Mean: Difference Between Two Dependent Means (Match Paired) เลือก One Tail กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) = 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = .8 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มสูงอายุ มีข้อจำกัดหลายอย่าง อาจทำให้การเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครอบคลุม จึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่กำหนดไว้เพื่อการสูญเสียร้อยละ 10 เลือกพื้นที่ทดลองใช้รูปแบบแบบเจาะจงกำหนดคุณสมบัติของพื้นที่เป็นอำเภอที่มี

ประชากรใกล้เคียงกันพื้นที่ที่มีความพร้อมของชมรมผู้สูงอายุ มีการดำเนินงานของชมรมอย่างต่อเนื่องที่จะมาช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ติดบ้าน และกลุ่มตัวอย่างต้องเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบฯ ครบทุกกิจกรรมเช่นกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านสู่ภาวะติดสังคมในจังหวัดสงขลา มี 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธ์ภาพและการให้ความรู้ 2) การนำเสนอตัวแบบ 3) การสาธิตและฝึกปฏิบัติการดูแลตนเอง 4) แลกเปลี่ยนเรียนรู้และสนทนากาการ และ 5) การเยี่ยมบ้านและการเสริมแรง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) จากงานวิจัยโครงการวิจัยการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย 8 ลักษณะ ข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบ 3 ข้อ จาก 0 คะแนน ถึง 2 คะแนน มีจำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ จาก 10 กิจกรรม มีคะแนนรวม 0 -20 คะแนน แปลผลโดยใช้เกณฑ์แบบประเมินดัชนีบาร์ธเอล เอดีแอล (Barthel ADL Index)³ ดังนี้

0 - 4 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีภาวะติดเตียง

5 - 11 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีภาวะติดบ้าน

12 - 20 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีภาวะติดสังคม

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของรูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านสู่ภาวะติดสังคมในจังหวัดสงขลา จำนวน 12 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) จากคะแนนเต็ม 5 หมายถึง มากที่สุด ถึง 1 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด การแปลผลใช้เกณฑ์พิสัยหารด้วยจำนวนชั้น ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หมายถึง ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามที่ได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย 1 คน อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 1 คน และอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ 1 คน ได้ค่า IOC ระหว่าง .67–1.00 สำหรับการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม ความพึงพอใจจากผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .701

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

2. ผู้วิจัยอธิบายลักษณะงานวิจัย ลักษณะรูปแบบกิจกรรมอธิบายขั้นตอน วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดการวิจัยให้ผู้ช่วยผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธ์ภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำกิจกรรมตามโปรแกรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม

4. การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุติดบ้าน โดยใช้แกนนำในชมรมผู้สูงอายุและ อสม. เครือข่ายในพื้นที่ เพื่อช่วยดูแลและประสานงานนำกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านมาเข้าร่วมกิจกรรม

5. ผู้วิจัยนำรูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านสู่ภาวะติดสังคมในจังหวัดสงขลามาจัดกิจกรรมจำนวน 4 ครั้ง ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือน เมษายน 2563 โดยจัดกิจกรรม ณ รพ.สต.ในพื้นที่ โดยมีการทำกิจกรรมดังนี้

กิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม	นาที
การสร้างสัมพันธ์ภาพและการให้ความรู้	ความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบปะผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุกิจกรรมวันสำคัญทางศาสนาและวันสำคัญอื่นการนำเสนอตัว	30
การนำเสนอตัวแบบ	แบบผ่านถ่ายทอดภูมิปัญญาสู่ลูกหลาน	30-60
การสาธิตและฝึกปฏิบัติการดูแลตนเอง	การสาธิตเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย ของผู้สูงอายุ และการเลือกวิธีการปฏิบัติตัวในที่เหมาะสม	30-40
แลกเปลี่ยนเรียนรู้และสนทนา	สร้างรอยยิ้มโดยจัดกิจกรรมสนทนาการเพื่อละลายพฤติกรรม และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ	30
การเยี่ยมบ้านและการเสริมแรง	การให้สิ่งชักนำการกระทำ โดยการกระตุ้นเตือนด้วยคำพูดการให้กำลังใจ หรือให้คุณค่าแก่ผู้สูงอายุ	30 - 40

6. ทำการประเมินระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ และบันทึกด้วยแบบบันทึกโดยที่ผู้สูงอายุที่มี กลุ่มที่ ADL 5-8 จะมีการให้เครือข่ายแกนนำชมรมผู้สูงอายุหรือ อสม.ดูแลเพื่อนำมาร่วมทำกิจกรรมจากนั้นผู้วิจัยได้ชี้แจงแนวทางการทำกิจกรรมตามที่กำหนดไว้กับกลุ่มตัวอย่างจากนั้นผู้วิจัยได้เริ่มดำเนินการทดลองตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ 5 กิจกรรม ดำเนินการทั้งหมด 4 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 3 สัปดาห์โดยจัดกิจกรรม ณ รพ.สต.ในพื้นที่ เนื่องจากต้องมีการตรวจสอบสุขภาพและประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทุกครั้งในการเข้าร่วมกิจกรรม

ครั้งที่ 1 มีกิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพและการให้ความรู้การนำเสนอตัวแบบ การสาธิตและ ฝึกปฏิบัติการดูแลตนเอง กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสนทนาการร่วมทั้งการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ

ครั้งที่ 2 มีกิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพ การสาธิตและ ฝึกปฏิบัติการดูแลตนเอง และกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสนทนาการการเยี่ยมบ้านและการเสริมแรงร่วมทั้งการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ

ครั้งที่ 3 มีกิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพ การสาธิตและ ฝึกปฏิบัติการดูแลตนเองการนำเสนอตัวแบบ และกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสนทนาการการเยี่ยมบ้านและการเสริมแรงร่วมทั้งการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ

ครั้งที่ 4 มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสนทนาการการนำเสนอตัวแบบการเยี่ยมบ้านและการเสริมแรงร่วมทั้งการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ

7. หลังจากดำเนินการตามรูปแบบ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและทำแบบทดสอบความพึงพอใจต่อรูปแบบ (Post-test) อีกครั้ง

8. ทำการวิเคราะห์ข้อมูล และจัดโปรแกรมนี้หากมีกลุ่มที่สนใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) โดยใช้ความถี่ ร้อยละ

2. วิเคราะห์ความพึงพอใจหลังการใช้รูปแบบ โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานวิเคราะห์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาหมายเลข 13 /2563 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด เกี่ยวกับผู้วิจัยวัตถุประสงค์ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลการรักษาข้อมูลเป็นความลับการเสนอผลงานวิจัยในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยหรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อบริการทางการแพทย์ใด ๆ ทั้งสิ้น ของผู้ตอบแบบสอบถาม และข้อมูลในคอมพิวเตอร์ทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี

ผลการวิจัย

1. ปัญหาสุขภาพ ความต้องการดูแลสุขภาพ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุติดบ้านในจังหวัดสงขลา

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่เป็นหญิง อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 มีอาชีพเกษตรกร รายได้พอใช้จ่าย เมื่อเจ็บป่วยไม่มีผู้ดูแลอาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุร้อยละ 56.75

1.2 ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุติดบ้านในจังหวัดสงขลาพบว่า มีโรคประจำตัวร้อยละ 77.25 โดยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 26.36 และความดันโลหิตสูงร้อยละ 33.44 ส่วนมากคิดว่าตนเองมีภาวะสุขภาพดีร้อยละ 46.00 มีปัญหาการได้ยินร้อยละ 60.25 ไม่มีปัญหาการมองเห็นร้อยละ 81.00 มีพื้นที่ใช้งานน้อยกว่า 20 ไร่ ร้อยละ 64.25 มียาที่ต้องรับ

ประธานร้อยละ 50.50 มีประวัติการทกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 59.75 ไม่มีปัญหาการกลืน ปีสภาวะร้อยละ 78.50 ไม่มีปัญหาในการขับถ่าย อุจจาระร้อยละ 82.25 ไม่สุขุมหรือร้อยละ 83.75 ไม่ดื่มสุราร้อยละ 97.50 และมีความต้องการผู้ดูแลขณะเจ็บป่วยร้อยละ 89.25 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุติดบ้านในจังหวัดสงขลา

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=400)	ร้อยละ 100
การมีโรคประจำตัว		
ไม่มี	89	22.25
มี	311	77.75
โรคเบาหวาน	82	26.36
โรคความดันโลหิตสูง	104	33.44
โรคหัวใจและหลอดเลือด	27	8.68
โรคหอบหืด	15	4.82
โรคมะเร็ง	4	1.28
อื่นๆ	79	25.40
ภาวะสุขภาพขณะนี้		
ดีมาก	140	35.00
ดี	184	46.00
พอใช้	62	15.50
ไม่ดี	14	3.50
ปัญหาการได้ยิน		
ไม่มี	159	39.75
มี	241	60.25
ปัญหาการมองเห็น		
ไม่มี	324	81.00
มี	76	19.00
ยาที่ต้องรับประทานประจำ		
ไม่มี	198	49.50
มี	202	50.50
ประวัติทกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา		
ไม่มี	161	40.25
มี	239	59.75

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=400)	ร้อยละ 100
ปัญหาการกลั้นปัสสาวะ		
ไม่มี	314	78.50
มี	86	21.50
ปัญหาในการขับถ่ายอุจจาระ		
ไม่มี	329	82.25
มี	71	17.75
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	335	83.75
สูบ	65	16.25
การดื่มสุรา		
ไม่ดื่ม	390	97.50
ดื่ม	10	25.00
ความต้องการการมีผู้ดูแล		
ไม่ต้องการ	43	10.75
ต้องการ	357	89.25

1.3 ความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุติดบ้านในจังหวัดสงขลาในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 4.21$, $SD=0.47$) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านสังคม ($\bar{x} = 4.37$, $SD=0.57$) รองลงมาคือด้านการ

สนับสนุนทางสังคม ($\bar{x} = 4.23$, $SD=0.72$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การบริการด้านสุขภาพ ($\bar{x} = 4.06$, $SD=0.58$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุติดบ้านในจังหวัดสงขลา

ความต้องการ		S.D.	ระดับ
ด้านบริการทางด้านสุขภาพ	4.06	0.58	สูง
ด้านสังคม	4.37	0.57	สูง
ด้านรายได้	4.18	0.70	สูง
ด้านนันทนาการ	4.21	0.58	สูง
ด้านการสนับสนุนทางสังคม	4.23	0.72	สูง
ภาพรวม	4.21	0.47	สูง

1.4 การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุติดบ้านในจังหวัดสงขลาในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.65, SD=1.20$) พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ผู้สูงอายุจะทำกิจกรรมร่วมกับลูกหลานของท่าน/ ลูกหลานของเพื่อนบ้าน/ เพื่อนบ้านค่า

เฉลี่ย 3.94 รองลงมา คือ เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อความรู้หรือโครงการชุมชน เพื่อเพิ่มเติมความรู้ค่าเฉลี่ย 2.75 และน้อยที่สุด คือ การเล่นเกมส่ หมากรุก ประดิษฐ์ของใช้ หรือมีงานอดิเรกทำค่าเฉลี่ย 1.71 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุติดบ้านในจังหวัดสงขลา

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	S.D.	ระดับ
การกิจกรรมร่วมกับลูกหลาน/ ลูกหลานของเพื่อนบ้าน/ เพื่อนบ้าน	4.58	สูง
การร่วมกิจกรรมเพื่อความรู้หรือโครงการชุมชน เพื่อเพิ่มเติมความรู้	3.78	สูง
การออกไปเยี่ยมเยียนญาติมิตร เพื่อนฝูงเพื่อนบ้าน	3.43	ปานกลาง
การเข้าร่วมกิจกรรมจิตอาสาในชุมชน	3.22	ปานกลาง
การเข้าร่วมกิจกรรมงานบุญต่าง ๆ ในชุมชน	3.53	ปานกลาง
การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุหรือชมรมอื่น ๆ	3.85	สูง
การเข้าร่วมประชุมในชุมชนหรือในชมรม	3.70	สูง
การไปปฏิบัติศาสนกิจที่วัด/ มัสยิด/ โบสถ์	3.69	สูง
ความสามารถใช้โทรศัพท์มือถือคอมพิวเตอร์ในการค้นหาข้อมูลหรือส่งไลน์/ อีเมลล์	3.76	สูง
ความสามารถเล่นเกมส่ หมากรุก ประดิษฐ์ของใช้หรือมีงานอดิเรกทำ	3.45	ปานกลาง
การเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายกับเพื่อนบ้าน	3.46	ปานกลาง
การร่วมกิจกรรมทางสุขภาพกับชุมชน	3.55	ปานกลาง
การร่วมกิจกรรมทัศนศึกษากับเพื่อนบ้านหรือชุมชน	3.54	ปานกลาง
ภาพรวม	3.65	1.20 ปานกลาง

2. การพัฒนารูปแบบ มี 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การยกร่างรูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ กำหนดกรอบรูปแบบโดยใช้ข้อมูลพื้นฐานจากขั้นตอนที่ 1 เป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรม โดยผลการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ 1) มาจากการศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ พบว่า ปัญหาด้านสุขภาพส่วนใหญ่ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ส่วนความต้องการมีความต้องการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุและ การบริการด้านสุขภาพ 2) มา

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุแนวทางการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ รูปแบบหรือชนิดของกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อนำไปกำหนดกรอบแนวคิดรูปแบบกิจกรรม และนำสังเคราะห์วิเคราะห์ แนวคิด มาออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมร่วมกันกับผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยโดยทำความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ 3) นำมายกร่างรูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยมี 5 กิจกรรมขั้นตอนที่ 2 การสร้างและตรวจสอบรูปแบบ

กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ แล้วนักวิจัยนำมาปรับปรุงและพัฒนาได้ 5 ชุดกิจกรรมที่นำไปใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้โดยเป็นการให้ความรู้เรื่องโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นกิจกรรมส่งเสริมความรู้สู่การปฏิบัติของผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นสื่อทั้งบุคคลหรือการสังเกตและประสบการณ์ กิจกรรมที่ 2 การพบปะผู้สูงอายุและการนำเสนอตัวแบบที่สามารถเป็นตัวอย่างให้ผู้สูงอายุเป็นกิจกรรมที่นัดหมายทั้งกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุพบปะกันร่วมกิจกรรมทางศาสนาส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุในวันพระของแต่ละเดือนและวันสำคัญอื่น ๆ และการนำเสนอตัวแบบเน้นการใช้ตัวแบบเป็นผู้สูงอายุติดบ้านที่สามารถปรับเปลี่ยนตนเองจนสามารถเข้าสู่ภาวะติดสังคมได้และสามารถดูแลตนเองได้ดี เป็นผู้ที่มีองค์ความรู้ซึ่งสามารถถ่ายทอดภูมิปัญญาสู่ลูกหลาน กิจกรรมที่ 3 การสาธิตและฝึกปฏิบัติการดูแลตนเอง

เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย และการเลือกวิธีการปฏิบัติตัวในที่เหมาะสมกับวัยสูงอายุ เช่น อาหารที่ย่อยง่าย รสชาติต้องลดหวานมันเค็ม ออกกำลังกายโดยใช้เก้าอี้ ไม้พลอง ไทเก๊ก ฯลฯ กิจกรรมที่ 4 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสนทนาการ สร้างรอยยิ้มโดยจัดกิจกรรมการเพิ่มศักยภาพด้านความคิด เช่น การร้องเพลง ทำของประดิษฐ์จากวัสดุเหลือใช้ การรวมกลุ่มเพื่อละลายพฤติกรรม และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การดูแลผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ 5 การเยี่ยมบ้านและการเสริมแรง การชักนำกระตุ้นเตือนการให้กำลังใจ หรือให้คุณค่าแก่ผู้สูงอายุโดยจะมีการติดตามเยี่ยมบ้านเดือนละ 2 ครั้ง โดยทีมเยี่ยมประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และแกนนำผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อติดตามให้กำลังใจ ชักถามการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัว ความเป็นอยู่ปัจจุบัน และความต้องการอื่น ๆ เพื่อช่วยกระตุ้นเตือน และเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่นการใช้คำพูดชักจูงและการกระตุ้นอารมณ์ และให้กำลังใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ (ภาพ 2)



ภาพ 2 รูปแบบการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านสู่ภาวะติดสังคมในจังหวัดสงขลา

ผลการใช้รูปแบบการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านสู่ภาวะติดสังคมในจังหวัดสงขลา

3.1 ระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ พบว่าก่อนใช้รูปแบบการกิจกรรม

ส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านสู่ภาวะติดสังคมผู้สูงอายุมีภาวะติดบ้านร้อยละ 100 หลังใช้รูปแบบผู้สูงอายุมีภาวะติดบ้านเหลือร้อยละ 76.7 และมีภาวะติดสังคมเพิ่มเป็นร้อยละ 23.3 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบร้อยละระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบ

ระดับ	ก่อนการใช้รูปแบบ		หลังการใช้รูปแบบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะติดบ้าน (5-11 คะแนน)	60	100.00	46	76.70
ภาวะติดสังคม (12-20 คะแนน)	0	0.00	16	23.30

3.2 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อรูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านสู่ภาวะติดสังคมในจังหวัดสงขลาภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.49, SD=0.29$) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือกิจกรรมที่ 5 การเยี่ยมบ้าน และการเสริมแรง ($\bar{x} = 3.82, SD=0.68$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ความเข้าใจต่อขั้นตอนของรูปแบบฯ ที่พัฒนาแล้วเป็นอย่างดี ($\bar{x} = 3.22, SD=0.49$) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบกิจกรรม

ความพึงพอใจ	SD	ระดับ	
1. กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพและการให้ความรู้	3.58	0.77	ปานกลาง
2. กิจกรรมที่ 2 การพบปะผู้สูงอายุและการนำเสนอผู้สูงอายุต้นแบบ	3.63	0.64	ปานกลาง
3. กิจกรรมที่ 3 การสาธิตและฝึกปฏิบัติการดูแลตนเอง	3.58	0.81	ปานกลาง
4. กิจกรรมที่ 4 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ สันทนาการสร้างรอยยิ้ม	3.65	0.73	ปานกลาง
5. กิจกรรมที่ 5 การเยี่ยมบ้าน และการเสริมแรง	3.82	0.68	มาก
6. ความพึงพอใจต่อรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้นใหม่	3.55	0.59	ปานกลาง
7. ความพึงพอใจต่อการมีอิสระในการใช้รูปแบบฯ	3.33	0.66	ปานกลาง
8. รูปแบบที่พัฒนาขึ้นทำให้เกิดความมั่นใจและคล่องตัวในการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ	3.47	0.65	ปานกลาง
9. รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีการปฏิบัติเป็นไปด้วยดี	3.30	0.62	ปานกลาง
10. ระยะเวลาที่ใช้ในการทดลองใช้รูปแบบฯ มีความเหมาะสม	3.53	0.68	ปานกลาง
11. ความเข้าใจต่อขั้นตอนของรูปแบบฯ ที่พัฒนาแล้วเป็นอย่างดี	3.22	0.49	ปานกลาง
12. โดยรวมแล้วรูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้รับการยอมรับ	3.23	0.53	ปานกลาง
ภาพรวม	3.49	0.29	ปานกลาง

การอภิปรายผล

1. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุติดบ้านในจังหวัดสงขลาส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ซึ่งป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมของผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพดี และ ปัญหาด้านร่างกาย คือ มีปัญหาการได้ยินสอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมาของ กาญจนา ปัญญาธร⁹ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวและเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการดูแลต่อเนื่องและมีปัญหาเกี่ยวกับมองเห็นและการได้ยินไม่ติดต่อกจากนั้นผลวิจัยพบว่าผู้สูงอายุยังต้องการผู้ดูแลขณะเจ็บป่วยร้อยละ 89.25 มีความต้องการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง¹⁰ ต้องพึ่งพาครอบครัวในการดำเนินชีวิต แต่ปัจจุบันส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่มีคนดูแลเนื่องจากบุตรหลานต้องทำงานและย้ายถิ่น ต้องมีการหาวิธีการหรือรูปแบบในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต่อไป

2. กระบวนการพัฒนามี 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การยกยกรูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีการศึกษาจากข้อมูลปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ และจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาพัฒนารูปแบบ ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและตรวจสอบรูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ เสนอแนะซึ่งหลังจากนั้นได้พัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านสู่ภาวะติดสังคมในจังหวัดสงขลา โดยนักวิจัยนำมาพัฒนาได้ 5 ชุดกิจกรรม ดังนี้

- 1) การสร้างสัมพันธ์ภาพและการให้ความรู้
- 2) การพบปะผู้สูงอายุและการนำเสนอตัวแบบ
- 3) การสาธิตและฝึกปฏิบัติการดูแลตนเอง
- 4) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ
- 5) การเยี่ยมบ้านและการเสริมแรงจากรูปแบบที่ได้ จะนำไปจัดกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ใน 3 เดือน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเน้นแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นอยู่ภายใต้

พื้นฐานการสร้างเชื่อมั่นในตนเองและการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา 4 ประการคือ การประสบกับภาวะ เหตุการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่นการใช้คำพูดชักจูงและการกระตุ้นอารมณ์ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถที่จะเลือกหรือกำหนดพฤติกรรมใด ๆ ที่เหมาะสมกับตนเองได้โดยมีความคาดหวังที่จะเกิดขึ้นตลอดจนสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการและมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นรูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สรวงสุตา เจริญวงศ์ และคณะ¹¹ ซึ่งพบว่าความต้องการการสนับสนุนข้อมูลการดูแลสุขภาพรวมทั้งต้องการมีผู้ดูแลนอกครอบครัวมาช่วยสนับสนุนฟื้นฟูสภาพสุขภาพทำให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพได้ดีขึ้น และจากการศึกษาของ ยุทธนา พูนพานิช และ แสงนา อุทัยแสงไพศาล พบว่า ดังนั้นรูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มติดบ้านที่ดีที่สุดคือ การเยี่ยมบ้านจะเป็นการเสริมแรงและทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพที่ดีขึ้น¹² ดังงานวิจัยของ เชียง เกาจิต และคณะ พบว่า รูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ขั้นตอน คือ 1) การทดสอบสมรรถภาพทางกายการรับรู้ประโยชน์อุปสรรคความสามารถและการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกาย 2) การเสนอตัวแบบ 3) การสาธิตและฝึกปฏิบัติในการออกกำลังกาย 4) การอภิปรายกลุ่มและสรุปผล และ 5) การให้สิ่งชักนำกระตุ้นเตือน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัมรา อารังทรัพย์, ปิยมณฑิ พฤษชาติ และเตือนใจ ศรีประทุม¹³ พบว่ารูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสมรรถภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม มี 5 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนการคืนข้อมูล 2) ขั้นตอนการเสนอตัวแบบที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอและมีร่างกายแข็งแรง 3) ขั้นตอนการสาธิตการออกกำลังกายและ การฝึกปฏิบัติในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ 4) ขั้นตอนวางแผน ดำเนินการ 5) ขั้นตอนการเสริมแรงด้วยคำพูดการให้กำลังใจและสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wiltsey และคณะ¹⁴

พบว่า กิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนนั้น และปรับเปลี่ยนได้จะทำให้กิจกรรมเกิดความร่วมมือ และยั่งยืน

3. หลังใช้รูปแบบกิจกรรมผู้สูงอายุมีภาวะติดบ้านจากร้อยละ 100 เหลือร้อยละ 76.7 และมีภาวะติดสังคมเพิ่มเป็นร้อยละ 23.3 รูปแบบที่ใช้ส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้านที่มีปัญหา ด้านตกอาหาร ด้านการเคลื่อนที่ ด้านการลุกขึ้นจากที่นอนโดยที่ต้องการได้รับการช่วยเหลือตลอดจาก บุตรหลานหรือผู้ดูแล หลังเข้าร่วมกิจกรรมสามารถตกอาหารได้เอง สามารถเคลื่อนไหวได้โดยมีไม้ค้ำยันได้ และสามารถลุกขึ้นจากที่นอนได้เอง เมื่อประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) จาก 5-11 คะแนนมาเป็นคะแนน 12-15 คะแนน จำนวน 16 คน จาก 60 คน และความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อรูปแบบกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุให้ความสนใจในกิจกรรม การให้ความรู้มากที่สุด โดยการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุนั้นเกิดประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายในได้แก่ การได้รับความรู้ ทำให้มีความตื่นตัวเรื่องการดูแลสุขภาพ และประโยชน์ภายนอกได้แก่การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างเพื่อน ๆ วัยเดียวกันและ กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน¹³ สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุทธนา พูนพานิช และ แสงนภา อุทัยแสงไพศาล¹² พบว่า กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เหมาะสมที่สุด คือ การเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นบริการต่อเนื่องที่บ้านที่จัดให้กับผู้สูงอายุ ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข หรือจิตอาสาในชุมชน เป็นการช่วยเหลือที่ทำได้ง่าย ไม่ซับซ้อน ทั้งด้านสุขภาพและสังคมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

(ADL) ควบคู่กับกระบวนการสอนและสาธิต การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและการจัดการเบื้องต้นอย่างต่อเนื่อง ตลอดทุกกระบวนการต้องมีการประเมินความพึงพอใจในบริการที่จัดขึ้นสามารถทำให้ทราบว่ารูปแบบที่ดีเหมาะสมกับพื้นที่อื่น ๆ สามารถนำไปปรับใช้กับบริบทของพื้นที่แต่ควรมีการกระตุ้น ติดตาม การทำงานของเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลวิจัยพบว่ารูปแบบการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุติดบ้านสู่ภาวะติดสังคมมีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุติดบ้านในจังหวัดสงขลา ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาควรนำรูปแบบดังกล่าว ไปกำหนดเป็นนโยบาย ถ่ายทอดลงสู่แผนปฏิบัติการ ตลอดจนมีการดำเนินกิจกรรมทั้งในสถานบริการ ชมรมผู้สูงอายุ ตลอดจนการประสานกับองค์กรปกครองส่วนถิ่นในการร่วมดำเนินการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม

2. การวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาในกลุ่มที่มีคะแนนกิจวัตรประจำวัน (ADL) มีค่าคะแนนมากกว่า 11 และต่ำกว่า 6 เพื่อเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่ม ตลอดจนออกแบบงานวิจัยเป็น 2 กลุ่มวัดก่อนหลัง (Two group pretest posttest)

2. ควรมีการนำรูปแบบกิจกรรมนี้ไปใช้แก่กลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองและมีภาวะพึ่งพาตนเองที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ชัยพร สุชาติสุนทร. สถิติสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
2. กิตติพร เนาว์สุวรรณ และมารีสา สุวรรณราช. สภาพปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคใต้ตอนล่าง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรดิตต์. 2562; 11(2): 118-132.

3. นพวรรณ ผ่องใส. ผลของการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. ข้อมูลผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลาจากระบบรายงาน 43 แฟ้ม ณ วันที่ 30 พค. 62; 2562.
5. Maslow AH..A Theory of Human Motivation. Psychological Review. 1943. 50: 370-396.
6. Bandura A. Social Learning Theory. New Jersey: Prentice-Hall; 1977.
7. อิงทิตา วงศ์จินดา และจิตพนธ์ ชุมเกต. การศึกษาความต้องการสวัสดิการของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ ต.สระพร้าว.ปะทิว จ.ชุมพร.การประชุมวิชาการมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล ครั้งที่ 9 “ราชมงคลสร้างสรรค์นวัตกรรมที่ยั่งยืนสู่ประเทศไทย 4.0” วันที่ 7-9 สค. 60 ณ อิมแพคเมืองทองธานี; 2561.
8. สถาบันเวชศาสตร์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2549.
9. กาญจนา ปัญญาธร. พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลและความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดูแลที่ได้รับ: กรณีศึกษาร้านหนองตะไไ้ จ.อุดรธานี. เอกสารการประชุมใหญ่การนำเสนอผลงานวิชาการระดับชาติ เรื่องสหวิทยาการ: ความหลากหลายทางวัฒนธรรมสู่ประชาคมอาเซียน; 2557.
10. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Elderly 2016. Nakhonpatom: Printery Co., Ltd; 2017.
11. สรวงสุดา เจริญวงศ์, พรทิพา คงคุณ, นิภารัตน์ จันทร์แสงรัตน์ และเพียงตะวัน สีหวาน.สถานการณ์การดูแลและความต้องการการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชนมุสลิมเขตชนบทภาคใต้ของไทย.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2561; 5(2): 231-246.
12. ยุทธนา พูนพานิช และแสงนภา อุทัยแสงไพศาล. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชน เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2557; 23(2): 226-238.
13. อัมรา อารังทรัพย์, ปิยมณต์ พฤกษชาติ และเตือนใจ ศรีประทุม.การวิจัยและพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสมรรถภาพ การทำหน้าที่ทางกาย สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหนองตาไ้. 2561; 25(3): 42-55.
14. Wiltsey SS, Kimberly J, Cook N, Calloway A, Castro F, Charms M. The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature and recommendations for future research. [internet]. [cited 2020 April 2]. Available from<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22417162>.

**ประชาสัมพันธ์การส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ใน
วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ**

วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ ได้รับการรับรองให้อยู่ในฐานข้อมูลเพื่อการสืบค้นงานวิจัย ผลงานทางวิชาการ และการอ้างอิงของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการไทย หรือ Thai-Journal Citation Index (TCI) กลุ่มที่ 2 ผู้ที่จะส่งบทความตีพิมพ์ต้องสมัครเป็นสมาชิกวารสารฯ อย่างน้อย 3 ปี (เฉพาะผู้เขียนชื่อแรก) ลักษณะของบทความที่ตีพิมพ์

1. เป็นบทความวิจัยหรือบทความวิชาการ
2. เป็นบทความด้านการบริการการพยาบาล การศึกษาพยาบาล และสุขภาพที่เกี่ยวข้อง
3. ต้องไม่เป็นบทความที่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อนทั้งในและต่างประเทศ รวมทั้งภาษาอื่น ๆ
4. บทความเป็นฉบับภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ
5. บทความวิจัยต้องผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยให้แนบสำเนาใบรับรองจริยธรรมการวิจัยฯ มาพร้อมกับบทความต้นฉบับที่จะส่งขอตีพิมพ์

การสมัครเป็นสมาชิกวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

กรอกใบสมัครการเป็นสมาชิกวารสารฯ ตามแบบฟอร์มที่อยู่ท้ายเล่มของวารสาร ส่งมายังหน่วยงานวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ อาคาร 1 ชั้น 6 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200 หรือทาง e-mail : nat-nd@hotmail.com โดยมีค่าสมาชิก ดังนี้

- 1 ปี ค่าสมาชิก 200 บาท (2 เล่ม) และค่าส่งวารสาร 40 บาท
 - 2 ปี ค่าสมาชิก 400 บาท (4 เล่ม) และค่าส่งวารสาร 80 บาท
 - 3 ปี ค่าสมาชิก 500 บาท (6 เล่ม) และค่าส่งวารสาร 100 บาท
- รายฉบับ ราคาฉบับละ 100 บาท และค่าส่งวารสารฉบับละ 20 บาท

ความรับผิดชอบของผู้เขียน

1. เนื้อหาและข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมพยาบาลฯ ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนเท่านั้น ผู้เขียนบทความต้องศึกษารายละเอียดหลักเกณฑ์การจัดทำต้นฉบับตามที่วารสารกำหนด และเนื้อหาส่วนภาษาอังกฤษต้องได้รับการตรวจสอบจากเจ้าของภาษามาแล้ว
2. ส่งบทความต้นฉบับที่มีความยาวไม่เกิน 12 หน้า มายังสมาคมฯ ภายในเวลาที่กำหนด คือ ฉบับที่ 1 ภายใน 28 กุมภาพันธ์
ฉบับที่ 2 ภายใน 31 สิงหาคม

โดยส่งทาง Online ระบบ Thaijo <https://www.tci-thaijo.org/index.php/jnorthnurse> และทางอีเมล E-mail address : nat-nd@hotmail.com

3. ชำระค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิอ่านบทความ เรื่องละ 1,500 บาท โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ บัญชีออมทรัพย์ชื่อ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ บัญชีเลขที่ 566-2-06297-7

4. หากผู้เขียนต้องการตีพิมพ์แบบเร่งด่วน (Fast track) ต้องชำระค่าใช้จ่ายเพิ่ม เรื่องละ 2,000 บาท โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ บัญชีออมทรัพย์ชื่อ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ บัญชีเลขที่ 566-2-06297-7

ขั้นตอนการพิจารณาบทความ

1. เมื่อกองบรรณาธิการวารสารได้รับบทความวิจัยหรือบทความวิชาการแล้ว จะพิจารณาเบื้องต้นตามหลักเกณฑ์การจัดทำต้นฉบับที่วารสารกำหนดและคุณภาพของบทความ แล้วแจ้งผลการพิจารณาเบื้องต้นให้ผู้เขียนรับทราบ

2. บทความที่ผ่านการพิจารณาเบื้องต้น จะถูกส่งต่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกตามความเชี่ยวชาญของสาขาวิชา จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณากลับกรอง (Blinded peer review)

3. บทความที่ไม่ผ่านการพิจารณาเบื้องต้นตามหลักเกณฑ์การจัดทำต้นฉบับที่วารสารกำหนด และบทความที่ไม่ผ่านการพิจารณาด้านคุณภาพ กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาเบื้องต้นให้ผู้เขียนรับทราบเพื่อพิจารณาปรับปรุง

4. บทความที่ได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านให้แก่ผู้เขียน

5. ผู้เขียนบทความพิจารณาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน พร้อมแนบเอกสารชี้แจงการปรับแก้บทความ ส่งกลับมายังกองบรรณาธิการ ภายใน 2 สัปดาห์

6. เมื่อกองบรรณาธิการพิจารณาว่าบทความได้รับการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะอย่างครบถ้วนแล้ว จะแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้เขียน เพื่อยืนยันรับการตีพิมพ์บทความอย่างเป็นทางการ

7. ผู้เขียนบทความจะได้รับวารสารฉบับที่บทความนั้นตีพิมพ์ จำนวน 2 ฉบับ โดยจะส่งให้ผู้เขียนที่เป็นชื่อแรกเท่านั้น

**หลักเกณฑ์และรูปแบบการจัดทำต้นฉบับบทความเพื่อขอรับ
การตีพิมพ์ในวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ**

ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

- **ขนาดกระดาษ A 4** ความยาวทั้งหมดไม่เกิน 12 หน้ารวมเอกสารอ้างอิง
- **กรอบของข้อความ** ในแต่ละหน้าให้มีขอบเขตดังนี้ จากขอบบนของกระดาษ 1.25 นิ้ว ขอบล่าง 1.0 นิ้ว ขอบซ้าย 1.25 นิ้ว ขอบขวา 1.0 นิ้ว
- **ระยะห่างระหว่างบรรทัด** หนึ่งช่วงบรรทัดของเครื่องคอมพิวเตอร์
- **ตัวอักษร** ใช้ (TH SarabunPSK) และพิมพ์ตามที่กำหนดดังนี้
 - **ชื่อเรื่อง (Title)**
 - ภาษาไทย ขนาด 24 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
 - ภาษาอังกฤษ ขนาด 24 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
 - **ชื่อผู้เขียน (ทุกคน)**
 - ชื่อผู้เขียน ภาษาไทย – ภาษาอังกฤษ ชื่อย่อวุฒิการศึกษา ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
 - ตำแหน่ง/สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้เขียน ภาษาไทย-อังกฤษ ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
 - **บทคัดย่อ**
 - ชื่อ “บทคัดย่อ” และ “Abstract” ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
 - ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบ ความยาวไม่เกิน 1/2 หน้า ภาษาไทย และ 1/2 หน้าภาษาอังกฤษ
 - **คำสำคัญ (Keywords)** พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ เลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 3-4 คำ ขนาด 16 point
 - **รายละเอียดบทความ**
 - หัวข้อใหญ่ ขนาด 17 point ตัวหนา กำหนดขีดซ้าย
 - หัวข้อรอง ขนาด 17 point ตัวหนา กำหนดขีดซ้าย
 - ตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบ
 - ย่อหน้า 0.5 นิ้ว
 - **เนื้อหาของบทความวิจัย กำหนด ดังนี้**
 - ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
 - คำถามการวิจัย (ถ้ามี)
 - วัตถุประสงค์การวิจัย
 - สมมุติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

- กรอบแนวคิดในการวิจัย (อธิบายแนวคิด ทฤษฎี พร้อมสรุปเป็นแผนภูมิประกอบ)
- วิธีดำเนินการวิจัย (รายละเอียดของประชากร การกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์การคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยระบุ รายละเอียดของเครื่องมือ การหาคุณภาพของเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิจัย
- ผลการวิจัย
- สรุปและอภิปรายผล
- ข้อเสนอแนะ การนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์ และการวิจัยครั้งต่อไป
- เอกสารอ้างอิง (ไม่เกิน 15 รายการ)

● **เนื้อหาของบทความวิชาการ กำหนด ดังนี้**

- บทคัดย่อ
- บทนำ
- แนวคิดนำไปสู่การหาคำความรู้ทางการแพทย์ (ถ้ามี)
- บทสรุป
- **คำศัพท์** ให้ใช้ศัพท์บัญญัติของราชบัณฑิตยสถาน
- **ภาพและตาราง** กรณีมีภาพและตารางประกอบ ชื่อภาพให้ระบุคำว่า ภาพที่ ไว้ได้ ภาพประกอบและจัดข้อความบรรยายภาพให้อยู่กึ่งกลางหน้ากระดาษ ชื่อตารางให้ระบุคำว่า ตารางที่ หัวตารางให้จัดชิดซ้ายของหน้ากระดาษ และได้ภาพประกอบหรือตารางให้บอกแหล่งที่มาโดยพิมพ์ได้ชื่อภาพใช้ตัวอักษรขนาด 14 point ตัวปกติ เส้นของตารางให้มีเพียง 3 เส้น เส้นหัวข้อตารางและเส้นปิดท้ายตาราง
- **กิตติกรรมประกาศ** ให้ประกาศเฉพาะการได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย

การส่งต้นฉบับบทความวิจัย/ วิชาการเพื่อขอรับการตีพิมพ์

ผู้เขียนส่งบทความต้นฉบับ ทาง E-mail : nat-nd@hotmail.com ส่งถึงหน่วยงานวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ และทาง Online ระบบ Thaijo <https://www.tci-thaijo.org/index.php/jnorthnurse>

การเขียนเอกสารอ้างอิง

1. เอกสารอ้างอิงทุกฉบับต้องมีการอ้างอิงที่กล่าวถึงในบทความ
2. ใช้ระบบตัวเลขในการอ้างอิง โดยพิมพ์ด้วยก
3. เรียงลำดับการอ้างอิงตามเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ โดยเรียงลำดับหมายเลขอ้างอิงเริ่มจากหมายเลข 1,2,3 ไปตามลำดับที่อ้างก่อน-หลัง โดยใช้เลขอารบิก และทุกครั้งที่มีการอ้างอิงซ้ำจะต้องใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิง
4. การอ้างอิงเอกสารมากกว่า 1 ฉบับต่อเนื่องกันจะใช้เครื่องหมายติงศกัณฑ์ (hyphen หรือ -) เชื่อมระหว่างฉบับแรกถึงฉบับสุดท้าย เช่น 1-3 แต่ถ้าอ้างถึงเอกสารที่มีลำดับไม่ต่อเนื่องกัน จะใช้เครื่องหมายจุลภาค (comma หรือ,) โดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร เช่น 4,6,10

5. รูปแบบการพิมพ์เอกสารอ้างอิงทำยบความให้พิมพ์ตามลำดับการอ้างอิงตามหมายเลขที่ได้อ้างอิง
ในเนื้อหาของบทความ และไม่แยกประเภทของเอกสารที่ใช้อ้างอิง
6. รายละเอียดการเขียนเอกสารอ้างอิงทำยบความ ให้ใช้ตามระบบ แวนคูเวอร์ (Vancouver) ดังนี้

การอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal).
ปีที่พิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume & Number/Issue): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย. (Page)

ตัวอย่าง

บุญมี ภูदानจิว. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ต่อการนับและ
บันทึกลูกดิ้น. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2557;12(1):135-146.

การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา ประกอบด้วย 2 แบบ

1. การอ้างอิงหนังสือทั้งเล่ม มีรูปแบบการอ้างอิง ดังนี้

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

ตัวอย่าง

กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. พฤติกรรมการบริโภค หวาน มัน เค็ม. นนทบุรี: กองสุศึกษา
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2556.

2. การอ้างอิงบทใดบทหนึ่งของหนังสือ ที่มีผู้แต่งรายบทและมีบรรณาธิการหนังสือ
(Chapter in a book) มีรูปแบบการอ้างอิง ดังนี้

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

การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding) มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปี ที่ประชุม; สถานที่จัด
ประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักงานพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม/สรุปผลการประชุม (Conference paper) มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/ editor(s). ชื่อการประชุม; วัน เดือน
ปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้า
สุดท้าย.

การอ้างอิงเอกสารที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/ Dissertation) มีรูปแบบการเขียนอ้างอิง ดังนี้

ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ประเภท/ระดับปริญญา. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ ปริญญา.

ตัวอย่าง

จุฑามาศ สนทนก. ปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองเพื่อการสร้างสรรค์ผลงานทางวิชาการของอาจารย์สถาบันบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.

การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic material) ใช้การอ้างอิงตามรูปแบบประเภทของเอกสารโดยจะเพิ่มเติมข้อมูลบอกประเภทของสื่อเอกสารที่นำมาอ้างอิง วันที่สืบค้นข้อมูล และแหล่งที่มาของข้อมูล ดังนี้

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

ตัวอย่าง

ยุทธนา พรหมณี. วิวัฒนาการทางความคิดเกี่ยวกับผู้นำ : ทฤษฎีภาวะผู้นำ [ออนไลน์]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 2556/3/17]. เข้าถึงได้จาก: www.pncc.ac.th/pncc/wrod/re/r22.doc

การอ้างอิงบทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; ปีที่เล่มที่: หน้า/about

ตัวอย่าง

วนิดา สติประเสริฐ, ยุวดี ลีลคนาวีระ และพรนภา ทอมสินธุ์. ผลการชี้แนะต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้. วารสารการพยาบาลและการศึกษา [ออนไลน์]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2558/12/25];8(3):33-51. เข้าถึงได้จาก: http://www.scppk.com2_tps-13/marticle.php?id=113114

แบบฟอร์มการสมัครเป็นสมาชิกวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

สมาชิกใหม่ ต่ออายุสมาชิก หมายเลขสมาชิก.....
(สมาชิกเก่าโปรดระบุหมายเลขสมาชิก)

1. ข้าพเจ้า น.ส./นาง/นาย.....มีความประสงค์ที่จะเป็นสมาชิก

วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

ในนามหน่วยงาน คือ.....

ในนามบุคคล คือ.....

มีกำหนด.....ปี ตั้งแต่ฉบับที่.....ถึงฉบับที่.....ประจำปี พ.ศ.....โปรดส่งวารสารไปยัง
(หน่วยงาน).....หรือ (บุคคล) น.ส./
นาง/นาย.....

ที่อยู่.....

รหัสไปรษณีย์.....โทร.....

Email :.....

2. ระยะเวลาที่บอกรับ

1 ปี ค่าสมาชิก 200 บาท (2 เล่ม) และค่าส่งวารสาร 40 บาท

2 ปี ค่าสมาชิก 400 บาท (4 เล่ม) และค่าส่งวารสาร 80 บาท

3 ปี ค่าสมาชิก 500 บาท (6 เล่ม) และค่าส่งวารสาร 100 บาท

รายฉบับ ราคาฉบับละ 100 บาท และค่าส่งวารสารฉบับละ 20 บาท

3. ข้าพเจ้าได้ส่ง เงินสด

หลักฐานการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาคณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ บัญชีออมทรัพย์ชื่อ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ บัญชี
เลขที่ 566-2-06297-7 จำนวน.....บาท (.....) มาพร้อมนี้

และขอให้ออกใบเสร็จในนามของ.....

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....(ผู้รับเงิน)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่ง E-mail address : nat-nd@hotmail.com

หน่วยงานวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

อาคาร 1 ชั้น 6 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200

