

ปีที่ 24 เล่มที่ 2 ประจำเดือน กรกฎาคม – ธันวาคม 2561

JNATNO Vol. 24 No. 2 July-December 2018

วารสารสมาคมพยาบาล แห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ



Journal of Nurses' Association of Thailand Northern Office
www.natnorth.org ISSN 0859-4880



วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
สาขาภาคเหนือ

ปีที่ 24 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน กรกฎาคม-ธันวาคม 2561

วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

วัดภูประสงค์

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

องค์กรวิชาชีพพยาบาล

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

การสมัครสมาชิก

ให้กรอกใบสมัครการเป็นสมาชิกวารสารตามแบบฟอร์มที่อยู่ท้ายเล่มของวารสาร ส่งมายังหน่วยวารสาร
สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขากาคนเหนือ อาคาร 1 ชั้น 6 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200 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 ถนนอินทวโรรส
ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200
โทร. 0-5389-4213, 0-5393-5030 โทรสาร 0-5389-4213

ที่ปรึกษา: รศ.เจียรนัย โพธิ์ไทรย์

บรรณาธิการ: ผศ.ดร.ปรารธนา ลังการ์พินธุ์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ: อ.พนพิลาศ โรจนสุพจน์

กองบรรณาธิการ: ผศ.ดร.ศรินทร์ทิพย์ ขวพันธุ์ อ.ดร.จินตวีร์พร แป้นแก้ว

ผศ.ดร.อัจฉราพร ศรีภูษณาพรธณ ผศ.ดร.รุ่งฤดี วงศ์ชุม

อ.ดร.ปลื้มจิต โชติกะ

ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (Peer Review)

รศ.ดร.จรรยา สันตยากร

อ.ดร.ดลนภา ไชยสมบัติ

อ.ดร.วิภาพร สิทธิศาสตร์

รศ.ดร.ชมนาด พจนามาตร์

อ.ดร.สธิตา พงษ์พันธุ์งาม

อ.ดร.สัณณนา คำสุข

รศ.ดร.พลสุข หิงคานนท์

อ.ดร.ปิ่นนเรศ กาศอดม

อ.ดร.ยพากรณ์ ตีรไพรวงศ์

รศ.สิริรัตน์ จันทรมะโน

อ.ดร.ชติมา สืบวงศ์ลี

อ.ดร.วรรณวดี เนียมสกล

ผศ.ดร.จันท รัตน์ เจริญสันติ

อ.ดร.ประภาพร มโนรัตน์

อ.ดร.เชษฐา แก้วพรหม

ผศ.ดร.ชมพนช โสภากจารย์

อ.ดร.ศรียศดา งามขำ

อ.ดร.ชศักดิ์ ยืนนาน

ผศ.ดร.วัลลภา ทรงพระคุณ

สารบัญ

การป้องกันการใช้อัลกอฮอล์ในทางที่ผิดในวัยรุ่น Prevention of Alcohol Abuse in Adolescents เนตรดาว ธงชีว Natedao Thongseaw	1
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบเชิงรุก Learning Achievements among Nursing Students through Active Learning เกศินี วุฒิวงศ์ Kasinee Wudhiwong ดารินทร์ เหมะวิบูลย์ Darin Hemavibool สุกาญจนา แม้นมัลย์ Sukarnjana Manmalai	12
การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการพยาบาล ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชบุรี Perceptions of Obstetrics-Gynecology Nursing Personnel on Safety Culture in Ratchaburi Hospital อุบล แจ่มนาม Ubol Jamnam รัศมี ศรีนนท์ Rassamee Srinon	25
การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแล ภาวะฉุกเฉิน ผู้สูงอายุที่เสพยาเสพติดติดแอลกอฮอล์ อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ Competency Development of Village Health Volunteers Regarding Emergency Care for Elderly with Alcohol Use in Don Kaew Sub-district, Mae Rim District, Chiang Mai สมิตพร จอมจันทร์ Sumitporn Chomchan ธณัชนรี สโรบล Tanatn aree Salobol นิตยา บุญลือ Nittaya Boonlue เกศราภรณ์ ชูพันธ์ Kesaraporn Choopun	37
บทบาทพยาบาล: การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถ ของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยระยะเฉียบพลัน The Nurses' Roles: Promotion of Parental Self-efficacy in Caring for Children with Acute Illness สมิตรา กันทาหงษ์ Smithtra Kuntahong	50

รูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเชียงราย	61
Learning Styles Preference of Nursing Students at Chiangrai College	

พูลสุข หิงคานนท์	Poonsuk Hingkanont
ฐิติอาภา ตั้งคำวานิช	Thitiarpa Tungkavanich
อิสเรศ จันทรเจริญ	Issaret Junjaroen
จักรพันธ์ ชัยทัศน์	Chakkaphan Chaithat

พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุ	72
ตำบลดอนแก้ว อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่	
Accident Prevention Behaviors among Older Adults	
Donkeaw, Maerim District, Chiangmai Province	

พิกุล ดินามาส	Phikul Tinamas
ภัทรานิษฐ์ จองแก	Patthanit Jongkae
ทิพย์สุดา เลี้ยงพานิช	Tipsuda Sengpanich

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง	83
3อ.2ส.1ย. และการใช้ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ต่อความรู้	
พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน	
Effects of Health Behavior Changing Program (Food, Exercise,	
Emotion, Smoking and Alcohol Cessation, Medicine taking)	
and Vichai's 7 Color Balls Model on Knowledge of Health	
Behavior and Blood Sugar Levels of Diabetic Patients	

นงลักษณ์ ตุ่นแก้ว	Nonglux Toonkeaw
พิมพ์ใจ อุ่นบ้าน	Pimjai Aunban
ศรีบุญฤทธิ์ จันทร์ดีแก้วสกุล	Sarinyaporn Chandeekeawchakool

การเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาล	96
ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี	
Comparison of Opinions Regarding Problem-Solving	
Skill among Nursing Students at Boromarajonani	
College of Nursing Changwat Nonthaburi	

สุจิรา วิเชียรรัตน์	Sujira Wichianrat
ศิริพร ครุฑทาศ	Siriporn Kruttakart
นงนภัทร รุ่งเนย	Nongnaphat Rungnoi
วเลรัตน์ แตรตุลาการ	Waleerat Traetulakarn
แสงเดือน จักรพันธุ์ ณ ออยุธยา	Sangduean Chakrabhand

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีปีใหม่ 2562 จากวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือค่ะ ขอขอบคุณทุกท่านที่ได้ส่งบทความวิชาการที่มีคุณค่าและน่าสนใจยิ่งมาตีพิมพ์ในวารสารอย่างต่อเนื่องตลอดมา ในฉบับนี้มีบทความวิจัยที่น่าสนใจถึงเจ็ดเรื่อง ได้แก่ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบเชิงรุก การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรมโรงพยาบาลราชบุรี การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลภาวะฉุกเฉิน ผู้สูงอายุที่เสพสุราตำบลดอนแก้วอำเภอแม่ริมจังหวัดเชียงใหม่ รูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเชียงราย พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุตำบลดอนแก้วอำเภอแม่ริมจังหวัดเชียงใหม่ ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส.1ย. และการใช้ปั๊มป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี ต่อความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน และการเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี นอกจากนี้ ยังมีบทความวิชาการที่น่าสนใจอีกสองเรื่อง ได้แก่ การป้องกันการใช้อัลกอฮอล์ในทางที่ผิดในวัยรุ่น และบทบาทพยาบาล: การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยระยะเฉียบพลัน

ในปีใหม่นี้เรายินดีต้อนรับนายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือท่านใหม่คือ ดร.ปิ่นนเรศ กาศอุดม ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีแพร่ และจะมีกองบรรณาธิการชุดใหม่เข้ามาดำเนินการวารสารของสมาคมฯ เพื่อพัฒนาคุณภาพของวารสารและเตรียมพร้อมเพื่อขอรับการรับรองให้อยู่ในฐานะข้อมูลเพื่อการสืบค้นงานวิจัย ผลงานวิชาการ และการอ้างอิงของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการการไทย หรือ Thailand Citation Index (TCI) กลุ่มที่หนึ่ง ในอนาคตอันใกล้นี้ จึงขอเชิญชวนนักวิชาการ นักวิจัยพยาบาลวิชาชีพและสมาชิกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯทุกท่านส่งบทความเพื่อขอรับการตีพิมพ์ในวารสารนี้ เพื่อเป็นการพัฒนาความรู้ พัฒนานักวิชาชีพ และพัฒนาสมาคมฯของเราให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้นต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรารถนา ลังการพันธ์
บรรณาธิการ

การป้องกันการใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิดในวัยรุ่น Prevention of Alcohol Abuse in Adolescents

เนตรดาว ธงชีว พย.ม.*

Natedao Thongseaw M.N.S*

บทคัดย่อ

การเกิดนักดื่มหน้าใหม่เป็นปัญหาที่สำคัญในปัจจุบันที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น กลุ่มนักดื่มหน้าใหม่ส่วนใหญ่มีอายุ 15-19 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยรุ่น หากปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ของวัยรุ่นไม่ได้รับการแก้ไข อาจส่งผลกระทบต่อบุคคล สังคม และประเทศชาติ การป้องกันการใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิดในวัยรุ่นจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดปัญหาดังกล่าว การป้องกันที่สำคัญของรัฐคือการจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น และนักดื่มทั่วไป อีกทั้งยังมีการป้องกันโดยมุ่งเน้นไปที่การปรับเปลี่ยนทัศนคติและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งประกอบไปด้วย การจัดการความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยการให้ความรู้ในระบบการศึกษา การให้ความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์โดยคำนึงถึงการเรียนรู้ที่แตกต่างกันในแต่ละวัย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิด ซึ่งครอบคลุม 5 ประเด็น ดังนี้ 1) การเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับอันตรายที่เกิดจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสร้างความตระหนักและแรงจูงใจที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและหยุดดื่ม 2) การสำรวจทัศนคติและการรับรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) ช่วยในการพัฒนาทักษะด้านการตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา และทักษะการปฏิเสธ 4) การพัฒนาความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง และ 5) การพัฒนาความตระหนักถึงปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมไปถึงการให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองและคุณครูในโรงเรียนก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดโอกาสการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ : แอลกอฮอล์ การใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิด การป้องกันการใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิด

* อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

* Instructor of McCormick Faculty of Nursing, Payap University

Abstract

New drinkers, mostly adolescents aged 15-19, are a significant problem and increasingly important issue today. If this problem is not been solved, a harmful use of alcohol will have a long-term impact on people, society and the nation. "Prevention of alcohol abuse in adolescents" becomes an important initiative which aims to reduce the impact of alcohol problems. The prevention policy launched by government limits access to alcoholic beverages. The strategy of the prevention of alcohol abuse project is modification of attitudes and alteration of alcohol consuming behavior. Information about alcohol is an integral part of the education curriculum, and is tailored for different age groups, taking different learning needs into account to prevent alcohol-related behavior. It covers five issues: 1) Increasing knowledge of the potential damage alcohol use can increase awareness and motivation to stop drinking. 2) Exploring attitudes and perceptions of alcohol use. 3) Promoting the development of decision-making, coping, assertiveness and drink refusal skills for alcoholics. 4) Help to develop self-esteem. 5) Increasing awareness of various factors that can influence alcohol consumption. In addition, parents and school teachers are important to reduce the chances of harmful use of alcohol in adolescents.

Keywords : Alcohol, Alcohol abuse, Prevention of alcohol abuse

บทนำ

ปัญหาที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นับเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นในประเทศไทย ส่งผลกระทบต่อตัวผู้บริโภครอบครัว สังคม รวมไปถึงส่งผลกระทบในระดับประเทศ วัยรุ่นจำนวนไม่น้อยกำลังเสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบต่างๆ ที่เกิดจากปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งปัจจุบันนักดื่มหน้าใหม่ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเยาวชนหรือวัยรุ่น การแก้ไขปัญหาและการป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบในอนาคตจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น อีกทั้งต้องมีมาตรการป้องกันและควบคุมสิ่งแวดล้อมของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งบทความนี้นำเสนอสาระสำคัญ 4 ส่วน ได้แก่ สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ มาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหามาจากแอลกอฮอล์ และบทบาทพยาบาลในการป้องกันการใช้อัลกอฮอล์ในทางที่ผิดในวัยรุ่น

สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

จากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากรในประเทศไทยปี 2557 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ในกลุ่มประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 17.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 32.3 หรืออาจกล่าวได้ว่าราว 1 ใน 3 ของประชากรในประเทศไทยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่ผ่านมา¹ ในประชากรที่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบว่าเพศชายมีการดื่มมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 53.0 และร้อยละ 12.9 ตามลำดับ หากพิจารณาข้อมูลของ

แต่ละภูมิภาคจะเห็นว่าสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีสัดส่วนนักดื่มปัจจุบันสูงสุดถึงร้อยละ 39.4 และร้อยละ 37.2 ตามมาด้วยภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) กรุงเทพมหานคร และภาคใต้ คิดเป็นร้อยละ 28.1 ร้อยละ 23.5 และร้อยละ 18.8 ตามลำดับ^{2,3,4,5,6} ในปี 2558 โดยการสำรวจขององค์การอนามัยโลก พบว่า ประเทศไทยมีประชากรดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บริสุทธิ์เฉลี่ยต่อหัวประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ประมาณ 5.5-8.4 ลิตรต่อคนต่อปี⁷ โดยสามารถแบ่งความถี่ในการดื่มของนักดื่มปัจจุบันแสดงเป็นสัดส่วนของนักดื่มนานๆ ครั้ง ต่อ นักดื่มประจำ คิดเป็นร้อยละ 57.6 ต่อ ร้อยละ 48.78 ในประชากรกลุ่มนักดื่มปัจจุบันประกอบด้วยนักดื่มที่อยู่ในกลุ่มเยาวชนหรือวัยรุ่น (อายุ 15-24 ปี) ถึงร้อยละ 23.7 ในปี 2554-2557 มีประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไปที่เพิ่งเริ่มดื่มแอลกอฮอล์หรือที่เรียกว่านักดื่มหน้าใหม่ทั้งสิ้น 1.95 ล้านคน ทั้งนี้ร้อยละ 62.61 กลายเป็นนักดื่มประจำ โดยประชากรที่เริ่มดื่มมากที่สุดคือวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี คิดเป็น ร้อยละ 49.58 ของประชากรที่เพิ่งเริ่มดื่มทั้งหมด⁸ วัยรุ่นไทยเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่อายุเฉลี่ย 20.8 ปี ขณะที่วัยรุ่นชายเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่อายุเฉลี่ย 19.4 ปี และวัยรุ่นหญิงเริ่มดื่มที่อายุเฉลี่ย 25 ปี⁹ จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่ามีความเป็นไปได้สูงที่วัยรุ่นไทยจะกลายมาเป็นนักดื่มประจำในอนาคตหากวัยรุ่นไทยยังคงมีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องและยาวนาน ก็อาจก่อให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงในหลายๆ ด้านตามมา

ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จีซันท์ โกลโพลี¹⁰ ได้ประมาณความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในปี 2554 ว่าก่อให้เกิดความสูญเสียต่อสังคมเป็นมูลค่ากว่า 89,700 ล้านบาท สิ่งที่เป็นปัญหาสำคัญสำหรับสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปี 2557-2558 คือนักดื่มหน้าใหม่โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น เนื่องจากการใช้แอลกอฮอล์ในทาง

ที่ผิดของวัยรุ่นจะก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมาในอนาคต เพราะเมื่อ ร่างการเสพติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระยะยาวจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ เกิดโรคหัวใจ โรคกระเพาะอาหารอักเสบ โรคมะเร็ง โรคตับแข็ง และภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ทำให้เกิดภาวะพิษสุราเรื้อรัง อีกทั้งยังทำให้เกิดอาการความจำเสื่อม¹¹ ซึ่งนอกจากผลกระทบต่อสุขภาพแล้วการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังส่งผลกระทบต่อสังคม เช่น สร้างความรำคาญ รบกวนการทำงาน และการดำเนินชีวิต ปัญหาการทะเลาะวิวาท การกระทำความรุนแรง การก่ออาชญากรรม ปัญหาในการทำงาน และปัญหาด้านเศรษฐกิจ^{8,12,13} ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ภาระโรคจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์^{14,15} จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยมากกว่า 200 โรค และการบาดเจ็บ อีกทั้งยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไม่ติดต่อทำให้เกิดโรคต่างๆ หลายโรค เช่น โรคกระเพาะอาหารอักเสบ (Gastritis) โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular diseases) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เบาหวาน (Diabetes) โรคเอดส์ (HIV/AIDS) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) โรคตับแข็ง (Cirrhosis) โรคมะเร็ง (Cancer) และมะเร็งตับ (Liver cancer) เป็นต้น นอกจากนี้การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นยังเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อ HIV อีกด้วย¹⁶ จากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยครั้งล่าสุด พ.ศ.2556 พบว่า การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้ประชากรชายไทยสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ รวมเป็น 496,000 ปี ของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Year Lost due to Disability; YLD) ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 22.3 ของปีแห่งการสูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ เมื่อนำไปเปรียบเทียบกับสาเหตุอื่นๆ จะเห็นว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของ การสูญเสียปีสุขภาวะ¹⁷

2. การบาดเจ็บที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากอุบัติเหตุจราจร เป็นที่ทราบกันดีว่าเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์เป็นสาเหตุหลักของการเกิดอุบัติเหตุจราจรในสังคมไทย โดยเฉพาะในช่วงเทศกาล ซึ่งนำไปสู่ความสูญเสียทั้งการบาดเจ็บ การเสียชีวิต ความพิการ สอดคล้องกับสถิติอุบัติเหตุจราจรทางบกในเทศกาลปีใหม่ (7 วันอันตราย) ในปี 2552-2556 ที่ชี้ให้เห็นว่ามีจำนวนอุบัติเหตุจราจรอยู่ระหว่าง 3,300-4,100 ราย ซึ่งถือว่ามีความรุนแรงขึ้นเนื่องมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นจำนวนมาก¹⁴

3. ปัญหาสุขภาพจิต เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปัญหาสุขภาพจิตมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน กล่าวคือ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งในขณะเดียวกันผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตก็มักดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในลักษณะการดื่มหนักและการดื่มเป็นประจำ¹⁴ นอกจากนี้ยังมีโรคไม่ติดต่อที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอันเนื่องมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น การติดสุรา (Alcohol dependence) โรคซึมเศร้า (Depression)¹⁵ อีกทั้งการเริ่มต้นการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นตั้งแต่อายุน้อยมีผลกระทบต่อความเสื่อมด้านพัฒนาการทางสมองโดยตรง¹⁸ ทั้งนี้การดื่มสุราติดต่อกันเป็นเวลานานทำให้ร่างกายไม่สามารถนำวิตามินบี 1 มาใช้ได้ และแอลกอฮอล์ยังรบกวนการดูดซึมวิตามินบี 1 จนก่อให้เกิดกลุ่มโรคที่เรียกว่า Wernicke และ Korsakoff Syndrome ซึ่งทำให้สมองเกิดการสูญเสียการทำงานบางอย่าง และหากผู้ป่วยยังคงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อไปก็อาจเกิดโรคสมองเสื่อมได้อีกด้วย¹¹

4. ปัญหาความรุนแรงและอาชญากรรม แอลกอฮอล์ทำให้กระบวนการคิด การตัดสินใจ การควบคุมสติ ทำงานได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ ความเมามัวจึงเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาความรุนแรง การทะเลาะวิวาท รวมถึงปัญหาอาชญากรรมไม่เว้นแม้แต่กับคนในครอบครัว ซึ่งอาจนำมาสู่การสูญเสียชีวิตทั้งต่อตนเองหรือต่อผู้อื่นได้¹¹ ปัญหาความรุนแรงที่เกิดขึ้นในกลุ่มวัยรุ่นจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด คือ การมีปากเสียง การทะเลาะและโต้เถียง⁸ อีกทั้งความสัมพันธ์ระหว่างการดื่ม

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการก่ออาชญากรรมมีลักษณะที่ซับซ้อน ซึ่งพบว่า ผู้ประกอบอาชญากรรมจำนวนหนึ่ง ใช้การดื่มเป็นการย้อมใจให้กล้าโดยไม่ได้ดื่มจนเมามา¹⁴ และจากการศึกษาผลกระทบของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อบุคคลรอบข้างผู้ดื่มในประเทศไทย โดยอรทัย วลีวงศ์ และคณะ¹⁹ พบว่า บุคคลรอบข้างผู้ดื่มได้รับผลกระทบด้านปัญหาความรุนแรงที่เกิดจากผู้ดื่มที่เป็นบุคคลในครอบครัว เพื่อน รวมไปถึงคนแปลกหน้าที่ไม่รู้จักกัน โดยเคยถูกบังคับหรือกดขี่ทางเพศ เนื่องจากการดื่มของคนในครอบครัวหรือเพื่อน ร้อยละ 0.8 เคยได้รับผลกระทบ เช่น รู้สึกไม่ปลอดภัยเมื่ออยู่ในสถานที่สาธารณะ เพราะการดื่มของคนแปลกหน้า ร้อยละ 30-38 เคยถูกคนที่ดื่มแอลกอฮอล์ผลัก ร้อยละ 4.9 และเคยถูกคนที่ดื่มแอลกอฮอล์ทำร้ายร่างกายร้อยละ 2.4

5. ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร เนื่องมาจากแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร เพราะเมื่อดื่มเข้าไปจะทำให้ขาดสติสัมปชัญญะ มีความกล้าทำในสิ่งที่ไม่ควรทำ นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ที่ขาดการป้องกันหรือการคุมกำเนิดที่เหมาะสม²⁰

6. ปัญหาด้านเศรษฐกิจ จากผลการวิจัยของกนกวรรณ จังอินทร์ และสมเดช พินิจสุนทร²¹ เรื่องพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ ที่เข้าบำบัดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี พบว่า ครอบครัวได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์ด้านเศรษฐกิจ มากที่สุด ร้อยละ 84.8 โดยร้อยละ 37.0 ขาดคนทำงานช่วยครอบครัว และร้อยละ 27.8 พบปัญหาทางการเงินของครอบครัว

ดังจะเห็นได้ว่าปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ดื่มสุรา ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ อีกทั้งยังก่อให้เกิดปัญหาด้านสังคม และด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมการขาย การโฆษณา และควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ควบคู่ไปกับการใช้มาตรการ

ทางสังคม เช่น การให้ความรู้และทักษะชีวิต การส่งเสริมการดื่มอย่างรับผิดชอบ ทั้งนี้เพื่อการป้องกันปัญหาที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในทางที่ผิด โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่อาจกลายเป็นนักดื่มประจำในอนาคต

มาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาจากการใช้แอลกอฮอล์

เนื่องจากปัญหาการใช้แอลกอฮอล์เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบในวงกว้าง ตั้งแต่ระดับประเทศจนกระทั่งระดับโลก องค์การอนามัยโลก (WHO)²² ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกเมื่อวันที่ 21 พฤษภาคม 2553 ได้มีมติกำหนดมาตรการและนโยบายที่ใช้ในการจัดการปัญหาที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยให้ความสำคัญในการจัดการ 10 ประเด็น ดังต่อไปนี้

1. การเป็นผู้นำ การมีจิตสำนึก และมีความมุ่งมั่น
2. บทบาทของระบบบริการสาธารณสุข
3. มาตรการโดยชุมชน
4. นโยบายจัดการปัญหาที่เกิดจากการดื่มและการขับขี
5. มาตรการควบคุมการเข้าถึงแอลกอฮอล์
6. มาตรการควบคุมกิจกรรมด้านการตลาดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
7. นโยบายด้านราคาและการจัดเก็บภาษี
8. การลดผลกระทบที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ และอาการมึนเมา
9. การลดผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผิดกฎหมายและการผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่ได้มาตรฐาน ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ
10. มาตรการติดตาม และเฝ้าระวัง

สำหรับประเทศไทยมีการกำหนดพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551²³ ซึ่งเป็นกฎหมายที่ใช้ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน ลดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดื่มแอลกอฮอล์ รวมไปถึง

ถึงลดจำนวนนักดื่มหน้าใหม่ที่ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยรุ่นลง นอกจากนี้ยังมีมาตรการและกลยุทธ์ในการจัดการปัญหาที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความสอดคล้องกับกลยุทธ์ของ WHO โดยกำหนดเป็นนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทยในกรอบ 5P²⁴ ที่ประกอบด้วย

1. นโยบายที่เกี่ยวกับบรรจุภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (P1: Product) การควบคุมบรรจุภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้ถูกต้องตามที่กฎหมายกำหนด โดยให้มีการระบุข้อความเตือนบนฉลาก เป็นการเพิ่มความรู้ สร้างความตระหนัก และช่วยให้เกิดการประเมินถึงอันตราย และความเสี่ยงเรื่องสุขภาพของผู้บริโภค ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการลดความน่าจะเป็นในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้บริโภค และเป็นการควบคุมการเติบโตของปริมาณนักดื่มหน้าใหม่และลดโอกาสการเกิดผลกระทบเชิงลบต่อสังคม

2. นโยบายราคาและภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (P2: Price) ถือเป็นนโยบายทางด้านอุปทาน โดยภาษีสรรพสามิตสุรานั้นจะจัดเก็บผ่านผู้ผลิตเสมอ และผู้ผลิตจะส่งผ่านภาระทางภาษีจนทำให้ราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงขึ้น ต้นทุนในการบริโภคสูงขึ้น และโอกาสในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลง

3. นโยบายที่เกี่ยวกับจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (P3: Place) เป็นการจำกัดปริมาณ และการกระจายตัวของจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งแบบที่มีสถานที่สำหรับดื่ม และที่ไม่มีสถานที่สำหรับดื่ม ซึ่งจะทำให้ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ยากขึ้น มีต้นทุนในการได้มาซึ่งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สูงขึ้น และมีแนวโน้มในการดื่มน้อยลงที่สุดในที่สุด

4. นโยบายควบคุมการโฆษณาและการตลาดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (P4: Promotion) ในการโฆษณา และการทำกลยุทธ์ทางการตลาดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ถูกควบคุมทั้งรูปแบบและเนื้อหา ส่งผลสืบเนื่องให้ภาพลักษณ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ดึงดูดใจผู้บริโภคน้อยลง จนลดระดับการบริโภคลงได้ ตามลำดับ โดยวัตถุประสงค์หลักของการควบคุมการโฆษณาคือการป้องกันนักดื่มหน้าใหม่ที่เป็นเยาวชน

5. กลยุทธ์การจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ (P5: Persuasion) เป็นการจูงใจให้ผู้บริโภคปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในที่สุด ผ่านการรณรงค์และการจัดกิจกรรมต่างๆ

แม้ในประเทศไทยจะมีมาตรการทางกฎหมายที่ช่วยจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่สิทธิในการบริโภคยังเป็นสิทธิ์ขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ที่ประชาชนย่อมมีอิสระในการเลือกบริโภคตามความสมัครใจ²⁵ ดังนั้นการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จนกระทั่งก่อให้เกิดการจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงถือเป็นประเด็นสำคัญที่จะช่วยให้กลยุทธ์ต่างๆ ประสบผลสำเร็จ ทั้งนี้ก็เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นปัญหา อีกทั้งยังป้องกันไม่ให้เกิดนักดื่มหน้าใหม่ และลดจำนวนผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลง รวมถึงลดโอกาสที่จะเกิดผลกระทบต่างๆ จากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในด้านต่างๆ ลงอีกด้วย

บทบาทพยาบาลในการป้องกันการใช้อัลกอฮอล์ในทางที่ผิดในวัยรุ่น

เป้าหมายการดำเนินงานของกรอบแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี ที่เกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ปี 2557–2561)²⁶ มุ่งเป้าไปที่การลดจำนวนนักดื่มหน้าใหม่ลง 50% และการลดความชุกของ ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีอายุ 15–19 ปี ลงเหลือไม่เกินร้อยละ 12.7 จากการกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ดังกล่าว จะเห็นได้ว่ากลุ่มประชากรที่เป็นเป้าหมายหลักส่วนใหญ่เป็นประชากรที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น และเนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความต้องการมีอิสระอยู่มาก และเริ่มมีการเลียนแบบเอกลักษณ์ของบุคคลที่วัยรุ่นนิยมชมชอบ มีความอยากรู้อยากลอง จึงมีการทดลองปฏิบัติเพื่อพัฒนาและค้นหาความเป็นตัวของตัวเอง²⁷

จนอาจทำให้เกิดการเริ่มทดลองใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยนี้ได้ ดังนั้นมาตรการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้อัลกอฮอล์ในทางที่ผิดส่วนใหญ่ มักเริ่มดำเนินการในช่วงวัยรุ่น ซึ่งสอดคล้องกับการบรรจุหลักการให้ความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรการศึกษา เพื่อให้คำแนะนำที่เกี่ยวกับแอลกอฮอล์สำหรับเด็กนักเรียน เจ้าหน้าที่ในโรงเรียน ครู และผู้ปกครอง การนำเจ้าหน้าที่ที่มีความเกี่ยวข้องกับวัยรุ่นในโรงเรียนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน จะช่วยให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น²⁸ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการดำเนินการป้องกันการใช้อัลกอฮอล์ในทางที่ผิดในวัยรุ่นจึงมีองค์ประกอบต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ให้เหมาะสมตามความแตกต่างของวัย โดยมุ่งเน้นไปที่ความต้องการในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของแต่ละวัย ทั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อไม่ให้มีการเริ่มต้นการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และชะลอการดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกของวัยรุ่น รวมถึงการลดผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์²⁸ ทั้งนี้โปรแกรมการจัดการศึกษาครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้

1.1 การเพิ่มพูนความรู้ที่เกี่ยวกับความหมาย ชนิด ประเภท และ คุณสมบัติ ด้านการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ด้านสาเหตุ ด้านโทษ ผลกระทบ ความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่ส่งผลทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม รวมไปถึงผลกระทบทางด้านกฎหมาย^{28,29} นอกจากการเพิ่มพูนความรู้แล้วสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งคือ การสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่สามารถช่วยป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นได้ ดังผลการวิจัยของอัจฉรา มุริรัตน, วิณา จีระแพทย์ และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ³⁰ ที่ระบุว่าพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นตอนต้นหลังได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และนอกจากนั้นยังพบว่า โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ จูงใจให้วัยรุ่นตอนต้นปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ส่งผลให้กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ สร้างแรงจูงใจมี พฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นตอนต้นสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติ

1.2 การสำรวจทัศนคติ และการรับรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยวิธีการค้นหาความคิด ทัศนคติ และการรับรู้ต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น เนื่องจากความคิดและทัศนคติสามารถกระตุ้นให้วัยรุ่นเกิดความอยากดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ ถึงแม้ว่าจะไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาก่อนเลยก็ตาม⁸ นอกจากนี้ในการศึกษาของสวรยา สิริกมงคล และคณะ²⁹ แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กับพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ว่า การมีทัศนคติทางบวกต่อการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนดำเนินการเกือบร้อยละ 70 หลังดำเนินการทันทีเพิ่มขึ้นร้อยละ 80.4 และหลังดำเนินการ 3 เดือนเพิ่มขึ้นร้อยละ 90.2 ตามลำดับ

1.3 การพัฒนาทักษะที่เกี่ยวกับการตัดสินใจ การยืนหยัด การรับมือและการจัดการกับปัญหา²⁸ การปลูกฝังทักษะ การคิดเพื่อชีวิตที่ประสบความสำเร็จ ซึ่งเป็นกระบวนการทางความคิดที่เชื่อมโยงการคิด ความรู้สึก และการกระทำ เช่น การยับยั้งชั่งใจ การคิดไตร่ตรอง การควบคุมอารมณ์ รวมไปถึงการแสดงออกทางพฤติกรรมอย่างเหมาะสม ซึ่งถือเป็นทักษะสำคัญที่ช่วยให้วัยรุ่นเกิดความตระหนักรู้ในตนเอง ตระหนักรู้ถึงพิษภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยังสามารถหาวิธีหลบหลีก และควบคุมให้ตนเองพ้นจากการเป็นนักดื่มหน้าใหม่ได้ ซึ่งผู้ปกครอง และคุณครูสามารถปลูกฝังทักษะการคิดให้วัยรุ่นได้ง่ายๆ ด้วยหลัก 3 รัก ซึ่งจะช่วยให้เด็กตระหนักถึงการรักตนเอง รักคนอื่น (พ่อ แม่ และผู้ปกครอง) และรักดี ซึ่งหมายถึงการรู้ถึงหน้าที่วัยรุ่นที่ควรจะเป็น และจะทำให้วัยรุ่นห่างไกลจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยตนเองได้ในที่สุด¹¹ นอกจากนี้การมีทักษะปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็

เป็นสิ่งสำคัญ ทักษะปฏิเสธสำหรับวัยรุ่นที่ใช้แล้วได้ผลทั้งในกลุ่มวัยรุ่นที่ไม่เคยมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และกลุ่มวัยรุ่นที่เคยดื่มแอลกอฮอล์และเลิกดื่มแล้ว ได้แก่ การปฏิเสธแบบผัดผ่อน เช่น “เอาไว้อีกสัปดาห์” “ขอบคุณมากวันนี้ไม่สะดวก” เป็นต้น และการปฏิเสธโดยการให้เหตุผล เช่น “ไม่ดื่มเพราะต้องรีบกลับบ้าน” และเมื่อปฏิเสธแล้วควรกระทำจริงตามคำปฏิเสธ ซึ่งเมื่อปฏิเสธเป็นประจำเพื่อนๆ ก็จะไม่กล่าวนอีก^{28, 31}

1.4 การพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของเด็กวัยรุ่นนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยพบว่าวัยรุ่นที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองสูงมีโอกาสเสี่ยงที่จะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่าวัยรุ่นที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ³² ดังนั้นการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองให้กับวัยรุ่นจึงเป็นสิ่งสำคัญอีกประการ ซึ่งมีแนวทางคือ การเพิ่มประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จให้กับวัยรุ่น โดยการใช้ตัวแบบและการใช้คำพูดชักจูง การกระตุ้นทางอารมณ์ควบคู่กันไป สิ่งสำคัญของการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นนั้น ผู้ปกครองและครูอาจารย์ ควรกระทำอย่างสม่ำเสมอ และต้องอาศัยระยะเวลา สิ่งสำคัญที่ควรตระหนักอยู่เสมอคือการตระหนักในทุกการกระทำ ทุกคำพูดของตนเอง เนื่องจากจะส่งผลต่อความรู้สึกและจิตใจของเด็กวัยรุ่น³³

1.5 การพัฒนาความตระหนักรู้ โดยให้วัยรุ่นได้ศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สื่อโฆษณา เพื่อน หรือแม้แต่สมาชิกในครอบครัว เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมการดื่มสุรา เนื่องจากเมื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะด้านครอบครัว และด้านเพื่อนกับพฤติกรรมการดื่มสุราของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล³⁴ พบว่า พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของบิดา มารดา และพี่น้อง รวมถึงการมีเพื่อนที่ชอบดื่ม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่ม

แอลกอฮอล์ของนักศึกษาด้วยเช่นกัน

2. แนะนำแนวทางและให้ความรู้แก่ผู้ที่มีส่วนในการดูแลวัยรุ่น ซึ่งได้แก่ คุณครูในโรงเรียน เจ้าหน้าที่ รวมไปถึงผู้ปกครองของวัยรุ่น เพื่อให้เข้าใจถึงพฤติกรรมการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

3. ให้ข้อมูลแก่ผู้ปกครองหรือผู้ดูแล เกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือที่จะช่วยพัฒนาทักษะการเลี้ยงดู รวมไปถึงทักษะการจัดการกับปัญหา ทักษะในการสื่อสาร และการจัดการสัมพันธภาพเพื่อลดความกดดันระหว่างผู้ปกครองกับวัยรุ่น²⁸ เนื่องจากวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันและมีความผูกพันกันน้อยก็จะมีโอกาสดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น เช่นเดียวกับวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันและมีความผูกพันกันมากก็จะมีโอกาสดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลง³²

สรุป

การป้องกันการใช้อัลกอฮอล์ในทางที่ผิดในวัยรุ่น ไม่เพียงแต่ต้องอาศัยนโยบายและมาตรการจากรัฐยังต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วน ตั้งแต่

ผู้ผลิตแอลกอฮอล์ สมาชิกในชุมชน บุคคลใกล้ชิดของวัยรุ่น ครู เจ้าหน้าที่และบุคลากรในโรงเรียน เพื่อน ผู้ปกครอง รวมไปถึงตัวของวัยรุ่นเอง เพื่อให้การป้องกันมีประสิทธิภาพ โดยสามารถลดความชุกของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงวัยรุ่น รวมไปถึงการลดจำนวนนักดื่มหน้าใหม่ลง ทั้งนี้มาตรการการจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรัฐสามารถจำกัดไม่ให้วัยรุ่นเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนวัยอันควรที่อาจเป็นสาเหตุของการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในทางที่ผิดได้ นอกจากนี้แนวทางในการป้องกันอื่นๆ ก็มีความสำคัญที่จะช่วยให้วัยรุ่นเกิดความตระหนักถึงโทษของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น การเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบการศึกษา การสร้างความตระหนัก การสร้างแรงจูงใจ การพัฒนาให้วัยรุ่นมีความรู้สึกรับผิดชอบในตนเอง รวมไปถึงการพัฒนาทักษะการจัดการปัญหา ทักษะการใช้เหตุผล และทักษะปฏิเสธ ทั้งนี้ก็เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก และการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในทางที่ผิดต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557 : THE SMOKING AND DRINKING BEHAVIOUR SURVEY 2014. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด; 2557.
2. เนื้อแพรว เล็กเฟื่องฟู, ญัฐ ธารพานิช, กิจวัตร ทาเจริญ, สุขใจ ว่องไวศิริวัฒน์ และนพพล วิทย์วรพงศ์. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภาคเหนือ 2558. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา; 2559.
3. เนื้อแพรว เล็กเฟื่องฟู, ญัฐ ธารพานิช, กิจวัตร ทาเจริญ, สุขใจ ว่องไวศิริวัฒน์ และนพพล วิทย์วรพงศ์. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2558. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา; 2559.
4. เนื้อแพรว เล็กเฟื่องฟู, ญัฐ ธารพานิช, กิจวัตร ทาเจริญ, สุขใจ ว่องไวศิริวัฒน์ และนพพล วิทย์วรพงศ์. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภาคกลาง 2558. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา; 2559.
5. เนื้อแพรว เล็กเฟื่องฟู, ญัฐ ธารพานิช, กิจวัตร ทาเจริญ, สุขใจ ว่องไวศิริวัฒน์ และนพพล วิทย์วรพงศ์. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กรุงเทพมหานคร 2558. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา; 2559.

6. เนื้อแพรว เล็กเฟื่องฟู, ญัฐ ธารพานิช, กิจวัตร ทาเจริญ, สุขใจ ว่องไวศิริวัฒน์ และนพพล วิทย์วรพงศ์. **สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภาคใต้ 2558**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา; 2559.
7. World Health Organization. Total alcohol per capital (> 15 years of age) consumption, in liters of pure alcohol, projected estimates, 2015 [Internet]. 2015 [cited 2016 April 20]. Available from: http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_Alcohol_PerCapita_Consumption_2015.png
8. เนื้อแพรว เล็กเฟื่องฟู, ญัฐ ธารพานิช, กิจวัตร ทาเจริญ, สุขใจ ว่องไวศิริวัฒน์ และนพพล วิทย์วรพงศ์. **เหล้า | ความจริง: รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย ประจำปี พ.ศ. 2558**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา; 2559.
9. อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว, พลเทพ วิจิตรคุณากร และสาวิตรี อัจฉนาคกรชัย. ข้อเท็จจริงและตัวเลข: เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2559.
10. ชัยนันท์ โกมลไพศาล. การศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคมจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย: การพัฒนาไฟล์ ต้นแบบในการประเมิน. [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [วันที่อ้างถึง 10 เมษายน 2561]. Available from: http://cas.or.th/wp-content/uploads/2015/11/Final_socialcost_TK.pdf
11. สำนักศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). **คู่มือชุดนิทรรศการยืม-คืน ส่งเสริมการพัฒนาทักษะชีวิตประเด็น “เหล้าอยากเล่า”**. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [วันที่อ้างถึง 7 เมษายน 2561]. Available from: <http://resource.thaihealth.or.th/suraa/16641>
12. กนกวรรณ จังอินทร์ และสมเดช พินิจสุนทร. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้าบำบัดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี. วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2560; 5(3): 487-501.
13. อรทัย วลีวงศ์, ทักษพล ธรรมรังสี และจินตนา จันทรีโคตรแก้ว. ผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ต่อผู้อื่น: แนวคิด สถานการณ์ และช่องว่างของความรู้ของประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2557; 8(2): 111-119.
14. ทักษพล ธรรมรังสี. สถานการณ์การบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทย ปี 2556. จันทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์จำกัด; 2556.
15. World Health Organization. Is harmful use of alcohol a public health problem?, 2014 [Internet]. 2015 [cited 2016 April 20]. Available from: <http://www.who.int/features/qa/66/en/>
16. อรวรรณ จุลวงษ์. การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของพลทหารกองประจำการแห่งหนึ่งในกองทัพบก. 2556. วารสารพยาบาลทหารบก 14(3): 142-49.
17. อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว, พลเทพ วิจิตรคุณากร และสาวิตรี อัจฉนาคกรชัย. ข้อเท็จจริงและตัวเลข: เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2559.
18. นงนุช ใจชื่น และทักษพล ธรรมรังสี. ชุดความรู้ แอลกอฮอล์กับผู้หญิง ตอนที่ 1-5. [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [วันที่อ้างถึง 20 กันยายน 2561]. Available from: [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [วันที่อ้างถึง 25 เมษายน 2561]. Available from: <http://resource.thaihealth.or.th/hilight/13776>

19. อรทัย วลีวงศ์, จินตนา จันทร์โคตรแก้ว, สุรศักดิ์ ไชยสงค์ และทักษพล ธรรมรังสี. รายงานโครงการศึกษาวิจัย การศึกษาผลกระทบของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อบุคคลรอบข้างผู้ดื่มในประเทศไทย (ระยะที่ 1). [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [วันที่อ้างถึง 5 เมษายน 2561]. Available from: <http://cas.or.th/wp-content/uploads/2016/03/Binder1.pdf>
20. Lee, Y. M., Cintron, A., & Kocher, S. Factors related to risky sexual behaviors and effective STI/HIV and pregnancy intervention programs for African American Adolescents. Public Health Nursing. 2014; 31(5), 414-27.
21. กนกวรรณ จังอินทร์ และสมเดช พินิจสุนทร. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ ที่เข้าบำบัดในโรงพยาบาลรัฐญารักษ์อุดรธานี. [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [วันที่อ้างถึง 18 เมษายน 2561]. Available from: <file:///C:/Users/DOA/Downloads/103.pdf>
22. World Health Organization. Global strategy to reduce harmful use of alcohol, 2010 [Internet]. 2015 [cited 2016 April 20]. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhua/en/
23. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัทสามจุดหนึ่งสี่จำกัด; 2553.
24. นพพล วิทย์วรพงศ์, สมทิพ วัฒนพงษ์วานิช, กมลนัฏ มีถาวร และพงศกร เรืองเดชขจร. นโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทยในรอบ 5P. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา; 2559.
25. สำนักเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร; 2547.
26. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. กรอบแผนยุทธศาสตร์ 5 ปีการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ปี 2557-2561). [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [วันที่อ้างถึง 25 เมษายน 2561]. Available from: [file:///C:/Users/DOA/Downloads/51aeb6a80def5%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/DOA/Downloads/51aeb6a80def5%20(1).pdf)
27. พรหมทิพย์ ศิริวรรณบุศย์. ทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ. พิมพ์ครั้งที่ 6 ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ: บริษัทแอคทีฟ พรินท์ จำกัด; 2556.
28. National Institute for Health and Clinical Excellence. Interventions in schools to prevent and reduce alcohol use among children and young people. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2007.
29. สวรรยา สิริภคมงคล และคณะ. การป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่น. วารสารประชากร 2554; 2(3): 7-24.
30. Archara Moonrattana, Veena Jirapate and Noraluk Ua-kit. The Effect of Motivation Promoting Program on Alcohol Drinking Prevention Behaviors Among Early Adolescents. Kuakarun Journal of Nursing. 2014; 21: 219-233.
31. จิรัชยา บุญปัญญา และนาถ พันธุมนาวัน. กลไกการป้องกันตนเองจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม. 2557. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ 40(1): 128-146.

32. อัญชลี เหมชะญาติ และศรีวรรณ ยอดนิล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี. 2555. วารสารการศึกษาและพัฒนาสังคม 8(1): 115-128.
33. ดวงกมล ทองอยู่. แนวทางการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่น ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตน. 2557. วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ 4(2): 179-190.
34. ลักษณะ อินทร์กลับ และคณะ. พฤติกรรมการดื่มสุราและการรับรู้ผลกระทบจากการดื่มสุราของนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษาเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. กรุงเทพฯ; 2551.

ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบเชิงรุก Learning Achievements among Nursing Students through Active Learning

เกศินี วุฒิวงศ์ M.P.H.*

Kasinee Wudhiwong M.P.H.*

ดารินทร์ เหมะวิบูลย์ วท.ม.**

Darin Hemavibool M.S.**

สุกาญจนา แมนมัลลย์ M.B.A.***

Sukarnjana Manmalai M.B.A.***

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดเฉพาะหลังทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุก กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ ชั้นปีที่ 1 ที่เรียนในรายวิชา ศท.142 เล่าเรื่องสุขภาพ ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2560 จำนวน 98 คน คำนวณโดยใช้สูตรของทาโร ยามาเน่ ความเชื่อมั่น 95% หลังจากนั้นแบ่งกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิและใช้การสุ่มแบบง่ายโดยการจับสลากไม่คืนที่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แผนการจัดการเรียนรู้แบบเชิงรุก 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาและแบบสะท้อนคิดเกี่ยวกับการเรียนการสอน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบค่าที (t-test)

ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษามีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังได้รับการจัดการเรียนรู้แบบเชิงรุกสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 จึงควรนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนในปีการศึกษาต่อไป

คำสำคัญ: ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน นักศึกษาพยาบาล การเรียนรู้แบบเชิงรุก

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พว. สำนักศึกษาทั่วไป มหาวิทยาลัยพายัพ

* Assistant Professor, RN, General Office, Payap University

** อาจารย์ พว. สำนักศึกษาทั่วไป มหาวิทยาลัยพายัพ

** Lecturer, RN, General Office, Payap University

*** อาจารย์ สาขาวิชาการบริหารทรัพยากรมนุษย์ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยพายัพ

*** Lecturer, Human Resource Management department, Faculty of Business Administration, Payap University

Abstract

The purpose of the quasi-experimental one group only post-test design was learning achievements while learning through the active learning of the nursing students in McCormick of Nursing, Payap University. The sample was to evaluate 98 nursing students who registered in GE 142 Health Myths in the first semester of the 2017 academic year. The sample was obtained by using the formula of Taro Yamane at the confidence level 95% and was selected by stratified random sampling and then using simple random sampling without replacement. The instruments employed in the research comprised of 2 parts: 1) experimental instrument was the lesson plan of active learning activity, and 2) the data-collecting instruments consisting of an evaluation forms, an achievement tests, and the students' reflection regarding learning. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and t-test.

The research results revealed that after receiving the active learning method, the students' achievement was statistically significantly higher than criteria at $p < .05$. Active learning method is recommended in providing knowledge to nursing students to increase their learning achievement in the next academic year.

Key words: Achievement, Student nurse, Active learning

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การจัดการศึกษาในศตวรรษที่ 21 ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการเรียน 4 เรื่อง คือ 1) เพื่อให้มีความสามารถในการทำงานได้ 2) เพื่อสร้างนิสัยให้มีความใฝ่รู้ตลอดชีวิต 3) เพื่อพัฒนาตนเองให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ และ 4) เพื่อปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่นที่มีความแตกต่างได้อย่างมีความสุข¹ การจัดการเรียนการสอนในรายวิชาศึกษาทั่วไปเป็นส่วนหนึ่งของทุกหลักสูตรที่จัดขึ้นเพื่อให้นักศึกษาเป็นบุคคลที่เรียนรู้เรื่องราวรอบตัวทั้งที่มีผลต่อตนเองหรือระมัดระวังไม่ให้เกิดผลกระทบต่อผู้อื่น ให้นักศึกษาเข้าใจตนเองและผู้อื่น เรียนรู้ในการอยู่ร่วมกันและสามารถเป็นผู้ที่พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับการเป็นบุคคลที่มีความรู้คู่คุณธรรม ตลอดจนมีความมุ่งหวังพัฒนาให้นักศึกษาเป็นพลเมืองที่ดีของสังคมไทยและสังคมโลก² มหาวิทยาลัยพายัพได้จัดการศึกษาสอดคล้อง

กับกรอบแนวคิดหมวดวิชาศึกษาทั่วไปตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2552 และจัดการเรียนการสอนรายวิชา ศท.142 เล่าเรื่องสุขภาพ จำนวน 3 หน่วยกิต อยู่ในกลุ่มวิชาคณิตศาสตร์ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559 เริ่มเปิดสอนในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2560 โดยมีคำอธิบายรายวิชา คือ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการมีสุขภาพดี การเสริมสร้างสุขภาพในชีวิตประจำวัน การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การบริหารอารมณ์ การป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย และกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning Outcomes) 3 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านที่ 1 มีความรอบรู้ มีโลกทัศน์ที่กว้างไกลและเห็นคุณค่าของตนเองและผู้อื่น สังคม ศิลปวัฒนธรรมและธรรมชาติ 1.1 สามารถบูรณาการความรู้เพื่อใช้ในการดำรงชีวิต 1.2 การเห็นคุณค่าในตนเองและผู้อื่น 1.3 มีทักษะใน

การเสริมสร้างสุขภาพกายใจ ด้านที่ 2 มีทักษะการเรียนรู้ตลอดชีวิตและ ด้านที่ 3 มีทักษะการคิดแบบองค์รวม จะเห็นได้ว่าในการจัดการศึกษาดังกล่าวข้างต้นมุ่งหวังให้ผู้เรียนมีทักษะการดูแลสุขภาพซึ่งเป็นทักษะหนึ่งที่สำคัญสำหรับการดำรงชีวิตในศตวรรษที่ 21 เพราะว่าผู้เรียนอยู่ในยุคบริโภคนิยมที่มีปัจจัยหลายอย่างส่งผลกระทบต่อสุขภาพจึงควรรู้เท่าทันสิ่งรอบตัวและเลือกสิ่งทีสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ตนเองได้ ดังนั้นการจัดการเรียนรู้ให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ นั้นเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับผู้สอน ผู้วิจัยในฐานะผู้สอนจึงต้องการศึกษาผลสัมฤทธิ์ของการจัดการเรียนการสอน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การจัดการเรียนการสอนเชิงรุกเป็นวิธีการหนึ่งสำหรับนักการศึกษาใช้ในพัฒนาศักยภาพของผู้เรียนโดยหลักสำคัญของการจัดการเรียนรู้แบบเชิงรุกคือ การส่งเสริมให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ผ่านกระบวนการเรียนหลากหลายรูปแบบซึ่งทำให้ผู้เรียนใช้ทักษะฟัง คิดระดับวิเคราะห์ สังเคราะห์และประเมินผล จนถึงขั้นการสร้างความรู้ด้วยตนเอง³ มีงานวิจัยพบว่า ผู้เรียนมีคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเพิ่มขึ้นหลังการเรียนแบบเชิงรุก⁴ นอกจากนี้มีงานวิจัยของ ศราวุฒิ ชันคำหมื่น⁵ พบว่า รูปแบบการเรียนรู้เชิงรุกทำให้นักเรียนมีความสนใจเพิ่มขึ้นและมีความคงทนในการเรียนรู้สูงกว่านักเรียนที่ได้เรียนรู้แบบบรรยายหรือท่องจำเนื้อหาจากหนังสือหรือเอกสารประกอบการสอน นอกจากนี้การเรียนรู้แบบเชิงรุกสามารถพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาได้อีกด้วย⁶ ในการจัดการเรียนการสอนในหมวดวิชาศึกษาทั่วไปของมหาวิทยาลัยพายัพยังไม่มีการศึกษาผลสัมฤทธิ์ของการจัดการเรียนการสอนเชิงรุกดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลสัมฤทธิ์ของการจัดการเรียนการสอนเชิงรุกในรายวิชาเล่าเรื่องสุขภาพเพื่อนำผลการวิจัยไปปรับใช้ในการจัดการเรียนการสอนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลสัมฤทธิ์การเรียนรายวิชาเล่าเรื่องสุขภาพด้วยการสอนแบบเชิงรุก

สมมุติฐานการวิจัย

นักศึกษาที่เรียนตามแผนการจัดการเรียนรู้แบบเชิงรุกในรายวิชาเล่าเรื่องสุขภาพ จะมีผลสัมฤทธิ์ภายหลังการเรียนได้ระดับคะแนนตั้งแต่ B ขึ้นไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การจัดการเรียนรู้แบบเชิงรุก หมายถึง กิจกรรมที่นักศึกษาได้ปฏิบัติเพื่อสร้างความรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ ทั้งนี้กิจกรรมนั้นต้องการการคิดขั้นสูง การที่นักศึกษาได้คิดและเรียนรู้ด้วยตนเองเป็นพื้นฐานสำคัญที่ช่วยให้มีการเชื่อมต่อระหว่างกิจกรรมและการเรียนรู้ โดยมีลักษณะสำคัญ⁸ ได้แก่ ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนจนสามารถสร้างความรู้ได้ด้วยตนเองทั้งจากประสบการณ์และการสรุปทบทวนเป็นการสอนที่ฝึกการคิดขั้นสูง เช่น การคิดวิเคราะห์ การคิดสังเคราะห์ เป็นต้น

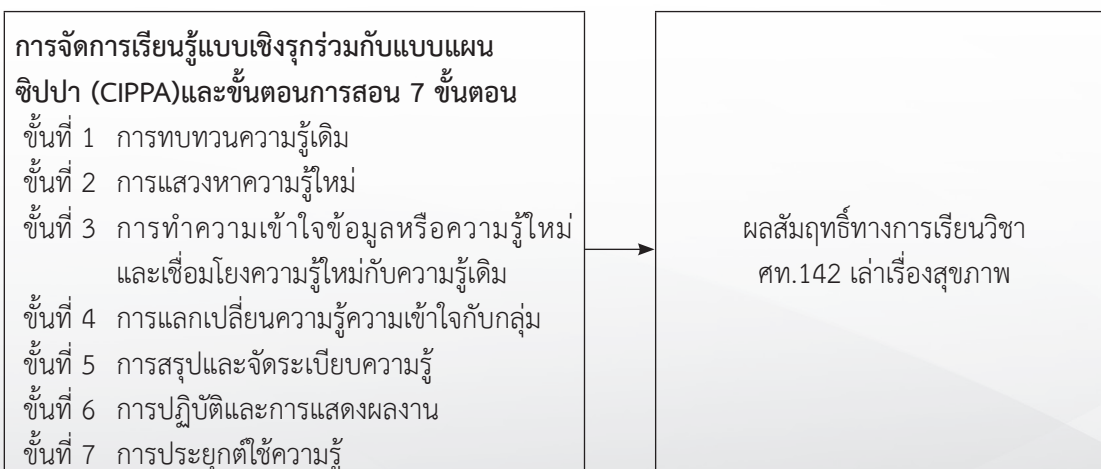
การสอนแบบเชิงรุกเป็นการเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติจริง⁹ นอกจากนี้รูปแบบการสอนแบบเชิงรุกเป็นการสอนแบบเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เรียนและบทบาทในการเรียนรู้ของผู้เรียน ได้แก่ การเรียนรู้ด้วยการค้นพบ การเรียนแบบ Jig Saw การเรียนรู้จากกรณีปัญหา การเรียนรู้จากการสืบค้น การเรียนรู้จากการทำกิจกรรม บทบาทสมมติ สถานการณ์จำลอง การระดมสมอง^{3,8,10} ปัจจุบันสถาบันการศึกษาได้จัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุกและมีการสรุปองค์ความรู้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คือ มีการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุกทั้งรายวิชาหรือสอนเฉพาะบท ใช้วิธีการสอนหลายแบบ เช่น การจัดการเรียนรู้แบบเน้นประสบการณ์ การสอนแบบโครงงาน การสอนแบบใช้ปัญหาเป็นฐาน การสอนเน้นกระบวนการคิด บทบาทสมมติ กรณีศึกษา การเรียนรู้จากสภาพจริง และการระดมสมอง¹¹ ผู้วิจัยต้องการสอนแบบเชิงรุกทั้งรายวิชาและเลือกใช้การสอนหลายวิธีจึงต้องการแบบแผนหรือขั้นตอนการสอนที่เหมาะสมกับการสอนหลาย ๆ วิธี จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแบบแผนซิปปา (CIPPA) ซึ่งพัฒนาโดยทีศนา เขมมณี

สามารถใช้วิธีการสอนได้หลายวิธี³ แบบแผนชิปปา (CIPPA) มีแนวคิดการสร้างความรู้ แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่มและการเรียนรู้แบบร่วมมือ แนวคิดเกี่ยวกับความพร้อมในการเรียนรู้ แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้กระบวนการและแนวคิดการถ่ายโอนการเรียนรู้ แบบแผนชิปปาประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ C คือ Construction เน้นให้ผู้เรียนสร้างความรู้ด้วยตนเอง I คือ Interaction เป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนและสิ่งรอบตัว P คือ Process skills เป็นเรื่องทักษะกระบวนการ P คือ Physical participation ให้ผู้เรียนมีการเคลื่อนไหวร่างกาย A คือ Application เป็นการนำไปประยุกต์ใช้ แบบแผนชิปปา ประกอบด้วยขั้นตอนดำเนินการ 7 ขั้นตอน ดังนี้

- ขั้นที่ 1 การทบทวนความรู้เดิม
- ขั้นที่ 2 การแสวงหาความรู้ใหม่
- ขั้นที่ 3 การศึกษาทำความเข้าใจข้อมูลหรือความรู้ใหม่และเชื่อมโยงความรู้ใหม่กับความรู้เดิม
- ขั้นที่ 4 การแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจกับกลุ่ม
- ขั้นที่ 5 การสรุปและจัดระเบียบความรู้
- ขั้นที่ 6 การปฏิบัติและ/หรือการแสดงผลงาน
- ขั้นที่ 7 การประยุกต์ใช้ความรู้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีงานวิจัยเกี่ยวกับการสอนโดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางตามโมเดลชิปปา เตือนใจ ทองศรี¹² ศึกษาเรื่องการศึกษาผลสัมฤทธิ์การเขียนภาษาอังกฤษตามแนวทฤษฎีโมเดลชิปปาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนชุมแสงชนูทิศ ผลการวิจัยพบว่า ผลสัมฤทธิ์การเขียนภาษาอังกฤษตามรูปแบบการเรียนการสอนแบบโมเดลชิปปาของนักเรียน ก่อนและหลังเรียนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของ อำไพ คำเคน¹³ ศึกษาเรื่องการจัดการเรียนการสอนโดยใช้รูปแบบการเรียนการสอนแบบโมเดลชิปปาที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและเจตคติทางวิทยาศาสตร์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิทยาศาสตร์ของนักเรียนที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้รูปแบบการเรียนการสอนแบบโมเดลชิปปาสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากแนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้แบบเชิงรุกและแบบแผนชิปปาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้นำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนรู้แบบเชิงรุกร่วมกับแบบแผนชิปปาเพื่อเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา ดังสรุปในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการทำวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบกลุ่มเดียววัดเฉพาะหลังทดลอง เพื่อศึกษาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษายาบาล หลังได้รับการจัดการเรียนรู้แบบเชิงรุก ในรายวิชา ศท. 142 เล่าเรื่องสุขภาพ ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ได้แก่ นักศึกษายาบาลชั้นปีที่ 1 ที่ลงทะเบียนเรียน ศท. 142 เล่าเรื่องสุขภาพ ในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2560 จำนวน 3 ตอนเรียน ตอน 1 จำนวน 46 คน ตอน 2 จำนวน 42 คน ตอน 3 จำนวน 42 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 130 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษายาบาลชั้นปีที่ 1 ที่ลงทะเบียนเรียน ศท. 142 เล่าเรื่องสุขภาพ ในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2560 จำนวน 98 คน คำนวณโดยใช้สูตรยามาเน่ ความเชื่อมั่น 95% หลังจากนั้นแบ่งกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามสัดส่วนประชากรในแต่ละกลุ่มและใช้การสุ่มแบบง่ายโดยการจับสลากไม่คืนที่

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ขออนุญาตการดำเนินการวิจัยผ่านคณะกรรมการบริหารรายวิชาศึกษาทั่วไป มหาวิทยาลัยพายัพ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตนักศึกษาด้วยวาจาหลังจากอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัยแก่นักศึกษา ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บไว้

เป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมไม่มีการระบุรายชื่อนักศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา ประกอบด้วยแบบประเมินผลกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้เกณฑ์การประเมินแบบรูปรีด แบบทดสอบย่อย แบบทดสอบความรู้รวบยอดซึ่งเป็น ข้อสอบอัตนัย จำนวน 7 ข้อ และปรนัย จำนวน 30 ข้อ ผ่านการประชุมคณะกำกับมาตรฐานของสำนักศึกษาทั่วไปและมีผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกร่วมพิจารณาข้อสอบ

2. แบบสอบถามการสะท้อนคิด ประกอบด้วย 2 เรื่อง ได้แก่ ประสพการณ์ที่ได้รับจากการเรียนและการบรรยายความรู้สึกที่เกิดขึ้นระหว่างเรียน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. แผนการจัดการเรียนรู้ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยใช้การเรียนรู้แบบเชิงรุกร่วมกับแบบแผน ซิปปาและขั้นตอนการดำเนินการ 7 ขั้นตอน ดังตารางที่ 1 และ ตารางที่ 2 และพัฒนาแผนการเรียนรู้ให้สอดคล้องตาม มคอ.3 ประกอบด้วย วัตถุประสงค์เฉพาะบท สารการเรียนรู้ แนวทางการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ สื่อการเรียนรู้ และวิธีการวัดผลที่สอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้ที่กำหนดใน มคอ.3 ทั้ง 3 ด้าน มีระยะเวลาการสอน จำนวน 45 ชั่วโมง ประกอบด้วยเนื้อหา 6 บท คิดสัดส่วนคะแนนกิจกรรมร้อยละ 65 และคะแนนสอบ ร้อยละ 35

ตารางที่ 1 แผนการจัดการเรียนรู้อย่างย่อ

บทที่ /ชื่อบท/ ชื่อกิจกรรม	วิธีการสอน	สื่อการเรียนรู้	การประเมินผล
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับ สุขภาพ Be Healthy	การระดมสมอง	ใบงานรายบุคคล คลิปสั้นเรื่องสุขภาพ https://youtu.be/4kbMWpl0MCs e-learning, facebook	- แบบ บ สั ง เ ก ต พฤติกรรม -การถาม – ตอบ ของรายวิชา
2. การบริหารอารมณ์ Mind and Hobby	การสาธิต Oral presentation	ใบงานรายกลุ่ม คลิป การฝึกหายใจคลายเครียด https://www.youtube.com/watch?v=j2nB3nGfFMk e-learning, facebook	-แบบประเมิน -Oral presentation
3. การบริโภคเพื่อการ มีสุขภาพดี You are what you eat	การระดมสมอง poster presentation	ใบงานรายบุคคลและรายกลุ่ม ฉลากโภชนาการ e-learning, facebook	-แบบประเมิน -poster presentation
4. การออกกำลังกาย เพื่อการมีสุขภาพดี ตามหา อ.ที่ 3	การทดลองปฏิบัติออก กำลังกาย การสำรวจความคิด เห็น	ใบงานรายบุคคลและรายกลุ่ม เครือข่ายสังคมออนไลน์(social net- work) โทรศัพท์มือถือ e-learning, facebook	-สมุดบันทึกการ ออกกำลังกาย -ภาพบันทึกจาก มือถือ -แบบ ประเมิน การทำกิจกรรม
5. ปัญหาสุขภาพที่พบ บ่อยและการป้องกัน การมีพฤติกรรมเสี่ยง No more risk-taking behavior	การอภิปรายกลุ่ม	ใบงานรายกลุ่ม คลิปปัญหาในสังคม https://www.youtube.com/watch?v=3HDL1hEpPMQ e-learning, facebook	-แบบ ประเมิน การอภิปรายกลุ่ม ย่อย
6. การปฐมพยาบาล เบื้องต้น Help me please	การแสดงบทบาทสมมติ	ใบงานรายกลุ่ม สถานการณ์สมมติ e-learning, facebook	-แบบ ประเมิน บทบาทสมมติ

ตารางที่ 2 แผนการจัดการเรียนรู้เชิงรุกโดยใช้ขั้นตอนแบบแผนชิปปา

ขั้นตอนการดำเนินการ	วิธีการดำเนินกิจกรรม
ขั้นที่ 1 การทบทวนความรู้เดิม	บรรยายสรุป ใช้การถาม-ตอบและมอบหมายใบงาน
ขั้นที่ 2 การแสวงหาความรู้ใหม่	บทที่ 1 ให้ผู้เรียนตอบคำถามใบงานโดยการค้นคว้าจากเอกสารประกอบการสอนหรือค้นจากสมาร์ทโฟน บทที่ 2-4 ให้ผู้เรียนบันทึกการนอนหลับพักผ่อน พฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย บทที่ 2-6 ให้ผู้เรียนเลือกหัวข้อตามความสนใจของกลุ่ม ระดมความคิดเห็นและวางแผนการสืบค้น เช่น แหล่งข้อมูล หัวข้อย่อย หลังจากนั้นหัวหน้ากลุ่มมอบหมายงานให้สมาชิกกลุ่มสืบค้นนอกห้องเรียนและนำผลการสืบค้นกลับมาในคาบถัดไป
ขั้นที่ 3 การศึกษาทำความเข้าใจข้อมูลหรือความรู้ใหม่และเชื่อมโยงความรู้ใหม่กับความรู้เดิมของผู้เรียน	บทที่ 2-6 ผู้เรียนนำผลสืบค้นมาประชุมกลุ่มย่อยหลังจากนั้นให้ปรึกษาผู้สอนเกี่ยวกับหัวข้อย่อย การจัดเรียงลำดับเนื้อหา บทที่ 2-4 นำผลการบันทึกการนอนหลับพักผ่อน พฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายมาวิเคราะห์กับหลักวิชาการ
ขั้นที่ 4 การแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจกับกลุ่ม	ผู้เรียนใช้การแสดงความคิดเห็น การตั้งคำถาม การปรับปรุงแก้ไข การตรวจสอบข้อมูล ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม
ขั้นที่ 5 การสรุปและจัดระเบียบความรู้อย่างเป็นระบบ	บทที่ 2-6 ผู้เรียนสร้างความคิดรวบยอดและนำไปสรุปข้อมูลอย่างมีเหตุผล เพื่อเตรียมนำเสนอตามวิธีการที่ระบุในใบงาน
ขั้นที่ 6 การปฏิบัติและการแสดงผลงาน	บทที่ 2-5 นำเสนอหน้าชั้นเรียน ตามวิธีการที่ระบุในใบงาน - ผู้เรียนบันทึกรายการอาหาร 5 วัน และวิเคราะห์สิ่งที่ควรปรับปรุง - ผู้เรียนทดลองออกกำลังกายและสรุปสิ่งที่เรียนรู้ ลงในสมุดบันทึก - กลุ่มผู้ฟังมีส่วนร่วมโดยการซักถาม ให้ข้อเสนอแนะหรือเขียนแสดงความคิดเห็น
ขั้นที่ 7 การประยุกต์ใช้ความรู้ในสถานการณ์ต่างๆ	บทที่ 6 ผู้เรียนแสดงบทบาทสมมติวิธีการปฐมพยาบาลตามสถานการณ์ที่ผู้เรียนสมมติ

การทดสอบหลังเรียน

1. ทดสอบย่อย บทที่ 2-4 และแจ้งผลการสอบ
2. สอบไล่ บทที่ 2-6 ซึ่งข้อสอบมีการวัดความรู้ในระดับวิเคราะห์และการนำไปใช้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา
แผนการจัดการเรียนรู้นำไปตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมของเนื้อหา โดยผู้วิจัยที่เป็นผู้สอนรายวิชาศึกษาทั่วไป จำนวน 3 ราย และวิพากษ์

แก้ไขร่วมกันก่อนนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน
การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ
ขออนุญาตทำวิจัยจากที่ประชุมคณะ

กรรมการบริหารรายวิชาศึกษาทั่วไป สำนักศึกษาทั่วไป มหาวิทยาลัยพายัพ และประชุมผู้วิจัยที่เป็นผู้สอน 3 รายเพื่อจัดทำแผนการเรียนรู้แบบเชิงรุก ประกอบด้วย เนื้อหา วัตถุประสงค์การเรียนรู้ สื่อการเรียนรู้ ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตามแบบแผนชิปปา แบบทดสอบ แบบวัดผลสัมฤทธิ์ซึ่งมีทั้งการประเมินกระบวนการเรียนรู้และประเมินผลลัพธ์ และใช้เกณฑ์การให้คะแนนแบบรูปลิก เพื่อให้ผู้วิจัยมีแนวทางในการสอนและวัดประเมินผลในทิศทางเดียวกัน

2. ขั้นตอนการ

2.1 ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้เรียนทราบเกี่ยวกับ มคอ.3 ของรายวิชา ศท. 142 เล่าเรื่องสุขภาพ และสาระสำคัญของแผนการจัดการเรียนรู้แบบเชิงรุก พร้อมทั้งรับฟังความคิดเห็นของนักศึกษา

2.2 จัดการเรียนการสอนตามแผนการเรียนการสอนแบบเชิงรุกร่วมกับแบบแผนชิปปาและใช้ขั้นตอนการดำเนินการ 7 ขั้นตอนของแบบแผนชิปปา

2.3 ผู้วิจัยประเมินผลการเรียนรู้ซึ่งได้จากการสังเกตการทำงาน การแสดงออกของนักศึกษา การประเมินจากผลงานและกิจกรรม การบันทึก และคะแนนการทดสอบ

2.4 ให้คะแนนตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้หลังเสร็จสิ้นการทำกิจกรรมในแต่ละบท แจ้งผลการประเมินให้นักศึกษาทราบเป็นระยะเพื่อให้ผู้เรียนมีการพัฒนาตนเอง

2.5 คิดคำนวณคะแนนตลอดภาคการศึกษาและใช้วิธีการตัดเกรดแบบอิงเกณฑ์ สำหรับรายวิชาในหมวดวิชาศึกษาทั่วไป มหาวิทยาลัยพายัพ มีเกณฑ์การประเมินผล คือ ระดับคะแนน 70-74 จะได้อักษรระดับคะแนน B หมายถึง ระดับการเรียนรู้ระดับคะแนน 75-79 จะได้อักษรระดับคะแนน B+

หมายถึง มีระดับคะแนนดีมาก และระดับคะแนน 80-100 จะได้อักษรระดับคะแนน A หมายถึง มีระดับการเรียนรู้ดีเลิศ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดให้ถือว่าผ่านเกณฑ์การประเมิน คือ ร้อยละ 70

2.6 ให้นักศึกษาทำแบบประเมินสะท้อนคิดโดยการเขียนตอบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ผลการประเมินผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังได้รับแผนการจัดการเรียนรู้เชิงรุกกับเกณฑ์ที่กำหนดว่าสูงกว่าเกณฑ์หรือไม่ โดยใช้สถิติทดสอบ t-test แบบ One samples

ผลการวิจัย ในการวิจัย ได้ผลการวิจัยดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า ทุกคนเป็นเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 18-21 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 18.90 ปี ($\bar{X}$ = 18.90, S.D. = .665)

2. ผลระดับคะแนนของกลุ่มตัวอย่างหลังจบการเรียนการสอนแบบเชิงรุก พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้เกรด A ที่ระดับคะแนน 80-89 จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 73.47 และได้ระดับคะแนน 90-100 จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 26.53

3. ค่าเฉลี่ยของคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบเชิงรุก ได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 87.95 (S.D. = 3.121)

4. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรายวิชาเล่าเรื่องสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุกสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชา ศท.142 เล่าเรื่องสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 หลังเรียนโดยการจัดการเรียนการสอนแบบเชิงรุกกับเกณฑ์ที่กำหนด

กลุ่มตัวอย่าง	ค่าสถิติ					
	n	เกณฑ์	$\bar{X}$	S.D.	t	p
หลังเรียน	98	70	87.95	3.12	56.93	.000*

* $p < .05$

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรายวิชา ศท. 142 เล่าเรื่องสุขภาพ ด้วยการสอนแบบเชิงรุกควบคู่กับการใช้แบบแผนชิปปา ผลการศึกษาได้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้กล่าวคือ นักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบเชิงรุกควบคู่กับแบบแผนชิปปามีระดับคะแนนตั้งแต่ B ขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อธิบายได้ว่าการจัดการเรียนรู้แบบเชิงรุกมีผลต่อการเรียนรู้ของผู้เรียนด้านความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติเพราะในการเรียนแต่ละบทมีวิธีการสอนหลายวิธีที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามหลักการสอนแบบเชิงรุก⁸ โดยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนจนสามารถสร้างความรู้ได้ด้วยตนเอง การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจัดการเรียนการสอนเชิงรุกควบคู่กับการใช้แบบแผนชิปปา ซึ่งทิสนา แหมมณี ได้กล่าวว่าการจัดการเรียนการสอนแบบชิปปานั้นผู้สอนสามารถใช้วิธีการสอนได้หลายวิธี³ จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพบว่า วิธีการสอนที่เหมาะสมกับวิชานี้มีทั้งหมด 5 วิธี ได้แก่ การระดมสมอง การสาธิต การทดลอง การสำรวจ การอภิปรายกลุ่มและการแสดงบทบาทสมมติ วิธีการสอนแบบเชิงรุกดังกล่าวเป็นวิธีการที่มีลักษณะการสร้างความรู้ด้วยตนเอง¹⁴ นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า ผู้เรียนมีการเรียนรู้เป็นไปตามแบบแผนชิปปา⁹ ที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ที่สำคัญ คือ 1) มีการสร้างความรู้ (Construction) เช่น จากการที่ผู้เรียนแสวงหาความรู้ มีการทำความเข้าใจข้อมูลใหม่และข้อมูลเดิม ได้ใช้กระบวนการคิดและจัด

ระเบียบข้อมูลตลอดจนสรุปสาระสำคัญที่ได้จากการเรียนรู้ 2) มีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) โดยผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนหรือผู้สอนเพื่อให้การทำงานกลุ่มเป็นไปตามที่วางแผน มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมด้านสื่อและเทคโนโลยี 3) มีการเคลื่อนไหว (Physical participation) เช่น ผู้เรียนมีการเรียนรู้ขณะมีการเคลื่อนไหวร่างกายขณะออกกำลังกาย ขณะนำเสนอหน้าชั้นเรียนด้วยวาจาหรือแบบโปสเตอร์ หรือขณะอภิปราย เป็นต้น 4) มีการฝึกทักษะกระบวนการ (Process skills) เช่น ผู้เรียนได้ฝึกฝนกระบวนการแสวงหาข้อมูล กระบวนการทำงาน กระบวนการแก้ปัญหาและตัดสินใจ 5) การประยุกต์ใช้ (Application) เช่น ผู้เรียนนำความรู้ด้านอาหาร อารมณ์ และออกกำลังกายไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งทักษะเหล่านี้ผู้เรียนได้พัฒนาขณะเรียนรู้ตามแบบแผนชิปปา และขั้นตอนการดำเนินการ 7 ขั้นตอน ที่ผู้วิจัยนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการจัดการเรียนการสอนเพื่อเพิ่มความสามารถของผู้เรียนด้านความรู้ ทักษะที่ดีต่อการดูแลสุขภาพและการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน

ในการเรียนทุกบทเรียนผู้เรียนเริ่มกระบวนการเรียนรู้จาก ขั้นตอนที่ 1 การทบทวนความรู้เดิม โดยผู้สอนใช้วิธีการบรรยายสรุป การระดมสมอง การตั้งคำถาม และใช้สื่อการสอน เช่น คลิปสั้นหรือตัวอย่างการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนนี้ทำให้ผู้เรียนได้รับประโยชน์ด้านสติปัญญา³

ขั้นตอนที่ 2 การแสวงหาความรู้ ขั้นตอนนี้เป็นกิจกรรมสร้างความรู้ กิจกรรมปฏิสัมพันธ์และการ

เคลื่อนไหวร่างกาย และฝึกทักษะกระบวนการ จากการวิจัยพบว่า หลังจากผู้เรียนอ่านและทำความเข้าใจ กับใบงาน ผู้เรียนเริ่มคิดวิเคราะห์โจทย์จากใบงาน คิด ตั้งคำถามเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของกิจกรรมนำไปสู่ การสืบค้นหาคำตอบด้วยตนเอง จากการประเมินผล การเรียนรู้พบว่า หากผู้เรียนสืบค้นตามความสนใจ และเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันจะทำให้ผู้ เรียนมีประเด็นสนทนากันในกลุ่มและทำให้การเรียนรู้ ในครั้งนั้นมีบรรยากาศของการเรียนรู้ เช่น สนุกสนาน มีความกระตือรือร้นในการเรียน การปฏิบัติกิจกรรม ในขั้นตอนนี้แสดงให้เห็นว่าผู้เรียนได้รับประโยชน์ทาง สติปัญญา ความสัมพันธ์กับบุคคลกับสื่อเทคโนโลยี และกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย³ ในการดำเนินการ ขั้นตอนที่ 1 และ 2 ช่วยให้ผู้เรียนมีแนวทาง ไตร่ตรองความคิดของตนเองถึงความรู้เดิมและความ รู้ใหม่ที่ต้องการสืบค้น ตลอดจนเกิดการเรียนรู้ที่นำไป ปรับระยะเวลาการทำงานให้น้อยลงเพราะมีความ เชี่ยวชาญในการสืบค้นมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 เป็นการศึกษาทำความเข้าใจกับ ความรู้ใหม่ การเชื่อมโยงกับความรู้เดิมของผู้เรียน จาก การวิจัยพบว่า ผู้เรียนได้ฝึกกระบวนการคิดในขณะที่ สืบค้น ได้แก่ การเปรียบเทียบ เช่น การเปรียบเทียบ สัดส่วนอาหารที่เหมาะสม การคิดวิเคราะห์ เช่น วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับการบริโภค อาหาร วิเคราะห์ปัญหาของการนอนพักผ่อนน้อย เป็นต้น ฝึกการสังเคราะห์ จากการอ่านพิจารณาและ เลือกข้อมูลที่มีสาระและมีประโยชน์ การเรียนรู้ของผู้ เรียนเกิดจากการค้นพบความรู้ด้วยตนเองทำให้เข้าใจ บทเรียนมากขึ้น และผู้เรียนสามารถพัฒนาด้านสติ ปัญญาได้มากหากมีแสวงหาความรู้ด้วยตนเองบ่อย ๆ¹⁴ นอกจากนี้ผู้เรียนได้ฝึกกิจกรรมที่จำเป็นต่อการดำเนิน ชีวิต เช่น กระบวนการคิดแก้ปัญหา กระบวนการกลุ่ม กระบวนการทำงาน จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานในขั้น ตอนนี้ทำให้ผู้เรียนได้รับประโยชน์ทางสติปัญญาและ การมีปฏิสัมพันธ์³

ขั้นตอนที่ 4 การแลกเปลี่ยนความรู้ความ เข้าใจกับเพื่อนในกลุ่ม การแสดงความคิดเห็นของผู้

เรียนเป็นสิ่งที่สำคัญเพราะทำให้ผู้เรียนเห็นการพัฒนา กระบวนการคิดของตนเองและทักษะการใช้ชีวิตอยู่ ร่วมกับผู้อื่น จากการวิจัยพบว่า หลังจากผู้เรียนได้ ค้นคว้าข้อมูลและสรุปให้ตนเองและสมาชิกในกลุ่ม เข้าใจ เป็นการทำให้ผู้เรียนเข้าใจสาระสำคัญที่ตนเอง และเพื่อนค้นพบมากขึ้น ทำให้บางครั้งช่วยแก้ไขสิ่งที่ ผู้เรียนเข้าใจผิดให้เข้าใจถูกต้องมากขึ้น การประชุม กลุ่มย่อยทำให้ช่วยตรวจสอบความรู้ความเข้าใจของ ผู้เรียนได้อย่างดี ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยพบว่าการติดตาม งานจากผู้สอนเป็นสิ่งสำคัญทำให้ดำเนินการสอนใน ขั้นตอนต่อไปได้ดีขึ้นเนื่องจากผู้สอนทราบความ สามารถในการค้นคว้าและทักษะการแสดงความคิดเห็นของผู้เรียนทำให้ผู้สอนสามารถพัฒนาความ สามารถของผู้เรียนให้ดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 5 การสรุปจัดระเบียบความรู้ ขั้น ตอนนี้เป็นการสร้างความคิดรวบยอด มีการสรุปความ รู้จากสมาชิกกลุ่มและจัดข้อมูลเป็นหมวดหมู่ จัดเป็น ระบบ ขั้นตอนนี้จากผลการวิจัยพบว่า ผู้เรียนสามารถ สรุปความรู้ประเด็นหลัก ประเด็นรองและประเด็น ย่อย หรือ เข้าใจประเด็นที่ศึกษาอย่างเป็นระบบ เช่น เข้าใจสาเหตุ ผลกระทบ และเสนอแนวทางแก้ไข ปัญหาได้ ผู้เรียนสามารถคิดจัดระบบได้ตามอิสระขึ้น กับข้อมูลที่ผู้เรียนค้นมา นับเป็นการฝึกทักษะการคิด ได้ดี ฝึกการคิดใช้เหตุผลว่าการจัดหมวดหมู่แบบใด สามารถนำเสนอได้เข้าใจมากกว่ากัน การจัดลำดับ เนื้อหาก่อนหลัง อีกทั้งผู้เรียนรู้สึกภูมิใจในการคิดสรุป ข้อมูลได้อย่างอิสระ ซึ่งผู้วิจัยสามารถประเมินได้จาก กระบวนการทำงานและผลงาน ประโยชน์ที่ผู้เรียนได้ รับจากกิจกรรมในขั้นตอน 4 และ 5 ได้แก่ ด้านสติ ปัญญาได้แก่ การจัดระเบียบข้อมูล กระบวนการคิด การมีปฏิสัมพันธ์ ฝึกกระบวนการทำงานและการมีส่วนร่วม จากการวิจัยพบว่า การทำกิจกรรมในขั้นตอน 4 และ 5 สามารถยืดหยุ่นและสลับไปมาได้ขึ้นอยู่กับ ความสามารถของผู้เรียน เช่น การแลกเปลี่ยนความรู้ นำไปสู่การสรุปแต่หากเป็นการสรุปที่มีสาระน้อยเกินไป ผู้สอนสามารถให้ผู้เรียนสืบค้นเพิ่มเติมและนำกลับ มาแลกเปลี่ยนความรู้กันอีกครั้ง ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าเป็น

ข้อดีของการจัดการเรียนรู้เชิงรุกตามแบบแผนชิปปา
ขั้นตอนที่ 6 การปฏิบัติหรือการแสดงผลงาน
ขั้นตอนนี้ผู้เรียนได้ตรวจสอบความเข้าใจของตนเอง
และจำสาระที่สำคัญได้ การนำเสนอในบทที่ 2-6 ด้วย
วิธีการต่าง ๆ เช่น การนำเสนอด้วยวาจา ทำให้ผู้เรียน
เข้าใจบทเรียนมากขึ้นซึ่งผู้วิจัยประเมินจากแบบ
ประเมินและคะแนนทดสอบย่อย ขณะที่ผู้เรียนนำ
เสนอความคิดทำให้ผู้สอนเข้าใจความคิดของผู้เรียน
ซึ่งทำให้ผู้สอนนำไปใช้พัฒนาศักยภาพของผู้เรียน
สำหรับกลุ่มผู้ฟังการนำเสนอสามารถพัฒนาการสรุปร
สาระสำคัญได้จากการฟัง การซักถามหรือการให้ข้อ
เสนอแนะ การดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนนี้ทำให้
ผู้เรียนได้รับประโยชน์การจัดระเบียบความรู้และการ
มีปฏิสัมพันธ์³

ขั้นตอนที่ 7 การประยุกต์ใช้ความรู้ใน
สถานการณ์ต่าง ๆ จากการวิจัยพบว่า ผู้เรียนสามารถ
เชื่อมโยงหลักวิชาการกับการปฏิบัติได้ เช่น การบันทึก
และการวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการบริโภค 5 วันและนำ
มาวิเคราะห์กับหลักวิชาการและนำไปปรับปรุงในชีวิต
ประจำวัน นอกจากนี้บทที่ 6 มีวิธีการสอนโดยการ
แสดงบทบาทสมมติ ผู้เรียนแสดงให้เห็นอย่างชัดเจน
เกี่ยวกับการนำวิธีการปฐมพยาบาลจากบทเรียนมานำ
เสนอได้ถูกต้องตามสถานการณ์สมมติที่ผู้เรียนสมมติ
ขึ้น สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าผู้เรียนสามารถประยุกต์
ความรู้จากเรียนมาใช้ในชีวิตประจำวันได้ นอกจากนี้
ผู้วิจัยพบว่า ผู้เรียนมีการฝึกการคิดสร้างสรรค์และการ
ตัดสินใจและแก้ปัญหาเฉพาะหน้าในการแสดง
บทบาทสมมติอีกด้วย การดำเนินกิจกรรมในขั้นตอน
นี้ทำให้ผู้เรียนได้รับประโยชน์ด้านการมีส่วนร่วมทาง
อารมณ์ สังคม ร่างกายและสติปัญญา³

จากข้อมูลข้างต้นทำให้เห็นว่าการจัดการเรียน
การสอนแบบเชิงรุกร่วมกับการใช้แบบแผนชิปปาทำให้
ผู้เรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเพิ่มขึ้นและเป็นการ
พัฒนาผู้เรียนเพื่อการเตรียมพร้อมในศตวรรษที่ 21 ได้
ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเตื่อนใจ ทองศรี¹² เรื่อง

การศึกษาผลสัมฤทธิ์การเขียนภาษาอังกฤษตาม
แนวทางทฤษฎีโมเดลชิปปาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา
ปี 4 โรงเรียนชุมแสงชนูทิศ พบว่า ผลสัมฤทธิ์การเขียน
ภาษาอังกฤษตามแนวทฤษฎีโมเดลชิปปาของนักเรียน
ก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .05 และการศึกษาของอำไพ คำเคน¹³ ศึกษา
การจัดการเรียนการสอนโดยใช้รูปแบบการเรียนการ
สอนแบบโมเดลชิปปาที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน
และเจตคติทางวิทยาศาสตร์ของนักเรียนชั้น
มัธยมศึกษาปีที่ 1 ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง
ค่าเฉลี่ยของคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน
วิทยาศาสตร์ของนักเรียนที่ได้รับการจัดการเรียนการ
สอนวิทยาศาสตร์โดยใช้รูปแบบการเรียนการสอนแบบ
โมเดลชิปปาสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาผลสัมฤทธิ์
ของผู้เรียนระดับอุดมศึกษาของ ณัฐินี ชุตินันตพงศ์¹⁵
ที่พบว่าการพัฒนากิจกรรมการเรียนการสอนแบบ
ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางโดยใช้โมเดลชิปปาเรื่องการ
วิเคราะห์งบการเงินของนิสิตภาคปฏิบัติทำให้ผลการ
เรียนรู้เรื่องการวิเคราะห์งบการเงินหลังเรียนสูงกว่า
ก่อนจัดการเรียนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .05

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การจัดกิจกรรมแบบแผนชิปปาควรดำเนิน
ตามขั้นตอน 7 ขั้นตอนตามลำดับ ไม่ควรปฏิบัติข้าม
ขั้นตอนเพราะการฝึกให้นักศึกษาชั้นปีที่ 1 สร้างความ
รู้ด้วยตนเองนั้นผู้เรียนต้องการเวลาดังนั้นผู้สอนควร
จัดเวลาในแต่ละบทให้มากพอ

2. ผู้สอนสามารถนำจุดเด่นของการจัดการ
เรียนการสอนโดยใช้แบบแผนชิปปา คือ สามารถ
ดำเนินการขั้นที่ 4 ต่อด้วยขั้นที่ 5 และกลับมาขั้นที่ 4
ได้อีกครั้งเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนสาระสำคัญได้
ครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ของบทเรียนที่กำหนดไว้

เอกสารอ้างอิง

1. อุทัย ดุลยเกษม. การจัดการศึกษาในหมวดการศึกษาทั่วไป. วารสารนวัตกรรมการเรียนรู้ [ออนไลน์]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2560/07/01]; 1(1): 43-53. เข้าถึงได้จาก: https://www.researchgate.net/profile/Chatree_Faikhamta/publication/304579206
2. สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. กรอบแนวคิดหมวดวิชาศึกษาทั่วไปที่สอดคล้องตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2552 (TQF : HEd). 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2560/08/01] เข้าถึงได้จาก: <http://www.mua.go.th/users/bhes/bhes4/WebHigherEducation>
3. ทิศนา แหมมณี. ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
4. วัชร จินตวรรณ. การจัดการศึกษาแบบ Active learning รายวิชาความปลอดภัยในงานวิศวกรรม คณะอุตสาหกรรมและเทคโนโลยี. [วิทยานิพนธ์วิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2555 [ออนไลน์]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2560/08/15]. เข้าถึงได้จาก: [file:///C:/Users/user/Downloads/title%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/title%20(2).pdf)
5. ศราวุฒิ ชันคำหมื่น. การประยุกต์ใช้รูปแบบการเรียนรู้เชิงรุกวิชาฟิสิกส์ เรื่องสภาพสมดุล สำหรับนักเรียนระดับมัธยมศึกษา. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยพระจอมเกล้าธนบุรี; 2553 [ออนไลน์]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2560/08/15]. เข้าถึงได้จาก: [file:///C:/Users/user/Downloads/PHY604%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/PHY604%20(2).pdf)
6. ธนสิทธิ์ คณทา. การศึกษาการสอนแบบ Active Learning เพื่อพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ที่ลงเรียนในรายวิชาบัณฑิตอุดมศึกษาไทย. บทความวิจัย [ออนไลน์]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 2560/08/25]. เข้าถึงได้จาก: [file:///C:/Users/user/Downloads/R53_14_Abs%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/R53_14_Abs%20(1).pdf)
7. Brame, J. C. Active learning. [Internet]. 2018. [Cited 2018 Jan 4th] Available from: <https://cft.vanderbilt.edu/active-learning/>
8. สิริพร ปาณวงษ์. Active Learning เทคนิคการเรียนการสอนในศตวรรษที่21. 2559 [ออนไลน์] 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2560/08/01] เข้าถึงได้จาก: http://edu.nsrh.ac.th/2011/files/knowledge/17-14-19_22-07-2014_2-1.pdf
9. เทพทวี โชควสิน. บทความเรียบเรียงจากการประชุมสัมมนา การสอนและการประเมินผลการเรียนรู้ในวิชาศึกษาทั่วไปเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้เรียนสู่การเป็นพลเมืองโลก. Suranaree J. Soc. Sci [ออนไลน์]. 2013 [เข้าถึงเมื่อ 2560/08/30]; 7(1): 125-148. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/sjss/article/view/20230>
10. วิชัย เสวกงาม. เอกสารประกอบการบรรยายการจัดการเรียนการสอนแบบ Active Learning [ออนไลน์]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2560/08/25] เข้าถึงได้จาก: <ftp://fs.libarts.psu.ac.th/webcontent/KM/01%20KM-Active%20Learning.pdf>
11. มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต.องค์ความรู้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการเรียนรู้เชิงรุก [ออนไลน์]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2560/08/26] เข้าถึงได้จาก: <http://arch.kbu.ac.th/home/research/pdf/academic/academic001.pdf>

12. เตือนใจ ทองศรี. การศึกษาผลสัมฤทธิ์การเขียนภาษาอังกฤษตามแนวทางทฤษฎีโมเดลชิปปาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนชุมแสงชนูทิศ. [วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา; 2553 [ออนไลน์]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2561/10/26]. 28(2): 89-103. เข้าถึงได้จาก: <http://tdc.thailis.or.th> file:///C:/Users/lib1/Downloads/Abstract%20(3).pdf
13. อำไพ คำเคน. การจัดการเรียนการสอนโดยใช้รูปแบบการเรียนการสอนแบบโมเดลชิปปาที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและเจตคติทางวิทยาศาสตร์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1. [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ; 2556 [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 2561/10/26]. เข้าถึงได้จาก: <http://tdc.thailis.or.th/tdc>
14. ชนาธิป พรกุล. การสอนกระบวนการคิด ทฤษฎีและการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
15. ณัฐนิ ชุตินันตพงศ์. การพัฒนากิจกรรมการเรียนการสอนแบบผู้เรียนเป็นศูนย์กลางโดยใช้โมเดลชิปปา เรื่องการวิเคราะห์งบการเงินของนิติภาคปกติ สาขาการจัดการ ชั้นปีที่ 2. วารสารศึกษาศาสตร์ [ออนไลน์]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2561/10/28]; 28(2): 89-103. เข้าถึงได้จาก <http://tdc.thailis.or.th> file:///C:/Users/lib1/Downloads/edu28n2p89-103%20(1).pdf

การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์
ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชบุรี
Perceptions of Obstetrics-Gynecology Nursing
Personnel on Safety Culture in Ratchaburi Hospital

อุบล แจ่มนาม พย.ม.*

Ubol Jamnam, M.N.S*

รัศมี ศรีนนท์ ปร.ด. **

Rassamee Srinon, Ph.D. (Nursing Science)**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยสูติรีเวชกรรมโรงพยาบาลราชบุรี และเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยจำแนกตามจำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการปฏิบัติงานต่อสัปดาห์และตำแหน่งในการปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูติรีเวชกรรมในโรงพยาบาลราชบุรีตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป จำนวน 116 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบไปด้วยข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยสูติรีเวชกรรมโรงพยาบาลราชบุรี วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยจำแนกตามจำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการปฏิบัติงานต่อสัปดาห์และตำแหน่งในการปฏิบัติงาน โดยใช้สถิติที (Independent t- test)

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชบุรี โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\mu = 3.18$, $\sigma = .23$) ส่วนการเปรียบเทียบการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยระหว่างกลุ่มที่มีจำนวนชั่วโมงในการปฏิบัติงานต่อสัปดาห์ ≤ 48 ชั่วโมง กับกลุ่มที่มีจำนวนชั่วโมงในการปฏิบัติงานต่อสัปดาห์ > 48 ชั่วโมง พบว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยไม่แตกต่างกัน ($t_{114} = .468$, $p = .641$) เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีตำแหน่งในการปฏิบัติงานต่างกัน พบว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยไม่แตกต่างกัน ($t_{114} = .256$, $p = .798$) ดังนั้น เพื่อพัฒนาการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชบุรี ควรมีการกำหนดนโยบายและการจัดการความรู้ตลอดจนการจัดอบรมเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์

คำสำคัญ: การรับรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ วัฒนธรรมความปลอดภัย

* หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-รีเวช โรงพยาบาลราชบุรี ราชบุรี

* Obstetrics and Gynecology Ward Head Department of Ratchaburi Hospital

** ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี

** Maternal and Child department Boromrajonani College of Nursing, Ratchaburi

Abstract

This descriptive research aimed to study the perception of safety culture in nursing personnel who took care of obstetrics and gynecology patients, Ratchaburi hospital. A comparison between safety culture perceptions of nursing personnel according to the number of working hours per week and job positions was conducted. The purposive samples were 116 nurses with at least one-year work experience in the department of obstetrics and gynecology, Ratchaburi hospital. The instruments used in this study were questionnaires which consisted of demographic data and perception of safety culture. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and then safety culture perception of nursing personnel according to the number of working hours per week and nursing positions were compared using independent t- test.

The results indicated that the level of perception of safety culture of nursing personnel was at moderate level ($\mu = 3.18$, $\sigma = .23$). The comparison between safety culture perceptions of nursing personnel according to the number of working hours per week indicated that the number of working hours per week was ≤ 48 hours with no difference of mean for the number of working hours per week > 48 hours ($t_{114} = .468$, $p = .641$). The comparison of perception of safety culture among nursing personnel with different job positions indicated that there was no difference in safety culture perception ($t_{114} = .256$, $p = .798$). Therefore, in order to develop perception of safety culture for nursing personnel, there should be a policy setting, knowledge management and a training course about a safety culture of nursing personnel.

Key words: Perception nursing personnel, safety culture

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านสาธารณสุขที่ทั่วโลก องค์การอนามัยโลกระบุว่ามีอุบัติการณ์ความเสี่ยงของผู้ป่วยในที่รักษาในโรงพยาบาลเกิดขึ้นร้อยละ 4 ถึง 16 มีประชากรหลายร้อยล้านคนได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยในทุกๆ 100 คนที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลจะมีโอกาสติดเชื้อในโรงพยาบาล 7-10 คน และประมาณ 1 คนในทุก 10 คนที่เข้ารับการรักษาจะได้รับอันตรายที่อาจเกิดจากความผิด

พลาดหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่างๆ สำหรับประเทศที่พัฒนาแล้ว ส่วนในประเทศที่กำลังพัฒนาพบความผิดพลาดในการดูแลรักษาสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วหลายเท่า¹ ประเทศไทยมีการรายงานการทบทวนองค์ความรู้เรื่องการพัฒนากระบวนการความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) พบว่า มีการรายงานความผิดพลาดที่เกิดขึ้นด้วยความสนใจของผู้ที่เกี่ยวข้องเพียงร้อยละ 10 - 20 ของความผิดพลาด² มีรายงานการประชุมของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปี 2556 จำนวนผู้ได้รับเงินช่วยเหลือตามมาตรา 41 ที่เกิดจากความผิดพลาดในการดูแลผู้

ป่วยอันทำให้เกิดผลกระทบและการสูญเสียอย่างชัดเจนพบในสาขาสุนัขตัวเรียวกรรมมากที่สุด ร้อยละ 59.53 มีความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต ร้อยละ 22.19 มีการบาดเจ็บ และร้อยละ 18.28 มีความพิการ/สูญเสียอวัยวะ ตามลำดับ³

โรงพยาบาลราชบุรีเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ มีศูนย์การรักษาเฉพาะโรคที่ต้องใช้ทรัพยากรระดับสูง (Excellent center) มีการดำเนินการบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ตามมาตรฐาน มีการบริหารจัดการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยทั้งในเรื่องของการพัฒนาระบบที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วย แต่ก็ยังเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีความรุนแรงระดับ G – I ซึ่งการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีความรุนแรงระดับ G หมายถึง เกิดความคลาดเคลื่อน เกิดอันตรายถาวรต่อผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงาน และองค์กร การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีความรุนแรงระดับ H หมายถึง เกิดความคลาดเคลื่อน เกิดอันตรายเกือบถึงชีวิตต่อผู้รับบริการ ต้องทำการช่วยชีวิต เกิดความเสียหายต่อผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงาน และองค์กรต้องมีการแก้ไขอย่างเร่งด่วน (CPR) การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีความรุนแรงระดับ I หมายถึง เกิดความคลาดเคลื่อน เกิดอันตรายจนถึงชีวิตต่อผู้รับบริการ เกิดความเสียหายจนแก้ไขไม่ได้ ต่อผู้รับบริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ กระบวนการทำงานและทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียง ถูกฟ้องร้องทางสื่อ ทางกฎหมาย

ผลการรายงานดำเนินการบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยกลุ่มงานการพยาบาลสูติรีเวชกรรมประจำปี พบว่าในปี 2557 เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีความรุนแรงระดับ G จำนวน 2 ราย ระดับ H จำนวน 1 ราย ปี 2558 เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีความรุนแรงระดับ G จำนวน 1 ราย ปี 2559 เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีความรุนแรงระดับ H จำนวน 2 ราย ระดับ จำนวน 1 ราย และในปี 2560 เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีความรุนแรงระดับ I เกิดขึ้นถึง 2 ราย เกี่ยวการตก

เลือดหลังคลอดและนำไปสู่ประเด็นการฟ้องร้องขอรับเงินช่วยเหลือตามมาตรา 41⁴ เมื่อวิเคราะห์หาสาเหตุ (Root cause analysis) พบว่าสาเหตุหลักเกิดจากผู้ป่วยที่ทำให้มารดาหลังคลอดตกเลือดเกิดจากไม่ได้รับการดูแลในสิ่งที่ควรจะได้รับจนเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ สะท้อนให้เห็นว่าของบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยสูติกรรมซึ่งประกอบไปด้วยพยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูติรีเวชกรรมยังพร่องความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยและควรได้รับการพัฒนาเรื่องนี้อย่างเร่งด่วน

อย่างไรก็ตามการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยสูติกรรมซึ่งประกอบไปด้วยพยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยเหลือคนไข้ย่อมผันแปรไปตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะปัจจัยด้านจำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการปฏิบัติงานต่อสัปดาห์และปัจจัยด้านตำแหน่งในการปฏิบัติงานโดยพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีจำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการปฏิบัติงานต่อสัปดาห์มากกว่า 40 ชั่วโมงขึ้นไปมีโอกาสเกิดความผิดพลาดในการให้บริการทางการพยาบาลสูงกว่าผู้ที่มีจำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการปฏิบัติงานต่อสัปดาห์น้อยกว่า 40 ชั่วโมง^{5,6,7} จะเกิดโอกาสเกิดข้อผิดพลาดเพิ่มขึ้นเมื่อชั่วโมงการทำงานเพิ่มขึ้น และจะเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่าเมื่อพยาบาลมีระยะเวลาทำงานมากกว่าหรือเท่ากับ 12.5 ชั่วโมงต่อวัน⁸ เมื่อพิจารณาที่ตำแหน่งในการปฏิบัติงานจะพบว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งแพทย์และพยาบาลมีโอกาสรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยสูงกว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งเจ้าหน้าที่สนับสนุนบริการทางการแพทย์⁹ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมีจำนวนการรายงานอุบัติการณ์มากกว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้ช่วยพยาบาล¹⁰ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชบุรี บุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยสูติกรรมในรายงานวิจัยนี้จะ

หมายถึงพยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยเหลือคนไข้เพื่อนำผลที่ได้มาวางแผนพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความรู้และเกิดความตระหนักในวัฒนธรรมความปลอดภัยจนเกิดเกิดผลลัพธ์ที่ดีในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1.ศึกษาระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชบุรี
- 2.เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามจำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการปฏิบัติงานต่อสัปดาห์และตำแหน่งในการปฏิบัติงาน

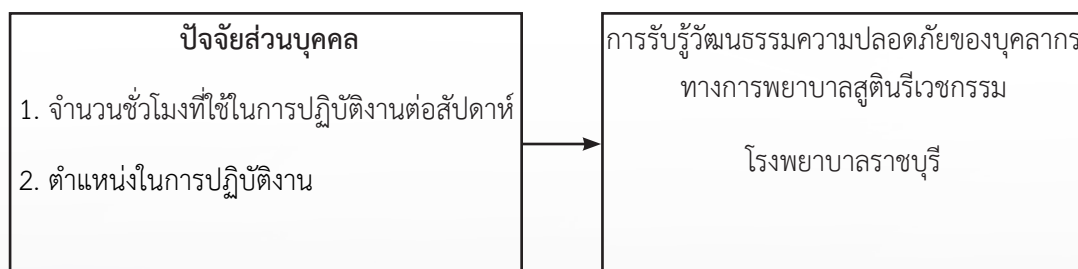
สมมุติฐานการวิจัย

1. บุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชบุรี ที่มีจำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการปฏิบัติงานต่อสัปดาห์ต่างกันมีระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยต่างกัน
2. บุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแล

ผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชบุรี ที่มีตำแหน่งในการปฏิบัติงานต่างกันระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชบุรี ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยที่นายแพทย์อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล (2551)¹¹ แปลมาจากสถาบัน AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยพฤติกรรมของคนในสังคมที่แสดงถึงลักษณะและทัศนคติที่เกี่ยวกับความปลอดภัยซึ่งทำให้อุบัติการณ์ในองค์กรมีความตระหนักและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องซึ่งเกี่ยวกับสิ่งต่างๆที่ทำให้เกิดความผิดพลาด(ตวงพร เอ็งวงษ์ตระกูล,2553¹² , วิณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์เกรียงศักดิ์, 2550¹³) โดยผู้วิจัยได้มีการจัดกลุ่มเพื่อหาพื้นที่ตามการปฏิบัติงานในการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชบุรี



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยและเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยจำแนกตามจำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการปฏิบัติงานต่อสัปดาห์และตำแหน่งในการปฏิบัติงาน

ประชากรคือบุคลากรทางการพยาบาลที่

ให้การดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรมในโรงพยาบาลราชบุรี ในช่วงเดือนกันยายน 2560 จำนวน 146 ราย ประกอบด้วย 8 หน่วยงาน ได้แก่ ห้องฝากครรภ์ ห้องคลอด หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด หอผู้ป่วยพิเศษสูตินรีเวชกรรม หอผู้ป่วยนรีเวช ห้องตรวจผู้ป่วยนอกสูตินรีเวช

ห้องผ่าตัดสูตินรีเวช และห้องพักฟื้นสูตินรีเวช โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากประชากรตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรมในโรงพยาบาลราชบุรีตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป มีหน้าที่ในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยและขึ้นปฏิบัติงานระหว่างวันที่ 15 – 30 กันยายน 2560 จำนวน 121 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามเรื่องการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชบุรี ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพของพร บุญมีและคณะ(2553)¹⁴ แบบสอบถามออกแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหน่วยงานจำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการปฏิบัติงานต่อสัปดาห์ ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน และ สถานที่ปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชบุรี โดยการจัดกลุ่มเพื่อหาพื้นที่ในการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัย (Areas for improvement) ออกเป็น 12 ด้าน จำนวน 44 ข้อ ดังนี้

1) ด้านการทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงาน จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม A1, A3, A4 และ A11

2) ด้านความคาดหวังของผู้บริหารและ

กิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัยผู้ป่วย จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม B1, B2, B3, B4

3) ด้านระบบการบริหารจัดการที่สนับสนุนความปลอดภัยผู้ป่วย จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม G1, G8, G9

4) ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม A6, A9, A13

5) ด้านการรับรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยในภาพรวม จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม A10, A15, A17, A18 และ F1

6) ด้านการสื่อสารและการสะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาด จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม C1, C3, C5

7) ด้านสื่อสารที่เปิดเผย จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม C2, C4, C6

8) ด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม G8, G2, G6

9) ด้านการจัดอัตรากำลัง หรือจัดคนเข้าทำงาน จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม A2, A5, A7, A14

10) ด้านส่งมอบงานระหว่างหน่วยงาน จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม G3, G5, G7, G10

11) ด้านการไม่ลงโทษหรือตำหนิต่อความผิดพลาด จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม A8, A12, A16

12) ด้านการรายงานเหตุการณ์ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม D1, D2, D3, D4 และ E1 ลักษณะของแบบสอบถามให้เลือกตอบในลักษณะประเมินค่า 5 อันดับ ตามแนวลีเกิตสเกล (Likert scale) มีการประเมินความหมายและให้คะแนน ดังนี้

ค่าคะแนน	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง/ไม่เคย/ข้อผิดพลาด 0-2 รายงาน/ ตก	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
2	ไม่เห็นด้วย/ นานๆครั้ง/ข้อผิดพลาด 3-5 รายงาน/ไม่ดี	เห็นด้วย
3	ไม่แน่ใจ/ข้อผิดพลาด 6-10 รายงาน/ ยอมรับได้	ไม่แน่ใจ
4	เห็นด้วย/ เกือบทุกครั้ง/ข้อผิดพลาด 11-20 รายงาน/ดีมาก	ไม่เห็นด้วย
5	เห็นด้วยอย่างยิ่ง/ ทุกครั้ง/ข้อผิดพลาด ≥ 21 รายงาน /ดีเยี่ยม	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ตัดสินคะแนนในรูปคะแนนเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977 อ้างถึงใน ชัชวาล เรื่องประพันธ์(2558)¹⁵ ตามสูตรดังนี้ ช่วงคะแนนในอันตรภาคชั้น = คะแนนสูงสุด-

คะแนนต่ำสุด/จำนวนระดับการวัด= $5-1 / 5 = 0.8$
ผู้วิจัยนำช่วงค่าคะแนนในแต่อันตรภาคชั้นมาจัดแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 1.80	หมายถึง การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ย	1.81 – 2.60	หมายถึง การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยน้อย
คะแนนเฉลี่ย	2.61 – 3.40	หมายถึง การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	3.41 – 4.20	หมายถึง การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยมาก
คะแนนเฉลี่ย	4.21 – 5.00	หมายถึง การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามให้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรมจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องชัดเจนด้านเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา และนำมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ ค่าความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.85

การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ปรับแก้แล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.84

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลราชบุรี โดยมีหนังสือรับรองเลขที่ COA-RBHECO030/2017 และประชากรในการวิจัยจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย มีการลงนามยินยอมในเอกสารขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลได้จากการศึกษาจะเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอผลการศึกษามาในลักษณะภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา เพื่อขออนุญาตใช้แบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัย

ผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพของพร บุญมี และคณะ(2553)¹⁴ นำมาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและตรวจสอบความเชื่อมั่นและทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และหัวหน้าหน่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะดำเนินการ ผู้วิจัยดำเนินการส่งแบบสอบถามพร้อมใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองโดยส่งผ่านหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลแต่ละสาขา โดยรับแบบสอบถามของซึ่งปิดผนึกคืนภายหลังแจกแบบสอบถามแล้ว 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยนำมาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลจำนวน 116 รายจากประชากร 121 ราย คิดเป็น ร้อยละ 95.87 และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหน่วยงาน จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการปฏิบัติงานต่อสัปดาห์ หน่วยงานที่ปฏิบัติงานและตำแหน่งในการปฏิบัติงาน โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชบุรี วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชบุรี ตามจำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการปฏิบัติ

งานต่อสัปดาห์ และตำแหน่งในการปฏิบัติงาน โดยใช้สถิติที (Independent t- test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.40 (77 คน) ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ส่วนร้อยละ 33.60 (9 คน) ปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้ช่วยเหลือคนไข้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 36.2 (42 คน) มีอายุอยู่ในช่วง 41 – 50 ปี มากที่สุด เฉลี่ย 41.79 ปี ร้อยละ 30.2 (35 คน) มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 11 – 20 ปี เท่ากับระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 21 – 30 ปี ที่มีร้อยละ 30.2 (35 คน) เฉลี่ย 17.12 ปี ร้อยละ 32.8 (38 คน) มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหน่วยงานอยู่ในช่วง 11 – 20 ปี เฉลี่ย 14.64 ปี ร้อยละ 70.69 (82 คน) มีจำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการปฏิบัติงานต่อสัปดาห์อยู่ในช่วง 65 - 84 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เฉลี่ย 58.14 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ร้อยละ 66.4 (77 คน) ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ และร้อยละ 34.5 (40คน) ปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัดสูตินรีเวชกรรม

2. ระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชบุรี โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\mu = 3.18, \sigma = .23$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีคะแนนวัฒนธรรมความปลอดภัยมากที่สุดคือด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ($\mu = 3.88, \sigma = .60$) ส่วนด้านที่มีคะแนนวัฒนธรรมความปลอดภัยน้อยที่สุดคือด้านการจัดอัตรากำลังหรือจัดคนเข้าทำงาน($\mu = 2.72, \sigma = .60$) รองลงมา คือด้านการไม่ลงโทษหรือตำหนิต่อความผิดพลาด ($\mu = 2.86, \sigma = .64$) และด้านการส่งมอบงานระหว่างหน่วยงาน ($\mu = 2.91, \sigma = .55$) แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์
พยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชบุรี โดยรวมและรายด้าน (n = 116)

วัฒนธรรมความปลอดภัย	μ	σ	การแปลผล
1.ด้านการทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงาน	3.51	.49	มาก
2.ด้านความคาดหวังของของผู้บริหารและกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัยผู้ป่วย	3.34	.43	ปานกลาง
3.ด้านระบบการบริหารจัดการที่สนับสนุนความปลอดภัยผู้ป่วย	3.29	.55	ปานกลาง
4.ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	3.88	.60	มาก
5.ด้านการรับรู้ความปลอดภัยผู้ป่วยในภาพรวม	3.45	.43	มาก
6.ด้านการสื่อสารและการสะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาด	3.64	.49	มาก
7.ด้านการสื่อสารที่เปิดเผย	3.24	.39	ปานกลาง
8.ด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงาน	3.10	.51	ปานกลาง
9.ด้านการจัดอัตรากำลัง หรือจัดคนเข้าทำงาน	2.72	.60	ปานกลาง
10.ด้านการส่งมอบงานระหว่างหน่วยงาน	2.91	.55	ปานกลาง
11.ด้านการไม่ลงโทษหรือตำหนิต่อความผิดพลาด	2.86	.64	ปานกลาง
12.ด้านการรายงานเหตุการณ์	3.10	.57	ปานกลาง
การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยโดยรวม	3.18	.23	ปานกลาง

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย ของบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามจำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการปฏิบัติงานต่อสัปดาห์และตำแหน่งในการปฏิบัติงาน

3.1 เปรียบเทียบการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลที่ปฏิบัติงาน

ดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามจำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการปฏิบัติงานต่อสัปดาห์ ระหว่างกลุ่มที่มีจำนวนชั่วโมงในการปฏิบัติงานต่อสัปดาห์ ≤ 48 ชั่วโมง กับกลุ่มที่มีจำนวนชั่วโมงในการปฏิบัติงานต่อสัปดาห์ > 48 ชั่วโมง พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยไม่แตกต่างกัน ($t_{114} = .468, p = .641$) แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย
สูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามจำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการปฏิบัติงานต่อสัปดาห์ (n=116)

ตัวแปรต้น ตัวแปรตาม	จำนวนชั่วโมงที่ใช้ ในการปฏิบัติงาน ≤ 48 ชั่วโมง (N= 34)		จำนวนชั่วโมงที่ใช้ ในการปฏิบัติงาน > 48 ชั่วโมง (N= 82)		t-test	P value
	μ	σ	μ	σ		
การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย	3.19	.277	3.17	.207	.468	.641

3.2 เปรียบเทียบการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงาน
ดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ระหว่างบุคลากร

ทางการแพทย์ที่มีตำแหน่งในการปฏิบัติงานต่างกัน
มีค่าเฉลี่ยการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยไม่แตกต่าง ($t_{114} = .256, p = .798$) แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย
สูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชบุรี จำแนกตามตำแหน่งในการปฏิบัติงาน (n=116)

ตัวแปรต้น ตัวแปรตาม	พยาบาลวิชาชีพ (N= 77)		ผู้ช่วยเหลือคนไข้ (N= 39)		t-test	P value
	μ	σ	μ	σ		
การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย	3.17	.182	3.18	.207	.256	.798

สรุปและอภิปรายผล

1. ระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย
สูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชบุรี โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\mu = 3.18, \sigma = .23$) โดยมีการรับรู้ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และการพัฒนา
อย่างต่อเนื่องมากที่สุด ($\mu = 3.88, \sigma = .60$) และการรับรู้ด้านการจัดอัตรากำลังหรือจัดคนเข้าทำงานน้อย
ที่สุด ($\mu = 2.72, \sigma = .60$)) แสดงให้เห็นว่าแม้
โรงพยาบาลราชบุรีจะมีความพยายามในการดำเนินการ
การบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยให้
ได้ตามมาตรฐานแต่ผลของการพัฒนาโดยรวมยังไม่
สามารถทำให้เกิดการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย

ในการดูแลผู้ป่วยที่ดีได้แสดงว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยที่แท้จริงอาจยังไม่เกิดขึ้น และอาจจะเกิด
จากผู้ช่วยเหลือคนไข้ มีวุฒิการศึกษาเพียงมัธยมศึกษา
ปีที่ 6 นั้นคล้ายคลึงกับการศึกษาของ อัญชลีย์
เจนวิถีสุข¹⁶ ที่ได้ศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัย
บุคลากรห้องผ่าตัด โรงพยาบาลพยาบาลราชบุรีพบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่มี
ระดับทัศนคติเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยอยู่ใน
ระดับปานกลาง และคล้ายคลึงกับการศึกษาของอารีย์
แก้วทวี และจรรยา วงศ์กิตติธาวาร¹⁷ ที่ได้ศึกษา
วัฒนธรรมความปลอดภัยบุคลากรห้องผ่าตัด
โรงพยาบาลพยาบาลสงขลานครินทร์พบว่าบุคลากร
ทุกกลุ่มมีระดับทัศนคติเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัย

ปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลาง

2. บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชบุรี ที่มีจำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการปฏิบัติงานต่อสัปดาห์แตกต่างกันมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยไม่แตกต่างกัน ($t = .468, p = .641$) ปฏิเสธสมมติฐานข้อที่ 1 แสดงให้เห็นว่าแม้กลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยสูติกรรมซึ่งประกอบไปด้วยพยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยเหลือคนไข้จะมีจำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยสูงกว่าเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด อาจมีความเหนื่อยล้าบ้าง แต่ความปลอดภัยของผู้ป่วยยังเป็นเป้าหมายสำคัญของการให้บริการไม่น้อยไปกว่ากลุ่มที่มีจำนวนชั่วโมงการทำงานตามเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของโรเจอร์และคณะ⁸ ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีชั่วโมงการปฏิบัติงานมากกว่า 50 ชั่วโมงต่อสัปดาห์มีโอกาสเกิดความผิดพลาดมากกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีชั่วโมงการปฏิบัติงานมากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ที่เป็นเช่นนี้สามารถอธิบายได้ว่าอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 68.96 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมากกว่า 10 ปี ซึ่งทุกคนล้วนมีโอกาสได้รับรู้และมีประสบการณ์เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยตามนโยบายของโรงพยาบาล

3. บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชบุรี ที่มีตำแหน่งในการปฏิบัติงานแตกต่างกันมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยไม่แตกต่างกันอย่าง ($t = .256, p = .798$) ปฏิเสธสมมติฐานข้อที่ 2 แสดงให้เห็นว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม ไม่ว่าจะตำแหน่งสายงานวิชาชีพที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือตำแหน่งสายงานสนับสนุนที่ไม่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพต่างให้ความสำคัญเรื่องความปลอดภัยกับผู้ป่วยเหมือนกันแสดงให้เห็นว่าการที่โรงพยาบาลราชบุรีจะมีความพยายามในการดำเนินการบริหารความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยให้ได้ตามมาตรฐานนั้นทำให้บุคลากรทางการแพทย์

เกิดการรับรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยไม่สอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของอัญชลีย์ เจนวิสิษฐ¹² ที่ได้ศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยบุคลากรห้องผ่าตัด โรงพยาบาลพยาบาลราชบุรีซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างเป็นแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ มีพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีตำแหน่งต่างกันมีระดับทัศนคติระดับทัศนคติเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยแตกต่างกันอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลจากการวิจัยครั้งนี้ พบว่าบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชบุรีมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น ควรมีการกำหนดนโยบายวัฒนธรรมความปลอดภัยในดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรมและให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยสูติกรรมแยกตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยเหลือคนไข้ตามขอบเขตหน้าที่ของแต่ละตำแหน่ง การจัดอัตราค่าจ้างหรือจัดคนเข้าทำงานหัวหน้างานควรมีเหมาะสมกับภาระงานบนหอผู้ป่วย การส่งมอบงานระหว่างหน่วยงานควรมีการกำหนดรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ครอบคลุมและคัดกรองภาวะเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้ป่วยบริการเพื่อจะได้วางแผนการพยาบาลได้ครอบคลุมหน่วยงานควรมีมาตรการต่อความผิดพลาดโดยการให้ผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ช่วยกันวิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางการป้องกันทันทีที่แก้ไขความผิดพลาดดังกล่าวสำเร็จ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงลึกของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลตามตำแหน่งที่ปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพและผู้ช่วยเหลือคนไข้เกี่ยวกับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม เพื่อประเมินการรับรู้ที่แท้จริงต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). **10 facts on patient safety**. [internet]. 2011 [Retrieved 2017May 23]. Available from:URL:http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/en/index1.html
2. รัศมี ดันศิริสิทธิกุล นิรัตน์ วรรณศิลป์ เกษร เทพแบ่ง ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ และชนภัทร วินยวัฒน์ รายงานการทบทวนองค์ความรู้ เรื่องการพัฒนาระบบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) [อินเทอร์เน็ต]. 2555. [เข้าถึงเมื่อ 4 พฤษภาคม 2560].
3. ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ. คุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety). [อินเทอร์เน็ต]. 2557. [เข้าถึงเมื่อ 4 พฤษภาคม 2560].
4. กลุ่มงานการพยาบาลสูติรีเวชกรรม. รายงานข้อมูลตัวชี้วัด. ราชบุรี: โรงพยาบาลราชบุรี; 2560
5. Olds, D.M. and Clarke, S.P. The effect of work hours on adverse events and errors in health care. *J Safety Res.* 2010 ; 41(2): 153–162.
6. เรมวล นันทศุภวัฒน์, อรอนงค์ วิชัยคำ และ อภิรติ นันทศุภวัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างชั่วโมงการปฏิบัติงานเกินเวลาของพยาบาลและผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยพยาบาลและองค์การในโรงพยาบาลทั่วไป. *พยาบาลสาร* 2557; 41(4): 58 – 69.
7. ทริยาพรรณ สุภามณี, วิภาดา คุณาวิฑิตกุล และผ่องศรี เกียรติเลิศนภา. การปฏิบัติงานเกินเวลาของพยาบาลและผลลัพธ์ด้านพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน. *พยาบาลสาร* 2557; 41(พิเศษ): 48 – 58.
8. Rogers, A.E., Hwang, W.T., Scott, L.D., Aiken, L.H., Dinges, D.F. The Working Hours of Hospital Staff Nurses and Patient Safety. *Health Affairs*, 2004, 23(4): 202-12.
9. กนกวรรณ เมระพันธุ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน:กรณีศึกษาหนึ่งกลุ่มโรงพยาบาลภาคเอกชนไทย. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข] กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.
10. Hughes, C.M. and Lapane, K.L. Nurses' and nursing assistants' perceptions of patient safety culture in nursing homes. *International Journal for Quality in Health Care* 2006; Volume 18 (4): 281–286.
11. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. (2551). “แบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล” (ออนไลน์). [อินเทอร์เน็ต], จาก <http://www.gotoknow.org/blog/puala-story>. [เข้าถึงเมื่อ 4 พฤษภาคม 2560].
12. ดวงพร เอ็งวงษ์ตระกูล.(2553). วัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety Culture). *Nuclear Society of Thailand Articles*.1-4. [อินเทอร์เน็ต], จาก <http://www.nst.or.th/article/article142/article1432.htm> [เข้าถึงเมื่อ 4 พฤษภาคม 2560].
13. วิณา จีระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การบริหารความปลอดภัยของผู้ป่วย แนวคิด กระบวนการ แนวปฏิบัติความปลอดภัยในทางคลินิก. กรุงเทพฯ: บริษัทอีเลฟแวนด์เซลล์เลอร์ส ; 2550.

14. พร บุญมี บัวบาน ยะนา วัชรีย์ ไชยจันดี และลักษณา ไทยประเสริฐ. วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ. ในเขตภาคเหนือที่เข้าร่วมประชุมวิชาการเรื่องการจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
15. ชัชวาล เรื่องประพันธ์. สถิติพื้นฐาน. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558
16. อัญชลีย์ เจนวิถีสุข. วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรห้องผ่าตัดโรงพยาบาลราชบุรี. ;วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11. 2556; 7(4): 785-795.
17. อารีย์ แก้วทวี และจรรยา วงศ์กิตติถาวร. วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2553; 3(28): 117-124.

การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแล
ภาวะฉุกเฉิน ผู้สูงอายุที่เสพยาเสพติด อาเภอแม่อริม จังหวัดเชียงใหม่
Competency Development of Village Health Volunteers
Regarding Emergency Care for Elderly with Alcohol Use in
Don Kaew Sub-district, Mae Rim District, Chiang Mai

สุมิตรพร จอมจันทร์ พย.ม.*	Sumitporn Chomchan M.N.S.*
ธณัชนรี สโรบล พย.ม.*	Tanatn aree Salobol M.N.S.*
นิตยา บุญลือ พย.ม.*	Nittaya Boonlue M.N.S.*
เกศราภรณ์ ชูพันธ์ พร.ด.*	Kesaraporn Choopun Ph.D.*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับ
ศักยภาพและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้
สูงอายุที่เสพยาเสพติด

เครื่องมือและวิธีการ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษามี 3 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบประเมินศักยภาพ อสม.
ในการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพยาเสพติด ส่วนที่ 2 การจัดอบรมพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติการเมื่อเกิด
ภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพยาเสพติด (สถานการณ์จำลอง) ส่วนที่ 3 ความเห็นการมีส่วนร่วมในการดำเนินการ
ดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพยาเสพติด ตำบลดอนแก้ว จังหวัดเชียงใหม่ เครื่องมือส่วนที่ 1 ผ่านการหาค่า
ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 0.87 ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น ได้
ค่าอัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.7 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา
กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนเก็บข้อมูลก่อนการพัฒนาศักยภาพฯ และหลังพัฒนาศักยภาพฯ 3 เดือน 6
เดือน ระหว่าง เดือนมกราคม - กรกฎาคม 2558

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการพัฒนาศักยภาพฯ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีศักยภาพ
การดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพยาเสพติดในชุมชน ด้านความรู้ในการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพยาเสพติด
ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.3 หลังการพัฒนาศักยภาพฯ เดือนที่ 3, 6 เพิ่มขึ้นเป็นระดับ
มาก ร้อยละ 60.0, 93.3 ตามลำดับ ด้านทัศนคติก่อนการพัฒนาศักยภาพฯ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง
ร้อยละ 50.0 หลังการพัฒนาศักยภาพฯ เดือนที่ 3 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.3 และเดือน
ที่ 6 ส่วนใหญ่อยู่

ในระดับระดับมากร้อยละ 63.3 ด้านประสบการณ์ก่อนการพัฒนาศักยภาพฯ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ
น้อย ร้อยละ 36.7 ภายหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 46.7 และระดับมาก ร้อยละ
56.7 ตามลำดับ

* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

* Nursing instructor, Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai

สรุป การศึกษาพบว่าโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาจช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติในการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพยาสูบลดอนเทว ดีขึ้นที่ 3,6 เดือน และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยกับโปรแกรมและเห็นว่าควรเพิ่มช่องทางการสื่อสารระหว่างภาคีสุขภาพ

คำสำคัญ : ศักยภาพ, อาสาสมัครสาธารณสุข, ภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุ

Abstract

This action research aimed to: 1) study the ability level of village health volunteers (VHVs) to provide emergency care for elderly with alcohol use in the community, 2) competency development the VHVs regarding emergency care for elderly with alcohol use in the community. Participants were 30 VHVs who were responsible for mental health care in Donkaew sub-district, Mearim district, Chiang Mai. The study was conducted during the period of January – August, 2015. Research tools were: 1) ability assessment form, 2) Training scenario, and 3) evaluation of community participation. Content validity of the research tools were confirmed by a panel of three experts. The IOC ranged from 0.87 to 1.0 Its reliability was tested using Cronbach's alpha coefficient yielding a value of 0.7 Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The results of this study found that most of the VHVs knowledge and attitude regarding the emergency care for elderly with alcohol use at a moderate level (83.3% and 50%, respectively). And most of their prior experience was at a low level (36.7%). After conducting the development, their ability increased: the knowledge of the increased to a moderate and a high level (46.7% and 56.7 % respectively).

These findings can be used as a database to further study on VHVs increased to a moderate and a high level (60% and 93.33%, respectively), the attitude increased to a moderate and a high level (53.3% and 63.3 %, respectively), and the program may allow VHVs to have knowledge, attitude and practice in emergency care for elderly with alcohol use improved at 3,6 months, and most of the sample agreed with the program, and should be increased communication channels between participants.

Keywords: Competency, Village Health Volunteers, Emergency care in Elderly

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยนั้นคนไทยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นอันดับ 40 ของโลก และเป็นต้นเหตุของการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรร้อยละ 90¹ ซึ่งปัจจุบันพบว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มหนึ่งที่มีอัตราการดื่มสุราค่อนข้างมากจากการสำรวจพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่ามีอัตราการดื่มสุรารวมทั้งหมดร้อยละ 18.40² และมีผู้สูงอายุเกือบ 1 ใน 4 ยังคงดื่มสุรา โดยเป็นการดื่มหลายๆ ครั้ง แต่มีผู้สูงอายุไม่น้อยที่ดื่มสุราทุกวัน ผู้สูงอายุชายดื่มสุราสูงกว่าหญิงคือร้อยละ 41.9 แนวโน้มของอัตราการดื่มแอลกอฮอล์กลุ่มผู้สูงอายุ เมื่อเปรียบเทียบการสำรวจในปี 2556 และผลสำรวจล่าสุดในปี 2557 พบว่าอัตราการดื่มในกลุ่มผู้สูงอายุกลับเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 2.2¹ โดยประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 9.5 ล้านคน หรือคิดเป็น ร้อยละ 14.7 ของประชากรทั้งหมด³ หากผู้สูงอายุดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำทำให้เกิดเจ็บป่วยเป็นโรคต่างๆ ได้ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจตามมา¹

การดื่มสุราส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุและบุคคลที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย และสุราเป็นสารเสพติดที่ทำลายสมองและร่างกายของผู้ที่ดื่มในระยะยาว ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนมากมาย เช่น โรคตับแข็ง ตับอักเสบ ความดันโลหิตสูง โรคจิตจากการติดสุรา ชักจากการเสพติดสุรา โรคพ้อคลั่ง โรคเลือดออกในกระเพาะอาหาร⁴ ประกอบกับเมื่อผู้สูงอายุเมื่อดื่มสุราในปริมาณที่เท่ากันกับคนที่อายุน้อยดื่ม จะเมาเร็วกว่าเนื่องจากน้ำในร่างกายมีน้อยส่งผลให้แอลกอฮอล์ที่กระจายในเลือดมีความเข้มข้นสูงกว่า ดังนั้นผู้สูงอายุที่ดื่มสุราทุกวันจะมีโอกาส เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะผู้สูงอายุหากดื่มมาก ความดันโลหิตก็ยิ่งสูงมาก เมื่อความดันโลหิตสูงก็เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งอาการแทรกซ้อน ที่พบบ่อยในผู้ป่วยเสพติดสุรา คือ อาการสมองเสื่อม ความคิด ความจำ การ

ตัดสินใจช้ากว่าเดิม¹ ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุที่ดื่มสุราจึงต้องมีความร่วมมือระหว่างองค์กรต่างๆ ปัจจุบันมีหลายหน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือและดูแลผู้สูงอายุ เสพสุราไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลศูนย์ สถาบันจิตเวช องค์กรเอกชน วัด ซึ่งหน่วยงานที่มีความสำคัญหน่วยงานหนึ่งคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่มีขีดความสามารถระดับปฐมภูมิ (Primary care) ตรงกับหลักการ สร้างนำซ่อม โดยการให้บริการเชิงรุกเน้นการป้องกันโรค เป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม จัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วม และชุมชนที่สำคัญคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ร่วมกันดูแลสุขภาพของคนในชุมชน

เป้าหมายยุทธศาสตร์สุขภาพจิตแห่งชาติ 20 ปี (พ.ศ.2560-2579) คือ การที่ “ประชาชนมีปัญญารมณดี และมีความสุข อยู่ในสังคมอย่างทรงคุณค่า” จะบรรลุได้ เมื่อการทำงานด้านสุขภาพจิตชุมชนในเขตบริการสาธารณสุขต่างๆ ทำงานเป็นทีมร่วมกับภาคีเครือข่าย สามารถบูรณาการงาน ใช้ทรัพยากรร่วมดำเนินการกับหน่วยงาน องค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน ชุมชน เครือข่ายต่างๆ เพื่อประโยชน์สูงสุด และเกิดความยั่งยืน⁵ ทั้งนี้ปัญหาผู้สูงอายุเสพสุราถือเป็นปัญหาของสังคมที่สำคัญในปัจจุบันและต้องอาศัยภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลช่วยเหลือ จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นว่า หลังการพัฒนาภาคีเครือข่ายชุมชน คือ อาสาสมัครสาธารณสุข กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน พัฒนาการอำเภอให้มีส่วนร่วมในระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลนาตาล พบว่าสามารถลดอัตราการขาดนัด และการกำเริบซ้ำของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁶ เช่นเดียวกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนคนทา อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมาที่พัฒนาภาคีเครือข่ายอันประกอบไปด้วยอาสาสมัครสาธารณสุข ญาติและเจ้าหน้าที่ จนทำให้ปัญหาสุขภาพจิตชุมชนได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยจิตเวชสามารถรับประทานยาได้ต่อเนื่องและมีสุขภาพ

จิตที่ดีขึ้น⁷ และจากการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ เห็นว่าควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมศักยภาพของพยาบาลและเครือข่ายที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราเช่นกัน⁸ ทั้งนี้จากการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉินที่ติดสุราในชุมชนห้วยตึงเฒ่าตำบลดอนแก้ว อำเภอมะแมร์ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้สูงอายุและครอบครัว ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนหน่วยบริการสุขภาพและทีมงาน ต้องมีการประสานงานกัน และดำเนินการที่ต่อเนื่อง ให้การดูแลแบบองค์รวม โดยใช้ผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถลด ละ เลิกการดื่มสุรา ไม่มีการเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือมีการฆ่าตัวตาย และให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁹ ซึ่งจากการสำรวจผู้สูงอายุจำนวน 83 คน ในชุมชนห้วยตึงเฒ่า ตำบลดอนแก้ว อำเภอมะแมร์ จังหวัดเชียงใหม่ เพียงชุมชนเดียว พบว่า มีผู้สูงอายุที่ติดสุราร่วมกับมีภาวะซึมเศร้าถึง 3 คน (ร้อยละ 3.61)¹⁰ อันอาจก่อให้เกิดปัญหาภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุที่เสพรุราตามมาอันได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าว การพยายามฆ่าตัวตาย เป็นต้น จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าการมีอาสาสมัครสาธารณสุขเข้าร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่ดื่มสุราส่งผลให้ผลการดำเนินการดีขึ้น ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งเป็นกำลังสำคัญของภาคีเครือข่ายสุขภาพจึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพในดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุในชุมชนที่เสพรุรา เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดีขึ้นด้วย

ผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพรุรา ตำบลดอนแก้ว อำเภอมะแมร์ จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่เสพรุราในชุมชนได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น สนับสนุนให้ชุมชนบรรลุตามเป้าหมายยุทธศาสตร์สุขภาพจิตแห่งชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) คือ การที่ “ประชาชนมีปัญญา อารมณ์

ดี และมีความสุข อยู่ในสังคมอย่างทรงคุณค่า”

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของศักยภาพพอสมในการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพรุราในชุมชน-
2. เพื่อพัฒนาศักยภาพพอสมในการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพรุราในชุมชน

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากร

ประชากรที่ศึกษาได้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลดอนแก้ว ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตโดยตรงทั้งหมดจำนวน 30 คน ทุกหมู่บ้านในตำบลดอนแก้ว หมู่บ้านละ 3 คน โดยกำหนดคุณสมบัติคือเป็นอสม. ที่ดูแลรับผิดชอบงานสุขภาพจิต และยินดีเข้าร่วมโครงการ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ เลขที่ REC 01C/2558 ลงวันที่ 5 มกราคม 2558 คณะผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจง รายละเอียดของโครงการวิจัย ประชากรลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ และสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมหรือจะยุติการเข้าร่วมโครงการเมื่อไรก็ได้

ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย ระหว่าง เดือนมกราคม - กรกฎาคม พ.ศ. 2558

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การประเมินศักยภาพพอสม.ด้านการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพรุราประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป และศักยภาพในการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพรุรา

ส่วนที่ 1.1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลส่วนบุคคลเพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มประชากร

ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาการเป็นอสม. ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 1.2 แบบประเมินศักยภาพโดยอสม.เป็นผู้ตอบแบบประเมิน

1.2.1 ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนศักยภาพด้านความรู้ของอสม. ในการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพยา เป็นแบบประเมินศักยภาพอสม. ด้านความรู้ จำนวน 20 ข้อ มี 3 ตัวเลือก คือ ถูก ผิด และไม่ทราบ ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มีหลักการให้คะแนนดังนี้

ตอบถูกต้อง	เท่ากับ 1	คะแนน
ตอบผิด	เท่ากับ 0	คะแนน
ไม่ทราบ	เท่ากับ 0	คะแนน

สำหรับการประเมินศักยภาพด้านความรู้ มีเกณฑ์การแปลผลเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนมากกว่าร้อยละ 75 (ตอบถูก 15 ข้อขึ้นไป) หมายถึง มีความรู้ระดับสูง คะแนนร้อยละ 60 – 74.99 (ตอบถูก 12-14 ข้อ) หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง และคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (ตอบถูกน้อยกว่า 12 ข้อ) หมายถึง มีความรู้ระดับน้อย

1.2.2 ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนศักยภาพด้านทัศนคติของอสม. ในการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพยา เป็นแบบประเมินศักยภาพอสม. ด้านทัศนคติในการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพยา จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ซึ่งมีเกณฑ์การแปลผลเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 10 – 34 หมายถึง มีทัศนคติระดับน้อย คะแนน 35 – 40 หมายถึง ทัศนคติระดับปานกลาง และคะแนน 41-50 หมายถึง มีทัศนคติระดับดีมาก

1.2.3 ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนศักยภาพด้านประสบการณ์ในการปฏิบัติงานของอสม. ในการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพยา เป็นแบบประเมินศักยภาพอสม. ด้านประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพยา ประกอบ

ด้วย จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบ่อย ปฏิบัตินานๆครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย โดยแปลผลเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 0 – 5 หมายถึง การปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย คะแนน 6 – 10 หมายถึง การปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 11 – 15 หมายถึง การปฏิบัติอยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 2 เป็นการพัฒนาศักยภาพอสม. ในการปฏิบัติการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพยา โดยใช้การอบรมให้ความรู้และสถานการณ์จำลอง กระบวนการพัฒนาศักยภาพอสม. เริ่มจากการอบรมให้ความรู้เรื่อง การดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพยา จากนั้นให้อสม. ทั้ง 30 คนฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลอง จำนวนทั้งหมด 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 หลังการอบรมให้ความรู้ทันที ครั้งที่ 2 หลังการอบรม 3 เดือน และครั้งที่ 3 หลังการอบรม 6 เดือน โดยมีการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างมาประชุมกันครั้งละ 2 ชั่วโมง และมีการประเมินผลการแสดงบทบาทสมมติของอสม. รายกลุ่มๆ ละ 10 คน ว่าเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพยาขึ้นแล้วมีวิธีการดำเนินการอย่างไรบ้าง ผู้ประเมินคือ คณะผู้วิจัย อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ทำการประเมินทั้งหมด 5 หัวข้อ คือ 1) ด้านภาษาการเจรจาและการพูดคุย 2) ด้านเนื้อหา : ความรู้ที่นำมาใช้แก้ไขสถานการณ์ 3) ด้านรูปแบบการแสดง 4) ด้านเวลา 5) ด้านความมีส่วนร่วมในการแสดง เกณฑ์การให้คะแนน แต่ละหัวข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนนตามเกณฑ์การให้คะแนน (Scoring Rubric) การแปลผล 4 ระดับ คือ คะแนน 16-20 หมายถึง ดีมาก คะแนน 11-15 หมายถึง ดี คะแนน 6-10 หมายถึง พอใช้ และคะแนน 1-5 หมายถึง ต้องปรับปรุง

ส่วนที่ 3 ความเห็นการมีส่วนร่วมในการดำเนินการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพยา ตำบลดอนแก้ว เป็นการสอบถามและสนทนาของอาสาสมัครสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต ตำบลดอนแก้วถึงการพัฒนาศักยภาพอสม. ในการดูแล

ภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพรุรา ประกอบด้วย 3 ประเด็น คือ 1) ความเห็นการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 2) ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุที่เสพรุรา 3) แนวทางแก้ไข/ การช่วยเหลือ/ สนับสนุน เพิ่มโอกาสพัฒนาการดำเนินกิจกรรมในการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพรุรา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินศักยภาพของสม. ในการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพรุรา ทั้งนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ แล้วนำมาคำนวณหาดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) ได้ค่าความตรงเท่ากับ 0.87 และหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำเครื่องไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลแม่สา อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.7

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาศักยภาพของสม. ในการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพรุราของสม. ตำบลดอนแก้ว

1) จัดทำหนังสือขออนุญาตในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และการตอบแบบประเมินศักยภาพของสม. ในการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพรุรา

3) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินศักยภาพของสม. ในการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพรุรา ที่ได้รับคืนทั้งหมดก่อนนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาศักยภาพของสม. ในการ

ดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพรุรา

1. ขั้นตอนการวางแผน (Plan)

1.1 ประสานขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลชุมชนตำบลดอนแก้วและประธานอสม. และอบต. ดอนแก้ว

1.2 ประชุมวางแผนดำเนินโครงการ ประกอบด้วยอาจารย์ผู้รับผิดชอบโครงการ อาจารย์นิเทศนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ที่ฝึกปฏิบัติงานในรายวิชาการพยาบาลจิตเวช ผู้แทนจากโรงพยาบาลชุมชนตำบลดอนแก้วและประธานอสม. และอบต. ดอนแก้ว

2. ขั้นตอนการปฏิบัติการ (Action) และสังเกตการณ์หรือประเมินผล (Observation) โดยใช้แบบประเมินศักยภาพด้านความรู้ ทักษะและการปฏิบัติงาน คณะผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตั้งแต่เดือนธันวาคม 2557 ถึง ปลายเดือนกรกฎาคม 2558 รวมระยะเวลาดำเนินการ 8 เดือน ประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้

2.1 กิจกรรมการอบรมให้ความรู้ในการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพรุรายกลุ่ม จากอาจารย์สาขาการพยาบาลจิตเวช และกิจกรรมการเรียนรู้การจัดการกับสถานการณ์จำลองภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพรุราในเดือน ม.ค. 2558

2.2 กิจกรรมเยี่ยมและประเมินศักยภาพอสม. หลังการอบรมฯ 3, 6 เดือนโดยนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่หมุนเวียนการฝึกภาคปฏิบัติในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต โดยใช้แบบประเมินศักยภาพด้านความรู้ ทักษะและการปฏิบัติงานรายเดียว ทั้งนี้ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ได้รับการชี้แจงการดำเนินกิจกรรมโดยละเอียดภายใต้การดูแลของอาจารย์นิเทศซึ่งเป็นทีมวิจัยอย่างใกล้ชิด

เมื่อพบว่ามีความรู้ด้านใดที่อยู่ในระดับน้อย-ปานกลาง อสม. จะได้รับกิจกรรมให้ความรู้สร้างทัศนคติและการปฏิบัติงานในการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพรุรา ในส่วนที่ขาดรายเดียวภายใต้การดูแลของอาจารย์นิเทศ หลังการอบรมฯ 3, 6 เดือน

2.3 กิจกรรมประเมินการจัดการกับ

สถานการณ์จำลองภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพสุราโดยมีการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างมาประชุมกันครั้งละ 2 ชั่วโมงหลังการอบรมฯ 3, 6 เดือน และมีการประเมินผลการแสดงบทบาทสมมติของอสม. รายกลุ่มๆ ละ 10 คน ว่าเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพสุราขึ้นแล้วมีวิธีการดำเนินการอย่างไรบ้าง ผู้ประเมินคือ คณะผู้วิจัย อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ทั้งนี้มีการเสริมแรงโดยหลักการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่โดยให้อสม. นำสมุดบันทึกการทำงานในการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพสุรา มาแลกเปลี่ยนที่ระลึกได้แก่ เสื้อยืด ในการนัดหมายหลังการอบรมฯ 6 เดือน

2.4 ประเมินผลการดำเนินกิจกรรม

3. ขั้นตอนการสะท้อนกลับ (Reflection)

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบประเมินศักยภาพอสม. ในการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพสุรา การปฏิบัติการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพสุรา (สถานการณ์จำลอง) และแบบสอบถามความเห็นการมีส่วนร่วมในการดำเนินการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพสุรา ตำบลตอนแก้ว มาวิเคราะห์และสรุปผลการดำเนินการวิจัยเป็นระยะได้แก่ ระยะก่อนการพัฒนาศักยภาพฯ ระยะหลังการพัฒนาศักยภาพฯ ไปแล้ว 3 เดือน และ ระยะหลังการพัฒนาศักยภาพฯ ไปแล้ว

6 เดือน/ สิ้นสุดการวิจัย และมีการนำข้อสรุปผลการดำเนินการเสนอต่อเครือข่ายภาคีสุขภาพ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลตอนแก้ว ผู้บริหารและพยาบาลผู้รับผิดชอบงานจิตเวชโรงพยาบาลชุมชน ตำบลตอนแก้วและประธานอสม.

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบประเมินศักยภาพอสม. ในการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพสุรา ในระหว่างการศึกษาสามารถเก็บแบบประเมินได้ครบทั้ง 30 คน ตลอดระยะเวลาการศึกษา

ส่วนที่ 1.1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล

พบว่า อสม. ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต เป็นเพศชาย ร้อยละ 3.33 เป็นเพศหญิงร้อยละ 96.67 และส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.67 มีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่ามากที่สุดร้อยละ 53.33 ประชากรร้อยละ 50.00 ประกอบอาชีพรับจ้าง และร้อยละ 36.67 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน อสม. ส่วนใหญ่เป็น อสม. มาเป็นช่วงเวลา 4-9 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.67

ส่วนที่ 1.2 แบบประเมินศักยภาพอสม. ในการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพสุรา

1.2.1 ข้อมูล ด้านความรู้

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละระดับความรู้ของอสม. ในการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพสุรา จำแนกตามระยะการพัฒนาศักยภาพ ($\mu=30$)

ระดับความรู้	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนาเดือนที่ 3		หลังการพัฒนาเดือนที่ 6	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ความรู้ระดับน้อย	1	3.33	2	6.67	-	0.00
ความรู้ระดับปานกลาง	25	83.33	10	33.33	2	6.67
ความรู้ระดับมาก	4	13.34	18	60.00	28	93.33
รวม	30	100.00	30	100.00	30	100.00

พบว่า ระดับความรู้ของอสม. ในการดูแล ภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพสุรานั้นก่อนพัฒนาส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 83.33 หลังการพัฒนาแล้วเดือนที่ 3 ส่วนใหญ่มี

คะแนนอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 60.00 และ ส่วนใหญ่ร้อยละ 93.33 มีคะแนนอยู่ในระดับมาก เมื่อ ได้รับการพัฒนาแล้วเดือนที่ 6

1.2.2 ข้อมูลด้านทัศนคติ

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละระดับทัศนคติของอสม. ในการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพสุราจำแนกตามระยะการพัฒนาศักยภาพ ($\mu = 30$)

ระดับทัศนคติ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนาเดือนที่ 3		หลังการพัฒนาเดือนที่ 6	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
มีทัศนคติระดับน้อย	6	20.00	0	0.00	0	0.0
มีทัศนคติระดับปานกลาง	15	50.00	16	53.33	11	36.67
มีทัศนคติระดับดีมาก	9	30.00	14	46.67	19	63.33
รวม	30	100.00	30	100.00	30	100.00

ระดับทัศนคติของอสม. ในการดูแลภาวะฉุกเฉิน ผู้สูงอายุนั้น พบว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพระดับ ทัศนคติของอสม. ในการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่ เสพสุราส่วนใหญ่ร้อยละ 50.0 อยู่ในระดับปานกลาง หลังได้รับการพัฒนาศักยภาพเดือนที่ 3 ระดับ ทัศนคติของอสม.ในการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่ เสพสุราส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 53.33

และระดับมาก ร้อยละ 46.67 หลังได้รับการพัฒนา ศักยภาพ เดือนที่ 6 ระดับทัศนคติของอสม. ในการ ดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพสุราเพิ่มขึ้นส่วนใหญ่ อยู่ในระดับมากร้อยละ 63.33 และระดับปานกลาง ร้อยละ 36.67

1.2.3 ข้อมูลด้านประสบการณ์ในการ ปฏิบัติงาน

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละระดับศักยภาพด้านประสบการณ์ในการปฏิบัติงานของอสม. ในการดูแล ภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพสุราตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ จำแนกตามระยะการพัฒนาศักยภาพ ($\mu = 30$)

ระดับการปฏิบัติ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนาเดือนที่ 3		หลังการพัฒนาเดือนที่ 6	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย	11	36.67	3	10.00	2	6.67
การปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง	8	26.66	14	46.67	11	36.67
การปฏิบัติอยู่ในระดับมาก	11	36.67	13	43.33	17	56.66
รวม	30	100.00	30	100.00	30	100.00

พบว่า ประชากรที่ศึกษา ก่อนการพัฒนา ศักยภาพมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานของ อสม. ในการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพยาใน ระดับน้อยและระดับมากเท่ากัน คือ ร้อยละ 36.67 รองลง มาการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 26.66 หลัง การพัฒนาเดือนที่ 3 ส่วนใหญ่การปฏิบัติงานของ อสม. ในการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพยาใน

ตารางที่ 4 แสดงร้อยละของระดับคะแนนการสังเกตพบอาการผิดปกติเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุที่เสพยา ของอสม. ตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ จำแนกตามครั้งที่แสดง ($\mu = 30$)

ครั้งที่	ร้อยละของระดับคะแนน			
	ดีมาก	ดี	พอใช้	ปรับปรุง
1 (วันที่อบรม)	0.0	66.67	33.33	0.00
2(หลังอบรม3 เดือน)	66.67	33.33	0.00	0.00
3(หลังอบรม6 เดือน)	100.00	0.00	0.00	0.00

พบว่า การสังเกตพบอาการผิดปกติเมื่อเกิด ภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุที่เสพยาของอสม. ตำบล ดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ มีระดับ คะแนนในการสังเกตพบอาการผิดปกติ ครั้งที่ 1 ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 66.7 และครั้งที่ 2 ส่วน ใหญ่อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 66.7 และการ แสดงครั้งที่ 3 อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 100.00

ส่วนที่ 3 ความเห็นการมีส่วนร่วมในการ ดำเนินการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพยา ตำบล ดอนแก้ว

1) ความเห็นการมีส่วนร่วมในการดำเนินการ ดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพยา ตำบลดอนแก้ว เห็นว่าเป็นกิจกรรมที่ก่อประโยชน์ต่อชุมชนตำบล ดอนแก้ว สามารถทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่เสพยามากขึ้น เกิดความ ตระหนักในการดูแลผู้สูงอายุที่เสพยา ชุมชนมีความ ตื่นตัว สนใจ ใส่ใจ ในการดูแลผู้สูงอายุที่เสพยาขึ้น มา ในขณะที่เดียวกันทำให้ผู้สูงอายุที่เสพยามีความรู้ ตระหนักถึงพิษภัยของสุรา

ระดับปานกลางร้อยละ 46.67 และเพิ่มขึ้นสูงสุดเมื่อ หลังการพัฒนาเดือนที่ 6 ส่วนใหญ่การปฏิบัติงานของ อสม. ในการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพยาอยู่ใน ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 56.66

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ในผู้สูงอายุที่เสพยา (สถานการณ์จำลอง)

2) ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุที่ เสพยาในชุมชนตำบลดอนแก้ว พบว่าอาสาสมัคร สาธารณสุขและภาคีสุขภาพตำบลดอนแก้วยังมี ปัญหาที่เข้าถึงผู้สูงอายุที่เสพยายาก เนื่องจาก ผู้สูงอายุที่เสพยาไม่ยอมรับการช่วยเหลือหรือปรับ พฤติกรรมเพราะผู้สูงอายุที่เสพยายังมีทัศนคติที่ดีต่อ การเสพยา เช่น ดื่มสุรแล้วทำให้หลับได้ ช่วยคลาย ความวิตกกังวล และไม่มีความเข้มแข็งทางใจ เมื่อถูก เพื่อนชวน นอกจากนั้นผู้สูงอายุที่เสพยาบางรายหลีกเลี่ยงการพบปะอสม. เมื่ออสม.ไปเยี่ยมบ้าน ทำให้อสม.เกิดความรู้สึกท้อในการทำงานและมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้สูงอายุที่เสพยา เช่น “บางครั้งข้าเจ้าเขาก็ เบื่อ และก็ท้อ เขาอุตส่าห์จะมาช่วยแต่ๆ แต่เขาก็บ่ หันความสำคัญ บางครั้งก็คิดว่าตายก็ช่างเขาเถอะ” จนทำให้เป็นอุปสรรคในการทำงาน อีกทั้งด้านการคง อยู่ของความรู้ในการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพยา ลดลงเมื่อเวลาผ่านไปและขาดการฟื้นฟู เนื่องจาก อสม.มีบทบาทรับผิดชอบหลายเรื่อง ดังนั้นจำเป็น อย่างยิ่งที่ต้องมีการกระตุ้นและให้ข้อมูลที่ทันสมัยเป็น ระยะเวลาอย่างสม่ำเสมอ ดังอสม. ท่านหนึ่งบอกว่า “ถ้า

มีการอบรมหรือมาหือความรู้ต่อเนื่องก็จะดีเจ้า เพราะ
ว่าอสม. มีหลายท่านหลายงาน ใช้เลือดออกเอเย สมอง
เสื่อมเอเย ประชาคมเอเย หลายอย่าง อายุก็แก่แล้วได้
หน้าลืมหลับเจ้า” ด้านชุมชนส่วนใหญ่ยังมองว่าปัญหา
สุขภาพจิตจากการเสพสุราเป็นปัญหาที่ไม่เร่งด่วน
และยังไม่สามารถควบคุมปัจจัยที่มากกระตุ้นการดื่ม
สุรา เช่น จำนวนร้านขายสุราในหมู่บ้านที่เพิ่มขึ้น

3) แนวทางแก้ไข/ การช่วยเหลือ/ สนับสนุน
เพิ่มโอกาสพัฒนาการดำเนินกิจกรรมในการดูแล
ผู้สูงอายุที่เสพสุรา

จากผลของงานวิจัยที่พบ ควรมีแนวทางแก้ไข
ช่วยเหลือและสนับสนุนเพื่อเพิ่มโอกาสพัฒนาการ
ดำเนินกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่เสพสุราอย่างต่อ
เนื่อง คือ ควรมีความต่อเนื่องของการดำเนินกิจกรรม
การดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพสุราของอสม.
ตลอดจนแกนนำอื่นๆ ในชุมชนเพื่อจะได้ช่วยกันแก้ไข
และควรมีการให้ความรู้ในผู้สูงอายุโดยตรง ทั้งนี้ที่
ตำบลดอนแก้วมี โรงเรียนผู้สูงอายุชื่อว่า โรงเรียนฮอม
สุข ทุกวันพฤหัสบดี วัดสันเหมือง ในส่วนชุมชนเอง
จะพยายามเพิ่มมาตรการหรือนโยบายในระดับตำบล
ในการเลิกสุรา หรือมาตรการหยุดดื่มสุราในเทศกาล
ต่างๆ เช่น วันสำคัญทางศาสนา งานศพ งานบุญต่างๆ
และขอความร่วมมือร้านค้าที่ขายสุราให้หยุดขายสุรา
ในวันดังกล่าว ขอความร่วมมือจากผู้นำชุมชน
พระสงฆ์ ผู้สูงอายุ และทุกภาคส่วนของตำบลอย่าง
พร้อมเพรียง นอกจากนั้นจะมีการแก้ไขปัญหการดื่ม
สุราในตำบลอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่องสม่ำเสมอ
และมีการประชาสัมพันธ์โครงการที่หลากหลาย
รูปแบบ เช่น ป้ายประชาสัมพันธ์ ที่เห็นได้ชัดเจน
การกระจายเสียงตามหมู่บ้านบ่อยๆ ส่วนเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขรวมถึงคณาจารย์ของทางวิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ควรมีช่องทางในการ
ให้คำปรึกษาแก่อสม. และเจ้าหน้าที่ เมื่อเกิดปัญหา
ในการทำงานผ่านทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์เช่น Line เป็นต้น

สรุปและอภิปรายผล

จากการสำรวจศักยภาพของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลภาวะฉุกเฉิน
ผู้สูงอายุที่เสพสุราในพื้นที่ ตำบลดอนแก้ว อำเภอ
แม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าด้านความรู้และทัศนคติ
ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และด้านการปฏิบัติ
งานส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย จึงพัฒนาศักยภาพอสม.
ในการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพสุรา โดยมี
กระบวนการเริ่มจากการอบรมให้ความรู้เรื่อง การ
ดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพสุรา จากนั้นฝึกปฏิบัติ
โดยใช้สถานการณ์จำลอง การประเมินความรู้และ
ทัศนคติและทบทวน ให้ความรู้เพิ่ม ปลุกฝังทัศนคติที่
ดีในเดือนที่ 3 และ 6 ทั้งนี้พบว่าสามารถพัฒนาศักยภาพ
อสม. ในการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพสุราใน
ด้านความรู้ ทัศนคติจากระดับปานกลางและ
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในระดับน้อยขึ้นมา
เป็นระดับมาก ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพของอาสา
สมัครสาธารณสุขถือเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งสามารถมีได้
หลายรูปแบบขึ้นอยู่กับบริบท วัฒนธรรมของแต่ละชุม
ชนนั้นๆ และส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน
ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น อาทิเช่น ที่ชุมชนบ้านมหาโพธิ์ อำเภอ
เมืงน่าน ได้พัฒนาศักยภาพชุมชนในการสนับสนุน
ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้านความรู้ ทัศนคติ
และการปฏิบัติ โดยการจัดประชุมให้ความรู้แก่กลุ่ม
เป้าหมาย การเล่าประสบการณ์ตรง การสะท้อนและ
อภิปรายการคิดรวบยอด พบว่า สามารถกระตุ้นให้
ชุมชนเกิดการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรค
เรื้อรังทั้ง 3 ด้านได้เป็นอย่างดี¹¹ ส่วนอบต.วังแสง
จังหวัดมหาสารคาม ได้มีการพัฒนาศักยภาพการ
บริการการแพทย์ฉุกเฉินของอาสาสมัครกู้ชีพโดยการ
ผสมผสานระหว่างเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพพบว่า
สามารถพัฒนาคุณภาพการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
ของอาสาสมัครกู้ชีพให้เพิ่มขึ้นได้¹² และที่โรงพยาบาล
โพนสวรรค์ ได้พัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงาน
สุขภาพจิต ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แพทย์ พยาบาล โดยใช้
กระบวนการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน พบ
ว่าสามารถลดอัตราการฆ่าตัวตายซ้ำได้¹³ อีกทั้งที่
ตำบลจริม อ.ท่าปลา จ.อุตรดิตถ์ ได้พัฒนาแกนนำ

ครอบครัวกลุ่มเสี่ยงอสม. แก่นนำชุมชน และบุคลากร
สาธารณสุข เรื่อง การแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย โดย
ใช้การสนทนากลุ่ม และเทคโนโลยีสุขภาพจิตที่
ออกแบบขึ้น จนสามารถทำให้แก่นนำ มีความรู้และ
ทักษะด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเพิ่มขึ้น และสามารถ
ดูแลและส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการฆ่าตัวตายใน
ชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพที่ดี¹⁴ นอกจากนี้ที่อำเภอ
เชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี ได้พัฒนาเครือข่ายแกน
นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงาน
สุขภาพจิตโดยใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วมแบบ
พหุภาคี และใช้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในรูปแบบ
คำถาม (ORID) ในเรื่องปัญหาการดื่มสุราและการฆ่า
ตัวตาย พบว่าสามารถสร้างทัศนคติที่ดีในการทำงานของ
เครือข่ายแกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขผู้รับ
ผิดชอบงานสุขภาพจิตและเกิดมาตรการทางสังคม
การรณรงค์งานศพปลอดเหล้าขึ้น¹⁵ จะเห็นได้ว่าการ
พัฒนาศักยภาพในแกนนำหรืออาสาสมัครสาธารณสุข
ตลอดจนบุคลากรสาธารณสุขล้วนส่งผลให้เกิด
ประสิทธิภาพ และผลลัพธ์ในการทำงานที่ดีขึ้น

สรุปได้ว่าการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน
หรืออาสาสมัครสาธารณสุขโดยทั้งด้านความรู้
ทัศนคติ และทักษะในการปฏิบัติในรูปแบบที่หลากหลาย
ได้ส่งผลให้ระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมายใน
ชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพขึ้น และสามารถนำไป
ประยุกต์ใช้ในชุมชนอื่นๆ ต่อไปได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความ
สอดคล้องกับบริบท หรือวัฒนธรรมของแต่ละชุมชน
นั้นๆ

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ได้พัฒนาศักยภาพอาสา
สมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแล
ภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพสุรา ด้านความรู้และ
ทัศนคติโดยการอบรมให้ความรู้ทั้งรายเดี่ยวและราย
กลุ่ม และพัฒนาด้านทักษะการปฏิบัติโดยใช้
สถานการณ์จำลอง ทั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ใน
ชุมชนอื่นๆ ต่อไปได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสอดคล้องกับ
บริบท หรือวัฒนธรรมของแต่ละชุมชนนั้นๆ และมีข้อ
เสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าต่อไป
ดังนี้

1) ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างแรง
จูงใจต่อการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านในการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพ
สุรา

2) ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนา
ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน
การดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพสุราในรูป
แบบอื่นๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณองค์การบริหารส่วนตำบลดอน
แก้วในการสนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัย ขอขอบคุณ
ผู้อำนวยการวิทยาลัยฯ และอาจารย์สาขาการ
พยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
เชียงใหม่ ที่เป็นกำลังใจในการทำงาน และสุดท้ายขอ
ขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนตำบลดอนแก้ว
และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้รับผิดชอบงาน
สุขภาพจิต ตำบลดอนแก้วทุกท่านที่กรุณาให้
ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ทักษพล ธรรมรังสี.สถานการณ์บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทยปี 2556. นนทบุรี:ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. 2556.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2554. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ;2554.
3. กวินารัตน์ สุทธิสุคนธ์และคณะ. ศักยภาพขององค์กรท้องถิ่นในการจัดการดูแลผู้สูงอายุทุพพลภาพในชุมชน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข.2556;8(2):132-133.
4. กรมการแพทย์.เดือนพิษภัยของสุรา[จุลสาร]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข;2557.
5. บุรินทร์ สุอรุณสัมฤทธิ์,วิรัชพัชร กิตติธะระพันธ์.ความสำเร็จของการบูรณาการงานสุขภาพจิตชุมชน. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 17;1-3 สิงหาคม 2561;โรงแรมมิราเคิล แกรนด์คอนเวนชั่นไฮเทล.กรุงเทพฯ:บริษัทปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด.2561.
6. เบญจวรรณ ศรศรีและคณะ.การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี.ใน:บุรินทร์ สุอรุณสัมฤทธิ์,วิรัชพัชร กิตติธะระพันธ์.การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 17;1-3 สิงหาคม 2561;โรงแรมมิราเคิล แกรนด์คอนเวนชั่นไฮเทล. กรุงเทพฯ:บริษัทปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด.2561.156.
7. ยุพิน เย็นกลางและคณะ.ภาคีเครือข่ายร่วมใจ แก้ไขปัญหาจิตเวชในชุมชน.ใน:บุรินทร์ สุอรุณสัมฤทธิ์, วิรัชพัชร กิตติธะระพันธ์.การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 17;1-3 สิงหาคม 2561; โรงแรมมิราเคิล แกรนด์คอนเวนชั่นไฮเทล.กรุงเทพฯ:บริษัทปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด.2561.153.
8. ดวงเดือน เนตรกระจ่าง. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต.เชียงใหม่:มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.2551.
9. พิมพ์ใจ อุ่นบ้าน, สมิตพร จอมจันทร์ และ ธนัชชนรี สโรบล.รูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุในภาวะฉุกเฉินที่ติดสุราและมีภาวะซึมเศร้าในชุมชนห้วยตึงเฒ่า ตำบลดอนแก้ว อำเภอมะนัง จังหวัด เชียงใหม่. Rajabhat Journal of Sciences, Humanities & Social Sciences.2559;17(1):84-95.
10. ธนัชชนรี สโรบล, พิมพ์ใจ อุ่นบ้าน และสมิตพร จอมจันทร์.สภาพปัญหาและความต้องการในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ติดสุราและมีภาวะซึมเศร้าในชุมชน.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. 2558; 7(2):1-10.
11. วไลรัตน์ มีขำนาญ. กระบวนการพัฒนาศักยภาพชุมชนเพื่อสนับสนุนระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในชุมชน บ้านมหาโพธิ์ อำเภอเมืองน่าน. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต.เชียงใหม่:มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.2555.
12. ผดุงศิษฐ์ ขำนาญบริรักษ์.การพัฒนาความรู้และทักษะการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของ อาสาสมัครกู้ชีพ องค์การบริหารส่วนตำบลวังแสง จังหวัดมหาสารคาม.วารสารพยาบาลกระทรวง สาธารณสุข.2557;24(3):132-142.

13. แสงเดือน ศรีวรสารและคณะ.โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน
อำเภอโพธารมย์ จังหวัดนครพนม.ใน:บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์,วิรัชพัชร กิตติธระพันธุ์. การประชุม
วิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 17;1-3 สิงหาคม 2561;โรงแรมมิราเคิล แกรนด์คอนเวนชั่นไฮเทล.
กรุงเทพฯ:บริษัทปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด.2561.152.
14. หยกฟ้า เพ็งเลียและคณะ.การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วม:
กรณีศึกษา ตำบลจริม อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ เขตสุขภาพที่ 2.ใน:บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์,
วิรัชพัชร กิตติธระพันธุ์.การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 17;1-3 สิงหาคม 2561;โรงแรม
มิราเคิล แกรนด์คอนเวนชั่นไฮเทล.กรุงเทพฯ:บริษัทปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด.2561.154.
15. กฤษณ์ ลำพุทธา,กฤติกา สุภรัมย์.การป้องกันแก้ไขปัญหาการดื่มสุราและการฆ่าตัวตายแบบมีส่วนร่วม
พหุภาคีโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน: พื้นที่เป้าหมายอำเภอเชียงใน จังหวัดอุบลราชธานี.ใน:บุรินทร์
สุรอรุณสัมฤทธิ์,วิรัชพัชร กิตติธระพันธุ์.การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 17;
1-3 สิงหาคม 2561;โรงแรมมิราเคิล แกรนด์คอนเวนชั่นไฮเทล.กรุงเทพฯ:บริษัทปิยอนด์
พับลิชชิง จำกัด. 2561.156.

บทบาทพยาบาล: การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถ
ของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยระยะเฉียบพลัน
The Nurses' Roles: Promotion of Parental Self-efficacy
in Caring for Children with Acute Illness

สมิตรา กันทาหงษ์* Smithtra Kuntahong*

บทคัดย่อ

การปรับเปลี่ยนทางสังคมที่เกิดขึ้นในศตวรรษที่ 21 มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในทุกๆ มิติอย่างรวดเร็ว สังคมมีความซับซ้อนมากขึ้น จึงส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตและการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความต้องการการดูแลเมื่อเด็กเกิดความเจ็บป่วยในระยะเฉียบพลัน บิดามารดาเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและเข้าใจความต้องการของเด็กมากที่สุด การที่บิดามารดาจะมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยระยะเฉียบพลันขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างมั่นใจ จำเป็นต้องมีการรับรู้ความสามารถของตนตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของบิดามารดา เพื่อให้บิดามารดาประสบความสำเร็จในการดูแลเด็กป่วยระยะเฉียบพลัน

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของบิดามารดาตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพื่อให้บิดามารดามีความสามารถในการดูแลเด็กป่วยระยะเฉียบพลันเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล การส่งเสริมความสามารถของบิดามารดา การดูแลเด็กป่วยระยะเฉียบพลัน

* อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

* Nursing Instructor, McCormick Faculty of Nursing, Payap University

Abstract

Social changes in the 21st century are rapidly changed in every dimension. Society is more complex, which affects the way of lifestyle and self-care of health. In particular, the needs for caring when acute illness occurs in children. Parents are the closest persons and understand the needs of their children most. In order to reassure the parental involvement in caring of children with acute illness while admitted in the hospital, they need to perceive their self-efficacy according to self-efficacy theory. Nurses play important roles in promoting parental awareness, to help parents succeed in taking care of children with acute illness.

The purpose of this article is to present the promotion of parental self-efficacy using the self-efficacy theory to increase parental self-efficacy and ability in caring for children with acute illness.

Key words: The Nurses' roles, Parental self-efficacy, Caring for children with acute illness

บทนำ

ในศตวรรษที่ 21 การดูแลเด็กป่วยเป็นบทบาทที่ทำหายความสามารถของบิดามารดา เนื่องจากสภาพสังคมในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทั้งวิถีการดำเนินชีวิตและการดูแลตนเองด้านสุขภาพ เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยจึงมีความต้องการที่จะเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพมากขึ้น ทั้งนี้ความเจ็บป่วยของเด็กในระยะเฉียบพลัน ไม่ว่าจะเป็นความเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือเพียงเล็กน้อยก็ตาม ย่อมส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี หากจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอาจส่งผลกระทบต่อเด็กในด้านต่างๆ ดังนี้ ด้านร่างกาย ได้แก่ แบบแผนการรับประทานอาหารและแบบแผนการนอนหลับถูกรบกวนจากความเจ็บปวดของโรค การปฏิบัติการของแพทย์และพยาบาล รวมทั้งเสียงดังจากสิ่งแวดล้อม¹⁻² ด้านจิตใจ เด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้รับการทำหัตถการที่มีความซับซ้อนและมีความเฉพาะเจาะจงกับโรค ซึ่งส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจของเด็กป่วย เช่น ความวิตกกังวลจากการแยกจากบิดามารดา

หรือบุคคลในครอบครัว แสดงพฤติกรรมถดถอย ซึมเศร้า หรือกลัวบุคลากรทางการแพทย์ ไม่อยู่นิ่งก้าวร้าว รวมถึงการแสดงอาการปัสสาวะรดที่นอนได้² การให้บิดามารดาคอยอยู่ช่วยดูแลเด็กป่วยขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาจส่งผลกระทบต่อบิดามารดา ได้แก่ ทำให้เกิดความเหน็ดเหนื่อย เมื่อล้าแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง และเสียงดังรบกวนจากสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในครอบครัวเพิ่มขึ้น³ รวมทั้งเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร⁴ การให้บิดามารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลระหว่างที่เด็กป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสามารถส่งเสริมภาวะสุขภาพที่ดีให้แก่เด็กป่วย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในร่างกายกลับเข้าสู่ระดับปกติได้เร็วขึ้นและเด็กป่วยหายจากความเจ็บปวดได้อย่างรวดเร็ว⁵ การเบี่ยงเบนความสนใจโดยบิดามารดาขณะเด็กวัยก่อนเรียนได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ทำให้พฤติกรรมความกลัวของเด็กลดลง⁶ แสดงให้เห็นว่าบิดามารดาเป็นบุคคลสำคัญเมื่อเด็กป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

นอกจากนี้การให้บิดามารดาคอยอยู่ช่วยดูแลบุตรในโรงพยาบาล ทำให้บิดามารดามีความวิตกกังวลลดลง และยังเพิ่มความมั่นใจในการดูแลเด็กป่วยเพิ่มขึ้น รวมทั้งช่วยรักษาบทบาทการเป็นผู้ดูแลของบิดามารดา เพราะความเครียดมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงบทบาทในการเป็นผู้ดูแลของบิดาและมารดา⁷ และยังพบประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่มีหน้าที่ดูแลเด็กป่วย ทั้งนี้การที่บิดามารดาเป็นบุคคลสำคัญที่มีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาเด็กป่วย มารดาและพยาบาลมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ทำให้พยาบาลได้รับข้อมูลที่จำเป็นต่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งทำให้พยาบาลกับมารดามีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน⁸ และหากเกิดการเปลี่ยนแปลงสามารถแจ้งพยาบาลให้ทราบเพื่อช่วยเหลือเด็กป่วยได้รวดเร็ว⁹ ดังนั้นบิดามารดาจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งที่จะคอยมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและดูแลเด็กป่วยระยะเฉียบพลัน

ดังนั้นการส่งเสริมให้บิดามารดาเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลเด็กป่วยระยะเฉียบพลันจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการรับรู้ความสามารถของบิดามารดาเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการปฏิบัติของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมดูแลเด็กป่วยในระยะเฉียบพลัน ซึ่งถ้าบิดามารดามีการรับรู้ความสามารถของตนเองหรือมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง จะทำให้เด็กป่วยระยะเฉียบพลันได้รับการดูแลอย่างดี และเมื่อบิดามารดาประสบความสำเร็จในการดูแล ย่อมทำให้การรับรู้ความสามารถของบิดามารดายิ่งสูงขึ้น รวมถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยระยะเฉียบพลันสูงขึ้นเช่นกัน ทั้งนี้พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลเด็กป่วย เป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของบิดามารดาให้เพิ่มขึ้น ดังนั้นในการให้การพยาบาลเด็กป่วยระยะเฉียบพลันควรมีการนำทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาประยุกต์ใช้ให้เข้ากับบริบทสังคมไทยให้แพร่หลายมากยิ่งขึ้น บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของบิดามารดาตามทฤษฎีการรับรู้

สมรรถนะแห่งตน เพื่อให้บิดามารดามีความสามารถในการดูแลเด็กป่วยระยะเฉียบพลันเพิ่มขึ้น

การเจ็บป่วยในระยะเฉียบพลัน

ความหมายของการเจ็บป่วยระยะเฉียบพลัน

การป่วยระยะเฉียบพลัน หมายถึง การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด และมีระยะเวลาการดำเนินของโรค เกิดขึ้นติดต่อกันน้อยกว่า 3 เดือน รวมทั้งเป็นสภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงของสัณฐานร่างกายอย่างรุนแรงและฉับไว¹⁰ กล่าวได้ว่าการเจ็บป่วยระยะเฉียบพลันเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างทันทีและรวดเร็ว โดยที่ไม่สามารถเตรียมตัวหรือคาดการณ์ความรุนแรงของโรคที่จะเกิดขึ้นได้ และมีระยะเวลาดำเนินของโรคลั้น

สาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยระยะเฉียบพลัน

ทั้งนี้การป่วยเฉียบพลันที่พบมากและเป็นสาเหตุให้เด็กอายุแรกเกิดถึง 5 ปีเสียชีวิต คือ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน ปอดอักเสบ โดยพบร้อยละ 16 ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของของเด็กประมาณ 2,400 คนต่อวัน จากจำนวนประชากรเด็กวัยนี้จำนวน 5.6 ล้านคน โดยเชื่อที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต เช่น แบคทีเรีย ไวรัส และเชื้อราเป็นต้น และโรคอุจจาระร่วง พบจำนวนเด็กเสียชีวิตประมาณร้อยละ 8 ของเด็กอายุแรกเกิดถึง 5 ปี เสียชีวิตเฉลี่ยมากกว่าวันละ 1,300 ราย หรือประมาณ 480,000 รายต่อปี นอกจากการป่วยด้วยโรคเฉียบพลันอื่นๆ ที่เป็นสาเหตุการป่วยในเด็กอายุแรกเกิดถึง 5 ปี เช่น ไข้จากไวรัส ไข้เลือดออก โรคมือเท้าปาก โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ หัด¹¹ และจากรายงานสถานการณ์การเจ็บป่วยในกลุ่มเด็กอายุแรกเกิดถึง 5 ปีมีอัตราป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวนมากกว่า 50,000 คนต่อแสนประชากรต่อปี ซึ่งสาเหตุการป่วยอันดับหนึ่งด้วยโรคอุจจาระร่วงและลำไส้อักเสบโดยพบอัตราผู้ป่วย 7,046.72 คนต่อแสนประชากรต่อปี รองลงมา คือโรคปอดอักเสบ 5,312.3 คนต่อแสนประชากรต่อปี¹² การป่วยเฉียบพลันยังคงเป็นสาเหตุ

การเสียชีวิตและการเจ็บป่วยในเด็กอายุแรกเกิดถึง 5 ปี รวมทั้งยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย

ประเภทการเจ็บป่วยระยะเฉียบพลันในระบบต่าง ๆ ดังนี้

1) โรคระบบทางเดินหายใจ แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ โรคระบบทางเดินหายใจส่วนบน (Upper respiratory tract infection) และโรคระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง (Lower respiratory tract infection) ซึ่งโรคระบบทางเดินหายใจส่วนบนที่พบบ่อย ได้แก่ ไข้หวัด (Common cold) ไซนัสอักเสบ (Sinusitis) คออักเสบเฉียบพลัน (Acute pharyngitis) ครุฟ (Croup) ทอนซิลอักเสบ (tonsillitis) หูชั้นกลางอักเสบ (Otitis media) ไข้หวัดใหญ่ (Influenza) เป็นต้น โรคระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ได้แก่ หลอดลมอักเสบ (Acute bronchitis) หลอดลมฝอยอักเสบเฉียบพลัน (Acute bronchiolitis) ปอดอักเสบ (Pneumonia) สาเหตุของการเจ็บป่วยเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจส่วนใหญ่ เกิดจากการติดเชื้อไวรัสและแบคทีเรีย¹³ อาการที่แสดงที่พบแตกต่างกันในเด็กป่วยแต่ละราย รวมทั้งขึ้นอยู่กับบริเวณที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ มีไข้ คัดจมูก น้ำมูกไหล เจ็บคอหรือไอร่วมด้วย คอแดง บางรายอาจมีตาแดง ถ่ายเหลว เป็นต้น¹⁴ หรือมีอาการหน้าอกบวมเวลาหายใจเข้า ปีกจมูกบาน มีการใช้กล้ามเนื้อพิเศษช่วยในการหายใจ ไอ หายใจเร็ว หอบ อาจมีเจ็บหน้าอก ชีต เขียว หรือหยุดหายใจร่วมด้วย¹⁵ ถ้ามีการอุดกั้นทางเดินหายใจแคบมากหรือมีการอุดกั้นทางเดินหายใจอย่างรุนแรงจะทำให้มีเสียงวี๊ด (Wheeze) ผู้ป่วยจะอ่อนแรง กระสับกระส่าย หน้าอกบวมมากขึ้น เสียงหายใจลดลง เสียง stridor เบาลง ตัวซีดหรือเขียว ระดับความรู้สึกตัวลดลง และมีภาวะหายใจวาย (Respiratory failure) ในที่สุด¹⁶⁻¹⁷

2) โรคระบบทางเดินอาหาร เนื่องจากการทำหน้าที่ของระบบทางเดินอาหารของเด็กมีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุและยังทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์¹⁸ ดังนั้นจึงพบความผิดปกติในระบบการย่อยและการ

ดูดซึมอาหารรวมถึงระบบขับถ่าย การอักเสบติดเชื้อของระบบทางเดินอาหารเกิดขึ้นบ่อยได้แก่ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ซึ่งเป็นโรคที่เป็นสาเหตุหนึ่งของการเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีและพบการระบาดในหลายประเทศทั่วโลก โดยเชื่อที่เป็นสาเหตุของโรคอุจจาระร่วง ได้แก่ ไวรัส แบคทีเรีย และเชื้ออหิวาตกโรค ซึ่งอาจปนเปื้อนอยู่ในน้ำ อาหาร และสิ่งแวดล้อม อาการที่พบทั่วไปของเด็ก ได้แก่ ถ่ายเหลว ปวดเกร็งท้อง คลื่นไส้ อาเจียน และอาจมีไข้ร่วมด้วย ผลจากอุจจาระร่วงอย่างรุนแรงจึงทำให้มีอาการขาดน้ำ เสียสมดุลของกรด ด่าง ทำให้ร่างกายอยู่ในภาวะที่เป็นกรด และอาจเกิดอาการช็อกได้เมื่อมีความรุนแรงของภาวะขาดน้ำเพิ่มขึ้น¹⁹

3) โรคระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งโรคที่พบบ่อยได้แก่ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection)²⁰ กลุ่มอาการของการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ สามารถจำแนกได้เป็น 3 ชนิด คือ กรวยไตอักเสบ (Pyelonephritis) กระเพาะปัสสาวะอักเสบ (Cystitis) และการติดเชื้อที่ไม่ได้เกิดจากแบคทีเรีย (Asymptomatic bacteria) อาการแสดงของกรวยไตอักเสบ ได้แก่ มีไข้ ปวดหลัง คลื่นไส้ อาเจียน บางครั้งอาจมีท้องเสียร่วมด้วย อาการของกระเพาะปัสสาวะอักเสบ ได้แก่ ปัสสาวะลำบาก กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ปัสสาวะบ่อย ปวดท้องน้อย อาจไม่มีไข้ และอาการของการติดเชื้อที่ไม่ได้เกิดจากแบคทีเรีย ความเจ็บป่วยเฉียบพลันที่พบ เช่น หน่วยการกรองของไตอักเสบเฉียบพลัน (Acute glomerulonephritis) อาการแสดงที่พบ คือ ปัสสาวะออกน้อย บวม ความดันโลหิตสูง พบปัสสาวะมีเม็ดเลือดแดง และมีโปรตีนในปัสสาวะ²⁰

4) โรคระบบประสาท เป็นการติดเชื้อของระบบประสาทส่วนกลางที่พบบ่อยในเด็ก ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับไข้ และอาการแสดงทางระบบประสาท ซึ่งมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อไวรัส และแบคทีเรีย อาการแสดงทั่วไป ได้แก่ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน กระสับกระส่าย พักไม่ได้ ซึ่งการติดเชื้อที่พบบ่อย คือ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ซึ่งเป็นการอักเสบแบบ

เฉียบพลันของเยื่อหุ้มสมองและน้ำไขสันหลัง โดยเชื้อที่เป็นสาเหตุ เช่น *Neisseria meningitis*, *Streptococcus pneumoniae* เป็นต้น²¹

5) โรคติดเชื้อเฉียบพลันชนิดอื่นๆ ได้แก่ ไข้สูงเฉียบพลัน (Acute febrile illness) ไข้ชัก (Febrile seizures) ชักเป็นอาการที่มีความสัมพันธ์กับไข้สูงเฉียบพลัน เป็นอาการที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อทางระบบประสาทหรืออาจเกิดจากความไม่สมดุลของของอิเล็กโทรไลต์ในสมอง และโรคติดเชื้อที่มีสัตว์เป็นพาหะ เช่น ไข้เลือดออก ซึ่งมียุงลาย *Aedes aegypti* เป็นพาหะนำโรคและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก²²

สมรรถนะแห่งตนของบิดามารดาเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยระยะเฉียบพลัน

ความหมายของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และประเมินความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการตัดสินใจและการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่ตนได้กำหนดไว้ ถึงแม้ว่าต้องเผชิญหรือเจอกับเหตุการณ์ที่มีความจำเพาะเจาะจงหรือเหตุการณ์ที่บุคคลไม่ได้คาดการณ์มาก่อน หากบุคคลสามารถแสดงความสามารถของตนเองออกมา โดยเชื่อมโยงระหว่างกระบวนการคิดและการรับรู้ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้ บุคคลก็จะประสบความสำเร็จและบรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการ²³

ดังนั้นความสามารถของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจึงหมายถึง การที่บิดามารดาที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กป่วยขณะที่เด็กป่วยอยู่ในโรงพยาบาลได้ ถึงแม้ว่าบิดามารดาจะเจอกับเหตุการณ์หรืออุปสรรคต่าง ๆ ก็ตาม

นอกจากนี้แบนดูรา²³ (Bandura) กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมใดเกิดขึ้นก็ตาม ขึ้นอยู่กับปัจจัยสองประการ ได้แก่

1) ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectancies) เป็นการที่บุคคลคาดการณ์ถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นหากมีการปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมตามที่ตนเองมีความเชื่อมั่น ซึ่งความคาดหวังในผลลัพธ์มี 3 รูปแบบ ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านร่างกาย ผลลัพธ์ด้านจิตใจ และผลลัพธ์ด้านการประเมินตนเอง โดยความคาดหวังในผลลัพธ์นั้นมีทั้งทางบวกและทางลบ หากความคาดหวังในผลลัพธ์เป็นไปในทางบวก บุคคลจะรับรู้ความสามารถของตนเองและเชื่อมั่นในตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรม แต่ถ้าบุคคลมีความคาดหวังในผลลัพธ์ในทางลบ จะส่งผลให้บุคคลไม่สามารถรับรู้ถึงความสามารถของตนเองและมองผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นความล้มเหลว อาจทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมให้เกิดขึ้นและบรรลุถึงความสำเร็จได้

2) ความเชื่อในสมรรถนะ (Efficacy beliefs) เป็นการที่บุคคลรับรู้ในความสามารถของตนเอง โดยอาศัยการประเมินระดับความยากง่ายของพฤติกรรมที่จะปฏิบัติระดับพลังของความเชื่อและความสามารถของการนำไปปฏิบัติ ซึ่งความเชื่อในสมรรถนะเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลนำไปสู่การเกิดพฤติกรรม

การรับรู้ความสามารถของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาถึงปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ผ่านมา ดังการศึกษาของทาร์นีและคณะ²⁴ ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการตัดสินใจในด้านการรักษาของบิดามารดาเด็กป่วยที่ได้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในด้านการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญสอดคล้องกับการศึกษาของกิตมา สำราญไชยธรรม²⁵ เกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะในการดูแลบุตรของมารดา พฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดา และผลลัพธ์ทางสุขภาพของเด็กโรคหอบหืด วัย 1-5 ปี พบว่าการรับรู้สมรรถนะในการดูแลเด็กป่วยของมารดามีความ

สัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดา แสดงให้เห็นว่าหากการรับรู้ความสามารถของบิดามารดาให้ผลเชิงบวก จะทำให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยมากขึ้น

การศึกษาของโสพิศ สุมานิต และคณะ²⁶ เกี่ยวกับการผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลเด็กป่วยวิกฤตของบิดามารดา พบว่าคะแนนการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลเด็กป่วยภาวะวิกฤตของบิดามารดา หลังได้รับการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะมีคะแนนเพิ่มขึ้น โดยบิดามารดาได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะจากพยาบาล และการที่บิดามารดารับรู้ความสามารถของตนเพิ่มขึ้น ทำให้ความเชื่อมั่นในตนเองจึงสูงขึ้นตามมา ส่งผลให้มารดามีความต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยภาวะวิกฤต การศึกษาของพรศิริ ใจสม²⁷ เกี่ยวกับปัจจัยด้านปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของมารดาที่มีบุตรวัยหัดเดินป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของมารดา โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองของมารดาสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของมารดาได้ ร้อยละ 43.80 ทั้งนี้ บุตรเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากบุตรกำลังเจ็บป่วย ความต้องการพึ่งพาของบุตรยิ่งเพิ่มขึ้น ร่วมกับมารดาทราบว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญที่สามารถดูแลบุตรได้ มารดาจึงมีการรับรู้ความสามารถของตนสูงขึ้นด้วยเช่นกันว่าตนเองสามารถดูแลบุตรได้

นอกจากนี้พบการศึกษาในเด็กป่วยระยะเฉียบพลันของจริยา สามิตร, สุธิศา ล่ามช้าง, และ จุฑารัตน์ มีสุขโช²⁸ พบว่าสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งการศึกษาของกาญจนา กันทาพงษ์, ศรีมณา นิยมคำ, และสุธิศา ล่ามช้าง²⁹ เรื่องปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็ก

ป่วยเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่าสมรรถนะแห่งตนของบิดามารดา สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ ร้อยละ 30.2 ดังนั้นจึงสามารถนำสมรรถนะแห่งตนของบิดามารดาไปพัฒนาเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้บิดามารดามีการรับรู้ความสามารถของตนเพื่อที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยระยะเฉียบพลันขณะอยู่โรงพยาบาลได้

การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยระยะเฉียบพลัน

การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของบิดามารดา ตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา²³ (Bandura) มีการพัฒนาการเพื่อเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะของบุคคลเกิดขึ้นได้จากกระบวนการเรียนรู้จาก 4 แหล่ง ได้แก่

- 1) ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (Enactive mastery experience) เป็นวิธีการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการที่บุคคลจะเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองให้เพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลโดยตรง และเมื่อบุคคลมีพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมใดแล้ว ประสบความสำเร็จ บุคคลจะเกิดความมั่นใจในตนเอง รวมทั้งมีความเชื่อมั่นว่าหากตนเองปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวซ้ำอีกเมื่อประสบเหตุการณ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันย่อมส่งผลให้ตนเองประสบความสำเร็จจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเช่นกัน ทำให้บุคคลมีความพยายามที่จะปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวซ้ำ ๆ โดยไม่ย่อท้อเมื่อเผชิญกับอุปสรรค แต่หากพบว่าผลของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเกิดความล้มเหลว โดยเฉพาะความล้มเหลวที่เกิดขึ้นก่อนที่บุคคลจะมีความเชื่อมั่นในตนเอง ย่อมส่งผลให้บุคคลขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

- 2) การสังเกตจากประสบการณ์ความสำเร็จของบุคคล (Vicarious experience) หรือตัวแบบ (Model) โดยเฉพาะอย่างยิ่งตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ

สำเร็จ และตัวแบบจะมีอิทธิพลต่อบุคคลมากขึ้นหาก
ตัวแบบนั้นมีลักษณะหรืออยู่ในสถานการณ์ที่
คล้ายคลึงกับตนเอง ดังนั้นเมื่อบุคคลประสบ
เหตุการณ์หรือเผชิญสถานการณ์เดียวกับตัวแบบ
บุคคลจะมีความเชื่อมั่นในตนเองเกิดขึ้นและคาด
การณ์ว่า หากปฏิบัติหรือเลียนแบบพฤติกรรมตามที่
ตนได้เห็นจากตัวแบบ ตนเองย่อมประสบความสำเร็จ
เช่นกัน

3) การพูดชักจูง (Verbal persuasion) โดย
การที่บุคคลอื่นซึ่งมีความสำคัญหรือเป็นที่เคารพ
นับถือใช้คำพูดชักจูงหรือพูดโน้มน้าวเพื่อให้บุคคลเกิด
การรับรู้ในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ
พฤติกรรมเพิ่มขึ้น รวมทั้งบุคคลจะเลิกสงสัยในตัวเอง
(Self-doubts) แต่เกิดกำลังใจและความพยายาม
มากขึ้นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมหรือกระทำเพื่อให้ตนเอง
บรรลุถึงความสำเร็จ

4) สภาวะร่างกายและอารมณ์ (Physiological
and affective states) คือ การแสดงออกทางกาย
และอารมณ์ ซึ่งการรับรู้ความสามารถของบุคคลส่วน
หนึ่งมาจากการแสดงออกทางกายและอารมณ์ที่ถูก
กระตุ้น หากร่างกายและอารมณ์ของบุคคลไม่สามารถ
เผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นหรือประเมิน
สถานการณ์ในทางลบ อาจทำให้บุคคลรับรู้ความ
สามารถของตนเองลดลง ส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติ
กิจกรรมให้บรรลุผลได้

จากการศึกษาของอัจฉรา รัตนวงศ์³⁰ เกี่ยวกับ
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแล
บุตรของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลัน
ระบบหายใจ พบว่าพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดา
ที่มีบุตรป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ
หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมการดูแล
บุตรดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าการที่มารดารับรู้ว่
ตนเองมีความสามารถร่วมกับได้รับการสนับสนุนทาง
สังคมจึงทำให้มารดาแสดงพฤติกรรมการดูแลบุตรที่

ป่วยได้

ดังนั้นการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความ
สามารถตน นอกจากการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้
สมรรถนะแห่งตนตามกระบวนการเรียนรู้ตามทฤษฎี
ของแบนดูราแล้วอาจต้องอาศัยปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น
การสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นเมื่อเด็กป่วยระยะ
เฉียบพลันเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หากบิดา
มารดามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกิดขึ้นอาจส่งผล
ต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันเพิ่ม
ขึ้นได้

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการรับรู้ความ สามารถของบิดามารดา

บทบาทของพยาบาลเด็กมีความสำคัญอย่าง
ยิ่งในการดูแลเด็กและครอบครัว โดยพยาบาลเด็กเป็น
ผู้วางแผนการดูแลให้แก่เด็กแต่ละรายร่วมกับบิดา
มารดาตามพื้นฐานและบริบทของครอบครัว การดูแล
เพื่อป้องกันการเจ็บป่วย การดูแลเด็กที่อยู่ในสภาวะ
เจ็บป่วย การดูแลอย่างต่อเนื่อง การสอนสุขศึกษาเด็ก
และบิดามารดา การวิจัยค้นคว้า รวมถึงการใช้
กระบวนการพยาบาล ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแล
เด็กป่วยควรมีสมรรถนะของพยาบาลเด็กทั้ง 5 ด้าน³¹
ดังนี้ 1) สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล 2)
สมรรถนะด้านการสอน 3) สมรรถนะด้าน
การปรึกษา 4) สมรรถนะด้านการประสานงาน 5)
สมรรถนะด้านการพัฒนาคุณภาพและการวิจัย
ทั้งนี้หากพยาบาลเด็กมีการนำสมรรถนะทั้ง 5 มา
ประยุกต์ใช้ในการดูแลร่วมกับบทบาทของสมรรถนะ
การปฏิบัติพยาบาลขั้นสูง เช่น การสอน (Teaching)
การการฝึกทักษะ (Coaching) การให้คำปรึกษา
(Consultation) เป็นต้น เพื่อให้เกิดการพัฒนา
สมรรถนะแห่งตนของบิดามารดา และให้บิดามารดา
สามารถมีส่วนร่วมดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันระยะ
เฉียบพลันได้ ผลที่คาดหวังที่ตามมา คือเด็กป่วย
เฉียบพลันได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด และลดภาวะ
แทรกซ้อนของความเจ็บป่วยระยะเฉียบพลัน ตลอดจน
ลดผลกระทบต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับตัวเด็กได้

พยาบาลควรมีบทบาทในการส่งเสริมให้บิดามารดาเกิดการรับรู้ความสามารถของตนในด้านต่าง ๆ ตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดังนี้ 1. การเตรียมความพร้อมของบิดามารดา 2. การสร้างสัมพันธภาพและลดความวิตกกังวล 3. การใช้การสนับสนุนทางสังคม 4. การสอนสาธิตทักษะการมีส่วนร่วมดูแลเด็กป่วย ดังเช่นการศึกษาของอัจฉรา รัตนวงศ์³⁰ เกี่ยวกับผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ แสดงให้เห็นชัดในบทบาทของพยาบาลโดยโปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วย การให้ความรู้มารดาเด็กป่วยโรคเฉียบพลันโดยการสอนเป็นรายบุคคล ร่วมกับการสาธิตและการฝึกปฏิบัติการจัดการพยาบาลสำหรับเด็กป่วย การใช้คำพูดชักจูงมารดาให้ตระหนักถึงความสำคัญของพฤติกรรมการดูแล การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ ซึ่งพยาบาลเป็นตัวอย่างและผู้สาธิต รวมถึงให้มารดาสามารถสาธิตย้อนกลับทั้งนี้การที่มารดาสามารถสาธิตย้อนกลับได้นั้น ช่วยให้มารดาเกิดประสบการณ์การเรียนรู้ที่สำเร็จได้ด้วยตัวเอง และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบิดาของเด็กป่วย ได้แก่ การกล่าวคำชมเชยเมื่อมารดาปฏิบัติตามพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยที่ถูกต้อง การคอยเป็นผู้อำนวยความสะดวก หยิบจับสิ่งของ หรือช่วยดูแลเด็กป่วยให้แก่มารดา ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าพยาบาลสามารถใช้ทุกบทบาทของวิชาชีพมาผสมผสานเพื่อให้เกิดการส่งเสริมความสามารถของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วย

นอกจากนี้จากประสบการณ์ของผู้เขียนที่ผ่านมา ในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่เคยปฏิบัติหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยเด็กโรคเจ็บป่วยเฉียบพลัน พบว่าการที่จะส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของบิดามารดาเพื่อให้นำไปสู่การปฏิบัตินั้น การเตรียมความพร้อมของบิดามารดาที่มีความสำคัญที่ช่วยให้บิดามารดาสามารถรับฟังความรู้และคำแนะนำจากพยาบาลได้เป็นอย่างดี บิดามารดาพร้อมที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมการดูแลที่ถูกต้องผ่านการเรียนรู้จากพยาบาล ซึ่งพยาบาลที่เป็นตัว

แบบถือว่ามามีบทบาทที่จะช่วยให้เกิดการรับรู้ความสามารถของบิดามารดา รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดของบิดามารดา ถือว่ามีส่วนช่วยให้เกิดการรับรู้ที่เร็วขึ้น และสิ่งที่ขาดไม่ได้คือประสบการณ์เดิมของบิดามารดา โดยเฉพาะหากบิดามารดาเคยปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันในโรงพยาบาลมาก่อน เช่น การช่วยพินยาฝอยละอองในเด็กป่วยโรคปอดอักเสบ หากบิดามารดาสามารถช่วยจัดท่าเด็กป่วยขณะพินยาฝอยละอองได้ถูกวิธี ทำให้เด็กป่วยได้รับปริมาณยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และความกลัวของเด็กลดลงส่งผลให้อาการของเด็กดีขึ้น ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล

ดังนั้นบทบาทพยาบาลนอกเหนือจากการดูแลเด็กป่วยระยะเฉียบพลันโดยใช้หลักการพยาบาลพื้นฐานแล้ว ยังต้องอาศัยสมรรถนะของพยาบาลขั้นสูงเข้ามาผสมผสานในการส่งเสริมให้บิดามารดามีการรับรู้ความสามารถของตน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำให้บิดามารดามีการรับรู้ความสามารถของตนที่มีอยู่เดิมให้เพิ่มขึ้น เพื่อให้เด็กป่วยระยะเฉียบพลันได้รับการดูแลอย่างดีที่สุดและนำไปสู่การพัฒนาการพยาบาลเด็กที่มีคุณภาพยิ่งขึ้น

สรุป

การเจ็บป่วยของเด็กในระยะเฉียบพลัน (Acute illness) เป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ที่ป่วยเฉียบพลันด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น การขาดการดูแลจากบิดามารดาอย่างเหมาะสม อาจทำให้การเจ็บป่วยของเด็กในระยะเฉียบพลันเพิ่มความรุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้เด็กจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ซึ่งเด็กป่วยระยะเฉียบพลันจะไม่สามารถดูแลและช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด จึงจำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งบิดามารดาที่มีบทบาทสำคัญในการดูแล เนื่องจากเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและเข้าใจความต้องการของบุตรมากที่สุด เมื่อบิดา

มารดาที่มีการรับรู้ความสามารถของตนต่ำ จึงทำให้ บิดามารดาขาดความมั่นใจในการดูแลเด็กป่วยระยะเฉียบพลัน ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติในการดูแลเด็กป่วยระยะเฉียบพลันที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นพยาบาลควรส่งเสริมให้บิดามารดาที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเพิ่มขึ้นเพื่อให้บิดามารดาสามารถดูแลเด็กป่วยได้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. อัมไพวรรณ บุญแก้ววรรณ, สุธิศา ล่ำมช้างและวิมล ชนสุวรรณ. แบบแผนการนอนหลับและปัจจัยรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารพยาบาลสาร. 2550; 33(3):18-28.
2. Roberts, C. A. Unaccompanied hospitalized children. A review of the literature and incidence study. J Pediatric Nurse. 2010;476-470:(6)25.
3. วาสนา ไชยวงศ์, สุธิศา ล่ำมช้างและวิมล ชนสุวรรณ. สิ่งก่อความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลัน. วารสารพยาบาลสาร. 2547;31(3):29-45.
4. Commodari, E. Children stay in hospital. A research on psychological stress of caregivers. Italian Journal of Pediatric [online]. 2010 [cited 2561/10/8];36(40). Retrieved from: <http://www.ijponline.net/content/36/1/40>
5. Johnston, C. C., Rennick, J. E., Filion, F., Campbell-Yeo, M., Goulet, C., Bell, L., . . . Ranger, M. Maternal touch and talk for invasive procedures in infants and toddlers in the pediatric intensive care unit. Journal of Pediatric Nursing. 2012;153-144:(2)27.
6. ดาราวรรณ ภูเพ็ญ, สุธิศา ล่ำมช้างและนันทา เลียววิริยะกิจ. ผลของการเบี่ยงเบนความสนใจโดยบิดามารดาต่อความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนขณะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ. วารสารพยาบาลสาร. 2553;38(2):56-69.
7. Power, N., & Franck, L. Parent participation in the care of hospitalized children. A systematic review. J Adv Nurse. 2008;62(6): 622-641.
8. Neill, S. J. Parent participation 1. Literature review and methodology. British Journal of Nursing. 1996;5(1):34-40.
9. Lam, L. W., Chang, A. M., & Morrissey, J. Parents' experiences of participation in the care of hospitalised children. A qualitative study. International Journal of Nursing Studies. 2006;545-535:(5)43.
10. Neff, M. C., & Spray, M. Introduction to maternal and child health nursing. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996.
11. World Health Organization. Reducing child deaths from pneumonia: [online]. 2015 [cited 2018/10/16]. Retrieved from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>
12. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการป่วย 2552 : [ออนไลน์]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 2561/09/23]. เข้าถึงได้จาก: <http://bps.ops.moph.go.th/II/1>

13. Wilson, D. The Child with respiratory dysfunction. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds), *Wong's essentials of pediatric nursing* (8th ed., pp 754-812). St. Louis: Mosby; 2009.
14. Turner, R. B. & Hayden, G. F. Acute pharyngitis In K. J. Marcante., R. M. Kliegman., H. B. Jenson. & R. E. Berhrman (Eds.), *Nelson Textbook of Pediatrics*. (19th ed., pp 1439-1440). United States of America: Saunders; 2011.
15. หฤทัย กมลาภรณ์. Pneumonia. ใน: อรุณวรรณ พงษ์พิทักษ์, จิตติดา ชัยสุขมงคลลาภ, จงรักษ์ อุตราชศักดิ์กิจ, หฤทัย กมลาภรณ์, จีระเดช คุปตานนท์. *The essentials of pediatric respiratory care*. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2549. 413-423.
16. นวลจันทร์ ปราบพล. Wheezing in the young: How to approach and treat. ใน: จิตลัดดา ดีโรจนวงศ์, ดุสิต สถาวร, นวลจันทร์ ปราบพล. *Pediatric pulmonology 2009: Current knowledge*. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2552. 6-16.
17. วนิตา เปาอินทร์. Bronchitis. ใน: อรุณวรรณ พงษ์พิทักษ์, จิตติดา ชัยสุขมงคลลาภ, จงรักษ์ อุตราชศักดิ์กิจ, หฤทัย กมลาภรณ์, จีระเดช คุปตานนท์. *The essentials of pediatric respiratory care*. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2549. 400-404.
18. Liacouras, C. A. The acutely ill child. In R. M. Kliegman, H. B. Jenson, R. E. Behrman, & B. F. Stanton (Eds.), *Nelson Textbook of Pediatrics*. (19th ed., pp 1240-1249). United States of America: Saunders; 2011.
19. Ellett, M. L. The child with gastrointestinal dysfunction. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong's essentials of pediatric nursing* (8th ed., pp 813-860). St. Louis: Mosby; 2009.
20. Montagnino, B. A. & Ring, P.A. The Child with genitourinary dysfunction. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds), *Wong's essentials of pediatric nursing* (8th ed., pp 949-973). St. Louis: Mosby; 2009.
21. Hockenberry M. J. Perspectives of pediatric Nursing. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds), *Wong's essentials of pediatric nursing* (8th ed., pp 1-19). St. Louis: Mosby; 2009.
22. อัญชลี วัจจระพันธ์ และเพณณินาห์ โอเบอร์เตอร์เฟอร์. Dengue shock syndrome. ใน: พิมพ์ลักษณ์ เจริญขวัญ, สุขญา ศิลป์วิไลรัตน์, รุ่งโรจน์ เนตรศิรินิลกุล, เสาวลักษณ์ โอกาสถิรกุล. *กุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน*. เชียงใหม่: บริษัทกลางเวียงการพิมพ์ จำกัด; 2556. 202-209.
23. Bandura, A. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
24. Tarini, B. A., Christakis, D. A., & Lozano, P. Toward Family-Centered Inpatient Medical Care: The Role of Parents as Participants in Medical Decisions. *The Journal of Pediatrics*. 2017;151(6):690-695.

25. กิตติมา สำราญไชยธรรม. การรับรู้สมรรถนะในการดูแลบุตรของมารดา พฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดา และผลลัพธ์ทางสุขภาพของเด็กโรคหอบหืดวัย 5-1 ปี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
26. โสพิศ สุมานิต, เรณู พุกบุญมี, เสริมศรี สันตติและศรีสมร ภูมนสกุล. ผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแล. รามาธิบดีสาร. 2554;74-63:(1)17.
27. Chaisom, P. Predicting factors of dependent care behaviors among mothers of toddlers with congenital heart disease. Doctor of Philosophy (Nursing). Chiang Mai University; 2008.
28. จริยา สามิตร. การสนับสนุนข้อมูล สมรรถนะแห่งตน และการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.
29. กาญจนา กันทาหงษ์, ศรีมณา นิยมคำและสุธิดา ล่ำมช้าง. เด็กป่วยเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วารสารพยาบาลสาร. 2558;42(3):1-12.
30. อัจฉรา รัตนวงศ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
31. รัตนา นิยมชาติและสุวิณี วิวัฒน์วานิช. สมรรถนะพยาบาลเด็ก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ. 2560; 33(2):84-100.

รูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเชียงราย Learning Styles Preference of Nursing Students at Chiangrai College

พูลสุข หิงคานนท์ ค.ด.*	Poonsuk Hingkanont Ph.D.*
ฐิติอาภา ตั้งคำวานิช พย.ด.**	Thitiarpa Tungkavanich Ph.D.**
อิสเรศ จันทรเจริญ ค.ด.***	Issaret Junjaroen Ph.D.***
จักรพันธ์ ชัยทัศน์ ศ.ม.****	Chakkaphan Chaithat M.Econ.****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษารูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเชียงรายใน 4 ชั้นปี 2) เปรียบเทียบรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเชียงรายในแต่ละรูปแบบจำแนกตามชั้นปี ประชากรที่ศึกษาคือนักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปีที่ศึกษาในปีการศึกษา 2561 รวมจำนวน 553 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ตอน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาตามแนวคิดของ ของฮันนีและมัมฟอร์ด ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาด้วยวิธี IOC มีค่า 0.90-1.00 และความเที่ยงด้วยวิธี KR-20 เท่ากับ 0.99 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ One-way ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลภาพรวมทุกชั้นปีส่วนใหญ่เป็นแบบการทบทวน และเมื่อจำแนกรายชั้นปีพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีการเรียนรู้แบบการทบทวนเช่นกัน 2) ชั้นปีต่างกันรูปแบบการเรียนรู้แบบการกระทำแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนรูปแบบการเรียนรู้แบบทบทวน แบบนักทฤษฎี และแบบปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลชั้นปี 1 ชั้นปี 2 ชั้นปี 3 และชั้นปี 4 ไม่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้สอนควรเน้นจัดการเรียนการสอนที่สอดคล้องกับรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลในแต่ละชั้นปี และใช้วิธีการสอนที่หลากหลายเพื่อส่งเสริมศักยภาพการเรียนรู้ของนักศึกษา

คำสำคัญ: รูปแบบการเรียนรู้ นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเชียงราย

* รองศาสตราจารย์ประจำ บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเชียงราย

* Assoc.Prof.Dr., Graduate School, Chiangrai College.

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

** Asst.Prof.Dr., Faculty of Nursing, Chiangrai College.

*** อาจารย์ประจำ บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยเชียงราย

*** Instructor of Graduate School, Chiangrai College.

**** อาจารย์ประจำ คณะบริหารธุรกิจ วิทยาลัยเชียงราย

**** Instructor of Faculty of Business Administration, Chiangrai College.

Abstract

The purposes of this descriptive research were to study and compare learning styles of nursing students in different year of study at Chiangrai College. The purposive samples comprised 553 nursing students of Chiangrai College in academic year 2018. The research tools consisted of two parts of check list questionnaires, including personal information and learning styles based on Honey and Mumford concept. The content validity questionnaires tested by IOC was 0.9-1.00 and the reliability tested by KR 20 was 0.99. The data was analyzed by using descriptive statistics and inferential statistic, such as frequency, percentage, mean, standard deviation, and One way ANOVA.

The findings were as follows: (1) the most common learning style preference of nursing students in all year of study was a Reflector style. 2) The differences between year of study and an Activist style was statistically significant at 0.05. However, there was no significant differences between year of study and a Reflector style, a Theorist style and a Pragmatic style. Therefore, nurse educators should support nursing students focusing on learning style of the students and use variety of teaching methods to improve the academic achievement.

Keywords: Learning styles, Nursing students, Chiangrai college

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การจัดการเรียนการสอนในศตวรรษที่ 21 เน้นการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ การให้การศึกษาสำหรับศตวรรษที่ 21 ต้องเปลี่ยนแปลง ทักษะจากกระบวนทัศน์แบบดั้งเดิม (Tradition paradigm) ไปสู่กระบวนทัศน์ใหม่ (New paradigm) ที่ให้โลกของผู้เรียนและโลกความเป็นจริงเป็น ศูนย์กลางของกระบวนกรเรียนรู้ เป็นการเรียนรู้ที่ ไปไกลกว่าการได้รับความรู้แบบง่าย ๆ ไปสู่การเน้น พัฒนาทักษะและทัศนคติ ทักษะการคิด ทักษะการ แก้ปัญหา ทักษะองค์การ ทัศนคติเชิงบวก ความ เคารพตนเอง นวัตกรรม ความสำเร็จ ทักษะการ สื่อสาร ทักษะ และค่านิยมทางเทคโนโลยี ความเชื่อมั่นตนเอง ความยืดหยุ่น การภูมิใจตนเอง และความ

ตระหนักในสภาพแวดล้อม ความสามารถในการใช้ ความรู้สร้างสรรค์¹ ประกอบกับการจัดการเรียน การสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตตาม มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาล ศาสตร์ พ.ศ.2560 มีลักษณะ เฉพาะของสาขา คือ เป็น สาขาวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติโดยตรงต่อชีวิต สุขภาพ อนามัยของประชาชน การจัดการเรียนการสอนจึง เน้นการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทั้งในสถานการณ์ จำลองเสมือนจริงและสถานการณ์จริงเพื่อให้มีความ ปลอดภัยต่อชีวิตของผู้รับบริการสุขภาพ² การจัดการ เรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่จะส่งเสริม ให้ผู้เรียนมีทักษะศตวรรษที่ 21 และมีการพัฒนาความ รู้ ทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ จำเป็น ที่จะต้องใช้รูปแบบและการเรียนการสอนที่ หลากหลาย ผู้สอนจำเป็นต้องตระหนักถึงการ

เปลี่ยนแปลงเหล่านี้และปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการเรียนการสอนให้เหมาะสมกับความต้องการและพื้นฐานของผู้เรียนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ อาทิ การเรียนการสอนแบบใช้ปัญหาเป็นหลัก การเรียนแบบกลุ่ม การใช้เทคโนโลยีแบบ e-learning เป็นต้น ซึ่ง ดร.ณิรุจกรกานต์³ ได้สำรวจพบว่าผู้สอนในสถาบันการศึกษาพยาบาลร้อยละ 50-80 มีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้วิธีการบรรยายมากกว่าวิธีการอื่นๆ และใช้วิธีอื่นๆ ที่หลากหลายร่วมด้วย การเลือกวิธีการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับผู้เรียน จำเป็นที่ต้องมีการประเมินความต้องการและรูปแบบการเรียนรู้ของผู้เรียนเพื่อให้สามารถกำหนดวิธีการเรียนรู้ที่เหมาะสมทั้งนี้รูปแบบการเรียนรู้ (Learning style) เป็นลักษณะและวิธีการต่างๆ ซึ่งแต่ละคนใช้ในการรับรู้ข้อมูล ในการแก้ปัญหาการคิดหรือจดจำ⁴ ซึ่งมีพื้นฐานแนวคิดเรื่องความแตกต่างของบุคคลตามธรรมชาติ ทั้งด้านความแตกต่างทางร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสติปัญญา เพศ อายุ ซึ่งการที่ผู้สอนศึกษารูปแบบการเรียนรู้ของผู้เรียนแล้วพบว่า ประโยชน์ต่อผู้สอน ในหลายประการกล่าวคือ ช่วยให้ผู้สอนทราบถึงวิธีการจัดการเรียนการสอน ทำให้ผู้สอนทราบว่าไม่มีวิธีใดที่ดีที่สุด การจัดการเรียนการสอนในวิธีที่เหมาะสมจะส่งผลต่อความพึงพอใจ ตั้งใจเรียน ของผู้เรียนและผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา⁵

การจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต กำหนดให้มีโครงสร้างของหลักสูตรไม่น้อยกว่า 120 หน่วยกิต โดยกำหนดหมวดวิชาศึกษาทั่วไป ไม่น้อยกว่า 30 หน่วยกิต หมวดรายวิชาเฉพาะ ไม่น้อยกว่า 72 หน่วยกิต ประกอบด้วย รายวิชาภาคทฤษฎี ไม่น้อยกว่า 24 หน่วยกิต รายวิชาภาคปฏิบัติ ไม่น้อยกว่า 12 หน่วยกิต หมวดวิชาเสรี ไม่น้อยกว่า 6 หน่วยกิต การเรียนการสอนจึงเน้นการเรียนรู้ทั้งด้านทฤษฎีและด้านปฏิบัติจากประสบการณ์เป็นสำคัญ เพื่อให้เกิดทักษะในการให้การพยาบาลผู้ใช้บริการ โดยคาดหวังว่าบัณฑิตพยาบาลจะมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ คือรอบรู้ในศาสตร์ทางการพยาบาล การผดุงครรภ์และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง สามารถปฏิบัติการ

พยาบาลองค์รวม คิดอย่างเป็นระบบ แสดงภาวะผู้นำสื่อสารด้วยภาษาไทยและภาษาอังกฤษอย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณธรรมจริยธรรม เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความคาดหวังในคุณลักษณะของบัณฑิตพยาบาลดังกล่าวและการกำหนดโครงสร้างหลักสูตร เป็นเพียงแนวทางในการจัดการศึกษาให้มีคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด แต่การจัดการศึกษาให้มีคุณภาพนั้น ประกอบด้วยผู้เรียน กระบวนการผู้สอนและการประเมินผลอย่างเป็นระบบ⁶

การเรียนรู้ของบุคคลจะเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพได้นั้น บาสเทเบิล (Bastable)⁴ เสนอว่า ผู้เรียนต้องมีความพร้อมและบุคคลมีความหลากหลายในความเป็นตัวตนในการเรียนรู้แตกต่างกัน พฤติกรรมในการเรียนรู้แตกต่างกัน การจัดการเรียนการสอนจึงต้องคำนึงถึงผู้เรียนเป็นสำคัญสอดคล้องกับแนวคิดของ คอลบ์⁷ (Kolb) ที่เสนอว่า การทำความเข้าใจในแบบการเรียนรู้ (Learning style) จะทำให้ทราบว่าผู้เรียนมีลักษณะการเรียนรู้ในลักษณะใด โดยใช้พฤติกรรมการเรียนรู้ที่ผู้เรียนชอบหรือถนัด เป็นแนวทางในการส่งเสริมการเรียนรู้ ทั้งนี้คอลบ์ได้เสนอทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เป็นพื้นฐานการเรียนรู้อย่างเป็นกระบวนการ ในแต่ละขั้นตอนจากประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม สู่การไตร่ตรอง การสรุปเป็นหลักนามธรรม อันนี้และมัมฟอร์ด (Honey and Mumford)⁸ ได้เสนอแนวคิดที่คล้ายคลึงกับคอลบ์ โดยให้ความสำคัญกับการเรียนรู้จากประสบการณ์ เนื่องจากการเรียนรู้จากประสบการณ์เป็นพื้นฐานการเรียนรู้ที่มีความสำคัญยิ่งต่อการแสวงหาความรู้ และได้แบ่งรูปแบบการเรียนรู้เป็น 4 แบบคือ แบบการกระทำ (Activist) แบบทบทวน (Reflector) แบบนักทฤษฎี (Theorist) และแบบแบบนักปฏิบัติ (Pragmatic) และสร้างแบบสอบถามเพื่อการประเมินการเรียนรู้ของนักศึกษาเรียกว่า LSQ (Learning Style Questionnaire) ทั้งนี้บาสเทเบิล (Bastable)⁴ ได้ศึกษาวิจัยพบว่าการใช้แบบการเรียนรู้ตามแนวคิดของคอลบ์ (Kolb)⁷ และอันนี้และมัมฟอร์ด (Honey and Mumford)⁸ นั้นมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการประเมินพฤติกรรม

การเรียนรู้ของผู้เรียนในด้านสุขภาพ

คณะพยาบาลศาสตร์วิทยาลัยเชียงราย มีการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ตั้งแต่ปีการศึกษา 2549 และมีการพัฒนาปรับปรุงหลักสูตรมาเป็นลำดับ โดยมุ่งหวังที่จะผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีสมรรถนะทั้ง 8 สมรรถนะตามมาตรฐานที่สภาการพยาบาลกำหนด ซึ่งหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ได้รับการเห็นชอบจากสภาการพยาบาลและสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา ซึ่งการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลตามหลักสูตร เป็นการจัดการเรียนการสอนในระดับอุดมศึกษา ต้องอาศัยการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ ในมหาวิทยาลัยที่แตกต่างจาก การเรียนในชั้นมัธยมศึกษาที่นักศึกษาคุ้นเคยและต้องพักอาศัยที่หอพักที่วิทยาลัยจัดให้โดย นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 จะเรียนภาคทฤษฎี ในหมวดการศึกษาทั่วไป ซึ่งจากการสำรวจคะแนนเฉลี่ยของนักศึกษาปีที่ 1 ในรายวิชาการศึกษาทั่วไป พบว่านักศึกษาพยาบาลมีผลการเรียนเฉลี่ย ในกลุ่มวิชาวิทยาศาสตร์ต่ำกว่า รายวิชากลุ่มภาษาสังคมและกลุ่มมนุษยศาสตร์⁹ ส่วนนักศึกษาชั้นปีที่ 2 จะเริ่ม เรียนวิชาในหมวดพื้นฐานวิชาชีพ และหมวดวิชาเฉพาะ เป็นเนื้อหาสาระ ที่ค่อนข้างยากต้องใช้เวลาในการศึกษาและทำความเข้าใจ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการและหอผู้ป่วยในสภาพการณ์จริง ในนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และปีที่ 4 จะเน้นการเรียนในภาคทฤษฎีที่ควบคู่กับการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยที่บางรายวิชาต้องฝึกปฏิบัติที่โรงพยาบาลต่างอำเภอ ต่างจังหวัด นักศึกษาจำเป็นต้องปรับตัวและบริหารจัดการตนเองให้สามารถเรียนรู้ได้ตามหลักสูตร ที่กำหนดในรายวิชาวิชาชีพ ต้องได้เกรดเฉลี่ยไม่น้อยกว่า 2.00¹⁰ ซึ่งนักศึกษาส่วนใหญ่ชั้นปีที่ 4 การเรียนการสอนจะเป็นรูปแบบที่ต่อจากฐานการเรียนการสอนจากชั้นปีที่ 3 เน้นการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากจะมีวิชาที่มีการสัมมนา การมอบหมายงาน ระบบการศึกษาดังกล่าวมีผลให้นักศึกษาแต่ละชั้นปีมีรูปแบบการเรียนรู้ที่ต่างกัน ดังนั้นการเข้าใจพื้นฐานแบบ

การเรียนรู้ของนักศึกษาจะทำให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจในบริบทที่แท้จริงและวางแผนการเรียนการสอนได้เหมาะสมกับนักศึกษา¹¹

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเชียงรายเพื่อนำข้อมูลมาวางแผนการบริหารจัดการออกแบบการเรียนรู้ด้วยวิธีการเรียนการสอนที่เหมาะสมตามความแตกต่างของนักศึกษาอันจะส่งผลต่อคุณภาพบัณฑิตและประสิทธิภาพในการจัดการเรียนการสอนต่อไป

คำถามการวิจัย

1. รูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเชียงรายในภาพรวมและรายชั้นปี มีลักษณะเป็นอย่างไร
2. รูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเชียงรายในแต่ละรูปแบบของแต่ละชั้นปี แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเชียงรายในภาพรวมและรายชั้นปี
2. เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเชียงรายในแต่ละรูปแบบจำแนกตามชั้นปี

สมมติฐานการวิจัย

รูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเชียงรายในแต่ละรูปแบบจำแนกตามชั้นปีมีความแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดดังนี้

1. รูปแบบการเรียนในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการเรียนตามทฤษฎีวงจรของฮันนีและมัมฟอร์ด (Honey and Mumford)⁸ ประกอบด้วย 4 แบบคือ

- 1.1 แบบการกระทำ (Activist) หมายถึง

ลักษณะของผู้เรียนที่มีลักษณะการเรียนรู้ที่เน้นการใช้ประสบการณ์ใหม่ ๆ ชอบลองผิดลองถูก มีความกระตือรือร้น ที่จะทำกิจกรรมหรือการแก้ปัญหาด้วยการระดมความคิด มีความสุขกับการทำงานกับกลุ่ม ไม่ชอบทำงานตามลำพัง

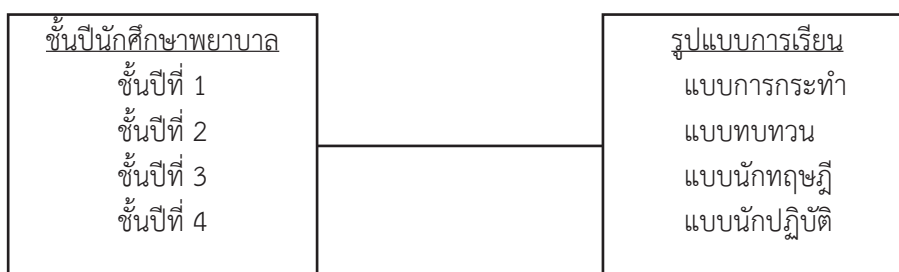
1.2 แบบทบทวน (Reflector) หมายถึง ลักษณะของผู้เรียนที่ชอบการคิดพิจารณาไตร่ตรองในหลาย ๆ แง่มุม การเก็บข้อมูลและวิเคราะห์โดยละเอียดก่อนการสรุปหลักการ ชอบสังเกตการทำงานของผู้อื่น ต้องการใช้ออกาสในการเก็บข้อมูลก่อนการลงมือทำ

1.3 แบบนักทฤษฎี (Theorist) หมายถึง

ลักษณะของผู้เรียนที่ชอบการวิเคราะห์และการสังเคราะห์ ผู้เรียนแบบนี้ชอบเชื่อมโยงและผสมผสานข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากข้อเท็จจริงและการสังเกตการให้มีความต่อเนื่องกันเป็นเหตุเป็นผลซึ่งกันและกันได้ และไม่ชอบการทำงานที่ไม่มีข้อมูล

1.4 แบบนักปฏิบัติ (Pragmatic) หมายถึง ลักษณะของผู้เรียนที่มีการเรียนรู้เน้นการนำความคิดไปทดลองปฏิบัติทดลองแสวงหาประสบการณ์ใหม่ๆ ชอบทดลองทำกิจกรรมว่าทฤษฎีและเทคนิควิธีการต่างๆ ที่ได้เรียนไปแล้วสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงหรือไม่

โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัยดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษารูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเชียงรายในภาพรวม และรายชั้นปี และเพื่อเปรียบเทียบรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเชียงรายในแต่ละรูปแบบการเรียนรู้จำแนกตามชั้นปี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ นักศึกษาพยาบาลที่ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2561 จำนวน 595 คน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชากรทั้งหมด จำนวน 595 คน เพื่อให้งานวิจัยได้ข้อมูลที่

ตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด โดยแบ่งเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน 151 คน นักศึกษาชั้นปีที่ 2 จำนวน 169 คน นักศึกษาชั้นปีที่ 3 จำนวน 126 คน และนักศึกษาชั้นปีที่ 4 จำนวน 147 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) โดยแบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานะทางครอบครัว ชั้นปีที่ศึกษา โดยแบบสอบถามเป็นแบบคำถามปลายเปิดให้เติมคำในช่องว่าง

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการเรียนรู้ของ

นักศึกษาซึ่งผู้วิจัยสร้างเอง จำนวน 84 ข้อ ตามแนวคิดของฮันนีและมัมฟอร์ด (Honey and Mumford)⁸ แบ่งเป็นการสอบถามความคิดเห็น เป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความคิดเห็นของนักศึกษาตามนิยามของรูปแบบการเรียนรู้ 4 แบบ จำนวน 4 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) ให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นของนักศึกษาในรายละเอียดข้อคำถามตามนิยามของรูปแบบการเรียนรู้ 4 รูปแบบ คือ แบบการกระทำ (Activist) แบบทบทวน (Reflector) แบบนักทฤษฎี (Theorist) และ แบบแบบนักปฏิบัติ (Pragmatic) โดยมีข้อคำถามรูปแบบละ 20 ข้อ รวม 80 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ ตรวจสอบรายการ (Check list) ใช่ หรือไม่ใช่ โดยแปลผลเมื่อผู้ตอบตอบ ใช่ จะให้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ใช่ จะเป็น 0

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรง (Content validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยโดยวิธี IOC (Index of Congruence) ได้ค่ารายข้อระหว่าง 0.9-1.00

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับกลุ่มซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับประชากร จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยการคำนวณหาค่า KR-20 เท่ากับ 0.989

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)
2. วิเคราะห์รูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษา โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D)
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบรูปแบบการเรียนรู้

ของนักศึกษาในแต่ละรูปแบบจำแนกตามชั้นปี ด้วยสถิติ One way ANOVA

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของวิทยาลัยเชียงราย เลขที่ EC092018001 วันที่ 3 กันยายน 2560 โดยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมจึงให้ลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการส่งแบบสอบถามให้และรับกลับคืน โดยให้กลุ่มตัวอย่างปิดผนึกแบบสอบถามก่อนส่งคืนและผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม โดยไม่เปิดเผยข้อมูลรายบุคคล

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ได้แบบสอบถามกลับคืนที่สมบูรณ์ จำนวน 553 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 92.94 ผลการวิจัยดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุ 20 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 24.40) ส่วนมากเป็นบุตรคนโต (ร้อยละ 53.70) และบิดามารดามีอาชีพเกษตรกรมากที่สุด (ร้อยละ 47.90)

2. รูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเชียงราย

โดยภาพรวมทั้ง 4 ชั้นปี นักศึกษาแสดงความคิดเห็นว่าตนเองมีพฤติกรรมการเรียนรู้แบบการทบทวนมากที่สุด ร้อยละ 35.63 รองลงมา คือ รูปแบบนักปฏิบัติ ร้อยละ 26.22 และน้อยที่สุด คือ รูปแบบการกระทำ ร้อยละ 18.44 เมื่อจำแนกตามชั้นปีพบว่า นักศึกษาทุกชั้นปี แสดงความคิดเห็นว่าตนเองมีรูปแบบการเรียนรู้แบบการทบทวนมากที่สุด โดยนักศึกษาศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 32.86 ปีที่ 2 ร้อยละ 35.80 ปีที่ 3 ร้อยละ 36.36 และปีที่ 4 ร้อยละ 37.68 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเชียงรายจำแนกตามชั้นปี และรวมทุกชั้นปี

รูปแบบการเรียนรู้	ชั้นปีที่ 1		ชั้นปีที่ 2		ชั้นปีที่ 3		ชั้นปีที่ 4		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แบบการกระทำ	26	18.57	30	17.90	22	20.00	24	17.38	102	18.44
แบบทบทวน	46	32.86	59	35.80	40	36.36	52	37.68	197	35.63
แบบนักทฤษฎี	30	21.43	34	20.98	18	16.37	27	19.58	109	19.71
แบบนักปฏิบัติ	38	27.14	42	25.32	30	27.27	35	25.36	145	26.22
รวม	140	100	165	100	110	100	138	100	553	100

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของแต่ละรูปแบบการเรียนรู้ จำแนกตามชั้นปี ผลการวิจัยพบดังนี้

รูปแบบการกระทำ พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 14.50 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.54) รองลงมาคือ ชั้นปีที่ 4 (ค่าเฉลี่ย = 13.84 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.82) และน้อยที่สุดคือ ชั้นปีที่ 2 (ค่าเฉลี่ย = 13.22 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.48)

รูปแบบทบทวน พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 16.09 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.18) รองลงมาคือ ชั้นปีที่ 4 (ค่าเฉลี่ย = 15.90 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.18) และน้อยที่สุดคือ ชั้นปีที่ 1 (ค่าเฉลี่ย = 15.71 ค่าเบี่ยงเบน

มาตรฐาน = 2.56)

รูปแบบนักทฤษฎีพบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 14.32 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.50) รองลงมาคือ ชั้นปีที่ 4 (ค่าเฉลี่ย = 14.27 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.60) และน้อยที่สุดคือ ชั้นปีที่ 3 (ค่าเฉลี่ย = 14.05 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.26)

รูปแบบนักปฏิบัติพบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 15.28 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 3.26) รองลงมาคือ ชั้นปีที่ 4 (ค่าเฉลี่ย = 15.19 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.65) และน้อยที่สุดคือ ชั้นปีที่ 2 (ค่าเฉลี่ย = 14.86 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.67 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเชียงรายจำแนกรายชั้นปีและรวมทุกชั้นปี

ชั้นปี	แบบกระทำ		แบบทบทวน		แบบนักทฤษฎี		แบบนักปฏิบัติ	
	μ	σ	μ	σ	μ	σ	μ	σ
1	13.41	2.46	15.71	2.56	14.32	2.56	15.06	2.54
2	13.22	2.48	15.80	1.94	14.08	2.54	14.86	2.67
3	14.50	2.54	16.09	2.18	14.05	3.26	15.28	3.26
4	13.84	2.82	15.90	2.18	14.27	2.60	15.19	2.65

3. เมื่อเปรียบเทียบรูปแบบการเรียนรู้ของ นักศึกษาพยาบาลในแต่ละรูปแบบ จำแนกตามชั้นปี พบว่า ชั้นปีต่างกัน รูปแบบการเรียนรู้แบบการกระทำ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ส่วนรูปแบบการเรียนรู้แบบการทบทวน แบบนักทฤษฎี และแบบปฏิบัติ ไม่แตกต่างกัน (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบชั้นปีที่ศึกษากับรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยเชียงราย

แหล่งของความแปรปรวน	df	SS	MS	F	Sig
แบบกระทำ ระหว่างกลุ่ม	3	157.65	52.55	8.24*	.000
ภายในกลุ่ม	549	3500.56	6.38		
รวม	552				
แบบทบทวน ระหว่างกลุ่ม	3	11.76	3.92	.99	.39
ภายในกลุ่ม	549	2154.06	3.92		
รวม	552				
แบบนักทฤษฎี ระหว่างกลุ่ม	3	29.50	9.83	1.32	.27
ภายในกลุ่ม	549	4082.27	7.44		
รวม	552				
แบบนักปฏิบัติ ระหว่างกลุ่ม	3	42.93	14.31	2.15	.09
ภายในกลุ่ม	549	3663.06	6.68		
รวม	552				

*p-value <0.05

เมื่อเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี Scheffe พบว่า ระทำน้อยกว่านักศึกษาปีที่ 3 และนักศึกษาพยาบาล นักศึกษาพยาบาลปีที่ 1 มีค่าเฉลี่ยรูปแบบการเรียนรู้ ชั้นปีที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แบบการกระทำน้อยกว่านักศึกษาปีที่ 3 นักศึกษา (ดังตารางที่ 4) พยาบาลปีที่ 2 มีค่าเฉลี่ยรูปแบบการเรียนรู้แบบการก

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบรูปแบบการเรียนรู้แบบการกระทำของนักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปีรายคู่

ชั้นปี	ผลต่างของค่าเฉลี่ย				
		ชั้นปีที่ 1	ชั้นปีที่ 2	ชั้นปีที่ 3	ชั้นปีที่ 4
	$\bar{x}$	13.41	13.22	14.50	14.24
ชั้นปีที่ 1	13.41		-.188	-1.09*	-.83
ชั้นปีที่ 2	13.22			-1.28*	-1.02*
ชั้นปีที่ 3	14.50				.26
ชั้นปีที่ 4	14.24				

*p-value 0.05

อภิปรายผล

การวิจัยในครั้งนี้พบประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

1. นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเชียงรายทั้งภาพรวมและรายชั้นปี แสดงความคิดเห็นว่าตนเองมีพฤติกรรมการเรียนรู้แบบการทบทวนมากที่สุด ร้อยละ 35.63 ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของแคปปี้ และคณะ (Kappe et.al)¹² ที่พบว่านักศึกษาในระดับอุดมศึกษาประเทศเนเธอร์แลนด์ มีรูปแบบการเรียนรู้แบบทบทวนมากกว่ารูปแบบอื่น (ร้อยละ 46) ทั้งนี้รูปแบบการเรียนรู้แบบการทบทวน (Reflector) เป็นการเรียนรู้ของผู้เรียนที่ชอบการคิดพิจารณาไตร่ตรองในหลายๆ แง่มุม การเก็บข้อมูลและวิเคราะห์โดยละเอียด ก่อนการสรุปหลักการ ชอบสังเกตการทำงานของผู้อื่น ต้องการใช้ออกาสในการเก็บข้อมูลก่อนการลงมือทำ ไม่ผลิผลลามาตัดสินใจหากไม่แน่ใจ⁴ ซึ่งในการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ของคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย ที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีการเรียนรู้แบบทบทวน โดยนักศึกษาในชั้นปีที่ 1 และปีที่ 2 การเรียนการสอนจะเน้นการให้นักศึกษาค้นคว้าหาความรู้จากห้องสมุด จากแหล่งความรู้ต่างๆ พิจารณาไตร่ตรองในหลายๆ แง่มุม เกิดการวิเคราะห์โดยละเอียดก่อนการสรุปหลักการ มีการแบ่งกลุ่มการเรียนการสอนเพื่อให้เกิดการนำข้อมูลจากหลายแหล่งมาพิจารณาไตร่ตรอง อภิปรายหาข้อสรุปร่วมกันในกลุ่มและในชั้นเรียนก่อนสรุปหลักการ ในขณะที่นักศึกษาพยาบาลในชั้นปีที่ 3 และปีที่ 4 จะมีการเรียนในภาคทฤษฎีผสมกับภาคปฏิบัติในแต่ละรายวิชา ซึ่งนักศึกษาจะต้องมีศึกษาค้นคว้า วิเคราะห์ข้อมูลจากการฝึกปฏิบัติโดยใช้ทฤษฎีมาประยุกต์ก่อนการลงมือปฏิบัติกับผู้ป่วยเป็นไปตามหลักสูตร และสอดคล้องกับประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่องมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560¹² ที่กำหนดไว้ว่ามาตรฐานการเรียนรู้ในด้านทักษะทางปัญญาที่เน้นให้ผู้เรียนสามารถคิดอย่างเป็นระบบ เพื่อหาแนวทางใหม่ในการแก้ปัญหาในการปฏิบัติงาน และทักษะทางวิชาชีพที่เน้นให้ผู้เรียนเกิด

การปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์อย่างเป็นองค์รวมภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนั้นพฤติกรรม การเรียนรู้ของนักศึกษาจึงเป็นแบบการทบทวน (Reflector) มากกว่ารูปแบบอื่น

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการเรียนรู้อย่างมาก คือ แบบนักปฏิบัติ (Practice) ร้อยละ 26.22 ซึ่งการเรียนรู้แบบนักปฏิบัติเน้นเป็นการเรียนรู้ที่เน้นให้ผู้เรียนนำความคิดไปทดลองปฏิบัติ ทดลองแสวงหาประสบการณ์ใหม่ๆ ชอบทดลองทำกิจกรรมว่าทฤษฎีและเทคนิควิธีการต่างๆ ที่ได้เรียนไปแล้วสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงหรือไม่⁴ สอดคล้องกับการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรการศึกษาพยาบาล ที่จำเป็นที่จะต้องจัดการเรียนการสอนให้นักศึกษาปฏิบัติการพยาบาลควบคู่กับการเรียนในภาคทฤษฎี ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ.2560² ซึ่งกำหนดให้มีรายวิชาในภาคปฏิบัติ ไม่น้อยกว่า 72 หน่วยกิต จากจำนวนหน่วยกิตที่กำหนดไว้อย่างน้อย 120 หน่วยกิต ซึ่งการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาที่ต้องมีการฝึกปฏิบัติ จะมีการเรียนการสอนภาคทฤษฎีก่อนเพื่อให้นักศึกษาเกิดความรู้ความเข้าใจและมีทักษะในการปฏิบัติในห้องปฏิบัติการก่อนการนำความรู้ นำเทคนิควิธีการปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติจริงที่หอผู้ป่วย ประกอบกับในการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ นักศึกษาจะขึ้นปฏิบัติกับผู้ป่วยในสถานที่จริง มีอาจารย์นิเทศการปฏิบัติ นักศึกษาจำเป็นต้องศึกษาหาความรู้ และศึกษากรณีศึกษาที่ได้รับมอบหมายก่อนล่วงหน้า จำเป็นที่จะต้องนำความคิดทฤษฎีไปทดลองปฏิบัติวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย และมีการประชุมก่อนการปฏิบัติงาน (Pre conference) ร่วมกับอาจารย์นิเทศที่นักศึกษาต้องสามารถแสดงความรู้พร้อมก่อนการปฏิบัติงานจริง นักศึกษาจึงต้องทดลองแสวงหาประสบการณ์ใหม่ๆ ที่จะวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วย จึงส่งผลต่อรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาเป็นแบบการกระทำ

2. เมื่อเปรียบเทียบรูปแบบการเรียนรู้ของ

นักศึกษาพยาบาลในแต่ละรูปแบบจำแนกตามชั้นปีพบว่าชั้นปีต่างกัน รูปแบบการเรียนรู้แบบการกระทำแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เมื่อพิจารณาความแตกต่างของรูปแบบการกระทำรายชั้นปีพบว่า นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 นักศึกษาพยาบาลในชั้นปีที่ 2 มีค่าเฉลี่ยรูปแบบการกระทำน้อยกว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และ ชั้นปีที่ 4 ทั้งนี้ เนื่องจากการจัดการเรียนการสอนในชั้นปีที่ 1 และ 2 นั้น การจัดการเรียนการสอนจะเน้นการเรียนในภาคทฤษฎีมากกว่าภาคปฏิบัติ นักศึกษาเรียนในรายวิชาการศึกษาทั่วไป และพื้นฐานวิชาชีพ ที่ไม่มีประสบการณ์ในการนำความรู้ไปประยุกต์กับการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ซึ่งการจัดหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ของของวิทยาลัยพยาบาล มีการเรียนในชั้นปีที่ 1 จำนวน 41 หน่วยกิต เป็นรายวิชาภาคทฤษฎีทั้งหมด ในชั้นปีที่ 2 เรียนภาคทฤษฎี จำนวน 35 หน่วยกิต ภาคปฏิบัติทางการพยาบาล จำนวน 5 หน่วยกิต ในชั้นปีที่ 3 เรียนภาคทฤษฎี จำนวน 27 หน่วยกิต ภาคปฏิบัติ จำนวน 14 หน่วยกิต ชั้นปีที่ 4 เรียนภาคทฤษฎี จำนวน 9 หน่วยกิต ภาคปฏิบัติ จำนวน 13 หน่วยกิต¹⁰ ดังนั้นนักศึกษา ชั้นปีที่ 1 และ ชั้นปีที่ 2 จึงยังไม่คุ้นชินกับรูปแบบการเรียนรู้แบบการกระทำที่ต้องนำความรู้ทฤษฎีสู่การประยุกต์ปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย และการประเมินผลการเรียนในรายวิชาแต่ละรายวิชาในหลักสูตรส่วนใหญ่จะเป็นการประเมินผลในด้านพุทธิพิสัย มากกว่าด้านเจตพิสัยและทักษะพิสัย นักศึกษาชั้นปี 1 และ 2 จึงไม่มีประสบการณ์ในด้านการประยุกต์ทฤษฎีสู่การปฏิบัติโดยตรง ในขณะที่การเรียนของนักศึกษาพยาบาลในชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 ผ่านการเรียนรู้ในรูปแบบการกระทำมากกว่า ในการเรียนของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 และชั้นปีที่ 2 ดังนั้นจึงมีรูปแบบการเรียนรู้แบบการกระทำที่แตกต่างจากปีที่ 3 และ ชั้นปีที่ 4 ซึ่งเรียนในภาคปฏิบัติมากขึ้น ทั้งนี้ คอลบ์ (Kolb)⁷ ได้เสนอแนวคิดไว้ว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการเรียนรู้ในรูปแบบใดย่อมเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์เป็นขั้นตอน การเรียนรู้

ในสิ่งใหม่ๆ อย่างเป็นกระบวนการจะส่งเสริมการเรียนรู้ในชั้นต่อไป การให้โอกาสการเรียนรู้ในสิ่งใหม่ๆ จะสร้างการเรียนรู้ที่แตกต่างจากเดิมได้ ดังนั้นรูปแบบการกระทำของนักศึกษาพยาบาลในแต่ละชั้นปีจึงแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 จากผลการศึกษาพบว่านักศึกษาพยาบาลในทุกชั้นปีมีรูปแบบการเรียนรู้แบบทบทวนมากที่สุด ดังนั้นผู้สอนในคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย ควรส่งเสริมและจัดการเรียนการสอนที่สอดคล้องกับการส่งเสริมให้นักศึกษาคิดพิจารณาไตร่ตรองในหลายๆแง่มุม การคิดวิเคราะห์ โดยละเอียดก่อนการสรุปหลักการ และการมอบหมายงานเป็นกลุ่ม

1.2 จากผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาทุกชั้นปีมีรูปแบบการเรียนรู้ครบทั้ง 4 รูปแบบ ดังนั้นผู้สอนควรพิจารณาใช้เทคนิควิธีการสอนที่หลากหลายเพิ่มขึ้น เช่น การใช้กรณีศึกษาจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงที่เป็นข่าวจากสื่อในรูปแบบต่างๆ (Social media) และวิเคราะห์ วิเคราะห์กรณีศึกษา การใช้ศึกษาดูงานในชุมชนเพื่อวิเคราะห์ชีวิตของชุมชน เป็นต้น เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดประสบการณ์เรียนรู้ในการนำความรู้ในภาคทฤษฎีเพื่อไปประยุกต์ใช้กับการปฏิบัติงานในชีวิตจริงและหอผู้ป่วยได้

1.3 จากผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาชั้นปี 1 และ ชั้นปี 2 มีรูปแบบการเรียนรู้แบบการกระทำน้อยกว่าชั้นปี 3 และ ชั้นปี 4 ดังนั้นในการจัดการเรียนการสอนในชั้นปี 1 และชั้นปี 2 ควรส่งเสริมการเรียนรู้ในรูปแบบการกระทำให้เพิ่มขึ้น โดยการให้ทำกิจกรรมหรือการแก้ปัญหาด้วยการระดมความคิดเห็นเพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาใช้ประสบการณ์ใหม่ๆ มีความกระตือรือร้น ที่จะ มีความสุขกับการทำงานกับกลุ่ม

2. การศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป

2.1 ศึกษารูปแบบการสอนที่เหมาะสมกับนักศึกษาในแต่ละชั้นปี เพื่อพัฒนาผู้เรียนให้มีการเรียน

รู้ที่เหมาะสมในรูปแบบการเรียนรู้มากขึ้น

2.2 ศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการเรียนรู้
นักศึกษาในคณะต่างๆ ของวิทยาลัย เพื่อเป็นข้อมูล
ในการพัฒนาการเรียนการสอนในทุกหลักสูตรของ
วิทยาลัยให้มีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. วิจารย์ พานิช. การสร้างการเรียนรู้สู่ศตวรรษที่ 21. กรุงเทพฯ: ส. เจริญการพิมพ์; 2556.
2. ศึกษาธิการ, กระทรวง. ประกาศมาตรฐานคุณวุฒิปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560. เอกสารเผยแพร่; 2560.
3. ดร.ณิ รุจกรกานต์. ข้อเสนอแนะนโยบายการจัดการศึกษา : การผลิตและการพัฒนาคุณภาพพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพในหลักสูตรสาขาพยาบาลศาสตร์เพื่อสุขภาพของสังคม. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.
4. Bastable, B. Nurse as educator: principles of teaching and learning for nursing practice. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2014.
5. เสาวภา วิชาดี. รูปแบบการเรียนรู้ของผู้เรียนมุมมองของทฤษฎีการเรียนรู้แบบประสบการณ์. วารสารนักบริหาร 2554; 31(1): 175-180.
6. ทิศนา แหมมณี. รูปแบบการเรียนการสอนที่หลากหลาย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
7. Kolb, D. A. Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1984.
8. Honey, P., & Mumford, A. The manual of learning styles. Berkshire: Peter Honey Publications; 1992.
9. งานวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง) พ.ศ. 2556. เชียงราย: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงราย (เอกสารอัดสำเนา); 2556.
10. งานทะเบียนและวัดผล สำนักทะเบียนและวัดผล. รายงานผลการเรียนของนักศึกษาพยาบาลปีการศึกษา 2560. เชียงราย: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงราย (เอกสารอัดสำเนา); 2560.
11. ภาวนา กิรติยวงศ์, สุวรรณ มหากายนันท์, นาริรัตน์ บุญเนตร, วชิกร อังคประสาชชัย. . รูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา. วารสารพยาบาลรามธิบดี 2558; 21(3): 382-393.
12. F.R. Kappe, L. Boekholt, C. den Rooyen, H. Van der Flier. A predictive validity study of the Learning Style Questionnaire (LSQ) using multiple, specific learning criteria. Learning and Individual Differences 2009; 19: 464-467.

พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุ
ตำบลดอนแก้ว อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่
Accident Prevention Behaviors among Older Adults
Donkeaw, Maerim District, Chiangmai Province

พิกุล ตินามาส พย.ม* Phikul Tinamas MSc.*
ภัทรานิษฐ์ จองแก พย.ม* Patthanit Jongkae MSc.*
ทิพย์สุดา เส่งพานิช พย.ม.* Tipsuda Sengpanich MSc.*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุ และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุ จำแนกตาม เพศ อายุ โรคประจำตัว รายได้ และการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชุมชนตำบลดอนแก้ว อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 327 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของยามานะ ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วน (Quota sampling) เพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุแต่ละหมู่ และเก็บข้อมูลโดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุ ทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบของแมน-วิทนี และสถิติทดสอบความแปรปรวนด้วยอันดับครัสคัล-วัลลิส

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 60-92 ปี อายุเฉลี่ย 71 ปี และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนรายด้าน พบว่า มีพฤติกรรมการป้องกันการถูกแมลงสัตว์กัดต่อยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.49$, S.D. = 0.38) ส่วนพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.86$, S.D. = 0.37) เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุกับปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า โรคประจำตัว และการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุที่ต่างกัน ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนเพศ อายุ รายได้ต่างกัน พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุไม่ต่างกัน

ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการวางแผนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ และจัดกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องการป้องกันการพลัดตกหกล้ม เพื่อช่วยป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ ผู้สูงอายุ

* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่

* Nursing instructor, Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai

Abstract

The aim of this descriptive study were to describe accident prevention behaviors among older adults and to compare accident prevention behaviors among older adults by sex, age, underlying disease, income, and participation in senior's citizen club. Participants were 327 older adults in Donkaew, Maerim district, Chiangmai province. The sample size was calculated by using Yamane's formula. A quota sampling and convenient sampling technique were used to recruit older adults in each community. A research instrument included the Accidental Preventive Behaviors of the Elderlies questionnaire developed by Thitima Kumsuebsai. The reliability of questionnaire tested by Cronbach's alpha coefficient was 0.84. Data was analyzed using descriptive statistics, Mann-Whitney test, and Kruskal-Wallis one-way analysis of variance.

The results revealed that participants were female, aged 60-92 years old (mean age 71 years old). Majority of them graduated primary school. The mean score of accident prevention behaviors was at a moderate level. Regarding components of accident prevention behaviors, the highest mean score was insects bit prevention behavior ($\bar{X} = 2.49$, S.D. = 0.38), while the lowest mean score was fall preventing behavior ($\bar{X} = 1.86$, S.D. = 0.37). The differences between underlying diseases, participation in senior's citizen club, and accident prevention behavior was statistically significant ($p < .05$). However, there was no statistically significant differences between gender, age, income, and accident prevention behaviors.

Conclusion, the healthcare organization should encourage older adults to participate in senior's citizen club and provide a fall prevention education for older adults in order to decrease all accidents and increase accident prevention behavior.

Keyword: Accident prevention behaviors, Older adult

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยมีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 10,014,699 คน คิดเป็นร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งหมด ประเมินการว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นประมาณ 14.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20¹ และสังคมไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) ทำให้พบปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ ปัญหาด้านสุขภาพ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ² และด้านสังคม ทำให้

เกิดการพึ่งพิงสมาชิกในครอบครัวสูงขึ้น โดยพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมาก เป็นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพจากการมีการถดถอยทางร่างกาย และทำให้เกิดการเจ็บป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน กระทั่งต่อร่างกายและอวัยวะหลายระบบ นอกจากนี้ยังพบการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการหกล้มที่มีอุบัติการณ์ที่สูงขึ้นตามอายุ ทำให้รัฐบาลต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเพิ่มสวัสดิการในการรักษาพยาบาลและการบริการต่างๆเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นทั้งจำนวนและสัดส่วนด้วย³

การบาดเจ็บในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกและประเทศไทย การบาดเจ็บในผู้สูงอายุ 3 อันดับแรก ได้แก่ หกล้ม อุบัติเหตุรถยนต์ และถูกชนขณะเดินเท้า ในสหรัฐอเมริกาการบาดเจ็บเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 7 ของประชากรอายุมากกว่า 65 ปี⁴ สำหรับในประเทศไทย สำนักโรคบาดวิทย์ระหว่างปี พ.ศ.2548-2553 พบว่าอุบัติเหตุขนส่งเป็นสาเหตุให้บาดเจ็บรุนแรงและเสียชีวิตสูงสุดรองลงมาเป็นอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มและอุบัติเหตุแรงเชิงกลวัตถุสิ่งของ⁵ จากการสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2552 พบว่าสาเหตุที่ทำให้ ผู้สูงอายุได้รับการบาดเจ็บจากสาเหตุภายนอกใน 5 อันดับแรก ได้แก่ 1) พลัดตกหกล้ม 2) การบาดเจ็บจากวัตถุกลไกที่ไม่มีชีวิต เช่น ถูกหิน ต้นไม้ ระเบิด สายพาน ขวาน เป็นต้น 3) อุบัติเหตุจากการขับขี่จักรยานยนต์ 4) สัมผัสกับสัตว์และพืชมีพิษ 5) การรักษาทางศัลยกรรมและอายุรกรรม ที่ทำให้เกิดความผิดปกติร้อยละ 5.3⁶ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ สามารถเกิดการบาดเจ็บ และอุบัติเหตุได้ง่ายเมื่อเกิดแล้วทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และนำมาซึ่งสาเหตุการเสียชีวิต

สาเหตุของการอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้มที่พบบ่อยของผู้สูงอายุ ดังนี้ การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง ระบบการไหลเวียนของเลือดและระบบประสาท และต่อมไร้ท่อ ซึ่งจะทำให้การรับรู้สัมผัสลดลง ทำให้ผู้สูงอายุอาจจะถูกไฟไหม้ น้ำร้อนลวกได้ การเปลี่ยนแปลงของกระดูกสันหลัง อาจทำให้เกิดหลังค่อม ทำให้ผู้สูงอายุมีการทรงตัวไม่ดี การเดินในท่าที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหกล้มได้⁷ การมองเห็น การได้ยิน การรับกลิ่นลดลง อาจทำให้ผู้สูงอายุได้รับอุบัติเหตุจากการเคลื่อนไหว การเดินในบ้าน ทางจราจร และการรับกลิ่นก็อาจส่งผลต่อการสูดสารเคมีเข้าในร่างกายหรือการได้รับก๊าซพิษต่างๆ รวมทั้งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ผลข้างเคียงจากการรับประทานยา การสวมรองเท้าที่ไม่เหมาะสม ล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ⁸

การเกิดอุบัติเหตุในกลุ่มผู้สูงอายุมีมากมายและหลายประเภท ซึ่งมีการศึกษาที่พบว่ามีความชุกและอุบัติการณ์ที่สูงขึ้น ประกอบกับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ สังคมต้องมีการตระหนักและให้ความสำคัญในเรื่องนี้ เพราะเมื่อเกิดอุบัติเหตุจะนำไปสู่การเกิดผลกระทบต่างๆตามมามากมาย โดยพบว่าอุบัติเหตุจากการถูกความร้อนลวก ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากการถูกความร้อนลวกค่อนข้างสูง ถึงร้อยละ 20² ในประเทศสหรัฐอเมริกาในกลุ่มผู้สูงอายุร้อยละ 4.7 ได้รับสารพิษอย่างไม่ตั้งใจ ซึ่งได้แก่ภาวะอันไม่พึงประสงค์จากยา การได้รับยาผิดพลาด และในส่วนของประเทศไทยพบว่าสารกำจัดศัตรูพืชเป็นปัญหาหลักของประเทศไทยนอกเหนือจากการรักษาด้วยยารักษาโรคซึ่งทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตอย่างเฉียบพลัน เกิดภาวะแทรกซ้อน และจำเป็นต้องเข้าพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล⁹ ในส่วนของการหกล้มเป็นอุบัติเหตุที่พบมากเป็นอันดับแรกในผู้สูงอายุทำให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม⁹ ผู้สูงอายุหลายรายพบการบาดเจ็บที่อวัยวะภายใน การบาดเจ็บที่ศีรษะ รวมทั้งกระดูกเชิงกรานหัก ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน บางรายเสียชีวิตในเวลาต่อมา ส่วนผู้ที่เจ็บป่วยจากการพลัดตกหกล้ม ทำให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลง เกิดการซึมเศร้า แยกตัวจากผู้อื่นและสังคมรอบข้าง¹⁰ สำหรับด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการรักษาและการดูแล พบว่าค่าใช้จ่ายของระบบบริการในผู้สูงอายุที่พลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนทั่วโลก ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และสังคมทั้งค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อม¹¹ ในสหรัฐอเมริกาคาดว่า ปี ค.ศ. 2030 รัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาพยาบาลสำหรับการหกล้มเพิ่มสูงขึ้นกว่า 44 พันล้านเหรียญสหรัฐ¹² ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุส่งผลทั้งต่อตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ ความรุนแรงและความถี่ของอุบัติเหตุส่งผลกระทบที่แตกต่างกันไป แต่อย่างไรก็ตาม อุบัติเหตุเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ ความรู้

และการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุเป็นสิ่งสำคัญในการลดความรุนแรงของผลกระทบของอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุได้

จังหวัดเชียงใหม่ตั้งอยู่ในภาคเหนือของประเทศไทย มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดเป็นอันดับ 3 ของประเทศ จำนวนมากถึง 274,331 คน และพบว่า มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้ม ในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ต่อประชากร 100,000 คน มีแนวโน้มสูงขึ้น¹ จากสถิติการเกิดอุบัติเหตุของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ พ.ศ. 2554 พบว่า จังหวัดเชียงใหม่มีสถิติการเกิดอุบัติเหตุมากที่สุดในภาคเหนือ เมื่อพิจารณาตามอำเภอของอำเภอทั้งหมดในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า อำเภอแมริม มีอัตราการบาดเจ็บและอัตราการเสียชีวิตมากที่สุด สำหรับตำบลดอนแก้ว อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งอยู่บริเวณสองฟากถนนเชียงใหม่-ฝาง (ทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 107) เป็นชุมชนที่มีชื่อเสียงแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ เป็นหนึ่งในสามของตำบลที่เป็นแกนนำด้านสุขภาพ เป็นชุมชนที่มีจุดเด่นด้านการดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่สมบูรณ์แข็งแรง โดยในปี พ.ศ. 2556 มีจำนวนผู้สูงอายุรวมทั้งหมด 1,764 คน จากการสอบถามข้อมูลเบื้องต้นพบว่า ไม่มีการศึกษาถึงข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่จะสามารถคัดกรองและเฝ้าระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุได้

จากสถิติการเกิดอุบัติเหตุและการพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาสำคัญอันดับแรกของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุ ตำบลดอนแก้ว อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาและวางแผนส่งเสริมให้การพยาบาลในการมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุให้เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาของพื้นที่ต่อไป

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุ ตำบลดอนแก้ว อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ อยู่ใน

ระดับใด

2. ผู้สูงอายุที่มีเพศ อายุ โรคประจำตัว รายได้ และการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุ ตำบลดอนแก้ว อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุ ตำบลดอนแก้ว อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ จำแนกตาม เพศ อายุ โรคประจำตัว รายได้ และการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

สมมติฐาน

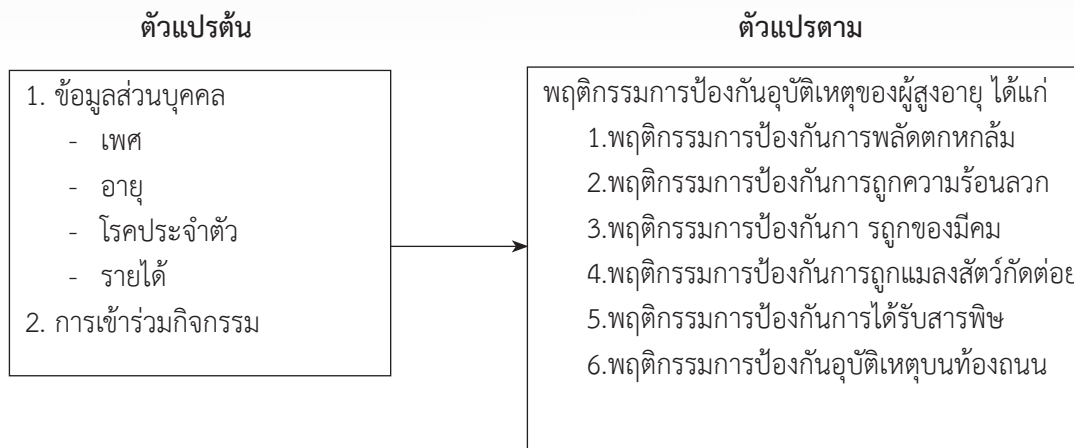
1. ผู้สูงอายุตำบลดอนแก้ว อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ที่มีเพศแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุแตกต่างกัน
2. ผู้สูงอายุตำบลดอนแก้ว อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ที่อายุแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุแตกต่างกัน
3. ผู้สูงอายุตำบลดอนแก้ว อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ที่มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัว มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุแตกต่างกัน
4. ผู้สูงอายุตำบลดอนแก้ว อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ที่มีรายได้แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุแตกต่างกัน
5. ผู้สูงอายุตำบลดอนแก้ว อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการวิจัยที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุเป็นการกระทำหรือการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุที่แสดงออกถึงการป้องกันหรือไม่เสี่ยงต่อการเกิด

อันตรายโดยไม่คาดคิด ที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ โดยประเมินได้จากพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ ดังนี้ พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การถูกความร้อนลวก การถูกของมีคม การถูกแมลงสัตว์กัดต่อย การได้รับสารพิษ และอุบัติเหตุบนท้องถนน ผู้วิจัยพบ

ว่ามีปัจจัยหลายอย่างทำให้เกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุได้ ซึ่งอุบัติเหตุสามารถป้องกันได้ หากมีการป้องกันอุบัติเหตุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ย่อมทำให้ลดอันตรายต่อร่างกาย จิตใจ และผลกระทบต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ (ดังแผนภูมิที่ 1)



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ที่ 10-1 ตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่จำนวนประมาณ 1,764 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ที่ 10-1 ตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่จำนวน 327 ราย กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างของยามานะ โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ 0.05 หลังจากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยการกำหนดสัดส่วน (Quota sampling) ตามประชากรสูงอายุในแต่ละหมู่ และเก็บข้อมูลด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร ใช้ภาษาไทยได้ สมครใจ และยินยอมให้ความร่วมมือในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม

แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ กิจกรรมประจำวัน ปัญหาการมองเห็น ปัญหาการเคลื่อนไหวและการก้าวเดิน ยาที่ใช้ประจำ โรคประจำตัว การดื่มสุรา ผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ ประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุ การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของจิตติมา คัมสืบสาย² ที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83 มีข้อคำถามประกอบด้วย 6 ด้าน จำนวน 23 ข้อ ดังนี้

ด้านที่ 1 พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ทั้งหมด 4 ข้อ

ด้านที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันการถูกความร้อนลวก ทั้งหมด 4 ข้อ

ด้านที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันการถูกรูของ

มีคม ทั้งหมด 4 ข้อ

ด้านที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันการถูก
แมลงสัตว์กัดต่อย ทั้งหมด 4 ข้อ

ด้านที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันการได้รับ
สารพิษ ทั้งหมด 4 ข้อ

ด้านที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ
บนท้องถนนทั้งหมด 3 ข้อ

ลักษณะของการประเมินเป็นมาตราส่วน
ประมาณค่า (Rating scale) 3 อันดับ คือ ปฏิบัติเป็น
ประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และนานๆครั้ง/ ไม่เคย
ปฏิบัติ

การแปลผล ใช้เกณฑ์การให้คะแนนตามเกณฑ์
ของจิตติมา คุ่มสืบสาย² โดยการกำหนดช่วงเป็นค่าเฉลี่ย
ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง พฤติกรรมการ
ป้องกันอุบัติเหตุอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.67-2.33 หมายถึง พฤติกรรมการ
ป้องกันอุบัติเหตุอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 2.34-3.00 หมายถึง พฤติกรรมการ
ป้องกันอุบัติเหตุอยู่ในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ
(Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับ
กลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30
ราย แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค
(Cronbach's alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.84

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ
จริยธรรมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่
เลขที่ REC 02C/2559 นอกจากนี้ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ
ของกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย
และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการ
ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของ
ผู้สูงอายุ มีการแจ้งกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับสิทธิที่จะเข้า
ร่วมหรือไม่เข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจ ระหว่างการ

วิจัยสามารถบอกเลิกได้ทุกช่วงของการวิจัย โดยไม่
ต้องบอกเหตุผลการถอนตัว สามารถซักถามข้อสงสัย
หรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยได้จากผู้ทำการวิจัย
ตลอดระยะเวลาการศึกษา ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัย
นี้จะถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอใน
ภาพรวม ไม่เปิดเผยชื่อและนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง

การรวบรวมข้อมูล

ภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ
จริยธรรมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่
ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากผู้อำนวยการวิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่ ถึงองค์การบริหาร
ส่วนตำบลตอนแก้ว เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำ
วิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่าง

2. ภายหลังได้รับหนังสืออนุมัติจากองค์การ
บริหารส่วนตำบลตอนแก้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้ใหญ่บ้าน
เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการรวบรวม
ข้อมูลและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด
ไว้ สร้างสัมพันธ์ภาพกับกลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำ
ตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ
ของกลุ่มตัวอย่างให้แก่กลุ่มตัวอย่างทราบ และขอ
ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัย
อธิบายแบบสอบถาม และการตอบแบบสอบถาม เปิด
โอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย หลังจากนั้นให้
กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม

5. ผู้วิจัยรับแบบสอบถามคืน พร้อมทั้งตรวจ
ความสมบูรณ์ของข้อมูล หากไม่ครบถ้วนให้กลุ่ม
ตัวอย่างตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนอีกครั้ง และ
กล่าวขอบคุณในการให้ความร่วมมือ

6. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล แล้วนำข้อมูลที่ได้ไป
วิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ ช่วงอายุ โรคประจำตัว ด้วยสถิติทดสอบของแมน-วิทนี (Mann-Whitney test) และเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับรายได้ และระดับการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ด้วยสถิติการทดสอบความแปรปรวนด้วยอันดับ ครัสคัล-วัลลิส (Kruskal-Wallis one-way analysis of variances by ranks) เนื่องจากทดสอบการกระจายข้อมูล (One sample Kolmogorov-Smirnov Test) พบว่า เป็นการแจกแจงแบบโค้งไม่ปกติ

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งผลการวิจัยเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 69-80 ปี (ค่าเฉลี่ย 71 ปี) นับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับประถมศึกษาตอนต้น ปัจจุบันไม่ได้ประกอบ

อาชีพ มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ กิจกรรมประจำวัน คือ ทำงานบ้าน กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุเป็นบางครั้ง และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวหรือเรื้อรังนานกว่า 6 เดือน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีการใช้อุปกรณ์หรือกายอุปกรณ์ไม่เคยหกล้มในรอบหกเดือนที่ผ่านมาไม่เคยมีประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานยา และมีสมาชิกที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน 3 คน

2. ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.26$, S.D. = 0.18) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุอยู่ในระดับมากเป็นอันดับแรก คือ ด้านพฤติกรรมการป้องกันการถูกแมลงสัตว์กัดต่อย ($\bar{X} = 2.49$, S.D. = 0.38) และพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุอันดับสุดท้าย คือ ด้านพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ($\bar{X} = 1.86$, S.D. = 0.37)

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจำแนกตามเพศ อายุ โรคประจำตัว รายได้ และการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวต่างกัน พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ และอายุต่างกัน พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุไม่แตกต่างกัน (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจำแนกตามเพศ อายุ โรคประจำตัว

ตัวแปร	N	Mean Rank	Z	Asymp. Sig (2-tailed)
เพศ				
ชาย	93	153.30	1.295-	.195
หญิง	234	168.25		
อายุ				
60-69 ปี	174	155.36	1.767-	.077
70 ปีขึ้นไป	153	173.82		
การมีโรคประจำตัว				
ไม่มี	49	138.44	2.059-	.039*
มี	278	168.51		

*p < .05

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้ และการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุไม่แตกต่างกัน (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้ การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

ตัวแปร	Group	n	Mean rank	χ^2	p-value
รายได้	เพียงพอเหลือเก็บ	50	177.62	1.606	0.448
	เพียงพอ	186	163.96		
	ไม่เพียงพอ	91	156.59		
การเข้าร่วมกิจกรรมฯ	เป็นประจำ	109	181.49	7.708	0.021*
	เป็นบางครั้ง	140	162.12		
	ไม่เคย	78	142.93		

*p < 0.05

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมป้องกันอุบัติเหตุของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติมา คุ่มสืบสาย² ที่พบว่าพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่าระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 78.9 ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุต่ำ นอกจากนั้นผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีกิจวัตรประจำวัน คือ การอยู่บ้านเฉยๆ และทำงานบ้าน ร้อยละ 64.2 และมีกิจวัตรประจำวันไปพบปะสังคมนอกบ้านมีเพียงร้อยละ 6.4 แสดงว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่บ้าน ไม่ได้ออกไปพบปะผู้อื่นในสังคมนอกบ้าน อาจทำให้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุกับบุคคลอื่นมีน้อย อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ไม่เคยมีประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุ ร้อยละ 75.2 อาจทำให้การตระหนักในเรื่องการป้องกันอุบัติเหตุมีไม่มากเท่าที่ควร

เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านพฤติกรรมการป้องกันการถูกแมลงสัตว์กัดต่อย ($\bar{X} = 2.49$, S.D. = 0.38) เนื่องจากการป้องกันแมลงสัตว์กัดต่อยเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิตประจำวันที่บุคคลต้องกระทำอยู่เป็นประจำอยู่แล้ว มีการดูแลบ้านให้สะอาด มีการกำจัดขยะและเศษอาหาร เพื่อป้องกันแมลงหรือสัตว์ต่างๆ ที่จะเข้ามาบริเวณบ้าน รวมทั้งความรู้ในการป้องกันแมลงสัตว์กัดต่อยสามารถหาได้ง่ายจากบุคคลรอบข้าง หรือสื่อต่างๆ เช่น หนังสือ โปสเตอร์ โทรทัศน์ เป็นต้น ดังนั้นผู้สูงอายุจึงที่มีประสบการณ์ในการดูแลตนเองจากการถูกแมลงสัตว์กัดต่อย ทำให้พฤติกรรมด้านการป้องกันการถูกแมลงสัตว์กัดต่อยมีค่าเฉลี่ยสูงสุด

ส่วนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ($\bar{X} = 1.86$, S.D. = 0.37) เมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 33 และกิจวัตร

ประจำวันไปพบปะสังคมนอกบ้านมีเพียงร้อยละ 6.4 จะเห็นว่าผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมและพบปะสังคมนอกบ้านน้อย อาจทำให้ขาดการสนับสนุนจากบุคคลต่างๆ ขาดแรงจูงใจ รวมถึงขาดการได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มที่เหมาะสม จึงทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของสุนันทา ผ่องแผ้ว¹³ ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า การได้รับการสนับสนุนด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ แสดงว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มที่ดีจะมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มที่ดีเช่นกัน นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบอีกว่ากลุ่มตัวอย่างไม่เคยมีประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุ ร้อยละ 75.2 และไม่เคยหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 83.8 อาจทำให้ผู้สูงอายุขาดการรับรู้โอกาสเสี่ยง และขาดการตระหนักในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม สอดคล้องกับการศึกษาของอรรษา สาระพันธ์¹⁴ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงกับการหกล้มมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ โรคประจำตัว รายได้และการร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัว มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัว มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว สอดคล้องกับการศึกษาของธนวรรณ สำก้าปิงและกาญจนา นาคะพินธุ¹⁵ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ ตำบลขามป้อม อำเภอยะยี่น จังหวัดขอนแก่น พบว่า สาเหตุของการเกิด

อุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาสุขภาพร่างกาย ร้อยละ 64.2 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ละออม สร้อยแสง และคณะ¹⁶ ที่ศึกษาแนวทางการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุชุมชนมิตรภาพพัฒนา พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุโดยบกพร่องทางสายตา ร้อยละ 44.3 ผิดปกติในการทรงตัว ร้อยละ 19.6 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50 สอดคล้องกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่า ร้อยละ 85 มีโรคประจำตัวหรือเรื้อรังนานกว่า 6 เดือน อาจเป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจะให้ความสำคัญกับโรค หรือปัญหาสุขภาพที่ตนเองกำลังเผชิญ อาจทำให้ความตระหนักในการเกิดอุบัติเหตุลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว

นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันทา ผ่องแก้ว¹³ ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การสนับสนุนด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ และการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัว เพื่อนบ้าน อสม. แพทย์ พยาบาล อาจเป็นไปได้ว่าในชมรมผู้สูงอายุมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่หลากหลาย มีกิจกรรมที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุเป็นประจำจะได้รับข้อมูลข่าวสารในการดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เกิดความรู้ ความตระหนัก และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มน้อย ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรนำข้อมูลไปพัฒนา ดูแล และส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมตามสภาพจริง โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุมากขึ้น เช่น จัดกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และในส่วนของสถานศึกษาควรจัดทำหลักสูตรหรือจัดการเรียนการสอนให้นักศึกษามีส่วนร่วมในการบริการวิชาการเกี่ยวกับการให้ความรู้ และการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุเพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมการป้องกันการอุบัติเหตุที่มากขึ้น ทำให้ลดปัญหาการบาดเจ็บทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งผลกระทบที่เกิดจากการเกิดอุบัติเหตุ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุจำแนกตามปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ เช่น ความรู้เรื่องการป้องกันอุบัติเหตุ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันอุบัติเหตุ การรับรู้อุปสรรคพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ

2.2 ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของผู้สูงอายุ และโรคประจำตัวของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557. กรุงเทพฯ: เท็กซ์แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น; 2557.
2. จิตติมา คุ่มสืบสาย. พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุในตำบลห้วยพลู อำเภอนครชัย จังหวัดนครปฐม [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2550.
3. เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. การดูแลสู่การเป็นเลิศทางการพยาบาลตามกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2559.
4. จิราภรณ์ ศรีอ่อน รพีพร โรจน์แสงเรือง และชาวยุฒิ สววิบูลย์. ภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี จำกัด; 2560.
5. สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์การบาดเจ็บรุนแรงและเสียชีวิตจากสาเหตุภายนอก พ.ศ. 2548-2553. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2556.
6. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ: บริษัททีเคพีจำกัด; 2553.
7. ศิริพันธุ์ สาสัถย์. การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์; 2554.
8. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. การจัดการภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ :ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์; 2557.
9. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกัน/ ประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: ซีจีพี จำกัด; 2551.
10. Meiner, S. E. Safety. In Meiner, S. E. (Ed). Gerontologic nursing 4th St. Liou: MOSBY ELSEVIER; 2011.
11. World Health Organization. WHO Global Report on Falls Prevention in older Age2007. Switzerland: Langfeldesigns.com; 2007.
12. Touhy, T. A. Mobility. In Touhy T.A. & Jett, K.F. (Eds.) Ebersoled Hess' Gerontological nursing healthy aging 3rd St. Liou: SAUNDERS ELSEVIER; 2012.
13. สุนันทา ผ่องแผ้ว. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.
14. อัจรา สารพันธ์ ณีภฤตดา ศิริโสภณ กายนาคา สมบัติ อ่อนศิริ บุญเลิศ สุพัฒน์ อีเวชเจริญชัย และ ณัฐพงศ์ สุโกมล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก. 2560; 18(1): 215-22.
15. ธนวรรณ สำกำลัง และ กาญจนา นาละพินธุ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ ตำบลขามป้อม อำเภอยะนิง จังหวัดขอนแก่น. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น. 2554; 18(1): 61-69.
16. ละออม สร้อยแสง, จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และ กนกพร นทีธนสมบัติ. การศึกษาแนวทางการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุชุมชนมิตรภาพพัฒนา. วารสารพยาบาลทหารบก. 29-122 :(1)15 ;2557.

พลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง
3อ.2ส.1ย. และการใช้ป้องกันจรรยาวัตร 7 สี ต่อความรู้
พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน
Effects of Health Behavior Changing Program (Food, Exercise,
Emotion, Smoking and Alcohol Cessation, Medicine taking)
and Vichai's 7 Color Balls Model on Knowledge of Health
Behavior and Blood Sugar Levels of Diabetic Patients

นงลักษณ์ ตุ่นแก้ว พย.บ.*

Nonglux Toonkeaw B.N.S. *

พิมพ์ใจ อุ่นบ้าน ศษ.ด.**

Pimjai Aunban Ph.D.**

ศรินญารณณ์ จันทร์ดีแก้วสกุล พย.ด.**

Sarinyaporn Chandeekeawchakool Ph.D.**

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำบ่อหลวง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส.1ย. และป้องกันจรรยาวัตร 7 สี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รักษาด้วยการรับประทานยาและส่งต่อให้มารับบริการในคลินิกเบาหวาน จำนวน 40 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือประกอบด้วยโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส.1ย. และป้องกันจรรยาวัตร 7 สี แบบสอบถามความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคเบาหวาน ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามโดยการหาความตรงเชิงเนื้อหาด้วยวิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้อง มีค่าอยู่ระหว่าง 0.60-1.00 ค่าความเที่ยงด้วยวิธีการของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน ได้เท่ากับ 0.62 ความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที่แบบสัมพัทธ์กัน

ผลการวิจัย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น และมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดอบรมให้ความรู้กับผู้ดูแล และผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้มีความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องครอบคลุมประเด็น 3อ.2ส.1ย. ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ : โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แนวทาง 3อ.2ส.1ย. ป้องกันจรรยาวัตร 7 สี ผู้ป่วยเบาหวาน

* โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำบ่อหลวง

* Ban Nam Bo Luang Health Promotion Hospitals

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

** Boromarajonani College of Nursing, Chiangmai

Abstract

This Quasi- experimental research aimed to compare knowledge, health behaviors and blood sugar levels of diabetic patients in the health promotion hospital of Ban Nam Bo Luang before and after participating in the program of behavioral modification according to the guidelines (Food, Exercise, Emotion, Smoking and Alcohol Cessation, Medicine taking) and the use of Vichai's 7 color balls model . The 40 samples selected by purposive sampling were Type 2 diabetic patients who were treated with oral hypoglycemic drugs at the diabetes clinic. The research tools were the health behavior changing guidelines and Vichai 's 7 color balls model, the questionnaires of the knowledge and the health behavior diabetic practice control. The correlation coefficient of the questionnaires was 0.60-1.00. The reliability was 0.62 by Kader rechanneled method and by Cronbach's alpha coefficients were 0.84. The data analysis were the Percentage, Mean, Standard Deviation (SD), and Paired t-test.

The results revealed that after the implementation of the program, the diabetic patients had Increased knowledge, improved health behaviors, and reduced blood sugar levels (sig.= 0.05) .

In conclusion, such training for diabetic patients and caregivers is vital for the correction of health care in terms of knowledge about Food, Exercise, Emotion, Smoking and Alcohol Cessation, Medicine taking. The training has a great impact on the well control of blood sugar level.

Keyword: Health behavior changing program, Vichai's 7 color balls, Diabetic patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รักษาไม่หาย เป็นกลุ่มโรคทางเมตาบอลิซึมเกิดจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน เนื่องจากความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินหรือความผิดปกติในการออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือทั้งสองประการ การที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานจะก่อให้เกิดความผิดปกติต่อโครงสร้างและการทำงานของอวัยวะต่างๆ ได้แก่ ไต ตา เส้นประสาท หลอดเลือด และหัวใจ สหพันธ์โรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association) และองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้จำแนกประเภทของโรคเบาหวานเป็น 4 ประเภทคือ โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 DM) โรค

เบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 DM) โรคเบาหวานชนิดอื่นๆ และโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 DM) เป็นโรคเบาหวานชนิดที่พบเป็นส่วนใหญ่ในประเทศไทย พบได้ร้อยละ 95 ของโรคเบาหวานทั้งหมด และมีจำนวนผู้ที่เป็นโรคเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งกำลังเป็นปัญหาที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะประชากรที่มีอายุเกิน 35 ปี มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 DM) และยิ่งมีอายุเพิ่มมากขึ้นก็จะมีภาวะเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นตามไป¹

ข้อมูลทางระบาดวิทยาพบว่า จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2561 ว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก ประมาณ 422 ล้านคน ส่วนใหญ่จะเพิ่ม

ขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา และมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานปีละ 1.6 ล้านคน² สำหรับประเทศไทยปี 2555 พบผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 7,749 ราย หรือเฉลี่ย วันละ 22 คน คิดเป็นอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน 12.06 ต่อแสนประชากรและมีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 674,826 ครั้ง คิดเป็นอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน เท่ากับ 1,050.05 ต่อแสนประชากร³ การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 8.9 ผู้หญิงมีความชุกสูงกว่า ในผู้ชาย (ร้อยละ 9.8 และ 7.8 ตามลำดับ) และความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุ จากร้อยละ 2.1 ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี ความชุก เพิ่มขึ้นสูงสุด ณ กลุ่มอายุ 60-69 ปี ทั้งในผู้ชายและหญิง (ร้อยละ 15.9 และ 21.9 ตามลำดับ)⁴ ในจังหวัดเชียงใหม่ พบอัตราป่วยโรคเบาหวาน พ.ศ. 2555-2556 จำนวน 847.57 และ 1,061.39 คน ต่อแสนประชากร ตามลำดับ⁵ ในปี 2556 กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายการดำเนินงานเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง โดยมีแนวทางการดำเนินงานที่มีชื่อว่า “ป้องกันโรคเบาหวาน 7 สี” ซึ่งหลักการดำเนินงาน คือ การจำแนกประชากรที่ได้รับการคัดกรองเป็นกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ในกลุ่มป่วยแบ่งระดับความรุนแรงด้วยค่าระดับน้ำตาลในเลือด แทนด้วยสีของป้องกันจำนวน 7 สี ได้เป็น 7 กลุ่ม ได้หลังจากนั้นใช้กระบวนการ สุขศึกษาในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้หลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) 2 ส. (สูบบุหรี่ สุรา)⁶

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำบ่อหลวงเป็นสถานบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ในปีงบประมาณ 2559 มีประชากรในความรับผิดชอบ 4,817 คน มีผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 98 คน คิดเป็น อัตราป่วย 2,034.46 ต่อแสนประชากร ในปีงบประมาณ 2560 มีประชากรในความรับผิดชอบ 4,821 คน มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 102 คนคิดเป็น

อัตราป่วย 2,115.74 ต่อแสนประชากร และมีอัตราเพิ่มของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จากปีงบประมาณ 2559 คิดเป็นอัตรา 82.97 ต่อแสนประชากร และจากการติดตามอาการพบว่า ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลจำนวน 34 คน มีผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนโดยเป็นโรคไตวายร่วมด้วย จำนวน 1 คน เป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 คน⁷ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพมากขึ้น จึงได้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส.1ย. และ ป้องกันโรคเบาหวาน 7 สี โดยการใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและ ป้องกันโรคเบาหวาน 7 สี จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเบาหวาน ความรุนแรงของโรคเบาหวาน ประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวาน ตลอดจนรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมและสามารถควบคุมโรคได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำบ่อหลวง

สมมุติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น
2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น
3. หลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตาม
แนวทาง 3อ.2ส.1ย.

1. การออกกำลังกาย
2. อาหารที่ถูกต้อง
3. วิธีการผ่อนคลายความเครียด
4. การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และดื่มสุรา
5. การรับประทานยา

ป้องกันปัจจัยเสี่ยง 7 ส.

ตัวแปรตาม

- ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
- พฤติกรรมสุขภาพ
- ระดับน้ำตาลในเลือด: FBS

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพฯ ของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำบ่อหลวง ทำการเก็บข้อมูลแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน รักษาด้วยยาเม็ดรับประทาน ส่งต่อให้มารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำบ่อหลวง ตำบลน้ำบ่อหลวง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 102 คน

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน รักษาด้วยยาเม็ดรับประทานส่งต่อให้มารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำบ่อหลวง ตำบลน้ำบ่อหลวง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 40 คน คัดเลือกศึกษาแบบเจาะจง (Purposive sampling) ดังนี้ 1) ผู้ป่วย

เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ 2) รักษาโรคเบาหวานชนิดเม็ด 3) ยินดีให้ความร่วมมือและเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการจัดโปรแกรม 4) สื่อสารได้ปกติไม่มีปัญหาการได้ยินและไม่มีปัญหาทางสายตา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้มี 3 ชนิดดังนี้

1. โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส.1ย. ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ จัดทำเป็นแผนการสอนและคู่มือเรื่องพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส.1ย. ประกอบด้วยแผ่นพับ สไลด์ ประกอบการบรรยาย วีดิทัศน์ ตัวอย่างการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่มเกี่ยวกับเรื่องการรับประทานอาหาร กิจกรรมการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ การออกกำลังกาย นำเสนอตัวอย่างอาหารที่ถูกต้อง วิธีการผ่อนคลายความเครียด วิธีการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และดื่มสุรา และการให้คู่มือเสริมความรู้ร่วมกับการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ

2. เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดอัตโนมัติ และแบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดโดยแบ่งระดับน้ำตาลในเลือดตามเกณฑ์ป้องกันปัจจัยเสี่ยง 7 ส. สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ดังนี้

ระดับน้ำตาลในเลือด ต่ำกว่า 125 mg/dl
ระดับน้ำตาลในเลือด 125-154 mg/dl
ระดับน้ำตาลในเลือด 155-182 mg/dl
ระดับน้ำตาลในเลือด $\geq$ 183 mg/dl
ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน

หมายถึง	สีเขียวเข้ม	ให้ 1 คะแนน
หมายถึง	สีเหลือง	ให้ 2 คะแนน
หมายถึง	สีส้ม	ให้ 3 คะแนน
หมายถึง	สีแดง	ให้ 4 คะแนน
หมายถึง	สีดำ	ให้ 5 คะแนน

3. แบบสอบถามความรู้ และพฤติกรรม
สุขภาพการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคเบาหวาน โดย
แบบสอบถามมี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถาม
เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานได้แก่เพศ
อายุ สถานภาพ อาชีพ การศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
ของครอบครัว ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน ภาวะ
แทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2 เป็นแบบทดสอบความรู้ของ
ผู้ป่วยเบาหวานซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบทดสอบ
ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานของภัททกุล จันทรสวาท⁸ และ
จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสาเหตุอาการ
การรักษาภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและ
พฤติกรรมสุขภาพ จำนวนทั้งหมด 10 ข้อลักษณะคำ
ตอบเป็นแบบ 2 ตัวเลือกคือใช่หรือไม่ใช่ เนื่องจาก
ลักษณะดังกล่าวสามารถวัดเนื้อหาได้มากใช้เวลาน้อย
และเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายโดยมีหลักเกณฑ์ใน
การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนนตอบผิดได้
0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรม
สุขภาพการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคเบาหวาน ซึ่ง
ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการปฏิบัติตัวของ
ผู้ป่วยเบาหวานของกรรณิกา สายแดง⁹ จำนวน 18
ข้อ ซึ่งประกอบด้วยปฏิบัติตัวใน 5 ด้าน ดังนี้ ด้าน
การรับประทานอาหาร 6 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย
3 ข้อ ด้านการจัดการอารมณ์ 1 ข้อ ด้านการสูบบุหรี่
และสุรา 2 ข้อ ด้านรับประทานยาและการตรวจตาม
นัด 6 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

1. โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ตามแนวทาง 3อ.2ส.1ย.

การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา
(Content validity) ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมฯ ที่สร้าง
ขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ
จำนวน 3 ท่านเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของภาษา
และความครอบคลุมของเนื้อหา (Content validity)
แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขให้มีความชัดเจนและ
ครอบคลุมเหมาะสมมากยิ่งขึ้นตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิ
เสนอแนะแล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง

2. แบบสอบถามความรู้ และพฤติกรรม
สุขภาพการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคเบาหวาน

2.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงตาม
เนื้อหา (Content validity) ในการสร้างแบบสอบถาม
ผู้วิจัยได้ศึกษาเนื้อหาจากเอกสารตำราและผลการ
วิจัยที่เกี่ยวข้องมากำหนดกรอบการวิจัยนำเนื้อหา
และทฤษฎีมาสร้างข้อคำถามเป็นแบบสอบถามและ
ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรง
คุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านเพื่อตรวจ
สอบความถูกต้องของภาษาและความครอบคลุมของ
เนื้อหา (Content validity) แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไข
ให้มีความชัดเจนและครอบคลุมเหมาะสมมากยิ่งขึ้น
ตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะแล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ
พิจารณาอีกครั้งผลของคะแนนความสอดคล้อง
ระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item objective
congruence: IOC) พบว่าดัชนีความสอดคล้องราย
ข้ออยู่ระหว่าง 0.60-1.00

2.2 ตรวจหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ
(Reliability) โดยการนำเครื่องมือที่ได้มาปรับปรุง
แก้ไขให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับ
การแก้ไขที่ถูกต้องและเหมาะสมแล้วนำเครื่องมือไป
ทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะ

คล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษาจำนวน 20 รายซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดและลักษณะโครงสร้างทางสังคมวัฒนธรรมการดำรงชีวิตคล้ายคลึงกับพื้นที่วิจัยเพื่อดูความชัดเจนของข้อความรูปแบบของแบบทดสอบความเข้าใจของภาษาที่ใช้แล้วนำแบบสอบถามทั้งหมดมาให้คะแนนวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ด้วยวิธีหาค่าคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR-21) ได้เท่ากับ 0.62 และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.1ย. คำนวณจากสูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ได้ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นมีค่าเท่ากับ 0.84

การพิทักษ์สิทธิประชาชน

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่ เลขที่ REC 04C/2561 การบันทึกข้อมูลใช้รหัสหมายเลขแทนการระบุชื่อบุคคล การรายงานผลการวิจัยทำในภาพรวมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกรายได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและระยะเวลา ดำเนินการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างรับทราบ พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลต่อการได้รับบริการใดๆ ทั้งสิ้น รวมทั้งชี้แจงประโยชน์และผลเสียของการเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอโดยภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ทุกเมื่อโดยไม่จำเป็นต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายเมื่อกลุ่มตัวอย่างหรือผู้แทนโดยชอบธรรมยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในแต่ละขั้นตอนโดยดำเนินการดังนี้

1. พบกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการทดลองเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยขั้นตอนการดำเนินการวิจัยระยะเวลาในการทำวิจัยและชี้แจงการพิทักษ์สิทธิและลงนามในการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

2. ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยเก็บข้อมูลก่อนการทดลองให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วนคือข้อมูลส่วนบุคคลความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส.1ย. จากนั้นดำเนินการทดลอง ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 10 เดือน

3. นำกลุ่มตัวอย่างเข้ากระบวนการใช้โปรแกรมฯ ใช้เวลาเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดในแต่ละเดือนเป็นจำนวน 10 ครั้งๆ ละ 45 นาที ซึ่งมีรายละเอียดของกิจกรรมในโปรแกรมดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพเพื่อจัดระบบความคิดและความเชื่อ แยกกลุ่มผู้ป่วยตามป้องกันจราจรเจ็ดสีแล้วให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในแต่ละสีคือให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายอารมณ์บุหรีและแอลกอฮอล์ ให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับเรื่องการศึกษา ให้คู่มือเสริมความรู้ร่วมกับการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ สื่อที่ใช้ประกอบด้วย Power point คู่มือเสริมความรู้

ครั้งที่ 2 กิจกรรมการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ การออกกำลังกาย การสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สื่อที่ใช้ประกอบด้วย VDO การออกกำลังกาย

ครั้งที่ 3 นำเสนอตัวอย่างอาหารที่ตรงกับโรคโดยใช้โมเดลอาหาร นำเสนอตัวอย่างวิธีการผ่อนคลายความเครียด แนะนำวิธีการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และดื่มสุรา การสนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สื่อที่ใช้ประกอบด้วย Power point และ VDO

การประเมินผลในแต่ละครั้งการสังเกตการณ์มีส่วนร่วมทำกิจกรรม ซึ่งนำหน้าก วัดความดันโลหิตตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting blood sugar, FBS) ในส่วนของครั้งแรกและครั้งสุดท้ายจะมีการ

ประเมินตามแบบสอบถามความรู้ แบบประเมิน พฤติกรรมสุขภาพ สื่อที่ใช้ประกอบด้วย Power point และ VDO

ครั้งที่ 4 – 9 กิจกรรมการสนทนากลุ่มเพื่อ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ค้นหาปัญหาในการปรับ พฤติกรรม และส่งเสริมให้กำลังใจ สื่อที่ใช้ประกอบด้วย Power point และ VDO

ครั้งที่ 10 กิจกรรมการสนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ค้นหาปัญหาในการปรับ พฤติกรรม ส่งเสริมให้กำลังใจ สรุปผลการดำเนิน โครงการ สื่อที่ใช้ประกอบด้วย Power point และ VDO

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

- ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	10	25.00
หญิง	30	75.00
อายุ (ปี)		
<45	3	7.50
46-59	22	55.00
>60	15	37.50
สถานภาพสมรส		
คู่	35	87.50
หม้าย	4	10.00
หย่า	1	2.50
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	32	80.00
มัธยมศึกษา	8	20.00

สมรส อาชีพ การศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของ ครอบครัว ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน วิเคราะห์โดยใช้ ค่าความถี่ และร้อยละ (Percentage)

- ข้อมูลความรู้ พฤติกรรมสุขภาพและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการควบคุมโรคเบาหวาน วิเคราะห์โดยใช้ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: SD)

- เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t- test

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัยมีรายละเอียด ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพหลัก		
แม่บ้าน	12	30.00
ค้าขาย	2	5.00
รับราชการ	5	12.50
เกษตรกรรวม	21	52.50

พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.00 เพศชายร้อยละ 25.00 ส่วนใหญ่อายุ 46 ถึง 59 ปี ร้อยละ 55.00 รองลงมาอายุ อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 37.50 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 87.50 รองลงมาเป็นหม้าย ร้อยละ 10.00 ส่วนใหญ่

สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80.00 รองลงมา ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 20.00 ส่วนใหญ่ อาชีพเกษตรกรรวม ร้อยละ 52.50 รองลงมาได้แก่ อาชีพแม่บ้านและรับราชการ ร้อยละ 30.00 และ 12.50 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานจำแนกตามระดับความรู้

ระดับความรู้	ก่อน		หลัง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0 - 5 คะแนน)	1	2.50	-	-
ระดับปานกลาง (6 - 7 คะแนน)	5	12.50	-	-
ระดับสูง (8 - 10 คะแนน)	34	85.00	40	100
รวม	40	100	40	100

เมื่อพิจารณาความรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพฯ ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูงร้อยละ 85 มีความรู้ในระดับปานกลาง

ร้อยละ 12.50 และมีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 2.50 หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ป่วยเบาหวานทุกคนมีความรู้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานจำแนกตามระดับการปฏิบัติตัว

ระดับการปฏิบัติตัว	ก่อน		หลัง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง 80.00 ขึ้นไป (28.80-36.00 คะแนน)	37	92.50	40	100
ปานกลาง 60.00-79.90 (21.70-28.70 คะแนน)	3	7.50	-	-
ต่ำกว่า 60.00 ลงมา (0-21.60 คะแนน)	-	-	-	-
รวม	40	100	40	100

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 92.50 และมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในระดับปานกลาง ร้อยละ 7.5 หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานทุกคนมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานจำแนกตามระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ระดับน้ำตาลในเลือด	ก่อน		หลัง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับน้ำตาลในเลือด ต่ำกว่า 125 mg/dl	1	2.50	6	15.00
ระดับน้ำตาลในเลือด 125-154 mg/dl	17	42.50	28	70.00
ระดับน้ำตาลในเลือด 155-182 mg/dl	19	47.50	6	15.00
ระดับน้ำตาลในเลือด ≥ 183 mg/dl	3	7.50	-	-
ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน	-	-	-	-
รวม	40	100	40	100

พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 155-182 mg/dl มากที่สุด ร้อยละ 47.50 รองลงมา มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 125-154 mg/dl ร้อยละ 42.50 และมีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 183 mg/dl ร้อยละ 7.50 ตามลำดับ หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 125-154 mg/dl ร้อยละ 70.00 รองลงมา มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 125 mg/dl และอยู่ระหว่าง 155-182 mg/dl เท่ากัน ร้อยละ 15.00

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ พฤติกรรมการปฏิบัติตัว และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำบ่อหลวง

กลุ่มที่	ตัวแปร	$\bar{x}$	SD.	t
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน				
1	ก่อน	26.6	0.71	-14.7*
2	หลัง	35.5	0.62	
พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน				
1	ก่อน	8.9	0.82	-4.7*
2	หลัง	10.0	0.01	
ระดับน้ำตาลในเลือด				
1	ก่อน	174.2	0.67	6.31*
2	หลัง	144.0	0.51	

* P < .05

พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพฯ สูงวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพฯ ดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ระดับน้ำตาลในเลือดหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพฯ ลดลงวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

1. ผลการวิจัยพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพฯ ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูงร้อยละ 85 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพฯ ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพฯ สูงวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ศิริขวัญ เพ็ญสุวรรณและคณะ¹⁰ ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานเสี่ยงสูง พบว่า ภายหลังการทำกิจกรรม ส่งเสริม Self-Awareness ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานที่เพิ่มขึ้น พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น การเข้าร่วมโปรแกรมฯ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น เนื่องจากกิจกรรมในโปรแกรมในครั้งแรกมีการแยกกลุ่มผู้ป่วยตามปัจจัยปัจจัยเสี่ยงแล้วให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในแต่ละสัปดาห์ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์บุหรีและแอลกอฮอล์ การแยกกลุ่มให้ความรู้

จะทำให้ผู้ป่วยทราบว่าตนเองมีการควบคุมโรคอยู่ในระดับไหน และการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวให้สอดคล้องตามระดับน้ำตาลในเลือดทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังมีการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับเรื่องการซักถาม ให้คู่มือเสริมความรู้ซึ่งผู้ป่วยสามารถนำไปทบทวนหรืออ่านเองที่บ้านได้ ร่วมกับการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพกิจกรรมการบันทึกนี้จะช่วยในการประเมินว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องหรือไม่ ซึ่งเป็นการประเมินตามสภาพจริง การสาธิตและสาธิตย้อนกลับการออกกำลังกายช่วยให้ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้อย่างถูกต้องวิธี ในครั้งต่อไปมีการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ นำเสนอตัวอย่างอาหารที่ตรงกับโรค โดยใช้โมเดลอาหาร นำเสนอตัวอย่างวิธีการผ่อนคลายความเครียด การนำเสนอตัวอย่างเป็นการเพิ่มทางเลือกให้ผู้ป่วยสามารถนำมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับตนเองมากที่สุด แนะนำวิธีการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และดื่มสุรา การสนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในแต่ละครั้งที่มาตามนัด ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้ทบทวนความรู้การค้นหาคำถามอุปสรรคในกรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ตลอดจนการส่งเสริมให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยที่ปฏิบัติตัวได้ดี เป็นแรงเสริมในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสมกับโรคมากยิ่งขึ้น

2. ผลการวิจัยพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพฯ ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูงร้อยละ 92.5 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพฯ ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูงร้อยละ 100 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพฯ ดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยในครั้งนี้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของปัทมา แจ่มจำรูญ และธนิดา ผาติเสนะ¹¹ เป็นการประเมินผลโครงการการใช้ปัจจัยปัจจัยเสี่ยง 7 ส. ใน

การเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี กิจกรรมตามโปรแกรมฯ ของ รพ.สต. น้ำบ่อหลวงช่วยให้ผู้ป่วยมีวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม และมีความรู้ในการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมการรับประทานอาหารประเภทแป้งและน้ำตาลได้เนื่องจากส่วนใหญ่มักรับประทานข้าวเหนียวเป็นอาหารหลัก ซื้ออาหารมารับประทานทำให้ไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารได้ และในหมู่บ้านมีผลไม้รสหวานทั้งปลูกเองและซื้อจากตลาดได้ง่ายตลอดทั้งปี

3. ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่รับยาในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำบ่อหลวงหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพฯ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ร้อยละ 100 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพฯ ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกา สายแดง¹² ได้ศึกษาเรื่องกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนแม่หลาย อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ หลังเข้าร่วมกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเป้าหมายมีระดับน้ำตาลในเลือดสะสมลดลงร้อยละ 82.4 และระดับน้ำตาลในเลือดสะสมเพิ่มขึ้นร้อยละ 17.6 และสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา วิสัย¹³ พบว่า การใช้การ์ดสีเพื่อการสื่อสารตามปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่พึงอินซูลินเกิดการตระหนักรู้ตนเอง ต่อการปรับ

เปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและส่งผลให้ค่าเฉลี่ย FBG ลดลงมากถึง 61.11 mg/dl อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของรพ.สต. น้ำบ่อหลวง ทำให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง อาจเป็นเพราะว่าผู้ป่วยได้รับความรู้ที่เหมาะสมกับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยแต่ละราย การได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค ตลอดจนมีการจัดกิจกรรมและมีการประเมินผลที่ต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยมีความเคร่งครัดในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

จากข้อมูลงานวิจัยนี้พบว่า ผู้ป่วยหลายรายเป็นผู้สูงอายุ การปรุงอาหารส่วนใหญ่ผู้ดูแลซึ่งเป็นบุตรหลานจะเป็นคนทำ ให้ ดังนั้นผู้เกี่ยวข้องควรให้ความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องครอบคลุมประเด็น 3อ.2ส.1ย. แก่ผู้ดูแล เพื่อให้การควบคุมโรคมีประสิทธิภาพมากขึ้น ตลอดจนการให้ความรู้เรื่องการประเมินอาการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและการให้การช่วยเหลือเบื้องต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพ
2. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ แรงสนับสนุนจากครอบครัว และการได้รับบริการจากบุคลากรสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

1. American Diabetes Association. *American Diabetes Association Releases 2018 Standards of Medical Care in Diabetes*. [อินเทอร์เน็ต]. U.S.A.: American Diabetes Association; 2018 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 26 สิงหาคม 2558]. เข้าถึงได้จาก <http://www.diabetes.org/diabetes-basics/>
2. WHO. World Diabetes Day 2017. [อินเทอร์เน็ต]. WHO; 2561 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก <http://www.who.int/diabetes/en/>
3. วิชัย เอกพลากร. ภาวะสุขภาพ. ใน วิชัย เอกพลากร (บรรณาธิการ), การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2557. หน้า 142-148.
4. กระทรวงสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ. *สถิติข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของสำนักโรคบาติวิทยา*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2560 เอกสารออนไลน์สืบค้นจาก<http://www.thaincd.com/information> เข้าถึงเมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม 2560
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. *สถิติข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่*. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่; 2560. เอกสารออนไลน์สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/information> เข้าถึงเมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม 2560
6. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ระบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มปกติ/เสี่ยง/ป่วย โรคเบาหวานความดันโลหิตสูง ในประเทศไทย: *นโยบายสู่การปฏิบัติ สำหรับสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2555 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 26 สิงหาคม 2558]. เข้าถึงได้จาก http://ncd.ramanhospital.net/download/download_4.pdf
7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำบ่อหลวง. *รายงานผลการดำเนินงานโรคเบาหวาน*. เอกสารอัดสำเนา; 2560.
8. ภัททกุล จันทรสวาท. ผลการสอนสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลหลวงพ่อกี้ศักดิ์ ชูตินธโร อุทิศ. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2551.
9. *กรณีศึกษา สายแดง*. กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนแม่หล่าย อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ . [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2554.
10. ศิริขวัญ เพ็ญสุวรรณและคณะ. *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ในผู้ป่วยเบาหวานเสี่ยงสูง*. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปลักป้อม อำเภอตะโหมด จังหวัดพัทลุง; 2561.
11. ปัทมา แจ่มจำรูญ และธนิศา ผาติเสนะ. *การประเมินผลโครงการการใช้ป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา*. 2560 วารสารราชพฤกษ์. file:///C:/Users/user/Downloads/124393-Article%20Text-324696-1-10-20180519.pdf
12. *กรณีศึกษา สายแดง*. ศึกษาเรื่องกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนแม่หล่ายอำเภอเมืองจังหวัดแพร่. [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2554.

13. กาญจนา วิสัย. ผลของการใช้การ์ดสี เพื่อสื่อสารตามป้องกันจรรยาชีวิต 7 สีต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่พึงอินซูลิน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแพะพัฒนา ตำบลเขื่อนผาก อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขสารวิถี. 2557; 5: 32-40.

การเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาล
ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
Comparison of Opinions Regarding Problem-Solving
Skill among Nursing Students at Boromarajonani
College of Nursing Changwat Nonthaburi

สุจิรา วิเชียรรัตน์ พย.ม.*	Sujira Wichianrat, M.N.S.*
ศิริพร ครุฑทาก ค.ด.*	Siriporn Kruttakart, Ph.D.*
นงนภัทร รุ่งเนย ค.ด.**	Nongnaphat Rungnoei, Ph.D.**
วลีรัตน์ แตรตุลาการ วท.ม.*	Waleerat Traetulakarn, M.Sc.*
แสงเดือน จักรพันธุ์ ณ อยุธยา พย.ม.*	Sangduean Chakrabhand, M.N.S.*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาจำแนกตามระดับชั้นปี กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 3 และ 4 ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2559 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี จำนวน 320 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาล วัดค่าความเชื่อมั่น ได้เท่ากับ .94 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติความแปรปรวนทางเดียว (One way ANOVA)

ผลการวิจัย พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.40, S.D = 0.49) โดยมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรวบรวมข้อมูล มากที่สุด ($\bar{x}$ = 3.47, S.D = 0.43) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลจำแนกตามชั้นปี พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าชั้นปีที่ 2 และ 4 ส่วนนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และ 4 มีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน

ดังนั้นอาจารย์ควรจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการที่ส่งเสริมกระบวนการคิดวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ เพื่อพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปี และนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพของนักศึกษาพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาความต้องการของนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ: ทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาล นักศึกษาพยาบาล

* อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

* Nursing Instructor, Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi

** อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

** Nursing Instructor, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province

Abstract

The purpose of this comparative research is to compare opinions regarding problem-solving skills among nursing students who were studying in the different years. The subject comprised of 320 nursing students who were studying in the second, third, and fourth year in 2016 at Borommarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi. The research instrument was nursing problem-solving skills questionnaires. The reliability of questionnaires tested by Cronbach's alpha coefficient was 0.94. Data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, and one way analysis of variance (one way ANOVA)

The results of the study revealed that the average mean score of nursing problem-solving skills of nursing students was at a moderate level ($\bar{x}$ = 3.40, S.D = 0.49). The highest mean score was data collection ($\bar{x}$ = 3.47, S.D = 0.43). There was statistically significant between year of study and the mean score of nursing problem-solving skills ($p \leq .05$). The mean score of third year nursing students was higher than the mean score of the second year and the fourth year whereas there was no statistically significant difference between the mean score of the third year and the fourth year nursing students

This study suggested that the lecturers should provide the integrated learning methods to motivate critical thinking process for nursing students to improve nursing problem-solving skills in order to improve the quality of nursing students according to their problems and needs.

Key words: Nursing problem-solving skill, Nursing student

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ทักษะการแก้ปัญหาเป็นทักษะสำคัญที่พยาบาลต้องใช้ในการประกอบวิชาชีพการพยาบาล โดยทักษะการแก้ปัญหานี้ปรากฏเป็นส่วนหนึ่งในพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 ในมาตรา 4 ที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2540¹ มาตรา 4 ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลต้องกระทำการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย หรือแก้ปัญหาคความเจ็บป่วยได้นอกจากนี้ ทักษะการแก้ปัญหายังเป็นส่วนหนึ่งของสมรรถนะ

พยาบาลวิชาชีพ ด้านที่ 2 คือ สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ นั่นคือ มีความรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางการพยาบาลเพื่อให้การพยาบาลผู้ใช้บริการทุกกลุ่มวัย ทุกช่วงชีวิต ทั้งผู้ที่มีสุขภาพดี ภาวะเสี่ยงและเจ็บป่วย เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและแก้ไขปัญห สุขภาพและความเจ็บป่วยที่สำคัญของประเทศได้อย่างเหมาะสม การแก้ปัญหาเป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ความรู้ ทักษะและความเข้าใจในการตอบสนองกับสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคย² ให้ได้มาซึ่งคำตอบจากสิ่งที่ไม่รู้ หรือการตัดสินใจในประเด็นที่คับข้องใจ³

จุดอ่อนด้านทักษะการแก้ปัญหา¹ เป็นปัญหาที่สถาบันการศึกษาพยาบาลพึงตระหนักที่จะพัฒนา นักศึกษาให้มีคุณภาพมากขึ้น

การแก้ปัญหา หมายถึง กระบวนการทำงานของสมองในการคิด วิเคราะห์ และตรวจสอบสิ่งที่ได้ รับจากการเรียนรู้ในการเชื่อมโยงประสบการณ์กับ สถานการณ์ที่เป็นปัญหาเข้าด้วยกันอย่างเป็นขั้นตอน เพื่อหาแนวทางแก้ไขอุปสรรคที่เกิดขึ้นหรือจัดปัญหา ให้หมดไป²⁻⁴ เมื่อพยาบาลต้องแก้ปัญหาจะต้องมีการ คิดวิเคราะห์เชื่อมโยงประสบการณ์กับสถานการณ์ อย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งขั้นตอนนั้น ประกอบด้วย ประกอบด้วย 1) การรวบรวมข้อมูล หมายถึง ความสามารถในการรวบรวมข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพกาย และจิตของผู้ป่วย รวมทั้งปัจจัยที่มีความ เกี่ยวข้องกับการได้รับและการคงไว้ซึ่งความต้องการ ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย 2) การประเมินปัญหา หมายถึง ความสามารถในการพิจารณาตีความปัญหา ที่แท้จริงจากข้อมูลที่รวบรวมมา ความรุนแรง และ สาเหตุสำคัญของปัญหา 3) การวางแผนแก้ปัญหา หมายถึง ความสามารถในการสร้างทางเลือกของการ แก้ปัญหาที่เชื่อมโยงหรือสอดคล้องกับข้อมูล สาเหตุ ของปัญหา 4) การปฏิบัติการแก้ปัญหา หมายถึง ความสามารถในการให้เหตุผลตามหลักการพยาบาล ในการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย และ 5) การประเมินผลการแก้ปัญหา หมายถึง ความสามารถในการวิเคราะห์ ตรวจสอบการบรรลุตาม วัตถุประสงค์ อธิบายผลที่ได้รับหรือประโยชน์ที่ได้จาก การแก้ปัญหา⁵ ด้วยเหตุที่ผู้รับบริการต้องการการดูแล ทางสุขภาพท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงต่างๆ สถาบัน สุขภาพจึงต้องการพยาบาลที่สามารถนำความรู้มาใช้ เป็นเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ ด้วยความยืดหยุ่นและสร้างสรรค์ โดยพยาบาลเหล่านี้ต้องใช้ทักษะการแก้ปัญหา การขาดทักษะการแก้ ปัญหาจะทำให้พยาบาลต้องใช้ประสบการณ์เดิมๆ ที่ ไม่สามารถตอบสนองในการให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁶

จากรายงานการติดตามคุณภาพบัณฑิตตาม

กรอบคุณวุฒิมาตรฐานการศึกษาของผู้สำเร็จการ ศึกษาประจำปีการศึกษา 2554 วิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนี จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า การพัฒนา วิธีการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ สถานการณ์และบริบททางสุขภาพที่เปลี่ยนไป มีค่า คะแนนน้อยที่สุด ($\bar{x}$ = 4.04, S.D = 0.20) ขององค์ ประกอบย่อยด้านทักษะทางปัญญา⁷ สอดคล้องกับ การประเมินผลการเรียนการสอนของอาจารย์สาขา ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรีปีการศึกษา 2559 ที่ใช้ Simulation Based Learning เนื้อหาการพยาบาลบุคคลที่มีความ การไหลเวียนเลือดและน้ำเหลือง และอวัยวะล้มเหลว หลายระบบ รายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหา สุขภาพ 3 (ศรียรรณ มีบุญ, สัมภาษณ์เมื่อ 26 มกราคม 2560) พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีการรวบรวมข้อมูล ไม่ครบถ้วน ไม่สามารถวิเคราะห์ประเด็นปัญหาที่ สำคัญจากการรวบรวมข้อมูลได้ ขาดการวางแผนแก้ ปัญหาในประเด็นสำคัญ ไม่สามารถให้เหตุผลที่ สอดคล้องกับการปฏิบัติการแก้ปัญหาทางการ พยาบาลนั้น

ด้วยเหตุผลและแนวคิดดังกล่าว ในฐานะที่ผู้ วิจัยเป็นอาจารย์วิทยาลัยพยาบาล จึงเห็นความสำคัญ ที่ต้องพัฒนาผู้เรียนให้มีทักษะการแก้ปัญหาทางการ พยาบาล ซึ่งจำเป็นต้องศึกษาข้อมูลในบริบทของ ความแตกต่างในแต่ละชั้นปีว่ามีความคิดเห็นเกี่ยวกับ ทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลเป็นอย่างไร และ องค์ประกอบแต่ละด้านมีมากน้อยแค่ไหน เพื่อให้ได้ ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการจัดการเรียนการสอนได้ เหมาะสมกับบริบทของนักศึกษาอันจะเป็นประโยชน์ ต่อการปฏิบัติงานบทบาทวิชาชีพพยาบาลในอนาคต ต่อไป

คำถามการวิจัย

ความคิดเห็นเกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหา ทางพยาบาลของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนี จังหวัดนนทบุรีแต่ละชั้นปีมีความแตกต่าง กันอย่างไร

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรีจำแนกตามระดับชั้นปี

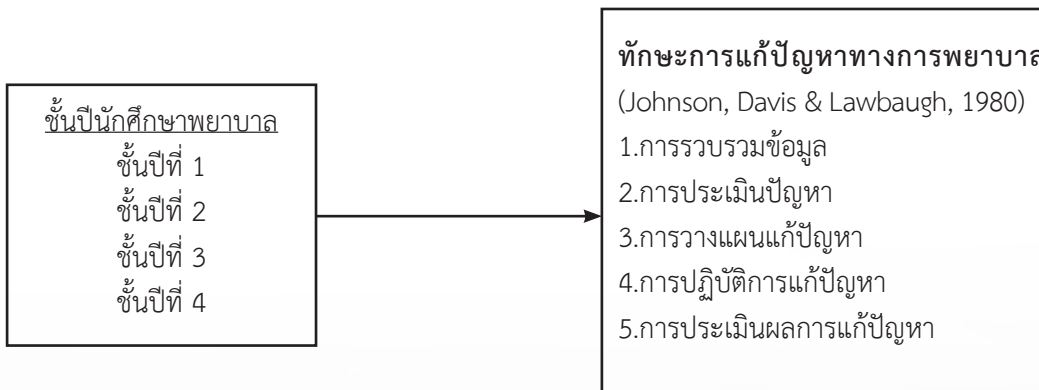
สมมุติฐานการวิจัย

ความคิดเห็นเกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหาของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี แต่ละชั้นปีมีความแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัยใช้แนวคิดทักษะการแก้ปัญหา 5 ด้าน ของ Johnson, Davis, Lawbaugh⁵ และ Hurst⁸ ประกอบด้วย 1) การรวบรวมข้อมูล หมายถึง ความสามารถในการรวบรวมข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพกาย และ

จิตใจของผู้ป่วย รวมทั้งปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการได้รับและการคงไว้ซึ่งความต้องการทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย 2) การประเมินปัญหา หมายถึง ความสามารถในการพิจารณาตีความปัญหาที่แท้จริงจากข้อมูลที่รวบรวมมา ความรุนแรง และสาเหตุสำคัญของปัญหา 3) การวางแผนแก้ปัญหา หมายถึง ความสามารถในการสร้างทางเลือกของการแก้ปัญหาที่เชื่อมโยงหรือสอดคล้องกับข้อมูล สาเหตุของปัญหา 4) การปฏิบัติการแก้ปัญหา หมายถึง ความสามารถในการให้เหตุผลตามหลักการพยาบาลในการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย และ 5) การประเมินผลการแก้ปัญหา หมายถึง ความสามารถในการวิเคราะห์ ตรวจสอบการบรรลุตามวัตถุประสงค์ อธิบายผลที่ได้รับหรือประโยชน์จากการแก้ปัญหา โดยศึกษาความคิดเห็นของทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลจำแนกตามระดับชั้นปี สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงเปรียบเทียบ (Comparative research) เพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาจำแนกตามระดับชั้นปี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2-4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ปีการศึกษา 2559 จำนวน 356 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2-4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

จำนวน 320 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* power (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2555) ที่ขนาดอิทธิพล .20 ระดับนัยสำคัญ (a) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) (1-b) เท่ากับ .90 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 320 คน หลังจากนั้นคำนวณจำนวนนักศึกษาแต่ละชั้นปีตามสัดส่วน ได้นักศึกษาชั้นปี 2 จำนวน 114 คน ชั้นปี 3 จำนวน 118 คน และ ชั้นปี 4 จำนวน 88 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นปีโดยวิธีการจับสลากจนได้จำนวนตามต้องการ ทั้งนี้มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้ เป็นนักศึกษาที่อยู่ในวิทยาลัยไม่น้อยกว่า 6 เดือน เคยลงทะเบียนเรียนรายวิชาในกลุ่มวิชาชีพอย่างน้อย 1 รายวิชา ยินดีและสมัครใจในการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ และชั้นปี

≤1.50 คะแนน	หมายถึง มีทักษะการแก้ปัญหาในระดับน้อยที่สุด
1.51-2.50 คะแนน	หมายถึง มีทักษะการแก้ปัญหาในระดับน้อย
2.51-3.50 คะแนน	หมายถึง มีทักษะการแก้ปัญหาในระดับปานกลาง
3.51-4.50 คะแนน	หมายถึง มีทักษะการแก้ปัญหาในระดับมาก
4.51-5.00 คะแนน	หมายถึง มีทักษะการแก้ปัญหาในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คณะผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ชั้นปีที่ 2-4 จำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็นชั้นปีละ 10 คน และนำผลที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของ Cronbach ได้ค่าความเที่ยงรายด้านอยู่ระหว่าง .74-.84 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ .94

จริยธรรมในการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีน จังหวัดนครศรีธรรมราช (เอกสารรับรองเลขที่ 09/2560) ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมในการ

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาล คณะผู้วิจัยใช้เครื่องมือของศิริพร ครุฑทาศ ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดทักษะการแก้ปัญหาของ Johnson, Davis & Lawbaugh⁵ และ Hurst⁶ โดยมีค่าความเชื่อมั่นรายด้าน เท่ากับ .79-.88 ทั้งฉบับ .96 รวมทั้งสิ้น 26 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ดังนี้

- 1) การรวบรวมข้อมูล จำนวน 5 ข้อ
- 2) การประเมินปัญหา จำนวน 4 ข้อ
- 3) การวางแผนแก้ปัญหา จำนวน 7 ข้อ
- 4) การปฏิบัติการแก้ปัญหา จำนวน 6 ข้อ
- 5) การประเมินผลการแก้ปัญหา จำนวน 4 ข้อ

มีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัด 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด

การแปลผล แบ่งระดับความคิดเห็นโดยใช้ค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของนงลักษณ์ วิรัชชัย⁹ แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

วิจัยโดยตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลในการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธหรือยุติการสนทนาได้ตลอดเวลา ไม่มีผลต่อคะแนนและเกรด การรายงานผลการวิจัยจะไม่ระบุชื่อ และรายงานผลสรุปในภาพรวม

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คณะผู้วิจัยได้เขียนบันทึกข้อความขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล จากนั้นประสานงานกับรองผู้อำนวยการฝ่ายวิจัยและวิเทศสัมพันธ์ ให้เจ้าหน้าที่ฝ่ายวิจัยช่วยปิดประกาศประชาสัมพันธ์เชิญนักศึกษาเป็นอาสาสมัครตอบแบบสอบถามงานวิจัย

2. เข้าพบนักศึกษาตามบัญชีรายชื่อที่สุ่มได้

เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่รับจากการวิจัย ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามนั้น มีการชี้แจงถึงสิทธิส่วนบุคคลตามหลักจริยธรรมการวิจัยหากนักศึกษายินดียินยอม

3. ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามให้เวลาตอบประมาณ 30 นาที เมื่อตอบเสร็จให้ส่งเอกสารลงในกล่องที่จัดเตรียมไว้ในห้องพัก

4. นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติ ความถี่ และร้อยละ

2. ข้อมูลความคิดเห็นต่อทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาล วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี จังหวัด

นนทบุรี จำแนกตามระดับชั้นปี วิเคราะห์ด้วยสถิติความแปรปรวนทางเดียว (One way ANOVA) เนื่องจากข้อมูลที่ได้มีการแจกแจงแบบปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.40 มีอายุ 21 ปีมากที่สุด ร้อยละ 36.30 และเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มากที่สุด ร้อยละ 36.60

2. ความคิดเห็นเกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.40$, $S.D = 0.49$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการรวบรวมข้อมูล มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{x} = 3.47$, $S.D = 0.43$) รองลงมาคือ ด้านการปฏิบัติการแก้ปัญหา ($\bar{x} = 3.46$, $S.D = 0.49$) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การวางแผนแก้ปัญหา ($\bar{x} = 3.31$, $S.D = 0.51$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) ของคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง

ทักษะการแก้ปัญหา	ระดับชั้น	$\bar{x}$	S.D	ระดับ
การรวบรวมข้อมูล	ปี 2	3.36	.43	ปานกลาง
	ปี 3	3.54	.43	มาก
	ปี 4	3.50	.40	ปานกลาง
	รวม	3.47	.43	ปานกลาง
การประเมินปัญหา	ปี 2	3.19	.45	ปานกลาง
	ปี 3	3.45	.46	ปานกลาง
	ปี 4	3.39	.46	ปานกลาง
	รวม	3.34	.47	ปานกลาง
การวางแผนแก้ปัญหา	ปี 2	3.16	.50	ปานกลาง
	ปี 3	3.44	.49	ปานกลาง
	ปี 4	3.32	.49	ปานกลาง
	รวม	3.31	.51	ปานกลาง
การปฏิบัติการแก้ปัญหา	ปี 2	3.29	.47	ปานกลาง
	ปี 3	3.56	.47	ปานกลาง
	ปี 4	3.53	.47	มาก
	รวม	3.46	.49	ปานกลาง
การประเมินผลการแก้ปัญหา	ปี 2	3.19	.55	มาก
	ปี 3	3.52	.50	มาก
	ปี 4	3.53	.53	มาก
	รวม	3.41	.54	ปานกลาง
โดยรวม		3.40	0.41	ปานกลาง

3. การเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี จำแนกตามระดับชั้นปี

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปี พบว่า ชั้นปีที่ต่างกันมีความคิดเห็นเกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลแต่ละชั้นปี

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2.99	2	1.50	13.98	.000
ภายในกลุ่ม	33.88	317	.11		
รวม	36.87	319			

* $p < .05$

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของความคิดเห็นเกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในแต่ละชั้นปี พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีความคิดเห็นเกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลมากกว่านักศึกษาชั้นปีที่ 2 และ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาล รายคู่ด้วยวิธีทดสอบแบบ LSD

ระดับชั้นปี	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย	ความแตกต่างระหว่างชั้นปี		
			ปี 2	ปี 3	ปี 4
ปี 2	112	3.31	-	-	-
ปี 3	117	3.49	-0.22*	-	-
ปี 4	91	3.45	-0.18*	0.04	-

* $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัยดังนี้

ความคิดเห็นเกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี พบว่า นักศึกษาพยาบาลทุก

ชั้นปีมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นไปได้ว่าในบริบทของการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาชั้นปีที่ 2, 3 และ 4 รายวิชาของกลุ่มวิชาชีพ หมวดวิชาเฉพาะ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี มีการเรียนการสอนทั้งภาค

ทฤษฎีและปฏิบัติ ซึ่งจำเป็นต้องเรียนรู้ในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงและหลากหลายทั้งด้านรายวิชา ผู้สอน แหล่งฝึก และอาจารย์พี่เลี้ยง ด้วยสภาพแวดล้อมต่างๆ ดังกล่าว ประกอบกับความพร้อมในการแก้ปัญหาและเลือกวิธีในการแก้ปัญหาในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมือนเดิม จึงทำให้สามารถนำประสบการณ์เดิมมาเชื่อมโยงในการแก้ปัญหาได้ ทั้งนี้กระบวนการคิดแก้ปัญหาเป็นกระบวนการทางสติปัญญาซึ่งเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกระตุ้นให้เกิดกระบวนการคิด โดยบุคคลนั้นจะเลือกใช้ลักษณะการคิดแบบต่างๆ เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา เป็นการนำประสบการณ์เดิมที่เกิดจากการเรียนรู้มาเป็นพื้นฐานในการแก้ปัญหาซึ่งประกอบด้วยสติปัญญา แรงจูงใจในการคิดแก้ปัญหา ความพร้อมในการแก้ปัญหา และเลือกวิธีในการแก้ปัญหาที่ถูกต้องเหมาะสม¹⁰ ดังนั้นคะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็นเกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาแต่ละชั้นปียู่ในระดับเดียวกัน¹¹

เมื่อพิจารณาความคิดเห็นเกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหาเป็นรายด้าน พบว่า ทักษะด้านการรวบรวมข้อมูลมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด เนื่องจากการรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล ซึ่งนักศึกษาต้องรวบรวมข้อมูลทั้งการซักประวัติ ตรวจร่างกายและวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล ทั้งนี้ นักศึกษาทุกคนได้เรียนประเด็นดังกล่าวแล้วในรายวิชาการประเมินสุขภาพและมโนคติ ทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก การที่นักศึกษามีความสามารถในการรวบรวมข้อมูลนับเป็นทักษะพื้นฐานสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนาทักษะในด้านอื่นๆ ของกระบวนการพยาบาลต่อไป และกระบวนการพยาบาลเป็นหลักการสำคัญที่พยาบาลจำเป็นต้องเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถประเมินและวิเคราะห์ปัญหาได้อย่างครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย¹³

นอกจากนี้ ผลการศึกษา พบว่า ความคิดเห็น

เกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลด้านการวางแผนแก้ปัญหาในระดับปานกลางที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด สอดคล้องกับการวิจัยของธัญลักษณ์ บรรลิตกุลและวิไลพร สิงห์นันทกิจ¹⁴ ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความสามารถในการเขียนแผนการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า นักศึกษาพยาบาลยังมีทักษะในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์และเชื่อมโยงองค์ความรู้ในศาสตร์ทางการพยาบาลและสาขาที่เกี่ยวข้องได้น้อย จึงวางแผนการพยาบาลยังไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ ซึ่งขั้นตอนการวางแผนการพยาบาลเป็นขั้นตอนสำคัญในการกำหนดทิศทางในการปฏิบัติงาน การวางแผนจะต้องมีการพิจารณาข้อมูลอย่างรอบคอบและต้องปฏิบัติอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data) และข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) ดังที่ McCarthy¹⁴ กล่าวว่าขั้นตอนการวางแผนแก้ปัญหาขึ้นอยู่กับเชื่อมโยงข้อมูลที่มีคุณภาพ ซึ่งในกระบวนการวางแผนการพยาบาลที่ดีต้องมีการวิเคราะห์และบูรณาการความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์มาสู่การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ดังนั้นจึงจำเป็นที่ผู้สอนต้องทบทวนกระบวนการจัดการเรียนการสอนที่ต้องพัฒนาทักษะในประเด็นดังกล่าวเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์และทักษะการคิดวิเคราะห์ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาทักษะการวางแผนและแก้ปัญหาได้ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ Oshvandi, et al.¹⁵ ได้สังเคราะห์งานวิจัย (Systematic review) พบว่าในการจัดการเรียนการสอนทางคลินิก ผู้สอนต้องจัดการเรียนรู้ที่ส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหา การรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มสมรรถนะเชิงวิชาชีพของนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลจำแนกตามชั้นปี พบ

ว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าชั้นปีที่ 2 และ 4 ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, ลัดดา เหลืองรัตนมาศ, สราญ นิรันรัตน์, จิราภรณ์ จันทร์อาร์ักษ์, บุญเดือน วัฒนกุล, ทศยรัตน์ รื่นเรือง¹⁶ พบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีสูงขึ้น จะมีทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหาสูงขึ้นตามลำดับ และนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และ 4 มีคะแนนทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลมากกว่านักศึกษาชั้นปีที่ 2 จากการศึกษาที่พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลสูงกว่าชั้นปีที่ 4 อาจเนื่องจากการเรียนการสอนชั้นปีที่ 3 มีรายวิชาที่นักศึกษาต้องฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยหนักและเรียนรายวิชาวิจัยทางการพยาบาล รวมทั้งเรียนรู้โดยวิธี Problem Based Learning ในรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นการใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และการแก้ปัญหาเป็นหลัก ทำให้นักศึกษารับรู้ว่าตนเองมีทักษะในการแก้ปัญหาสูง ซึ่งการจัดการเรียนการสอนโดยการใช้วิธีการหลากหลายจะช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนได้ใช้ทักษะการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น¹⁷ โดย Adams¹⁸ กล่าวว่า การรูปแบบการสอนแบบ PBL จะช่วยพัฒนาทักษะการคิดแบบมีวิจารณญาณและทักษะการแก้ปัญหาได้ และ Morales Mann and Kaitell¹⁹ พบว่าการเรียนแบบ PBL จะเพิ่มทักษะการเรียนรู้ด้วยตนเอง และทักษะการแก้ปัญหา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นอาจารย์ที่รับผิดชอบสอนในรายวิชาทางการพยาบาลควรเพิ่มกิจกรรมการเรียนการสอนที่กระตุ้นให้นักศึกษาได้ใช้ทักษะการแก้ปัญหาด้านทางการพยาบาลโดยให้กรณีศึกษาหรือสถานการณ์ประเด็น

ปัญหาผู้ป่วย เพื่อให้นักศึกษาได้ใช้ทักษะการแก้ปัญหาด้านทางการพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลมากกว่าชั้นปีที่ 2 และ 4 ดังนั้นอาจารย์ผู้สอนรายวิชาทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 2 และ 4 ควรจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบ Active Learning ให้มากขึ้น เช่น กรณีศึกษา การเรียนรู้จากสภาพจริง บทบาทสมมติ เป็นต้น โดยเน้นให้นักศึกษาชั้นปีที่ 2 และปีที่ 4 ได้ใช้ทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลที่เน้นการวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนแก้ปัญหาทางการพยาบาล โดยให้อาจารย์ใช้หลัก “สอนให้น้อยลง แต่เพิ่มเวลาการเรียนรู้ให้มากขึ้น” เพื่อมีเวลาในการส่งเสริมฝึกให้ผู้เรียนคิดเป็น มีเหตุผล และสามารถแก้ปัญหาเป็น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่มีผลต่อทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาล เช่น Simulation Based Learning (SBL) Problem Based Learning (PBL) Team Based Learning (TBL) เป็นต้น

ควรมีการศึกษาวิจัยทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติทางการพยาบาลที่เป็นรายวิชาต่อเนื่องภายหลังรายวิชาทฤษฎีที่จัดการเรียนการสอนเน้นทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาล

2.3 ควรศึกษาวิจัยเพื่อวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพของนักศึกษาพยาบาลที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละชั้นปี

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรีที่สนับสนุนทุนวิจัย และขอขอบคุณนักศึกษาอาสาสมัครวิจัยทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2540. [ออนไลน์]. 2540 [เข้าถึงเมื่อ 2559/10/1]. เข้าถึงได้จาก: https://www.tmc.or.th/psb_doc/2-law_nurse.pdf
2. Krulik S, Rudnick J A. Reasoning and problem solving: A Handbook for elementary school teachers. Massachusetts: Allyn and Bacon; 1993.
3. Woods DR. et al. Developing problem solving skills: The McMaster problem solving program. Journal of engineering education. 1997; 86(2):75-91.
4. สมชาย สุริยะไกร. การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบปรับเหมาะตามความแตกต่างระหว่างบุคคล ด้วยหลักการจัดการเรียนแบบรู้จำเพื่อเสริมสร้างผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและทักษะการแก้ปัญหาของนิสิตนักศึกษาเภสัชศาสตร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุชฎบัณฑิต. กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
5. Johnson MM, Davis ML, Lawbaugh AM. Problem solving in nursing practice. 3th ed. USA: WM. C. Brown; 1980.
6. Roberts JD, While AE, Fitzpatrick JM. Problem solving in nursing practice: Application, process, skill acquisition and measurement. Journal of advanced nursing. 1993; 18(6):886-91.
7. วิลาลินี แฝ้วชนะ, เกษรา วณิชิตระกุล, ปิยรัตน์ จินาพันธ์. คุณภาพบัณฑิตตามกรอบคุณวุฒิมาตรฐานการศึกษา ของผู้สำเร็จการศึกษาประจำปีการศึกษา 2554 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช [ออนไลน์]. 2558. [เข้าถึงเมื่อ 2561/10/1]. เข้าถึงได้จาก: <http://bcnnakhon-research.blogspot.com/2015/08/2554.html>
8. Hurst K. Problem-solving in Nursing Practice. London: Press; 1993.
9. นงลักษณ์ วิรัชชัย. สถิติชวนใช้. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดไอคอนพรีนตติ้ง; 2555.
10. Morgan CT. Thinking and Problem Solving: A Brief Introduction to Psychology. 2nd ed. New Delhi: Tata McGraw-hill; 1978.
11. ญาณกรณ์ เอกธรรมสุทธิ และเกสร สุวิริยะศิริ. การสร้างความรู้ผ่านทักษะการคิดแก้ปัญหา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชบุรี กรุงเทพฯ [ออนไลน์]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2561/12/23]; 33(1): 117-83. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/101751/78806>
12. Benner P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice, commemorative edition. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall; 2001.
13. Stonehouse D. Understanding the nursing process. British Journal of Healthcare Assistant. [Online]. 2017. [cited 2018 Dec 26];11(8) Available from: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/full/10.12968/bjha.2017.11.8.388>

14. ธัญลักษณ์ บรรลิตกุล และวิไลพร สิงห์นัตถกิจ. การรับรู้ความสามารถในการเขียนแผนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ปีการศึกษา 2550. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย [ออนไลน์]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 2561/12/26]; 2(1-3):60-76. เข้าถึงได้จาก: <https://tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/40138/33121>
15. Oshvandi K, Moghadam AS, Khatiban M, Cheraghi F, Borzu R, Moradi Y. On the application of novice to expert theory in nursing; a systematic review. Journal of Chemical and Pharmaceutical Sciences. 2016; 9(4): 3014-20.
16. กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, ลัดดา เหลืองรัตนมาศ, สราญ นิรันรัตน์, จิราภรณ์ จันทร์อารักษ์, บุญเดือน วัฒนกุล, ทศยรัตน์ รื่นเรือง. ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข [ออนไลน์]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2561/10/1]; 25(2):178-93. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/download/39532/32690/>
17. Cinar N, Sozeri C, Sahin S, Cevahir R, Say M. Problem solving skills of the nursing and midwifery students and influential factors. Revista Eletronica de Enfermagem. [Online]. 2010. [cited 2018 Oct 1]; 12(4):601-6. Available from: <https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/pdf/v12n4a02.pdf>
18. Adams B.L. Nursing education for critical thinking: an integrative review. Journal of Nursing Education. 1999; 38(3):111-9.
19. Morales-Mann, E.T., & Kaitell, C.A. Problem based learning in new Canadian curriculum. Journal of Advanced Nursing. 2001; 33(1):13-4.

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. ต้องไม่เป็นบทความที่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน
4. บทความเป็นฉบับภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ
5. บทความวิจัยต้องผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยให้แนบสำเนาใบรับรองจริยธรรมการวิจัยฯ มาพร้อมกับบทความต้นฉบับที่จะส่งขอตีพิมพ์

การสมัครเป็นสมาชิกวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

กรอกใบสมัครการเป็นสมาชิกวารสารฯ ตามแบบฟอร์มที่อยู่ท้ายเล่มของวารสาร ส่งมายังหน่วยงานวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ อาคาร 1 ชั้น 6 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200 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. เนื้อหาและข้อคิดเห็นใดๆ ที่ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมพยาบาลฯ ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนเท่านั้น ผู้เขียนบทความต้องศึกษารายละเอียดหลักเกณฑ์การจัดทำต้นฉบับตามที่วารสารกำหนด และเนื้อหาส่วนภาษาอังกฤษต้องได้รับการตรวจสอบจากเจ้าของภาษามาแล้ว

2. ส่งบทความต้นฉบับที่มีความยาวไม่เกิน 12 หน้า ทาง E-mail ถึงหน่วยงานวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ อาคาร 1 ชั้น 6 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200

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 โดยโอนเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ 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 เพื่อยืนยันรับการตีพิมพ์บทความอย่างเป็นทางการลายลักษณ์อักษร

7. ผู้เขียนบทความจะได้รับวารสารฉบับที่บทความนั้นตีพิมพ์ จำนวน 2 ฉบับ โดยจะส่งให้ผู้เขียนที่เป็นชื่อแรกเท่านั้น

**หลักเกณฑ์และรูปแบบการจัดทำต้นฉบับบทความเพื่อขอรับ
การตีพิมพ์ในวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ**

ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

- **ขนาดกระดาษ A 4** ความยาวทั้งหมดไม่เกิน 12 หน้า
- **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 – อังกฤษ 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
 - หัวข้อย่อย ขนาด 17 point ตัวหนา กำหนดขีดซ้าย
 - ตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบ
 - ย่อหน้า 0.5 นิ้ว
 - **เนื้อหาของบทความวิจัย กำหนด ดังนี้**
 - ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
 - คำถามการวิจัย
 - วัตถุประสงค์การวิจัย
 - สมมุติฐานการวิจัย

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

การเขียนเอกสารอ้างอิง

1) เอกสารอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยจะต้องแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ โดยผู้เขียนที่จะส่งบทความวิจัย/ วิชาการ เพื่อขอตีพิมพ์ในวารสารฯ ต้องเขียนเอกสารอ้างอิงโดยจัดเรียงคู่กันคือเรียงเอกสารอ้างอิงภาษาอังกฤษที่แปล และเติมคำว่า “(in Thai)” ต่อท้าย แล้วตามด้วยเอกสารอ้างอิงภาษาไทย

หมายเหตุ การให้ผู้เขียนจัดเรียงการเขียนเอกสารอ้างอิงลักษณะนี้ เพื่อให้กองบรรณาธิการใช้ในการตรวจสอบความถูกต้องของการอ้างอิง โดยสำหรับขั้นตอนการตีพิมพ์ ทางกองบรรณาธิการจะปรับใช้เฉพาะรายการเอกสารอ้างอิงที่แปลเป็นภาษาอังกฤษแล้ว

ตัวอย่าง การแปลเอกสารอ้างอิงภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ

Tirakana, S. Multivariate. Variables analysis in social science research. Bangkok:

Chulalongkorn University Printing House; 2011. (in Thai)

สุวิมล ตีรกานันท์. การวิเคราะห์ตัวแปรพหุในงานวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.

2) เอกสารอ้างอิงทุกฉบับต้องมีการอ้างอิงที่กล่าวถึงในบทความ

3) ใช้ระบบตัวเลขในการอ้างอิง โดยพิมพ์ด้วยก

4) เรียงลำดับการอ้างอิงตามเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ โดยเรียงลำดับหมายเลขอ้างอิงเริ่มจากหมายเลข 1,2,3 ไปตามลำดับที่อ้างก่อน-หลัง โดยใช้เลขอารบิก และทุกครั้งที่มีการอ้างซ้ำจะต้องใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิง

5) การอ้างอิงเอกสารมากกว่า 1 ฉบับต่อเนื่องกันจะใช้เครื่องหมายยัติภังค์ (hyphen หรือ -) เชื่อม ระหว่างฉบับแรกถึงฉบับสุดท้าย เช่น 1-3 แต่ถ้าอ้างถึงเอกสารที่มีลำดับไม่ต่อเนื่องกัน จะใช้เครื่องหมายจุลภาค (comma หรือ,) โดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร เช่น 4,6,10

6) รูปแบบการพิมพ์เอกสารอ้างอิงท้ายบทความให้พิมพ์ตามลำดับการอ้างอิงตามหมายเลขที่ได้อ้างถึงในเนื้อหาของบทความ และไม่แยกประเภทของเอกสารที่ใช้อ้างอิง

7) รายละเอียดการเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ ให้ใช้ตามระบบ แวนคูเวอร์ (Vancouver) ดังนี้

การอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals) มีรูปแบบอ้างอิง ดังนี้

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

ตัวอย่าง

บุญมี ภูตานังว. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ต่อการนับและบันทึกลูกดิ้น. 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 ที่มีผู้แต่งรายบทและมีบรรณาธิการ หนังสือ (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; สถานที่จัดประชุม. 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 – หน้าสุดท้าย.

การอ้างอิงเอกสารที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/ Dissertation) มีรูปแบบการเขียนอ้างอิง ดังนี้

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

ตัวอย่าง

จุฑามาศ สนกกนก. ปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองเพื่อการสร้างสรรค์ผลงานทางวิชาการของอาจารย์สถานบันอุดมศึกษาเอกชน. 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]; ปีที่/เล่มที่: หน้า/about

ตัวอย่าง

วนิดา สติประเสริฐ, ยุวดี สิลักเนาวิระ และพรนภา หอมสินธุ์. ผลการชี้แนะต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้. 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.....โปรดส่งวารสารไป
ยัง (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
บัญชีเลขที่ 566-2-06297-7 จำนวน.....บาท (.....) มาพร้อมนี้
และขอให้ออกใบเสร็จในนามของ.....

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....(ผู้รับเงิน)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่ง หน่วยงานวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

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



สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ
สำนักงานพยาบาลจังหวัดน่าน จังหวัดน่าน