



วารสารการพยาบาลและการศึกษา

JOURNAL OF NURSING AND EDUCATION

ปีที่ 14 เล่มที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม Volume 14 Number 4 October-December



- บทความวิชาการ
 - แนวทางการจัดการเรียนการสอน เพื่อพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ จากสถานการณ์โควิด-19
- บทความวิจัย
 - ผลของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าต่อระยะเวลาให้นมเต็มเต้าและปริมาณน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด
 - การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา
 - ผลของโปรแกรมการบริหารแบบมีส่วนร่วมต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย ผลกตทัพบของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่ง
 - การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ตามแนวคิด ADDIE Model เรื่อง การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง
 - ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน
 - ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนเรียนวิชา การสื่อสาร การสอนและการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อความวิตกกังวลและความสามารถในการใช้ทักษะการสื่อสาร
 - ความสนใจเรียนในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและการรับรู้ต่อสถาบันพระบรมราชชนกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย



สถาบันพระบรมราชชนก
กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์ของวารสาร

วารสารการพยาบาลและการศึกษา เป็นวารสารในกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ที่อยู่ในฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เผยแพร่ผลงานวิจัยและบทความวิชาการ ด้านการพยาบาล การผดุงครรภ์ การศึกษาพยาบาล และสุขภาพ
2. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ทางวิชาการของพยาบาล อาจารย์พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพ
3. เสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษาและองค์กรทางสุขภาพทั่วประเทศ

ขอบเขต

วารสารการพยาบาลและการศึกษา รับผิดชอบเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการ ทางการพยาบาลและสุขภาพ และรายงานการศึกษาทางคลินิกของการพยาบาลทุกสาขา รับผิดชอบทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และต้องเป็นบทความที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน

การพิจารณาตีพิมพ์

วารสารการพยาบาลและการศึกษา เป็นวารสารที่มีคณะกรรมการพิจารณาตีพิมพ์ที่ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิในหลากหลายสาขา จากสถาบันต่าง ๆ พิจารณาตรวจคุณภาพของทุกเรื่อง อย่างน้อย 2 คน ประเภทของการพิจารณาตีพิมพ์จะเป็นแบบ Double Blinded และผู้เขียนจะต้องปรับแก้ให้เรียบร้อย ก่อนการได้รับการตีพิมพ์ บทความข้อคิดเห็นต่าง ๆ ที่ตีพิมพ์ในวารสารเป็นความคิดเห็นของผู้เขียน วารสารและกองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วย

กำหนดออกวารสาร ปีละ 4 ฉบับ

มกราคม-มีนาคม เมษายน – มิถุนายน
กรกฎาคม-กันยายน สิงหาคม- ธันวาคม

เจ้าของ : สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

สำนักงาน: อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

อาคาร 4 ชั้น 7 ถนนนิตยวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ

อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

The Journal Aim

The Journal of Nursing and Education (JONAE) is a peer-reviewed technological and scientific journal that is included Thailand Journal Citation Index Center : (TCL center). JONAE's primary aims are:

1. To provide a forum for original research and academic articles to the field of clinical nursing, midwifery, nursing education and health care.
2. To stand for exchanging academic and clinical experiences of nursing faculties and healthcare providers.
3. To promote collaborative networks of academic institutes and healthcare organizations in Thailand.

Scope

The Journal of Nursing and Education (JONAE) publishes original research articles, academic articles, and clinical studies in all areas of nursing. We accept both Thai and English writing to publication, however, articles have not been published in anywhere before.

Peer Reviewers

The Journal of Nursing and Education (JONAE) is a peer-reviewed journal. Peer review is the system that we use to assess the quality of scientific research and academic articles by independent experts in the field as reviewers. All submitted manuscripts will be reviewed by at least two reviewers, The type of judgment is double blinded, prior accepting before publication. All authors must take public responsibility for the content of their paper.

Quarterly Issue

January-March April-June
July-September October-December

Owner : Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

Office : Office of the Permanent Secretary for Ministry of Public Health

4 Building.7 floor. Heath Workforce Development

Tiwanon Road, Tumbol Talatkwon District

Muang Nonthaburi Province Nonthaburi Thailand 11000

คณะที่ปรึกษา

ศ.ดร.นพ.วิชัย	เทียนถาวร	อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
ศ.เรืออากาศเอกหญิงวงนิษา	ชื่นก่องแก้ว	รองอธิการบดีด้านวิจัยนวัตกรรมและวิเทศสัมพันธ์ สถาบันพระบรมราชชนก
ศ.เกียรติคุณ ดร.กิตติชัย	วัฒนานิก	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.ดร.ทัศนาศนา	บุญทอง	นายกสภาการพยาบาล
นายแพทย์ประทีป	ชนกจิเจริญ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ศ.ดร.ศิริพร	จิรวัดน์กุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ศ.ดร.ประนอม	โอทกานนท์	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บรรณาธิการ

ดร.เบญจวรรณ	ทิมสุวรรณ	ข้าราชการบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข
-------------	-----------	---------------------------------

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.ปัทมา	ทองสม	สถาบันพระบรมราชชนก
----------	-------	--------------------

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.รัชณี	สรรเสริญ	สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
รศ.ดร.เอื้อมพร	ทองกระจ่าง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.พูลสุข	หิงคานนท์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
รศ.ดร.อาภาพร	เผ่าวัฒนา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.สมใจ	พุทธาพิทักษ์ผล	สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ผศ.ดร.วรรณรัตน์	ลาวัง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ผศ.ดร.จินดา	งามสุทธิ	ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.จวีร์วรรณ	มณีแสง	มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
ดร.กาญจนา	จันทร์ไทย	สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข
ดร.ลิลลี่	ศิริพร	ข้าราชการบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข
ดร.วารวีวรรณ	ศรีวานิชย์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรินทร์
ดร.ยศพล	เหลืออิงโสมนภา	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
อาจารย์วิภา	เพ็งเสงี่ยม	วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา
อาจารย์เฟื่องฟ้า	นรพัลลภ	ข้าราชการบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข
อาจารย์เบญจพร	ทิพย์ผลาผลกุล	สถาบันพระบรมราชชนก
พันเอกหญิง ดร.วาสนา	นัยพัฒน์	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
Dr.Patricia	W. Nishimoto	Oncology Clinical Nurse Specialist/Tripler Army Medical Center USA

ฝ่ายผู้จัดการ

นางสาวมยุรี	ศรีอุตร	สถาบันพระบรมราชชนก
นางรัชนิพร	ไชยมิ่ง	สถาบันพระบรมราชชนก
นางอัญชลี	ปัญจวิรัชช์	สถาบันพระบรมราชชนก
นางสาวพุทธพร	จันทะบาล	สถาบันพระบรมราชชนก

บรรณาธิการแถลง

วารสารการพยาบาลและการศึกษา ฉบับนี้เป็นฉบับที่ 4 ฉบับส่งท้ายปี พ.ศ. 2464 วารสารยังคงเนื้อหาสาระทางวิชาการด้านการพยาบาล การศึกษาและการสาธารณสุข ตามวัตถุประสงค์ของวารสาร ในฉบับนี้ได้นำเสนอบทความวิจัย 7 เรื่อง บทความวิชาการ 1 เรื่อง ครอบคลุมในหลายประเด็น

ประเด็นเกี่ยวกับเด็ก เป็นงานวิจัยของนิสิตปริญญาโท เรื่อง ผลของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าต่อระยะเวลาให้นมเต็มเต้าและปริมาณน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ประเด็นการพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง เรื่อง ผลของโปรแกรมการบริหารแบบมีส่วนร่วมต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง และ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ประเด็นการศึกษาพยาบาล มี 4 เรื่อง คือ ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนเรียน วิชาการสื่อสารการสอนและการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อความวิตกกังวลและความสามารถในการใช้ทักษะการสื่อสาร การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ตามแนวคิด ADDIE Model เรื่อง การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง และเรื่อง ความสนใจเรียนในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและการรับรู้ ต่อสถาบันพระบรมราชชนกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายและบทความวิชาการ เรื่อง แนวทางการจัดการเรียนการสอน เพื่อพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ จากสถานการณ์โควิด-19

กองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้สนับสนุนทุกท่านที่เชื่อมั่นและไว้วางใจส่งบทความเข้ามายังวารสารการพยาบาลและการศึกษา จึงขอเชิญชวนทุกท่านอ่านบทความทางวารสารออนไลน์ทาง www.tci-thaijo.org/index.php/JANE และส่งบทความเพื่อพิจารณาเผยแพร่ทางเว็บไซต์ดังกล่าว และเนื่องในโอกาสส่งท้ายปี 2564 ต้อนรับปี 2565 กองบรรณาธิการ ขออวยพรให้เทศกาลวันหยุดสิ้นปี และวันหยุดต้อนรับปีใหม่ ของทุกท่านจงเต็มเต็มไปด้วยสิ่งมหัศจรรย์ สุขและความเป็นสิริมงคล วันสิ้นปีไม่ได้หมายถึงการสิ้นสุดหรือการเริ่มต้นใดๆ แต่คือการดำเนินต่อไปของการเก็บเกี่ยวประสบการณ์ชีวิต ขอให้ทุกท่านรักษาสุขภาพด้วยนะคะ

กองบรรณาธิการ

▪ บทความวิชาการ

แนวทางการจัดการเรียนการสอน เพื่อพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ จากสถานการณ์โควิด-19

มาลีวัล เลิศสาครศิริ

Guidelines for Teaching and Learning Management to Improve Learning Outcomes
from a COVID-19 Situation

Maleewan Lertsakornsiri.....1

▪ บทความวิจัย

ผลของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าต่อระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าและปริมาณน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่บุตร
เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด

ผกาวัลย์ หนูมาก, ศศิกานต์ กาละ, สุรีย์พร กฤษเจริญ

Effects of Foot Reflexology on Onset of Lactation and Milk Volume in Postpartum
Mothers with Newborns Hospitalized in a Neonatal Intensive Care Unit

Phakawan Noomak, Sasikarn Kala, Sureeporn Kritcharoen.....14

การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา

พิมพ์รัตน์ บุญยะภักดิ์, เฉลิมพรรณ เมฆลอย, รัชณี สรรเสริญ, อรณลิน สิงขรณ์

The Development of Mental Health Caring System for Students in Higher Education
Institutions

Pimrat Boonyapuk, Chaleormphan Mekloi, Rachanee Sunsern, Onnalin Singkhorn.....33

ผลของโปรแกรมการบริหารแบบมีส่วนร่วมต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับของ
พยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่ง

ทิพวรรณ กระถิ่นทองกุล, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, เนตรชนก ศรีทุมมา

Effects of the Participative Management Program on Clinical Practice Guideline for
Pressure Injury among Professional Nurses in a Secondary Level Hospital

Tipawan Krathinthongkul, Phechnoy Singchungcha, Netchanok ritoomma.....50

การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ตามแนวคิด ADDIE Model เรื่อง การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง
สมมติ อนันต์ปฏิเวช, วารุณี ทับทิมทอง, อุไรวรรณ ชินมุข

The Development of Video Media Based on ADDIE Model on Nursing Care for High-Risk Preterm
Infants

Somdee Ananpatiwet, Warunee Tubtimong, Uraivan Cinmuk.....64

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ศตวรรษ อุดรศาสตร์, วิราวรรณ คำหวาน, จตุพร จำรองเพ็ง, สุรพันธ์ สีบเนียม, ธนพล บรรดาศักดิ์, สุมาลี กิจพฤษ์ Factors Related to Spiritual Well-Being among Caregivers of Elderly with Chronic Illness in Community Sattawas Udonsat, Wiravan Kumvan, Jatuporn Jumrongpeng, Suraphan Seubniam, Thanapol Bundasak, Sumalee kitpruk	77
ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนเรียนวิชา การสื่อสาร การสอนและการให้คำปรึกษาทาง สุขภาพต่อความวิตกกังวลและความสามารถในการใช้ทักษะการสื่อสาร สุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล, จิราภา บุญศิลป์, นงคาร รางแดง The effect of readiness preparation in the Communicating, Teaching and Counseling in Health on Anxiety and communication abilities skills Suda Dejpitaksirikul, Jirapa Boonsin, Nongkarn Rangsang.....	96
ความสนใจเรียนในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและการรับรู้ ต่อสถาบันพระบรมราชชนกของนักเรียน มัธยมศึกษาตอนปลาย นภษา สิงห์วีรธรรม, กิตติพร เนาว์สุวรรณ The Interesting on Health Science Program and the Recognize of Praboromarajchanok Institute in Upper Secondary School Students Noppcha Singweratham, Kittiporn Nawsuwan	112

แนวทางการจัดการเรียนการสอน เพื่อพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ จากสถานการณ์โควิด-19

Guidelines for Teaching and Learning Management to Improve Learning Outcomes from a COVID-19 Situation

มาลีวัล เลิศสาครศิริ

Maleewan Lertsakornsiri

Received : 25/4/63

Revised : 28/12/64

Accepted : 29/12/64

บทคัดย่อ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ทั่วโลก ทำให้พบผู้ที่ติดเชื้อและเสียชีวิตจำนวนมาก ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ เศรษฐกิจ และการศึกษา ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการศึกษานั้น วัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เพื่อแสดงถึงแนวทางการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ จากสถานการณ์โควิด-19 โดยให้สถานศึกษาจัดให้มีการเรียนการสอนด้วยการไม่ต้องเข้าชั้นเรียน ปรับเป็นการเรียนการสอนออนไลน์ด้วยการใช้เทคโนโลยี เพื่อดำเนินการเรียนการสอนต่อไปภายใต้วิกฤติโรคระบาดนี้ โดยการสอนออนไลน์บนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต (E-learning) ใช้ Google meet, Moodle E-learning คอมพิวเตอร์ช่วยสอน (CAI) และหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ สำหรับการวัดและประเมินผลดำเนินการผ่าน google form

คำสำคัญ : การจัดการเรียนการสอน การสอนออนไลน์บนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ผลลัพธ์การเรียนรู้ สถานการณ์โควิด-19

ABSTRACT

The epidemic of new strains of the coronary virus in 2019 around the world has caused many infected and dead people. They cause greatly affect the health, economic and educational systems. In the part of education, the objective of this study is to indicate guidelines for teaching and learning management to improve learning outcomes from a COVID-19 situation. Educational institutions provide instruction by not having to attend classes, turn teaching and learning to online by using technology. They are continue teaching and learning under this epidemic crisis. Teaching and learning by E-learning uses Google meet, Moodle E-learning, Computer Assisted Instruction (CAI) and Electronic book (E-book). For measurement and evaluation use google form.

Keywords: Teaching and learning management, E-learning, Learning outcomes, COVID-19 situation

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) หรือโรคโควิด-19 นับว่าเป็นอีกหนึ่งเหตุการณ์ประวัติศาสตร์ที่เกิดขึ้นในโลก สร้างความสูญเสียให้ทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยสุดคณานับ จากการที่มีการแพร่กระจายไปเกือบทุกประเทศทั่วโลก ทำให้มีผู้ติดเชื้อจำนวนมากและเพิ่มจำนวนสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ระบบสาธารณสุขในประเทศต่างๆ เกิดสถานะที่ไม่สามารถรองรับผู้ป่วยทั้งหมดได้ จึงพบผู้ที่ติดเชื้อและเสียชีวิตจำนวนมาก ซึ่งนอกจากจะคร่าชีวิตของประชากรโลกจำนวนมากแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของทุกคน สร้างความเสียหายทางสังคมและเศรษฐกิจมหาศาล รวมถึงส่งผลกระทบต่อระบบการศึกษาด้วยเช่นกัน วัตถุประสงค์ของการศึกษารั้งนี้ เพื่อแสดงถึงแนวทางการจัดการเรียนการสอน เพื่อพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ จากสถานการณ์ COVID-19

ลักษณะการติดเชื้อไวรัสโคโรนา อาการและอาการแสดง

เชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคปอดอักเสบ แพร่ระบาดในเมืองอู่ฮั่นของประเทศจีน โควิด-19 เป็นไวรัสในตระกูล Corona¹ มีการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ (airborne) สิ่งคัดหลั่งจากสัตว์ที่แพร่เชื้อหรือผู้ป่วยที่ติดเชื้อ เมื่อมีอาการไอ ไอมีเสมหะ ผู้ที่อยู่ใกล้ชิด จึงสูดดมเชื้อในอากาศผ่านฝอยละอองขนาดใหญ่ และฝอยละอองขนาดเล็กเข้าไปในทางเดินหายใจ การแพร่เชื้อโดยการสัมผัส เช่น การจับมือกันหรือมือจับของใช้สาธารณะร่วมกัน การแพร่เชื้อทางอุจจาระอาจจะเป็นไปได้เพราะเชื้อออกมาทางอุจจาระได้ด้วยแต่พบได้น้อยมาก เมื่อเชื้อไวรัสโคโรนาเข้าไปในเซลล์มนุษย์จะแบ่งตัวและเจริญเติบโต

เช่น เซลล์ของเยื่อปอดคลุม โดยมีระยะฟักตัวประมาณ 14 วัน การที่เชื้อเพิ่มจำนวนมากขึ้นและเข้าไปในเซลล์ข้างเคียง จะทำลายเซลล์มนุษย์ในปอดคลุมและปอด ทำให้ปอดอักเสบและการหายใจล้มเหลวในที่สุด² ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนาบางรายไม่แสดงอาการ บางรายมีอาการไอ บางรายมีไข้และไอมีเสมหะ บางรายโดยเฉพาะผู้สูงอายุมีไข้และหายใจเร็ว หอบจากปอดบวม มีน้อยรายที่มีอาการเจ็บคอ น้ำมูกไหล หรืออุจจาระร่วง เมื่อป่วยรุนแรงจะหายใจเร็ว หอบ จนถึงการหายใจล้มเหลว ช็อคและเสียชีวิตได้

สถานการณ์ COVID-19 ทั่วโลกและประเทศไทย

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาเริ่มต้นที่ประเทศจีน ตั้งแต่วันที่ 30 ธันวาคม 2562 ต่อมาได้พบผู้ป่วยที่ติดเชื้อในหลายประเทศทั่วโลก และองค์การอนามัยโลกหรือ WHO ได้ประกาศให้เป็นโรค COVID-19 ระบาดใหญ่ (Pandemic) เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 หลังจากเชื้อลุกลามไปอย่างรวดเร็วในทุกภูมิภาคของโลก³

สำหรับประเทศไทยเริ่มพบผู้ป่วยรายแรกที่มีการติดเชื้อโรค COVID-19 เมื่อวันที่ 13 มกราคม 2563 เป็นนักท่องเที่ยวชาวจีน ซึ่งเดินทางมาจากเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน พื้นที่ซึ่งกำลังระบาด⁴ หลังจากนั้นมีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วในกลุ่มคนที่มีการรวมตัวกันจำนวนมาก เช่น ที่สนามมวยสถานบันเทิง เป็นต้น รวมถึงคนที่เดินทางมาจากต่างประเทศที่มีการแพร่กระจายเชื้อ ดังนั้น รัฐบาลได้ประกาศ ณ วันที่ 25 มีนาคม 2563 ให้โรค COVID-19 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 โดยเป็นสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร⁵ ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2563 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2563 ซึ่งประชาชนจะต้องงดการเดินทางไปเขต

โรคติดต่ออันตราย หลีกเลี่ยงการเดินทางไปพื้นที่ที่มีการระบาดต่อเนื่อง หรือพื้นที่ที่พบผู้ป่วยตามรายงานขององค์การอนามัยโลก รวมถึงมีมาตรการต่าง ๆ เพื่อยับยั้งการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 เช่น มาตรการรณรงค์ให้ประชาชนสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่หรือ alcohol gel กินร้อน ช้อนกลางตัวเอง การปิดห้างสรรพสินค้า สถานบันเทิง ร้านอาหารจำหน่ายอาหารโดยนำกลับรับประทานที่บ้าน การเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) อย่างน้อย 1-2 เมตร การคัดกรองในแต่ละพื้นที่ การยกเลิกกิจกรรมที่คนรวมตัวกันเป็นหมู่คณะ สถานที่ทำงานบางแห่งหยุดเพื่อให้คนทำงานที่บ้าน ดังคำกล่าวที่ว่า “อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ” และการล็อกดาวน์ เป็นต้น มีการประกาศ พ.ร.ก.ฉุกเฉิน และประกาศเคอร์ฟิว⁵ รวมถึงมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาจากมาตรการดังกล่าวที่รัฐบาลประกาศใช้ ซึ่งได้รับความร่วมมือจากประชาชนในการปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด ทำให้ประเทศสามารถควบคุมการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ได้ค่อนข้างดี จนได้รับการยอมรับและเป็นที่ชื่นชมจากนานาประเทศ⁶

ผลกระทบของ COVID-19 ต่อการศึกษา

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิต สุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจดังที่กล่าวแล้ว แน่ใจว่ามีผลกระทบต่อการศึกษาด้วยเช่นกัน ทั้งนี้ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) ตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อบุคลากร นิสิต นักศึกษา ประชาชน และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการของหน่วยงานและสถาบันอุดมศึกษาในสังกัด อว. จึงได้ประกาศให้สถาบันศึกษางดจัดการเรียนการสอนในชั้นเรียน และมีมาตรการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบ

จากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรค COVID-19 เมื่อวันที่ 12 มีนาคม 2563 โดยส่วนหนึ่งของมาตรการดังกล่าว คือ พิจารณาจัดการเรียนการสอนผ่านระบบออนไลน์⁷ เช่นเดียวกับประกาศกระทรวงศึกษาธิการเมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2563 เรื่องให้สถานศึกษาในสังกัด และในกำกับของกระทรวงศึกษาธิการ ปิดเรียนด้วยเหตุพิเศษ ตั้งแต่วันที่ 18 มีนาคม 2563 เป็นต้นไป โดยให้สถานศึกษาจัดให้มีการเรียนการสอนด้วยการไม่ต้องเข้าชั้นเรียนปรับเป็นการเรียนการสอนออนไลน์⁸ จากผลกระทบดังกล่าว ทำให้ทุกสถาบันการศึกษาจำเป็นต้องมีการปรับการเรียนการสอนออนไลน์โดยใช้เทคโนโลยีมากขึ้น อย่างไรก็ตามยังคงคำนึงถึงผลลัพธ์การเรียนรู้ ดังนั้น แนวทางการจัดการเรียนการสอนในสถานการณ์ COVID-19 จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องเร่งดำเนินการ **การจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้**

กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา แห่งชาติ พ.ศ. 2552 และฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2560 ตามประกาศของกระทรวงศึกษาธิการ และประกาศของคณะกรรมการการอุดมศึกษา กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ มาจากคำว่า Nation Qualifications Framework for Higher Education: NQF หมายถึง เกณฑ์บ่งชี้คุณลักษณะการเรียนรู้และผลของการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น จากกระบวนการเรียนรู้ตามมาตรฐานการเรียนรู้ของหลักสูตรที่กำหนดไว้ เป็นเครื่องมือในการนำนโยบายการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการจัดการศึกษาตามที่กำหนดใน พ.ร.บ. การศึกษา แห่งชาติฯ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานการอุดมศึกษาและการประกันคุณภาพการศึกษา สู่การปฏิบัติในสถาบันอุดมศึกษาอย่างเป็นรูปธรรม โดยมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning outcomes) อย่างน้อย 5 ด้าน⁹ ดังนี้

1. ด้านคุณธรรม จริยธรรม หมายถึง การพัฒนานิสัยในการประพฤติอย่างมีคุณธรรม จริยธรรม ทั้งในเรื่องส่วนตัวและสังคม

2. ด้านความรู้ หมายถึง ความสามารถในการทำความเข้าใจ การนึกคิด และการนำเสนอข้อมูล หลักการ ทฤษฎี ตลอดจนกระบวนการต่าง ๆ ที่สามารถเรียนรู้ด้วยตนเองได้

3. ด้านทักษะทางปัญญา หมายถึง กระบวนการต่าง ๆ ในการคิด วิเคราะห์ และแก้ปัญหา เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ใหม่

4. ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ หมายถึง ความสามารถในการทำงานกลุ่ม ความสามารถในการวางแผนและรับผิดชอบในการเรียนรู้ด้วยตนเอง

5. ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

ในส่วนของสาขาพยาบาลศาสตร์ ที่มีการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ดังนั้น สภากาพยาบาลจึงได้กำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลเพิ่มอีก 1 ด้าน รวมเป็น 6 ด้าน คือ

6. ด้านทักษะพิสัย หมายถึง ผู้เรียนต้องมีทักษะด้านการปฏิบัติที่เชี่ยวชาญ เน้นทักษะของการฝึกฝนให้เกิดความชำนาญ

การจัดการศึกษาทางการพยาบาลที่มุ่งเน้นผลลัพธ์การเรียนรู้ ในสถานการณ์ COVID-19 โดยคำนึงถึงการพัฒนานักศึกษา 5 ด้าน คือ ด้านคุณธรรม จริยธรรม ด้านความรู้ ด้านทักษะทางปัญญา ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ โดยจะไม่สามารถพัฒนาด้านทักษะพิสัย สืบเนื่องจากการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ทำให้มีผู้ป่วยที่ติดเชื้อ

จำนวนมากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กอปรกับประกาศของรัฐบาลและกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ที่คำนึงถึงผลกระทบของการแพร่ระบาดโรค COVID-19 ต่อความปลอดภัยในสุขภาพของอาจารย์ บุคลากร และนักศึกษา จึงงดการเรียนการสอนในชั้นเรียนและการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาล/สถานบริการสุขภาพ ให้มีการปรับการเรียนการสอนเป็นการสอนผ่านระบบออนไลน์บนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต (E-learning) โดยการใช้โปรแกรมต่างๆ อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากที่เหตุการณ์กลับสู่สภาพปกติ สถาบันการศึกษาพยาบาลจะจัดให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติการพยาบาลสดเชยเพื่อพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านทักษะพิสัย

ลักษณะการเรียนการสอนออนไลน์บนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต (E-learning)

การเรียนการสอนออนไลน์บนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต (E-learning) ประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 4 ประการ¹⁰ ดังนี้

1. เนื้อหา (Content) ในการศึกษา ไม่ว่าจะจัดการเรียนการสอนอย่างไร เนื้อหาถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด ใน E-Learning ก็เช่นกัน ควรต้องมีการนำเสนอเนื้อหาในลักษณะที่ไม่เป็นเชิงเส้นตรง กล่าวคือ ผู้เรียนสามารถเข้าถึงเนื้อหาตามความต้องการ โดย E-Learning จะต้องจัดการเชื่อมโยงที่ยืดหยุ่นแก่ผู้เรียน ควรต้องมีการนำเสนอเนื้อหาโดยใช้ประโยชน์จากสื่อประสม (multimedia) เพื่อช่วยในการประมวลผลสารสนเทศของผู้เรียน ให้เกิดความคงทนในการเรียนรู้ได้ดี

2. ระบบบริหารการเรียน (Learning Management System: LMS) ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการติดต่อสื่อสารและการกำหนดลำดับของเนื้อหาในบทเรียน แล้วส่งผ่านเครือข่าย

คอมพิวเตอร์ไปยังผู้เรียน ซึ่งรวมถึงขั้นตอนการประเมินผล ควบคุม และสนับสนุนการให้บริการทั้งหมดแก่ผู้เรียน ระบบบริหารการเรียนจึงทำหน้าที่ตั้งแต่ผู้เรียนเริ่มเข้ามาเรียน โดยจัดเตรียมเนื้อหาบทเรียนทั้งหมดให้พร้อมที่จะให้ผู้เรียนได้เข้ามาเรียน เมื่อผู้เรียนได้เริ่มต้นบทเรียนแล้ว ระบบจะเริ่มทำงานโดยส่งบทเรียนตามคำขอของผู้เรียนผ่านเครือข่ายคอมพิวเตอร์ ไปแสดงที่ web browser ของผู้เรียน จากนั้นระบบก็จะติดตามและบันทึกความก้าวหน้า รวมทั้งรายงานกิจกรรมและผลการเรียนของผู้เรียน

3. การติดต่อสื่อสาร(Communication) มีเครื่องมือที่จะช่วยให้ผู้เรียนได้ติดต่อสอบถามปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน และระหว่างผู้เรียนกับเพื่อนร่วมชั้นเรียนคนอื่น ๆ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารอาจแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้ 1) ประเภทช่วงเวลาเดียวกัน (synchronous) ได้แก่ การสนทนาออนไลน์ (chat) การถ่ายทอดสัญญาณภาพและเสียงสด (live broadcast/video conference) เป็นต้น และ 2) ประเภทช่วงเวลาต่างกัน (asynchronous) ได้แก่ การแลกเปลี่ยนข้อความผ่านทางกระดานอิเล็กทรอนิกส์ (web-board) ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail)

4. การมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive) มีการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนโต้ตอบ มีปฏิสัมพันธ์กับเนื้อหาหรือกับผู้อื่นได้ กล่าวคือควรต้องมีการออกแบบกิจกรรมซึ่งผู้เรียนสามารถโต้ตอบกับเนื้อหา มีการจัดหาเครื่องมือเพื่อเป็นช่องทางแก่ผู้เรียนในการติดต่อสื่อสาร ปรึกษา อภิปราย ชักถาม แสดงความคิดเห็นกับผู้สอน/วิทยากร/ผู้เชี่ยวชาญ หรือเพื่อน ๆ รวมทั้งมีการจัดเตรียมแบบฝึกหัดและแบบทดสอบ

ให้ผู้เรียนสามารถตรวจสอบความเข้าใจด้วยตนเองได้

การออกแบบการเรียนการสอนออนไลน์บน เครือข่ายอินเทอร์เน็ต (E-Learning)

การออกแบบการเรียนการสอนออนไลน์บนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต (E-Learning) ใช้หลักการ ADDIE (Analyze, Design, Develop, Implement, Evaluation)¹⁰ ดังนี้

1. วิเคราะห์ (Analyze) ผู้สอน ต้องวิเคราะห์ว่า เนื้อหาอะไรที่จะเรียนหรือสอนผ่าน E-learning ต้อง การให้ ผู้เรียน ได้รับ อะไร วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมของบทเรียน การจัดลำดับความสำคัญของเนื้อหา การส่งข้อมูลสารสนเทศ ด้วยวิธีการ กิจกรรมอย่างไรบ้าง ซึ่งการวิเคราะห์ที่เหมาะสมนั้น ต้องสอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียนมากที่สุดและตรงกับเป้าหมาย รวมถึงการวิเคราะห์ผู้เรียน สภาพแวดล้อม และอุปกรณ์สนับสนุนการเรียนรู้อุปกรณ์ของผู้เรียน

2. ออกแบบ (Design) เป็นขั้นตอนประสานระหว่างสิ่งที่เป็นามธรรมจากขั้นวิเคราะห์ โดยการแปลงความคิดและนำเสนอเป็นรูปธรรม เช่น การออกแบบบทเรียน สื่อ กิจกรรม วิธีการนำเสนอ แบบ ทดสอบ การออกแบบผังงาน และการออกแบบหน้าจอภาพ เป็นต้น

3. พัฒนา (Develop) เป็นขั้นตอนของการลงมือปฏิบัติ การสร้างบทเรียนตามผลของการออกแบบ ซึ่งต้องอาศัยผู้มีความเชี่ยวชาญหลายด้าน เช่น นักออกแบบคอมพิวเตอร์กราฟิกส์ นักคอมพิวเตอร์ผู้ดูแลและจัดการระบบบริหารการเรียนการสอน (LMS: Learning Management System)

4. นำไปใช้ (Implement) เป็นการนำบทเรียนที่ผ่านการพัฒนาเป็นบทเรียนในรูปแบบของสื่อดิจิทัล เผยแพร่บนระบบเครือข่าย (Network) เพื่อให้ผู้เรียนได้เรียนและร่วมกิจกรรมต่าง ๆ

5. ประเมิน (Evaluation) เป็นขั้นตอนที่ต้องดำเนินการกับทุกขั้นตอนในโมเดลประกอบด้วย การประเมินการวิเคราะห์ การประเมินการออกแบบ การประเมินการพัฒนา และการประเมินเมื่อนำไปใช้จริง

แนวทางการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนา

ผลลัพธ์การเรียนรู้ จากสถานการณ์ COVID-19

จากสถานการณ์ COVID-19 ที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษาทั้งในไทยและต่างประเทศ จึงจำเป็นต้องมีการนำระบบการสอนออนไลน์บนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต (E-learning) มาปรับใช้ เพื่อดำเนินการเรียนการสอนต่อไปได้ภายใต้วิกฤติโรคระบาด ดังนี้

1. การเรียนการสอนออนไลน์ ทั้งในส่วนการสอนที่นักศึกษาสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สอนได้ทันที คือ ผู้เรียนสามารถเห็นผู้สอนในภาพปัจจุบันสามารถโต้ตอบ สอบถาม พุดคุยกันได้ในขณะที่สอน และการสอนที่ผู้สอนสามารถจัดการถ่ายทำไว้ล่วงหน้า และผู้เรียนสามารถติดตามภายหลังได้ในกรณีผู้เรียนมีข้อจำกัดเรื่องการเรียนการสอนออนไลน์แบบแรก โปรแกรมที่ใช้เพื่อจัดการเรียนการสอนออนไลน์บนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต (E-learning) การประชุม การ Conference มีได้ ดังนี้

1.1 Google meet มีลักษณะการติดต่อสื่อสารประเภทช่วงเวลาเดียวกัน (synchronous) สามารถสนทนาออนไลน์ (chat) ถ่ายทอดสัญญาณภาพและเสียงสด เปิดโอกาสให้ผู้เรียนโต้ตอบกับผู้สอน มีปฏิสัมพันธ์กับเนื้อหาปรึกษา อภิปราย ชักถาม รวมถึงแสดงความคิดเห็นกับผู้สอนและเพื่อนร่วมชั้น ซึ่ง google meet มี

คุณสมบัติที่สำคัญ ได้แก่ การประชุมทางวิดีโอความละเอียดสูง รองรับผู้เข้าร่วมประชุม/การเรียนการสอนได้สูงสุด 250 คน เข้าถึงได้ง่าย เพียงแค่แชร์ลิงก์ให้ทุกคนเข้าร่วมได้ด้วยคลิกเดียว รองรับการใช้งานที่หลากหลายบน Desktop, IOS และ Android สามารถแชร์หน้าจอ รูปภาพ ไฟล์ และข้อความได้ รวมถึงสามารถบันทึกวิดีโอการสอนได้ด้วย¹¹ มีวิธีการดังนี้

1.1.1 โหลด app.meet ไว้ในโทรศัพท์หรือ ipad ก่อน

1.1.2 เข้าสู่ระบบ Gsuit ผ่าน google chrome

1.1.3 เข้าใช้งานที่เว็บ

<https://meet.google.com/> คลิก “ลงชื่อเข้าใช้”

1.1.4 ใส่รหัสผู้ใช้ (Username) และรหัสผ่าน (Password) เดียวกันกับบัญชีผู้ใช้งานจดหมายอิเล็กทรอนิกส์

1.1.5 เมื่อเข้าสู่ระบบเรียบร้อยแล้ว จะแสดงหน้าต่างหลักของ Google meet เริ่มการประชุมหรือการเรียนการสอน โดยคลิกที่ปุ่ม “เข้าร่วมหรือเริ่มการประชุม” ระบบจะให้กำหนดรหัสวิชาหรือชื่อของการประชุม เสร็จแล้วคลิกปุ่ม “ต่อไป”

1.1.6 เมื่อคลิกเข้ามาจะแสดงหน้าจอเพื่อเข้าร่วมการประชุมหรือการเรียนการสอน เมื่อพร้อมแล้วให้คลิกที่ “เข้าร่วมเลย”

1.1.7 ระบบจะแสดงหน้าต่างข้อมูลรายละเอียดของการเข้าร่วมการประชุม/การเรียนการสอน หากต้องการเชิญผู้เข้าร่วมประชุมหรือผู้เรียนคนอื่น คลิกที่ปุ่ม “คัดลอกข้อมูลการเข้าร่วม” แล้วส่งลิงค์ให้ผู้ที่ต้องการเข้าร่วมประชุม/การเรียนการสอน หรือกดปุ่ม “เพิ่มบุคคล” ใส่ชื่ออีเมล

แล้วกดส่งคำเชิญ ระบบจะส่งอีเมลไปยังผู้ที่ต้องการเข้าร่วมประชุม/เข้าชั้นเรียน

1.1.8 หากต้องการนำเสนอในที่ประชุม หรือผู้สอนจะนำเสนอ ให้คลิกที่ “นำเสนอทันที” โดย หน้าต่างเป็นการนำเสนอเฉพาะโปรแกรม เพียง โปรแกรมใดโปรแกรมหนึ่งทั้งหน้าจอ เป็นการนำเสนอทั้งหน้าจอ หากมีการนำเสนอมากกว่า 1 โปรแกรม

1.1.9 ถ้าต้องการบันทึกการประชุม/การสอน ให้คลิกที่ 3 จุดที่มุมล่างขวามือ แล้วเลือก “บันทึกการประชุม” โดยไฟล์การบันทึก และบันทึกไว้ใน Google drive > My drive > Meet recordings

1.2 Moodle E-learning (Moodle = Modular object-oriented dynamic learning environment) คือ ระบบบริหารการเรียน (Learning Management System: LMS) ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการติดต่อสื่อสาร และการกำหนดลำดับของเนื้อหาในบทเรียน แล้วส่งผ่านเครือข่ายคอมพิวเตอร์ไปยังผู้เรียน ซึ่งรวมถึงขั้นตอนการประเมินผล ควบคุม และสนับสนุนการให้บริการทั้งหมดแก่ผู้เรียน ได้แก่ Moodle, Blackboard, Edmodo, Google classroom อาจกล่าวได้ว่า Moodle E-learning เป็นโปรแกรมที่ประมวลผลในเครื่องบริการ ทำหน้าที่ให้บริการระบบ E-learning เพื่อให้ผู้ดูแลระบบสามารถเปิดบริการแก่ผู้สอนและผู้เรียน ผ่านระบบซีเอ็มเอสหรือระบบจัดการเนื้อหา (CMS = Course Management System) บริการให้ผู้สอนสามารถจัดการเนื้อหา เตรียมเอกสาร สื่อมัลติมีเดีย แบบฝึกหัดตามแผนการจัดการเรียนรู้ จึงเป็นระบบที่มีความสามารถสูงต่อการใช้ในการเรียนการสอน ลักษณะของ Moodle E-learning¹² ดังนี้

1.2.1 เป็นแหล่งเผยแพร่เอกสารออนไลน์ เช่น Microsoft office, Web page, PDF หรือ Image เป็นต้น

1.2.2 มีระบบติดต่อสื่อสารระหว่างผู้เรียนเพื่อนร่วมชั้น และผู้สอน เช่น การสนทนาออนไลน์ (Chat) การแลกเปลี่ยนข้อความผ่านทางกระดานอิเล็กทรอนิกส์ (Web-board) เป็นต้น ผู้เรียนฝากคำถาม ผู้สอนมอบการบ้านไว้ให้ นัดสนทนาแบบออนไลน์ นัดสอนเสริม หรือแจกเอกสารให้อ่านก่อนเข้าเรียน

1.2.3 มีระบบแบบทดสอบ รับการบ้านแบบฝึกหัดและกิจกรรม ที่รองรับระบบให้คะแนนที่หลากหลาย ให้ส่งงาน ให้ทำแบบฝึกหัด ตรวจสอบให้คะแนนแล้ว export ไป excel ได้

1.2.4 สำรองข้อมูลเป็น .zip แฟ้มเดียวได้ ทำให้ผู้สอน หรือผู้เรียนนำไปกู้คืนในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่ใดก็ได้

1.2.5 ผู้สอนเตรียมสอนเพียงครั้งเดียว แต่ผู้เรียนเข้ามาเรียนกี่รอบก็ได้ สามารถทบทวนได้หลายครั้ง

1.3 คอมพิวเตอร์ช่วยสอน (Computer Assisted Instruction: CAI) เป็น การ นำ คอมพิวเตอร์มาใช้เป็นเครื่องมือสร้างโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อให้ผู้เรียนนำไปเรียนด้วยตนเอง และเกิดการเรียนรู้ ในโปรแกรมประกอบด้วย เนื้อหาวิชา แบบฝึกหัด แบบทดสอบ ลักษณะของการนำเสนออาจมีทั้งตัวหนังสือ ภาพกราฟิกส์ ภาพเคลื่อนไหว สีหรือเสียง เพื่อดึงดูดให้ผู้เรียนเกิดความสนใจมากยิ่งขึ้น รวมทั้งการแสดงผลการเรียนรู้ให้ทราบทันทีด้วยข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) แก่ผู้เรียน และยังมี การจัดลำดับวิธีการสอนหรือกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้เหมาะสมกับผู้เรียนแต่ละคน ทั้งนี้ จะต้องมี การวางแผนการผลิตอย่างเป็นระบบ ในการนำเสนอเนื้อหาในรูปแบบที่แตกต่างกัน โดยมี

ลักษณะที่สำคัญ คือ เป็นรูปแบบการเรียนการสอนแบบรายบุคคล ที่นำเอาหลักการของบทเรียนโปรแกรมและเครื่องช่วยสอนมาผสมผสานกันจัดเป็นสื่อมัลติมีเดียเพื่อการเรียนการสอน รูปแบบของสื่อถูกออกแบบให้ทำงานภายใต้ทรัพยากรของเครื่องคอมพิวเตอร์โดยตรง ข้อมูลการเรียนรู้จะอยู่ในรูปของไฟล์ข้อมูลที่น่ามาลงหรือติดตั้งในเครื่องคอมพิวเตอร์ หรืออาจจะเล่นบนแผ่น CD-Rom/DVD โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะตอบสนองความแตกต่างระหว่างบุคคลของผู้เรียนเป็นหลัก เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ทางการศึกษาเป็นรายบุคคล¹³ โดยยึดหลักการที่สำคัญที่เรียกว่า 4 Is ดังนี้

1.3.1 Information คือ เนื้อหาสาระที่ได้รับการเรียบเรียง ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ หรือได้รับทักษะอย่างหนึ่งอย่างใดตามที่ผู้สอนได้กำหนดวัตถุประสงค์ไว้ การนำเสนออาจเป็นไปในลักษณะทางตรงหรือทางอ้อมก็ได้ โดยทางตรง ได้แก่ คอมพิวเตอร์ช่วยสอนประเภทติวเตอร์ เช่น การอ่านจำ ทำความเข้าใจ ฝึกฝน ตัวอย่างการนำเสนอในทางอ้อม ได้แก่ คอมพิวเตอร์ช่วยสอนประเภทเกมและการจำลอง

1.3.2 Interaction คือ การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้เรียนกับคอมพิวเตอร์ช่วยสอน ซึ่งรูปแบบการเรียนการสอนที่ดีที่สุด คือ เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้สอนได้มากที่สุด

1.3.3 Individualization คือ การตอบสนองความแตกต่างระหว่างบุคคล ลักษณะสำคัญของคอมพิวเตอร์ช่วยสอน บุคคลแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันทางการเรียนรู้ คอมพิวเตอร์ช่วยสอนเป็นสื่อประเภทหนึ่ง ซึ่งได้รับการออกแบบให้มีลักษณะที่ตอบสนองต่อความแตกต่างระหว่างบุคคลให้มากที่สุด

1.3.4 Immediate Feedback ผล

ป้อนกลับหรือการให้คำตอบ ถือเป็นเสริมแรงอย่างหนึ่ง การให้ผลป้อนกลับแก่ผู้เรียนในทันที รวมถึงการที่คอมพิวเตอร์ช่วยสอนที่สมบูรณ์จะต้องมีการทดสอบหรือประเมินความเข้าใจของผู้เรียนในเนื้อหาหรือทักษะต่าง ๆ ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

ถึงแม้คอมพิวเตอร์ช่วยสอน (CAI) จะนำเสนอเนื้อหาบทเรียนในรูปแบบของสื่อมัลติมีเดียทางคอมพิวเตอร์ เป็นการนำเสนอบนเครื่อง Stand alone ในลักษณะ Off line ซึ่งมุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีโอกาสอ่าน และทำความเข้าใจเนื้อหาตามความสามารถของตน สามารถที่จะทบทวนเนื้อหาตามความพอใจหรือจนกว่าจะเข้าใจ สามารถโต้ตอบกับบทเรียนและการให้ผลป้อนกลับ แต่อย่างไรก็ดีสามารถนำ CAI online ในส่วนของเนื้อหาสาระที่ผู้สอนได้จัดเตรียมไว้ทั้งตัวหนังสือ ภาพกราฟิกส์ ภาพเคลื่อนไหว สีหรือเสียง รวมถึงการใช้ในการทำแบบฝึกหัด หรือแบบทดสอบ เพื่อให้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้สอนได้

1.4 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic book: E-book) เป็นหนังสือที่สร้างขึ้นด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ มีลักษณะเป็นเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ที่โดยปกติแล้วมักจะเป็นแฟ้มข้อมูลที่สามารถอ่านเอกสารผ่านทางหน้าจอคอมพิวเตอร์ทั้งในระบบออฟไลน์และออนไลน์ ภายในหน้าหนังสือสามารถเชื่อมโยงไปยังส่วนต่าง ๆ ของหนังสือ และเว็บไซต์ต่าง ๆ รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์และโต้ตอบกับผู้เรียน สามารถแทรกภาพ เสียง ภาพเคลื่อนไหว วิดีทัศน์ แบบทดสอบลงไปได้ และสามารถปรับปรุงข้อมูลให้ทันสมัยได้ตลอดเวลา หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ แบ่งออกเป็น 10 ประเภท¹⁴ ดังนี้

1.4.1 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์หรือแบบตำรา (Textbooks) เป็นการแปลงหนังสือจากสภาพสิ่งพิมพ์ปกติเป็นสัญญาณดิจิทัล เพิ่มศักยภาพการนำเสนอ การปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้อ่าน หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ด้วยศักยภาพของคอมพิวเตอร์ เช่น การเปิดหน้าหนังสือ การสืบค้น การคัดเลือก เป็นต้น

1.4.2 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์แบบหนังสือเสียงอ่าน มีเสียงคำอ่านเมื่อเปิดหนังสือ เป็นการเน้นคุณลักษณะหลักด้านการนำเสนอเนื้อหาที่เป็นตัวอักษรและเสียง

1.4.3 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์แบบหนังสือภาพนิ่งหรืออัลบั้มภาพ (Static picture books) ที่มีคุณลักษณะหลักเน้นจัดเก็บข้อมูล และนำเสนอข้อมูลในรูปแบบภาพนิ่ง หรืออัลบั้มภาพเป็นหลัก เสริมด้วยการนำศักยภาพของคอมพิวเตอร์มาใช้ในการนำเสนอ เช่น การเลือกภาพที่ต้องการ การขยายหรือย่อขนาดตัวอักษรหรือภาพของคอมพิวเตอร์มาใช้ในการนำเสนอ การสำเนาหรือการถ่ายโอนภาพ การแต่งเติมภาพ การเลือกเฉพาะส่วนของภาพ หรือเพิ่มข้อมูลเชื่อมโยงภายใน เช่น เชื่อมข้อมูลอธิบายเพิ่มเติม เชื่อมข้อมูลเสียงประกอบ เป็นต้น

1.4.4 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์แบบหนังสือภาพเคลื่อนไหว (Moving picture books) เน้นการนำเสนอข้อมูลในรูปแบบภาพวิดีโอหรือภาพยนตร์สั้น ๆ ผนวกกับข้อมูลสนเทศที่อยู่ในรูปตัวหนังสือ

1.4.5 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์แบบหนังสือสื่อประสม (Multimedia) ที่เน้นเสนอข้อมูลเนื้อหาสาระในลักษณะแบบสื่อผสมระหว่างสื่อภาพ เป็นทั้งภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหว กับสื่อประเภทเสียง ในลักษณะต่าง ๆ ผนวกกับศักยภาพของคอมพิวเตอร์

1.4.6 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์แบบหนังสือสื่อหลากหลาย (Polymedia books) มีลักษณะเช่นเดียวกับหนังสืออิเล็กทรอนิกส์แบบสื่อประสม แต่มีความหลากหลายในคุณลักษณะด้านความเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลภายในเล่มที่บันทึกในลักษณะต่าง ๆ

1.4.7 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์แบบหนังสือเชื่อมโยง (Hypermedia book) มีคุณลักษณะสามารถเชื่อมโยงเนื้อหาสาระภายในเล่ม ซึ่งผู้อ่านสามารถคลิกเพื่อเชื่อมโยงไปสู่เนื้อหาสาระที่ออกแบบเชื่อมโยงกันภายใน นอกจากนี้ ยังสามารถเชื่อมโยงกับแหล่งเอกสารภายนอก เมื่อเชื่อมต่อบริบทอินเทอร์เน็ต

1.4.8 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์แบบหนังสืออัจฉริยะ (Intelligent electronic books) มีการใช้โปรแกรมขั้นสูงที่สามารถมีปฏิกริยาหรือปฏิสัมพันธ์กับผู้อ่านเสมือนหนังสือมีสติปัญญา (อัจฉริยะ) ในการโต้ตอบ หรือคาดคะเนในการโต้ตอบหรือปฏิกริยากับผู้อ่าน

1.4.9 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์แบบหนังสือทางไกล (Telemedia electronic books) เน้นการเชื่อมโยงกับแหล่งข้อมูลภายนอกผ่านระบบเครือข่าย ทั้งที่เป็นเครือข่ายเปิดและเครือข่ายเฉพาะสมาชิกของเครือข่าย

1.4.10 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์แบบหนังสือไซเบอร์สเปซ (Cyberspace books) มีลักษณะเหมือนกับหนังสืออิเล็กทรอนิกส์หลาย ๆ แบบผสมกัน สามารถเชื่อมโยงแหล่งข้อมูลทั้งจากแหล่งภายในและภายนอก สามารถนำเสนอข้อมูลในระบบสื่อที่หลากหลาย สามารถปฏิสัมพันธ์กับผู้อ่านได้หลากหลาย

2. การวัดและประเมินผลการเรียน ระบบการสอบเก็บคะแนนและตัดเกรด ซึ่งจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลง โดยลดสัดส่วนของคะแนนจากงาน

กลุ่มที่มีความจำเป็นจะต้องทำงานร่วมกัน หรือทำร่วมกันได้ผ่านทางออนไลน์ด้วยเครื่องมือทันสมัยต่าง ๆ อาทิ google drive และการสอบโดยใช้ google form เป็นต้น

2.1 Google form เป็นส่วนหนึ่งในบริการของกลุ่ม Google Docs ที่ช่วยสร้างแบบทดสอบแบบสอบถามออนไลน์ หรือใช้สำหรับรวบรวมข้อมูลได้อย่างรวดเร็วโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ในการใช้งาน Google form ผู้ใช้สามารถนำไปปรับประยุกต์ใช้งานได้หลายรูปแบบ เช่น การทำแบบทดสอบ การทำแบบฟอร์มสำรวจความคิดเห็น การทำแบบฟอร์มสำรวจความพึงพอใจ การทำแบบฟอร์มลงทะเบียน และการลงคะแนนเสียง เป็นต้น โดยมีขั้นตอนสำหรับการสอบออนไลน์ด้วย Google form¹⁵ ดังนี้

2.1.1 ผู้สอนเป็นผู้สร้างแบบทดสอบใน Google form โดยจะต้องมีบัญชีของ Gmail หรือ Account ของ Google สามารถเข้าใช้งานสร้างแบบฟอร์มผ่าน web browser โดยไม่ต้องติดตั้งโปรแกรมใดๆ

2.1.2 ผู้สอนแจ้งรายละเอียดการสอบให้กับผู้เรียนล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วัน เพื่อให้ผู้เรียนจัดเตรียมคอมพิวเตอร์ Notebook, Tablet หรือ Smart phone และ Internet connection สำหรับใช้ในการสอบ

2.1.3 มอบ Link ข้อสอบให้ผู้เรียน ในกลุ่มของแอปพลิเคชันไลน์ หรือใน Google classroom

2.1.4 ภายหลังจากผู้เรียนทำข้อสอบเสร็จไฟล์คะแนนสอบ (excel) จะรายงานเป็นรายบุคคลและภาพรวม ผู้สอนสามารถประมวลผลการสอบได้

แนวทางการจัดการเรียนการสอนออนไลน์บนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต (E-learning) สามารถพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียนในแต่ละด้าน ได้ดังนี้

1. ด้านคุณธรรม จริยธรรม : ผู้เรียนมีระเบียบวินัย ซื่อตรงในการเรียนและทำแบบฝึกหัด/แบบทดสอบ มีพฤติกรรมการเข้าชั้นเรียน การตรงต่อเวลาและสม่ำเสมอ จากการทำผู้สอนกำหนดช่วงเวลาให้ผู้เรียนต้องเข้าเรียนหรือสอบออนไลน์บนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต (E-learning) มีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเองในการศึกษาเพิ่มเติม ค้นคว้าหาความรู้ด้วยตนเอง ทำแบบทดสอบ/แบบฝึกหัดใน Moodle e-learning คอมพิวเตอร์ช่วยสอน (CAI) และหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-book)

2. ด้านความรู้ : ผู้เรียนมีความรู้ ความเข้าใจใน หลักการ ทฤษฎี ตลอดจนกระบวนการต่างๆ จากคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (CAI) หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-book) และ Moodle e-learning ที่สามารถเรียนรู้ด้วยตนเองและจากการที่ผู้สอนถ่ายทอด นำเสนอข้อมูลโดยใช้ Google meet, Moodle e-learning และ Google form

3. ด้านทักษะทางปัญญา : ผู้เรียนมีความสามารถในการแสวงหาความรู้ที่มีประสิทธิภาพ สืบค้น ใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ งานวิจัย นวัตกรรมที่เกี่ยวข้อง นำข้อมูลที่น่าเชื่อถือไปใช้ในการอ้างอิงและแก้ปัญหา สามารถคิดวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ เพื่อพัฒนาตนเองให้มีความสามารถเพิ่มมากขึ้น จากการเรียนโดยใช้ Google meet, Moodle e-learning และศึกษาเพิ่มเติมด้วยตนเองจากคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (CAI) หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-book)

4. ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ : ผู้เรียนมีความสามารถในการวางแผนและรับผิดชอบในการเรียนรู้ด้วยตนเอง รับฟัง อภิปราย สนทนาออนไลน์ (Chat) แลกเปลี่ยน

แสดงความคิดเห็นทางกระดานอิเล็กทรอนิกส์ (web-board) และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail)

5. ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ : ผู้เรียนมีความสามารถในการอ่าน วิเคราะห์ นำเสนอข้อมูล สื่อสารด้วยการพูดและการเขียนกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ต่าง ๆ เช่น คอมพิวเตอร์ช่วยสอน (CAI) หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-book), Google meet, Moodle e-learning และ Google form ได้

บทสรุป

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) อย่างรุนแรงต่อเนื่องและทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน ทำให้มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตจำนวนมาก ภาวะเศรษฐกิจที่ถดถอย ทำให้มีผู้ตกงานไม่มีรายได้ ยากจน ลำบากและเดือดร้อน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต เครียด ซึมเศร้า รวมถึงระบบการศึกษาที่ไม่สามารถจัดการเรียนการสอนในชั้นเรียนได้ จึงจำเป็นต้องมีการปรับการเรียนการสอนภายใต้วิกฤติโรคระบาดนี้ ด้วยการใช้เทคโนโลยีการสอนออนไลน์บนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต (E-learning) ในการจัดการเรียนการสอน การประชุม และ conference ออนไลน์ โดยใช้ Google meet, Moodle e-learning คอมพิวเตอร์ช่วยสอน (CAI) และหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-book) ทั้งนี้ เพื่อพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านคุณธรรม จริยธรรม ด้านความรู้ ด้านทักษะทางปัญญา ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ โดย

สำหรับการวัดและประเมินผล การสอบ เก็บคะแนน และตัดเกรดโดยใช้ Google form

REFERENCES

1. Leelaratsame, A. Interesting facts about COVID-19 from SARS-CoV-2 virus infection [online]. 2020 [cited 2020/4/10]. Available from: <https://tmc.or.th/pdf/Covid-19-MD-AmornUpdate.pdf> (in Thai)
2. Techsauce Team. One roll ends data collection from the Department of Disease Control. Follow the situation of COVID-19 epidemic [online]. 2020 [cited 2020/4/7]. Available from: <https://techsauce.co/thai-fight-covid/what-is-covid-19-from-ddc#>
3. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Corona Virus Disease (COVID-19) [online]. 2020 [cited 2020/4/17]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/> (in Thai)
4. Kanjanapimai, S. The situation of the Covid-19 epidemic in Thailand [online]. 2020 [cited 2020/4/17]. Available from: <https://thestandard.co/coronavirus-140363-2/> (in Thai)
5. Office of the Prime Minister. Emergency situation announcement in accordance with the Emergency Decree on Administrative Affairs in 2005, Volume 137, Section 24K, the Government Gazette, 25 March 2020 [online]. 2020

- [cited 2020/4/10]. Available from:
<https://www.chorsaard.or.th/content/31622/> (in Thai)
6. Wattanachai, K. COVID-19 - How to minimize the spread? [online]. 2020 [cited 2020/4/10]. Available from:
<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-how-minimise-spread> (in Thai)
 7. Maesincee, S. The Ministry of Education announces university fees reduction-online learning Fight the Crisis, COVID-19 [online]. 2020 [cited 2020/4/12]. Available from:
<https://www.springnews.co.th/thailand/629989> (in Thai)
 8. Teepsuwan, N. Announcement of the Ministry of Education Subject: Closing the institutions under the supervision and supervision of the Ministry of Education closed for special reasons [online]. 2020 [cited 2020/4/15]. Available from: <https://moe360.blog/2020/03/17> (in Thai)
 9. Higher Education Act B.E. Thai Qualifications Framework for Higher Education, TQF: HEd. [online]. 2009 [cited 2020/4/15]. Available from:
<http://www.mua.go.th/users/tqf-hed/news/FilesNews/FilesNews1/7.pdf> (in Thai)
 10. Baurai, N. Development of computer lessons on the Internet (E-learning) computer language subjects of 5th grade students, Triam Udom Suksa Pattanakarn School, Lam Lukka [online]. 2013 [cited 2020/6/10]. Available from:
<https://www.slideshare.net/jokesparrow/merged-document-3-36667841> (in Thai)
 11. Soltero, J. How to get started with Meet [online]. 2020 [cited 2020/4/15]. Available from:
<https://gsuite.google.com/intl/th/products/meet>
 12. Jamonman, S. Using the moodle program with instruction [online]. 2017 [cited 2020/4/12]. Available from:
http://www.agr.rmutt.ac.th/?wpfb_dl=151 (in Thai)
 13. Lertsakornsiri, M. & Sirirukkanan, K. The Effectiveness of Instructional Package on the Midwifery 1 Subject. J Royal Thai Army Nurses, 2016; 17(1): 26-35. (in Thai)
 14. Panchai, M. Introduction to E-book [online]. 2014 [cited 2020/4/15]. Available from:
<http://ebook03167.blogspot.com/p/blog-page.html> (in Thai)
 15. Officemanner. Get to know Google Forms and online questionnaires [online]. 2014 [cited 2020/4/15]. Available from:
<https://officemanner.com/2014/11/21/> (in Thai)

ผลของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าต่อระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าและปริมาณน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด

Effects of Foot Reflexology on Onset of Lactation and Milk Volume in Postpartum Mothers with Newborns Hospitalized in a Neonatal Intensive Care Unit

ผกาวัลย์ หนูมาก* ศศิกันต์ กาละ** สุรีย์พร กฤษเจริญ***
Phakawan Noomak* Sasikarn Kala** Sureeporn Kritcharoen***

Received : 11/10/64
Revised : 26/12/64
Accepted : 28/12/64

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมแบบปกปิดทางเดียว มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้า และปริมาณน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด คัดเลือกจากมารดาหลังคลอดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนด และเข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยสูติกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ระหว่างเดือน มีนาคม ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 50 คน ดำเนินการสุ่มเข้ากลุ่มโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง ($n = 25$) ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้าร่วมกับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มควบคุม ($n = 25$) ได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง คือ นักวิจัยผู้ทำหน้าที่นวดกดจุดสะท้อนเท้าให้มารดา 2) เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง คือ แบบประเมินทักษะการบีบน้ำนมด้วยมือ และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3.2) แบบบันทึกข้อมูลการคลอด 3.3) แบบบันทึกระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้า (ชั่วโมง) และ 3.4) แบบบันทึกปริมาณน้ำนม (มิลลิลิตร)

เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบประเมินทักษะการบีบน้ำนมด้วยมือ แบบบันทึกระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้า และแบบบันทึกปริมาณน้ำนมได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือดังกล่าวเท่ากับ 1.00 และได้ศึกษานำร่องทดลองใช้เครื่องมือในกลุ่มตัวอย่าง

* นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

** รองศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

** ผู้รับผิดชอบหลัก, รองศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ Email: kalasikarn@gmail.com

* Master Student, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

** Associate Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Prince of Songkla University,

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

** Corresponding Author Associate Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

Email: kalasikarn@gmail.com

จำนวน 10 คน ตรวจหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยแบบประเมินทักษะการบีบน้ำนมด้วยมือ ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .83 แบบบันทึกปริมาณน้ำนม ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .90

ผลการวิจัย พบว่า มารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดกลุ่มทดลอง ($M = 46.80, S.D. = 15.40$) มีระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าเร็วกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 85.27, S.D. = 20.12$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -7.59, p < .001$) และ มารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดกลุ่มทดลอง ($M = 8.10, S.D. = 6.30$) มีปริมาณน้ำนมในวันที่ 1 (24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 3.09, S.D. = 4.80$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.17, p < .01$) และกลุ่มทดลอง ($M = 15.92, S.D. = 8.82$) มีปริมาณน้ำนมในวันที่ 2 (24-48 ชั่วโมงหลังคลอด) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 4.03, S.D. = 5.27$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.79, p < .001$)

สรุป จากผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่า การนวดกดจุดสะท้อนเต้าเป็นวิธีการส่งเสริมระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าและปริมาณน้ำนมที่มีประสิทธิภาพสำหรับมารดาหลังคลอดระยะแรกที่มีทารกป่วย ดังนั้น บุคลากรสุขภาพควรประยุกต์ใช้เป็นทางเลือกหนึ่ง ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด

คำสำคัญ: การนวดกดจุดสะท้อนเต้า ระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้า ปริมาณน้ำนม มารดาหลังคลอด หออภิบาลทารกแรกเกิด

ABSTRACT

A randomized controlled trial (RCT) using the single-blind technique was conducted to compare the onset of lactation and milk volume in postpartum mothers with newborns hospitalized in a neonatal intensive care unit. The fifty postpartum mothers who were admitted in the obstetric ward, Hat Yai Hospital, Songkhla Province, and met the inclusion criteria during March to May 2021 were recruited. The participants were randomly assigned using the minimized randomization program into two groups. Each group consisted of 25 postpartum mothers with newborns hospitalized in a neonatal intensive care unit. The experimental group ($n = 25$) received foot reflexology combined with routine nursing care. The control group ($n = 25$) received only routine nursing care.

The research instruments comprised three parts, including 1) the intervention instrument, which was the researcher giving foot reflexology to the mothers, 2) the monitoring manual expression skills, and 3) the data-collecting forms: 3.1) the personal information questionnaire, 3.2) the record form of delivery information, 3.3) the record form of onset of lactation (hours), and 3.4) the record form of milk volume (milliliters). All instruments: the monitoring manual expression skills, the record forms of onset of lactation, and milk volume, were validated by three experts, yielding a content validity index (CVI) equal to 1.00. A pilot studied of 10 samples was conducted to test the reliability of the instruments: the monitoring manual expression skills, yielding a value of .83 and the record form of milk volume, yielding a value of .90.

The results showed that the experimental group ($M = 46.80$, $S.D. = 15.40$) had the onset of lactation significantly faster than the control group ($M = 85.27$, $S.D. = 20.12$) ($t = -7.59$, $p < .001$). In addition, the experimental group ($M = 8.10$, $S.D. = 6.30$) had milk volume in day 1 (24 hours postpartum) significantly more than the control group ($M = 3.09$, $S.D. = 4.80$) ($t = 3.17$, $p < .01$) and the experimental group ($M = 15.92$, $S.D. = 8.82$) had milk volume in day 2 (24-48 hours postpartum) significantly more than the control group ($M = 4.03$, $S.D. = 5.27$) ($t = 5.79$, $p < .001$).

Conclusion: The findings confirmed that foot reflexology could effectively be applied to early postpartum mothers with sick babies to promote the onset of lactation and milk volume. Therefore, healthcare personnel are recommended to apply foot reflexology as an alternative method to promote breastfeeding, especially in the group of postpartum mothers with newborns hospitalized in neonatal intensive care units.

Keywords: Foot Reflexology, Onset of Lactation, Milk Volume, Postpartum Mother, Neonatal Intensive Care Unit

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แม้ว่าน้ำนมแม่จะมีคุณประโยชน์นานัปการ แต่การประสบผลสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของประเทศไทยยังคงต่ำกว่าเป้าหมายของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดว่าเด็กไทยอย่างน้อย ร้อยละ 50 ต้องได้รับนมแม่อย่างเดียวจนถึงอายุ 6 เดือนภายในปี พ.ศ. 2568¹ สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก จากข้อมูลการสำรวจ สถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยปี พ.ศ. 2562 พบว่า มีทารกเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวจนถึงอายุ 6 เดือน² โดยเฉพาะในกลุ่มทารกป่วยยังมีโอกาสได้รับนมแม่อย่างเดียวลดลง ทั้งนี้มีการเก็บรวบรวมและเผยแพร่อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกกลุ่มดังกล่าวไม่มากนัก จากข้อมูลสถิติของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีพบว่าในปี พ.ศ. 2556 มีทารกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่แรกเกิดที่ได้รับนมแม่จนถึงอายุ 6 เดือนร้อยละ 43³ และในปี พ.ศ. 2559-2561 พบว่า การได้รับนมแม่อย่างเดียวจนถึงอายุ 6 เดือนมีแนวโน้มลดลงเหลือเพียงร้อยละ 25-34 เท่านั้น⁴ ซึ่งยังคงต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดยังคงมีปัญหาและอุปสรรคที่บุคลากรสุขภาพควรให้ความสำคัญ

ปัญหาและอุปสรรคสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ได้แก่ การที่มารดาต้องเผชิญกับการถูกแยกจากทารกตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอด เนื่องจากภายหลังการคลอดจะเกิดกลไกการสร้างและการหลั่งน้ำนมระยะที่ 2 (Lactogenesis II) จากการที่ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนและฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนลดลงอย่างรวดเร็วทำให้ฮอร์โมนโพรแลคตินทำหน้าที่ได้มากขึ้น⁵ และเมื่อมีการดูดกระตุ้นน้ำนมจากทารกจะกระตุ้นให้ต่อมใต้สมองหลั่งฮอร์โมนโพรแลคตินและฮอร์โมนออกซิโทซิน ส่งเสริมให้เกิดการสร้างและการหลั่งน้ำนมมากขึ้น แต่หากมารดาไม่ได้รับการดูดกระตุ้นน้ำนมจากทารกและดูดกระตุ้น

อย่างต่อเนื่องจะทำให้การหลั่งของฮอร์โมนโพรแลคตินและฮอร์โมนออกซิโทซินลดลงปริมาณน้ำนมของมารดาจึงลดลงและหยุดการสร้างน้ำนมในที่สุด⁶ ดังนั้นการที่ทารกแยกจากมารดาตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอดจึงขัดขวางกลไกการสร้างและการหลั่งน้ำนม นอกจากนี้มารดายังมีความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตร รวมทั้งความปวดจากการคลอด ทำให้สมองหลั่งสารโดปามีนมายับยั้งการสร้างและการหลั่งน้ำนม⁶ ส่งผลให้น้ำนมลดลง บุคลากรสุขภาพจึงควรส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมเพื่อสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดโดยเร็วที่สุด เพราะในน้ำนมแม่มีสารอาหารที่มีความจำเพาะต่อทารก โดยเฉพาะทารกป่วย น้ำนมแม่ 2-3 วันแรกหลังคลอดนั้นเปรียบเสมือนยาและวัคซีนที่ช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันให้แก่ทารก ส่งผลต่อการพัฒนาการสมอง จอประสาทตา การย่อยและการดูดซึมอาหาร ลดการเกิดลำไส้อักเสบ ลดการติดเชื้อ ทำให้ทารกที่มีภาวะแทรกซ้อนออกจากโรงพยาบาลได้เร็วกว่าทารกที่ไม่ได้รับนมแม่³ และยังเป็นจุดเริ่มต้นในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง นำไปสู่เป้าหมายตามท้องคการอนามัยโลกแนะนำให้ทารกได้รับนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และให้นมแม่ร่วมกับอาหารตามวัยต่อเนื่องจนถึง 2 ปี หรือนานกว่านั้น¹

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดมีวิธีการจัดการด้านร่างกาย 5 วิธีการ ได้แก่ 1) การนวดเต้านม ได้แก่ การนวดเต้านมด้วยตนเองเนื่องจากเต้านมเป็นอวัยวะที่พึงสวางและอ่อนไหวของเพศหญิง การนวดเต้านมด้วยตนเองจึงมีความเหมาะสมกับมารดาหลังคลอด ทั้งนี้มารดาต้องได้รับการฝึกทักษะหรือเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์หรือระยะหลังคลอดที่มารดาไม่เหนื่อยล้าและมีความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้ไม่เกิดความล่าช้าในการสร้างและการหลั่งน้ำนมระยะที่ 2 สำหรับการนวดเต้านมอีกรูปแบบหนึ่งคือ การนวดเต้านมโดยบุคลากรสุขภาพ เป็น

วิธีการที่ปฏิบัติโดยทั่วไป มีความสะดวกเนื่องจากบุคลากรสุขภาพสามารถปฏิบัติได้ทันทีเมื่อมารดามีความพร้อม มีค่าใช้จ่ายน้อย และไม่มีผลข้างเคียง⁷ แต่อย่างไรก็ตาม มีการศึกษา พบว่าการนวดเต้านมด้วยตนเองช่วยให้ให้น้ำนมไหลเร็วกว่าการนวดของบุคลากรสุขภาพหรือสามี⁸ 2) การใช้ความร้อนประคบ ผู้ปฏิบัติต้องเรียนรู้วิธีการ ระยะเวลาในการประคบร้อน ระดับอุณหภูมิที่เหมาะสม และที่สำคัญต้องใช้ความระมัดระวัง⁹ 3) การนวดกดจุด ได้แก่ การนวดกดจุดสะท้อนเท้า เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ มีจุดประสงค์เพื่อปรับปรุงสุขภาพเพื่อการผ่อนคลาย การนวดกดจุดในตำแหน่งที่เกี่ยวข้องกับการสร้างและการหลั่งน้ำนมจะสามารถส่งเสริมให้มารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีการสร้างและการหลั่งน้ำนมเพิ่มมากขึ้นอีก ทั้งเป็นวิธีการที่สะดวก และไม่มีผลข้างเคียง^{10,11} สำหรับการนวดกดจุดอีกรูปแบบหนึ่งคือ การนวดกดจุดแบบทุยหนา เป็นวิธีการนวดกดจุดแบบโบราณของแพทย์แผนจีน ผู้ปฏิบัติต้องมีทักษะความชำนาญเฉพาะจึงต้องผ่านการฝึกฝนมาเป็นอย่างดีเนื่องจากเป็นวิธีการที่ค่อนข้างยาก^{12,4} การใช้ยา ได้แก่ ต่อมเพอริโดน (Domperidone) ช่วยกระตุ้นการสร้างน้ำนม แต่อาจพบอาการข้างเคียงของยาได้ อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่ไม่พบผลข้างเคียงจากการใช้ยาดังกล่าว¹³ การใช้ยาอีกรูปแบบหนึ่ง คือการใช้ยาสมุนไพรหรือยาประสะน้ำนม มีการศึกษาพบว่า ยาประสะน้ำนมมีประสิทธิภาพทำให้มีปริมาณน้ำนมมากกว่าต่อมเพอริโดน อีกทั้งยังมีความปลอดภัยมากกว่า¹⁴ และ5) อาหารหรือสมุนไพรบำรุงน้ำนม มีการศึกษาพบว่า การรับประทานอาหารหรือสมุนไพรบำรุงน้ำนมทำให้ปริมาณน้ำนมเฉลี่ยในวันที่ 3 เพิ่มขึ้น¹⁵

จะเห็นได้ว่า มีการศึกษาแนวทางส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมหลายวิธีการ บางวิธีใช้เป็นแนวปฏิบัติกันอย่างแพร่หลาย บางวิธีการมีข้อจำกัดและอาจมีผลข้างเคียง การส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดกระตุ้นน้ำนมโดยเร็วที่สุดและให้ทารกได้รับนมแม่โดยเร็วที่สุดนอกจากช่วยให้ภาวะสุขภาพของทารกที่กำลังเจ็บป่วยฟื้นตัวได้โดยเร็วขึ้น ยังทำให้มารดารู้สึกมีคุณค่าจากการได้แสดงบทบาทการเป็นมารดาในการ

เตรียมความพร้อมให้มีน้ำนมเพียงพอสำหรับการเลี้ยงดูบุตร⁶ บุคลากรสุขภาพจึงต้องสนับสนุนการกระตุ้นน้ำนมโดยเร็ว โดยการเลือกใช้วิธีการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมที่เหมาะสมกับบริบทของมารดา และมีประสิทธิภาพมากที่สุด

การนวดกดจุดสะท้อนเท้าเป็นวิธีการหนึ่งที่เหมาะสมกับบริบทมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิด เนื่องจากมารดาไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการกระตุ้นน้ำนมตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์เพราะเป็นเหตุการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า มารดาหลังคลอดมีความอ่อนล้าทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีความ เครียดและวิตกกังวล⁶ การเตรียมความพร้อมเพื่อนวดเต้านมด้วยตนเองจึงมีข้อจำกัดและต้องรอเวลา ส่งผลให้กระบวนการสร้างและการหลั่งน้ำนมล่าช้าได้ การช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพที่ผ่านการอบรมการนวดกดจุดสะท้อนเท้าแล้วนั้นทำให้สามารถดูแลและกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนมให้มารดาหลังคลอดได้รวดเร็ว เป็นวิธีการที่ไม่มีผลข้างเคียง ช่วยทำให้มารดาเกิดความผ่อนคลาย และที่สำคัญคือช่วยส่งเสริมกระบวนการสร้างและการหลั่งน้ำนม โดยเมื่อมารดาหลังคลอดได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้าจะส่งเสริมให้เกิดการผลิตฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการสร้างและการหลั่งน้ำนมจากต่อมใต้สมอง ได้แก่ ฮอร์โมนโพรแลคตินที่ หลั่งจากต่อมใต้สมองส่วนหน้าทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการสร้างน้ำนม และฮอร์โมนออกซิโทซินที่หลั่งจากต่อมสมองส่วนหลังทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการหลั่งน้ำนม⁵ ฮอร์โมนดังกล่าวจะถูกส่งเข้าสู่กระแสเลือดโดยตรงและส่งต่อไปยังเต้านมทำให้ต่อมน้ำนมและท่อน้ำนมทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การนวดกดจุดสะท้อนเท้ายังกระตุ้นประสาทสัมผัส ทำให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนแห่งความสุข คือ ฮอร์โมนเอนโดรฟินและฮอร์โมนออกซิโทซิน ส่งผลให้ระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลซึ่งเป็นฮอร์โมนแห่งความเครียดอยู่ในระดับสมดุล¹⁶ จึงไม่หลังโดปามีนที่เป็นสารสื่อประสาทมีหน้าที่ยับยั้งการหลั่งฮอร์โมนโพรแลคตินและฮอร์โมนออกซิโทซิน⁶ ทำให้การสร้างและการหลั่งน้ำนมในมารดาหลังคลอดเพิ่มขึ้น ซึ่งสามารถประเมินได้จาก

ระยะเวลาให้นมเต็มเต้า และปริมาณน้ำนมของมารดา การนวดกดจุดสะท้อนเท้าจึงมีความแตกต่างจากการนวดโดยทั่วไป เช่น การนวดหลัง การนวดคอ บ่า ไหล่ เป็นต้น ที่เน้นการผ่อนคลายเป็นหลัก แต่การนวดกดจุดสะท้อนเท้าเป็นศาสตร์ที่ช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบไหลเวียนเลือด ปรับสมดุลในร่างกาย และกระตุ้นประสาทสัมผัส^{16,17} ทำให้อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการสร้างและการหลั่งน้ำนมโดยตรง ได้แก่ ต่อมใต้สมองและเต้านม ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁷

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาการนวดกดจุดสะท้อนเท้าที่เกี่ยวข้องกับการสร้างและการหลั่งน้ำนมมีการศึกษาน้อยพบเฉพาะการศึกษาต่างประเทศ ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมค่อนข้างน้อย และยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทย ด้วยเหตุนี้นักวิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าต่อระยะเวลาให้นมเต็มเต้าและปริมาณน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิด เพื่อส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิดและใช้เป็นแนวทางหนึ่งในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่แรกเริ่มและต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบระยะเวลาให้นมเต็มเต้าในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้าและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เปรียบเทียบปริมาณน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้าและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. มารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิดกลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้ามีระยะเวลาให้นมเต็มเต้าเร็วกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. มารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิดกลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุด

สะท้อนเท้ามีปริมาณน้ำนมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

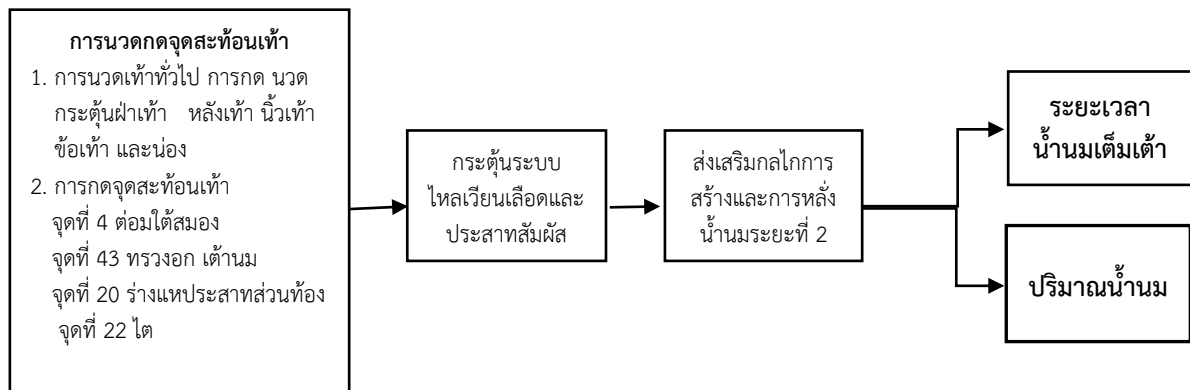
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้นำกลไกการสร้างและการหลั่งน้ำนมระยะที่ 2 (Lactogenesis II) ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนเท้า (Foot Reflexology) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กล่าวคือ ในระยะหลังคลอดระดับฮอร์โมนโปรเจสโตโรนและฮอร์โมนเอสโตรเจนลดระดับลงทำให้ฮอร์โมนโปรแลคตินสามารถออกฤทธิ์ในการสร้างน้ำนมได้ และมารดาหลังคลอดโดยทั่วไปจะมีการดูดกระตุ้นน้ำนมจากทารก(Suckling) เกิดการหลั่งฮอร์โมนโปรแลคตินและฮอร์โมนออกซิโทซินจากต่อมใต้สมองส่งเสริมให้เกิดการสร้างและการหลั่งน้ำนมเพิ่มขึ้น แต่มารดาที่แยกจากบุตรตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอดทำให้กลไกที่ช่วยส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมที่เกิดจากการดูดกระตุ้นน้ำนมของทารกขาดหายไป อีกทั้งมารดามีความเครียดและวิตกกังวล และมีความปวดจากการคลอด ทำให้สมองหลั่งสารโดปามีนมายับยั้งการหลั่งฮอร์โมนโปรแลคตินและฮอร์โมนออกซิโทซิน⁶ จึงส่งผลให้กระบวนการสร้างและการหลั่งน้ำนมลดลง

การนวดกดจุดสะท้อนเท้า จะช่วยส่งเสริมกลไกการสร้างและการหลั่งน้ำนมระยะที่ 2 แทนการดูดกระตุ้นน้ำนมจากทารก ประกอบด้วยขั้นตอนการนวดเท้าทั่วไป เป็นกระบวนการกด นวด กระตุ้นฝ่าเท้าหลังเท้า นิ้วเท้า ข้อเท้า และน่อง เพื่อให้กล้ามเนื้อเกิดความผ่อนคลายและเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับการกดจุดสะท้อนเท้า และขั้นตอนการกดจุดสะท้อนเท้า เป็นกระบวนการที่ช่วยกระตุ้นการทำงานของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการสร้างและการหลั่งน้ำนม โดยการใช้มือและอุปกรณ์สำหรับการนวดกดจุดสะท้อนเท้ากดไปยังตำแหน่งจุดสะท้อนที่เท้าในจังหวัดหนองเน้น นิง ซึ่งมี 4 ตำแหน่งได้แก่1) ตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 4 คือ ต่อมใต้สมอง 2) ตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 43 คือ ทรวงอก เต้านม 3) ตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 20 คือ ร่างแหประสาทส่วนท้อง (Solar Plexus) และ4) ตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 22 คือ ไต (Kidney)^{10,11} ขั้นตอนนี้เป็นกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือดทำให้เต้านม ต่อมน้ำนม

ท่อน้ำนมทำงานมีประสิทธิภาพ เกิดการหลั่งฮอร์โมนโปรแลคตินและฮอร์โมนออกซิโทซินจากต่อมใต้สมอง ส่งผลให้มีการสร้างและการหลั่งน้ำนมเพิ่มขึ้น สำหรับบริเวณร่างแหประสาทส่วนท้องเป็นจุดศูนย์กลางของระบบประสาทส่วนท้องซึ่งอยู่ในโซนเดียวกับตำแหน่งทรวงอก เต้านม^{16,17} มีหน้าที่ควบคุมระบบทางเดินอาหารทำให้การดูดซึมสารอาหารดีขึ้นและช่วยปรับสมดุลฮอร์โมนในร่างกาย และตำแหน่งไต เป็นตำแหน่งที่การแพทย์แผนจีนเชื่อว่าเป็นรากฐานของชีวิต เป็นจุดเริ่มต้นของเส้นลมปราณและสามารถช่วยปรับสมดุลฮอร์โมนในร่างกายของมารดาหลังคลอดได้เช่นกัน เนื่อง จากมารดาหลังคลอดมักสูญเสียพลังลมปราณหรือพลังชี (Qi) ไปมากจากความเหนื่อยล้าและการสูญเสียเลือดจากการคลอด ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มารดามีน้ำนมไม่เพียงพอ¹⁶

นอกจากนี้การนวดกดจุดสะท้อนเต้านมยังเป็นการกระตุ้นประสาทสัมผัสทำให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนเอนโดรฟินและฮอร์โมนออกซิโทซินซึ่งเป็นฮอร์โมนแห่งความสุข ส่งผลให้ระดับฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) ซึ่งเป็นฮอร์โมนแห่งความเครียดอยู่ในระดับที่สมดุล¹⁶ ทั้งนี้หากมารดามีฮอร์โมนคอร์ติซอลอยู่ในระดับสูง จะเกิดการหลั่งสารโดปามีนซึ่งเป็นสารยับยั้งการสร้างน้ำนม⁶ ส่งผลให้มารดามีน้ำนมไม่เพียงพอต่อความต้องการของทารก อีกทั้งการนวดกดจุดสะท้อนเต้านมที่เหมาะสมจะช่วยลดการกระตุ้นอารมณ์ทางลบ เช่น ความเครียดและวิตกกังวล และยังช่วยยับยั้งสารสื่อประสาทในกลไกการเปิดปิดที่ระดับไขสันหลังทำให้ความปวดลดลง¹⁸ เกิดความผ่อนคลาย ร่างกายของมารดาไม่หลั่งสารยับยั้งการสร้างและการหลั่งน้ำนม⁷ มารดาหลังคลอดจึงรับรู้การนวดเต้านมเต็มตัวได้เร็วและมีปริมาณน้ำนมมากขึ้น ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีการควบคุมแบบปกปิดทางเดียว (Single-Blind Randomized Controlled Trial [RCT]) เพื่อศึกษาประชากรเป้าหมายและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ มารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิด

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิด พักพื้น ณ หอผู้ป่วยสูติกรรมโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา จำนวน 50 ราย เป็นกลุ่มทดลอง 25 คนและกลุ่มควบคุม 25 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนดและสุ่มเข้ากลุ่มด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยกำหนดตัวแปรที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อผลการวิจัย ได้แก่ อายุ อายุครรภ์ วิธีการคลอด และจำนวนครั้งของการคลอด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีความเท่าเทียมกัน ซึ่งนักวิจัยจะทราบผลการสุ่มแต่เพียงผู้เดียว (Single-Blind) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) 1) มีอายุมากกว่า 18 ปี 2) มีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 3) ไม่มีความผิดปกติของหัวนม ได้แก่ หัวนมบอด บวม 4) ไม่มีข้อห้ามในการนวดเต้า ได้แก่ บาดเจ็บที่เต้าทั้ง 2 ข้าง ภาวะลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำอุดตัน หรือตรวจพบอาการแสดงของโฮแมนส์ (Homan's Sign) ให้ผลบวก 5) ไม่มีปัญหาทางด้านการได้ยินการมองเห็น 6) สามารถใช้ภาษาไทยในการฟัง พูด อ่าน เขียน

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) 1) มีเต้านมอักเสบ มีเนื้องอกหรือเป็นมะเร็งเต้านม 2) มีปัญหาการนอนหลับ เมื่ออาหาร หงุดหงิด ร้องไห้โดยไม่ทราบสาเหตุ 3) ได้รับยากระตุ้นน้ำนม หรือยาที่มีผลให้ระดับฮอร์โมนโปรแลคตินลดลง 4) มีภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด ได้แก่ ภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง และภาวะลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำอุดตัน 5) มีข้อห้ามจากแพทย์ในการให้นมบุตร ได้แก่ ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) และใช้สารเสพติด 6) ทารกมีอาการรุนแรงขึ้นหรือเสียชีวิต 7) ทารกได้ดูดกระตุ้นน้ำนมมารดาขณะ

ผลของการนวดกดจุดสะท้อนเต้าต่อระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าและปริมาณน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิดตั้งแต่วะยะแรกหลังคลอด

อยู่ห้องคลอด หรือก่อนย้ายไปรับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง คือ นักวิจัย ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรการนวดฝ่าเท้าเพื่อสุขภาพ จำนวน 60 ชั่วโมงจากโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพแผนไทย (Thai Medical Health School) ที่ได้รับการรับรองหลักสูตรโดยกระทรวงศึกษาธิการและกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการในการให้ความรู้เรื่องการนวดกดจุดสะท้อนเต้า และเป็นผู้ดำเนินการนวดกดจุดสะท้อนเต้า
2. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง คือ แบบประเมินทักษะการบีบน้ำนมด้วยมือ มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องในทักษะการบีบน้ำนมด้วยมือของมารดา ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนมาตรฐาน โดยมารดาต้องปฏิบัติให้ถูกต้องครบทั้ง 6 ขั้นตอน จึงจะผ่านการประเมิน
3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการตั้งครรภ์และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 2) แบบบันทึกข้อมูลการคลอด ประกอบด้วย อายุครรภ์ วันและเวลาคลอด วิธีการคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด และข้อบ่งชี้ของทารกที่เข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิด 3) แบบบันทึกระยะเวลา น้ำนมเต็มเต้า เป็นแบบบันทึกที่ให้มารดาลงบันทึก วันเวลาที่มารดารับรู้อาการน้ำนมเต็มเต้าครั้งแรก คือ รู้สึกเต้านมขยายใหญ่ บวม ตึง หนักมากขึ้น รู้สึกเจ็บแปลบหรือเสียวซ่าภายในเต้านม และมีน้ำนมไหลซึมออกมา และ 4) แบบบันทึกปริมาณน้ำนม เป็นแบบบันทึกมีรูปแบบเป็นตารางเวลา 2 ตาราง แบ่งเป็นตารางวันที่ 1 (24 ชั่วโมงหลังคลอด) และตารางวันที่ 2 (24-48 ชั่วโมงหลังคลอด) โดยนักวิจัยเป็นผู้กำหนด

ช่วงเวลาการบีบเก็บน้ำนมเป็นรอบ รอบละ 8 ชั่วโมงใน 1 วันจึงมีช่วงเวลาบีบเก็บน้ำนมทั้งหมด 3 รอบแต่ละรอบกำหนดให้มารดาบริหารการบีบเก็บน้ำนมด้วยตนเอง ทั้งนี้มารดาต้องปฏิบัติตามขั้นตอนการบีบน้ำนมด้วยมือ บีบน้ำนมทุก ๆ 2-3 ชั่วโมง และกำหนดให้ในช่วงระยะเวลากลางวันมารดาต้องบีบน้ำนมให้ได้อย่างน้อยรอบละ 2 ครั้ง จากนั้นให้บันทึกเวลาและปริมาณน้ำนมที่บีบได้จากการใช้กระบอกฉีดยา (Syringe) ที่เหมาะสมกับปริมาณน้ำนมที่บีบได้และเป็นยี่ห้อเดียวกันที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ในการตรวจวัดปริมาณน้ำนมลงในแบบบันทึกปริมาณน้ำนม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ดำเนินการตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบประเมินทักษะการบีบน้ำนมด้วยมือ แบบบันทึกระยะเวลานมเต็มเต้าและแบบบันทึกปริมาณน้ำนม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 1.00 ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ดำเนินการศึกษานำร่องทดลองใช้เครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ใช้แบบประเมินทักษะการบีบน้ำนมด้วยมือหาความเที่ยงโดยการวิเคราะห์ความคงที่ (Stability) ด้วยวิธีการวัดซ้ำ (Test-Retest Procedure) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .83 และแบบบันทึกปริมาณน้ำนมหาค่าความเที่ยงแบบสังเกต (Interrater Reliability) โดยสังเกตจากภายหลังเสร็จสิ้นการบีบเก็บน้ำนมกลุ่มตัวอย่างสามารถตรวจวัดปริมาณน้ำนมด้วยกระบอกฉีดยาที่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ อ่านค่าปริมาณน้ำนมที่ได้ และลงบันทึกในแบบบันทึกปริมาณน้ำนมได้อย่างถูกต้อง ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .90

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เมื่อวันที่ 14 มกราคม พ.ศ. 2564 รหัสโครงการ HSc-HREC-63-036-1-3 และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลหาดใหญ่ เมื่อวันที่ 2

มีนาคม พ.ศ. 2564 รหัสโครงการ 45/2564 มีการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล โดยนักวิจัยทำการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับ หัวข้อในการวิจัย วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย เป็นลายลักษณ์อักษร และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยและสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ รวมทั้งชี้แจงให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคลแต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม หากผู้ให้ข้อมูลมีข้อสงสัยใด ๆ สามารถสอบถามจากนักวิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยการเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโครงการในครั้งนี้ หลังจากนั้นนักวิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการ ขั้นตอนดำเนินการทดลอง และขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นเตรียมการ ดำเนินการดังนี้ 1) นักวิจัยเข้าอบรมหลักสูตรการนวดฝ่าเท้าเพื่อสุขภาพ จำนวน 60 ชั่วโมง 2) ขอรับรับรองจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ 3) ขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยผ่านคุณ บ ดี ค ณ ะ พ ย า บ า ล ศ า ส ต ร ์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือ ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่เพื่อขอความอนุเคราะห์ดำเนินการทดลอง อนุญาตให้ผู้ป่วยสุติกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ 4) ดำเนินการติดต่อหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยสุติกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ตลอดจนขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

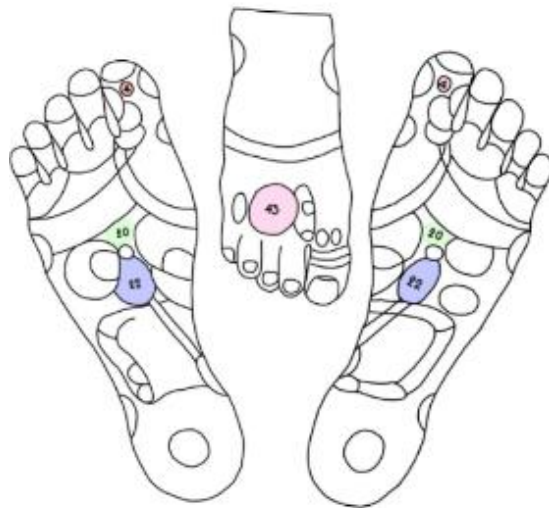
ขั้นดำเนินการทดลอง ดำเนินการทดลองระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2564 ดำเนินการทุกวันตั้งแต่เวลา 8.00-20.00 น.

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติเป็นการดูแลช่วยเหลือตามแนวทางการดูแลที่ได้มาตรฐาน โดยบุคลากรสุขภาพ มีพยาบาลให้การดูแลเกี่ยวกับการ

เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (มีสนมแม่) ปฏิบัติงานในช่วงเวรเช้า วันจันทร์ถึงวันศุกร์ ในวันหยุดและวันนักขัตฤกษ์พยาบาลประจำการจะเป็นผู้ปฏิบัติการสอนนวดเต้านมและบีบเก็บน้ำนมในมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยทางหอผู้ป่วยมีจุดบริการน้ำอุ่นและน้ำซิงเพื่อบริการมารดาหลังคลอด

กลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลปกติร่วมกับได้รับความรู้การนวดกดจุดสะท้อนเท้าเป็นเวลา 10 นาที และการนวดกดจุดสะท้อนเท้าจำนวน 2 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ระยะ 4-8 ชั่วโมงหลังคลอด และครั้งที่ 2 ระยะ 20-28 ชั่วโมงหลังคลอด ใช้เวลาดำเนินการครั้งละ 30 นาที ใน 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนแรกเป็นการนวดเท้าทั่วไป^{10,11} เริ่มจากการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม การทำความสะอาดเท้า การจัดท่านอนให้สบาย และนวดเท้าทั่วไปโดยการกด นวด กระตุ้นฝ่าเท้า หลังเท้า นิ้วเท้า ข้อเท้า และน่อง เพื่อให้กล้ามเนื้อเกิดความผ่อนคลาย

และเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับการกดจุดสะท้อนเท้า ใช้เวลาในการนวดเท้าทั่วไปข้างละ 10 นาที รวมเป็นระยะเวลา 20 นาที และขั้นตอนที่ 2 เป็นการกดจุดสะท้อนเท้า^{10,11} ช่วยกระตุ้นการทำงานของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการสร้างและการหลั่งน้ำนม มีการกดจุดสะท้อน 4 ตำแหน่ง ได้แก่ 1) ตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 4 คือ ต่อมใต้สมอง 2) ตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 43 คือ ทรวงอก เต้านม 3) ตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 20 คือ รังไข่ ประสาทส่วนท้อง และ 4) ตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 22 คือ ไต^{10,11,17} โดยการใช้มือและอุปกรณ์สำหรับการนวดกดจุดสะท้อนเท้าออกแรงระดับปานกลางที่มีระดับความลึกมากกว่าการนวดทั่วไปและเป็นระดับที่มารดาไม่มีความพึงพอใจเกินไปยังตำแหน่งจุดสะท้อนที่เท้าในจังหวะหนึ่ง เน้น นิ่ง นับ 1 ถึง 10 และทำซ้ำตำแหน่งละ 5 ครั้ง¹⁷ เป็นเวลาข้างละ 5 นาที รวมเป็นระยะเวลา 10 นาที ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ตำแหน่งจุดสะท้อนเท้าที่เกี่ยวข้องกับการสร้างและการหลั่งน้ำนม

ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง ครั้งแรกที่ระยะ 4-8 ชั่วโมงหลังคลอดเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ระดับการไหลของน้ำนมแรกขับ และผลการประเมินทักษะการบีบน้ำนมด้วยมือ ครั้งที่ 2 ที่ระยะ 48-72 ชั่วโมง หลังคลอดเพื่อเก็บข้อมูล วันเวลาที่มารดารับรู้อาการน้ำนมเต็มเต้าครั้งแรก จากนั้นนำมาคำนวณระยะเวลาให้นมเต็มเต้าซึ่งเป็นระยะเวลาหลังจากทารกคลอดทันทีจนกระทั่งถึงระยะเวลาที่มารดารับรู้อาการน้ำนมเต็มเต้าครั้งแรก ในกรณีแพทย์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อนมารดารับรู้อาการน้ำนมเต็มเต้า นักวิจัยจะติดต่อผ่านโทรศัพท์เพื่อติดตามอาการ สำหรับข้อมูลปริมาณน้ำนมมีการรวบรวมปริมาณน้ำนมในวันที่ 1 (24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด) และวันที่ 2 (24-48 ชั่วโมงหลังคลอด) ทั้งนี้มีการตรวจสอบความถูกต้องในการลงบันทึกและจำนวนครั้งของการบีบเก็บน้ำนม ภายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มควบคุม จะได้รับการชดเชย (Compensatory Equalization of Treatments) โดยการให้ความรู้และดำเนินการนัดกวดจุดสะท้อนเท้าเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองหากมารดามีความต้องการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยตัวแปรที่มีระดับการวัดเป็นนามบัญญัติ (Nominal Scale) และตัวแปรที่มีระดับการวัดเป็นอันดับ (Ordinal Scale) ใช้สถิติทดสอบไค-สแควร์ (Chi-square Test) ในการวิเคราะห์ข้อมูล
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยตัวแปรที่มีระดับการวัดเป็นอัตราส่วน (Ratio Scale) ใช้สถิติทีอิสระ (Independent *t*-test) ในการวิเคราะห์ข้อมูล

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของระยะเวลาให้นมเต็มเต้าและปริมาณน้ำนมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีอิสระในการวิเคราะห์ข้อมูล ทั้งนี้ ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า การแจกแจงของข้อมูลมีความเบ้ (Skewness) อยู่ในช่วง ± 3 และมีค่าความโด่ง (kurtosis) อยู่ในช่วง ± 10 ทุกค่า หมายความว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (normality) และเมื่อทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวน (Homogeneity of Variance) ได้ค่าการทดสอบของเลวี (Levene's Test) มากกว่าค่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($p > .05$) หมายความว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแปรปรวนภายในกลุ่มไม่แตกต่างกัน จึงสรุปได้ว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทดสอบทีอิสระ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอข้อมูลได้เป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอภิบาลทารกแรกเกิด

1. ข้อมูลทั่วไป มารดาหลังคลอดกลุ่มทดลองมีอายุ 19-43 ปี อายุเฉลี่ย 29.48 ปี (*S.D.* = 6.33) ร้อยละ 96 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 36 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 36 ประกอบอาชีพค้าขาย และร้อยละ 40 มีรายได้ของครอบครัว 10,000-20,000 บาท/เดือน มารดาหลังคลอดกลุ่มควบคุมมีอายุ 19-40 ปี อายุเฉลี่ย 30.60 ปี (*S.D.* = 5.82) ร้อยละ 96 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 36 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 32 ไม่ได้ประกอบอาชีพ และร้อยละ 40 มีรายได้ของครอบครัว 10,000-20,000 บาท/เดือน

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของมารดาหลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบไค-สแควร์และสถิติทดสอบทีอิสระ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และผลทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 50)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		t / χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ ^a (ปี)	(M=29.48,S.D.=6.33, Min=19,Max = 43)		(M = 30.60, S.D. 5.82, Min = 19, Max = 40)		-0.65	.52
สถานภาพสมรส ^b					1.00	.76
คู่ หย่าร้าง/แยกกันอยู่	24	96.00	24	96.00		
1	1	4.00	1	4.00		
ระดับการศึกษา ^c					4.12	.53
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	4.00	0	0.00		
ประถมศึกษา	4	16.00	7	28.00		
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	36.00	9	36.00		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	2	8.00	4	16.00		
อนุปริญญา/ปวส.	3	12.00	2	8.00		
ปริญญาตรี	6	24.00	3	12.00		
อาชีพ ^c					3.54	.62
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	24.00	8	32.00		
รับจ้าง	6	24.00	5	20.00		
ค้าขาย	9	36.00	7	28.00		
เกษตรกรรม	4	16.00	3	12.00		
ธุรกิจส่วนตัว	0	0.00	1	4.00		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0	0.00	1	4.00		
รายได้ของครอบครัว ^c					0.41	.94
ต่ำกว่า 10,000 บาท	8	32.00	7	28.00		
10,000 – 20,000 บาท	10	40.00	10	40.00		
20,001 – 30,000 บาท	6	24.00	6	24.00		
30,001 บาท ขึ้นไป	1	4.00	2	8.00		

^aindependent t-test. ^bFisher's exact test. ^cLikelihood ratio.

2. ข้อมูลการตั้งครรภ์และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาหลังคลอดกลุ่มทดลองร้อยละ 68 ผ่านการคลอดบุตรตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป โดยร้อยละ 64.71 มีประวัติเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวครบ 6 เดือน การคลอดในครั้งนี้มารดาร้อยละ 92 มีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนและให้นมแม่อย่างต่อเนื่องร่วมกับอาหารตามวัย เมื่อประเมินการไหลของน้ำนมแรกพบว่ามีร้อยละ 44 มีน้ำนมไหลซึม และมีจำนวนครั้งของการบีบเก็บน้ำนมในวันที่ 1 (24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด) เฉลี่ย 4.88 ครั้ง (S.D. = 0.88) ในวันที่

2 (24-48 ชั่วโมงหลังคลอด) เฉลี่ย 5.64 ครั้ง (S.D. = 1.19) มารดาหลังคลอดกลุ่มควบคุมร้อยละ 76 ผ่านการคลอดบุตรตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป โดยร้อยละ 52.63 มีประวัติเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวครบ 6 เดือน การคลอดในครั้งนี้มารดาร้อยละ 80 มีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนและให้นมแม่อย่างต่อเนื่องร่วมกับอาหารตามวัย เมื่อประเมินการไหลของน้ำนมแรกพบว่ามีร้อยละ 44 มีน้ำนมไหลซึม และมีจำนวนครั้งของการบีบเก็บน้ำนม ในวันที่ 1 (24 ชั่วโมง

แรกหลังคลอด) เฉลี่ย 5.16 ครั้ง (*S.D.* = 1.14) ในวันที่ 2 (24-48 ชั่วโมงหลังคลอด) เฉลี่ย 5.64 ครั้ง (*S.D.* = 1.58)

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลการตั้งครรรภ์และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้

สถิติทดสอบไค-สแควร์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลการตั้งครรรภ์และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และผลทดสอบความแตกต่างของข้อมูลการตั้งครรรภ์และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($N = 50$)

ข้อมูลการตั้งครรรภ์และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	กลุ่มทดลอง ($n = 25$)		กลุ่มควบคุม ($n = 25$)		t / χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
จำนวนครั้งของการคลอด^d					0.40	.53
คลอดบุตรครั้งแรก	8	32.00	6	24.00		
ผ่านการคลอด 2 ครั้งขึ้นไป	17	68.00	19	76.00		
ประวัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในอดีต (กรณีมีลูกมากกว่า 1 คน)^c					6.13	.30
ไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่	1	5.88	2	10.53		
นมแม่ร่วมกับนมผสม	1	5.88	2	10.53		
นมแม่อย่างเดียวน้อยกว่า 6 เดือน	4	23.53	5	26.31		
นมแม่อย่างเดียวครบ 6 เดือน	11	64.71	10	52.63		
ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในครั้งนี้อย่างเดียว^b					0.42	.21
ตั้งใจเลี้ยงนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน	23	92.00	20	80.00		
และให้ต่อเนื่องร่วมกับอาหารตามวัย						
ตั้งใจเลี้ยงนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน	2	8.00	5	20.00		
จากนั้นให้นมผสมร่วมกับอาหารตามวัย						
ระดับการไหลของน้ำนมแรกรับ^c					1.29	.53
ระดับ 0 น้ำนมไม่ไหล	8	32.00	10	40.00		
ระดับ 1 น้ำนมไหลซึม	11	44.00	12	48.00		
ระดับ 2 น้ำนมไหลหยุด	6	24.00	3	12.00		
จำนวนครั้งของการบีบน้ำนม^a						
วันที่ 1 (24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด)	($M=4.88,SD= 0.88,$ $Min=3,Max=7$)		($M=5.16,SD 1.14,$ $Min=4,Max=9$)		-0.97	.34
วันที่ 2 (24-48 ชั่วโมงหลังคลอด)	($M=5.64,SD=1.19,$ $Min=4,Max=9$)		($M=5.64,SD= .58,$ $Min=3,Max=9$)		0.00	1.00

^aIndependent t-test. ^bFisher's exact test. ^cLikelihood ratio. ^dPearson chi-square test.

3. ข้อมูลการคลอด มารดาหลังคลอดกลุ่มทดลองร้อยละ 60 คลอดบุตรด้วยวิธีการคลอดปกติทางช่องคลอด ร้อยละ 40 คลอดบุตรด้วยวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มารดาคลอดเมื่ออายุครรภ์ 30⁺⁵ - 39⁺⁶ สัปดาห์ โดยร้อยละ 56 คลอดครบกำหนด และร้อยละ 44 คลอดก่อนกำหนด

ทารกมีน้ำหนักแรกเกิด 1,590 - 3,670 กรัม น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 2,694.60 กรัม (*S.D.*= 574.76) สำหรับข้อบ่งชี้ของทารกที่ต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดร้อยละ 68 มีภาวะหายใจเร็ว รองลงมา ร้อยละ 28 เกิดก่อนกำหนด

มารดาหลังคลอดกลุ่มควบคุมร้อยละ 56 คลอดบุตรด้วยวิธีการคลอดปกติทางช่องคลอด ร้อยละ 44 คลอดบุตรด้วยวิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มารดาคลอดเมื่ออายุครรภ์ 27⁺¹ - 40⁺⁶ สัปดาห์ โดยร้อยละ 68 คลอดครบกำหนด และร้อยละ 32 คลอดก่อนกำหนด ทารกมีน้ำหนักแรกเกิด 1,090 - 5,400 กรัม น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 2,914.40 กรัม (S.D. = 910.67) สำหรับข้อบ่งชี้ของทารกที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอ

อภิบาลทารกแรกเกิดร้อยละ 64 มีภาวะหายใจเร็ว รองลงมาร้อยละ 28 เกิดก่อนกำหนด เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลการคลอดของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบไค-สแควร์และสถิติทดสอบทีอิสระ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลการคลอดไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ดังแสดงในตาราง 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ และผลทดสอบความแตกต่างของข้อมูลการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 50)

ข้อมูลการคลอด	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		t / χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุครรภ์^d					0.76	.38
ก่อนกำหนด (<37 สัปดาห์)	11	44.00	8	32.00		
ครบกำหนด (37-42 สัปดาห์)	14	56.00	17	68.00		
น้ำหนักทารกแรกเกิด ^a (กรัม)	(M=2,794.60,SD=574.76 Min=1,590,Max=3,670)		(M=2,914.40,SD=10.67, Min=1,090,Max=5,400)		-1.02	.31
วิธีการคลอด^d					0.08	.77
คลอดปกติทางช่องคลอด	15	60.00	14	56.00		
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	10	40.00	11	44.00		
ข้อบ่งชี้ของทารกที่ต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ^c					0.37	.83
คลอดก่อนกำหนด	7	28.00	7	28.00		
หายใจเร็ว	17	68.00	16	64.00		
ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	1	4.00	2	8.00		

^aindependent t-test. ^cLikelihood ratio. ^dPearson chi-square test.

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาให้นมเต็มเต้าของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการนัดกจุดสะท้อนเต้า และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลอง (M = 46.80, S.D. = 15.40) มีระยะเวลาให้นมเต็มเต้าเร็วกว่ากลุ่มควบคุม (M = 85.27, S.D. = 20.12) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -7.59, p < .001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลทดสอบความแตกต่างของระยะเวลาให้น้ำนมเต็มเต้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบทีอิสระ ($N = 50$)

กลุ่ม	ระยะเวลาให้น้ำนมเต็มเต้า				t	p
	Min	Max	M	S.D.		
กลุ่มทดลอง (n = 25)	15.93	71.73	46.80	15.40	-7.60	.000
กลุ่มควบคุม (n = 25)	47.23	116.15	85.27	20.12		

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำนมของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้า และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลอง ($M = 8.10$, $S.D. = 6.30$) มีปริมาณน้ำนมในวันที่ 1 (24 ชั่วโมง

แรกหลังคลอด) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 3.09$, $S.D. = 4.80$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.17$, $p < .01$) และกลุ่มทดลอง ($M = 15.92$, $S.D. = 8.82$) มีปริมาณน้ำนมในวันที่ 2 (24-48 ชั่วโมงหลังคลอด) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 4.03$, $S.D. = 5.27$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.79$, $p < .001$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลทดสอบความแตกต่างของปริมาณน้ำนม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีอิสระ ($N = 50$)

ประเมินปริมาณน้ำนม	กลุ่มทดลอง (n = 25)				กลุ่มควบคุม (n = 25)				t	p
	Min	Max	M	S.D.	Min	Max	M	S.D.		
วันที่ 1 (24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด)	0.00	25.50	8.10	6.30	0.00	15.00	3.09	4.80	3.17	.003
วันที่ 2 (24-48 ชั่วโมงหลังคลอด)	1.90	38.00	15.92	8.82	0.00	16.50	4.03	5.27	5.79	.000

สรุปและอภิปรายผล

มารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิดต้องแยกจากบุตรตั้งแต่วะยะแรกหลังคลอด ทำให้การส่งเสริมกลไกการสร้างและการหลั่งน้ำนมที่เกิดจากการดูดกระตุ้นน้ำนมของทารกขาดหายไป อีกทั้งมารดาอาจมีความเครียดและวิตกกังวล ทำให้ระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลสูงขึ้น มีผลให้สมองส่วนไฮโปทาลามัสหลังโดปามีนที่เป็นสารสื่อประสาทที่ทำหน้าที่ยับยั้งการหลั่งฮอร์โมนโพรแลคตินและฮอร์โมนออกซิโทซินทำให้การสร้างและการหลั่งน้ำนมลดลง⁶ นอกจากนี้การที่มารดามีความปวดจากการคลอดจะส่งผลให้สมองหลังฮอร์โมนคอร์ติซอลได้เช่นกัน ซึ่งหากมารดาไม่ได้รับการช่วยเหลือแก้ปัญหาเหล่านี้ด้วยวิธีการที่เหมาะสมจะมีผลให้กลไกการสร้างและการหลั่งน้ำนมลดลงโดยสามารถประเมินได้จากระยะเวลาให้น้ำนมเต็มเต้าและปริมาณน้ำนมของมารดา

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การนวดกดจุดสะท้อนเท้าในกลุ่มทดลอง ($M = 46.80$, $S.D. = 15.40$) มีระยะเวลาให้น้ำนมเต็มเต้าเร็วกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 85.27$, $S.D. = 20.12$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -7.59$, $p < .001$) จากการศึกษาที่ผ่านมา เกณฑ์ปกติของระยะเวลาให้น้ำนมเต็มเต้าเฉลี่ยไม่เกิน 72 ชั่วโมงหลังคลอด¹⁹ จากผลการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่ามารดากลุ่มทดลองมีระยะเวลาให้น้ำนมเต็มเต้าอยู่ในเกณฑ์ปกติโดยมีค่าเฉลี่ยเพียง 46.80 ชั่วโมง ซึ่งเร็วกว่าเกณฑ์ปกติ 25.20 ชั่วโมง ในขณะที่มารดากลุ่มควบคุมมีระยะเวลาให้น้ำนมเต็มเต้าเฉลี่ย 85.27 ชั่วโมง ซึ่งล่าช้ากว่าเกณฑ์ปกติถึง 13.27 ชั่วโมง แสดงให้เห็นว่า วิธีการนวดกดจุดสะท้อนเท้าส่งเสริมระยะเวลาให้น้ำนมเต็มเต้าในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิด อธิบายได้ว่าการนวดกดจุดสะท้อนเท้าส่งเสริมกระบวนการสร้างน้ำนม

โดยอาจช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบไหลเวียนเลือด ปรับสมดุลในร่างกาย และส่งเสริมให้เกิดการผลิตฮอร์โมนโปรแลคตินที่ช่วยสร้างน้ำนม⁵ ส่งผลให้มารดาหลังคลอดรับรู้อาการน้ำนมเต็มเต้าซึ่งเป็นอาการที่สามารถรับรู้ได้ด้วยตนเอง คือ เต้านมขยายใหญ่ บวม ตึง หนักมากขึ้น รู้สึกเจ็บแปลบหรือเสียวซ่าภายในเต้านม และมีน้ำนมไหลซึมออกมา²⁰ ใกล้เคียงกับการศึกษาอาการน้ำนมเต็มเต้าในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง พบว่า มารดาที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเต้ามีคะแนนเฉลี่ยที่บ่งบอกถึงอาการน้ำนมเต็มเต้าในวันที่ 1 และวันที่ 2 หลังคลอด มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .05$)²¹ จึงสรุปได้ว่าการนวดกดจุดสะท้อนเต้าทำให้มารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดมีระยะเวลาที่น้ำนมเต็มเร็วขึ้น และช่วยให้ไม่เกิดปัญหาน้ำนมเต็มเต้าล่าช้า มารดาหลังคลอดจึงรับรู้ถึงการมีน้ำนมของตนเองที่พร้อมในการบีบเก็บเพื่อนำไปให้บุตรต่อไป

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การนวดกดจุดสะท้อนเต้าทำให้ปริมาณน้ำนมในวันที่ 1 (24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด) ของกลุ่มทดลอง ($M = 8.10, S.D. = 6.30$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 3.09, S.D. = 4.80$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.17, p < .01$) และมีปริมาณน้ำนมในวันที่ 2 (24-48 ชั่วโมงหลังคลอด) ของกลุ่มทดลอง ($M = 15.92, S.D. = 8.82$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 4.03, S.D. = 5.27$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.79, p < .001$) จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่ามารดาในกลุ่มทดลองมีปริมาณน้ำนมทั้งในวันที่ 1 และวันที่ 2 มากกว่ากลุ่มควบคุม และมีแนวโน้มของปริมาณน้ำนมเพิ่มขึ้น โดยมารดาทั้งสองกลุ่มมีจำนวนครั้งของการบีบเก็บน้ำนมในแต่ละวันไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แสดงให้เห็นว่าวิธีการนวดกดจุดสะท้อนเต้าช่วยส่งเสริมปริมาณน้ำนมในมารดาที่แยกจากบุตรซึ่งไม่ได้รับการดูกระตุนน้ำนมตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอด อาจอธิบายได้ว่าการนวดกดจุดสะท้อนเต้าส่งเสริมกระบวนการหลั่งน้ำนม โดยช่วยให้เกิดการผลิต

ฮอร์โมนออกซิโทซินที่มีหน้าที่การควบคุมการหลั่งน้ำนมโดยการกระตุ้นเซลล์กล้ามเนื้อเล็ก ๆ ที่อยู่รอบต่อมน้ำนมให้เกิดการหดตัวและหลั่งน้ำนมออกมา⁵ ใกล้เคียงกับการศึกษาในมารดาหลังคลอดทารกก่อนกำหนดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดพบว่า มารดาหลังคลอดกลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเต้ามีปริมาณน้ำนมรวมเฉลี่ยในวันที่ 1 ถึงวันที่ 3 มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)¹⁰ และสอดคล้องกับการศึกษามารดาหลังคลอดทารกก่อนกำหนดพบว่า กลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเต้ามีปริมาณน้ำนมเฉลี่ยในวันที่ 1 ถึงวันที่ 5 มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)¹¹ จึงสรุปได้ว่าการนวดกดจุดสะท้อนเต้าช่วยให้มารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดมีปริมาณน้ำนมมากขึ้น

การนวดกดจุดสะท้อนเต้ายังเป็นการกระตุ้นประสาทสัมผัสทำให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนเอนโดรฟินและฮอร์โมนออกซิโทซิน ซึ่งเป็นฮอร์โมนแห่งความสุขมากขึ้น ส่งผลให้ฮอร์โมนคอร์ติซอลซึ่งเป็นฮอร์โมนแห่งความเครียดอยู่ในระดับสมดุล¹⁶ ลดการกระตุ้นอารมณ์ทางลบ และยับยั้งสารสื่อประสาทในกลไกการเปิดปิดที่ระดับไขสันหลังทำให้ความปวดลดลง¹⁸ มารดาจึงรับรู้ได้ถึงความสะดวกและความผ่อนคลาย สมองยับยั้งการหลั่งโดปามีนทำให้ฮอร์โมนโปรแลคตินและฮอร์โมนออกซิโทซินทำหน้าที่ในกระบวนการสร้างและการหลั่งน้ำนมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า การนวดกดจุดสะท้อนเต้าช่วยลดความปวดและเพิ่มความพึงพอใจในการดูแลเพื่อบรรเทาความปวดในระยะรอคลอดของมารดาวัยรุ่น โดยพบว่า มารดาในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดใน 1 ชั่วโมง และ 2 ชั่วโมงหลังการทดลอง น้อยกว่าและมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในการบรรเทาความมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)²² การศึกษาในกลุ่มมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดครั้งนี้

ไม่ได้ศึกษาเกี่ยวกับความปวดโดยตรง แต่จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง พบว่าภายหลังการนวดกดจุดสะท้อนเท้ามารดาหลังคลอดทุกรายมีความรู้สึกปวดลดลงและเกิดความผ่อนคลาย มารดาทุกรายได้พักหลับและส่วนมากนอนหลับต่อไปอีกระยะหนึ่ง ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า มารดากลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนเท้าร่วมกับการพยาบาลตามปกติมีระยะเวลาให้นมเต็มเต้าเร็วกว่าและมีปริมาณน้ำนมมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จึงสรุปได้ว่า การนวดกดจุดสะท้อนเท้าเป็นวิธีการหนึ่งที่ส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม โดยช่วยให้มารดาหลังคลอดรับรู้อาการน้ำนมเต็มเต้าได้เร็วกว่าเกณฑ์ปกติ และมีปริมาณน้ำนมมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จึงนับว่าวิธีการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีความเหมาะสมกับบริบทของมารดาหลังคลอดในการช่วยสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้อาจมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปอ้างอิงถึงกลุ่มมารดาหลังคลอดที่มีอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 18 ปีที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การนวดกดจุดสะท้อนเท้าเป็นศาสตร์ทางเลือกที่ต้องใช้ทักษะเฉพาะด้าน ดังนั้นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหลังคลอดหรือผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สามารถนำวิธีการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเพื่อส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมให้แก่มารดาหลังคลอด โดยต้องผ่านการอบรมความรู้และทักษะการนวดกดจุดสะท้อนเท้าก่อน
2. ด้านนโยบาย ผู้บริหารโรงพยาบาลควรเปิดโอกาสให้พยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลและใกล้ชิดกับมารดาหลังคลอดเข้ารับการอบรมวิธีการนวดกดจุดสะท้อนเท้า เพื่อช่วยสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ทำให้มีระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าเร็วขึ้นและมีปริมาณน้ำนมเพิ่มขึ้น นับเป็นการสนับสนุนนโยบายให้เด็กไทยได้รับนมแม่โดยเร็วตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอดและเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยเพิ่มโอกาสให้ได้รับน้ำนมแม่อย่างต่อเนื่องเพื่อการเจริญเติบโตสมวัยอย่างมีคุณภาพ

3. ด้านการศึกษาพยาบาล อาจารย์ผู้สอนอาจแนะนำให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับศาสตร์ทางเลือกในการส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาและติดตามผลของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นระยะ ๆ เพื่อศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าที่ช่วยส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเต็มเต้า 6 เดือนหลังคลอด และอย่างต่อเนื่อง 2 ปี หรือนานกว่านั้น
2. ควรมีการศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าต่อตัวแปรอื่น ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับการสร้างและการหลั่งน้ำนม เช่น ความปวด ความผ่อนคลาย เป็นต้น
3. ควรมีการศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าในมารดาหลังคลอดที่มีอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 18 ปีที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด เนื่องจาก ในกลุ่มมารดาวัยรุ่นอาจมีการเจริญเติบโตของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการสร้างและการหลั่งน้ำนมยังไม่สมบูรณ์ หรือมีความแตกต่างกับกลุ่มที่มีอายุมากกว่า

REFERENCES

1. Department of Health. Aim for 2025 at Least 50% of Thai Children will be Exclusive Breastfeeding [Internet]. 2021 [cited 2021 Jul 8]. Available from: https://hp.anamai.moph.go.th/webupload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tinymce/OPDC/OPDC2564-F/IDC1_7/opdc_2564_IDC1-7_28.pdf. (in Thai)

2. Thailand MICS. Multiple Indicator Cluster Survey 2019 [Internet]. 2020 [cited 2021 May 20]. Available from: <https://www.unicef.org/thailand/media/5146/file/Multiple%20Indicator%20Cluster%20Survey%202019.pdf> (in Thai)
3. Thai Health. The Sick Babies Need to be Breastfeeding to Boost their Immunity [Internet]. 2014 [cited 2021 May 20]. Available from: <https://www.thaihealth.or.th/Content/23422-20.html>. (in Thai)
4. Kaewwichien S, Thavonvattana S, Junmast W, Sangtun S, Thaor S. The Development of Breastfeeding Support Model for Premature Infants with a High Risk of having Critical Condition at Queen Sirikit National Institute of Child Health. *Thai J Cardio-Thorac Nurs* 2019;30(2):141-158. (in Thai)
5. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: a Guide for the Medical Profession. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016.
6. Kala S, Khaonark R. Breastfeeding in Postpartum Mothers whose Sick Babies. *Songklanagarind J Nurs* 2016;36(Suppl):196-208. (in Thai)
7. Cherian S. Effectiveness of Breast Massage on the Volume of Expressed Breast Milk among Mothers of Neonates Admitted in NICU in Selected Hospitals, Mangaluru. *Asian J Nurs Educ Res* 2019;9(1):135-139.
8. Navawong T, Thongpeng P, Ambumrung P, Thiencharoen M. A Comparison of the Effect of Breast Massage on Nursing Behavior by Nursing Staff, Husband and Woman, Postpartum Self-Masturbation on Lactation and Maternal Postpartum Stress. The 4th National Breastfeeding Conference; 5-7th June 2013; Miracle Grand Convention Hotel. Bangkok; 2013. p.118. (in Thai)
9. Auaarekul K, Sangperm P, Payakkaraung S. The Effects of a Breast Milk Establishing Program on Milk Volume and Time of Sufficient Milk Supply among Sesarean Section Mothers of Premature Infants. *Nurs Sci J Thai* 2018;36(3):71-82. (in Thai)
10. Mirzaie P, Mohammad-Alizadeh-Charandabib S, Goljarianc S, Mirghafourvandd M, Hoseini MB. The Effect of Foot Reflexology Massage on Breast Milk Volume of Mothers with Premature Infants: a Randomized Controlled Trial. *Eur J Integr Med* 2018;17:72-78.
11. Mohammadpour A, Valiani M, Sadeghnia A, Talakoub S. Investigating the Effect of Reflexology on the Breast Milk Volume of Preterm Infants' Mothers. *IJNMR* 2018;23(5):371-375.
12. Lu P, Ye Z-Q, Qiu J, Wang X-Y, Zheng J-J. Acupoint-tuina Therapy Promotes Lactation in Postpartum Women with Insufficient Milk Production who Underwent Caesarean Sections. *Med* 2019;98(35):1-8.
13. Fazilla TE, Tjipta GD, Ali M, Sianturi P. Domperidone and Maternal Milk Volume in Mothers of Premature Newborns. *Paediatr Indones* 2017;57(1):17-22.
14. Tuntratuang K. Effectiveness Comparison between Domperidone and Galactagogue on Stimulating Milk of Maternal Postpartum with Caesarean Section. *UDHHOSMJ* 2017;25(2):130-135. (in Thai)
15. Abdou RM, Fathey M. Evaluation of Early Postpartum Fenugreek Supple-Mentation

- on Expressed Breast Milk Volume and Prolactin Levels Variation. *Gaz Egypt Paediatr Assoc* 2018;66(3):57-60.
16. Chaicholsup A, Wipatawat B, Thongplu, Tonlom-umphai A. *Foot Reflexology*. 2nd ed. Nonthaburi: we indy design; 2018. (in Thai)
17. Sangkhakul P. *Foot Massage for Health*. Songkhla: Thai Medical Health School; 2020. (in Thai)
18. Fritz S, Luke F, editor. *Mosby's Fundamentals of Therapeutic Massage*. 7thed. Michigan: Mosby; 2020.
19. Kelly NM, Smilowitz JT, Cagney O, Flannery RL, Tribe RM. Delayed Onset of Lactogenesis and Reduced Breastfeeding Frequency in Mothers who give Birth by Caesarean Section. *Proc Nutr Soc* 2020;79(2):e445.doi: 10.1017/S0029665120003936.
20. Khotsang K, Sangin S, Chuahorm U. The Effects of Lactational Program on Milk Secretion Time, Onset of Lactation and Breastfeeding Self-Efficacy in Mothers after Cesarean Section. *JFONUBUU* 2016;24(1):13-26. (in Thai)
21. Aksua S, Karaca PP. The Effect of Reflexology on Lactation in Women who had Cesarean Section: a Randomized Controlled Pilot Study. *J Complement Med Res* 2021;28:336-343.
22. Prongkasem K, Xuto P, Chaloumsuk N. Effects of Foot Reflexology on Labor Pain and Satisfaction among Adolescent Parturients. *Nurs J* 2020;47(2):216-226. (in Thai)

การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิต สำหรับนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา

The Development of Mental Health Caring System for Students in Higher Education Institutions

พิมพ์รัตน์ บุญยะภักดิ์* เฉลิมพรรณ เมฆลอย*

รัชณี สรรเสริญ** อรณลิน สิงขรณ์***

Pimrat Boonyapuk* Chaleormphan Mekloi*

Rachanee Sunsern*** Onnalin Singkhorn***

Received : 1/9/64

Revised : 29/12/64

Accepted : 29/12/64

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา และ 2) เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการนำระบบไปใช้ แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ความต้องการและความจำเป็นการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาจากการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสังเกต การสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มกับผู้บริหารสถาบัน การศึกษา จำนวน 12 คน บุคลากรสายวิชาการและสายสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง จำนวน 20 คน นักศึกษาที่เคยใช้บริการดูแลสุขภาพจิต จำนวน 25 คน ญาติของนักศึกษาที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต จำนวน 3 คน ระยะที่ 2 พัฒนาระบบฯ จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาระยะที่ 1 ร่วมกับทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและผ่านการพิจารณาร่างระบบฯ จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 10 คน ได้แก่ ผู้บริหาร บุคลากรสายวิชาการและสายสนับสนุน โดยมีการปรับปรุงร่างระบบฯ จำนวน 3 รอบ จนได้ระบบฯ ที่สมบูรณ์ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ มีค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยรวมเท่ากับ 0.95 (0.67-1.00) ระยะที่ 3 ศึกษาความเป็นไปได้ในการนำระบบฯ ไปใช้ จากการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากรสายวิชาการและสายสนับสนุน จำนวน 32 คน โดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ มีค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยรวมเท่ากับ 0.87 (0.67-1.00) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์แก่นสาระ ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา และงานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

* อาจารย์ประจำ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

** รองศาสตราจารย์ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

* Lecturer, School of Nursing, Mae Fah Luang University

** Associate Professor, School of Health Science, Mae Fah Luang University

*** Assistant Professor, School of Nursing, Mae Fah Luang University

ผลการวิจัย พบว่า ระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) โครงสร้างแบ่งเป็น *ระดับสถาบันการศึกษา* ได้แก่ ส่วนพัฒนานักศึกษาที่ต้องกำหนดหน่วยงานย่อยในการดูแลงานสุขภาพจิตของนักศึกษาให้ชัดเจน หน่วยงานที่ให้การดูแลบำบัดรักษาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เช่น โรงพยาบาล คลินิกให้การปรึกษา กับ *ระดับของสำนักวิชา/คณะ* ได้แก่ อาจารย์ที่ปรึกษา หรือบุคลากรที่ดูแลงานทางด้านสุขภาพจิต 2) กระบวนการดูแลแบบ ACT-C (A: Approach, C: Care, T: Treat, C: Continue) ซึ่งใช้ในการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและดูแลอย่างต่อเนื่องครอบคลุมนักศึกษาทุกกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีปัญหา นำไปสู่ 3) ผลลัพธ์ของการดูแล คือนักศึกษากลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยงไม่พัฒนาป่วยเป็นโรคทางจิตเวช และกลุ่มที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชได้รับการช่วยเหลือดูแลที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง สำหรับความเป็นไปได้ในการนำระบบไปใช้อยู่ในระดับมากที่สุดทั้งภาพรวม (Mean =4.51, S.D.=0.24) และรายด้าน 1) ประโยชน์ (Mean =4.78, S.D.=0.07) 2) การนำไปใช้ (Mean =4.42, S.D.=0.18) และ 3) ความเหมาะสม (Mean =4.39, S.D.=0.20)

สรุป พยาบาลจิตเวช ผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องในสถาบันอุดมศึกษาสามารถนำระบบดังกล่าวไปทดลองใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตสำหรับนักศึกษาให้ได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพจิตอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสอดคล้องกับบริบทของแต่ละสถาบันการศึกษาได้

คำสำคัญ: สุขภาพจิตวัยรุ่น ระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษา สถาบันอุดมศึกษา

ABSTRACT

The purposes of this study were 1) to develop mental health caring system for students in higher education institutions and 2) to examine the feasibility of the implementation of mental health caring system for students. This study operated in 3 phases: 1) to analyze the situation and needs for system development by collecting qualitative data through observation, in-depth interview and focus group interview among 12 executives of university, 20 of related academic and supportive staff, 25 university students, and three relatives of students who had mental health problems; 2) to develop the mental health caring system for students by synthesizing the data from phase 1 combined with a literature review to identify the model framework. The model was evaluated and improved for three rounds by three experts and ten persons of executive university, academic and supportive staff until the appropriate model was identified; the index of item objective congruence was 0.95 (0.67-1.00); 3) to study the feasibility of the model implementation from 32 academic and supportive staff, the validated questionnaire was used to collect the quantitative data. The index of item objective congruence was 0.87 (0.67-1.00). Qualitative data were analyzed by using the thematic analysis method. Quantitative data were analyzed by using descriptive statistics. The Ethical Research Committee approved the study.

The results illustrated that the Mental health caring system for students comprises three components: 1) structure has two levels; 1.1) institutional level includes student development division which must identify the sub-department to take responsibility on the mental health and the department that provides mental health and psychiatric care such as a hospital, counseling center; 1.2) process is functioned by ACT-C (A: Approach, C: Care, T: Treat, C: Continue) for promoting, preventing, caring, and continuum of care for students with mental health, risk, and mental health problems. The result of implying the structure and process is that students with mental health and risk groups do not develop having a mental illness; also, students with mental health problems receive appropriate care and treatment. The overall implementation feasibility of the mental health caring system had the highest level (Mean =4.51, S.D.=0.24), each sub-component; beneficial of implementation, feasibility of implementation, and transferability of the findings, had the highest level (Mean = 4.78, 4.42, 4.39, S.D.=0.07, 0.18, 0.20) respectively.

In conclusion: an academic institution could deploy the model to suitable the context of each institution for efficiency and efficiency. In addition, mental health and psychiatric nurses can customize the model to promote and prevent mental health problems for youth and undergraduate students.

Keywords: Youth Mental Health, Mental Health Caring System for Students, Higher Education Institutions

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ตั้งเป้าหมายในการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ให้มีความพร้อมเข้าสู่ศตวรรษที่ 21 ทั้งนี้สถาบันอุดมศึกษามีหน้าที่สำคัญในการสร้างคน ผลิตบัณฑิตให้มีคุณภาพทั้งทางด้านความรู้ คุณธรรม จริยธรรม และมีสุขภาวะที่ดีเพื่อเป็นฟันเฟืองสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศ ซึ่งการมีสุขภาวะที่ดีนั้นหมายถึงความสมบูรณ์พร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แต่จากสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยีต่างๆ ทำให้บุคคลโดยเฉพาะเยาวชนต้องมีการปรับตัวให้ทันต่อสถานการณ์ หากไม่สามารถปรับตัวได้อาจทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตได้ เช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมเสี่ยงในการทำร้ายตนเอง ซึ่งจากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประมาณร้อยละ 3.8 ของประชากรโลก นำไปสู่การเสียชีวิตมากกว่า 700,000 คนต่อปี¹ โดยเยาวชนอายุระหว่าง 15-24 ปี เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายอันเนื่องมาจากปัญหาทางด้านสุขภาพจิตโดยเฉพาะโรคซึมเศร้าสูงเป็นหนึ่งในสี่ลำดับแรกของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด² สำหรับประเทศไทยก็พบว่าคนไทยมีแนวโน้มที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น จาก 231,082 คนในปี พ.ศ. 2558 เป็น 245,788 และ 323,177 คนในปี พ.ศ. 2560 และ 2562 ตามลำดับ และแนวโน้มของการพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้น จาก 4,722 คนในปี พ.ศ. 2558 เป็น 21,874 และ 22,541 คนในปี พ.ศ. 2560 และ 2562 ตามลำดับเช่นกัน โดยกลุ่มเยาวชนอายุ 20-24 ปี มีแนวโน้มของการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นจาก 4.94 ต่อประชากรแสนคนในปี 2560 เป็น 5.33 ต่อประชากรแสนคนในปี 2561³

นักศึกษาในระดับอุดมศึกษา ส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นตอนปลาย และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลง เป็นช่วงที่เปลี่ยนผ่านจากวัยรุ่นเข้าสู่ผู้ใหญ่ ต้องมีการปรับตัวในหลายๆ ด้าน เช่น การรับมือกับตนเอง การเรียนและการใช้ชีวิตส่วนตัว ส่งผลให้มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตได้ และจากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของนักศึกษานั้นพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิต ได้แก่ พฤติกรรมการปรับตัว ความเครียด การจัดการปัญหา สัมพันธภาพกับผู้อื่น ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวก ได้แก่ สภาพแวดล้อมของมหาวิทยาลัย การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น โดยปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบบ่อยในช่วงวัยนี้ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล ปัญหาทางด้านบุคลิกภาพ การจัดการอารมณ์ การปรับตัว ภาวะซึมเศร้า⁴⁻⁶ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม ก็อาจพัฒนาเป็นโรคทางจิตเวชได้⁵⁻⁶ ซึ่งพยาบาลจิตเวชเป็นบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในงานสุขภาพจิตและจิตเวช มีบทบาทหน้าที่สำคัญทั้งในระบบของโรงพยาบาลและชุมชน สถาบันการศึกษาถือเป็นชุมชนหนึ่งเช่นกัน ดังนั้นในฐานะพยาบาลจิตเวช การจัดให้มีระบบการดูแลผู้รับบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีประสิทธิภาพเพื่อมุ่งเน้นผลลัพธ์ให้นักศึกษามีสุขภาพจิตที่ดี ป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตในนักศึกษาที่มีภาวะเสี่ยง ฟื้นฟูสมรรถภาพและลดภาวะแทรกซ้อนในนักศึกษาที่มีปัญหาทางจิตและจิตเวช ถือเป็นบทบาทที่สำคัญและเป็นไปตามมาตรฐานการบริการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเมื่อเกิดปัญหานักศึกษาส่วนใหญ่มักจะไม่ขอรับการช่วยเหลือจากพยาบาลจิตเวชหรือนักวิชาชีพสุขภาพจิตต่างๆ เนื่องจากมีการรับรู้และมีทัศนคติด้านลบ มองเป็นตรา

บาปของตนเอง (Stigma) ต่อการมีปัญหาลักษณะจิต⁷ แต่เลือกขอความช่วยเหลือจากเพื่อนหรือคนใกล้ชิด แทน ซึ่งบางปัญหาสามารถผ่านพ้นไปได้แต่บางปัญหาที่ซับซ้อน เพื่อนหรือคนใกล้ชิดไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ อาจเนื่องจากการขาดทักษะและไม่ได้รับการฝึกฝนที่จะช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง⁸⁻⁹ ส่งผลให้นักศึกษาที่มีปัญหาเหล่านี้มีผลกระทบต่อการเรียน จนอาจทำให้ไม่จบตามแผนการศึกษา หรือหลายรายต้องออกจากระบบการศึกษา ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมต่อเนื่องจนถึงวัยผู้ใหญ่ และหากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องย่อมส่งผลให้เกิดการปัญหาด้านสุขภาพจิตที่รุนแรงมากขึ้น เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิต หรือการฆ่าตัวตายตามมาได้⁴⁻⁶

จากสถานการณ์ปัจจุบันที่เยาวชนมีแนวโน้มต้องการรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตมากขึ้น กรมสุขภาพจิตจึงมีนโยบายและเป้าหมายในการลดปัญหาด้านสุขภาพจิตโดยเฉพาะในสถาบันการศึกษา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสถาบันอุดมศึกษามีแนวทางที่หลากหลายในการให้การช่วยเหลือ นักศึกษาที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าว¹⁰⁻¹¹ ส่วนใหญ่เป็นเพียงกิจกรรมในการช่วยเหลือนักศึกษาทางด้านสุขภาพจิต ยังไม่ปรากฏชัดเจนว่ามีการให้การดูแลที่เชื่อมโยงเป็นระบบที่ครอบคลุมทั้งการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและการดูแลอย่างต่อเนื่องที่ครอบคลุมโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ที่ชัดเจน การมีแนวทางในการดูแลสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบนั้นจะส่งผลให้นักศึกษามีคุณภาพชีวิตที่ดี ช่วยลดความรุนแรงของปัญหา นักศึกษาสามารถใช้ชีวิตในสถาบันการศึกษาได้อย่างมีความสุข ประสบความสำเร็จในการเรียนและจบเป็นบัณฑิตที่ดีต่อไป^{4,9-11} ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะของพยาบาลจิตเวชจึงเห็นความสำคัญและความจำเป็นในการศึกษาการพัฒนา ระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาที่สามารถนำผลไปประยุกต์ใช้ในการวางระบบให้การช่วยเหลือ

ดูแลนักศึกษาทั้งกลุ่มที่มีสุขภาพจิตปกติ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ไม่ให้มีการพัฒนาป่วยเป็นโรคทางจิตเวชหรือหากป่วยเป็นโรคทางจิตเวชก็จะได้รับการช่วยเหลือดูแลที่เหมาะสม ถูกต้องอย่างทันท่วงทีเพื่อลดความรุนแรงของโรค อันจะนำไปสู่การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลทางด้านสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา
2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการนำระบบการดูแลทางด้านสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาไปใช้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้แนวคิดคุณภาพการดูแลภาวะสุขภาพของโดนาบีเดียน (Donabedian's Model)¹² ซึ่งเป็นกรอบความคิดเกี่ยวกับการตรวจสอบการบริการด้านสุขภาพและเป็นการประเมินคุณภาพการบริการด้านสุขภาพ มีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ 1) โครงสร้าง (Structure) 2) กระบวนการ (Process) และ 3) ผลลัพธ์ (Outcome) ในการศึกษาได้นำมาประยุกต์ใช้ ดังนี้

1. โครงสร้าง (Structure) หมายถึง ปัจจัยนำเข้าที่สำคัญของระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษา โดยอาศัยปัจจัยหลัก 4 Ms ประกอบด้วย 1.1) บุคคล หมายถึง ผู้บริหาร อาจารย์ บุคลากร และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการงานด้านสุขภาพจิต 1.2) งบประมาณ หมายถึง งบประมาณในการดำเนินการที่ทำให้ระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ 1.3) วัสดุอุปกรณ์ หมายถึง สถานที่ วัสดุอุปกรณ์ ที่เอื้ออำนวยให้ระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 1.4) การบริหารจัดการ หมายถึง นโยบาย มาตรการ และ/หรือแผนงานของสถาบันการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการ

ดำเนินงานของระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษา

2. กระบวนการ (Process) หมายถึง แนวทาง ขั้นตอน และ/หรือแนวปฏิบัติในการดำเนินการในสถานการณ์จริงของสถาบันการศึกษาในการดูแลสุขภาพจิตของนักศึกษา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษา และศึกษาความเป็นไปได้ในการนำระบบไปใช้ในสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่งในเขตจังหวัดภาคเหนือตอนบน ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2562 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2564 โดยมีขั้นตอนการดำเนินแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาในปัจจุบันและความต้องการการพัฒนา ระบบโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ วางแผนดำเนินการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการรวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) ตามกรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลภาวะสุขภาพของโตนานปีเตียน ได้แก่ ข้อมูลจากสถานการณ์ระบบผลิตบัณฑิตระดับปริญญาตรีของสถาบันการศึกษา สถิติ

3. ผลลัพธ์ (Outcome) ได้แก่ 3.1 นักศึกษากลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยงไม่พัฒนาไปเป็นโรคทางจิตเวช และ 3.2 กลุ่มที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชได้รับการช่วยเหลือดูแลที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง

การขอรับการปรึกษา นโยบาย มาตรการ และ/หรือแผนงานของสถาบันที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของระบบการดูแลสุขภาพจิต และจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วยผู้บริหารสถาบันการศึกษาที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการกำกับดูแลด้านสุขภาพจิต (12 คน) บุคลากรจากหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพจิต (11 คน) ตัวแทนของสำนักวิชาที่ได้รับมอบหมายให้มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลด้านสุขภาพจิต (9 คน) นักศึกษาที่ยังไม่เคยได้รับการช่วยเหลือดูแลทางด้านสุขภาพจิตจากสถาบันการศึกษา (18 คน) นักศึกษาที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่เคยได้รับการช่วยเหลือดูแลจากสถาบันการศึกษา (7 คน) ญาติของนักศึกษาที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่เคยได้รับการช่วยเหลือดูแลจากสถาบันการศึกษา (3 คน) ระยะเวลาการสัมภาษณ์ใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาที ครอบคลุมในประเด็น 1) 4Ms ได้แก่ บุคคล (Man) การบริหารจัดการ (Management) ทรัพยากรหรือวัสดุอุปกรณ์ (Materials) และงบประมาณ (Money) และ 2) กระบวนการ (Process) ควบคู่ไปกับการสังเกตแบบ

ไม่มีส่วนร่วม ในการดำเนินการเป็นการศึกษาข้อมูลจากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดเทปทันที โดยแยกการถอดเทปแบบอิสระต่อกัน มีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Credibility) นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหาตามกรอบแนวคิดเบื้องต้น และสรุปข้อมูลโดยเชื่อมโยงแนวคิดดังกล่าวเป็นกรอบในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษา และตรวจสอบยืนยันข้อมูลจากหลายแหล่งที่มา (Confirmability) ได้แก่ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสังเกต และการสะท้อนคิดของผู้วิจัย คินข้อมูลให้กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานทางด้านสุขภาพจิตของสถาบันการศึกษา (Dependability) ประกอบด้วย 1) ผู้บริหารสถาบันการศึกษาที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการกำกับดูแลด้านสุขภาพจิต 2) บุคลากรจากหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลด้านสุขภาพจิต และ 3) ตัวแทนของสำนักวิชาที่ได้รับมอบหมายให้มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลด้านสุขภาพจิต ผ่านการประชุมปรึกษาหารือ จำนวน 3 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 วันที่ 21 พฤษภาคม 2562 ครั้งที่ 2 วันที่ 8 ตุลาคม 2562 และครั้งที่ 3 วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2563

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษา ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาสังเคราะห์ร่วมกับผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มาจัดทำ (ร่าง) ระบบตามกรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลภาวะสุขภาพของโดนาปีเดียนที่มีองค์ประกอบทั้งโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ ในการดูแลครอบคลุมนักศึกษาทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต หลังจากนั้นผู้วิจัยนำ (ร่าง) ระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คนประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาจิตเวช

จำนวน 1 คน จิตแพทย์ จำนวน 1 คน และอาจารย์ที่ดูแลทางด้านกิจการนักศึกษา จำนวน 1 คน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องตามหลักการและความสอดคล้องกับข้อมูลบริบทของสถาบันการศึกษา และให้ข้อเสนอแนะปรับปรุงในประเด็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินเพื่อคัดกรอง จำแนกนักศึกษาก่อนนำเสนอให้แก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ (ปรับครั้งที่ 1) ต่อจากนั้นได้นำ (ร่าง) ระบบที่ปรับปรุงแล้วไปให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการปฏิบัติได้แก่ ผู้บริหาร บุคลากรสายวิชาการและสายสนับสนุน จำนวน 10 คน พิจารณาความสอดคล้องกับบริบทและความเข้าใจในร่างระบบฯ และได้ให้ข้อเสนอแนะปรับปรุงในประเด็นการพัฒนาทักษะทางด้านสุขภาพจิตให้แก่บุคลากร การเพิ่มกิจกรรมการจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ (ปรับครั้งที่ 2) หลังจากนั้น ผู้วิจัยปรับ (ร่าง) ระบบโดยนำผลจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมาปรับปรุง เกิดรูปแบบการดูแลที่เรียกว่า ACT-C (A: Approach, C: Care, T: Treat, C: Continue) ที่ครอบคลุม 2 กระบวนการย่อย ได้แก่ 1) กลุ่มปกติหรือมีความเสี่ยงทางด้านสุขภาพจิต และ 2) กลุ่มที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต (ปรับครั้งที่ 3) หลังจากนั้นผู้วิจัยนำระบบที่ผ่านการปรับครั้งที่ 3 ให้กับผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน พิจารณาตรวจสอบอีกครั้ง ได้ค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Index of item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ และมีค่าโดยรวมเท่ากับ .95 และให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องยืนยันความตรงของระบบก่อนนำระบบไปประเมินความเป็นได้

ระยะที่ 3 ศึกษาความเป็นไปได้ของระบบดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษา ผู้วิจัยนำระบบที่ได้จากระยะที่ 2 มาดำเนินการประเมินความเป็นไปได้

ของการนำระบบไปใช้ใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความเหมาะสม (Transferability of the Findings) 2) การนำไปใช้ (Feasibility of Implementation) และ 3) ประโยชน์ (Beneficial of Implementation) กับผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 1) บุคลากรจากหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบในดูแลผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต และ 2) ตัวแทนของสำนักวิชาที่ได้รับมอบหมายให้มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต จำนวนรวม 32 คน โดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ และมีค่าโดยรวมเท่ากับ .87 วิเคราะห์ผลการประเมินความเป็นไปได้ ทบทวน ตรวจสอบระบบก่อนนำเสนอคืนข้อมูล ผู้วิจัยสะท้อนข้อมูลที่ได้จากการประเมินความเป็นไปได้ให้กับผู้บริหารสถาบันการศึกษาที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการกำกับดูแลด้านการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตผ่านระบบ online

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลประเมินความเป็นไปได้ของการนำระบบไปใช้ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสาร การสัมภาษณ์ นำมาวิเคราะห์เฉพาะเรื่อง (Thematic Analysis)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เลขที่ 053/2561 วันที่ 25 เมษายน 2561 หลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ

จริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยอย่างเคร่งครัด และจะทำลายข้อมูลหลังจากเผยแพร่แล้ว 3 ปี รวมทั้งเก็บข้อมูลโดยตระหนักถึงการระมัดระวังภายใต้การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการวิจัย นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษา

1.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามีจำนวน 60 คน โดยเป็นเพศหญิง จำนวน 44 คน (ร้อยละ 73.33) และเพศชายจำนวน 16 คน (ร้อยละ 26.67) เป็นนักศึกษา จำนวน 25 คน (ร้อยละ 41.67) บุคลากรและตัวแทนของสำนักวิชา จำนวน 20 คน (ร้อยละ 33.33) ผู้บริหารจำนวน 12 คน (ร้อยละ 20) และญาติของผู้ที่เคยมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตจำนวน 3 คน (ร้อยละ 5)

1.2 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ก่อนพัฒนาระบบ สรุปรวมกรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลภาวะสุขภาพของโตนานาปีเตียน ได้ดังนี้

1.2.1 ด้านโครงสร้าง พบว่า

1) บุคคล พบว่า ไม่ได้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน ใช้การมอบหมายให้อาจารย์ที่พบนักศึกษาที่มีปัญหาหรืออาจารย์ที่ปรึกษาเป็นผู้รับผิดชอบ ดังคำกล่าวที่ว่า “เท่าที่ตัวเองอยู่มาลืบทว่าปีอะคะ ก็ยังรู้สึกว่ามันยังไม่มึระบบที่ชัดเจน แต่จะเป็นกลุ่มคนที่อาสาสมัครเข้ามาดูแลตรงนี้มากกว่า” (ผู้บริหาร) สัดส่วนของจำนวนอาจารย์ที่ปรึกษาต่อจำนวนนักศึกษาค่อนข้างมาก ทำให้ ไม่สามารถดูแลนักศึกษาได้อย่างทั่วถึง “มีชั้นปีนี้มีสองอาจารย์ ก็คือคนละครึ่ง คือส่วนใหญ่จะเป็นอย่างนี้ หลาย ๆ สาขา จะเป็นอย่างนี้” (ผู้บริหาร) บุคลากรส่วนใหญ่รู้สึกไม่มั่นใจว่าสิ่งที่ตนเองทำอยู่นั้น

ถูกต้องหรือไม่ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกกังวล เมื่อต้องทำหน้าที่ “เราลองผิดลองถูก หรือพยายามหาข้อมูล ซึ่งเราก็ไม่แน่ใจว่าในอินเทอร์เน็ต มันน่าเชื่อถือหรือเปล่า ก็หาข้อมูลไปก็ทริท [ช่วยเหลือ] ไปแบบนี้ ไม่ได้มีโปรโตคอลที่ชัดเจน แล้วเราก็ตริทไปแบบนี้ มันใจว่าจะได้ผลหรือเปล่า” (ตัวแทนของสำนักวิชา) นักศึกษาที่เคยได้รับการช่วยเหลือบางรายรู้สึกไม่มั่นใจว่าผู้ให้ความช่วยเหลือมีความสามารถเพียงพอหรือไม่ “ไม่ได้เรียนเฉพาะ เขาอาจจะแคร์รับฟัง แล้วก็แบบก็พูดให้กำลังใจอะไรอย่างเงี้ยคะ” (นักศึกษา)

2) งบประมาณ พบว่า ปัจจุบันมหาวิทยาลัยไม่มีการจัดสรรงบประมาณด้านการช่วยเหลือดูแลนักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจิตเป็นการเฉพาะ แต่มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับโครงการพัฒนานักศึกษาทั่วไป “ยังไม่เคยมี และเราก็ไม่เคยตั้งบขอในเรื่องนี้” (ผู้บริหาร) และคำกล่าวที่ว่า “ถ้าเราจะพูดตรงนี้ แล้วขอที่สำนัก เขาก็จะโยนไปวางบส่วนใหญ่อยู่ที่ส่วนพัฒ [ส่วนพัฒนานักศึกษา] แล้วนะไปเอาตรงกลางนะ” (บุคลากร)

3) วัสดุอุปกรณ์ พบว่า ยังไม่ได้มีการกำหนดแนวทางในการใช้เครื่องมือในการประเมินหรือคัดกรองนักศึกษาที่ชัดเจน “ปัจจุบันก็ใช้แบบประเมินที่เปิดให้บุคคลทั่วไปใช้” (บุคลากร) ส่วนใหญ่ไม่มีสถานที่ในการให้การปรึกษาโดยเฉพาะ บางครั้งใช้ห้องประชุมเล็กเป็นสถานที่ในการให้การปรึกษาแก่นักศึกษา นอกจากนี้พบว่าสถานที่ของสำนักงานที่ทำหน้าที่ในการให้การปรึกษาไม่มีความเป็นส่วนตัว ส่งผลให้นักศึกษาที่เข้าไปใช้บริการบางคนรู้สึกไม่มีความเป็นส่วนตัว ขณะที่บางคนมองว่าไม่อยากจะสถานที่หรือห้องที่เข้าไปแล้วรู้สึกว่าเป็นคนที่มีปัญหา (Stigma) “หนูว่าไม่เหมาะ มันพลุกพล่าน คือเดินเข้าไปคนก็เห็นนะคะ ก็แบบ [นั่งเงียบสักระยะ] เธอไปปรึกษาอะไร อะไรอย่างเงี้ย ค่ะ” (นักศึกษา)

4) การบริหารจัดการ พบว่า มหาวิทยาลัยมีระบบการช่วยเหลือกรณีเจ็บป่วยด้านร่างกายที่ดี แต่ยังไม่ทราบถึงนโยบายในการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่ชัดเจน ไม่ทราบว่าใครเป็นผู้รับผิดชอบและมีกระบวนการในการช่วยเหลือหรือส่งต่ออย่างไร สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า “เท่าที่ทราบ มันยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจน ในกรณีความฉุกเฉิน ส่วนพัฒนานักศึกษาก็รีเฟอร์ [ส่งต่อ] ให้อาจารย์สุขภาพจิตที่คุ้นเคย” (ผู้บริหาร) “อยากให้ระบบมันออกมาว่า ถ้าสมมติว่ามีเคสเกิดขึ้น มันเหมือนกับเป็นงานรูทีน [งานที่ทำเป็นประจำ] โดยอัตโนมัติ ว่าใครจะเป็นคนเข้าไปเป็นด่านแรก แล้วคนคนนั้นจะต้องมีหน้าที่อะไรบ้าง จะต้องมีความสามารถในระดับไหน และเขาจะต้องมีทางเลือก หรือตัดสินใจได้ว่าหน้างานเป็นแบบนี้ เขาควรจะทำยังไงต่อ มันจะมีขั้นตอนต่อ ๆ รับไม้ ต่อ ๆ กันไป” (ตัวแทนของสำนักวิชา)

1.2.2 กระบวนการ แบ่งออกเป็น

1) การเข้าถึงบริการ พบว่า ช่องทางค้นพบนักศึกษาที่ต้องการการช่วยเหลือที่พบบ่อย ได้แก่ 1) อาจารย์ผู้สอนสังเกตพบความผิดปกติของนักศึกษา 2) เพื่อนนำเรื่องมาปรึกษาอาจารย์ 3) บุคลากรสังเกตเห็นความผิดปกติของนักศึกษา หรือ 4) นักศึกษาเข้ามาขอรับการช่วยเหลือโดยตรง ทั้งนี้ภายหลังจากที่ได้รับทราบเรื่องจะดำเนินการติดต่อขอความช่วยเหลือจากอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นการส่วนตัว เพื่อส่งต่อนักศึกษาให้ได้รับการช่วยเหลือดูแล “ตอนที่เด็กเกิดปัญหา เช่น ไม่มาเรียนหนังสือ หรือเด็กหายไป เพื่อนๆ ก็มาแจ้งอาจารย์ว่าคนนี้หาย ซึ่งส่วนใหญ่ทุก ๆ เคสที่หายไปหรือมีปัญหาแบบนี้ ก็จะเป็นปัญหาเรื่องโรคซึมเศร้าหรืออะไรพวกนี้” (ผู้บริหาร) “ส่วนใหญ่ก็จะเน้นไปที่เด็กที่เกรดเฉลี่ยมีปัญหา ซึ่งมันก็อาจจะไปด้วยเด็กบางคนที่เขาไม่ตั้งใจเรียน แต่เราไม่มีทางทราบว่าเขา

เป็นหรือเปล่า เพราะเขาก็ไม่ยอมบอก จนกว่ามันเกิดปัญหาเราถึงจะทราบว่าเป็น” (ตัวแทนสำนักวิชา) สำหรับนักศึกษาส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าเมื่อต้องการความช่วยเหลือแล้วต้องติดต่อใคร สอดคล้องกับผู้ปกครองที่ไม่ทราบว่าต้องทำอะไร หากลูกหลานมีปัญหา ต้องติดต่อใคร “ตอนที่อยู่ปี 1 เขาก็จะแนะนำว่าอันนี้เป็นสันตนาการนะ อย่างนี้ค่ะ แต่ยังไม่มีการบอกพวกหนูเลยว่ามืองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาอะไรอย่างนี้ค่ะ” (นักศึกษา)

2) ความต่อเนื่องในการดูแล พบว่าผู้บริหารและบุคลากรมีความคิดเห็นไปในทิศทางเดียวกันว่า นักศึกษาควรได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบจนกว่าจะพ้นวิกฤตหรือพ้นสภาพนักศึกษา แต่พบว่าอาจารย์และบุคลากรส่วนใหญ่ไม่ได้รับการประสานข้อมูลหลังจากส่งนักศึกษาเข้ารับการช่วยเหลือ รักษา ทำให้ไม่ทราบว่าต้องดำเนินการหรือต้องให้การดูแลต่อเนื่องอย่างไร “ตอนนี้มันไม่มีการส่งต่อค่ะ ไม่มีความต่อเนื่อง เหมือนอย่างเคสเด็กที่เราส่งไปแล้วก็ไม่สามารถรู้แน่ชัดว่าที่นู่นเขาประเมินเด็กเราว่าไง เราฟังจากเด็กอะค่ะ” (ตัวแทนของสำนักวิชา) “ถ้าเกิดเด็กที่รักษาเนี่ยหมอบให้ feedback กลับมาว่าเราต้องดูแลด้านไหนเป็นพิเศษ เราต้องติดตามอะไร ก็จะช่วยให้ได้เลย เช่นอาจารย์ที่ปรึกษาได้ สอดส่องดูแลได้ว่าอยู่ในระดับที่เฝ้าระวัง ให้เฝ้าระวังมาก ๆ หรืออยู่ในระดับที่ปล่อยให้เขาสามารถใช้ชีวิตในประจำวันได้” (ตัวแทนของสำนักวิชา) สอดคล้องกับนักศึกษาที่เคยได้รับการช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตต้องการให้มีการติดตามต่อเนื่องหลังได้รับการรักษา “หนูยังอยากให้มีคนติดตามนะคะว่าพวกเรา ตอนนี้เป็นยังไงกันบ้าง” (นักศึกษา) “การดูแลต่อเนื่อง ถ้าสมมติว่าเป็นเหมือนการติดตามต่อคะ เช่นไม่ได้แบบว่าพอส่งเราไปหาแพทย์แล้วก็คือปิดเราเลย แบบไม่รับเราแล้วอย่างนี้ค่ะ ก็อยากให้นัดเรามาพูดคุยกัน ชักเดือนละครึ่งก็ดีค่ะ” (นักศึกษา) และ

ความคิดเห็นของผู้ปกครองก็เป็นในทิศทางเดียวกัน “ควรแจ้งให้ทราบเพื่อหาแนวทางการรักษาร่วมกับมหาวิทยาลัย” (ผู้ปกครอง)

1.2.3 ข้อค้นพบจุดแข็งของมหาวิทยาลัย บุคลากรของมหาวิทยาลัยมีจิตบริการ เต็มใจ และเต็มที่ในการช่วยเหลือนักศึกษา ถึงแม้ว่าจะเป็นนอกเวลาทำงานก็ตาม ดังคำกล่าวที่ว่า “จุดแข็งของมหาวิทยาลัยเราที่ทำให้มหาวิทยาลัยเราโตขึ้นมาได้จนถึงทุกวันนี้คือเราช่วยกัน เราทำงานในลักษณะลงแขก ความเป็นเซ็นทรัลไลซ์ [รวมศูนย์การบริหารงาน] ของเราทำให้เราโตมาได้จนถึงวันนี้ และคิดว่าสิ่งนี้ยังคงมีอยู่” (ผู้บริหาร) บางสำนักวิชาที่มีทรัพยากรบุคคลที่พร้อม เช่น สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มีอาจารย์ที่มีความรู้ ความชำนาญในการช่วยเหลือดูแลทางด้านสุขภาพจิต เป็นต้น “เรามีการมอบหมายให้ทีมของอาจารย์สาขาสุขภาพจิต และจิตเวชเป็นผู้ที่ให้การดูแลทางด้านทางจิตใจของนักศึกษา” (ผู้บริหาร) แต่อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้ก็พบโอกาสในการพัฒนา ได้แก่ ด้านการสร้างเสริมความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการช่วยเหลือดูแลทางด้านสุขภาพจิตแก่อาจารย์ บุคลากร ยังไม่เพียงพอ ดังคำกล่าวที่ว่า “อาจารย์และเจ้าหน้าที่ของเราแยกไม่ออก แบบไหนคือเครียด แบบไหนคือซึมเศร้า แล้วหลังจากที่เราให้คำปรึกษาไปแล้ว เราจะส่งต่อวิธีการยังไง และวิธีการให้คำปรึกษา ไม่ว่าจะ เป็นนักศึกษา หรืออาจารย์ หรือว่าเพื่อนๆ ร่วมงานของเราจะมีวิธีการฟัง วิธีการให้คำแนะนำยังไงที่ถูกวิธี” (ผู้บริหาร) และ “เราไม่ได้ถูกเทรนมา ไม่ได้เรียนมาด้วยวิธีการรับมืออย่างนั้นเหมือนกัน” (ตัวแทนสำนักวิชา) การประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารแก่บุคลากรและนักศึกษายังไม่ทั่วถึง ดังคำกล่าวที่ว่า “ก็อยากจะทำให้มีการประชาสัมพันธ์ แบบพยายามให้มีการประชาสัมพันธ์เรื่องนี้ โทรหาเบอร์นี้ อะไรแบบนี้ ก็คือทุกวันนี้ คือถ้าเกิดไม่มีอีเมลคือเราจะไม่รับรู้

ช่องทางหรือแชทแนล [ช่องทาง] จะโทรเข้าไปขอคำปรึกษา” (นักศึกษา) นอกจากนี้พบว่าข้อมูลที่เกี่ยวข้องยังมีการจัดการแบบแยกส่วน ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ อย่างเป็นระบบ ส่งผลต่อการวางแผนในการช่วยเหลือดูแล ดังคำกล่าวที่ว่า “เราควรจะทำเป็นองค์กรรวมตรงหน้าว่า ให้เอามาจอย [รวม] กันอะ ทั้งข้อมูล ทั้งปัญหาในแต่ละวัน หรือว่าเดือนละครั้งก็ได้ ที่เราต้องมาสรุปปัญหา ร่วมกัน” (ตัวแทนของสำนักวิชา) ช่วงเวลาของการบริการช่วยเหลือนักศึกษาทางด้านสุขภาพจิตน้อยไป เช่น เวลาทำการของสำนักงานให้คำปรึกษามีเพียง 8-16 น. วันจันทร์ถึงศุกร์ บางครั้งนักศึกษาต้องการความช่วยเหลือนอกเหนือจากช่วงเวลาทำการ “ก็อยากจะให้เพิ่มเรื่องเวลาอะ ถ้าจะให้มันตลอดทั้งวัน มันก็น่าจะเป็นไปได้ยาก แต่ถ้ามีได้ก็ดีอะ” (นักศึกษา) “หนูรู้สึกว่ามีฮอตไลน์มันจะดีอะ เพราะว่าอย่างหนู ยังรู้สึกว่ายากตอนเช้ายังดี ๆ ตอนกลางคืนนี่ไม่ไหวแล้วอะ หนูก็เลยคิดว่าถ้ามีฮอตไลน์ มันก็จะทำให้การช่วยเหลือเรามันดีขึ้น” (นักศึกษา)

1.3 ระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษา (ภาพที่ 2) มีรายละเอียด ดังนี้

1.3.1 โครงสร้าง แบ่งเป็น 1) ระดับสถาบันการศึกษา ได้แก่ ส่วนพัฒนานักศึกษาหรือหน่วยงานที่ดูแลด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาต้องกำหนดหน่วยงานย่อยในการดูแลงานสุขภาพจิตของนักศึกษาให้ชัดเจน มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้การดูแลบำบัดรักษาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เช่น โรงพยาบาล คลินิกให้การปรึกษา และ 2) ระดับของสำนักวิชา/คณะ ได้แก่ อาจารย์ที่ปรึกษา หรือบุคลากรที่ดูแลงานทางด้านสุขภาพจิต

1.3.2 กระบวนการ มีกระบวนการดูแลแบบ ACT-C (A: Approach, C: Care, T: Treat, C: Continue) ซึ่งใช้ในการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและดูแลอย่าง

ต่อเนื่อง ครอบคลุมนักศึกษาทุกกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีปัญหา มีรายละเอียด ดังนี้

A: Approach ทำความรู้จักและคัดกรองนักศึกษาเป็นรายบุคคล โดยกำหนดผู้รับผิดชอบได้แก่ อาจารย์ที่ปรึกษาหรือเจ้าหน้าที่ส่วนพัฒนานักศึกษาดำเนินการคัดกรองและจำแนกนักศึกษาเบื้องต้นออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มปกติ 2) กลุ่มเสี่ยง และ 3) กลุ่มที่มีปัญหา โดยใช้กระบวนการสัมภาษณ์ สังเกต และการใช้แบบประเมิน ภายหลังจากที่คัดกรองและจำแนกนักศึกษาแล้ว กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่มีปัญหา ผู้ที่ดำเนินการคัดกรองส่งต่อข้อมูลพร้อมทั้งนักศึกษามาที่สำนักงาน/หน่วยงานให้การปรึกษาเพื่อประเมินและให้การช่วยเหลือดูแลทางด้านสุขภาพจิตเบื้องต้น สำหรับกรณีที่นักศึกษาปฏิเสธขอรับการช่วยเหลือให้อาจารย์ที่ปรึกษา/เจ้าหน้าที่ส่วนพัฒนานักศึกษาดูตาม เฝ้าสังเกตอาการอย่างต่อเนื่อง สำหรับนักศึกษาทุกกลุ่มปกติ มหาวิทยาลัยสนับสนุนให้หน่วยงานที่รับผิดชอบได้แก่ ส่วนพัฒนานักศึกษา สำนักวิชา/คณะ จัดกิจกรรม/โครงการต่างๆ โดยวางแผนการส่งเสริมและป้องกันปัญหาทางด้านสุขภาพจิตภายใต้หลักของ Universal, Selective, and Indicated Prevention และกำหนดให้มีคณะกรรมการดูแลงานทางด้านสุขภาพจิตโดยตรงเพื่อทำหน้าที่พิจารณาโครงการต่างๆ ให้เป็นไปตามแนวทางการส่งเสริมและป้องกันปัญหาทางด้านสุขภาพจิตของมหาวิทยาลัย ตลอดจนติดตามและประเมินผลโครงการต่างๆ ที่จัดขึ้น

C: Care ดำเนินการให้การช่วยเหลือดูแลนักศึกษาทุกกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่ได้รับการส่งต่อ มีขั้นตอนในการช่วยเหลือดูแล 2 ระดับ ได้แก่

1) การช่วยเหลือเบื้องต้นทางด้านจิตสังคม รับผิดชอบโดยสำนักงาน/หน่วยงานให้การปรึกษา ทำหน้าที่ประเมินระดับความรุนแรงของ

ปัญหาในการวางแผนให้การช่วยเหลือ โดยใช้แบบประเมินตามความเหมาะสมกับสภาพของปัญหา ได้แก่ 1) แบบประเมินความเครียด 2) แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต 3) แบบประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือ 4) แบบคัดกรองโรคจิตเบื้องต้น เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือดูแลทางด้านจิตสังคม และจำแนกนักศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่ช่วยเหลือได้ และ 2) กลุ่มที่ต้องส่งต่อเพื่อขอรับการบำบัดทางจิตสังคมหรือการรักษาทางชีวภาพ โดยเกณฑ์การจำแนกนักศึกษาคือคะแนนของแบบประเมินที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินความเครียด แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต แบบประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แบบคัดกรองโรคจิตเบื้องต้น หรือมีพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง และ/หรือมีแนวโน้มเป็นอันตรายต่อผู้อื่น สำหรับนักศึกษากลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ สำนักงาน/หน่วยงานให้การปรึกษาทำหน้าที่ให้การปรึกษาดูแลตามผล และประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือนักศึกษา กรณีที่สุขภาพจิตของนักศึกษาดีขึ้นสามารถจำแนกเข้ากลุ่มปกติได้ แต่หากปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษามีระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้นให้ส่งต่อตามขั้นตอนต่อไป สำหรับนักศึกษากลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลางและเสี่ยงสูงให้ส่งต่อนักศึกษาเข้ารับการบำบัดทางจิตสังคม กรณีที่นักศึกษาต้องการเข้ารับการปรึกษาโดยจิตแพทย์ ให้ประสานส่งตัวเข้ารับการปรึกษาที่โรงพยาบาล สำหรับกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงให้ดำเนินการส่งต่อไปพบจิตแพทย์เพื่อเข้ารับการปรึกษาต่อไป

2) การบำบัดทางจิตสังคม รับผิดชอบโดยอาจารย์พยาบาลสาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช หรือนักจิตวิทยาของมหาวิทยาลัย (ถ้ามี) ทำการประเมินอีกครั้งเพื่อคัดกรองความรุนแรงของปัญหาและให้การบำบัดรักษาทางจิตสังคม

ติดตามผล และประสานงานกับสำนักงาน/หน่วยงานให้การปรึกษาในการช่วยเหลือดูแลนักศึกษา หากสุขภาพจิตของนักศึกษาดีขึ้นตามเกณฑ์ให้จำแนกนักศึกษาเข้ากลุ่มปกติ หรือต้องติดตามกรณีที่ต้องส่งต่อเพื่อเข้ารับการปรึกษาให้ส่งต่อไปพบจิตแพทย์ ผู้ที่ให้การบำบัดส่งข้อมูลกลับไปยังหน่วยงานให้การปรึกษาเพื่อประสานการส่งต่อ และประสานงานร่วมกันในการติดตามและวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง

T: Treat นักศึกษากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงหรือนักศึกษาที่ต้องได้รับการรักษาที่ผ่านการประเมินจากสำนักงาน/หน่วยงานการให้การปรึกษาหรืออาจารย์พยาบาลสาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชพิจารณาให้ส่งต่อเข้ารับการปรึกษาโดยจิตแพทย์ แนวทางการรักษาหรือการส่งต่อเพื่อการรักษาให้เป็นไปตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล สำนักงาน/หน่วยงานการให้การปรึกษาประสานกับโรงพยาบาล จิตแพทย์หรือแพทย์ผู้ให้การปรึกษาถึงแนวทางในการช่วยเหลือดูแลนักศึกษาทางด้านสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง และกำหนดผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจแจ้งผู้ปกครองของนักศึกษากรณีที่นักศึกษาจำเป็นต้องเข้ารับการปรึกษาในโรงพยาบาล หรือมีความจำเป็นต้องแจ้งให้ผู้ปกครองโดยเปิดเผยข้อมูลเฉพาะการเข้ารับการปรึกษาในโรงพยาบาล เท่านั้น สำหรับรายละเอียดของการรักษาการเปิดเผยข้อมูลให้อยู่ภายใต้ดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษา

C: Continue ดำเนินการติดตามและประเมินผลการช่วยเหลือนักศึกษากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่มีปัญหาอย่างน้อย 3 ครั้งหลังได้รับการช่วยเหลือหรือติดตามตามความจำเป็น จัดทำ Case conference ร่วมกันของสหวิชาชีพในการช่วยเหลือดูแลทางด้านสุขภาพจิตแก่นักศึกษา กรณีที่จิตแพทย์หรือแพทย์ผู้รักษาพิจารณาไม่เปิดเผยข้อมูลการรักษาและ/หรือนักศึกษาที่เข้ารับการปรึกษาไม่ยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลการรักษาแก่สำนักงาน/หน่วยงานให้

การปรึกษาเพื่อติดตามและให้การช่วยเหลือดูแลอย่างต่อเนื่องให้โรงพยาบาลเป็นผู้ให้การรักษา บำบัดติดตาม และประเมินผลตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลและระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาจะไม่สามารถเข้าไปให้การช่วยเหลือใดๆได้เนื่องจากไม่มีข้อมูล สำนักงาน/หน่วยงานให้การ

ปรึกษาจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้อง สรุปรายงานผลของการช่วยเหลือต่อผู้บริหารของมหาวิทยาลัยที่ทำหน้าที่ในการกำกับดูแลด้านสุขภาพจิตเพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจกำหนดนโยบาย มาตรการ และแผนปฏิบัติการต่างๆ ทางด้านสุขภาพจิตของมหาวิทยาลัยให้มีความเหมาะสมต่อไป



ภาพที่ 2 ระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษา

2. ความเป็นไปได้ของการนำระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาไปใช้

พบว่า ความเป็นไปได้ต่อการนำระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาไปใช้ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด Mean =4.51, S.D.=0.24) โดย 1) ด้านประโยชน์ในการนำระบบไปใช้อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean =4.78, S.D.=0.07) โดยมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุดทั้งต่อนักศึกษา อาจารย์ เจ้าหน้าที่ และมหาวิทยาลัย (Mean =4.88, 4.78, 4.75, 4.72, S.D.=0.34, 0.49, 0.62, 0.52) ตามลำดับ 2) ด้านการนำระบบไปใช้อยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีความคิดเห็นว่าอยู่ในระดับมากที่สุดทั้งความถูกต้องตามหลักวิชาการ เหมาะสมกับบริบทของ

มหาวิทยาลัย และเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ (Mean =4.63, 4.34, 4.28, S.D.=0.49, 0.75, 0.18) ตามลำดับ และ 3) ด้านความเหมาะสมในการนำไปใช้ออยู่ในระดับมากที่สุด (Mean =4.39, S.D.=0.20) โดยมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุดในการกำหนดผู้รับผิดชอบและแนวทางดำเนินการ มีเครื่องมืออำนวยความสะดวก และมีขั้นตอนชัดเจน ไม่ยุ่งยาก (Mean =4.56, 4.50, 4.31, S.D.=0.62, 0.67, 0.21) ตามลำดับ

ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ทำให้ไม่สามารถนำระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาไปทดลองใช้ได้ อย่างสมบูรณ์แบบ ส่งผลให้ไม่สามารถประเมิน

ประสิทธิผลได้อย่างสมบูรณ์ แต่ได้ทดลองนำไปใช้ในสถานการณ์จริงกับนักศึกษากลุ่มที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตจำนวน 8 คน โดยปฏิบัติตามกระบวนการของระบบที่วางไว้ในด้านการคัดกรอง/ประเมิน การช่วยเหลือดูแล การส่งต่อ และการดูแลอย่างต่อเนื่อง พบว่า สามารถคัดกรองนักศึกษาได้ดี และรวดเร็วขึ้น นักศึกษาได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ทันทีที่ นักศึกษาจำนวน 6 คน สามารถทำกิจวัตรประจำวันและเรียนหนังสือได้ตามปกติ นักศึกษาอีก 2 คนได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมและทันที่ และมีการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่รุนแรง

การสรุปและอภิปรายผล

การวิจัยและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษา สรุปและอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา ระบบที่พัฒนาขึ้นนี้ตามหลักวิชาการและบริบทสถานอุดมศึกษาที่ได้จากการศึกษาสถานการณ์จริงร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ออกแบบโดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง นำเสนอผู้เชี่ยวชาญ และปรับรูปแบบอย่างต่อเนื่องจำนวน 3 รอบ จนได้ระบบการดูแลสุขภาพจิตของนักศึกษา โดยระบบประกอบด้วย 1) โครงสร้าง 2) กระบวนการเพื่อนำไปสู่ 3) ผลลัพธ์ของการดูแลคือนักศึกษากลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยงไม่พัฒนาป่วยเป็นโรคทางจิตเวช และกลุ่มที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตได้รับการช่วยเหลือดูแลที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาโครงสร้างของสถาบันการศึกษา พบว่า โครงสร้างของระบบแบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระบบสถาบันการศึกษา และระดับของสำนักวิชา/คณะ โดยในระดับของ

สถาบันการศึกษาควรมีการกำหนดหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการดูแลทางด้านสุขภาพจิตให้ชัดเจน อาจอยู่ในรูปแบบของหน่วยงานย่อยในหน่วยงานที่ทำหน้าที่พัฒนานักศึกษาเพื่อรับผิดชอบในการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามนโยบาย มาตรการในการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาของสถาบันการศึกษา บรรลุเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้ ส่วนในระดับของสำนักวิชา/คณะ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของโดนาบิเดียนที่ว่า การมีปัจจัยที่สนับสนุนการดำเนินงานในการดูแลผู้รับบริการที่เหมาะสม ได้แก่ การกำหนดผู้รับผิดชอบที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ มีการมอบหมายงานและจัดแบ่งหน้าที่ที่ชัดเจนจะช่วยเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงาน¹² สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าระบบที่ดีต้องมีการกำหนดผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลทางด้านสุขภาพจิตให้ชัดเจน และมีการถ่ายทอดนโยบายและมาตรการ ตลอดจนแนวทางของการนำระบบไปใช้ให้แก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องรับทราบร่วมกัน¹³ นอกจากนี้ควรมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทุกระดับให้มีความรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนทักษะที่ถูกต้องและเหมาะสมเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน และนำไปสู่การเกิดทัศนคติที่ดีในการทำงานช่วยเหลือดูแลนักศึกษาทางด้านสุขภาพจิต¹⁴ และการจัดให้มีระบบที่ปรึกษา (Mentor) สำหรับอาจารย์หรือบุคลากรที่พบนักศึกษาที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและต้องการความช่วยเหลือจะส่งผลดีต่อความยั่งยืนของระบบ¹⁵ โดยควรส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การปฏิบัติการ และการประเมินผล¹⁵

สำหรับองค์ประกอบด้านกระบวนการของระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับศึกษานั้นมีกระบวนการดูแลแบบ ACT-C (A: Approach, C: Care, T: Treat, C: Continue) ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญที่ครอบคลุมการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและดูแลอย่างต่อเนื่อง สำหรับนักศึกษากลุ่มปกติ กลุ่ม

เสี่ยง และกลุ่มที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตในสถาบันการศึกษาเป็นไปตามมิติของการดูแลสุขภาพ โดยกระบวนการเริ่มจากการทำความเข้าใจและคัดกรองนักศึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อจำแนกนักศึกษาออกเป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต อาศัยเครื่องมือในการจำแนกนักศึกษาเพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือดูแลทางด้านสุขภาพจิตให้เหมาะสมในแต่ละกลุ่ม โดยนักศึกษาในกลุ่มปกติได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตโดยยึดหลักของ Universal, Selective, and Indicated Prevention ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การวางแผนให้การป้องกันที่ครอบคลุมทั้งสามระดับนี้จะช่วยป้องกันและลดความรุนแรงของการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตได้^{10,16} สำหรับกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตได้รับการประเมินที่โดยบุคลากรที่มีความรู้และทักษะในการให้การช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิต มีการใช้เครื่องมือที่มีความจำเพาะในการประเมินเพิ่มขึ้นเพื่อวางแผนในการช่วยเหลือหรือส่งต่อได้ถูกต้อง เหมาะสม และทันท่วงที่¹⁷ โดยกระบวนการจะมีการติดตามดูแลช่วยเหลือนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้แน่ใจว่านักศึกษาสามารถเรียนและประกอบกิจวัตรประจำวันได้ มีความสุขตามศักยภาพของแต่ละบุคคล เป็นไปตามผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการช่วยเหลือดูแลนักศึกษาควรเสริมสร้างปัจจัยปกป้อง (protective factors) ลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการทำให้ปัญหายังคงอยู่หรือรุนแรงเพิ่มขึ้น (perpetuate factors) ครอบคลุมด้านชีวภาพ จิตใจ และสิ่งแวดล้อม¹⁸ มุ่งเน้นการทำงานเป็นทีม การมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล อาจารย์ที่ปรึกษา เจ้าหน้าที่ เพื่อน เป็นต้น^{13,15} ทั้งนี้ปฏิบัติภายใต้การเคารพความเป็นบุคคล ความลับของผู้รับบริการ เพื่อให้มีสัมพันธภาพที่ดี เกิดความไว้วางใจ นำไปสู่การเกิดความร่วมมือใน

การบำบัดรักษา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการบรรลุเป้าประสงค์ที่ต้องการร่วมกัน

2. การศึกษาความเป็นไปได้ของการนำระบบการดูแลทางด้านสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาไปใช้

ผลการศึกษาถึงความเป็นไปได้ในการนำระบบไปใช้ พบว่า ผู้ที่จะใช้ระบบมีความคิดเห็นในภาพรวมว่าระบบสามารถนำไปใช้ได้จริงและในรายด้านอยู่ระดับมากที่สุด โดยผู้จะใช้ระบบมีความคิดเห็นว่าการนำระบบไปใช้จะเป็นประโยชน์ทั้งต่อนักศึกษา อาจารย์ เจ้าหน้าที่ และมหาวิทยาลัย นอกจากนี้ยังมีความคิดเห็นว่ารระบบนี้เป็นไปตามหลักวิชาการ เป็นไปได้ในทางปฏิบัติ เหมาะสมกับบริบทของสถาบันการศึกษา มีกำหนดขั้นตอน เครื่องมือ และผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน¹³ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การที่ผู้จะใช้ระบบมีความคิดเห็นต่อการนำระบบไปใช้อยู่ในระดับมากที่สุดนี้จะทำให้เกิดทัศนคติที่ดีและความร่วมมือในการนำระบบไปใช้อย่างจริงจังนำไปสู่การเกิดประสิทธิผลที่ดีของการใช้ระบบต่อไป¹⁴⁻¹⁵ ถึงแม้ว่าการศึกษาคั้งนี้ไม่ได้มีการทดลองใช้ระบบอย่างสมบูรณ์แบบเพื่อประเมินประสิทธิผลของระบบ แต่ได้นำไปทดลองใช้ในสถานการณ์จริงกับนักศึกษากลุ่มที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตโดยปฏิบัติตามกระบวนการของระบบที่วางไว้ในด้านการคัดกรอง/ประเมิน การช่วยเหลือดูแล การส่งต่อ และการดูแลอย่างต่อเนื่อง พบว่า สามารถคัดกรองนักศึกษาได้ดีและรวดเร็วขึ้น นักศึกษาได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ทันท่วงที่ นักศึกษาสามารถทำกิจวัตรประจำวันและเรียนหนังสือได้ตามปกติ ส่วนนักศึกษาที่ต้องได้รับการรักษาก็ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม และทันท่วงที่ และมีการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่รุนแรง เป็นไปตามผลลัพธ์ของระบบที่กำหนดไว้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ประโยชน์

1. ระดับการบริหารในสถาบันการศึกษา: ระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษา ผู้บริหาร สถาบัน/สำนักวิชา/คณะ ที่รับผิดชอบในการพัฒนาสุขภาพจิตนักศึกษาสามารถนำสาระสำคัญของระบบไปเพื่อกำหนดนโยบายและมาตรการในการดูแลสุขภาพจิตของนักศึกษาครอบคลุมทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต นำไปวางแผนพัฒนาสุขภาพจิตของนักศึกษาทั้งแผนกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการทั้งระยะยาวและระยะสั้นที่มีการกำหนดตัวชี้วัดทั้งระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว และกำหนดโครงการหรือกิจกรรมที่นำไปสู่ผลลัพธ์ดังกล่าว นอกจากนี้ต้องวางระบบโดยปรับหรือพัฒนาโครงสร้าง กระบวนการที่เอื้อในการการใช้ระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษา ตลอดจนจัดโปรแกรมพัฒนาบุคลากรทุกระดับที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ ความเข้าใจไปในทิศทางเดียวกันในการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง

2. ระดับปฏิบัติการ: บุคคลที่อยู่ในระดับปฏิบัติการ ได้แก่ อาจารย์ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในส่วนของพัฒนานักศึกษาและงานด้านสุขภาพจิต นำกระบวนการ ACT-C ไปใช้ในการดูแลสุขภาพของนักศึกษา ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามกระบวนการที่ครอบคลุมทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีปัญหา ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษามีสุขภาพจิตที่ดี

3. พยาบาลจิตเวช: พยาบาลจิตเวชหรือพยาบาลที่รับผิดชอบในงานทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถนำสาระสำคัญของระบบไปเพื่อกำหนดแนวทางในการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และให้การดูแลอย่างต่อเนื่องแก่นักศึกษาโดยประสานงานหรือร่วมกับสถาบันการศึกษาในการ

จัดบริการส่งเสริมและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตให้มากขึ้น ตลอดจนร่วมกันให้การดูแลนักศึกษาอย่างต่อเนื่องให้ครอบคลุมและสอดคล้องกับผู้รับบริหารให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ผู้วิจัยควรทำวิจัยเพื่อขยายผล โดยใช้การวิจัยเชิงทดลอง หรือใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อประเมินประสิทธิผลของระบบ และนำผลไปปรับปรุงระบบให้สอดคล้องหรือเอื้อกับบริบทของสถาบันการศึกษาต่างๆ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงที่กรุณาสับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้

REFERENCES

1. World Health Organization. Depression [online]. 2021 [cited 2021/9/13]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. World Health Organization. Adolescent Mental Health [online]. 2020 [cited 2020/12/10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
3. Department of Mental Health. E-report [online]. [cited 2020/5/1]. Available from: <https://www.dmh.go.th/report/datacenter/hdc/reds.asp> (in Thai)
4. Bruffaerts R, Mortier P, Kiekens G, Auerbach RP, Cuijpers P, Demyttenaere K, Green JG, Nock MK, Kessler RC. Mental Health Problems in College Freshmen:

- Prevalence and Academic Functioning. *Journal of Affective Disorders*. 2018; 225: 97-103.
5. Mofatteh M. Risk Factors Associated with Stress, Anxiety, and Depression among University Undergraduate Students. *AIMS Public Health*. 2020; 8(1): 36-65.
 6. Sheldon E, Simmonds-Buckley M, Bone C, Mascarenhas T, Chan N, Wincott M, et al. Prevalence and Risk Factors for Mental Health Problems in University Undergraduate Students: A Systematic Review with Meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2021;287: 282-292.
 7. Hilliard, R. C., Watson, J. C., & Zizzi, S. J. Stigma, Attitudes, and Intentions to Seek Mental Health Services in College Student-Athletes. *Journal of American College Health*. 2020; 1-10.
 8. Ebert, David D., et al. Barriers of Mental Health Treatment Utilization among First-Year College Students: First Cross-National Results from the WHO World Mental Health International College Student Initiative. *International journal of Methods in Psychiatric Research*. 2019;28(2): e1782. doi:10.1002/mpr.1782
 9. Nash, Sara, et al. University Students' Perceived Need for Mental Health Services: A Study of Variables Related to not Seeking Help. *Psychological Services* 2017; 14(4):502.
 10. Rith-Najarian, Leslie R., Maya M. Boustani, and Bruce F. Chorpita. A Systematic Review of Prevention Programs Targeting Depression, Anxiety, and Stress in University Students. *Journal of Affective Disorders*. 2019; 257: 568-584.
 11. Duffy, Anne, et al. Mental Health Care for University Students: a Way Forward? *The Lancet Psychiatry*. 2019; 6(11): 885-887.
 12. Donabedian A. Quality Assessment and Monitoring. *Evaluation & the Health Professions*. 1983; 6(3): 363-75.
 13. Chorpita, B.F., and Eric L. D. Coordinated strategic action: Aspiring to wisdom in mental health service systems. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2018; 25(4): e12264.
 14. Hataiyusuk S., Seree, P. & Bosagaranut, K. Attitude and Motivation towards Mental Health Work in Participants of Mahidol Friend Project, Thailand. *Thai Journal of Public Health*. 2020; 50(2): 226-240. (in Thai)
 15. Ballard K. Inclusion, paradigms, power and participation. *Towards Inclusive Schools?* Routledge. 2018: 1-14.
 16. Arango, C., et al. Preventive Strategies for Mental Health. *The Lancet Psychiatry*. 2018; 5(7): 591-604.
 17. McGorry, P.D., & Mei, C. Early Intervention in Youth Mental Health: Progress and Future Directions. *Evidence-Based Mental Health*. 2018; 21(4): 182-184.
 18. Langevin, R., Marshall, C., & Kingsland, E. Intergenerational Cycles of Maltreatment: A Scoping Review of Psychosocial Risk and Protective Factors. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2019; 1524838019870917.

ผลของโปรแกรมการบริหารแบบมีส่วนร่วมต่อการใช้นโยบาย
ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพ
ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิแห่งหนึ่ง

Effects of the Participative Management Program
on Clinical Practice Guideline for Pressure Injury
among Professional Nurses in a Secondary Level Hospital

ทิพวรรณ กระถิ่นทองกุล* เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย**

เนตรชนก ศรีทุมมา***

Tipawan Krathinthongkul* Phechnoy Singchungchai**

Netchanok Sritoomma***

Received : 3/9/64
Revised : 28/12/64
Accepted : 29/12/64

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบริหารแบบมีส่วนร่วมต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่ง ที่ดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 35 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการบริหารการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมแบบสอบถามการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .93 และ .88 ตามลำดับ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษา พบว่า

1) การใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมการบริหารแบบมีส่วนร่วม โดยรวมอยู่ในระดับน้อย (Mean=2.42, S.D.=0.28 และ Mean=2.46, S.D.=0.24 ตามลำดับ)

2) การใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับ หลังได้รับโปรแกรมการบริหารแบบมีส่วนร่วม ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3) การใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการบริหารแบบมีส่วนร่วม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบริหารแบบมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการบริหารการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปใช้พัฒนาให้พยาบาลวิชาชีพมีการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับที่สูงขึ้น ดังนั้น ผู้บริหารควรใช้การบริหารแบบมีส่วนร่วมในการนิเทศทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การบริหารแบบมีส่วนร่วม นโยบายปฏิบัติ ผู้ป่วยแผลกดทับ

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

** ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

* Graduated student in Master of Nursing Science Program in Nursing Management, College of Nursing, Christian University of Thailand

** Professor, College of Nursing, Christian University of Thailand

*** Assistant Professor, College of Nursing, Christian University of Thailand

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to study the effect of participatory management program on the use of nursing practice guidelines for pressure injury patients among professional nurses between the experimental group and the control group. The sample group includes a professional nurse who works as a ward in a secondary hospital who takes care of adult patients at risk of pressure injury, a total of 70 people were divided into experimental groups and a control group of 35 people each. The research instruments used was a participatory management in nursing supervision program questionnaire on the use of nursing practice guidelines for pressure injury patients of professional nurses. The content validity index was .93 and .88 respectively. Cronbach's alpha coefficient was .92. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, including paired t-test and independent t- test.

The results of the study found that

1) The use of nursing practice guidelines for pressure injury patients of the experimental group and the control group before receiving the participatory management program overall, the level was low (Mean=3.80, S.D.=0.11 and Mean=2.42, S.D.=0.28, respectively).

2. The use of nursing practice guidelines for pressure injury patients who received the participatory management program in the experimental group was significantly higher than the control group ($p<.05$).

3. The use of nursing practice guidelines for pressure injury patients in the experimental group After receiving the participatory management program, higher than before receiving the participatory management program statistically significant ($p<.05$).

In conclusion, the results of the research indicated that the developed participatory nursing supervision program can be used to develop professional nurses to use higher nursing practices in pressure injury patients. Therefore, administrators should use participatory management in continuous nursing supervision.

Keywords: The Participative Management, Clinical Practice Guideline, Pressure Injury Patient

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบริหารทางการพยาบาลมีเป้าหมายสำคัญ คือ การจัดระบบบริการพยาบาลด้านการดูแลสุขภาพของผู้ใช้บริการอย่างมีคุณภาพ ที่เน้นความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ ลดความเสี่ยง รวมถึงหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บที่พยาบาลสามารถป้องกันได้ และสิ่งสำคัญคือการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในการดูแล¹ โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับการเกิดแผลกดทับ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยจากสภาวะการเจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวหรือกลุ่มติดเตียง ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่ายสูง และหากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนเสียชีวิต ซึ่งการเกิดแผลกดทับเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลที่สำคัญ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยกับผู้ป่วยบางกลุ่ม ที่รุนแรงที่สุด เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มีการช่วยเหลือตนเองได้ลำบาก และผิวหนังที่อ่อนบาง ทำให้เกิดแผลกดทับ (Pressure Injury) ได้ง่าย ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ถึงแม้พยาบาลจะมีมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยแผลกดทับ แต่พบว่ายังมีประเด็นที่พยาบาลยังใช้แนวปฏิบัติไม่ครบถ้วน ซึ่งพิจารณาได้จากการวิเคราะห์อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ (Pressure Injury) โดยพบความชุกของการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 10.1² จากการทบทวนและศึกษารายงานเกี่ยวกับการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่สร้างขึ้นสำหรับการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค พบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับประเด็นการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ³ เพื่อลดความหลากหลายของการปฏิบัติ หรือส่งเสริมการบริการที่มีคุณภาพสำหรับผู้ป่วย ดังนั้นการใช้แนวปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกันจะทำให้ทีมสุขภาพสามารถใช้แนวทางปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จะส่งผลต่อความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และส่งผลลัพธ์

ด้านสุขภาพในการลดภาวะแทรกซ้อนในการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต⁴

จากการรายงานตัวชี้วัดขององค์กรพยาบาลในโรงพยาบาลที่ศึกษา พบอัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ปี 2560 เท่ากับ 1.74 ปี 2561 เท่ากับ 4.31 และ ปี 2562 เท่ากับ 8.95 กลุ่มการพยาบาลได้ใช้การบริหารด้วยการนิเทศตามมาตรฐาน ร่วมกับการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับขึ้น โดยอ้างอิงตามมาตรฐานการป้องกันแผลกดทับ⁵ เพื่อมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วย ใน หลังจากนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับมาใช้ และให้ผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วยในแต่ละหน่วยงานนิเทศ ติดตามการใช้แนวทางปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ แต่ยังไม่พบว่าในปีงบประมาณ 2563 มีอัตราการเกิดแผลกดทับในหน่วยงานเฉลี่ย 9.50 ซึ่งยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่ระบุไว้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลต้องไม่เกิดแผลกดทับเกิน 0.5 ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของทีมนิเทศทางการพยาบาลของหน่วยงาน ซึ่งผู้วิจัยมีหน้าที่ร่วมด้วย จึงได้มีการศึกษานำร่องของผู้วิจัยจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับต้นและพยาบาลหัวหน้าทีม เกี่ยวกับแนวทางการลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับให้เป็นไปตามเป้าหมายจำนวน 5 คน (สัมภาษณ์ในเดือนตุลาคม 2563) โดยได้ให้ข้อมูลสรุปว่า ควรปรับการบริหารด้วยการมีโปรแกรมการบริหารแบบมีส่วนร่วมกับการนิเทศทางคลินิก น่าจะทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติได้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและดูแลผู้ป่วยทุกขั้นตอน ทำให้เกิดความร่วมมือและมีการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับเพิ่มขึ้น ผู้บริหารสามารถควบคุมกำกับดูแลการปฏิบัติของบุคลากรทางการพยาบาลให้ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลได้มากกว่าการนิเทศตามมาตรฐานแบบเดิมเพียงอย่างเดียว

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญในการนำโปรแกรมการบริหารแบบมีส่วนร่วม โดยการจัดการกิจกรรมการบริหารแบบมีส่วนร่วม ด้วยการให้ความรู้และร่วมกันเตรียมบุคลากรการปฏิบัติ กำหนดกิจกรรมการบริหารแบบมีส่วนร่วม และการประเมินผลด้วยการมีส่วนร่วม (ประเมินการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นการเปลี่ยนแปลงร่วมกับประเมินการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับ) โดยการใช้แนวคิดของซาส์ซกิน⁶ ที่ระบุว่าผู้บังคับบัญชาและระดับผู้ปฏิบัติทุกหน่วยที่มีส่วนร่วมในการทำงาน เกิดความร่วมมือในการพยาบาลผู้ป่วยให้เกิดคุณภาพของการป้องกันแผลกดทับ ผู้ปฏิบัติต้องปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับ และได้รับการนิเทศ กำกับดูแลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ การใช้โปรแกรมการบริหารแบบมีส่วนร่วมในการนิเทศทางการพยาบาล จึงเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานและประสิทธิผลของบุคลากรให้ปฏิบัติดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ

ผู้บริหารควรมีการปรับหรือหาวิธีการบริหารการกำกับดูแลให้แตกต่างจากเดิม จึงควรหาวิธีการบริหารแบบใหม่ๆ ที่มีความใกล้ชิด หรือกำกับติดตามคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย ให้ผู้ปฏิบัติเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ ยินยอมและยอมรับในการปฏิบัติตามอย่างสมัครใจ เต็มใจ มีส่วนร่วมในการทำงาน ร่วมกันกำหนดเป้าหมาย เพื่อที่จะพยายามปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายที่ทุกคนร่วมกันวางไว้ ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารระดับต้นจึงได้คำนึงถึงคุณภาพการกำกับติดตามการดูแลผู้ป่วยแผลกดทับ จากการพบทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยแผลกดทับตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาล จะให้ความสำคัญต่อบุคคลและความแตกต่างระหว่างบุคคล โดยใช้หลักการสร้าง

สัมพันธภาพ ที่สร้างบรรยากาศแบบกันเองระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติได้รับการนิเทศ กำกับติดตาม และได้พัฒนาความรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลทางคลินิก จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารแบบมีส่วนร่วม การเสริมสร้างพลังอำนาจในงานและประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นโรงพยาบาลเอกชน⁷ โดยศึกษาในผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น จำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า การบริหารงานแบบมีส่วนร่วมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .710, p < .05$) และการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานกับประสิทธิผลของหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น มีความสัมพันธ์กันเชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .732, p < .05$) และในการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการนิเทศทางคลินิกแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์⁸ พบว่า รูปแบบการนิเทศแบบมีส่วนร่วม ผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศเกิดความพึงพอใจสูงสุด ผู้นิเทศรับรู้ถึงความรู้ที่เพิ่มขึ้น เกิดความมั่นใจในการนิเทศ มีแนวทางการนิเทศที่ชัดเจน และผู้รับการนิเทศได้รับความรู้เพิ่ม ไม่เกิดความเครียดต่อการได้รับการนิเทศ ได้รับการเสริมแรงจูงใจสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน และเพื่อการพัฒนาบุคลากรให้มีทักษะเชิงวิชาชีพ ผู้บริหารการพยาบาลต้องพัฒนาระบบและรูปแบบการนิเทศให้เป็นรูปธรรม

จากความเป็นมาของปัญหาการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการกระตุ้นให้ทีมพยาบาลและบุคลากรพยาบาลมีการใช้แนวปฏิบัติให้เป็นไปตามเป้าหมาย จึงได้นำโปรแกรมการบริหารแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยกิจกรรมการมีส่วนร่วม 3 กิจกรรม มาทดลองใช้เพื่อเพิ่มระดับการใช้แนวทาง

ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เพื่อให้มีผลลัพธ์ต่อการดูแลผู้ป่วยในการป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ตามเกณฑ์ของหน่วยงาน อันจะส่งผลต่อการลดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการบริหารการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพ มีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม ก่อนการได้รับโปรแกรมการบริหารแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพ หลังการใช้โปรแกรมการบริหารแบบมีส่วนร่วม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการบริหารแบบมีส่วนร่วม ในกลุ่มทดลอง

สมมุติฐานการวิจัย

1. พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการบริหารแบบมีส่วนร่วม ไม่แตกต่างกัน
2. พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับ ในกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมการบริหารแบบมีส่วนร่วม สูงกว่ากลุ่มควบคุม

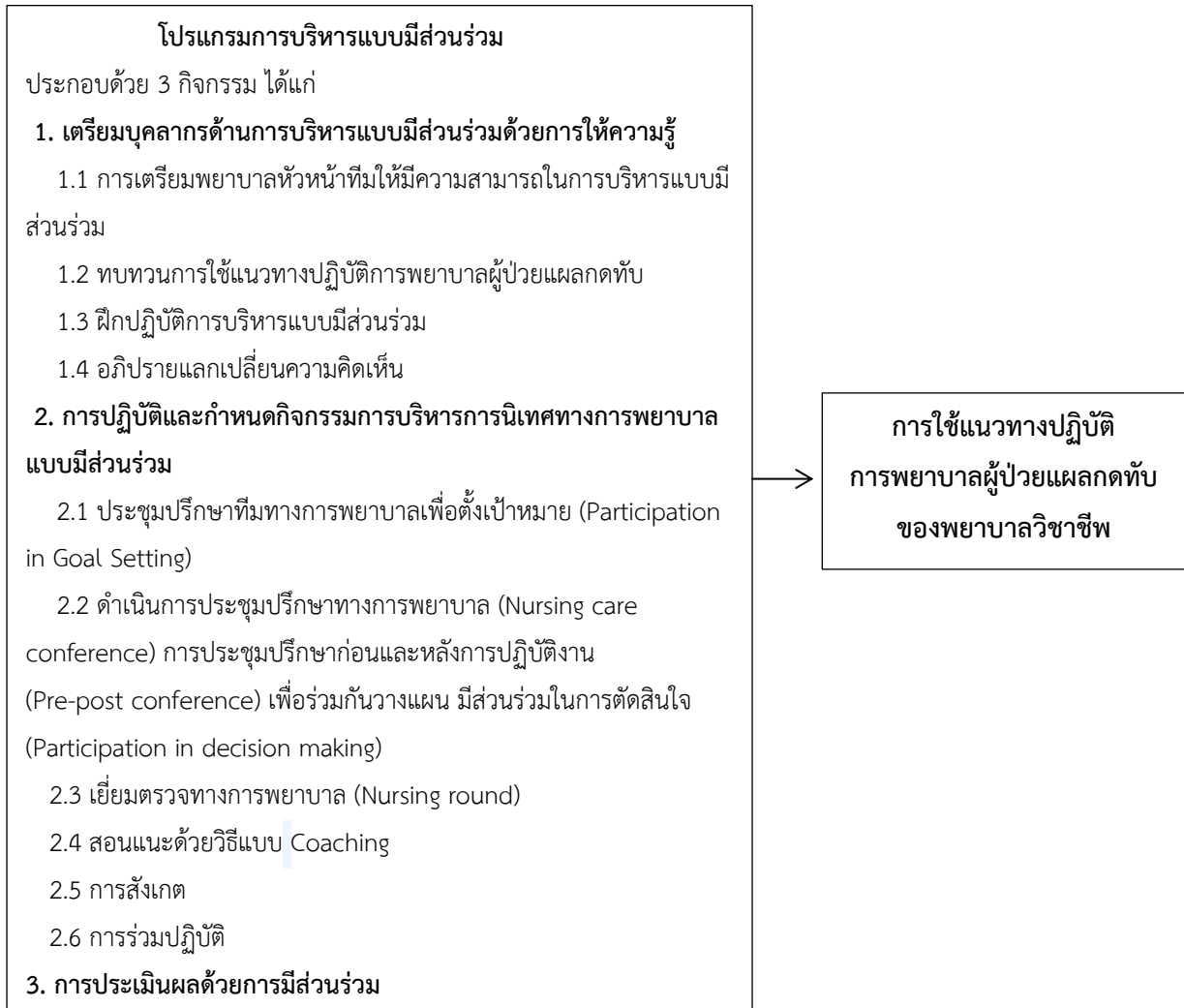
3. พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มทดลองมีคะแนนการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการบริหารแบบมีส่วนร่วม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้นโยบายการบริหารแบบมีส่วนร่วมของซาส์ซกิน⁶ มาออกแบบกรอบแนวคิดโปรแกรมการบริหารการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมที่ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) การบริหารแบบมีส่วนร่วมด้วยการให้ความรู้และร่วมกันเตรียมบุคลากร เตรียมทีมผู้นิเทศ ได้แก่ พยาบาลหัวหน้าทีม โดยการให้ความรู้และเตรียมการบริหารแบบมีส่วนร่วม การทบทวนความรู้การใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับและการฝึกปฏิบัติ การบริหารทีมแบบมีส่วนร่วมเพื่อเพิ่มความถูกต้องและเกิดความมั่นใจในการนิเทศ และร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น 2) การปฏิบัติและกำหนดกิจกรรมการบริหารการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ ประชุมปรึกษาทีมทางการพยาบาลการตั้งเป้าหมาย (Participation in goal setting) ในการปฏิบัติการพยาบาลให้บรรลุผลสำเร็จร่วมกันในการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับ ดำเนินการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (Nursing care conference) การประชุมปรึกษาก่อนและหลังการปฏิบัติงาน (Pre-post conference) เพื่อร่วมกันวางแผนเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Participation in decision making) เยี่ยมตรวจทางการพยาบาล (Nursing round) การให้คำปรึกษา การตรวจสอบและประเมินทางเลือกนั้น เมื่อพบปัญหาในการปฏิบัติ ผู้นิเทศให้การสอนแนะนำด้วยวิธีแบบ Coaching ให้เกิดความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น การสังเกตจะช่วยให้ผู้รับการนิเทศไม่มีความรู้สึกเหมือนการถูกจับผิด และปฏิบัติการ

พยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับตามแนวทางปฏิบัติร่วมกับ
ทีมการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา (Participation in
problem solving) การพัฒนาการทำงานใหม่ ๆ การ
คิดค้นนวัตกรรมโดยอยู่บนพื้นฐานของข้อมูล 3) การ

ประเมินผลด้วยการมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลง
(Participation in change) และประเมินการใช้
แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับ ดัง
กรอบแนวคิดการวิจัยในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental research) ศึกษาแบบก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest two group design) ของกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการบริหารการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลหัวหน้าทีม และ

กลุ่มควบคุมซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม การวิจัยนี้ วัดผล 2 ครั้ง คือ วัดก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (Pre-test) และวัดหลังสิ้นสุดการใช้โปรแกรม (Post-test)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จำนวน 156 คน (สถิติบุคลากรทางการพยาบาล ปีงบประมาณ 2563) พยาบาลหัวหน้าทีมหอผู้ป่วยใน จำนวน 42 คน (ผ่านการอบรม Incharge nurse)

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี และปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน (ยกเว้นหอผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยหลังคลอด) รวม 6 หอผู้ป่วย ที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลที่ศึกษา (ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามเกณฑ์ประเมินที่ระบุไว้ในแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล) การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power Version 3.1.9.2 กำหนดอำนาจการทดสอบ ($1-\beta$) .90 ค่าความเชื่อมั่น (α) .05 และค่าอิทธิพล (effect size) .80 โดยใช้งานวิจัยที่คล้ายคลึงกับงานวิจัยนี้⁹ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 28 ราย คำนวณตัวอย่างเพื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 โดยคำนวณจากสูตร $N1 = n/(1-d)$ แทนค่า $N1 = 28/(1-0.2) = 35$ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน ทำการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งแยกเป็นหอผู้ป่วย โดยพิจารณาจากกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของกลุ่มตัวอย่างแต่ละหอผู้ป่วย ให้ความคล้ายคลึงกันและเทียบกับภาระงาน (Productivity) ที่รับผิดชอบ ให้ความใกล้เคียงกัน และเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนของผลการวิจัยจากตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการทางสถิติเพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยพยาบาลหัวหน้าทีมผู้ใช้โปรแกรมการบริหารการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม คือ พยาบาลหัวหน้าทีมของหอผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง หอผู้ป่วยละ 5 คน เกณฑ์การคัดออก

(Exclusion criteria) คือ พยาบาลวิชาชีพที่ลาป่วย ลาคลอดบุตร ลาศึกษาต่อ ซึ่งไม่อยู่ในระหว่างทำการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท ดังนี้

1. โปรแกรมการบริหารการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ที่ออกแบบตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของชาวสก็งิน⁶ ประกอบด้วย คู่มือโปรแกรมการบริหารการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าทีม และแผนการนิเทศทางการพยาบาลการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา แผนกที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน ประสบการณ์ทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ประสบการณ์การอบรมด้านการบริหารทางการพยาบาล และประสบการณ์การอบรมการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพ โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการปฏิบัติการพยาบาลที่ดี (9 ข้อ) ด้านการป้องกันความเสี่ยง (6 ข้อ) และด้านการมีส่วนร่วม (9 ข้อ) รวม 24 ข้อ โดยลักษณะเป็นคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating Scale) แปลผลคะแนน¹⁰ ดังนี้

ค่าเฉลี่ยคะแนน 3.51 – 4.00 หมายถึง มีการใช้แนวทางปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ยคะแนน 2.51 – 3.50 หมายถึง มีการใช้แนวทางปฏิบัติอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ยคะแนน 1.51 – 2.50 หมายถึง มีการใช้แนวทางปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ยคะแนน 1.00 – 1.50 หมายถึง มี
การใช้แนวทางปฏิบัติอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของ
เครื่องมือ (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้
ในการวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ โปรแกรมการบริ
หารนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ที่ออกแบบ
ตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของชาส์ชกิน⁶ และ
แบบสอบถามการใช้แนวทางปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วย
แผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพ ให้อาจารย์ที่ปรึกษาผู้
ควบคุมวิทยานิพนธ์ตรวจสอบและนำมาปรับแก้ไขตาม
คำแนะนำ ก่อนนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา
(Content Validity) ความเหมาะสมในการใช้ภาษา
(Wording) และการจัดลำดับเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ
จำนวน 5 ท่าน หลังจากได้ข้อเสนอแนะจาก
ผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม
และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา
(Content Validity Index : CVI) ที่ยอมรับได้ตั้งแต่
0.8 ขึ้นไป¹¹ ได้ค่า CVI ของโปรแกรมการบริ
หารนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม และ
แบบสอบถามการใช้แนวทางปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วย
แผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพทั้งฉบับ เท่ากับ 0.93
และ 0.88 ตามลำดับ

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ
(Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out)
กับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลบางพลี จังหวัด
สมุทรปราการ ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยการ
หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach
alpha coefficient)¹¹ กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับ
ได้ตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป¹⁰ โดยได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.92

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิ
มนุษยชนของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นสำคัญ จึงได้

ดำเนินการตามขั้นตอนของการพิทักษ์สิทธิ์จาก
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ
มหาวิทยาลัยคริสเตียน โดยผ่านการรับรองวันที่ 23
ธันวาคม 2563 เลขที่ น.11/2563 เมื่อผ่านการ
พิจารณาจากคณะกรรมการฯ แล้วจากนั้นได้นำเสนอ
ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งผ่าน
การรับรองวันที่ 25 มกราคม 2564 เลขที่ 036/63 โดย
ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบ ก่อน
ดำเนินการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่ม
เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย โดยใช้เวลา 8 สัปดาห์ ตาม
ขั้นตอน ดังนี้

1. ขอนหนังสือแนะนำตัวผู้วิจัย จากคณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน และพบ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระทุ่มแบน เพื่อขออนุญาต
เก็บข้อมูลการทำวิจัยจากพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติ
ตรงตามกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด คือ พยาบาลวิชาชีพที่
ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน ที่ดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่กลุ่มเสี่ยง
ต่อการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลกระทุ่มแบน

2. นำหนังสืออนุญาตให้เก็บข้อมูลการทำวิจัย
เข้าพบหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลกระทุ่มแบน
จังหวัดสมุทรสาคร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย
วิธีการสุ่มตัวอย่าง วิธีการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม
กลับคืน และขอการสนับสนุนในการทำวิจัย

3. การเก็บข้อมูลก่อนการทดลองใช้โปรแกรม
การบริหารการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

1) ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บ
รวบรวมข้อมูล สร้างความรู้และความเข้าใจแก่
กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการ

2) ให้พยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำแบบสอบถามการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับ ก่อนการใช้โปรแกรมการบริหารการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

3) จัดทำโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยเชิญวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบริหารแบบมีส่วนร่วม มาเป็นวิทยากรในการบรรยายให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าทีม ซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง

4. ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการบริหารการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมในกลุ่มทดลอง ดังนี้

1) สัปดาห์ที่ 1 เตรียมบุคลากรด้านการบริหารแบบมีส่วนร่วม ด้วยการให้ความรู้เรื่อง การบริหารการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลหัวหน้าทีม และการใช้คู่มือโปรแกรมการบริหารการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม สร้างทักษะในการบริหารแบบมีส่วนร่วมให้แก่พยาบาลหัวหน้าทีม เพื่อใช้ประกอบการนิเทศทางการพยาบาลในการกำกับ ติดตามการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพในทีม

2) สัปดาห์ที่ 2 -5 การปฏิบัติและกำหนดกิจกรรมการบริหารการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ ประชุมปรึกษาทีมทางการพยาบาลการตั้งเป้าหมาย (Participation in goal setting) ในการปฏิบัติการพยาบาลให้บรรลุผลสำเร็จร่วมกันในการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับ ดำเนินการประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (Nursing care conference) การประชุมปรึกษาก่อนและหลังการปฏิบัติงาน (Pre-post conference) เพื่อร่วมกันวางแผนเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Participation in decision making) เยี่ยมตรวจทางการพยาบาล (Nursing round) การให้คำปรึกษา การตรวจสอบและประเมินทางเลือกนั้น เมื่อพบปัญหาในการปฏิบัติ ผู้นิเทศให้การสอนแนะนำด้วยวิธีแบบ Coaching เพื่อให้

เกิดความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น การสังเกตจะช่วยให้ผู้รับการนิเทศไม่มีความรู้สึกเหมือนการถูกจับผิด และปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับตามแนวทางปฏิบัติร่วมกับทีมการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา (Participation in problem solving) ร่วมวิเคราะห์ข้อมูลนำมาสู่การพัฒนาการทำงานใหม่ ๆ การคิดค้นนวัตกรรมโดยอยู่บนพื้นฐานของข้อมูล และติดตามการใช้โปรแกรมการบริหารการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลหัวหน้าทีม ในการกำกับ ติดตามการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพตามแผนการนิเทศทางการพยาบาล

3) สัปดาห์ที่ 6 จัดอภิปรายกลุ่ม ชี้แจงวัตถุประสงค์ ผู้วิจัยเสนอรายละเอียดที่ได้จากการกำกับ

ติดตาม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอภิปรายได้ทราบถึงข้อมูลการนิเทศ ปัญหาที่พบ ข้อเสนอแนะจากพยาบาลหัวหน้าทีมที่เป็นผู้นิเทศ มาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยการให้ร่วมอภิปรายแสดงความคิดเห็นถึงประสบการณ์การนิเทศทางคลินิก ปัญหา อุปสรรค การแก้ไขปัญหา การทบทวน ข้อเสนอแนะที่พบจากการปฏิบัติการนิเทศทางคลินิก เพื่อเสนอแนะการใช้โปรแกรมการบริหารการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลหัวหน้าทีม และการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุงแก้ไข ประเมินการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นการเปลี่ยนแปลง (Participation in charge) และประเมินการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับ

4) ในสัปดาห์ที่ 1 ถึงสัปดาห์ที่ 6 ของกลุ่มควบคุม ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยตามแบบแผนเดิม และใช้การนิเทศตามมาตรฐาน

5. การดำเนินการหลังใช้โปรแกรมการบริหารการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม

1) สัปดาห์ที่ 7 ให้พยาบาลวิชาชีพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำแบบสอบถามการใช้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับ

2) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. เปรียบเทียบการใช้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการบริหารแบบมีส่วนร่วมในกลุ่มทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test

3. เปรียบเทียบการใช้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบริหารการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t- test และ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนการใช้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนได้รับโปรแกรมการบริหารการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	Mean	S.D.	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n = 35)	2.42	.28	-53	.60
กลุ่มควบคุม (n = 35)	2.46	.24		

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนการใช้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมการบริหารการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม อยู่ในระดับน้อย และทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยฯ ไม่แตกต่างกัน

ได้ทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นโดยข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ และทดสอบความเป็นอิสระต่อกันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัย

นำเสนอเป็น 4 ส่วน มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุช่วง 25-30 ปี (ร้อยละ 28.6) ระยะเวลาการทำงานเฉลี่ย 9 ปี มีประสบการณ์การอบรมด้านการบริหารทางการพยาบาล 18 คน (ร้อยละ 58.4) มีประสบการณ์การอบรมการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับ 11 คน (ร้อยละ 32.4) และกลุ่มควบคุมมีอายุช่วง 25-30 ปี (ร้อยละ 30) ระยะเวลาการทำงานเฉลี่ย 8 ปี มีประสบการณ์การอบรมด้านการบริหารทางการพยาบาล 11 คน (ร้อยละ 32.5) มีประสบการณ์การอบรมการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับ 12 คน (ร้อยละ 34.3)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนการใช้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนการใช้โปรแกรมการบริหารการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดังแสดงตามตารางที่ 1

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนการใช้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพ หลังการใช้โปรแกรมการบริหารการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดังแสดงตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพ หลังได้รับโปรแกรมการบริหารการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	Mean	S.D.	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n = 35)	3.80	.11	7.49	.000*
กลุ่มควบคุม (n = 35)	2.48	.25		

*p<.05

จากตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพ หลังใช้โปรแกรมการบริหารการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ในกลุ่มทดลอง อยู่ในระดับมากที่สุด และกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับน้อย โดยเมื่อทดสอบด้วยสถิติ Independent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับ หลังได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการบริหารการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ของกลุ่มทดลอง ดังแสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบริหารการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ของกลุ่มทดลอง

คะแนนการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับ	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรมการบริหารแบบมีส่วนร่วม	2.42	.28	7.95	.000*
หลังได้รับโปรแกรมการบริหารแบบมีส่วนร่วม	3.80	.12		

*p<.05

จากตารางที่ 3 การใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับของกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมการบริหารการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อย และหลังการได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับ หลังได้รับโปรแกรมการบริหารการนิเทศ

ทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย คะแนนการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มทดลอง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการบริหารการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($p < .05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการบริหารการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ช่วยให้พยาบาลเกิดแรงจูงใจในการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผลกตทัพบให้มีคุณภาพในการทำงาน เกิดการยอมรับและรู้สึกมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ ทำให้เกิดความมั่นใจ เข้าถึงความรู้ เกิดทักษะ และแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง กระบวนการมีส่วนร่วม และการเสริมแรงจูงใจ¹² จากการร่วมกันตั้งเป้าหมาย ประชุมปรึกษาร่วมกันในการแก้ปัญหา ทำให้เกิดความรู้สึกของความเป็นเจ้าของ ร่วมรับผิดชอบในการดูแลป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การเกิดแผลกดทับ

เมื่อเปรียบเทียบการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผลกตทัพบของพยาบาลวิชาชีพ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการบริหารการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผลกตทัพบ ไม่แตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผลกตทัพบของพยาบาลวิชาชีพ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งการเตรียมพยาบาลหัวหน้าทีมให้ใช้การบริหารแบบมีส่วนร่วมในการนิเทศการพยาบาล กำกับติดตามการทำงานของพยาบาลวิชาชีพให้ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจที่ตรงกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อกระตุ้นให้เกิดการตื่นตัวและเกิดความรู้สึกมีส่วนร่วม ทำให้ยอมรับและร่วมมือมากขึ้น¹³ จากผลของการวิจัยพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการบริหารการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม กลุ่มทดลองมีการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผลกตทัพบของพยาบาลวิชาชีพ เป็นเครื่องมือที่นำมาใช้ในการ

ปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ เน้นความปลอดภัยเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ ในการปฏิบัติงานช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล³ จะพบว่าพัฒนาระบบการบริหารทางคลินิก การจัดกิจกรรมของผู้บริหารทางการพยาบาล เช่น การใช้การประชุมร่วมแสดงความคิดเห็น (Consensus-based guidelines) ในการร่วมกันตั้งเป้าหมาย ร่วมตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาตามแนวคิดของซาสส์กิน⁶ จะทำให้นุคลากรในองค์กรมีส่วนร่วมในการทำงานเพิ่มขึ้น นำแนวทางปฏิบัติที่ถูกพัฒนามาปฏิบัติด้วยความเต็มใจ เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายที่ทุกคนร่วมกันวางไว้ มีส่วนร่วมในการรับผิดชอบทางเลือกของการตัดสินใจ และวิเคราะห์ข้อมูล สร้างการปฏิบัติงานที่ดี ให้เกิดคุณภาพ ป้องกันการเกิดแผลกดทับซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารควรมีนโยบายในการนำโปรแกรมการบริหารการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ไปใช้ในการนิเทศทางการพยาบาล งานทางคลินิก ในทุกหอผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลได้ใช้แนวทางปฏิบัติหรือวิธีการปฏิบัติให้ครบทั้ง 3 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย ด้านการปฏิบัติการพยาบาลที่ดี ด้านการป้องกันความเสี่ยง และด้านการมีส่วนร่วม ที่นำองค์กรไปสู่เป้าหมาย และควรจัดกิจกรรมเชิงการบริหาร เช่น การประชุมร่วมแสดงความคิดเห็น (Consensus-based guidelines) การเยี่ยมตรวจอย่างต่อเนื่อง

2. ผู้บริหารควรสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาโปรแกรมการบริหารการนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ในการพัฒนาระบบการบริหารทางคลินิกของผู้บริหารระดับต้นและพยาบาล

หัวหน้าทีม ในการกำกับติดตามการปฏิบัติตาม
ตัวชี้วัดขององค์กรให้มากขึ้น เพื่อให้เกิดความร่วมมือ
ของบุคลากร ให้มีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกัน จาก
ผลการวิจัยนี้ มีความชัดเจนว่าโปรแกรมการบริหาร
การนิเทศทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม มีผลต่อ
การใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับ
สูงขึ้น หลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรมการบริหารแบบมี
ส่วนร่วม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาและพัฒนาแนวทางปฏิบัติการ
พยาบาลผู้ป่วยแผลกดทับขององค์กร ให้เกิดแนวการ
ปฏิบัติการพยาบาลที่ดี (Best Practice) และพัฒนา
นวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยแผลกดทับร่วมกับการใช้
แนวทางปฏิบัติฯ

2. การศึกษาวิจัยเชิงปริมาณเพื่อหาปัจจัย
ที่กำหนดให้พยาบาลใช้แนวทางปฏิบัติได้อย่างยั่งยืน
และครบถ้วน

REFERENCES

1. Marquis, B. L. & Huston, C. J. Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application. 9th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2017.
2. Nursing Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Indicators for improving the quality of annual nurse 2020. Bangkok: Tawan Media Press, 2020. (in Thai)
3. Agency for Health Care Policy and Research: AHCPR Interim manual for clinical practice guideline development [online]. 1991 [cited 18/10/2020]. Available from: @www.ahrq.gov.
4. Woolf, S.H., Grol, R., Hutchinson, A., Eccles, M., and Grimshaw, J. Potential Benefits, Limitations, and Harms of Clinical Guidelines. British Medical Journal, 1999; 318: 527-530.
5. The National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP) and the Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA). Clinical Practice Guideline for Prevention and Treatment of Pressure Injuries (CPG), 2019.
6. Sashkin, M. A manager's guide to participative management. New York: AMA Membership Publication Division, 1982.
7. Waiyakorn, R., Singchangchai, P., and Putthiangkura, B. The Relationship between participatory management, Job empowerment, and tower effectiveness patients according to perceptions of nursing executives at the first level of private hospitals. NURSING JOURNAL, 2019; 46(2): 142-152. (in Thai)
8. Muangprasert, S., et al. The Development of Participative Clinical Supervision Model among the Nursing Division in Naradhiwas Rajanagarindra Hospital. Princess of Naradhiwas University Journal, 2018; 10(2): 13-24. (in Thai)
9. Garcia-Llana, H., Remor, E., del Peso, G., Celadilla, O., & Selgas, R. Motivational interviewing promotes adherence and improves wellbeing in pre-dialysis

- patients with advanced chronic kidney disease. *J Clin Psychol Med settings*, 2014.
10. Srisaard, B. *Statistical methods for research*, Volume 1. Bangkok: Suwiryasarn, 2013. (in Thai)
11. Wanichbancha, K. *Statistics for Research*. 4thed. Bangkok: Thammasarn Co Ltd., 2009. (in Thai)
12. Benoliel, P. & Somech, A. Who benefits from participative management? *Journal of Educational Administration*, 2010.
13. Dongpho, P. The effectiveness of using clinical practice guidelines for the prevention of pressure ulcers. *Journal of Thammasat University Hospital*, 2019; 19(2): 319- 323. (in Thai)

การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ตามแนวคิด ADDIE Model เรื่อง การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง

The Development of Video Media Based on ADDIE Model on Nursing Care for High-Risk Preterm Infants

สมดี อนันต์ปฏิเวธ* วารุณี ทับทิมทอง**
อุไรวรรณ ชินมุข***
Somdee Ananpattiwet* Warunee Tubtintong**
Uraivan Cinmuk***

Received : 23/9/64
Revised : 28/12/64
Accepted : 29/12/64

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาและประเมินประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังเรียนโดยการใช้สื่อวีดิทัศน์ และศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาต่อสื่อวีดิทัศน์ กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 92 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ สื่อวีดิทัศน์ เรื่องการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้านความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน นำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง ได้ค่า 1.00 และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสื่อประเมินคุณภาพสื่อวีดิทัศน์ที่พัฒนาขึ้น ผลของการประเมินอยู่ในระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ย 4.29 แบบทดสอบวัดความรู้ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ ตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ .67-1.00 และ .67-1.00 แบบทดสอบวัดความรู้ หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ของ Kuder-Richardson:KR-20 ได้ค่า .82 แบบประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค ได้ .93 การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติที่แบบไม่เป็นอิสระจากกัน

ผลการวิจัย 1) ผลการพัฒนาสื่อตามรูปแบบ ADDIE 5 ขั้นตอน มาจัดทำเป็นบทโทรทัศน์ มีจำนวน 5 ตอน คือ บทนำ ลักษณะของทารกเกิดก่อนกำหนด การประเมินสภาพทารกเกิดก่อนกำหนด ความผิดปกติของทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง และการวางแผนการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง ความยาวรวม 1 ชั่วโมง 24 นาที 24 วินาที แต่ละตอนมีแบบฝึกหัดท้ายบท รูปแบบการนำเสนอ มีทั้งเนื้อหาที่เป็นข้อความ ภาพเคลื่อนไหว และภาพกราฟิก 2) ประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ เท่ากับ 86.47/87.89 สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 85/85 3) ความรู้ เรื่องการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง หลังการใช้สื่อวีดิทัศน์สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 25.15, p < .001$) 4) ความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ที่พัฒนาขึ้น ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.63, S.D. = .61)

สรุป สื่อการสอนวีดิทัศน์ที่พัฒนาขึ้น เป็นสื่อที่มีประสิทธิภาพ อาจารย์สามารถนำมาใช้เป็นสื่อการสอน และให้นักศึกษานำไปใช้เรียนรู้ได้ด้วยตนเองนอกเวลา ที่จะส่งผลต่อการพัฒนาความรู้ให้กับนักศึกษา

คำสำคัญ : สื่อวีดิทัศน์ ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง นักศึกษาพยาบาล แอดดี โมเดล

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

** พยาบาลวิชาชีพ (ระดับชำนาญการ) โรงพยาบาลนครนายก

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

* Assistant Professor, Faculty of Nursing, St Theresa International College

** Registered Nurse (Professional Level), Nakhonnayok Hospital

*** Lecturer, Faculty of Nursing, St Theresa International College

ABSTRACT

This research and development aimed to develop and evaluate effect of a video media on nursing care for high-risk preterm infants to compare knowledge before and after learning by using video media also studied student satisfaction with video media. The sample consisted of 92 second-year nursing students. The research instrument was the video media on nursing care for high-risk preterm infants which was checked the quality of validity by three experts and the IOC was equal to 1. It was also brought to the media experts to assess its quality. The results of the assessment were at a very good level with an average score of 4.29. The knowledge test and the video media satisfaction assessment form were checked for the quality of validity by three experts, and the IOC were .67-1.00 and .67-1.00. The reliability of the knowledge test was determined by using the coefficient formula for the Kuder-Richardson Coefficient: KR-20 with the score of .82. The video media satisfaction assessment form was also determined by using the Cronbach's Alpha Coefficient with the score of .93. Data were analyzed using descriptive statistics, and paired t-test.

Research results: 1) The results of media development according to the five steps of ADDIE Model was created into the TV scripts. There were five episodes as follows: introduction, the characteristics of preterm infants, assessment of the condition of preterm infants, disorders of high-risk preterm infants, and nursing care planning for high-risk preterm infants. The total length of the video media was 1 hour 24 minutes 24 seconds. Each episode has a practice exercise at the end of the chapter. The presentation style consisted of text content, animation, and graphics. 2) The efficacy of the VDO media was 86.47/87.89 which was higher than the criterion of 85/85. 3) The post-test scores of knowledge on nursing care for high-risk preterm infants after the VDO media was significantly higher than the pre-test scores ($t= 25.15$, $p < .001$). 4) The overall satisfaction on VDO media of nursing students was very high (Mean = 4.63, S.D. = .61).

In conclusion, the developed VDO is a teaching media that is efficient. Teachers can use it as teaching material, and students can use it for self-learning outside classroom and it will affect the development of knowledge for students.

Keywords : VDO Media, High Risk Preterm Infants, Nursing Students, ADDIE Model

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ทารกแรกเกิดเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากที่สุด โดยเฉพาะทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นทั้งในและต่างประเทศ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่า อัตราการเกิดก่อนกำหนด คือ การคลอดที่อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ อุบัติการณ์ทั่วโลกอยู่ในช่วงร้อยละ 5-18 โดยค่าเฉลี่ยของการเกิดก่อนกำหนดในกลุ่มประเทศ South East Asia and Oceania อยู่ที่ร้อยละ 13.5 ของทารกมีชีวิตทั้งหมด¹ ทารกเกิดก่อนกำหนดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต เนื่องจากระบบต่าง ๆ ได้แก่ ศูนย์ควบคุมการหายใจในสมองส่วน Medulla และปอด ระบบการควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย ระบบทางเดินอาหาร การทำงานของตับ ระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งระบบต่าง ๆ ดังกล่าว ยังทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์ ก่อให้เกิดความผิดปกติที่มีความรุนแรงต่อทารกเกิดก่อนกำหนดได้ง่าย เช่น การติดเชื้อง่าย เป็นต้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดจะมีอัตราการเสียชีวิตสูงเมื่อเทียบกับทารกครบกำหนด โดยเฉพาะทารกอายุครรภ์น้อยกว่า 32 สัปดาห์ มีโอกาสเสียชีวิตสูงเป็น 75 เท่าของทารกครบกำหนด² การดูแลรักษาทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคลากรทีมสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางหรือมีความรู้และทักษะที่เหมาะสม ซึ่งนักศึกษาพยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่ควรได้รับการเตรียมทักษะความรู้ที่เพียงพอในการประเมินและให้ความช่วยเหลือทารกภายใต้การดูแลของพยาบาลวิชาชีพหรืออาจารย์พยาบาล

สำหรับการจัดการเรียนการสอนในหัวข้อการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่ผ่านมา พบว่าผลการประเมินของนักศึกษาหลังการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับความยากและซับซ้อนของเนื้อหาในส่วนของ การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนด ทั้งนี้อาจเนื่องด้วย นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดในหน่วยทารกแรกเกิดภาวะวิกฤติมาก่อน จึงยากที่จะเรียนรู้และให้ความช่วยเหลือ จากการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาและความสามารถในการประเมินสภาพปัญหาการหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 118 คน ที่ฝึกภาคปฏิบัติในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 80 ของครูพี่เลี้ยงประเมินการปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลว่า ไม่สามารถประเมินสภาพปัญหาการหายใจทารกวิกฤตได้³ และยังมีการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่า การใช้สื่อวีดิทัศน์ในการสอน จะช่วยให้นักศึกษามีผลการเรียนรู้ที่สูงขึ้น เช่น การศึกษาของสุธิตา ถ่ามช่าง และสมจิต เกียรติวัฒน์ เจริญ⁴ พบว่า การเรียนรู้ด้วยตนเองโดยใช้สื่อมัลติมีเดีย ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติพยาบาลสำหรับเด็กป่วยโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้เรียนยังสามารถใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการเรียนรู้ด้วยตนเองได้บ่อยครั้งตามความต้องการ จนมีความรู้และมีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลได้ การศึกษาของโสภา รักษาธรรม พัทรี วัฒนชัยและจารุวัส หนูทอง⁵ พบว่า คะแนนความรู้เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็กของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการชมสื่อวีดิทัศน์ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ช่วยให้นักศึกษามีความเข้าใจในเนื้อหาและเกิดการเรียนรู้ในหัวข้อต่าง

ๆ ได้มากขึ้น รวมถึงการมีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลในแหล่งฝึก และมีระดับความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ที่ได้เรียนรู้⁶⁻⁷ ผลการศึกษาของ Pinar และคณะ⁸ ที่ได้ทำการวิจัยเชิงทดลอง (RCT) เพื่อศึกษาผลของการเรียนการสอนโดยใช้วีดิทัศน์ต่อสมรรถนะการตรวจร่างกายทารกของนักศึกษาพยาบาลใหม่ พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และคะแนนทักษะการปฏิบัติการตรวจร่างกายทารกโดยใช้การสอบ OSCE สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การใช้สื่อวีดิทัศน์จึงเป็นการจัดการเรียนอีกรูปแบบหนึ่งซึ่งช่วยให้การเรียนรู้ของนักศึกษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งรูปแบบของการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ เพื่อเพิ่มผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ที่มีคุณภาพรูปแบบหนึ่งคือ การพัฒนาสื่อการเรียนรู้โดยใช้แนวคิด ADDIE Model⁹

จากการทบทวนงานวิจัยด้านการพัฒนาสื่อการเรียนการสอน ยังไม่พบสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง ดังนั้น การวิจัยและพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ในครั้งนี้ จะเป็นการพัฒนาสื่อการเรียนรู้ชิ้นงานใหม่ที่สามารถนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนในชั้นเรียนของรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น อันจะช่วยให้เกิดผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ในเรื่องนี้สูงขึ้น และสามารถนำไปใช้ในการทบทวนการเรียนรู้ด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่องในการเรียนรู้ภาคทฤษฎีและสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการขึ้นฝึกปฏิบัติในหน่วยทารกแรกเกิดวิกฤติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง
2. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง

3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังเรียน โดยการใช้สื่อวีดิทัศน์ เรื่องการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง

4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง

สมมติฐานการวิจัย

1. ประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง ที่ประเมินโดยใช้สูตร $E1/E2$ สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด $E1=85/E2=85$

2. ความรู้ของนักศึกษาพยาบาล หลังเรียน ด้วยสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง สูงกว่าก่อนเรียน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้แนวคิดการออกแบบและพัฒนาสื่อของ Kruse⁹ มีหลักการออกแบบกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาอย่างเป็นระบบเป็นที่รู้จักกันในรูปแบบ ADDIE ที่ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นการวิเคราะห์ (Analysis) เป็นการวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการใช้สื่อการเรียนของนักศึกษาพยาบาล 2) ขั้นการออกแบบสื่อ (Design) เป็นการนำข้อมูลที่ได้มากำหนดกรอบเนื้อหาและรูปแบบสื่อ ร่างเนื้อหาและรูปแบบสื่อ และสร้างแบบประเมินคุณภาพสื่อ 3) ขั้นการพัฒนา (Development) เป็นขั้นการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ และนำสื่อวีดิทัศน์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสื่อทำการประเมินสื่อ แล้วนำผลการประเมินมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และการนำสื่อวีดิทัศน์ไปทดลองใช้ (Try out) 4) ขั้นการนำไปใช้ (Implement) เป็นการนำสื่อวีดิทัศน์ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง และ 5) ขั้นการประเมินผล (Evaluation) เป็นการประเมินผลประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ ประเมินความรู้และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อสื่อ

วีดิทัศน์ เรื่อง การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง โดยใช้กระบวนการพัฒนาสื่อตามขั้นตอนของ ADDIE

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา ปีการศึกษา 2564 จำนวน 104 คน การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มประชากรทั้งหมด **เกณฑ์การคัดเลือก** 1) เป็นนักศึกษาที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2564 2) สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดระยะเวลาของโครงการ **เกณฑ์การคัดออก** 1) ไม่ได้ทำแบบฝึกหัดแบบทดสอบวัดความรู้ และแบบประเมินความพึงพอใจ ครบทุกแบบ 2) ตอบข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ 3) มีความเจ็บป่วยขณะร่วมโครงการ เมื่อสิ้นสุดโครงการกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** คือ สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง เป็นวีดิทัศน์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตามกระบวนการของ ADDI Model 5 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนการวิเคราะห์ 2) ขั้นตอนการออกแบบสื่อ (Design) 3) ขั้นตอนการพัฒนา (Development) 4) ขั้นตอนการนำไปใช้ (Implement) และ 5) ขั้นตอนการประเมินผล (Evaluation)

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามสภาพปัญหาและความต้องการใช้สื่อการเรียนของนักศึกษาพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

โดยทีมผู้วิจัย เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบและคำถามปลายเปิด ที่ถามเกี่ยวกับปัญหาด้านวิธีการสอน ด้านสื่อที่ใช้ในการเรียนการสอน เนื้อหาที่ใช้ในการเรียนการสอน ความต้องการใช้สื่อการเรียนรู้นักศึกษาพยาบาล และความต้องการใช้สื่อการเรียนรู้นักศึกษาพยาบาล และความต้องการใช้สื่อการเรียนรู้นักศึกษาพยาบาล

2.2 แบบประเมินคุณภาพสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง ดัดแปลงจากแบบประเมินคุณภาพสื่อวีดิทัศน์ของโสภา รักษาธรรมและคณะ⁵ เป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ เกณฑ์การแปลผลคะแนน มีคุณภาพน้อยที่สุด ช่วงค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 มีคุณภาพน้อย ช่วงค่าเฉลี่ย 1.81-2.00 มีคุณภาพปานกลาง ช่วงค่าเฉลี่ย 2.01-3.40 มีคุณภาพมาก ช่วงค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 มีคุณภาพมากที่สุด ช่วงค่าเฉลี่ย 4.21-5.00

2.3.แบบทดสอบวัดความรู้ เรื่องการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ครอบคลุมเนื้อหาเรื่องการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูงมีลักษณะ เป็นข้อสอบปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 30 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง พัฒนาขึ้นโดยโสภา รักษาธรรมและคณะ⁵ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จำนวน 12 ข้อ เกณฑ์การแปลผลคะแนน มีความพึงพอใจน้อยที่สุด ช่วงค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 มีพึงพอใจน้อย ช่วงค่าเฉลี่ย 1.81-2.00 มีพึงพอใจปานกลาง ช่วงค่าเฉลี่ย 2.01-3.40 มีพึงพอใจมาก ช่วงค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 มีพึงพอใจมากที่สุด ช่วงค่าเฉลี่ย 4.21-5.00

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของสื่อวีดิทัศน์ แบบสอบถามสภาพปัญหาและความต้องการใช้สื่อ แบบประเมินคุณภาพสื่อวีดิทัศน์ แบบทดสอบวัดความรู้ แบบประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ ตรวจสอบความตรงโดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้เท่ากับ 1.00, .67-1.00, 1.00, .67-1.00, .67-1.00 ตามลำดับ

2. ตรวจสอบความเชื่อมั่นของสื่อวีดิทัศน์ ได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อ จำนวน 3 คน ประเมินคุณภาพสื่อตามแบบประเมินคุณภาพสื่อวีดิทัศน์ ผลการประเมินสื่อวีดิทัศน์มีคุณภาพในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย 4.29 แบบทดสอบวัดความรู้ และ แบบประเมินความพึงพอใจ ได้นำไปให้พยาบาลชั้นปีที่ 1 จำนวน 30 คน ทำ และนำแบบทดสอบวัดความรู้ หาค่าสัมประสิทธิ์ของ Kuder-Richardson Coefficient (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 แบบประเมินความพึงพอใจ นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93

จริยธรรมการวิจัย

โครงร่างวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา ใบรับรองเลขที่ STIC 003/2019 (ลงวันที่ 10 กันยายน 2562) หลังจากได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มเป้าหมายเพื่อแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ชี้ให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ตามความสมัครใจของกลุ่มเป้าหมายว่าจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการเรียนรู้ของกลุ่มเป้าหมาย และสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ คำตอบจะนำมาใช้เฉพาะในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น การนำเสนอผลงานวิจัย ผู้วิจัยจะ

นำเสนอในภาพรวม และการทำลายข้อมูลจะกระทำภายหลังจากผลการวิจัยมีการเผยแพร่และตีพิมพ์แล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์โดยใช้สูตร E1/E2 โดย E₁ คือ ค่าเฉลี่ยของคะแนนสอบที่คิดเป็นร้อยละจากการทำแบบฝึกหัดระหว่างเรียน และ E₂ คือ ค่าเฉลี่ยคะแนนสอบคิดเป็นร้อยละจากการทำแบบทดสอบหลังเรียน

2. แบบทดสอบวัดความรู้ แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ Paired t-test

การดำเนินการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์

การวิจัยและพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง ดำเนินการ วิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ 5 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการใช้สื่อการเรียนของนักศึกษาพยาบาล

1. **ขั้นวิเคราะห์ (Analysis)** เป็นการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการใช้สื่อการเรียนของนักศึกษาพยาบาล ศึกษาแก่นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 ของวิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา จำนวน 411 คน ใช้แบบสอบถามสภาพปัญหาและความต้องการใช้สื่อการเรียนของนักศึกษาพยาบาล มีผู้ตอบแบบสอบถาม 358 คน (ร้อยละ 87.10) ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ 1) ด้านสื่อที่ใช้ในการเรียนการสอน ร้อยละ 72.07 พบว่า สื่อการสอนที่สอดคล้องกับเนื้อหาที่เรียนในรายวิชาต่างๆ มีน้อย เช่น VDO คลิป สื่อการสอนที่มีรูปภาพประกอบ ร้อยละ 18.16 2) ปัญหาด้านวิธีการสอนของอาจารย์ จำนวน 155 คน คิดเป็นร้อยละ 43.30 และ 3) ด้านเนื้อหาที่ใช้ในการเรียนการสอนจำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 33.52 ส่วนความต้องการใช้สื่อการเรียนของนักศึกษาพยาบาล พบว่า

สื่อการเรียนรู้ที่นักศึกษาพยาบาลต้องการมากที่สุดคือ สื่อวีดิทัศน์ (VDO) ร้อยละ 68.72 รองลงมาคือสื่อการเรียนรู้ผ่านอุปกรณ์มือถือแบบพกพา (Mobile learning) ร้อยละ 49.16 อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่นักศึกษาสะดวกในการใช้เรียนรู้ด้วยตนเองมากที่สุดคือ อุปกรณ์มือถือแบบพกพา (Mobile) ร้อยละ 72.63 รองลงมาคือเครื่องคอมพิวเตอร์ขนาดเล็กหรือโน้ตบุ๊ก (Notebook) ร้อยละ 61.17 นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ จำนวน 2 คน โดยการสัมภาษณ์เกี่ยวกับเนื้อหาของการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง เป็นเนื้อหาที่นักศึกษาพยาบาลควรเรียนรู้ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ พยาบาลได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับด้านเนื้อหา ดังนี้ 1) ความรู้ที่สำคัญเกี่ยวกับทารกเกิดก่อนกำหนด เช่น ความหมาย สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง 2) ลักษณะของทารกเกิดก่อนกำหนด 3) การประเมินสภาพของทารกเกิดก่อนกำหนดเนื่องจากทารกกลุ่มนี้จะสามารถเห็นถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้มากจากการประเมิน เช่น การประเมินสัญญาณชีพ 4) โรคหรือภาวะผิดปกติต่างๆ ของทารกเกิดก่อนกำหนด และ 5) การวางแผนการพยาบาลในทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง

ระยะที่ 2 พัฒนาและดำเนินการทดลองใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง

2. ขั้นการออกแบบสื่อ (Design) ได้นำผลจากขั้นตอนที่ 1.1 มาใช้ในขั้นออกแบบสื่อ มีการกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ วางกรอบเนื้อหา ร่างเนื้อหาของสื่อ (Script) กำหนดรูปแบบสื่อวีดิทัศน์ ร่างรูปแบบสื่อวีดิทัศน์เลือกโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่จะนำมาใช้พัฒนาสื่อ

3. ขั้นการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ (Development) สื่อวีดิทัศน์ เรื่องการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่

มีภาวะเสี่ยงสูง ผู้วิจัยได้นำผลการวิเคราะห์สภาพปัญหา ความต้องการสื่อในการเรียนการสอน มาออกแบบเนื้อหาวีดิทัศน์ (Fully script) จำนวน 5 ตอน คือ 1) บทนำ ความยาว 6 นาที 37 วินาที 2) ลักษณะของทารกเกิดก่อนกำหนด ความยาว 11 นาที 4 วินาที 3) การประเมินสภาพทารกเกิดก่อนกำหนด ความยาว 21 นาที 4) ความผิดปกติของทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง ความยาว 21 นาที และ 5) การวางแผนการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง ความยาว 24 นาที 43 วินาที รวมความยาว 1 ชั่วโมง 24 นาที 24 วินาที แต่ละตอนมีแบบฝึกหัดท้ายบท รูปแบบการนำเสนอเนื้อหาประกอบด้วยตัวอักษรที่เป็นข้อความ และภาพในลักษณะต่าง ๆ ทั้งภาพเคลื่อนไหวและภาพกราฟิก ที่ถ่ายทำจากหน่วยทารกแรกเกิดวิกฤติของโรงพยาบาล

เมื่อพัฒนาเสร็จได้นำไปหา ความตรงเชิงเนื้อหา และประเมินคุณภาพของสื่อโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อการสอน และนำผลมาปรับปรุง (ครั้งที่ 1) จากนั้นผู้วิจัยได้นำสื่อวีดิทัศน์ไปทดลองกับกลุ่มเป้าหมายรายบุคคล 1:1 (ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง) เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 3 คน ที่ผ่านการเรียนเรื่อง การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนด และมีประสบการณ์ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดในหน่วยทารกแรกเกิดวิกฤติมาแล้ว ได้รวบรวมข้อบกพร่องที่ได้จากการสัมภาษณ์ มาปรับปรุงสื่อวีดิทัศน์ (ครั้งที่ 2) และผู้วิจัยได้นำสื่อวีดิทัศน์ที่ปรับปรุงไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ที่ยังไม่เคยเรียนการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง เริ่มจากกลุ่มย่อย (1:9) จำนวน 9 คน เพื่อหาแนวโน้มของประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ ปรับปรุงแก้ไขสื่ออีกครั้งก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มย่อย

(1:30) จำนวน 30 คน เพื่อหาประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ดังนี้

3.1 ให้นักศึกษาชมสื่อวีดิทัศน์จากเครื่องคอมพิวเตอร์ 1 เครื่อง ต่อนักศึกษา 1 คน โดยดูตอนที่ 1-3

หลังจากนั้น ให้นักศึกษาทำแบบฝึกหัด เป็นแบบฝึกหัดรูปแบบถูก-ผิด จำนวน 16 ข้อ (E1)

3.2 ให้นักศึกษาชมสื่อวีดิทัศน์ ตอนที่ 4-5 เมื่อดูทั้ง 5 ตอนจบแล้ว จากนั้นให้นักศึกษาทำแบบฝึกหัด

เป็นแบบฝึกหัดถูก-ผิด จำนวน 14 ข้อ (E1) และทำแบบทดสอบความรู้เรื่องอาการอาหารการเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง จำนวน 30 ข้อ (E2)

3.3 นำคะแนนที่ได้มาทดสอบหาประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ ใช้สูตร $E1/E2^{10}$ ตั้งเกณฑ์ที่ 85/85

หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบวัดความรู้ เรื่องอาการอาหารการเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง โดยนำไปทดสอบกับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 จำนวน 30 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson Coefficient: KR-20) และหาความเชื่อมั่นแบบประเมินความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficiency)

ระยะที่ 3 การนำไปใช้ และการประเมินประสิทธิผลของสื่อวีดิทัศน์ เรื่องอาการอาหารการเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง

4. ขั้นการนำไปใช้ (Implementation) เป็นขั้นนำสื่อวีดิทัศน์ที่ เรื่องอาการอาหารการเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง ไปทดลองใช้ กับกลุ่มตัวอย่าง 104 คนได้รับข้อมูลกลับครบถ้วน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 88.46 โดยเริ่มจาก 1) การชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และ

ขั้นตอนการเรียนรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้ก่อนเรียน (Pre-test) จำนวน 30 ข้อ ให้เวลา 30 นาที 2) ผู้วิจัยมอบสื่อวีดิทัศน์ เรื่องอาการอาหารการเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง ให้กลุ่มตัวอย่างนำไปศึกษาด้วยตนเองผ่านระบบออนไลน์ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถดูสื่อวีดิทัศน์ได้อย่างอิสระตามเวลาและสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างต้องการ โดยให้ระยะเวลาการทดลอง 2 สัปดาห์

5. ขั้นประเมินผล (Evaluation) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้หลังเรียน (Post-test) จำนวน 30 ข้อ ให้เวลา 30 นาที ซึ่งเป็นแบบทดสอบชุดเดียวกับแบบทดสอบก่อนเรียน และประเมินความพึงพอใจต่อการใช้อสื่อวีดิทัศน์

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. ผลการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ เรื่องอาการอาหารการเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง เป็นการพัฒนาสื่อตามรูปแบบ ADDIE 5 ขั้นตอน สื่อดังกล่าวพัฒนาโดยใช้โปรแกรม Adobe Premiere Pro, Adobe After Effects, Adobe Photoshop, Camtasia โดยนำผลที่ได้จากการวิเคราะห์สภาพปัญหา การศึกษาและการทบทวนวรรณกรรม มาจัดทำเป็นบทโทรทัศน์ มีจำนวน 5 ตอน ตอนที่ 1 บทนำ ความยาว 6 นาที 37 วินาที ตอนที่ 2 ลักษณะของอาการอาหารการเกิดก่อนกำหนด ความยาว 11 นาที 4 วินาที ตอนที่ 3 การประเมินสภาพอาการอาหารการเกิดก่อนกำหนด ความยาว 21 นาที ตอนที่ 4 ความผิดปกติของอาการอาหารการเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง ความยาว 21 นาที และตอนที่ 5 การวางแผนการพยาบาลอาการอาหารการเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง ความยาว 24 นาที 43 วินาที รวม 5 ตอนมีความยาว 1 ชั่วโมง 24 นาที 24 วินาที รูปแบบการนำเสนอ มีทั้ง เนื้อหาที่เป็นข้อความ คำบรรยายใต้ภาพ (Subtitles) ภาพกราฟิกที่เป็นภาพนิ่ง

ในลักษณะของภาพถ่ายและภาพวาด และ ภาพเคลื่อนไหว (Animation) เช่น ภาพการเคลื่อนไหวร่างกายของทารกเกิดก่อนกำหนด ภาพการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยทารกแรกเกิด วิกฤติ แต่ละตอนมีแบบฝึกหัดท้ายบทในลักษณะต่างๆ เช่น คำถามท้ายบท และการวิเคราะห์กรณีศึกษา ไม่มี คำเฉลยในวีดิทัศน์ ผู้สอนในบทของการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดจะเป็นผู้เฉลยคำตอบในขณะที่มีการ เรียนรู้ในชั้นเรียน

2. ผลการหาประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะ

เสี่ยงสูง โดยใช้สูตร E1/E2 พบว่า ประสิทธิภาพของ สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง E1/E2 มีค่าเท่ากับ 86.47/87.89 สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 85/85

3. เปรียบเทียบคะแนนทดสอบความรู้ก่อน และหลังการเรียนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการทดสอบวัดความรู้หลังเรียน สูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ดังตารางที่

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ เรื่อง การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง ก่อน และหลังการทดลอง (N = 92)

ระดับความรู้	N	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนการทดลอง	92	9.18	2.58	25.15	.000***
หลังการทดลอง	92	24.09	4.91		

*** $p < .001$

4. ระดับความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์

พบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.63, S.D. = .61) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าทั้ง 4 ด้านความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการนำไปใช้ (Mean = 4.64, S.D. = .44)

รองลงมา เนื้อหา (Mean = 4.61, S.D. = .43) น้อยที่สุดคือ ด้านส่วนประกอบ (Mean = 4.56, S.D. = .51) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุด คือ ผู้เรียนสามารถควบคุมเวลาในการเรียนรู้จากสื่อวีดิทัศน์ได้เอง (Mean = 4.71, S.D. = .50) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์ของนักศึกษาพยาบาล (N = 92)

ความพึงพอใจ	Mean	S.D.	แปลผล
ด้านเนื้อหา	4.61	.43	มากที่สุด
1. เนื้อหาชัดเจน เข้าใจง่าย	4.65	.48	มากที่สุด
2. เรียงลำดับเนื้อหาอย่างเป็นขั้นตอน	4.61	.53	มากที่สุด
3. มีการถ่ายทอดเนื้อหาที่น่าสนใจ เข้าใจง่าย	4.57	.56	มากที่สุด
ด้านรูปแบบ	4.57	.45	มากที่สุด
1. มีความชัดเจน น่าสนใจ	4.58	.56	มากที่สุด
2. ระยะเวลาในการนำเสนอเหมาะสม	4.48	.56	มากที่สุด
3. สะดวกต่อการศึกษด้วยตนเอง	4.64	.50	มากที่สุด

ความพึงพอใจ	Mean	S.D.	แปลผล
ด้านส่วนประกอบ	4.56	.51	มากที่สุด
1. การออกแบบหน้าจอมีสัดส่วนเหมาะสม สวยงาม	4.53	.64	มากที่สุด
2. ลักษณะของภาพเหมาะสม ชัดเจน สวยงาม	4.53	.60	มากที่สุด
3. ลักษณะของขนาด สีของตัวอักษร เหมาะสม ชัดเจน สวยงาม	4.59	.58	มากที่สุด
4. คุณภาพเสียงบรรยาย ดนตรีประกอบเหมาะสม ชัดเจน น่าติดตาม	4.59	.61	มากที่สุด
ด้านการนำไปใช้	4.65	.44	มากที่สุด
1. นำไปใช้เพื่อทบทวนก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล ในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ (NICU)	4.60	.51	มากที่สุด
2. ผู้เรียนสามารถควบคุมเวลาในการเรียนรู้จากสื่อวีดิทัศน์ได้เอง	4.71	.50	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	4.63	.61	มากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

1. การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง พบว่าสื่อวีดิทัศน์ที่พัฒนาขึ้นมาจากความต้องการของนักศึกษาครอบคลุมเนื้อหาสาระการเรียนรู้ตามหลักสูตร กำหนด เป็นสื่อที่ประกอบด้วยข้อความ เสียง ภาพเคลื่อนไหว และภาพกราฟิก มีแบบฝึกหัดในช่วงท้ายของทุกตอน มี 5 ตอน คือ 1) บทนำ 2) ลักษณะของทารกเกิดก่อนกำหนด 3) การประเมินสภาพทารกเกิดก่อนกำหนด 4) ความผิดปกติของทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง และ 5) การวางแผนการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง รวมระยะเวลาที่ใช้ 1 ชั่วโมง 24 นาที 24 วินาที สื่อที่พัฒนาขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบความสอดคล้อง และประเมินคุณภาพของสื่อโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อการสอน

2. ประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง พบว่า ประสิทธิภาพ (E1/E2) เท่ากับ 86.47/87.89 สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด คือ 85/85 ถือได้ว่า เป็นสื่อวีดิทัศน์ที่มีคุณภาพ ผลของ E1 และ E2 มีค่าใกล้เคียงกัน ซึ่งสอดคล้องกับการตีความหมายผลของการ

คำนวณของ ชัยยงค์ พรหมวงศ์¹⁰ ที่กล่าวว่า หากสื่อได้รับการออกแบบและพัฒนาอย่างดีมีคุณภาพ ผลลัพธ์ของค่า E1 และ E2 ที่คำนวณได้จากการทดสอบประสิทธิภาพจะต้องใกล้เคียงกันหรือห่างกันไม่เกินร้อยละ 5 และการตั้งเกณฑ์สูงมีความเหมาะสมในขอบข่ายของพุทธิพิสัยที่เน้นเนื้อหาความรู้ ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรี วัฒนชัยและศิริธร ยิ่งแรงเรือง¹¹ ที่พัฒนาสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การดูแลทารกทางจมูกและปากในเด็กสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ที่พบว่าประสิทธิภาพ E1/E2 เท่ากับ 81.25/83.25 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ ที่ตั้งไว้ 80/80 และงานวิจัยของ โสภา รักษาธรรม พัทรี วัฒนชัย และจารุวัส หนูทอง⁵ พบว่าประสิทธิภาพ E1/E2 ของสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็ก สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ เท่ากับ 82.59/88.70 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ 80/80

3. เปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังเรียนด้วยสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะเสี่ยงสูง พบว่า คะแนนการทดสอบความรู้หลังเรียนด้วยสื่อวีดิทัศน์ สูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ (Mean =

9.18 และ 24.09, S.D. = 2.58 และ 4.91) ทั้งนี้เนื่องจากเนื้อหาของสื่อวีดิทัศน์ที่พัฒนาขึ้น มาจากปัญหาและความต้องการที่ได้จากนักศึกษาและแหล่งฝึก การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ได้มีการนำโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่หลากหลายมาใช้ในการพัฒนา เพื่อให้เป็นสื่อที่น่าสนใจทั้ง ข้อความ ภาพ และวิดีโอที่ถ่ายทำจากสถานที่จริง มีความชัดเจน นอกจากนี้ ผู้เรียนยังสามารถนำไปศึกษาด้วยตนเองได้ สามารถดูซ้ำเพื่อการทบทวนบทเรียน เป็นการช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้มากขึ้น เป็นสิ่งเร้าตามกระบวนการเรียนรู้ที่จูงใจผู้เรียน โดยผ่านระบบประสาทการมองเห็นและการได้ยิน จากภาพและเสียงในสื่อวีดิทัศน์ที่ช่วยให้ผู้เรียนจำได้นานกว่าการฟังจากการบรรยายของผู้สอนหน้าชั้นเรียน หรือการให้ดูภาพเพียงอย่างเดียว ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้อย่างเข้าใจและจดจำเนื้อหาได้ดียิ่งขึ้น^{5,8} ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา เรื่องการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์และผลของการใช้สื่อต่อความรู้ ความมั่นใจและความพึงพอใจเพื่อการเตรียมนักศึกษาพยาบาลในการฝึกประสบการณ์เด็กและวัยรุ่น¹² พบว่าการใช้สื่อวีดิทัศน์ส่งผลให้ความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ และสอดคล้องกับการศึกษาของ นุสราน นามเดช และคณะ¹³ ที่พบว่า หลังเรียนด้วยสื่อมัลติมีเดีย คะแนนเฉลี่ยผลการสอบ หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ (Mean=7.57 และ 8.08, S.D. = 1.05 และ 8.09)

4. ระดับความพึงพอใจของนักศึกษาต่อสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะ เสี่ยงสูง พบว่าระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน ภาพรวมคะแนนเฉลี่ย (Mean = 4.65, S.D. = .61) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือด้านการนำไปใช้ค่าเฉลี่ย (Mean = 4.65, S.D. = .44) รองลงมาเป็น

ด้านเนื้อหา (Mean = 4.61, S.D. = .43) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย ของพัชรี วัฒนชัย และ ศิริธร ยิ่งแรงจึงพบว่า ระดับความพึงพอใจของนักศึกษาต่อสื่อวีดิทัศน์อยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน (Mean = 4.76, S.D. =.40) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือด้านการนำไปใช้ค่าเฉลี่ย (Mean = 4.89, S.D. =.31) รองลงมาเป็นด้านเนื้อหา (Mean = 4.79, S.D. = .40) และงานวิจัยของโสภา รักษาธรรม พชรี วัฒนชัย และ จารุวัส หนูทอง⁵ พบว่า ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อสื่อวีดิทัศน์เรื่อง การบำบัดด้วยออกซิเจนในเด็ก นักศึกษามีความพึงพอใจ ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.82, S.D. = .24) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดด้านการนำไปใช้ (Mean = 4.93, S.D. = .19) รองลงมาเป็นด้านเนื้อหา (Mean = 4.86, S.D. = .20)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์
อาจารย์ควรนำสื่อวีดิทัศน์นี้ไปขยายผลให้นักศึกษาในสถาบันอื่นๆ ได้เรียนรู้และให้ประเมินผลเพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงให้สื่อมีคุณภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป ผู้บริหารควรส่งเสริมและสนับสนุนให้อาจารย์พยาบาลวิจัยเพื่อพัฒนาสื่อมัลติมีเดียในลักษณะต่างๆ โดยใช้แนวคิด ADDIE Model หรือแนวคิดอื่นๆ ในเนื้อหาที่มีความยากและซับซ้อน เพื่อให้ผู้เรียนมีสื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถนำมาศึกษาด้วยตนเอง และเรียนรู้ในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติได้

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากมูลนิธิ ดร.วรรณวิไล กองการพยาบาล และวิทยาลัยนานาชาติเซนต์ปีเตอส์เบิร์ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเซนต์ปีเตอส์เบิร์ก

REFERENCES

1. Saengthaweesin W., Bunkasiddej S., Kanchanapattanakul W., and Horpaopan S. Preterm. In Makornsan, C., Editor. Thailand Medical Service Profile 2011-2014. Nonthaburi: Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2014. (in Thai)
2. Russell R. B., Green N. S., Steiner C. A., Meikle S., Howse J. L., Poschman K., et al. Cost of Hospitalization for Preterm and Low Birth Weight Infants in the United States. *Pediatrics*, 2007; 120(1), 1-9.
3. Apichutboonchock S. The Development of a Case Study Learning Model for Developing Student Nurses' Competency in Respiratory Assessment in a Newborn Intensive Care Unit. *Vajira Medical Journal*, 2015; 59(3): 25-34. (in Thai)
4. Lamchang S., and Kiatwattanacharoen S. Effects of Self-learning by Using Multimedia on Knowledge and Self-Confidence in Nursing Practice for Children with Acute Respiratory Tract Infection among Nursing Students. *Nursing Journal*, 2014; 41(2): 107-116. (in Thai)
5. Raksatham S., Wattanachai P., and Noothong J. The Development of Video Lesson on Oxygen Therapy in Children for Nursing Students at Boromrajonani College of Nursing, Bangkok. *Journal of Health and Nursing Research*, 2019; 35(3): 185-198. (in Thai)
6. Thaweessook P. Suvithayasiri K., and Wangchom S. The Development of Video Lesson on Leopole's Maneuvers for Nursing Students at Boromrajonani College of Nursing, Bangkok. *Journal of Boromrajonani College of Nursing, Bangkok*, 2019; 35(1): 264-276. (in Thai)
7. Sanongdej W., Wangpitipanit S., Chonsin P., and Chalernpichai T. Development and Effect of Video Media Combined with Scenario on Knowledge and Self-confidence in Practice of Occupational Health Nursing for Nursing Students. *Rama Nurs J*, 2018; 24(1): 94-107. (in Thai)
8. Pinar G., Akalin A., and Abay H. The Effect of Video Based Simulation Training on Neonatal Examination Competency among Turkish Nursing Students. *European Scientific*, 2016; 12(15): 394-405.
9. Kruse K., and Keil J. *Technology-based Training: The Art and Science of Design, Development, and Delivery*. Mishawaka: Wiley & Sons, Incorporated, John; 1999.
10. Brahmawong C. Development Testing of Media and Instructional Package. *Silpakorn Educational Research Journal*, 2013; 5(1): 7-19. (in Thai)
11. Wattanachai P., and Yingrengreung S. The Development of Video Lesson on Nasopharyngeal and Oral Suction in Children for Nursing Students at Boromrajonani College of Nursing, Bangkok. *Journal of Health and Nursing Research*, 2019; 35(2): 210-223. (in Thai)
12. Siricharoenwong K., Mataputana M., Sawangjjid S., and Pidjadee C.

Development and Effectiveness of Video Media to Knowledge, Self-confidence and Satisfaction of Nursing Students in Preparation for Children and Adolescence Care Practicum Experience. *Journal of Health and Nursing Research*, 2021; 37(1): 218-229. (in Thai)

13. Namdej N. Ubolyaem D., Rangedang N., and Luengprateep P. Development of Learning Multimedia about Nursing Care of Anxiety Disorders for Nursing Students. *Journal of Nursing and Education*, 2021; 14(1): 48-62. (in Thai)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน

Factors Related to Spiritual Well-being among Caregivers of Elderly with Chronic Illness in Community

ศตวรรษ อุดรศาสตร์* วิราวรรณ คำหวาน* จตุพร จำรองเพ็ง*

สุรพันธ์ สืบเนียม* ธนพล บรรดาศักดิ์** สุมาลี กิจพฤษ์***

Sattawas Udonsat* Wiravan Kumvan* Jatuporn Jumrongpeng*

Suraphan Seubniam* Thanapol Bundasak** Sumalee kitpruk***

Received : 21/7/64

Revised : 26/12/64

Accepted : 28/12/64

บทคัดย่อ

ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เป็นองค์ประกอบสำคัญอีกมิติหนึ่งของการดูแลภาวะสุขภาพแบบองค์รวม การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ตำบลบ่อใหญ่ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 92 คน โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 8 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 3) แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 4) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล 5) แบบวัดภาวะของผู้ดูแล 6) แบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้ดูแล 7) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และ 8) แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแล ซึ่งแบบประเมินในส่วนที่ 3, 4, 5, 6, และ 8 มีค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .95, .96, .97, .90, และ .95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนมีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับมาก (Mean=81.88, S.D.=7.69) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ($r = .711, p < .01$) ภาวะของผู้ดูแล

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันบรมราชชนก

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อใหญ่

*ผู้รับผิดชอบหลัก, อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม Email: Sattawas9@gmail.com

*Faculty of Nursing, Mahasarakham University

**Boromarajonani College of Nursing, Phraphutthabat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok

***Banboyai Health Promotion Hospital

*Corresponding Author: Faculty of Nursing, Mahasarakham University Email:Sattawas9@gmail.com

($r = -.663, p < .01$) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้ดูแล ($r = .566, p < .01$) สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ($r = .367, p < .01$) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ($r = .336, p < .01$)

สรุป การศึกษาครั้งนี้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ซึ่งพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมผู้ดูแลด้านการสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา สัมพันธภาพกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และตระหนักถึงการรับรู้ภาวะของผู้ดูแล

คำสำคัญ : ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ผู้ดูแล ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน

ABSTRACT

Spiritual well-being among caregivers of elderly with chronic illness is essential element of holistic care. This research aimed to study level of spiritual well-being of caregivers and factors related to spiritual well-being among caregivers of elderly with chronic illness in community. Ninety-two family caregivers of elderly with chronic illness in Bo Yai Subdistrict, Borabue district, Mahasarakham province were recruited in the study by using the simple random technique. Research instruments consisted of 7 parts: 1) Demographic Data Questionnaire of Caregivers and Elderly with Chronic Illness, 2) The Barthel of Activities of Daily Living Index, 3) The Caregiver and Patient Relationship Interview Form, 4) The Social Support Interview Form, 5) The Zarit Burden Interview Form, 6) The Religious Activities Interview Form and 7) The Spiritual Well-Being of Caregiver Interview Form. The Caregiver and Patient Relationship Interview Form, The Social Support Interview Form, The Zarit Burden Interview Form, The Religious Activities Interview Form and The Spiritual Well-Being of Caregiver Interview Form, reliability coefficients of these five instruments were .95, .96, .97, .90, and .95 respectively. Descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient were used to analyze data.

The results revealed that level of spiritual well-being among caregivers of elderly with chronic illness in community was rated at a high level ($M=81.88$, $SD=7.69$). Factors that correlated with spiritual well-being among caregivers with chronic illness in community were the social support of caregiver ($r = .711$, $p < .01$), the caregiver burden ($r = -.663$, $p < .01$), the religious activity of caregiver ($r = .566$, $p < .01$), the caregiver and patient relationship ($r = .367$, $p < .01$) and activities of daily living of elderly with chronic illness ($r = .336$, $p < .01$).

In conclusion, this study provided body of knowledge about the spiritual well-being among caregivers of elderly with chronic illness in community. the findings suggest that nurses and healthcare providers may apply these results to serve as baseline data for development of interventions aimed at enhancing spiritual well-being among caregivers of elderly with chronic illness through promoting social support, religious activity, caregiver and patient relationship, activities of daily living of elderly with chronic illness and aware of burden as perceived by these caregivers.

Keywords: Spiritual well-being, Caregivers, Elderly with chronic illness

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในศตวรรษที่ 21 คงปฏิเสธไม่ได้เลยว่าการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมที่สำคัญที่สุด คือ การเพิ่มขึ้นของประชากรวัยสูงอายุทั่วโลกที่ทุกประเทศกำลังเผชิญอยู่ ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2563 จำนวนทั้งสิ้น 11,627,130 คน คิดเป็นร้อยละ 17.57 ของประชากรทั้งประเทศ¹ จะเห็นได้ว่าแนวโน้มของสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย มีทิศทางเดียวกันกับสถานการณ์ทั่วโลก จังหวัดมหาสารคาม เป็นอีกจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 17 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งเรียกได้ว่าเป็นจังหวัดที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว และตำบลบ่อใหญ่ อำเภอบรบือ เป็นตำบลขนาดใหญ่ มีทั้งหมด 15 หมู่บ้าน เป็นอีกพื้นที่หนึ่งที่มีผู้สูงอายุมากถึง 2,202 คน¹ คิดเป็นร้อยละ 20.33 จึงจัดได้ว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แล้วเช่นกัน การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสาธารณสุขตามมา โดยเฉพาะปัญหาโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ร่วมกับการเสื่อมชราไปตามวัย ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน เป็นเหตุให้ต้องมีบุคคลคอยทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุเอง หรือที่เรียกว่า “ผู้ดูแล” บทบาทการดูแลส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ รวมถึงการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสภาพร่างกาย ซึ่งเป็นบทบาทที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่องยาวนาน ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้ง

ร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ทางร่างกายพบว่า ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ ปวดเมื่อยตามร่างกาย รับประทานอาหารไม่ตรงตามเวลา โรคประจำตัวเดิมกำเริบจากการไม่มีเวลาไปติดตามการรักษา² ทางจิตใจพบว่า ผู้ดูแลเกิดความเครียด ท้อแท้ และหมดกำลังใจ ตามมาด้วยภาวะซึมเศร้า³ ทางสังคมและเศรษฐกิจพบว่า ผู้ดูแลมีกิจกรรมทางสังคมลดลง มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการดูแลรักษา⁴ ซึ่งผลกระทบเหล่านี้นำมาสู่การดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปของผู้ดูแลและอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลมีวิธีการหลากหลาย ซึ่งบทบาทการพยาบาลที่จะช่วยให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีรวมไปถึงมีสุขภาพที่ดี คือ การได้รับการดูแลอย่างองค์รวม (Holistic care) ประกอบไปด้วยการดูแลทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ การดูแลอย่างองค์รวมจะขาดองค์ประกอบอย่างใดอย่างหนึ่งไม่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบการศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยพิการหรือมีปัญหาด้านร่างกาย^{5,6} กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช⁷ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกไต⁸ แต่ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ดังนั้น การศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจและสำคัญอย่างยิ่งในการศึกษา เนื่องจากจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบพื้นฐานอย่างหนึ่งในการทำหน้าที่ประสานการทำงานของร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทำให้บุคคลเกิดความสมดุลในชีวิต⁹ และยังช่วยเพิ่มความเข้มแข็งในการเผชิญปัญหาที่สถานการณ์ได้ คงไว้ซึ่งความสามารถใน

การดูแล ส่งผลให้ผู้ที่ได้รับการดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุจัดว่าเป็นสถานการณ์ที่ผู้ดูแลต้องประสบอยู่ตลอดเวลา อาจทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรค ความลำบากใจหรือความรู้สึกเป็นภาระ ดังนั้น ถ้าหากผู้ดูแลมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ จะทำให้ผู้ดูแลสามารถก้าวข้ามอุปสรรคและปัญหาจากสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม

ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลหรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า สุขภาวะทางปัญญาของผู้ดูแล กล่าวคือ สภาวะที่ผู้ดูแล มีสติ สมานธิ ปัญญา สามารถรู้เท่าทันโลก เข้าใจตนเอง และมีความสุขสงบต่อการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลและการใช้ชีวิต รวมถึงการใช้ชีวิตอย่างมีเป้าหมาย⁵ การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นการรับรู้ส่วนบุคคลที่มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ทั้งศาสนา วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม⁹ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด (Transactional Model of Stress and Coping) ของ Lazarus and Folkman¹⁰ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแล เพื่อนำมาอธิบายการเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแล และนำมากำหนดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน โดยทฤษฎีกล่าวว่า ความเครียดเป็นผลจากปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสถานการณ์ ซึ่งทั้งสองปัจจัยมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน มีผลต่อการปรับตัวของบุคคล หากผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวจากการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ โดยเฉพาะเมื่อการดำเนินโรคของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังรุนแรงมากขึ้น หรือมีอาการทรุดหนักจากภาวะแทรกซ้อนของโรค อาจส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงการอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน

หรือไม่สามารถควบคุมได้ รู้สึกกลัวการสูญเสีย หรือพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก เกิดความรู้สึกอ้างว้าง สับสน คับข้องใจ รู้สึกผิดที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ทำให้เกิดภาวะทุกข์ทางจิตวิญญาณ (Spiritual distress)¹¹ แต่หากผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้กับบทบาทการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จะนำมาซึ่งผลลัพธ์ด้านบวกหรือเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยการวิจัยครั้งนี้สามารถแบ่งปัจจัยตามทฤษฎีได้ ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ 1) สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เป็นปัจจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างคนในครอบครัว สัมพันธภาพที่ดีจะทำให้การดูแลแสดงออกเต็มไปด้วยความรักและความเต็มใจในการดูแล¹² 2) การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลถึงการได้รับความช่วยเหลือจากสังคมในด้านต่างๆ ทำให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้งจากสังคม เป็นส่วนหนึ่งของสังคม 3) ภาวะของผู้ดูแล เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลที่มีต่อร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ที่เป็นผลมาจากการดูแล ซึ่งการรับรู้ภาวะของผู้ดูแล สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับการปรับตัวต่อการดูแลของแต่ละบุคคล⁷ และ 4) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้ดูแล เป็นพฤติกรรมของบุคคลเกี่ยวกับการกระทำตนตามหลักศาสนา เป็นสิ่งช่วยขัดเกลาจิตใจของผู้ดูแล ให้มีความเข้มแข็ง มีกำลังใจในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ส่วนปัจจัยสถานการณ์ ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เป็นปัจจัยเกี่ยวกับกิจกรรมขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุที่ควรปฏิบัติได้ หากผู้สูงอายุโรคเรื้อรังช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จะนำมา

สู่ความต้องการการดูแลที่มากขึ้น ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องช่วยเหลือดูแลมากขึ้น อาจทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายและส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแล โดยจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่กล่าวมานี้ มีความเกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ดูแล ดังนั้น ปัจจัยดังกล่าวจึงอาจมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา การศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ยังมีค่อนข้างน้อย ซึ่งรูปแบบวิถีการดำเนินชีวิตและความเชื่อแต่ละพื้นที่ในภูมิภาคอาจมีความแตกต่างกัน โดยตำบลบ่อใหญ่ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นพื้นที่ในการศึกษาครั้งนี้ มีลักษณะเป็นชุมชนชนบท ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีวิถีการดำเนินชีวิตตามวัฒนธรรม ประเพณีและความเชื่อของชาวภาคอีสาน มีผู้สูงอายุจำนวนมากและได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ตามที่ได้กล่าวมาในข้างต้นแล้ว ส่งผลให้มีผู้ดูแลจำนวนมากขึ้นด้วยเช่นกัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญและจำเป็นในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมรูปแบบการดูแลทางด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแล อันจะนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน

สมมติฐาน

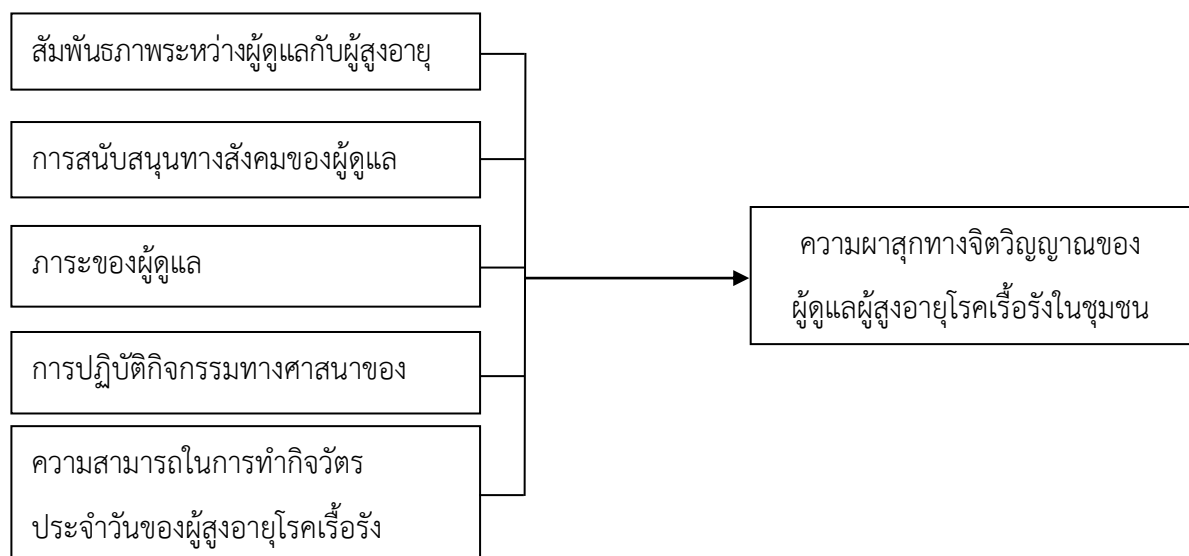
1. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน
2. ภาวะของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้มุมมองการประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวคิดตะวันออกตามการศึกษาของ เสาวภา เล็กวงษ์⁵ ที่กล่าวถึงความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลว่า เป็นสถานะที่ผู้ดูแลมีสติ สมาธิ สามารถรู้เท่าทันโลก และเข้าใจตนเอง มีความสุขสงบ ในการดูแลและการใช้ชีวิตอย่างมีเป้าหมาย โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญกับความเครียด (Transactional Model of Stress and Coping) ของ Lazarus and Folkman¹⁰ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่ออธิบายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน โดยทฤษฎีนี้กล่าวถึงความเครียดว่าเป็นผลลัพธ์ของบุคคลจากการเผชิญกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งมาจากปัจจัย 2 ประการ ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) ปัจจัยสถานการณ์ อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้น จะเข้าสู่กระบวนการประเมินชนิดปฏิกิริยา จะประเมินและตัดสินใจว่า สิ่งแวดล้อมนั้นมีความสำคัญและรุนแรงต่อตนเองอย่างไร เมื่อบุคคล

ประเมินแล้วว่า สิ่งแวดล้อมนั้นส่งผลเสียหรือความเครียด จะเข้าสู่กระบวนการประเมินชนิดทฤษฎีเพื่อสรรหาแหล่งประโยชน์ในการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้น นำเข้าสู่กระบวนการเผชิญความเครียด (Coping) โดยการจัดการมี 2 ลักษณะ คือ การมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ เมื่อบุคคลสามารถปรับตัวได้ (Adaptation) ผลลัพธ์ที่ออกมาจะอยู่ในรูปแบบผลลัพธ์ทางบวก (Positive outcomes) ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และความรู้สึก รวมถึงความผาสุกจิตวิญญาณ ผู้วิจัยจึงใช้ทฤษฎีนี้ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เพื่อเป็นกรอบคิดและกำหนดปัจจัยในการศึกษา โดยการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนจัดเป็นสิ่งแวดล้อมอย่างหนึ่งที่มี

อิทธิพลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแล ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ภาวะของผู้ดูแล และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้ดูแล ส่วนปัจจัยสถานการณ์ ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยหากผู้ดูแลไม่สามารถเผชิญความเครียดจากสิ่งแวดล้อมได้ จะทำให้ไม่สามารถปรับตัวได้ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางลบตามมา แต่หากผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้จะนำมาสู่ผลลัพธ์ทางบวกหรือเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแล (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research)

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังใน

ชุมชน ตำบลบ่อใหญ่ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 425 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ตำบลบ่อใหญ่ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 92 คน มีหลักเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้น

ไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตวายเรื้อรัง โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนจากการดูแล และมีระยะเวลาในการดูแลไม่ต่ำกว่า 1 เดือน 3) มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ได้แก่ บุตร หลาน พี่ชาย-พี่สาว น้องชาย-น้องสาว และคู่สมรส 4) มีสติสัมปชัญญะ สามารถรับรู้และสื่อสารภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ โดยเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ในระยะเวลาที่กำหนด 2) ไม่สะดวกใจในการให้ข้อมูล

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*power 3.1.9.2¹³ และใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์ Correlation: Bivariate normal model กำหนดการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรแบบทางเดียว (One tailed test) กำหนด Effect size ขนาดกลางเท่ากับ 0.3 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ Power of test ที่ .90 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 92 คน โดยการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้จัดทำระเบียบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ จำนวน 425 คน นำไปใส่กล่องและสุ่มตัวอย่างรายชื่อโดยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 92 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย อายุ เพศ

การนับถือศาสนา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และระยะเวลาในการเป็นโรค

ส่วนที่ 3 แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยใช้ของ เพียงใจ ติรไพรวงศ์¹⁴ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .91 ประกอบด้วยคำถาม 17 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับการแสดงความรัก ความเสียสละ ความพึงพอใจ ความซื่อสัตย์ ความนับถือ ไว้วางใจ การยอมรับความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และความผูกพัน ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 6 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยรู้สึกเช่นนี้เลย รู้สึกเช่นนั้นน้อยมาก รู้สึกเช่นนั้นบางครั้ง รู้สึกเช่นนั้นบ่อยครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเกือบตลอดเวลา รู้สึกเช่นนั้นตลอดเวลา มีคะแนน 0-5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-85 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 0-28 คะแนน หมายถึง มีสัมพันธภาพระดับต่ำ 29-56 คะแนน หมายถึง มีสัมพันธภาพระดับปานกลาง และ 57-85 คะแนน หมายถึง มีสัมพันธภาพระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล โดยใช้ของ ภรภัทร อิมโธฐ และคณะ¹⁵ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .75 ประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ จำนวน 4 ด้าน คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ การสนับสนุนด้านการประเมิน จำนวน 3 ข้อ การสนับสนุนด้านข้อมูล จำนวน 5 ข้อ และการสนับสนุน

ด้านทรัพยากร จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย ไม่มีเลย มีคะแนน 1-5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 18-90 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 18-42 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับเล็กน้อย 43-66 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง และ 67-90 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก

ส่วนที่ 5 แบบวัดภาวะของผู้ดูแล โดยใช้ของ ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ และคณะ¹⁶ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .92 ประกอบด้วยคำถาม 22 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะของผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง ไม่เคยเลย มีคะแนน 0-4 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-88 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ 0-20 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะ/ภาวะเล็กน้อย 21-40 คะแนน หมายถึง มีภาวะเล็กน้อยถึงปานกลาง 41-60 คะแนน หมายถึง มีภาวะปานกลางถึงมาก และ 61-88 คะแนน หมายถึง มีภาวะอย่างมาก

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้ดูแล โดยใช้ของ เสาวภา เล็กวงษ์⁵ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .88 ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในชีวิตประจำวันของผู้ดูแล เช่น การรักษาศีล การทำสมาธิ การแผ่เมตตา การเข้าวัดฟังธรรม การทำบุญ เป็นต้น ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า

5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยทำ นานๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และประจำ มีคะแนน 0-4 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-20 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 0-6 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาระดับต่ำ 7-13 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาระดับปานกลาง และ 14-20 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาระดับสูง

ส่วนที่ 7 แบบประเมินความสามารถในการทำวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยใช้ของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล¹⁷ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .88 ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ได้แก่ 1) การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ต่อหน้า 2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา 3) การลุกจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ 4) การใช้สุขา 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น 8) การอาบน้ำ 9) การกลั้นการขับถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 10) การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ 0-4 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพาทั้งหมด 5-8 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพาส่วนใหญ่ 9-11 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพาบางส่วน และ 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ภาวะพึ่งพาลเล็กน้อย

ส่วนที่ 8 แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยใช้ของ เสาวภา เล็กวงษ์⁵ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .91 ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความสุขสงบ

ด้านสติ สมาธิและปัญญา และด้านการตั้งเป้าหมาย ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด มีคะแนน 1-5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 20-100 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยค่าเฉลี่ยปรับฐานคะแนนช่วง 1.00-2.33 คะแนน หมายถึง ความผาสุกทางจิตวิญญาณน้อย 2.34-3.66 คะแนน หมายถึง ความผาสุกทางจิตวิญญาณปานกลาง และ 3.67-5.00 คะแนน หมายถึง ความผาสุกทางจิตวิญญาณมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้เป็นเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงมาแล้ว และมีการใช้เครื่องมือเหล่านี้กับกลุ่มตัวอย่าง เช่น กลุ่มผู้ดูแลผู้พิการ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็นต้น⁵⁻⁷ ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้คือ ผู้ดูแล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพิจารณาใช้เครื่องมือดังกล่าวในการวิจัย และได้ทำการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีค่าแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .95 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล มีค่าแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .96 แบบวัดภาวะของผู้ดูแล มีค่าแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .97 แบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้ดูแล มีค่าแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .90 และแบบประเมิน

ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีค่าแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากได้รับความเห็นชอบและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อใหญ่ เพื่อดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและรายละเอียดโครงการวิจัย

2. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ดูแลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย และทำการตรวจสอบคุณสมบัติผู้ดูแลตามที่กำหนดไว้ นำรายชื่อทั้งหมดของผู้ดูแลมาทำฉลาก แล้วทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จำนวน 92 คน

3. ผู้วิจัยทำการนัดหมายวันและเวลาในทุกวันเสาร์และวันอาทิตย์ ทั้งช่วงเช้าและช่วงบ่าย โดยนัดหมายบริเวณศาลากลางหมู่บ้านแต่ละหมู่บ้านที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ เพื่อความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง

4. ในวันนัดหมายเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้แนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นทำการสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลประมาณ 30 นาทีต่อคน โดยเก็บข้อมูลวันละ 8-10 คน จนครบ 92 คน และเมื่อดำเนินการเก็บข้อมูลเสร็จ

เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 185-156/2564 รับรองวันที่ 4 มิถุนายน 2564 ถึงวันที่ 3 มิถุนายน 2565 และได้รับอนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบรบือ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อใหญ่ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ในการดำเนินการเก็บข้อมูลโครงการวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้แนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ของการวิจัย ตามเอกสารชี้แจงการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การตอบรับยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและการปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สบายใจสามารถขอถอนตัวได้ตลอดเวลาการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างและแผนการรักษา ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยจะใช้เลขรหัสแทนชื่อและนามสกุล รวมถึงข้อมูลที่ได้ ผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และจะทำลายข้อมูลภายหลังการวิจัยมีการเผยแพร่และตีพิมพ์แล้ว

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรสัมพันธ์ทางระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ภาระของผู้ดูแล การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และความผาสุกทาง

จิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) ซึ่งได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่า ผู้ดูแลเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย มีอายุ 46-59 ปี (ร้อยละ 30.40) รองลงมาเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลางมีอายุ 36-45 ปี (ร้อยละ 26.10) และมีอายุเฉลี่ย 49.66 ปี (S.D.=15.39) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.00) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่เป็นบุตร (ร้อยละ 57.60) มีระยะเวลาในการเป็นผู้ดูแลอยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 41.30) รองลงมาอยู่ในช่วงมากกว่า 5-10 ปี (ร้อยละ 33.70) และมีระยะเวลาในการเป็นผู้ดูแลเฉลี่ย 7.51 ปี (S.D. = 5.84) ส่วนใหญ่มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในช่วง 6-10 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 82.60) และมีจำนวนชั่วโมงเฉลี่ยในการดูแลผู้สูงอายุ 7.74 ชั่วโมงต่อวัน (S.D. = 2.23) มีอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 38.00) รองลงมามีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 32.60) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 64.10) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 44.60) รองลงมา 5,000-10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 41.30) และผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 96.70)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 58.70) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.20) ได้รับการ

วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน (ร้อยละ 41.30) รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 30.40) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 46.70) รองลงอยู่ในช่วงมากกว่า 5-10 ปี (ร้อยละ 33.70)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษาพบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอยู่ในระดับสูง (Mean=73.61, S.D.=6.35) การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลอยู่ในระดับมาก

(Mean =70.74, S.D.=8.41) ภาวะของผู้ดูแลเป็นแบบไม่มีภาวะถึงมีภาวะเล็กน้อย (Mean=9.43, S.D.=4.69) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง (Mean=14.32, S.D.=3.16) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีภาวะพึงพาเล็กน้อย (Mean =17.00, S.D.=1.58) และความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลอยู่ในระดับมาก (Mean=81.88, S.D.=7.69) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ช่วงค่าคะแนน คะแนนจริง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับของตัวแปรที่ศึกษา (n = 92)

ตัวแปรที่ศึกษา	ช่วงค่าคะแนน	คะแนนจริง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
1. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ	0-85	60-85	73.61	6.35	สูง
2. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล	18-90	49-86	70.74	8.41	มาก
3. ภาวะของผู้ดูแล	0-88	1-22	9.43	4.69	ไม่มีภาวะ/มีภาวะเล็กน้อย
4. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้ดูแล	0-20	7-20	14.32	3.16	สูง
5. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง	0-20	14-20	17.00	1.58	ภาวะพึ่งพาเล็กน้อย
6. ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแล	20-100	64-96	81.88	7.69	มาก

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล (r = .711, p<.01) ภาวะของผู้ดูแล (r = -.663, p<.01) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้ดูแล (r = .566,

p<.01) สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (r = .367, p<.01) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (r = .336, p<.01) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของปัจจัยที่ศึกษากับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน (n=92)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล	.711	<.01*
ภาวะของผู้ดูแล	-.663	<.01*
การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้ดูแล	.566	<.01*
สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง	.367	<.01*
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง	.336	<.01*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

1) ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน การศึกษาครั้งนี้พบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนมีสติ สมาธิ ปัญญา รู้เท่าทันโลก เข้าใจตนเองและชีวิตได้อย่างถูกต้องตามความเป็นจริง มีเป้าหมายในการใช้ชีวิตที่ชัดเจน มีความมั่นคงและความสงบสุขในชีวิต ถึงแม้ต้องเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคในระหว่างการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน การมีสติเป็นการที่ผู้ดูแลสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้และรู้ตัวอยู่เสมอ ไม่ว่าจะกระทำการสิ่งใดๆ การมีสติปัญญาและรู้เท่าทันโลกเป็นการที่ผู้ดูแลสามารถคิดวิเคราะห์ รู้เท่าทันทุกเหตุการณ์ที่อยู่รอบตัวและมองว่าทุกปัญหาที่เผชิญอยู่มีทางออกเสมอ การเข้าใจตนเองเป็นการที่ผู้ดูแลสามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตและเข้าใจสัจธรรมของชีวิต การเกิด แก่ เจ็บ และตาย มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตที่ชัดเจน กล่าวคือ การที่ผู้ดูแลมีความหวังในการใช้ชีวิต มีความหวังดีต่อตนเองและผู้สูงอายุ มีความมุ่งมั่นตั้งใจดูแลผู้สูงอายุให้ดีที่สุด การมีความมั่นคงและความ

สงบสุขในชีวิต เป็นการที่ผู้ดูแลมีความรู้สึกอึดอึดม เป็ติ และมีพลังในการดำเนินชีวิต พร้อมให้อภัยอยู่เสมอ และมีความสุขทุกครั้งที่ได้ช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ คุณลักษณะที่กล่าวมาเหล่านี้ เป็นองค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแล⁵ ทั้งนี้ ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลอยู่ในระดับมาก เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์โดยเป็นบุตรของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และมีระดับสัมพันธภาพอยู่ในระดับสูง เนื่องมาจากบริบทของสังคมไทยเน้นความกตัญญูรู้คุณ การตอบแทนบุญคุณผู้มีพระคุณ โดยเฉพาะการดูแลบิดาและมารดาเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือแก่ชรา อีกทั้งผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ทางสายเลือด การดูแลที่แสดงออกมาก็จึงเต็มไปด้วยความรักและความผูกพัน ส่งผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่าผู้ดูแลผู้พิการส่วนใหญ่เป็นบุตร มีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง เนื่องจากได้ทดแทนบุญคุณหรือได้ทำหน้าที่ที่พึงกระทำและเป็นการตอบแทนคุณความดีในฐานะบุตรหลาน⁵ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Cassidy¹⁸ ซึ่งพบว่าการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ทำให้รู้สึกว่าคุณเองได้ตอบแทน

บุญคุณบุคคลที่รักและได้แสดงความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ผู้ดูแลมีอายุเฉลี่ย 49.66 ปี อยู่ในวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตมามาก ทำให้มีวุฒิภาวะทั้งด้านความคิดและอารมณ์ ส่งผลต่อความสามารถในการตัดสินใจและเผชิญกับปัญหาได้ดี¹⁹ ทำให้ผู้ดูแลจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ถึงแม้ต้องพบปัญหาและอุปสรรค จึงทำให้มีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับสูง และพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว และหากพิจารณาจากแบบสัมภาษณ์ภาวะของผู้ดูแลรายข้อ ที่ถามว่า ท่านรู้สึกว่าคุณภาพของท่านไม่ค่อยดี เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ จึงอาจเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลไม่มีความยุ่งยากลำบากในการดูแลตนเองจากการที่ไม่มีโรคประจำตัวและสามารถที่จะดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้โดยไม่ส่งผลต่อสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ พบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีอายุในช่วงระหว่าง 60-69 ปี ซึ่งเป็นวัยสูงอายุตอนต้น และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน อยู่ในระดับมีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ การดูแลส่วนใหญ่จึงเป็นการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย ทำให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกเหน็ดเหนื่อยและไม่เครียดจากการดูแล สามารถปรับตัวต่อการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ ส่งผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแล

ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแล ได้แก่ ภาวะของผู้ดูแล โดยสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน อธิบายได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้คุณเกิดความพึงพอใจในชีวิต เนื่องจากได้รับความช่วยเหลือจากสังคมในด้านต่างๆ เกิดความสบายใจและรู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย⁷ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและรู้สึกเป็นที่รักของบุคคลอื่นในสังคม ส่งผลให้มีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาและอุปสรรค ช่วยให้คุณสามารถปรับตัวต่อความเครียดจากสถานการณ์ในชีวิตที่เกิดขึ้นได้¹² โดยการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูล และด้านทรัพยากร แสดงถึงผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากสังคมในด้านต่างๆ เป็นอย่างมาก ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่ถูกทอดทิ้งจากสังคม และยังมีบุคคลในสังคมคอยช่วยเหลืออยู่เสมอ ส่งผลให้มีกำลังใจในการดำเนินชีวิตแม้ต้องเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน และเมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางด้านข้อมูลซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงสุด แสดงว่าผู้ดูแลได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นอย่างดี ซึ่งการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็น เพราะจะนำมาซึ่งความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและตนเอง ความรู้จะช่วยเพิ่มความสามารถในการมองชีวิตและมองเห็นปัญหาได้ดียิ่งขึ้น นำมาสู่การแก้ไข

ปัญหาที่ดีและทำให้มีประสิทธิภาพในการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม นำมาสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแล ตามทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman¹⁰ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเป็นปัจจัยการรับรู้ส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว เมื่อผู้ดูแลมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ปัจจัยนี้จึงไปส่งเสริมการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแล ทำให้สามารถเผชิญความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ^{6,7}

การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ทั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลมีคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็นประจำ เช่น การรักษาศีล การทำสมาธิ การแผ่เมตตา การเข้าวัดฟังธรรม การทำบุญฯ กิจกรรมเหล่านี้ล้วนแต่เป็นกิจกรรมที่ดีงาม ช่วยขัดเกลาจิตใจของผู้ดูแลให้สามารถเข้าใจโลกและเข้าใจตนเองได้อย่างแท้จริง ทำให้มีกำลังใจในตนเอง เกิดความสุขสงบ⁵ เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับสูงด้วยเช่นกัน และเมื่ออธิบายตามทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman¹⁰ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็นปัจจัยบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เมื่อผู้ดูแลมีการปฏิบัติกิจกรรม

ทางศาสนาในระดับสูง ส่งผลให้มีสติปัญญา สามารถคิดวิเคราะห์ เข้าใจและยอมรับกับเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ ทำให้สามารถปรับตัวได้ เกิดความสงบสุข เข้าใจชีวิต และบทบาทการดูแลมากขึ้น ปัจจัยนี้จึงเป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญความเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม และเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณตามมา โดยเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท⁷ และพบว่าการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็นปัจจัยร่วมทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของร่างกาย⁵

สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีสัมพันธ์ภาพอยู่ในระดับสูง เนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นบุตรและคู่สมรส ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันมากที่สุด สัมพันธภาพที่ดีจะส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลไปในทิศทางที่ดี ทำให้การดูแลที่แสดงออกเต็มไปด้วยความรักและความเต็มใจ ไม่รู้สึกลำบากใจในการดูแล และพร้อมที่จะพยายามดูแลช่วยเหลืออย่างเต็มความสามารถ เพื่อบุคคลอันเป็นที่รักเมื่อยามเจ็บป่วย¹² นำมาสู่การมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ ปัจจัยนี้เป็นปัจจัยบุคคลตามทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman¹⁰ ที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว เมื่อผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดี จึงไปส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญความเครียดจากการดูแล

ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้เหมาะสม ส่งผลให้เกิดความ ผาสุกทางจิตวิญญาณตามมา สอดคล้องกับการศึกษา ที่ผ่านมา โดยพบว่าปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่าง ผู้ดูแลกับผู้พิการเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และมี อำนาจในการพยากรณ์ต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ ของผู้ดูแลผู้พิการ⁵

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรค เรื้อรังในชุมชน อภิปรายได้ว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรค เรื้อรังระยะเวลานาน ไม่สามารถควบคุมความรุนแรง ของโรคได้ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา โดยเฉพาอย่างยิ่งภาวะทุพพลภาพ ส่งผลต่อ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ยิ่ง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงเท่าใด ความต้องการในการดูแลก็จะมากขึ้นตามไปด้วย ทำให้ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ มาก ขึ้น¹² ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ นำมาซึ่ง ผลกระทบต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ แต่ใน การศึกษานี้ พบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ใน ระดับสูงหรือมีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังยังสามารถช่วยเหลือตนเองในการ ทำกิจกรรมพื้นฐานได้ดี บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลจึง เป็นการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมเพียงบางส่วน เท่านั้น ทำให้ผู้ดูแลไม่เกิดความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยจาก การดูแล ซึ่งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เป็นปัจจัยสถานการณ์ที่มี อิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแล ตามทฤษฎี ความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman¹⁰ เมื่อผู้สูงอายุโรคเรื้อรังสามารถ

ช่วยเหลือตนเองได้ดี ทำให้สถานการณ์การดูแลที่ ผู้ดูแลต้องเผชิญไม่หนักจนเกินไป เพราะกิจกรรมที่ ช่วยเหลือดูแลมีเพียงเล็กน้อย ปัจจัยนี้จึงไม่ไปรบกวน กระบวนการการปรับตัวของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแล สามารถปรับตัวและเผชิญความเครียดจากการดูแล ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ ทำให้เกิดความผาสุกทางจิต วิญญาณ

ภาวะของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับ ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรค เรื้อรังในชุมชน อภิปรายได้ว่า ภาวะของผู้ดูแล คือ การรับรู้ของผู้ดูแลที่มีต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ โดยเป็นผลมาจากการดูแล ซึ่ง การรับรู้ภาวะของผู้ดูแลสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับการปรับตัวของแต่ละบุคคล การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต้องทุ่มเททั้งร่างกาย แรงใจอย่างมาก ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหน็ดเหนื่อย รู้สึก ยากลำบาก เกิดความรู้สึกเป็นภาระจากการดูแล ซึ่งมี ผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแล แต่ การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลไม่รู้สึกมีภาระ ในการดูแล เนื่องจากผู้สูงอายุโรคเรื้อรังยังสามารถ ช่วยเหลือตนเองได้ดี โดยพบว่ามีความ สามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ใน ระดับสูง ทำให้การช่วยเหลือดูแลเป็นการช่วยทำ กิจกรรมบางส่วนเพียงเล็กน้อย โดยผู้ดูแลไม่รู้สึกเป็น ภาระ ประกอบกับผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดยเป็นบุตร จึงทำให้การดูแลเต็ม ไปด้วยความรักและความห่วงใยที่มีต่อบิดาและ มารดา ไม่เกิดความรู้สึกยากลำบาก อีกทั้งยังทำให้ ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองได้ตอบแทนบุญคุณต่อผู้มีพระคุณ ¹⁸ ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถยอมรับและเข้าใจใน บทบาทหน้าที่ของตนเอง มีความเต็มใจที่จะดูแล ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง นำมาสู่ความผาสุกทางจิต

วิญญานของผู้ดูแล ตามทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman¹⁰ การรับรู้ภาวะของผู้ดูแล เป็นปัจจัยบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เมื่อผู้ดูแลรู้สึกไม่มีภาวะ จึงไม่มีปัจจัยรบกวนในการปรับตัวของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ และสามารถเผชิญความเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาน โดยการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า ภาวะของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญานของผู้ดูแล⁸ อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเลอลักษณะ มหิพันธ์ และคณะ⁷ ที่พบว่า ภาวะการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญานของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากภาวะในการดูแลอยู่ในระดับต่ำและความผาสุกทางจิตวิญญานของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง โดยอธิบายว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมองว่าการดูแลนั้นไม่เป็นภาระ สืบเนื่องมาจากผู้ดูแลมีสัมพันธภาพในระดับสูงและมีระยะเวลาในการดูแลที่ค่อนข้างนาน 6-10 ปี จึงมองว่าการดูแลเป็นส่วนหนึ่งในกิจวัตรประจำวัน ทำให้ไม่รู้สึกเป็นภาระ จึงไม่มีความเกี่ยวข้องและส่งผลกระทบต่อความผาสุกทางจิตวิญญานของผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

พยาบาลและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ควรนำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาล โดยเน้นการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้ดูแล ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ส่งเสริมความสามารถในการทำ

กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และตระหนักถึงการรับรู้ภาวะของผู้ดูแล เพื่อนำไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญานของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับสูง การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้น้อย ซึ่งอาจทำให้ผลลัพธ์การเกิดความผาสุกทางจิตวิญญานในผู้ดูแลที่แตกต่างกัน

2. ควรมีการศึกษาต่อยอดโดยการศึกษาหาปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญานของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน หรือศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพในประเด็นความผาสุกทางจิตวิญญานของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก นำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาความผาสุกทางจิตวิญญานของผู้ดูแล

3. ควรมีการทำวิจัยในรูปแบบการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental Study) หรือพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญานของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการคิด วางแผนและตัดสินใจ นำมาสู่รูปแบบการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญานของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนที่เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้ ได้รับการสนับสนุนจากทุนสนับสนุนโครงการวิจัยของอาจารย์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้

REFERENCES

1. Department of Older Persons. Statistics of the elderly 77 provinces in Thailand data is presented as of December 31, 2020 [online]. 2020 [Cited 2021/7/5]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/known/side/1/1/335> (in Thai)
2. Chen, M., Chen, K., and Chu, T. Caregiver Burden, Health Status, and Learned Resourcefulness of Older Caregivers. *West J Nurs Res*, 2015; 37(6): 767-80.
3. Chayawatto, C. Depression in the Caregivers of Stroke Patients. *Region 4-5 Medical Journal*, 2016; 35(1): 14-27. (in Thai)
4. Sihapark, S., Chuengsatiansup, K., and Tengrang, k. The Effect and Caregiving Burden of Older Person in Long-term Care Based on Thai Culture. Nonthaburi: Health Systems Research Institute, 2014. (in Thai)
5. Lekwong, S., Lawang, W., and Rattanaagreethakul, S. Factors Affecting the Spiritual Well-being among Family Caregivers of Persons with Physical Disability. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 2019; 30(1): 102-112. (in Thai)
6. Chavapattanakul, P., Wongkumsin, T., and Kongkasuwan, R. The Relationship between Resilience Quotient, Social Support, and Spiritual Well-being of Caregivers of Patients with Hemiplegia. *Siriraj Med J*, 2020; 72(3): 245-52.
7. Mahiphun, L., Nabkasorn, C., and Vatanasin, D. Factors Related to Spiritual Well-being among Caregivers of Schizophrenic Patients. *Journal of Public Health Nursing*, 2017; 31(2): 29-42. (in Thai)
8. Rafati, F., Mashayekhi, F., Dastyar, N. Caregiver Burden and Spiritual Well-being in Caregivers of Hemodialysis Patients. *J Relig Health*, 2019; 59(6): 3084-96.
9. Promkeawngam, S. & Namwong, A. The Spiritual Well-being of Community-dwelling Thai Older People with Chronic Illness. *Journal of Nursing and Health Care*, 2017; 35(3): 204-13. (in Thai)
10. Lazarus, R. S. and Folkman, S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer, 1984.
11. Boston, P. H. and Mount, B. M. The Caregiver's Perspective on Existential and Spiritual Distress in Palliative Care. *J Pain Symptom Manage*, 2006; 32(1): 13-26.
12. Hanh, P. T., Jullamate, P., and Piphatvanitcha, N. Factors Related to Caregiver Burden among Family Caregivers of Older Adults with Stroke in Hai Duong, Vietnam. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 2017; 4(3): 45-62. (in Thai)

13. Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.G., & Buchner, A. G* Power 3: A Flexible Statistical Power Analysis Program for the Social, Behavioral, and Biomedical Sciences. *Behavior Research Methods*, 2007; 39(2): 175-91.
14. Tirapaiwong, P. Patient-caregiver Relationship and Caregiver Burden of Family Member Caregivers of Patients with Stroke. Master Thesis in Nursing. Bangkok: Mahidol University, 1997. (in Thai)
15. Imote, P., Nimitarnun, N., Chomson, S., and Hematorn, C. Influencing Factors of Home Care Behaviors by Family Caregivers for Stroke Patients. *Christian University Journal*, 2009; 15(2): 130-41. (in Thai)
16. Toonsiri, C., Sunsern, R., and Lawang, W. Development of the Burden Interview for Caregivers of Patients with Chronic Illness. *Journal of Nursing and Education*, 2011; 4(1): 62-75. (in Thai)
17. Jitapunkul, S. Principles of Geriatric Medicine. Bangkok: Chulalongkorn University, 2001. (in Thai)
18. Cassidy, T. Benefit Finding through Caring: The Cancer Caregiver Experience. *Psychology & Health*, 2013; 28(3): 250-66.
19. Siritipakorn, P. & Muangpaisan, W. Associated Factors of Caregiver Burden among Family Caregivers of Dementia Patients in a Geriatric Clinic, Siriraj Hospital. *Journal of Nursing Science & Health*, 2015; 38(2): 54-64. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนเรียน
วิชาการสื่อสาร การสอน และการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ
ต่อความวิตกกังวล และความสามารถในการใช้ทักษะการสื่อสาร

The Effect of Readiness Preparation in the
Communicating, Teaching, and Counseling in Health
on Anxiety and Communication Abilities Skills

สุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล* จิราภา บุญศิลป์** นงคาร รางแดง***

Suda Dejpitaksirikul* Jirapa Boonsin** Nongkarn Rangdang***

Received : 26/9/64
Revised : 29/12/64
Accepted : 29/12/64

บทคัดย่อ

การเตรียมความพร้อมก่อนเรียนเป็นการกระตุ้นให้นักศึกษามีความตื่นตัวในการเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ สามารถเชื่อมโยงความรู้จากภาคทฤษฎีสู่การทดลอง ทำให้มีความพร้อมและมั่นใจ ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง จากการจัดการเรียนการสอน ปีการศึกษา 2562 พบว่า ผู้เรียนไม่สามารถนำความรู้เชื่อมโยงสู่การปฏิบัติใน สถานการณ์จริงได้ เนื่องจากการเผชิญต่อความเครียด ขาดประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความวิตกกังวลที่เป็นอุปสรรคต่อ การเรียน และผลลัพธ์การเรียนรู้ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการ เตรียมความพร้อมก่อนเรียนวิชาการสื่อสาร การสอนและการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ ต่อความวิตกกังวลและ ความสามารถในการใช้ทักษะการสื่อสารของนักศึกษาพยาบาล เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและ หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 จำนวน 70 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความเครียด โปรแกรมการเตรียมความ พร้อมก่อนเรียน แบบประเมินการใช้ทักษะการสื่อสาร แบบประเมินความวิตกกังวล ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบ Paired t-test และ Independent t-test

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

** Registered Nurse, Professional Level, Boromarajonani College of Nursing Saraburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*** Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

ผลการวิจัย พบว่า 1) เปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 10.632$) 2) เปรียบเทียบความสามารถในการใช้ทักษะการสื่อสาร พบว่า ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการใช้ทักษะการสื่อสารหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -3.287$) 3) คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลและความสามารถในการใช้ทักษะการสื่อสาร พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ($t=-2.035$)

สรุป ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกทักษะ เพื่อลดความวิตกกังวลและเพิ่มพูนความสามารถในการใช้ทักษะการสื่อสารของนักศึกษา

คำสำคัญ: การเตรียมความพร้อม ความวิตกกังวล ทักษะการสื่อสาร

ABSTRACT

The readiness preparation encouraged students to be alert to learning new experiences, able to connect theoretical knowledge to experiments, to be ready, and confident, resulting in reduced anxiety. In the academic year 2020, the resulting of teaching and learning found that students were unable to apply their knowledge and link it into practice in the real situations because their ineffective coping strategies led to anxiety that hindered learning and learning outcomes could not meet the goals. The purpose of this study was to study the effect of readiness preparation in the communicating, teaching, and counseling in health on anxiety and communication abilities skills.

The research design was a quasi-experimental pretest-posttest with control. Samples were 70 of 2nd year nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Saraburi. The research instrument consisted of the readiness preparation in the communicating program, personal data, State Anxiety Inventory, Communication skill Test Questionnaire, and Stress Test Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test.

Results: The result showed that 1) The comparative of anxiety level after intervention between the control group and experimental group found that the experimental group had significantly higher level than the control group at level .05 ($t=10.632$) 2) The comparative of communication abilities skills show that the experimental group had significantly higher than the control group at level .05 ($t= -3.281$) 3) The average of anxiety and communication abilities skills was no significant ($t= -2.035$)

Conclusions: The result of this study suggest that the readiness preparation could be used for decreasing anxiety and increasing communication abilities skills.

Keywords: Readiness preparation, Anxiety, Communication skills

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การจัดการเรียนรู้ในสาขาพยาบาลศาสตร์ในปัจจุบัน จำเป็นต้องมีการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ โดยมีจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจ ได้รับประสบการณ์ที่สำคัญและจำเป็นในการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง มีทักษะทางปัญญา สามารถคิดวิเคราะห์ แสดงพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงความสามารถในการประยุกต์ใช้ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล และมีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพ ในการจัดการเรียนรายวิชาการสื่อสาร การสอน และการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ มีจุดมุ่งหมายให้เกิดความรู้ความเข้าใจในแนวคิด ทฤษฎี การสื่อสาร การสอน กระบวนการและทักษะต่าง ๆ ในการสื่อสารและการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ รวมทั้งประยุกต์ใช้ความรู้ในการปฏิบัติงานได้ บนพื้นฐานของการคิดอย่างเป็นระบบ เข้าใจในความแตกต่างของบุคคลและเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ซึ่งการดำเนินการให้บรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ดังกล่าวนั้น การออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอนจึงมุ่งพัฒนาความรู้ในชั้นเรียนและการฝึกทักษะในสถานการณ์เสมือนจริง หรือสถานการณ์จริงเพื่อช่วยให้นักศึกษามีความเชื่อมั่นในความสามารถมากขึ้น มีเจตคติที่ดีและมีความพร้อมในการปฏิบัติงานวิชาชีพต่อไป สำหรับการออกแบบการจัดการเรียนการสอน ในภาคทฤษฎีมีการบรรยายให้ความรู้ เพื่อให้นักศึกษามีแนวคิดพื้นฐานที่สำคัญเพื่อนำไปเสริมต่อความคิด ความเข้าใจ และประยุกต์ใช้ต่อไป โดยมีการแบ่งกลุ่มย่อยเพื่อให้นักศึกษาได้ฝึกทักษะการสื่อสาร ก่อนการปฏิบัติจริง และมีการ

ประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ ด้านความรู้ความเข้าใจ การสะท้อนคิด การปฏิบัติ การใช้ทักษะการสื่อสารในการสอนและการให้คำปรึกษา ได้แก่ ทักษะการถามคำถาม การสรุปประเด็น การใช้ข้อมูลและตัดสินใจ ซึ่งจากการวัดและประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนภาคปฏิบัติ ด้วยแบบประเมินทักษะการสื่อสาร พบว่า นักศึกษาร้อยละ 95 ไม่ผ่านเกณฑ์ประเมินที่ร้อยละ 60 ซึ่งสอดคล้องกับสรุปผลการสัมมนาการจัดการเรียนการสอนรายวิชา ประจำปีการศึกษา 2562 เกี่ยวกับความต้องการที่จะได้เรียนรู้อย่างเข้าใจ สามารถนำความรู้ ทักษะต่าง ๆ ไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีผลการเรียนในระดับดี นอกจากนี้ในบันทึกสรุปผลการเรียนรู้ยังพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีความกังวลเกี่ยวกับผลสัมฤทธิ์ของการเรียนและการฝึกทักษะ โดยแบ่งเป็นปัจจัย 3 ด้าน คือ 1) ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง เช่น นักศึกษากลัวว่าความรู้จะมียังไม่เพียงพอ กลัวตอบคำถามของอาจารย์ไม่ได้ กลัวสอบถามปัญหาจากผู้ช่วยไม่ครบถ้วน ไม่ค่อยมั่นใจในการถามหรือสนทนา กังวลว่าจะสื่อสารเพื่อการปรึกษาให้บรรลุวัตถุประสงค์ได้อย่างไร เนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์ เป็นต้น 2) ปัจจัยด้านผู้ช่วย กลัวผู้ช่วยไม่ให้ความร่วมมือ อากาทำที่ผู้ช่วยไม่ค่อยตอบสนองด้วยคำพูด 3) ปัจจัยด้านอาจารย์นิเทศ สัมพันธภาพ ความสนใจ ความคาดหวังของอาจารย์ ทำให้นักศึกษากังวลใจ กลัวจะตอบคำถามอาจารย์ไม่ได้ หรือใช้ทักษะต่าง ๆ ไม่ถูกต้องตามหลักการ

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจว่าการเตรียมความพร้อมผู้เรียน อาจส่งเสริมให้การเรียนรู้มี

ประสิทธิผลมากขึ้น เพราะความพร้อม (Readiness) เป็นสถานะของบุคคลที่จะเรียนรู้สิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างบังเกิดผล ซึ่งขึ้นอยู่กับภาวะ ทั้งร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม ของแต่ละบุคคล ที่สำคัญความพร้อมในการเรียนรู้ขึ้นอยู่กับการศึกษาฝึกฝนและเตรียมตัว จึงได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อม และปัจจัยที่ทำให้เกิดความกังวลของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทำให้นักศึกษาเกิดความกังวลมากที่สุด รองลงมาคือปัจจัยด้านอาจารย์นิเทศ/พยาบาลพี่เลี้ยงและปัจจัยด้านการรับรู้อุปกรณ์/เครื่องมือในหอผู้ป่วยหนัก¹ โดยด้านที่ทำให้ให้นักศึกษาเกิดความวิตกกังวล คือ 1) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยมีอาการกำเริบขณะสนทนากังวลว่าผู้ป่วยจะไม่พูดด้วย คิดกังวลว่าตนเองจะใช้คำพูด การถาม ที่ไม่มีประสิทธิภาพและจะส่งผลให้อาการของผู้ป่วยกำเริบ กังวลว่าจะแก้ปัญหาไม่ได้เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมตอบสนองที่ไม่คาดคิดมาก่อน เช่น ถูกถามกลับ และแสดงท่าทีก้าวร้าวเพราะอาการไม่สบาย จากการที่นักศึกษาไม่ได้ใช้ทักษะการสังเกต 2) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมบนหอผู้ป่วย คือ รู้สึกกังวลเมื่อไม่พบผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบ รู้สึกไม่ปลอดภัยเมื่อต้องพบผู้ป่วยจิตเวช และ 3) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาจารย์นิเทศในแหล่งฝึก เช่น กังวลหากอาจารย์นิเทศไม่มานิเทศ กังวลว่าจะถูกตำหนิ กังวลว่าจะได้คะแนนการฝึกภาคปฏิบัติไม่ดี² ซึ่งหากมีความกังวลในระดับที่สูงจะทำให้การรับรู้แคบลง ดังนั้น การลดความกังวลจึงเป็นสิ่งสำคัญเพราะจะทำให้นักศึกษามีการรับรู้ที่ดีขึ้น และสามารถใช้ทักษะการสื่อสารได้

ถูกต้องตามหลักการ และบรรลุวัตถุประสงค์ของแต่ละทักษะ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาผลของการลดความวิตกกังวลในการฝึกวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต ด้วยโปรแกรมเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย พบว่า นักศึกษาเกิดความรูสึกผ่อนคลาย ลดความเครียดในเรื่องที่ไม่สบายใจ และเมื่อมีความวิตกกังวล นักศึกษามีวิธีการจัดการกับความวิตกกังวลของตนเอง ได้แก่ การระบายความรู้สึกโดยการพูดคุยกับเพื่อนสนิท ครอบครัว คนที่ไว้วางใจ หรือปรึกษาอาจารย์นิเทศ นอกจากนี้ ยังมีการใช้เทคนิคการผ่อนคลายอื่นๆ เช่น ฟังเพลง ดูโทรทัศน์/ซีรี่ย์ เล่นเกมส์ อ่านหนังสือ ทำสมาธิ วาดภาพฯ ให้กำลังใจโดยการพูดกับตนเองว่าต้องดีขึ้นและหลีกเลี่ยงสิ่งที่ต้องเผชิญ เช่น ร้องไห้ เก็บเรื่องที่กังวลไว้คนเดียว² จากการศึกษาโปรแกรมการเตรียมความพร้อม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ ปฐมนิเทศชี้แจงประมวลรายวิชาและระเบียบในการฝึกปฏิบัติ การให้ความรู้ กิจกรรมเสริมสร้างพลังใจในการฝึกปฏิบัติ กิจกรรมเรียนรู้เรื่องเล่าประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย กิจกรรมพัฒนาทักษะปฏิบัติการพยาบาล กิจกรรมการฝึกการสอนทางสุขภาพจากครอบครัวจำลอง การให้คำปรึกษาโดยปรับความคิดและพฤติกรรมที่ช่วยลดปัญหาทางอารมณ์ การฝึกปรับความคิดใหม่ให้เหมาะสม ทำให้รู้ตัวเร็วและปรับความคิดในทางที่ดี ซึ่งมีส่วนสำคัญที่ช่วยให้ความวิตกกังวลของนักศึกษาลดลง²⁻⁴ นอกจากนี้วิธีการดังที่ได้กล่าวมาแล้วจะพบว่า การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ทำให้ผู้เรียนมีการคิด

และการตัดสินใจที่เร็วขึ้นและมีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น การจำลองสถานการณ์เสมือนจริงเป็นวิธีที่เหมาะสมในการเตรียมความพร้อมของนักศึกษา ก่อนการฝึกปฏิบัติ เพื่อพัฒนาทักษะทางการพยาบาลและทักษะเชิงวิชาชีพอื่น ๆ ตามลักษณะของรายวิชาและจุดมุ่งหมายของรายวิชา และร่วมกันสะท้อนการปฏิบัติ จะทำให้นักศึกษานำข้อดีและข้อบกพร่องไปปรับปรุงพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น ด้วยการปฏิบัติซ้ำ ๆ จนเกิดความชำนาญและมีความมั่นใจ⁵⁻⁶

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดความพร้อมของผู้เรียน การลดความวิตกกังวล ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาสังคมโดยการสังเกตตัวแบบผ่านเรื่องเล่า⁷ และทฤษฎีการเรียนรู้จากการฝึกประสบการณ์จริงหรือเสมือนจริงในกิจกรรม ควบคู่กับวิธีการสอนโดยการสาธิตย้อนกลับ⁸ มาจัดทำโปรแกรมเตรียมความพร้อม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมและขั้นตอนกระบวนการเรียนรู้ 7 กิจกรรม เพื่อให้ นักศึกษามีความพร้อมด้านความรู้ และสามารถใช้ทักษะการสื่อสารได้อย่างถูกต้อง ซึ่งการได้รับการฝึกฝนจนมั่นใจผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลาย จะส่งผลให้ความกังวลของนักศึกษาลดลง และเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความกังวลและความสามารถในการใช้ทักษะการสื่อสาร ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนเรียนวิชาการสื่อสาร การสอนและการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ

2. เพื่อเปรียบเทียบความกังวลและความสามารถในการใช้ทักษะการสื่อสาร ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนเรียนวิชาการสื่อสาร การสอนและการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ กับกลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

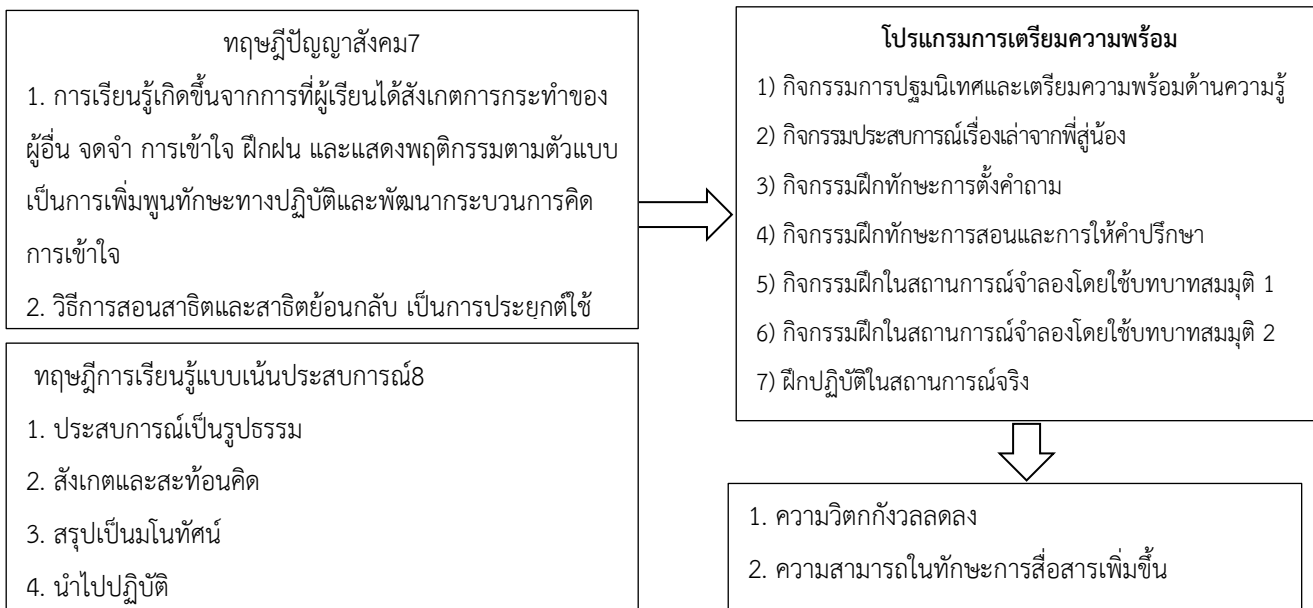
1. คะแนนความวิตกกังวลของนักศึกษากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนเรียนฯ ต่ำกว่านักศึกษากลุ่มที่ได้เรียนตามตารางการจัดการเรียนการสอน
2. คะแนนความสามารถในการใช้ทักษะการสื่อสารกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนเรียนฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนเรียนฯ
3. คะแนนความวิตกกังวลและความสามารถในการใช้ทักษะการสื่อสาร ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนเรียนฯ กับกลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนตามปกติ แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาการเตรียมความพร้อมผู้เรียน ใช้แนวคิดการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ด้วยทักษะการสังเกตรับรู้ ทำความเข้าใจเพื่อการคิดวิเคราะห์ ตีความสถานการณ์ จากตัวแบบและมีโอกาสแก้ไขฝึกซ้ำเมื่อผิดพลาด ร่วมกับการเรียนรู้แบบเน้นประสบการณ์ ด้วยการ

ฝึกทักษะต่าง ๆ จากสถานการณ์จำลองเสมือนจริง สนับสนุนให้เกิดความเชื่อมั่น ในความสามารถของ

ตน และลดความวิตกกังวลของผู้เรียนที่ไม่มั่นใจใน ความรู้และทักษะการปฏิบัติงาน



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ใช้แบบแผนการวิจัยแบบ ศึกษากลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (The pretest-posttest control group design)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ชั้นปีที่ 2 ที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2563 จำนวน 116 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ชั้นปีที่ 2 ที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2563 จำนวน 70 คน กำหนดขนาดตัวอย่าง โดยคำนึงถึงขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับการวิจัยแบบทดลอง คืออย่าง

น้อย 30 คน แต่ละกลุ่มไม่ควรต่ำกว่า 15 คน เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวแบบโค้งปกติ ทำให้อำนาจการทดสอบเพิ่มขึ้นและมีความแปรปรวนลดลง อีกทั้งค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างสามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ดีที่สุด⁹ สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน เป็นกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มควบคุม 35 คน เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) มีเกณฑ์การคัดเลือกคือ 1) เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2563 2) มีความเครียดในระดับเครียดน้อย (0-4 คะแนน) ถึงเครียดปานกลาง (5-7 คะแนน) และเกณฑ์ในการคัดออก คือ 1) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามระยะเวลา 2) มีความเจ็บป่วยไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้ 3) ผลประเมินความเครียดอยู่

ในระดับเครียดมาก-มากที่สุด การศึกษาคั้งนี้กลุ่มตัวอย่างต้องคัดออกหลังเข้ากลุ่มจำนวน 16 คน

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนเรียน วิชาการสื่อสาร การ

สอนและการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ที่ใช้ในการเตรียมความพร้อมในการฝึกภาคปฏิบัติรายวิชาทางการพยาบาล ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาสังคม⁷ และทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์⁸ และนำมาประยุกต์ให้สอดคล้องกับลักษณะวิชา วัตถุประสงค์ และผลลัพธ์ของรายวิชา ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลความสามารถในการใช้ทักษะการสื่อสาร จากเอกสารตำรา จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านหลักสูตรและการสอน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรม แล้วนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุง จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ จำนวน 30 คน

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา เกรดเฉลี่ย งานอดิเรก กิจกรรมที่ชอบทำยามว่าง และภูมิภานา

2.2 แบบประเมินความวิตกกังวล โดยพัฒนามาจากแบบสอบถามความวิตกกังวลในการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยจิตเวช¹⁰ ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตและนำมาปรับปรุงข้อความให้สอดคล้องกับความมุ่งหมายของการวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง โดยผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่า IOC=.86 และได้ปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา/ความชัดเจนด้านภาษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try out) และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92

2.3 แบบประเมินการใช้ทักษะการสื่อสาร โดยผู้วิจัยพัฒนาข้อความจากผลลัพธ์การเรียนรู้และรายวิชา และแบบสอบถามของรายวิชา ซึ่งผู้วิจัยนำมาปรับปรุงข้อความให้สอดคล้องกับความมุ่งหมายของการวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง โดยผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่า IOC=.96 และได้ปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา/ความชัดเจนด้านภาษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try out) และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .96

2.4 แบบประเมินความเครียด 5 ST¹¹ จำนวน 5 ข้อ ซึ่งเป็นแบบมาตรประเมินค่า 4 ระดับ โดย 0 คะแนน หมายถึง เป็นน้อยมากหรือแทบไม่มี 1 คะแนน หมายถึง เป็นบางครั้ง 2 คะแนน หมายถึง เป็นบ่อยครั้ง และ 3 คะแนน หมายถึง เป็นประจำ ซึ่งแปลผลคะแนนตามเกณฑ์ ดังนี้ 0-4 คะแนน เครียด

น้อย 5-7 คะแนน เครียดปานกลาง 8-9 คะแนน เครียดมาก และ 10-15 คะแนน เครียดมากที่สุด

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจาก คณะกรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ซึ่งให้ความเห็นชอบและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย เมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน 2563 (EC 1-006/2563) หลังจากได้รับการพิจารณาอนุมัติจริยธรรม ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้วิจัยมีความจำเป็นที่ต้องพบกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองเพื่อให้ข้อมูลแบบสองทาง และเกิดความเข้าใจในวิธีการที่ใช้ในการศึกษา ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์และประโยชน์ที่จะได้รับ ทั้งนี้ ได้เน้นย้ำว่าการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่างไม่มีผลต่อคะแนนในรายวิชา และสามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยอิสระ พร้อมทั้งทำความเข้าใจวิธีการรักษาความลับโดยการเข้ารหัสแทนชื่อ การป้องกันความเสี่ยงในการเข้าถึงข้อมูลโดยการกำหนดรหัสผ่านในการเข้าระบบประมวลผล รวมทั้งการป้องกันแก้ไขความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยในด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ความเครียด ที่อาจจะเกิดขึ้น โดยออกแบบกิจกรรมในโปรแกรมเตรียมความพร้อมที่มีการผ่อนคลายในขั้นตอนแรกของการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการเรียนรู้วิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง เป็นการส่งเสริมความรู้และประสบการณ์ตรง ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการให้คำปรึกษาต่อไป ทั้งนี้ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และจะทำลายข้อมูลเมื่อ

การวิจัยสิ้นสุดลง สำหรับนักศึกษาจำนวน 35 คน ที่เป็นกลุ่มควบคุม กลุ่ม tryout จำนวน 30 คน นักศึกษาที่ถูกคัดออกหลังเข้ากลุ่มจำนวน 16 คน รวมถึงนักศึกษาที่ไม่ได้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการเรียนรู้ ให้ได้รับประสบการณ์เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ภายหลังจากดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นตามขั้นตอนของโปรแกรมแล้ว

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านของความรู้ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล ความสามารถในการใช้ทักษะการสื่อสาร จากเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นขออนุมัติจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์คุณสมบัติเบื้องต้น พร้อมทั้งแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

2. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเครียด ความวิตกกังวล และแบบประเมินความสามารถการใช้ทักษะการสื่อสาร

3. ผู้วิจัยจับคู่ (Matched pair) กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์คุณสมบัติเบื้องต้น ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ คะแนน ความเครียด และเพศ

4. ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2563 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2564 โดย

จัดกิจกรรมจำนวน 7 ครั้ง ซึ่งครั้งที่ 1-6 เป็นกิจกรรมการเรียนการสอนในชั้นเรียนออนไลน์ ครั้งละ 60 นาที และครั้งที่ 7 เป็นการฝึกในสถานการณ์จริง จำนวน 5 วัน (30 ชั่วโมง) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรมการปฐมนิเทศและเตรียมความพร้อมด้านความรู้ ได้แก่ ปฐมนิเทศรายวิชา กิจกรรมการเรียนการสอน ใบงาน การวัดและประเมินผล รวมทั้งการฝึกผ่อนคลายสติ

ครั้งที่ 2 กิจกรรมประสบการณ์เรื่องเล่าจากพี่สู่น้อง เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้ที่มิประสบการณ์ในการให้คำปรึกษา เช่น รุ่นพี่ อาจารย์ และเพื่อน มาเล่าประสบการณ์ให้นักศึกษาฟัง

ครั้งที่ 3 กิจกรรมฝึกทักษะการตั้งคำถาม ผู้วิจัยให้นักศึกษาอภิปรายลักษณะของคำถามปลายเปิดและคำถามปลายปิด จากนั้นให้ฝึกการตั้งคำถาม โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับและร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

ครั้งที่ 4 กิจกรรมฝึกทักษะการสอนและการให้คำปรึกษา เน้นการพัฒนาทักษะทางการฟังและเข้าใจผู้อื่น ไม่ด่วนตัดสิน รวมทั้งตระหนักถึงอารมณ์และความรู้สึก

ครั้งที่ 5 กิจกรรมฝึกในสถานการณ์จำลองโดยใช้บทบาทสมมติ ครั้งที่ 1 ฝึกให้คำปรึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ครั้งที่ 6 กิจกรรมฝึกในสถานการณ์จำลองโดยใช้บทบาทสมมติ ครั้งที่ 2 ฝึกให้คำปรึกษาในผู้ป่วยที่ติดบุหรี่ และผู้ที่มีความวิตกกังวลว่าจะติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019

ครั้งที่ 7 ฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงโดยมอบหมายงานนักศึกษาฝึกการให้คำปรึกษา จำนวน 1 case

5. เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฯ ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวลและความสามารถในการใช้ทักษะการสื่อสาร ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทันที และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลทั่วไป

2. เปรียบเทียบ ความวิตกกังวล และความสามารถในการใช้ทักษะการสื่อสารในแต่ละกลุ่ม โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เปรียบเทียบ ความวิตกกังวล และความสามารถในการใช้ทักษะการสื่อสารระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง 34 คน คิดเป็นร้อยละ 97.14 ทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 94.3) เกรดเฉลี่ยในกลุ่มทดลองและควบคุมอยู่ในช่วง 2.51 - 3.00 คิด

เป็นร้อยละ 62.9 และ 60.0 ตามลำดับ สำหรับงานอดิเรกและกิจกรรมที่ชอบทำยามว่างในกลุ่มทดลอง คือ เล่นดนตรีและเล่นกีฬา คิดเป็นร้อยละ 17.1 ส่วนในกลุ่มควบคุม งานอดิเรกและกิจกรรมที่ชอบทำยามว่างคือ ถ่ายรูป คิดเป็นร้อยละ 17.1

2. เปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง (Mean=1.49 และ 2.53 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 10.632$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความวิตกกังวล	Mean	S.D.	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n=35)					
ก่อนการทดลอง	2.53	.41	34	10.632	.000*
หลังการทดลอง	1.49	.50			
กลุ่มควบคุม (n=35)					
ก่อนการทดลอง	1.67	.40	34	-4.74	.639
หลังการทดลอง	1.71	.42			

* $p < .05$

3. เปรียบเทียบความสามารถในการใช้ทักษะการสื่อสารก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการใช้ทักษะการสื่อสารหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean=3.49 และ 3.16 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -3.287$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการใช้ทักษะการสื่อสารก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความสามารถในการใช้ทักษะการสื่อสาร	Mean	S.D.	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n=35)					
ก่อนการทดลอง	3.16	.49	34	-3.287	.002*
หลังการทดลอง	3.49	.41			
กลุ่มควบคุม (n=35)					
ก่อนการทดลอง	3.49	.38	34	.856	.398
หลังการทดลอง	3.41	.45			

* $p < .05$

4. เปรียบเทียบความวิตกกังวลและความสามารถในการใช้ทักษะการสื่อสาร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ($t=-2.035$) โดยคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง

ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (Mean=1.49 และ 1.71 ตามลำดับ) สำหรับคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการใช้ทักษะการสื่อสาร หลังการทดลองพบว่าไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความวิตกกังวลและความสามารถในการใช้ทักษะการสื่อสาร หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความวิตกกังวล และความสามารถในการใช้ทักษะการสื่อสาร	Mean	S.D.	df	t	p-value
ความวิตกกังวล					
กลุ่มทดลอง	1.49	.50	68	-2.035	.584
กลุ่มควบคุม	1.71	.42			
ความสามารถในการใช้ทักษะการสื่อสาร					
กลุ่มทดลอง	3.49	.41	68	.775	.693
กลุ่มควบคุม	3.41	.45			

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนเรียนต่อความวิตกกังวล พบว่าคะแนนความวิตกกังวลของนักศึกษาในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนเรียนต่ำกว่านักศึกษาในกลุ่มที่ได้รับการเรียนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=10.632$) ทั้งนี้เป็นผลจากโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนเรียน ทั้งด้านการให้ข้อมูลที่ช่วยเหลือในการปรับตัวกับเข้ากับสิ่งแวดล้อม ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการเรียน การวัดและการประเมินผล รวมทั้งการฝึกผ่อนคลายสติทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงของความรู้ ทักษะ ทศนคติ และความสามารถทางคลินิกซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยการเตรียมความพร้อมในการ

ฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยอย่างมีแบบแผนที่ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลงได้^{3,11} สอดคล้องกับผลการเตรียมพร้อมผู้เรียนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง¹⁴ ที่ว่า การบรรยายให้ความรู้ การสาธิต การปฏิบัติด้วยสถานการณ์จำลอง ได้ความรู้ที่แจ่มชัด เข้าถึงได้ง่าย นักศึกษาสามารถคิดวิเคราะห์ ทำความเข้าใจ และตัดสินใจนำไปเป็นพื้นฐานของการปฏิบัติได้ดี จึงส่งผลให้ความเครียดและความวิตกกังวลลดลง

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการใช้ทักษะการสื่อสารกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนเรียนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t= -3.287$) เป็นผลมาจากการที่นักศึกษาในกลุ่มทดลองได้รับประสบการณ์จากกิจกรรมการฝึกการ

ปฏิบัติสมาธิด้วยการหายใจเพื่อลดความเครียด กាฟง เรื่องเล่าจากพี่สู่น้อง โดยการให้รุ่นพี่ อาจารย์มาเล่า ประสบการณ์ในการให้คำปรึกษาทางสุขภาพให้นักศึกษาฟัง เพื่อปรับทัศนคติ และลดความวิตกกังวล ดังความเห็นของกลุ่มทดลองที่ว่า **“การฟังเรื่องเล่าได้เรียนรู้ถึงทักษะ การให้คำปรึกษาในสถานการณ์ต่างๆ การพูดและการเป็นผู้ฟังที่ดี การสร้างสัมพันธภาพ รู้สึกคลายความกังวลลงบ้าง”** นอกจากนี้เป็นผลจากการที่กลุ่มทดลองได้ฝึกทักษะการหายใจการตั้งคำถาม ฝึกทักษะการสอนและการให้คำปรึกษาโดยมีอาจารย์เป็นผู้ชี้แนะ และร่วมแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็น ทำให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้และมีแนวทางของการตั้งคำถามนำไปใช้ในสถานการณ์จริงจึงส่งผลให้ความวิตกกังวลของนักศึกษาลดลง ดังความเห็นที่ว่า **“ได้ลองฝึกตั้งคำถามและเลือกใช้เทคนิคการสื่อสารต่าง ๆ ในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการให้คำปรึกษา ที่มีความหลากหลาย และมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันระหว่างเพื่อนในกลุ่มทำให้ได้รับข้อมูลใหม่ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปปฏิบัติทำให้มั่นใจในการใช้ทักษะมากกว่าเดิม”** ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปฐมพร โพธิ์ถาวร และคณะ¹² ที่เน้นว่าก่อนการปฏิบัติกรพยาบาลหากผู้เรียนได้ฝึกสมาธิด้วยการหายใจจะเป็นวิธีลดความเครียด ความวิตกกังวล ที่ได้ผลดีส่งผลให้ฝึกปฏิบัติได้อย่างมั่นใจ

3. เปรียบเทียบความวิตกกังวลและความสามารถในการใช้ทักษะการสื่อสาร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ($t=-2.035$) เนื่องจากการจัดประสบการณ์ให้กลุ่มทดลองได้ฝึกการให้คำปรึกษาผ่านบทบาทสมมติใน

ผู้ป่วยโรคมะเร็งและผู้ป่วยที่ติดบุหรี่ และผู้ที่มีความวิตกกังวลว่าจะติดเชื้อโคโรนา 2019 กลุ่มทดลองต้องคิดวิเคราะห์ และตัดสินใจในการเลือกใช้ทักษะการสื่อสารให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ซึ่งผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการใช้ทักษะการสื่อสารสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับงานวิจัยรูปแบบพัฒนาทักษะอาจารย์พยาบาลในการลดความวิตกกังวลจากการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลที่จัดการเรียนรู้ตามสภาพจริงเพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนได้พัฒนาศักยภาพตนเองตามธรรมชาติโดยฝึกปฏิบัติ ฝึกแก้ไขปัญหา ภายใต้บรรยายภาค ที่เอื้อต่อการเรียนรู้ การสร้างความตระหนักในความวิตกกังวล การรับฟัง การสะท้อนคิด เพื่อความเข้าใจผู้เรียนและและการฝึกสติ ฝึกการผ่อนคลาย ทำให้นักศึกษาที่เข้าร่วมกิจกรรมมีความพร้อมและมั่นใจในการฝึกปฏิบัติมากขึ้น ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง¹³ และสอดคล้องกับแนวคิดปัญญาสังคมและทฤษฎีการเรียนรู้ แบบเน้นประสบการณ์^{7,8} ที่เน้นการสังเกตการกระทำ การสะท้อนคิดและนำไปปฏิบัติซ้ำจนมั่นใจ เป็นการเพิ่มพูนทักษะทางปฏิบัติ ซึ่งความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องจะช่วยปรับวิธีคิด และทัศนคติในทางบวกช่วยลดความวิตกกังวลในกลุ่มทดลอง ถึงแม้ว่าคะแนนความวิตกกังวลและความสามารถในการสื่อสารของกลุ่มทดลองจะมากกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นผลมาจากสถานการณ์จำลองแบบบทบาทสมมติยังไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ซึ่งต้องเพิ่มความเสมือนจริงให้มากยิ่งขึ้น ดังงานวิจัยการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง ที่จัดขึ้นเพื่อช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด สิ่งสำคัญคือองค์ประกอบของสถานการณ์จำลอง อุปกรณ์

และสิ่งแวดล้อมที่สร้างขึ้นต้องมีลักษณะเหมือนจริง เพื่อให้ผู้เรียนได้ฝึกปฏิบัติ ในสถานการณ์ที่ใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด สามารถปฏิบัติซ้ำได้จนมีทักษะที่ต้องการและเกิดประสบการณ์ได้เหมือนกันทุกคน¹⁴ ซึ่งการฝึกการสื่อสารเพื่อการปรึกษาผู้วิจัยให้นักศึกษาแสดงเป็นผู้รับบริการซึ่งอาจต้องฝึกฝนให้เสมือนจริงเป็นมาตรฐาน เพราะการปรึกษาเป็นการสื่อสารเฉพาะหน้าเกิดขึ้นขณะนั้นไม่สามารถจดจำคำพูดมาแสดงได้ หากผู้แสดงขาดประสบการณ์จะไม่สามารถพัฒนาผู้ฝึกประสบการณ์ให้เกิดทักษะได้ ถึงแม้ว่าจะได้รับการฝึกซ้ำจนเกิดความมั่นใจก็ตาม ดังนั้นจากการที่ไม่สามารถจัดให้มีสถานการณ์เสมือนจริงในทุกห่อผู้ป่วย จึงทำให้การได้รับการฝึกทักษะตามโปรแกรมไม่แตกต่างกันในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่งผลให้ความวิตกกังวลและความสามารถในการสื่อสารระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ผู้วิจัยพบว่ามีปัจจัยแทรกซ้อนจากการจัดการเรียนและการฝึกปฏิบัติเป็นแบบการเรียนแบบออนไลน์ ที่ทำให้นักศึกษาเรียนรู้ได้ไม่สมบูรณ์ ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ถึงแม้ว่านักศึกษาจะสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองแต่ก็มีอุปสรรคในการเข้าถึงทรัพยากรการเรียนรู้ และข้อจำกัดของ อุปกรณ์การเรียน ที่เปิดกล่องกับไม้ไม่ได้ ความเสถียรของสัญญาณอินเทอร์เน็ต สภาพอากาศที่ร้อน ส่งผลให้นักศึกษารับฟังเนื้อหาไม่ต่อเนื่อง และเกิดความเครียด เมื่อต้องส่งงานแต่อินเทอร์เน็ตมีความล่าช้าหรือส่งงานไม่ได้¹⁵ สอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความเครียดกับการเรียนออนไลน์ในสถานการณ์การระบาดของโควิด19 พบว่า การเรียนออนไลน์มีผลให้นักศึกษาเกิดความเครียดและคิดวิตกกังวล¹⁶ ดังความเห็นที่ว่า “กลัวว่าจะเรียนไม่เข้าใจ หรืออาจจะ

ตามไม่ทัน การเรียนออนไลน์จะสื่อสารกันได้เข้าใจไม่เหมือนกับเรียนในห้องเรียนแบบเผชิญหน้า เนื่องจากวิชานี้เป็นวิชาที่ต้องสื่อสารและ ต้องมีการโต้ตอบกัน แต่ต้องมาเรียนออนไลน์ยิ่งทำให้การเรียนยากยิ่งขึ้น” ปัจจัยดังกล่าวจึงเป็นผลให้ความวิตกกังวลและความสามารถในการสื่อสารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมนักศึกษา ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีขึ้นในด้านความรู้และการนำไปสู่การปฏิบัติ ควรมีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ควบคู่กับวิธีการสอนที่หลากหลาย เช่น การสาธิต การอภิปรายกลุ่ม และการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบผ่านเรื่องเล่า นอกจากนี้ ควรจัดเตรียมสื่อ คู่มือที่นักศึกษาสามารถเข้าถึงง่าย เพื่อฝึกประสบการณ์เพิ่มเติมตามความต้องการได้ด้วยตนเอง

2. ควรมีการจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาก่อนการเรียน โดยเฉพาะในรายวิชาทดลองหรือปฏิบัติเพื่อให้นักศึกษาสามารถใช้ทักษะการสื่อสาร ทักษะการปฏิบัติงานได้ถูกต้องตามหลักวิชา เนื่องจาก กิจกรรมจะช่วยให้นักศึกษาพร้อมที่จะเรียนรู้จากการได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ได้รับการฝึกฝนการใช้ทักษะต่าง ๆ เสมือนจริง ทำให้นักศึกษามีประสบการณ์ที่ถูกต้อง เกิดความมั่นใจ ส่งผลให้ความวิตกกังวลอยู่ในระดับที่เหมาะสม สามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเรียนว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่ส่งผลต่อการบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้

2. การสร้างและพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนเรียน เพื่อหารูปแบบที่มีประสิทธิภาพ เพื่อนำรูปแบบที่ได้ไปใช้วางแผนและพัฒนาการเรียนการสอน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

REFERENECS

1. Bundasak, T., Chaowiang, K., Jungasem, N., Rojana, S., and Thinkumsri, K. Affecting Factors on Nursing Students Anxiety while Practicing in Intensive Care Unit. J Prapokkiao Hosp Clin Med Educat Center, 2017; 34(1): 6-16. (in Thai)
2. Huaisai, T. Effective of Cognitive Behavioral Therapy for Nursing Practice in Psychiatric Ward on Anxiety of Nursing Students in Udonthani Nursing College. Research and Development Health System Journal, 2018; 11(2): 430-8. (in Thai)
3. Jamjang, S., Atthamaethakul, W., and Pitaksin, D. The Effect of Readiness Preparation for Nursing Practice in Ward of 2nd Year Nursing Students, Boromarajonani College of

- Nursing, Ratchaburi. Journal of Science and Technology, Ubon Ratchathani University, 2018; 20(3): 147-63. (in Thai)
4. Nilati, J., Srinor, P., Wongjumpa, S., and Singsanun, N. Effects of Academic Service Integration with Teaching and Learning in Teaching and Counseling in Health Subject on Competencies of the Health Teaching of Nursing Students. Mahasarakham Hospital Journal, 2018; 15(1): 30-40. (in Thai)
5. Sinthuchai, S. & Ubolwan, K. Fidelity Simulation-based Learning: Implementation to Learning and Teaching Management. Journal of The Royal Thai Army Nurses, 2017; 18(1): 29-38. (in Thai)
6. Thanaroj, S. Simulation-based Learning in Principles and Techniques Course in Nursing Practicum. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal, 2017; 9(2): 70-84. (in Thai)
7. Bandura, A. Social Foundations Thought and Action: A Social Cognitive Theory. New Jersey: Prentice-Hall, 1986.
8. Kolb, D. A. Experiential Learning: Experience as The Source of Learning and Development. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1984.

9. Burn, N. & Grove, S. K. The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique, and Utilization. 5th ed. St.Louis, Mo: Elsevier Saunders, 2005.
10. Namdej, N. & Dejpitaksirikul, S. The Effect of Readiness Preparation Program for Nursing Practice in Psychiatric Ward on Anxiety of Nursing Students. Saraburi: Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, 2002. (in Thai)
11. Department of Mental Health. Stress Test Questionnaire (ST5) [online]. 2016 [cited 2020/11/2]. Available from: https://www.dmh.go.th/test/download/files/_qtest5.jpg (in Thai)
12. Photaworn, P. & Wongpradit, S. Experience in Breathing Meditation Practicing for Decreased the Tension in Testing Maternal-newborn and Midwifery 2 Subject of Nurse Student. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 2017; 4(1): 171-9. (in Thai)
13. Ratanasuwan, W., Wongchaiya, P., and Injeen, J. The Development of Training Model for Nursing Educators for Reducing Students' Anxiety in Clinical Practice. JOURNAL OF NURSES' ASSOCIATION OF THAILAND, NORTH-EASTERN DIVISION, 2013; 31(3): 68-78. (in Thai)
14. Suwannakeeree, W., Julmusi, O., and Tangkawanich, T. Simulation-based Learning Management for Nursing Students. Journal of Nursing Science, Chulalongkorn University, 2016; 28(2): 1-14. (in Thai)
15. Sondee, S., Khamisri, R., and Prapasorn, W. Effect of a Nursing Practicum Preparation Program on the Level of 21st Century Skill among Nursing Students. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 2020; 7(1): 281-92. (in Thai)
16. Intason, S. COVID - 19 and Online Teaching Case Study: Web Programming Course. Journal of Management Science Review, 2020; 22(2): 203-14. (in Thai)

ความสนใจเรียนในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและการรับรู้ ต่อสถาบันพระบรมราชชนกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

The Interesting on Health Science Program and the Recognize of Praboromarajchanok Institute in Upper Secondary School Students

นภชา สิงห์วีระธรรม* กิตติพร เนาว์สุวรรณ**

Noppcha Singweratham* Kittiporn Nawsuwan**

Received : 21/9/64

Revised : 26/12/64

Accepted : 24/1/64

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสนใจเรียนสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และการรับรู้ต่อสถาบันพระบรมราชชนกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ประจำปีการศึกษา 2562 จำนวน 1,627 คน สุ่มแบบหลายขั้นตอนตาม 5 ภูมิภาค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ได้ค่าความสอดคล้องของข้อคำถามและวัตถุประสงค์ระหว่าง .67-1.00 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ และ สถิติ Chi-square

ผลวิจัยพบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายสนใจเรียนสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ร้อยละ 57.8 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกคือการได้ช่วยเหลือ ญาติพี่น้องและคนอื่นยามเจ็บไข้ได้ป่วย การมีงานทำ หลังสำเร็จการศึกษา และนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 สนใจเรียนด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สำหรับการรับรู้สถาบันพระบรมราชชนกและวิทยาลัยในสังกัด พบว่า ไม่เคยได้ยินหรือไม่รู้จักรัวิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศรเลย รองลงมาคือวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก มากกว่าร้อยละ 60.00 กิจกรรมที่เหมาะสมมากที่สุดในการประชาสัมพันธ์ คือการแทรกในวิชาแนะแนวและศิษย์เก่ารุ่นพี่มาแนะแนวในโรงเรียน การได้รับการแนะแนวจากสถาบันการศึกษามีความสัมพันธ์กับความสนใจเรียนสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันการศึกษาควรรักษาและพัฒนาภาพลักษณ์ให้เกิดความโดดเด่น ในการสร้างการได้เปรียบด้านการแข่งขัน

คำสำคัญ: ความสนใจเรียน การรับรู้ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ สถาบันพระบรมราชชนก นักเรียนมัธยมศึกษา

*วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้รับผิดชอบหลัก, noppcha@hotmail.com โทรศัพท์ 061-5513399

**วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*Kanchanabhisek Institute of Medical and Public Health Technology, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

**Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding Author: noppcha@hotmail.com โทรศัพท์ 061-5513399

Abstract

The descriptive study aims to investigate an interesting on health science program and describe the recognize of Praboromarajchanok Institute in upper secondary school students in academic year 2019. 1,627 high school students were multi-stage sampling in 5 regions of Thailand. Instrument was questionnaire which had Index of Item-Objective Congruence (IOC) ranging from .67 to 1.00 and Reliability of .88. The data were analyzed by using the descriptive statistics and Chi-square.

The result shown that the interesting in health science program in upper secondary school students presented at 57.8 percent. The main reason of interested in health science program was which can support them to look after family member and other patient. Moreover, their wanted life and job security. The upper secondary school students in level 5 presented statistic significant (p -value $<.001$) on the interesting in health science program. The college in both Abhaibhubejhr college of Thai Traditional Medicine Prachinburi and Kanchanabhisek Institute of Medical and Public Health Technology college under Praboromarajchanok institute presented with unrecognize about 60 percent. The appropriate public relation activities to improve the recognition on the Praboromarajchanok Institute and its colleges were provided the information with guidance subject and alumni visit at school. Moreover, guidance by the institute shown statistic significant to encourage the interesting in health science program.

The higher education should maintain or develop a distinct image to create a competitive market.

Keyword: Interesting, Recognize, Health science program, Praboromarajchanok Institute , upper secondary school students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานศึกษาในระดับอุดมศึกษามีการขยายตัวเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก¹ ทำให้เกิดทางเลือกทางการศึกษาที่หลากหลายและเป็นประโยชน์สำหรับตัวผู้เรียน สถาบันการศึกษาต้องแข่งขันกันเพื่อให้ นักศึกษาสมัครเข้าเป็นนักศึกษาในสถาบันของตัวเอง^{2,3} การศึกษาจึงกลายมาเป็นธุรกิจที่มุ่งเน้นการผลิตบัณฑิตจำนวนมาก เพื่อป้อนเข้าสู่ตลาดแรงงานโดยไม่คำนึงถึงคุณภาพที่พึงประสงค์ของบัณฑิตในแต่ละสาขาวิชาชีพ ทำให้บัณฑิตจบมาไม่มีคุณภาพ ไม่เป็นที่ยอมรับของตลาดแรงงาน⁴ ประเทศไทยมีสถาบันการศึกษาในระดับอุดมศึกษาที่มีอัตราการขยายตัวสูงมาก⁵ ทั้งของภาครัฐและภาคเอกชน มีสาขาที่หลากหลายให้เลือกเรียน⁶ จากฐานข้อมูลในระบบการสมัครคัดเลือกกลางบุคคลเข้าศึกษาต่อในระดับมหาวิทยาลัย (TCAS) ประจำปี 2563 พบว่ากลุ่มสาขาวิชาที่มีจำนวนการรับนิสิตนักศึกษาตามแผนมากที่สุด คือกลุ่มสาขาวิชาที่มาจากสายศิลป์ อย่างมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์เข้ามามากที่สุด นั้นเป็นความต้องการของผู้เรียนเอง⁷ นอกจากนี้พบว่านักเรียนมีแนวโน้มเลือกคณะสายศิลป์มากขึ้น โดยเลือกอันดับหนึ่ง คณะวิศวกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อันดับสอง คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และ อันดับสาม คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์ ส่วนสาขาวิชาทางด้านสุขภาพ พบว่าอยู่ที่อันดับเจ็ดคือคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล⁸ จะเห็นได้ว่าปัจจุบันการเลือกในการคณะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพได้รับความนิยมลดลง

สถาบันพระบรมราชชนก เป็นสถาบันการศึกษาเฉพาะด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่

จัดการศึกษาระดับอุดมศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติ มีฐานะเป็นนิติบุคคลและเป็นส่วนราชการตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข⁹ มีสถาบันการศึกษาในสังกัดรวมทั้งสิ้น 40 แห่ง กระจายไปตามจังหวัดต่างๆ ประกอบไปด้วย วิทยาลัยพยาบาล วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก และวิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร ที่ผ่านมาสถาบันพระบรมราชชนก เป็นหน่วยงานหลักที่ผลิตบุคลากรด้านการพยาบาลและสาธารณสุขให้กับกระทรวงสาธารณสุข¹⁰ แต่ในปัจจุบันมีสถาบันการศึกษาอื่น ๆ ผลิตบัณฑิตสายสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพเหมือนกับสถาบันพระบรมราชชนกจำนวนมาก⁶ ถึงแม้ว่าสถาบันพระบรมราชชนก มีการผลิตบัณฑิตทางด้านการพยาบาลและสาธารณสุขมาเป็นระยะเวลามากกว่า 50 ปี แต่ขาดการทำการตลาดอย่างมืออาชีพ ไม่มีรูปแบบการประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างและพัฒนาภาพลักษณ์ของสถาบันพระบรมราชชนก เพื่อสร้างความโดดเด่นและการเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัวของสถาบัน ไม่จัดทำข้อมูลที่ถูกต้องชัดเจนที่สามารถเข้าถึงได้ การสร้างแรงจูงใจให้สมัครเรียน และการจัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์เชิงรุก^{11,12} โดยสร้างความโดดเด่นและการเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัวของสถาบัน¹³ ซึ่งการแสดงถึงภาพลักษณ์มีความจำเป็นต่อสถาบันการศึกษานั้นทำให้เห็นถึงความแตกต่างอย่างชัดเจน ส่งผลต่อการส่งเสริมการแข่งขันทางการตลาด¹⁴

จะเห็นได้ว่าการรับรู้ภาพลักษณ์ของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ที่เป็นหนึ่งในสถาบันอุดมศึกษาที่ผลิตบัณฑิตเฉพาะด้านการ

พยาบาลและการสาธารณสุข ได้รับผลกระทบจากความสนใจของนักเรียนที่จะเรียนด้านวิทยาศาสตร์ โดยเฉพาะสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพเป็นอย่างมาก ประกอบกับความไม่ชัดเจนในด้านภาพลักษณ์รวมถึงการขาดการตลาดเชิงรุก ด้วยเหตุนี้้อาจจะส่งผลถึงสภาพการณ์การรับรู้ภาพลักษณ์ของสถาบันพระบรมราชชนกในกลุ่มนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงได้ทำการศึกษาความสนใจเรียนสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและการรับรู้ต่อสถาบันพระบรมราชชนก ตามความคิดเห็นของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสนใจเรียนสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพในสถาบันพระบรมราชชนก ตามความคิดเห็นของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย
2. เพื่อศึกษาการรับรู้ต่อสถาบันพระบรมราชชนก ตามความคิดเห็นของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ นักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จากสังกัดคณะกรรมการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ ประจำปีการศึกษา 2562 จำนวน 1,889,946 คน¹⁵

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ นักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และกรุงเทพมหานคร จากสังกัดคณะกรรมการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ ประจำปีการศึกษา 2562 จำนวน 1,627 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

จากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเชิงสำรวจเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากรกรณีทราบขนาดของประชากร ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,139 คน ได้รับแบบสอบถามคืนมา 1,627 คน

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) โดยแบ่งพื้นที่เป็น 5 ภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และ กรุงเทพมหานคร หลังจากนั้นได้แบ่งพื้นที่ออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มจังหวัดที่มีสถาบันการศึกษาในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกโดยเลือกจังหวัดแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Selection) และกลุ่มจังหวัดที่ไม่มีสถานศึกษาในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกโดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการหยิบฉลาก (Simple Random Sampling) ได้จังหวัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พิษณุโลก น่าน ชลบุรี สิงห์บุรี อุบลราชธานี หนองคาย ตรัง และภูเก็ต ทั้งนี้เมื่อได้จังหวัดแล้วจึงทำการแบ่งโรงเรียนเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มโรงเรียนในระดับจังหวัด และกลุ่มโรงเรียนในระดับอำเภอ จำนวนกลุ่มละ 1 แห่ง หลังจากนั้นจึงทำการแบ่งนักเรียนตามลำดับชั้นมัธยมศึกษาเป็น ปีที่ 4 ปีที่ 5 และปีที่ 6

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเองประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ถามเกี่ยวกับระดับชั้นที่ศึกษา เขตที่ตั้ง เกรดเฉลี่ย และรายได้ รวม 4 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ส่วนที่ 2 ความสนใจเรียนในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ความสนใจเรียน ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเรียน สุขภาพ รวมทั้งสิ้น 29 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และแบบมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ จากมากที่สุดให้ 5 คะแนน ถึง

น้อยที่สุดให้ 1 คะแนน และส่วนที่ 3 การรับรู้ถึงสถาบันการศึกษา ได้แก่ เหตุการณ์เลือกเรียนการประชาสัมพันธ์ การรับรู้ข้อมูล ในสถาบันพระบรมราชชนก รวม 28 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ จากมากที่สุดให้ 5 คะแนน ถึงน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ ผู้บริหารในวิทยาลัยอาจารย์พยาบาล และอาจารย์จากวิทยาลัยการสาธารณสุข ได้ค่าความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ระหว่าง .67 – 1.00 และนำแบบสอบถามมาทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .88

จริยธรรมวิจัย

ได้มีการเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก ได้หมายเลขรับรอง KMPHT62010019 ลงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2562 นอกจากนี้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้าน คือ ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูล โดยได้ชี้แจงรายละเอียดในแบบสอบถาม โดยครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอ

ผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อกรเข้ารับบริการของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาเพื่อขอเก็บข้อมูลจากนั้นชี้แจงขั้นตอนการเก็บข้อมูล วัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิแก่ผู้ช่วยนักวิจัย เพื่อให้ผู้ช่วยนักวิจัยอธิบายแก่กลุ่มตัวอย่าง ก่อนแจกแบบสอบถามโดยให้เวลาทำในชั่วโมงแนะนำใช้เวลาทำ 30 นาที จากนั้นเก็บแบบสอบถามส่งคืนเพื่อนำมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลพบว่าได้รับข้อมูลกลับคืนมา 1,697 ชุด มีแบบสอบถามที่สมบูรณ์จำนวน 1,620 คน คิดเป็นร้อยละ 76.06 ของแบบสอบถามที่ส่งไปทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ค่าความถี่และร้อยละ
2. วิเคราะห์ความสนใจเรียนสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพในสถาบันพระบรมราชชนก การรับรู้ต่อสถาบันพระบรมราชชนก ตามความคิดเห็นของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายโดยใช้ความถี่และร้อยละ
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างชั้นเรียนที่ศึกษากับความสนใจเรียนด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างเหตุผลกับเลือกเรียนด้าน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปพบว่ากลุ่มตัวอย่างกำลัง ศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 และ 6 ร้อยละ 34.2 โรงเรียนตั้งอยู่เขตอำเภอเมืองร้อยละ 52.2 มี

เกรดเฉลี่ยในภาคเรียนสุดท้ายมากกว่า 3.51 ร้อยละ 42.0 และรายได้ของครอบครัวระหว่าง 10,001-30,000 ร้อยละ 46.0 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้น		
มัธยมศึกษาปีที่ 4	554	34.2
มัธยมศึกษาปีที่ 5	511	31.5
มัธยมศึกษาปีที่ 6	555	34.2
โรงเรียนของท่านตั้งอยู่ในเขต		
ในเขตอำเภอเมือง	846	52.2
นอกเขตอำเภอเมือง	501	30.9
กรุงเทพมหานคร	274	16.9
เกรดเฉลี่ยในเทอมสุดท้าย		
ต่ำกว่า 2.00	34	2.1
2.00 – 2.50	114	7.0
2.51 – 3.00	276	17.0
3.01 – 3.50	513	31.6
ตั้งแต่ 3.51	682	42.0
รายได้รวมต่อเดือนของครอบครัว (บาท/เดือน)		
น้อยกว่า 10,000	338	20.8
10,001-30,000	746	46.0
30,001-50,000	271	16.7
50,001-70,000	105	6.5
70,001-90,000	69	4.3
มากกว่า 90,000	75	4.6

2. ความสนใจเรียนและความคิดเห็นของนักเรียน มัธยมศึกษาตอนปลายสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.8 มีความสนใจเรียนสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ เมื่อ

สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพพบว่าข้อที่มีร้อยละของการตอบมากที่สุดคือเรียนสาขานี้แล้วช่วยให้ท่านสามารถช่วยเหลือ ญาติพี่น้อง และคนอื่นยามเจ็บไข้ ได้ป่วย ร้อยละ 39.4 รองลงมาคือ การมีงานทำ

วารสารการพยาบาลและการศึกษา ปีที่ 14 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2564

ตารางที่ 2 ความสนใจเรียนสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพในสถาบันพระบรมราชชนก

ความสนใจเรียนในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ความสนใจเรียนทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ		
สนใจ	937	57.8
ยังไม่แน่ใจ	354	21.8
ไม่สนใจเรียน	302	18.6

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกเรียนสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ข้อ	ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกเรียน สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
		จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ
1	ความชื่นชอบส่วนตัวของท่านเอง	19 (1.2%)	49 (3.0%)	431 (26.6)	493 (30.4)	306 (18.9)
2	ความท้าทายในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ	18 (1.1%)	70 (4.3%)	418 (25.8%)	581 (35.8%)	211 (13.0%)
3	ค่าตอบแทนในวิชาชีพ	11 (0.7%)	64 (3.9%)	373 (23.0%)	575 (35.5%)	275 (17.0%)
4	การมีงานทำหลักสำเร็จการศึกษา	11 (0.7%)	28 (1.7%)	196 (12.1%)	561 (34.6%)	474 (29.2%)
5	เรียนสาขานี้แล้วช่วยให้ท่านสามารถช่วยเหลือ ญาติพี่น้องและคนอื่นยามเจ็บไข้ได้ป่วย	11 (0.7%)	31 (1.9%)	162 (10.0%)	453 (27.9%)	639 (39.4%)
6	รูปแบบที่ใส่ในระหว่างเรียนและทำงาน	58 (3.6%)	153 (9.4%)	473 (29.2%)	418 (25.8%)	189 (11.7%)
7	การมีเพื่อนหรือรุ่นพี่ คนรู้จัก เรียนสาขา วิทยาศาสตร์สุขภาพ	99 (6.1%)	232 (14.3%)	418 (25.8%)	370 (22.8%)	166 (10.2%)
8	การมีบุคคลที่ท่านประทับใจ (Idol) เป็นศิษย์ ปัจจุบันและศิษย์เก่าสถาบัน มีผลต่อการเรียน	97 (6.0%)	216 (13.3%)	432 (26.6%)	365 (22.5%)	183 (11.3%)
9	ผู้ปกครองอยากให้เรียน	93 (5.7%)	135 (8.3%)	478 (29.5%)	369 (22.7%)	221 (13.6%)
10	ผู้ปกครองประกอบอาชีพในสายอาชีพนี้	592 (36.5%)	257 (15.8%)	238 (14.7%)	133 (8.2%)	72 (4.4%)
11	อาจารย์แนะนำให้เรียน	256 (15.8%)	299 (18.4%)	469 (28.9%)	194 (12.0%)	68 (4.2%)
12	การหาข้อมูลเกี่ยวกับคณะ สถาบัน หรือวิชาที่เปิด สอนจากหนังสือคู่มือการศึกษาต่อ หนังสือพิมพ์ วารสาร อินเทอร์เน็ต	33 (2.0%)	107 (6.6%)	447 (27.6%)	465 (28.7%)	240 (14.8%)

นอกจากนี้พบว่าชั้นเรียนที่ศึกษามีความสัมพันธ์กับความสนใจเรียนด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 มีความสนใจเรียนด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพมากกว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4 และ 6 นอกจากนี้นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ไม่สนใจเรียนมากกว่าชั้นอื่น (ตารางที่ 4) นอกจากนี้พบว่าเหตุผลที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกเรียนสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .001, .01 และ .05 ได้แก่ 1) มีสถานที่ฝึกงานรองรับระหว่างเรียน 2) เครื่องแบบที่ใส่หลังสำเร็จการศึกษา 3) ค่าเทอมระหว่างการศึกษา 4) การได้รับการยอมรับหลังสำเร็จการศึกษา 5) การเป็นคณะ และสถาบันที่ชื่นชอบ 6) ครอบครัวอยากให้เรียน 7) บุคคลที่ท่านประทับใจ (Idol) ศึกษาเก่าสถาบันนี้ 8) มีคะแนนในระหว่างเรียนเท่าที่จะสอบได้ 9) มีความสามารถที่จะเรียนได้ และ 10) มีโอกาสได้รับทุนการศึกษาระหว่างเรียน (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างชั้นเรียนที่ศึกษากับความสนใจเรียนสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

	สนใจ	ยังไม่แน่ใจ	ไม่สนใจ	χ^2 , p-value
มัธยมศึกษาปีที่ 4	320 (58.8%)	157 (28.9%)	67 (12.3%)	40.694, <.001
มัธยมศึกษาปีที่ 5	296 (59.1%)	105 (21.0%)	100 (20.0%)	
มัธยมศึกษาปีที่ 6	320 (58.8%)	92 (16.8%)	135 (24.7%)	

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุผลกับการเลือกเรียนสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

เหตุผลที่ท่านเลือกเรียนสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ	χ^2	p-value
มีสถานที่ฝึกงานรองรับระหว่างเรียน	18.300	<.001
เครื่องแบบที่ใส่หลังสำเร็จการศึกษา	10.275	.006
ค่าเทอมระหว่างการศึกษา	10.923	.004
ได้รับการยอมรับหลังสำเร็จการศึกษา	24.615	<.001
เป็นคณะ และสถาบันที่ชื่นชอบ	92.416	<.001
ครอบครัวอยากให้เรียน	36.776	<.001
บุคคลที่ท่านประทับใจ (Idol) ศึกษาเก่าสถาบันนี้	18.806	<.001
มีคะแนนในระหว่างเรียนเท่าที่จะสอบได้	6.028	.049
มีความสามารถที่จะเรียนได้	10.745	.005
มีโอกาสได้รับทุนการศึกษาระหว่างเรียน	9.630	.008

3. การรับรู้ต่อสถาบันพระบรมราชชนก ตามความคิดเห็นของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66.6 ไม่เคยได้ยินหรือไม่รู้จักรั้ววิทยาลัยการแพทย์แผน

ไทยอภัยภูเบศรเลย รองลงมาคือวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษกร้อยละ 60.0 และสถาบันพระบรมราชชนกร้อยละ 56.9 โดยเคยได้ยินหรือรู้จักรั้ววิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีมาก

ที่สุดร้อยละ 59.5 จากการประชาสัมพันธ์ผ่านอินเตออร์เน็ตร้อยละ 31.3 ในขณะที่ร้อยละ 50.1 ได้ยินหรือรู้จักวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ผ่านอินเตออร์เน็ตร้อยละ 25.8 โดยหลักสูตรที่ไม่เคยได้ยินมากที่สุดคือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) โสตทัศนศึกษาทางการแพทย์ร้อยละ 38.1 รองลงมาคือหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) เวชระเบียนร้อยละ 34.0 สำหรับหลักสูตรที่ได้ยินบางครั้งมีร้อยละมากที่สุดคือหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตร้อยละ 34.0 (ตารางที่ 7)

สำหรับการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานศึกษาในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกและวิทยาลัยในสังกัดพบว่าทุกข้อมีร้อยละไม่ทราบข้อมูลมากที่สุดโดยข้อที่

มีร้อยละการไม่ทราบมากที่สุดคือ สถาบันพระบรมราชชนกมีสถาบันย่อยอยู่ในหลายจังหวัด ครอบคลุม 29 จังหวัดทั่วประเทศไทยร้อยละ 72.0 รองลงมาคือสถาบันมีหลักสูตรที่เปิดทำการเรียนการสอน ทั้งสิ้น 9 หลักสูตร ร้อยละ 69.7 สำหรับข้อที่มีร้อยละของการทราบข้อมูลมากที่สุดคือผู้ที่ศึกษาในวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก มีโอกาสฝึกประสบการณ์ในสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลประจำจังหวัด โรงพยาบาลประจำอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพร้อยละ 45.7 รองลงมาคือ ผู้ที่ศึกษาในวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก มีโอกาสได้รับทุนการศึกษาร้อยละ 40.0 (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 6 การรับรู้การประชาสัมพันธ์หรือได้ยินการกล่าวถึงชื่อหน่วยงานในสถาบันพระบรมราชชนก

การรับรู้การประชาสัมพันธ์หรือได้ยินการกล่าวถึงชื่อหน่วยงานในสถาบันพระบรมราชชนก ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา	สถาบันพระบรมราชชนก	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนภิเษก	วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร
	จำนวน/ร้อยละ	จำนวน/ร้อยละ	จำนวน/ร้อยละ	จำนวน/ร้อยละ	จำนวน/ร้อยละ
ไม่เคยได้ยินหรือไม่รู้จักเลย	923 (56.9%)	649 (40.0%)	800 (49.3%)	974 (60.0%)	1080 (66.6%)
เคยได้ยิน	679 (41.9%)	965 (59.5%)	813 (50.1%)	638 (39.3%)	524 (32.8%)
เพื่อน / รุ่นพี่	282 (17.4%)	421 (26.0%)	333 (20.5%)	291 (11.8%)	146 (9.0%)
ผู้ปกครอง	141 (8.7%)	174 (10.7%)	148 (9.1%)	94 (5.8%)	121 (7.5%)
อาจารย์แนะแนว	272 (16.8%)	287 (17.7%)	263 (16.2%)	188 (11.6%)	136 (8.4%)
อินเทอร์เน็ต	415 (25.6%)	507 (31.3%)	418 (25.8%)	380 (23.4%)	293 (18.1%)
ใบปลิว/ป้ายประกาศ	87 (5.4%)	415 (7.1%)	90 (5.5%)	86 (5.4%)	79 (4.9%)

การรับรู้การประชาสัมพันธ์หรือไต่ถามการ กล่าวถึงชื่อหน่วยงานในสถาบันพระบรมราช ชนก ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา	สถาบันพระ บรมราชชนก จำนวน/ร้อยละ	วิทยาลัย พยาบาลบรม ราชชนนี จำนวน/ร้อยละ	วิทยาลัยการ สาธารณสุข สิรินธร จำนวน/ร้อยละ	วิทยาลัย เทคโนโลยีทาง การแพทย์ และ สาธารณสุข กาญจนภิเษก จำนวน/ร้อยละ	วิทยาลัย การแพทย์ แผนไทยอภัย ภูเบศร จำนวน/ร้อยละ
หนังสือคู่มือการศึกษาต่อ	95 (5.9%)	137 (8.4%)	97 (6.0%)	73 (4.5%)	68 (4.2%)
เฟสบุ๊ค	192 (11.8%)	210 (12.9%)	157 (9.7%)	125 (7.7%)	126 (7.8%)
มีคนรู้จักศึกษาในสถาบันนี้	62 (3.8%)	87 (5.4%)	69 (4.3%)	4.1 (2.5%)	34 (2.1%)
เจ้าหน้าที่ทำงานในกระทรวง สาธารณสุข อื่น ๆ ระบุ	50 (3.1%) 10 (0.6%)	41 (2.5%) 23 (1.3%)	46 (2.8%) 15 (1.0%)	23 (1.4%) 11 (0.7%)	22 (1.4%) 16 (1.0%)

ตารางที่ 7 การไต่ถามการประชาสัมพันธ์ถึงหลักสูตรการเรียนการสอน ในสถาบันพระบรมราชชนก

ข้อ	การไต่ถามการประชาสัมพันธ์ ถึงหลักสูตรการเรียนการสอน ในสถาบันพระบรมราชชนก	ไม่เคย ไต่ถาม จำนวน/ ร้อยละ	เคยไต่ถาม บางครั้ง จำนวน/ ร้อยละ	เคย ไต่ถามบ้าง ไม่ได้ไต่ถาม บ้าง จำนวน/ ร้อยละ	เคย ไต่ถาม บ่อยครั้ง จำนวน/ ร้อยละ	เคยไต่ถาม บ่อยมาก จำนวน/ ร้อยละ
1	พยาบาลศาสตรบัณฑิต	330 (20.3%)	558 (34.4%)	432 (26.6%)	178 (11.0%)	93 (5.7%)
2	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขชุมชน)	335 (20.7%)	514 (31.7%)	471 (29.0%)	191 (11.8%)	80 (4.9%)
3	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ทันตสาธารณสุข)	366 (22.6%)	524 (32.3%)	440 (27.1%)	186 (11.5%)	73 (4.5%)
4	การแพทย์แผนไทยบัณฑิต	392 (24.2%)	526 (32.4%)	426 (26.3%)	181 (11.2%)	64 (3.9%)
5	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (เวชระเบียน)	462 (28.5%)	524 (32.3%)	373 (23.0%)	163 (10.0%)	58 (3.6%)
6	ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) เทคนิค เภสัชกรรม	484 (29.8%)	511 (31.5%)	367 (22.6%)	188 (11.6%)	41 (2.5%)

ข้อ		ไม่เคย ได้ยิน	เคยได้ยิน บางครั้ง	เคย ได้ยินบ้าง ไม่ได้ยิน บ้าง	เคย ได้ยิน บ่อยครั้ง	เคยได้ยิน บ่อยมาก
	การได้ยินการประชาสัมพันธ์ ถึงหลักสูตรการเรียนการสอน ในสถาบันพระบรมราชชนก	จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ	จำนวน/ ร้อยละ
7	ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) เวชกิจ ฉุกเฉิน	536 (33.0%)	516 (31.8%)	335 (20.7%)	164 (10.1%)	33 (2.0%)
8	ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) เวช ระเบียน	552 (34.0%)	552 (34.0%)	321 (19.8%)	126 (7.8%)	39 (2.4%)
9	ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) โสต ทัศนศึกษาทางการแพทย์	618 (38.1%)	499 (30.8%)	308 (19.0%)	119 (7.3%)	40 (2.5%)

ตารางที่ 8 รับรู้ข้อมูลสถานศึกษาในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกและวิทยาลัยในสังกัด

ข้อ	รับรู้ข้อมูลสถานศึกษาในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก และวิทยาลัยในสังกัด	ทราบ จำนวน/ ร้อยละ	ไม่ทราบ จำนวน/ ร้อยละ
1	สถาบันพระบรมราชชนกมีสถาบันย่อยอยู่ในหลายจังหวัด ครอบคลุม 29 จังหวัด ทั่วประเทศไทย	430 (26.5%)	1168 (72.0%)
2	สถาบันพระบรมราชชนกมีสถาบันอยู่ใน หรือใกล้เคียงกับจังหวัดของท่าน	546 (33.7%)	1052 (64.9%)
3	ผู้ที่ศึกษาในสถาบันสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก มีสวัสดิการสนับสนุนทางด้าน การศึกษา	582 (35.9%)	1011 (62.3%)
4	ผู้ที่ศึกษาในวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก มีโอกาสฝึกประสบการณ์ใน สถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลประจำจังหวัด โรงพยาบาลประจำอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	742 (45.7%)	854 (52.7%)
5	ผู้ที่ศึกษาในวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก มีโอกาสได้รับทุนการศึกษา	649 (40.0%)	947 (58.4%)
6	ผู้ที่ศึกษาในวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก มีโอกาส สวัสดิการทางด้าน การศึกษา	595 (36.7%)	1000 (61.7%)
7	ผู้ที่สำเร็จการศึกษาจากสถาบันพระบรมราชชนก มีโอกาสทำงานใกล้ภูมิลำเนา	571 (35.2%)	1026 (63.3%)
8	พยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลประจำจังหวัด และโรงพยาบาลประจำอำเภอ ส่วนมาสำเร็จการศึกษาจากสถาบันในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก	497 (30.6%)	1099 (67.8%)
9	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ส่วนมาสำเร็จ การศึกษาจากสถาบันในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก	482 (29.7%)	1117 (68.9%)

ข้อ	รับรู้ข้อมูลสถานศึกษาในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก และวิทยาลัยในสังกัด	ทราบ จำนวน/ ร้อยละ	ไม่ทราบ จำนวน/ ร้อยละ
10	ผู้ที่สำเร็จการศึกษาจากสถาบันพระบรมราชชนกมีโอกาสทำงานกับสถานพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	610 (37.6%)	988 (60.9%)
11	สถาบันมีหลักสูตรที่เปิดทำการเรียนการสอน ทั้งสิ้น 9 หลักสูตร	467 (28.8%)	1131 (69.7%)

ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเสนอว่ากิจกรรมที่เหมาะสมมากที่สุดในการประชาสัมพันธ์ สถาบันพระบรมราชชนกและวิทยาลัยในสังกัดคือการแทรกในวิชาแนะแนวในโรงเรียนร้อยละ 58.9 รองลงมาคือ การมาแนะแนวจากสถาบันการศึกษาในโรงเรียนร้อยละ 48.1 และศิษย์เก่า และรุ่นพี่มาแนะแนวร้อยละ 47.7 (ตารางที่ 9) โดยจะเห็นได้ว่าการได้รับการแนะ

แนวจากสถาบันการศึกษามีความสัมพันธ์กับความสนใจเรียนสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการมีการแนะแนวจากสถาบันการศึกษา นักเรียนจะมีความสนใจมากกว่าไม่มีการแนะแนวจากสถาบันการศึกษา (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 9 กิจกรรมที่เหมาะสมในการประชาสัมพันธ์ สถาบันพระบรมราชชนกและวิทยาลัยในสังกัด

กิจกรรมที่เหมาะสมในการประชาสัมพันธ์ สถาบันพระบรมราชชนก และวิทยาลัยในสังกัด เพื่อให้ท่านรู้จัก	จำนวน	ร้อยละ
การแทรกในวิชาแนะแนวในโรงเรียน	955	58.9
การมาแนะแนวจากสถาบันการศึกษาในโรงเรียน	780	48.1
ศิษย์เก่า และรุ่นพี่มาแนะแนว	774	47.7
การจัดเข้าค่าย เช่น ค่ายอยากเป็นพยาบาล	680	41.9
หนังสือคู่มือการศึกษาต่อ	660	40.7
ใบปลิว/ป้ายประกาศ	583	36.4
ให้ทุนการศึกษา	456	28.1
อินเทอร์เน็ต/เว็บไซต์	349	21.9
สถานีวิทยุ / วิทยุชุมชน	74	4.6

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการแนะนำจากสถาบันการศึกษากับความสนใจเรียนสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

	สนใจ จำนวน (ร้อยละ)	ยังไม่แน่ใจ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่สนใจ จำนวน (ร้อยละ)	χ^2 , p-value
ไม่มีการแนะนำจากสถาบันการศึกษา	440 (57.3%)	188 (24.5%)	140 (18.2%)	6.074, .048
มีการแนะนำจากสถาบันการศึกษา	467 (60.6%)	149 (19.3%)	155 (20.1%)	

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่านักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายสนใจเรียนสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ร้อยละ 57.8 สอดคล้องกับจำนวนการรับนิสิตนักศึกษาตามแผนมากที่สุดคือกลุ่มสาขาวิชาที่มาจากสายศิลป์ อย่างมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ซึ่งเป็นการต้องการของผู้เรียนเอง⁷ และมีแนวโน้มเลือกคณะในสายศิลป์มากขึ้น⁸ จะเห็นได้ว่าปัจจุบันการเลือกคณะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพได้รับความนิยมนลดลง โดยการเลือกอาชีพตามทฤษฎีการเลือกอาชีพของ Hoppock Composite Theory จะเลือกอาชีพตามความต้องการของบุคคล สิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยที่สำคัญ รวมถึงการคาดการณ์ล่วงหน้าว่า อาชีพอะไรจะสามารถสนองตอบความต้องการของตนเองได้ในอนาคต¹⁶ ในกลุ่มที่ตัดสินใจเลือกเรียนในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพมีเหตุผลในการตัดสินใจคือสามารถช่วยเหลือ ญาติพี่น้อง และคนอื่นยามเจ็บไข้ได้ป่วย และการมีงานทำหลังสำเร็จการศึกษา ซึ่งการศึกษาในสายวิทยาศาสตร์สุขภาพนี้แสดงออกถึงการเป็นอาชีพแห่งการทำความดี ต้องการดูแลคนในครอบครัว¹² สอดคล้องกับการศึกษาการตัดสินใจเลือกเรียนวิชาชีพครู เพราะความก้าวหน้าและความมั่นคงในอาชีพ¹⁷ โดยผู้สำเร็จการศึกษาในระดับอุดมศึกษาอยากมีงานที่มั่นคง ประกอบกับ

อาชีพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพยังเป็นที่ต้องการของตลาด¹⁰ นักเรียนส่วนใหญ่ยังมองว่าอาชีพทางด้านสาธารณสุขเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วสามารถเข้าทำงานได้ทั้งหน่วยงานของรัฐหรือเอกชนได้ และเป็นที่ยอมรับของตลาดแรงงาน¹⁸ รวมทั้งการตัดสินใจเลือกเรียนสาขานี้มาจากปัจจัยด้านความถนัดสติปัญญา ค่านิยม บุคคลแวดล้อม ครอบครัว¹⁹ บิดามารดาแนะนำ²⁰ โดยการเลือกอาชีพนั้นบุคคลจะตระหนักถึงความต้องการและความคาดหวังความสำเร็จในอนาคตของตนเองเป็นสำคัญ¹⁶ นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่าชั้นปีที่ศึกษามีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเรียนด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพโดยชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 มีร้อยละเลือกเรียนมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากการตัดสินใจเลือกอาชีพของบุคคลซึ่งจะมี 3 ระยะ คือ ระยะเพื่อฝัน ระยะพิจารณาเลือก และระยะพิจารณาตามสภาพความเป็นจริง²¹ โดยการศึกษาในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 นั้นจะเป็นระยะพิจารณาเลือก ดังนั้นในการทำการประชาสัมพันธ์สถาบันและหลักสูตรการศึกษาควรพิจารณาดำเนินการในทุกระดับชั้นเพื่อให้ได้ทราบข้อมูลในการตัดสินใจมากที่สุดเท่าที่จะทำได้

ด้านการรับรู้พบว่านักเรียนในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายไม่เคยได้ยินหรือไม่รู้จักสถาบันพระบรมราชชนกและวิทยาลัยในสังกัดมากกว่าร้อยละ

ละ 40 - 60 โดยไม่เคยได้ยินหรือไม่รู้จักวิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศรเลย รองลงมาคือวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนนิเทศมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาภาพลักษณ์ของสถาบันพระบรมราชชนกโดยนักเรียนทราบหรือคุ้นเคยกับชื่อของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีและวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรมากกว่าชื่อสถาบันพระบรมราชชนก¹² หากการประชาสัมพันธ์มีการดำเนินงานเป็นแบบราชการ ยังไม่มีภาพความทันสมัย และขาดความเป็นเอกภาพ²² โดยกิจกรรมที่เหมาะสมมากที่สุดใน การประชาสัมพันธ์ คือการแทรกในวิชาแนะแนวในโรงเรียน มาแนะแนวจากสถาบันการศึกษาในโรงเรียน ศิษย์เก่า รุ่นพี่มาแนะแนว และการได้รับการแนะแนวจากสถาบันการศึกษามีความสัมพันธ์กับความสนใจเรียนสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยการประชาสัมพันธ์จะเป็นตัวกระตุ้นทางการตลาดและเพิ่มโอกาสให้ผู้บริโภครู้สึกคุ้นเคยกับสินค้าหรือบริการ โดยใช้เครื่องมือทางการตลาด คือ ผลิตภัณฑ์ราคา ช่องทางการจัดจำหน่าย และการส่งเสริมการตลาด²³ ควรจัดประชาสัมพันธ์เชิงรุกผ่านสื่อออนไลน์ จัดค่ายให้นักเรียนที่สนใจเข้ามาเรียนรู้ก่อนตัดสินใจเลือกเรียน และจัดอบรมให้ครูแนะแนวในโรงเรียนมัธยมเพื่อให้ความชัดเจนของหลักสูตรที่เปิดสอน¹²

ดังนั้นรูปแบบการประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างและพัฒนาภาพลักษณ์ของสถาบันพระบรมราชชนก ควรเน้นการสร้าง ความโดดเด่นและการเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัวของสถาบัน¹³ เพราะนักเรียนตัดสินใจเรียนในสถาบันระดับอุดมศึกษาในมหาวิทยาลัยที่มีชื่อเสียง^{18,24} และภาพลักษณ์ของสถาบันการศึกษาเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญต่อการ

ตัดสินใจเลือก²⁵ ทั้งนี้อาจเนื่องจากชื่อของสถาบันพระบรมราชชนกไม่สะท้อน พันธกิจ และไม่ทราบว่าสถาบันพระบรมราชชนกเป็นหน่วยงานด้านไหน เช่น โรงเรียน สถาบันการศึกษา ศูนย์ฝึกอบรม จะเห็นได้ว่าเมื่อต้องแข่งขันธุรกิจการศึกษา¹⁴ สถาบันพระบรมราชชนกและวิทยาลัยในสังกัดควรเชื่อมโยงถึงชื่อและความแตกต่างของแต่ละชื่ออย่างชัดเจน เพื่อให้เหมาะสมกับการทำการตลาดอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สถาบันพระบรมราชชนกและวิทยาลัยในสังกัดควรดำเนินการด้านการตลาดอย่างเป็นรูปธรรม และเน้นกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้ถึงสถาบันและวิทยาลัยในสังกัดอย่างเร่งด่วนเพื่อให้เกิดการรับรู้ก่อน แล้วค่อยพัฒนาไปสู่ด้านอื่น ๆ ของการทำการตลาดต่อไป

2. ควรจัดกิจกรรมที่เป็นรูปธรรมที่ส่งเสริมการรับรู้ในรูปแบบเชิงรุก โดยผสมผสานช่องทางการสื่อสารภายใต้กลยุทธ์ออนแอร์ (On Air) ออนไลน์ (On Line) และออนกราวด์ (On Ground) เพื่อให้เกิดการครอบคลุมในช่องทางการเข้าถึงการสืบค้นข้อมูลและทำความรู้จักกับสถาบันพระบรมราชชนกของนักเรียน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการรับรู้แยกเป็นรายสาขาที่จัดการเรียนการสอนและวิทยาลัยโดยพิจารณา ร่วมกับข้อมูลการรับสมัคร เพื่อทราบถึงปัญหาที่แท้จริงของการรับรู้

2. ควรศึกษาการรับรู้ในกลุ่มอาจารย์แนะแนวและผู้ปกครองเพราะว่าเป็นกลุ่มที่สำคัญต่อการ

ตัดสินใจหรือผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาต่อของนักเรียน
ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย

ail.php?NewsID=44133 &Key=news_act.
(in Thai)

REFERENCES

1. Helgesen, O. Marketing for higher education: A relationship marketing approach. *Journal of marketing for higher education*, 2008; 18(1), 50-78.
2. Canterbury, M.R. Higher education marketing: A challenge. A relationship marketing approach. *Journal of marketing for higher education*, 2000; 9(3), 15-24.
3. Nicolescu, L. Applying marketing to higher education scope and limits. *Management & marketing*, 2009; 4(2), 35-44.
4. Usawas, J. Higher education in Thailand in the commercial era. [online]. 2008 [cited 2019/6/10]. Available from <http://www.moe.go.th/moe/th/news/detail.php?NewsID=4138&Key=hotnews>. (in Thai)
5. Office of Higher Education Policy and Planning Office of the Higher Education Commission. 20 Year Long-Term Higher Education Plan 2018 - 2037. Office of the Higher Education Commission; 2017. (in Thai)
6. Ministry of education. Thai education statistics. [online]. 2019 [cited 2019/6/10]. Available from <https://www.moe.go.th/moe/th/news/detail.php?NewsID=44133> &Key=news_act. (in Thai)
7. Sanookdotcom. When parents are open Children in the new era therefore ignore the science program and settle for the art program. [online]. 2019. [cited 2021/6/25]. Available from <https://www.sanook.com/campus/1401164/>. (in Thai)
8. Unigang. Choose a faculty like this, so you don't get admissions. [online]. 2014 [cited 2019/6/10]. Available from <http://www.unigang.com/Article/14039>. (in Thai)
9. Office of the Council of State. The Royal Institution Act. *Government Gazette Volume 136/Part 43K/page 40/5 April 2019*, 2019. (in Thai)
10. Singweratham, N. & Kantabanlang, Y. Current Health Workforce and State of the Health Workforce Development Needs in the Thai Health System: a Report by the Phraboromarajchanok Institute (PBRI), the Ministry of Public Health (MOPH). *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 2017; 4(3), 218-225. (in Thai)
11. Singweratham, N., Nawsuwan, K., Kantabanlang, Y. Bunpean A., Moongsin, S., Kramutkant, R. Uniqueness and Identity of Phraboromarajchanok Institute as Perceived by Students, Lecturers,

- Mentors, and Parents of the Students. Princess of Naradhiwas University Journal of Humanities and Social Sciences, 2018; 5(1), 60-70. (in Thai)
12. Singweratham, N., Kantabanlang, Y., Jitaram, P., Kramutkant, R. Nawsuwan, K., The Recognize and the Image of Praboromarajchanok Institute and College under Praboromarajchanok Institute in High School Students. Sripatum Chonburi Journal, 2020; 17(1), 123-135. (in Thai)
13. Singweratham, N., Nawsuwan, K., Phongsiri, P., Moongsin, Sa-ard, Boontiam, N. Attitude for Selecting a University and Workplace for High School Student: A Case Study of Students who joined and who did not join Open day at Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong. Princess of Naradhiwas University Journal of Humanities and Social Sciences, 2019; 6(1), 140-153. (in Thai)
14. Ivy J. Higher education institution image: a correspondence analysis approach. The international journal of Educational Management, 2001; 15(6), 276-282.
15. National Statistical Office. education statistics. [online]. 2019 [cited 2019/5/1]. Available from <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/03.aspx>. (in Thai)
16. Hoppock, R. Occupational information. 4th ed., New York: McGraw-Hill, 1967.
17. Khantaku, W., Somudorn, J., Chinacarawat, N. Factors Affecting the decision to Study a Bachelor Degree in Suranaree University of Technology, Academic Year 2020. Journal of Modern Learning Development. 2020; 5(4), 28-39. (in Thai)
18. Suwanwong, N. Factors affecting the decision to choose to study for a bachelor's degree In Rajamangala University of Technology Isan Nakhon Ratchasima (quota system) for the academic year 2017. Rajamangala University of Technology Isan; 2017. (in Thai)
19. Suphornpanich, E. A study of professional needs of bachelor of music degree graduates from Chandrakasem Rajabhat University. Theses (Master's degree) - Music Research and Development. Silpakorn University; 2014. (in Thai)
20. Sudsanguan, K. The Research on Decision Factors for Further Education in Higher Education of Senior Secondary students in Demonstration School of Silpakorn University. Veridian E-Journal, Silpakorn University, 2017; 10(1), 201-207. (in Thai)

21. Liptak, J. Treatment Planning in Career Counseling. Wadsworth, 2001.
22. Kaosumran, T. The Public Relations Administration of Schools under the Jurisdiction of Ratburana District, Bangkok. Dhonburi Rajabhat University Journal. 2015; 9(2), 17-28. (in Thai)
23. Samerjai, C. Consumer behavior. Bangkok: Expertnet; 2007. (in Thai)
24. Sukpan, M. Factors affecting the decision to study for high vocational certificate: The case study of Thonburi Commercial College. A thesis of the degree of master of economics, Dhurakij Pundit University; 2013. (in Thai)
25. Chuaytukpuan, T. The Study of Factors Affecting Decision to Study in Higher Education Level at Dhurakij Pundit University of Undergraduate Students. Suthiparithat. 2015; 29(90), 256-271. (in Thai)

ประชาสัมพันธ์การส่งบทความวิจัยเพื่อตีพิมพ์ใน วารสารการพยาบาลและการศึกษา

ผู้ที่ส่งบทความตีพิมพ์ หากไม่ได้เป็นสมาชิกวารสาร ต้องสมัครเป็นสมาชิก อย่างน้อย 3 ปี (เฉพาะผู้เขียนชื่อแรก) ลักษณะของบทความที่ตีพิมพ์

1. เป็นบทความด้านการศึกษายาบาลและสาธารณสุข การบริการการพยาบาลและสาธารณสุข และสุขภาพที่เกี่ยวข้อง
2. รับผิดชอบเฉพาะบทความวิจัยและบทความวิชาการ
3. การเสนอต้นฉบับที่ตีพิมพ์ผู้เขียนต้องไม่เสนอบทความที่เคยตีพิมพ์ในวารสารและแหล่งพิมพ์อื่น มาก่อน
4. รับทั้งต้นฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
5. บทความต้องผ่านการพิจารณาจากผู้ประเมินภายนอก สำหรับบทความวิจัยในมนุษย์ต้อง ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยให้แนบสำเนาใบรับรองจริยธรรมการวิจัยมาพร้อมกับบทความ ที่จะส่งขอตีพิมพ์ด้วย
6. เนื้อหาและข้อคิดเห็นใดๆ ที่ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลและการศึกษาถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนเท่านั้น

การส่งต้นฉบับบทความวิจัย/วิชาการ เพื่อขอรับการตีพิมพ์

ผู้เขียนบทความต้องศึกษารายละเอียดและหลักเกณฑ์การจัดทำต้นฉบับตามที่วารสารกำหนด ทั้งนี้โปรดตรวจสอบการพิมพ์ และคำผิดแก้ไขให้ถูกต้อง และส่งบทความเข้าระบบ Thai Journals Online (ThaiUO)

ทางเว็บไซต์ www.tci-thaijo.org โดยจะปรากฏชื่อวารสาร “การพยาบาลและการศึกษา” ทั้งนี้ ขอให้ศึกษาคำอธิบายและสมัครเป็นผู้แต่งบทความ (Author Register) โดยดำเนินการตามขั้นตอนที่ระบุใน หน้าเว็บไซต์ พร้อมทั้งส่งบทความดังกล่าวทางอีเมล (E-mail : nursing2551@gmail.com) มาให้กองบรรณาธิการ ด้วยอีกช่องทางหนึ่ง ซึ่งหากไม่สามารถดำเนินการหรือส่งไฟล์ได้ กรุณาติดต่อหน่วยวารสารการพยาบาล และการศึกษา โทร.0-2590-1828 หรือทางอีเมล nursing2551@gmail.com

การพิจารณาคุณภาพของบทความ

1. บทความวิจัยและบทความวิชาการ ทางกองบรรณาธิการวารสารจะพิจารณาเบื้องต้น ในด้านคุณภาพของ บทความ และการพิมพ์ หากเห็นว่าไม่มีคุณภาพเพียงพอจะไม่ดำเนินการต่อ หรืออาจส่งให้ปรับแก้ไขก่อน บทความที่พิจารณา แล้วเหมาะสม มีคุณภาพ จะส่งผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกตามความเชี่ยวชาญของสาขาวิชา พิจารณากลับกรอง (Peer review) อย่างน้อย 2 ท่าน
2. เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา ผลเป็นประการใดทางกองบรรณาธิการจะแจ้งให้ท่านทราบ
3. ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิท่านต้องปรับแก้ หากไม่ปรับแก้จะไม่ได้รับการตีพิมพ์ และระยะเวลาการแก้ไขไม่ควรเกิน 2 สัปดาห์

หลักเกณฑ์และรูปแบบการจัดทำต้นฉบับบทความวิจัยเพื่อขอรับ การตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาลและการศึกษา

ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

- **ขนาดกระดาษ เอ 4** ความยาวทั้งหมดไม่เกิน 15 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 หน้า ภาษาไทย และ 1 หน้าภาษาอังกฤษ
 - **คำสำคัญ (Keywords)** ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทย และอังกฤษ ควรเลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 4-5 คำ ขนาด 16 point
 - **รายละเอียดบทความ**
 - หัวข้อใหญ่ ขนาด 17 point ตัวหนา กำหนดขีดซ้าย
 - หัวข้อรอง ขนาด 17 point ตัวหนา กำหนดขีดซ้าย
 - ตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบ
 - ย่อหน้า 0.5 นิ้ว
- สำหรับบทความวิจัยรายละเอียดเนื้อหา กำหนด ดังนี้**
- ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
 - วัตถุประสงค์การวิจัย
 - สมมุติฐาน
 - กรอบแนวคิดในการวิจัย (อธิบายการศึกษานี้ นำแนวคิดอะไรของใครมาใช้ พร้อมสรุป เป็นแผนภูมิประกอบ)

- วิธีดำเนินการวิจัย ให้รายละเอียดของประชากร การกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ระบุ รายละเอียดของเครื่องมือ การหาคุณภาพของเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิจัย

- ผลการวิจัย
- สรุปและอภิปรายผล
- ข้อเสนอแนะ การนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์ และการวิจัยครั้งต่อไป
- เอกสารอ้างอิง (ไม่เกิน 15 ชื่อเรื่อง)

■ **คำศัพท์** ให้ใช้ศัพท์บัญญัติของราชบัณฑิตยสถาน

■ **ภาพและตาราง** กรณีมีภาพและตารางประกอบ ชื่อภาพให้ระบุคำว่า ภาพที่ ไว้ได้ ภาพประกอบ และจัดข้อความบรรยายภาพให้อยู่กึ่งกลางหน้ากระดาษ ชื่อตารางให้ระบุคำว่า ตารางที่ หัวตารางให้จัดชิดซ้ายของหน้ากระดาษ และได้ภาพประกอบหรือตารางให้บอกแหล่งที่มาโดยพิมพ์ได้ชื่อภาพ ใช้ตัวอักษรขนาด 14 point ตัวปกติ เส้นของตารางให้มีเพียง 3 เส้น เส้นหัวข้อตารางและเส้นปิดท้ายตาราง

■ **กิตติกรรมประกาศ** ให้ประกาศเฉพาะการได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย

■ **การเขียนเอกสารอ้างอิง**

1) เอกสารอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยจะต้องแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ โดยผู้เขียนที่จะ ส่งบทความวิจัย/วิชาการ เพื่อขอตีพิมพ์ในวารสารฯ ต้องเขียนเอกสารอ้างอิงโดยจัดเรียงคู่กัน คือ เรียงเอกสารอ้างอิงภาษาอังกฤษที่แปลขึ้นก่อน และเติมคำว่า “ (in Thai)” ต่อท้าย แล้วตามด้วยเอกสารอ้างอิงภาษาไทย หมายเหตุ การให้ผู้เขียนจัดเรียงการเขียนเอกสารอ้างอิงลักษณะนี้ เพื่อให้กองบรรณาธิการ ใช้ในการตรวจสอบความถูกต้องของการอ้างอิง โดยสำหรับขั้นตอนการตีพิมพ์ ทางกองบรรณาธิการจะปรับใช้เฉพาะรายการเอกสารอ้างอิงที่แปลเป็นภาษาอังกฤษแล้ว

ตัวอย่างการแปลเอกสารอ้างอิงภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ

Tirakanan, 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 โดยเรียงลำดับหมายเลขอ้างอิง เริ่มจากหมายเลข 1,2,3 ไปตามลำดับที่อ้างก่อน-หลัง โดยใช้เลขอารบิก และทุกครั้งที่มีการอ้างซ้ำจะต้องใช้ หมายเลขเดิมในการอ้างอิง
- 5) การอ้างอิงเอกสารมากกว่า 1 ฉบับต่อเนื่องกัน จะใช้เครื่องหมายยัติภังค์ (hyphen หรือ -) เชื่อมระหว่างฉบับแรกถึงฉบับสุดท้าย เช่น 1-3 แต่ถ้าอ้างอิงถึงเอกสารที่มีลำดับไม่ต่อเนื่องกัน จะใช้เครื่องหมายจุลภาค (Comma หรือ ,) โดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร เช่น 4,6,10

- รูปแบบการพิมพ์เอกสารอ้างอิงท้ายบทความ ให้พิมพ์ตามลำดับการอ้างอิงตามหมายเลขที่ได้อ้างอิงถึงในเนื้อหาของบทความ และไม่แยกประเภทของเอกสารที่ใช้อ้างอิง
- รายละเอียดการเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ ให้ใช้ตามระบบ แวนคูเวอร์ (Vancouver) ดังนี้

การอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals) มีรูปแบบการอ้างอิง ดังนี้

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

ตัวอย่าง รัชณี ศุภจินทรรัตน์ และคณะ, ปัจจัยทำนายความต้องการออกจากงานของอาจารย์พยาบาล. Journal of Nursing Science, 2012; 30(2): 23-34.

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 รั้งสรรค ประเสริฐศรี, ภาวะผู้นำ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: Diamond in Business World; 2551.

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

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

การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding) มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์; 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 สนทนก. ปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองเพื่อการสร้างสรรค์ผลงานทางวิชาการของอาจารย์สถาบันอุดมศึกษาเอกชน วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.

การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Materia) ใช้การอ้างอิงตามรูปแบบประเภทของเอกสาร โดยจะเพิ่มเติมข้อมูลบอกประเภทของสื่อเอกสารที่นำมาอ้างอิง 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) [ประเภท ของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; ปีที่/เล่มที่: หน้า/about screen. เข้าถึงได้จาก/Available from: <http://.....>

ตัวอย่าง วนิดา สติประเสริฐ, ยุวดี ลีลักษณ์วีระ และพรนภา หอมสินธุ์, ผลการชี้แนะต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ วารสารการพยาบาลและการศึกษา [ออนไลน์]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2558/12/25]; 8 (3): 33-51. เข้าถึงได้จาก: [http:// www.scppk.com/_tps-13/marticle.php?id=113114](http://www.scppk.com/_tps-13/marticle.php?id=113114)